A stylized map of the Antioquia region in Colombia, rendered in a light green color, is positioned in the upper left quadrant of the cover. The background of the entire cover is a dark green, textured image of a mountainous landscape with a town in the foreground.

Análisis de **Situación de Salud** Actualización 2020



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

ANÍBAL GAVIRIA CORREA
Gobernador de Antioquia

DIRECTIVO SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD

LINA MARÍA BUSTAMANTE SÁNCHEZ
Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELÁSQUEZ
Asesor

LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO
Subsecretaria Seccional de Protección Social

GLORIA ISABEL ESCOBAR MORALES
Directora Operativa

LUISA PAOLA RAMÍREZ JARAMILLO
Directora Administrativa de Atención a las Personas

DIANA CAROLINA SALAZAR GIRALDO
Directora Administrativa de Factores de Riesgo

LUIS ALBERTO NARANJO BERMÚDEZ
Director Administrativo de Gestión Integral de Recurso

JUAN ESTEBAN ARBOLEDA JIMÉNEZ
Director Administrativo de Asuntos Legales

CÉSAR AUGUSTO GÓMEZ FONNEGRA
Director Administrativo de Calidad y Red de Servicio

NATALIA MONTOYA PALACIO
Gerente de Salud Pública



EQUIPO TÉCNICO SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD

Despacho

Margarita María Escudero Osorio
Andrea López Ciro
Blanca Cecilia González Pineda

Planeación

Adriana Patricia Rojas Eslava
Héctor Manuel Quirós Arango

Sistemas de información

Patricia Elena Pamplona Amaya
Hellen Offir Holguín Villa
Luz Adriana Martínez Waldo
Sandra Milena Vargas Urrego
María Gilma Cifuentes Ibarra
Gloria Elena Calderón Luna
Gustavo Adolfo Medina Arango

Gerencia de Salud Pública

Marcela Arrubla Villa
Martha Cecilia Londoño Báez
Martha Elena Cadavid Gil
Catalina Echeverry Querubín
Carlos Hernando Velásquez Cuadros
Juliana Cataño López
Claudia Cecilia Ceballos Alarca
William Betancur Valencia

Dirección de Atención a las Personas

Fara Alejandra López Gutiérrez
Ángela Patricia Palacio Molina
Carlos Mario Aristizábal Zuluaga
Eliana María Murillo Salazar
Diana Milena López Valencia



Dirección Calidad y Red de Servicios

Lucía Esther Ibarra Franco
Beatriz Irleny Lopera Montoya

Dirección de Factores de Riesgo

David Arboleda Carvajal
Rosendo Eliécer Orozco Cardona
Iván Darío Zea Carrasquilla
Jhon William Tabares Morales
Yuliana Elena Jiménez Villa
Ana María Blandón Posada
Gloria Patricia Ramírez Piedrahita

Equipo de Comunicaciones y Prensa

Johana Orrego Barrientos
Natalia Ospina Vélez

Agradecimientos

Agradecemos a todos los profesionales que apoyaron la creación de este documento, por su contribución y producción intelectual, cada aporte recibido es una muestra de que el trabajo UNIDOS permite identificar los desafíos y retos en salud de nuestro departamento. Solo así podremos cumplir con el propósito que nos mueve: proteger la vida y la salud de los antioqueños.

- Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia- DAGRAN.
- Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez. Universidad de Antioquia.
- Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia -DAP.

Tabla de contenido

Lista de tablas.....	10
Lista de figuras	12
Lista de Mapas	16
INTRODUCCIÓN	17
METODOLOGÍA	19
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	20
CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	22
1.1 Contexto territorial.....	22
1.1.1 Localización	22
1.1.2 Departamento / Municipios	23
1.1.3 División político-administrativa.....	23
1.1.4 Subregiones	24
1.1.5 Límites geográficos:.....	36
1.1.6 Extensión territorial.....	36
1.1.1 Economía	41
1.1.2 Características físicas del territorio	42
1.1.3 Altitud y relieve	42
1.1.4 Hidrografía	43
1.1.5 Zonas de riesgo.....	43
1.1.6 Amenazas por Subregiones	44
1.1.6.1 Subregión Bajo Cauca	44
1.1.6.2 Subregión Magdalena Medio	47
1.1.6.3 Subregión Nordeste.....	50
1.1.6.4 Subregión Norte	53
1.1.6.5 Subregión Occidente	57
1.1.6.6 Subregión Oriente	60
1.1.6.7 Subregión Suroeste	63
1.1.6.8 Subregión Urabá.....	66
1.1.6.9 Subregión Valle de Aburrá.....	70
1.1.7 Temperatura y humedad.....	73
1.1.8 Accesibilidad geográfica	76
1.2 Contexto demográfico	85
1.2.1 Tamaño poblacional	86
1.2.2 Número y condiciones de viviendas y hogares	93
1.2.3 Población por pertenencia étnica	96
1.2.4 Afrocolombianos, Raizales - Palenqueros:	97
1.2.5 ROM o Gitanos:	98
1.2.6 Estructura demográfica.....	102
1.2.7 Pirámide Poblacional.....	102

1.2.8	Población por género	106
1.2.9	Población por ciclos de vida	107
1.2.10	Enfoque en curso de vida	110
1.2.11	Otros indicadores demográficos en el Departamento	111
1.2.12	Dinámica demográfica.....	113
1.3	<i>Conclusiones Generales al contexto territorial y demográfico</i>	130
	132
	CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	133
2.1	Análisis de la mortalidad	133
	¿Cómo ha cambiado la mortalidad en Antioquia?	134
2.1.1	Mortalidad general por grandes causas	135
2.1.2	Tasas de mortalidad por sexo.....	136
2.1.3	Años de vida potencialmente perdidos.....	137
2.1.4	Años de vida potencialmente perdidos por sexo	138
2.1.5	Mortalidad específica por subgrupo	141
2.1.5.1	Tasas ajustadas por la edad.....	141
2.1.5.1.1.	Enfermedades transmisibles	141
2.1.5.1.2.	Neoplasias:	144
2.1.5.1.3.	Enfermedades del sistema circulatorio.....	146
2.1.5.1.4.	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	147
2.1.5.1.5.	Causas externas.....	149
2.1.5.1.6.	Demás causas de mortalidad	150
2.1.6.	Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	153
2.1.6.1.	Tasas específicas de mortalidad	153
2.1.6.1.1.	Mortalidad infantil	153
2.1.6.1.2.	Mortalidad en menores de 1 a 4 años.	155
2.1.6.1.3.	Mortalidad en la niñez	157
2.1.7.	Mortalidad por salud mental.....	165
2.1.8.	Mortalidad infantil y Necesidades Básicas Insatisfechas	167
2.1.8.1.	Mortalidad Materna con índice de calidad de vida:.....	168
2.1.8.2.	Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI.....	170
2.1.9.	Determinantes estructurales.....	172

2.1.9.1.	Etnia y área de residencia.	172
2.1.1	Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno - infantil	173
2.2.	Análisis de la morbilidad	177
2.2.1.	Morbilidad atendida:.....	177
2.2.1.1.	Principales causas de morbilidad	178
2.2.2.	Principales causas de morbilidad en hombres	181
2.2.3.	Principales causas de morbilidad en mujeres	182
2.3.	Morbilidad específica por subgrupo.....	183
2.3.1.	Condiciones transmisibles y nutricionales	183
2.3.6.	Morbilidad específica en salud mental	191
2.4.	Morbilidad de eventos de alto costo.....	194
2.4.1.	Morbilidad de eventos precursores	196
2.5.	Morbilidad en la población migrante	197
2.6.	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.	199
2.6.1.	Eventos salud mental	202
2.6.2.	Violencia de género e intrafamiliar	202
2.6.3.	Violencia contra la mujer	203
2.6.4.	Intentos de suicidio	203
2.6.5.	Eventos zoonóticos.....	205
2.6.5.1.	Exposición rábica.....	205
2.6.5.2.	Eventos Transmitidos por Vectores - ETV	206
2.6.5.2.1.	Dengue	207
2.6.5.2.2.	Malaria	207
2.6.6.	Factores de riesgo ambiental y sanitario	208
2.6.6.1.	Intoxicaciones.....	208
2.6.7.	Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH-SIDA.....	209
2.6.8.	Tuberculosis	210
2.7.	Eventos inmunoprevenibles.....	212
2.7.1.	Análisis de la situación de coberturas de vacunación en Antioquia en el periodo 2015 a 2019.....	212
2.7.1.1.	Vacuna tipo anti - poliomiélfica.....	213

2.7.1.2.	Vacuna pentavalente.....	213
2.7.1.3.	Vacuna BCG	213
2.7.1.4.	Vacuna anti-neumocócica	213
2.7.1.5.	Vacuna anti-rotavirus	214
2.7.1.6.	Vacuna anti-influenzae estacional de 6 a 11 meses	214
2.7.1.7.	Coberturas de vacunación en mayores de 1 año	214
2.7.1.8.	Vacuna SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis).....	214
2.7.1.9.	Vacuna anti-varicela	214
2.7.1.10.	Vacuna anti-amarílica	215
2.8.	Análisis de la población en condición de discapacidad	215
2.9.	Identificación de prioridades principales en la morbilidad	216
Conclusiones		218
2.10.	Situación del COVID 19 debido al virus SARS_COV-2	220
2.11.	Análisis de los determinantes sociales de salud.....	258
2.11.1.	Análisis de los determinantes intermediarios de la salud	258
2.11.1.1.	Condiciones de vida.....	258
2.11.1.2.	Componente salud ambiental y cambio climático.	272
2.11.1.2.1.	Mortalidad.....	274
2.11.1.2.2.	Morbilidad	275
2.11.1.2.3.	El Vector Aedes Aegypti como factor de riesgo.	277
2.11.1.2.4.	Fuente para la cocción de alimentos.....	278
2.11.1.2.5.	Enfermedades y amenazas.....	280
2.11.1.3.	Seguridad alimentaria y nutricional	282
2.11.1.4.	Condiciones factores psicológicos y culturales	283
2.11.1.5.	Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año en escolares 11 a 18 años.	284
2.11.1.6.	Consumo de frutas y verduras	285
2.11.1.7.	Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares 11 a 18 años	285
2.11.1.8.	Anticoncepción, inicio de vida sexual y transmisión materno infantil de VIH	286
2.11.1.9.	Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares 11 a 18 años	286
2.11.1.10.	Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar	286

2.11.2.	Sistema sanitario.....	288
2.11.3.	Eventos Adversos Relacionados con Medicamentos Antioquia, 2020.....	289
2.11.4.	Población Asegurada al sistema general de seguridad social en salud.....	290
2.11.4.1.	Población Pobre no Asegurada competencia del departamento de Antioquia.....	296
2.11.4.2.	Conclusiones PPNA.....	301
2.11.5.	Capacidad Instalada.....	302
2.11.6.	Otros indicadores del sistema sanitario.....	304
2.12.	Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud.....	305
2.12.1.	Otros indicadores de ingreso.....	305
2.12.2.	Educación.....	306
2.12.3.	Población Económicamente Activa (PEA).....	307
2.12.3.1.	Tasa de desempleo.....	308
CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD.....		310
3.1.	Consideraciones tenidas en cuenta para priorizar.....	316
3.2.	Reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes sociales.....	317
3.3.	Asignación de prioridades a grupos de riesgo.....	318
3.4.	Políticas Públicas en salud departamento de Antioquia.....	351
3.4.1.	Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social Departamento de Antioquia.....	351
3.4.2.	Política de Participación Social en Salud - PPSS, en cumplimiento de la Resolución 2063 de 2017, del Ministerio de Salud y Protección Social.....	354
3.4.3.	Política Pública Departamental de Envejecimiento Humano y Vejez.....	355
3.4.4.	Adopción de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS– Resolución 429 del 2016.....	357
3.4.5.	Resolución 201500192975.....	358
3.4.6.	Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en el departamento de Antioquia que adopta lineamientos de Ley antitrámites.....	358
3.4.7.	Decreto 064 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social.....	359
3.4.8.	Proyecto fortalecimiento CRUE Departamental.....	360
3.4.9.	Misión médica.....	361
3.4.10.	Procedimiento y formatos de identificación, notificación y diagnóstico de potenciales donantes de órganos y tejidos.....	361
3.4.11.	Modelo de atención integral en salud.....	361

3.4.12.	Plan de respuesta migrantes venezolanos	362
3.4.13.	Política de Atención Integral en Salud (PAIS), mediante la Resolución 000429 del 17 de febrero del 2016 y la Resolución 3280 del 2018.	363
3.4.14.	Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Departamento de Antioquia- Ordenanza 046 de 2016.	365
3.4.15.	Política Pública Departamental Buen comienzo Antioquia, para el pleno desarrollo de las capacidades de los niños y niñas desde la gestación y durante su primera infancia en el departamento de Antioquia. Ordenanza 026 de 2015. Gerencia responsable: Gerencia de Infancia, Adolescencia y Juventud	366
3.4.16.	Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia 2012-2020.....	367
	Conclusiones:	368
	Bibliografía consultada.....	371

Lista de tablas

Tabla 1.	Distribución de municipios de Antioquia por situación geográfica, extensión territorial, altura, temperatura y población total por subregión. 2020	38
Tabla 2.	Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Bajo Cauca. Antioquia 2020.....	44
Tabla 3.	Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Bajo Cauca. Antioquia 2019.....	47
Tabla 4.	Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Nordeste. Antioquia 2019.	50
Tabla 5.	Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Norte. Antioquia 2019.	54
Tabla 6.	Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Occidente. Antioquia 2019.	57
Tabla 7.	Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Oriente. Antioquia 2020.	60
Tabla 8.	Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Suroeste. Antioquia 2020.	63
Tabla 9.	Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Urabá. Antioquia 2020.....	67
Tabla 10.	Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Valle de Aburrá. Antioquia	70
Tabla 11.	Tiempo de traslado y distancia estimada por Subregiones y municipios de Antioquia.	79
Tabla 12.	Lista de aeropuerto y aeródromos departamento de Antioquia 2020.	85
Tabla 13.	Distribución de la población Total y relación Hombre/mujer por subregiones`	86
Tabla 14.	Población por regiones y municipios de Antioquia por área de residencia, nivel de urbanización y densidad poblacional. 2020	89
Tabla 15.	Tamaño de los Hogares en Antioquia Según Censo 2005 y 2018.....	95
Tabla 16.	Pertenencia étnica por auto - reconocimiento de la población antioqueña. 2020.....	99
Tabla 17.	Población censada por subregión, municipio y grupo étnico. Antioquia. 2018	100
Tabla 18.	Proporción de la población por ciclo vital. Antioquia, 2015,2020 y 2023.	108
Tabla 19.	Otros indicadores de estructura demográfica. Antioquia, 2015, 2020 y 2023.....	112
Tabla 20.	Otros indicadores de estructura demográfica por subregión. Antioquia 2020	113
Tabla 21.	Población total por subregiones y municipios Antioquia 2020. Diferencia entre censos 2005 y 2018.	114
Tabla 22.	Tasa de fecundidad en adolescentes, Antioquia 2005 – 2018.	118
Tabla 23.	Tasas de mortalidad estimadas en Colombia y Antioquia Quinquenios entre 1985 y 2020	119
Tabla 24.	Tasa bruta de mortalidad, tasa bruta de natalidad y tasas de fecundidad por subregión. Antioquia 2018	120
Tabla 25.	Población migrante venezolana identificada con permiso especial de permanencia según migración Colombia, encuestada en Sisbén, reportada en los listados censales y afiliada al SGSSS en el departamento de Antioquia, por subregión, municipio y régimen.	126
Tabla 26.	Población víctima según subregión de residencia. Antioquia, 2019.	129
Tabla 27.	Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Antioquia, 2005 - 2018.....	152



Tabla 28. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas. Antioquia, 2005 – 2018.....	154
Tabla 29. Tasas específicas de mortalidad infantil en hombres, según causas. Antioquia, 2005 – 2018	154
Tabla 30. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres, según causas. Antioquia, 2005 – 2018.....	155
Tabla 31. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2018.....	156
Tabla 32. Tasas específicas de mortalidad en hombres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2018.....	156
Tabla 33. Tasas específicas de mortalidad en mujeres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2018.....	157
Tabla 34. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas. Antioquia, 2005 – 2018.....	158
Tabla 35. Tasas específicas de mortalidad en niños, según causas. Antioquia, 2005 – 2018	158
Tabla 36. Tasas específicas de mortalidad en niñas, según causas. Antioquia, 2005 – 2018.	158
Tabla 37. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Antioquia, 2005 – 2018.....	159
Tabla 38. Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI. Antioquia, 2016	171
Tabla 39. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal por etnia. Antioquia, 2017 – 2018.....	172
Tabla 40. Indicadores de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Antioquia, 2017 – 2018	173
Tabla 41. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil del departamento de Antioquia, 2018	173
Tabla 42. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo de vida. Antioquia 2009-2019 .	180
Tabla 43. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en hombres. Antioquia, 2009 –2019	181
Tabla 44. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en mujeres. Antioquia, 2009 –2019	182
Tabla 45. Distribución porcentual de condiciones transmisibles y nutricionales. Antioquia 2009 – 2019	184
Tabla 46. Morbilidad específica en condiciones maternas – perinatales. Antioquia 2009 – 2019	184
Tabla 47. Morbilidad específica en enfermedades no transmisibles. Antioquia 2009 – 2019.....	186
Tabla 48. Morbilidad específica en lesiones. Antioquia 2009 – 2019	190
Tabla 49. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2009 – 2019	192
Tabla 50. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en hombres. Antioquia, 2009 –2019	193
Tabla 51. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en mujeres. Antioquia, 2009 –2019	194
Tabla 52. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Antioquia, 2006 – 2018.....	195
Tabla 53. Eventos precursores. Antioquia, 2018.....	197
Tabla 54. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante. Antioquia, 2019.	197
Tabla 55. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante según procedencia. Antioquia, 2019	198
Tabla 56. Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública. Antioquia, Colombia 2006 - 2018 .	201
Tabla 57. Distribución de las alteraciones permanentes. Antioquia, 2020.....	215
Tabla 58. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Antioquia 2019	217
Tabla 59. Total, casos de COVID 19, por región, letalidad, tasa de mortalidad, Antioquia enero - diciembre 2020 ...	243
Tabla 60. Comparación de las 10 primeras causas de mortalidad, Antioquia, enero-octubre, 2019-2020	253
Tabla 61. Comparación de la mortalidad no fetal por grupo de edad, Antioquia enero-octubre, 2015-2020	255
Tabla 62. Defunciones no fetales según grupos lista 6/67 OPS, Antioquia enero-octubre, 2015-2020	256
Tabla 63. Clasificación de los índices para medición del riesgo - IRCA.....	261
Tabla 64. Índice de Riesgo de Calidad de Agua Potable - IRCA- (%) por Subregión - Antioquia 2019.....	262
Tabla 65. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida. Antioquia, 2005 – 2018	268
Tabla 66. Cobertura de acceso a servicios públicos según desagregación urbano-rural. Antioquia, 2018.....	268
Tabla 67. Estaciones de monitoreo de calidad del aire por Autoridad Ambiental – 2018.....	273
Tabla 68. Magnitud del riesgo de muertes por eventos centinela asociado al incremento de 10 µg/m3 en el promedio diario de PM10, PM2.5 y O3, Medellín 2008-2016 (rezagos 0-7).....	274
Tabla 69. Magnitud del riesgo para enfermedad respiratoria, asociada al incremento de 10 µg/m3 en el promedio diario de PM10, PM2.5 y O3, por municipios de AMVA 2008-2015 (rezago 0-15)	276

Tabla 70. Magnitud del riesgo para enfermedad circulatoria, asociada a de 10 µg/m3 en el promedio diario de PM2.5 y O3 por grupos poblacionales, Medellín 2008-2015 (rezago 0-15)	276
Tabla 71. Efecto de las amenazas asociadas al cambio y la variabilidad climática sobre algunas enfermedades o grupos de enfermedades.....	281
Tabla 72. Amenazas más frecuentes reportadas por subregión y algunos grupos de enfermedades relacionadas ...	282
Tabla 73. Determinantes intermedios de la salud – seguridad alimentaria y nutricional. Antioquia, 2015 – 2018	283
Tabla 74. Comparación de prevalencias obtenidas en la vida y en el último año 2007 - 2011. Antioquia, 2018	285
Tabla 75. Determinantes intermedios de la salud – factores psicológicos y culturales. Antioquia, 2006 – 2019	287
Tabla 76. Determinantes intermedios de la salud – coberturas. Antioquia, 2006 – 2019.....	288
Tabla 77. Distribución de afiliados al régimen subsidiado, por tipo de población en Antioquia 2018	296
Tabla 78. Estado de Afiliación PPNA Antioquia 2020	298
Tabla 79. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud. Antioquia, 2018	303
Tabla 80. Otros indicadores de sistema sanitario. Antioquia 2020.....	304
Tabla 81. Oferta prestadores. Capacidad instalada. Antioquia 2015 – 2019	305
Tabla 82. Otros indicadores de ingreso. Antioquia 2005 – 2018	306
Tabla 83. Coberturas de educación. Antioquia, 2003 – 2019	307
Tabla 84. Identificación de los problemas de salud del departamento de Antioquia.....	310
Tabla 85. Variables para estimar índice de necesidades en salud.	348

Lista de figuras

Figura 1. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Bajo Cauca 2010-2019	46
Figura 2. Tasa de personas afectadas por desastres. Subregión Bajo Cauca 2010-2019	47
Figura 3. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Magdalena Medio 2010-2019.....	49
Figura 4. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Bajo Cauca 2010-2019	50
Figura 5. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Nordeste 2010-2019	52
Figura 6. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Nordeste 2010-2019	53
Figura 7. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Norte 2010-2019	56
Figura 8. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Norte 2010-2019.....	56
Figura 9. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Occidente 2010-2019.....	59
Figura 10. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Occidente 2010-2019.....	60
Figura 11. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Oriente 2010-2019.....	62
Figura 12. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Oriente 2010-2019.....	63
Figura 13. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Suroeste 2010-2019.....	65
Figura 14. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Suroeste 2010-2019.....	66
Figura 15. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Urabá 2010-2019	69
Figura 16. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Urabá 2010-2019	69
Figura 17 Tasa mortalidad para todos los eventos subregión del Valle de Aburrá.....	72
Figura 18. Tasa de personas afectadas por desastres subregión del Valle de Aburrá	72
Figura 19. Tasas de Crecimiento Poblacional Intercensal 1985, 1993, 2005 y 2018.....	87
Figura 20. Porcentaje de Población Urbano - Rural en Antioquia.....	92
Figura 21. Porcentaje de Población Censal Urbano - Rural en Antioquia 1985, 1993, 2005 y 2018.....	92
Figura 22. Porcentaje de Población proyectada Urbano - Rural en Antioquia 2015 – 2023.....	93
Figura 23. Condición de Ocupación de la Vivienda según ubicación geográfica en Antioquia.	94
Figura 24. Jefatura del hogar por sexo en Antioquia Censos 1993, 2005 y 2018.....	95
Figura 25. Comparativo de la Estructura Poblacional por Género para los Censos 1985 - 2018	103
Figura 26. Pirámide poblacional. Antioquia, 2015, 2020, 2023	103



Figura 27. Pirámide poblacional subregión de Urabá. Antioquia, proyección 2023	104
Figura 28. Pirámide poblacional subregión de Bajo Cauca. Antioquia, proyección 2023	104
Figura 29. Pirámide poblacional subregión de Magdalena medio. Antioquia, proyección 2023	105
Figura 30. Pirámide poblacional subregión de Occidente, Antioquia, proyección 2023.....	105
Figura 31. Pirámide poblacional subregión de Oriente, Antioquia, proyección 2023.....	105
Figura 32. Pirámide poblacional subregión de Suroeste, Antioquia, proyección 2023.....	105
Figura 33. Pirámide poblacional subregión Norte, Antioquia, proyección 2023	105
Figura 34. Pirámide poblacional subregión Nordeste, Antioquia, proyección 2023	105
Figura 35. Pirámide poblacional subregión del Valle de Aburra, Antioquia, proyección 2023	106
Figura 36. Porcentaje de Hombres y Mujeres en Antioquia. 2020.....	106
Figura 37. Población por género y grupo de edad. Antioquia 2020.....	107
Figura 38. Cambio en la proporción de población por grupo etario. Antioquia 2005, 2019 y 2020	109
Figura 39. Porcentaje de Población por Grandes Grupos de Edad en Antioquia, 2015-2020-2023.	109
Figura 40. Tasa global de fecundidad por área, Antioquia 2005 -2023.....	118
Figura 41. Comparación entre la tasa de crecimiento y las tasas brutas de natalidad, mortalidad. Antioquia 2005 – 2023.....	120
Figura 42. Crecimiento natural por subregión. Antioquia 2018.....	120
Figura 43. Esperanza de vida al nacer por sexo. Antioquia 2005-2023.....	122
Figura 44. Estructura piramidal de la población víctima. Antioquia, 2018.	128
Figura 45. Mortalidad según grandes grupos de causas, Antioquia, 2005 – 2018.....	136
Figura 46. Mortalidad según grandes grupos de causas en hombres. Antioquia, 2005 – 2018.....	137
Figura 47. Mortalidad según grandes grupos de causas en mujeres. Antioquia, 2005 – 2018.....	137
Figura 48. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP según grandes causas lista 6/67.	138
Figura 49. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres según grandes causas lista 6/67.	139
Figura 50. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en mujeres según grandes causas lista 6/67.	139
Figura 51. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2018.....	140
Figura 52. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en hombres. Antioquia, 2005-2018	140
Figura 53. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en mujeres. Antioquia, 2005-2018.....	141
Figura 54. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en hombres. Antioquia, 2005 – 2018	143
Figura 55. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en mujeres. Antioquia 2005 – 2018	144
Figura 56. Mortalidad según las neoplasias en hombres. Antioquia, 2005 – 2018.....	145
Figura 57. Mortalidad según las neoplasias en mujeres. Antioquia, 2005 – 2018.....	145
Figura 58. Mortalidad en hombres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia 2005 – 2018.....	146
Figura 59. Mortalidad en mujeres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia, 2005 – 2018	147
Figura 60. Defunciones en hombres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2018.....	148
Figura 61. Mortalidad en mujeres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2018	148
Figura 62. Mortalidad en hombres según causas externas. Antioquia, 2005 – 2018.	150
Figura 63. Mortalidad en mujeres según causas externas. Colombia, 2005 – 2018.	150
Figura 64. Mortalidad en hombres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2018.....	151
Figura 65. Mortalidad en mujeres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2018.....	152
Figura 66. Razón de mortalidad materna. Colombia y Antioquia, 2005 – 2018	160
Figura 67. Tasa de mortalidad neonatal. Colombia y Antioquia 2005 – 2018	161
Figura 68. Tasa de mortalidad infantil. Colombia y Antioquia 2005 – 2018	161
Figura 69. Tasa de mortalidad en la niñez. Colombia y Antioquia 2005 – 2018	162

Figura 70. Tasa de mortalidad por EDA. Colombia y Antioquia 2005 – 2018.....	163
Figura 71. Tasa de mortalidad por IRA. Colombia y Antioquia 2005 – 2018.....	164
Figura 72. Tasa de mortalidad por desnutrición. Colombia y Antioquia, 2005 – 2018	165
Figura 73. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2018.....	166
Figura 74. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2018	166
Figura 75. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2018	167
Figura 76. Índice de concentración de la mortalidad infantil vs NBI. Antioquia	168
Figura 77. Índice de concentración de la mortalidad Materna vs NBI. Antioquia.....	169
Figura 78 .Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Antioquia, 2018	196
Figura 79. Atenciones en salud de población migrante según régimen de afiliación. Antioquia, 2019.....	199
Figura 80. Eventos de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA.....	200
Figura 81. Incidencia de principales EISP. Antioquia, 2019	202
Figura 82. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2019 (n=5370)	204
Figura 83. Casos e incidencia de exposición rábica por subregión. Antioquia, 2019	205
Figura 84. Casos e incidencia de exposición rábica según grupos de edad. Antioquia, 2019	206
Figura 85. Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas. Antioquia 2008 – 2019	208
Figura 86. Pirámide de la población en situación de discapacidad. Antioquia, 2020.	216
Figura 87 Línea del tiempo COVID 19 OMS.....	221
Figura 88 COVID 19. Datos mundiales.....	222
Figura 89. Comparativa de datos epidemiológicos y clínicos de los diferentes Coronavirus causantes de síndromes respiratorios agudos severos en humanos.....	222
Figura 90. Línea de tiempo de la propagación mundial del COVID 19	224
Figura 91 Línea de tiempo – Antioquia – Colombia – Mundo.....	224
Figura 92. Estructura Comité Operativo de Emergencias (COE)	226
Figura 93. Línea de tiempo, caso índice en Antioquia. Marzo 2020	226
Figura 94. Estructura de conglomerados SAR-Antioquia	227
Figura 95. Fases de intervención para el manejo de la pandemia.	229
Figura 96. Determinación ruta de atención.	232
Figura 97. Estrategia de monitoreo y seguimiento a casos en tiempo real.	233
Figura 98. Estrategia IEC, COVID 19. Antioquia 2020	234
Figura 99. Estrategia de Salud para el Alma. Gobernación de Antioquia 2020.....	235
Figura 100. Recursos para el fortalecimiento de la vigilancia y atención de COVID 19.	236
Figura 101. Fases de alistamiento capacidad Instalada UCI. Antioquia 2020	237
Figura 102. Escenario 1: Antioquia 2020.....	238
Figura 103. Escenario 2: Antioquia 2020.....	238
Figura 104. Comportamiento general de las camas UCI. Departamento de Antioquia.	239
Figura 105. Comportamiento general de las camas UCI. algunos municipios departamento de Antioquia.....	239
Figura 106. Tendencia de la infección por coronavirus, por inicio de síntomas, Colombia 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020.....	241
Figura 107. Comportamiento de los casos positivos, por inicio de síntomas, Bogotá, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020.....	241
Figura 108. Comportamiento de los casos positivos, por inicio de síntomas, Amazonas, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020.....	242
Figura 109. Comportamiento de los casos positivos, por inicio de síntomas, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020.....	242
Figura 110. Distribución de la infección por edad, sexo, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020	244
Figura 111. Comportamiento de los casos positivos según semana de notificación. Año 2020.....	244

Figura 112. Comportamiento de los casos positivos, según estrato socioeconómico, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020	245
Figura 113. Mortalidad por COVID 19, por edad, sexo, lugar de fallecimiento, escolaridad, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020	246
Figura 114. Hospitalización por COVID 19, por lugar de hospitalización, edad, sexo, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020	247
Figura 115. Comportamiento pacientes UCI. Antioquia 2020.....	248
Figura 116. Consolidado de pruebas de laboratorio, Antioquia enero- 31 de diciembre de 2020	249
Figura 117. Distribución de pruebas según municipios. Antioquia 2020	250
Figura 118. Grado de afectación de los municipios, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020	251
Figura 119. Estrategia búsqueda activa de pruebas ISA. Antioquia 2020	251
Figura 120. Tendencia de nacidos vivos, Antioquia, enero-octubre, 2015-2020	252
Figura 121. Defunciones no fetales, según probable manera de muerte. Antioquia enero a octubre 2015 -2020. ...	253
Figura 122. Defunciones no fetales por mes. Antioquia 2015 -2020	254
Figura 123. Defunciones no fetales según sexo y edad. Antioquia, enero a octubre 2019 – 2020	254
Figura 124. Tendencia de defunciones por accidentes de transporte, Antioquia enero-octubre, 2015-2020	257
Figura 125. Tendencia del homicidio, Antioquia, enero-octubre, 2015-2020	257
Figura 126. Tendencia del suicidio, Antioquia, enero-octubre, 2015-2020	258
Figura 127. Cobertura de acceso a servicios públicos en Antioquia Censo 2005 – 2018.....	259
Figura 128. de viviendas con agua potable urbano y rural por subregión – Antioquia 2019.	261
Figura 129. Índice de riesgo de calidad de agua para consumo humano – IRCA (%) – Antioquia 2019	262
Figura 130. Comportamiento del vector (Índice de Breteau) en las subregiones de Antioquia.	278
Figura 131. Fuente de energía utilizada para la cocción de alimentos.	279
Figura 132. Porcentaje de cobertura al SGSSS por régimen en Antioquia. 2020	291
Figura 133. Porcentaje de cobertura al SGSSS en Antioquia, por Regímenes y año 2015 - 2020	292
Figura 134. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Magdalena Medio, 2020.....	292
Figura 135. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Bajo Cauca, 2020	293
Figura 136. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Urabá, 2020	293
Figura 137. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Nordeste, 2020	293
Figura 138. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Valle de Aburrá, 2020	293
Figura 139. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Occidente, 2020	294
Figura 140. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Norte, 2020.....	294
Figura 141. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Oriente, 2020.....	294
Figura 143. Afiliados por EAPB en Antioquia, Régimen Subsidiado y Contributivo 2020	295
Figura 144. Población atendida en salud con cargo a los recursos del departamento de Antioquia 2016-2019.	299
Figura 145. Total, afiliados al régimen contributivo de migrantes venezolanos identificados con permiso especial de permanencia. Antioquia. Enero a junio 2020	300
Figura 146. Total, afiliados al régimen subsidiado de migrantes venezolanos identificados con permiso especial de permanencia. Antioquia. Enero a junio 2020	300
Figura 147. Población económicamente activa. Antioquia 2005 - 2019	307
Figura 148. Tasa de desempleo. Antioquia 2005 – 2019.....	308

Lista de Mapas

Mapa 1. Antioquia: características geográficas/IGAC.....	23
Mapa 2. División política administrativa de Antioquia.....	37
Mapa 3. Relieve del departamento de Antioquia	74
Mapa 4. Hidrografía del departamento de Antioquia.....	75
Mapa 5. Vías de comunicación del departamento de Antioquia.	83
Mapa 6. Subregiones con comunidad indígena, Antioquia 2019.....	97
Mapa 7. Títulos colectivos adjudicados a comunidades negras. Antioquia, 1996 – 2008	98
Mapa 8. Migración interna entre Antioquia y otros departamentos del país Censo 2018.....	123
Mapa 9. Inmigración Internacional a Antioquia Censo 2018	124
Mapa 10. Inmigración Venezolana a Antioquia Censo 2018.....	124
Mapa 11. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona Rural – Antioquia 2019	263
Mapa 12. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona urbana – Antioquia 2019	264
Mapa 13. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Total, municipal – Antioquia 2019	265
Mapa 14. Certificación sanitaria municipal en agua potable. Promedio por zonas y total. Antioquia 2019	266
Mapa 15. Índice de necesidades en salud ASIS Antioquia 2020.	350

INTRODUCCIÓN

El departamento de Antioquia – Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia realiza la actualización del documento Análisis de la Situación de Salud (ASIS) adoptando la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con la finalidad de estandarizar el proceso de análisis de la situación de salud en los diferentes entes territoriales y con el que se pretende mejorar el proceso que lleva a la disposición de información útil para la priorización de problemas en el marco de las dimensiones definidas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 - 2021.

El ASIS permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. El ASIS facilita también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la caracterización de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.

La metodología propuesta por el Ministerio plantea la construcción del documento ASIS considerando tres grandes momentos: capítulo I, caracterización de los contextos territorial y demográfico, capítulo II, abordaje de los efectos de salud y sus determinantes y capítulo III, priorización de los efectos de salud.

Esta metodología es útil debido a que

permite normalizar la información con que se realiza, facilita las comparaciones entre los diferentes entes territoriales, agrega rigurosidad estadística al cálculo de indicadores de morbilidad y tiene como intención realizar una integración intersectorial para el análisis de información obtenida.

Al realizar el análisis de los indicadores incluidos en el ASIS, se establece que dentro de las principales causas de consulta en el Departamento se encuentran las enfermedades no transmisibles, las cuales se ubican en primer lugar en el año 2019 en todos los grupos de edad analizados. Teniendo en cuenta el listado de morbilidad adoptado por el Ministerio para el análisis de dicho componente, se evidencia que en las causas específicas las infecciones respiratorias, son las que realizan un mayor aporte a la distribución porcentual.

En cuanto al comportamiento de la mortalidad en el departamento de Antioquia, según el listado 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se observa que el grupo de causas que presenta la tasa más alta, son las enfermedades del sistema circulatorio en el total de la población, seguido del grupo de las demás causas y las neoplasias; al analizar por sexo llama la atención como las causas externas que en algunos años se ubicaron en el segundo grupo, que mayor aporte realiza a la mortalidad en los hombres, a partir del año 2014 pasó a ocupar el cuarto lugar, mientras que en el



grupo de las mujeres se evidencia un comportamiento estable en el tiempo en cuanto al orden de causas, similar al reportado para el total de la población.

Antioquia presenta un perfil de morbimortalidad mixto, consecuente con el cambio de la dinámica poblacional, donde se están incrementando las enfermedades crónicas no transmisibles, sin embargo, persisten las enfermedades transmisibles, aunque se evidencia variaciones en el perfil, al analizar por subregiones y municipios.

En la actualización del documento se identifican algunos aspectos restrictivos en cuanto al manejo de los datos ya que la disponibilidad de información suministrada por el MSPS, debido al proceso de validación se encuentra disponible: mortalidad año 2018, morbilidad 2019; la disposición de bases de datos en resúmenes numéricos y la entrega de algunos indicadores ya calculados, si bien facilita la disposición de los datos, limita el obtener información para los análisis por subregiones del Departamento; además se identifica una baja cobertura en los datos suministrados y no se cuenta con un marco conceptual para el cálculo y abordaje o análisis de desigualdades, no se visualiza información

o no se refleja claramente en indicadores para todas las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, adicional no todos los indicadores contemplados en la elaboración inicial del documento están dispuestos para la presente actualización.

Durante el año 2020, la Organización Mundial de la Salud ha declarado la emergencia sanitaria internacional, a raíz del brote por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2), la cual se constituye en una emergencia de salud pública, tanto a nivel internacional, como nacional y regional. Antioquia, con una población de 6.677.930 habitantes, reporta a 31 de diciembre, 262.791 casos, de los cuales se han recuperado 257.051. El 9 de marzo, se inicia la fase de contención para el Departamento, con la implementación de diferentes estrategias; declaración de alerta amarilla en la red hospitalaria para Antioquia, manteniendo la fase de contención para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, privadas y públicas del nivel I, II y III de complejidad de todo el Departamento" (circular K2020090000135 de 2020), y se instala la Sala de Análisis de Riesgo o comando de incidentes, con la primera reunión, realizada con el acompañamiento y asesoría del equipo del Instituto Nacional de Salud -INS.

METODOLOGÍA

Para la construcción del documento ASIS del departamento de Antioquia, se adopta la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), así como las fuentes de información dispuestas por dicha entidad, con el objetivo de obtener datos con criterios homologados, lo que permite al nivel nacional realizar comparaciones entre las entidades territoriales.

Aunque la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA) cuenta con información más actualizada y con una mayor cobertura que la fuente nacional en algunos componentes, por directriz del MSPS la información contenida en este documento corresponde toda fuente Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) o a cálculos realizados por el MSPS. Se usa como fuentes de información las estimaciones y proyecciones de la población del censo 2018 y los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la mortalidad del departamento de Antioquia, se utiliza la información del período entre el 2005 al 2018, de acuerdo con las bases de datos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

Se realiza una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia,

incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, tasas específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., todo esto a través de la hoja de cálculo Excel.

Para el análisis de morbilidad se utiliza la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios -RIPS- dispuesta en un visor suministrado por el Ministerio, los datos de los eventos de alto costo y precursores, así como los Eventos de Notificación Obligatoria -ENOS, corresponden a indicadores calculados por el Ministerio y suministrados al ente territorial. El período del análisis para los RIPS es del 2009 al 2019; para los eventos de alto costo y los eventos precursores es el período comprendido entre el 2007 al 2018 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2018; se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad. Para estas medidas se les estima los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.; para las estimaciones se utiliza la hoja de cálculo Excel.

Para realizar la priorización de los efectos en salud se utiliza el método de BIT - PASE, a través de la hoja electrónica de Excel y se estimó el Índice de Necesidades en Salud a través del software estadístico EPIDAT versión 3.1.



GLOSARIO DE TÉRMINOS.

- ASIS:** Análisis de la Situación de Salud
- AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos
- CAC:** Cuenta de Alto Costo
- CIE10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- DSS:** Determinantes Sociales de la Salud
- EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda
- ENOS:** Eventos de Notificación Obligatoria
- 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 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
- MSNM:** Metros Sobre el Nivel del Mar
- MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social
- NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas
- ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- OPS:** Organización Panamericana de Salud
- RIPS:** Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
- RAP:** Riesgo Atribuible Poblacional
- PIB:** Producto Interno Bruto
- POT:** Plan de Ordenamiento Territorial
- SISBEN:** Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios.
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- SISPRO:** Sistema Integral de Información de la Protección Social
- SIVIGILA:** Sistema de Vigilancia en Salud Pública
- SSSA:** Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
- TB:** Tuberculosis
- TGF:** Tasa Global de Fecundidad
- COVID 19:** Enfermedad por Coronavirus SARS COV2 2019.

CAPÍTULO I

Caracterización de los contextos **territorial y demográfico**



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

Este capítulo contiene elementos claves para comprender la relación del territorio con la salud de las personas. Se describen de manera general la localización, la socioeconomía, las características físicas del territorio, los riesgos y amenazas geográficas, el sistema de vías de comunicación, así como la composición demográfica con todos sus indicadores que permiten precisar el número de personas que utilicen los servicios de salud y esto a su vez como influye en la demanda de los servicios a las instituciones de salud, profesionales, ambulancias, medicamentos y biológicos, entre otros.

La caracterización de estos componentes da pautas al Departamento para determinar la inversión en el sistema de salud y permite ampliar el abordaje de los capítulos posteriores del análisis de la situación de salud.

1.1 Contexto territorial

Este componente permite contextualizar la relación entre los elementos geográficos del Departamento con sus habitantes, para entender la relación y dinámica que existe

entre ellos, así como el desarrollo de las acciones vitales de los mismos en el territorio.

1.1.1 Localización

El Departamento antioqueño está localizado en el noroeste de Colombia, se amplía desde el río Atrato al oeste, hasta el río Magdalena al este, con una franja de costa sobre el golfo de Urabá que se extiende desde la Punta Yerbazal, sobre el costado occidental del golfo de Urabá (límites con el departamento del Chocó), hasta el sitio conocido como El Minuto de Dios, 2.5 kilómetros al norte de Arboletes, en los límites con el departamento de Córdoba.

A Antioquia la atraviesan dos ramales de la cordillera de los Andes, las cordilleras Occidental y Central. La Occidental se localiza entre el río Atrato y el río Cauca, con alturas que alcanzan los 4.050 msnm en dos páramos (farallones de Citará y páramo de Urrao), y la Central entre el río Cauca y el río Magdalena, con alturas un poco menores (páramos de Sonsón y de Belmira) y extensos altiplanos donde se sitúan aluviones auríferos terciarios.

llaman diputados y son elegidos cada cuatro años en calidad de servidores públicos.

Dentro de su conformación organizacional se cuenta con entidades descentralizadas, gerencias, departamentos administrativos y secretarías, entre la que se destaca la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, la cual es la responsable de la velar por la salud de la población antioqueña.

La división subregional de Antioquia no es relevante en términos de gobierno; son creadas para facilitar la administración del Departamento. Estas subregiones son conformadas por 125 municipios, lo que lo

convierte en el Departamento con más municipios del país, seguido de Boyacá, que cuenta con 123.

Dentro del ámbito municipal, cada municipio divide su área urbana en barrios, los cuales pueden conformar comunas; y su área rural en veredas, que pueden agruparse en corregimientos. A su vez, cada municipio elige su alcalde popularmente y cuenta con su propia rama ejecutiva, su rama legislativa, representada en un concejo; y su rama judicial, representada en juzgados y en diversos organismos de control.

Cada subregión cuenta con diferente número de municipios y características propias.

1.1.4 Subregiones

Subregión del Valle de Aburrá



Conformada de norte a sur por 10 municipios (Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Medellín, Envigado, Itagüí, Sabaneta, La Estrella y Caldas) que se ubican en el centro-sur del Departamento, en medio de la cordillera Central de los Andes. De esta subregión hace parte la capital que es Medellín y que junto a los otros 9 municipios concentra el mayor número de población, beneficios del desarrollo y oportunidades, no solo en la ciudad capital sino en los demás municipios del Valle de Aburrá. Esta subregión cuenta con una extensión aproximada de 1.158 km², una longitud aproximada de 60 kilómetros y una

amplitud variable de unos 6 km de ancho promedio, aunque en su parte más ancha puede alcanzar 8 a 10 km. Está enmarcado por una topografía irregular y pendiente, con alturas que oscilan entre 1.300 y 2.800 msnm. Las cordilleras que lo encierran dan lugar a la formación de una avenida urbanística muy particular en cuanto se viene extendiendo la construcción de viviendas hacia las laderas y esto conlleva al diseño de estrategias que se requieren para hacer efectivos los derechos constitucionales en cuanto a servicios públicos domiciliarios, defensa del espacio público y protección del medio ambiente, entre otros.

Subregión del Bajo Cauca



Está situada en el nororiente del Departamento, en las estribaciones de la

cordillera Central antioqueña. Ocupa una extensión aproximada de 8.585 km² y la



componen seis municipios: Caucasia, El Bagre, Nechí, Tarazá, Cáceres y Zaragoza. La minería es el renglón más importante de la economía. Otras actividades son la producción piscícola, la agricultura y la ganadería. El Bajo Cauca presenta uno de los indicadores sociales más preocupantes de las subregiones de Antioquia, puesto que existe una alta precariedad en las necesidades básicas de la población y un alto

número de personas en condiciones de pobreza y miseria. Así mismo, el desplazamiento de personas causados por las actividades ilícitas y la violencia agrava la situación, creando cinturones de pobreza alrededor de los cascos urbanos de los municipios que generan "barrios subnormales" sin apenas servicios públicos, casi siempre ubicados en zonas inadecuadas e inhóspitas.

Subregión Norte



Localizada en plena cordillera Central, entre el área norte del Valle de Aburrá y el nudo de Paramillo, límite de la cordillera Occidental, con una extensión aproximada de 7.516 km². Está conformada por los municipios de Santa Rosa de Osos, San Pedro de los Milagros, San José de la Montaña, Donmatías, Entreríos, Belmira, Carolina del Príncipe, Gómez Plata,

Guadalupe, Yarumal, Angostura, Briceño, Campamento, Valdivia, Ituango, Toledo y San Andrés de Cuerquia. tiene una gran riqueza hídrica, posee 4 grandes cuencas a las que desaguan importantes ríos dentro de su territorio, lo que ha posibilitado la construcción de numerosas hidroeléctricas como la cuenca del Cauca que es la más



extensa y posee el embalse de Hidroituango, la cuenca del Nechí donde está el embalse de Miraflores, la Cuenca del Grande que posee los embalses de Quebradona, Riogrande I y II y la cuenca del Guadalupe que posee el embalse de Troneras.

Las principales actividades productivas de esta zona son la ganadería de leche, cría de cerdos, cultivo de papa, frijol, maíz, plátano, caña de

azúcar, café, hortalizas, y en menor escala papaya, ahuyama, mora, vitoria, breva, cilantro. El desarrollo industrial está configurado alrededor de fábricas de lácteos y carnes, en tanto en Donmatías y Entreríos han impulsado la creación de fábricas de confección donde se maquila. En Yarumal existen minas de talco y en Campamento minas de Asbesto.

Subregión Nordeste



Se extiende sobre las vertientes orientales de la cordillera Central, entre la Serranía de San Lucas y los ríos Porce, Nechí, Nus y Alicante, con una extensión aproximada de 8.645 km². Está conformada por 10 municipios: Amalfi, Anorí, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Vegachí, Yalí. La principal

actividad económica es la minería aurífera; es la segunda región productora de oro en Antioquia. En lo referente a la agricultura, su principal producto es la caña panelera, seguido del cultivo de café, otros productos son el maíz, el frijol y el plátano. En cuanto a la producción ganadera, la carne y la leche son los productos



más comercializados. En menor escala, pero no menos importante, se encuentra las actividades piscícolas, la explotación maderera y la actividad comercial. Algunos municipios

que se han dedicado a la ganadería se han visto afectados en los últimos años por la presencia de los grupos armados: guerrilla y paramilitares.

Subregión Suroeste



Esta subregión constituye un lugar de gran tradición de la cultura paisa, y forma parte del Eje cafetero. Se encuentra localizado entre la vertiente oriental de la cordillera Occidental y la vertiente occidental de la cordillera Central, que conforman el cañón del río Cauca y la cuenca del río San Juan, al suroccidente del Departamento su extensión aproximada es de 6.589 km². La conforman 23 municipios: Amagá, Andes, Angelópolis, Betania, Betulia,

Ciudad Bolívar, Caramanta, Concordia, Fredonia, Hispania, Jardín, Jericó, La Pintada, Montebello, Pueblo Rico, Salgar, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Titiribí, Urao, Valparaíso, Venecia.

Sus principales actividades económicas son la caficultura, la minería de carbón, el turismo, la producción de plátano, caña panelera, frutales, fríjol, hortalizas, yuca, papa y maíz; así mismo,



la ganadería, la industria maderera y el comercio constituyen otros renglones de la economía. La actividad turística se ha fomentado en los últimos años, convirtiendo

las fincas cafeteras y las mismas casas de sus pobladores en hoteles, lo cual ha generado empleos.

Subregión Occidente



Su superficie abarca una extensión aproximada de 6.571 km², que representa el 10.4% del territorio antioqueño; la conforman 19 municipios: Abriaquí, Cañasgordas, Dabeiba, Frontino, Giraldo, Peque, Uramita, Anzá, Armenia, Buriticá, Caicedo, Ebéjico, Heliconia, Liborina, Olaya, Sabanalarga, San Jerónimo, Santa Fe de Antioquia y Sopetrán. Poseen alturas que van desde los 450 (Dabeiba) hasta los 1.930 (Giraldo) msnm, con extremos de temperatura que varían entre los 17°C

(Giraldo) y 27°C (Santa Fe de Antioquia). Las principales actividades productivas que se realizan en la zona son la ganadería doble propósito, el cultivo de frutas, de frijol, lulo, café, maíz, plátano, zapote, mango, la explotación de la madera, la minería, industrias avícolas y la industria turística.

El Túnel de Occidente "Fernando Gómez Martínez" es la principal puerta de acceso a esta zona, con 4.600 metros de longitud, y se



ubica a sólo 15 minutos del centro de Medellín, dejando el valle del río Cauca a tan sólo una hora de la capital antioqueña. De igual forma la nueva carretera que acompaña el Túnel, la

conexión vial Guillermo Gaviria Correa, acorta las distancias entre los municipios del Occidente y la capital de la montaña.

Subregión Oriente



Es la segunda subregión más poblada del departamento de Antioquia, después del Valle de Aburrá, y le sigue a ésta en importancia económica. La subregión se encuentra al suroriente de Antioquia, entre el Valle de Aburrá y el valle del Magdalena Medio con una extensión aproximada de 7.103 km². Es la zona más cercana a Medellín, posee excelentes vías de comunicación, infraestructura e industria, alberga al principal aeropuerto de Antioquia, el aeropuerto José María Córdova, y ofrece

variadas opciones al turismo local, nacional e internacional.

Se puede considerar la región más productora de energía hídrica en Colombia, esta zona produce cerca del 40% de la energía del país. Es considerada la despensa del Valle de Aburrá con una gran producción de hortalizas, papa, frijol y café. También tiene ganadería, porcicultura e industrias agrícolas. Se le ha dado un gran impulso a la construcción de



obras de infraestructura y con los proyectos de generación de energía se ha captado una mano de obra importante.

El Oriente antioqueño se divide en cuatro subregiones: Valle de San Nicolás o Altiplano: se encuentran los municipios de El Carmen de

Viboral, El Retiro, Santuario, Guarne, La Ceja, Marinilla, La Unión, Rionegro, San Vicente. La zona de Embalses: Alejandría, Concepción, El Peñol, Granada, Guatapé, San Carlos, San Rafael. En la zona de Páramo están: Sonsón, Nariño, Argelia, Abejorral y en la zona de Bosques: Cocorná, San Francisco y San Luis.

Subregión de Urabá



El Urabá antioqueño es la región costera de Antioquia, sobre el mar Caribe, una región plena de paisajes exóticos y con gran diversidad cultural. Con una extensión aproximada de 11.799 km². Es la región bananera y platanera más importante del país y despensa de esa fruta tropical en varios mercados internacionales. En esta región se combinan las culturas paisa, chocona y

costeña. El turismo en la zona gira alrededor del agroturismo por los cultivos de plátano y banano.

Negros, blancos, indígenas, mulatos, zambos y mestizos pueblan esta subregión. Hay varios aeropuertos, los más frecuentados los de Carepa y Turbo, pero por vía terrestre desde Medellín se cruza el Túnel de Occidente, se transita por Santa Fe de Antioquia y se llega



luego a Mutatá, puerta del Urabá y asiento de dos resguardos indígenas: los Emberá Catíos.

La subregión del Urabá antioqueño está dividida en tres subzonas: La Norte con los municipios de: Arboletes, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Necoclí. La central

conocida como el eje bananero y la de más dinamismo económico, con los municipios de: Apartadó, Carepa, Chigorodó, Turbo y la Sur, caracterizada por paisajes de la selva húmeda tropical, en el valle del río Atrato con los municipios de Mutatá, Murindó y Vigía del Fuerte.

Subregión del Magdalena Medio:



Está situada al oriente de Antioquia en la franja que limita con el río Magdalena, con una extensión aproximada de 4.833 km². Se destacan actividades como la minería: la explotación carbonífera y la extracción de calizas, calcáreos, cuarzo y mármoles (buena parte de la minería se practica sin permisos, o sea de manera ilegal); así mismo, es importante el cultivo de la palma de aceite. Las

actividades ganaderas son también un importante renglón en la economía local.

La temperatura oscila entre 20°C y 33°C debido a la cercanía al valle del río Magdalena; esto sumado a la gran abundancia de cascadas y balnearios ubicados en varios municipios, se convierte en un atractivo turístico de la subregión. El bosque húmedo tropical en el cañón del Río Claro, tiene grutas, cuevas, rocas



y aguas cristalinas propicias para los turistas. Continuando hasta Puerto Triunfo, un pueblo ideal para la pesca, el visitante puede acceder a diversas actividades deportivas. Esta subregión antioqueña está compuesta por los municipios de: Caracolí, Maceo, Puerto Berrío, Puerto Nare, Puerto Triunfo y Yondó

Es importante mencionar en este aparte, que a partir de la Legislación Orgánica de Ordenamiento Territorial (LOOT), la cual se concreta con la expedición de la Ley 1454 de 2011 en la que se propone la conformación de esquemas asociativos territoriales para la libre y voluntaria integración de alianzas estratégicas que impulsen el desarrollo autónomo y autosostenible de comunidades y territorios, los mandatarios de 11 municipios del Suroeste antioqueño (Caramanta, Fredonia, Jericó, La Pintada, Montebello, Pueblorrico, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Valparaíso y Venecia) han manifestado interés en la conformación de un esquema asociativo, bajo la figura de “provincia” que les permita gestionar sus intereses de manera mancomunada dado que comparten problemáticas comunes, así como potencialidades y oportunidades que les permiten actuar conjuntamente sobre variables sociales, económicas, culturales y ambientales, con miras a encontrar mejores alternativas de desarrollo para sus pobladores. Desde el 5 de julio de 2016 se suscribió un acuerdo marco de integración institucional por parte de los burgomaestres, iniciando así el camino que se debe recorrer para la concreción de la primera provincia administrativa y de planificación del país, que aunque aún falta ser reglamentada por parte del gobierno nacional, se convierte en una oportunidad para incidir desde las regiones de

Antioquia en el ámbito nacional, a partir de la creación e implementación de lo que podría ser un modelo exitoso de la asociatividad en Colombia.

Con la Ordenanza Departamental No. 54 de 22/12/2016 que crea la provincia administrativa y de planificación CARTAMA y la Ordenanza No.68 de 2/01/2017 que establece las normas generales para la creación y organización de las provincias administrativas y de planificación - PAP - en el departamento de Antioquia; de conformidad con los principios, parámetros, lineamientos y requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico colombiano, se dan los cimientos legales para la conformación de tal agrupación.

La asociación de estos municipios geográficamente contiguos denominada: “Provincia Administrativa y de Planificación CARTAMA”, comparte vínculos y un flujo de relaciones y similitudes sobre las cuales pueden actuar de manera articulada con el fin de mejorar la calidad de vida de sus habitantes, a través de una mejor prestación de los servicios públicos, impulsando la ejecución de proyectos y obras de ámbito regional y facilitando el desarrollo de la gestión ambiental.

Los once municipios que buscan trabajar mancomunadamente, enfrentan cambios inminentes a raíz de proyectos de gran importancia para el Departamento y el país, tales como la construcción de las autopistas Pacífico I, II y III, el parque temático Biosuroeste, el proyecto hidroeléctrico Cañafisto y el proyecto de generación de energía río Conde, entre otros.



Con la construcción de las autopistas se disminuirá considerablemente el tiempo de desplazamiento con el Puerto de Buenaventura, el Puerto de Urabá por la doble calzada, el aeropuerto del Café y el Valle de Aburrá, lo que ubica a los municipios en proceso de asociación en una posición privilegiada para el fortalecimiento de desarrollos productivos, en general, favoreciendo incrementos de la competitividad del territorio. Lo anterior presupone que la subregión se enfrentará a nuevas dinámicas que requerirán de una oportuna planificación y eficiente gestión.

Por tanto, es de vital importancia prepararse de manera adecuada para asumir los nuevos retos, optimizar los recursos y lograr beneficios para el desarrollo territorial. Es claro que, en este nuevo escenario, se generan dinámicas urbanas que potencian el desarrollo de las áreas de influencia, tales como la generación de nuevas centralidades, nuevas actividades asociadas al turismo y la reducción de los tiempos de viaje hacia el centro del departamento. Este desarrollo supone retos frente a lo que a servicios públicos se refiere. Por otro lado, se da una mayor presión sobre las vías de comunicación entre los municipios. Así, el mejoramiento y mantenimiento de la red vial terciaria, a cargo de los municipios, se convierte en un imperativo. Por medio de la Provincia se puedan aunar esfuerzos para adquirir, administrar y ejecutar los recursos más eficiente y eficazmente.

Una vez se conforme formalmente la Provincia de Cártama, se abre una gama de posibilidades que deben estar direccionadas a un fin común para promover la equidad humana y territorial. Para ello, se hace necesario prepararnos

institucional y proactivamente para la asimilación y manejo de estas nuevas dinámicas y considerar aspectos claves que desde la planificación propendan por el desarrollo armónico e integral del territorio. Otras ordenanzas compartidas por la Asamblea Departamental de Antioquia conformando provincias son:

- Ordenanza N°25 (16 agosto 2017): Se modifica un artículo de la Ordenanza 68 del 2 de enero de 2017 por la cual se establece el marco general para la creación y organización de provincias administrativas y de planificación (PAP) en el Departamento.
- Ordenanza N°04 (14 marzo 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) de Penderisco y Sinifaná conformada por los municipios de Amaga, Angelópolis, Anzá, Betulia, Caicedo, Concordia, Titiribí, Urrao.
- Ordenanza N°05 (16 marzo 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) de San Juan para Andes, Betania, Ciudad Bolívar, Hispania, Jardín y Salgar.
- Ordenanza N°06 (14 marzo 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) de la Paz con los municipios de Argelia, La Unión, Nariño y Sonsón.
- Ordenanza N°11 (3 julio 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) del agua, bosques y turismo para Alejandría, Cocorná, Concepción, El Peñol, Granada, Guatapé, Marinilla, San Carlos, San Francisco, San Luis, San Rafael y San Vicente Ferrer.
- Ordenanza N°30 (2 septiembre 2019): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) minera agroecológica

para Remedios, Segovia, Vegachí, Yalí y Yolombó.

Otro adelanto de la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial (LOOT: Ley 1454 de 2011), es el tema de la asociatividad territorial entre departamentos denominada RAP (Regiones Administrativas y de Planificación) la cual constituye, un mecanismo adecuado y efectivo para lograr avances importantes en materia de desarrollo regional, descentralización y competitividad territorial a fin de consolidar un modelo de Estado no solo más descentralizado, sino también con mayores niveles de autonomía para planificar, gestionar y gerenciar el desarrollo territorial. En este contexto, en Colombia ya se han conformado formalmente cuatro (4) Regiones Administrativas y de Planificación - RAP (RAP Central, RAP Caribe, RAP Pacífico y RAP Eje Cafetero).

Esta Ley Orgánica se constituye como una inmensa posibilidad para avanzar en la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud – RISS, tal como lo ordena la Ley 1438 de 2011 en sus artículos 60 a 64.

Para ello es necesario que se atienda a los “Criterios Determinantes” entre los cuales se destaca que las redes deben tener una población y territorio a cargo, con el fin de atender a las necesidades de salud de las personas lo más cerca posible al lugar donde transcurren sus vidas.

Las provincias y las RAP son figuras político-administrativas que facilitan un ordenamiento de las redes de conformidad con los postulados del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), con enfoque territorial y no, siguiendo a las lógicas de las leyes del mercado

y a los intereses de los empresarios del aseguramiento.

Antioquia con el ánimo de articular esfuerzos en aras de alcanzar objetivos comunes y abordar retos de desarrollo particulares, se ha asociado con el departamento de Córdoba y han decidido avanzar en este proceso estratégico que establece las bases de un desarrollo regional mucho más ordenado, progresivo y sistemático, razón por la cual han dispuesto articular esfuerzos para la conformación de una Región Administrativa y de Planificación (RAP), que pretende consolidar el desarrollo territorial de los dos departamentos, mediante la identificación previa de unos ámbitos de actuación y unos proyectos de carácter estratégico que favorezcan el desarrollo integral de esta nueva RAP, contribuyendo sustancialmente y como objetivo central, al mejoramiento de los niveles de la calidad de vida de los pobladores de sus jurisdicciones.

En tal sentido, los departamentos suscribieron en la ciudad de Coveñas, el 5 de abril de 2019 un acuerdo de voluntades, en el cual se plasman las actividades que deben adelantarse a fin de avanzar en la conformación formal de esta nueva figura asociativa interdepartamental, que pronto incluirá también al departamento de Sucre convirtiéndose en un instrumento de una política integral de desarrollo regional y departamental más eficiente y eficaz.

Esta integración territorial entre Antioquia, Córdoba y Sucre, daría cuenta de uno de los principios rectores del ordenamiento territorial, como es el de la solidaridad y equidad territorial, que establece que con el fin de contribuir al desarrollo armónico del



territorio colombiano, la Nación, las entidades territoriales y las figuras de integración territorial de mayor capacidad política, económica y fiscal, apoyen aquellas entidades de menor desarrollo relativo, en procura de garantizar el acceso equitativo a las oportunidades y beneficios del desarrollo, para elevar la calidad de vida de la población.

1.1.5 Límites geográficos:

Antioquia tiene los siguientes límites:

Al norte con el mar Caribe y el departamento de Córdoba, el cual posee todas las cuencas de los ríos Sinú y San Jorge, lo cual hace que Córdoba se adentre en Antioquia y separe Urabá del Bajo Cauca antioqueño. Del Litoral Caribe, Antioquia tiene el mayor golfo de la costa, el golfo de Urabá, compartido con el departamento del Chocó. La parte antioqueña va desde Bahía Gloria hasta Punta Arenas en el Sur. La otra zona costera de Antioquia va desde Punta Arenas del Sur hasta Punta Arboletes. El límite con Córdoba va desde Punta Arboletes al occidente hasta el río Nechí en el Bajo Cauca. Al occidente con el departamento del Chocó, siendo éste el límite más extenso que Antioquia tiene con otro departamento colombiano. También limita con parte de Bahía Gloria en el golfo de Urabá, y en la cual se encuentra la desembocadura del río Atrato y se dirige al sur y al oriente hasta encontrar la cordillera Occidental a la altura del Páramo de Frontino, y continúa aún hasta terminar en Bolívar, en límites con el departamento de Risaralda. A pesar de ser el límite más extenso, prácticamente todo el occidente antioqueño, es el menos poblado. Al sur con los departamentos de Risaralda y Caldas como único límite montañoso que tiene Antioquia: Risaralda le concede la cordillera

Occidental hasta el valle del río Cauca que separa a la cordillera Central, la cual penetra desde Caldas en la parte oriental. Sin embargo, el otro 50% en el límite oriental con Caldas se ubica sobre la llanura del valle del río Magdalena hasta sus orillas.

Al oriente con el valle del río Magdalena en la porción de dicho valle conocida como Magdalena Medio. El Departamento sigue la vera del río, que lo separa al sur del departamento de Boyacá, cuyo límite es el más corto y se trata de un brazo boyacense que se extiende hasta el río Magdalena y toca a Antioquia entre Puerto Triunfo y Puerto Berrío para dar paso al territorio del departamento de Santander, el que a su vez ocupa el resto de la vera occidental antioqueña del río Magdalena hasta Yondó. En ese punto Antioquia vuelve a entrar en contacto con la Costa Caribe con la entrada del departamento de Bolívar, que posee la Serranía de San Lucas. El límite oriental termina en el río Nechí.

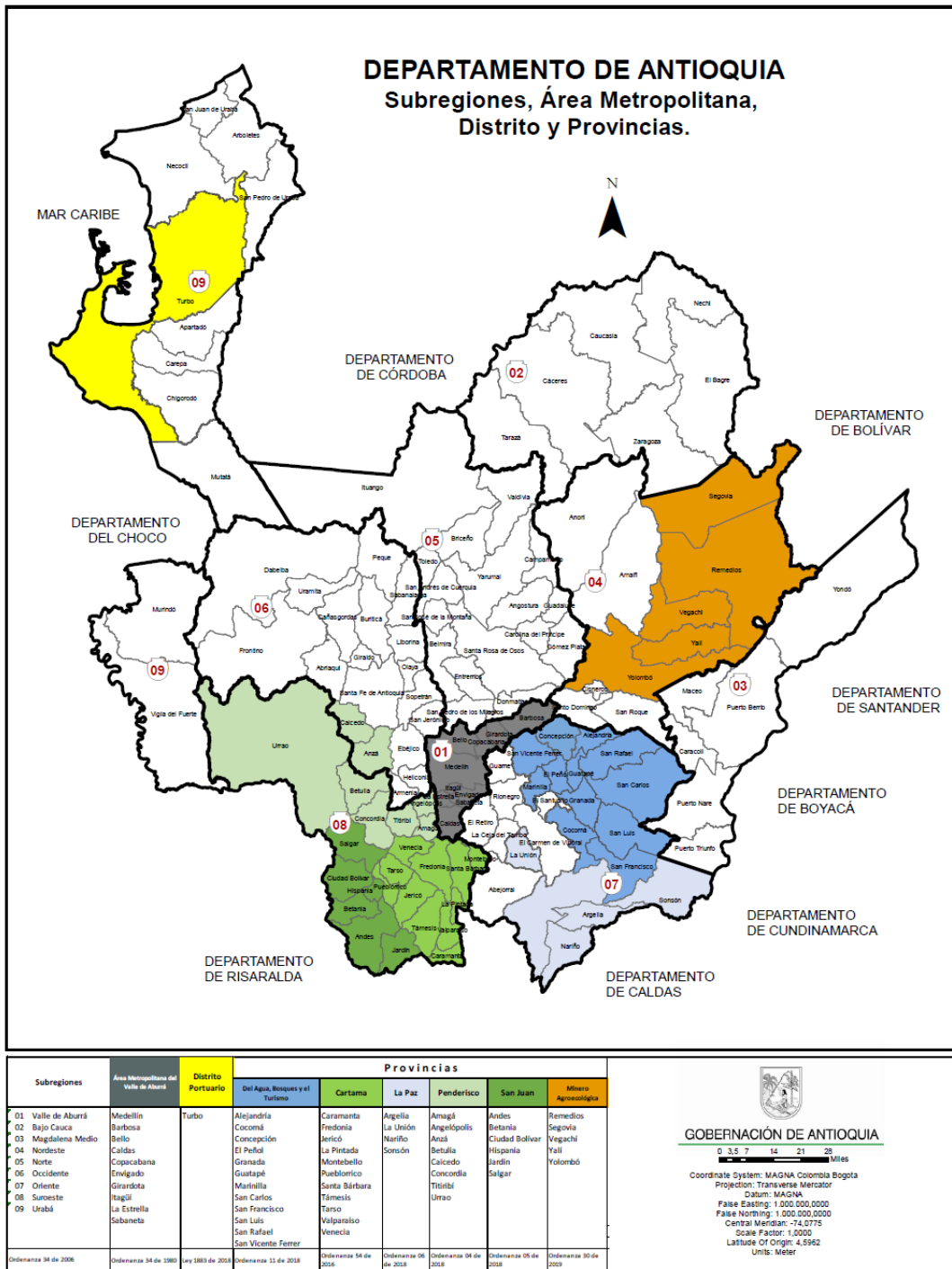
1.1.6 Extensión territorial

Antioquia ocupa un área total de 63.612 km², lo que corresponde al 5,56% del territorio nacional continental. El mayor asentamiento humano se encuentra en el área del Valle de Aburrá y sus municipios aledaños, es decir, el área que rodea a la ciudad de Medellín. Tiene además 240 kilómetros de costa sobre el mar Caribe.

Su extensa geografía es comparable en área, con países como Bélgica, Suiza y Holanda. Es el 6º departamento más extenso de Colombia, superado por Amazonas, Vichada, Caquetá, Meta y Guainía y el más poblado, si se tiene en cuenta que el distrito capital de Bogotá es una entidad administrativa especial.



Mapa 2. División política administrativa de Antioquia



Fuente. Anuario Estadístico 2018. Gobernación de Antioquia



Tabla 1. Distribución de municipios de Antioquia por situación geográfica, extensión territorial, altura, temperatura y población total por subregión. 2020

Situación geográfica						
Subregiones y municipios	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)	Extensión km ² (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar (metros)	Temperatura media de la cabecera municipal °c	Total población
Total departamento			63.612			6677930
Valle de Aburrá						
Medellín	6° 13' 55"	75° 34' 05"	387	1.550	22	2.533.424
Barbosa	6° 26' 03"	75° 19' 57"	208	1.300	22	54.347
Bello	6° 20' 21"	75° 33' 48"	151	1.450	22	552.154
Caldas	6° 05' 25"	75° 37' 52"	152	1.750	19	83.423
Copacabana	6° 20' 38"	75° 30' 48"	71	1.425	22	81.820
Envigado	6° 10' 19"	75° 35' 09"	51	1.575	21	242.197
Girardota	6° 22' 32"	75° 27' 08"	71	1.425	22	54.439
Itagüí	6° 10' 19"	75° 36' 47"	17	1.550	21	289.994
La Estrella	6° 09' 30"	75° 38' 24"	35	1.775	20	75.517
Sabaneta	6° 09' 13"	75° 36' 47"	15	1.550	20	87.981
Bajo Cauca						
Cáceres	7° 34' 36"	75° 20' 54"	1.996	100	28	30.356
Caucasia	7° 58' 46"	75° 11' 40"	1.058	50	28	95.427
El Bagre	7° 35' 25"	74° 48' 27"	1.951	50	28	53.846
Nechí	8° 06' 22"	74° 46' 33"	925	30	28	27.354
Tarazá	7° 34' 45"	75° 23' 45"	1.578	125	28	27.995
Zaragoza	7° 29' 27"	74° 51' 59"	1.077	50	28	25.703
Magdalena Medio						
Caracolí	6° 24' 01"	74° 45' 28"	263	625	26	4.532
Maceo	6° 32' 59"	74° 47' 22"	436	950	23	8.248
Puerto Berrio	6° 29' 35"	74° 24' 26"	1.198	125	27	40.713
Puerto Nare	6° 11' 40"	74° 35' 09"	668	125	27	14.440
Puerto Triunfo	5° 52' 56"	74° 38' 24"	365	150	27	18.970
Yondó	7° 04' 04"	73° 54' 09"	1.903	75	28	20.110
Nordeste						
Amalí	6° 54' 17"	75° 04' 36"	1.224	1.550	22	27.071
Anorí	7° 04' 04"	75° 08' 57"	1.447	1.535	21	19.104
Cisneros	6° 32' 26"	75° 05' 25"	47	1.050	24	9.936
Remedios	7° 01' 21"	74° 41' 48"	2.008	700	25	29.629
San Roque	6° 28' 46"	75° 01' 21"	446	1.475	21	21.597
Santo Domingo	6° 28' 14"	75° 10' 02"	274	1.975	19	12.324
Segovia	7° 04' 28"	74° 41' 56"	1.246	650	24	39.379
Vegachi	6° 45' 12"	74° 47' 55"	518	980	23	12.039
Yalí	6° 40' 19"	74° 51' 10"	483	1.250	23	7.681
Yolombó	6° 35' 42"	75° 00' 48"	952	1.450	21	23.501



Situación geográfica						
Subregiones y municipios	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)	Extensión km ² (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar (metros)	Temperatura media de la cabecera municipal °c	Total población
Norte						
Angostura	6° 53' 04"	75° 20' 13"	392	1.675	21	11.536
Belmira	6° 36' 14"	75° 40' 27"	279	2.550	14	6.116
Briceño	7° 06' 30"	75° 33' 07"	406	1.200	23	8.120
Campamento	6° 58' 38"	75° 17' 55"	206	1.700	20	9.243
Carolina del Príncipe	6° 43' 34"	75° 17' 06"	168	1.800	19	3.972
Donmatías	6° 29' 02"	75° 23' 53"	183	2.200	16	19.709
Entreríos	6° 33' 48"	75° 31' 21"	222	2.300	16	11.728
Gómez Plata	6° 40' 43"	75° 13' 01"	364	1.800	20	9.921
Guadalupe	6° 48' 43"	75° 14' 39"	88	1.875	20	6.665
Ituango	7° 10' 10"	75° 46' 09"	2.375	1.550	21	27.789
San Andrés de Cuerquia	6° 55' 14"	75° 40' 19"	179	1.475	22	7.281
San José de la Montaña	6° 50' 54"	75° 41' 07"	173	2.550	13	3.765
San Pedro de los Milagros	6° 27' 41"	75° 33' 31"	232	2.475	14	22.885
Santa Rosa de Osos	6° 38' 49"	75° 27' 57"	822	2.550	13	37.869
Toledo	7° 00' 40"	75° 41' 40"	141	1.850	19	5.043
Valdivia	7° 09' 21"	75° 26' 36"	553	1.165	21	14.102
Yarumal	6° 57' 41"	75° 24' 58"	733	2.300	14	42.678
Occidente						
Abriaquí	6° 38' 08"	76° 03' 31"	293	1.920	18	2.735
Anzá	6° 18' 27"	75° 51' 26"	256	625	25	7.169
Armenia	6° 10' 02"	75° 47' 22"	111	1.800	19	5.074
Burrítaca	6° 43' 01"	75° 54' 42"	368	1.625	21	9.634
Caicedo	6° 24' 26"	75° 59' 19"	224	1.800	19	8.536
Cañasgordas	6° 45' 12"	76° 01' 54"	396	1.300	21	15.552
Dabeiba	7° 00' 00"	76° 15' 52"	1.095	450	26	23.509
Ebéjico	6° 19' 40"	75° 46' 01"	238	1.150	23	12.134
Frontino	6° 46' 33"	76° 07' 36"	1.278	1.350	21	20.700
Giraldo	6° 40' 51"	75° 57' 08"	97	1.925	17	5.750
Heliconia	6° 12' 45"	75° 43' 50"	118	1.440	21	5.395
Liborina	6° 41' 07"	75° 48' 43"	220	700	24	10.090
Olaya	6° 37' 36"	75° 48' 11"	91	500	26	3.175
Peque	7° 01' 37"	75° 54' 42"	397	1.200	22	8.285
Sabanalarga	6° 51' 18"	75° 48' 27"	268	850	25	9.278
San Jerónimo	6° 26' 36"	75° 43' 18"	157	780	25	16.017
Santa Fe de Antioquia	6° 33' 31"	75° 49' 32"	499	550	27	27.002
Sopetrán	6° 30' 16"	75° 45' 12"	226	750	25	15.512
Uramita	6° 54' 26"	76° 10' 10"	239	650	25	6.899



Análisis de Situación de Salud - Antioquia 2020



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



Situación geográfica						
Subregiones y municipios	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)	Extensión km ² (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar (metros)	Temperatura media de la cabecera municipal °c	Total población
Oriente						
Abejorral	5° 47' 22"	75° 25' 47"	497	2.125	17	20.287
Alejandro	6° 22' 15"	75° 08' 41"	151	1.650	20	4.698
Argelia	5° 43' 50"	75° 08' 33"	257	1.750	20	7.545
Cocorná	6° 03' 31"	75° 11' 24"	221	1.300	23	14.833
Concepción	6° 23' 53"	75° 16' 01"	169	1.875	19	4.758
El Carmen de Viboral	6° 04' 53"	75° 20' 21"	453	2.150	17	62.581
El Peñol	6° 13' 01"	75° 14' 55"	145	2.000	18	21.769
El Retiro	6° 03' 31"	75° 30' 16"	266	2.175	16	24.757
El Santuario	6° 08' 24"	75° 16' 01"	76	2.150	17	36.605
Granada	6° 08' 24"	75° 11' 24"	185	2.050	18	9.764
Guarne	6° 17' 55"	75° 24' 20"	153	2.150	17	58.159
Guatapé	6° 14' 07"	75° 09' 30"	70	1.925	19	8.709
La Ceja del Tambo	6° 01' 54"	75° 25' 47"	133	2.200	16	68.325
La Unión	5° 58' 30"	75° 21' 43"	200	2.500	13	22.391
Marinilla	6° 10' 19"	75° 20' 21"	116	2.120	17	67.893
Nariño	5° 36' 30"	75° 10' 35"	317	1.650	20	9.947
Rionegro	6° 09' 18"	75° 22' 48"	198	2.125	17	142.995
San Carlos	6° 11' 07"	74° 59' 35"	719	1.000	23	15.811
San Francisco	5° 57' 42"	75° 05' 58"	368	1.250	23	5.889
San Luis	6° 02' 26"	74° 59' 51"	458	1.050	24	13.123
San Rafael	6° 16' 49"	75° 01' 21"	366	1.000	23	15.663
San Vicente Ferrer	6° 17' 06"	75° 20' 05"	246	2.150	17	22.469
Sonsón	5° 42' 45"	75° 18' 35"	1.339	2.475	13	36.625
Suroeste						
Amagá	6° 02' 42"	75° 42' 13"	85	1.400	21	31.283
Andes	5° 39' 13"	75° 53' 37"	449	1.350	22	44.199
Angelópolis	6° 06' 47"	75° 43' 01"	87	1.900	18	5.841
Betania	5° 44' 55"	75° 58' 46"	170	1.550	22	10.284
Betulia	6° 07' 03"	75° 59' 19"	255	1.600	20	15.896
Caramanta	5° 32' 59"	75° 38' 57"	87	2.050	17	4.648
Ciudad Bolívar	5° 51' 26"	76° 01' 21"	285	1.200	22	26.313
Concordia	6° 03' 15"	75° 54' 42"	234	2.000	19	21.688
Fredonia	5° 55' 47"	75° 40' 19"	250	1.800	20	24.754
Hispania	5° 47' 46"	75° 54' 58"	59	1.000	21	5.591
Jardín	5° 35' 58"	75° 50' 05"	227	1.750	19	14.830
Jericó	5° 47' 38"	75° 47' 06"	195	2.000	18	13.706
La Pintada	5° 45' 00"	75° 36' 30"	55	600	25	8.460
Montebello	5° 56' 52"	75° 31' 21"	84	2.350	15	6.641
Pueblorrico	5° 47' 55"	75° 50' 21"	86	1.800	19	8.735
Salgar	5° 57' 41"	75° 58' 14"	423	1.250	23	18.261
Santa Bárbara	5° 52' 32"	75° 33' 48"	188	1.800	19	27.186
Támesis	5° 40' 02"	75° 43' 34"	246	1.600	21	16.201
Tarso	5° 52' 07"	75° 49' 08"	120	1.325	22	6.231
Tiñibi	6° 04' 04"	75° 47' 38"	144	1.550	21	10.719
Urrao	6° 19' 16"	76° 07' 36"	2.585	1.800	20	30.876
Valparaiso	5° 37' 03"	75° 37' 52"	132	1.375	21	6.472
Venecia	5° 57' 57"	75° 44' 23"	143	1.350	21	11.715



Situación geográfica						
Subregiones y municipios	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)	Extensión km ² (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar (metros)	Temperatura media de la cabecera municipal °c	Total población
Urabá						
Apartadó	7° 52' 40"	76° 37' 44"	607	25	28	127.744
Arboletes	8° 51' 10"	76° 26' 03"	718	4	28	30.510
Carepa	7° 45' 12"	76° 39' 21"	384	28	28	51.143
Chigorodó	7° 39' 30"	76° 41' 07"	615	34	28	59.836
Murindó	6° 59' 02"	76° 44' 55"	1.365	25	28	5.234
Mutatá	7° 14' 55"	76° 25' 47"	1.119	75	28	14.389
Necolí	8° 25' 39"	76° 46' 58"	1.377	8	28	44.118
San Juan de Urabá	8° 46' 22"	76° 31' 46"	241	2	28	20.950
San Pedro de Urabá	8° 15' 12"	76° 22' 40"	482	200	27	32.147
Turbo	8° 05' 42"	76° 44' 23"	3.090	2	28	130.191
Vigia del Fuerte	6° 35' 33"	76° 53' 12"	1.801	18	28	9.423

Nota: La extensión de los municipios de Antioquia se tomó del libro publicado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi en el año 2007.

Fuente: Antioquia: características geográficas /IGAC. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007. 320

1.1.1 Economía

Antioquia es la segunda economía con más peso en el producto interno bruto (PIB) de Colombia y un poco más de la mitad de su valor agregado es explicado por tres grandes ramas de actividad económica: (1) servicios financieros, empresariales e inmobiliarios, (2) comercio, restaurantes y hoteles, (3) industria manufacturera. Este grupo de actividades se desarrollan en un alto porcentaje en la zona central, Medellín y el Valle de Aburrá. En las otras ocho subregiones del Departamento, además del comercio y de las actividades relacionadas con turismo, las agropecuarias, mineras y de generación de energía cobran mayor relevancia.

Este Departamento representa el 14 % del PIB de Colombia y en los últimos 10 años registró un crecimiento económico destacado, con una tasa del 4 % promedio anual; este crecimiento se vio reflejado en una disminución significativa de la tasa de desempleo. Sin embargo, aún tiene mucho por hacer en cuanto a generación de empleo de calidad y en reducción de los índices de pobreza y de desigualdad entre sus subregiones.

Actualmente, la región tiene definidas sus apuestas productivas; desde las subregiones, donde el sector agrícola es predominante, se busca la transformación agroindustrial alrededor del café, los lácteos, el cacao, los cítricos y el caucho, y la consolidación de productos con mayor tradición como flores, banano y plátano. Para todos ellos, los desarrollos tecnológicos y la investigación se



han convertido en condición necesaria para su permanencia y acceso a los mercados.

Por su parte, el turismo es una industria que facilita la articulación urbano-regional en el Departamento; comprender las potencialidades de cada territorio y su articulación con Medellín y el Valle de Aburrá es muy relevante; en especial, porque la capital viene creciendo de manera consistente alrededor del turismo de negocios y de ocio.

En Medellín y el Valle de Aburrá se viene trabajando desde hace más de una década en siete clústeres estratégicos: moda textil/confección, energía eléctrica sostenible, construcción (hábitat sostenible), TIC, salud (Medellín Health City), turismo de negocios y café Medellín- Antioquia. No obstante, recientemente se definieron las áreas estratégicas de especialización para Medellín y el Valle de Aburrá, y estas van más allá de los clústeres, por lo que abarcan nuevas actividades económicas que se destacan por su alto contenido de conocimiento y por su potencial para agregar valor. Dichas áreas son las que siguen: medicina avanzada y bienestar, industria sostenible e inclusiva, territorio verde y sostenible, y región inteligente.

1.1.2 Características físicas del territorio

Antioquia, resulta ser un verdadero mosaico geográfico y, por tanto, un gran reto para la planificación territorial. La geografía antioqueña conjuga todos los elementos de la geografía nacional: mar, llanuras, montañas, altiplanos, páramos, ríos, ciénagas y bosques.

1.1.3 Altitud y relieve

El variado relieve del Departamento está representado, de un lado, por áreas planas

que comprenden las dos terceras partes del total del suelo, y que están localizadas en el valle del Magdalena, en Bajo Cauca, y en las zonas próximas al departamento del Chocó y a la subregión costera de Urabá; y por otro lado, el relieve está conformado por una extensa área muy montañosa que hace parte de las cordilleras Central y Occidental de los Andes, que componen una tercera parte del suelo antioqueño, y en la cual sobresalen 202 altos importantes, con elevaciones que oscilan entre los 1.000 y los 4.080 msnm.

La Cordillera de los Andes, al llegar a Colombia, se divide en tres ramales, llamados Cordillera Occidental, Cordillera Central y Cordillera Oriental. La Cordillera Central, a su vez, se ramifica en dos ramales al entrar a Antioquia, en medio de un valle conocido como Valle de Aburrá, donde se asienta Medellín. Sobre la Cordillera Central, no solo se asientan la mayoría de los municipios, sino que se forman dos altiplanos geográficos: el que está situado más al norte, llamado Altiplano de Santa Rosa de Osos, y el Altiplano situado más al oriente, llamado Valle de San Nicolás.

El mayor accidente montañoso de Antioquia es el páramo de Frontino, localizado en el municipio de Urrao, con 4.080 msnm; también en esa localidad está situado el morro Campana, con 3.950 msnm. En el municipio de Dabeiba está ubicado el Alto de Paramillo, con 3.960 metros y en el municipio de Andes se localiza el cerro de Caramanta con 3.900 metros de altura. Antioquia está bañada al norte, en sus costas, por el Mar Caribe. Al occidente recibe la humedad del Océano Pacífico en la zona de sus selvas.



1.1.4 Hidrografía

Las numerosas fuentes hídricas de Antioquia permiten establecer el origen de su potencial hidrográfico e hidroeléctrico. Sus ríos más importantes son el Atrato, que lo separa del departamento del Chocó; el Cauca, que lo atraviesa por el centro y separa la Cordillera Occidental de la Central, en el corazón del departamento; y el Magdalena, que le sirve de límite con el departamento de Santander, en el extremo oriente de la región. La riqueza hídrica departamental también está representada en sus múltiples ciénagas, como las de Buchadó, Los Medios, Tumaradó, Caucasia, Nechí, El Bagre, Yondó y Puerto Berrío.

1.1.5 Zonas de riesgo

Antioquia se caracteriza por tener unas condiciones topográficas, geológicas, hidrológicas y geomorfológicas, muy diversas. Dichas condiciones combinadas con las variables climáticas hacen de su territorio un escenario propicio para la ocurrencia de gran variedad de fenómenos de origen natural como: movimientos en masa, inundaciones, avenidas torrenciales, temporales, sismos e incendios de cobertura vegetal, y fenómenos de origen antrópico.

Las instituciones regionales y municipales dedicadas a la prevención y atención de desastres, como el Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia DAGRAN (antes DAPARD), el Sistema Municipal de Prevención y Atención de Desastres (SIMPAD), las corporaciones regionales como la Corporación Autónoma Regional del Centro de Antioquia.

(CORANTIOQUIA) y la Corporación Autónoma Regional Rionegro-Nare (CORNARE), han llevado un registro permanente de los desastres naturales acaecidos en el departamento de Antioquia durante décadas; sin embargo, dichas instituciones han encontrado que muchas veces los llamados “pequeños” desastres no son reportados por el respectivo municipio a los entes territoriales encargados, ya que sus efectos no son de consideración y el municipio puede afrontar la emergencia en una forma directa. Esto lleva a un subregistro de la información.

Las causas de los desastres naturales pueden ser divididas en naturales y antrópicas, dependiendo del factor detonante del fenómeno; una causa natural puede ser una intensa lluvia que cae sobre un área y puede generar inundaciones, avenidas torrenciales y deslizamientos entre otros; una antrópica es cuando el ser humano interviene en el medio ambiente de una manera desordenada y genera un impacto negativo, por ejemplo: la obstrucción con tierra de los cauces de los ríos, los malos manejos de aguas lluvias y residuales, la deficiente construcción de la infraestructura de alcantarillado, entre otros.

Las principales amenazas en el Departamento están relacionadas en primer lugar con fenómenos hidrometeorológicos, es decir, con períodos muy lluviosos, distribuidos generalmente para el departamento de Antioquia en dos períodos: el primero los meses de abril, mayo y junio, y el segundo los meses de septiembre, octubre y noviembre; ocasionando pérdidas de vidas humanas y destrucción de viviendas, así mismo afectaciones a infraestructuras, ganadería y agricultura y zonas de reserva; su



comportamiento desfavorable se potencializa cuando encuentra condiciones de vulnerabilidad alta dadas por: condiciones de vida de la comunidad, la degradación ambiental, la rápida urbanización no planificada, entre otras, convirtiéndose así en complejos escenarios de riesgo.

Las amenazas más comunes en nuestro territorio son dadas por:

- Los temporales (o vendavales) que son tormentas con vientos muy fuertes, produciendo afectación parcial de viviendas e infraestructura, árboles, postes de energía y demás objetos que se puedan arrastrar.
- Avenidas torrenciales que son movimientos de ocurrencia súbita de tierra y lodo, con gran velocidad y poder de arrastre.
- Movimientos en masa: dado por vibraciones del terreno causadas por un sismo, por las propiedades del suelo, por el agua que actúa como lubricante en las zonas donde se filtra, o por el arrastre de partículas. Son influenciadas por intervenciones del hombre que generan procesos erosivos, y por otros factores, como los cortes para la construcción de carreteras, el manejo inadecuado de laderas para urbanizar, la instalación de redes de

infraestructura, las infiltraciones de agua por fugas en los sistemas de acueducto y alcantarillado, la ausencia o insuficiencia de sistemas de recolección de aguas lluvias, la deforestación y la minería, principalmente.

- Los sismos que tienen su origen en la existencia de fallas geológicas locales, estos movimientos sísmicos generalmente son de menor magnitud, pero al producirse muy cerca de la superficie, tienen un gran poder destructor. Ocurren principalmente en la zona occidental de Colombia que está dentro del denominado “Cinturón de Fuego del Pacífico”, al borde de la zona de subducción con la placa oceánica de Nazca, donde existe una gran actividad tectónica, generadora de un gran número de sismos.

1.1.6 Amenazas por Subregiones

1.1.6.1 Subregión Bajo Cauca

Análisis de escenarios

Los escenarios de riesgo definidos para esta subregión por el Plan Departamental de Gestión de Riesgos y desastres–PDGRD- y la Estrategia Departamental de Respuesta a Emergencias–EDRE- son los siguientes.

Tabla 2. Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Bajo Cauca. Antioquia 2020.

Clasificación	Eventos
De origen natural:	Temporales (vendavales)
De origen tecnológico:	Accidentes vehiculares
	Accidentes aéreos
	Incendios estructurales
De origen socio-natural:	Inundaciones
	Inundaciones asociadas a Hidroituango
	Incendios de la cobertura vegetal

Fuente: EDRE Antioquia, 2019



Análisis de eventos

De acuerdo con la base de datos del Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia -DAGRAN¹-, se tiene un registro de 262 eventos ocurridos desde el año 2010 hasta el año 2019 en la subregión del Bajo Cauca, siendo el mayor registro para vendavales, con 62 registros, seguido por inundaciones con 57 eventos, incendios de la cobertura vegetal con 40 eventos y finalmente, movimientos en masa con 26 eventos. 52 eventos son para avenidas torrenciales, incendios estructurales, sismos, accidentes de tránsito, entre otros; todos ellos entre 1 y 9 eventos en total en la década.

Los vendavales se registraron en todos los municipios, siendo el mayor número de ocurrencia para Cáceres con 15 eventos y Tarazá con 13, los restantes municipios tuvieron entre 8 y 9 eventos de vendavales en la década. Los años en que se registran el mayor número de eventos de vendavales son el 2010 y 2016 con 10 eventos y 2012 con 12 eventos. Son afectadas en total 7.373 personas, siendo el año 2010 con el mayor número de afectaciones con 3.955 personas. Los municipios con mayor afectación del total son Tarazá con 1.400 y Zaragoza con 2.050 personas. Se tiene solo el reporte de una persona fallecida en toda la década por este evento, y solo 28 casas afectadas.

Por su parte, las inundaciones, en los 57 eventos ocurridos en la década, se presentaron en todos los municipios, sin embargo, el mayor número de eventos se

presentaron en Caucasia (15), Zaragoza (14) y Nechí (13), siendo el año 2017 el que registra el mayor número de eventos (17) y los años 2015 y 2016 con 10 eventos cada uno. En total son afectadas 51.177 personas en toda la década y no se presentaron muertes. El mayor número de personas afectadas son en Caucasia con 21.164 en el año 2016, seguida por Nechí con 10.710 personas en el año 2017.

De los 40 eventos presentados por incendios de la cobertura vegetal, el mayor número se presenta en Caucasia (22 en los 10 años), seguido por Zaragoza con 13 y el Bagre con 5 eventos. Los años con mayor número de eventos son 2016 con 21, seguido del 2015 con 7.

Finalmente, los restantes eventos ocurridos (avenidas torrenciales, incendios estructurales, sismos, accidentes de tránsito, entre otros), se presentaron entre 3 y 6 veces a lo largo de la década.

De los eventos analizados en la década, 84 personas perdieron la vida, siendo el mayor número (71) en el año 2010 por una explosión en el municipio de El Bagre.

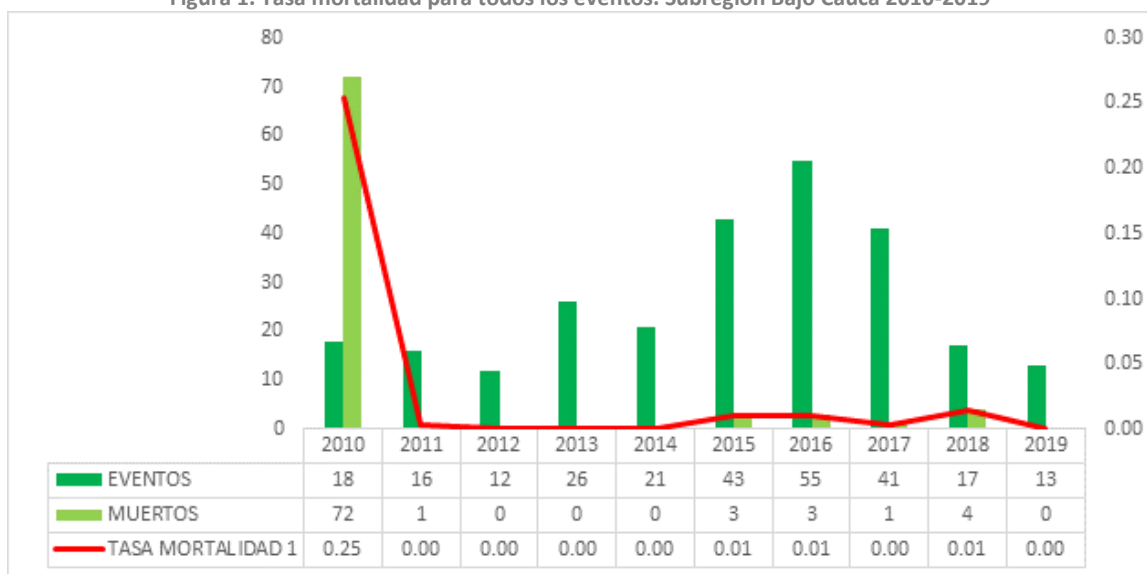
Si tenemos en cuenta la ocurrencia de eventos en la subregión, por número de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, respecto a la priorización de los escenarios de riesgo que realiza la EDRE y las EMRE, tenemos que efectivamente, los vendavales, inundaciones, incendios de la cobertura vegetal y movimientos en masa, aparecen como los eventos con mayor frecuencia. Sin embargo, en eventos como accidentes aéreos

¹ Datos Históricos DAGRAN

e incendios estructurales, no se tiene registro de ningún evento en la subregión de acuerdo con los registros del DAGRAN, y para accidentes de tránsito, solo se registran 5 en

toda la década. Una de las causas a esto puede ser el subregistro de eventos, por parte de las entidades territoriales, aun así, es significativo su bajo registro en la base de datos.

Figura 1. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Bajo Cauca 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRAN

Tomando las proyecciones poblacionales del DANE 2005-2017 y los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNVP) 2018, así como los datos del DAGRAN analizados previamente de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, se construye la tasa de mortalidad causada por desastres para la subregión.

La tasa de mortalidad más alta en el decenio es para el año 2010, que se sitúa en 0,25 personas muertas por cada 1.000 personas. Esto para todos los eventos (naturales, socionaturales, tecnológicos y humanos no intencionales). Los restantes años, tienen valores poco significativos, menores a 0,01 personas muertas/1.000 habitantes. De la misma forma, para la tasa de mortalidad por eventos recurrentes (avenidas torrenciales, movimientos de masa e inundaciones), los

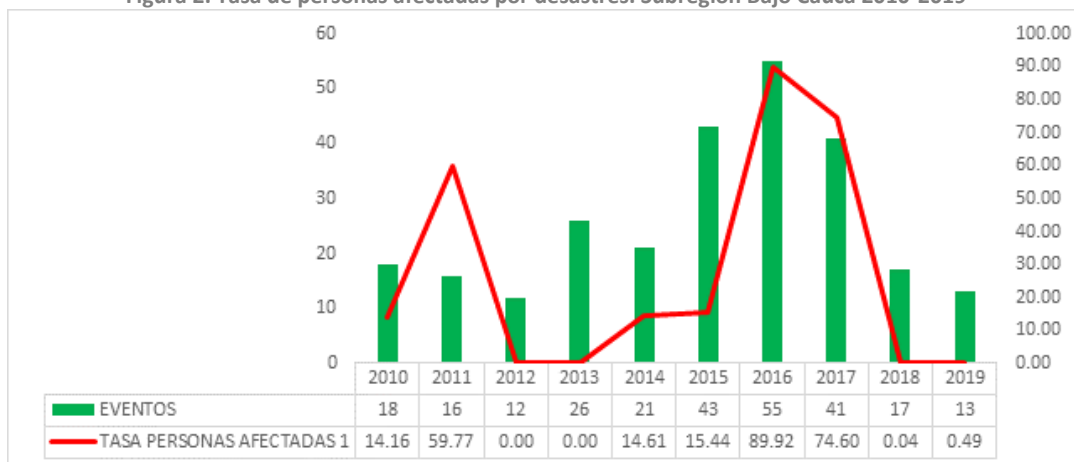
valores son bajos. La tasa de mortalidad para todo el decenio es de 0,30 personas muertas/1.000 personas.

Frente a la tasa de personas afectadas por desastres, se tiene que el año con mayor tasa es 2016, con 89,92 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas. La menor tasa se obtuvo en el año 2019, con una tasa de 0.49 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas.

Tomando las proyecciones poblacionales del DANE 2005-2017 y los resultados del CNVP 2018, así como los datos del DPARD analizados previamente de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, se construye la tasa de mortalidad causada por desastres para la subregión.



Figura 2. Tasa de personas afectadas por desastres. Subregión Bajo Cauca 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRAN

La tasa de afectación de personas de todo el decenio, para todos los eventos es de 268 personas/1000 personas, mientras que la tasa de todo el decenio para los eventos recurrentes es de 243 personas/1000 personas, lo que evidencia, la prevalencia y mayor afectación de los eventos recurrentes en la subregión.

1.1.6.2 Subregión Magdalena Medio

Análisis de escenarios

Los escenarios de riesgo definidos para esta subregión por el PDGRD y la EDRE son los siguientes:

Tabla 3. Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Bajo Cauca. Antioquia 2019.

Clasificación	Eventos
De origen natural:	Temporales (vendavales)
De origen tecnológico:	Accidentes vehiculares
	Accidentes aéreos
	Derrames de hidrocarburos
	Explosiones
De origen socio-natural:	Incendios estructurales
	Inundaciones
	Movimientos en masa
	Incendios de la cobertura vegetal

Fuente: EDRE Antioquia, 2019



Análisis de eventos

De acuerdo con la base de datos del DAGRAN², se tiene un registro de 213 eventos ocurridos desde el año 2010 hasta el año 2019 en la subregión del Magdalena Medio, siendo el mayor registro para vendavales e inundaciones, ambos con 62 registros, seguido por incendios estructurales con 24 eventos, movimientos en masa con 19 eventos, lluvias intensas con 15 eventos, incendios de la cobertura vegetal con 14 eventos y finalmente avenidas torrenciales con 9 eventos en el periodo analizado. Derrames y sismos, tuvieron una cuenta de 4 eventos cada uno, los 23 eventos restantes son hundimiento de la banca, socavaciones, ahogamientos, entre otros.

Los vendavales se registraron en todos los municipios, siendo el mayor número de ocurrencia para Puerto Triunfo con 14 eventos y Yondó con 13, los restantes municipios tuvieron entre 7 y 9 eventos de vendavales en la década. Los años en que se registraron mayor número de eventos de vendavales son en el 2015 y 2016 con 16 y 10 eventos respectivamente. Se encuentran afectadas en total 4.721 personas, siendo el año 2016 con el mayor número de afectaciones con 3.054 personas. Los municipios con mayor afectación de personas del total fueron Yondó con 2.132 y Puerto Berrío con 1.155 personas. No se tiene reporte de personas fallecidas en toda la década por este evento, y solo se presenta 1 vivienda afectada y 6 destruidas.

Por su parte, las inundaciones, en los 58 eventos ocurridos en la década, se

presentaron en 5 de los 6 municipios (exceptuando Maceo, el cual tiene priorizado el escenario de riesgo por inundaciones), sin embargo, el mayor número de eventos se presentaron en Puerto Triunfo (19), Yondó (18) y Puerto Nare (10), siendo el año 2017 el que registró el mayor número de eventos (25). En total fueron afectadas 29.858 personas en toda la década y no se presentaron muertes. El mayor número de personas afectadas se presentaron en Puerto Nare con 18.805 en toda la década (12.045 en el año 2010) seguida por Yondó con 7.562 en toda la década (6.586 en el año 2017).

Por su parte, de los 24 eventos presentados por incendios estructurales, el mayor número de personas afectadas se presenta en Yondó (140 en los 10 años), seguido por Caracolí con 130 personas afectadas y Puerto Berrío con 110. Resultan afectadas 399 personas y 11 viviendas destruidas en toda la década. Puerto Berrío y Yondó, son los únicos municipios que tienen priorizado este escenario de riesgo. No se tienen personas fallecidas para este escenario de riesgo.

Los movimientos en masa se presentaron en mayor número en Puerto Triunfo (5 eventos) y Puerto Berrío (4 eventos), en toda la década se tuvieron 762 personas afectadas (700 en Puerto Berrío, de esas 650 se presentaron en el año 2010). Por otra parte, se presentaron 46 viviendas destruidas, la mayoría en Puerto Berrío (45) y se tuvo un reporte de 6 muertos en toda la década para este escenario de riesgo.

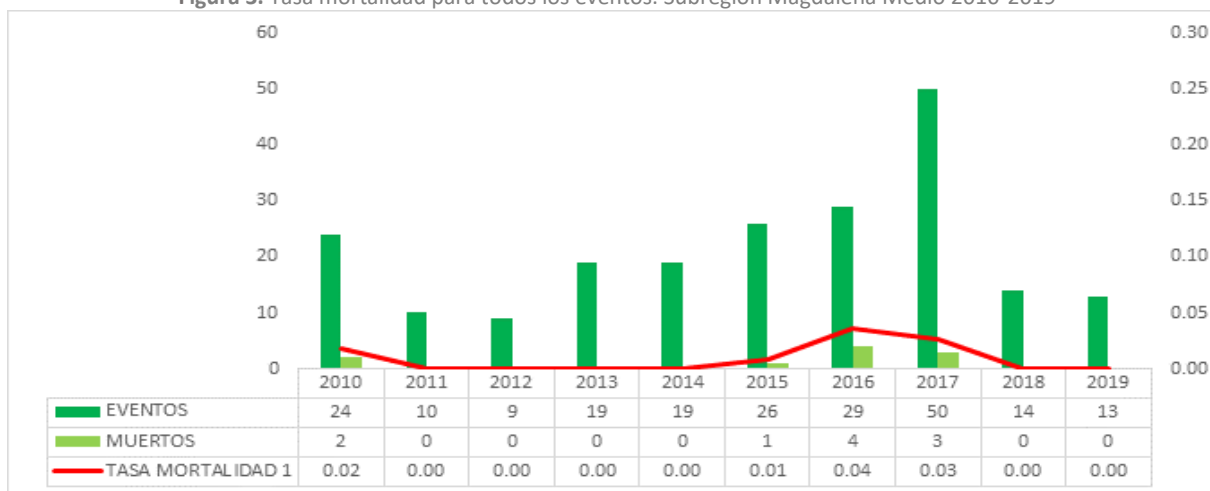
² Datos Históricos DAGRAN

Si tenemos en cuenta la ocurrencia de eventos en la subregión, por número de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, respecto a la priorización de los escenarios de riesgo que realiza la EDRE y las EMRE, tenemos que efectivamente, los *Vendavales*, *Inundaciones*, *Incendios estructurales y de la cobertura vegetal* y *Movimientos en masa*, aparecen como los eventos con mayor frecuencia. Sin embargo, en eventos como *Accidentes aéreos y Accidentes vehiculares*, no se tiene registro de ningún evento en la subregión de acuerdo con los registros del DAGRAN, y para *Sismos y Derrames de*

Hidrocarburos, solo se registran 4 cada uno en toda la década. Una de las causas a esto puede ser el subregistro de eventos, por parte de las entidades territoriales, aun así, es significativo su bajo registro en la base de datos.

Tomando las proyecciones poblacionales del DANE 2005-2017 y los resultados del CNVP 2018, así como los datos del DAGRAN analizados previamente de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, se construya la tasa de mortalidad causada por desastres para la subregión.

Figura 3. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Magdalena Medio 2010-2019

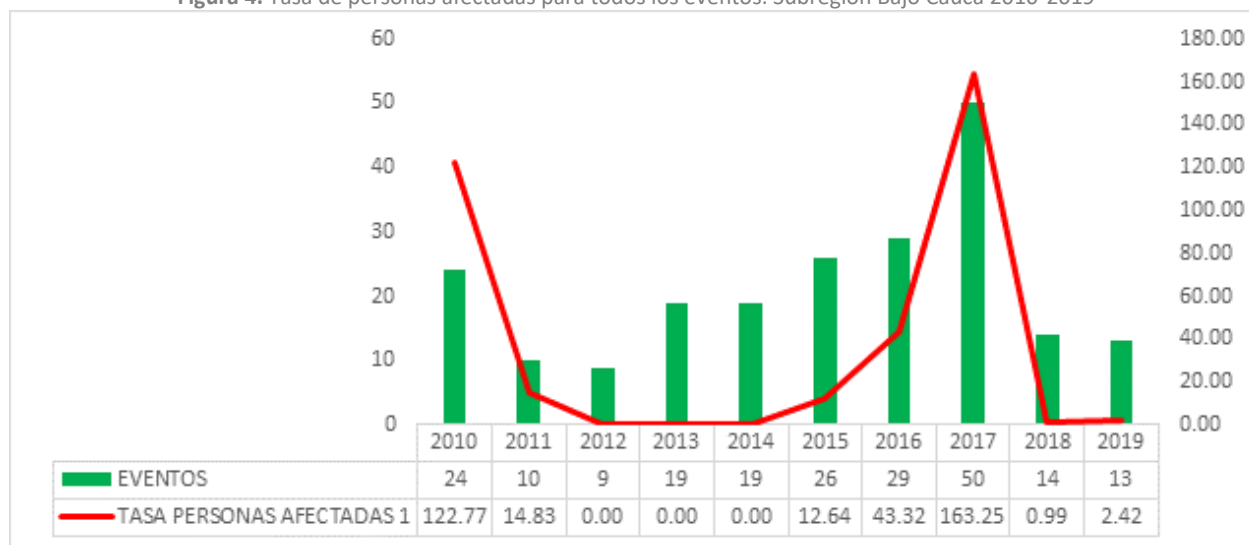


Fuente: Base de datos del DAGRAN

La tasa de mortalidad más alta en el decenio es para el año 2016, que se sitúa en 0,04 personas muertas por cada 1.000 personas (ver gráfico). Esto para todos los eventos (naturales, socionaturales, tecnológicos y humanos no intencionales). Los restantes años, tienen valores de 0,0 personas muertas a 0,03 personas muertas/1000 habitantes. De

la misma forma, para la tasa de mortalidad por eventos recurrentes (avenidas torrenciales, movimientos de masa e inundaciones) el valor más alto es de 0,035 personas/1.000 personas. La tasa de mortalidad para todo el decenio es de 0,09 personas muertas/1.000 personas.

Figura 4. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Bajo Cauca 2010-2019



Fuente: base de datos del DAGRAN

Frente a la tasa de personas afectadas por desastres, se tiene que los años con mayor tasa son los años 2017 y 2010, con 163,25 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas y 122,77 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas, respectivamente. Se tienen años sin afectación de personas (2012, 2013 y 2014).

1.1.6.3 Subregión Nordeste

Análisis de escenarios

Los escenarios de riesgo definidos para esta subregión por el PDGRD y la EDRE son los siguientes:

Tabla 4. Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Nordeste. Antioquia 2019.

Clasificación	Eventos
De origen natural:	Temporales (vendavales)
De origen tecnológico:	Accidentes mineros
	Accidentes aéreos
	Derrames de hidrocarburos
	Explosiones
	Incendios estructurales
De origen socio-natural:	Inundaciones
	Movimientos en masa
	Incendios de la cobertura vegetal

Fuente: EDRE Antioquia, 2019

Análisis de eventos

De acuerdo con la base de datos del DAGRAN³, se tiene un registro de 401 eventos ocurridos desde el año 2010 hasta el año 2019 en la subregión Nordeste, siendo el mayor registro para vendavales con 94 registros, seguido por incendios de la cobertura vegetal con 86 registros, movimientos en masa con 66, inundaciones con 58, lluvias intensas con 25, incendios estructurales con 14 y accidentes mineros con 13 eventos en la década.

De esta forma se tiene que, de los 401 eventos, la mayor ocurrencia es para los eventos de origen sicionatural (avenidas torrenciales, movimientos en masa e inundaciones) con 217 registros del total, seguido por los eventos de origen natural (125), los que en su mayoría son los vendavales y lluvias intensas, seguido por los de origen tecnológico (44) y humanos no intencional (10). Del total de eventos, se vieron afectadas 58.595 personas, 2.545 viviendas destruidas y 30 muertos en toda la década.

Los vendavales se registran en todos los municipios, siendo el mayor número de ocurrencia para Remedios con 20 eventos, Vegachí con 16 eventos, Santo Domingo y Anorí con 11 eventos y Amalfi con 10, los restantes municipios tienen entre 1 y 9 eventos de vendavales en la década. Los años en que se registran mayor número de eventos de vendavales son el 2012 y 2014 con 20 y 16 eventos respectivamente. Se afectan en total 3.310 personas, siendo el año 2011 con el mayor número de

afectaciones con 1.565 personas (casi la mitad de toda la década). Los municipios con mayor afectación del total son San Roque con 935, Vegachí con 500 personas y Anorí con 130. No se tiene reporte de personas fallecidas en toda la década por este evento, y solo 20 casas afectadas.

Por su parte, los incendios de la cobertura vegetal, en los 86 eventos ocurridos en la década, se presentan en todos los municipios, sin embargo, el mayor número de eventos se presentaron en Amalfi (27), Segovia (16) y Santo Domingo (13), siendo el año 2016 el que registra el mayor número de eventos (27) y el año 2017 con 26 eventos. En total se afectan 15 personas en toda la década y no se presentan muertes. Se tiene una afectación de 86 cultivos en toda la década.

De los 66 eventos presentados por movimientos en masa, el mayor número se presentó en Amalfi (12 eventos), Yolombó (11), Santo Domingo (10), Segovia (9) y Anorí (8). En total son destruidas 31 viviendas en toda la década, 1.314 personas afectadas (de estas, 700 son en Amalfi en el año 2011) y no se presentan decesos por los eventos en toda la década.

Las inundaciones se presentan en 58 eventos en toda la década, siendo los municipios de Vegachí, San Roque y Anorí los más afectados (12, 10 y 11 eventos respectivamente). Se tuvieron 2.483 viviendas destruidas en total, y 2.416 de ellas es en el municipio de Anorí en el año 2011. En toda la década por este evento, se tienen 53.097

³ Datos Históricos DAGRAN

personas afectadas, la mayor proporción en el año 2010 (32.385 personas). No se tienen personas fallecidas por este evento.

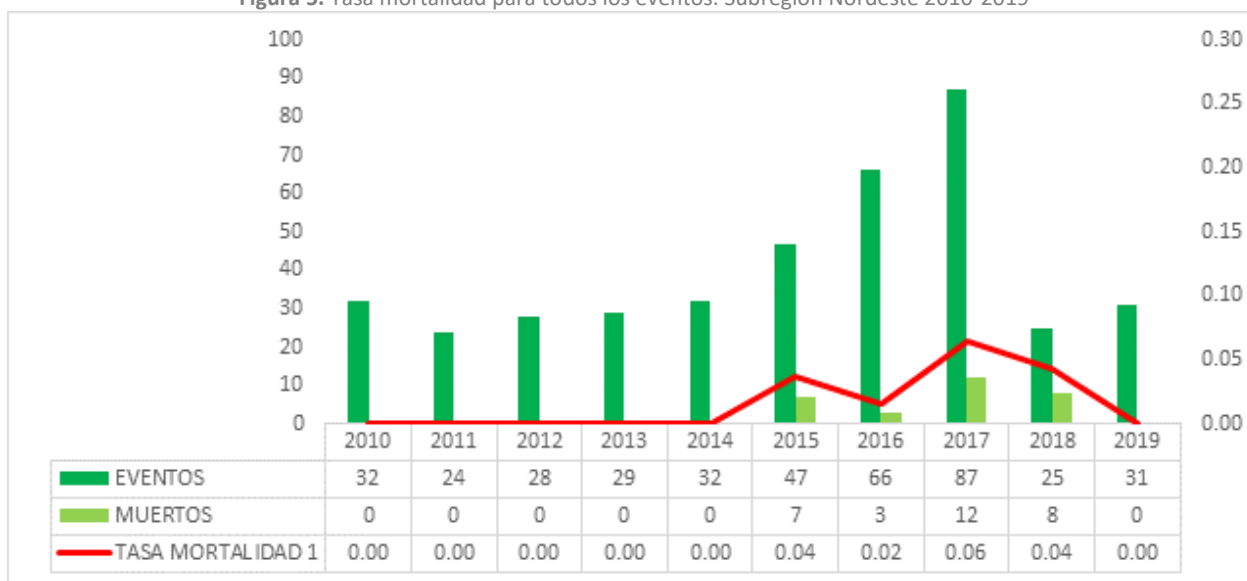
Finalmente, los restantes eventos ocurridos (lluvias intensas, incendios estructurales, accidentes mineros, entre otros), se presentan entre 25 y 6 veces a lo largo de la década.

De los eventos analizados en la década, 30 personas pierden la vida, siendo el mayor número (12) en el año 2017 por varios eventos.

Si tenemos en cuenta la ocurrencia de eventos en la subregión, por número de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, respecto a la priorización de los escenarios de

riesgo que realiza la EDRE y las EMRE, se tiene que efectivamente, los vendavales, inundaciones, incendios de la cobertura vegetal, movimientos en masa, incendios estructurales y derrames de hidrocarburos, aparecen como los eventos con mayor frecuencia. Sin embargo, en eventos como accidentes aéreos y explosiones, no se tiene registro de ningún evento en la subregión de acuerdo con los registros del DAGRAN, y para accidentes de tránsito, solo se registran 2 en toda la década. Una de las causas a esto puede ser el subregistro de eventos, por parte de las entidades territoriales, aun así, es significativo su bajo registro en la base de datos.

Figura 5. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Nordeste 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRAN

Tomando las proyecciones poblacionales del DANE 2005-2017 y los resultados del CNVP 2018, así como los datos del DPARD analizados previamente de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, se construye la tasa de mortalidad causada por desastres para la subregión (ver gráfico).

La tasa de mortalidad más alta en el decenio es para el año 2017, que se situó en 0,06 personas muertas por cada 1.000 personas. Esto para todos los eventos (naturales, siconaturales, tecnológicos y humanos no intencionales). Los restantes años, tienen valores de 0,0 personas muertas a 0,04

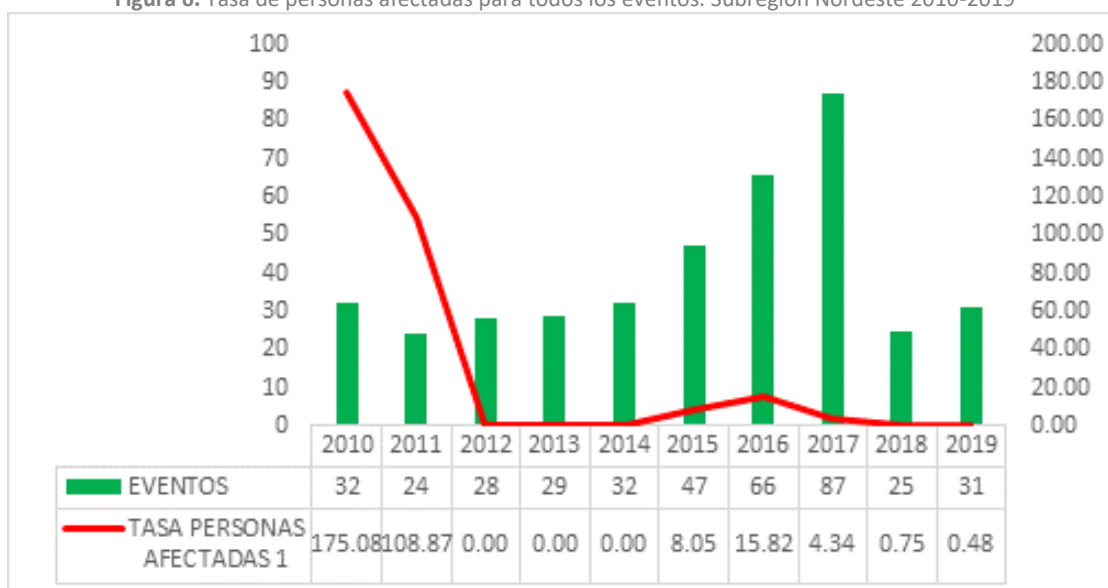


personas muertas/1.000 habitantes (2015 y 2018). De la misma forma, para la tasa de mortalidad por eventos recurrentes (avenidas torrenciales, movimientos de masa e inundaciones), los valores son 0,0 personas. La tasa de mortalidad para todo el decenio es de 0,16 personas muertas/1.000 personas.

Frente a la tasa de personas afectadas por desastres, se tiene que el año con mayor tasa

son los años 2010 y 2011, con 175,08 personas afectadas por cada 1.000 personas y 108,87 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas, respectivamente (coincide con el fenómeno de la niña de los años 2010 y 2011). Se tienen años sin afectación de personas (2012, 2013 y 2014). El año 2016 se tiene una tasa de 15,82 personas afectadas por cada 1.000 personas.

Figura 6. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Nordeste 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRAN

La tasa de afectación de personas de todo el decenio, para todos los eventos es de 313 personas/1.000 personas, mientras que la tasa de todo el decenio para los eventos recurrentes es de 291 personas/1.000 personas, lo que evidencia, la prevalencia y mayor afectación de los eventos recurrentes en la subregión.

1.1.6.4 Subregión Norte

Análisis de escenarios

Los escenarios de riesgo definidos para esta subregión por el PDGRD y la EDRE son los siguientes:

Tabla 5. Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Norte. Antioquia 2019.

Clasificación	Eventos
De origen natural:	Temporales (vendavales)
De origen tecnológico:	Accidentes de tránsito
	Accidentes aéreos
	Derrames de hidrocarburos
	Inundación asociada a la actividad de Hidroituango
De origen socio-natural:	Inundaciones
	Movimientos en masa
	Incendios de la cobertura vegetal

Fuente: EDRE Antioquia, 2019

Análisis de eventos

De acuerdo con la base de datos del DAGRAN⁴, se tiene un registro de 500 eventos ocurridos desde el año 2010 hasta el año 2019 en la subregión Norte, siendo el mayor registro para vendavales con 136 registros, seguido por movimientos en masa con 83 registros, incendios de la cobertura vegetal con 69, inundaciones con 48, accidentes vehiculares con 46, lluvias intensas con 38, incendios estructurales con 16 y avenidas torrenciales con 11 eventos en la década.

De esta forma se tiene que, de los 500 eventos, la mayor ocurrencia es para los eventos de origen siconatural (avenidas torrenciales, movimientos en masa e inundaciones) con 216 registros del total, seguido por los eventos de origen natural (180), los que en su mayoría son los vendavales y lluvias intensas, seguido por los de origen tecnológico (93) y humanos no intencional (8). Del total de eventos, se vieron

afectadas 42.788 personas, 142 viviendas destruidas y 25 muertos en toda la década.

Los vendavales se registran en todos los municipios, siendo el mayor número de ocurrencia para Briceño con 20 eventos, Valdivia con 16 eventos, Santo Andrés de Cuerquia con 15 eventos y Angostura con 12, los restantes municipios tienen entre 1 y 9 eventos de vendavales en la década. Los años en que se registran mayor número de eventos de vendavales son 2012 y 2015 con 29 y 28 eventos respectivamente. Se encuentran afectadas en total 7.079 personas, siendo el año 2011 con el mayor número de afectaciones con 2.840 personas, seguido por el 2015 con 2.528 personas. Los municipios con mayor afectación del total son Angostura con 1.941, Ituango con 1.331 personas y Valdivia con 1.194. No se tiene reporte de personas fallecidas en toda la década por este evento, y solo 74 viviendas destruidas.

De los 83 eventos ocurridos por movimientos en masa, el mayor número se presenta en

⁴ Datos Históricos DAGRAN

Valdivia (17 eventos) y Yarumal y Santa Rosa de Osos (10); se presentan eventos en 15 de los 17 municipios de la subregión. El año 2017 ocurren 26 de los 83 eventos, seguidos por los años 2010 y 2011 cada uno con 11 eventos. En total son destruidas 39 viviendas en toda la década, 1.319 personas afectadas (de estas, 425 son en San José en el año 2017, en un único evento); solo se presentan 3 decesos por los eventos de movimiento en masa en toda la década.

Por su parte, los incendios de la cobertura vegetal, en los 69 eventos ocurridos en la década, se presentan en 16 de los 17 municipios, sin embargo, el mayor número de eventos ocurren en Ituango (12), Santa Rosa de Osos (9) y San Pedro (8), siendo el año 2016 el que registra el mayor número de eventos (24) y el año 2015 con 23 eventos. En total se afectan solo 48 personas en toda la década y se presenta un deceso atribuible al evento. Se tiene una afectación de 69 cultivos en toda la década.

Las inundaciones se presentan en 48 eventos en toda la década, siendo los municipios de Ituango y San Andrés de Cuerquia los más afectados cada uno con 6 eventos. Se tienen 13 viviendas destruidas en total, y 9 de ellas es en el municipio de Guadalupe en el año 2010. En toda la década por este evento, se tuvieron 33.647 personas afectadas, la mayor proporción en los años 2010 y 2011, en (12.230 en Donmatías y 10.720 en Campamento).

Finalmente, los restantes eventos ocurridos (accidentes vehiculares, lluvias intensas, incendios estructurales y avenidas torrenciales, entre otros), ocurren entre 46 y 1

veces a lo largo de la década. De los eventos analizados en la década, 25 personas perdieron la vida, siendo el mayor número (9) en el año 2015 por varios eventos.

Desde el punto de vista de la ocurrencia de eventos en la Subregión, por número de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, respecto a la priorización de los escenarios de riesgo que realiza la EDRE y las EMREs, se tiene que efectivamente, los vendavales, movimientos en masa, incendios de la cobertura vegetal, inundaciones, accidentes vehiculares, lluvias intensas, incendios estructurales y avenidas torrenciales, aparecen como los eventos con mayor frecuencia. Sin embargo, en eventos como accidentes aéreos y derrames, no se tiene registro de ningún evento en la subregión de acuerdo con los registros del DAGRAN. Una de las causas de esto puede ser el subregistro de eventos, por parte de las entidades territoriales, aun así, es significativo su bajo registro en la base de datos.

Tomando las proyecciones poblacionales del DANE 2005-2017 y los resultados del Censo Nacional de Población y de Vivienda- CNVP 2018, así como los datos del DPARD analizados previamente de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, se construye la tasa de mortalidad causada por desastres para la subregión.

La tasa de mortalidad más alta en el decenio es para el año 2015, que se sitúa en 0,04 personas muertas por cada 1.000 personas. Esto para todos los eventos (naturales, siconaturales, tecnológicos y humanos no intencionales). Los restantes años, tienen valores de 0,0 personas muertas a 0,03



personas muertas/1.000 habitantes. De la misma forma, para la tasa de mortalidad por eventos recurrentes (avenidas torrenciales, movimientos de masa e inundaciones, los

valores son 0,01 personas/1.000 personas, que es una cifra despreciable. La tasa de mortalidad para todo el decenio es de 0,10 personas muertas/1.000 personas.

Figura 7. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Norte 2010-2019

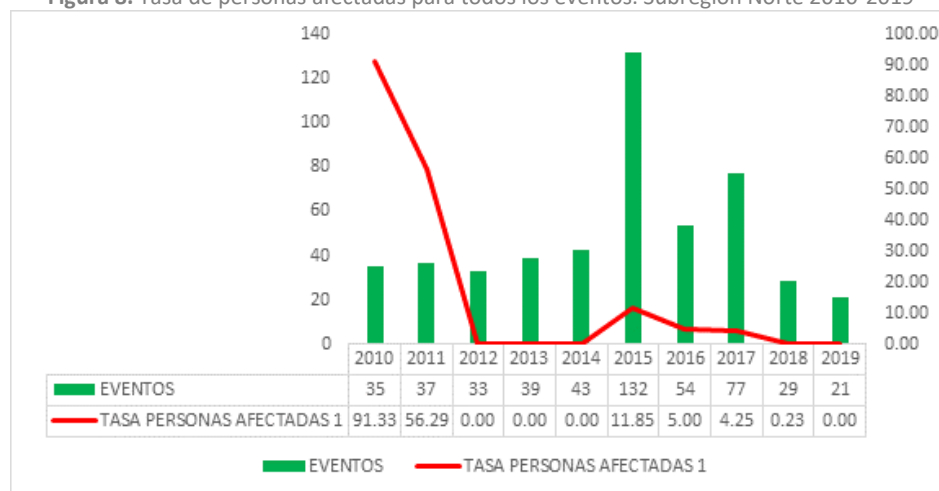


Fuente: Base de datos del DAGRAN

Frente a la tasa de personas afectadas por desastres, se tiene que los años con mayor tasa son 2010 y 2011, con 91,33 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas y 56,29 personas afectadas por desastres por cada 1000 personas,

respectivamente (coincide con el fenómeno de la Niña de los años 2010 y 2011). Se tienen años sin afectación de personas (2012, 2013, 2014 y 2019). El año 2015 tuvo una tasa de 11,8 personas afectadas por cada 1.000 personas.

Figura 8. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Norte 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRAN

La tasa de afectación de personas de todo el decenio, para todos los eventos es de 169 personas/1.000 personas, mientras que la tasa de todo el decenio para los eventos recurrentes es de 139 personas/1.000 personas, lo que evidencia, la prevalencia y mayor afectación de los eventos recurrentes en la subregión.

1.1.6.5 Subregión Occidente

Análisis de escenarios

Los escenarios de riesgo definidos para esta subregión por el PDGRD y la EDRE son los siguientes:

Tabla 6. Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Occidente. Antioquia 2019.

Clasificación	Eventos
De origen natural:	Temporales (vendavales)
	Sismos
De origen tecnológico:	Accidentes de tránsito
	Accidentes aéreos
	Incendios estructurales
De origen socio-natural:	Avenida Torrencial
	Movimientos en masa
	Incendios de la cobertura vegetal

Fuente: EDRE Antioquia, 2019

Análisis de eventos

De acuerdo con la base de datos del DAGRAN⁵, se tiene un registro de 551 eventos ocurridos desde el año 2010 hasta el año 2019 en la subregión occidente, siendo el mayor registro para vendavales con 146 registros, seguido por movimientos en masa con 118 registros, incendios de la cobertura vegetal con 106, lluvias intensas con 33 incendios estructurales con 32, sismos con 26, inundaciones con 18, avenidas torrenciales con 18, accidentes vehiculares con 13 eventos en la década.

De los 551 eventos, la mayor ocurrencia es para los eventos de origen siconatural

(avenidas torrenciales, movimientos en masa e inundaciones) con 264 registros del total, seguido por los eventos de origen natural (206), los que en su mayoría son vendavales, sismos y lluvias intensas, seguido por los de origen tecnológico (74) y humanos no intencional (2). del total de eventos, se vieron afectadas 38.949 personas, 98 viviendas destruidas y 60 muertos en toda la década.

Los vendavales se registran en todos los municipios, siendo el mayor número de ocurrencia para Uramita con 30 eventos, Frontino con 19 eventos, Cañasgordas y Anzá con 17 eventos y Heliconia con 15, los restantes municipios tuvieron entre 1 y 11

⁵ Datos Históricos DAGRAN



eventos de vendavales en la década. Los años en que se registran mayor número de eventos de vendavales son 2014 y 2013 con 32 y 21 eventos respectivamente. Se ven afectadas en total 9.736 personas, siendo el año 2010 con el mayor número de afectaciones con 4.170 personas, seguido por el 2011 con 2.115 personas. Los municipios con mayor afectación del total son Armenia con 2.208 personas y Heliconia con 1.873 personas. Se tiene un reporte de 2 personas fallecidas en toda la década por este evento, y solo 14 viviendas destruidas.

De los 118 eventos presentados por movimientos en masa, el mayor número se presenta en Uramita (22 eventos) y Ebéjico y Heliconia (12 cada uno); se presentan eventos en 18 de los 19 municipios de la subregión. El año 2015 ocurren 50 de los 118 eventos, seguido por el año 2011 con 16 eventos. En total se encuentran destruidas 66 viviendas en toda la década, 3.961 personas afectadas (de estas, 1.475 son en Anzá en el año 2017, en un único evento; solo se presentan 16 decesos por los eventos de movimiento en masa en toda la década.

Por su parte, los incendios de la cobertura vegetal, en los 106 eventos ocurridos en la década, se presentan en 15 de los 19 municipios, sin embargo, el mayor número de eventos ocurren en San Jerónimo (38) y Santa Fe de Antioquia (11), siendo el año 2015 el que registra el mayor número de eventos (36) y el año 2015 con 32 eventos. En total son afectadas solo 80 personas en toda la década, no se presentan decesos atribuibles al evento.

Las lluvias intensas se presentaron en 33 eventos en toda la década, siendo los

municipios de Uramita y Liborina los más afectados, con 6 y 9 eventos respectivamente. En toda la década por este evento, se tuvieron 300 personas afectadas, la mayor proporción en el año 2016 (96 en Liborina, 80 en Frontino y 52 en Armenia).

Finalmente, los restantes eventos ocurridos (accidentes vehiculares, sismos, incendios estructurales, inundaciones y avenidas torrenciales, entre otros), se presentaron entre 32 y 1 veces a lo largo de la década.

Desde el punto de vista de la ocurrencia de eventos en la subregión, por número de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, respecto a la priorización de los escenarios de riesgo que realiza la edre y las EMRE, tenemos que efectivamente, los vendavales, movimientos en masa, incendios de la cobertura vegetal, sismos, inundaciones, lluvias intensas, incendios estructurales y avenidas torrenciales, aparecen como los eventos con mayor frecuencia. sin embargo, en eventos como accidentes aéreos y aglomeraciones de público, no se tiene registro de ningún evento en la subregión de acuerdo con los registros del DAGRAN; mientras que accidentes vehiculares solo tiene un registro en toda la década.

Tomando las proyecciones poblacionales del DANE 2005-2017 y los resultados del CNVP 2018, así como los datos del DPARD analizados previamente de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, se construye la tasa de mortalidad causada por desastres para la subregión.

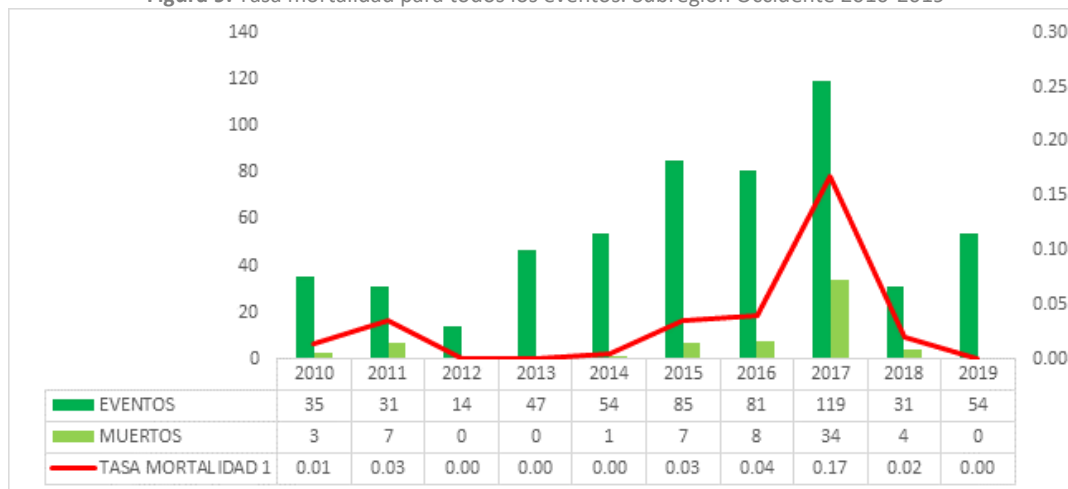
La tasa de mortalidad más alta en el decenio es para el año 2017, que se sitúa en 0,17 personas muertas por cada 1.000 personas.



Esto para todos los eventos (naturales, siconaturales, tecnológicos y humanos no intencionales). Los restantes años, tienen valores de 0,0 personas muertas a 0,04 personas muertas/1.000 habitantes. De la misma forma, para la tasa de mortalidad por

eventos recurrentes (avenidas torrenciales, movimientos de masa e inundaciones), los valores son 0,03 a 0,00 personas/1.000 personas, que es una cifra despreciable. La tasa de mortalidad para todo el decenio es de 0,32 personas muertas/1.000 personas.

Figura 9. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Occidente 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRAN

Frente a la tasa de personas afectadas por desastres, se tiene que los años con mayor tasa son 2010 y 2011, con 34,09 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas y 135,90 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas, respectivamente (coincide con el fenómeno de la niña de los años 2010 y 2011). se tienen años sin afectación de personas (2012, 2013, 2014 y 2019). El año 2016 tuvo una tasa de

11,95 personas afectadas por cada 1.000 personas.

La tasa de afectación de personas de todo el decenio, para todos los eventos fue de 193 personas/1.000 personas, mientras que la tasa de todo el decenio para los eventos recurrentes es de 142 personas/1.000 personas, lo que evidencia, la prevalencia y mayor afectación de los eventos recurrentes en la subregión.

Figura 10. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Occidente 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRA

1.1.6.6 Subregión Oriente

Análisis de escenarios

Los escenarios de riesgo definidos para esta subregión por el PDGRD y la EDRE son los siguientes:

Tabla 7. Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Oriente. Antioquia 2020.

Clasificación	Eventos
De origen natural:	Temporales (vendavales)
De origen tecnológico:	Accidentes de tránsito
	Derrames de hidrocarburos

Fuente: EDRE Antioquia, 2019

Análisis de eventos

De acuerdo con la base de datos del DAGRAN⁶, se tiene un registro de 916 eventos ocurridos desde el año 2010 hasta el año 2019 en la subregión Oriente, siendo el mayor registro para vendavales con 238 registros, seguido por incendios de la cobertura vegetal con 196, movimientos en masa con 164 registros,

inundaciones con 83, lluvias intensas con 53, incendios estructurales con 52, avenidas torrenciales con 25, colapsos estructurales con 25, accidentes vehiculares con 11 y derrames de hidrocarburos con 10 en toda la década.

⁶ Datos Históricos DAGRAN

De los 916 eventos, la mayor ocurrencia es para los eventos de origen sicionatural (avenidas torrenciales, movimientos en masa e inundaciones) con 471 registros del total, seguido por los eventos de origen natural (299), los que en su mayoría son vendavales, sismos y lluvias intensas, seguido por los de origen tecnológico (113) y humanos no intencional (25). Del total de eventos, se vieron afectadas 73.980 personas, 402 viviendas destruidas y 50 muertos en toda la década.

Los vendavales se registraron en 21 de los 23 los municipios, siendo el mayor número de ocurrencia para San Francisco con 29 eventos, Nariño con 29 eventos, Cocorná con 26, y Alejandría y San Rafael con 23 eventos, los restantes municipios tuvieron entre 1 y 21 eventos de vendavales en la década. Los años en que se registraron mayor número de eventos de vendavales son 2015 y 2012 con 61 y 41 eventos respectivamente. Son afectadas en total 12.325 personas, siendo el año 2015 con el mayor número de afectaciones (6.608 personas), seguido por el 2016 con 2.237 personas. Los municipios con mayor afectación del total son San Vicente con 3.099 personas y San Francisco con 1.474 personas. Se tiene un reporte de 1 persona fallecida en toda la década por este evento, y 121 viviendas destruidas.

Los incendios de la cobertura vegetal, se presentaron en 196 eventos ocurridos en la década, y ocurrieron en 19 de los 23 municipios. El mayor número de eventos se presentaron en Guarne (44) y Rionegro (40), siendo el año 2016 el que registra el mayor número de eventos (69) y el año 2015 con 57 eventos. En total fueron afectadas solo 57

personas en toda la década, y se presentó 1 deceso atribuible al evento.

De los 164 eventos presentados por movimientos en masa, el mayor número se presenta en San Francisco (16 eventos), Abejorral con 15 y Granada con 14 eventos en toda la década; se presentaron eventos en 21 de los 23 municipios de la subregión. El año 2017 se presentaron 64 de los 164 eventos, seguido por el año 2011 con 24 eventos. En total son destruidas 103 viviendas en toda la década, 5.714 personas afectadas, de estas, 2.279 fueron en Alejandría en el año 2011, en un único evento; solo se presentaron 10 decesos por los eventos de movimiento en masa en toda la década.

Las inundaciones se presentaron en 83 eventos en toda la década, siendo los municipios de Cocorná y San Rafael los más afectados, con 9 y 9 eventos respectivamente. En toda la década por este evento, se tuvieron 42.155 personas afectadas, la mayor proporción en el año 2011 (34.360) y el municipio más afectado ese año es Alejandría con 25.090 personas afectadas.

Finalmente, los restantes eventos ocurridos (accidentes vehiculares, sismos, incendios estructurales, colapsos estructurales, entre otros), se presentaron entre 53 y 1 veces a lo largo de la década.

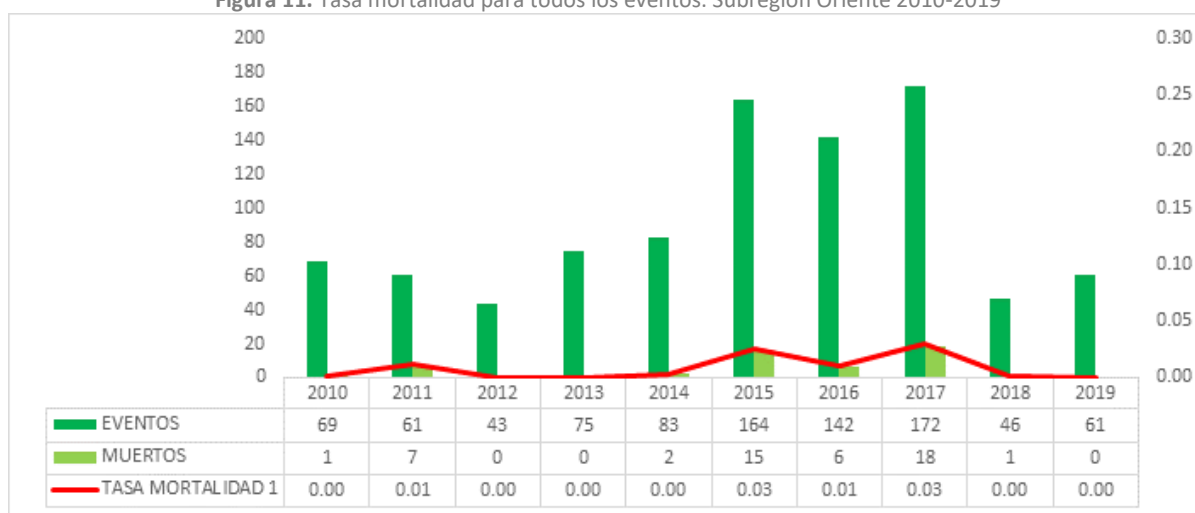
Desde el punto de vista de la ocurrencia de eventos en la subregión, por número de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, respecto a la priorización de los escenarios de riesgo que realiza la EDRE y las EMRE, tenemos que efectivamente, los vendavales, incendios de la cobertura vegetal,



movimientos en masa, inundaciones, lluvias intensas, incendios estructurales y avenidas torrenciales, aparecen como los eventos con mayor frecuencia. Sin embargo, en eventos como accidentes aéreos, se tiene solo un evento en el año 2016 al igual que para explosiones; mientras que accidentes vehiculares tiene 11 registros en toda la década.

Tomando las proyecciones poblacionales del DANE 2005-2017 y los resultados del CNVP 2018, así como los datos del DPARD analizados previamente de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, se construye la tasa de mortalidad causada por desastres para la subregión.

Figura 11. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Oriente 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRAN

La tasa de mortalidad más alta en el decenio es para los años 2015 y 2017, que se sitúa en 0,03 personas muertas por cada 1.000 personas. Esto para todos los eventos (naturales, socionaturales, tecnológicos y humanos no intencionales). Los restantes años, tienen valores despreciables de 0,0 personas muertas a 0,01 personas muertas/1.000 habitantes. De la misma forma, para la tasa de mortalidad por eventos recurrentes (avenidas torrenciales, movimientos de masa e inundaciones), los valores son 0,01 a 0,00 personas/1.000 personas, que es una cifra despreciable. La tasa de mortalidad para todo el decenio es de 0,08 personas muertas/1.000 personas.

Con respecto a la tasa de personas afectadas por desastres, se tiene que los años con mayor tasa son 2010 y 2011, con 34,09 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas y 135,90 personas afectadas por desastres por cada 1000 personas, respectivamente (coincide con el fenómeno de la Niña de los años 2010 y 2011). se tienen años sin afectación de personas (2012, 2013, 2014 y 2019). El año 2016 tuvo una tasa de 11,95 personas afectadas por cada 1.000 personas.

La tasa de afectación de personas de todo el decenio, para todos los eventos es de 124 personas/1.000 personas, mientras que la tasa de todo el decenio, para los eventos

recurrentes es de 98 personas/1.000 personas, lo que evidencia, la prevalencia y

mayor afectación de los eventos recurrentes en la subregión.

Figura 12. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Oriente 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRAN

1.1.6.7 Subregión Suroeste

Análisis de escenarios

Los escenarios de riesgo definidos para esta subregión por el PDGRD y la EDRE son los siguientes:

Tabla 8. Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Suroeste. Antioquia 2020.

Clasificación	Eventos
De origen natural:	Temporales (vendavales) Sismos
De origen tecnológico:	Accidentes de tránsito

Fuente: EDRE Antioquia, 2019

Análisis de eventos

De acuerdo con la base de datos del DAGRAN⁷, se tiene un registro de 878 eventos ocurridos desde el año 2010 hasta el año 2019 en la subregión Suroeste, siendo el mayor registro para movimientos en masa con 204 registros, seguido por incendios de la cobertura vegetal y vendavales con 200 registros cada uno, inundaciones con 81, incendios estructurales con 37, lluvias intensas con 35, avenidas torrenciales con 31, colapsos estructurales con 26, y accidentes mineros con 16.

De los 878 eventos, la mayor ocurrencia es para los eventos de origen siconatural (avenidas torrenciales, movimientos en masa e inundaciones) con 528 registros del total, seguido por los eventos de origen natural (243), los que en su mayoría son vendavales, sismos y lluvias intensas, seguido por los de origen tecnológico (101) y humanos no intencional (5). Del total de eventos, se vieron afectadas 64.931 personas, 348 viviendas destruidas y 123 muertos en toda la década.

Los movimientos en masa se registraron en los 23 municipios, siendo el mayor número de ocurrencia para Andes y Santa Bárbara con 19 eventos cada uno, Betulia con 14 eventos, Montebello y Amagá con 13 eventos cada uno, los restantes municipios tuvieron entre 1 y 12 eventos de movimientos en masa en la década. Los años en que se registraron mayor número de eventos son 2017 y 2010 con 32 y 29 eventos respectivamente. Son afectadas en total 8.565 personas, siendo el año 2010 con el mayor número de afectaciones (5.680 personas), seguido por el 2011 con 2.500 personas. Los municipios con mayor

afectación del total son Urrao con 4.528 personas, 4.420 de ellas solo en el año 2010 y Andes con 860 personas. Se tiene un reporte de 2 personas fallecidas en toda la década por este evento, y 101 viviendas destruidas.

Los vendavales, se presentaron en 200 eventos ocurridos en la década, y ocurrieron en los 23 municipios de la subregión. El mayor número de eventos se presentaron en Betulia (22) y Támesis (22), siendo el año 2016 el que registra el mayor número de eventos (53) y los años 2014 y 2010 con 23 eventos cada uno. En total están afectadas solo 9.536 personas en toda la década, teniendo el municipio de Támesis la mayor afectación (2.562 personas) y se presentaron 6 decesos atribuibles al evento.

De los 200 eventos presentados por incendios de la cobertura vegetal el mayor número se presenta en Fredonia (61 eventos), Amagá con 40 y Urrao con 21 eventos en toda la década; ocurrieron eventos en 19 de los 23 municipios de la subregión. El año 2016 se presentaron 108 de los 200 eventos, seguido por el año 2015 con 42 eventos. En total están afectadas 14 personas y no se presentaron decesos en toda la década.

Las inundaciones se presentaron en 81 eventos en toda la década, siendo los municipios Andes, Venecia, Amagá y Fredonia los más afectados, con 10, 10, 7 y 7 eventos respectivamente. En toda la década por este evento, se tuvieron 41.452 personas afectadas, la mayor proporción en el año 2010 (20.225) y el municipio más afectado ese año es Andes con 16.105 personas afectadas.

⁷ Datos Históricos DAGRAN



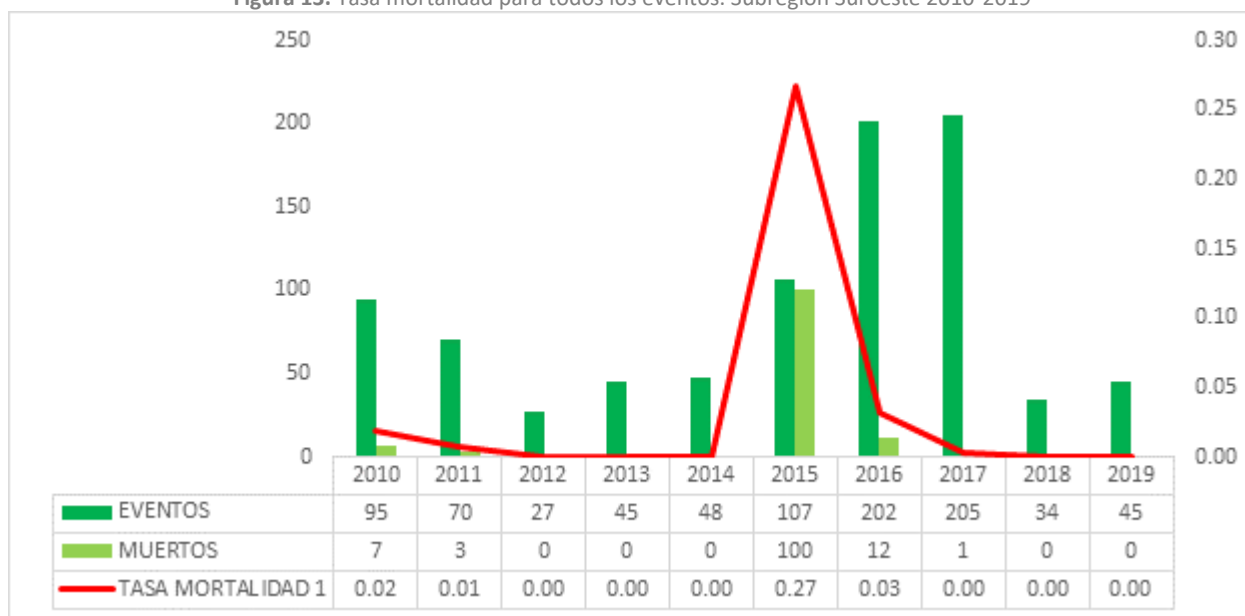
Finalmente, los restantes eventos ocurridos (accidentes vehiculares, incendios estructurales, lluvias intensas, accidentes mineros colapsos estructurales, entre otros), se presentaron entre 37 y 1 veces a lo largo de la década.

Desde el punto de vista de la ocurrencia de eventos en la subregión, por número de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, respecto a la priorización de los escenarios de riesgo que realiza la EDRE y las EMRE, tenemos que efectivamente, los vendavales, incendios de la cobertura vegetal, movimientos en masa, inundaciones, lluvias

intensas, incendios estructurales y avenidas torrenciales, aparecen como los eventos con mayor frecuencia. sin embargo, en eventos como accidentes aéreos, accidentes vehiculares, derrames y explosiones, no se tienen registros de eventos en la década, y los accidentes mineros se presentaron en 16 ocasiones en toda la década.

Teniendo en cuenta las proyecciones poblacionales del DANE 2005-2017 y los resultados del CNVP 2018, así como los datos del DPARD analizados previamente de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, se construye la tasa de mortalidad causada por desastres para la subregión.

Figura 13. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Suroeste 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRAN

La tasa de mortalidad más alta en el decenio es para el año 2015, que se sitúa en 0,27 personas muertas por cada 1.000 personas. Esto para todos los eventos (naturales, socionaturales, tecnológicos y humanos no intencionales). Los restantes años, tienen

valores despreciables de 0,0 personas muertas a 0,03 personas muertas/1.000 habitantes. De la misma forma, para la tasa de mortalidad por eventos recurrentes (avenidas torrenciales, movimientos de masa e inundaciones), la mayor tasa es en el año 2015

a 0,26 personas/1.000 personas. La tasa de mortalidad para todo el decenio es de 0,33 personas muertas/1.000 personas.

Con respecto a la tasa de personas afectadas por desastres, se tiene que los años con mayor tasa fueron 2010 y 2011, con 34,09 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas y 135,90 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas, respectivamente (coincide con el fenómeno de la Niña de los años 2010 y 2011). se tienen años sin afectación de personas (2012, 2013,

2014 y 2019). El año 2016 tuvo una tasa de 11,95 personas afectadas por cada 1.000 personas.

La tasa de afectación de personas de todo el decenio, para todos los eventos fue de 173 personas/1.000 personas, mientras que la tasa de todo el decenio para los eventos recurrentes es de 144 personas/1.000 personas, lo que evidencia, la prevalencia y mayor afectación de los eventos recurrentes en la subregión.

Figura 14. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Suroeste 2010-2019



Fuente: Base de datos del DAGRAN

1.1.6.8 Subregión Urabá

Análisis de escenarios

Los escenarios de riesgo definidos para esta subregión por el PDGRD y la EDRE son los siguientes:

Tabla 9. Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Urabá. Antioquia 2020.

Clasificación	Eventos
De origen natural:	Temporales (vendavales)
De origen tecnológico:	Incendios estructurales
	Accidentes aéreos
De origen socio-natural:	Inundaciones
	Incendios de la cobertura vegetal

Fuente: EDRE Antioquia, 2019

Análisis de eventos

De acuerdo con la base de datos del DAGRAN⁸, se tiene un registro de 878 eventos ocurridos desde el año 2010 hasta el año 2019 en la subregión del Urabá siendo el mayor registro para inundaciones con 141 eventos, seguido por vendavales con 86, incendios estructurales con 41, incendios de la cobertura vegetal con 40, movimientos en masa con 39, lluvias intensas con 20 y finalmente, sismos con 17 eventos en toda la década.

De los 420 eventos, la mayor ocurrencia es para los eventos de origen socionatural (avenidas torrenciales, movimientos en masa e inundaciones) con 229 registros del total, seguido por los eventos de origen natural (125), los que en su mayoría son vendavales, sismos y lluvias intensas, seguido por los de origen tecnológico (55). del total de eventos, se vieron afectadas 54.899 personas, 175 viviendas destruidas y 18 muertos en toda la década.

Las inundaciones se registraron en los 11 municipios, siendo el mayor número de ocurrencia para Chigorodó con 33 eventos,

seguido por Apartadó con 21, Turbo con 19 y Carepa con 18 eventos, los restantes municipios tuvieron entre 7 y 9 eventos de inundaciones en la década. Los años en que se registraron mayor número de eventos fueron 2015 y 2016 con 50 y 28 eventos respectivamente. Fueron afectadas en total 45.716 personas, siendo el año 2017 con el mayor número de afectaciones (20.675 personas), seguido por el 2011 con 10.905 personas. Los municipios con mayor afectación del total fueron Vigía del Fuerte con 8.560 personas, Apartadó con 8.463, Chigorodó con 8.158 y Murindó con 7.009 personas. Se tiene un reporte de 6 personas fallecidas en toda la década por este evento, y 111 viviendas destruidas.

Los vendavales, se presentaron en 80 eventos ocurridos en la década, y ocurrieron en los 11 municipios de la subregión. El mayor número de eventos se presentaron en Turbo (13), Mutatá con 11 eventos, San Juan de Urabá y Chigorodó con 10 eventos cada uno, siendo el año 2015 el que registró el mayor número de eventos (50) y 2016 con 28 eventos. En total fueron afectadas 3.759 personas en toda la década, siendo el municipio de Chigorodó con la mayor afectación (1.079 personas). No se presentaron decesos atribuibles al evento.

⁸ Datos Históricos DAGRAN

De los 41 eventos presentados por incendios estructurales el mayor número se presenta en Turbo, San Juan y Vigía del Fuerte, cada uno con 7 eventos en toda la década; se presentaron eventos en 11 de los 11 municipios de la subregión. El año 2017 se presentaron 11 de los 41 eventos, seguido por el año 2018 con 8 eventos. En total fueron afectadas 286 personas y se presenta 1 deceso en toda la década por este fenómeno.

Los incendios de la cobertura vegetal se presentaron en 40 eventos en toda la década, siendo los municipios de Turbo y Apartadó los más afectados con 14 y 10 eventos respectivamente. Siendo los años 2016 y 2014 cuando se presentaron más eventos (12 y 8 respectivamente). En toda la década por este evento, se tuvieron solo 15 personas afectadas y 2 viviendas destruidas.

Finalmente, los restantes eventos ocurridos (movimientos en masa, lluvias intensas, sismos, entre otros), se presentaron entre 20 y 1 veces a lo largo de la década.

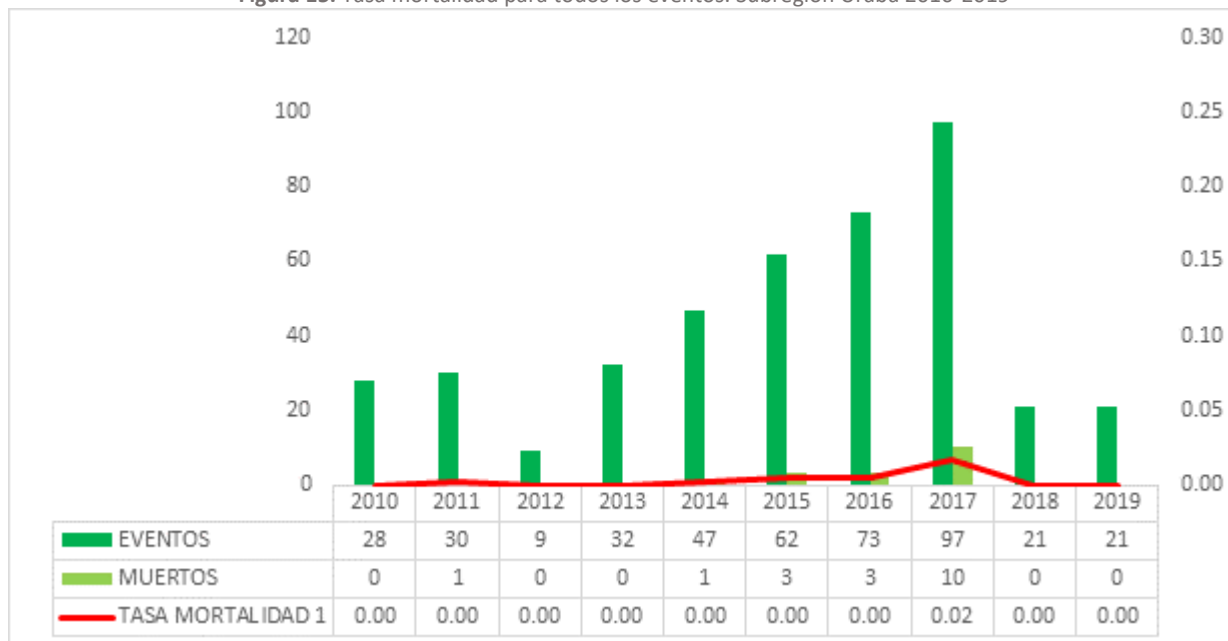
Desde el punto de vista de la ocurrencia de eventos en la subregión, por número de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, respecto a la priorización de los escenarios de riesgo que realiza la EDRE y las EMRE, tenemos que efectivamente, los vendavales, incendios de la cobertura vegetal,

movimientos en masa, inundaciones, lluvias intensas, incendios estructurales y avenidas torrenciales, aparecen como los eventos con mayor frecuencia. Sin embargo, en eventos como accidentes aéreos, accidentes vehiculares, derrames y explosiones, no se tienen registros de eventos en la década, y los accidentes mineros se presentaron en 16 ocasiones en toda la década.

Teniendo en cuenta las proyecciones poblacionales del DANE 2005-2017 y los resultados del CNVP 2018, así como los datos del DPARD analizados previamente de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, se construye la tasa de mortalidad causada por desastres para la subregión.

La tasa de mortalidad más alta en el decenio fue para el año 2017, que se sitúa en 0,02 personas muertas por cada 1.000 personas. Esto para todos los eventos (naturales, socionaturales, tecnológicos y humanos no intencionales). Los restantes años, no se presentaron muertes por desastres. De la misma forma, para la tasa de mortalidad por eventos recurrentes (avenidas torrenciales, movimientos de masa e inundaciones), la mayor tasa fue en el año 2017 a 0,098 personas/1.000 personas. La tasa de mortalidad para todo el decenio fue de 0,03 personas muertas/1.000 personas.

Figura 15. Tasa mortalidad para todos los eventos. Subregión Urabá 2010-2019

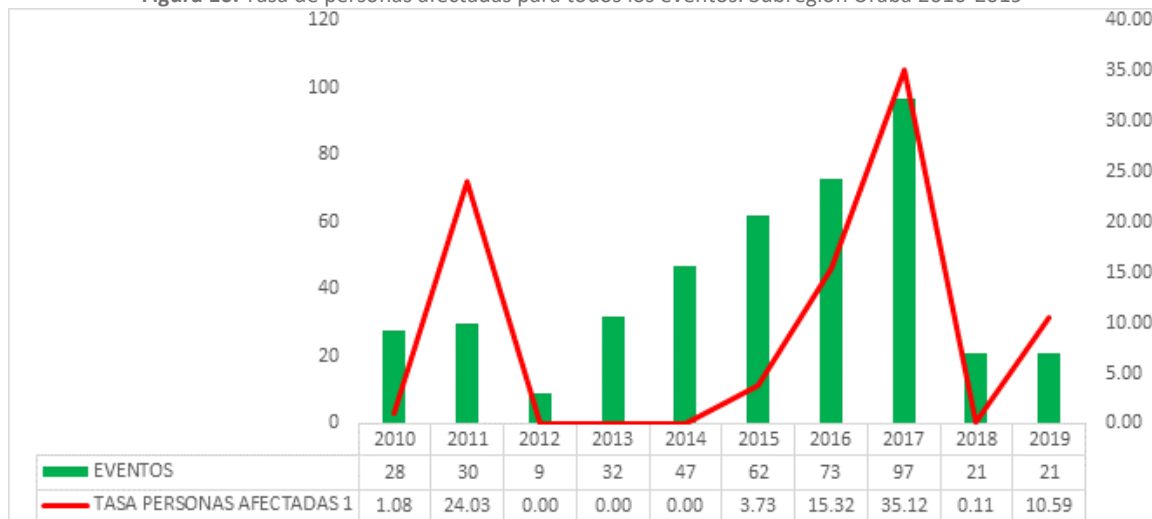


Fuente: Base de datos del DAGRAN

Con respecto a la tasa de personas afectadas por desastres, se tiene que los años con mayor tasa fueron 2017 y 2011, con 35,12 personas afectadas por desastres por cada 1.000

personas y 24,03 personas afectadas por desastres por cada 1000 personas, respectivamente. Se tienen años sin afectación de personas (2012, 2013 y 2014).

Figura 16. Tasa de personas afectadas para todos los eventos. Subregión Urabá 2010-2019



Fuente: base de datos del DAGRAN

La tasa de afectación de personas de todo el decenio, para todos los eventos fue de 90 personas/1.000 personas, mientras que la tasa de todo el decenio para los eventos

recurrentes fue de 82 personas/1.000 personas, lo que evidencia, la prevalencia y mayor afectación de los eventos recurrentes en la subregión.

1.1.6.9 Subregión Valle de Aburrá

Análisis de escenarios

Tabla 10. Clasificación de los riesgos definidos para la subregión Valle de Aburrá. Antioquia 2020.

Clasificación	Eventos
De origen natural:	Sismos
De origen tecnológico:	Incendios estructurales
	Derrames de hidrocarburos
	Explosiones
	Accidentes vehiculares
	Accidentes aéreos
De origen socio-natural:	Inundaciones
	Avenidas torrenciales
	Movimientos en masa
	Incendios de la cobertura vegetal

Fuente: EDRE Antioquia, 2019

Análisis de eventos

De acuerdo con la base de datos del DAPARD⁹, se tiene un registro de 500 eventos ocurridos desde el año 2010 hasta el año 2019 en la subregión del Valle de Aburrá siendo el mayor registro para incendios de la cobertura vegetal con 176 eventos, seguido por movimientos en masa con 79 eventos, incendios estructurales con 70, inundaciones con 35, vendavales con 34, lluvias intensas con 31, accidentes vehiculares con 19, colapsos estructurales con 12 y avenidas torrenciales con 11 eventos en toda la década.

De los 500 eventos, la mayor ocurrencia fue para los eventos de origen siconatural (avenidas torrenciales, movimientos en masa

e inundaciones) con 302 registros del total, seguido por los eventos de origen tecnológico (117) y eventos de origen natural con 69 eventos. Del total de eventos, se vieron afectadas 15.177 personas, 102 viviendas destruidas y 46 muertos en toda la década.

Los Incendios de la cobertura vegetal se registraron en los 10 municipios de la subregión, siendo el mayor número de ocurrencia para Bello con 67 eventos, seguido por Medellín con 29, Girardota con 19 y Copacabana con 17 eventos, los restantes municipios tuvieron entre 4 y 12 eventos en la década. Los años en que se registraron mayor número de eventos fueron 2015 y 2016 con 68 y 48 eventos respectivamente. Fueron afectadas solo 3 personas, sin muertos y 3

⁹ Datos Históricos DAPARD



viviendas destruidas.

Los movimientos en masa se presentan en 79 eventos ocurridos en la década, y ocurren en 9 de los 10 municipios de la subregión. El mayor número de eventos se presentan en Medellín (24 eventos), Bello 15 eventos, Barbosa 13 eventos y los restantes entre 1 y 9 eventos en toda la década; siendo el año 2017 el que registró el mayor número de eventos (17) y 2016 con (15) eventos. En total fueron afectadas 879 personas en toda la década, teniendo el municipio de Medellín la mayor afectación (372 personas). Se presentan 25 decesos atribuibles al evento y 41 viviendas destruidas.

De los 70 eventos presentados por incendios estructurales el mayor número se presenta en Medellín y Bello, cada uno con 25 eventos en toda la década; se presentaron eventos en 10 de los 10 municipios de la subregión. El año 2017 se presentaron 19 de los 70 eventos, seguido por el año 2016 con 15 eventos. En total fueron afectadas 498 personas, 401 de ellas en el municipio de Medellín y se presenta 1 deceso en toda la década por este fenómeno y 25 viviendas destruidas.

Las inundaciones se presentaron en 35 eventos en toda la década, siendo el municipio de Bello el más afectado con 9 eventos, mientras que La Estrella y Caldas tuvieron 5 eventos cada uno; en el año 2018 se presentaron más eventos (7 eventos) y los años 2011, 2013, 2014 y 2017 con 5 eventos cada uno. En toda la década por este evento, se tuvieron 11.9255 personas afectadas, 10.150 de ellas en Caldas, y 11.245 de ellas en el año 2011. No se tuvieron decesos por inundaciones.

Finalmente, los restantes eventos ocurridos (vendavales, lluvias intensas, accidentes vehiculares, colapsos estructurales, avenidas torrenciales y derrames de hidrocarburos entre otros), se presentaron entre 34 y 1 veces a lo largo de la década.

Desde el punto de vista de la ocurrencia de eventos en la subregión, por número de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, respecto a la priorización de los escenarios de riesgo que realiza la EDRE y las EMRE, tenemos que efectivamente los eventos con mayor frecuencia y afectación son incendios de la cobertura vegetal, movimientos en masa, incendios estructurales, inundaciones, accidentes vehiculares, avenidas torrenciales y derrames de hidrocarburos. En eventos como accidentes aéreos, lluvias intensas, explosiones y colapsos estructurales, no se priorizaron en las EMRE.

Teniendo en cuenta las proyecciones poblacionales del DANE 2005-2017 y los resultados del CNVP 2018, así como los datos del DPARD analizados previamente de eventos, personas afectadas y personas fallecidas, se construyó la tasa de mortalidad causada por desastres para la subregión.

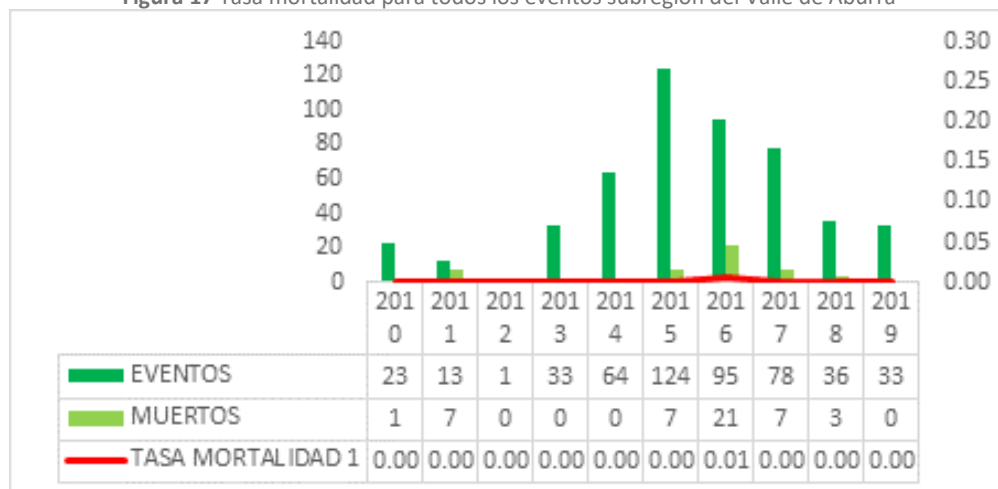
La tasa de mortalidad más alta en el decenio fue para el año 2017, que se sitúa en 0,01 personas muertas por cada 1.000 personas. Esto para todos los eventos (naturales, siconaturales, tecnológicos y humanos no intencionales). Los restantes años, no se presentaron muertes por desastres. De la misma forma, para la tasa de mortalidad por eventos recurrentes (avenidas torrenciales, movimientos de masa e inundaciones), la



mayor tasa fue en el año 2016 con 0,004 personas/1.000 personas. La tasa de

mortalidad para todo el decenio fue de 0,01 personas muertas/1.000 personas.

Figura 17 Tasa mortalidad para todos los eventos subregión del Valle de Aburrá

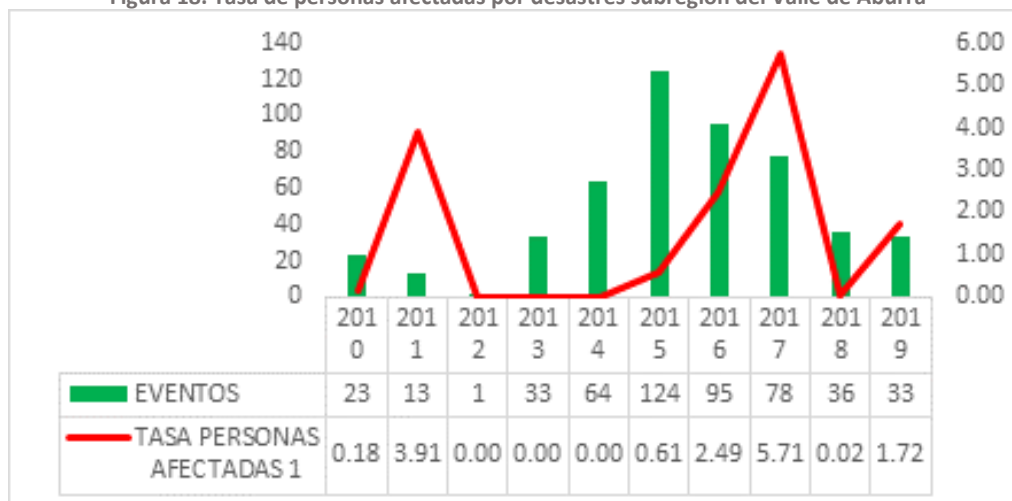


Fuente: EDRE Antioquia, 2019

Con respecto a la tasa de personas afectadas por desastres, se tiene que los años con mayor tasa fueron 2017 y 2011, con 5,71 personas afectadas por desastres por cada 1.000

personas y 3,91 personas afectadas por desastres por cada 1.000 personas, respectivamente. Se tienen años sin afectación de personas (2012, 2013 y 2014).

Figura 18. Tasa de personas afectadas por desastres subregión del Valle de Aburrá



Fuente: EDRE Antioquia, 2019

1.1.7 Temperatura y humedad

La localización de Antioquia en la zona ecuatorial de América influye en la temperatura y humedad promedio de sus regiones, desde temperaturas muy altas en las tierras bajas de Urabá y del Nordeste, así como en las tierras bajas de los valles de los ríos Magdalena, Cauca, Porce y Nechí, hasta las muy frías de los páramos de Sonsón y Belmira (cordillera Central) y de Frontino (cordillera Occidental).

En Antioquia la temporada calurosa generalmente ocurre entre abril y julio, la más fresca entre septiembre a inicios de diciembre y la más seca y de mayor calor a mediados de diciembre hasta mediados de marzo. Sin embargo, el clima de casi todo el planeta está controlado por dos fenómenos con un ciclo interanual llamados el Niño y la Niña, que ocurren sobre el océano Pacífico tropical. El Niño es el calentamiento anormal de las aguas del Pacífico (fase caliente) y durante la Niña ocurre un enfriamiento del mar.

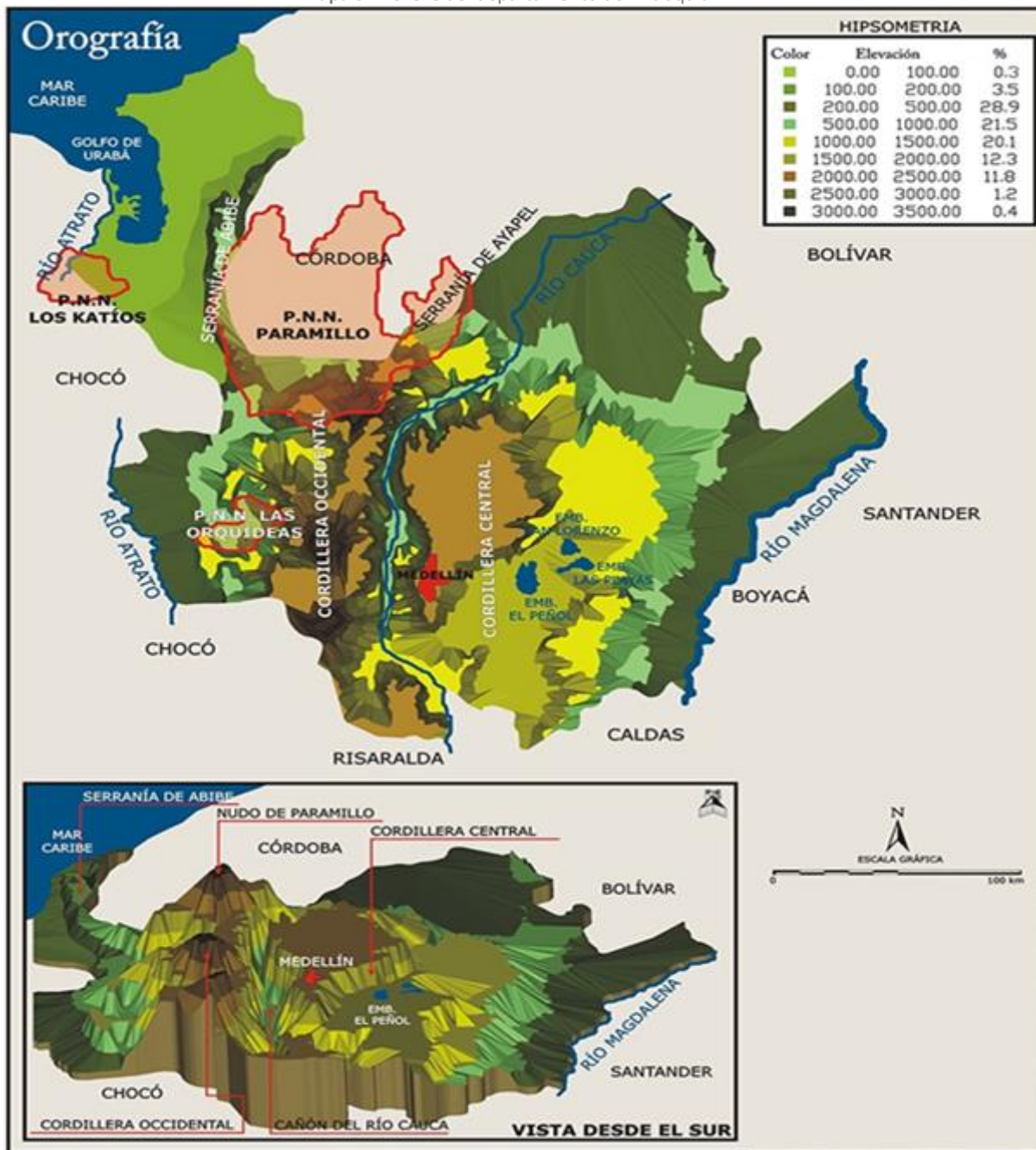
Durante el fenómeno del Niño se presentan alteraciones en la circulación de los vientos, así como variaciones en las masas de aire y en

las lluvias de las regiones tropicales y subtropicales de la tierra, ocasiona tormentas muy intensas, inundaciones y avalanchas, mientras que en otras ocurren fuertes sequías y olas de calor. Durante la Niña ocurren generalmente los fenómenos opuestos. Tanto el Niño como la Niña ocasionan fuertes impactos sociales, ambientales, ecológicos y económicos.

En Antioquia, durante el Niño se presenta una disminución drástica de las lluvias y de los caudales de los ríos, así como una disminución en la cantidad de agua almacenada en los suelos, y por ende una disminución de la actividad vegetal y la evapotranspiración, y un aumento en las temperaturas del aire. Las alteraciones del clima que ocurren durante el Niño tienen efectos negativos sobre la agricultura, la producción agropecuaria, la generación de energía eléctrica, el transporte fluvial, y ocasionan epidemias de malaria, incendios forestales y olas de calor en Antioquia. Durante la Niña ocurren los efectos contrarios, es decir que se presentan tormentas muy intensas, crecidas de ríos e inundaciones en las planicies aluviales, con las consecuentes pérdidas de vidas humanas, de infraestructura y de cosechas agrícolas.

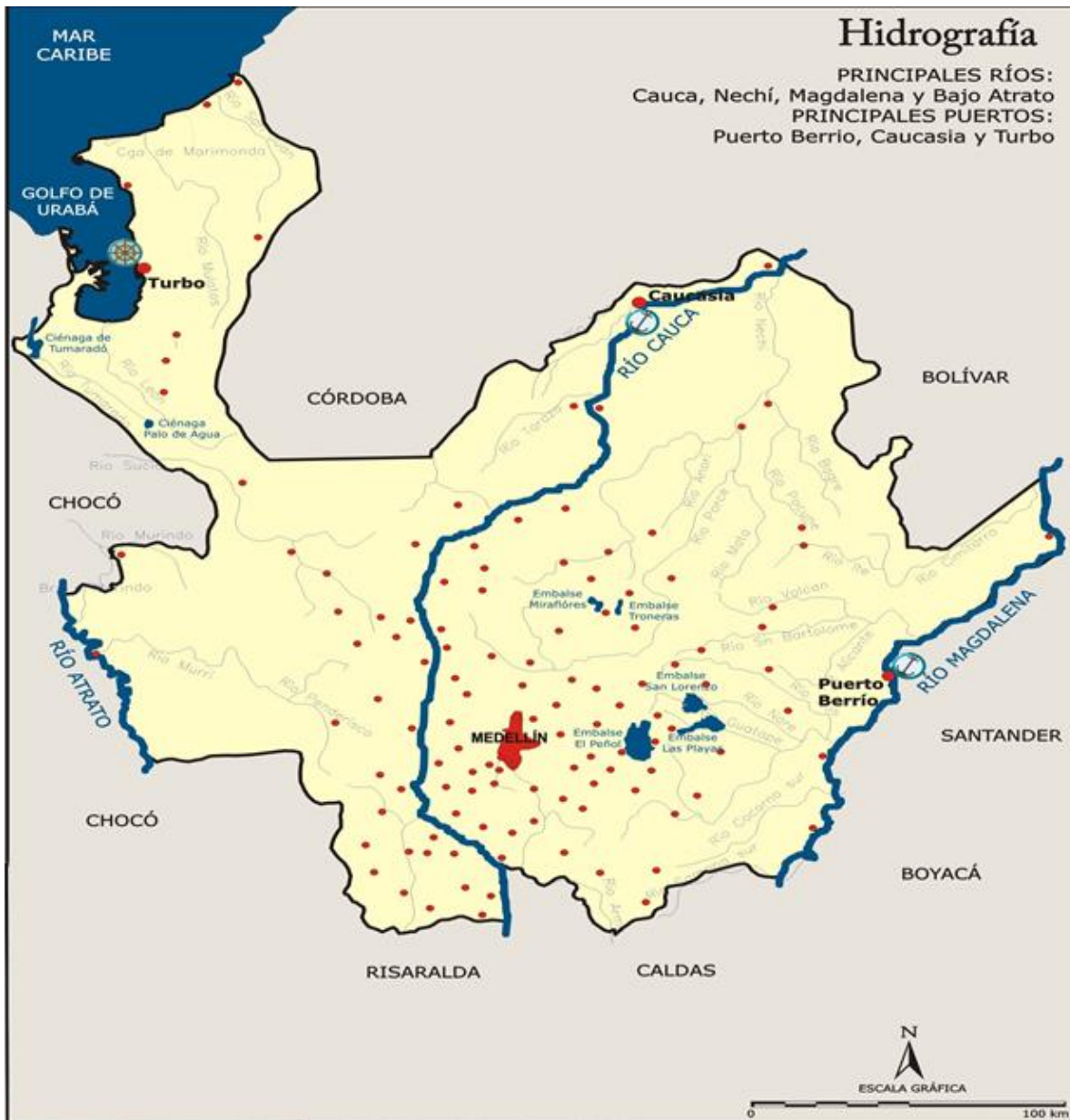


Mapa 3. Relieve del departamento de Antioquia



Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia. Atlas de Colombia, IGAC. 2002

Mapa 4. Hidrografía del departamento de Antioquia



Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia. Atlas de Colombia, IGAC. 2002

1.1.8 Accesibilidad geográfica

1.1.8.1 Vías de comunicación.

El departamento de Antioquia cuenta con una red vial amplia que consta de 18.017 km en 2.718 vías nacionales, departamentales y municipales (Secretaría de Infraestructura Física). Sin embargo, a nivel de competencias, las vías están asignadas a la Agencia Nacional de Infraestructura (ANI), Instituto Nacional de Vías (INVIAS), departamento de Antioquia y sus municipios.

Las principales vías son la troncal de Occidente, cuya longitud es de 308 kilómetros; la troncal de Urabá mide 347.76 kilómetros; la transversal Tribugá - Medellín - Arauca, la cual mide 239 kilómetros; la transversal del Caribe, que une Turbo - Necoclí - Arboletes; la transversal Medellín - Bogotá; y el circuito Medellín - Valle de San Nicolas.

En un análisis general para la red vial a cargo del Departamento, de los 4.966 km, sólo 1.856 km (37,4%) se encuentran pavimentados y el 50% se encuentran en regular o mal estado (Secretaría de Infraestructura física, 2019). El atraso en la infraestructura de transporte ha sido uno de los principales obstáculos para el desarrollo económico departamental, dado que complica la integración regional y frena la competitividad, especialmente del campo. Adicionalmente, aumenta el costo del transporte de los productos a los principales centros de consumo, y afecta la prestación de servicios básicos como educación, salud, seguridad y el desarrollo de algunos sectores económicos como el turismo.

Sin embargo, nueve arterias viales darán más vida a la movilidad y la competitividad antioqueña.

Se trata de las vías de cuarta generación o 4G, conocidas como las Autopistas para la Prosperidad. Estas superan los 14 billones de pesos en inversión y son Mar 1, Mar 2, Pacíficos 1, 2 y 3; Magdalena 1 y Magdalena 2, Autopistas del Nordeste y la Inversión Privada (IP) Antioquia-Bolívar son las obras que están en ejecución en este momento.

En materia de vías de comunicación aérea, Antioquia cuenta con alrededor de 50 aeródromos y campos de aterrizaje, tanto oficiales como particulares; los más importantes son el aeropuerto internacional "José María Córdova", situado en el municipio de Rionegro, y el aeropuerto regional y nacional "Enrique Olaya Herrera". Existen otros, ubicados en los municipios de Arboletes, Caucaasia, Ituango, Puerto Berrio, Turbo, El Bagre, Amalfi, Carolina del Príncipe, Chigorodó, Frontino, Remedios y Urrao. incluyendo zonas selváticas y apartadas, hacia donde no existe comunicación por carretera, que, si bien pueden ser rudimentarios, constituyen la única forma de transporte. Actualmente algunos no están en funcionamiento.

Antioquia cuenta con 12 municipios con líneas férreas no funcionales entre los cuales esta Amagá, Barbosa, Bello, Caldas, Caracolí, Cisneros, Copacabana, Fredonia, Girardota, Puerto Berrio y Puerto Nare. Es por lo anterior que Antioquia se ha comprometido con la recuperación de 305 km del Ferrocarril de



Antioquia, destacándose la reactivación de la conexión férrea Medellín-Puerto Berrío, y posteriormente, Medellín-La Pintada, para conectarnos con los puertos marítimos de la costa atlántica y del pacífico, respectivamente. Se contempla también avanzar en un corredor férreo que permita conectar a Medellín y al Valle de Aburrá con el Urabá antioqueño, lo cual significará para la región, un factor detonante del desarrollo regional y la mejora en la competitividad a nivel internacional, en lo relativo al comercio exterior, posicionando al territorio como estratégico para los intereses del país.

La red fluvial principal de Antioquia está conformada por tramos de siete ríos (Magdalena, Cauca, Atrato, León, Cocorná, Nare y Nechí), a través de los cuales se presta el servicio de transporte de pasajeros y de carga a escala municipal, regional o nacional. En total, el sistema fluvial de Antioquia abarca aproximadamente 730 km de tramos navegables, y alrededor de 19 puertos fluviales, cuya operación depende de las condiciones climáticas e hidrológicas de la región. Adicionalmente, la subregión Urabá cuenta con tres (3) puertos de carga (Turbo, Arboletes y Necoclí), los cuales se encuentran concesionados y en operación a través de la Agencia Nacional de Infraestructura (ANI), sin embargo, para mejorar la dinámica del transporte de carga de este modo, se están gestionando tres iniciativas privadas: Puerto Antioquia, Puerto Pisis y Darién International Port. Estas iniciativas buscan dinamizar la economía, no solo de la subregión Urabá, sino también del Departamento, mediante los cuales se pase del transporte de la producción bananera, a la movilización de otros bienes y

productos de exportación e importación, que no sólo generará un gran dinamismo económico - social en la subregión, sino que favorecerá el desarrollo de otras zonas del departamento, más aún si se conciben dichos proyectos portuarios en el marco de grandes proyectos viales como la autopista a Urabá y la transversal de las Américas.

Así mismo debe mencionarse que Medellín cuenta con el sistema “Metro” de línea férrea que recorre la región del Valle de Aburrá de norte a sur y zona occidente. Incluye además el metrocable integrado a su sistema de transporte masivo permanente que se ubica al oriente y occidente de la ciudad y el tranvía para la zona centro oriental de la ciudad de Medellín. Asimismo, existen otros siete sistemas de cable, tres en comodato a los municipios, (Yarumal, San Andrés de Cuerquia y Nariño), dos operados por contratistas de la Gobernación, (Jardín y Jericó), y dos operados por las comunidades, (Sopetrán y Argelia).

Finalmente, sobre la infraestructura general de transporte, con las Autopistas 4G, con la red vial en el Departamento; los aeropuertos y aeródromos; red férrea; y la construcción del Puerto de Urabá. Antioquia conseguirá tener una mayor competitividad, por medio de una reducción de los costos y distancias para el transporte de bienes y personas a nivel departamental, nacional e internacional, en la que se pueda aprovechar la localización estratégica del Departamento para el abastecimiento de la economía nacional y el mercado internacional, fortaleciéndose de esta manera las exportaciones.

1.1.8.2 Tiempo de traslado y distancias en kilómetros de regiones de Antioquia.

Existen respecto a este tema grandes contrastes en los 125 municipios por la topografía del Departamento, presentándose un cierto grado de inaccesibilidad geográfica por vía carretable de los centros urbanos a las áreas rurales (corregimientos y veredas), donde el acceso puede darse por caminos y trochas o en algunos casos por vía marítima, que impiden con facilidad la accesibilidad de la población asentada a servicios estatales en algunos lugares del Departamento. Algunos ejemplos son los municipios de Vigía del Fuerte y Murindó que su acceso es en transporte fluvial, o en veredas de Ituango, Dabeiba, Urrao entre otros que para acceder las

comunidades a las cabeceras municipales requieren transitar por trochas a pie o a caballo y que pueden durar hasta 3 días para llegar a estas.

La siguiente información emitida por la Secretaría de Infraestructura Física de Antioquia (Dirección de Planeación). Toma la distancia desde el límite urbano de la ciudad de Medellín hasta el parque principal de cada cabecera municipal, con trayectos por las vías principales y que no necesariamente corresponde al tramo más corto. El tiempo es estimado para camión grande de dos (2) ejes cargado sin descanso y a flujo libre. Las velocidades de cálculo no exceden los 80 km/h en las vías primarias. En promedio las velocidades están entre 30 y 60 km/h debido a la geografía del territorio Antioqueño.

Tabla 11. Tiempo de traslado y distancia estimada por Subregiones y municipios de Antioquia.

Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado
Abejorral	80,9	2 horas 18 minutos
Abriaquí	161,6	3 horas 43 minutos
Alejandro	71,5	1 horas 51 minutos
Amagá	33,1	40 minutos
Amalfi	136,4	3 horas 11 minutos
Andes	107,4	2 horas 20 minutos
Angelópolis	31,9	58 minutos
Angostura	129,2	2 horas 52 minutos
Anorí	166,6	4 horas 14 minutos
Anzá	74,0	1 horas 15 minutos
Apartadó	303,8	6 horas
Arboletes	461,8	8 horas 45 minutos
Argelia	135,4	3 horas 24 minutos
Armenia	30,7	1 horas 1 minutos
Barbosa	33,5	34 minutos
Bello	2,0	2 minutos
Belmira	56,4	1 horas 31 minutos
Betania	110,3	2 horas 45 minutos
Betulia	110,1	2 horas 56 minutos
Briceño	167,2	4 horas 19 minutos
Buriticá	86,9	1 horas 43 minutos
Cáceres	219,8	4 horas 47 minutos
Caicedo	89,7	2 horas 8 minutos
Caldas	16,2	17 minutos

Análisis de Situación de Salud - Antioquia 2020



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado
Campamento	129,7	2 horas 54 minutos
Cañasgordas	109,8	2 horas 10 minutos
Caracolí	134,1	2 horas 59 minutos
Caramanta	111,7	3 horas 6 minutos
Carepa	289,3	5 horas 45 minutos
Carolina del Príncipe	94,2	2 horas 21 minutos
Caucasia	275,1	5 horas 41 minutos
Chigorodó	280,5	5 horas 37 minutos
Cisneros	79,1	1 horas 43 minutos
Ciudad Bolívar	96,8	2 horas 11 minutos
Cocorná	74,1	1 horas 27 minutos
Concepción	54,6	1 horas 18 minutos
Concordia	86,2	2 horas 8 minutos
Copacabana	10,6	14 minutos
Dabeiba	170,3	3 horas 30 minutos
Donmatías	40,9	47 minutos
Ebéjico	35,9	56 minutos
El Bágre	355,9	7 horas 15 minutos
El Carmen de Viboral	49,6	1 horas 1 minutos
El Peñol	55,9	1 horas 12 minutos
El Retiro	31,9	48 minutos
El Santuario	51,8	52 minutos
Entreríos	42,8	1 horas 1 minutos
Envigado	5,0	8 minutos
Fredonia	51,2	1 horas 19 minutos
Frontino	137,1	2 horas 52 minutos
Giraldo	90,9	1 horas 46 minutos
Girardota	17,8	21 minutos
Gómez Plata	81,4	1 horas 56 minutos
Granada	67,0	1 horas 21 minutos
Guadalupe	114,2	3 horas 2 minutos
Guarne	23,1	24 minutos
Guatapé	70,9	1 horas 42 minutos
Heliconia	21,6	43 minutos
Hispania	91,3	2 horas 7 minutos
Itagüí	5,0	5 minutos
Ituango	187,2	4 horas 59 minutos





Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado
Jardín	124,9	3 horas 15 minutos
Jericó	105,1	2 horas 30 minutos
La Ceja del tambo	40,1	57 minutos
La Estrella	9,5	14 minutos
La Pintada	73,5	1 horas 50 minutos
La Unión	54,8	1 horas 18 minutos
Liborina	72,4	1 horas 52 minutos
Maceo	126,5	2 horas 49 minutos
Marinilla	40,8	41 minutos
Montebello	46,2	1 horas 15 minutos
Murindó (1)	NA	
Mutatá	221,0	4 horas 28 minutos
Nariño	135,9	3 horas 24 minutos
Nechí	349,7	6 horas 57 minutos
Necoclí	380,3	7 horas 16 minutos
Olaya	64,9	1 horas 36 minutos
Peque	199,0	4 horas 51 minutos
Pueblorrico	108,5	2 horas 38 minutos
Puerto Berrio	177,3	3 horas 36 minutos
Puerto Nare	219,7	5 horas 5 minutos
Puerto Triunfo	179,1	3 horas 44 minutos
Remedios	181,6	4 horas 50 minutos
Rionegro	40,1	43 minutos
Sabanalarga	107,1	3 horas
Sabaneta	7,5	9 minutos
Salgar	89,9	2 horas 8 minutos
San Andrés de Cuerquia	127,2	3 horas
San Carlos	137,6	3 horas 56 minutos
San Francisco	94,7	1 horas 58 minutos
San Jerónimo	30,3	31 minutos
San José de La Montaña	118,0	2 horas 42 minutos



Análisis de Situación de Salud - Antioquia 2020

Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado
San Juan de Urabá	442,5	8 horas 25 minutos
San Luis	126,3	2 horas 36 minutos
San Pedro de los Milagros	32,3	44 minutos
San Pedro de Urabá	377,3	8 horas 3 minutos
San Rafael	95,5	2 horas 32 minutos
San Roque	100,1	2 horas 15 minutos
San Vicente Ferrer	42,6	54 minutos
Santa Bárbara	45,2	1 horas 8 minutos
Santa fe de Antioquia	51,0	51 minutos
Santa Rosa de Osos	68,0	1 horas 18 minutos
Santo Domingo	63,2	1 horas 29 minutos
Segovia	190,6	5 horas 9 minutos
Sonsón	104,0	2 horas 19 minutos
Sopetrán	42,3	49 minutos
Támesis	103,5	2 horas 49 minutos
Tarazá	212,3	4 horas 39 minutos
Tarso	94,3	2 horas 9 minutos
Titiribí	51,3	1 horas 12 minutos
Toledo	164,0	4 horas 14 minutos
Turbo	333,8	6 horas 30 minutos
Uramita	135,9	2 horas 44 minutos
Urao	148,9	4 horas 14 minutos
Valdivia	150,0	3 horas 11 minutos
Valparaíso	95,2	2 horas 32 minutos
Vegachi	138,1	3 horas 50 minutos
Venecia	51,6	1 horas 19 minutos
Vigia del Fuerte (1)	NA	
Yalí	123,6	3 horas 22 minutos
Yarumal	111,2	2 horas 15 minutos
Yolombó	89,5	2 horas 14 minutos
Yondó	330,4	6 horas 27 minutos
Zaragoza	360,0	7 horas 7 minutos

Fuente: Gobernación de Antioquia - Secretaría de Infraestructura Física de Antioquia (Dirección de Planeación). Actualizado 22 mayo 2019.

Conversión: NA. No Aplica

Notas:

- La tabla es la misma al año 2017 ya que no hay infraestructura nueva
- Distancia tomada desde el límite urbano de la Ciudad de Medellín hasta el parque principal de cada cabecera municipal, con trayectos por las vías principales y que no necesariamente corresponde al tramo más corto.
- Tiempo estimado para camión grande de dos ejes cargado sin descanso y a flujo libre.
- Las velocidades de cálculo no exceden los 80 km/h en las vías primarias. En promedio las velocidades están entre 30 y 60 km/h debido a la geografía del territorio antioqueño
- (1) No tiene vías para dicho cálculo.
- Las vías del Departamento se encuentran en ejecución, por lo anterior los tiempos desde municipio de Medellín a los demás municipios se encuentran en actualización, última medición 2016

Mapa 5. Vías de comunicación del departamento de Antioquia.



Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia. Atlas de Colombia, IGAC. 2002

1.1.8.3 Cobertura operación – Programa Aéreo Social del departamento de Antioquia

En la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, funciona desde hace más de 35 años, el Programa Aéreo Social, cuya misión es la de apoyar por vía aérea las atenciones en salud en emergencias y desastres, el transporte aeromédico de pacientes, la atención de eventos de interés en salud pública y vigilancia epidemiológica, la realización de brigadas de salud en zonas de difícil acceso y condiciones precarias en salud y la realización de distintas actividades de apoyo humanitario.

El cambio de nombre del ayer Programa Aéreo de Salud al hoy Programa Aéreo Social de Antioquia, tiene una gran significancia, ya que está indicando la ampliación de su misión,

dado que la intervención a las distintas comunidades vulnerables y de difícil acceso del Departamento será realizada por las secretarías o gerencias de la gobernación, que ofertan programas sociales, además de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, con su componente de salud. Ello permite intervenir los determinantes sociales que les afectan, para mejorar sus condiciones de vida e impactar las condiciones de pobreza de las mismas.

En el departamento de Antioquia, de acuerdo con la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil o Aeronáutica Civil-UAEAC (<http://www.aerocivil.gov.co/Lists/Aerodromos/AllItems.aspx>) cuenta con los siguientes aeropuertos, algunos de estos, son predios privados que requieren permiso de ingreso por parte del explotador o se encuentran suspendidos por la Fuerza Aérea Colombiana y/o UAEAC o tienen problemas de mantenimiento de la pista.

Tabla 12. Lista de aeropuerto y aeródromos departamento de Antioquia 2020.

ID	Nombre AD	Ubicación	Propietario	Explotador	Horario Operación
1	AMALFI - EL RIO	AMALFI	AEROCIVIL	AEROCIVIL	
2	ANTONIO ROLDAN BETANCOURT	CAREPA	AEROCIVIL	EN CONCESION- SOACN(Sociedad Operadora de Aeropuertos Centro Norte)	
3	ARBOLETES	ARBOLETES	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
4	CAROLINA DEL PRINCIPE	CAROLINA	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
5	CAUCASIA-JUAN H.WHITE	CAUCASIA	EMPRESAS PUB.CAUCASIA	AEROLINEA DE ANTIOQUIA.	
6	CHIGORODO-JAIME ORTIZ BETANCUR	CHIGORODO	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
7	EL BAGRE - EL TOMIN	EL BAGRE	SOCIEDAD MINEROS A/QUIA	EL MUNICIPIO	
8	EL TRIUNFO	PUERTO TRIUNFO	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
9	FRONTINO EL PLATEADO	FRONTINO	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
10	INDIRA	TURBO	UNIBAN	CALIMA S.A.	
11	LA PROVIDENCIA	ITUANGO	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
12	LOS ALMENDROS	CAREPA	SANVEL. LTDA.	FUMIGARAY	Lunes a Domingo de 6:00 a 19:00"
13	LOS PLANES	APARTADO	UNIBAN	CALIMA	
14	MEDELLIN - OLAYA HERRERA	MEDELLIN	INVIAS	EN CONCESION-SOACN (Sociedad Operadora de Aeropuertos Centro Norte)	lunes a Domingo de 6:00 a 18:00"
15	MURINDO	MURINDO	ALCALDIA MUNICIPAL	ALCALDIA MUNICIPAL	
16	MUTATA	MUTATA	ALCALDIA MUNICIPAL	ALCALDIA MUNICIPAL	
17	NECOCLI	NECOCLI	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
18	NUEVA FORTUNA	NUEVA FORTUNA	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
19	PILMAIQUEN	CHIGORODO	JUAN G. RIOS C.	FASE CUBIDES GONZALEZ	
20	PUERTO BERRIO - MORELA	PUERTO BERRIO	AEROCIVIL	AEROCIVIL	lunes a Domingo de 6:00 a 18:00"
21	PUERTO NARE	PUERTO NARE	CEMENTOS ARGOS S.A.	CEMENTOS ARGOS S.A.	
22	PUERTO PERALES	PUERTO TRIUNFO	GOBERNACION	GOBERNACION	
23	REMEDIOS OTU	REMEDIOS	AEROCIVIL	AEROCIVIL	
24	RIONEGRO-JOSE M. CORDOVA	RIONEGRO	AEROCIVIL	EN CONCESION-SOACN(Sociedad Operadora de Aeropuertos Centro Norte)	24 horas
25	SAN JOSE DE MULATOS	SAN JOSE DE MULATOS	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
26	SAN PEDRO DE URABA	SAN PEDRO	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
27	SAN RAFAEL	TURBO	SOC.AEROPORTU.URABA	SOC.AEROPORTU.URABA	
28	SANTA RITA DE ITUANGO	SANTA RITA DE ITUANGO	MUNICIPIO	MUNICIPIO	
29	SANTILLANA	CAUCASIA	MANUAL A. BERNAL BERNAL	EL MISMO	
30	TURBO - GONZALO MEJIA	TURBO	AEROCIVIL	AEROCIVIL	
31	URRAO- ALI PIEDRAHITA	URRAO	AEROCIVIL	AEROCIVIL	lunes a Domingo de 6:00 a 18:00"
32	VIGIA DEL FUERTE	VIGIA DEL FUERTE	MUNICIPIO	MUNICIPIO	

Fuente. Aerocivil. Fecha de consulta 19/01/2021

1.2 Contexto demográfico

Es necesario considerar las características demográficas de la población en las distintas zonas del Departamento como factor importante en el diseño e implementación de las políticas de todo orden. El número de niños y jóvenes, así como de adultos y ancianos,

hombres y mujeres entre otros indicadores en la población, determinan la demanda esperada en los servicios de salud y, como consecuencia, la influencia en la necesidad de recursos. Es decir, esta caracterización ayuda a determinar la inversión que un país, departamento o municipio debe realizar en el sistema de salud.



En este contexto se describirán los aspectos demográficos claves, que permiten la caracterización de la población antioqueña, con el propósito de implementar una adecuada planeación en salud.

1.2.1 Tamaño poblacional

1.2.1.1 Población total

El departamento de Antioquia para el año 2020 tiene una población estimada de 6'677.930 habitantes, que comparado con el año 2005 ha representado un crecimiento del 17,52% explicado por los nacimientos, el saldo migratorio, y la mortalidad cuando la población para ese entonces correspondía a 5'682.310 personas. Actualmente dicha población está representada en un 51,66% por mujeres (3'449.916) y en un 48,34% por los hombres (3'228.014) cuya relación corresponde a 94 hombres por cada 100 mujeres, mientras que en el año 2005 fue de 93 hombres por cada 100 mujeres.

Por subregiones los patrones de poblamiento varían ampliamente registrando para el Valle

de Aburrá la mayor concentración de población con alrededor del 61%, seguido por las regiones de Oriente, Urabá y Suroeste lo cual se explica por la dinámica económica de cada subregión. El predominio de empresas textiles, floricultura y servicios en el Valle de Aburrá y el Oriente antioqueño, así como la agroindustria, la agricultura y la ganadería en las subregiones de Urabá y Suroeste; resultan atractivos, tanto para los habitantes del territorio como para personas de otras ciudades del país en la búsqueda de oportunidades laborales, educativas y sociales.

Caso contrario sucede en las subregiones del Bajo Cauca, Norte, Occidente, Nordeste, y Magdalena Medio donde es menor la concentración poblacional pero la razón hombre/mujer es superior a 100. Aspecto que se traduce en el hecho de que en estas zonas las tareas agrícolas son las dominantes y son ejercidas preferencialmente por mano de obra masculina, por la misma razón, este índice de masculinidad suele ser mayor de 100 en los campamentos mineros de estas zonas, con población obrera temporal y con fuerte presencia militar.

Tabla 13. Distribución de la población Total y relación Hombre/mujer por subregiones`

SUBREGION	Población	%	Relación Hombre/Mujer
BAJO CAUCA	260.681	3,9	0,99
MAGDALENA MEDIO	107.013	1,6	1,05
NORDESTE	202.261	3,0	1,02
NORTE	248.422	3,7	1,03
OCCIDENTE	212.446	3,2	1,03
ORIENTE	695.596	10,4	0,98
SUROESTE	370.530	5,5	1,01
URABA	525.685	7,9	0,96
VALLE DE ABURRA	4.055.296	60,7	0,90
Total general	6.677.930	100	0,94

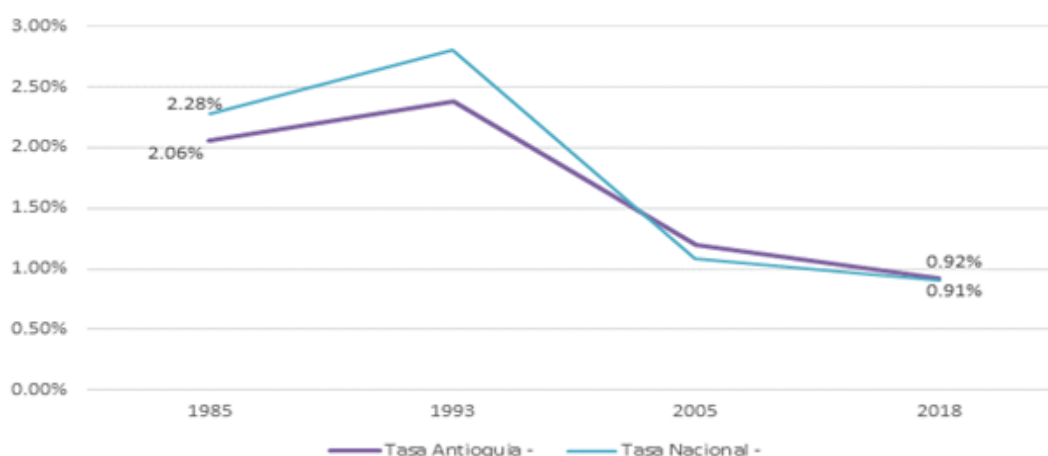
Fuente: DANE 2020. Fecha de actualización 30 de junio de 2020



Si bien el Departamento tiene una tendencia de aumento en su población, las tasas de crecimiento vegetativo o natural muestran que el incremento o velocidad en que ocurre es cada vez menor, es decir, la población antioqueña ha venido creciendo a un ritmo lento; muy afín al panorama nacional.

La variación entre 1985 y 2018 (último censo DANE) muestran ese comportamiento pasando de tasas moderadas del 2 % en 1985 a tasas bajas con cifras inferiores al 1% en 2018, pero positivas, indicando aún, que hay mayor número de nacimientos que de muertes en nuestro territorio.

Figura 19. Tasas de Crecimiento Poblacional Intercensal 1985, 1993, 2005 y 2018



Fuente: Revista Antioquia en Datos Planeación departamental 2018

1.2.1.2 Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El reconocimiento de la densidad poblacional con relación a la extensión del territorio permite prever en el Departamento, dentro de la combinación del análisis demográfico y de salud; quienes, y donde se concentra la carga de la enfermedad, así como otros impactos sociales y de salud.

Para el Departamento se estiman 106 personas por cada kilómetro cuadrado de extensión. Cifra muy similar a la del departamento de Caldas (105), pero en una extensión menor de

territorio, solo 7.888 Km. Esto vislumbra lo amplio que es el Departamento y lo poblado, catalogándolo como el segundo en número de habitantes del país.

Por subregiones, las densidades poblacionales de menor a mayor se registran en el Magdalena Medio con 22, Nordeste 23, Bajo Cauca 30, Occidente 32, Norte 33, Urabá 44, Suroeste 56, Oriente 97 y Valle de Aburrá con 3.501 habitantes por Km², respectivamente. Estas cifras combinadas con el nivel de urbanización que determina el porcentaje de la población urbana dentro de la población total en el respectivo municipio evidencian la relación de dichos indicadores para priorizar



acciones que contribuyan al mejoramiento de los entornos donde se desarrollan los cursos de vida de los habitantes.

De los municipios que conforman el Valle de Aburrá, sobresalen, Itagüí (17.058 Hab/km²) como el municipio más densamente poblado de la zona y del país, seguido en la misma región por Medellín (6.546 Hab/km²), Sabaneta (5.865 Hab/km²), Envigado (4.749 Hab/km²) y Bello con (3.657 Hab/km²) con el mayor número de habitantes por Km². En los municipios del Valle de Aburrá, los niveles de urbanización se encuentran por encima de 88%, es decir, en su mayoría los habitantes viven en los límites urbanos dentro de sus territorios, acorde con el desarrollo de la industria en dichas zonas. La menor densidad en esta subregión se encuentra en Barbosa (256 Hab/Km²).

En cuanto a la subregión de Oriente, los municipios más densamente poblados en su orden son Rionegro (722 Hab/km²), Marinilla (565 Hab/km²) y La Ceja del Tambo (514 Hab/km²), con proporciones de urbanismo menores a 87%, índice acorde a la mano de obra necesaria para las labores del campo en dichos territorios. Las densidades más bajas de esta subregión fueron en los municipios de San Francisco (16 Hab/km²) y San Carlos (22 Hab/km²), respectivamente a expensas de la ruralidad.

En la subregión de Urabá, los municipios de Apartadó y Carepa son los más densos con 210

y 133 hab/km² respectivamente. Lo anterior es explicado en parte, por la ubicación de las agroindustrias bananeras asentadas en dichos municipios, lo que motiva a pobladores del resto de la subregión a desplazarse a éstos en búsqueda de oportunidades laborales.

En la subregión del Suroeste, los municipios más poblados son Amagá (368 Hab/km²) afín a la explotación minera, La Pintada (154 Hab/km²) y Santa Bárbara (145 Hab/km²) respectivamente.

En la subregión del Nordeste el municipio más densamente poblado es Cisneros con (211 Hab/km²) y el menos poblado es Anorí con (13 Hab/km²).

En la subregión del Magdalena Medio el municipio más densamente poblado es Puerto Triunfo con (52 Hab/km²). Esta situación no solo se explica en parte por su industria minera y agrícola, sino también por ser un eje de desarrollo turístico. El municipio con menor densidad poblacional es Yondó con (11 Hab/km²).

En la subregión del Bajo Cauca el municipio más densamente poblado es Caucasia con (90 Hab/km²), lo cual se explica en parte, por la concentración de la industria y las oportunidades laborales consecuentes a la misma. El municipio con menor densidad poblacional es Cáceres con (15 Hab/km²).

Tabla 14. Población por regiones y municipios de Antioquia por área de residencia, nivel de urbanización y densidad poblacional. 2020

Subregion	NombreMunicipio	Población 2020					Nivel de urbanización	Densidad poblacional
		Total	Cabecera	%	Resto	%		
BAJO CAUCA	CÁCERES	30356	5758	18,97	24598	81,03	18,97	15,21
	CAUCASIA	95427	84654	88,71	10773	11,29	88,71	90,20
	EL BAGRE	53846	34991	64,98	18855	35,02	64,98	27,60
	NECHÍ	27354	14388	52,60	12966	47,40	52,60	29,57
	TARAZÁ	27995	13608	48,61	14387	51,39	48,61	17,74
	ZARAGOZA	25703	12012	46,73	13691	53,27	46,73	23,87
Total BAJO CAUCA		260681	165411	63,45	95270	36,55	63,45	30,36
MAGDALENA MEDIO	CARACOLÍ	4532	2794	61,65	1738	38,35	61,65	17,23
	MACEO	8248	3211	38,93	5037	61,07	38,93	18,92
	PUERTO BERRÍO	40713	35038	86,06	5675	13,94	86,06	33,98
	PUERTO NARE	14440	4708	32,60	9732	67,40	32,60	21,62
	PUERTO TRIUNFO	18970	3146	16,58	15824	83,42	16,58	51,97
	YONDÓ	20110	10571	52,57	9539	47,43	52,57	10,57
Total MAGDALENA MEDIO		107013	59468	55,57	47545	44,43	55,57	22,14
NORDESTE	AMALFI	27071	15599	57,62	11472	42,38	57,62	22,12
	ANORÍ	19104	8335	43,63	10769	56,37	43,63	13,20
	CISNEROS	9936	8755	88,11	1181	11,89	88,11	211,40
	REMEDIOS	29629	12663	42,74	16966	57,26	42,74	14,76
	SAN ROQUE	21597	6909	31,99	14688	68,01	31,99	48,42
	SANTO DOMINGO	12324	2830	22,96	9494	77,04	22,96	44,98
	SEGOVIA	39379	32396	82,27	6983	17,73	82,27	31,60
	VEGACHÍ	12039	8571	71,19	3468	28,81	71,19	23,24
	YALÍ	7681	3723	48,47	3958	51,53	48,47	15,90
	YOLOMBÓ	23501	7104	30,23	16397	69,77	30,23	24,69
Total NORDESTE		202261	106885	52,85	95376	47,15	52,85	23,40
NORTE	ANGOSTURA	11536	2658	23,04	8878	76,96	23,04	29,43
	BELMIRA	6116	1689	27,62	4427	72,38	27,62	21,92
	BRICEÑO	8120	2765	34,05	5355	65,95	34,05	20,00
	CAMPAMENTO	9243	2651	28,68	6592	71,32	28,68	44,87
	CAROLINA DEL PRINCIPE	3972	3026	76,18	946	23,82	76,18	23,64
	DON MATÍAS	19709	12989	65,90	6720	34,10	65,90	107,70
	ENTRERRÍOS	11728	6146	52,40	5582	47,60	52,40	52,83
	GÓMEZ PLATA	9921	5318	53,60	4603	46,40	53,60	27,26
	GUADALUPE	6665	2362	35,44	4303	64,56	35,44	75,74
	ITUANGO	27789	7459	26,84	20330	73,16	26,84	11,70
	SAN ANDRÉS DE CUERQUIA	7281	3029	41,60	4252	58,40	41,60	40,68
	SAN JOSE DE LA MONTAÑA	3765	2441	64,83	1324	35,17	64,83	21,76
	SAN PEDRO DE LOS MILAGROS	22885	12996	56,79	9889	43,21	56,79	98,64
	SANTA ROSA DE OSOS	37869	21602	57,04	16267	42,96	57,04	46,07
	TOLEDO	5043	1779	35,28	3264	64,72	35,28	35,77
	VALDIVIA	14102	3910	27,73	10192	72,27	27,73	25,50
	YARUMAL	42678	30827	72,23	11851	27,77	72,23	58,22
Total NORTE		248422	123647	49,77	124775	50,23	49,77	33,05

Análisis de Situación de Salud - Antioquia 2020

Subregion	NombreMunicipio	Población 2020				Nivel de urbanización	Densidad poblacional	
		Total	Cabecera	%	Resto			
OCCIDENTE	ABRIQUÍ	2735	847	30,97	1888	69,03	30,97	9,33
	ANZÁ	7169	1330	18,55	5839	81,45	18,55	28,00
	ARMENIA	5074	1771	34,90	3303	65,10	34,90	45,71
	BURITICÁ	9634	2370	24,60	7264	75,40	24,60	26,18
	CAICEDO	8536	1761	20,63	6775	79,37	20,63	38,11
	CAÑASGORDAS	15552	5274	33,91	10278	66,09	33,91	39,27
	DABEIBA	23509	9380	39,90	14129	60,10	39,90	21,47
	EBÉJICO	12134	2319	19,11	9815	80,89	19,11	50,98
	FRONTINO	20700	9020	43,57	11680	56,43	43,57	16,20
	GIRALDO	5750	2216	38,54	3534	61,46	38,54	59,28
	HELICONIA	5395	2415	44,76	2980	55,24	44,76	45,72
	LIBORINA	10090	2348	23,27	7742	76,73	23,27	45,86
	OLAYA	3175	230	7,24	2945	92,76	7,24	34,89
	PEQUE	8285	2498	30,15	5787	69,85	30,15	20,87
	SABANALARGA	9278	3179	34,26	6099	65,74	34,26	34,62
	SAN JERÓNIMO	16017	7222	45,09	8795	54,91	45,09	102,02
	SANTA FE DE ANTIOQUIA	27002	17580	65,11	9422	34,89	65,11	54,11
SOPETRÁN	15512	6901	44,49	8611	55,51	44,49	68,64	
URAMITA	6899	2202	31,92	4697	68,08	31,92	28,87	
Total OCCIDENTE		212446	80863	38,06	131583	61,94	38,06	32,33
ORIENTE	ABEJORRAL	20287	7910	38,99	12377	61,01	38,99	40,82
	ALEJANDRÍA	4698	2637	56,13	2061	43,87	56,13	31,11
	ARGELIA	7545	3545	46,98	4000	53,02	46,98	29,36
	COCORNÁ	14833	6694	45,13	8139	54,87	45,13	67,12
	CONCEPCIÓN	4758	2038	42,83	2720	57,17	42,83	28,15
	EL CARMEN DE VIBORAL	62581	37196	59,44	25385	40,56	59,44	138,15
	EL PEÑOL	21769	11857	54,47	9912	45,53	54,47	150,13
	EL RETIRO	24757	13568	54,80	11189	45,20	54,80	93,07
	EL SANTUARIO	36605	26525	72,46	10080	27,54	72,46	481,64
	GRANADA	9764	5399	55,29	4365	44,71	55,29	52,78
	GUARNE	58159	19745	33,95	38414	66,05	33,95	380,12
	GUATAPÉ	8709	5782	66,39	2927	33,61	66,39	124,41
	LA CEJA DEL TAMBO	68325	59630	87,27	8695	12,73	87,27	513,72
	LA UNIÓN	22391	13870	61,94	8521	38,06	61,94	111,96
	MARINILLA	67893	48258	71,08	19635	28,92	71,08	585,28
	NARIÑO	9947	3195	32,12	6752	67,88	32,12	31,38
	RIONEGRO	142995	90256	63,12	52739	36,88	63,12	722,20
	SAN CARLOS	15811	7274	46,01	8537	53,99	46,01	21,99
	SAN FRANCISCO	5889	2673	45,39	3216	54,61	45,39	16,00
	SAN LUIS	13123	7925	60,39	5198	39,61	60,39	28,65
SAN RAFAEL	15663	8033	51,29	7630	48,71	51,29	42,80	
SAN VICENTE	22469	5971	26,57	16498	73,43	26,57	91,34	
SONSÓN	36625	17787	48,57	18838	51,43	48,57	27,35	
Total ORIENTE		695596	407768	58,62	287828	41,38	58,62	97,93

Análisis de Situación de Salud - Antioquia 2020

Subregion	NombreMunicipio	Población 2020				Nivel de		Densidad poblacional
		Total	Cabecera	%	Resto	%	urbanización	
SUROESTE	AMAGÁ	31283	15246	48,74	16037	51,26	48,74	368,04
	ANDES	44199	21456	48,54	22743	51,46	48,54	98,44
	ANGELÓPOLIS	5841	2331	39,91	3510	60,09	39,91	67,14
	BETANIA	10284	3697	35,95	6587	64,05	35,95	60,49
	BETULIA	15896	4522	28,45	11374	71,55	28,45	62,34
	CARAMANTA	4648	2204	47,42	2444	52,58	47,42	53,43
	CIUDAD BOLÍVAR	26313	16283	61,88	10030	38,12	61,88	92,33
	CONCORDIA	21688	7662	35,33	14026	64,67	35,33	92,68
	FREDONIA	24754	8279	33,45	16475	66,55	33,45	99,02
	HISPANIA	5591	3635	65,02	1956	34,98	65,02	94,76
	JARDÍN	14830	8053	54,30	6777	45,70	54,30	65,33
	JERICÓ	13706	7937	57,91	5769	42,09	57,91	70,29
	LA PINTADA	8460	7611	89,96	849	10,04	89,96	153,82
	MONTEBELLO	6641	1960	29,51	4681	70,49	29,51	79,06
	PUEBLORRICO	8735	4664	53,39	4071	46,61	53,39	101,57
	SALGAR	18261	7044	38,57	11217	61,43	38,57	43,17
	SANTA BÁRBARA	27186	12804	47,10	14382	52,90	47,10	144,61
TÁMESIS	16201	7572	46,74	8629	53,26	46,74	65,86	
TARSO	6231	3500	56,17	2731	43,83	56,17	51,93	
TITIRIBÍ	10719	4936	46,05	5783	53,95	46,05	74,44	
URRAO	30876	16917	54,79	13959	45,21	54,79	11,94	
VALPARAÍSO	6472	3784	58,47	2688	41,53	58,47	49,03	
VENECIA	11715	5352	45,69	6363	54,31	45,69	81,92	
Total SUROESTE		370530	177449	47,89	193081	52,11	47,89	56,23
URABA	APARTADÓ	127744	107271	83,97	20473	16,03	83,97	210,45
	ARBOLETES	30510	10450	34,25	20060	65,75	34,25	42,49
	CAREPA	51143	37144	72,63	13999	27,37	72,63	133,18
	CHIGORODÓ	59836	50581	84,53	9255	15,47	84,53	97,29
	MURINDÓ	5234	1860	35,54	3374	64,46	35,54	3,83
	MUTATÁ	14389	5525	38,40	8864	61,60	38,40	12,86
	NECOCLÍ	44118	11861	26,88	32257	73,12	26,88	32,04
	SAN JUAN DE URABA	20950	7122	34,00	13828	66,00	34,00	86,93
	SAN PEDRO DE URABA	32147	13832	43,03	18315	56,97	43,03	66,70
	TURBO	130191	52453	40,29	77738	59,71	40,29	42,13
VIGÍA DEL FUERTE	9423	3292	34,94	6131	65,06	34,94	5,23	
Total URABA		525685	301391	57,33	224294	42,67	57,33	44,55
VALLE DE ABURRA	BARBOSA	54347	23921	44,02	30426	55,98	44,02	261,28
	BELLO	552154	536427	97,15	15727	2,85	97,15	3656,65
	CALDAS	83423	67400	80,79	16023	19,21	80,79	548,84
	COPACABANA	81820	66981	81,86	14839	18,14	81,86	1152,39
	ENIGADO	242197	234143	96,67	8054	3,33	96,67	4748,96
	GIRARDOTA	54439	30958	56,87	23481	43,13	56,87	766,75
	ITAGUÍ	289994	265527	91,56	24467	8,44	91,56	17058,47
	LA ESTRELLA	75517	65582	86,84	9935	13,16	86,84	2157,63
	MEDELLÍN	2533424	2490164	98,29	43260	1,71	98,29	6546,32
SABANETA	87981	77424	88,00	10557	12,00	88,00	5865,40	
Total VALLE DE ABURRA		4055296	3858527	95,15	196769	4,85	95,15	3501,98
Total general		6677930	5281409	79,09	1396521	20,91	79,09	106,34

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia - Dirección Sistemas de Indicadores, Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Nota: El área urbana (cabecera) está delimitada por los Planes de Ordenamiento Territorial (POT) del respectivo municipio e incluye áreas urbanas de los corregimientos. En algunos municipios la densidad poblacional es alta por falta de actualización catastral.

Léase el nivel de urbanización como el porcentaje de población que reside en áreas urbanas respecto a la población total.

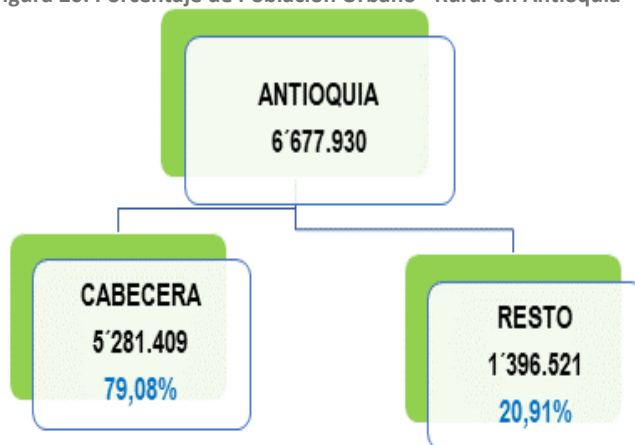


1.2.1.3 Población por área de residencia urbano/rural

De acuerdo con el último registro censal (2018) un 77,6% de la población habitaba las áreas urbanas del Departamento. Para el año 2020 se proyecta un aumento porcentual en cerca de 2 puntos alcanzando el 79,08%. Se espera que continúe creciendo como ha sucedido en los últimos 35 años. Lo anterior puede

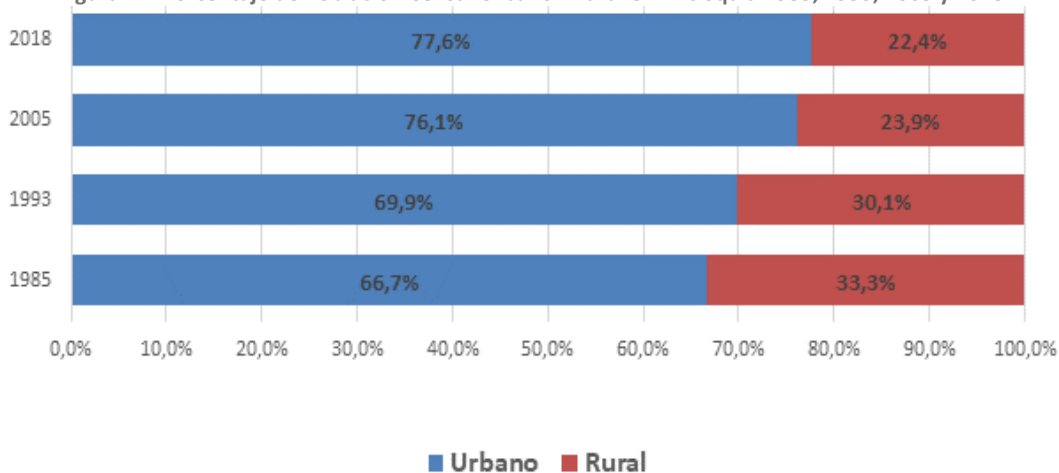
explicarse por la concentración de servicios en esta zona: educación, salud especializada, empleo. Por otra parte, la violencia y el desplazamiento forzado de las zonas rurales a las cabeceras municipales han generado una menor población en la ruralidad; lo que insta a la generación de políticas públicas encaminadas al fortalecimiento del campo en temas como: el agroturismo, la implementación de tecnologías, educación, salud y seguridad en los territorios.

Figura 20. Porcentaje de Población Urbano - Rural en Antioquia



Fuente: Revista Antioquia en Datos. Planeación Departamental 2018

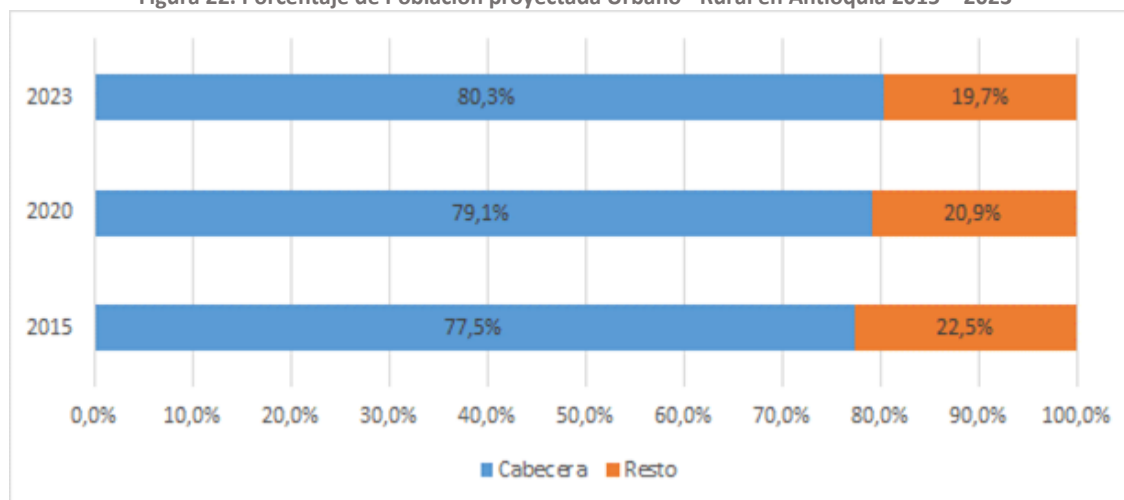
Figura 21. Porcentaje de Población Censal Urbano - Rural en Antioquia 1985, 1993, 2005 y 2018



Fuente: Revista Antioquia en Datos. Planeación Departamental 2018



Figura 22. Porcentaje de Población proyectada Urbano - Rural en Antioquia 2015 – 2023



Fuente: DANE 2020. Fecha de actualización 30 de junio de 2020

Al examinar el índice de urbanismo en los dos últimos años, se observa que en las subregiones: Oriente, Urabá, Magdalena medio y Bajo Cauca, 48 municipalidades tuvieron un mayor traslado de habitantes de la ruralidad a los centros urbanos. En el resto de los municipios (76), fue menor dicho movimiento de ciudadanos. Solo en un municipio (Murindó) no hubo tránsito de habitantes entre ambas zonas.

De las subregiones del Departamento, la de Occidente es la que mayor población aporta con residencia rural del 63%, seguida por el Suroeste 53%, Norte 52%, Nordeste 49%, Magdalena Medio 46%, Urabá 44%, Oriente 43%, Bajo Cauca 38% y finalmente el Valle de Aburrá con cerca del 6 % de su población total.

1.2.2 Número y condiciones de viviendas y hogares

1.2.2.1 Viviendas

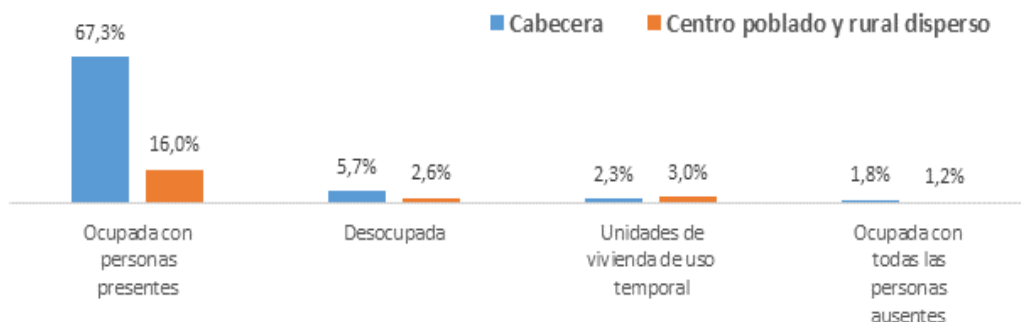
Las viviendas son esos espacios físicos acondicionados para que habiten las personas. Según la publicación Antioquia en datos que detalla información del censo de 2018, existen 2'322.286 viviendas en el Departamento. La densidad residencial corresponde a 30,8 viviendas por kilómetro cuadrado, donde el 77,5% están ubicadas geográficamente en zona urbana y el 22,5% en la rural.

De este total, el censo indicó que el 83,3% se encontraban ocupadas, el 8,3% estaban desocupadas, el 5,36% tenían ocupación temporal y el 3,05% eran habitadas con personas ausentes al momento del registro.

Según la Encuesta de Calidad de Vida 2019, la tenencia de la vivienda propia totalmente pagada correspondió al 43,5%, propia y la están pagando el 4,4%, en arriendo o subarriendo el 39,7%, con permiso del propietario, sin pago alguno (usufructuario) el 10,4%, con posesión sin título (ocupante de hecho) el 0,9% y propiedad colectiva el 1.1% respectivamente.



Figura 23. Condición de Ocupación de la Vivienda según ubicación geográfica en Antioquia.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Censo 2018

Según la Ley 142 de 1994, los inmuebles residenciales, se clasifican por estratos económicos en atención al Régimen de los Servicios Públicos Domiciliarios. Es una clasificación que se realiza principalmente para cobrar de manera diferencial los servicios públicos domiciliarios permitiendo asignar subsidios y cobrar contribuciones en esta área. De esta manera, quienes tienen más capacidad económica pagan más por los servicios públicos y contribuyen para que los estratos bajos puedan pagar sus facturas. En este orden de ideas, la estratificación está relacionada con la ubicación de los inmuebles residenciales y no con la población. Dicho esto, la clasificación del inmueble o viviendas se mide con la conexión a energía y según el maestro de facturación del censo 2018 en Antioquia existen 2'192.556 conexiones residenciales de los 2'322.286 viviendas reportadas anteriormente, es decir el 94,41%, el resto 5,59% no cuenta con reporte de conexión.

Los inmuebles con conexión clasificados en estrato uno (1) son el 23,68% de las viviendas (el maestro de facturación reporta 22,28% facturables para este estrato), en estrato dos (2) están el 37,07% con energía eléctrica y el

maestro de facturación reporta el 36,86%, en estrato 3 el 26,30% con facturación en el mismo rango, en estrato 4 el 6,92%, en estrato 5 y 6 el 4,17% y 1,87% respectivamente con maestros de facturación muy similares.

1.2.2.2 Hogares

Las viviendas se relacionan entre otras condiciones, con el número de hogares entendiendo este último como el lugar donde un individuo o grupo de individuos habita, creando en ellos la sensación de seguridad y calma. En demografía, el hogar se define en función de la manera en que las personas subvienen o solventan sus necesidades alimenticias y otras necesidades vitales. En este sentido, el censo 2018 relacionó 1'983.566 hogares, es decir, 85 hogares por cada 100 viviendas, aspecto que explica factiblemente hogares conformados por una sola persona o varios hogares o grupos de individuos en una misma vivienda.

Según el censo, la conformación promedio de los hogares fue de tres personas. Este número de personas a través de los censos poblacionales ha disminuido entre 2005 y 2018. Hace 13 años, el promedio de habitantes



por hogar en el Departamento era de cuatro y hoy se observan tres personas. Este promedio de tres personas según el censo lo ponderan el 66,4% de los hogares, cifra que es superior a la reportada en el censo de 2005 cuyo porcentaje era del 48,5%.

Los hogares con más de cuatro personas han disminuido en el tiempo pasando del 51,6% en 2005 al 33,70% según la encuesta. Esto insinúa un cambio en el comportamiento de la natalidad, aspecto que estudiaremos más adelante y una conformación familiar con tendencia a la disminución de los integrantes del hogar.

Tabla 15. Tamaño de los Hogares en Antioquia Según Censo 2005 y 2018

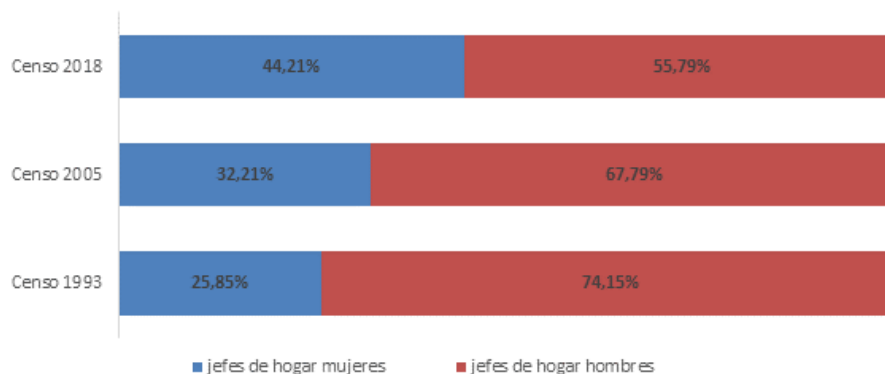
Fuente	Número de personas en el hogar					
	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas o más
Censo Nacional de Población y Vivienda 2018	19,00%	22,90%	24,50%	18,90%	8,50%	6,30%
Censo General 2005	11,00%	16,30%	21,20%	20,20%	14,00%	17,40%

Fuente: DANE 2018

Considerando otras variables de análisis en este ítem, la encuesta de calidad de vida 2019, reportó que el 44,21% de los hogares antioqueños tienen una mujer como jefe de hogar, porcentaje que supera el indicador nacional que se encuentra en un 38%. El total de hogares con jefatura femenina sin cónyuge es del 73,48%; en el caso de los jefes de hogar hombres, solo el 29,95% expresan no tener una pareja.

A nivel urbano el panorama sigue revelando una gran diferencia con un 74,18% de mujeres y un 30,97% de hombres, ambos jefes de hogar solteros, este mismo comportamiento se repite en los centros poblados y rural disperso donde las mujeres solteras jefes de hogar representan el 68,95% y los hombres el 26,63%. Esta gran diferencia denota una brecha importante que repercute en todos los aspectos familiares por lo que vale la pena investigar más a fondo esta tendencia y su impacto.

Figura 24. Jefatura del hogar por sexo en Antioquia Censos 1993, 2005 y 2018



Fuente: Revista Antioquia en datos Planeación Departamental 2019.



1.2.3 Población por pertenencia étnica

Los grupos étnicos son comunidades que comparten un origen, una historia, una lengua, y unas características culturales y/o rasgos físicos comunes, que han mantenido su identidad a lo largo de la historia como sujetos colectivos. En Colombia se reconocen legalmente cuatro grupos étnicos: (1) indígenas, (2) afrocolombianos (incluye afrodescendientes, negros, mulatos, palenqueros de San Basilio), (3) raizales del archipiélago de San Andrés y Providencia y (4) rom o gitano.

En ese orden de ideas, la pertenencia étnica se refiere a la identificación de las personas como integrantes de uno de los grupos étnicos, legalmente reconocidos y que cumplen con los siguientes criterios de identificación: el más importante es el auto - reconocimiento (identidad étnica), seguido por la lengua, usos y costumbres, la territorialidad y los rasgos físicos.

El censo 2018 planteó la pertenencia a los diferentes grupos étnicos conforme al auto - reconocimiento de cada persona registrada. Dada esta característica sólo el 5,9% de la población auto - reconoció ser parte de un grupo étnico, el 1,1% se abstuvo de responder y el 93% expresó no pertenecer a ninguno de las etnias. De aquellos que indicaron formar parte de alguna etnia, el 67,1% aseguró hablar la lengua de su pueblo.

Indígenas: Según lo describe el Plan de Desarrollo UNIDOS POR LA VIDA 2020-2023, los pueblos indígenas en Antioquia y en el país padecen invisibilidad estadística; la

información disponible del censo DANE 2018 está consolidada para el total de población y por grandes grupos de edad. Según el censo, un total de 37.628 indígenas, habitaban nuestro territorio y entre los años 2005 y 2018 tuvieron una variación del 30,1%, representando el 0,6% de la población.

En Antioquia el 5,5% del área geográfica total pertenece a los pueblos indígenas, territorio que está distribuido en 56 resguardos y 212 comunidades indígenas. Estas comunidades habitan en los resguardos o en el área rural dispersa de 32 municipios del Departamento, no obstante, se ha percibido una movilización de esta población por fuera de sus territorios hacia los grandes centros urbanos, observando un problema social por el desarraigo cultural y el establecimiento de prácticas como la mendicidad.

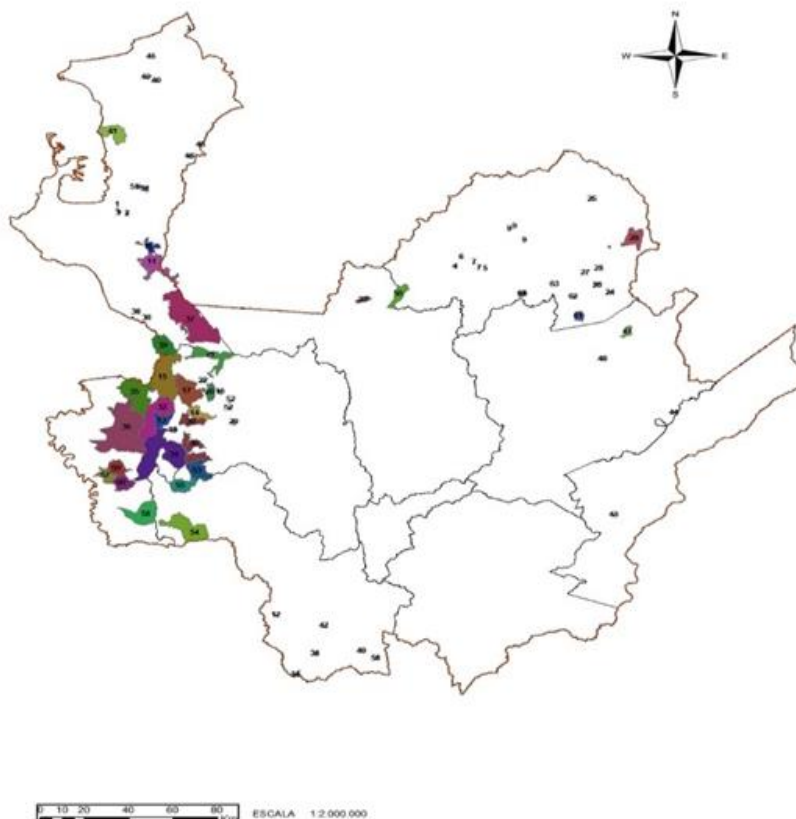
En cuanto a otros indicadores este censo señaló que el promedio de población indígena con acceso a servicios públicos domiciliarios básicos solo alcanzó el 38,0%, y el porcentaje de población mayor de cinco años con algún nivel de alfabetismo fue solo del 70,0%.

Según la Organización Indígena de Antioquia (OIA), la cobertura de educación indígena para los menores de 14 años no supera el 54,0% y no se cuenta con información cierta sobre el estado de la infraestructura escolar indígena. Por otra parte, de acuerdo con la información de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, el total de población indígena afiliada al régimen subsidiado en el Departamento, con corte a octubre de 2020, asciende a 35.652, de este 14,205 indígenas son de la región de Urabá (40%), 8.863 (25%) pertenecen a la región occidente del departamento, 6.211 (17%) corresponden a la

región del Bajo Cauca, 3.973 (11%) al Suroeste, 745 al Nordeste (2%), 707 al Valle de Aburrá (1,98%), 488 (1,36%) al Norte, 41 al Oriente

(0,11%) y 19 (0,05%) al Magdalena Medio, respetivamente.

Mapa 6. Subregiones con comunidad indígena, Antioquia 2019



Fuente: Informe de gestión 2019 Gerencia Indígena

1.2.4 Afrocolombianos, Raizales - Palenqueros:

En el caso de las comunidades (1) negras, afrocolombianas, mulatos(as), afrodescendientes, (2) raizales (raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina) y (3) palenqueros (de San Basilio - Cartagena). También se presenta la dificultad en la disponibilidad de información.

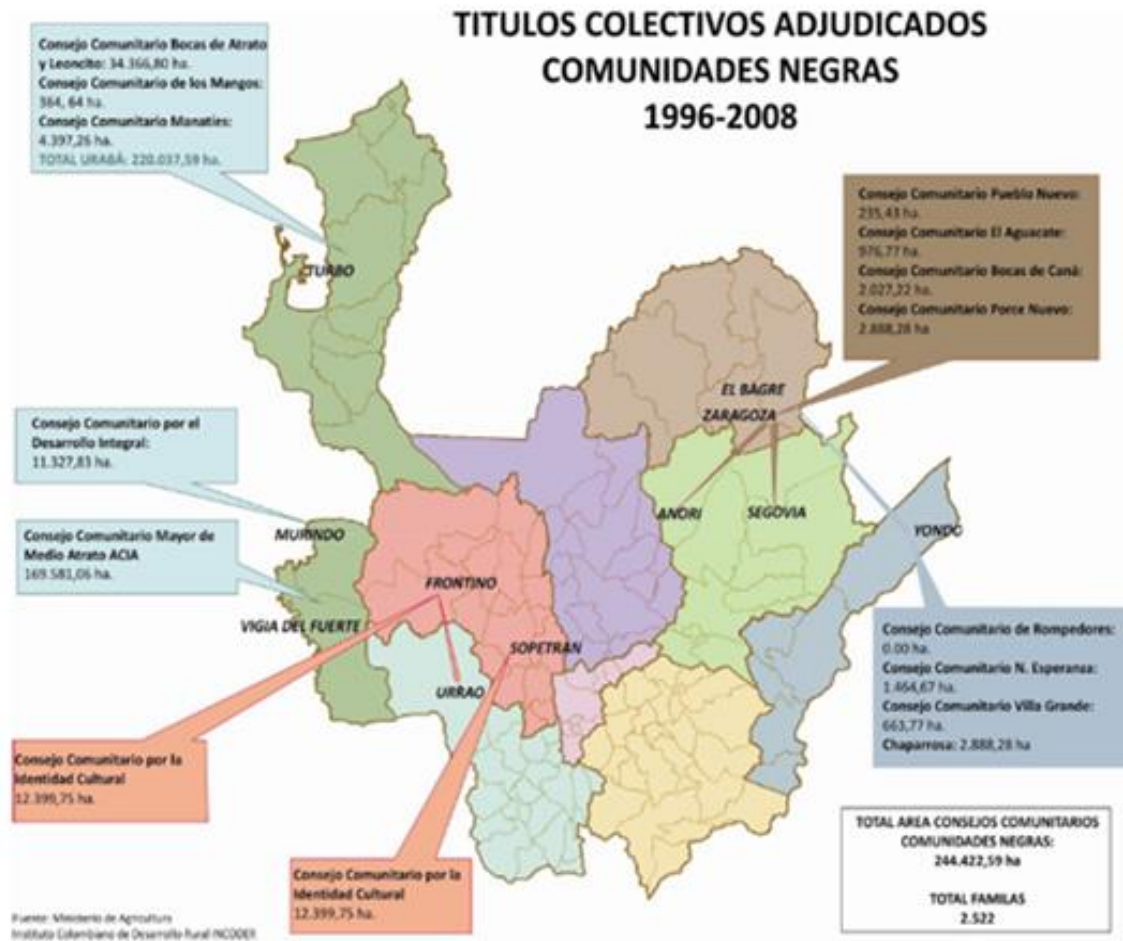
Ejemplo de esto es que, en Antioquia, de acuerdo con los resultados del censo realizado en 2018, el número de la población que reconoció como integrante de estos grupos poblacionales en el territorio, correspondió a 312.112 personas. Se auto reconocieron como negros 311.289, raizales 640 y palenqueros 183; cifras que difieren con el cálculo obtenido desde el censo 2005, donde la cifra fue de 593.726; lo que implica una reducción de más del 30%.



Adicionalmente, el censo encontró información referente a títulos que se han adjudicado a poblaciones negras en Antioquia,

títulos que agrupan afrodescendientes principalmente en la región de Urabá. (ver mapa)

Mapa 7. Títulos colectivos adjudicados a comunidades negras. Antioquia, 1996 – 2008



Fuente: Ministerio de agricultura – Instituto Colombiano de Desarrollo Rural INCODER

1.2.5 ROM o Gitanos:

Los gitanos (ROM) fueron reconocidos como grupo étnico colombiano mediante la Resolución No. 022 del 2 de septiembre de 1999 expedida por la Dirección General de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia y

luego, por el Decreto 2957 de 2010 que concretó el reconocimiento de sus derechos.

Tienen presencia en el departamento de Antioquia en los municipios de Envigado, Medellín, Copacabana y Angostura. Su origen

se remonta a más de 1.000 años, proviene del norte de la India y conservan un bagaje cultural diferenciado. Mediante el Decreto 2957 del 6 de agosto de 2010, el Estado colombiano reconoció que los gitanos tienen una identidad propia y mantienen una conciencia étnica particular. También que poseen una forma de organización social específica y ha definido

históricamente sus propias instituciones políticas y sociales.

En Antioquia, en el municipio de Envigado fueron identificadas 13 personas pertenecientes a esta etnia correspondientes a la familia Gómez Velásquez, los demás están distribuidos en los municipios de Medellín, Copacabana y Angostura.

Tabla 16. Pertenencia étnica por auto - reconocimiento de la población antioqueña. 2020

Autoreconocimiento étnico	Casos	%	Acumulado %
Indígena	37.628	0,63%	0,63%
Gitano(a) o Rrom	140	0,00%	0,63%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	640	0,01%	0,64%
Palenquero(a) de San Basilio	183	0,00%	0,65%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	311.289	5,21%	5,86%
Ningún grupo étnico	5.557.278	93,01%	98,87%
No informa	67.630	1,13%	100,00%
Total	5.974.788	100%	100%

Fuente: Censo DANE 2018

Tabla 17. Población censada por subregión, municipio y grupo étnico. Antioquia. 2018

Subregión	Municipio	Gitano(a) o Rrom	Indígena	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	No informa	Palenquero(a) de San Basilio	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ningún grupo étnico	Total general
BAJO CAUCA	Cáceres		1.674	594	365		3	23.824	26.460
	Caucasia	1	1.077	3.442	566	1	4	79.626	84.717
	El Bagre	4	880	2.211	203	1	4	44.339	47.642
	Nechí		93	2.977	54		1	20.941	24.066
	Tarazá		83	451	186	1	1	22.104	22.826
	Zaragoza		1.965	7.885	56		6	14.155	24.067
Total BAJO CAUCA		5	5.772	17.560	1.430	3	19	204.989	229.778
MAGDALENA MEDIO	Caracolí			12	12			3.943	3.967
	Maceo		8	52	21			7.216	7.297
	Puerto Berrio		59	1.450	647	2	5	34.638	36.801
	Puerto Nare		20	362	82		4	11.693	12.161
	Puerto Triunfo		8	158	46			17.019	17.231
	Yondó		22	648	85	11	2	16.829	17.597
Total MAGDALENA		117	2.682	893	13	11	91.338	95.054	
NORDESTE	Amalfi	1	2	102	117			20.043	20.265
	Anorí		167	244	89			14.002	14.502
	Cisneros		6	110	75			8.719	8.910
	Remedios	1	96	120	121			22.192	22.530
	San Roque		1	55	67			17.669	17.792
	Santo Domingo		3	53	21			9.709	9.786
	Segovia	1	574	880	516		1	31.718	33.690
	Vegachi		45	96	50			10.943	11.134
	Yalí		10	39	43			6.142	6.234
Yolombó		6	106	100			18.798	19.010	
Total NORDESTE	3	910	1.805	1.199	1	159.935	163.853		
NORTE	Angostura	4		49	24	4		10.419	10.500
	Belmira		1	2.098	22			3.228	5.349
	Briceno		3	30	21	1		5.891	5.946
	Campamento			22	62			7.348	7.432
	Carolina	1	8	38	29			3.267	3.343
	Don Matías			64	31			14.113	14.208
	Entrerrios		7	31	43			8.739	8.820
	Gómez Plata		1	66	59			8.109	8.235
	Guadalupe		5	29	23			5.395	5.452
	Ituango	1	477	126	5.396		14	17.770	23.784
	San Andrés de Cuerguía		1	45	24			6.225	6.295
	San José de La Montaña			28	32			2.892	2.952
	San Pedro de Los Milagros		5	57	132			16.925	17.119
	Santa Rosa de Osos		12	140	229			30.686	31.067
	Toledo		12	30	10			4.878	4.930
Valdivia		2	87	39			11.383	11.511	
Yarumal		13	148	291		1	35.884	36.337	
Total NORTE	6	547	3.088	6.467	5	15	193.152	203.280	
OCCIDENTE	Abriaquí	1		43	24			2.091	2.159
	Anzá		2	22	36			6.328	6.388
	Armenia		3	7	5			3.804	3.819
	Buritica			27	49			7.333	7.409
	Caicedo		1	16	71			6.930	7.018
	Cañasgordas	1	3	45	87		1	13.458	13.595
	Dabeiba		4.747	116	253			17.601	22.717
	Ebéjico	1	2	47	58			10.230	10.338
	Frontino		3.812	104	199		1	16.040	20.156
	Giraldo			15	18			5.024	5.057
	Heliconia	1	6	21	19			4.662	4.709
	Liborina		1	34	31			7.862	7.928
	Olaya		1	32	22			2.664	2.719
	Peque			58	29			7.068	7.155
	Sabanalarga	2	4	109	40		1	7.677	7.833
	San Jerónimo		9	36	59			13.054	13.158
	Santafé de Antioquia		24	705	174		64	22.249	23.216
Sopetrán		1	3	1.674	80		2	11.988	13.748
Uramita			52	17			6.344	6.523	
Total OCCIDENTE	7	8.728	3.163	1.271	69	172.407	185.645		



Análisis de Situación de Salud - Antioquia 2020



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



Subregión	Municipio	Gitano(s) o Rom	Indígena	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	No informa	Palenquero(a) de San Basilio	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ningún grupo étnico	Total general
ORIENTE	Abejorral		2	62	107			17.428	17.599
	Alejandro			12	30			3.797	3.839
	Argelia		2	57	65			6.628	6.752
	Cocorná			85	69	1		14.588	14.743
	Concepción			12	19			3.905	3.936
	El Carmen de Viboral		28	156	135			53.630	53.949
	El Peñol		13	73	40			17.884	18.010
	El Retiro		2	59	81			20.558	20.700
	El Santuario	3	3	61	96			30.148	30.311
	Granada		117	163	85	1		8.838	9.204
	Guarne		40	190	268	1	2	41.999	42.500
	Guatapé		4	29	80			6.925	7.038
	La Ceja	1	17	203	381		1	58.783	59.386
	La Unión		2	49	152		1	20.565	20.769
	Marinilla		40	182	318		2	54.688	55.230
	Nariño	1	2	27	32			8.541	8.603
	Rionegro	1	48	716	1.350	1	6	114.278	116.400
	San Carlos		10	47	175			14.248	14.480
	San Francisco		1	33	20			5.311	5.365
	San Luis		2	51	27		3	11.037	11.120
San Rafael			57	53	6		12.462	12.578	
San Vicente			27	77			17.947	18.051	
Sonsón		7	173	158			31.523	31.861	
Total ORIENTE		6	340	2.524	3.818	10	15	576.711	582.424
SUROESTE	Amagá	2	9	125	74	3		26.608	26.821
	Andes		248	225	523	1	2	37.145	38.144
	Angelópolis		3	27	10			4.987	5.027
	Betania		32	64	22			8.471	8.589
	Betulia		27	71	87			14.912	15.097
	Caramanta		1	15	20			4.233	4.269
	Ciudad Bolívar		255	191	86			22.829	23.361
	Concordia			61	108		1	15.925	16.095
	Fredonia		15	157	58	1	1	18.558	18.790
	Hispania		11	39	19			4.881	4.950
	Jardín		1.487	67	38			11.949	13.541
	Jericó		2	24	64			11.167	11.257
	La Pintada		9	87	41			7.837	7.974
	Montebello		7	13	40			5.821	5.881
	Pueblorrico		167	29	34			6.972	7.202
	Salgar		7	98	53			15.624	15.782
	Santa Bárbara		6	93	65			21.866	22.030
	Támesis		156	76	169	2		14.809	15.012
	Tarso			18	36		1	5.808	5.663
	Titiribí		2	30	39			8.245	8.316
Urroa		1.726	1.192	277	1	3	25.805	29.004	
Valparaiso		288	15	12			5.116	5.431	
Venecia		8	44	71		1	10.156	10.280	
Total SUROESTE		2	4.466	2.761	1.946	8	9	309.324	318.516
URABA	Apartadó	2	810	42.854	800	8	32	68.963	113.469
	Arboletes	2	958	7.100	120	3	8	18.098	26.289
	Carepa	1	68	11.371	909	1	1	33.585	45.936
	Chigorodó	1	2.220	27.532	256	3	1	25.551	55.564
	Murindó		1.925	2.411	254	2	1	49	4.642
	Mutatá		2.115	1.187	44		1	9.260	12.607
	Necoclí	1	1.495	18.358	123	8	1	18.434	38.420
	San Juan de Urabá		211	10.253	102	12	5	9.409	19.992
	San Pedro de Urabá	16	572	326	569			29.044	30.527
	Turbo	2	2.322	72.550	478	3	11	39.068	114.434
Vigía del Fuerte		1.035	6.675	386	4	4	35	8.139	
Total URABA		25	13.731	200.617	4.041	44	65	251.496	470.019
VALLE DE ABURRA	Barbosa	1	20	230	227			44.279	44.757
	Bello	9	303	9.272	6.447	17	58	465.795	481.901
	Caldas		49	408	690	5		75.108	76.260
	Copacabana	5	52	679	797	1	4	74.941	76.479
	Enviado	16	99	1.386	2.718	6	11	208.201	212.437
	Girardota		46	2.975	392	1	3	45.628	49.045
	Itagüí	5	319	2.138	2.778	4	31	258.057	263.332
	La Estrella		13	366	528		3	66.971	67.881
Medellín	48	2.071	59.064	31.165	63	314	2.279.605	2.372.330	
Sabaneta	2	45	571	823	3	12	80.341	81.797	
Total VALLE DE ABURRA		86	3.017	77.089	46.565	100	436	3.598.926	3.726.219
Total general		140	37.628	311.289	67.630	183	640	5.567.278	5.974.788

Fuente: - Censo DANE. 2018



1.2.6 Estructura demográfica

La estructura poblacional refleja la historia reciente de una comunidad en un momento concreto en el tiempo e indica entre otras el grado de desarrollo de la población que se representa. Analizaremos la pirámide poblacional, los grupos de edad y el género, así como otros indicadores demográficos de interés.

1.2.7 Pirámide Poblacional

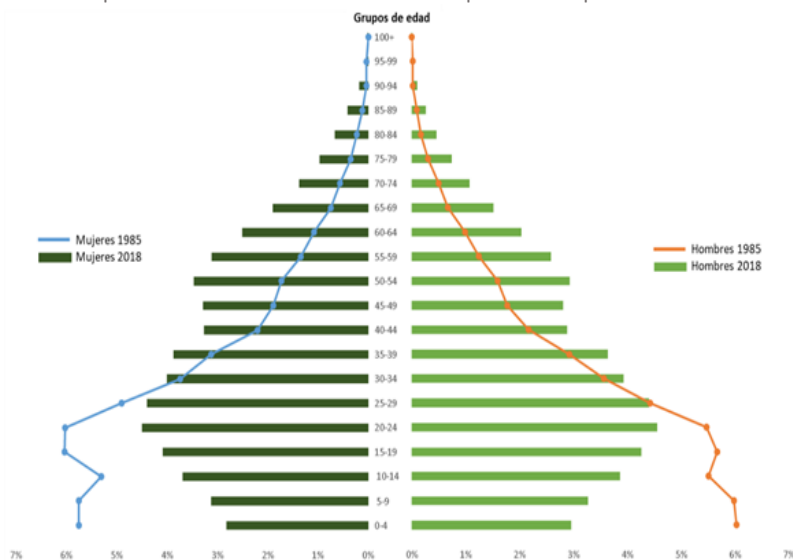
Esta representa la proporción de habitantes por grupos de edades quinquenales en contraste con el género y su análisis permite identificar cambios graduales en el comportamiento de la población debido las transformaciones socioeconómicas inducidas por diferentes actores.

La distribución antioqueña ha cambiado pasando de tener una población joven en 1985 a una madura en 2018. Esta transición, determinada por el índice de Friz, que representa el porcentaje de población de menos de 20 años, con respecto al grupo de población entre los 30 y los 49 años, indicó que

los jóvenes entre 0 y 19 años han disminuido en los últimos 5 años pasando de 116,63 % en 2015 a 104, 68% en 2020. Por otro lado, la porción de personas ubicadas del centro hacia la cúspide de la pirámide, han evolucionado hacia el ensanche a causa del descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida de los antioqueños, con tendencia a convertirse con el pasar de los años en una estructura envejecida si alcanza un índice de Friz menor al 60%, lo que implica para los gobernantes, incluir desde ahora, proyectos orientados a dicha población garantizando condiciones dignas de salud, seguridad social, entre otros.

Además, es primordial dar continuidad y trabajar en el perfeccionamiento de las políticas ya implementadas que han permitido llegar al punto de desarrollo actual. (Departamento Administrativo de Planeación 2018) dado que se tiene hoy una mayor concentración de la fuerza laboral y en función del aprovechamiento de esta condición se debe procurar aumentar la generación de empleo y la educación en el territorio con el fin de impulsar el desarrollo del Departamento.

Figura 25. Comparativo de la Estructura Poblacional por Género para los Censos 1985 - 2018

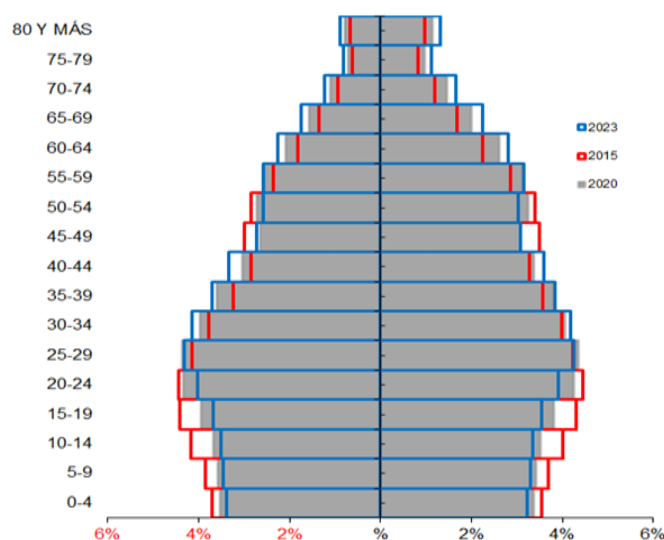


Fuente: Censo DANE 2018

En relación al año en curso, la estructura piramidal va mostrando un descenso gradual de la base, con respecto al año comparativo 2015 y futuro 2023, mientras que la cúspide experimenta un incremento de personas mayores, situación posiblemente motivada por el incremento en la esperanza de vida y la

disminución de la mortalidad temprana por una parte y por otra, la inmigración o retorno de población al Departamento en sus años de retiro, debido a que Antioquia es un atractivo turístico por su ubicación geográfica y oferta de servicios de salud entre otras, que hacen de nuestro territorio un lugar seductor.

Figura 26. Pirámide poblacional. Antioquia, 2015, 2020, 2023



Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.



Cuando se analiza la estructura piramidal de cada una de las regiones, se refleja claramente la diversidad de la composición de la población antioqueña, determinada por fenómenos naturales como la natalidad y mortalidad y por los efectos migratorios propios de cada subregión, sin embargo lo disímil de las estructuras etarias puede ser también el resultado de fenómenos vinculados, por un lado, al claro mejoramiento de la calidad de vida en los años de sobrevida y al empeño de los gobiernos de mejorar las condiciones de vida del territorio donde vivimos, aspectos que lograremos determinar durante este análisis.

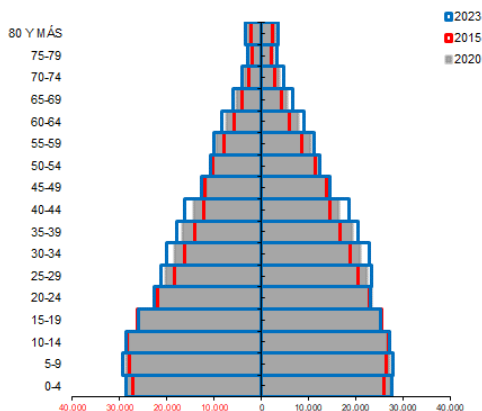
Para las subregiones de Urabá, Magdalena Medio, Bajo Cauca y Occidente se observan pirámides con bases anchas y vértices angostos, comportándose como estructuras progresivas mostrando poblaciones jóvenes con una alta proporción de niños y adolescentes y baja cantidad de adultos y adultos mayores, resultado posiblemente relacionado a un bajo control de la natalidad,

supervivencia poblacional corta o patrón de migración muy alto.

En tanto las subregiones de Oriente, Suroeste, Norte y Nordeste tienen una disminución en la base y un ensanchamiento gradual en la población adulta, fenómeno favorecido probablemente por la inmigración de población de otros municipios a estos por su desarrollo industrial, o porque han mantenido natalidad y mortalidad constantes durante el período, entre otros.

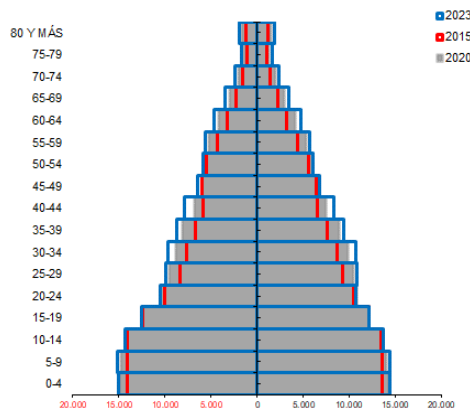
El Valle de Aburrá presenta una estructura piramidal de características regresivas, es decir, base estrecha y cúspide mayor lo que puede explicarse por fenómenos como el descenso de la natalidad, esperanza de vida acorde a la estadística, fenómeno migratorio importante y constante en el tiempo, mercado laboral, entre otros. A continuación, se presentan las estructuras piramidales por subregiones de Antioquia y su respectiva proyección a 2023 para observar las dinámicas poblacionales a corto plazo.

Figura 27. Pirámide poblacional subregión de Urabá. Antioquia, proyección 2023



Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

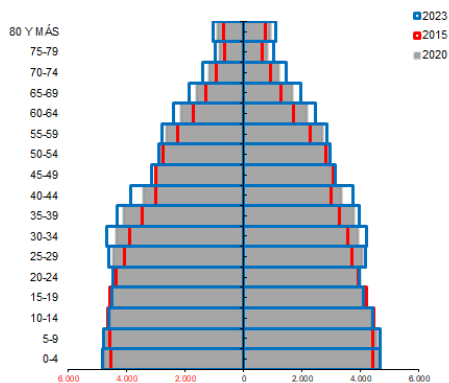
Figura 28. Pirámide poblacional subregión de Bajo Cauca. Antioquia, proyección 2023



Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

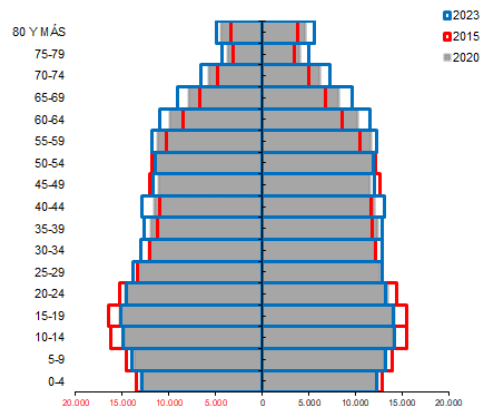


Figura 29. Pirámide poblacional subregión de Magdalena medio. Antioquia, proyección 2023



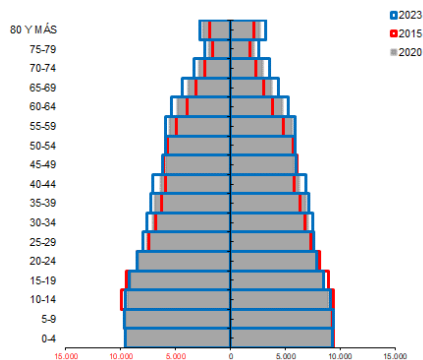
Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Figura 32. Pirámide poblacional subregión de Suroeste, Antioquia, proyección 2023



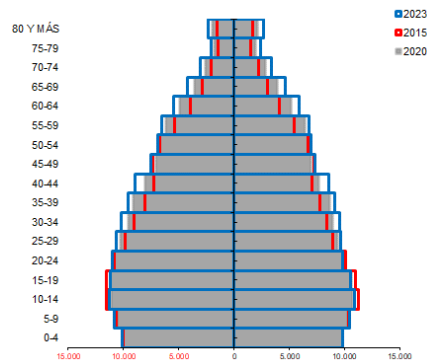
Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Figura 30. Pirámide poblacional subregión de Occidente, Antioquia, proyección 2023



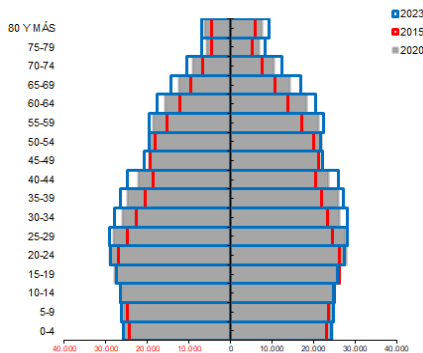
Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Figura 33. Pirámide poblacional subregión Norte, Antioquia, proyección 2023



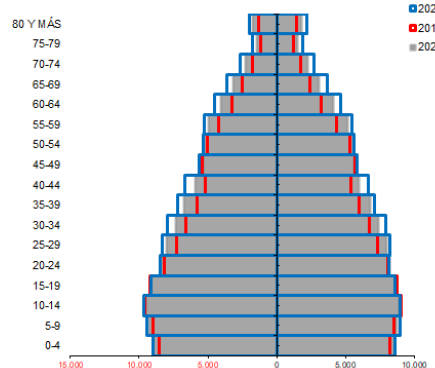
Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Figura 31. Pirámide poblacional subregión de Oriente, Antioquia, proyección 2023



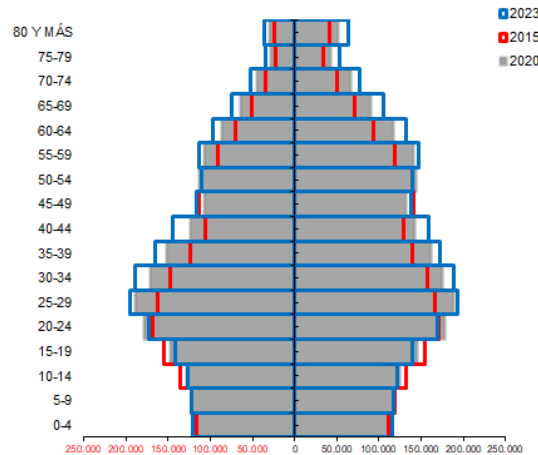
Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Figura 34. Pirámide poblacional subregión Nordeste, Antioquia, proyección 2023



Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Figura 35. Pirámide poblacional subregión del Valle de Aburra, Antioquia, proyección 2023



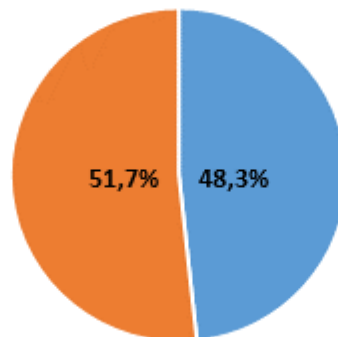
Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

1.2.8 Población por género

En las estructuras piramidales predominan en la generalidad las mujeres, posiblemente motivado por el incremento en la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad temprana, la efectividad alcanzada en los programas de detección temprana y tratamientos e intervenciones en salud oportunas, para las cuales se ha documentado mayor adherencia por parte de las mujeres a estas acciones.

Censo 2018 publicado por Departamento Administrativo de Estadística DANE, la distribución por género indica un mayor porcentaje de mujeres (51,7%) escenario que no difiere de 2020, y los hombres solo representan el 48,3% de los habitantes, esta situación es una consecuencia, entre otras, de que la mortalidad masculina en la mayoría de los casos está asociada con problemas de orden público y accidentalidad.

Figura 36. Porcentaje de Hombres y Mujeres en Antioquia. 2020



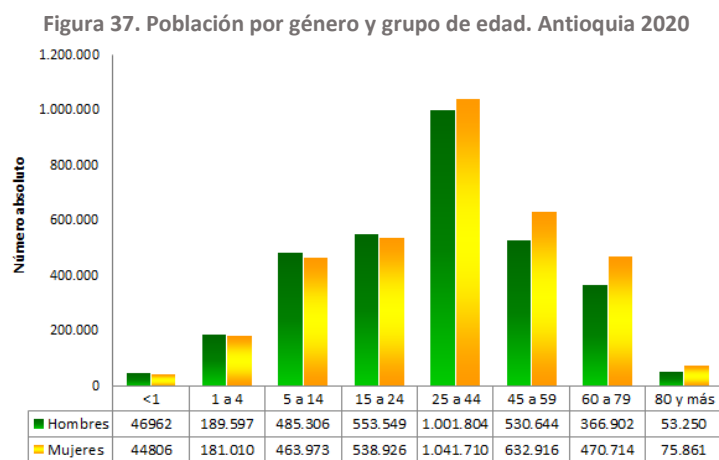
Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

La razón hombre / mujer, en Antioquia, indicó que por cada 100 mujeres hay 96 hombres. El valor de este indicador se mantiene constante entre el año 2005 y la proyección a 2020.

En un aparte previo de este contexto se había mencionado por subregiones, los patrones de poblamiento por género, aludiendo que para el Valle de Aburrá la relación hombre/mujer tiende a favorecer el predominio demográfico de la mujer, así como en Bajo Cauca, Oriente y Urabá; caso contrario sucedía en las subregiones Norte, Suroeste, Occidente, Nordeste, y Magdalena Medio, donde la razón

hombre/ mujer es superior a 100, aspecto que se traduce en mayor número de hombres que de mujeres.

Si bien existe una constante universal de que nacen más hombres que mujeres, estas últimas sobreviven más y como lo muestra el siguiente gráfico es a partir de los 25 años hasta el final de la vida que este fenómeno predomina, bien por la esperanza de vida que en las mujeres es mayor o posiblemente por tener más adherencia y rigurosidad con los cuidados de su salud.



Fuente: - DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

1.2.9 Población por ciclos de vida.

La participación poblacional por ciclo vital tiene como objeto reconocer qué proporción de la población se concentra en determinadas edades y a nivel de intervenciones y definición de políticas, saber con certeza la dimensión de la población que se pretende impactar en medio de sus diversidades culturales, sociales e individuales.

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades durante las diferentes etapas del desarrollo humano y reconoce las experiencias que se acumulan a lo largo de éstas. Las intervenciones en una generación pueden repercutir en las siguientes, y el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior.

Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. Por ejemplo, un envejecimiento activo es la consecuencia de potenciar las oportunidades de salud, participación y seguridad a lo largo del ciclo de vida buscando un mayor bienestar físico, social y mental acorde con sus necesidades, deseos y capacidades. Es reflejo de los efectos acumulativos que tiene el aprovechamiento de las ventanas de oportunidades en los diferentes momentos del curso de la vida para el desarrollo de las capacidades humanas.

Antioquia tiene una proporción importante de habitantes en edad económicamente activa (15 a 64 años) con cerca del 68% del total de personas en el Departamento, situación que se conoce como ventana demográfica de oportunidades o bono demográfico que indica que la población en edad productiva supera la proporción de las personas económicamente dependientes (menores de 15 años y mayores de 65). Esta característica exige a los gobiernos repensar políticas, favorecer programas que

promuevan la generación de empleo y cualificar la fuerza laboral, dado que dicho periodo ofrece elevar las tasas de crecimiento económico per cápita y los niveles de bienestar de la población.

Sin embargo, factores como la calidad de vida y los hábitos de salud adquiridos, pueden influir de forma positiva o negativa en esta fase. Un adulto saludable en términos físicos y emocionales afrontará la ancianidad con una mejor perspectiva, de allí que sea importante crear oportunamente las condiciones y hábitos para que así sea. Igual ocurre con los grupos de edades previos.

En los ciclos vitales definidos por la juventud (19-26) y la adultez (27-59) es preciso realizar considerables inversiones en capital humano, sobre todo en los jóvenes para que se traduzca en ventajas reales para la sociedad y dar respuesta, en particular, a “la oferta laboral de una población activa creciente y simultáneamente, disminuir la inseguridad, la precariedad y la informalidad típicas del mercado laboral”. CEPAL, 2004 y 2006b

Tabla 18. Proporción de la población por ciclo vital. Antioquia, 2015,2020 y 2023.

Ciclo vital	2015		2020		2023	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	539.482	8,7	555.332	8,3	557.028	8,0
Infancia (6 a 11 años)	573.069	9,3	564.171	8,4	568.946	8,1
Adolescencia (12 a 18)	735.950	11,9	703.580	10,5	691.468	9,9
Juventud (19 a 26)	870.565	14,1	916.437	13,7	897.280	12,8
Adultez (27 a 59)	2.691.075	43,6	2.971.683	44,5	3.156.511	45,1
Persona mayor (60 y más)	761.962	12,3	966.727	14,5	1.123.559	16,1
TOTAL	6.172.103	100	6.677.930	100	6.994.792	100

Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Las variaciones más evidentes por grupo se experimentan en los grupos de edad de 5 a 24

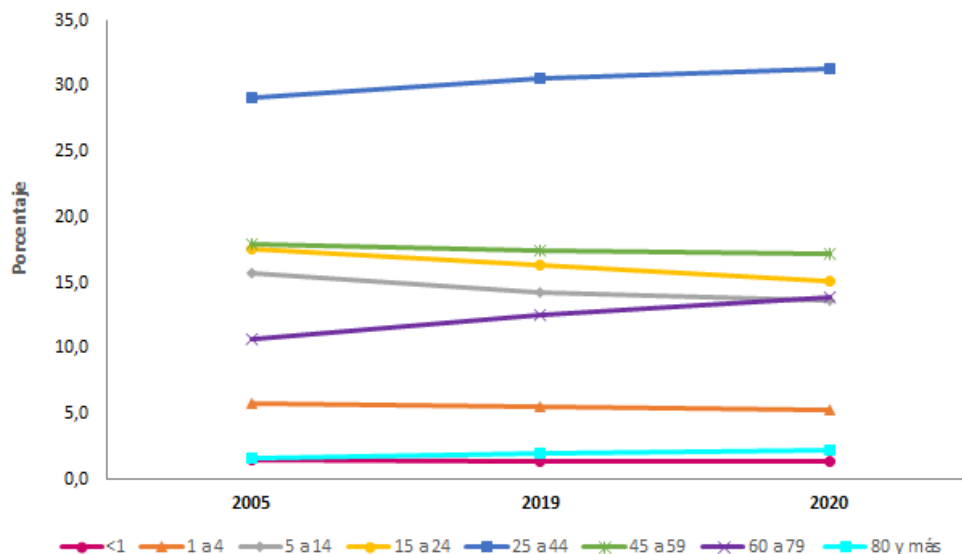
años con un comportamiento decreciente, efecto que llama la atención dado que no es



explicado completamente por la disminución de las tasas de fecundidad, sino que también pueden existir pérdidas de la población para el 2020 con respecto a 2005 debido a efectos migratorios o de mortalidad. Entre tanto en los grupos que comprenden las edades de 25 a 44

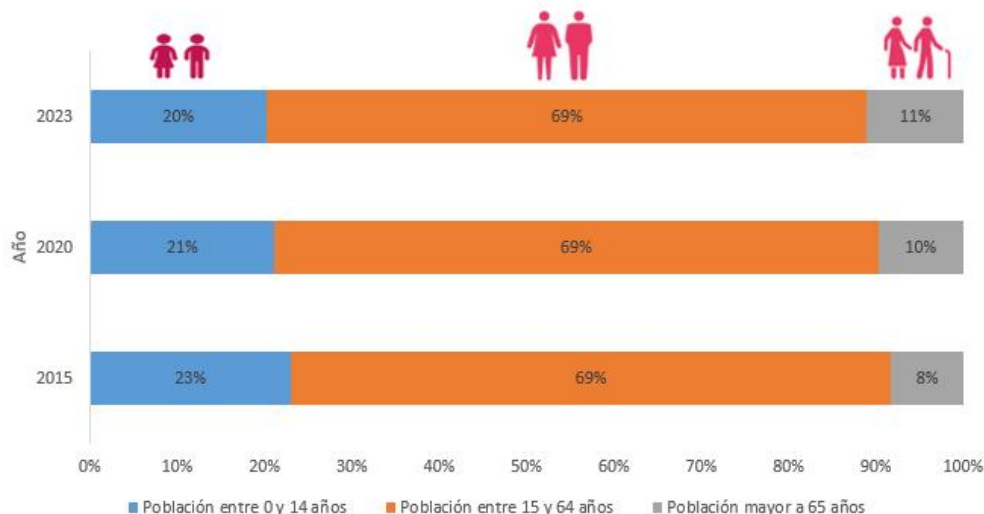
años se observa un comportamiento ascendente en el tiempo, posiblemente explicado por el ingreso al Departamento de personas en estas edades o el aumento de la expectativa de vida.

Figura 38. Cambio en la proporción de población por grupo etario. Antioquia 2005, 2019 y 2020.



Fuente: - DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Figura 39. Porcentaje de Población por Grandes Grupos de Edad en Antioquia, 2015-2020-2023.



Fuente: DANE Fecha de actualización 30 de junio de 2020.



1.2.10 Enfoque en curso de vida

El grupo de curso de vida, de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, ha promovido en Colombia la implementación de este nuevo enfoque, el cual considera a la salud como una dimensión importante del desarrollo humano y no como un fin en sí mismo, convirtiéndola en un proceso dinámico que requiere ir más allá de las intervenciones dirigidas a enfermedades específicas, el cual se traduce en la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, así como las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida. La salud es considerada entonces como un recurso esencial para la producción y el mantenimiento de capacidades en individuos y poblaciones.

Este enfoque aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo, influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

Desde el punto de vista epidemiológico, el curso de la vida, es el estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad de la exposición a riesgos físicos o sociales durante

la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (Kuh y cols., 2003).

Los conceptos claves que explican el enfoque de curso de vida son la trayectoria, la transición, los momentos significativos o sucesos vitales, las ventanas de oportunidad y los efectos acumulativos.

La trayectoria es el recorrido que realiza un ser humano por los diferentes roles o dominios en los que transcurre la vida. El análisis de todas las trayectorias vitales de un individuo y su interrelación con otros individuos, su familia y la sociedad es lo que conforma el curso de vida.

La transición, es un proceso de adaptación del ser humano a los diferentes cambios que debe realizar el individuo, para afrontar los momentos vitales o sucesos significativos (hitos o eventos) que se presentan en su vida. Estos momentos pueden ser favorables o desfavorables y se consideran oportunidades para el desarrollo de las personas y sus familias.

Las ventanas de oportunidad, son aquellos momentos óptimos para la implementación de respuestas que permitan a las personas desarrollar ciertas características, conductas, habilidades o capacidades que repercutan en los resultados en salud y en las etapas futuras de su desarrollo.

Los efectos acumulativos se refieren al proceso por medio del cual a partir de las experiencias a lo largo de la vida se facilita el desarrollo del individuo y su familia, esto debido a la ocurrencia de situaciones que generan ganancias o pérdidas que conllevan a que se vayan construyendo las bases para el



desarrollo de cada etapa, viéndose como un proceso acumulativo que genera un estado de crecimiento y madurez con sus respectivos aprendizajes de vida.

En la construcción del documento del Análisis de la Situación de Salud (ASIS), se caracteriza y analiza el comportamiento de la morbimortalidad en cada uno de los ciclos vitales, los cuales se desarrollan por etapas, dando una idea lineal del proceso de salud durante la vida. Sin embargo, dentro de la planeación de la salud, el departamento de Antioquia, acoge la invitación realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social y avanza hacia la implementación del enfoque de curso de vida, para la definición de las intervenciones a los problemas de salud identificados, asumiendo, que el desarrollo es un proceso vital que se construye a lo largo de la vida e incide tanto en el individuo, las familias, la comunidad y la sociedad en general.

En este contexto, son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la herramienta clave para el desarrollo armónico del curso de vida, en cada uno de sus momentos vitales identificados en busca del bien-estar del individuo, su familia y la comunidad: Primera infancia (0-5 años), infancia (6-11 años), adolescencia (12-17 años), juventud (18-28 años), adultez (29-59 años) y vejez (60 años y más) y adicionalmente tienen el objetivo de promover y mantener la salud durante el desarrollo de ese continuo de la vida.

1.2.11 Otros indicadores demográficos en el Departamento

La razón niños/mujer: por cada 100 mujeres del Departamento que se encuentran en edad

reproductiva, hay 26 niños menores de 5 años. En los años analizados se viene observando una disminución de este indicador como efecto del control de la natalidad. Las subregiones que presentan el mayor número de niños por mujer son: Bajo Cauca con 44 y Urabá con 40, en contraste con Valle de Aburrá que presenta 21 niños por cada 100 mujeres en edad fértil.

El índice de envejecimiento: en el departamento de Antioquia, por cada 100 personas menores de 15 años, había 54 adultos mayores de 65 años en el 2015 y 68 para el 2020, lo que evidencia un envejecimiento progresivo de la población. Las subregiones que presentan un índice más alto de envejecimiento son el Valle de Aburrá con 86 y el Suroeste 80 adultos mayores de 65 años por 100 personas menores de 15 años. En respuesta al cual, el departamento de Antioquia por medio de la Ordenanza No. 48 del 4 de diciembre de 2014, implementó la Política Pública de Envejecimiento Humano y Vejez, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor, a través de 4 ejes temáticos: Promoción y garantía de los derechos humanos de los adultos mayores, protección social integral, envejecimiento activo y formación del talento humano e investigación.

El índice demográfico de dependencia: Es notable la disminución del índice de 55 en 2005 a 45 en 2015 y con igual resultado en 2020. Ello es positivo en términos demográficos, dado que por cada 100 antioqueños existe un porcentaje importante de población en edad de trabajar de más del 50%. Las subregiones que tiene mayor y menor índice de personas en edades dependientes son Bajo Cauca con 64

y el Valle de Aburrá con 39 personas que cumplen esta condición.

Índice dependencia infantil: la disminución de este índice (45 en 2005, 33 en 2015 y 31 en 2020), obedece a la menor natalidad que se está observando en los últimos años en el Departamento. La subregión que presenta una menor dependencia infantil es Valle de Aburrá con 25 niños entre 0 y 14 años que dependen de 100 personas entre 15 y 64 años; así mismo, un mayor índice en las subregiones de Bajo Cauca con 54 y Urabá con 50 para el año 2020 respectivamente.

Índice de dependencia de mayores: este indicador se proyecta creciente para años futuros, encontrándose para el año 2020 que 14 personas mayores de 65 años dependían de 100 personas entre 15 a 64 años, aunado a esto es necesario profundizar en el análisis de la dependencia dada por el acceso de esta población al modelo de seguridad social en Colombia en los últimos años, donde muchos de estos no hicieron parte de la fuerza laboral

y menos de la jubilación, aumentándose la brecha de dependencia especialmente en la población rural del Departamento. Las subregiones que presentan el mayor índice son el Suroeste seguido de Occidente y Oriente con 18, 17 y 15 respectivamente.

Índice de Friz: El indicador para el Departamento en 2020 fue de 104,7 encontrando la población en un patrón de madurez. Este resultado viene decreciendo paulatinamente en el departamento de Antioquia, en el 2019 se ubicó en 118,13 por tanto, se considera que Antioquia es una población madura y para el año 2020 continuó dentro de esta categoría. El comportamiento de este indicador presenta algunas variaciones al analizarse por subregiones debido a los factores sociales, culturales propios de cada territorio. Se resaltan las subregiones de Bajo Cauca y Urabá que se consideran como una población joven con indicador de 177 y 167 respectivamente, mientras las subregiones de Valle de Aburrá y Oriente presentan una población más madura.

Tabla 19. Otros indicadores de estructura demográfica. Antioquia, 2015, 2020 y 2023.

Índice Demográfico	Año		
	2015	2020	2023
Poblacion total	6.172.103	6.677.930	6.994.792
Poblacion Masculina	2.976.723	3.228.014	3.382.645
Poblacion femenina	3.195.380	3.449.916	3.612.147
Relación hombres:mujer	93,16	93,57	93,65
Razón niños:mujer	26,58	25,87	25,04
Índice de infancia	23,00	21,14	20,24
Índice de juventud	25,99	25,09	23,74
Índice de vejez	12,35	14,48	16,06
Índice de envejecimiento	53,68	68,48	79,35
Índice demografico de dependencia	45,50	44,74	45,45
Índice de dependencia infantil	33,46	30,60	29,44
Índice de dependencia mayores	12,04	14,15	16,01
Índice de Friz	116,63	104,68	96,04

Fuente: - DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Tabla 20. Otros indicadores de estructura demográfica por subregión. Antioquia 2020

Índice Demográfico	Bajo Cauca	Magdalena Medio	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Uraba	Valle de Aburra
Poblacion total	260.681	107.013	202.261	248.422	212.446	695.596	370.530	525.685	4.055.296
Poblacion Masculina	129.606	54.709	101.991	126.191	107.656	343.633	185.967	257.817	1.920.444
Poblacion femenina	131.075	52.304	100.270	122.231	104.790	351.963	184.563	267.868	2.134.852
Relación hombres.mujer	98,9	104,6	101,7	103,2	102,7	97,6	100,8	98,2	90,0
Razón niños.mujer	44,3	36,1	34,8	32,2	38,1	28,1	28,7	39,6	21,0
Índice de infancia	32,8	25,9	26,7	25,2	26,4	21,8	21,9	31,7	17,9
Índice de juventud	25,4	24,0	25,0	25,1	23,1	24,0	22,5	26,7	25,4
Índice de vejez	9,2	12,6	12,6	12,4	15,2	15,3	17,5	8,5	15,4
Índice de envejecimiento	28,1	48,7	47,3	49,3	57,4	70,3	80,0	26,7	86,0
Índice demográfico de dependencia	63,6	52,6	54,4	50,6	58,8	47,5	51,3	59,3	39,5
Índice de dependencia infantil	53,7	39,5	41,2	38,0	41,9	32,1	33,1	50,5	25,0
Índice de dependencia mayores	9,9	13,1	13,2	12,6	16,9	15,4	18,2	8,9	14,5
Índice de Friz	176,9	125,9	140,3	128,0	141,2	108,4	116,5	165,9	87,4

Fuente: - DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020

1.2.12 Dinámica demográfica

La dinámica poblacional depende de distintos fenómenos demográficos entre los que se encuentran: la natalidad, la mortalidad y las migraciones (internas y entre países). Las combinaciones de estos fenómenos, interdependientes entre sí, supone la velocidad de las modificaciones de la población y dan cuenta de la transición demográfica que en sus inicios pretendió explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos que se produjeron en los países desarrollados y establecieron una relación de causalidad entre población, desarrollo y crecimiento demográfico. Hoy día la transición demográfica evalúa el efecto de cuatro grandes riesgos sociodemográficos: la alta mortalidad, la elevada fecundidad, el acelerado crecimiento demográfico y la estructura etaria joven. Actualmente nuestro país y territorio han pasado por distintas etapas y nuestra dinámica puede decirse que

se ubica en una transición avanzada con natalidad y mortalidad moderadas, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%.

Antes de entrar a la dinámica migratoria es importante mencionar la actualización que realizó el DANE en cuanto a los datos de población que proyectó y reajustó hasta 2023 en el año 2018 y que hasta ahora publica. Dicho reajuste en el número de habitantes nos deja un resultado diferencial negativo de 283.928 personas que de alguna manera alteran las tasas de la dinámica demográfica que hasta ahora se presentaban y que es importante aclarar para dimensionar los cambios futuros. Esto significa que las tasas presentadas podrán ser mayores que en los ASIS de años anteriores por la disminución de la población total. Las subregiones que disminuyeron en población son Urabá, Bajo Cauca, Magdalena Medio, Norte, Valle de Aburra y Suroeste y aumentaron en habitantes Oriente, Nordeste y Occidente.

Tabla 21. Población total por subregiones y municipios Antioquia 2020. Diferencia entre censos 2005 y 2018.

SUBREGION MUNICIPIO	CENSO 2005	CENSO 2018	DIFERENCIA
TOTAL DEPARTAMENTO	6.845.093	6.677.930	↓ -167.163
MAGDALENA MEDIO	124.226	107.013	↓ -17.213
Caracolí	4.460	4.532	↑ 72
Maceo	6.457	8.248	↑ 1.791
Puerto Berrío	51.079	40.713	↓ -10.366
Puerto Nare	19.545	14.440	↓ -5.105
Puerto Triunfo	22.161	18.970	↓ -3.191
Yondó	20.524	20.110	↓ -414
BAJO CAUCA	332.061	260.681	↓ -71.380
Cáceres	43.239	30.356	↓ -12.883
Caucasia	126.161	95.427	↓ -30.734
El Bagre	51.150	53.846	↑ 2.696
Nechí	29.957	27.354	↓ -2.603
Tarazá	48.926	27.995	↓ -20.931
Zaragoza	32.628	25.703	↓ -6.925
URABA	748.112	525.685	↓ -222.427
Apartadó	206.885	127.744	↓ -79.141
Arboletes	45.710	30.510	↓ -15.200
Carepa	63.141	51.143	↓ -11.998
Chigorodó	86.239	59.836	↓ -26.403
Murindó	5.097	5.234	↑ 137
Mutatá	22.992	14.389	↓ -8.603
Necoclí	70.824	44.118	↓ -26.706
San Juan de Urabá	27.659	20.950	↓ -6.709
San Pedro de Urabá	32.564	32.147	↓ -417
Turbo	181.377	130.191	↓ -51.186
Vigía del Fuerte	5.624	9.423	↑ 3.799
NORDESTE	194.607	202.261	↑ 7.654
Amalfi	22.860	27.071	↑ 4.211
Anorí	18.166	19.104	↑ 938
Cisneros	8.735	9.936	↑ 1.201
Remedios	32.793	29.629	↓ -3.164
San Roque	16.076	21.597	↑ 5.521
Santo Domingo	9.808	12.324	↑ 2.516
Segovia	42.716	39.379	↓ -3.337
Vegachí	8.613	12.039	↑ 3.426
Yalí	8.771	7.681	↓ -1.090
Yolombó	26.069	23.501	↓ -2.568

Análisis de Situación de Salud - Antioquia 2020



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



SUBREGION MUNICIPIO	CENSO 2005	CENSO 2018	DIFERENCIA
TOTAL DEPARTAMENTO	6.845.093	6.677.930	↓ -167.163
OCCIDENTE	199.454	212.446	↑ 12.992
Abriaquí	1.870	2.735	↑ 865
Anzá	7.619	7.169	↓ -450
Armenia	3.765	5.074	↑ 1.309
Buriticá	6.403	9.634	↑ 3.231
Caicedo	8.519	8.536	↑ 17
Cañasgordas	16.700	15.552	↓ -1.148
Dabeiba	22.835	23.509	↑ 674
Ebéjico	12.452	12.134	↓ -318
Frontino	15.099	20.700	↑ 5.601
Giraldo	3.937	5.750	↑ 1.813
Heliconia	5.536	5.395	↓ -141
Liborina	9.601	10.090	↑ 489
Olaya	3.411	3.175	↓ -236
Peque	11.591	8.285	↓ -3.306
Sabanalarga	8.191	9.278	↑ 1.087
San Jerónimo	13.057	16.017	↑ 2.960
Santa Fe de Antioquia	25.395	27.002	↑ 1.607
Sopetrán	15.279	15.512	↑ 233
Uramita	8.194	6.899	↓ -1.295
NORTE	270.863	248.422	↓ -22.441
Angostura	10.832	11.536	↑ 704
Belmira	7.041	6.116	↓ -925
Briceño	8.652	8.120	↓ -532
Campamento	8.778	9.243	↑ 465
Carolina	3.428	3.972	↑ 544
Don Matías	24.695	19.709	↓ -4.986
Entreríos	10.696	11.728	↑ 1.032
Gómez Plata	13.567	9.921	↓ -3.646
Guadalupe	6.330	6.665	↑ 335
Ituango	19.222	27.789	↑ 8.567
San Andrés de Cuerquia	5.702	7.281	↑ 1.579
San José de la Montaña	3.511	3.765	↑ 254
San Pedro de los Milagros	28.901	22.885	↓ -6.016
Santa Rosa de Osos	37.864	37.869	↑ 5
Toledo	6.842	5.043	↓ -1.799
Valdivia	25.148	14.102	↓ -11.046
Yarumal	49.654	42.678	↓ -6.976



Análisis de Situación de Salud - Antioquia 2020



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



SUBREGION MUNICIPIO	CENSO 2005	CENSO 2018	DIFERENCIA
TOTAL DEPARTAMENTO	6.845.093	6.677.930	↓ -167.163
ORIENTE	603.246	695.596	↑ 92.350
Abejorral	18.779	20.287	↑ 1.508
Alejandría	3.278	4.698	↑ 1.420
Argelia	8.036	7.545	↓ -491
Cocorná	14.891	14.833	↓ -58
Concepción	3.030	4.758	↑ 1.728
El Carmen de Viboral	49.642	62.581	↑ 12.939
El Peñol	15.629	21.769	↑ 6.140
El Retiro	20.080	24.757	↑ 4.677
El Santuario	27.359	36.605	↑ 9.246
Granada	9.890	9.764	↓ -126
Guarne	52.129	58.159	↑ 6.030
Guatapé	4.993	8.709	↑ 3.716
La Ceja	55.843	68.325	↑ 12.482
La Unión	19.588	22.391	↑ 2.803
Marinilla	57.403	67.893	↑ 10.490
Nariño	18.313	9.947	↓ -8.366
Rionegro	130.108	142.995	↑ 12.887
San Carlos	16.173	15.811	↓ -362
San Francisco	4.825	5.889	↑ 1.064
San Luis	10.908	13.123	↑ 2.215
San Rafael	12.704	15.663	↑ 2.959
San Vicente	16.047	22.469	↑ 6.422
Sonsón	33.598	36.625	↑ 3.027
SUROESTE	377.879	370.530	↓ -7.349
Amagá	30.561	31.283	↑ 722
Andes	47.747	44.199	↓ -3.548
Angelópolis	9.631	5.841	↓ -3.790
Betania	8.758	10.284	↑ 1.526
Betulia	17.815	15.896	↓ -1.919
Caramanta	5.257	4.648	↓ -609
Ciudad Bolívar	26.434	26.313	↓ -121
Concordia	20.158	21.688	↑ 1.530
Fredonia	20.841	24.754	↑ 3.913
Hispania	4.895	5.591	↑ 696
Jardín	13.345	14.830	↑ 1.485
Jericó	11.679	13.706	↑ 2.027
La Pintada	6.289	8.460	↑ 2.171
Montebello	5.589	6.641	↑ 1.052
Pueblorrico	6.438	8.735	↑ 2.297
Salgar	17.249	18.261	↑ 1.012
Santa Bárbara	21.238	27.186	↑ 5.948
Támesis	13.890	16.201	↑ 2.311
Tarso	8.257	6.231	↓ -2.026
Titiribí	14.881	10.719	↓ -4.162
Urrao	47.734	30.876	↓ -16.858
Valparaiso	6.061	6.472	↑ 411
Venecia	13.132	11.715	↓ -1.417



SUBREGION MUNICIPIO	CENSO 2005	CENSO 2018	DIFERENCIA
TOTAL DEPARTAMENTO	6.845.093	6.677.930	-167.163
VALLE DE ABURRA	3.994.645	4.055.296	60.651
Barbosa	53.946	54.347	401
Bello	500.125	552.154	52.029
Caldas	82.227	83.423	1.196
Copacabana	74.406	81.820	7.414
Envigado	249.046	242.197	-6.849
Girardota	60.617	54.439	-6.178
Itagüí	282.792	289.994	7.202
La Estrella	67.259	75.517	8.258
Medellín	2.569.007	2.533.424	-35.583
Sabaneta	55.220	87.981	32.761

Fuente: DANE - Proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (Actualizado el 24 de marzo de 2020)

1.2.12.1 Natalidad

Según el DANE 2018, en Antioquia se presentaron 74.637 nacimientos (11,6 por mil habitantes). Se observa en los últimos años una tendencia en la disminución de la tasa de natalidad en el Departamento.

Durante los últimos años la mujer como cabeza visible de muchos hogares dentro de la región viene teniendo más control sobre su propio derecho de reproducción y toma de decisiones frente a éste. Se debe prestar especial atención a factores sociales, económico y culturales que determinan cambios en las tasas de natalidad como:

- Acceso a los programas de planificación familiar con una mejor cobertura en todas las subregiones del Departamento y el ingreso a éstos a temprana edad tanto para hombres como para mujeres.
- La disponibilidad en cobertura educativa hacia la mujer, lo cual ha permitido que ellas tengan más acceso al mercado

laboral, siendo las líderes en sus hogares, han dejado de un lado las grandes diferencias entre el número de hijos según el grado educativo, condición social y procedencia (urbana o rural). Hoy en los hogares no se piensa en una familia numerosa a diferencia de años anteriores.

- La inclusión en el mercado laboral que muchas veces influye para postergar la edad de tener hijos en las familias, además de la construcción de un proyecto de vida en la población joven, lo que incide en el aplazamiento de la maternidad – paternidad o la decisión de no tener hijos.

La natalidad está asociada con la fecundidad dada la relación existente entre el número de nacimientos y la cantidad de hijos por mujer. Se estima que durante el período 2015 a 2020 en Antioquia, la edad media de gestación fue de 28 años, la tasa general de fecundidad fue de aproximadamente 63 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 49 años, y el promedio de hijos por mujer fue de dos.

El comportamiento de la tasa de fecundidad en mujeres menores de 19 años mostró una



tendencia a la disminución, ocasionada principalmente por el comportamiento obtenido en el grupo de 15 a 19 años que han sido objeto de múltiples campañas de prevención del embarazo adolescente y promoción de la planificación familiar. Llama la atención que, si bien ha disminuido en los últimos 10 años, la tasa de fecundidad en las

adolescentes de 10 a 14 años continúa siendo elevada (2,93). Si bien en este grupo no deberían ocurrir gestaciones, se presentan en la mayoría de las veces por efectos de la violencia contra las niñas y adolescentes, confirmando que el fenómeno no ha tenido los suficientes controles a pesar de las políticas y programas implementados.

Tabla 22. Tasa de fecundidad en adolescentes, Antioquia 2005 – 2018.

Grupo Edad	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
10 a 14	3,8	3,9	4,0	4,0	4,0	3,6	3,8	3,9	3,7	3,7	3,5	3,2	3,4	2,9
15 a 19	81,8	83,3	82,2	81,0	75,6	67,7	67,4	69,6	65,4	64,8	60,8	58,9	58,0	54,2

Fuente: DANE Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

A nivel de zonas geográficas la tasa de fecundidad global en el Departamento tiene una incidencia mayor en las áreas rurales que

las urbanas, pero en ambos ámbitos la tendencia es a la disminución de hijos por mujer.

Figura 40. Tasa global de fecundidad por área, Antioquia 2005 -2023



Fuente: DANE. Estimaciones años 2005-2017; Proyecciones años 2018-2023. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

1.2.12.2 Mortalidad

La información sobre mortalidad es básica para el conocimiento de las condiciones de salud, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad, y resulta especialmente útil para formular políticas y adoptar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia. Conocer esta información permite establecer medidas preventivas para los grupos poblacionales que más las necesitan y de esta forma, optimizar la distribución de los recursos disponibles, con las consiguientes mejoras en la atención de la salud.

Según el Departamento Administrativo de Planeación (DAP) las tasas de mortalidad estimadas en Antioquia en quinquenios entre 1985 y 2020 han experimentado una

disminución gradual pasando de una tasa bruta de mortalidad de 7,10 por mil habitantes en el período 1985-1990 a 5,95 en el período 2015-2020, indicador similar al nacional para el mismo período, producto de las oportunidades para acceder a programas de promoción y prevención, coberturas de servicios de salud, entre otros.

Las cifras señalan además que las tasas son diferenciales por género mostrando una sobremortalidad masculina por cada cien defunciones de mujeres. Las razones son variadas y serán profundizadas al analizar la mortalidad diferencial, pero pueden en su mayoría entenderse por patrones culturales, estilos de vida, exposiciones laborales, violencia, entre otras. Este fenómeno también es diferencial por ciclos de vida, como lo veremos más adelante

Tabla 23. Tasas de mortalidad estimadas en Colombia y Antioquia Quinquenios entre 1985 y 2020

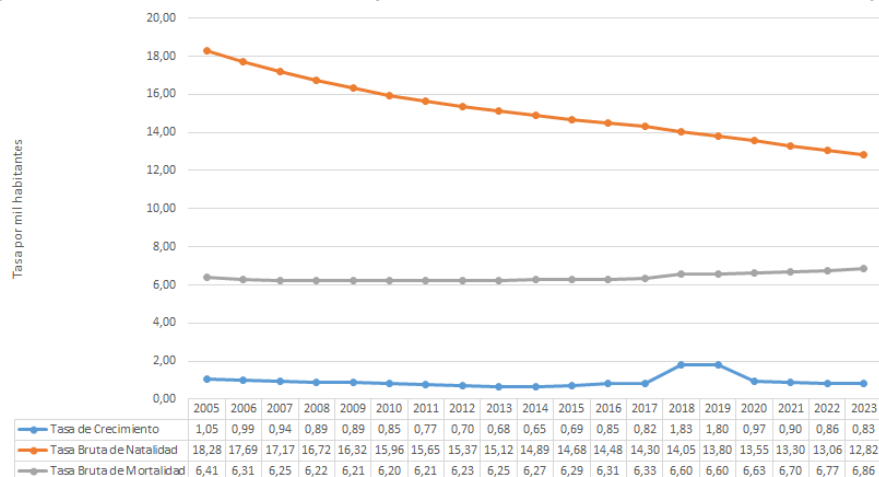
Periodos	Tasa Bruta	Sobremortalidad	Tasa Bruta	Sobremortalidad
	Mortalidad	Masculina	Mortalidad	Masculina
	Colombia (* 1.000)	Colombia	Antioquia (* 1.000)	Antioquia
1985 - 1990	6,77	1,23768	7,10	1,47130
1990 - 1995	6,56	1,29356	7,58	1,30867
1995 - 2000	6,21	1,37102	7,14	1,36818
2000 - 2005	5,95	1,41899	6,42	1,37367
2005 - 2010	5,81	1,48492	6,06	1,38037
2010 - 2015	5,80	1,52932	5,89	1,38869
2015 - 2020	5,95	1,56351	5,95	1,40032

Fuente: DANE Censos de 1985-2020.

Al comparar y visualizar las tasas de crecimiento natural, natalidad y mortalidad, y teniendo en cuenta la actualización que realizó el DANE en cuanto a los datos de población que proyectó y reajustó hasta 2023 en el año 2018 y que hasta ahora publica, los cambios en las tasas de los indicadores de la dinámica

demográfica que antes se presentaban pueden llamar la atención frente a las cifras. Sin embargo, en la generalidad los indicadores muestran un comportamiento descendente en los últimos 15 años producto de la transición demográfica que se vive en Antioquia.

Figura 41. Comparación entre la tasa de crecimiento y las tasas brutas de natalidad, mortalidad. Antioquia 2005 – 2023.



Fuente: DANE. Fecha de consulta 10 de diciembre 2020.

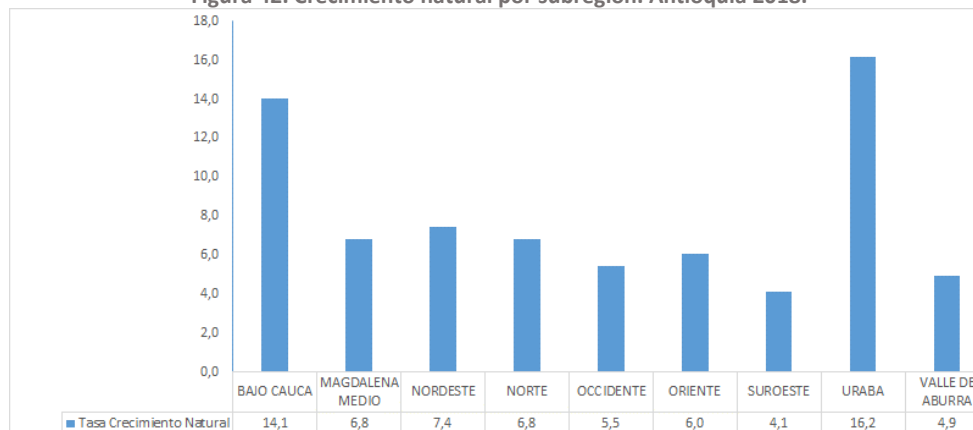
Nota: Estimaciones años 2005-2017; Proyecciones años 2018-2023

Tabla 24. Tasa bruta de mortalidad, tasa bruta de natalidad y tasas de fecundidad por subregión. Antioquia 2018

SUBREGION	Tasa Bruta Mortalidad	Tasa Bruta Natalidad	Tasa Global Fecundidad	Tasa General Fecundidad (15-49)	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54
					Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres
TOTAL DEPARTAMENTO	5,5	11,6	1,5	45,8	3,4	57,7	81,0	68,0	51,2	28,8	8,1	0,6	0,1
MAGDALENA MEDIO	5,3	12,1	1,6	50,3	3,9	79,0	98,4	70,9	41,5	21,9	10,2	1,0	0,0
BAJO CAUCA	4,8	19,6	2,4	78,2	9,6	111,5	137,6	104,7	67,2	33,7	9,9	0,8	0,0
URABA	4,9	20,5	2,5	82,6	7,8	118,3	143,8	112,3	72,7	38,6	14,3	0,8	0,0
NORDESTE	4,8	12,3	1,7	54,7	5,3	79,2	100,3	73,5	47,0	28,8	10,1	0,7	0,0
OCCIDENTE	4,8	10,2	1,4	44,2	3,6	63,4	78,7	58,9	45,1	26,3	8,0	0,9	0,0
NORTE	5,6	11,7	1,5	47,7	3,0	63,3	85,6	67,6	48,3	28,8	9,1	0,6	0,0
ORIENTE	4,3	10,8	1,5	44,8	2,0	47,8	83,3	72,0	52,2	31,1	7,3	0,8	0,1
SUROESTE	5,4	9,8	1,4	41,4	3,4	64,5	80,3	58,9	39,1	22,4	6,3	1,1	0,2
VALLE DE ABURRA	5,2	10,3	1,3	39,4	2,0	41,6	67,8	60,9	49,3	27,8	7,4	0,5	0,1

Fuente: DANE Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

Figura 42. Crecimiento natural por subregión. Antioquia 2018.



Fuente: DANE Fecha de actualización 30 de junio de 2020.



El comportamiento de los indicadores demográficos ha sido de interés histórico, es por lo que a lo largo del tiempo encontramos múltiples estudios encaminados a conocer la dinámica de estos y los factores que influyen en sus resultados, lo anterior, como mecanismo para identificar aquellas causas que afectan negativamente la población y la mejor forma de intervenirlos.

Antioquia, como se explicó anteriormente, es un departamento con gran riqueza y heterogeneidad a nivel geomorfológico, cultural y poblacional, lo que implica que cada subregión presenta un comportamiento diferente en sus condiciones y estilos de vida, por tanto, se debe analizar de forma individualizada, para entender las diferentes necesidades de intervención y las estrategias, programas y proyectos por subregión según sus características únicas y la forma de llegar a sus habitantes, respetando su cultura y su idiosincrasia.

Es así como el Departamento cuenta dentro de su territorio con subregiones donde su población es mucho más joven frente a otras, condición que se considera que pueda incidir en las altas tasas de fecundidad y natalidad, situación que se refleja en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca.

En cuanto a la tasa bruta de mortalidad se destaca la subregión de Urabá que presenta la menor tasa 4.3 muertes por cada 1.000 habitantes; mientras que las subregiones del Suroeste y Bajo Cauca presentan las mayores tasas brutas de mortalidad para el departamento de Antioquia.

Lo anterior permite comprender de cierta manera, que las subregiones de Urabá y Bajo Cauca presentan una mayor tasa de crecimiento natural.

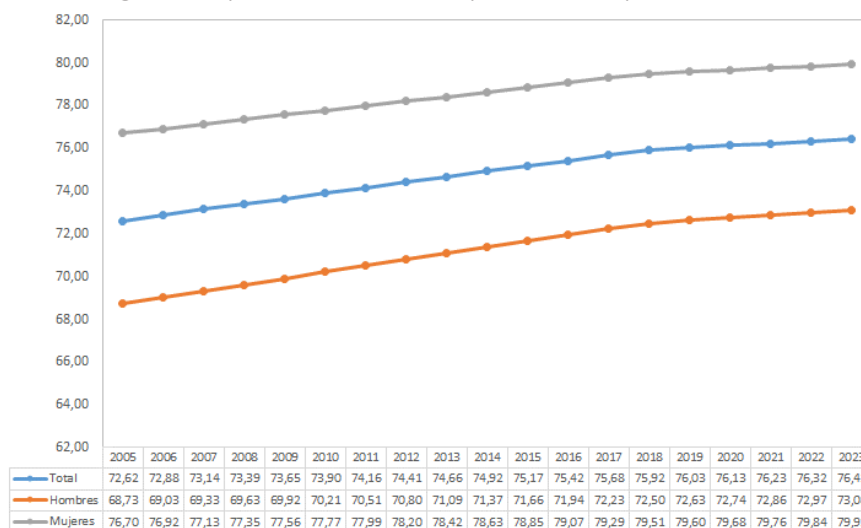
Es importante mencionar que para el departamento de Antioquia se realiza el análisis de la fecundidad tomando como numerador una aproximación de las gestaciones, éste es calculado como la sumatoria de los nacidos vivos más las muertes fetales; lo anterior debido a que el Departamento ha considerado relevante conocer el resultado de la gestación independiente de su desenlace.

1.2.12.3 Esperanza de Vida al Nacer

La esperanza de vida es la expresión del desarrollo socioeconómico del país y del desarrollo integral del sistema de salud, 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. (Banco Mundial, 2013)

Desde el censo de 2005 las cifras vienen mostrando un aumento progresivo de la esperanza de vida de la población en el Departamento; para ese entonces cuando nacía un antioqueño, se esperaba que viviera 72 años, hoy día, se espera que viva 76 años. Sin embargo, la esperanza de vida ha mantenido diferencias por género, específicamente para el caso de las mujeres, donde su expectativa es de 6 años más (79 años).

Figura 43. Esperanza de vida al nacer por sexo. Antioquia 2005-2023



Fuente: DANE. Fecha de actualización 30 de junio de 2020.

1.2.12.4 Migraciones

Las migraciones ocurren en dos sentidos: como emigración o salida de un país a otro, entre regiones o lugares y como inmigración o entrada a un país, región o lugar de personas procedentes de otros lugares. Los individuos y las poblaciones buscan permanentemente elevar su bienestar y crecimiento ya sea a nivel urbano o rural. Aspectos como la pobreza, el desempleo, la violencia generalizada, las violaciones masivas de los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores, puedan alterar drásticamente el orden público, y se convierten en razones que impulsan a la migración humana generalmente del campo hacia los grandes centros urbanos que son los más importantes receptores de migrantes.

De acuerdo con los datos suministrados por Migración Colombia con corte a diciembre de

calidad de vida y es por esta razón que las personas migran a territorios en donde las oportunidades de mejorar sean más amplias y con mejores proyecciones.

Los espacios de asentamiento que carecen de oportunidades o por lo menos son escasas, conducen al abandono de los territorios y a la disminución de la población o al freno de su

2019 descritos en el Plan Territorial de Salud, en el departamento de Antioquia se tienen 149.535 inmigrantes con estatus regular e irregular. Por subregiones es el Valle de Aburrá quien cuenta con el mayor porcentaje de inmigrantes 82% seguido por el Oriente antioqueño con el 9%, Urabá 3% y el 6% restante está distribuido en menores proporciones en las otras subregiones del Departamento. Por género, la migración se da en un 54% en hombres y el resto en mujeres.

1.2.12.5 Dinámica migratoria.



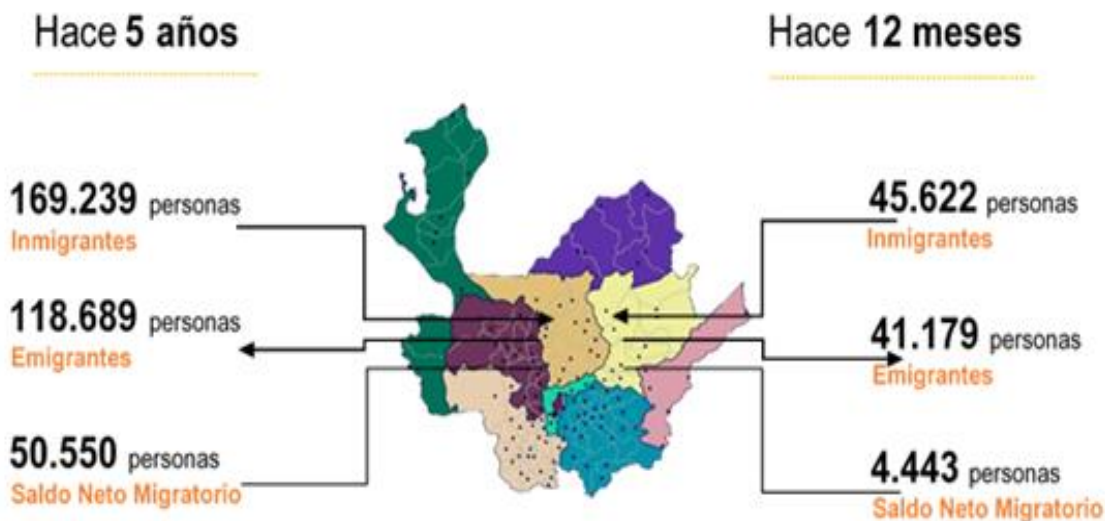
Colombia ha sido un país receptor de inmigrantes, y fueron diferentes las zonas en que se asentaron alemanes, italianos, españoles, árabes y judíos, que influyeron en sectores específicos de la economía regional y ejercieron influencia importante sobre las economías asociadas con el café, el tabaco, el transporte y el sistema bancario en las diferentes regiones y dentro de estas el departamento de Antioquia.

Un aspecto importante en la migración es conocer si el territorio tiene un comportamiento expulsor o receptor de población, para esto es necesario conocer el

saldo migratorio a través de la inmigración y emigración. El resultado final corresponde a la diferencia entre las tasas de inmigración y emigración. Cuando el saldo migratorio es positivo, la población aumenta y hay más inmigrantes que emigrantes; cuando el saldo es negativo, la población disminuye y hay más emigrantes que inmigrantes.

Según el censo 2018, Antioquia tiene un saldo neto migratorio positivo lo que indica que hay más inmigrantes en el Departamento convirtiéndose en territorio receptor de población en los últimos 5 años.

Mapa 8. Migración interna entre Antioquia y otros departamentos del país Censo 2018

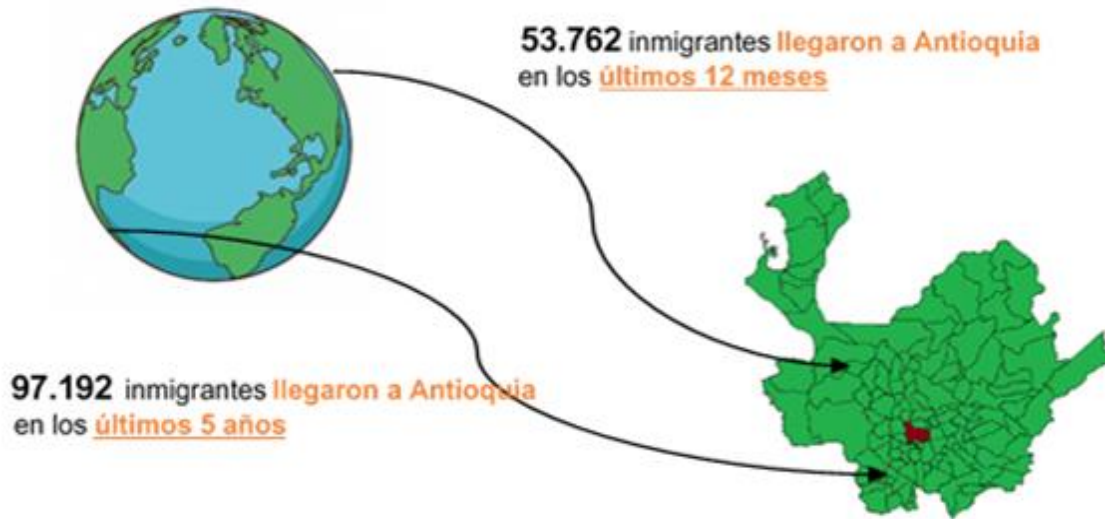


Fuente: Revista Antioquia en Datos Planeación Departamental 2019.

Dada la situación coyuntural sobre la llegada de venezolanos al país, las cifras de migración del censo 2018 hacen un énfasis especial en la inmigración de dicha población. En Antioquia tenemos que en los últimos 5 años han llegado al territorio un total de 97.192 extranjeros de los cuales el 78,5% son venezolanos (76.292

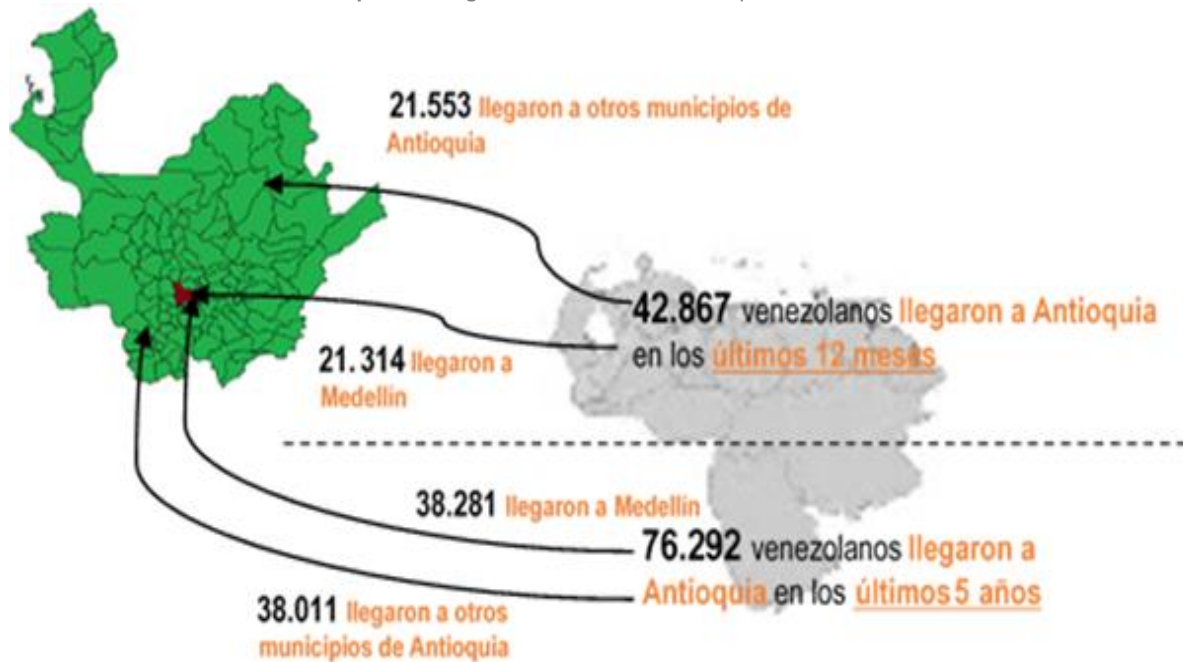
personas) y el 21,5% provienen de otros países. Sin embargo, el auge de recepción de población venezolana se ha dado en el último año donde se establecieron 42.867 venezolanos, la mitad de estos en la ciudad de Medellín y el restante en los demás municipios del Departamento.

Mapa 9. Inmigración Internacional a Antioquia Censo 2018



Fuente: Revista Antioquia en Datos. Planeación departamental 2019

Mapa 10. Inmigración Venezolana a Antioquia Censo 2018



Fuente: Revista Antioquia en Dato. Planeación departamental 2019

Para agosto de 2020 según Migración Colombia, el total de migrantes venezolanos que habían expedido el Permiso Especial de Permanencia (PEP) en Antioquia llegaban a 91.318 de los cuales continuaba vigente su permiso en 81.982 venezolanos (90%) siendo esta población la que puede acceder a la oferta institucional en materia de salud, educación, trabajo y atención de niños, niñas y adolescentes en los niveles nacional, departamental y municipal, quedando autorizado para ejercer cualquier actividad u ocupación legal en el país, a través de una vinculación o de contrato laboral. Quienes no gozan de tener el PEP no gozan de dichos beneficios y se suman al grupo de ciudadanos

vulnerables, con grandes dificultades para sobrevivir de una manera digna.

Por subregiones, el Valle de Aburrá concentra el mayor número de venezolanos 86% particularmente en el municipio de Medellín con cerca del 78%. Le sigue la subregión del Oriente antioqueño con el 8% donde su principal asentamiento es el municipio de Rionegro con un 34% y la subregión de Urabá con el 2% donde Apartadó concentra la mayor proporción 48% de migrantes venezolanos.

La relación detallada de este proceso por municipios se relaciona a continuación:

Análisis de Situación de Salud - Antioquia 2020

Tabla 25. Población migrante venezolana identificada con permiso especial de permanencia según migración Colombia, encuestada en Sisbén, reportada en los listados censales y afiliada al SGSSS en el departamento de Antioquia, por subregión, municipio y régimen.

COD	MUNICIPIO	MIGRACIÓN COLOMBIA ⁽¹⁾					SISBEN-DNP AGOSTO 2020 ⁽²⁾			LISTADO CENSAL REPORTADO A SISPRO ⁽³⁾			AGOSTO 2020 ⁽⁴⁾		Cobertura de afiliación al SGSSS de población migrante venezolana ⁽⁵⁾
		Total Población Venezolana que han solicitado PEP	PEP vigente o renovado	PEP cancelado/ naci- o	PEP provisi- on/for- mato para el trabajo	PEP con mas de 2 años de expedio o no renovado	Total	Nivel 1	Nivel 2	Puntaje Mayor	Migrante Venezolano con PEP	Colombiano retornado de venezuela	Afiliados al Regimen Subsidiado migrantes venezolanos con PEP	Afiliados al Regimen Contributivo migrantes venezolanos con PEP	
TOTAL DEPARTAMENTO		91.318	81.982	277	127	8932	33158	14303	3371	15484	3628	1667	15341	29146	54.26435071
TOTAL MAGDALENA MEDIO		416	396	2	0	18	241	175	16	50	49	4	96	48	36
142	CARACOLI	8	7	0	0	1	3	0	1	2	6	0	6	0	86
425	MACEO	4	4	0	0	0	9	9	0	0	3	1	6	1	175
579	PUERTO BERRIO	289	277	2	0	10	189	142	15	32	0	0	57	37	34
585	PUERTO NARE	3	2	0	0	1	2	0	0	2	0	0	1	1	100
591	PUERTO TRIUNFO	98	94	0	0	4	36	23	0	13	35	0	21	9	32
893	YONDO	14	12	0	0	2	2	1	0	1	5	3	5	0	42
TOTAL BAJO CAUCA		595	555	0	0	40	324	219	36	69	305	0	255	21	49.72972973
120	CACERES	20	19	0	0	1	3	0	2	1	0	0	1	0	5
154	CAUCASIA	509	481	0	0	28	295	198	29	68	304	0	232	21	53
250	EL BAGRE	51	47	0	0	4	24	21	3	0	1	0	21	0	45
495	NECHI	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
790	TARAZA	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
895	ZARAGOZA	11	5	0	0	6	2	0	2	0	0	0	1	0	20
TOTAL URABA		1943	1836	2	2	103	907	603	117	187	517	0	667	357	55.77342048
45	APARTADO	946	886	1	2	57	490	295	58	137	502	0	314	242	63
51	ARBOLETES	111	106	0	0	5	47	25	16	6	0	0	46	2	45
147	CAREPA	249	239	0	0	10	126	99	14	13	0	0	99	43	59
172	CHIGORODO	215	202	0	0	13	164	134	14	16	0	0	118	27	72
475	MURINDO	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
480	MUTATA	14	13	0	0	1	8	5	1	2	0	0	3	5	62
490	NECOCLI	38	32	1	0	5	9	9	0	0	15	0	23	1	75
659	SAN JUAN DE URABA	61	57	0	0	4	24	21	3	0	0	0	18	1	33
665	SAN PEDRO DE URABA	0	0	0	0	0	4	2	2	0	0	0	2	1	-
803	TURBO	303	295	0	0	8	34	12	9	13	0	0	43	35	26
873	VIGIA DEL FUERTE	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	-
TOTAL NORDESTE		295	264	2	1	28	181	113	28	40	30	3	116	48	62.12121212
31	AMALFI	17	14	0	0	3	1	1	0	0	0	0	6	4	71
40	ANORI	11	10	0	0	1	7	1	4	2	2	0	3	0	30
190	CISNEROS	9	6	0	0	3	8	3	2	3	0	0	2	3	83
604	REMEDIOS	15	12	0	0	3	30	22	6	2	6	0	11	3	117
670	SAN ROQUE	29	28	0	0	1	22	11	0	11	22	0	18	2	71
890	SANTO DOMINGO	97	92	1	0	4	4	4	0	0	0	0	2	2	4
736	SEGOVIA	55	45	0	1	9	53	35	11	7	0	0	28	25	118
858	VEGACHI	28	23	1	0	4	25	19	5	1	0	0	14	4	78
885	YALI	8	8	0	0	0	5	2	0	3	0	0	7	1	100
890	YOLOMBO	26	26	0	0	0	26	15	0	11	0	3	25	4	112
TOTAL OCCIDENTE		1429	1291	0	2	217	544	270	64	210	53	48	381	232	51.84079933
4	ABRIAQUI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
42	SANTAFE DE ANTIOQUIA	590	403	0	0	187	32	20	5	7	0	0	60	25	21
44	ANZA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	100
59	ARMENIA	28	28	0	0	0	2	1	0	1	3	0	3	2	18
113	BURITICA	2	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	1	300
125	CAICEDO	141	132	0	0	9	5	2	1	2	0	0	4	1	4
138	CAÑASGORDAS	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	2	-
234	DABEIBA	19	16	0	0	3	9	7	0	2	0	0	8	1	56
240	EBEJICO	2	2	0	0	0	12	12	0	0	0	0	8	4	600
284	FRONTINO	4	4	0	0	0	3	1	0	2	1	15	7	0	175
306	GIRALDO	15	14	0	0	1	3	1	0	2	0	0	1	1	14
347	HELICONIA	5	5	0	0	0	4	0	4	0	0	0	7	0	140
411	LIBORINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	-
501	OLAYA	10	9	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	11
543	PEQUE	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	-
628	SABANALARGA	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	-
656	SAN JERONIMO	514	500	0	1	13	353	156	28	169	48	33	195	134	86
761	SOPETRAN	88	84	0	1	3	114	67	25	22	0	0	77	80	163
842	URAMITA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	100

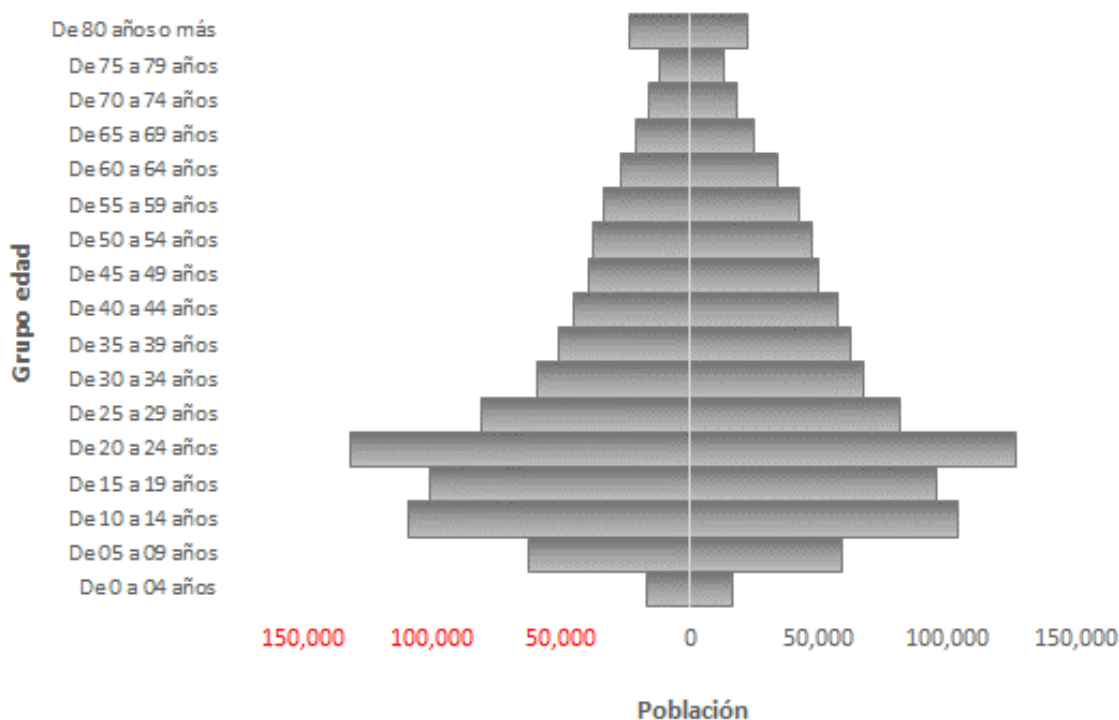


1.2.12.6 Movilidad forzada

Todas las formas de migración nos muestran un panorama de conexión con un contexto mundial de movilidad humana en el que las guerras internas juegan un papel vital con la cuales desde la perspectiva de las personas se experimenta miedo, desarraigo, deslocalización y trashumancia, sin dejar atrás los grupos sociales, la lucha no solo para salvar la vida sino para integrarse y ser reconocidos en esas nuevas sociedades, ya sea en otro país, región u otra ciudad e incluso otro barrio de la misma localidad.

De acuerdo con la información disponible en el Registro Único de Víctimas, al 10 de junio de 2020 en Antioquia se tenían identificadas un total de 1'631.830 personas víctimas de desplazamiento forzado, en su mayoría mujeres (51%). Por grupo de edad los que más desplazamiento forzado sufrieron fueron los menores de 24 años en ambos géneros, lo que conlleva a los gobernantes de territorios receptores a desarrollar programas y proyectos enfocados a mejorar las condiciones escolares, incentivar el acceso a instituciones de educación superior, entre otras, que preparen a los jóvenes a enfrentar el mundo laboral.

Figura 44. Estructura piramidal de la población víctima. Antioquia, 2018.



Fuente: RUV – SISPRO – MINSALUD – Fecha de corte 10 de junio de 2020



En el territorio antioqueño por desplazamiento forzado, el principal receptor de víctimas fue la subregión del Valle de Aburrá con cerca del 36% de la población censada como víctima, seguida por Urabá con 26% y Oriente con 13% como territorios donde se concentra gran

parte de las empresas generadoras de empleo, instituciones educativas, entre otras como posibles razones para que la mayoría de la población migre hacia estos centros de desarrollo del Departamento.

Tabla 26. Población víctima según subregión de residencia. Antioquia, 2019.

Subregión	Total Población		Población Desplazada	
	Número de habitantes	%	Número de Desplazados	%
Bajo Cauca	260.681	3,9	114.937	7,0
Magdalena Medio	107.013	1,6	23.055	1,4
Nordeste	202.261	3,0	50.048	3,1
Norte	248.422	3,7	60.656	3,7
Occidente	212.446	3,2	80.595	4,9
Oriente	695.596	10,4	213.095	13,1
Suroeste	370.530	5,5	75.432	4,6
Urabá	525.685	7,9	427.592	26,2
Valle de Aburrá	4.055.296	60,7	586.420	35,9
Total departamento	6.677.930	100	1.631.830	100

Fuente: RUV - SISPRO - MINSALUD Fecha de corte: 10 junio 202

1.3 Conclusiones Generales al contexto territorial y demográfico

Antioquia es un departamento con una ubicación estratégica dentro de Colombia que abastece la economía nacional y el mercado internacional, constituyéndose en un territorio pujante para impulsar estrategias de desarrollo por su amplia diversidad geográfica, hidrológica, multicultural, económica, y de innovación, entre otras, permitiéndole construir progresos regionales sólidos para el bienestar de sus pobladores. Sin embargo, los avances son desiguales entre subregiones y en ellas las áreas urbanas y rurales, siendo estas últimas las menos favorecidas, lo que indica la necesidad de dirigir proyectos innovadores de emprendimiento rural que fortalezcan estas zonas.

Sobre la infraestructura vial y de transporte, el Departamento ha venido obteniendo avances importantes con las construcciones de las vías de Cuarta Generación o 4G, conocidas como las Autopistas para la Prosperidad y en general con la red vial del Departamento y la construcción del puerto de Urabá que no sólo generará un gran dinamismo económico - social, sino que favorecerá el desarrollo de varias zonas del Departamento, aumentando la competitividad por medio de una reducción de costos y distancias para el transporte de bienes y personas a nivel departamental, nacional e internacional. No obstante, el atraso en la infraestructura de vías secundarias y terciarias ha sido uno de los principales obstáculos para el desarrollo económico departamental, dado que complica la integración regional y frena la

competitividad, especialmente del campo. Adicionalmente, aumenta el costo del transporte de los productos a los principales centros de consumo, y afecta la prestación de servicios básicos como educación, salud, seguridad y el desarrollo de algunos sectores económicos como el turismo. Este aspecto es de relevancia para los gobiernos y avanzar en la construcción y mejoramiento de vías y rutas veredales hacia los centros poblados para disminuir tiempos y pérdidas de bienes y productos.

El factor climático en Antioquia como en otras partes del mundo, le ocasiona fuertes impactos sociales, ambientales, ecológicos y económicos. Las alteraciones del clima tienen efectos negativos sobre la agricultura, la producción agropecuaria, la generación de energía eléctrica, el transporte fluvial, y ocasionan desastres naturales, con las consecuentes pérdidas de vidas humanas y de infraestructura, entre otras, por lo que se debe tratar de mitigar el impacto de estos desastres con planes de gestión de riesgos funcionales y acordes a los territorios.

Las minorías étnicas en el Departamento como afrodescendientes, raizales, indígenas, palenqueros y gitanos tienen determinantes diferenciales y sus expectativas de calidad de vida, sus recursos y sus opciones de acceso al bienestar y la salud son limitados convirtiéndolos en una población vulnerable para las diferentes formas de violencia y de otros hechos victimizantes. La creación hoy día de organismos gubernamentales para el goce de sus derechos, son hechos que se vienen materializando para disminuir las brechas existentes en dichas poblaciones y conocer más de ellas.



La población migrante en Antioquia va en aumento convirtiéndose el territorio en un asentamiento receptor de población en los últimos 5 años, lo que representa un reto para el Departamento en términos de planeación, eficiencia y oportunidad de las estrategias creadas por los gobiernos locales para su población nativa, dado que la vulnerabilidad de estas personas y la ilegalidad de muchos, aumenta los asentamientos en las periferias lo cual viene, generalmente, acompañado de problemáticas sociales aumentando el fenómeno de informalidad y el subempleo que tienen a su vez un impacto negativo en la cobertura de aseguramiento.

Antioquia concentra un grupo de población en edad económicamente activa importante, por la que deberá seguir fortaleciendo e impulsando programas educativos a nivel técnico, tecnológico y superior que suplan las necesidades del talento que se requiere según la oferta laboral, así como promover

proyectos de generación de empleo, apuntando a solucionar problemas reales de competitividad, productividad y disminución de la pobreza en el Departamento.

Antioquia avanza en el proceso de transición demográfica y como resultado, la estructura de la población por edad se envejece, hay disminución en la natalidad y la fecundidad, y un aumento en la esperanza de vida por lo que, deberán planearse, estrategias que garanticen y soporten una adecuada calidad de vida de las personas adultas. Antioquia tiene una proporción importante de habitantes en edad económicamente activa (15 a 64 años) con cerca del 68% del total de personas; esta fuerza laboral deberá aprovecharse procurando aumentar la generación de empleo, acceso a la educación lo que impacta de manera positiva en las condiciones de vida y estado de salud de la población antioqueña.

CAPÍTULO II

Abordaje de los **efectos de salud** y sus determinantes



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

2.1 Análisis de la mortalidad

En el mundo, de acuerdo a las estadísticas sanitarias mundiales 2019 de la Organización Mundial de la Salud - OMS, para el año 2019, las enfermedades no transmisibles aportaron 7 de las 10 primeras causas de muerte, evidenciando un aumento con relación al año 2000, en el que solo eran cuatro de las 10 primeras causas, lo que sugiere, la priorización de políticas tendientes a la prevención y tratamiento de estas enfermedades.

El 71% de las muertes en el mundo son debido a las Enfermedades no Transmisibles, ENT, responsables de 41 millones de fallecimientos anuales, de los cuales 15 millones corresponden a personas entre los 30 y 69 años, y de éstos el 85% se presenta en los países de ingresos bajos. La región de las Américas aporta 2.2 millones de estas muertes.

En el mundo cuatro grupos de enfermedades aportan el 80% de las muertes, 17.9 millones mueren debido a las enfermedades cardiovasculares, 9 millones por cáncer, 33.9 millones por enfermedades respiratorias y 1.6 millones por diabetes, la cual ha tenido un incremento del 70%, sin embargo, en los hombres el aumento ha sido del 80%. El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.

Se evidencia que las enfermedades transmisibles, han presentado un descenso,

no obstante, representan aún un desafío para los países pobres; siendo la neumonía y otras afecciones respiratorias las que más aportaron a la mortalidad. En general en este grupo de causas es notoria la reducción; por ejemplo, se evidencia que patologías como el VIH/SIDA, ha pasado de ser la octava causa de muerte a la 19, debido a las estrategias implementadas para la prevención y la mejora en el acceso al diagnóstico y tratamiento en una gran parte de países, situación similar ocurre con la tuberculosis, en la cual se destaca que actualmente no se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte.

Es importante resaltar que los descensos de las causas de enfermedades transmisibles no son tan evidentes en los países pobres, donde aún siguen cobrando un gran número de vidas, ocupando 6 puestos entre las 10 primeras causas; dentro de éstas se destacan: la malaria (sexta causa), tuberculosis (octava) y VIH/sida (novena).

Las cardiopatías, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer de pulmón y la neumopatía obstructiva crónica provocaron en conjunto 100 millones más de años de vida saludable perdidos en 2019, en comparación con 2000. Los traumatismos son otra importante causa de discapacidad y muerte: se ha registrado un aumento considerable de los traumatismos debidos al tránsito en la Región de África desde 2000, con un aumento de casi el 50 % en el número de muertes y en los años de vida saludable perdidos.



Aumentos similares, pero ligeramente inferiores (alrededor del 40%) se observaron también en la Región del Mediterráneo Oriental. A nivel mundial, las muertes debidas a traumatismos causados por el tránsito corresponden en un 75% de los casos a hombres.

En las Américas, la mortalidad atribuible al consumo de drogas casi se ha triplicado y se ha convertido en un factor determinante en la discapacidad, por lo que este consumo ha sido factor principal en la pérdida de años de vida saludables debido a las muertes y la discapacidad, en las otras regiones este factor no se evidencia en las primeras 25.

En Colombia, la principal causa de muerte corresponde a enfermedades cardiovasculares, seguida por enfermedades tumorales, pulmonares y por traumas, en los hombres; se observa que las enfermedades cardiovasculares a partir de los 50 años explican más del 20% de la tasa bruta de mortalidad; los traumas, causan más del 80% de los fallecimientos de personas entre los 15 y 25 años; y las enfermedades tumorales explican más del 20% de la mortalidad a partir de los 50 años. En las mujeres la mortalidad relacionada según la edad es: las cardiovasculares a partir de los 50 años, aporta un 23%; a partir de los 30, son los tumores con un 25%, y las enfermedades endocrinas, nutricionales y los traumas en mujeres jóvenes, pero en menor proporción que en los hombres.

En el 2018 se reportaron 277.177 muertes, 5.923 más que el año anterior. Por lo tanto, cada día, pierden la vida en Colombia 759 personas, por sexo los hombres aportaron

107.019, en tanto las mujeres, 84.846. La tasa de mortalidad está en aumento presentándose 5,56 por cada mil habitantes.

¿Cómo ha cambiado la mortalidad en Antioquia?

El análisis de la mortalidad por grandes causas, se realizó para el periodo 2005 - 2018 con estimación y ajuste por sexo, éste se hizo con base en el listado 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud.

En Antioquia en el periodo evaluado el número de muertes por año, presenta una tendencia al aumento, pasando de 27.305 en 2005 a 33.451 en 2018. Los hombres aportan el 55% con 3.520 más fallecidos que las mujeres con el 45%. Según el área de residencia habitual, el 81,6% de las muertes corresponden a personas ubicadas en la zona urbana con una reducción de 4% con relación al año anterior, mientras que el 18,3% residían en el área rural, cifra que evidencia aumento de fallecidos en ésta.

Al realizar el análisis por subregiones del Departamento, se observa que el mayor número de casos de mortalidad general se presenta en el Valle de Aburrá durante la mayoría de los años del período observado, sin embargo, para 2018 la tasa más alta la presenta la subregión de Suroeste (5,6 por cada mil habitantes); la subregión con menor tasa de mortalidad es Urabá, no obstante, presentó un aumento pasando de 2.9 a 4.3 por cada mil habitantes. La mortalidad por etnia está representada en 2,7% afrocolombianos, 0,29% por indígenas y en su gran mayoría (97.28%) no se reconocían en ninguna de las clasificaciones de esta variable.

Si bien hay pocas variaciones llama la atención el aumento de fallecimientos en la zona rural y el aumento de la tasa en la región de Urabá.

2.1.1 Mortalidad general por grandes causas

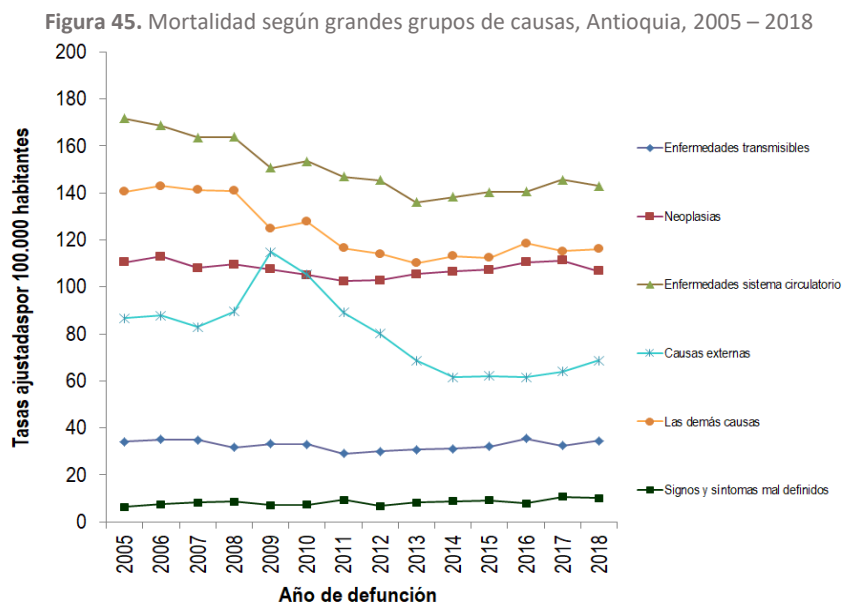
El perfil de mortalidad por grandes causas, evidencia el riesgo de morir por causas originadas en la exposición a factores de riesgo, en el comportamiento de los individuos y sus hábitos y estilos de vida, pero más aún, a la convivencia social y los efectos del conflicto armado, tan acentuado en el Departamento, sin dejar a un lado las causas relacionadas a los determinantes sociales de la salud que persisten en Antioquia.

Las primeras causas de mortalidad en el Departamento desde el año 2005 hasta el año 2018, corresponden al grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, aportando 9.909 fallecimientos; siendo las enfermedades isquémicas del corazón las que proporcionaron el mayor número de estas muertes (4.922); la subregión del Valle de Aburrá es la que concentra estas defunciones, situación similar a lo reportado para Colombia y el mundo donde las patologías cardiovasculares son la primera causa de muerte.

El grupo de las demás causas, entre las que se incluye la diabetes y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, ocupan el segundo lugar, con 7.981 fallecimientos, siendo la subregión del Valle de Aburrá la que más muertes aporta.

El tercer lugar en la mortalidad, lo ocupan las neoplasias o tumores, con 7.472 fallecidos, de éstos, el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago, es el que más muertes presenta. Al igual que ocurre en las dos primeras causas de fallecimiento, la mortalidad por neoplasias o tumores se concentra en el Valle de Aburrá, donde se ubica la mayor cantidad de habitantes del Departamento.

Las causas externas se ubican en cuarto lugar, éstas evidencian un ligero aumento para el Departamento, siendo las agresiones (homicidios), las que aportan el mayor número de fallecimientos. Se destaca la subregión del Bajo Cauca en la cual sus habitantes presentan el 65% más riesgo de morir por este evento que los del resto del Departamento. Las subregiones del Valle de Aburrá y Oriente presentan menor riesgo de morir por causas externas, con tasas de 52,3 y 59,8 respectivamente.



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

2.1.2 Tasas de mortalidad por sexo

Al analizar la mortalidad por sexo, se presenta para el año 2018 un mayor número de fallecimientos en hombres (3.520 más fallecidos para el sexo masculino); para éstos se identifica como primera causa de mortalidad, las enfermedades del sistema circulatorio, evidenciándose un incremento para el año 2018 en comparación con 2017.

En segundo lugar, se ubica el grupo de las demás causas, con una tasa de 127.7 muertes por cien mil hombres. Las causas externas, si bien ocuparon el primer lugar entre el 2008 y 2011, alcanzando un máximo de 209 defunciones por 100.000 hombres en el año 2009, presentan una disminución en los años siguientes. Para el último año analizado ocupa el tercer lugar, con 122.5 muertes por 100.000 hombres, superado por las neoplasias con 123.2 muertes por 100.000 hombres,

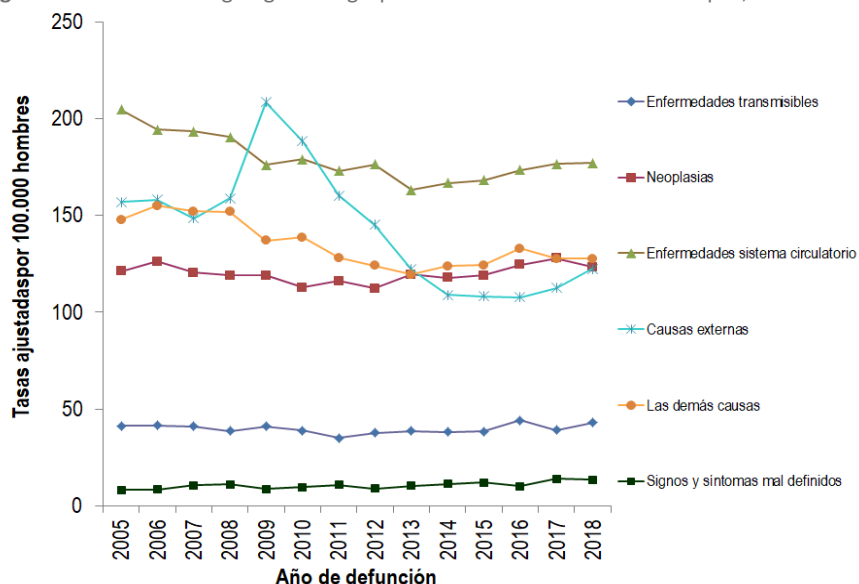
evidenciando poca diferencia en las muertes por estos tres grupos.

Con relación a las mujeres, las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar y presentan una clara disminución desde el año 2005 hasta el 2016, presentándose un leve aumento en el año 2017. Para el año 2018, nuevamente presentan un descenso.

Al igual que en los hombres, el grupo de las demás causas, ocupan un segundo lugar. Las neoplasias presentan una leve disminución para el último año, ocupando el tercer lugar en fallecimientos.

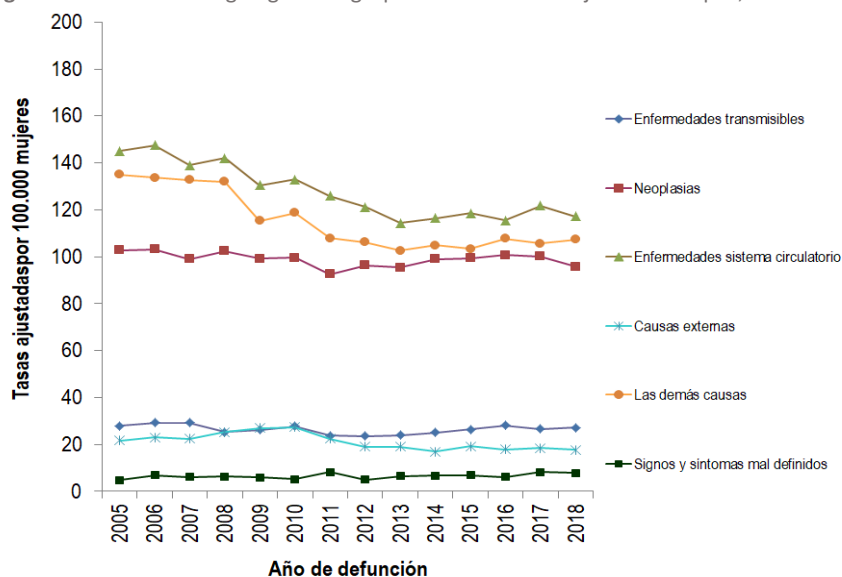
Resulta visible que los efectos de la violencia generalizada en el país se han extendido también a las mujeres. Es lamentable que se sostenga en los últimos 4 años con diferencias no significativas en las tasas de mortalidad por este grupo de causas.

Figura 46. Mortalidad según grandes grupos de causas en hombres. Antioquia, 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Figura 47. Mortalidad según grandes grupos de causas en mujeres. Antioquia, 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

2.1.3 Años de vida potencialmente perdidos

Al analizar los años de vida potencialmente perdidos AVPP, por las causas agrupadas en la lista 6/67 de la OPS, identificando las AVPP

como indicador de mortalidad prematura, se observa que el 30% (203.613) de dicha

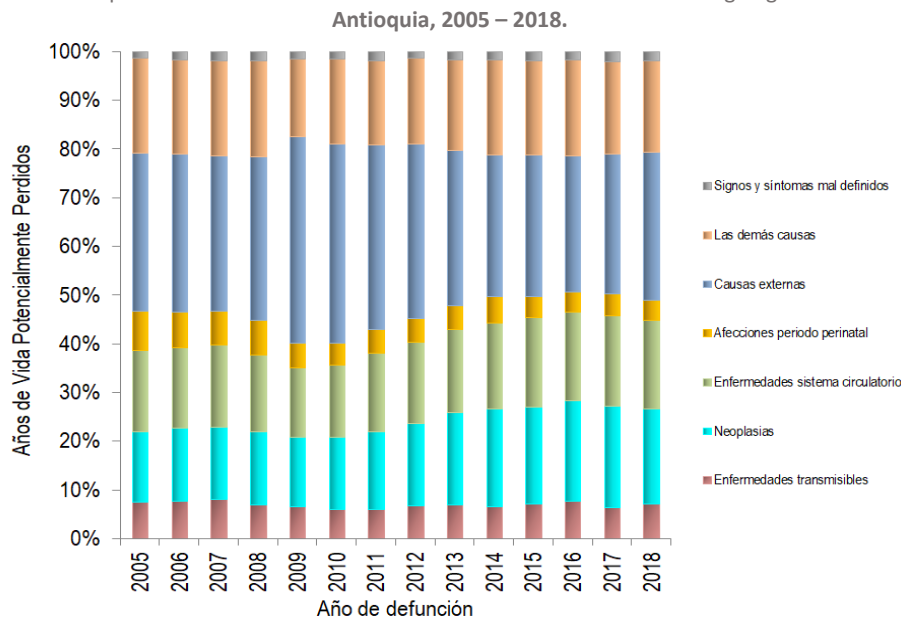


mortalidad en el año 2018, es atribuido a causas externas.

Es preocupante que continúen las causas externas contribuyendo a este indicador debido a que son causas en parte prevenibles

y que además afectan la edad en la etapa económicamente productiva, afligiendo no solo a la familia, sino a la sociedad en general, alterando el desarrollo económico y social del territorio.

Figura 48. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP según grandes causas lista 6/67.



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

2.1.4 Años de vida potencialmente perdidos por sexo

Los hombres aportan el 62% de todos los AVPP, equivalentes a 414.718 años perdidos durante el año 2018, lo que significa que ellos tienen más riesgo de morir prematuramente que las mujeres quienes aportan 253.615 AVPP. El mayor número de AVPP en los hombres está dado por las causas externas, registrando en el año 2018 177.751 AVPP.

Si bien las enfermedades transmisibles son las que menos aportan en los AVPP, se observa como su comportamiento ha sido estable,

oscilando entre 24.765 y 30.998 a través del período 2005 a 2018, lo que significa que hay que fortalecer las acciones para reducir este riesgo. La segunda causa con mayor aporte de AVPP son las enfermedades del sistema circulatorio.

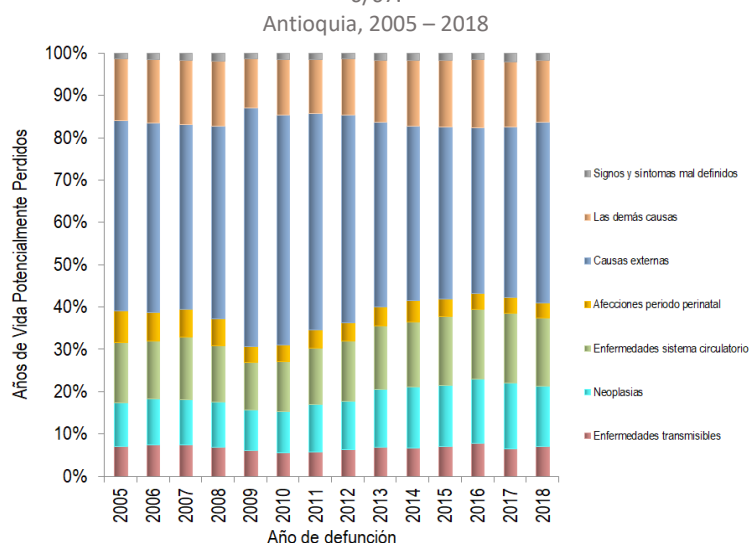
En las mujeres las neoplasias aportan el 28% que corresponde al mayor número de AVPP para el año 2018 para este género, lo que evidencia la necesidad de implementar políticas y estrategias de accesibilidad a diagnósticos y tratamientos oportunos que



permitan realmente reducir este riesgo en las mujeres. En segundo lugar, se encuentra la

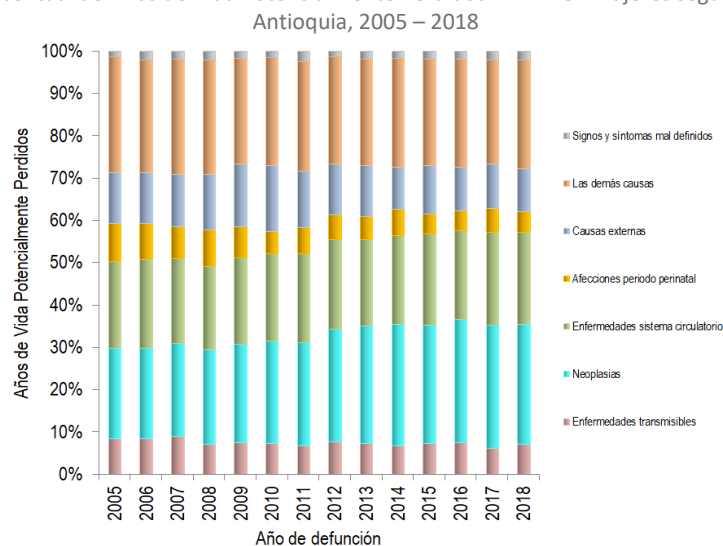
mortalidad conformado por el grupo de las demás causas.

Figura 49. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres según grandes causas lista 6/67.



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Figura 50. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en mujeres según grandes causas lista 6/67.



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Las tasas de AVPP en los últimos 14 años en Antioquia, dan cuenta que las causas externas aportan el mayor riesgo de muertes prematuras, generando entre 2666,1 a 5270,9

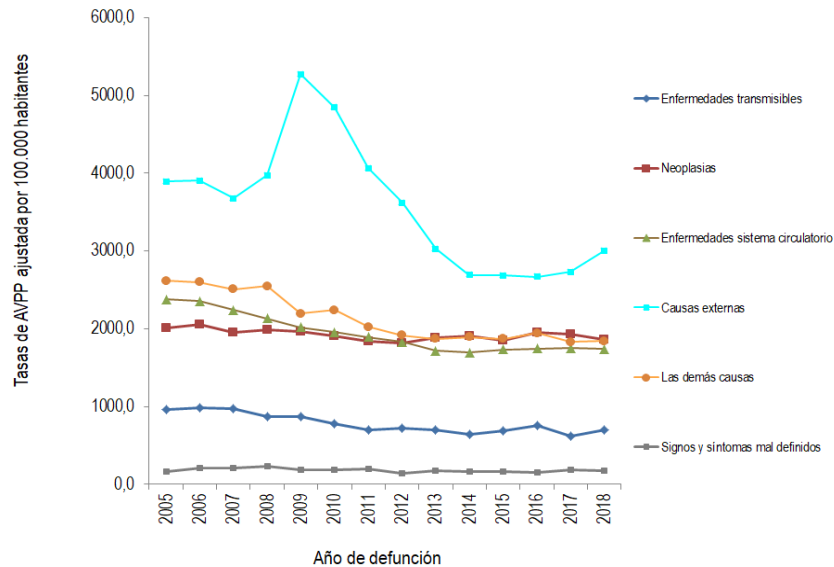
años perdidos por cien mil habitantes; evidenciando un mayor resultado en el indicador en los años 2009 y 2010, ya documentados donde se aumentaron el



número de masacres. Para el año 2018 hay un aumento con relación al 2017 en la pérdida de

AVPP por causas externas.

Figura 51. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2018

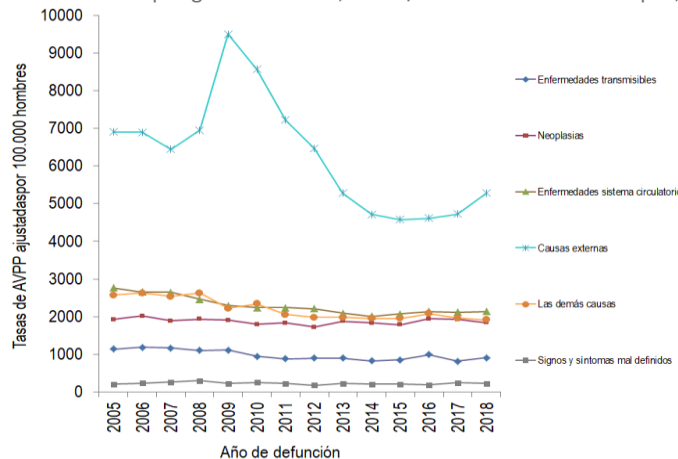


Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Las tasas de AVPP en los hombres, evidencian claramente como las causas externas son las que aportan el mayor número de años perdidos en este grupo, y si bien habían presentado un descenso en los últimos años, para el 2018 se evidencia un aumento, casi

triplicando las tasas de AVPP de las enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias, y las demás causas, que presentan una tendencia a traslaparse en un segundo lugar.

Figura 52. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en hombres. Antioquia, 2005-2018



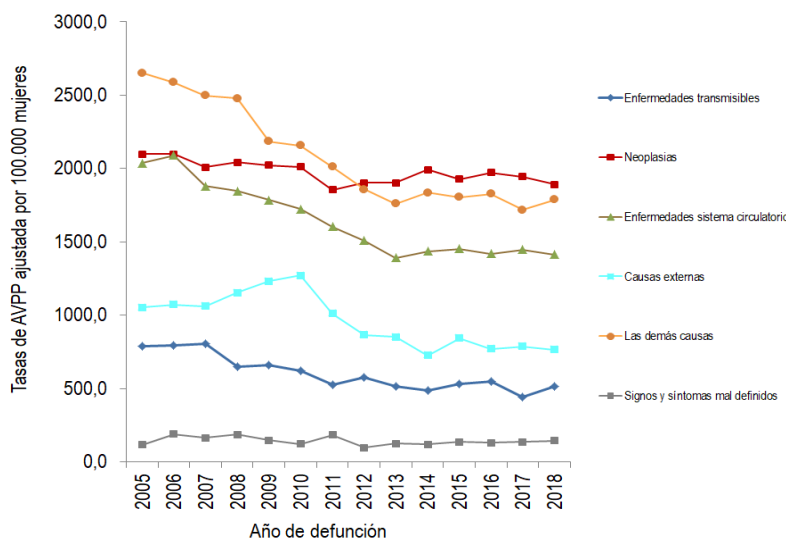
Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020



En las mujeres las tasas más altas de AVPP, las presenta las neoplasias con tendencia a reducción en el último año, a diferencia de los hombres las causas externas se ubican en

un cuarto lugar. Las tasas de AVPP de las demás causas igual que lo hombres se ubican en un segundo lugar.

Figura 53. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en mujeres. Antioquia, 2005-2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Hasta este punto se ha podido observar el impacto que las enfermedades crónicas no trasmisibles tienen en la mortalidad de la población antioqueña, no solo en número de muertes sino en años de vida potencialmente perdidos, al respecto cabe recordar el informe de la Comisión Independiente de alto nivel de la Organización Mundial de la Salud del años 2019 sobre enfermedades no transmisibles, en el cual se estipula que *“muchas personas morirán prematuramente por cuatro enfermedades no transmisibles, a saber enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Esas cuatro enfermedades se pueden prevenir, en gran medida, con políticas públicas que controlen los cuatro principales factores de riesgo: consumo de tabaco,*

consumo nocivo de alcohol, dietas malsanas y sedentarismo”; esta afirmación debe ser tenida en cuenta por los gobiernos de cara a la lucha contra estos padecimientos, cuyo impacto en el Departamento queda claramente establecido.

2.1.5 Mortalidad específica por subgrupo

2.1.5.1 Tasas ajustadas por la edad.

2.1.5.1.1. Enfermedades transmisibles

Al momento de describir el comportamiento de las enfermedades transmisibles, ya han pasado 10 meses de la pandemia por el coronavirus e indudablemente son este grupo de causas que se van a ver reflejadas en los



indicadores tanto de mortalidad como de morbilidad, por lo que es necesario dedicarle un acápite específico en el presente documento, debido que en esta parte del ASIS se hace referencia a la mortalidad del año 2018.

Las enfermedades transmisibles evidencian como las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud afectan los resultados; entendido no solo como acceso a una consulta sino a un diagnóstico y tratamientos oportunos, sumado a las inequidades, entre otros factores; son los determinantes de la mortalidad por estas causas, que en los últimos años presentan una tendencia al aumento. Con los efectos ocasionados por la pandemia, se espera que en el tiempo los indicadores de mortalidad se incrementen debido a la falta de acceso a los servicios de salud.

En Antioquia, si bien las enfermedades transmisibles han ocupado en los últimos años el quinto lugar en mortalidad, para el año 2020 se espera que cambie esta posición debido a que las infecciones respiratorias agudas presenten un aumento en el peso en este grupo a causa del SARS-CoV-2/COVID 19 mientras que para el año 2018 se reporta una tasa de 34.4 muertes por cien mil habitantes.

Para el año 2018, la infección respiratoria aguda es la primera causa de muerte en este grupo tanto para hombres como para mujeres, con una tasa de 23.7 muertes por 100.000 hombres y 18.4 muertes por 100.000 mujeres.

La enfermedad por VIH/SIDA aún sigue en una posición importante como causa de muerte en

los hombres, ubicándose en el segundo lugar, a diferencia de las mujeres, en la que ocupa el tercer lugar. Para las infecciones intestinales, si bien se dispone de diagnóstico y tratamiento; la adherencia al tratamiento en los hombres no es favorable debido a aspectos sociales y culturales.

La septicemia excepto neonatal, es aún frecuente entre las causas de mortalidad; ocupa un cuarto puesto en hombres y un segundo en mujeres, situación que podría explicarse por el peso que tiene la sepsis en el embarazo.

La tuberculosis, como causa de muerte, independiente de su posición, se encuentra asociada a las condiciones, no solo de acceso a un diagnóstico y tratamiento disponible, sino a condiciones sociales de hacinamiento, pobreza e inequidades, así mismo, guarda relación con otras condiciones de salud como son el VIH/SIDA y la fármaco-resistencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 4.500 personas mueren cada día debido a la tuberculosis, para el año 2019 la OMS informa que 10 millones de personas, fueron diagnosticadas de tuberculosis (TB) y recibieron tratamiento para la enfermedad, sin embargo, se estima que tres millones de personas todavía no lo recibe y 1.5 millones fallecieron a causa de tuberculosis.

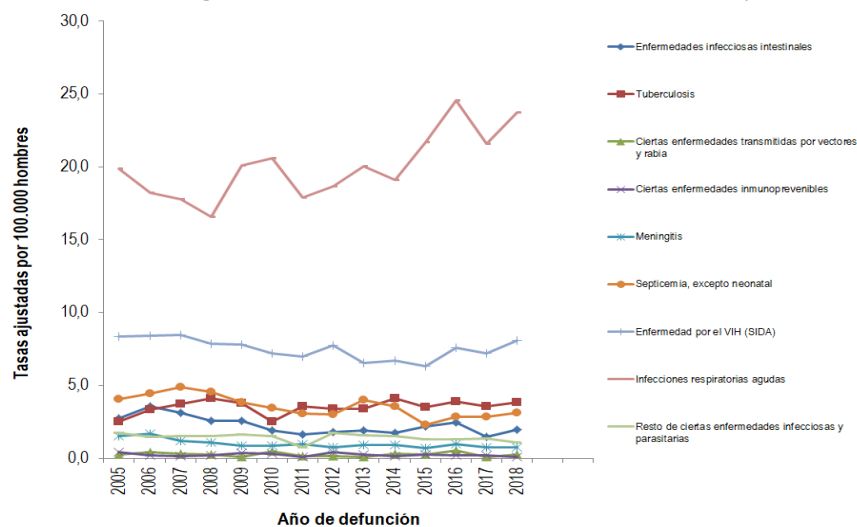
En el mundo la tuberculosis está entre las primeras causas de muerte, siendo la principal causa de fallecimiento en las personas infectadas por el VIH/SIDA, murieron cerca de 251.000 niños con tuberculosis asociada a VIH. La tuberculosis multirresistente, hace más difícil el abordaje de esta enfermedad, convirtiéndose en un reto para la salud

pública. Se calculan 484.000 nuevos casos con resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera elección más eficaz), de los cuales se estima que un 78% presenten tuberculosis multirresistente. Para Antioquia el total de fallecimientos por tuberculosis fue de 163 para el año 2018.

Al analizar por subregiones, se puede evidenciar que en el Valle de Aburrá fallecieron 131 personas por tuberculosis, en la subregión de Oriente se presentaron 8 casos. A pesar de disponer de un diagnóstico y

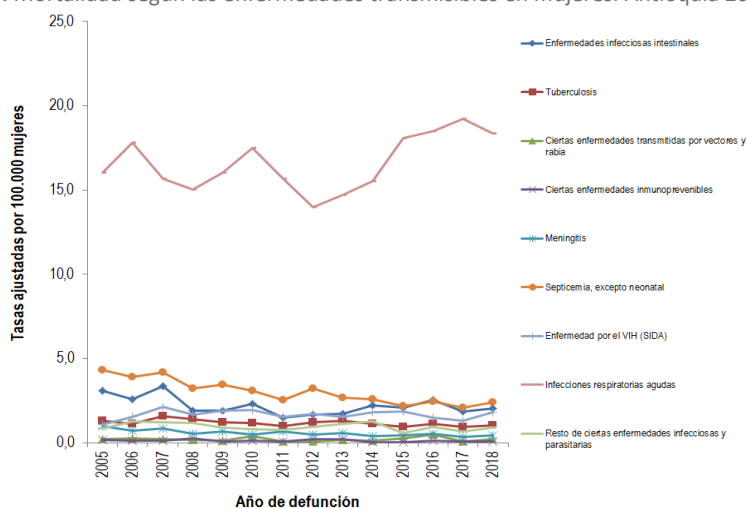
tratamiento, el acceso a los servicios y la adherencia a éstos, pueden verse afectados por causas asociadas a los determinantes sociales y culturales. 334 personas murieron por VIH-SIDA, la mayoría en el Valle de Aburrá, seguida de Urabá con 34 fallecidos por esta causa, es de resaltar que del total de personas fallecidas por enfermedades infecciosas el 6.4% corresponde a Urabá, donde se combinan todos los determinantes sociales incluidos los relacionados a los grupos étnicos más vulnerables.

Figura 54. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en hombres. Antioquia, 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Figura 55. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en mujeres. Antioquia 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

2.1.5.1.2. Neoplasias:

En los últimos 6 años el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon ha presentado las tasas más altas y sostenidas de las neoplasias, se reporta para el año 2018 una tasa de 19.2 muertes por 100.000 habitantes. El tumor maligno de tráquea, los bronquios y pulmones, presentan un descenso en estos últimos años, al cierre del período se registra una tasa de 16.2 muertes por 100.000 habitantes. Los tumores relacionados al sexo como son próstata y mama presentan un descenso en el último año, pueda deberse a oportunidad en el diagnóstico y tratamiento en ambos. La Organización Mundial de la Salud refiere que: “La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo, debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales”, Colombia no es la excepción, frente a este panorama se hace indispensable establecer estrategias de detección temprana y articuladas a los

servicios de salud, con el fin de garantizar una atención médica oportuna y pertinente de cara a aumentar la sobrevivida.

Es importante desagregar el comportamiento de este tipo de cáncer por zona rural y urbana, debido al acceso a los diagnósticos y tratamientos que genera una inequidad en contra de las mujeres que habitan los municipios más alejados, en la zona rural, afectadas por barreras económicas, geográficas y culturales, para las cuales no operan de una manera oportuna los programas de detección temprana y frente a las cuales se hace necesario fortalecer tanto el recurso humano como tecnológico de municipios de referente subregional.

El tumor de cuello uterino presenta una tendencia al descenso desde el 2005, evidenciando que la citología a tiempo ha impactado en este tipo de cáncer y además que probablemente tienda a reducirse aún

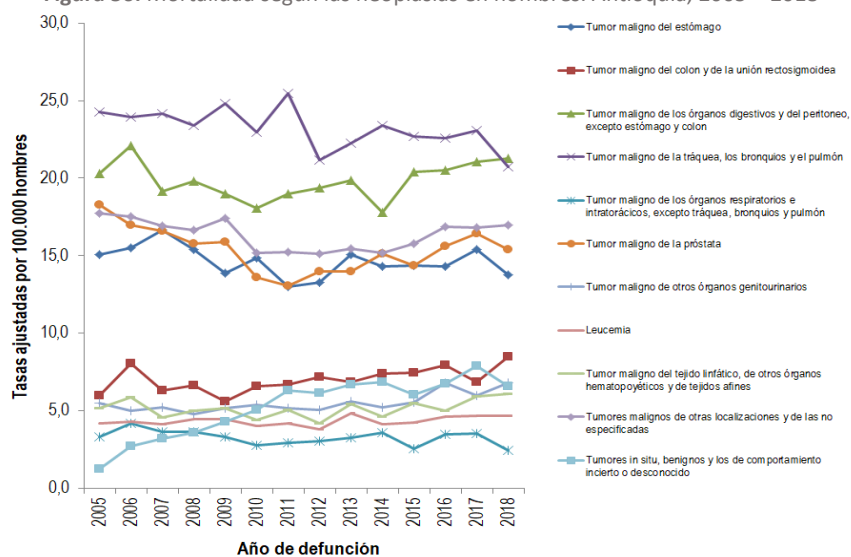
más si todas las nuevas generaciones se les aplica la vacuna del Papiloma Virus Humano (PVH), las muertes por cáncer de cuello uterino para el 2018 son 149, para el hombre el tumor de próstata causa la pérdida de 434 número de vidas.

Por subregiones, después de Valle de Aburrá, Urabá presenta el mayor número de casos de

muertes por cáncer de próstata 41 y cuello uterino 25.

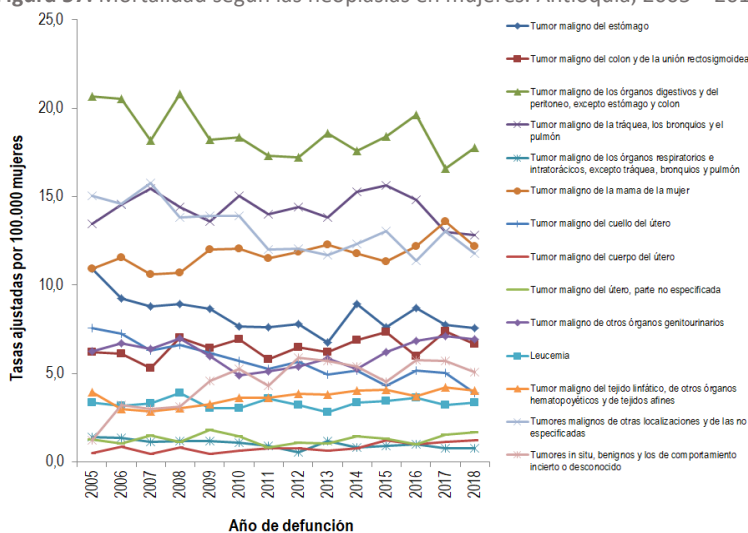
Las leucemias cobran más vidas en las subregiones de Urabá y Oriente con 19 casos cada uno, situación que puede encontrarse relacionada con el uso de agroquímicos y tóxicos empleados para la producción de los alimentos en zonas de grandes cultivos.

Figura 56. Mortalidad según las neoplasias en hombres. Antioquia, 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Figura 57. Mortalidad según las neoplasias en mujeres. Antioquia, 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020



2.1.5.1.3. Enfermedades del sistema circulatorio.

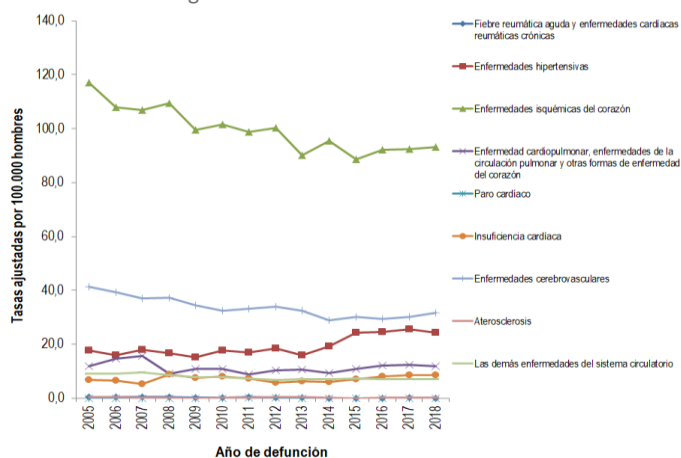
Como se describió anteriormente en Antioquia, las enfermedades del sistema circulatorio son el grupo de causas de fallecimiento que ocupa el primer lugar, este comportamiento es consistente con lo que pasa en Colombia y en muchos países y se debe primordialmente a los estilos de vida, que han incrementado las afecciones cardiacas que llevan a esta alta mortalidad; el tabaquismo, la edad, el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, las dislipidemias, alto nivel de estrés, la diabetes. Los hombres tienen más riesgo de tener una patología cardiovascular que las mujeres; los expertos atribuyen esto a que las hormonas femeninas ejercen un efecto protector. De hecho, con la menopausia se produce un aumento del índice de las enfermedades de corazón en la mujer. En los últimos años, los especialistas han observado que existe cierta concentración de patologías cardiovasculares en algunas familias, por lo que se considera

que podría existir un indicio de causa genética.

El riesgo de morir en el Departamento por enfermedad cardiovascular esta dado en primer lugar por las enfermedades isquémicas del corazón, con tasas que oscilan en el período 2005 -2018, entre 69.4 y 91.4 por 100.000 habitantes, para el año 2018 la tasa fue de 70.8 por 100.000 habitantes, seguido de las enfermedades cerebrovasculares con tasas que oscilan entre 27.4 y 38.7 por 100.000 habitantes, para el mismo período analizado. Las enfermedades hipertensivas presentan una tendencia intermitente al aumento en los últimos años, las tasas oscilan desde 13.1 hasta 21.8 muertes por 100.000 habitantes, estas tres primeras causas son comunes para ambos sexos.

Por subregiones, en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, el Suroeste presenta la mayor tasa, con 180,1 seguido de Oriente con 174,8 muertes por 100.000 habitantes, lo cual es coherente con lo observado en el índice de vejez para estas subregiones.

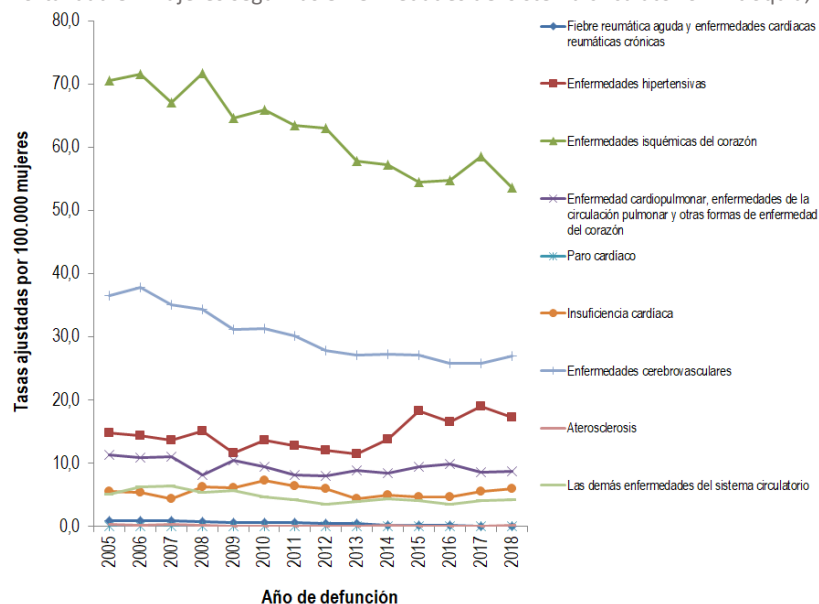
Figura 58. Mortalidad en hombres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020



Figura 59. Mortalidad en mujeres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia, 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

2.1.5.1.4. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal

Con relación a este grupo de causas, se evidencia que las subcausas de trastornos respiratorios específicos del período perinatal, alcanzan alrededor del 39% del total de muertes presentadas en este grupo, pasando de 327 en 2005 a 128 muertes en el año 2018, en general puede decirse que existe una tendencia a la disminución en los últimos años analizados, reducción que puede deberse a las estrategias de vacunación contra tosferina e influenza de las embarazadas, que se fortaleció a partir del año 2013 en el Departamento. El segundo porcentaje de muertes (26%) lo aportan el resto de las afecciones del período perinatal, entre 83 y 168 muertes. El tercer grupo de muertes está dado por la sepsis bacteriana del recién nacido, que oscila entre 39 y 91 muertes con tendencia a la disminución, las muertes

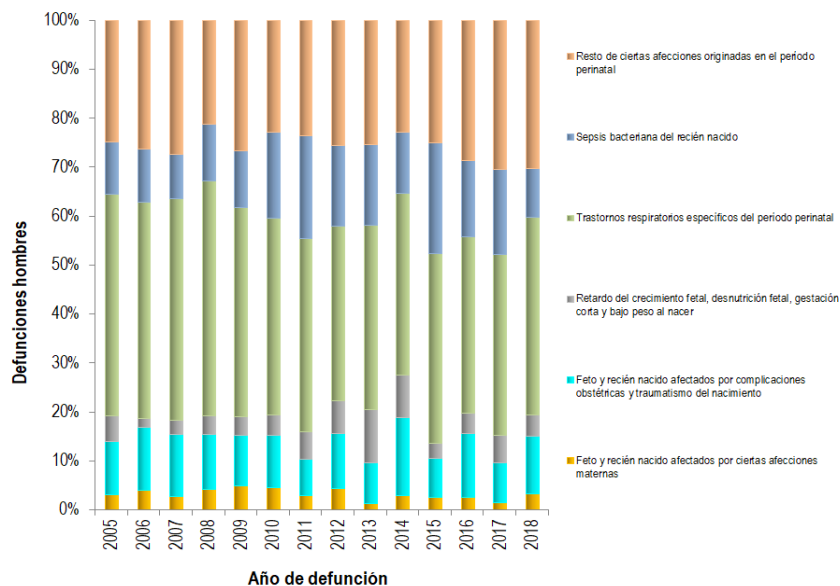
relacionadas con el feto y recién nacido afectado por las complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, ocupan un cuarto lugar en la mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal, que van desde 29 y 79 muertes con tendencia a la reducción, las muertes asociadas al retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer evidencian una reducción de más del 50% de estas muertes en el período analizado. En general podría decirse que la tendencia a la reducción de las muertes originadas en el período perinatal pueda deberse a diferentes estrategias como son, la mejora en la calidad de los servicios prestados durante el embarazo, el parto y el puerperio, el fortalecimiento de estrategias como tamizajes y a la mejora en la utilización de las guías de práctica clínica en la atención a la embarazada

y el recién nacido.

Por sexo del recién nacido no se observan

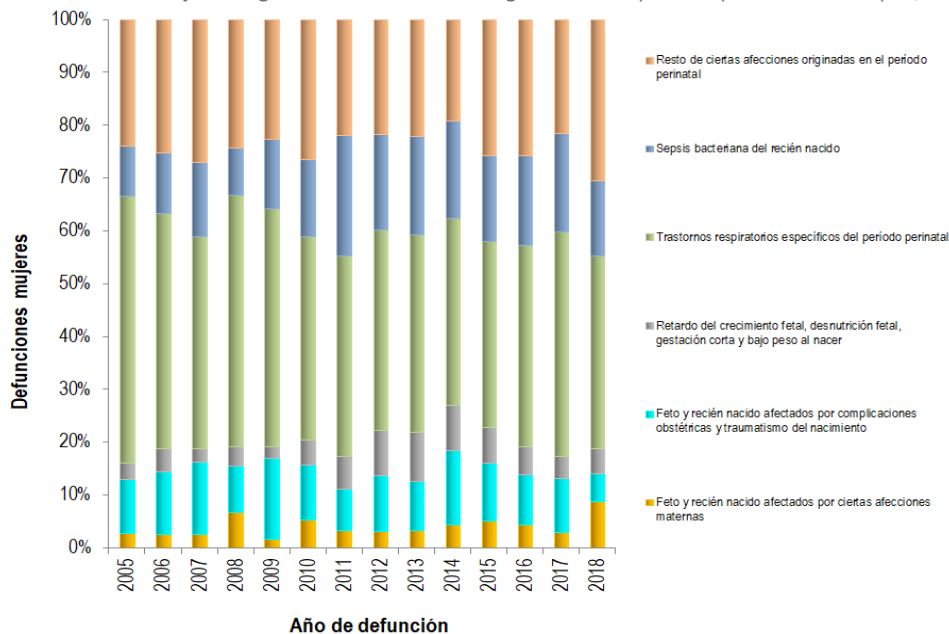
diferencias en cuanto al orden de las causas de muertes en el período perinatal.

Figura 60. Defunciones en hombres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Figura 61. Mortalidad en mujeres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2018



- Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

2.1.5.1.5. Causas externas

El grupo de las causas externas aporta a la mortalidad un riesgo alto tanto para hombres como para mujeres, situación que se exagera en los años 2009 – 2010. Al desagregar en cada subgrupo, es evidente que las agresiones (homicidios), se posicionan como la causa que origina el mayor riesgo de muerte, dentro de este grupo, en la población general, durante los 14 años evaluados, con tasas que van de 26.2 a 75.9 muertes por 100.000 habitantes, si bien ha presentado un descenso drástico, se evidencia aumento en los últimos años.

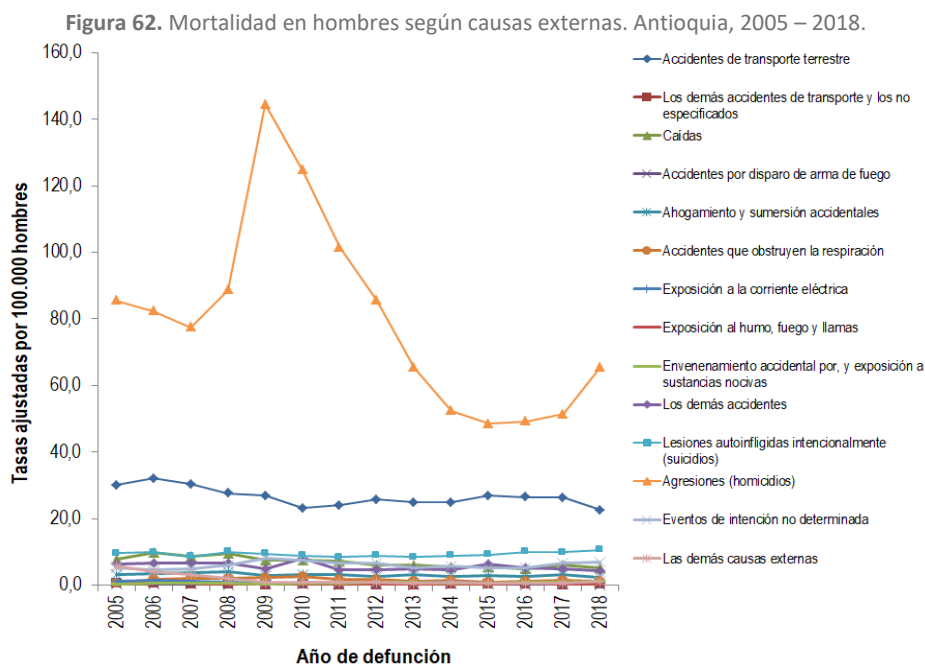
La segunda causa de muerte corresponde a los accidentes de transporte terrestre, con tasas que oscilan entre 13 y 18,8 muertes por 100.000 habitantes. Las lesiones autoinfligidas (suicidios), presentan una tendencia estable lineal, con tasas de 5.0 a 6.3 muertes por 100.000 habitantes, es de anotar que todas son causas en su mayoría evitables que obedecen entre otros factores, al comportamiento, la tolerancia y convivencia social de la población.

Por subregiones se evidencia que las agresiones (homicidio), en el Bajo Cauca presentaron una tasa de 120,1 muertes por 100.000 habitantes, seguido del Nordeste con 84,1. La subregión con menor riesgo de morir por estas causas fue Oriente 20,2 muertes por 100.000 habitantes.

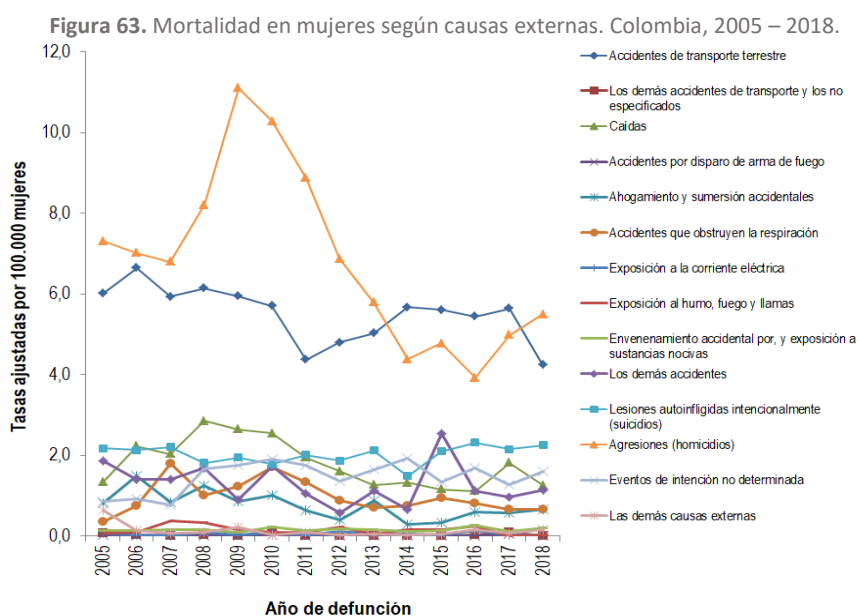
Con relación a las lesiones autoinfligidas, 434 personas, perdieron la vida de esta forma, y la subregión que aportó el mayor número de casos fue el Valle de Aburrá, con 256 personas, seguida de Oriente, con 53 personas.

Al revisar las muertes por causas externas, se observa que la subregión del Valle de Aburrá aportó el mayor número de fallecimientos por accidentes de transporte terrestre, seguido de Urabá con 99 fallecimientos.

Al analizar el grupo de causas externas por sexo, se evidencia, que, tanto en hombres como en mujeres, el mayor riesgo de morir lo aportaron los homicidios, durante los años del período analizado, con tasas de 65,5 a 144,4 muertes por 100.000 hombres, y tasas de 3,9 a 11,1 muertes por 100.000 mujeres, con tendencia al aumento en ambos sexos. Los accidentes de transporte terrestre representan la segunda causa de riesgo de muerte, tanto en hombres como en mujeres, siendo la primera en este último grupo durante los años 2014 y 2017, con tasas de 5,6 a 5,7 muertes por 100.000 mujeres. En los hombres las tasas fluctuaron entre 22,5 a 32,1. Las lesiones autoinfligidas (suicidios) ocupan el tercer lugar de riesgo, tanto para los hombres con tasas 8,5 y 10,7 muertes por 100.000 hombres, como para las mujeres con tasas de 1,5 a 2,3 muertes por 100.000 mujeres.



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

2.1.5.1.6. Demás causas de mortalidad

En el grupo de las demás causas, se encuentran la diabetes, la hiperplasia de

próstata, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, siendo ésta última la condición que genera el mayor

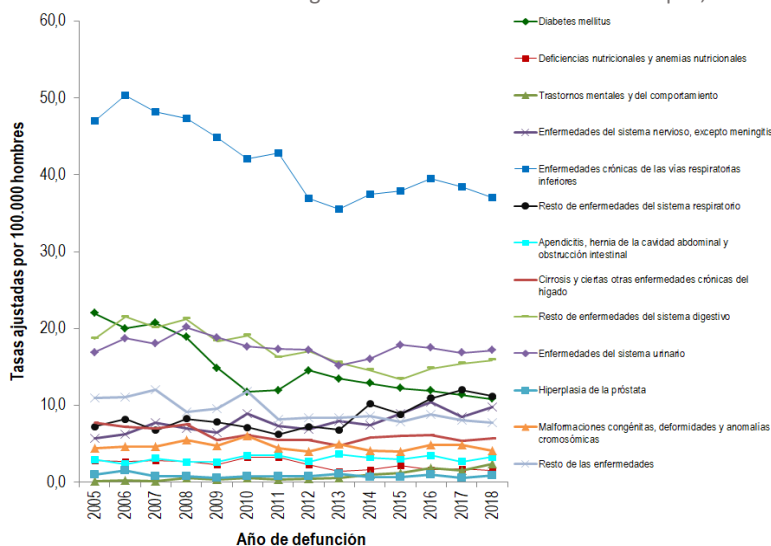


número de muertes, tanto en el total como en la diferenciación por sexo. Para el año 2018 se registra una tasa de 33,2 muertes por 100.000 habitantes. Para el último año analizado la tasa en los hombres fue de 37,1 y en las mujeres 30,4 muertes por 100.000, presentando una tendencia a la reducción en ambos grupos.

En segundo lugar, se ubican las enfermedades del sistema urinario, con tasas que oscilan entre 14,2 a 18,4 muertes por 100.000 habitantes, con una tendencia variable en el período revisado.

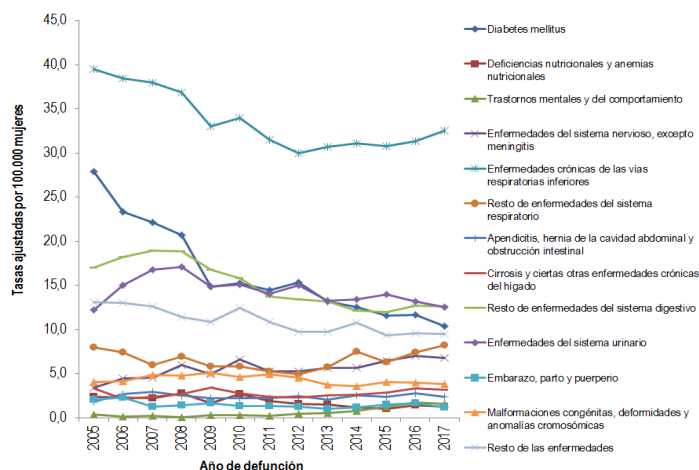
La diabetes evento precursor para otras patologías, ocupa un cuarto lugar, con tendencia a la disminución, tanto en hombres como en mujeres; las tasas oscilan en los hombres entre 11,2 y 22 muertes por 100.000 y las mujeres de 10,8 a 27,9 muertes por 100.000. La reducción pueda deberse, a la mejora en la oportunidad del diagnóstico, avances en la disponibilidad de medicamentos y en el impacto de la educación en el autocontrol metabólico. Al analizar por subregión, se evidencia que el Magdalena Medio y Occidente presentan las tasas más altas con 18,2 y 12 muertes por 100.000 habitantes respectivamente.

Figura 64. Mortalidad en hombres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2018.



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Figura 65. Mortalidad en mujeres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2018.



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

La semaforización de la mortalidad por causas específicas de Colombia y Antioquia, facilita la comparación, permitiendo evidenciar que en general no hay diferencia estadísticamente significativa en las tasas para el 2018, no obstante, se identifica para el Departamento un aumento del riesgo de muerte por algunas enfermedades, expresado en el aumento de las tasas, como es el caso de la mortalidad por agresiones (homicidios), la cual es más alta en

el Departamento (35,10), con relación al país (25,40), presentando una tendencia al aumento durante 8 años de los 13 analizados.

En Antioquia el riesgo de morir por diabetes es inferior al de Colombia, con tasas respectivas de 10,80 y 16,16, así mismo, se observa que la mortalidad por tumor maligno de cuello uterino en Antioquia es menor con relación a la del país.

Tabla 27. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Antioquia, 2005 – 2018

Causa de muerte	Colombia, 2018	Antioquia, 2018	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,29	13,00	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,70	12,00	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,41	3,90	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	15,01	15,40	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	10,73	10,20	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16,16	10,80	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5,72	6,30	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,70	1,80	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	25,40	35,10	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,85	0,01	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	34,30	34,40	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,56	0,63	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020



2.1.6. Mortalidad materno – infantil y en la niñez

2.1.6.1. Tasas específicas de mortalidad

2.1.6.1.1. Mortalidad infantil

Al evaluar la mortalidad por los 16 grandes grupos de causas por sexo en los menores de un año (mortalidad infantil), se observa que la mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal, durante los 14 años analizados presenta una tendencia al descenso, pasando de una tasa de 7,28 y 4,25 muertes por mil nacidos vivos durante 2018. Las malformaciones congénitas presentan una tendencia estable durante el período evaluado, con tasas de 2,99 a 2,28 muertes por mil nacidos vivos. Las muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias presentan tendencia oscilante de 0,08 a 0,91 muertes por mil nacidos vivos.

Antioquia viene desarrollando desde el año 2012 acciones de vigilancia epidemiológica intensificada de la mortalidad neonatal, que aporta alrededor del 60% de la mortalidad infantil, lo que ha permitido evidenciar una reducción de las muertes en este grupo, alcanzando una tasa de 5,4 muertes en

neonatos por mil nacidos vivos para el 2018.

Con relación a los Objetivos del Desarrollo Sostenible, se espera para el año 2030 disminuir la mortalidad neonatal a 12 muertes por 1.000 nacidos vivos en Colombia. El departamento de Antioquia ya cumple la meta, dado que desde el 2012 la tasa de mortalidad neonatal oscila entre 5,5 y 6,2 muertes por mil nacidos vivos.

En la mortalidad infantil para niñas y niños, no se evidencian diferencias en cuanto al peso que aportan las principales causas de muerte; en los niños se presenta un mayor riesgo de morir debido a las afecciones originadas en el período perinatal con una tasa 4,7 muertes por mil niños nacidos vivos, en comparación a 3.9 muertes por mil niñas nacidas vivas, para el año 2018. En ambos grupos la tendencia es a la reducción de muertes por esta causa.

La mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y las enfermedades del sistema respiratorio, no evidencian diferencias por sexo, presentando una tendencia estable en el período evaluado.

Tabla 28. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas. Antioquia, 2005 – 2018.

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
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,91	0,72	0,69	0,67	0,50	0,31	0,38	0,48	0,45	0,30	0,28	0,16	0,08	0,19
Tumores (neoplasias)	0,03	0,04	0,08	0,02	0,07	0,06	0,04	0,06	0,05	0,07	0,07	0,08	0,04	0,05
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,10	0,07	0,09	0,04	0,07	0,03	0,01	0,06	0,05	0,03	0,00	0,04	0,03	0,03
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,39	0,36	0,26	0,37	0,21	0,18	0,20	0,12	0,17	0,24	0,13	0,20	0,13	0,16
Enfermedades del sistema nervioso	0,32	0,32	0,47	0,23	0,27	0,22	0,20	0,18	0,20	0,10	0,25	0,23	0,26	0,16
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
Enfermedades del sistema circulatorio	0,21	0,16	0,31	0,15	0,31	0,14	0,18	0,19	0,17	0,12	0,16	0,15	0,23	0,12
Enfermedades del sistema respiratorio	1,63	1,27	1,19	1,08	0,97	0,75	0,72	0,76	0,62	0,62	0,57	0,55	0,42	0,43
Enfermedades del sistema digestivo	0,11	0,19	0,21	0,10	0,17	0,20	0,09	0,06	0,15	0,17	0,13	0,07	0,12	0,07
Enfermedades del sistema genitourinario	0,06	0,09	0,06	0,16	0,03	0,06	0,03	0,06	0,00	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7,28	6,77	6,37	6,94	5,48	5,20	5,44	4,98	4,90	5,31	4,27	4,25	4,55	4,34
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,30	2,50	2,71	2,72	2,65	2,99	2,72	2,41	2,73	2,28	2,45	2,72	2,77	2,51
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,14	0,23	0,23	0,30	0,22	0,28	0,20	0,17	0,21	0,10	0,14	0,08	0,14	0,08

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Tabla 29. Tasas específicas de mortalidad infantil en hombres, según causas. Antioquia, 2005 – 2018

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Niños													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,82	0,77	0,68	0,68	0,57	0,27	0,38	0,43	0,60	0,31	0,31	0,13	0,08	0,10
Tumores (neoplasias)	0,02	0,04	0,06	0,00	0,07	0,05	0,00	0,05	0,05	0,10	0,08	0,03	0,03	0,08
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,14	0,08	0,08	0,04	0,09	0,05	0,00	0,10	0,08	0,05	0,00	0,05	0,03	0,03
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,39	0,37	0,17	0,42	0,16	0,15	0,18	0,20	0,21	0,18	0,15	0,18	0,15	0,10
Enfermedades del sistema nervioso	0,37	0,27	0,46	0,19	0,32	0,30	0,18	0,18	0,18	0,18	0,15	0,23	0,41	0,16
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
Enfermedades del sistema circulatorio	0,23	0,19	0,44	0,21	0,27	0,15	0,20	0,20	0,23	0,13	0,18	0,23	0,18	0,08
Enfermedades del sistema respiratorio	1,58	1,29	1,35	1,17	1,00	0,77	0,84	0,83	0,83	0,66	0,56	0,73	0,31	0,34
Enfermedades del sistema digestivo	0,12	0,19	0,19	0,13	0,20	0,35	0,10	0,08	0,18	0,20	0,15	0,03	0,10	0,05
Enfermedades del sistema genitourinario	0,06	0,15	0,08	0,19	0,05	0,07	0,05	0,08	0,00	0,05	0,08	0,05	0,08	0,08
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,29	7,61	7,50	7,51	5,46	5,98	6,06	5,64	5,85	5,84	4,81	4,75	4,66	4,68
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,40	2,61	2,64	2,93	2,54	3,30	2,62	2,32	3,10	2,40	2,43	2,91	3,16	2,48
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,18	0,21	0,21	0,25	0,23	0,40	0,13	0,20	0,26	0,10	0,18	0,05	0,25	0,13
Todas las demás enfermedades	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,02	0,05	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,21	0,54	0,51	0,51	0,43	0,60	0,56	0,25	0,18	0,26	0,23	0,18	0,23	0,21

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Tabla 30. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres, según causas. Antioquia, 2005 – 2018

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Niñas													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,00	0,67	0,71	0,66	0,43	0,34	0,38	0,53	0,30	0,30	0,24	0,19	0,08	0,28
Tumores (neoplasias)	0,04	0,04	0,09	0,05	0,07	0,08	0,08	0,08	0,06	0,03	0,05	0,14	0,05	0,03
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,04	0,07	0,09	0,05	0,05	0,00	0,03	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	0,03	0,03
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,39	0,35	0,35	0,32	0,26	0,21	0,22	0,03	0,14	0,30	0,11	0,22	0,11	0,22
Enfermedades del sistema nervioso	0,26	0,37	0,47	0,27	0,22	0,13	0,22	0,19	0,22	0,03	0,35	0,22	0,11	0,17
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
Enfermedades del sistema circulatorio	0,20	0,13	0,18	0,09	0,36	0,13	0,16	0,19	0,11	0,11	0,14	0,05	0,29	0,17
Enfermedades del sistema respiratorio	1,68	1,26	1,02	0,98	0,93	0,74	0,59	0,70	0,38	0,56	0,57	0,36	0,53	0,52
Enfermedades del sistema digestivo	0,09	0,20	0,22	0,07	0,14	0,05	0,08	0,05	0,11	0,13	0,11	0,11	0,13	0,08
Enfermedades del sistema genitourinario	0,07	0,02	0,04	0,14	0,02	0,05	0,00	0,05	0,00	0,05	0,03	0,03	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,21	5,88	5,18	6,32	5,50	4,38	4,79	4,28	4,10	4,76	3,66	3,72	4,42	3,99
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,20	2,37	2,79	2,49	2,78	2,66	2,83	2,51	2,34	2,15	2,47	2,52	2,37	2,50
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,09	0,26	0,24	0,34	0,22	0,16	0,27	0,13	0,16	0,11	0,11	0,11	0,03	0,03
Todas las demás enfermedades	0,00	0,02	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,00	0,05	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,20	0,28	0,69	0,39	0,48	0,47	0,38	0,35	0,25	0,11	0,19	0,19	0,13	0,11

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

2.1.6.1.2. Mortalidad en menores de 1 a 4 años.

Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 a 4 años están dadas por, causas externas de morbilidad y mortalidad, con tendencia a la disminución y tasas que van desde 22,7 a 7,4 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años, seguido de las enfermedades del sistema respiratorio, con tasas que oscilan entre 14,7 y 2,4 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años, situación que puede deberse al impacto de las estrategias del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que ha incluido nuevos esquemas y vacunas de protección del niño de 1 a 4 años, alcanzando coberturas que favorecen la reducción de la mortalidad en este grupo en específico de las

infecciones respiratorias, situación que se verá afectada para el año 2020 por la presencia del SARS-COV2, no solo debido al diagnóstico de este nuevo virus en los niños, sino por el impacto negativo en los esquemas de vacunación, por las cuarentenas y aislamientos prolongados.

En el último año estudiado, en este grupo se observa un aumento en el riesgo de morir por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, pasando de una tasa de 2,1 en 2017 a 4,4 muertes por cien mil niños de 1 a 4 años para el 2018, con tasas similares a las del 2005, por sexo no hay una diferencia marcada en las niñas y niños en las diferentes causas.

Tabla 31. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2018

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			
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,2	7,9	8,5	6,8	5,6	4,1	3,6	3,6	3,1	2,9	2,4	2,8	2,6	2,5506			
Tumores (neoplasias)	3,8	5,5	3,6	5,6	3,9	4,6	4,6	3,6	4,8	4,5	3,5	2,1	4,2	2,7825			
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,2	0,7	1,0	1,7	0,2	0,2	1,2	0,5	0,7	1,4	0,2	1,2	0,9	0,9			
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,8	2,9	3,1	3,9	2,7	4,1	2,4	1,9	1,9	3,3	2,4	1,6	1,2	1,6			
Enfermedades del sistema nervioso	4,3	4,1	5,6	6,3	4,8	7,3	4,6	2,6	5,3	3,8	5,0	6,6	2,8	2,3			
Enfermedades del oído y de la apósis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Enfermedades del sistema circulatorio	3,4	2,9	2,7	1,9	2,7	2,2	1,0	1,7	2,6	1,0	1,4	1,2	1,6	1,6			
Enfermedades del sistema respiratorio	12,9	14,7	11,1	10,2	9,0	8,5	4,8	5,5	2,4	3,8	4,5	3,7	4,7	2,8			
Enfermedades del sistema digestivo	2,4	3,1	2,9	1,7	1,2	1,5	1,4	1,0	1,0	2,4	1,4	0,9	0,5	0,2			
Enfermedades del sistema genitourinario	1,7	0,7	1,2	0,5	0,5	0,2	1,0	0,5	0,5	1,7	0,5	1,2	0,2	0,0			
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,5	1,0	0,5	0,7	0,5	0,7			
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	4,5	2,9	3,4	5,3	5,8	7,3	4,3	5,8	4,5	3,6	4,5	6,6	2,1	4,4			
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,6	2,6	1,5	3,4	3,2	2,9	0,7	1,2	1,0	1,0	1,2	1,6	0,9	1,2			
Todas las demás enfermedades	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,5	0,2	0,5	0,0	0,2			
Causas externas de morbilidad y mortalidad	22,7	22,1	21,8	21,6	16,0	19,1	14,5	12,0	11,7	13,1	9,9	9,4	11,2	7,4			

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Tabla 32. Tasas específicas de mortalidad en hombres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2018

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Niños																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,6	9,4	7,6	9,5	6,2	3,8	3,3	2,8	3,3	3,2	2,3	3,2	3,6	2,7			
Tumores (neoplasias)	3,3	6,1	3,3	6,6	4,7	3,3	5,2	4,2	5,1	5,1	2,8	2,7	5,5	4,1			
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,5	0,9	2,8	0,0	0,0	0,9	0,5	1,4	1,9	0,5	0,9	0,9	1,8			
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,2	2,8	3,8	3,3	3,3	4,3	2,4	2,3	2,8	2,8	1,8	0,5	0,5	1,8			
Enfermedades del sistema nervioso	4,2	4,7	6,1	6,6	4,7	6,1	1,9	3,3	4,2	4,6	6,9	7,3	3,2	1,4			
Enfermedades del oído y de la apósis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Enfermedades del sistema circulatorio	3,7	1,9	2,8	1,4	1,9	2,8	1,4	1,9	3,7	0,9	0,0	1,4	1,4	2,7			
Enfermedades del sistema respiratorio	9,4	13,2	8,5	11,4	8,5	6,6	5,2	5,2	3,3	3,7	3,2	3,7	5,5	3,6			
Enfermedades del sistema digestivo	2,8	2,8	2,8	1,4	0,5	0,5	1,9	1,9	0,5	2,3	1,8	0,9	0,0	0,5			
Enfermedades del sistema genitourinario	2,3	0,9	0,9	0,9	0,0	0,0	1,4	0,9	0,9	1,4	0,5	1,4	0,5	0,0			
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,4	0,5	1,4	0,5	0,0			
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	4,7	3,8	2,8	5,2	5,2	8,5	4,7	4,7	5,6	6,0	3,7	8,2	2,3	5,4			
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,3	1,9	2,4	2,8	4,3	3,8	1,4	1,9	0,9	1,4	1,4	0,9	0,0	0,5			
Todas las demás enfermedades	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5			
Causas externas de morbilidad y mortalidad	29,1	24,0	27,4	19,9	18,0	18,9	16,5	15,0	11,7	16,2	8,3	10,1	12,3	7,7			

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Tabla 33. Tasas específicas de mortalidad en mujeres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2018

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Niñas													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,9	6,4	9,4	4,0	5,0	4,5	4,0	4,4	2,9	2,4	2,4	2,4	1,4	2,3745
Tumores (neoplasias)	4,4	4,9	4,0	4,5	3,0	6,0	4,0	3,0	4,4	3,9	4,4	1,4	2,9	1,4247
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,5	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	1,5	0,5	0,0	1,0	0,0	1,4	1,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,4	3,0	2,5	4,5	2,0	4,0	2,5	1,5	1,0	3,9	2,9	2,9	1,9	1,4
Enfermedades del sistema nervioso	4,4	3,4	4,9	6,0	5,0	8,4	7,4	2,0	6,4	2,9	2,9	5,8	2,4	3,3
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	2,9	3,9	2,5	2,5	3,5	1,5	0,5	1,5	1,5	1,0	2,9	1,0	1,9	0,5
Enfermedades del sistema respiratorio	16,6	16,2	13,9	8,9	9,4	10,4	4,5	5,9	1,5	3,9	5,8	3,8	3,8	1,9
Enfermedades del sistema digestivo	2,0	3,4	3,0	2,0	2,0	2,5	1,0	0,0	1,5	2,4	1,0	1,0	1,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	1,0	0,5	1,5	0,0	1,0	0,5	0,5	0,0	0,0	1,9	0,5	1,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,5	1,4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,4	2,0	4,0	5,5	6,5	6,0	4,0	6,9	3,4	1,0	5,3	4,8	1,9	3,3
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,9	3,4	0,5	4,0	2,0	2,0	0,0	0,5	1,0	0,5	1,0	2,4	1,9	1,9
Todas las demás enfermedades	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	1,0	0,5	0,5	0,0	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	16,1	20,2	15,8	23,3	13,9	19,3	12,4	8,9	11,7	9,7	11,6	8,6	10,0	7,1

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

2.1.6.1.3. Mortalidad en la niñez

La mortalidad en la niñez (menores de 5 años), evidencia como primera causa de muerte, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con tendencia a la reducción, registrando tasas entre 132,4 a 60,2 muertes por 100.000 menores de cinco años. El segundo grupo de causas corresponde a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con tasas que oscilan entre 52,2 y 35,8 muertes por cien mil menores de cinco años.

La tercera causa son las enfermedades respiratorias, con tendencia a la disminución pasando de 40 a 8,1 muertes por 100.000 menores de cinco años en el año 2018. Las causas externas, si bien, presentan una reducción en la mortalidad, no hay justificación para que los niños menores de cinco años mueran por causas posiblemente evitables como accidentes, las tasas oscilan entre 28,1 a 8,1 muertes por 100.000 menores de cinco años.

Tabla 34. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas. Antioquia, 2005 – 2018

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			
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	21,5	19,5	19,2	17,3	12,8	7,9	8,5	10,0	9,0	6,6	5,8	4,5	3,2	4,6			
Tumores (neoplasias)	3,6	5,2	4,3	4,8	4,3	4,6	4,2	3,8	4,6	4,5	3,8	2,8	3,9	3,0			
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,9	1,9	2,3	2,1	1,4	0,6	1,2	1,3	1,3	1,5	0,2	1,5	1,1	1,1			
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10,9	8,9	7,2	9,7	5,6	6,0	4,8	3,3	4,0	6,1	3,8	4,1	2,8	3,5			
Enfermedades del sistema nervioso	9,2	9,1	12,8	9,1	8,3	9,1	6,6	4,8	7,1	4,5	7,5	8,4	5,9	4,1			
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Enfermedades del sistema circulatorio	6,5	5,2	7,7	4,3	7,4	3,9	3,5	4,2	4,6	2,5	3,4	3,0	4,6	3,0			
Enfermedades del sistema respiratorio	40,0	34,9	30,2	27,2	23,3	18,2	14,5	15,7	10,7	11,9	11,7	10,7	9,7	8,1			
Enfermedades del sistema digestivo	3,8	6,0	6,0	3,1	3,9	4,3	2,5	1,7	2,9	4,4	3,0	1,7	2,0	1,1			
Enfermedades del sistema genitourinario	2,5	2,1	2,1	3,3	1,0	1,2	1,2	1,3	0,4	2,1	1,1	1,5	0,7	0,6			
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	132,4	122,9	114,0	122,4	91,3	78,8	80,4	73,8	70,1	77,7	61,4	60,2	65,4	60,5			
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	45,5	47,7	51,3	52,2	48,9	51,1	43,6	40,3	42,5	35,8	38,6	43,4	41,3	38,1			
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4,6	6,4	5,2	8,0	6,2	6,6	3,5	3,5	3,8	2,3	3,0	2,4	2,8	2,0			
Todas las demás enfermedades	0,2	0,4	0,2	0,4	0,0	0,2	0,6	0,2	0,2	0,8	0,8	0,4	0,4	0,2			
Causas externas de morbilidad y mortalidad	21,9	25,3	28,1	25,2	20,4	23,4	18,5	14,0	12,4	13,1	11,1	10,3	11,5	8,1			

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Tabla 35. Tasas específicas de mortalidad en niños, según causas. Antioquia, 2005 – 2018

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Niños																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	19,5	21,5	18,2	19,7	14,4	7,2	8,3	8,6	11,2	7,0	6,2	4,4	4,0	3,6			
Tumores (neoplasias)	3,0	5,7	3,8	5,3	4,9	3,4	4,1	4,1	4,8	5,6	3,3	2,6	4,7	4,3			
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,6	1,9	2,3	3,0	1,5	0,8	0,8	1,9	2,2	2,2	0,4	1,5	1,1	1,8			
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10,5	9,1	6,1	10,2	5,3	5,7	4,5	4,9	5,2	4,8	3,7	2,9	2,5	2,9			
Enfermedades del sistema nervioso	10,1	8,7	13,2	8,7	9,1	9,5	4,1	5,2	6,0	6,3	7,7	9,1	8,4	3,3			
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Enfermedades del sistema circulatorio	7,1	4,9	10,2	4,9	6,1	4,5	4,1	4,5	6,3	2,6	2,6	4,4	3,6	3,3			
Enfermedades del sistema respiratorio	36,5	34,0	31,0	29,9	23,5	17,0	16,6	16,5	14,5	12,6	10,7	13,1	8,7	7,6			
Enfermedades del sistema digestivo	4,5	5,7	5,7	3,4	3,8	5,7	3,0	2,6	3,0	4,8	3,7	1,1	1,5	1,1			
Enfermedades del sistema genitourinario	3,0	3,4	2,3	4,2	0,8	1,1	1,9	1,9	0,7	1,9	1,5	1,8	1,5	1,1			
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	151,8	138,5	134,3	134,1	91,3	91,1	89,7	84,0	81,2	85,9	69,5	67,9	66,8	64,8			
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	47,7	50,6	49,6	56,5	46,6	57,1	42,6	38,2	48,8	39,6	37,9	47,5	46,8	38,7			
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,3	5,3	5,7	6,8	7,2	9,1	3,0	4,5	4,5	2,6	3,7	1,5	3,6	2,2			
Todas las demás enfermedades	0,4	0,4	0,0	0,4	0,0	0,4	0,8	0,0	0,4	0,0	0,4	0,4	0,0	0,4			
Causas externas de morbilidad y mortalidad	27,1	29,1	31,0	25,0	21,6	24,2	21,5	15,7	11,9	16,7	9,9	10,6	13,1	9,0			

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Tabla 36. Tasas específicas de mortalidad en niñas, según causas. Antioquia, 2005 – 2018.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Niñas																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	23,6	17,4	20,2	14,7	11,1	8,7	8,7	11,4	6,6	6,2	5,4	4,6	2,3	5,7			
Tumores (neoplasias)	4,3	4,7	4,8	4,4	3,6	5,9	4,3	3,5	4,3	3,5	4,2	3,1	3,0	1,5			
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,2	2,0	2,4	1,2	1,2	0,4	1,6	0,8	0,4	0,8	0,0	1,5	1,1	0,4			
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,4	8,7	8,3	9,1	6,0	6,3	5,1	1,6	2,7	7,4	3,9	5,4	3,0	4,2			
Enfermedades del sistema nervioso	8,3	9,5	12,3	9,5	7,5	8,7	9,1	4,3	8,2	2,7	7,3	7,7	3,4	4,9			
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Enfermedades del sistema circulatorio	5,9	5,5	5,2	3,6	8,7	3,2	2,8	3,9	2,7	2,3	4,2	1,5	5,7	2,7			
Enfermedades del sistema respiratorio	43,6	36,0	29,3	24,2	23,0	19,4	12,2	14,9	6,6	11,2	12,7	8,0	10,7	8,7			
Enfermedades del sistema digestivo	3,1	6,3	6,3	2,8	4,0	2,8	2,0	0,8	2,7	3,9	2,3	2,3	2,7	1,1			
Enfermedades del sistema genitourinario	2,0	0,8	2,0	2,4	1,2	1,2	0,4	0,8	0,0	2,3	0,8	1,1	0,0	0,0			
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	112,0	106,7	92,8	110,1	91,4	65,8	70,6	63,2	58,5	68,0	52,4	52,1	63,6	55,1			
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	43,2	44,6	53,1	47,7	51,3	44,8	44,6	42,4	35,9	31,8	39,3	39,0	35,4	37,2			
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,9	7,5	4,8	9,1	5,2	4,0	3,9	2,4	3,1	1,9	2,3	3,4	1,9	1,9			
Todas las demás enfermedades	0,0	0,4	0,4	0,4	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	1,6	1,2	0,4	0,8	0,0			
Causas externas de morbilidad y mortalidad	16,5	21,3	25,0	25,4	19,1	22,6	15,4	12,2	12,9	9,3	12,0	9,6	9,9	7,2			

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020



Con relación a la semaforización de la mortalidad materno – infantil y niñez, se observa, que la tendencia en la razón de la mortalidad materna, si bien, Antioquia registra una tasa menor que Colombia, para el 2018, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas.

La mortalidad por desnutrición y por Infección Respiratoria Aguda (IRA), presentan para el Departamento cifras significativamente inferiores al país, pero es de anotar, que con relación a la desnutrición, Antioquia presenta un aumento para el 2018, alcanzado una tasa de 1.9 por 100.000 niños y ha sido fluctuante, con una tendencia marcada en disminución en

un mayor número de años, que puede obedecer a las estrategias implementadas en el ámbito de la seguridad alimentaria y nutricional, con acciones de complementación alimentaria, agricultura - autoconsumo y atención de la desnutrición aguda, las cuales han tenido impacto y se ve reflejado en este tipo de resultados.

La mortalidad en la niñez por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), presenta para el año 2018 una tendencia al aumento con respecto al año anterior, registrando una tasa inferior en el Departamento, pero no estadísticamente significativa.

Tabla 37. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Antioquia, 2005 – 2018

Causa de muerte	Colombia, 2018	Antioquia, 2018	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Razón de mortalidad materna	45,3	37,5	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad neonatal	7,0	5,4	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘		
Tasa de mortalidad infantil	11,3	8,5	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘		
Tasa de mortalidad en la niñez	13,8	10,2	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘		
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	14,9	6,3	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘		
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,1	2,2	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗		
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	9,1	1,9	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘		

Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la vulnerabilidad para el binomio madre - hijo, está dada en el momento del parto y el postparto, se estima que cada año mueren 2,8 millones de embarazadas y recién nacidos, esto es, 1 cada 11 segundos, en su mayoría por causas prevenibles. La desigualdad de la mortalidad es marcada en las diferentes regiones, es por eso que se ha planteado a nivel mundial la meta número 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la cual consiste en reducir para el año 2030 la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos,

con objetivo de poner fin a la mortalidad materna prevenible.

La mortalidad materna prevenible, sigue siendo un problema pendiente por resolver y uno de los desafíos más cruciales en todo el mundo, pese a los progresos alcanzados en el último decenio. “La OPS/OMS recomienda a los países reducir las desigualdades en la calidad y acceso de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal; lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; abordar todas las causas

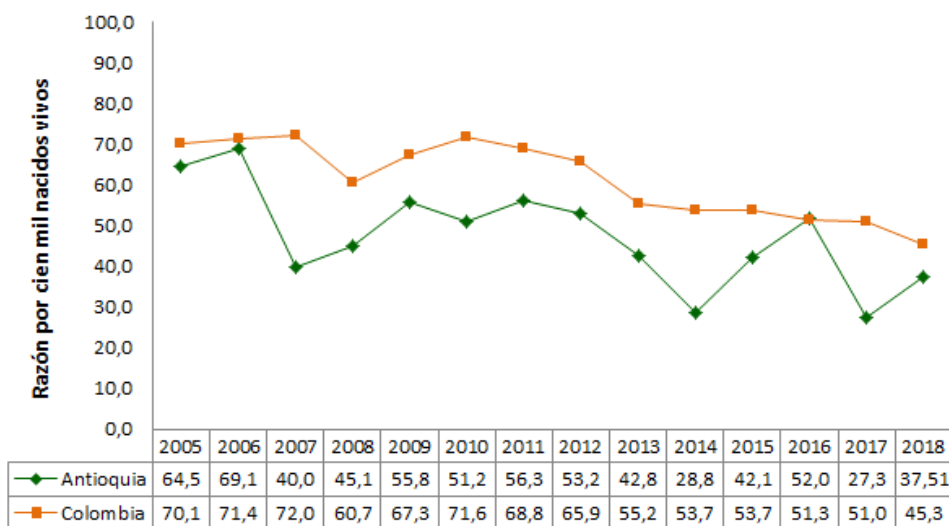


de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas; reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas, y garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad”.

Si bien, para Colombia y Antioquia la meta de ODS ya se alcanzó, la muerte materna aún sigue fluctuando para el Departamento y no muestra una tendencia franca hacia el descenso sostenible, de los 13 años analizados, 8 presentan aumento en la tasa,

en los últimos 5 años ha estado entre 27,3 y 52 por 100.000 nacidos vivos, se evidencia que la mortalidad materna no afecta a todas las subregiones del Departamento de igual manera, situación que puede estar determinada por la fecundidad y natalidad presentada en la subregiones, así como por la oportunidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud, además de factores socioculturales. Para el año 2018 la subregión del Norte es la que presenta la tasa más alta 106, seguida de Magdalena Medio con 79,8, Bajo Cauca 41,1 y Urabá 39 muertes por 100.000 nacidos vivos.

Figura 66. Razón de mortalidad materna. Colombia y Antioquia, 2005 – 2018

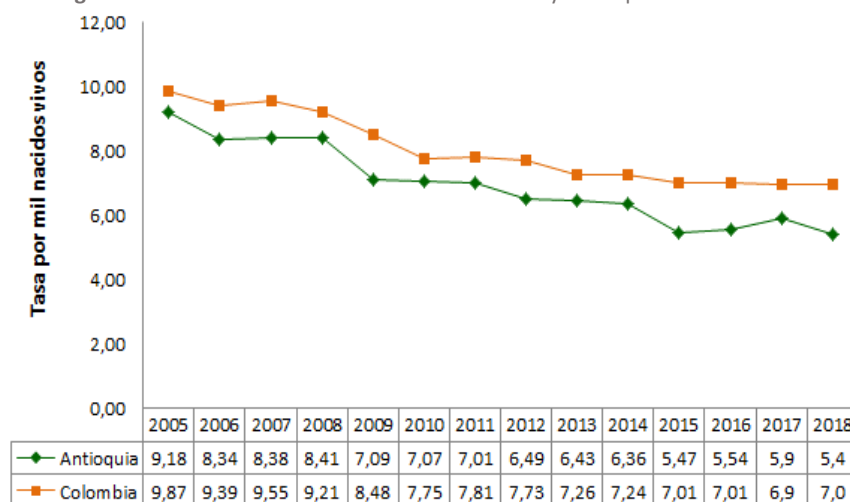


Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

La mortalidad neonatal, presenta una tendencia a la disminución para el último año, con tasas inferiores a las del país, Antioquia en

el año 2018, registró una tasa de 5,4 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Figura 67. Tasa de mortalidad neonatal. Colombia y Antioquia 2005 – 2018

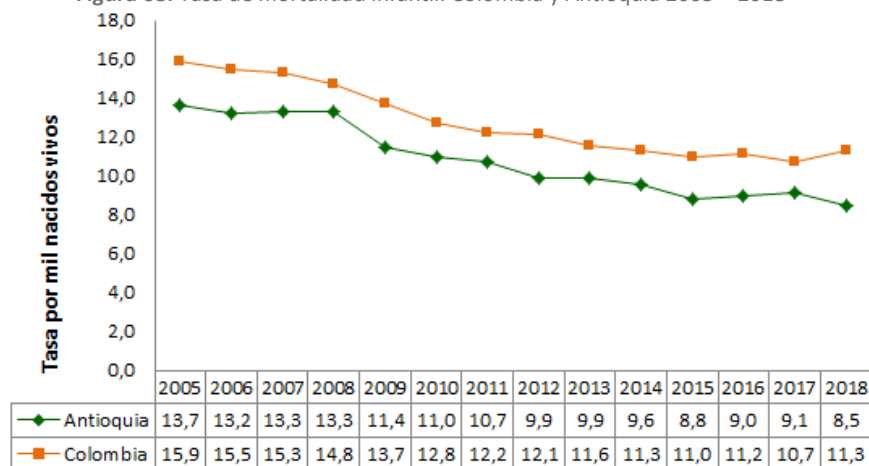


Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

La mortalidad infantil presenta tendencia a la disminución, tanto para el país como para el Departamento, evidenciando una tasa más baja en Antioquia, de 8,5 por 1.000 nacidos vivos. Al desagregar por subregiones, las diferencias son marcadas, por ejemplo, la tasa

más alta la presenta Bajo Cauca (13,4), seguida de Occidente (11,7) y Urabá (11,4) por mil nacidos vivos, en contraposición con las subregiones del Nordeste y Valle de Aburrá que presentan unas tasas de 6,6 y 6,8 respectivamente.

Figura 68. Tasa de mortalidad infantil. Colombia y Antioquia 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Es importante tener presente que los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS)

adoptados por las Naciones Unidas en 2015, definen en el objetivo 3 la meta 3.2: Poner fin



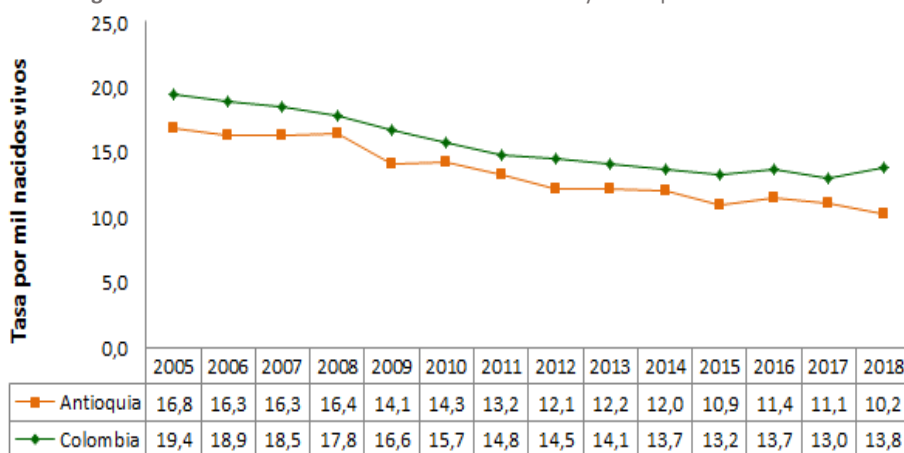
en el 2030 a las muertes evitables de los recién nacidos y los menores de 5 años, para garantizar a todos los niños bienestar y vida sana.

Al analizar esta mortalidad por subregión se evidencia la inequidad y desigualdad del territorio, donde las subregiones de mayor ruralidad como Bajo Cauca, Oriente y Urabá, lugares en los cuales están asentados los grupos más vulnerables como los indígenas y

afros, los cuales tienen mayor peso con relación al resto de la población.

Al profundizar en el análisis de las “causas de las causas” de los determinantes sociales de la salud, se evidencia que la mortalidad en la niñez, presenta a través de los años analizados, una tendencia a la reducción, pero aún con tasas altas de 10,2 por 1.000 nacidos vivos, un poco inferior a las tasas del país.

Figura 69. Tasa de mortalidad en la niñez. Colombia y Antioquia 2005 – 2018

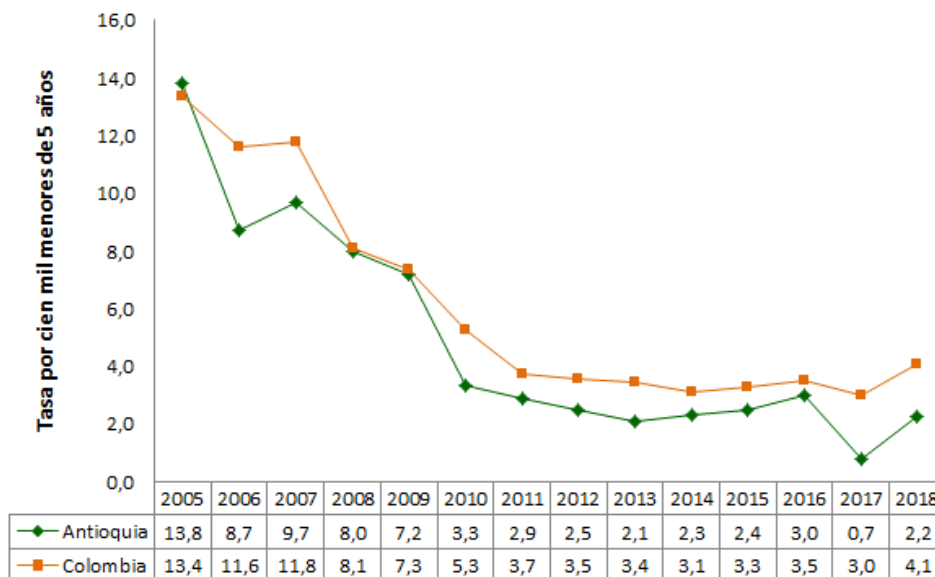


Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

Tanto en el país como en Antioquia, persisten las muertes en los menores de 5 años y lo peor con tendencia al aumento en el último año por casos totalmente prevenibles como es la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), si bien, la brecha del acceso al agua apta para consumo humano persiste en el territorio, el tratamiento de la deshidratación es accesible a la población, pero éste asociado a la desnutrición y a la falta de la lactancia materna sostenida en los primeros años de

vida, perpetúan los fallecimientos de los menores por esta causa. La tasa para el 2018 alcanzo 2,2 muertes por 100.00 menores de 5 años, alta con relación al 2017 que fue la tasa más baja con 0,7. La subregión de mayor tasa es Bajo Cauca con 8,2 muertes por 100.000 menores de 5 años, lo que significa que los niños del Bajo Cauca tienen mayor riesgo de morir por esta patología con relación a los del resto del Departamento.

Figura 70. Tasa de mortalidad por EDA. Colombia y Antioquia 2005 – 2018

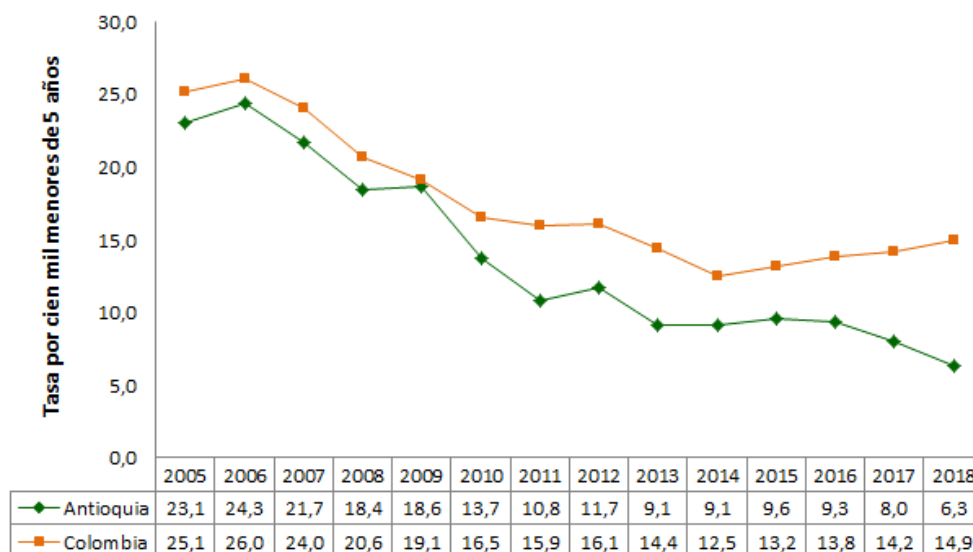


Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el 2018, para Antioquia presenta gran diferencia con relación al país, con una tasas de 6,3 y 14,9 muertes por 100.000 menores de 5 años respectivamente, además es la más baja que se ha presentado en el período analizado, pero la inequidad por subregiones da cuenta de la diferencia de tasas, la tasa más alta se registró en la subregión de Bajo Cauca con, 13,6 muertes por 100.000 menores de 5 años seguida de Norte con 11 muertes por 100.000 menores de 5 años y Urabá con 9,2 muertes por 100.000 menores de 5 años, tasas todas por encima del Departamento.

Es importante tener en cuenta que la Infección Respiratoria Aguda (IRA), en los menores de cinco años, está asociada al bajo peso al nacer, la malnutrición, la falta de lactancia materna durante el primer año de vida, el hacinamiento, la poca accesibilidad a la prestación de servicios y las coberturas no óptimas de vacunación, y los determinantes sociales, pertenencia a grupos étnicos, como indígenas y afros, víctimas del conflicto entre otras evidencian la vulnerabilidad de los menores de cinco años a morir por estas infecciones, todas estas condiciones susceptibles de intervenir con estrategias costo - efectivas que pueden reducir en un gran número las muertes en los niñas y niñas a corta edad.

Figura 71. Tasa de mortalidad por IRA. Colombia y Antioquia 2005 – 2018



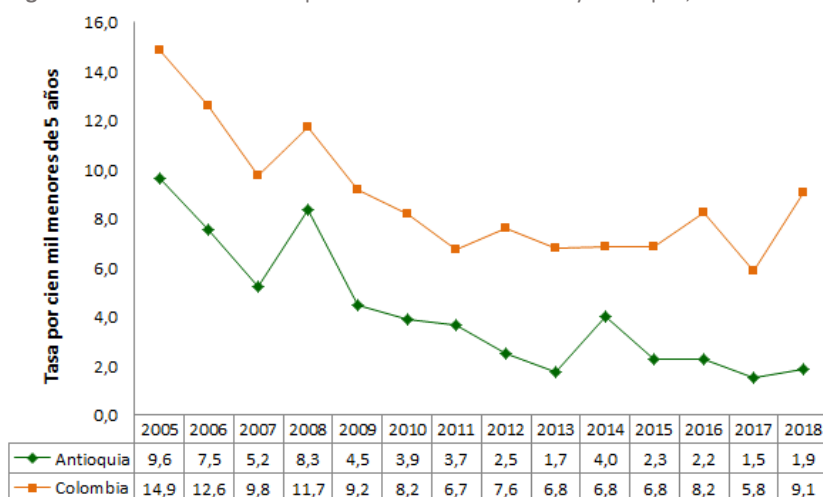
Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

La desnutrición hace que las personas tengan mayor riesgo de enfermar y morir por enfermedades y condiciones comunes, el hecho que un niño muera por malnutrición, visibiliza el grado de desarrollo de un país y demuestra las inequidades de las poblaciones vulnerables, las cuales tienen menor acceso a las políticas de estado, contribuyendo a la mortalidad por EDA e IRA. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el 45% de las muertes en menores de cinco años, está asociada a factores relacionados con la nutrición.

La tendencia de la tasa de mortalidad por desnutrición aguda en el período de tiempo

analizado, ha sido fluctuante, comparado con Colombia, Antioquia siempre ha presentado tasas inferiores a las reportadas en el ámbito nacional, no obstante, es necesario fortalecer las estrategias para que los niños y las niñas no mueran por falta de alimentos; un intolerable en cualquier lugar, que evidencia claramente las inequidades en el territorio antioqueño. La subregión con la tasa más alta es Occidente con 9,6 muertes por 100.000 menores de 5 años, siendo esta 4 veces mayor que la del Departamento, situación que puede ser explicada debido a que esta subregión, concentra gran número de comunidades indígenas.

Figura 72. Tasa de mortalidad por desnutrición. Colombia y Antioquia, 2005 – 2018



Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

2.1.7. Mortalidad por salud mental

La Organización Mundial de la Salud para el año 2019, ha reportado, que la depresión es una de las principales causas de discapacidad, afectando 264'000.000 de personas, los trastornos mentales se evidencian antes de los 14 años, cerca de 1 de cada 5 adolescentes presenta un trastorno mental, el 10% de la carga de la enfermedad se debe a los trastornos mentales, neurológicos y consumo de sustancias. Cada año se suicidan cerca de 800.000 personas, siendo esta la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Una de cada nueve personas que viven en territorios que han presentado conflictos, desarrollan trastorno mental, que va desde moderado a grave, los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) de las personas con trastorno mental, evidencian un riesgo de morir de 10 a 20 años antes que la población

sin trastornos mentales.

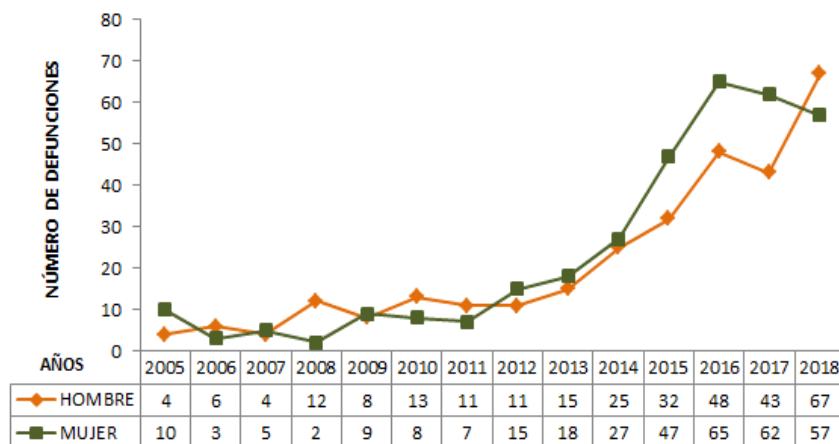
En Antioquia, de acuerdo con la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO, se encuentra que, el número de personas fallecidas por trastornos mentales y del comportamiento, ha ido en ascenso, pasando de 14 muertes en el año 2005 a 124 en 2018, situación que puede deberse a que no hay un adecuado registro que realmente evidencie la realidad, teniendo en cuenta los niveles de violencia que ha vivido el Departamento. En los catorce años evaluados se han notificados 634 fallecidos, de los cuales 47% (299) son hombres y 53% son mujeres (335), esa diferencia entre géneros puede deberse, a que la mujer consulta con mayor frecuencia y por ende puede tener un diagnóstico previo al fallecimiento, el cual facilita la concordancia



en el certificado de defunción. Se evidencia, además, una tendencia clara al ascenso en el

grupo de hombres, por el contrario, la curva de mujeres descendió para el 2018.

Figura 73. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2018



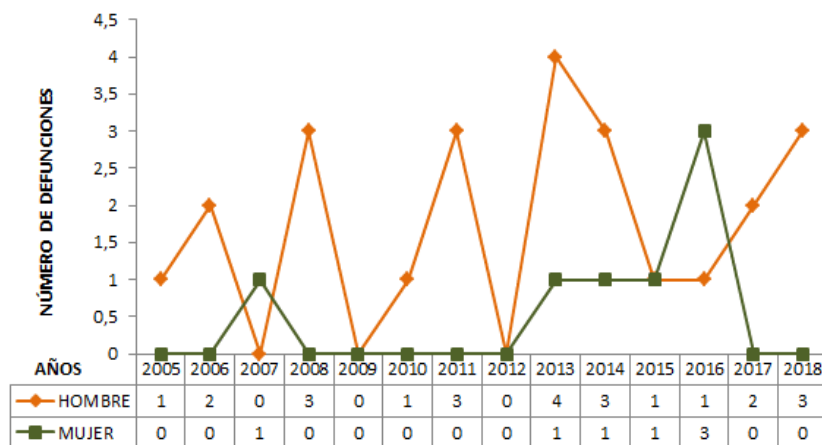
Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

El consumo de sustancia de psicoactivas es un problema que no solo afecta la población antioqueña, sino que es reconocido a nivel nacional e incluso a nivel mundial, éste en sus cifras se puede ver enmascarado en otro tipo de muerte violentas, como los accidentes de tránsito, suicidios y homicidios en los cuales

no se registra como causa básica de muerte.

En total para el período analizado se presentaron 31 muertes por consumo de sustancias psicoactivas, siendo los hombres los que aportan el mayor número de muertes (26).

Figura 74. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2018

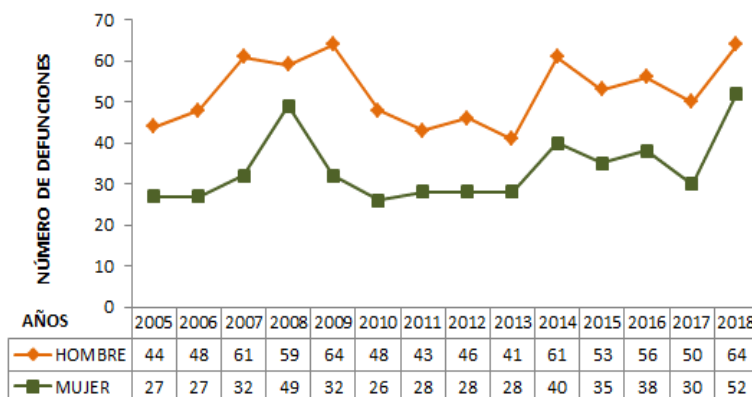


Fuente: SISPRO - MSPS. Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

La epilepsia como enfermedad crónica incluida dentro de la salud mental ha presentado 1.210 fallecidos durante el período evaluado y es dentro de los tres grupos de estas enfermedades, la que

más presenta mortalidad, la Organización Mundial de la Salud - OMS, informa que la muerte prematura es tres veces más frecuente en personas con epilepsia.

Figura 75. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2018



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales – DANE.
Fecha de consulta 09 de noviembre de 2020

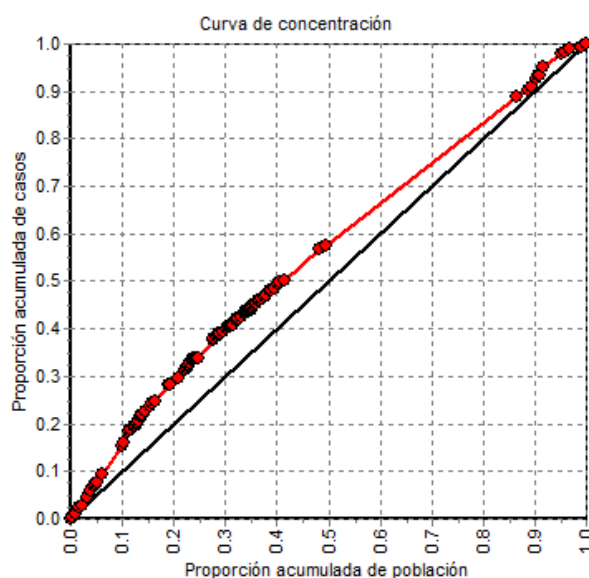
2.1.8. Mortalidad infantil y Necesidades Básicas Insatisfechas

La literatura especializada sostiene que la tasa de mortalidad infantil (TMI) la cual indica el riesgo de muerte para los niños menores de un año, no sólo señala la ocurrencia del fenómeno biológico, sino que sugiere condiciones de vivienda, alimentación, educación, saneamiento ambiental y otros factores que caracterizan el estilo y la calidad de vida de la población. Por lo tanto, dado que la TMI puede relacionarse con el bienestar y el cuidado general de la atención de la salud puede ser considerada una variable indicadora del nivel de calidad de vida y utilizarse para relacionar el estado de salud de la población con el nivel de desarrollo de un país con (WHO, 2007; The World Bank, 2007; Reidpath y Allotey, 2003). (14).

El índice de concentración para el Departamento es de -0.118, lo que significa, que la mitad de la población más pobre experimenta aproximadamente el 59% de la mortalidad infantil. Para el año 2018, 88 municipios presentaron casos de muerte en menores de un año.

En el departamento de Antioquia, tal como se evidencia en el capítulo I, Contexto Territorial y Demográfico, en la dinámica poblacional existen diferencias en los indicadores sociales y económicos, tanto a nivel subregional, como al interior de los mismos municipios, lo cual determina el comportamiento de indicadores como la mortalidad infantil y materna.

Figura 76. Índice de concentración de la mortalidad infantil vs NBI. Antioquia



Fuente: NBI: Ministerio de Salud y Protección Social 2018
Tasa de Mortalidad: SISPRO – MSPS 2018
Nacidos Vivos: DANE 2018

2.1.8.1. Mortalidad Materna con índice de calidad de vida:

Según María Florencia Arnaudo, Doctora en Economía e integrante del Grupo de Economía e Ingeniería de Sistemas de Salud (GEISS), “La identificación y medición de las diferencias en las condiciones de salud y de vida constituyen el primer paso para reconocer inequidades en salud, y por lo tanto, para el diseño y ejecución de acciones tendientes a disminuirlas y, eventualmente, eliminarlas”, no obstante, atribuir las diferencias en las condiciones de salud solamente a los determinantes socioeconómicos medidos a partir de las Necesidades Básicas Insatisfechas, no es suficiente ya que existen otros factores, culturales, educativos, medioambientales, de infraestructura, que influyen sobre las condiciones de salud, que no están totalmente captados por dicho indicador. Por lo tanto, para una mejor comprensión de la dinámica de

las diferencias de salud, es necesaria la construcción de una "red de causalidad, capaz de representar no sólo las relaciones entre los factores socioeconómicos y el indicador de salud bajo análisis, sino también, los efectos que intervienen en las acciones de salud, que conjuntamente con los primeros, pueden afectar intensamente la respuesta".

En las últimas décadas, diversas investigaciones muestran la relación entre los bajos ingresos y la pobreza de la población y su déficit de salud. En efecto, en los países que han alcanzado menor nivel de desarrollo, se evidencian peores resultados sanitarios que en los de mayor desarrollo, y dentro de cada país, las personas de bajos ingresos tienen más problemas de salud que las de altos ingresos. En este sentido, los grupos de población que



presentan las condiciones socioeconómicas y culturales más desfavorables tienen menor acceso a los servicios de salud, que, a su vez, en general, son de baja calidad. Esto redundaría en una prevalencia de enfermedades crónicas tratables y prevenibles, e incluso tasas de mortalidad mayores. (Dallolio, 2012; Wagstaff, 2002).

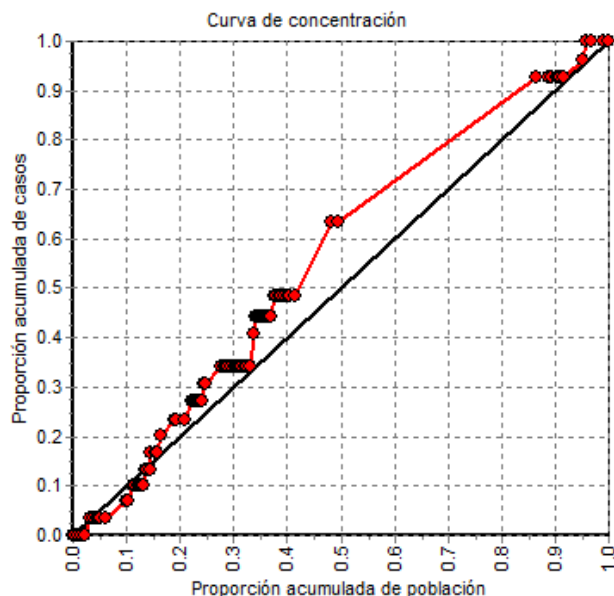
La relación entre las desigualdades de salud de la población y los factores socioeconómicos, pueden valorarse a partir de diversos indicadores que intentan captar el efecto de la situación socioeconómica sobre las condiciones de salud o su impacto, tanto en términos relativos como absolutos. (Berkman y Kawachi, 2000).

En Antioquia, durante el 2018 se presentaron casos de muerte materna en 17 municipios de los 125, que conforman la totalidad de

Departamento, se realiza la curva de concentración, teniendo en cuenta el cálculo de la tasa de mortalidad materna para el último año del período evaluado, utilizando el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) entregado por el DANE para el año 2018.

En los municipios del Departamento, que presentaron casos de muertes maternas, durante el año 2018, se puede observar que alrededor del 63% de éstas, se concentran en el 50% de municipios con necesidades básicas insatisfechas. No se evidencia una asociación clara entre los municipios que presentan una menor proporción para el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y los casos de muerte materna, lo anterior, debido a que este indicador solo afecta al 13.6% de los municipios del Departamento (índice de concentración: -0.123).

Figura 77. Índice de concentración de la mortalidad Materna vs NBI. Antioquia



Fuente: NBI: Ministerio de Salud y Protección Social 2018
Tasa de Mortalidad: SISPRO – MSPS 2018
Nacidos Vivos: DANE 2018



2.1.8.2. Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI.

Los índices estimados se basaron en comparaciones dos a dos, para categorías ordenadas con la variable socioeconómica de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Mortalidad Materna con Índice de Calidad de Vida:

La mortalidad materna, es un evento influenciado por las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud de las mujeres, por eso es importante observar las diferencias en su comportamiento, en dos subregiones de Antioquia con condiciones de vida extremas; para el caso se comparan los indicadores entre la subregión de Urabá, la cual tiene el Índice de Calidad de Vida más bajo del Departamento, y la subregión del Valle de Aburrá, en la cual se identificó el mejor Índice de Calidad de Vida, encontrándose lo siguiente:

El cociente de tasas extremas: La mortalidad materna es 2,35 veces más alta en la subregión con menor Índice de Calidad de Vida (Urabá) que en la subregión con mayor Índice de Calidad de Vida (Valle de Aburrá).

El cociente ponderado de tasas extremas: La subregión con menor Índice de Calidad de Vida tiene 88 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos que en la subregión con mayor Índice de Calidad de Vida.

Las diferencias de tasas extremas ponderadas: La subregión con menor Índice de Calidad de Vida tiene 23 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos que la

subregión con mayor Índice de Calidad de Vida ajustado por el tamaño poblacional de cada grupo.

El riesgo atribuible poblacional: Si todas las subregiones tuvieran la misma tasa de mortalidad materna que la subregión con mayor Índice de Calidad de Vida, se reduciría la mortalidad materna en 15 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

El riesgo atribuible poblacional relativo: Si todas las subregiones del departamento de Antioquia, tuvieran la misma tasa de mortalidad materna que la subregión con mejor Índice de Calidad de Vida, las muertes maternas se reducirían en un 29%.

Mortalidad Infantil y Necesidades Básicas Insatisfechas

El coeficiente de concentración es una medida resumen de la desviación de la curva de concentración con respecto a la diagonal de igualdad. El valor del índice de concentración depende de las características de la variable de salud considerada. Así, si se trata de una variable que favorece la salud, el índice será positivo, con un rango entre [0,1], si el índice tiende a cero, significa que se presenta una menor desigualdad y en tanto se acerque a 1, mayor desigualdad. En cambio, si se trata de una variable negativa para la salud, el índice será negativo, con un rango entre [-1,0].

Para el análisis de las desigualdades, la población se agrupa en quintiles de población ordenados, en orden ascendente, según el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Así, el primer quintil incluye al 20% de la población con el



menor porcentaje de NBI, es decir, la de mayor nivel socioeconómico. Mientras que el último quintil, agrupa al 20% de la población con el menor nivel socioeconómico, esto es, el mayor porcentaje de hogares con NBI. Luego de este agrupamiento para cada quintil se calcula el promedio del porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), y la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), a partir del total de niños menores de un año fallecidos y el total de niños nacidos vivos en el período evaluado.

La Diferencia de tasas: se calcula como la diferencia entre las tasas correspondientes a los grupos extremos, indica cuántos sucesos - muertes - se producen en el grupo menos favorecido, con relación a las del grupo más favorecido.

El Riesgo Atribuible Poblacional (RAP), integra el grupo de las medidas de impacto y permite estimar el cambio que se produce en el indicador de salud en el caso hipotético de que toda la población cuente con el nivel socioeconómico del grupo más favorecido. Este indicador puede tomar valores entre 0 y 1, reflejando la existencia de igualdad y perfecta desigualdad respectivamente. El cálculo: $RAP =$

TMI - TMA del grupo con mayor nivel socioeconómico.

El cociente de tasas extremas: la mortalidad infantil es 1,5 veces más alta en la subregión con menor Índice de Calidad de Vida (Urabá), que en la subregión con mayor Índice de Calidad de Vida (Valle de Aburrá).

El Cociente ponderado de tasas extremas: al evaluar la tasa de mortalidad infantil, en la subregión con mayor Índice de Calidad de Vida, se presentan 61% menos muertes que en la subregión con menor Índice de Calidad de Vida.

La diferencia de tasas extremas: la subregión con menor Índice de Calidad de Vida tiene 4 muertes infantiles más por cada 100.000 nacidos vivos que la subregión con mayor Índice de Calidad de Vida.

Las diferencias de tasas extremas ponderadas: la subregión con menor Índice de Calidad de Vida, tiene 1 muerte infantil más por cada 100.000 nacidos vivos que la subregión con mayor Índice de Calidad de Vida (ajustado por el tamaño poblacional de cada grupo).

Tabla 38. Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI. Antioquia, 2016

Índice	RMM	TMI
Cociente de tasas extremas		0
Cociente ponderado de tasas extremas		0
Diferencia de tasas extremas	0	-2,481
Diferencia ponderada de tasas extremas	0	-0,155
Riesgo atribuible poblacional	28,789	7,11
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	100	74,13

Fuente: DANE - SISPRO – MSPS

2.1.9. Determinantes estructurales

2.1.9.1. Etnia y área de residencia.

En las tasas de mortalidad materna, se identificaron defunciones en la etnia de afrocolombianos, en la cual se identifica un aumento de 98,5 puntos de 2017 a 2018, y un 75,8% más muertes en este grupo con respecto a otras etnias; por lo cual en estas poblaciones se deben focalizar las actividades de salud pública, como los controles prenatales, atención del parto y del puerperio, así como la atención neonatal adecuada.

En la mortalidad neonatal, para el año 2018, con respecto al 2017, se evidencia un incremento en cuanto al riesgo de morir, durante los primeros 28 días, en la población indígena, dicha situación podría estar reflejando mayores inequidades en este grupo étnico, la falta de enfoque diferencial para la

atención de estas poblaciones en las subregiones, y el fortalecimiento de sus sistemas curativos tradicionales, a través de los cuales, se realicen acciones de prevención y atención en salud específicas para esta población, de acuerdo con sus creencias y cultura.

Entre 2017 y 2018, se presenta un incremento en la tasa de la mortalidad materna en todas las áreas, con un mayor impacto de la mortalidad en el área rural dispersa para el año 2018. Se corrobora, que el área de residencia habitual, se comporta como un determinante importante para la ocurrencia de la muerte materna.

Para la mortalidad neonatal se evidencia una disminución en todas las áreas del Departamento. Para el año 2018 se presentó la tasa de mortalidad más alta en el área rural dispersa, no obstante, ésta presenta la mayor disminución durante el período.

Tabla 39. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal por etnia. Antioquia, 2017 – 2018

Etnia	2017	2018	Cambio
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos			
Indígena	0,0	0,0	0,0
Rom (gitano)	0,0	0,0	0,0
Raizal (San Andrés y providencia)	0,0	0,0	0,0
Palenquero de san basilio	0,0	0,0	0,0
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	45,1	143,6	98,5
Otras etnias	26,9	34,7	7,7
No reportado	0,0	0,0	0,0
Total general	27,3	37,5	10,2
Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos			
Indígena	24,8	26,3	1,5
Rom (gitano)	0,0	0,0	0,0
Raizal (San Andrés y providencia)	0,0	0,0	0,0
Palenquero de San Basilio	0,0	0,0	0,0
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	10,8	7,2	-3,7
Otras etnias	5,6	5,2	-0,4
No reportado	0,0	0,0	0,0
Total general	5,9	5,4	-0,5

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales – DANE. Fecha de consulta 25 de enero 2021



Tabla 40. Indicadores de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Antioquia, 2017 – 2018

Área	2017	2018	Cambio
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos			
Cabecera	25,1	33,0	7,90
Centro Poblado	47,3	47,8	0,51
Área rural dispersa	30,8	54,0	23,14
Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos			
Cabecera	5,4	5,2	-0,18
Centro Poblado	6,6	5,3	-1,36
Área rural dispersa	8,0	6,5	-1,54

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

Fecha de consulta 25 de enero de 2021

2.1.1 Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno - infantil

Tabla 41. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil del departamento de Antioquia, 2018

Mortalidad	Prioridad	Antioquia	Colombia	Tendencia 2005 a 2018	Grupos de Riesgo (MIAS)	PROBLEMA IDENTIFICADO 2020-PROYECTO
General por grandes causas*	1. Enfermedades del sistema circulatorio	143,0	152,4	Decreciente	001	Problema 7
	2. Las demás causas	116,1	121,3	Decreciente	002	
	3. Neoplasias	106,8	94,5	Estable	007	Problema 7
	4. Causas externas (en hombres)	122,5	101,4	Decreciente	012	
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades del sistema circulatorio: enfermedades isquémicas del corazón	70,8	80,8	Decreciente	001	Problema 7
	2. Enfermedades del sistema circulatorio: enfermedades cerebrovasculares	29,0	32,4	Decreciente	001	Problema 7
	3. Todas las demás: Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	33,2	28,2	Decreciente	002	Problema 7
	4. Neoplasias: Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	16,2	9,5	Fluctuante	007	Problema 7
	5. Neoplasias: Tumor maligno de mama (en mujeres)	12,2	12,7	Fluctuante	007	Problema 7
	6. Neoplasias: Tumor maligno de cuello de útero	3,9	6,4	Decreciente	007	Problema 7

Mortalidad	Prioridad	Antioquia	Colombia	Tendencia 2005 a 2018	Grupos de Riesgo (MIAS)	PROBLEMA IDENTIFICADO 2020-PROYECTO
	7. Causas externas: Agresiones (homicidios) (en hombres)	65,5	46,7	Decreciente	012	Problema 15
	8. Causas externas: Accidentes de tránsito	13,0	14,3	Estable	012	Problema 31
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones del periodo perinatal (menores de un año)	4,3	5,8	Decreciente	008	Problema 13
	2. Causas externas de morbilidad y mortalidad (de 1 a 4 años)	7,4	9,9	Decreciente	000	Problema 10
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Mortalidad materna	37,5	45,3	Decreciente	008	Problema 13
	2. Mortalidad en la niñez	10,2	13,8	Decreciente	008	Problema 10
	3. Mortalidad por desnutrición (en menores de cinco años)	1,9	9,1	Decreciente	003	Problema 9

Fuente: Elaboración propia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020.

Conclusiones

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las 10 primeras causas de muerte en el mundo, están dadas por dos grandes grupos, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y las enfermedades transmisibles, siendo la primera causa la cardiopatía isquémica, la segunda el accidente cerebrovascular, y en tercer lugar se encuentra la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Se debe tener presente, que, a raíz de la infección respiratoria, por el nuevo virus (SARS-COV2), el comportamiento de estos indicadores se verá alterado por el impacto que esta enfermedad tendrá en la mortalidad a nivel mundial.

En Colombia, la principal causa de muerte corresponde a enfermedades cardiovasculares, seguida por enfermedades

tumorales, pulmonares y por traumas. En los hombres; se observa que las enfermedades cardiovasculares a partir de los 50 años explican más del 20% de la tasa cruda de mortalidad; los traumas, causan más del 80% de los fallecimientos de personas entre los 15 y 25 años; y las enfermedades tumorales explican más del 20% de la mortalidad a partir de los 50 años. En las mujeres, a partir de los 50 años, tienen mayor impacto la mortalidad relacionada con las enfermedades cardiovasculares, las cuales aportan un 23%; a partir de los 30 años, son los tumores con un 25%, y las enfermedades endocrinas, nutricionales y los traumas en mujeres jóvenes, pero en menor proporción que en los hombres.

En el departamento de Antioquia, las principales causas de muerte están



determinadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, de las cuales las patologías relacionadas con el sistema circulatorio, aportaron 9.909 fallecimientos durante el año 2018, siendo las enfermedades isquémicas del corazón, las que generan el mayor riesgo de morir en los habitantes del Departamento, situación similar a lo reportado para el mundo y lo evidenciado en Colombia.

Las demás causas, con 7.981 fallecimientos, entre las que se incluye la diabetes y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, ocupan el segundo lugar.

El tercer lugar en la mortalidad, lo ocupan las neoplasias o tumores, con 7.472 fallecidos, concentrando un gran número de muertes en el Valle de Aburrá y de estos el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago que es el que más muertes presenta.

A diferencia de lo reportado para el mundo, las causas externas aparecen dentro de las 10 primeras causas, ocupando un cuarto lugar, con tendencia al aumento, siendo las agresiones (homicidios), las que aportan el mayor número de fallecimientos, evidenciándose que los habitantes del Bajo Cauca son los que presentaron el mayor riesgo de morir por esta causa, en contraste con la subregión del Oriente en la cual se evidencia la menor tasa de muertes por agresiones.

Se evidencia que el mayor número de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP), lo aportaron las causas externas, con el 30% del total de las muertes prematuras, esta situación afecta en mayor grado a la población económicamente

activa, disminuyendo la fuerza laboral de los municipios. Es preocupante que continúen las causas externas contribuyendo a este indicador, debido a que son causas en gran medida prevenibles.

Para los hombres, el VIH/SIDA, representa una causa importante de mortalidad, situación que pueda deberse a que son menos adherentes al tratamiento, teniendo en cuenta que se dispone de los medicamentos y seguimiento necesario, a través de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

La septicemia no neonatal, es aún frecuente como causa de mortalidad y en las mujeres puede relacionarse con el peso que tiene la sepsis en el embarazo.

La tuberculosis, como causa de muerte, es un intolerable, que evidencia las condiciones no solo de acceso a un diagnóstico y tratamiento disponible, sino a factores sociales de hacinamiento, a indicadores de pobreza, a las inequidades, pero también a la asociación con otras condiciones de salud, como son, el VIH/SIDA y la farmacoresistencia, es importante resaltar que el 80% de los casos reportados para el Departamento, corresponden a la subregión del Valle de Aburrá.

En los últimos 6 años el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon ha presentado las tasas más altas y sostenidas de las neoplasias, no así el tumor maligno de tráquea, los bronquios y pulmones que presenta un descenso en estos últimos años, los tumores relacionados al sexo como son próstata y mama, presentan un

descenso en el último año, puede deberse a la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento en ambos, el tumor de cuello uterino presenta una tendencia al descenso desde el 2005, evidenciando que la citología a tiempo ha impactado en este tipo de cáncer y además, que probablemente tienda a reducirse aún más si a todas las nuevas generaciones se les aplica la vacuna del Papiloma Virus Humano (PVH), las muertes por cáncer de cuello para el año 2018 son 149, para los hombres se reportan 434 muertes por tumor maligno de próstata.

Las leucemias cobran más vidas en las subregiones de Urabá y Oriente con 19 casos cada uno, situación que puede encontrarse relacionada con el uso de agroquímicos y tóxicos empleados para la producción de los alimentos en zonas de grandes cultivos.

Ciertas afecciones originadas en el período perinatal, evidencia que las subcausas de trastornos respiratorios específicos del período perinatal, alcanzan alrededor del 39%, en general puede decirse que existe una tendencia a la disminución en los últimos años analizados, reducción que pueda deberse a las estrategias de vacunación contra tosferina e influenza de las embarazadas, estrategia que se viene fortaleciendo a partir del 2013 en el Antioquia.

El grupo de las causas externas aporta a la mortalidad un riesgo alto, tanto para hombres como para mujeres, al desagregar en cada subgrupo es evidente que las agresiones (homicidios) se posesionan como el mayor riesgo de muerte para este grupo de causas en la población general durante los catorce años

evaluados, la segunda causa son los accidentes de transporte terrestre, con una tendencia a la reducción en el período. Por subregiones se evidencia que las agresiones (homicidio), en el Bajo Cauca presentan una tasa de 120,1 muertes por 100.000 habitantes, seguido del Nordeste con 84,1. La subregión con menor riesgo de morir por estas causas fue Oriente 20,2 muertes por 100.000 habitantes.

Con relación a los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), se espera para el 2030 disminuir la mortalidad neonatal a 12 muertes por 1.000 nacidos vivos en Colombia. El departamento de Antioquia ya cumple la meta, dado que desde el 2012 la tasa de mortalidad neonatal oscila entre 5,5 y 6,2 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 a 4 años están determinadas por, causas externas de morbilidad y mortalidad, seguido de las enfermedades del sistema respiratorio, situación que puede deberse al impacto de las estrategias del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que ha incluido nuevos esquemas y vacunas de protección del niño de 1 a 4 años, alcanzando coberturas que favorecen la reducción de la mortalidad en este grupo en específico de las infecciones respiratorias, situación que para el año 2020 por el SARS-COV2 se espera aumente no solo debido a diagnóstico de este nuevo virus en los niños, sino por el impacto negativo en los esquemas de vacunación por las cuarentenas y aislamientos prolongados.

Si bien, para Colombia y Antioquia la meta de ODS ya se alcanzó, la muerte materna aún sigue fluctuando para el Departamento y no



muestra una tendencia franca al descenso sostenible, de los 13 años analizados, 8 presentan aumento en la tasa, en los últimos 5 años ha estado entre 27,3 y 52 por 100.000 nacidos vivos, se evidencia que la mortalidad materna, no afecta a todas las subregiones de igual manera, situación que puede estar determinada por la fecundidad y natalidad presentada, así como por la oportunidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud, además de factores socioculturales.

La mortalidad infantil presenta tendencia a la disminución, tanto para el país como para el Departamento, evidenciando una tasa más baja en Antioquia, de 8,5 por 1.000 nacidos vivos. Al desagregar por subregiones, las diferencias son marcadas, por ejemplo, la tasa más alta la presenta Bajo Cauca (13,4), seguida de Occidente (11,7) y Urabá (11,4) por mil nacidos vivos, en contraposición con las subregiones del Nordeste y Valle de Aburrá que presentan unas tasas de 6,6 y 6,8 respectivamente.

Al analizar esta mortalidad por subregión se evidencia la inequidad y desigualdad del territorio, donde las subregiones de mayor ruralidad como Bajo Cauca, Oriente y Urabá, lugar en el cual están asentados los grupos más vulnerables como los indígenas y afros, tienen mayor peso con relación al resto de la población, hay que profundizar en el análisis de las “causas de las causas” de los determinantes sociales de la salud. La mortalidad en la niñez, presenta a través de los años analizados, una tendencia a la reducción, pero aún con tasas altas de 10,2 por 1.000 nacidos vivos, un poco inferior a las tasas del país.

2.2. Análisis de la morbilidad

La morbilidad se define entre otras, como el estudio de una enfermedad en una población, en el sentido de la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado, permitiendo conocer los padecimientos percibidos de la población y que a través de las estadísticas permite calcular la cantidad de servicios y la demanda de estos.

El registro de la morbilidad es fundamental cuando va más allá de la producción de indicadores de gestión y/o rendimiento. Su importancia no solo es para disponer de información, ni la cantidad de prestaciones que se otorga, sino saber qué enfermedades o lesiones originaron las atenciones.

En esta descripción se analizará la morbilidad agrupada extraída de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de alto costo, Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – SIVIGILA, y otra información que contribuye al análisis de este componente en el territorio.

2.2.1. Morbilidad atendida:

En los últimos 10 años, 2009-2019, en Antioquia se han realizado un total de 147'622.389 atenciones en salud, de las cuales, el 67,7% han sido relacionadas con enfermedades no transmisibles, seguidas por signos y síntomas mal definidos 12,9%, condiciones transmisibles y nutricionales 11,9%, lesiones 5,7% y condiciones materno perinatales 1.7% respectivamente.

2.2.1.1. Principales causas de morbilidad

Llama la atención en la morbilidad atendida el porcentaje apreciable de consultas que despliegan un desenlace irresuelto de causas que fueron clasificadas como signos y síntomas mal definidos (12,9%) con respecto a los cuales no se ha registrado ningún diagnóstico clasificable. Esto es trascendente, dado que la proporción de causas mal definidas, además de ser un trazador de la calidad de los datos de morbilidad, constituye también un indicador de la calidad de la atención médica que se brinda a la población, lo cual amerita procesos de capacitación continua en codificación de causas al personal médico, que permitan a corto plazo elaborar perfiles de salud más ajustados a la realidad y que den cuenta de las verdaderas causas de enfermar y morir de la población antioqueña.

Del total de atenciones, el 61% se realizan en mujeres y el resto en hombres, a razón de 63 consultas en hombres por cada 100 realizadas a mujeres, siendo un hecho conocido que las mujeres consumen más servicios de salud que los hombres. Según el estudio "Género, equidad y acceso a servicios de salud", patrocinado en el año 2001 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se describe que la mayor utilización de servicios en salud por las mujeres no constituye necesariamente una expresión de un privilegio social. Las diferencias en los patrones de utilización de servicios entre hombres y mujeres son el reflejo de: 1) principalmente, distintos tipos de necesidades de atención; 2) patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención, y 3) factores estructurales e

institucionales que facilitan u obstruyen diferencialmente el acceso a los servicios de salud.

Las mujeres tienen una necesidad objetiva de servicios de salud mayor que los hombres. Además de los problemas que comparten con los varones, las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio. Así mismo, en comparación con los hombres, las mujeres presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida y, por su mayor longevidad, tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas con la edad. La autopercepción de la enfermedad es también sistemáticamente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y esta diferencia se mantiene en diferentes culturas, regiones geográficas y estratos socioeconómicos. Las expectativas culturales y el ejercicio de estas, en cuanto al rol de "cuidadoras" de la salud hacen que las mujeres, más que los hombres, aprendan a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales o informales de cuidado de la salud. Por el contrario, los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que se contradicen con la imagen cultural masculina de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio.

Al respecto, varios autores coinciden en afirmar que, aunque las mujeres muestran una mayor preocupación por la salud y tienden a solicitar ayuda más frecuentemente que los hombres, cuando se enfrentan a problemas de

salud graves y reales, las mujeres y los hombres no difieren sustancialmente en su conducta de búsqueda de atención.

Por otro lado, en los ciclos de la vida por edades, los efectos en la salud o la enfermedad y la utilización de los servicios de salud, desde el punto de vista epidemiológico, depende en gran parte de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta, presentes en cada individuo y que son influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

Desde ese enfoque frente a los ciclos de vida, las atenciones en los adultos de 27-59 años representaron el 42% de las consultas, y en este rango, debe tenerse en cuenta lo bastante amplio que es este grupo, dado que contiene una importante porción de población económicamente activa, ya expuesta en la gran mayoría de casos, a riesgos laborales que repercutirán en las atenciones dadas en los adultos mayores (60 y más años) que tuvieron el 23% de las atenciones. Le siguen las consultas de jóvenes (18-26 años) con el 16%, adolescentes (12-17 años) 8%, primera infancia (0-5 años) 7% e infantes (6-11 años) 4%.

Bajo este mismo concepto y considerando las grandes causas de morbilidad, la primera causa de consulta en todos los grupos de edad son las enfermedades no transmisibles con 99'975.267 consultas y porcentajes que van en

aumento paulatino, impactando en mayor proporción a los grupos de edad más avanzados, pasando de 39% en la primera infancia al 81,42% en la vejez. Le siguen las consultas relacionadas con signos y síntomas mal definidos con 19'114.090 atenciones, sin diferencias proporcionales en los diferentes grupos. Posteriormente se ubican las condiciones transmisibles y nutricionales con 17'582.266 consultas y en estas últimas las proporciones son inversas respecto a los anteriores grupos de edad, que van desde 4,72% en la vejez aumentando a el 38% en la primera infancia. Para ninguno de los grupos de edad se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones según sexo. Finalmente, están las lesiones con 8'380.280 atenciones, siendo los grupos de adolescentes, jóvenes e infantes quienes tuvieron los mayores porcentajes de demanda. En condiciones maternas perinatales los ciclos de vida juventud y primera infancia demandaron en mayor proporción los servicios con 2'570.468 atenciones.

En el comparativo de los años 2009-2019 y teniendo en cuenta los subgrupos de morbilidad de la lista corta manejada en este análisis, así como el porcentaje de variación, el cual para todos los casos muestra un aumento en el número de consultas, los eventos mórbidos por los que han consultado principalmente los antioqueños descartando los signos y síntomas mal definidos (12,9%), corresponden en su orden a los eventos cardiovasculares (11%) y las enfermedades musculoesqueléticas (10%) como los principales eventos de mayor consulta relacionados con enfermedades no transmisibles, frente a los otros eventos de esta misma clasificación (ver tabla No 27).

Respecto a las condiciones transmisibles y nutricionales, las infecciones respiratorias (6%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (5%) figuraron con las mayores cifras. Entre el grupo de lesiones, los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (5%), figuran en los motivos de consulta. Finalmente, en las condiciones materno - perinatales, las condiciones maternas aportaron la mayor proporción de consultas.

Si bien, la variación porcentual de consultas en la década va en aumento, éstas, comparativamente entre los años 2018 – 2019 presentan una disminución en algunas causas de morbilidad, por circunstancias que ameritan estudios minuciosos para comparar las causas que presentan dicha disminución. Las reducciones de consultas se presentan en todos los ciclos vitales en la morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales y en los adultos mayores para signos y síntomas mal definidos.

Tabla 42. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo de vida. Antioquia 2009-2019

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

Fuente: SISPRO - RIPS



2.2.2. Principales causas de morbilidad en hombres

En los hombres igualmente se observa que la mayor proporción de consultas durante el período evaluado se generan por enfermedades no transmisibles, las cuales fueron aumentando a medida que aumenta la edad; en el año 2018, el 80,87% de las consultas en los antioqueños se dieron por este grupo de enfermedades.

En los adolescentes y jóvenes se observan las

proporciones más altas de consultas por lesiones, con respecto a los otros ciclos vitales.

Al comparar la distribución de las consultas entre los años 2018 y 2019, se puede observar una disminución en la proporción de consultas por enfermedades transmisibles y nutricionales en la primera infancia y en los jóvenes. En la primera infancia aumentan las consultas por lesiones y entre los adultos mayores aumentan las consultas por enfermedades no transmisibles.

Tabla 43. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en hombres. Antioquia, 2009 –2019

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

Fuente: SISPRO – RIPS



2.2.3. Principales causas de morbilidad en mujeres

Durante el período evaluado las consultas en las mujeres menores de 15 años por condiciones transmisibles y nutricionales, presentan tendencia a la disminución, pasando de 44,3% en 2009 a 31,5% en 2019; en contraste, las consultas por enfermedades no transmisibles y lesiones aumentan progresivamente en el período.

La mayor proporción de consultas por condiciones maternas y perinatales entre las mujeres se observó en el grupo de jóvenes (14 a 26 años), durante todo el período. En las adolescentes se observa el mayor porcentaje de consultas por lesiones, aunque en menor proporción, comparado con los hombres del mismo ciclo vital; este comportamiento tiende al aumento.

Tabla 44. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en mujeres. Antioquia, 2009–2019

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

SISPRO-RIPS-MSPS



2.3. Morbilidad específica por subgrupo

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utiliza la lista de estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), que permite analizar las siguientes categorías de grandes causas de morbilidad, la cual está compuesta por: condiciones transmisibles y nutricionales que a su vez se clasificaron en: deficiencias nutricionales, enfermedades infecciosas y parasitarias e infecciones respiratorias.

En las condiciones maternas y perinatales se encuentran: las derivadas durante el período perinatal y las condiciones maternas; y las enfermedades no transmisibles se clasifican en: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades musculo-esqueléticas, enfermedades de los órganos de los sentidos, enfermedades de la piel, enfermedades genitourinarias, enfermedades digestivas, enfermedades endocrinas, diabetes mellitus, condiciones neuropsiquiátricas, condiciones orales, neoplasias malignas, otras neoplasias y anomalías congénitas.

Para el grupo de lesiones se incluyeron, lesiones de intencionalidad indeterminada, lesiones intencionales, lesiones no intencionales, traumatismos, envenenamientos o algunas otras consecuencias de causas externas.

2.3.1. Condiciones transmisibles y nutricionales

Durante el período evaluado en este grupo de enfermedades, se realizan 17'582.266 atenciones; con una tendencia estable en el tiempo, pasando de 1'541.672 atenciones en el año 2009 a 2'156.151 en el 2019, con una variación porcentual de 39,9% en el último año con respecto al primero. Las causas con mayor proporción de atenciones en este subgrupo son: infecciones respiratorias con un 52,01%, seguido por 45,07% enfermedades infecciosas y parasitarias y en tercer lugar las deficiencias nutricionales con un 2,92%, las cuales presentan un comportamiento estable en el tiempo.

Al realizar el comparativo de porcentajes de atención entre el año 2018 con el año 2019, se observa un aumento en enfermedades infecciosas y parasitarias de 0,15 puntos porcentuales y en infecciones respiratorias de 0,95 puntos porcentuales, una disminución en deficiencias nutricionales de 1,10.

Teniendo en cuenta el comportamiento general de las enfermedades transmisibles y nutricionales, la principal causa de consulta dentro de este grupo se debe a procesos de infecciones respiratorias, las cuales han prevalecido durante el período evaluado en los últimos tres años. Esta situación se ve afectada por factores como el modo de transmisión y la mala calidad del aire en Medellín.

Al analizar el comportamiento por sexo, se observa que el mayor porcentaje de consulta en los hombres corresponden a enfermedades infecciosas y parasitarias con 50,9%, seguido de infecciones respiratorias 46,8% y en última instancia las deficiencias nutricionales 2,4%, durante el año 2019.



Para las mujeres, durante el año 2019, el principal motivo de consulta fue por infecciones respiratorias, 52,9%, seguido de

enfermedades infecciosas y parasitarias, 42,6% y deficiencias nutricionales, 4,5%.

Tabla 45. Distribución porcentual de condiciones transmisibles y nutricionales. Antioquia 2009 – 2019

		Total											
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ pp 2019-2018
		Condiciones transmisibles y nutricionales	Deficiencias nutricionales	2,64	2,30	2,31	2,51	2,92	3,04	3,11	2,73	2,98	3,35
	Enfermedades infecciosas y parasitarias	41,44	46,16	43,24	44,64	44,08	44,76	46,45	47,98	44,52	45,48	46,42	0,94
	Infecciones respiratorias	55,91	51,54	54,45	52,85	52,99	52,20	50,44	49,29	52,50	51,17	50,07	-1,10
		Hombres											
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ pp 2019-2018
		Condiciones transmisibles y nutricionales	Deficiencias nutricionales	1,84	1,59	1,57	1,56	1,97	1,98	2,10	1,79	2,11	2,33
	Enfermedades infecciosas y parasitarias	43,57	48,49	46,13	48,00	47,45	48,77	50,06	52,23	48,96	49,82	50,88	1,06
	Infecciones respiratorias	54,59	49,92	52,29	50,44	50,57	49,25	47,84	45,98	48,93	47,85	46,77	-1,08
		Mujeres											
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ pp 2019-2018
		Condiciones transmisibles y nutricionales	Deficiencias nutricionales	3,28	2,89	2,91	3,30	3,70	3,93	3,92	3,52	3,71	4,20
	Enfermedades infecciosas y parasitarias	39,76	44,25	40,89	41,82	41,33	41,40	43,58	44,40	40,78	41,84	42,57	0,73
	Infecciones respiratorias	56,96	52,86	56,20	54,87	54,97	54,67	52,50	52,07	55,51	53,96	52,93	-1,03

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

2.3.2. Condiciones maternas perinatales

Durante el período evaluado (2009-2019), se presentaron 2'570.468 atenciones, correspondientes a condiciones maternas perinatales. Las causas con mayor proporción de atención en este subgrupo son las condiciones maternas, con una tendencia fluctuante en el tiempo.

Entre hombres y mujeres se presenta un comportamiento diferente en las subcausas, las mujeres aportan el 93,9% de consultas en las condiciones maternas, mientras que, para los hombres, como es de esperarse, la principal causa de consulta fueron las condiciones derivadas del período perinatal, aportando el 97,1%, en el último año de estudio.

Tabla 46. Morbilidad específica en condiciones maternas – perinatales. Antioquia 2009 – 2019

		Total											
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ pp 2019-2018
		Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	13,46	15,22	13,62	13,68	14,90	18,77	17,70	13,40	13,54	14,73
	Condiciones maternas	86,54	84,78	86,38	86,32	85,10	81,23	82,30	86,60	86,46	85,27	88,06	2,79

		Hombres											
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ pp 2019-2018
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	95,24	93,89	96,71	96,74	98,22	98,85	99,12	98,85	97,99	97,68	97,12	-0,56
	Condiciones maternas	4,76	6,11	3,29	3,26	1,78	1,15	0,88	1,15	2,01	2,32	2,88	0,56
		Mujeres											
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ pp 2019-2018
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones derivadas durante el periodo	8,14	9,38	7,65	7,81	9,10	12,40	10,72	6,77	6,93	7,70	6,06	-1,64
	Condiciones maternas	91,86	90,62	92,35	92,19	90,90	87,60	89,28	93,23	93,07	92,30	93,94	1,64

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

2.3.3. Enfermedades no transmisibles

Durante el período de análisis, la mayor proporción de uso de servicios de salud para el departamento de Antioquia, la aportan las enfermedades no transmisibles, registrando 99'975.282 atenciones, con una tendencia fluctuante en el tiempo. Para el año 2009 se realizaron 6'471.484 atenciones, mientras que para el año 2019, esta cifra asciende a 15'136.505 atenciones.

Las causas con mayor proporción de atenciones en este subgrupo son: enfermedades cardiovasculares 16,29%, seguido de enfermedades músculo-esqueléticas 15,54%, condiciones orales 11,09% y las enfermedades genitourinarias 10,73%.

Al realizar el comparativo de porcentajes de atención entre el año 2018 y el 2019, se observa un aumento en otras neoplasias, diabetes mellitus, desordenes endocrinos, condiciones neuropsiquiátricas, enfermedades

de los órganos de los sentidos, enfermedades digestivas, anomalías congénitas y condiciones orales, así mismo, se evidencia una disminución de enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades genitourinarias, enfermedades de la piel y por último enfermedades músculo-esqueléticas.

Al analizar por sexo en este grupo de condiciones no transmisibles para el año 2019, se observa que el 61,74% corresponde a mujeres, como primera causa de atención aparecen las enfermedades cardiovasculares 15,99%, en segundo lugar, se presentan las enfermedades músculo-esqueléticas 15,89% con valores fluctuantes, en tercer lugar, se encuentran las enfermedades orales 10,12%. En los hombres se destacan como principales motivos de consulta, las enfermedades cardiovasculares 16,76%, enfermedades músculo-esqueléticas 14,96%, y condiciones orales 12,64%.

Tabla 47. Morbilidad específica en enfermedades no transmisibles. Antioquia 2009 – 2019

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total											Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	0,45	0,48	0,48	0,56	0,59	0,55	0,61	0,61	0,56	0,55	0,55	0,00
	Condiciones neuropsiquiátricas	6,68	6,74	6,54	7,17	7,25	7,43	8,19	8,82	8,40	9,30	9,68	0,38
	Condiciones orales	11,20	12,54	13,97	14,59	14,58	15,24	15,40	13,25	11,28	10,73	11,09	0,36
	Desordenes endocrinos	5,08	5,19	5,61	6,07	5,63	5,44	5,25	5,47	5,59	5,99	6,12	0,13
	Diabetes mellitus	2,72	3,51	3,90	3,06	3,02	3,11	3,15	3,65	3,97	3,93	4,12	0,19
	Enfermedades cardiovasculares	18,63	19,21	18,53	15,50	16,44	16,66	14,90	14,68	16,33	16,19	16,29	0,10
	Enfermedades de la piel	6,49	5,93	5,85	5,78	5,70	5,38	5,14	5,33	5,29	5,33	5,15	-0,18
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	8,40	7,87	7,09	7,02	7,58	6,92	7,77	7,87	7,84	7,21	7,07	-0,14
	Enfermedades digestivas	6,86	6,68	6,30	6,67	6,47	6,25	6,05	6,13	5,91	6,04	6,09	0,05
	Enfermedades genitourinarias	12,33	11,24	10,77	11,38	11,20	11,24	11,03	10,73	10,82	10,90	10,73	-0,16
	Enfermedades musculoesqueléticas	13,07	12,61	12,96	13,81	13,83	14,27	14,74	15,69	16,04	16,03	15,54	-0,49
	Enfermedades respiratorias	5,94	5,47	5,33	5,07	4,83	4,47	4,37	4,47	4,78	4,64	4,28	-0,36
	Neoplasias malignas	1,16	1,43	1,46	1,96	1,66	1,80	2,14	2,03	2,02	1,96	2,03	0,07
Otras neoplasias	0,98	1,10	1,19	1,34	1,22	1,23	1,28	1,25	1,18	1,21	1,27	0,06	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres											Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	0,58	0,59	0,58	0,66	0,73	0,68	0,75	0,74	0,68	0,67	0,67	0,00
	Condiciones neuropsiquiátricas	6,02	6,47	6,10	6,91	7,25	7,55	8,41	8,83	8,38	9,51	9,79	0,28
	Condiciones orales	13,59	14,90	16,19	16,69	17,04	17,76	17,66	14,99	12,92	12,33	12,64	0,31
	Desordenes endocrinos	3,64	3,78	3,96	4,32	4,03	3,93	3,73	3,90	4,02	4,27	4,43	0,16
	Diabetes mellitus	2,97	3,78	4,22	3,33	3,07	3,22	3,22	3,73	4,08	4,15	4,40	0,25
	Enfermedades cardiovasculares	18,36	18,85	18,69	15,86	16,16	16,29	14,68	14,73	16,41	16,42	16,76	0,34
	Enfermedades de la piel	8,03	7,18	6,93	6,76	6,72	6,27	5,89	6,06	6,03	5,99	5,76	-0,23
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	9,70	8,81	7,75	7,63	8,20	7,46	8,12	8,35	8,42	7,71	7,58	-0,13
	Enfermedades digestivas	6,50	6,49	6,20	6,62	6,45	6,29	6,10	6,30	6,15	6,31	6,38	0,07
	Enfermedades genitourinarias	7,17	7,12	7,31	8,13	7,54	7,57	8,09	8,15	8,17	8,34	8,43	0,09
	Enfermedades musculoesqueléticas	13,80	12,81	13,16	13,87	14,06	14,65	14,76	15,62	15,81	15,67	14,96	-0,71
	Enfermedades respiratorias	7,68	6,93	6,49	6,13	6,03	5,43	5,34	5,44	5,88	5,61	5,09	-0,52
	Neoplasias malignas	1,25	1,50	1,55	2,10	1,82	1,98	2,29	2,21	2,19	2,11	2,20	0,09
Otras neoplasias	0,72	0,81	0,87	0,98	0,90	0,92	0,96	0,94	0,86	0,91	0,92	0,01	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres											Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	0,38	0,41	0,42	0,49	0,51	0,48	0,52	0,53	0,49	0,48	0,47	0,00
	Condiciones neuropsiquiátricas	7,04	6,90	6,81	7,34	7,25	7,37	8,06	8,82	8,40	9,17	9,61	0,44
	Condiciones orales	9,90	11,20	12,64	13,30	13,14	13,73	14,07	12,21	10,32	9,77	10,12	0,36
	Desordenes endocrinos	5,87	6,00	6,61	7,16	6,56	6,35	6,14	6,41	6,52	7,02	7,16	0,14
	Diabetes mellitus	2,59	3,37	3,71	2,89	2,99	3,05	3,10	3,60	3,90	3,80	3,95	0,16
	Enfermedades cardiovasculares	18,78	19,41	18,44	15,28	16,60	16,89	15,03	14,65	16,28	16,05	15,99	-0,05
	Enfermedades de la piel	5,65	5,21	5,20	5,18	5,11	4,84	4,69	4,89	4,85	4,93	4,77	-0,16
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	7,69	7,34	6,70	6,64	7,22	6,60	7,57	7,58	7,50	6,91	6,76	-0,15
	Enfermedades digestivas	7,05	6,79	6,36	6,69	6,48	6,23	6,02	6,03	5,76	5,88	5,91	0,03
	Enfermedades genitourinarias	15,14	13,58	12,84	13,39	13,33	13,44	12,76	12,28	12,38	12,43	12,16	-0,27
	Enfermedades musculoesqueléticas	12,68	12,50	12,85	13,77	13,69	14,04	14,73	15,74	16,17	16,25	15,89	-0,35
	Enfermedades respiratorias	4,99	4,64	4,64	4,42	4,14	3,89	3,79	3,89	4,14	4,07	3,78	-0,29
	Neoplasias malignas	1,11	1,39	1,40	1,87	1,56	1,69	2,06	1,92	1,91	1,86	1,93	0,07
Otras neoplasias	1,12	1,26	1,39	1,57	1,41	1,41	1,46	1,43	1,37	1,39	1,48	0,09	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS



Dado que las enfermedades orales están en los últimos 10 años entre el segundo y tercer lugar de consulta, se constituyen en un problema de salud pública. Se considera importante ampliar la información relacionada con este prevalente motivo de consulta en el departamento de Antioquia.

2.3.4. Morbilidad oral

La morbilidad oral, es la enfermedad crónica del diente más frecuente, que afecta a la humanidad, sin distinción, de sexo, raza, estratos socioeconómico y grupos de edad. Empieza tan pronto hacen erupción los dientes.

Según la Organización Panamericana de la Salud, las enfermedades de la cavidad oral constituyen una importante carga para el sector de la salud de muchos países y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte. Además, son enfermedades que comparten factores de riesgo con otras importantes enfermedades no transmisibles.

El estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017 (Global Burden of Disease Study 2017), indica que la caries dental sin tratar en dientes permanentes, es el trastorno de salud más frecuente y la mayoría de los países de ingresos medianos y bajos afectados, por un constante incremento de la urbanización y cambios en las condiciones de vida, aumenta la prevalencia de las enfermedades bucodentales. Esta situación se debe principalmente a una exposición insuficiente al flúor (en el suministro de agua y en los productos de higiene bucodental, como el dentífrico) y al acceso inadecuado a servicios de atención de salud bucodental en la

comunidad. La comercialización de bebidas y alimentos ricos en azúcar, así como el tabaco y el alcohol, han dado lugar a un consumo creciente de productos que contribuyen a los trastornos de salud bucodental y a otras enfermedades no transmisibles.

Las enfermedades bucodentales afectan de forma desproporcionada a los segmentos más pobres y socialmente desfavorecidos de la sociedad. Existe una relación muy fuerte y persistente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucodentales. Esta asociación existe desde la infancia hasta la vejez, y en todas las poblaciones de los países de ingresos bajos, medianos y altos.

Refiere la Organización Mundial de la Salud, que la distribución desigual de los profesionales de la salud bucodental y la falta de centros de salud adecuados en la mayoría de los países, implican que el acceso a los servicios de atención primaria de salud bucodental, es frecuentemente bajo. Por lo general, según un estudio entre adultos que manifestaban la necesidad de servicios de salud bucodental, el acceso varía entre el 35% en los países de ingresos bajos, el 60% en los países de ingresos medianos bajos, el 75% en los países de ingresos medianos altos y el 82% en los países de ingresos altos (Hosseinpoor AR, Itani L, Petersen PE. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey. J Dent Res. 2012; 91(3):275-281). Además, incluso en entornos de ingresos altos, el tratamiento odontológico es costoso y representa el 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes (OCDE. Panorama de

la Salud 2017: Indicadores de la OCDE. Publicado en 2017. Consultado el 15 de febrero de 2018).

La Organización Mundial de la Salud ha definido estrategias esenciales para mejorar la salud bucodental, centrándose en las poblaciones marginadas y de ingresos bajos, con más limitaciones para acceder a la atención bucodental. Entre dichas estrategias se incluyen el fortalecimiento de la prevención costo-eficaz para el conjunto de la población y la atención primaria de salud centrada en el paciente. Además, la Organización Mundial de la Salud ayuda a los países en este ámbito del siguiente modo:

- Apoya intervenciones para acelerar la eliminación gradual de las amalgamas dentales en el contexto del Convenio de Minamata sobre el Mercurio; creando capacidades y prestando asistencia técnica a los países para respaldar un enfoque de todo el curso de la vida y estrategias poblacionales para reducir el consumo de azúcar, controlar el consumo de tabaco y promover los dentífricos fluorados y otros medios de administración de flúor.
- Presta asistencia para fortalecer los sistemas de salud bucodental de modo que formen parte integral de la atención primaria de la salud y no causen dificultades económicas.
- Fortalece los sistemas de información sobre salud bucodental y la vigilancia integrada junto con otras enfermedades no transmisibles, a fin de demostrar la magnitud y repercusión del problema y realizar un seguimiento de los progresos alcanzados en los países.

Los trastornos de salud bucodental más comunes en los registros de prestación de servicios en Antioquia, muestran que la gingivitis crónica (30%) y la caries de la dentina (28%) figuran como los diagnósticos más consultados. Del total de la población antioqueña 3'030.110 accedieron a servicios odontológicos, generando un total de 15'876.097 atenciones entre los años 2015-2019, a razón de 5,2 consultas promedio por persona en el período analizado.

La primera patología hace referencia a la inflamación del tejido gingival de la zona que rodea el cuello dental causada por el cúmulo de placa bacteriana, bacterias y restos alimentarios adheridos a los dientes y las encías, por falta de cepillado principalmente y la segunda, caries dental como consecuencia importante de la primera. Le siguen por volumen de consultas los depósitos (acreciones) de los dientes con el 7% de las atenciones, gingivitis aguda 4%, entre otras.

Este panorama refleja de alguna manera las carencias de buenos hábitos de higiene bucal que tienen los habitantes del territorio y que estas pueden estar relacionadas entre otras, con el reconocimiento que las personas le den a la boca y a la salud bucal. Por supuesto se debe tener en cuenta la capacidad adquisitiva de los hogares para los elementos de higiene, sin los cuales se reduce la posibilidad de tener buena salud bucal y general, por la íntima relación que tienen estos problemas. (OMS, 2003).

No obstante, con la inclusión de la Norma Técnica de Atención Preventiva en Salud Bucal (Resolución 412 de 2000, derogada por la Resolución 3280 de 2018 y modificada por la



Resolución 276 de 2019) y teniendo en cuenta que el Acuerdo No 117 de 1998 expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública”, incluye la atención preventiva en salud bucal como una actividad de obligatorio cumplimiento bajo el aseguramiento con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, para el desarrollo de actividades preventivas que permitan limitar el daño y mejorar las condiciones de salud bucodental ya que la caries dental y la enfermedad periodontal, son patologías bucales prevenibles; se crean cuatro actividades preventivas de protección específica con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población las cuales son: 1) control y remoción de placa bacteriana en mayores de 2 años, 2) aplicación de flúor en niños y jóvenes entre 5-19 años, 3) aplicación de sellantes en población de 3-15 años, 4) detartraje supragingival (control mecánico de placa) en mayores de 12 años, respectivamente, todos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud.

Este panorama permite asimilar los datos que reporta el Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV en el año 2012, donde menciona que el 92% de las personas entre 12 y 79 años ha tenido caries dental en algún momento de su vida. Pasa igual con el 33% de los niños de 1, 3 y 5 años, quienes también han presentado antecedentes de la enfermedad. Además, los distintos grupos poblacionales presentan una baja accesibilidad a los servicios de salud.

Dicho estudio ha identificado, además, que a partir de los 20 años las personas empiezan a tener pérdida dental y que el número de dientes que se pierde se incrementa a medida que se aumenta la edad. Es así como el 70,4% de las personas adultas en el país ha perdido algún diente a lo largo de su vida, siendo muy importante señalar que la pérdida es mayor en las mujeres (73,0%) frente a los hombres (67,6%) y que el 5,2% de las personas son edéntulos totales (han perdido todos sus dientes), presentándose con mayor frecuencia en las personas entre 65 y 79 años (32,87% del total de los edéntulos); siendo múltiples las razones que llevan a esta condición y dentro de ellas se han identificado varias que conducen a esta situación: las campañas de salud bucodental se han dirigido principalmente a la población infantil y escolar, con poca o ninguna continuidad y sostenibilidad para educar en cuidados bucales en las personas jóvenes y adultas; también se ha identificado que las personas perciben que la responsabilidad del cuidado bucal es individual, a pesar de que no siempre se cuenta ni se les brinda información que les permita mejorar su condición, para realizar los cuidados adecuados. Otra de las razones es que aún persisten barreras de acceso, especialmente para las zonas rurales, para llegar a los servicios de salud y a que en ellos priman los procesos curativos y asistenciales, que conllevan pérdidas progresivas de tejido dental hasta llevar a la pérdida dental, por encima de los procesos de educación y de mantenimiento de la salud bucal.

Del total de consultas ya mencionadas, por subregión del Departamento, el Valle de Aburrá tuvo el 67% de las atenciones en los 5 años analizados correspondientes a



10'675.123 consultas, seguido por Oriente y Urabá, muy seguramente porque en estas zonas se concentra el mayor número de oferta de servicios odontológicos.

Del total de consultas cerca del 57,4% es en mujeres, el 42,5% en hombres y para el resto 0,1% no se define la variable género. Respecto al régimen de afiliación el 75% de las consultas fue en Régimen Contributivo, el 22,6% en Subsidiado, el 1,03% en Régimen Especial y el 1,3% sin definición de la variable en los registros.

Por grupos de edad, el mayor número de consultas se presenta en el grupo de 29 a 59 años con el 45% de las atenciones, seguido de la población con edades entre 18 y 28 años con 18%, los grupos de 6 a 11 años y mayores de 60 años tienen un porcentaje de 11%, le sigue el grupo de 12 a 17 años con el 9% y niños de 0 a

5 años con 6% de las consultas, durante el período analizado

2.3.5. Lesiones

En el grupo de lesiones, durante el período de análisis 2009 al 2019 se realizan 8'380.280 atenciones, de las cuales 15,4% atenciones corresponden al año 2019. En este grupo se evidencia una tendencia fluctuante en los últimos 6 años.

Las causas de mayor atención en este subgrupo son: traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas con un 89,72% y lesiones no intencionales con 9,55%. Al realizar el comparativo de proporción de atenciones entre el año 2018 y 2019 se observa aumento en las atenciones de lesiones de intencionalidad intermedia con 2,42 puntos porcentuales.

Tabla 48. Morbilidad específica en lesiones. Antioquia 2009 – 2019

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total											Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04	0,07	0,05	-0,02
	Lesiones intencionales	0,33	0,43	0,45	0,38	0,44	0,43	0,48	0,40	0,57	0,59	0,67	0,08
	Lesiones no intencionales	3,76	3,88	4,62	5,08	3,79	4,56	4,13	11,16	5,37	7,14	9,55	2,42
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	95,86	95,64	94,90	94,50	95,74	94,97	95,36	88,40	94,01	92,20	89,72	-2,48
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres											Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,04	0,05	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,04	0,07	0,04	-0,03
	Lesiones intencionales	0,22	0,31	0,26	0,28	0,31	0,27	0,28	0,23	0,35	0,33	0,44	0,11
	Lesiones no intencionales	3,09	3,20	3,64	4,09	3,21	3,71	3,47	7,93	4,48	5,39	7,12	1,73
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	96,66	96,44	96,06	95,60	96,43	95,99	96,21	91,81	95,13	94,20	92,39	-1,81



Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres											
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ pp 2019-2018
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones de intensionalidad indeterminada	0,05	0,03	0,03	0,06	0,04	0,05	0,04	0,04	0,05	0,07	0,06	-0,01
	Lesiones intensionales	0,50	0,60	0,70	0,52	0,60	0,66	0,76	0,63	0,87	0,92	0,96	0,04
	Lesiones no intensionales	4,71	4,82	5,95	6,42	4,56	5,76	5,06	15,50	6,59	9,41	12,67	3,26
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	94,73	94,54	93,32	93,01	94,80	93,53	94,14	83,83	92,48	89,60	86,30	-3,29

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

2.3.6. Morbilidad específica en salud mental

Su marco normativo esta dado desde la Ley 1616 de 2013, donde se establece la salud mental como interés y prioridad nacional, tema prioritario de salud pública, componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida. Se define como el estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad.

La salud mental es uno de los temas bandera de la política pública en la actualidad, teniendo como uno de los alcances más importantes el proceso de formulación de un CONPES, que permita hacer visible esta problemática en salud, que en muchas de las ocasiones no es fácil de diagnosticar, teniendo en cuenta que puede tener una

enorme carga oculta de enfermedad y el potencial que existe para progresar en su diagnóstico, tratamiento y control.

En este apartado se presenta la morbilidad por causas asociadas a salud mental en el Antioquia, por ciclo vital y por sexo, agrupado

en tres grandes causas: trastornos mentales y del comportamiento, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y epilepsia.

Al analizar estas causas se pueden estimar los principales problemas de salud mental, para facilitar de esta forma el diseño de programas y políticas en el tema, aunque es importante tener presente que se debe estudiar el patrón de morbilidad de la población, se deben realizar estudios más específicos de las enfermedades que se encuentran agrupadas en los “Trastornos mentales y del comportamiento”.

Durante los años 2009 – 2019 se realizan en Antioquia 6'151.946 atenciones; analizando por morbilidad atendida de salud mental predominan los diagnósticos asociados a trastornos mentales y del comportamiento con un 86,17% (5.301.014), seguido por epilepsia con un 12,94% (795.836), y 5,01% (308.127) corresponden a trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, estos últimos, se presentan en mayor proporción en personas con dificultades en la solución de conflictos, sociales, familiares y personales y con un bajo nivel adaptación a los cambios.



La tendencia en la atención por estas causas guarda un comportamiento incremental en general para todos los grupos en el 2019, la consulta se concentra especialmente en la adultez (29-59 años) y la vejez (60 años y más) con el 41,02% y el 21,14% de las atenciones respectivamente, lo que evidencia, la necesidad de implementar programas que cumplan con el objetivo de promoción y prevención, diagnosticar tempranamente y tratar oportunamente las alteraciones de la salud mental. Es de resaltar también, que el grupo de juventud (18 - 28 años) cuenta con el 16,42% de las consultas por esta causa, situación que preocupa teniendo en cuenta las consecuencias que estas alteraciones pueden tener en la definición de los proyectos de vida a futuro de cada joven. Al realizar el comparativo de proporción de atenciones del

año 2018 con el año 2019, se observa aumento en las atenciones de trastornos mentales y del comportamiento, con un 1,98 punto porcentual para la primera infancia, adolescencia 3,49, presentando un aumento significativo, juventud 1,84 y adultez 1,33.

Al realizar un comparativo entre el año 2018 y 2019, se evidencia que la epilepsia, presenta una disminución en todos los ciclos vitales, exceptuando, los de 6 a 11 y 12 a 17 años. Por su parte para las atenciones por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, se evidencia que el grupo juventud (18 - 28 años) presenta una disminución notoria con 5,37 puntos porcentuales, seguido de adolescencia (12-17 años) 3,66, adultez (29-59 años) 2,39.

Tabla 49. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2009 – 2019

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total											Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	58,96	58,58	65,10	64,86	70,15	68,89	73,20	73,92	74,34	75,88	77,87	1,98
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,72	0,34	0,86	0,71	0,21	0,27	0,29	0,20	0,46	0,23	0,87	0,64
	Epilepsia	41,04	41,42	34,90	35,14	29,85	31,11	26,80	26,08	25,66	24,11	22,13	-1,98
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,79	76,89	79,01	81,48	85,24	85,07	85,88	90,55	89,00	90,30	90,27	-0,03
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,39	0,23	0,22	0,18	0,16	0,12	0,24	0,20	0,18	0,19	0,25	0,06
	Epilepsia	25,21	23,11	20,99	18,52	14,76	14,93	14,12	9,45	11,00	9,70	9,73	0,03
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,45	70,62	71,70	74,02	76,37	77,70	79,84	82,02	80,58	80,70	84,19	3,49
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,97	9,13	6,16	7,99	9,66	8,71	9,92	9,18	9,41	11,32	7,65	-3,66
	Epilepsia	24,58	20,25	22,14	17,99	13,97	13,59	10,25	8,80	10,03	7,99	8,16	0,17
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	76,50	80,11	79,17	81,22	83,13	84,49	87,90	87,95	84,60	87,99	89,83	1,84
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,38	11,80	11,39	12,85	13,77	13,69	16,48	13,61	12,37	16,94	11,57	-5,37
	Epilepsia	23,50	19,89	20,83	18,78	16,87	15,51	12,10	12,05	15,40	12,01	10,17	-1,84
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	83,07	83,87	83,61	84,00	84,90	84,88	89,12	88,80	85,14	87,88	89,20	1,33
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,32	4,66	3,77	5,01	5,39	5,64	7,36	6,13	5,51	8,52	6,14	-2,39
	Epilepsia	16,93	16,13	16,39	16,00	15,10	15,12	10,88	11,20	14,86	12,12	10,80	-1,33
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	88,99	89,74	91,54	92,49	91,54	90,14	92,96	92,74	90,98	92,40	92,39	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,76	1,19	1,32	0,90	1,97	1,51	1,92	1,87	1,57	1,70	2,14	0,44
	Epilepsia	11,01	10,26	8,46	7,51	8,46	9,86	7,04	7,26	9,02	7,60	7,61	0,00

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS



Analizando por sexo, se observa que del total de las atenciones de salud mental durante los años 2009 – 2019, el 54,8% corresponden a mujeres y el 45,2% en hombres, con un comportamiento que no difiere del total de las atenciones en la población general.

En el año 2019, el 46,3%, de las consultas relacionadas con salud mental corresponden a los hombres con una mayor proporción en la adultez con 17,1%, sin embargo, llama la atención que la juventud es el siguiente grupo en requerir atención con el 8,9%, seguido de vejez 7,5% y la adolescencia 5,9%

Tabla 50. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en hombres. Antioquia, 2009 –2019

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres										Δ pp 2019-2018	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		2019
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61,44	64,37	69,33	69,36	74,35	71,67	78,65	77,76	78,86	80,30	81,56	1,26
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,08	0,32	0,81	0,89	0,13	0,35	0,25	0,15	0,57	0,32	0,72	0,39
	Epilepsia	38,56	35,63	30,67	30,64	25,65	28,33	21,35	22,24	21,14	19,70	18,44	-1,26
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	78,19	80,22	82,44	85,71	87,70	88,15	89,05	92,39	90,66	92,29	92,27	-0,02
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,52	0,24	0,15	0,19	0,11	0,14	0,18	0,20	0,18	0,25	0,16	-0,09
	Epilepsia	21,81	19,78	17,56	14,29	12,30	11,85	10,95	7,61	9,34	7,71	7,73	0,02
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	66,36	69,36	70,89	72,14	73,82	75,78	78,15	80,05	77,93	77,69	81,16	3,47
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,26	10,12	6,59	9,93	13,20	10,95	12,12	11,81	12,39	15,24	10,71	-4,53
	Epilepsia	27,38	20,52	22,52	17,93	12,98	13,27	9,74	8,13	9,67	7,06	8,12	1,06
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,07	78,59	77,94	82,40	83,38	85,35	87,12	88,65	84,88	88,47	89,57	1,10
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	9,87	18,91	16,69	20,49	20,90	21,04	25,47	20,71	19,02	25,02	17,69	-7,33
	Epilepsia	27,93	21,41	22,06	17,60	16,62	14,65	12,88	11,35	15,12	11,53	10,43	-1,10
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,88	78,52	78,52	78,25	80,85	81,28	86,06	85,54	81,23	85,52	86,81	1,29
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	7,30	9,48	7,71	9,86	11,59	11,53	14,51	12,16	10,75	16,04	11,52	-4,52
	Epilepsia	25,12	21,48	21,48	21,75	19,15	18,72	13,94	14,46	18,77	14,48	13,19	-1,29
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	83,41	87,60	90,19	89,90	89,45	85,96	90,80	89,39	87,32	89,56	89,55	-0,01
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,58	2,67	2,58	1,59	4,35	3,07	3,50	3,92	3,16	3,13	4,12	0,99
	Epilepsia	16,59	12,40	9,81	10,10	10,55	14,04	9,20	10,61	12,68	10,44	10,45	0,01

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

De las mujeres que consultan en el 2019, el ciclo vital que más atención demanda en salud mental es en la adultez con un 53,7%, un 23,9% seguido de vejez 13,7%, juventud 7,6%, adolescencia 4,9%, infancia 2,6%,

primera Infancia 1,1%, prevaleciendo en este grupo las consultas por trastornos mentales y del comportamiento, se refleja un aumento en el comparativo 2018-2019 en primera infancia, adolescencia, juventud y adultez.

Tabla 51. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en mujeres. Antioquia, 2009 –2019

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2019-2018	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		2019
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	55,20	50,44	58,98	58,43	63,31	64,29	64,74	67,13	66,61	67,47	71,16	3,69
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,18	0,37	0,95	0,46	0,34	0,14	0,36	0,30	0,29	0,04	1,14	1,10
	Epilepsia	44,80	49,56	41,82	41,57	36,69	35,71	35,26	32,87	33,39	32,53	28,84	-3,69
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	68,31	70,06	71,91	72,91	80,14	78,66	79,32	86,76	85,66	86,46	86,42	-0,04
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,12	0,19	0,36	0,18	0,28	0,10	0,36	0,19	0,19	0,06	0,42	0,36
	Epilepsia	31,69	29,94	28,09	27,09	19,86	21,34	20,68	13,24	14,34	13,54	13,58	0,04
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,22	72,14	72,62	76,50	79,76	80,15	82,00	84,46	83,74	84,87	87,86	2,99
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,70	7,95	5,67	5,42	4,94	5,84	7,10	5,91	5,80	5,86	3,94	-1,92
	Epilepsia	22,08	19,91	21,71	18,07	15,29	14,00	10,90	9,63	10,46	9,27	8,20	-1,07
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	79,58	81,51	80,28	79,96	82,87	83,50	88,72	87,11	84,28	87,34	90,13	2,79
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,96	5,29	6,57	4,72	5,82	5,14	7,08	5,07	4,74	6,04	4,39	-1,64
	Epilepsia	20,42	18,49	19,72	20,04	17,13	16,50	11,28	12,89	15,72	12,66	9,87	-2,79
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	87,06	86,88	86,50	87,54	87,40	87,22	90,98	90,93	87,72	89,63	90,91	1,28
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,38	1,96	1,53	2,03	1,56	1,79	3,03	2,19	2,06	2,93	2,29	-0,64
	Epilepsia	12,94	13,12	13,50	12,46	12,60	12,78	9,02	9,07	12,28	10,37	9,09	-1,28
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	91,93	90,93	92,37	94,15	92,70	92,42	94,08	94,47	92,94	93,99	93,95	-0,04
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,80	0,37	0,54	0,45	0,66	0,67	1,10	0,81	0,72	0,89	1,05	0,16
	Epilepsia	8,07	9,07	7,63	5,85	7,30	7,58	5,92	5,53	7,06	6,01	6,05	0,04

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

2.4. Morbilidad de eventos de alto costo

La cuenta de alto costo ha incorporado nuevos indicadores de gestión del riesgo para cáncer, hemofilia, artritis reumatoide, leucemia mieloide y linfoma aguda y VIH/SIDA, con ello busca promover la implementación de la gestión del riesgo individual en el marco del aseguramiento; sin embargo, estos eventos aún no han sido incluidos en su totalidad, para su análisis dentro del ASIS 2020.

No se observan diferencias estadísticamente significativas en las incidencias y prevalencias de los eventos de alto costo, al comparar Antioquia con el país. La única tasa superior en el Departamento es la incidencia de VIH/SIDA. Es pertinente aclarar que los datos reportados

por el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) no corresponden a los datos registrados por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en el departamento de Antioquia, donde para el 2018 se reporta una tasa de VIH/SIDA de 43,9 por 100.000 habitantes. La causa de esta variación puede corresponder a subregistro, por lo que se deben adelantar acciones para mejorar la calidad del dato y considerar validación del mismo desde el prestador.

De igual manera, cuando se revisa el reporte de la cuenta de alto costo para Antioquia para el año 2019, se encuentra que la tasa de incidencia de VIH ajustada del Departamento



es superior a la tasa media nacional (26,3 por 100.000 habitantes versus 22,12 por 100.000 habitantes, respectivamente). (fuente: <https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2020/08/magnitud-tendencia-y-acceso-eac-1.pdf>)

Respecto a las tasas de incidencia de leucemia mieloide y linfóide aguda en menores de 15 años se encuentra un comportamiento inferior a la tasa promedio nacional, con tasas fluctuantes. Para el año 2018, estos indicadores disminuyeron con respecto al año anterior.

Tabla 52. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Antioquia, 2006 – 2018
Comportamiento

Evento	Colombia, 2018	Antioquia, 2018	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	1,32	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	8,28	8,36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de VIH notificada	22,75	29,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años), 2017	0,71	0,40	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años, 2017)	3,86	3,60	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	

Fuente: Cuenta de alto costo - SISPRO MSPS

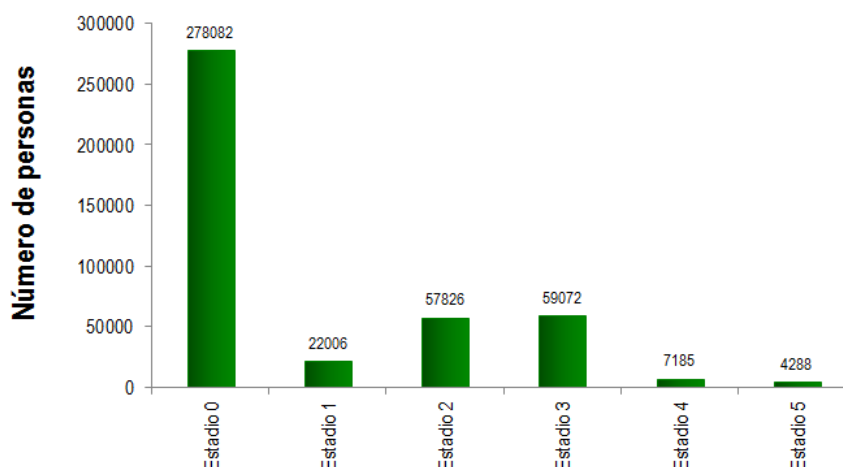
Con relación a la progresión de la enfermedad renal crónica, es de resaltar que el 64,90% de los pacientes se encuentran con patología renal estadio 0, siendo importante en este estadio de la enfermedad las medidas de prevención, con el fin de detener el avance de la enfermedad y así evitar posteriores complicaciones asociadas a este evento como las cardiovasculares y el deterioro en la calidad de vida del paciente. La enfermedad renal crónica cuenta con marcadores para evaluar su evolución, como son las pruebas de hemoglobina, hormona paratiroidea (PTH), fósforo y albúmina. Con relación a estos exámenes de laboratorio, se evidencia que menos del 55% de los usuarios cuentan con ellos, siendo pruebas de bajo costo, marcadores tempranos de enfermedad que permiten obtener mejores resultados en salud, por lo tanto, se deben fortalecer las acciones de seguimiento, adherencia a guías basadas en

evidencia, educación en salud y difusión de recomendaciones.

La tasa de incidencia de enfermedad renal crónica terminal con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal (estadio 5) es de 8,36 por cada 100.000 habitantes en el Departamento. Los municipios de Armenia, Caracolí, La Estrella, La Pintada, Liborina, San Francisco, San Jerónimo y Vigía del Fuerte reportan las tasas más altas, con al menos el doble de la tasa de incidencia departamental (tasas de incidencia oscilan entre 19,08 por cada 100.000 habitantes y 51,49 casos por cada 100.000, siendo la tasa más alta la de Armenia). Estos municipios presentan las tasas mayores, entre 1 y 4 enfermos renales crónicos, mientras que los municipios del Valle de Aburrá concentran el 70% de los casos (354/504).



Figura 78 .Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Antioquia, 2018



Fuente: Cuenta de alto costo – SISPRO-MSPS

2.4.1. Morbilidad de eventos precursores

La prevalencia por eventos precursores en el departamento de Antioquia, presenta cifras superiores al promedio nacional, sin ser estadísticamente significativas para el año 2018. Tanto la diabetes mellitus, como la hipertensión arterial, están relacionadas con la enfermedad renal de origen crónico como complicación común de estas.

La prevalencia departamental de diabetes mellitus osciló entre 0,15 casos por cada 100 personas en el municipio de Montebello y 6,94 casos por cada 100 habitantes en Angostura. Es de aclarar que las mayores prevalencias se encuentran en los municipios del Valle de Aburrá, en algunos municipios de las subregiones Norte (Angostura, Gómez Plata y San José de la Montaña); Occidente (Liborina y Olaya) y en los municipios de Chigorodó y El Santuario.

Respecto a la hipertensión arterial, Antioquia fue la segunda entidad territorial que reportó la mayor cantidad de casos en 2018 y 2019 con 76.144 incidentes, frente a 496.155 casos nuevos en el país, en el último año, lo que representa un 15,35% de los casos de Colombia. Según datos proyectados de los reportes de las cuentas de alto costo, la incidencia ajustada para Antioquia, permaneció estable entre los años 2018 y 2019, con incidencias de 10,17 casos por 100 habitantes y 10,72 por 100 habitantes, respectivamente, cifras ligeramente superiores a la tasa ajustada nacional que se encuentra en 9,9 casos por 100 habitantes. Medellín es el municipio con mayor concentración de la enfermedad, junto con los del Área Metropolitana y la subregión central, manteniendo la tendencia de una mayor concentración de la enfermedad en las grandes ciudades.

Tabla 53. Eventos precursores. Antioquia, 2018

Evento	Colombia, 2018	Antioquia,																
		2018	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Prevalencia de diabetes mellitus	2,61	2,89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Prevalencia de hipertensión arterial	7,91	10,13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

Fuente: Cuenta de alto costo - SISPRO MSPS

2.5. Morbilidad en la población migrante

Al evaluar el tipo atención que reciben los migrantes en el departamento de Antioquia el año 2019, se evidencia que, la mayor concentración de servicios utilizados por esta población es en su orden, consultas ambulatorias (35%) y procedimientos (34%), este comportamiento es similar en Colombia.

El 16% de las atenciones, están relacionadas con la entrega de medicamentos y el 5% de estas son hospitalizaciones; al observar la pirámide construida con la población que accede a estas atenciones, se observa que una alta proporción son mujeres en edad reproductiva, cuyas atenciones pueden estar relacionadas con el embarazo y parto. En general las personas que requieren internación en una institución de salud fueron pocas en comparación con todas las atenciones brindadas, no obstante, este tipo de atención

que implica un cuadro clínico más complejo puede indicar un deterioro de las condiciones de salud de esta población, y resulta necesario ahondar en las condiciones de salud de los migrantes, para identificar prioridades de atención y proponer acciones que las favorezcan.

Estas estadísticas dan cuenta de los extranjeros que viven en el departamento de Antioquia y que acceden a algún tipo de atención, dadas las difíciles condiciones de supervivencia que se conocen a través de los medios de comunicación, es posible que algunos o muchos de ellos, aun necesitando atención no accedan a ésta.

En el año 2019, en Antioquia se realizaron el 12,8% de las atenciones prestadas a población migrante en Colombia.

Tabla 54. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante. Antioquia, 2019

Antioquia	Tipo de atención	Total Migrantes atendidos Antioquia		Total Migrantes atendidos Colombia		Concentración Antioquia
		2019	Distribución	2019	Distribución	2019
Antioquia	Consulta Externa	65.776	35%	519.802	35%	12,7%
	Servicios de urgencias	16.173	9%	106.750	7%	15,2%
	Hospitalización	8.692	5%	81.131	5%	10,7%
	Procedimientos	64.217	34%	425.698	29%	15,1%
	Medicamentos	30.382	16%	321.656	22%	9,4%
	Nacimientos	3.896	2%	27.162	2%	14,3%
	Total		189.136	100%	1.482.199	100%

Fuente: SISPRO



Al analizar el país de procedencia de la población migrante que es atendida en algún servicio de salud en Colombia para el año 2019, se encuentra que el 72% de esta población es originaria de la República Bolivariana de Venezuela, mientras que, en Antioquia esa misma población corresponde al 56% de toda

la población migrante atendida para el mismo año. De la distribución de población migrante venezolana a lo largo y ancho del territorio nacional, el 10,4% se encuentra en Antioquia. Estas atenciones en salud muestran solo una parte del total de ciudadanos venezolanos que actualmente viven en Colombia.

Tabla 55. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante según procedencia. Antioquia, 2019

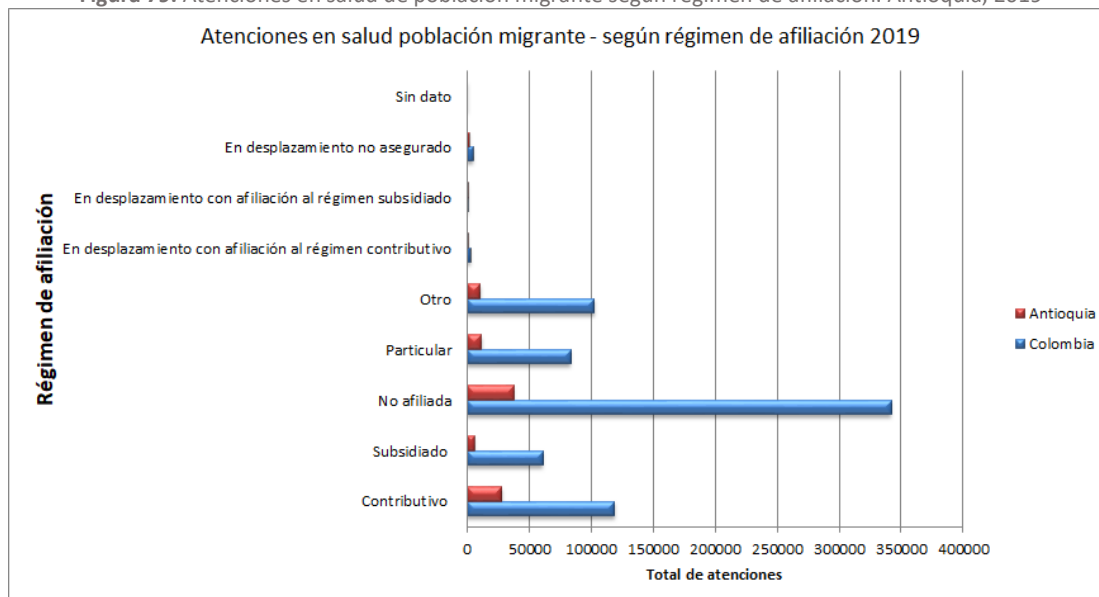
Antioquia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Colombia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Concentración de la atención
		2019	Proporción			2019	Distribución	
Antioquia	Brasil	209	0%	Colombia	Brasil	31	0%	674,2%
	Ecuador	377	0%		Ecuador	4.143	1%	9,1%
	Nicaragua	10	0%		Nicaragua	206	0%	4,9%
	Otros	6.989	8%		Otros	37.495	5%	18,6%
	Panamá	243	0%		Panamá	1.055	0%	23,0%
	Perú	282	0%		Perú	2.086	0%	13,5%
	República Bolivariana de Venezuela	51.861	56%		República Bolivariana de Venezuela	499.858	72%	10,4%
	Sin identificador de	32.080	35%		Sin identificador de país	146.919	21%	21,8%
	Total	92.051	100%		Total	691.793	100%	13,3%

Fuente: SISPRO

El 41% de las atenciones de Antioquia se brindan a población no asegurada, 1.743 personas de este grupo, además de no estar aseguradas, están en condición de desplazamiento, o sea, sufriendo las problemáticas sociales del país e indicando sus precarias condiciones de vida. Solo el 29% están afiliados al Régimen Contributivo. En el Departamento y el país viven extranjeros procedentes de muy variados países, pero en los últimos años, se ha presentado una

migración masiva de ciudadanos venezolanos, no solo en la capital sino en la mayoría de los municipios, alcanzando diferentes niveles de integración social, con un alto porcentaje de ellos en la informalidad y algunos en la delincuencia, lo que ha favorecido actitudes de discriminación de una parte de la sociedad. Se debe ahondar en el estudio de sus condiciones de vida y salud, de cara a ofrecerles mejores condiciones de vida.

Figura 79. Atenciones en salud de población migrante según régimen de afiliación. Antioquia, 2019



Fuente: SISPRO

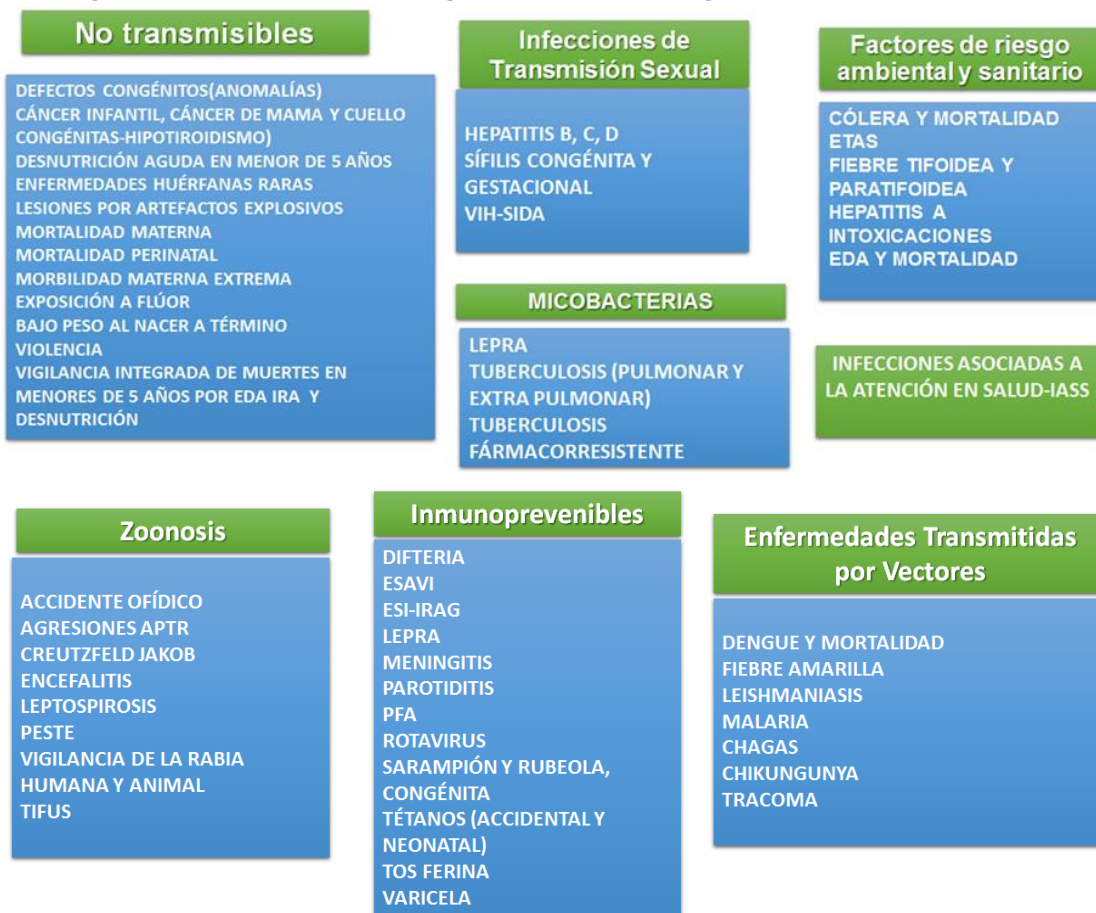
2.6. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.

Actualmente la herramienta informática para la vigilancia epidemiológica de eventos de notificación obligatoria, SIVIGILA, creada y reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Decreto 3518 del 2006 y el Decreto 780 de 2016; facilita el procesamiento, reporte y análisis de los datos generados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, y notificados a través de las fichas de notificación establecidas para cada evento, objeto de vigilancia y control en salud pública. El Departamento cuenta con una red de operadores conformada por diferentes actores categorizados como UPGD (Unidades

Primarias Generadoras de Datos) y UI (Unidades Informadoras), que de acuerdo al flujo de información son los que captan y notifican los eventos de interés en salud pública.

El sistema reúne los eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva y teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público, entre otros, permite enfrentarlos con medidas de salud pública. Los siguientes son los eventos que por componentes integran el SIVIGILA.

Figura 80. Eventos de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA



Fuente: Instituto Nacional de Salud - INS

Desde el año 2007, la serie de datos básicos de la notificación de Eventos Integrada en la Bodega de Datos de SISPRO (SGD), presenta la razón de letalidad y sus intervalos de confianza al 95%, comparado con los valores de referencia del país.

En el año 2018, la letalidad como evento desafortunado es dinámico, entre cada uno de los eventos de notificación, indicando además la virulencia o la gravedad de la enfermedad en cada período que fue medido. Así mismo ocurrió con los respectivos niveles de

confianza y la amplitud de los mismos, los cuales variaron conjuntamente.

Las mayores letalidades en Antioquia frente al país, sobresalieron para los eventos de tétanos accidental y neonatal, representando el 100% para el Departamento frente a la del país, Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) con 32 casos por cada 100 enfermos en el Departamento frente a 27 del país, tuberculosis farmacorresistente con 11 casos frente a 9, meningitis por streptococcus pneumoniae en una relación 7 a 4 respectivamente.

Frente a las incidencias como muestra la tabla, el dengue en el país supera las cifras departamentales y la sífilis congénita

sobrepasa la cifra nacional, indicando un grave problema de salud pública de un evento catalogado como intolerable.

Tabla 56. Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública. Antioquia, Colombia 2006 - 2018

Causa de muerte	Colombia, 2018	Antioquia, 2018	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Letalidad de accidente ofídico	0,74	0,88	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0,00	0,01	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de dengue	0,22	0,33	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Dengue grave	14,26	10,34	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de hepatitis B, C y confección B-D	0,99	0,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,32	0,36	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	27,56	32,10	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de intoxicaciones	1,36	1,63	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de leptospirosis	6,17	3,03	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Malaria	0,03	0,02	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de malaria asociada	1,24	1,23	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de malaria falciparum	0,02	0,09	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Meningitis Neisseriameningitidis (Nm)	1,85	0,00	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Meningitis por Haemophilus influenzae - Hi	6,67	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓		
Letalidad de Meningitis Streptococpneumoniae (Spn)	4,06	7,50	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de meningitis tuberculosa	12,50	8,33	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de sífilis congénita	1,70	0,93	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de tétanos accidental	46,34	100,00	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de tétanos Neonatal	40,00	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	7,58	5,17	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	9,45	11,11	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de tuberculosis pulmonar	7,76	6,65	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Varicela	0,04	0,01	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Tasas de incidencia PDSP																		
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	146,99	68,21	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Tasa de incidencia de dengue grave según municipio de ocurrencia	1,77	1,09	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Tasa de incidencia de leptospirosis	1,10	1,43	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Tasa de incidencia de Chagas	0,73	0,00	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Tasa de incidencia de sífilis congénita	16,02	17,42	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Fuente: SIVIGILA – SISPRO MSPS

Para analizar el comportamiento de los eventos de notificación obligatoria en el año 2019, se tiene en cuenta los que presentan mayor frecuencia e incidencia en el departamento de Antioquia. Para ello se cuenta con los informes anuales de cierre realizados, donde se generan indicadores que dan cuenta del comportamiento del evento, lo que permite obtener información para identificar, analizar e intervenir los riesgos colectivos en salud, en el territorio antioqueño. Adicional a ello, se complementa

con la información de letalidad que la bodega de SISPRO dispone para el año inmediatamente anterior.

Se observa que, en el departamento de Antioquia, el evento con mayor notificación para el año 2019, es la violencia de género e intrafamiliar, con 24.214 casos reportados y una tasa que representa un riesgo de 369,7 casos por 100.000 habitantes. Otro de los eventos de salud mental con mayor frecuencia es el intento de suicidio, con 5.370 casos



reportados y una incidencia de 82 casos por 100.000 habitantes. Las exposiciones rábicas, malaria, intoxicaciones por sustancias químicas, la varicela, el dengue, las

enfermedades huérfanas raras, el VIH/SIDA y la tuberculosis, hacen parte de los eventos con mayor notificación e incidencia en el Departamento.

Figura 81. Incidencia de principales EISP. Antioquia, 2019



Fuente: SIVIGILA

2.6.1. Eventos salud mental

A nivel nacional, se ha priorizado la vigilancia del evento violencia de género e intrafamiliar, por tratarse de una vulneración a los derechos humanos y un evento de interés en salud pública, para poder aportar a la Política Pública de la Violencia de Género, dirigida especialmente a mujeres, niñas y personas con identidad de género y orientaciones sexuales no heteronormativas.

2.6.2. Violencia de género e intrafamiliar

La justificación de la vigilancia de las violencias de género e intrafamiliar, radica en sus consecuencias, que involucran graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la

sociedad en general; tienen un potencial de generar complicaciones y muertes en la población, con ello años de vida saludables perdidos, por la tendencia de afectación en edades tempranas; así mismo, en los últimos años, debido posiblemente, a la sensibilización constante de su reconocimiento como problema de salud pública, la magnitud del evento se muestra importante en el territorio nacional.

Cuando se analizan los datos históricos de Antioquia con relación al evento, se muestra que desde el año 2007 a la fecha, hay una clara tendencia al aumento, lo que permite indicar que posiblemente, se reconoce un poco más como una problemática social y de interés



público, lo cual lleva a mayor notificación del evento. Se evidencia que para los años 2018 y 2019, se presenta el mayor registro de violencia de género e intrafamiliar en el Departamento, afectando en el 2018 a 334 y en el 2019 a 369 personas por cada 100.000 habitantes de Antioquia.

2.6.3. Violencia contra la mujer

Generalmente, la afectación por violencias de género e intrafamiliar ubica a las mujeres como población vulnerable; en los dos últimos años de estudio, en el departamento de Antioquia, por cada hombre notificado como víctima de violencia, se notificaron ocho mujeres; además de ello, la afectación en edades tempranas también se hace importante en el comportamiento del evento.

Es importante resaltar que la afectación en mujeres y en edades tempranas, puede relacionar la priorización de la atención en estos grupos poblacionales, al igual que el no reconocimiento del problema de salud por parte de hombres en edad productiva, que temen categorizarse como víctimas de estos tipos de violencia, por posibles presiones sociales que enmarcan a una sociedad históricamente patriarcal con mayor tendencia al machismo, como la que caracteriza a la población antioqueña.

Se hace entonces de vital importancia, fortalecer los procesos de reconocimiento de las violencias de género e intrafamiliar, como un problema evitable con causas netamente culturales y sociales, las cuales con procesos continuos de intervención pueden modificarse para prevenir el evento y sus consecuencias.

Estudiando el comportamiento del evento según ubicación de las víctimas, se encuentra que las subregiones de Antioquia, con mayor carga de morbilidad por violencias de género e intrafamiliar, son en su orden, el Valle de Aburrá, Oriente y Occidente, cuyas afectaciones son mayores a 248 personas por cada 100.000 habitantes en cada subregión.

2.6.4. Intentos de suicidio

El suicidio es un desenlace fatal que muestra gran afectación en la población a nivel mundial; se estima que se ha convertido en la segunda causa de muerte en los jóvenes. Con lo cual la vigilancia del intento de suicidio se hace importante como estrategia de identificación de factores de riesgo y factores protectores para el desenlace fatal.

La Organización Mundial de la Salud – OMS, plantea que la prevención del suicidio debe ser una prioridad en la sociedad; cada vez más personas intentan poner fin a su vida, sobre todo aquellas cuyas procedencias indican colectivos vulnerables y marginados; la población joven y los adultos mayores, guardan mayor vulnerabilidad para pensamientos e ideas de autolesión y suicidio; se hace necesario fortalecer la vigilancia en salud pública de este evento, para que se esclarezcan cada vez más las situaciones que muchas veces pasan por accidentales y no se comprende que esto es un problema que afecta la salud mental y que tiene un potencial de prevención importante.

Un análisis específico de los intentos de suicidio permite identificar acciones en salud pública para su prevención; los registros en los sistemas de vigilancia tienden a identificar



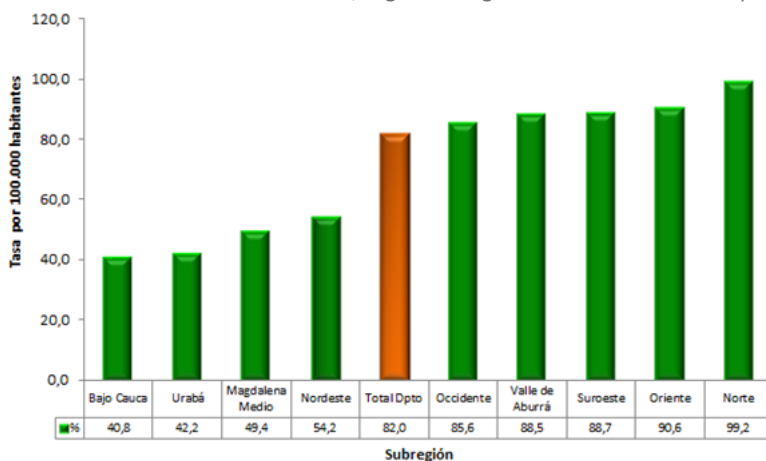
algunos de los trastornos mentales asociados a estas conductas, así mismo, identificar otros factores de riesgo asociados al suicidio, por ejemplo dolor crónico o trastorno emocional agudo; se plantea la necesidad de intervenciones intersectoriales para este problema, en donde medidas como la reducción del acceso a medios para autolesionarse o suicidarse (en particular armas de fuego, plaguicidas, y acceso a medicamentos tóxicos que se puedan tomar en sobredosis), estrategias de comunicación, educación e información responsable por parte de los medios de comunicación, la protección de las personas con elevado riesgo de suicidio y el reconocimiento y tratamiento precoz de trastornos mentales y conductas suicidas, pueden ser aplicadas para que no se presente el evento.

El intento de suicidio se cataloga como un EISP de vigilancia regular en Colombia desde el año 2016, momento en el cual el Instituto Nacional de Salud – INS, asume que es un predictor importante del suicidio consumado y de la ocurrencia de futuros intentos de suicidio; no obstante, en Antioquia, la vigilancia de este

evento data de años atrás, permitiendo tener un histórico del comportamiento del intento de suicidio en el Departamento desde el año 2007, indicando un aumento en la tendencia de ocurrencia de este tipo de autolesión en los antioqueños. La figura, muestra la tendencia del intento de suicidio en el Departamento a través de los años, resaltando que entre el año 2007 y 2019 un promedio de casi 58 personas por cada 100.000 habitantes en el Departamento intenta suicidarse, siendo el año 2007 el de menor afectación (22 personas por cada 100.000 habitantes) y el de mayor el año 2019 (79 personas por cada 100.000 habitantes).

Para el año 2019, se reportaron al SIVIGILA un total de 5.370 casos de intento de suicidio; explorando el comportamiento del evento, de acuerdo al sitio de procedencia del afectado, se encuentra que las subregiones de Antioquia con mayor carga de ocurrencia del evento por intento de suicidio, son en su orden, Norte, Oriente, Suroeste y Valle de Aburrá, donde más de 88 personas por cada 100.000 habitantes en cada subregión se han visto involucradas en un intento de suicidio.

Figura 82. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2019 (n=5370)



Fuente: SIVIGILA.



2.6.5. Eventos zoonóticos

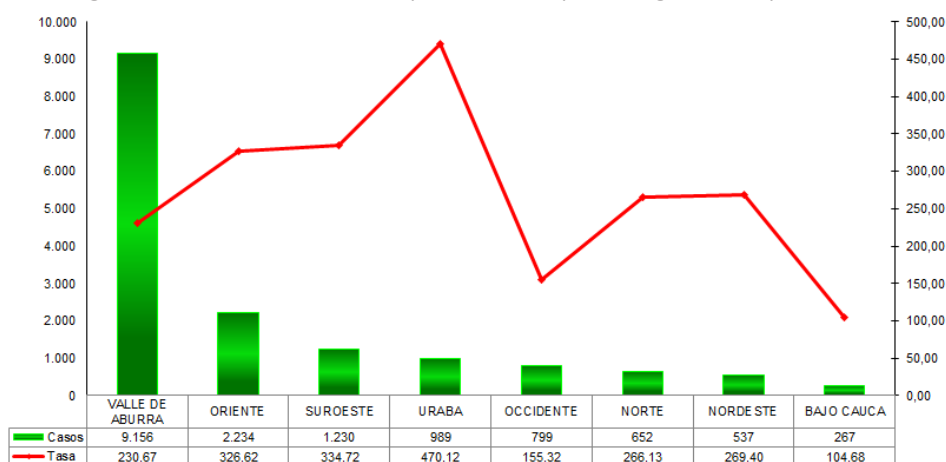
2.6.5.1. Exposición rábica

La exposición rábica ocupa un segundo lugar, en los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP), más notificados en el Departamento. La rabia humana, es una de las enfermedades zoonóticas de mayor importancia en la salud pública en Colombia, además, de ser un evento en proceso de erradicación. En el

departamento de Antioquia no se reporta rabia humana desde 1992, cuando murieron tres personas en el municipio de Santa Fe de Antioquia, quienes fueron atacadas por un gato.

La subregión con el mayor número de casos es el Valle de Aburrá, sin embargo, la mayor incidencia del evento la registra la subregión de Urabá con 470,12 casos por 100.000 habitantes, para el año 2019.

Figura 83. Casos e incidencia de exposición rábica por subregión. Antioquia, 2019



Fuente: SIVIGILA, 2019 (n= 16.064)

Para el mismo año, al comparar los casos y la tasa de incidencia por grupos etarios, se encuentra que los rangos de edad con el mayor número de casos y las tasas de incidencia más altas, fueron los grupos de 5 a 9 años, seguido por los de 10 a 14 años.

La exposición rábica se presentó en área urbana en el 74,17% de los casos, en hombres en el 52,94% de los casos y mayoritariamente en personas del Régimen Contributivo (64,11%). Las personas expuestas a la rabia reportaron que el animal estaba sin signos de rabia en el 88,53% de los casos. En las atenciones por exposición rábica se

reportaron heridas superficiales en el 85,11% de los casos, únicas en el 69,66% y fueron clasificadas como no exposición o exposición leve en el 96,60% de los casos.

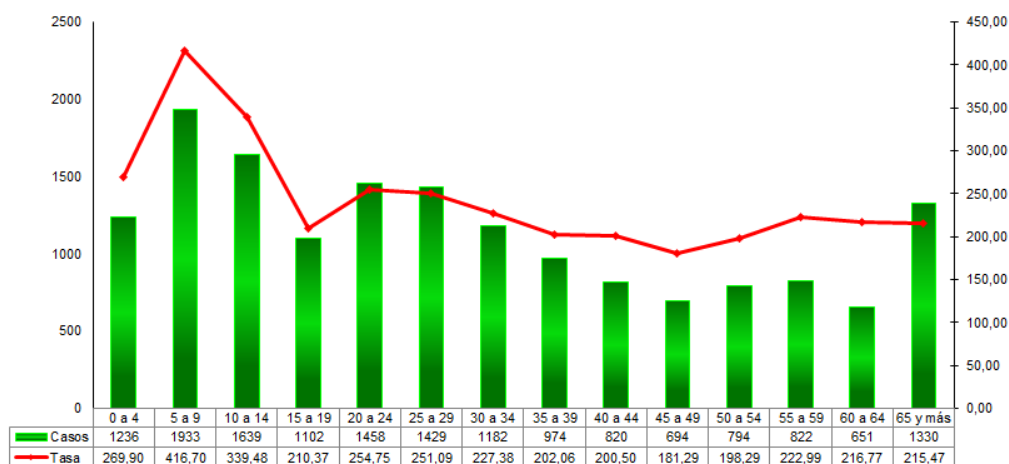
El 98,23% de las exposiciones rábicas ocurrieron por mordedura o rasguño de perros y/o gatos, donde los perros ocupan el primer lugar con el 86,75%. Sigue llamando la atención respecto a la vacunación, que el 40,37% de las personas desconocen el estado de vacunación del animal que genera la mordedura, frente a un 43,88% que sí refieren estar vacunados.



Es de resaltar, que es necesario el adecuado diligenciamiento de las fichas de notificación por el personal sanitario y adherirse a los protocolos de manejo de los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP). Se encuentra ausencia en el diligenciamiento de las variables de

interés como ubicación del animal agresor e inconsistencias en el tipo de exposición. Es necesario reforzar en el manejo oportuno y adecuado de los casos graves, con el fin de evitar potenciales casos de rabia humana.

Figura 84. Casos e incidencia de exposición rábica según grupos de edad. Antioquia, 2019



Fuente: SIVIGILA, 2019 (n= 16.064)

2.6.5.2. Eventos Transmitidos por Vectores - ETV

Los Eventos Transmitidos por Vectores (ETV) contribuyen de manera importante a la carga mundial de morbilidad y afectan muy especialmente a las comunidades de los países en desarrollo. En los países de las Américas existe una alta carga de estas enfermedades, varias de las cuales se presentan de forma endemoepidémica en diferentes áreas geográficas. Producen ausentismo escolar, recrudecen la pobreza, incrementan los costos sanitarios y sobrecargan los sistemas de salud, a la vez que menoscaban la productividad económica general. Los principales ETV que afectan a las poblaciones de las Américas son: el dengue, el Zika, el Chikungunya, la Malaria o Paludismo, la Leishmaniasis (cutánea, mucosa

y visceral), la enfermedad de Chagas, la oncocercosis y la filariasis linfática, así como, en menor medida, la fiebre amarilla y la fiebre del Nilo Occidental, la enfermedad de Lyme, la encefalitis transmitida por garrapatas, entre otras, las cuales tienen una importancia local en zonas o poblaciones específicas.

La distribución e intensidad de los ETV viene determinada por una compleja y dinámica interacción de condicionantes biológicos, geográficos y ambientales, que delimitan el espacio de transmisión en el ámbito rural, periurbano o urbano. La interrelación de los procesos bioambientales con los procesos sociales, económicos, políticos y culturales define la probabilidad de transmisión y determina que dicha transmisión sea



endémica, emergente, reemergente o epidémica.

2.6.5.2.1. Dengue

En Colombia, durante el 2019 se notifican 124.989 casos de dengue, 60.144 (48,1%) sin signos de alarma, 63.497 (50,8%) con signos de alarma y 1.348 (1,1%) de dengue grave. Se notifican casos procedentes de 32 entidades territoriales, 4 distritos, 843 municipios.

Desde la semana epidemiológica número 8 de 2019, Colombia inició una nueva fase epidémica de dengue, situación esperada teniendo en cuenta el comportamiento cíclico del evento que se repite cada 3 o 4 años en el país (1), la alerta sobre la posible ocurrencia del fenómeno del “Niño” (2) y el incremento sostenido de casos que comienza en la semana epidemiológica 42 de 2018 (22). En la región Andina, las entidades territoriales de Tolima, Huila, Santander y Norte de Santander concentraron el 79,7% de casos.

Frente al dengue en 2019, el comportamiento no fue epidémico para el territorio antioqueño, según el SIVIGILA, en el Departamento se reportan 5.061 casos, de los cuales el 47% corresponden a dengue sin signos de alarma, el 52,1% con signos de alarma, el 0,7% a dengue grave y el 0,1% a muertes por dengue.

Según el DANE, para el 2019 no se registran muertes por esta causa, sin embargo, por el sistema de vigilancia epidemiológica se identifican 5 muertes con prueba de laboratorio positiva y una muerte probable, procedentes de la zona de Urabá.

Las subregiones con el mayor número de casos de dengue reportados son Urabá con 1.585

casos, la cual aporta el 31,3% de los casos notificados y Valle de Aburrá con 1.566, lo que equivale al 30,9% del total de los casos en el Departamento..

Con respecto a las acciones de vigilancia realizadas desde el Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, se reporta que se procesaron un total de 1.551 muestras de pacientes sospechosos para dengue, de los cuales el 40% fue positivo para el evento.

2.6.5.2.2. Malaria

La malaria, continúa siendo para Colombia, un grave problema de salud pública, debido a que cerca del 85% del territorio rural colombiano, está situado por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar y presenta condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas aptas para la transmisión de la enfermedad. Cerca del 60% de la población colombiana se encuentra en área de riesgo para adquirir la enfermedad y morir por esta causa.

Según informe por evento publicado por el Instituto Nacional de Salud, los casos de malaria para el año 2019, se concentraron principalmente en los departamentos de Chocó (24.667), Nariño (15.997), Córdoba (9.111), Antioquia (7.340). En Antioquia de los 125 municipios del Departamento, el 45% presentan condiciones favorables para la transmisión de la malaria por la presencia de especies de anopheles, consideradas principales vectores transmisores de paludismo, aún así, se presenta la enfermedad en forma permanente en 32 municipios, donde habitan más de 650.000 personas. En la base de datos de SIVIGILA del departamento de Antioquia para el año 2019 se reportan 7.786

casos de malaria procedentes de 31 municipios de las 9 subregiones del Departamento arrojando un Índice Parasitario Anual (IPA) de 1,19 casos por 1.000 habitantes. De estos casos, 6.291 corresponden a plasmodium vivax, generando un Índice Parasitario Específico para esta especie (IPA) de 0,96 casos por cada mil habitantes; 1.398 casos fueron diagnosticados como plasmodium falciparum, para un IPA de 0,21, indicando que en el departamento de Antioquia se presentan 4,5 casos de malaria por plasmodium vivax por cada caso de malaria por plasmodium falciparum. Adicionalmente, se notificaron 97 casos de malaria mixta.

En resumen, el dengue y la malaria en todas sus formas, siguen siendo los principales eventos de mayor notificación. Comparativamente, la letalidad de dengue grave en 2018 en el Departamento es menor a la registrada para la población colombiana, la cual fue de 10% y 14%, respectivamente, lo que significa que otros departamentos de

Colombia presentaron más riesgo de morir por este evento, que los habitantes de Antioquia. La mortalidad por malaria ha permanecido estable en los años de estudio y no se evidenciaron diferencias para el Departamento con respecto al país.

2.6.6. Factores de riesgo ambiental y sanitario

2.6.6.1. Intoxicaciones

Las intoxicaciones en Antioquia fueron el cuarto Evento de Interés en Salud Pública más notificado en el Departamento para el año 2019. Entre las intoxicaciones se encuentran las intoxicaciones por sustancias químicas (ficha 365) e intoxicaciones por sustancias químicas secundarias a intentos suicidas (ficha 356), alcanzando una incidencia de 111,4 casos por 100.000 habitantes. Vale la pena resaltar la tendencia al aumento en el Departamento a partir del año 2008, año en el que se reporta una incidencia de 19,6 casos por 100.00 habitantes.

Figura 85. Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas. Antioquia 2008 – 2019



Fuente: SIVIGILA



La subregión con mayor incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas es el Norte con 136,7 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la departamental. De los municipios del Norte resalta Santa Rosa de Osos con la tasa de incidencia superior del Departamento (196,5 por 100.000 habitantes). El municipio con mayor número de casos es Medellín que reporta el 47,1% de todos los casos de intoxicaciones por sustancias químicas durante el año 2019.

Para el año 2019, el 84,2% de las intoxicaciones se presentan por, medicamentos, sustancias psicoactivas y por plaguicidas. Por medicamentos se registran 3545 casos, el municipio con mayor tasa de incidencia fue Medellín con 68,5 casos por 100.000 habitantes. Respecto a las intoxicaciones por sustancias psicoactivas, se reportan 1361 casos, nuevamente la incidencia mayor se presenta en Medellín con 37,3 casos por 100.000 habitantes. Por plaguicidas se registran 1238 casos, la tasa de incidencia más alta la tiene la subregión del Norte con 55,1 casos por cada 100.000 habitantes. Se mantiene la distribución de intoxicaciones por sustancias químicas, similar al año 2018.

El 56,4% de las intoxicaciones por sustancias químicas se presenta en mujeres. De todas las intoxicaciones por medicamentos, sustancias psicoactivas y plaguicidas, el 72%, 32% y 44% se dan en mujeres, respectivamente.

Respecto al ciclo vital, el 89,4% de los casos se reportaron entre los 12 y 59 años. El grupo con mayor representatividad de intoxicaciones químicas fue el de 27 a 59 años, con el 37,3% de todos los casos (2.720), seguido por el ciclo vital de juventud, con 27,5% de los casos y por

último, de la adolescencia con un 24,6% de los casos.

Según nivel de escolaridad, la mitad de las intoxicaciones se presentan en personas con nivel de escolaridad primaria o secundaria. El mayor número de intoxicaciones ocurre en secundaria con 31,3%, seguido por primaria en un 18,7%. El 89,9% de las personas con algún tipo de intoxicación se encuentran afiliadas al sistema general de seguridad social en salud, de estas la mayoría en el Régimen Contributivo (57,3% de los casos).

Durante el 2019 se atienden 32 brotes de intoxicación por sustancias químicas en 19 municipios del Departamento. El 46,9% de los brotes ocurren en el valle de Aburrá; el municipio con mayor número de intoxicados fue Envigado con 28 personas, algunos con quemaduras graves, secundario a intoxicación por monóxido de carbono en un incendio al interior de una unidad residencial.

2.6.7. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH-SIDA

El VIH/SIDA es un problema de salud pública en el Departamento, la tasa de notificación más alta, según la edad, corresponde al rango de 25 a 29 años, con una incidencia de 132,8 casos por 100.000 habitantes, seguido por el rango de 20 a 24 años; el 82% de los casos corresponde a los hombres y el 60,5% de todos los pacientes están en edades comprendidas entre los 20 y 34 años; además, esta población es económicamente activa y adicionalmente en edad reproductiva que aumenta el riesgo de transmisión de la enfermedad.



El 2% de los casos corresponde a mujeres gestantes, por lo que se debe continuar fortaleciendo las acciones en esta población para reducir la Transmisión Materno Infantil (TMI) de la enfermedad, garantizando un estricto control prenatal y el seguimiento posparto de cada uno de los casos.

Cinco (0,2%) personas son notificados como TMI, lo que indica el cumplimiento de la meta de eliminación mundial, sin embargo, se deben fortalecer las acciones para que sean cero casos, garantizando el seguimiento estricto y la adherencia al manejo de cada una de las gestantes.

El 10,5% de pacientes notificados en el año 2019, viven en el área rural, por lo que se deben ofertar las pruebas voluntarias en esta área y no concentrar las acciones en la zona urbana.

De los 3.073 casos notificados a SIVIGILA para el año 2019, 363 (12%) presentan otra patología asociada al momento de diagnóstico de VIH/SIDA, dentro de las cuales se resalta la tuberculosis, por lo que es de suma importancia realizar los ejercicios de triangulación entre ambos programas y avanzar en el fortalecimiento del plan de acciones colaborativas TB/VIH, así como, el fortalecimiento de las acciones del plan de respuesta a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), debido a que también se reportan casos con co-infección con Hepatitis B.

Ante la complejidad de su manejo, se debe lograr el seguimiento nominal de cada uno de las personas que viven con VIH/SIDA para garantizar su atención integral y oportuna, que accedan de manera precoz al tratamiento antiretroviral - ARV y el seguimiento estricto.

Se debe fortalecer las acciones de sensibilización, apropiación social del conocimiento de VIH/SIDA en la comunidad en general y no sólo en poblaciones en riesgo. Avanzar en un proceso sistemático de monitoreo y evaluación del VIH/SIDA para tomar decisiones acertadas, basadas en información veraz y actualizada.

2.6.8. Tuberculosis

La tuberculosis hace parte de la agenda estratégica de desarrollo del mundo e incluye en uno de sus objetivos, poner fin a la epidemia de tuberculosis al 2030. Colombia, como quinto país de la región de las Américas, con mayor carga de casos, toma dicho plan. Como resultado de la implementación de las estrategias, es importante resaltar que la incidencia para el año 2018 fue 24,8 con relación al año 2017 de 26,4. Si bien, presenta una reducción para el año 2018, es necesario seguir fortaleciendo las acciones de atención integral en salud de la población, en especial aquella que se encuentra en pobreza, desigualdad e inequidades sociales en salud, para lograr captar la totalidad de casos en el país y poder cumplir con las metas.

Otro factor grave mundial, es el aumento la tuberculosis farmacorresistente, que sigue siendo una amenaza de salud pública. En 2018, se presentan aproximadamente medio millón de nuevos casos de tuberculosis resistente a la rifampicina (de los que un 78% tienen tuberculosis multirresistente). Los tres países con mayor proporción de carga mundial son la India (27%), China (14%) y la Federación de Rusia (9%). En el ámbito mundial, 3,4% de los nuevos casos de tuberculosis y el 18% de casos

previamente tratados tienen tuberculosis multirresistente o resistente a la rifampicina.

Según el Informe de cierre anual de Tuberculosis publicado por la Organización Mundial de la Salud en octubre del 2019, el comportamiento histórico de la TB evidencia una tendencia estable, en los últimos 10 años, tanto en el número de fallecidos como en la tasa de incidencia; no obstante, es necesario continuar el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la enfermedad, especialmente orientado a poblaciones con alta vulnerabilidad social y de acceso a los servicios de salud.

Si bien, la vacunación con BCG permanece en las coberturas útiles, superior al 93%, la más alta incidencia de tuberculosis pulmonar durante los últimos 10 años se presenta en el año 2019, lo que perpetúa la cadena de transmisión de la enfermedad en la comunidad, por lo que se deben fortalecer los diagnósticos tempranos en el primer nivel de atención. Se notifican al SIVIGILA un total de 2.928 casos de tuberculosis, en el ejercicio de triangulación entre las diferentes fuentes de información (Laboratorios, Estadísticas Vitales, RIPS, SIVIGILA, SITB). La tasa global en el Departamento es de 44,7 casos por 100.000 habitantes, la más alta en el último quinquenio, por lo tanto, Antioquia permanece como el Departamento con mayor carga de la enfermedad en el país.

Teniendo en cuenta las tasas de incidencias por subregión, es de resaltar que Magdalena Medio registra la incidencia más alta para el año 2019, alcanzando 65,5 casos por 100.000 habitantes, cifra que se encuentra por encima de la incidencia del Departamento, seguida por

la subregión de Valle de Aburrá con 59,9 casos por 100.000 habitantes, dentro de la subregión, la ciudad de Medellín presenta el mayor número de casos, 1.795 pacientes notificados en SIVIGILA en el año 2019, alcanzando una incidencia superior a la del Departamento, por lo que se requiere aunar esfuerzos para lograr captar a todas las personas afectadas por la enfermedad y avanzar en los objetivos propuestos en la estrategia post 2015.

De los 125 municipios del departamento de Antioquia, las tasas más altas de incidencia de tuberculosis las presentan: Puerto Berrio, Puerto Triunfo, Medellín, Segovia, la Pintada. Es importante resaltar que en algunos de estos municipios se encuentran poblaciones más vulnerables, tales como comunidades indígenas, Población Privada de la Libertad (PPL), en condición de calle, entre otros, en los cuales se debe hacer un seguimiento estricto de sintomáticos respiratorios, pues la incidencia de la enfermedad en estas poblaciones es tres veces mayor que la del resto de la población.

De todos los casos se logra curación en el 63% de la cohorte a reportar en 2019 y con tratamiento terminado un 15%, lejano a la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud, de alcanzar el 90% de curación. Adicionalmente, la pérdida en el seguimiento, asciende a un 9% en el Departamento, lo que aumenta el riesgo de la aparición de cepas resistentes y la perpetuación de la transmisión de la enfermedad en la comunidad. El 7% de los pacientes, lo que corresponde a 204 casos, fallecieron, siendo la muerte por tuberculosis prevenible, pues es una enfermedad que tiene tratamiento efectivo, con el cual se logra la

curación de por lo menos el 90% de los casos y el diagnóstico es de fácil acceso y a bajo costo.

En cuanto a la letalidad analizada en 2018, es la TB farmacorresistente quien aportó mayor proporción con 11,11% de los casos en el Departamento, confrontada con la del país de 9,45%, frente a las letalidades que tienen la TB pulmonar (6,65%) y extrapulmonar (5,17%) en Antioquia y Colombia (7,58% y 7,76%) respectivamente.

2.7. Eventos inmunoprevenibles

2.7.1. Análisis de la situación de coberturas de vacunación en Antioquia en el periodo 2015 a 2019.

Una de las estrategias más costo - efectivas en la salud pública es la vacunación, ésta, sumada a la implementación del acueducto y alcantarillado, ha tenido un impacto positivo en la reducción de mortalidad por causas evitables, especialmente en los menores de 6 años.

Los programas de vacunación trabajan entre otros, bajo los principios de oportunidad, equidad y sostenibilidad, para garantizar que todas las personas objeto de vacunación accedan a ésta. Para ello, se implementan acciones que permitan reducir las oportunidades perdidas en vacunación, favoreciendo el acceso al servicio.

En Colombia se dispone de 21 vacunas en el Programa Ampliado de Inmunización – PAI, que protegen contra 26 enfermedades, las cuales se aplican según la indicación en menores de 6 años (tales como anti-

sarampión) gestantes (anti-pertussis) y adultos mayores (anti-influenzae) entre otras.

De igual manera, se tiene integrado al PAI un sistema de vigilancia epidemiológica para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización - ESAVI con el fin de analizar los casos sospechosos, posibles brotes y rumores por eventos adversos atribuidos a la vacunación, realizar un estudio de los casos y concluir si se trata de un evento coincidente o si realmente son asociados a la vacuna.

Reconocer la importancia de esta estrategia para impactar en la morbilidad y mortalidad infantil y de los grupos de riesgo priorizados, hace necesario disponer de procesos de planificación para implementar todos los componentes del PAI en los Entes Territoriales (ET); el cual incluye un monitoreo estricto de las coberturas de vacunación, para verificar el cumplimiento de las metas administrativas y tomar las medidas necesarias para ajustar las estrategias, con el fin de lograrlas.

Se entiende por cobertura útil en vacunación cuando se encuentra superior o igual a 95%. En Antioquia, para 2019, en el grupo de menores de un año, esta meta se logra en vacunas como anti-poliomielítica, DPT, anti hepatitis B y vacuna contra la haemophilus influenzae tipo B. En las vacunas BCG con un 94% y anti-influenzae con un 62%, no logró esta meta.

En términos generales se han mantenido coberturas útiles de vacunación en el último quinquenio. Se observa adherencia al programa, especialmente en los niños y niñas que requirieron vacunas a los 2, 4 y 6 meses de edad, en los cuales se colocan varias de éstas,

al mismo tiempo como es el caso de la pentavalente (que incluye DPT, haemophilus influenzae tipo B y anti hepatitis B), lo cual no ocurre con las que se colocan de manera individual en otras edades, como es el caso de la anti-influenzae, observando que a medida que el niño crece hay menos adherencia en el cumplimiento en el calendario de vacunación, es así, como en el período observado la cobertura osciló entre 53 y 69% para esta vacuna.

Durante el período de observación se aplicaron 2'060.745 dosis de todas las vacunas, con un promedio de 68.692 dosis por año, lo que da cuenta del esfuerzo administrativo y del talento humano para fortalecer y mantener el programa en Antioquia.

A continuación, se describe el comportamiento de estas vacunas en el último quinquenio.

2.7.1.1. Vacuna tipo anti - poliomielítica

La poliomielitis es un evento de interés en salud pública que se encuentra en plan de erradicación. El esquema regular incluye 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad, con dos refuerzos a los 18 meses y 5 años. En la actualidad se mantienen tres dosis inyectables (2, 4 y 6 meses) y dos dosis vía oral (refuerzos), buscando evitar la circulación de virus vacunal y con esto posibles brotes, dado que la región ha logrado la eliminación del virus salvaje.

Esta vacuna tuvo cobertura útil durante el período evaluado, con un promedio de 94%; la menor cobertura se observa en el 2017 con un 93%. En total se administraron 365.510 dosis, con un promedio de 73.102 dosis anuales.

2.7.1.2. Vacuna pentavalente

Esta vacuna protege contra 5 enfermedades como son: difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B y enfermedades producidas por haemophilus influenzae tipo B. El esquema regular incluye 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad con un refuerzo de DPT a los 5 años. Durante el período observado, esta vacuna tuvo cobertura útil, con un promedio de 94%. La menor en el año 2017 con un 93%. En total se administran 365.966 dosis, con un promedio de 73.193 dosis por año.

2.7.1.3. Vacuna BCG

Esta vacuna protege contra la tuberculosis de manera especial para el tipo meníngeo. El esquema regular incluye 1 dosis que se administra al nacimiento, antes del egreso hospitalario o tan pronto como sea posible. No tiene refuerzo. La vacunación de BCG presenta cobertura útil durante el período evaluado, con un promedio de 96%. La menor cobertura lograda fue en el año 2019 con un 94%. En total, se administran 372.949 dosis, con un promedio de 74.590 dosis por año.

2.7.1.4. Vacuna anti-neumocócica

Esta vacuna protege contra las enfermedades producidas por la bacteria neumococo, tales como, meningitis e infecciones respiratorias como neumonías entre otras. El esquema regular incluye 3 dosis que se administran a los 2, 4 y 12 meses de edad. No tiene refuerzo. Esta vacuna presenta cobertura útil durante el período evaluado, con un promedio de 95%. La menor cobertura se registra en el año 2016 con un 87%. En total se administran 369.121 dosis, con un promedio de 73.824 dosis por año.



2.7.1.5. Vacuna anti-rotavirus

Esta vacuna protege contra la diarrea causada por este virus. El esquema regular incluye 2 dosis que se administran a los 2 y 4 meses. No tiene refuerzo. Presenta una cobertura útil en la mayoría de los años del período evaluado, con un promedio de 93%, afectado por la registrada en el año 2017, siendo ésta del 89%. En total se administran 360.209 dosis, con un promedio de 72.042 dosis por año.

2.7.1.6. Vacuna anti-influenzae estacional de 6 a 11 meses

Protege contra virus estacionales de influenzae de las cepas circulantes A y B. En Colombia incluye AH1N1 y H3N2 e influenzae B. El esquema regular son 2 dosis iniciales y una dosis de mantenimiento cada año, que se aplica en menores de 6 a 23 meses, gestantes y adultos mayores. Esta vacuna tiene una cobertura útil durante el período evaluado, con un promedio de 95%. La menor cobertura se registra en el año 2016 con un 87%. En total se administran 369.121 dosis, con un promedio de 73.824 dosis por año.

2.7.1.7. Coberturas de vacunación en mayores de 1 año

En Antioquia para 2019, en el grupo de mayores de un año, la meta administrativa se ha logrado en vacunas como anti-varicela, anti-hepatitis A y SRP. En las vacunas anti-amarílica con un 89%, anti-neumocócica con un 94% y anti-influenzae con un 83%, no se logra esta meta.

En términos generales, se han mantenido coberturas útiles de vacunación en el último

quinquenio, excepto por las vacunas anti-amarílica y anti-influenzae, en las que no se observa adherencia al cumplimiento en el calendario de vacunación, posiblemente afectado por el desabastecimiento de las mismas en algunos períodos, creencias sobre su indicación y los horarios de vacunas que den fácil acceso para los usuarios, entre otras razones.

Entre los años 2015 a 2019 se aplicaron 2.483.733 dosis de todas las vacunas, con un promedio de 70.964 dosis por año.

2.7.1.8. Vacuna SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)

Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP) son eventos de interés en salud pública evitables. Los dos primeros (SR) se encuentran en eliminación con certificación internacional para Colombia y Antioquia desde 2014, que se mantiene a la fecha. El último caso de rubéola en el Departamento se registra en el municipio de Guarne, en el año 2005 y el último caso de Sarampión en el municipio de Rionegro, en el año de 1998. El esquema regular incluye 1 dosis a los 12 meses con un refuerzo a los 5 años. Esta vacuna tuvo cobertura útil durante el período evaluado con un promedio de 95%. La menor cobertura en el año 2017 con un 94%. En total se administran 378.999 dosis, con un promedio de 75.800 dosis anuales.

2.7.1.9. Vacuna anti-varicela

Protege contra el virus de la varicela. El esquema regular incluye 1 dosis a los 12 meses y un refuerzo a los 5 años. Esta vacuna tiene cobertura útil durante el período evaluado, con un promedio de 94%. La menor se registra



en el año 2015, con un 92%. En total se administran 337.102 dosis con un promedio de 67.420 dosis por año.

2.7.1.10. Vacuna anti-amarílica

Esta vacuna protege contra el virus transmitido por los vectores del género arbovirus entre los cuales se encuentran aedes aegypti, aedes albopictus y aedes haemagogus que produce la enfermedad de la Fiebre Amarilla.

En Colombia su indicación es aplicarla desde los 18 meses de edad y en zonas endémicas desde los 12 meses. Se aplica como dosis única. Es requisito para algunos destinos internacionales.

Excepto para 2015 en el período observado no se lograron coberturas útiles de vacunación. Estas han oscilado entre 77 y 100%. El desabastecimiento de la vacuna en algunos períodos es la principal causa de este resultado. En total se administran 312.930 dosis con un promedio de 62.586 dosis por año.

2.8. Análisis de la población en condición

de discapacidad

De acuerdo con el Informe Mundial sobre Discapacidad del 2011, existe un 15 % de personas en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; esto equivale a más de mil millones de personas.

En el Departamento, el año 2020 se reportaron 205.570 discapacidades en 204.577 personas, dado que algunas personas tienen más de una discapacidad. El tipo de alteración permanente más frecuentemente identificada en Antioquia el año 2020, es el relacionado con el sistema nervioso, con un 53,7% del total reportado, seguido de la alteración del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas; estos dos subgrupos son los que habitualmente aparecen en los primeros lugares.

Al margen del tipo y número de sistemas afectados es necesario impulsar estrategias de rehabilitación en esta población, con el objetivo de alcanzar la mayor independencia y adaptación social de ellos.

Tabla 57 Distribución de las alteraciones permanentes. Antioquia, 2020

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	103336	50,27
El sistema nervioso	34280	53,70
Los ojos	13761	25,41
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	110381	16,68
Los oídos	17101	13,37
La voz y el habla	5722	21,81
La digestión, el metabolismo, las hormonas	44841	8,32
El sistema genital y reproductivo	4315	6,69
La piel	27493	2,78
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	52227	2,10
Total	205570	

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, agosto de 2020.

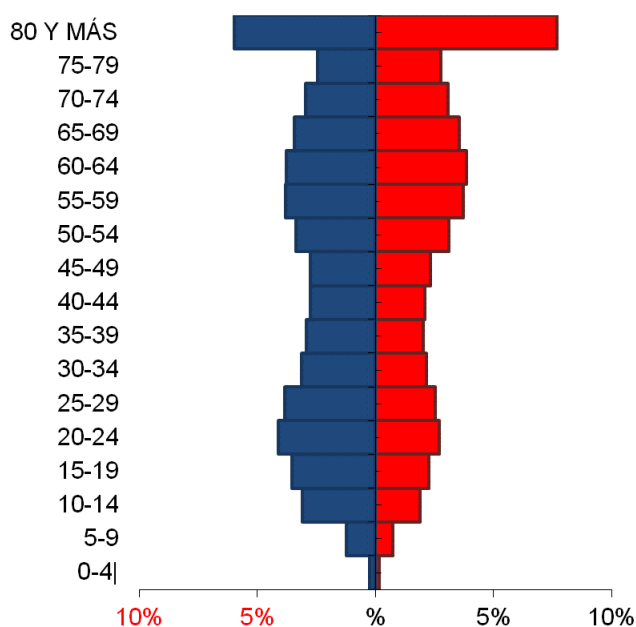


En cuanto a la pirámide poblacional, si bien es cierto que se observan casos en todos los grupos de edad, es igualmente cierto, que los casos se acumulan en la población de mayor edad, siendo el 39% de las personas caracterizadas mayores de 60 años; este comportamiento puede explicarse en parte por el deterioro progresivo asociado al envejecimiento, sumado esto a la prevalencia de condiciones como la diabetes mellitus, la cual puede generar ceguera por neuropatía. No obstante, no se debe considerar que el avance hacia la vejez necesariamente está

ligado inexorablemente a la discapacidad y dependencia, se deben promover estilos de vida saludable que les permitan a las personas no solo más años de vida, sino de mejor calidad.

De otro lado, por no tenerse acceso a la causa de la discapacidad, no se puede ponderar el impacto de los accidentes de tránsito, especialmente de motocicletas, los cuales son responsables de morbimortalidad, discapacidad y costo de los servicios de salud en el Departamento y el país.

Figura 86. Pirámide de la población en situación de discapacidad. Antioquia, 2020.



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

2.9. Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Para la priorización de la morbilidad atendida, de eventos de morbilidad general por grandes causas, específica por subgrupos, alto costo, eventos precursoros y eventos de notificación

obligatoria en el departamento de Antioquia, se tiene en cuenta su prevalencia y letalidad, las tendencias en los últimos cinco años y la comparación con el nivel nacional, siendo la



tuberculosis la tercera causa de mortalidad dentro de las enfermedades transmisibles y con una de las mayores tasas de letalidad reportada. Las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial y la

diabetes mellitus con prevalencias iguales al comportamiento nacional, se priorizaron por ser trazadoras y precursoras de la mortalidad causada en el sistema cardiocirculatorio.

Tabla 58. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursoros y eventos de notificación obligatoria. Antioquia 2019

Morbilidad	Prioridad	Antioquia	Colombia	Tendencia	Grupo de Riesgo (MIAS)	Problema Identificado 2020-Proyecto
General por grandes causas	1. Condiciones transmisibles y nutricionales (primera infancia)	31,8	-	Estable	003	Problema 14 y Problema 9
	2. Enfermedades no transmisibles-persona mayor	80,9	-	Creciente	001	Problema 3 Problema 7
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Infecciones respiratorias	50,7	-	Decreciente	002	Problema 14
	2. Condiciones orales	11,1	-	Decreciente	006	Problema 7
	3. Cardiovasculares	16,3	-	Decreciente	001	Problema 7
Alto Costo	Tasa de incidencia de VIH- Fuente SIVIGILA Antioquia	29,0	22,7	Decreciente	009	Problema 3
Precursores	1. Prevalencia de hipertensión arterial	10,1	7,9	Fluctuante	001	Problema 7
	2. Prevalencia de diabetes mellitus.	2,9	2,6	Constante	001	Problema 7
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Letalidad de tuberculosis pulmonar	6,7	7,8	Fluctuante	009	Problema 14
	2. Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	32,1	27,6	Fluctuante	009	Problema 14 Problema 19
Discapacidad	1. Alteración permanente en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	50,3	49,5	NA	000	Problema 4
	2. Sistema nervioso	53,7	44,6	NA	001	Problema 4 Problema 7

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

Conclusiones

- En la primera infancia se generan la mayor proporción de consulta por condiciones transmisibles y nutricionales, su tendencia es a la disminución en el período evaluado. De este grupo las infecciones respiratorias generan la mayor cantidad de atenciones.
- El grupo de patologías que más consultas generan en todos los grupos de edad son las enfermedades no transmisibles; la proporción de consultas por este grupo aumentan con la edad.
- En los hombres jóvenes, se evidencia la mayor proporción de consultas por lesiones, en comparación con todos los otros ciclos vitales y las mujeres.
- En el grupo de enfermedades no transmisibles, la mayor proporción de consultas se presentaron por enfermedades cardiovasculares, en segundo lugar, las enfermedades del sistema osteomuscular y en tercer lugar las enfermedades de la cavidad oral.
- En todos los ciclos vitales, el grupo de patologías de salud mental que más consultas genera es el de trastornos mentales y del comportamiento.
- La prevalencia e incidencia de Enfermedad Renal Crónica - ERC estadio V en fase de reemplazo renal y las tasas de incidencia de VIH/SIDA notificada y de leucemias linfocítica y mielocítica agudas, es similar en Antioquia y Colombia.
- La tendencia de la tasa de incidencia de leucemias linfocítica y mielocítica aguda en Antioquia ha oscilado en los últimos años con tendencia a la baja.
- La mayoría de las personas con Enfermedad Renal Crónica - ERC se encuentran en estadios tempranos de la enfermedad, lo que implica el importante papel en prevención secundaria de las aseguradoras en salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, mediante los programas de promoción y prevención.
- Las prevalencias de diabetes mellitus y de hipertensión arterial son similares en el Departamento en comparación con el nivel nacional.
- La morbilidad por enfermedad renal, evalúa el impacto a largo plazo de las diabetes mellitus y de la hipertensión arterial, donde es esencial la adopción de estrategias para el seguimiento, vigilancia y cumplimiento de las metas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- La mayoría de las atenciones en salud, a nivel nacional y departamental, realizadas a población migrante corresponden a población venezolana.
- De las atenciones en salud a migrantes en Antioquia 4 de cada 10 y en Colombia 5 de cada 10, no se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que implica el posible aumento de informalidad y de las precarias condiciones de vida de la población.
- Para 2019, el 74,45% y el 63,92% de los migrantes atendidos en salud en Colombia y Antioquia, respectivamente, no tienen resuelta su situación de aseguramiento en salud.
- Para conocer el comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas se recomienda dar lineamientos claros para la notificación del consumo de sustancias psicoactivas, a través del Sistema único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias

Psicoactivas - SUISPA, que provee información relacionada con algunas de las consecuencias del consumo: el abuso y la dependencia. El SUISPA fue diseñado conjuntamente por el Ministerio de Salud y la Protección Social, la Dirección Nacional de Estupefacientes y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en Colombia (UNODC). Este sistema permite recopilar y analizar con facilidad la información de los centros y servicios especializados por situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, gracias a una aplicación que funciona en la web y que permite al usuario múltiples ventajas; una de ellas es la no realización de reportes por parte de las entidades territoriales, se accederá a la información que hayan registrado por medio del SUICAD.

- El análisis de la información registrada en el SUICAD se realizará de manera anual mediante estadística descriptiva e incluye el análisis del comportamiento y la tendencia del consumo de sustancias psicoactivas en términos de persona, tiempo y lugar en el territorio, que tengan servicios de tratamiento para usuarios de sustancias psicoactivas, mediante el cálculo de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central. Se realiza también análisis de series de tiempo a fin de identificar aumento o decremento en la notificación.
- Respecto a las diferentes formas de violencia, las mujeres son la población más afectada a causa de la violencia física, psicológica y sexual, el agresor es principalmente la pareja o un familiar de género masculino, ya sea el padre, un hermano mayor o un primo.
- Se evidencia una importante permisividad en el hogar frente a las conductas violentas del hombre y una desigualdad de derechos para el hombre frente a la mujer, que terminan privilegiándolo a causa del impacto de la ideología machista en este entorno.
- Para la atención de los eventos de violencia se construyen Rutas de Atención Municipales que se encuentran estandarizadas e incluyen el trabajo coordinado de comisarías, policía, hospital y fiscalía.
- Para el comportamiento suicida, el principal factor de riesgo que se identifica es la falta de vínculos familiares y sociales sólidos, el aislamiento, el consumo de alcohol y la baja calidad de vida. A partir de los seguimientos, se identifica que la conducta suicida en estos eventos, está relacionada con un distanciamiento emocional por parte de la familia, caracterizado por un trato indiferente, frío, despreciativo, despreocupado y distante.
- Se sugiere la creación de grupos de apoyo y estrategias, como dispositivos comunitarios para los casos en donde no existan redes sociales de apoyo, debido a que desde allí es frecuente que se articulen vínculos sociales, que ayudan a compensar las carencias afectivas características de esta población.
- Se requiere capacitación a los profesionales en salud sobre la importancia de la calidad del dato de las fichas de notificación y de las diversas fuentes de información. Debido a que el inadecuado diligenciamiento entorpece el análisis de la información y el aprovechamiento de herramientas como



- el ASIS por los tomadores de decisiones.
- La exposición rábica en Antioquia continúa siendo uno de los principales EISP notificados en el Departamento. Sin embargo, la mayoría de éstas se presentan en entornos familiares y observables. Lo que reduce el riesgo de la potencial presencia de rabia humana.
 - Las intoxicaciones por sustancias químicas vienen en incremento en el Departamento desde el año 2008, esto se debe posiblemente al aumento de la notificación y no al aumento per se del evento.
 - El departamento de Antioquia ha liderado el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI aportando de manera significativa a los indicadores del país en referencia al control, la eliminación y erradicación de enfermedades inmunoprevenibles de gran impacto en la población definida por el programa.
 - El fortalecimiento del talento humano en salud a través de la certificación de competencias, las asesorías y asistencias técnicas, fortalecimiento del sistema de información (implementación y mantenimiento del PAIWEB) y de los procesos administrativos del programa (que incluyen los insumos, capacidad instalada, cadena de frío entre otros), han permitido mantener en el tiempo coberturas útiles de vacunación en todas las subregiones del Departamento, impactando en los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil y de los grupos de riesgo objeto de vacunación, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

2.10. Situación del COVID 19 debido al virus SARS_COV-2

Epidemiología del SARS-COV-2- Cronología de una pandemia

En diciembre del 2019, China reporta los primeros caso de infección por neumonía de origen desconocido, con un aumento exponencial que rápidamente se convierte en un brote, los primeros 5 casos se presentan entre el 18 y 25 de enero del 2020, 1 paciente fallecido y 4 hospitalizados y solo hasta el 3 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), advierte que existen unos casos de pacientes que presentan una neumonía con alta transmisibilidad y rápida diseminación de la infección, en la provincia de Wuhan ocasionado aparentemente con la compra y consumo de animales (murciélagos, pangolín entre otros) en un mercado de pescado de Huainan. Inicialmente se piensa

que este brote está asociado al virus MERS-CoV, SARS-CoV o síndrome respiratorio del Medio Oeste, al virus de la influenza aviar entre otros, pero para el 7 de enero del 2020, China confirma la presencia de nuevo coronavirus 2019-nCoV. El 9 de enero del 2020, China informa la primera persona fallecida por este coronavirus en la ciudad de Wuhan. 10 días después del brote inicial se confirman 571 casos en otras 25 provincias chinas, en Hubei ya eran 17 los fallecidos y 95 en estado crítico, se realizan en ese momento proyecciones que indican que hay más de 10.000 personas infectadas. Luego se identifica el agente causal como un coronavirus denominado SARS-COV-2 que causa la enfermedad COVID 19. El 30 de enero del 2020 la Organización Mundial de la



Salud declara la Emergencia Sanitaria Internacional y para esta fecha en China ya había 9.692 casos y otros 90 países, (Taiwán, Tailandia, Vietnam, Malasia, Nepal, Sri Lanka, Camboya, Japón, Singapur, la República de Corea, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Filipinas, India, Irán, Australia, Canadá, Finlandia, Francia y Alemania.).

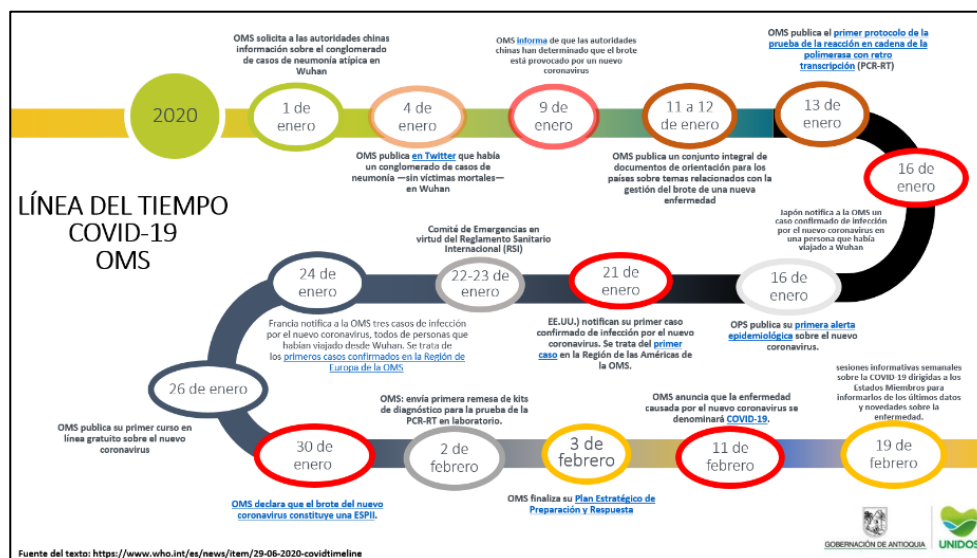
El primer caso del continente americano fue reportado el 19 de enero del 2020, en el estado de Washington, un hombre de 35 años, procedente de China de la provincia de Wuhan, quien presenta sintomatología respiratoria, para el 26 de este mes se reporta el primer caso en Bordeaux, Francia, de una persona que había visitado China, para el 26 de febrero se reporta el primer caso en Sur

América, en Brasil, quien procedía de Lombardía, Italia.

La Organización Mundial de la Salud el 30 de enero 2020, genera la primera alerta mundial por la propagación del virus en todo el mundo y declara la Emergencia en Salud Pública de Carácter internacional, ESPII, debido a la infección por el SARS-CVE-2.

El 7 de marzo del 2020, la OMS categoriza el COVID 19 como una pandemia y lo clasifica como una ESPII, para el 11 de marzo ya se han reportado en el mundo, 114 países con 118.000 casos y un total de 4.291 personas fallecidas y este día es cuando la OMS declara oficialmente como una pandemia.

Figura 87 Línea del tiempo COVID 19 OMS.



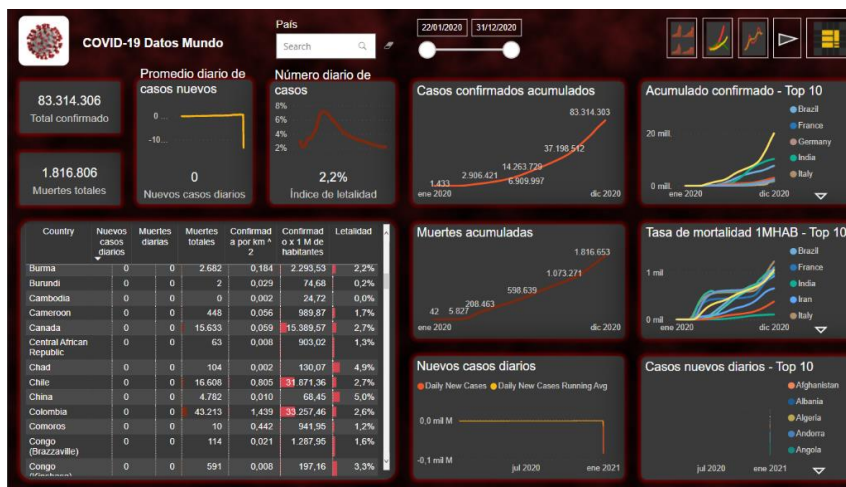
Fuente: OMS - SSSA

Con corte a 31 de diciembre del 2020, en el mundo se habían presentado 83'314.306 de

casos en todos los países y un total de 1'816.806 fallecidos



Figura 88 COVID 19. Datos mundiales



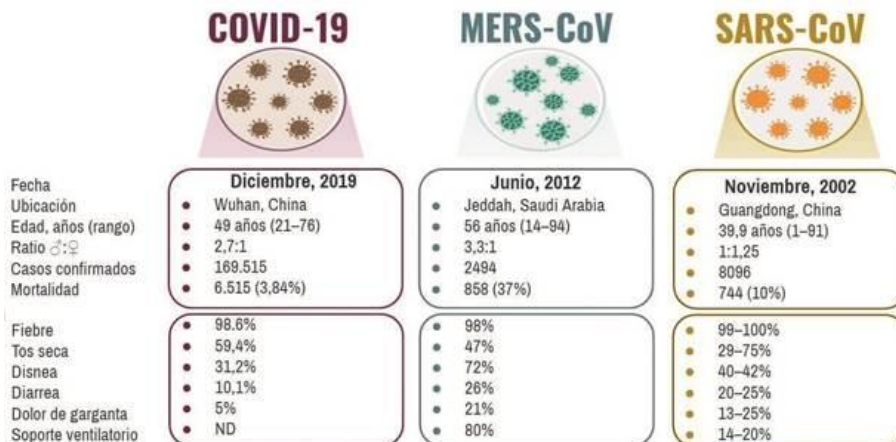
Fuente. Datos internacionales

¿Quién es el agente causal?

El coronavirus es un grupo de la familia de coronavirusidae, es un virus de ARN positivo y cadena simple, envuelto en capsida, con morfología de viriones esféricos y una coraza con proyecciones, asemejándose a una corona, es común y pueden causar enfermedades en

humanos y animales. Hasta antes del brote de China, se habían identificado 36 tipos de coronavirus, algunos de ellos causan infecciones respiratorias, que van desde resfriados comunes a enfermedades graves como el MERS-CoV, SARS-CoV, y ahora el SARS-CoV-2 causando grandes brotes en el mundo.

Figura 89. Comparativa de datos epidemiológicos y clínicos de los diferentes Coronavirus causantes de síndromes respiratorios agudos severos en humanos.



Fuente: Tomado de Peña-López B.O., Rincón-Orozco B. Generalidades de la pandemia por COVID 19 y su asociación genética con el virus del SARS. Salud UIS; 2020; 52(2): 83-86)

Los mecanismos de transmisión del coronavirus, SARS COV2/COVID 19, o nuevo virus, identificados son por gotas respiratorias al toser y estornudar, contacto indirecto por superficies inanimadas y aerosoles por microgotas.

Los pacientes pueden ser asintomáticos los que no presentan síntomas evidentes o sintomáticos que pueden presentar fiebre, escalofrío, pérdida del gusto y el olfato, tos, diarrea, dolor de garganta, rinorrea, estornudos, malestar general, dolor muscular, fatiga cansancio y hasta dificultad respiratoria y puede generar como consecuencia la presencia de neumonía, complicaciones sistémicas en órganos vitales y hasta la muerte.

Colombia:

El 04 de febrero del 2020, el Instituto Nacional de Salud – INS, informó que Colombia era el primer país de Latinoamérica en tener la posibilidad de hacer el diagnóstico del nuevo coronavirus.

El 6 de marzo del 2020, Colombia notifica el primer caso diagnosticado, una mujer de 19 años procedente de Milán Italia, que presenta síntomas y cuyo caso es confirmado por prueba de laboratorio por el INS. Para el 9 de marzo, se reportan 3 casos confirmados y 0 muertes. Para el 17 de marzo, se notifican 179.111 casos de COVID 19 y 7.426 fallecidos. El Ministerio de Salud y Protección Social mediante Decreto 417 del 2020 declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. El 24 de marzo, se define el

aislamiento preventivo obligatorio, según lo establecido por el Decreto 531 de 2020. Así mismo, se adquieren 47.500 pruebas rápidas para entregar a los departamentos.

El 4 de abril, se define el uso obligatorio de mascarilla en los sistemas de transporte público y áreas con afluencia masiva de personas (plazas de mercado, supermercados, bancos, farmacias, entre otros). El 26 de mayo, el Ministerio de Salud y la Protección Social - MSPS, proroga la declaratoria de emergencia sanitaria declarada mediante Resolución 385 de 2020 hasta el 31 de agosto de 2020 con la expedición de la Resolución 844 de 2020. El 9 de julio se inicia el proceso de recuperación de la vida productiva de manera escalonada para los diferentes sectores. Para el 28 de julio, mediante Decreto 1076 del 2020, se establece el aislamiento preventivo obligatorio en Colombia el cual va desde el 1 de agosto al 1 de septiembre de 2020. El 10 de agosto, se crea el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) para el seguimiento de casos y contactos de COVID 19 (Decreto 1109 de 2020). El Ministerio de Salud y Protección Social proroga la emergencia sanitaria hasta el 30 de noviembre de 2020 mediante la expedición de la Resolución 1462 de 2020.

Figura 90. Línea de tiempo de la propagación mundial del COVID 19



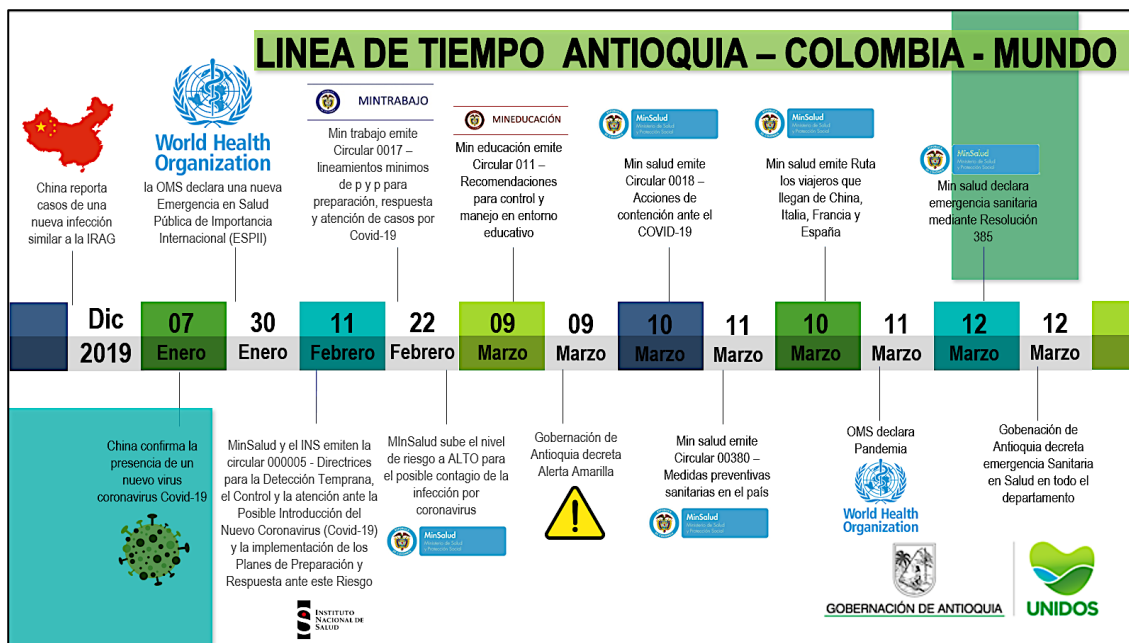
Fuente. (Peña-López B.O., Rincón-Orozco B. Generalidades de la pandemia por COVID 19 y su asociación genética con el virus del SARS. Salud UIS; 2020; 52(2): 83-86)

Antioquia.

A continuación, se describen algunos hitos que en el Departamento se han presentado a 31 de

diciembre del 2020, resaltando aspectos importantes contenidos en el plan de contingencia y reconociendo que son muchos los tópicos aquí no evidenciados.

Figura 91 Línea de tiempo – Antioquia – Colombia – Mundo



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020



La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA), el 29 de enero de 2020, emitió la primera circular para Antioquia, Instrucciones para la intensificación de la Vigilancia epidemiológica de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), por nueva cepa de Coronavirus 2019-nCoV, (Circular K 2020090000065 de 2020).

El 26 de enero, la Dirección de Calidad y Red de Servicios de la SSSA, verifica la capacidad técnica y administrativa de la Red de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento, a través de una encuesta aplicada a las entidades territoriales, instrumento que permite determinar la capacidad de expansión de camas UCI y hospitalarias.

El 29 de enero, se realiza la primera reunión del año del Comité Seccional de Sanidad Portuaria Departamental (espacio de trabajo articulado entre las diferentes entidades y autoridades que intervienen en Sanidad Portuaria).

El 25 de febrero se conforma la mesa de trabajo Antioquia - Medellín que define

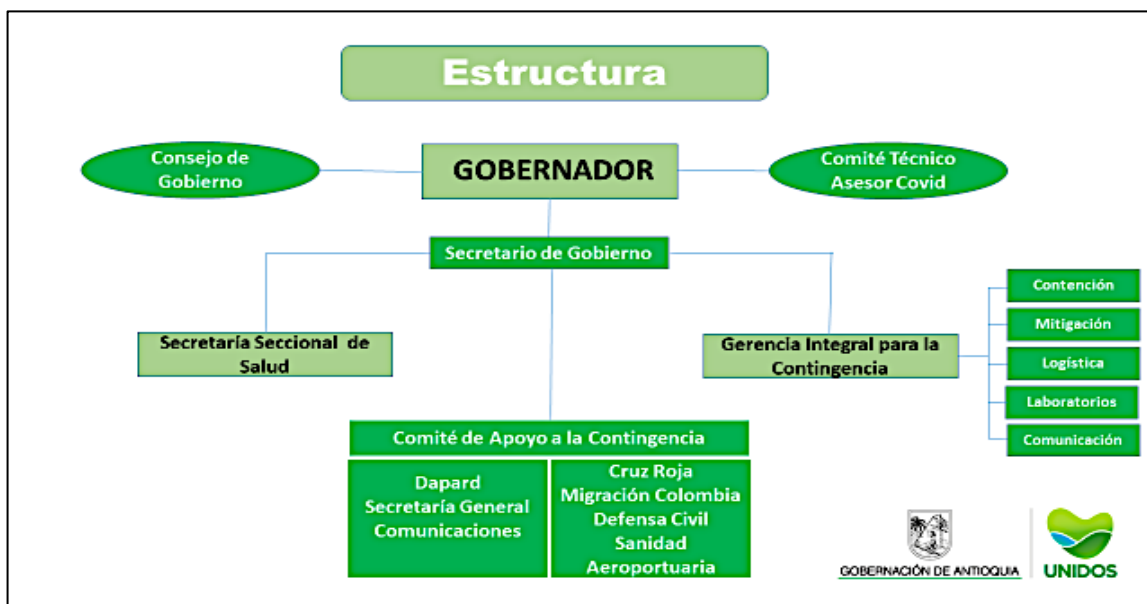
trabajar UNIDOS para hacer frente a la situación decretada por la OMS.

Para el 28 de febrero, se realiza el primer Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) regional de Urabá, haciendo énfasis en el adecuado uso de los Elementos de Protección Personal (EPP).

Con corte al 5 de marzo del 2020 la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia había realizado más de 20 capacitaciones sobre el programa Nacional de Infección Respiratoria Aguda (IRA), nuevo Coronavirus SARS COV2 o COVID 19, Reglamento sanitario internacional (RSI) 2005 y Sanidad Portuaria.

El 2 de marzo del 2020, la Gobernación de Antioquia conforma el Comité operativo de emergencias (COE), el cual es liderado por el señor Gobernador, y se define la estructura asesora para las fases de contención y mitigación, que se reúne desde esa fecha diariamente con los integrantes del Comité COVID.

Figura 92. Estructura Comité Operativo de Emergencias (COE)



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

El 9 de marzo, el Instituto Nacional de Salud notifica que en el Departamento se presenta el primer caso de una mujer de 50 años, con inicio de síntomas (congestión nasal, tos seca, rinorrea hialina, mialgias, artralgias, fiebre, cefalea, dolor pleurítico) quien llega al país el 28 de febrero, procedente de Europa (España varios ciudades visitadas) e informa que a la semana siguiente se confirma que transmitió la infección a varios integrantes de su familia y

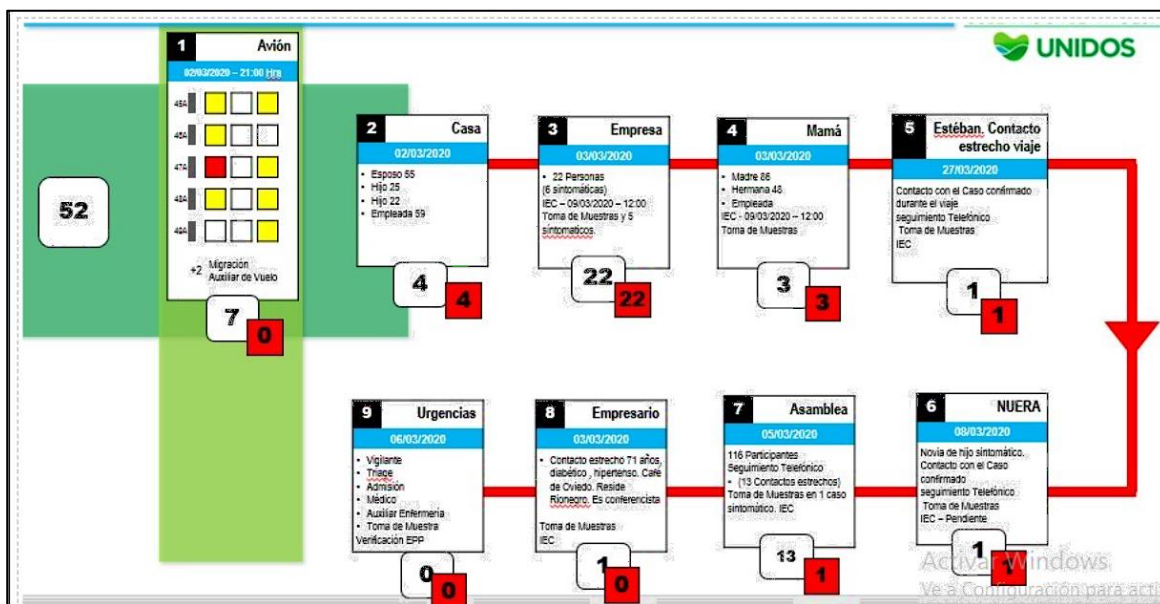
de su empresa debido a que viaja con 2 personas de la empresa, notificándose como el caso índice para el Departamento, se realizan conglomerados de los contactos directos, se identifican sintomáticos, se priorizan las investigaciones epidemiológicas de campo, toma de muestras y se ordena la reconstrucción de la línea de tiempo.

Figura 93. Línea de tiempo, caso índice en Antioquia. Marzo 2020



Fuente. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia - 2020

Figura 94. Estructura de conglomerados SAR-Antioquia



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

Es importante anotar, que al realizar las visitas a los diferentes municipios se identifica que en el municipio de Santuario se presentan 2 personas sintomáticas provenientes de la China en febrero del 2020 según el informe de la Secretaría de Salud del municipio, pero esta información evidencia el riesgo para Antioquia, pero no se confirma.

El 9 de marzo, se inicia la fase de contención para el Departamento, con la implementación de diferentes estrategias; declaración alerta amarilla en la red hospitalaria para Antioquia, manteniendo la fase de contención para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y públicas del nivel I, II y III de complejidad de todo el Departamento (Circular K2020090000135 de 2020), se instala la sala o Comando de Incidentes (CI), se realiza la primera reunión de la Sala de Análisis de Riesgo (SAR) con el acompañamiento y asesoría del equipo del Instituto Nacional de Salud.

El 26 de abril de 2020, se disponen para Antioquia medidas complementarias de vigilancia epidemiológica, para la búsqueda e identificación de sintomáticos respiratorios y casos probables de COVID 19, implementado oportunamente medidas de aislamiento preventivo, que eviten la propagación del virus (Decreto 2020070001216 de 2020).

El departamento de Antioquia, elabora el Plan de Contingencia con el fin de responder a los tres momentos esperados para la atención de un evento ESPII, conforme a la circular conjunta 0005 del 2020, donde se dan las directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (SARS COV2/COVID 19) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo y según lo dispuesto en la Circular 023 de julio de 2017 y la Circular conjunta externa 031 de agosto de 2018, el departamento de



Antioquia organiza el siguiente Plan de Contingencia, que pretende fortalecer las actividades de promoción de la salud, prevención y control de la enfermedad, y hacer seguimiento a evento de interés en salud pública, diseñar y ejecutar una respuesta organizada que contemple las medidas, acciones, recursos y procedimientos necesarios para atender situaciones de emergencias, y favorecer una intervención efectiva y oportuna.

Normativa y otros documentos externos, para la elaboración del plan:

- Reglamento Sanitario Internacional – RSI 2005.
- Ley 09 de 1979
- Ley Estatutaria 1751 de 2015
- Decreto 780 de 2016.
- Resolución 3280 de 2018
- Resolución 3100 de 2019
- Circular 023 de 2017.
- Circular 031 de 2018.
- Abecé de estrategia de salas ERA
- Guía de Práctica Clínica (GPC) para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años.
- Lineamiento de prevención, diagnóstico y control de casos de Influenza.
- Manual de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
- Programa nacional de prevención, manejo y control de la IRA
- Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda – Instituto Nacional de Salud – INS

Objetivo

Diseñar las acciones integrales en salud pública y prestación de servicios de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud para la detección, contención, atención y manejo de casos probables de infección causada por el nuevo Coronavirus (SARS COV2/COVID- 19).

Objetivos específicos

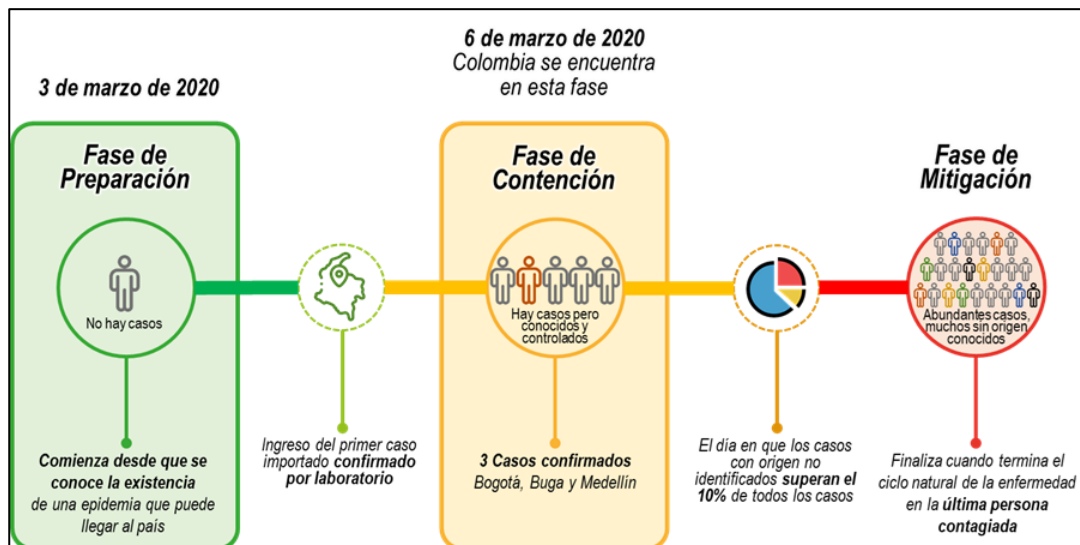
- Fortalecer las acciones de promoción, prevención, vigilancia, control y manejo integral de la Infección Respiratoria Aguda (IRA), Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) y la Infección Respiratoria Aguda (IRAG) inusitada en el Departamento.
- Desarrollar estrategias de comunicación del riesgo, basadas en criterios de veracidad, confiabilidad y calidad, para establecer una red de comunicaciones efectiva y articulada entre quienes participan en la respuesta, ante una emergencia sanitaria y la población en general.
- Establecer acciones en los puntos de entrada (terminales portuarios aéreos, marítimos, fluviales y terrestres).
- Implementar acciones relacionadas con la exposición por riesgo laboral.
- Desarrollar acciones del laboratorio para la confirmación de casos.
- Articulación sectorial e intersectorial para la gestión del riesgo y la adecuada respuesta en salud, con base en las competencias de cada uno de los sectores, definidas en la Circular 05 de 2020
- Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud atención y prestación de servicios de salud en el caso de que el virus llegue al país, con el objeto de prevenir las complicaciones y muertes.



- Coordinar actividades para la fase de mitigación de la epidemia.
- Fase de preparación
- Fase de contención
- Fase de mitigación

El plan desarrolla las acciones necesarias para intervenir las tres fases de la pandemia:

Figura 95. Fases de intervención para el manejo de la pandemia.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

Fase de preparación

Las acciones a desarrollar en esta fase se orientan a la comunicación y promoción de la salud, la determinación de la capacidad de respuesta y la determinación de la ruta de atención.

El departamento de Antioquia, en cabeza de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, conforma la Sala de Análisis de Riesgo (SAR) e inicia el desarrollo del Centro de Operación de Incidentes (COI) ante la expectativa de ingresos al país de personas provenientes de países afectados por el alto riesgo de propagación del SARS-CoV-2 y hace una revisión y ajuste a su capacidad de

respuesta en articulación con el equipo de la Secretaría de Salud de Medellín.

Dando cumplimiento a las responsabilidades de la Ley 09 de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias orientadas al fortalecimiento de la seguridad sanitaria mediante la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional del año 2005, el Decreto 3518 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones, el Decreto 780 del 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y dada la declaración de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID 19), el departamento de Antioquia, a

través de la Gerencia de Salud Pública de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social en Salud desarrolla el proceso de vigilancia epidemiológica el cual incluye los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, y los procesos inherentes a la gestión de la salud dentro del departamento de Antioquia.

Se desarrolla un modelo de preparación y respuesta coordinada, ante cualquier evento de salud pública que incluye una respuesta pronta y asertiva para prevenir, contener y mitigar las consecuencias y daños en la población Antioqueña. Esta gestión del riesgo incluye enfermedades epidemiológicas, brotes accidentados e intencionados, enfermedades emergentes y reemergentes, fenómenos migratorios, desastres ambientales, enfermedades transmitidas por alimentos, y accidentes y sustancias químicas con el fin de identificar correctamente las amenazas y vulnerabilidades en la población.

Siguiendo los lineamientos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), se realiza gestión del riesgo en salud pública y se crea en el Departamento, el sistema de alertas tempranas para monitorear e identificar los riesgos en salud, vinculado al Comité Operativo de Emergencias (COE), liderado por el señor Gobernador y la autoridad sanitaria competente, con el acompañamiento del equipo de profesionales expertos en el área; en este espacio se toman decisiones en relación al comportamiento del evento, la información generada desde las diferentes fuentes, la gestión y la notificación de los casos a los municipios antioqueños con el fin de prevenir, mitigar, controlar o eliminar su

propagación.

Por directriz nacional, se derivan 8 acciones para la vigilancia de un evento en salud pública altamente contagioso, estas acciones involucran vigilancia en salud pública, laboratorio para toma de muestras, prevención y control, atención y prestación de servicios de salud, exposición al riesgo laboral, puntos de entrada y pasos fronterizos, articulación intersectorial que incluye empresa y academia y gestión del riesgo y comunicación del riesgo; y se establecen 3 fases para trabajo intersectorial denominadas: fase de preparación, fase de contención y fase de mitigación.

En la fase de preparación se realiza vigilancia y prevención del riesgo identificado y se evalúa capacidad de respuesta y rutas de atención para el Departamento, para el evento denominado SARS-CoV-2 (COVID 19). Se despliega el plan de trabajo derivado de la Circular conjunta No. 005 del 11 de febrero de 2020, todas las acciones de vigilancia en salud pública y control sanitario, articulando especialmente la red de laboratorios para reducir la transmisión de este agente altamente infeccioso en la comunidad. Como primera medida en esta fase se realizan las acciones de comunicación y promoción de la salud enfocadas en la metodología de capacitación y socialización. Se intensifican las actividades de capacitación a los equipos técnicos en los territorios y se entrega a los municipios material educativo como afiches y folletos sobre "Gripe a metros", beneficiando directamente a los actores del sistema de salud, e indirectamente a los usuarios de la red pública y privada.



Comunicaciones y promoción de la salud

Se realizan actividades de comunicación y promoción de la salud orientadas a fortalecer las capacidades, el trabajo articulado e intersectorial, el conocimiento y el despliegue de información veraz disponible, con la participación activa de los diferentes actores tales como las secretarías y direcciones locales de salud, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a los prestadores de servicios de salud públicos y privados, a los comunicadores de las diferentes instituciones, a la comunidad en general, a los trabajadores de las empresas afiliadas a las ARL, a los usuarios, servidores, clientes y otros aliados estratégicos como los proveedores y la academia entre otros.

Determinación de capacidad instalada.

Se inicia el proceso de identificación, de qué hay en el Departamento y qué se requiere para expandir la capacidad de respuesta necesaria para la atención, con el fin de reducir el riesgo de fallecer por el COVID 19 y teniendo la meta clara de salvar vidas. Se realiza un análisis y evaluación de la situación del Laboratorio Departamental de Salud Pública y de la red integrada por los laboratorios públicos y privados. Se identifican aspectos relacionados con su capacidad de respuesta en aspectos relacionados con el estado de la infraestructura, equipos, reactivos e insumos disponibles, el talento humano, la capacidad

operativa para el procesamiento de las muestras y la disponibilidad del servicio (24/365 días) de tal manera que se logre dar respuesta de manera oportuna a la demanda de pruebas.

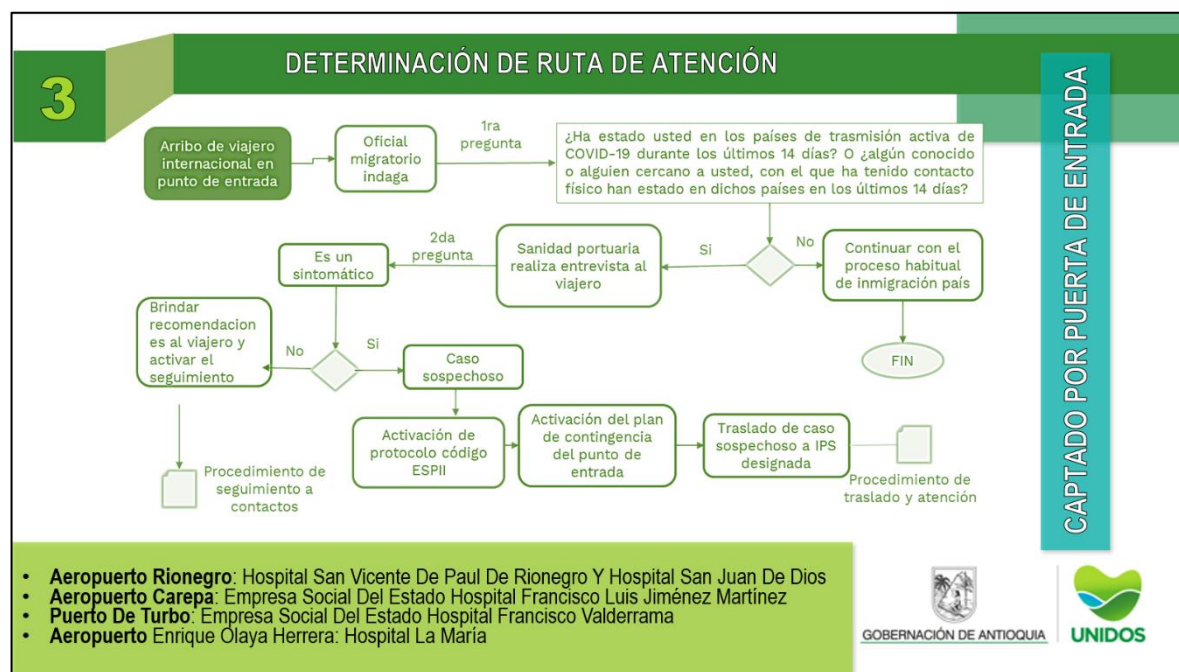
El 25 de febrero se envía a los prestadores de servicios de salud una encuesta para la verificación del alistamiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para la respuesta a la atención del COVID 19 con fecha máxima de diligenciamiento del 3 de marzo.

Se identifican la capacidad instalada del Departamento: UCI, servicios de urgencias, consulta prioritaria, consulta externa, servicios domiciliarios, centros reguladores, salas ERA, posibles áreas de expansión, centros de emergencias médicas, transporte asistencial básico y medicalizado y laboratorios entre otros.

Determinación de ruta de atención

Fundamentado en los lineamientos establecidos desde el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, los equipos técnicos definen la ruta de atención del paciente positivo para COVID 19, la cual es dada a conocer a todos los actores del sistema y es publicada en la página web de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Figura 96. Determinación ruta de atención.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

Fase de contención

Esta fase se pone en acción, cuando se realiza el diagnóstico del primer caso de Coronavirus (2019-nCoV) en el país y al momento de identificarse el primer caso confirmado en el Departamento, se toman medidas para contener la velocidad y propagación del agente infeccioso y se intensifica la vigilancia epidemiológica, articulando el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) y el Equipo

de Respuesta Inmediata (ERI) y el referente del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), como entidad departamental y se socializan a través de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia las directrices para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, Secretarías y Direcciones Locales de Salud, Coordinadores

de Vigilancia en Salud Pública, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Administradoras de Régimen Especial y Excepción, Autoridad Aérea, Terrestre y Marítima y Laboratorio Departamental. Las actividades desarrolladas en esta etapa son:

- Instalación de la SAR bajo la metodología de Comando de Incidentes (CI).
- Instalación del Comando Operativo de Emergencias, COE.
- Activación del Equipo de Respuesta Inmediata Departamental (ERI), voluntariado, enfermeras regionales, epidemiólogos de campo, ERI municipal.
- Fortalecimiento del Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) con contratación y capacitación de talento humano, infraestructura, insumos entre otros.



- Capacitación y estandarización para la certificación de laboratorios colaboradores
- Incorporación de tecnologías de información y comunicación (Google, @Star).

Con la tecnología Google Cloud Plataform, se logra monitorear en tiempo real el ID

comercial de los dispositivos móviles pertenecientes a aquellas personas que han sido diagnosticadas como positivas de COVID 19, es decir, buscar de manera más efectiva los casos; así mismo, saber qué otras personas están cerca de los ya contagiados.

Figura 97. Estrategia de monitoreo y seguimiento a casos en tiempo real.

GRADO 1: estuvo cerca de alguien positivo para COVID-19, a menos de 10 metros de distancia por un tiempo de 30 minutos o más.

GRADO 2: estuvo cerca de alguien GRADO 1, a menos de 10 metros de distancia por un tiempo de 30 minutos o más.



Fuente. Google Cloud Plataform. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

La alerta generada, se materializa con el envío de un mensaje de texto al celular identificado, advirtiendo al propietario del dispositivo que ha estado cerca de alguien positivo para COVID 19, a menos de 10 metros de distancia por un tiempo de 30 minutos o más (Grado 1), o cerca de un contacto de éste (Grado 2); estando posiblemente expuesto a la infección. De esta manera es posible informar oportunamente para prevenir esta enfermedad, la posibilidad de haberse contagiado, la adopción de medidas requeridas, el seguimiento y control de la dispersión del virus. Con este proceso, es posible calcular el número de personas que estuvieron en riesgo, aumentando la capacidad de monitoreo y rastreo de casos.

antioqueños tienen la posibilidad de comunicarse realizando una llamada telefónica a las líneas 123 del municipio de residencia, al # 774 o al hatsApp 3003050295 a nivel departamental. A través de estas líneas se brinda información sobre COVID 19, soportados en la plataforma de la empresa privada EMTELCO (123) o un audio (# 774), direccionando, de ser necesario a asesoría médica con el apoyo de personal Atención Pre-Hospitalaria (APH), capacitado.

- Apertura de línea telefónica, para orientación y atención a la comunidad: Los

- Capacitación ante la emergencia y respuesta por la introducción del nuevo coronavirus al Departamento, a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Implementación de protocolos de

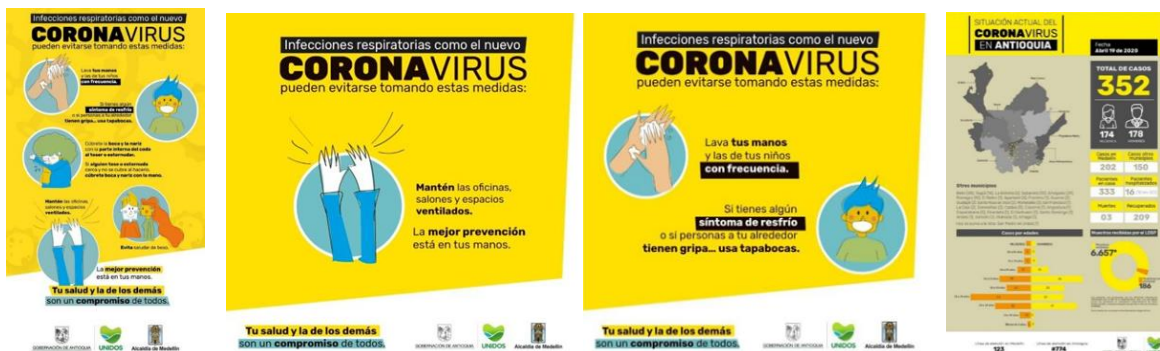


vigilancia epidemiológica en los municipios.

- Declaratoria de alerta hospitalaria en el Departamento.
- Fortalecimiento de la estrategia de información, educación y comunicación definidas, en la etapa de preparación con énfasis en las medidas de prevención de la propagación del virus.

Se dispone de piezas audiovisuales en las redes sociales de la Gobernación de Antioquia y de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, postcards, cuñas radiales y material para televisión, que se han utilizado para las diferentes campañas, en las cuales se hace énfasis en el autocuidado, la corresponsabilidad y todas las medidas de prevención. Como el resto de contenido de Información, Educación y Comunicación para la salud (IEC).

Figura 98. Estrategia IEC, COVID 19. Antioquia 2020



Fuente- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

Una manera innovadora para comunicar a los actores del sistema de salud, usuarios y comunidad en general, ha sido el Programa Salud para el Alma, el cual está conformado por 7 estrategias, su fin principal es ofrecer acompañamiento y herramientas a los profesionales psicosociales del Departamento, para que atiendan posibles casos de salud mental durante la emergencia por COVID 19:

streaming, caja de herramientas virtual, programa de televisión, línea de atención a la comunidad, acompañamiento a psicosociales, apoyo al apoyo y concurrencia.

- Fortalecimiento de la estrategia de Salud para el Alma (salud mental) para la atención ante la pandemia.

Figura 99. Estrategia de Salud para el Alma. Gobernación de Antioquia 2020



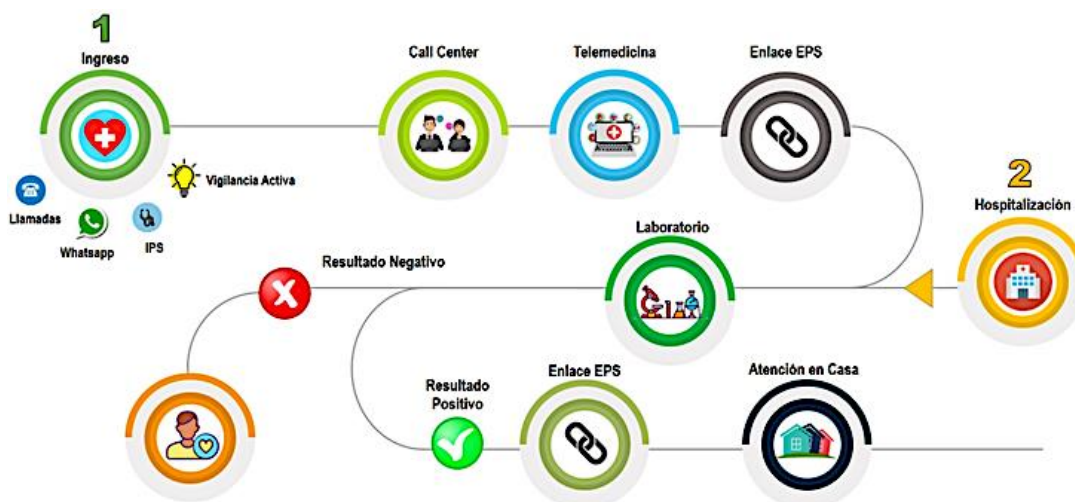
Fuente- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

- Continuar con las medidas de seguridad portuaria en los puertos de entrada al Departamento.
- Fortalecer las acciones de telesalud, teleeducación, teleorientación y teleapoyo y demás herramientas tecnológicas Construcción de modelos para pronosticar el comportamiento futuro de esta pandemia, con base en la historia de la misma y variables exógenas de contacto humano, como la movilidad, permitiendo que además de contar con pronósticos se pudiera pensar en diferentes escenarios de intervención en cada una de las fases, con el apoyo de la academia y de la empresa privada, se realiza acompañamiento a los equipos de vigilancia epidemiológica de las Secretarías de Salud municipales en la búsqueda, vigilancia y seguimiento de los contactos estrechos y aplicación de las normas de bioseguridad.
- Acompañar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuentan con casos, en la aplicación de los lineamientos para la detección y manejo de casos del nuevo SARS-CoV-2, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y normas de bioseguridad, para la atención oportuna de los pacientes en el ambiente hospitalario.



- Elaboración e implementación de un plan de expansión de la capacidad instalada de la red de UCI del Departamento.

Figura 100. Recursos para el fortalecimiento de la vigilancia y atención de COVID 19.



Fuente- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

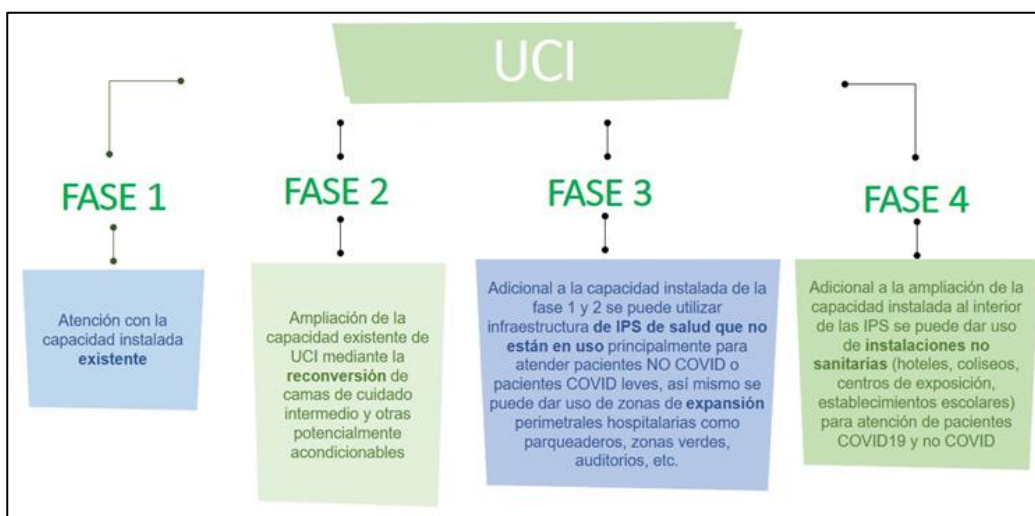
En el mes de marzo, Antioquia contaba con camas de UCI para adultos en los municipios de Medellín, Envigado, Itagüí, Bello, Rionegro, La Ceja, Cauca y Apartadó; con la capacidad instalada existente y con la proyección de la evolución de la pandemia para el 28 de marzo de 2020 en Colombia, se pudo estimar los recursos hospitalarios de UCI requeridos en Antioquia. Además, se calcula la incidencia de COVID 19, a partir de la mortalidad, por ser un dato más confiable que el número de casos.

A partir de parámetros como a) por cada muerte prevista, se esperan 87 casos nuevos, b) el 5% requiere UCI por 7 días, y c) el 15% requiere hospitalización convencional por 10 días; se calcula el número de pacientes a requerir hospitalización y UCI, encontrando que en el momento que Colombia alcance su pico máximo de personas positivas para COVID

19, con un comportamiento como el del Reino Unido, se requerirían 168 camas hospitalarias convencionales y 40 UCI (ambas por millón de habitantes), pero si el escenario era como el de Francia se requerirían 694 camas hospitalarias convencionales y 167 UCI.

Estas mismas estimaciones para Antioquia, distan de las cifras esperadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, porque la autoridad nacional calculó a partir de la población total del Departamento, la cual es de 6'677.930 habitantes, con una población susceptible de 3'338.965, de los cuales el 12% serían asintomáticos (400.676) y el 88% sintomáticos (2'938.289). De esta población susceptible, se deben atender ambulatoriamente 2'644.460 personas, en hospitalización 176.297, en cuidados intermedios 58.766 y en UCI 58.766.

Figura 101. Fases de alistamiento capacidad Instalada UCI. Antioquia 2020



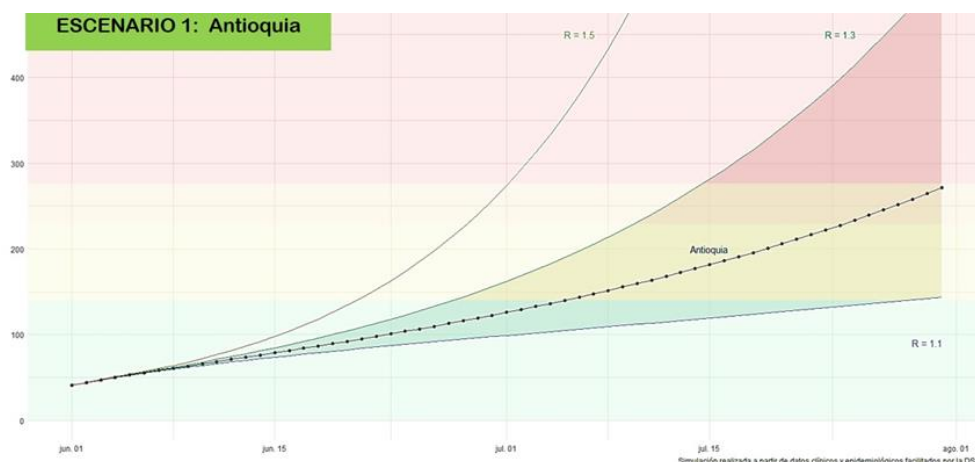
Fuente- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

De manera complementaria, dando cumplimiento a los lineamientos de la Resolución 536 de 2020, y teniendo en cuenta la capacidad instalada existente para Antioquia calculada en marzo de 2020, el Departamento elabora su Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud, durante las fases de contención y mitigación de la pandemia; en total se plantea alcanzar al 10 de julio de 2020 una oferta de 909 camas de UCI, partiendo del 50% de la capacidad existente, la cual depende de los recursos asignados para las

adecuaciones pertinentes y la consecución de los equipos, que son altamente demandados por todos los países.

Simulación de UCI para Antioquia Manejo de la salud pública en tiempo de reactivación económica gradual y segura: Antioquia se mantendría en fase 2 todo julio y, si el comportamiento epidemiológico no varía, al incorporar la expansión de UCI en agosto del 2020 se puede mantener esta fase también durante ese mes.

Figura 102. Escenario 1: Antioquia 2020

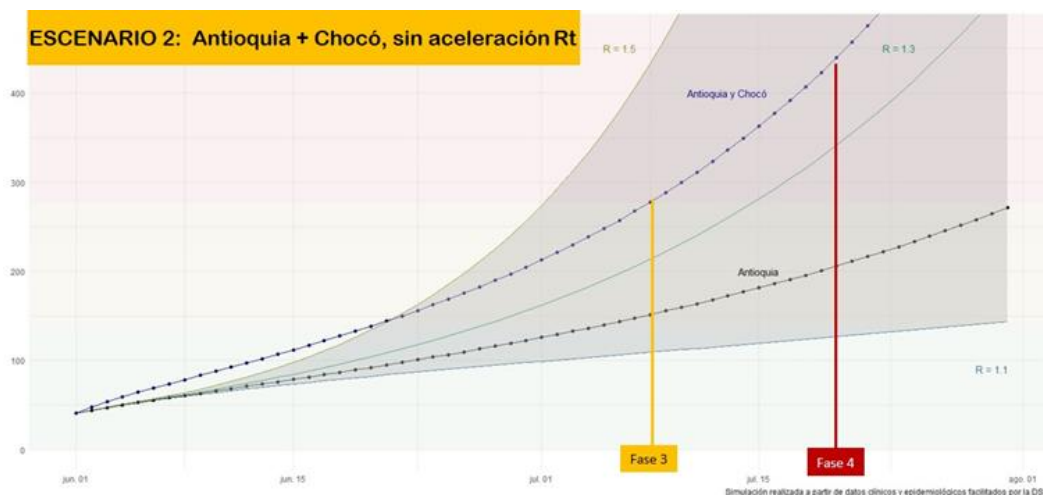


Fuente- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

La modelación de las cifras epidemiológicas de Antioquia + Chocó cambia la aceleración de la propagación, entrando en fase 3, la primera

semana de julio y subiendo a fase 4 la tercera semana de este mes: Escenario 2: Antioquia + Chocó, sin aceleración R_t .

Figura 103. Escenario 2: Antioquia 2020



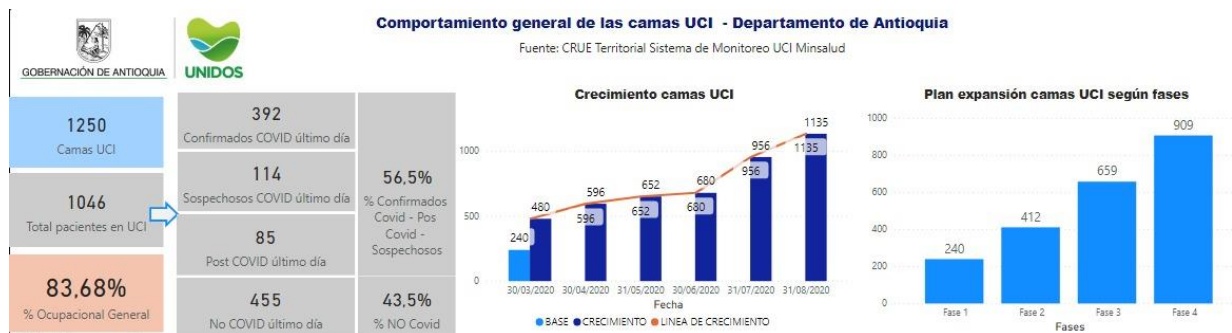
Fuente- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

A 31 de diciembre del 2020, el Departamento contaba con 1.250 camas UCI y una ocupación del 83,7% por lo se declara la alerta roja.

- Poner a disposición la capacidad de

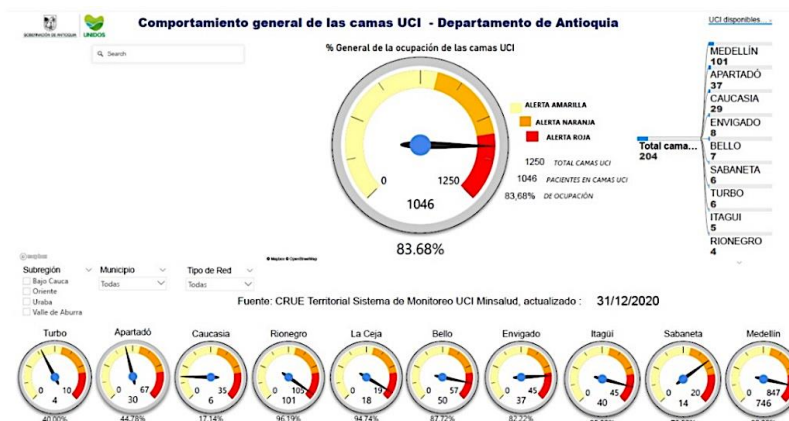
respuesta del Laboratorio Departamental de Salud Pública para apoyar al Instituto Nacional de Salud en el procesamiento de las pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2.

Figura 104. Comportamiento general de las camas UCI. Departamento de Antioquia.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

Figura 105. Comportamiento general de las camas UCI. algunos municipios departamento de Antioquia.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

Dentro del alcance del Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP), el plan apunta a disponer de procedimientos, equipos, elementos e insumos necesarios para la prestación del servicio de análisis de muestras para la pandemia del COVID 19, garantizando además la calidad de la prueba, de modo que cada resultado reportado por el LDSP sea válido y pueda ser utilizado con confianza por el médico para tomar una decisión diagnóstica o terapéutica; esto ha contribuido a la solución y mitigación de los resultados de salud pública, que afectan a la población antioqueña.

Se ha podido ampliar la capacidad diagnóstica en el Departamento, y en simultánea, retroalimentar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y laboratorios en la toma de la muestra, conservación, embalaje, y transporte, para contar con una efectiva oportunidad de resultados. Se realiza el control de calidad a la red de laboratorios designados para la contingencia, coordinando las acciones requeridas para ofrecer la función misional del laboratorio en cuanto a asesoría y asistencia técnica, durante las fases de atención de la pandemia; se promueve la realización de las acciones de vigilancia, cumplimiento de las



normas de bioseguridad y de las directrices emanadas acerca de la respuesta a la pandemia.

A 31 de diciembre el LDSP, hace parte de una red de 22 laboratorios que procesan pruebas de PCR, como la prueba gold standard en el mundo.

- Fortalecer las medidas de precauciones estándar en el manejo de todos los pacientes, establecidas en el Manual de Medidas Básicas para Control de Infecciones en el prestador de servicios de salud <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/manual-prevencion-iaas.pdf>

- El Equipo de Reacción Inmediata (ERI) departamental se desplaza a hacer concurrencia al municipio donde se presente el primer caso y se dispone para su entrega de los Equipos de Protección Personal (EPP).

- Revisar y actualizar este plan de contingencia de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud una vez se tengan casos en el país.

- Realizar estudios propios del comportamiento de la enfermedad en el territorio

Fase de mitigación

En esta etapa de la pandemia, se busca

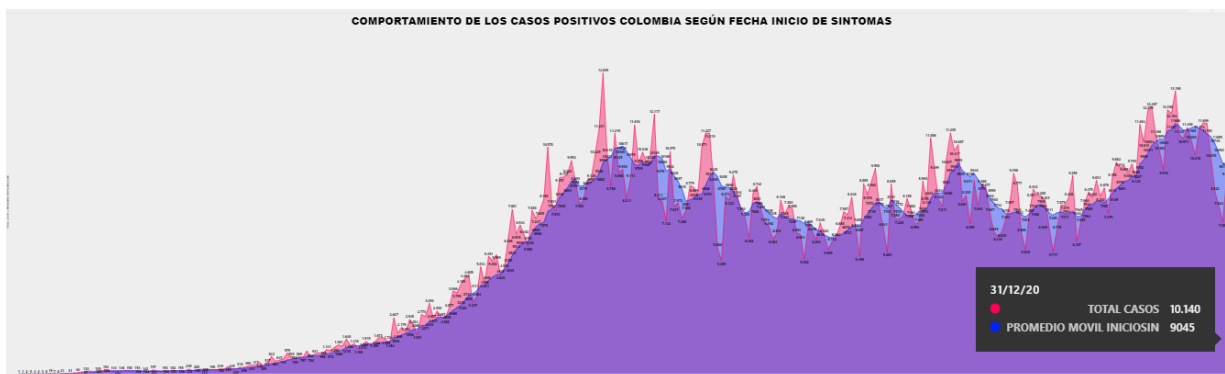
disminuir efectos sociales y económicos en todas las escalas, para el evento de importancia en salud pública, logrando un menor impacto en la población.

Se realizan las siguientes acciones:

- Aplicar los protocolos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.
- Fortalecer la atención a través de la Telemedicina.
- Aplicar la estrategia de comunicación.
- Evaluación de las acciones realizadas.
- Documentación del proceso.
- Indicadores del comportamiento de pandemia.

A continuación, se describen algunos indicadores que dan cuenta como ha transcurrido el comportamiento del COVID 19 del 9 de marzo a 31 de diciembre de 2020, y que son capturados desde el Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA), Sismuestras, Registro Único de Afiliados (RUAF), Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), #774, movilidad de Google, afectación de municipios del Ministerio del Interior, procesados en SPSS (Software Producto de Estadística y Solución de Servicio) y Excel, y visibilizados en la herramienta Power BI del tablero de gestión del COVID 19 del departamentito de Antioquia.

Figura 106. Tendencia de la infección por coronavirus, por inicio de síntomas, Colombia 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020

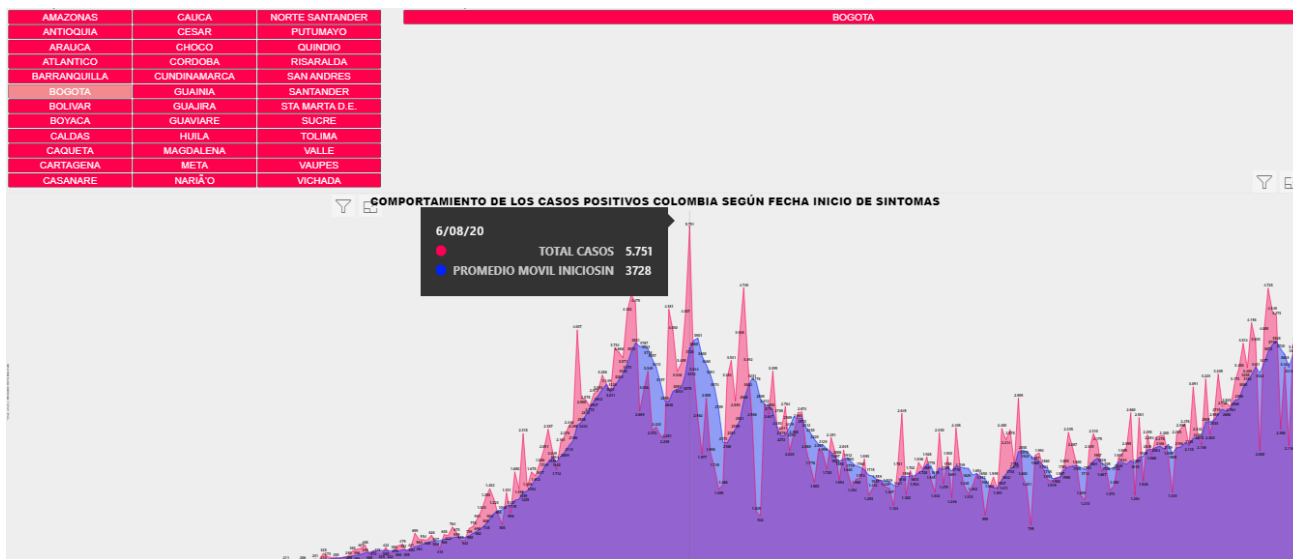


Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social

En Colombia con una población de 50'372.424 habitantes, a 31 de diciembre del 2020 se notifican 1'725.390, de casos, para una incidencia de 3.425 por 100.000 habitantes, la edad media de infección es de 37 años, por sexo el 50,7 % son mujeres, del total han

fallecido 45.659 personas, con una letalidad de 2,6 y una tasa de mortalidad de 90,6 por 100.000 habitantes, se evidencia que el 23 de julio fue el máximo pico con relación al inicio de síntomas.

Figura 107. Comportamiento de los casos positivos, por inicio de síntomas, Bogotá, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Para el Distrito Capital con una población de 7'743.955 habitantes, a 31 de diciembre del

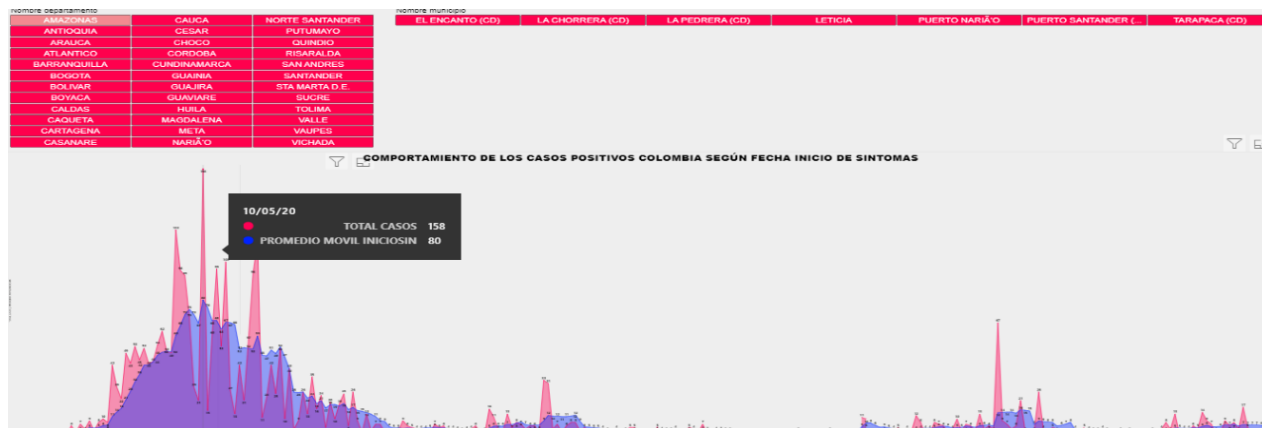
2020 se notifican 482.946 casos, con una incidencia de 6.236 por 100.000 habitantes, y



un total de 10.404 fallecidos, una letalidad de 2,2 y una tasa de mortalidad por 100.000

habitantes de 134,3, el día de mayor número de casos fue el 6 de agosto del 2020.

Figura 108. Comportamiento de los casos positivos, por inicio de síntomas, Amazonas, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020

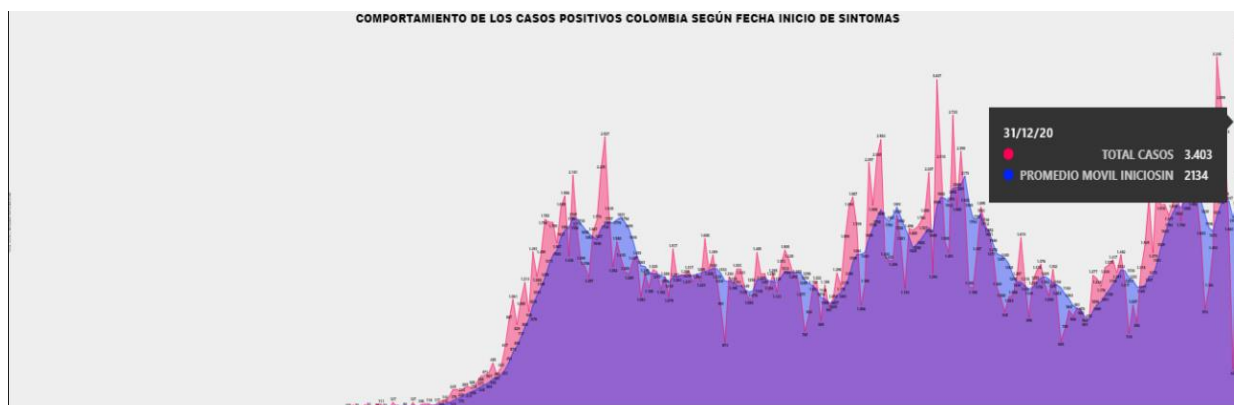


Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el Amazonas, con una población de 79.020 habitantes se presentan a 31 de diciembre del 2020 3.319 casos de personas infectadas, para una tasa de incidencia de 4.200 por 100.000 habitantes, el 59% de éstos

de sexo masculino, una letalidad de 3,8 y tasa de mortalidad de 160.7 por 100.000 habitantes, el día de mayor número de casos por inicio de síntomas fue el 10 de mayo del 2020.

Figura 109. Comportamiento de los casos positivos, por inicio de síntomas, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020



Fuente. Ministerio de Salud y protección Social.

En Antioquia con una población con 6'677.930 habitantes, reporta a 31 de diciembre del 2020 262.791 casos, se han recuperado 257.051, con una tasa de incidencia de 4.172 por

100.000 habitantes, edad media de infección de 36 años, el 52% del sexo femenino, 4.846 fallecidos, para una letalidad de 1,8, inferior a la notificada para el país, la tasa de mortalidad

de 75,8 por 100.000 habitantes, es de resaltar que en el Departamento hay subregiones con tasas de mortalidad mucho más altas como, Valle de Aburrá, 94,1 por 100.000 habitantes, Bajo Cauca 77,5 por 100.000 habitantes y Urabá con una tasa de 64,7 por 100.000 habitantes. El Departamento presenta el mayor número de casos reportados por inicio

de síntomas el 31 de diciembre con un total de 3.403.

Con relación al país, la tendencia de la infección presenta el pico por inicio de síntomas en diferentes fechas, que puede favorecer, el apoyo de una región en la atención de cuidado intensivo.

Tabla 59. Total, casos de COVID 19, por región, letalidad, tasa de mortalidad, Antioquia enero - diciembre 2020

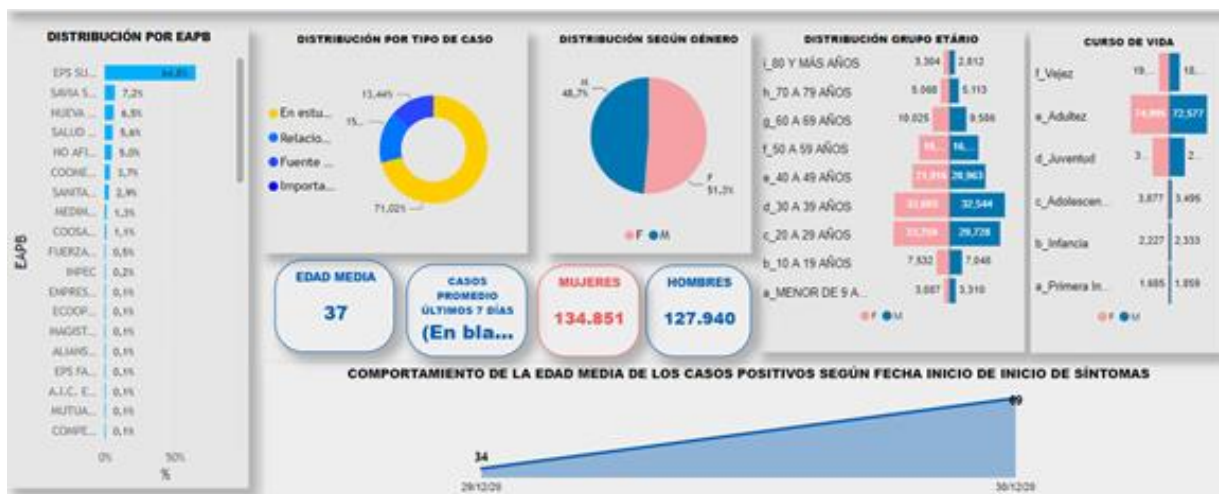
VIGILANCIA ESPECIAL CASOS COVID-19 ANTIOQUIA											
SUBREGION	POBLACION PROYECTADA 2020 DANE	TOTAL CASOS	% DE PARTICIPACION	CASOS ACTIVOS	% DE PARTICIPACION DE LOS CASOS ACTIVOS	RECUPERADOS	% DE RECUPERADOS	LETALIDAD	TASA MORTALIDAD AD x 100000 HABITANTES	TASA INCIDENCIA SEGUN CASOS ACTIVOS X 100000 HABITANTES	TASA INCIDENCIA SEGUN EL TOTAL DE CASOS POSITIVOS X 100000 HABITANTES
VALLE DE ABURRA	4.055.296	217.511	82,8%	100	67,4%	213.146	98,0%	↑ 1,7	94,12	153	5.691
ORIENTE	695.596	18.752	7,1%	97	22,2%	18.383	98,0%	↑ 1,5	42,70	103	2.983
URABÁ	525.685	9.115	3,5%	7	3,0%	8.733	95,8%	↑ 3,7	64,68	18	1.781
NORTE	251.622	4.416	1,7%	3	1,3%	4.331	98,1%	↑ 1,7	29,41	23	1.609
SUROESTE	370.530	3.575	1,4%	3	1,3%	3.454	96,6%	↑ 2,9	20,15	24	1.022
OCCIDENTE	212.446	3.060	1,2%	3	1,3%	2.990	97,7%	↑ 1,9	28,24	24	1.490
BAJO CAUCA	260.681	2.374	0,9%	0	0,0%	2.145	90,4%	↑ 6,5	77,49	3	916
NORDESTE	202.261	2.279	0,9%	8	2,0%	2.215	97,2%	↑ 2,3	26,70	31	1.174
MAGDALENA MEDIO	107.013	1.709	0,7%	2	0,9%	1.654	96,8%	↑ 3,0	49,53	8	1.618
Total	6.681.130	262.791	100,0%	230	100,0%	257.051	97,8%	1,9	74,91	109	4.172

Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

La edad media de infección en Antioquia son 37 años, el 51% de los infectados son mujeres, y los grupos etarios más afectados son las personas entre 20 y 49 años, donde se concentra la edad productiva, pero al analizar la hospitalización y muertes, éstos no son los

grupos que más aportan, en resumen, el grupo de la adultez es el que aporta mayor número de personas infectadas en el Departamento, el 64% de las personas infectadas está afiliada a la Empresa Promotora de Servicios de Salud SURA.

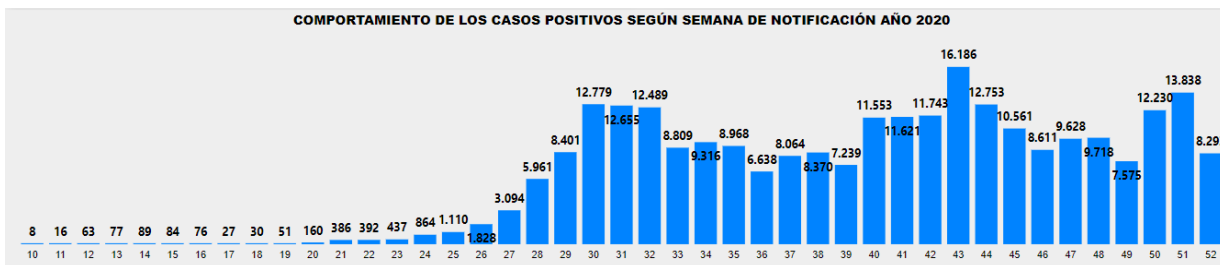
Figura 110. Distribución de la infección por edad, sexo, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020.

El 16% de los casos se notifica en la semana 43, comprendida entre 24 a 30 de octubre, fechas en las que ya se había levantado la cuarentena por la vida.

Figura 111. Comportamiento de los casos positivos según semana de notificación. Año 2020

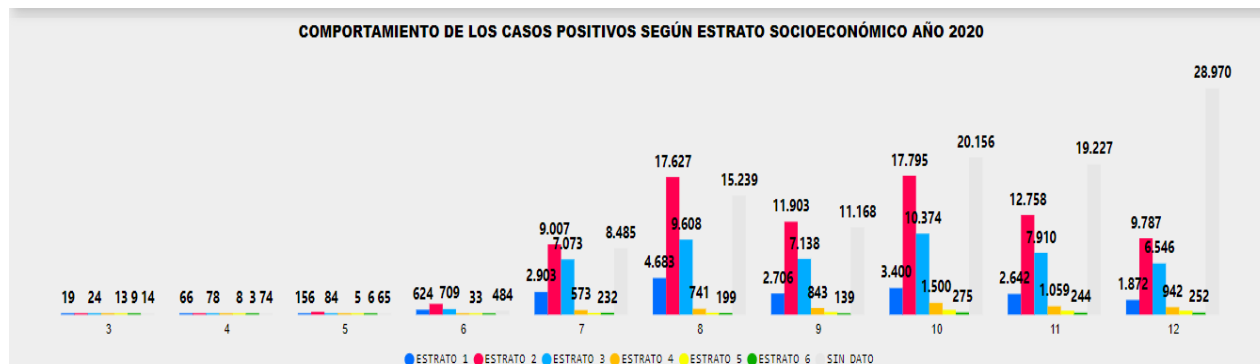


Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

El 30,7% de las personas que reportan el estrato socioeconómico y se encuentran infectados, corresponden al estrato 2, el 57% de las personas infectadas, reportan pertenecer a los estratos 1,2,3, pudiendo significar que las personas con condiciones socioeconómicas más difíciles y en las que los

determinantes sociales de la salud evidencian mayor riesgo de morir, son las de mayor riesgo, los meses de agosto y octubre reportan el mayor número de infectados de estos estratos, pero hay un gran número de infectados a los que no se les evidencia el estrato al cual pertenecen.

Figura 112. Comportamiento de los casos positivos, según estrato socioeconómico, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020



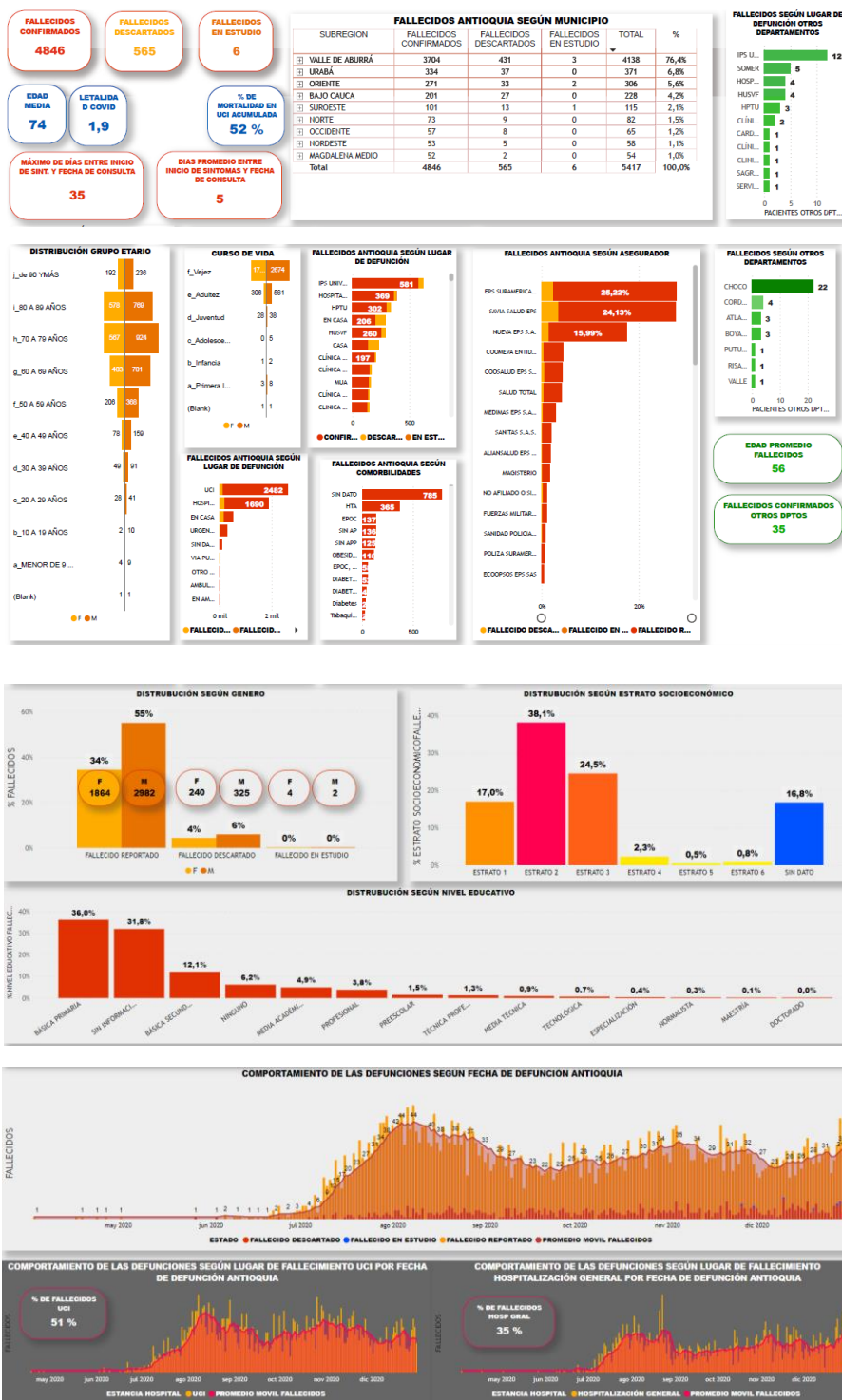
Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

A 31 de diciembre del 2020 han fallecido 4.846 personas debido al COVID 19, el mayor número de estos reside en algún municipio del Valle de Aburrá, siendo Medellín el que más número de muertes aporta, la edad media de fallecimiento es 74 años, el 55% es de sexo masculino, aportando 2.982 muertes, el 51%, fallecen en UCI, el 35% fallece en habitación general, siendo 35 el mayor número de días desde el inicio de síntomas o consulta hasta fallecimiento. Las 4 principales comorbilidades son en su orden, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad esta última relacionada a fallecimientos de personas jóvenes, es de precisar que una persona puede presentar las

cuatro enfermedades u otras condiciones crónicas. Después del análisis se descartan un total de 565 fallecidos debido a que su causa de muerte no fue el COVID 19 a pesar de haber estado infectados, el mes de agosto concentra los días de mayor número de casos por fecha de fallecimiento. Cabe anotar que en las IPS del Departamento han fallecido 35 personas de otros departamentos, siendo el mayor número precedente del Chocó (22) y la edad promedio de muerte de otros departamentos es 56 años, inferior a la del Departamento. Se evidencia la pérdida de 428 personas mayores de 90 años, igualmente han fallecido 27 menores de 18 años.

Análisis de Situación de Salud - Antioquia 2020

Figura 113. Mortalidad por COVID 19, por edad, sexo, lugar de fallecimiento, escolaridad, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

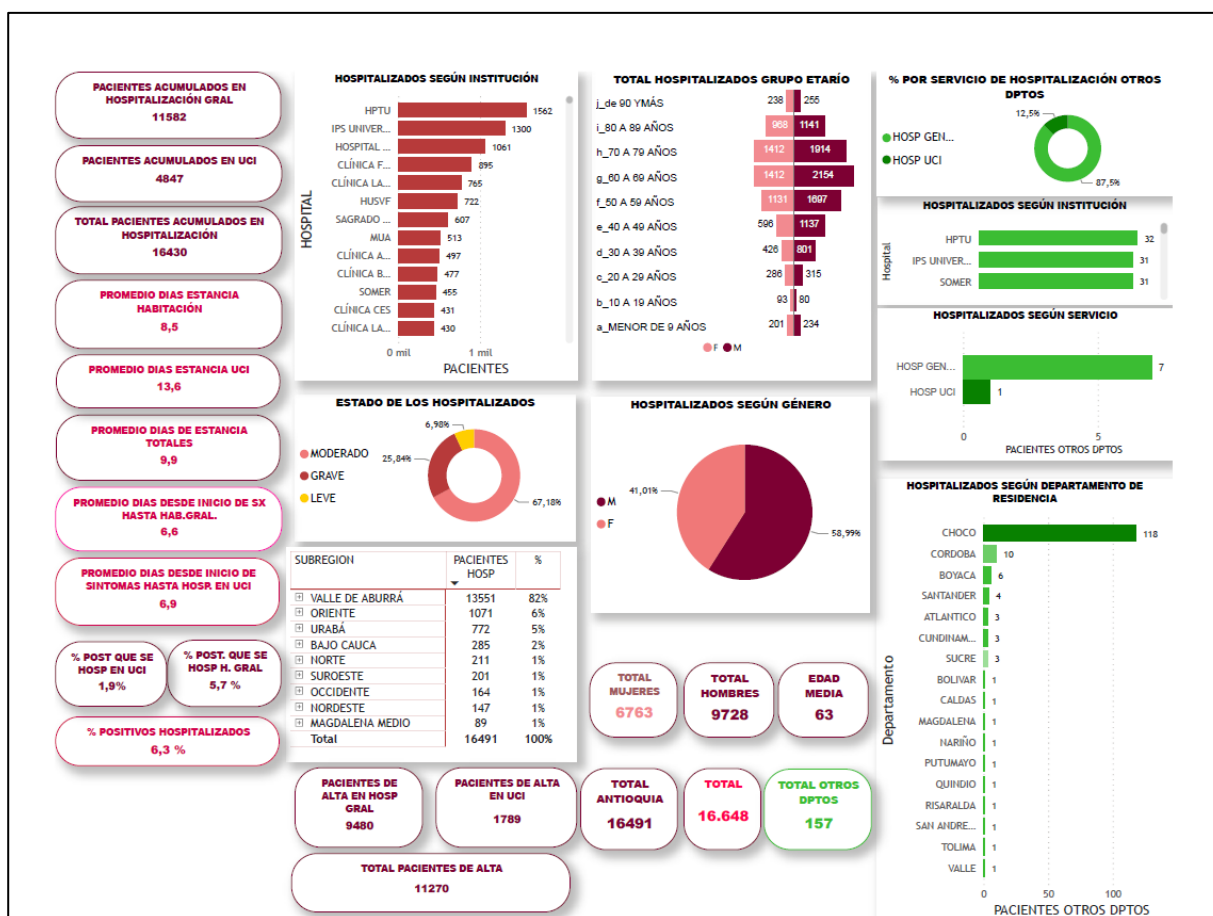


El 36% de fallecidos solo tenía básica primaria, para el 31% de éstos, no se evidencia información con relación a la escolaridad. El 8 de agosto del 2020 se presenta el mayor número de fallecidos con 47.

Si bien, la meta del Departamento es salvar vidas, un 7% de los fallecidos se reporta en casa, pero se debe tener en cuenta que en

muchos de éstos la familia ha firmado consentimiento, o el paciente es traído del hospital, por no permitir ingreso a UCI. Por otro lado, la gestión realizada por el Departamento para la ampliación de la red hospitalaria, no ha generado un colapso que genere mayor número y fallecidos en casa, o por fuera del establecimiento hospitalario.

Figura 114. Hospitalización por COVID 19, por lugar de hospitalización, edad, sexo, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

En el Departamento se han hospitalizado el 6,3% de los pacientes infectados, correspondientes a 16.491 personas, de las

cuales en UCI son 4.847 que corresponde al 29,5%, con un promedio de días instancia de 13,6, han presentado una condición grave el

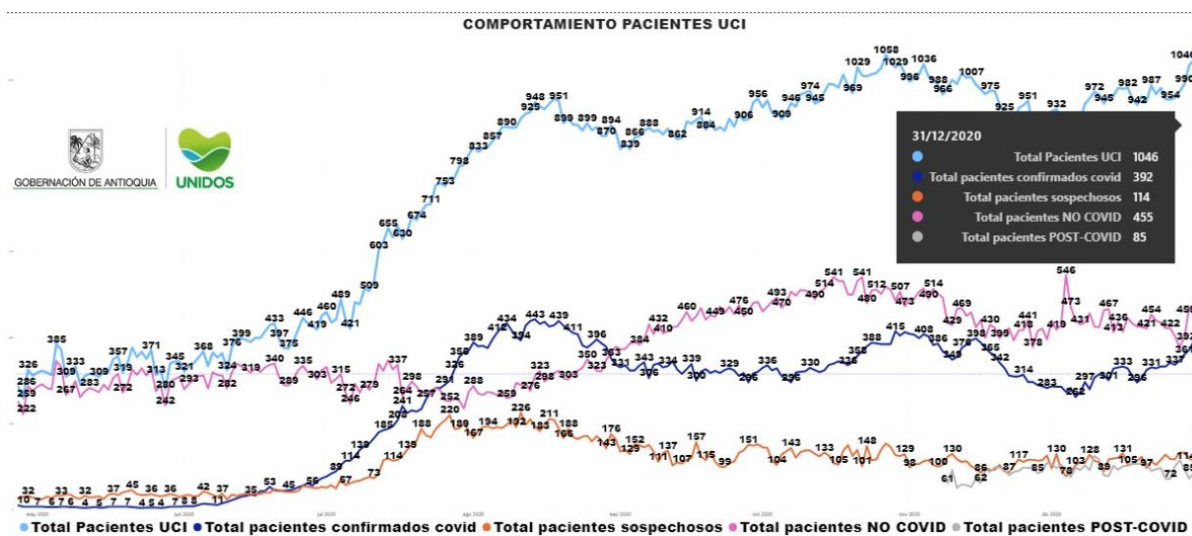


25,8%, el 58% son del sexo masculino, el mayor grupo de edad esta entre los 40 y 89 años, se destaca el hecho de que 435 menores de 9 años, han estado hospitalizados. Por subregiones, el 82% de los pacientes hospitalizados residen en algún municipio de la subregión del Valle de Aburrá, seguida de Oriente y Urabá, con 772 pacientes.

Con relación al comportamiento de pacientes en UCI, al 31 de diciembre de 2020 se tienen 1.006 personas en este servicio, 392 por diagnóstico de COVID 19 que corresponde al 37,4%; como punto a resaltar es que un gran

número de pacientes en UCI se encuentran ya recuperados de COVID 19 pero presentan secuelas y deterioro de la salud, lo que significa que aun estando el Departamento en alerta roja, la utilización de camas UCI por pacientes con otros diagnósticos es muy alta, situación que es probable se presente debido a causas externas como son accidentes, traumatismos, lesiones autoinfligidas y lesiones personales, pero también las causas cardiovasculares, entre ellas, la enfermedad isquémica del corazón u otras patologías relacionadas a condiciones no violentas.

Figura 115. Comportamiento pacientes UCI. Antioquia 2020

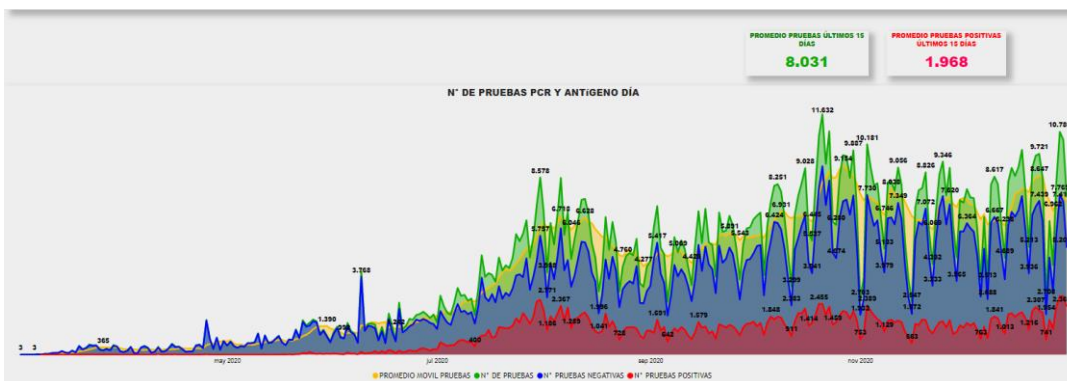
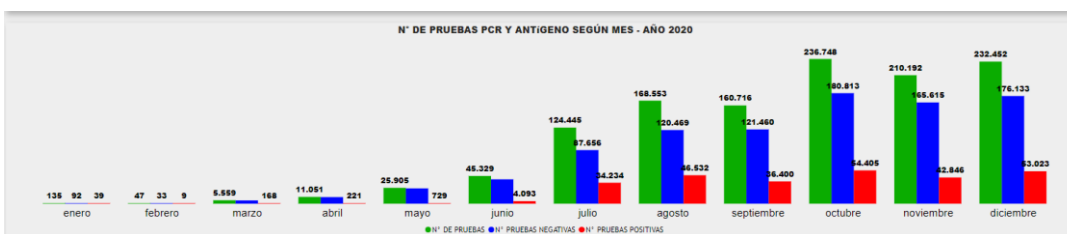
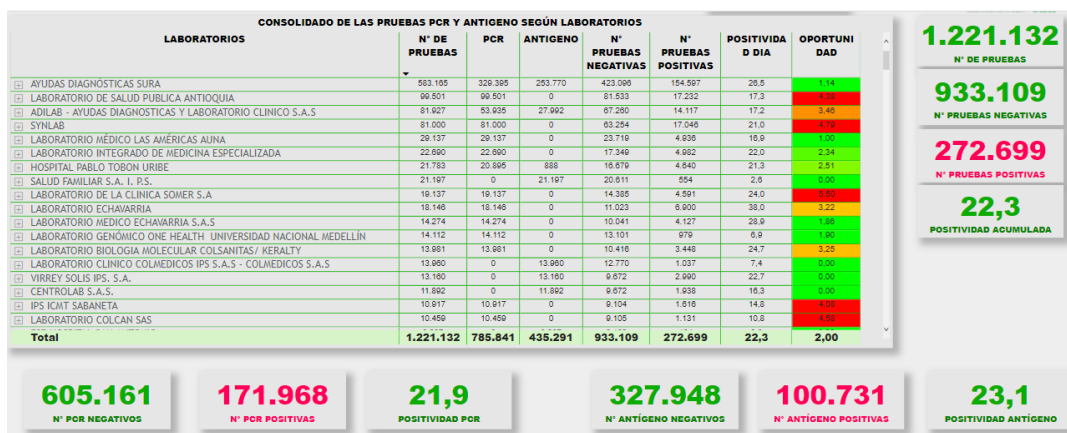


Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

En el Departamento, a 31 de diciembre, hay 22 laboratorios que procesan PCR, como prueba Gold Standard en el diagnóstico del SARS –

COV-2. Se tiene una positividad de 22,3% en un total de 1'221.132 de pruebas, el 63% corresponden a PCR.

Figura 116. Consolidado de pruebas de laboratorio, Antioquia enero- 31 de diciembre de 2020



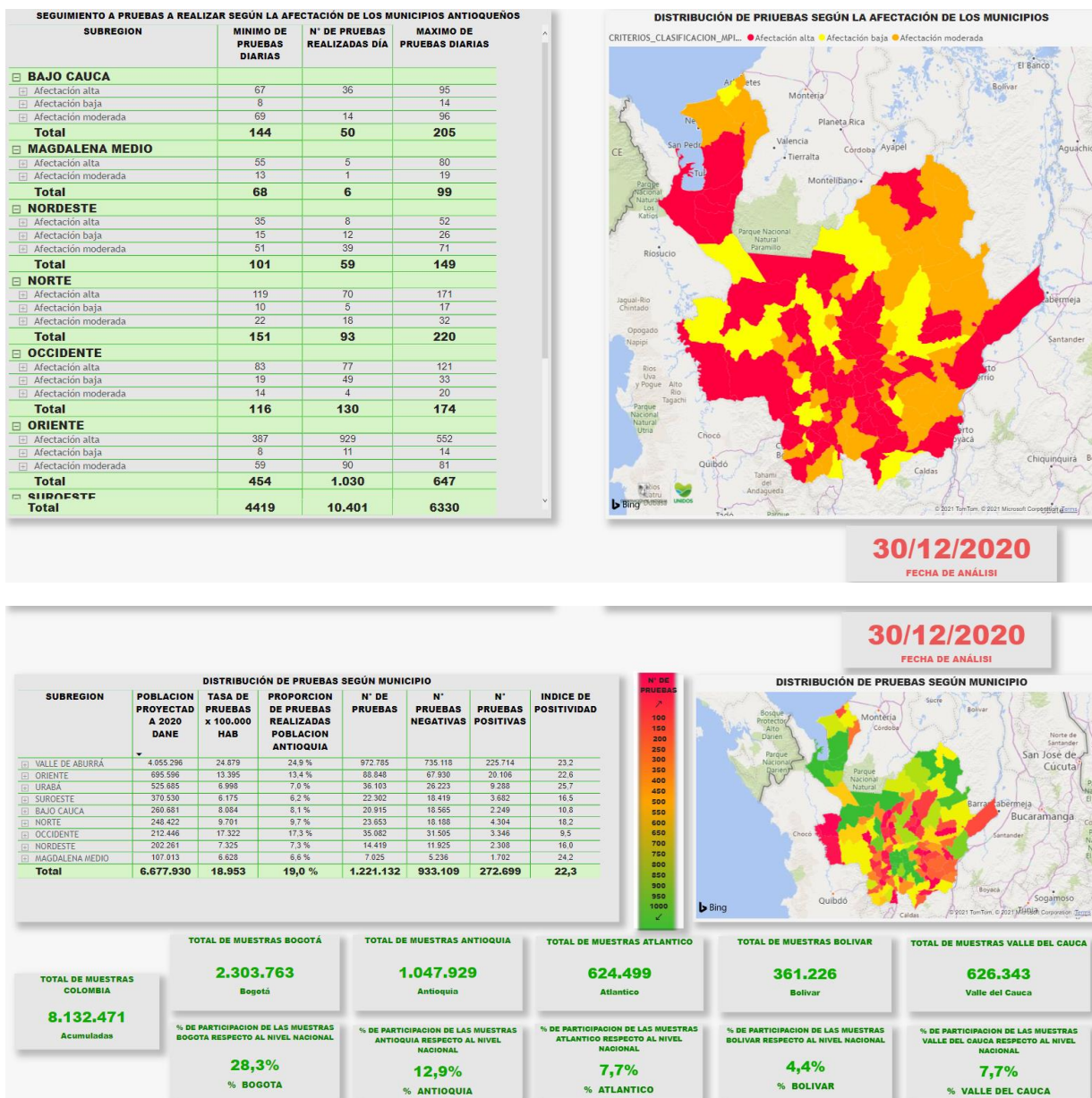
Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

El número de pruebas en el Departamento ha ido en ascenso, observándose que octubre y diciembre del 2020 fueron los meses de mayores pruebas procesadas. Con relación al país, el Departamento aporta el 12,9% del total de pruebas, siendo después de Bogotá, el Departamento que mayor número de pruebas ha realizado, con un total de 1'221.132.

El Ministerio del Interior, hace una calificación de cada uno de los municipios y a su vez define cual es el número máximo y mínimo de pruebas a realizar cada día, la semaforización de los municipios indica el grado de afectación, dado por el número de casos activos.

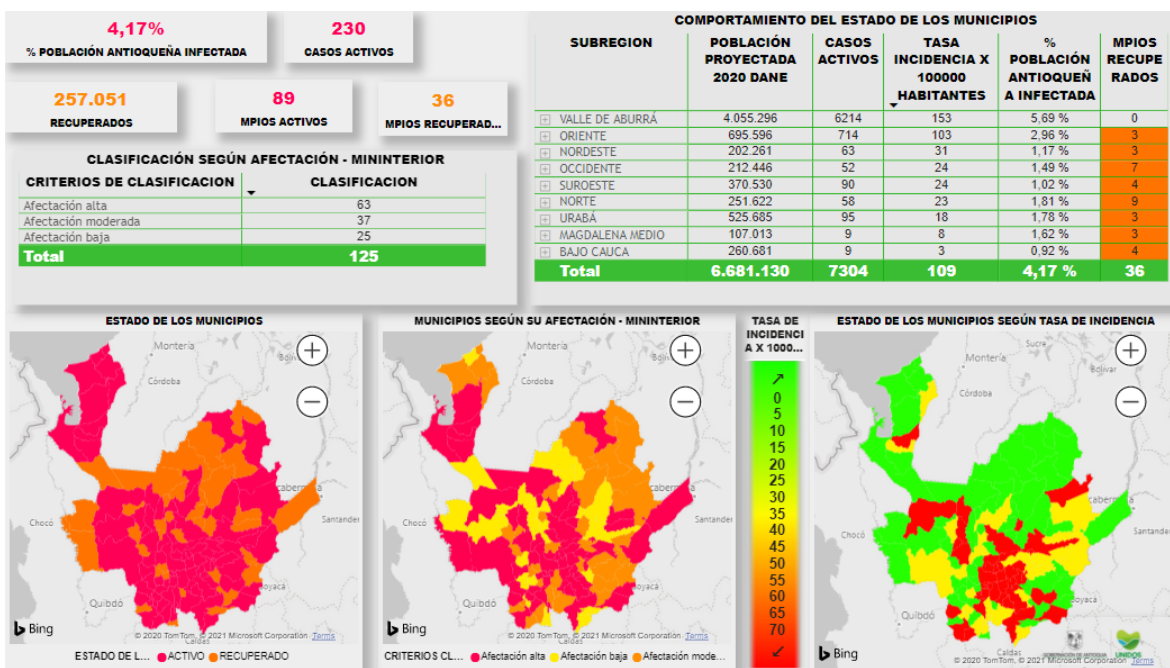


Figura 117. Distribución de pruebas según municipios. Antioquia 2020



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

Figura 118. Grado de afectación de los municipios, Antioquia, 6 de marzo a 31 de diciembre del 2020



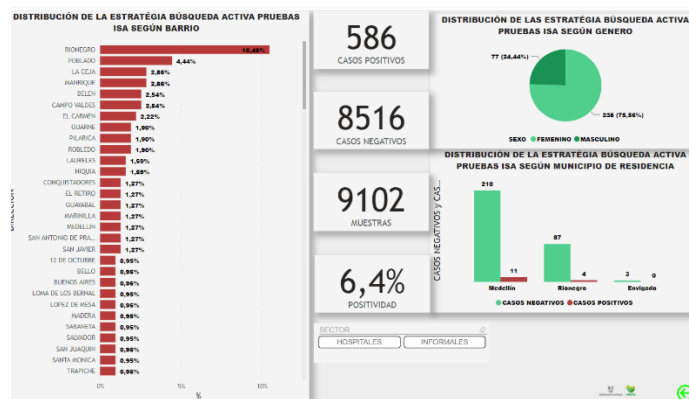
Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020

El 31 de diciembre, según la clasificación del Ministerio de Salud y Protección Social, el 63% de los municipios se encontraban en afectación alta.

En los municipios de Medellín, Bello, Rionegro, El Carmen de Viboral, Marinilla, La Ceja

Envigado, Sabaneta, con el apoyo de la Universidad Nacional, se realizan búsquedas activas en diferentes lugares y segmentos de la población, como estaciones del Metro, plazas de mercado, entre otros, además, dando un 6,4% de positividad.

Figura 119. Estrategia búsqueda activa de pruebas ISA. Antioquia 2020



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2020



Impacto de la pandemia en algunos macro indicadores de mortalidad

A través del análisis de los macro indicadores de causas externas y muerte natural trazadores para el Departamento, se revisa la información disponible del DANE a corte de 31 de octubre 2020 y se identifican algunos aspectos del efecto de la pandemia en estos, comparados con igual período del año anterior, sin llegar a decir, que son observaciones concluyentes, solo son apreciaciones que permiten direccionar acciones y estrategias, para fortalecer los

procesos en los diferentes segmentos de población.

A 31 de octubre del 2020 en el Departamento, con relación a nacidos vivos, se observa que, entre el año 2015 y el 2020 la tendencia ha sido fluctuante, se aclara que para el 2020, durante los meses de abril, mayo, junio y julio, se presenta una reducción de 1.537 nacidos vivos en Antioquia, hay que tener en cuenta que a través de los años se ha evidenciado disminución en los nacimientos totales.

Figura 120. Tendencia de nacidos vivos, Antioquia, enero-octubre, 2015-2020



Fuente. DANE (2020 Información preliminar.)

El comportamiento de las 10 primeras causas de mortalidad en el Departamento ha variado en su orden y en el número de fallecidos. La primera causa para el año 2019 es la enfermedad isquémica del corazón, no

obstante, para el 2020 se ubicaron en este lugar el subgrupo de resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, donde se encuentra el COVID 19, que aporta 4.694 muertes.



Las agresiones (homicidios) en el año 2019 ocupan el tercer lugar y para el 2020 pasan a un cuarto lugar, con una reducción de 334 muertes, se puede pensar que las cuarentenas por la vida reducen las agresiones, las riñas, la violencia en general, esto sumado a menor acceso de sustancias psicoactivas.

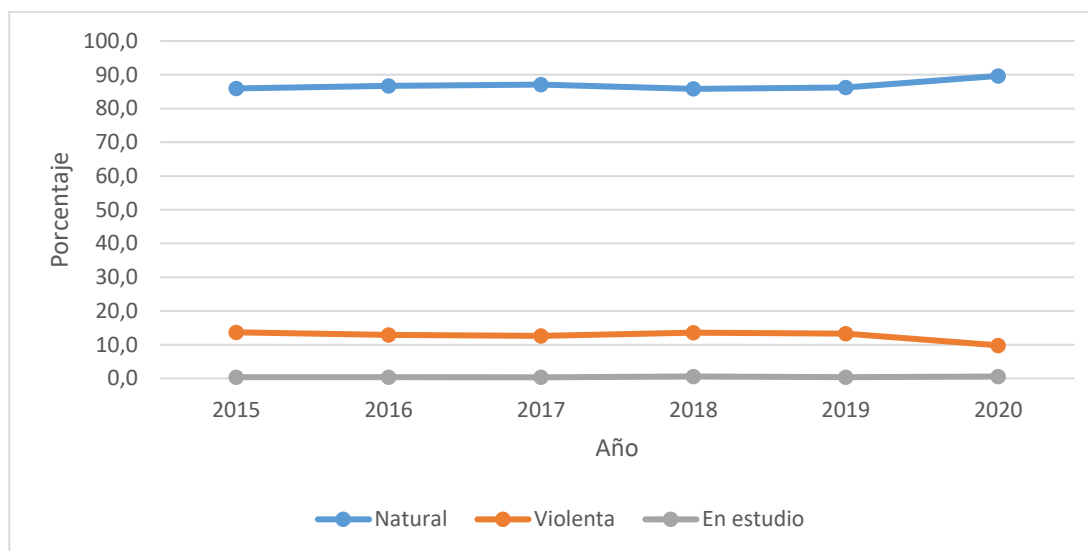
Los accidentes de transporte terrestre, que están en el décimo lugar en el año 2019 con 719 fallecimientos, no se encuentran en el 2020 dentro de las 10 primeras causas, es claro que la reducción de la movilidad, disminuye en el riesgo de fallecer por accidentes, esto sumado a menor consumo de licor y otras sustancias psicoactivas.

Tabla 60. Comparación de las 10 primeras causas de mortalidad, Antioquia, enero-octubre, 2019-2020

2019			2020		
Orden	Subgrupo OPS	Casos	Orden	Subgrupo OPS	Casos
1	Enfermedades isquémicas del corazón	4.080	1	Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4.761
2	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	2.116	2	Enfermedades isquémicas del corazón	4.180
3	Agresiones (homicidios)	1.942	3	Enfermedades cerebrovasculares	1.642
4	Enfermedades cerebrovasculares	1.579	4	Agresiones (homicidios)	1.618
5	Enfermedades hipertensivas	1.243	5	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.617
6	Infecciones respiratorias agudas	1.123	6	Enfermedades hipertensivas	1.270
7	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon	1.113	7	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon	1.128
8	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	956	8	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	946
9	Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	858	9	Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	900
10	Accidentes de transporte terrestre	793	10	Infecciones respiratorias agudas	829
	Otros subgrupos de causas	12.547		Otros subgrupos de causas	12.869
	Total	28.350		Total	31.760

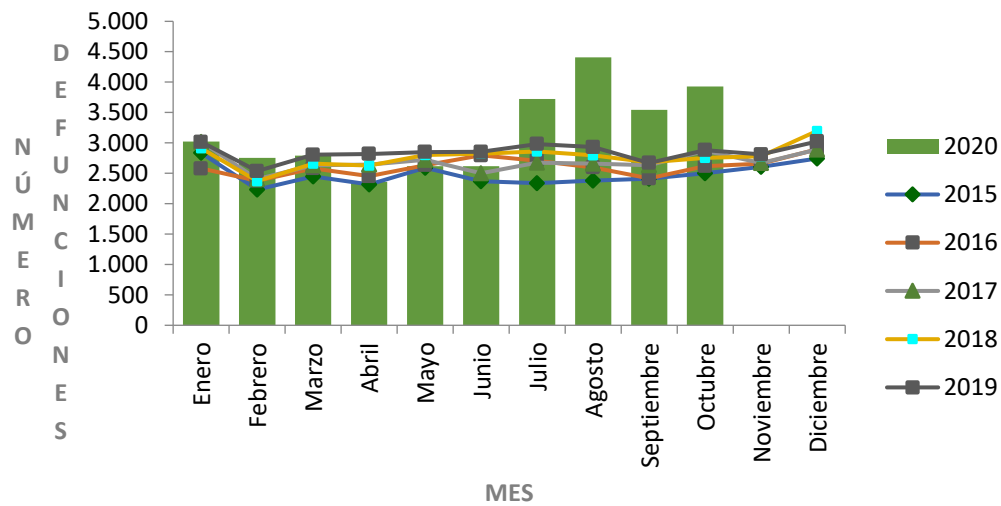
Fuente. DANE (2020 Información preliminar.)

Figura 121. Defunciones no fatales, según probable manera de muerte. Antioquia enero a octubre 2015 -2020.



Fuente. DANE (2020 Información preliminar.)

Figura 122. Defunciones no fatales por mes. Antioquia 2015 -2020

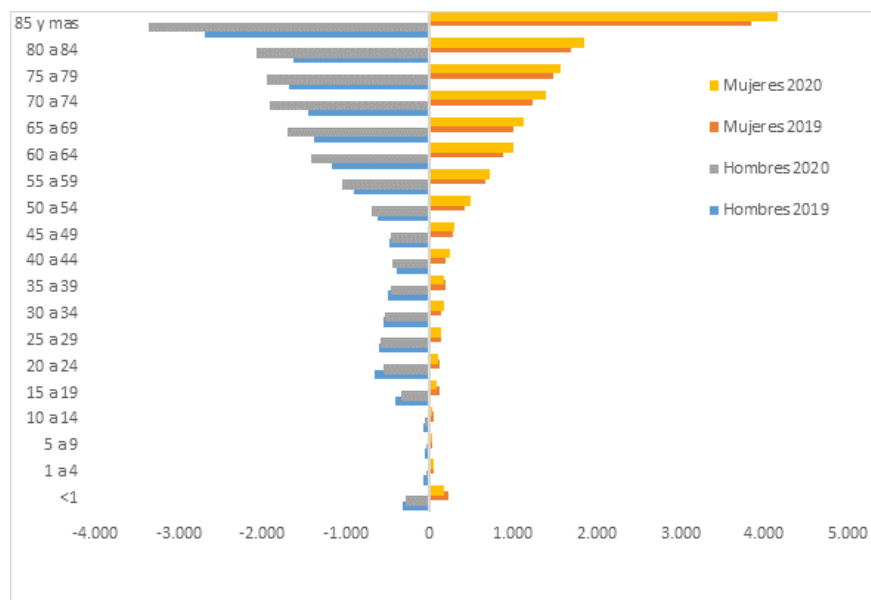


Fuente. DANE (2020 Información preliminar.)

Al comparar la mortalidad entre el año 2019 y el 2020, de enero a octubre, por sexo, se evidencia que el mayor número de fallecimientos para ambos años, es en los

hombres, aportando 17.820 fallecidos. Para el año 2020, se aumenta el número de fallecidos y se evidencia que casi se duplica.

Figura 123. Defunciones no fatales según sexo y edad. Antioquia, enero a octubre 2019 – 2020



Fuente. DANE (2020 Información preliminar.)

Defunciones no fatales según grupo edad, Antioquia enero a octubre 2019-2020.

Para el año 2019, fallecen un total de 20.089 personas mayores de 60 años, para el mismo período en el 2020 las muertes alcanzaron 23.512, evidenciando aumento de personas fallecidas en estos grupos de edad, por el contrario se observa una reducción en los demás grupos; en los menores de un año se

presentan 83 fallecidos menos, en el grupo de 1-4 años se disminuye en 33 muertes, lo que significa que se reduce en 116 muertes la mortalidad en la niñez, que puede estar dada por la reducción en las muertes por causas como la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), la Desnutrición (DNT), y la Infección Respiratoria Aguda (IRA), eventos que son vigilados en la mortalidad en menores de 5 años.

Tabla 61. Comparación de la mortalidad no fetal por grupo de edad, Antioquia enero-octubre, 2015-2020

Grupo edad	2019		2020	
	Casos	%	Casos	%
menor de un año	542	1,9	459	1,4
1 a 4	116	0,4	83	0,3
5 a 9	91	0,3	65	0,2
10 a 14	114	0,4	94	0,3
15 a 19	526	1,9	419	1,3
20 a 24	791	2,8	668	2,1
25 a 29	751	2,6	732	2,3
30 a 34	682	2,4	694	2,2
35 a 39	692	2,4	635	2,0
40 a 44	591	2,1	684	2,2
45 a 49	748	2,6	772	2,4
50 a 54	1041	3,7	1176	3,7
55 a 59	1576	5,6	1766	5,6
60 a 64	2043	7,2	2423	7,6
65 a 69	2388	8,4	2817	8,9
70 a 74	2667	9,4	3306	10,4
75 a 79	3158	11,1	3516	11,1
80 a 84	3309	11,7	3914	12,3
85 y mas	6523	23,0	7536	23,7
Sin dato	1		1	0,0
Total	28350	99,9964727	31760	100

Fuente. DANE (2020 Información preliminar.)

Defunciones no fatales según subgrupo lista 6/67 OPS, Antioquia enero a octubre 2019-2020

El grupo de las enfermedades transmisibles

ocupa el tercer puesto en las causas agrupadas por la 6/67 Organización Panamericana de la Salud, para los 10 meses evaluados se registran 6.189 muertes, triplicándose en el último año; es importante resaltar que, de éstas, 4.694



están relacionadas con COVID 19, además se espera que el número se aumente al cierre de la vigencia. Como fue mencionado anteriormente, las causas externas presentan una reducción, mientras que la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, aumenta durante este período, aportando 253 muertes más, que las registradas durante el mismo período del año anterior; lo cual puede deberse a varias circunstancias como: el aumento del estrés por el confinamiento y la

situación económica, la falta de acceso a los programas de prevención y control por el no acceso a la tecnología, falta de adherencia a los tratamientos, impacto negativo en la consulta médica virtual, coberturas bajas en la atención médica oportuna, entre otros. Se requiere disponer de información de otras variables demográficas, socioeconómicas, que permitan evaluar con más profundidad el impacto del primer año de la pandemia.

Tabla 62. Defunciones no fetales según grupos lista 6/67 OPS, Antioquia enero-octubre, 2015-2020

LISTA OPS	2015	2016	2017	2018	2019	2020
SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	465	409	583	588	436	544
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1.675	1.919	1.812	1.905	1.926	6.189
NEOPLASIAS (TUMORES)	5.625	6.022	6.271	6.208	6.412	6.339
ENFERMEDADES DEL SISTEMAS CIRCULATORIO	7.279	7.483	8.078	8.092	8.410	8.663
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	283	272	289	276	294	236
CAUSAS EXTERNAS	3.335	3.311	3.364	3.710	4.073	3.441
TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES	5.761	6.344	6.369	6.497	6.799	6.348
Total	24423	25760	26766	27276	28350	31760

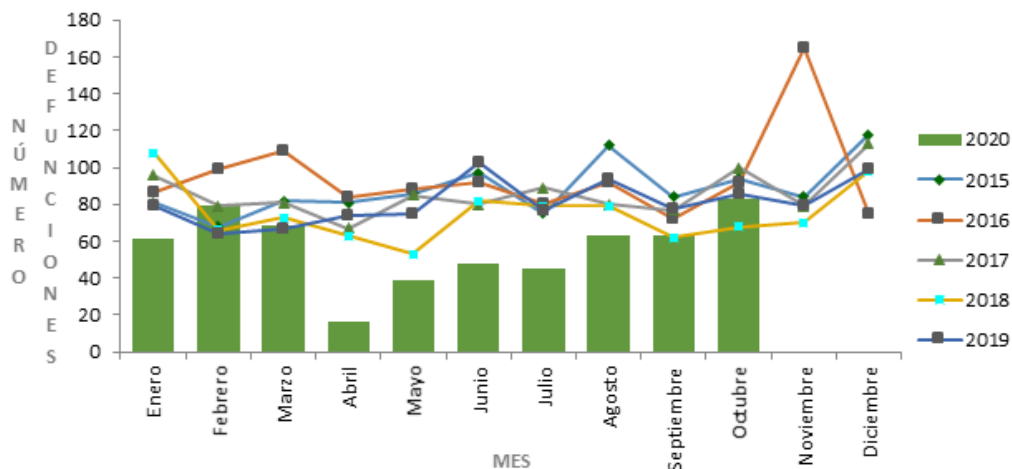
Fuente. DANE (2020 Información preliminar.).

Las muertes por accidentes de transporte, dentro del grupo de causas externas, presentan una tendencia a la reducción, durante los 3 primeros meses de la pandemia se observa un aumento de estos, pero a partir del mes de abril, donde se presenta una reducción del número de personas fallecidas, pasando de 797 muertes durante el 2019 a 566 casos en el 2020, lo que significa una disminución del 29% que corresponde a 231

vidas menos perdidas por los accidentes de tránsito, es importante no desconocer que todas estas vidas perdidas son evitables y que aún con movilidad reducida se presentan fallecimientos, se requiere analizar por subregión, por sexo, por edad, tipo de transporte y variables socioeconómicas para poder direccionar las estrategias de prevención necesarias a implementar.



Figura 124. Tendencia de defunciones por accidentes de transporte, Antioquia enero-octubre, 2015-2020

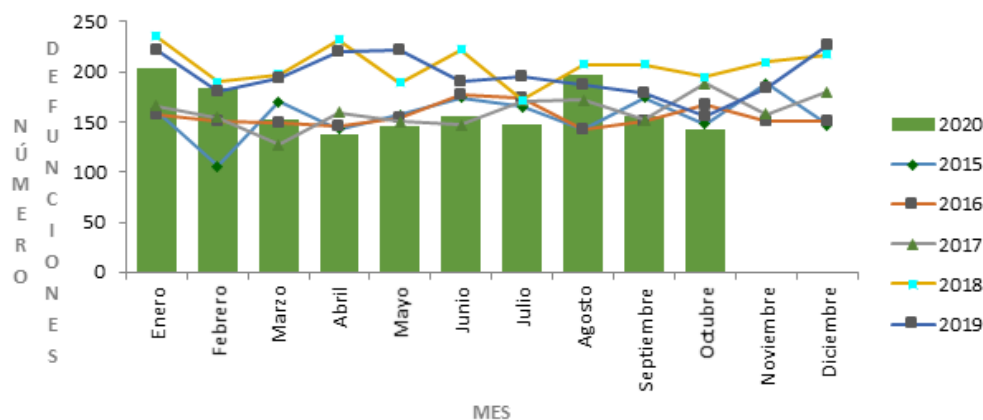


Fuente. DANE (2020 Información preliminar.).

Las causas externas, ocupan en la mortalidad la cuarta causa de muerte para Antioquia y dentro de este grupo está el homicidio como primera causa, durante los primeros 10 meses de la pandemia, período en que se dispone de información, se presentan 1.621 casos, comparado con el año anterior se evidencia una disminución de éstos en un 17% que

representa 322 muertes menos, puede deberse a que la movilidad de la población genera mayor riesgo de conflictos y fricciones entre los individuos, también podría sumarse a una reducción de consumo de licor en los establecimientos abiertos al público, menor exposición a los individuos violentos y riñas callejeras.

Figura 125. Tendencia del homicidio, Antioquia, enero-octubre, 2015-2020



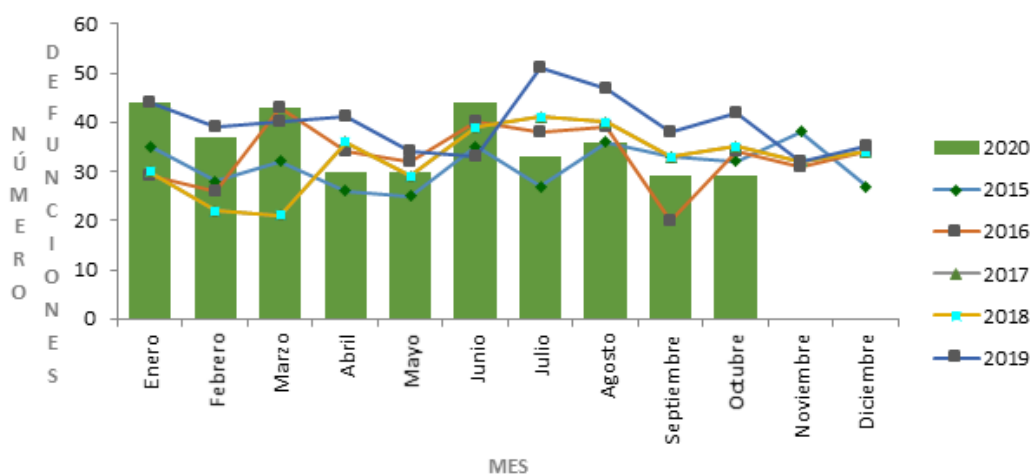
Fuente. DANE (2020 Información preliminar.).



Al comparar la tendencia de los suicidios durante los meses de enero a octubre del 2020, con el mismo período de los años anteriores, se evidencia que mes a mes se reducen el número de éstos, a excepción del mes de enero del 2020, que se presentan el mismo número de casos, y los meses de marzo y junio, donde se aumenta el número de suicidios. Al analizar el total de los 10 meses se observa una disminución, durante el 2019 se presentan 409 casos, mientras que en el 2020 en igual período se registran 355, lo que significa una diferencia, de 54 vidas que no se perdieron por esta causa, lo que supone que el

confinamiento en familia, puede ser un factor protector para el suicidio, aun con las innumerables circunstancias que afectan negativa o positivamente la dinámica familiar durante las cuarentenas, adicionalmente, puede ser efecto del despliegue de la estrategia Salud para el Alma, que fortalece la resiliencia con énfasis en los jóvenes, que también puede impactar a los padres y cuidadores. Se requiere profundizar en el análisis, con el fin de realmente de comprender el impacto favorable o desfavorable, durante el primer año de la pandemia en el territorio.

Figura 126. Tendencia del suicidio, Antioquia, enero-octubre, 2015-2020



Fuente. DANE (2020 Información preliminar.).

2.11. Análisis de los determinantes sociales de salud

2.11.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud

Esta parte del análisis sobre los determinantes intermedios aborda, el contexto de las circunstancias materiales de

la población, organizadas en cinco aspectos; como las condiciones de vida; seguridad alimentaria y nutricional; factores psicológicos y culturales; sistema sanitario y condiciones de trabajo.

2.11.1.1. Condiciones de vida

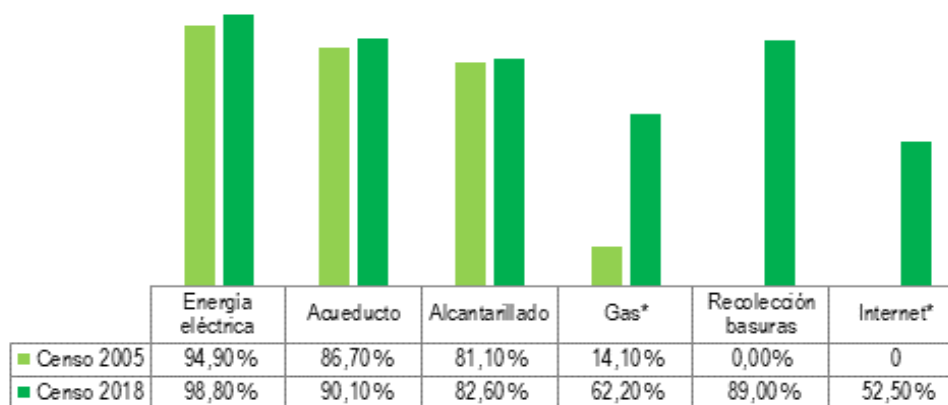


En general, los porcentajes de cobertura captados por los censos 2005 y 2018, evidencian un aumento en la prestación de los servicios domiciliarios en Antioquia, siendo el gas el servicio con el incremento más significativo; sin embargo, es necesario seguir trabajando por alcanzar una mejor cobertura. El servicio con más baja cobertura es internet, situación que requiere una pronta acción que propicie su acceso y contribuya en los diferentes ámbitos de formación y trabajo de la población.

Entre los servicios de acueducto, alcantarillado, agua potable y aseo existe una estrecha relación en pro de una adecuada salubridad. El agua potable, mejora

significativamente el bienestar de las familias influyendo positivamente sobre la salud de estos y otros aspectos, esta es conducida a través del sistema de acueducto hasta las viviendas para ser utilizada por sus habitantes; luego las redes de alcantarillado tienen como función la conducción de las aguas negras hacia las plantas de tratamiento y por último, el servicio de aseo se ocupa de la recolección y adecuado manejo de los residuos sólidos generados por la población. Es importante tener en cuenta que el servicio de acueducto cumple con la función de transportar el agua hasta las viviendas y contar con este no implica poseer agua potable, ya que la potabilidad depende del estado y el funcionamiento de la planta de tratamiento.

Figura 127. Cobertura de acceso a servicios públicos en Antioquia Censo 2005 – 2018



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

* El denominador no incluye las viviendas en las que no se respondió a esta pregunta, es decir, no incluye “sin información”

Cobertura de servicios de electricidad: Para el departamento de Antioquia, la cobertura de servicios de electricidad es de 99,9% mientras que para Colombia es de 96,5%, valor superior al del país.

Cobertura de acueducto: En el departamento de Antioquia, las coberturas totales de acceso del servicio de acueducto registran un incremento del 3%, pasando en el 2005 del 86,8% al 89,8% para la vigencia 2018, registrando una cobertura superior al



promedio nacional del 88,4%. La subregión del Valle de Aburrá, es la única que presenta una cobertura superior al promedio departamental con un 97,3%. Las demás subregiones del Departamento están por debajo del promedio departamental, siendo las subregiones del Bajo Cauca (69,6%); Nordeste (65,1%) y Urabá (68,9%) las más rezagadas.

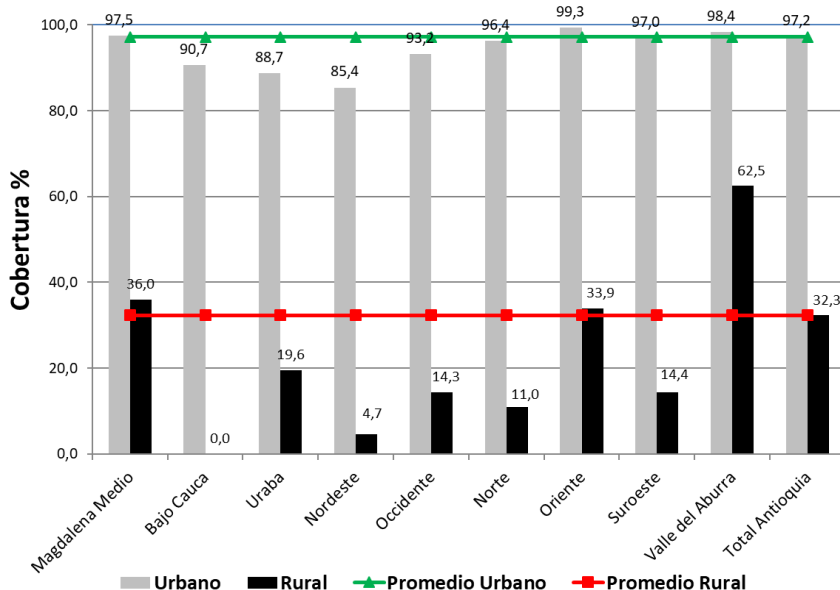
En el ámbito urbano, se han incrementado en 1,5% las coberturas del servicio de acueducto, pasando de 96,3% en el año 2005 a 97,8% en el 2018. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (98,5%), Occidente (99,1%), Norte (98,4%), Oriente (99,3%) y Suroeste (98,4%). En el área rural, a pesar de los problemas de acceso, se han incrementado un 9,5% las coberturas, pasando de 54,4% en el año 2015 a 63,9% en el 2018. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (88,1%), Magdalena Medio (71,9%) y Oriente (71,5%) y las subregiones más rezagadas son, Bajo Cauca (28,6%), Nordeste (35,4 %), Norte (44,9%), Occidente (63,8%) Suroeste (55,3%) y Urabá (37,2%) para el mismo año.

Cobertura de Acceso al Agua Potable: En el departamento de Antioquia, las coberturas totales de acceso al agua potable registran un incremento del 11,54%, pasando en el 2005 de 70,4%, a 81,9% para la vigencia 2018. Por otro lado, la desigualdad entre subregiones es

notoria, ya que mientras para el 2018 el Valle de Aburrá cuenta con una cobertura del 94,2%, superior al promedio departamental, el resto de las subregiones presenta coberturas inferiores, siendo las subregiones de Bajo Cauca (57,8%), Nordeste (48,6%), Occidente (46,7%) y Suroeste (55,4%) las más rezagadas. En el ámbito urbano, se han mejorado sustancialmente las condiciones de suministro de agua potable, pasando de una cobertura en 2005 de 85,7% a 97,2% en el 2018. La subregión del Valle de Aburrá (98,4%), Magdalena Medio (97,5%) y Oriente (99,3%) presentan valores superiores al promedio departamental.

Las demás subregiones presentan coberturas inferiores al promedio departamental, siendo las subregiones de Urabá (88,7%), Nordeste (85,4%) y Occidente (93,2%) las más rezagadas. En el ámbito rural, si bien se ha logrado un aumento significativo del 14,4% de las coberturas pasando en 2005 de 17,9% a 32,3% en el 2018, todas las subregiones presentan un rezago, siendo las subregiones de Valle de Aburrá (62,5%), Magdalena Medio (36%) y Oriente (33,9%) las que presentan mejores coberturas, superiores al promedio departamental. El resto de las subregiones presenta coberturas inferiores al promedio departamental, siendo las subregiones de Bajo Cauca (0,0%), Nordeste (4,7%), Norte (11%); Occidente (14,3%); Suroeste (14,4%) y Urabá (19,6%) las más rezagadas.

Figura 128. de viviendas con agua potable urbano y rural por subregión – Antioquia 2019.



Fuente: Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP

En la medición del Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) se tiene la siguiente clasificación:

Tabla 63. Clasificación de los índices para medición del riesgo - IRCA.

IRCA (%)	Riesgo
0 - 5,0	Sin Riesgo
5,1 - 14	Bajo
14,1 - 35	Medio
35,1 - 80	Alto
80,1 - 100	Inviabile Sanitariamente

Fuente: Resolución 2115 de 2007, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio.

Cuando el IRCA en el período evaluado se encuentra entre 0% y 5% se considera apta para el consumo humano y cuando se encuentra entre el 5,1% y el 100% se considera que el agua no es apta para el consumo humano y se procede a realizar las respectivas notificaciones del riesgo a las

diferentes instancias para la toma de medidas preventivas y correctivas pertinentes.

El Departamento para el año 2019, presenta un porcentaje de 7,3% (Riesgo Bajo), mientras que para la Colombia es de 8,4% (Riesgo Bajo). En el ámbito urbano, el IRCA



departamental fue 1,4% (Sin Riesgo), mientras que el promedio nacional fue de 5,7% (Riesgo Bajo). En la zona rural, el IRCA obtuvo un promedio departamental de 38,5 % (Riesgo Alto) y el promedio nacional reporta un valor de 16,2 % (Riesgo Medio).

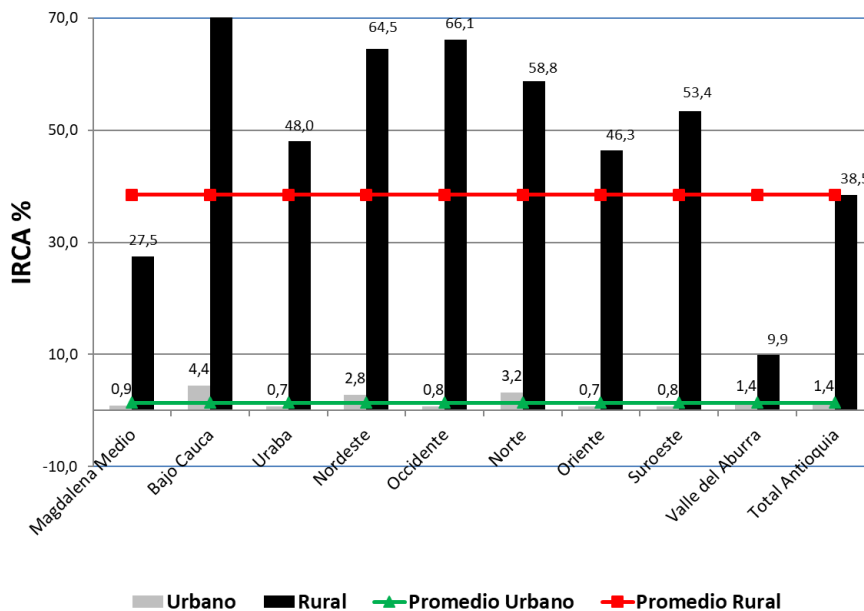
En las nueve (9) subregiones del departamento de Antioquia para la vigencia 2019, se obtuvo los siguientes promedios tal y como se ilustran en las siguientes tabla y figura:

Tabla 64. Índice de Riesgo de Calidad de Agua Potable - IRCA- (%) por Subregión - Antioquia 2019

Subregión	Urbano	Rural
Magdalena Medio	0,9	27,5
Bajo Cauca	4,4	78,7
Uraba	0,7	48,0
Nordeste	2,8	64,5
Occidente	0,8	66,1
Norte	3,2	58,8
Oriente	0,7	46,3
Suroeste	0,8	53,4
Valle del Aburra	1,4	9,9
Total Antioquia	1,4	38,5

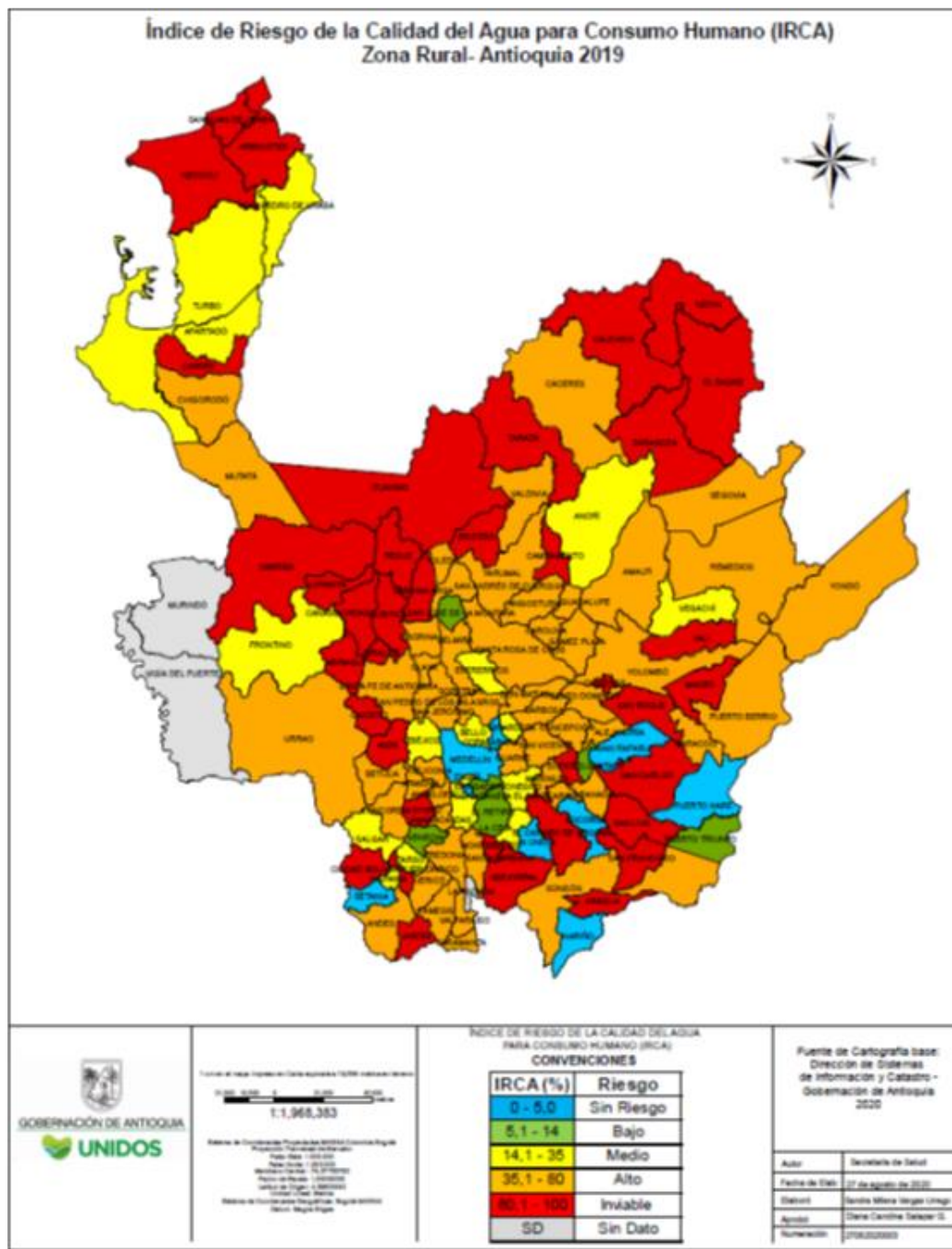
Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Figura 129. Índice de riesgo de calidad de agua para consumo humano – IRCA (%) – Antioquia 2019



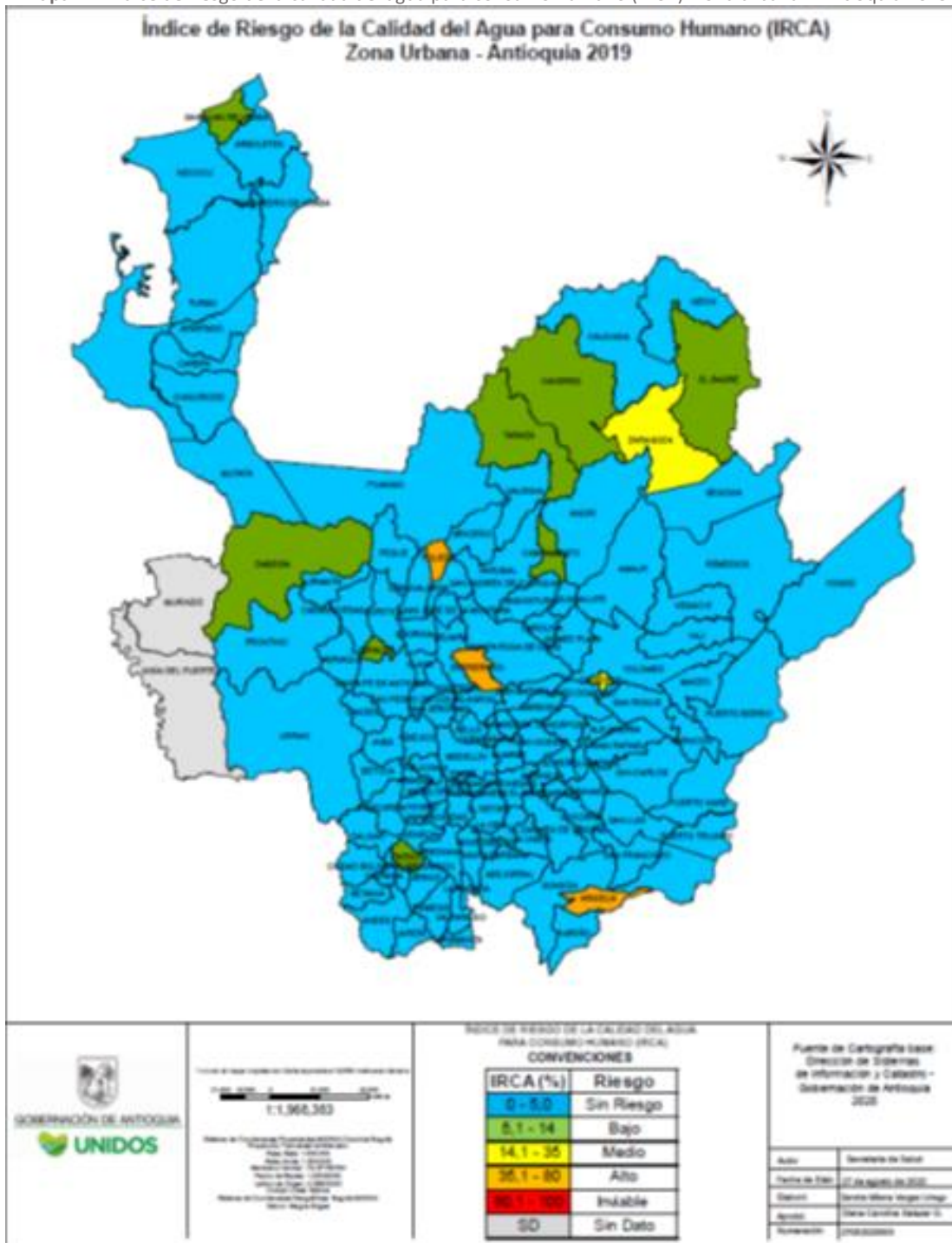
Fuente: Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP

Mapa 11. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona Rural – Antioquia 2019



Fuente: Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP

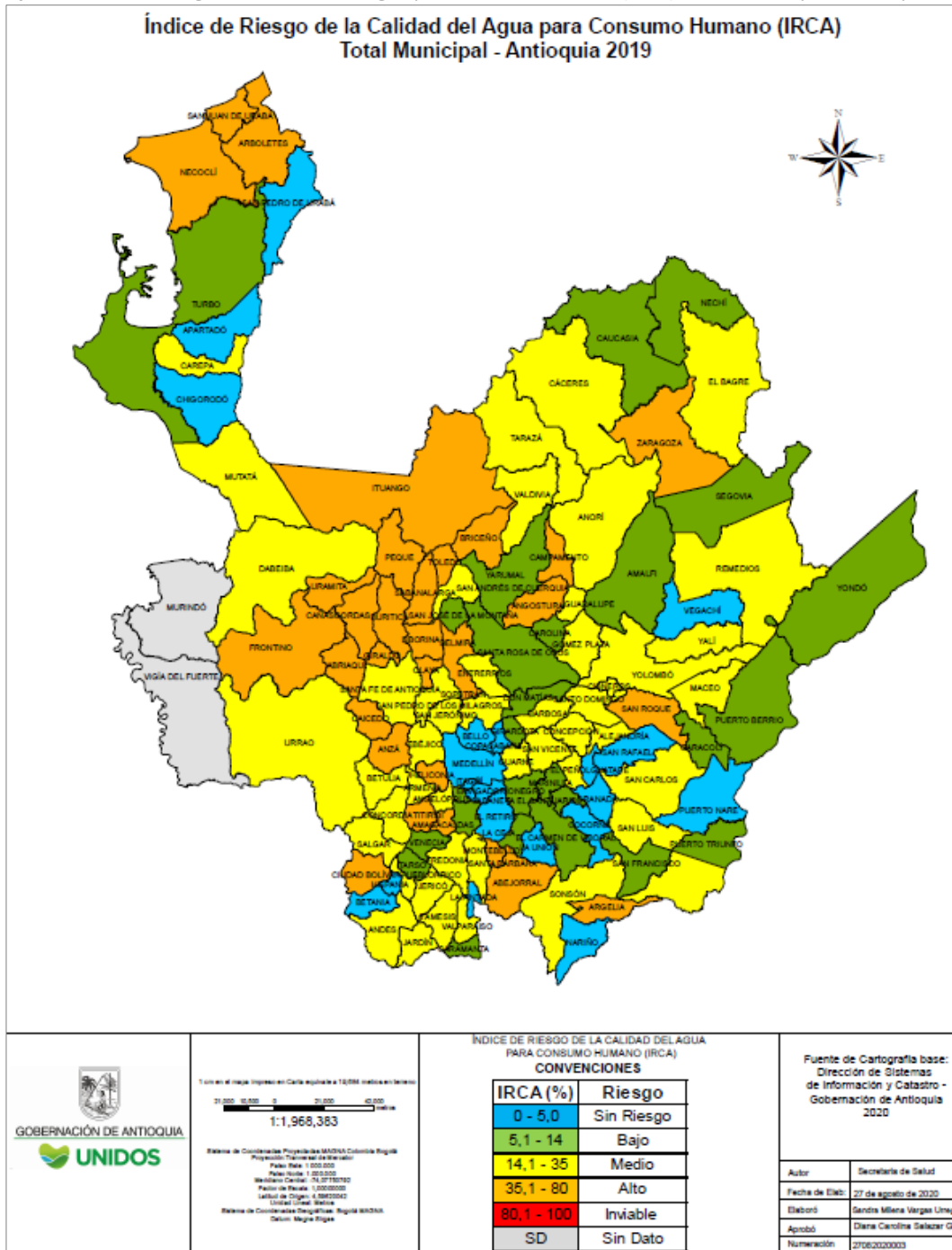
Mapa 12. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona urbana – Antioquia 2019



Fuente: Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP

El consolidado promedio del IRCA Total municipal por cada localidad se detalla en la siguiente figura:

Mapa 13. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Total, municipal – Antioquia 2019



Fuente: Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP



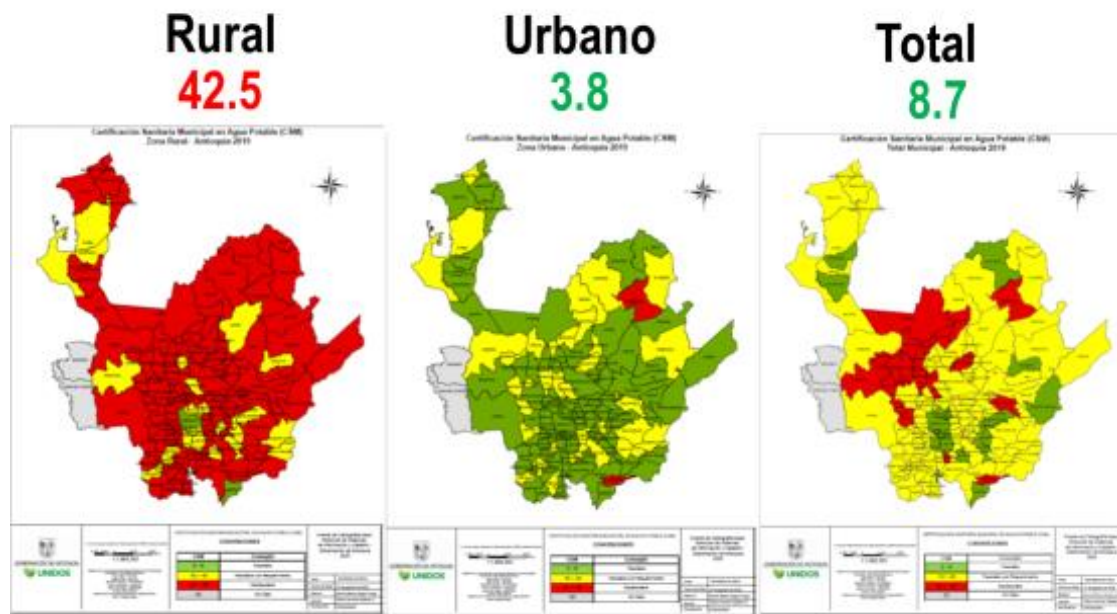
Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable (CSM):

La certificación consolida en forma ponderada, de acuerdo al número de suscriptores residenciales, los siguientes instrumentos, los cuales son evaluados en la visita de inspección sanitaria, a las prestadoras del servicio público de acueducto, dentro de los límites del municipio el Índice de Riesgo por Distribución Municipal (IRDm): a) Índice de Riesgo de Calidad del Agua IRCA, b) Índice de Riesgo por Abastecimiento Municipal – IRABA ; c) Buenas Prácticas Sanitarias Municipales- BPS

y se acredita en cumplimiento de las normas y criterios de la calidad del agua para consumo humano en cada localidad.

Para la vigencia 2019 se obtuvo una calificación total departamental de 8.7 (Favorable), En el ámbito urbano un valor de 3.8 (Favorable) y en el ámbito rural un puntaje de 42.5 (Desfavorable). El panorama departamental para cada uno de los municipios se detalla en la siguiente Mapa:

Mapa 14. Certificación sanitaria municipal en agua potable. Promedio por zonas y total. Antioquia 2019



CSM Promedio Antioquia - 2019

Fuente: Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP

Cobertura de alcantarillado: En Antioquia la cobertura total de alcantarillado para la vigencia 2018 alcanza un 82% mientras que para la Nación es de 76,7%, siendo superior para el Departamento,

La subregión del Valle de Aburrá es la única que presenta una cobertura superior al promedio departamental, con un 95,4%. Las demás subregiones del Departamento están por debajo del promedio departamental, siendo las subregiones del Nordeste (49,5%) y Occidente (48,3%) las más rezagadas. En el ámbito urbano se han incrementado las coberturas del servicio de acueducto pasando de 95% en el 2005 a 96% en el 2018. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (98,1%), Norte (96,3%) y Oriente (98,3%), siendo las subregiones del Bajo Cauca (75,7%); Nordeste (78,1%) y Urabá (85,3%) las más rezagadas. En el área rural, las coberturas han presentado aumento en el período, pasando de 33,6% en el 2015 a 36,8% en el 2018. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (74,8%) y Magdalena Medio (49,7%) y las subregiones más rezagadas son Bajo Cauca (23,2%), Nordeste (15,3%), Norte

(12%); Occidente (17,8%), Oriente (15,3%) y Urabá (17,3 %) para el mismo año.

Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada: En Antioquia el valor de este índice es 13,1% y en Colombia es 11,7%, siendo inferior para la nación.

Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas: en Antioquia el valor de este índice es 14,3% y en Colombia es 11,6%, siendo superior en el Departamento. La disposición inadecuada de las excretas, es una de las principales causas de enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias, particularmente en la población infantil y en áreas rurales, donde no se cuenta un adecuado abastecimiento de agua, ni instalaciones para el saneamiento básico.

Al comparar las condiciones de vida del departamento de Antioquia con las condiciones del país, se encuentran diferencias en los indicadores, tales como que la cobertura de electricidad, acueducto y alcantarillado, son mayores en Antioquia, no obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 65. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida. Antioquia, 2005 – 2018

Determinantes intermedios de la salud	Colombia, 2018	Antioquia, 2018
Cobertura de servicios de electricidad (2018)	96,5	99,9
Cobertura de acueducto (2018)	88,4	89,8
Cobertura de alcantarillado (2018)	76,7	82,0
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (2019)	8,4	7,3
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2018)	11,7	13,1
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2018)	11,6	14,3

Fuente: Índice de Cobertura de Energía Eléctrica - ICEE 2018, Información disponible a nivel departamental acueducto y alcantarillado Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP DANE. Indicadores de pobreza multidimensional.

Al revisar las coberturas de servicios de electricidad, acueducto y alcantarillado de los 125 municipios del Departamento, se evidencia que todas las cabeceras presentan coberturas del 100% en electricidad y del 95,2% para el área rural, la diferencia entre estos no es estadísticamente significativa; en cuanto a la cobertura de acceso al servicio acueducto, se observa que el área urbana presenta una cobertura del 97,8% , mientras que el área rural es del 63,4%, presentándose con relación al acceso al agua potable coberturas del 97,2% en el ámbito urbano y

de 32,3% en la zona rural. Así mismo, la cobertura de alcantarillado del área urbana presenta una cobertura del 96,0%, mientras que para el área rural es del 36,8%. Existiendo en el área rural una baja cobertura en acueducto, acceso al agua potable y alcantarillado, lo que incide para que en el departamento de Antioquia se presenten riesgos para las enfermedades transmitidas por aguas contaminadas, si se tiene en cuenta las bajas coberturas de acueducto y de alcantarillado.

Tabla 66. Cobertura de acceso a servicios públicos según desagregación urbano-rural. Antioquia, 2018

Determinantes intermedios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100	95,18
Cobertura de acueducto	97,8	63,40
Cobertura de alcantarillado	96,0	36,79

Fuente: Índice de Cobertura de Energía Eléctrica - ICEE 2018, Información disponible a nivel departamental acueducto y alcantarillado

Es importante para el Departamento, aumentar las coberturas totales de acceso del servicio de acueducto, agua potable y saneamiento básico (alcantarillado, plantas tratamiento de aguas residuales, acceso al servicio de aseo y disposición final de residuos) especialmente en las zonas rurales, dado que contribuye en forma determinante en la calidad de vida de la población.

Se plantea, como objetivo al 2023, que el departamento de Antioquia contribuya a aumentar las coberturas de acceso al servicio de acueducto, agua potable y saneamiento básico en el ámbito rural mediante una correcta gestión (planeación, gestión de proyectos y ejecución de recursos de manera eficiente), el fortalecimiento de la articulación transectorial, la asistencia técnica adecuada en los aspectos relacionados con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la vigilancia en salud pública y control de los factores de riesgo ambientales en la zona rural, adaptación de la normatividad al contexto regional para esquemas de suministro de agua potable que garantizan la sostenibilidad, organismos de control con capacidad de respuesta, fortalecimiento del sistema de información sanitario de los sistemas de acueducto, gestión eficiente de aspectos ambientales que dificultan el suministro de agua potable con lo cual se contribuye a la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles (cáncer) y las transmisibles (enfermedades diarreicas, hepatitis A, colera, leptospirosis intoxicaciones químicas, fluorosis, etc.)

Para el establecimiento de indicadores de resultado y de producto, asociados a la vigilancia de la calidad del agua para consumo

humano, por parte de las autoridades sanitarias se tuvo en cuenta las diferentes metas establecidas a nivel mundial, nacional, así como las políticas establecidas a en el territorio nacional que se detallan a continuación:

- El Objetivo de Desarrollo Sostenible número 6 “Agua Limpia y Saneamiento” para garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos, una de cuyas metas es “De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos...”
- Plan de Desarrollo Nacional “Pacto por la calidad y eficiencia de los servicios públicos” el cual tiene como meta “Tres millones de colombianos nuevos con agua potable y manejo de aguas residuales” y “11.867 nuevas personas con acceso a soluciones adecuadas de agua potable.”
- Agua al Campo; Programa del Gobierno Nacional que busca, a través del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, cerrar las brechas en materia de cobertura, continuidad y calidad en las zonas rurales del país, el cual tiene planteada la siguiente meta “... Al 2022, con Agua al Campo se espera incrementar la cobertura en acueducto y alcantarillado en los municipios priorizados, pasando del 24% al 40% en acueducto y del 10% al 22% en alcantarillado...”
- Los Objetivos del Plan Decenal de Salud Pública de la Dimensión de Salud Ambiental componente Hábitat Saludable: “Reducir las brechas de inequidad en el acceso al agua potable, coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo”.
- Política para el suministro de agua potable



y saneamiento básico en la zona rural. Documento CONPES 3810 del 2014.

- Los objetivos sanitarios desarrollados para el Plan Territorial en Salud 2020-2023.
- El objetivo del componente 1. Antioquia Hábitat Sostenible de la Línea Estratégica 3. Nuestro Planeta del anteproyecto del Plan de Desarrollo Unidos 2020 – 2023 de “Construir un hábitat sostenible para Antioquia a través de la generación, mejoramiento, titulación y legalización de viviendas, el acceso a agua potable, saneamiento y aseo, así como la consolidación de la infraestructura física de los municipios del Departamento como garantía de equidad social y territorial...”
- Los indicadores estipulados en el Plan Territorial de Salud para la evaluación de las gestiones realizadas para el fortalecimiento de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y propender que esta es suministrada a la comunidad sea apta para su consumo son los siguientes:

Indicadores de resultado:

Indicadores de resultado:

- Índice de Riesgo Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) Urbano
- Índice de Riesgo Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) Rural

Indicadores de Producto:

- Muestras analizadas para evaluar el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano y Uso Recreativo
- Acueductos vigilados, inspeccionados

y controlados en los Municipios

Estableciendo como metas a implementar para su cumplimiento las siguientes estrategias:

- Fortalecimiento del programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y uso recreativo con los insumos de equipos, necesarios para garantizar la vigilancia sanitaria.
- Fortalecimiento del recurso humano encargado del programa de vigilancia sanitaria mediante la asesoría y asistencia técnica y la certificación de competencia laborales en toma de muestras.
- Descentralización del manejo del Sistema de Información para la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano (SIVICAP)
- Fortalecimiento de la coordinación intersectorial, a través de la mesa de agua potable y saneamiento básico del Comité Territorial de Salud Ambiental del Departamento de Antioquia (COTSADA); La mesa de relacionamiento de las autoridades sanitarias del Departamento y Empresas Públicas de Medellín y la Sala Especializada de Piscinas y Estructuras Similares del departamento de Antioquia (SEPISA).
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante las emergencias sanitarias por problemas de salud pública y/o fenómenos de variabilidad climática.
- Reglamentación del instrumento metodológico para la elaboración de plan de trabajo correctivo para la reducción del



riesgo como parte del proceso de la implementación del mapa de riesgo de agua para consumo humano.

- Implementación del protocolo de vigilancia de calidad del agua para prestadores rurales, reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 622 de 2020.

Las acciones específicas que se adelantan por las autoridades sanitarias para desarrollo la implementación de las estrategias incluyen los siguientes aspectos:

- Visitas de inspección sanitaria a los sistemas de acueductos urbanos y rurales.
- Elaboración del plan de acción y seguimiento, para atender emergencia por desabastecimiento de agua, en los sistemas de acueductos, por fenómenos de variabilidad climática, que incluyen las siguientes acciones:
 - Conocimiento de la emergencia
 - Solicitar la activación y socialización del plan de contingencia a las personas prestadoras del servicio público de acueducto
 - Elaborar y remitir informe de la emergencia en el formato preestablecido.
 - Coordinación intersectorial (Comité Municipal de Gestión del Riesgo, Puesto de Mando Unificado (PMU), mesa de seguimiento de la Gobernación de Antioquia)
 - Participar en el Comité de Vigilancia Epidemiológica municipal
 - Seguimiento de casos malaria, dengue y EDA

- Acciones de información, educación y comunicación (IEC)
- Realizar censo de los carros y tanques de almacenamiento provistos para el suministro de agua a la comunidad
- Vigilancia sanitaria de la calidad del agua suministrada (control de pH, cloro residual libre, presencia y ausencia de coliformes totales y E-Coli, j)
- Controles a carrotanques y tanques de almacenamiento,
- Participar en la identificación y definición de propuestas alternativas para el suministro de agua.

- Certificación de la calidad del agua suministrada al 100 % de las personas prestadoras de servicio público en el ámbito urbano, teniendo como base el Índice de Riesgo de Calidad del Agua Potable (IRCA), acorde con las directrices emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, notificándose a las personas prestadoras del servicio público de acueducto, administraciones municipales, direcciones locales de salud, la Procuraduría General y la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, para lo de su competencia. (Para los acueductos rurales se realiza a demanda). Igualmente, se elabora consolidado departamental con la información de los municipios categorías Especial, 1, 2 y 3 “IRCA Acueductos Urbanos Antioquia, 2019” para su publicación en la página web de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.
- Certificación Sanitaria Municipal de la Calidad del Agua Potable al 100 % de los



municipios, teniendo como base el Índice Promedio Ponderado, de acuerdo al número de suscriptores de los todos los sistemas de acueducto en cada localidad del Índice de Riesgos de Calidad del Agua Potable (IRCA), el Índice de Riesgo de Abastecimiento (IRABA) y las Buenas Prácticas Sanitarias (BPS), notificándose a las administraciones municipales.

- Elaboración Plan de Contingencia Aislamiento y Respuesta ante presencia del nuevo coronavirus SARS COV2/COVID 19 en el componente de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y uso recreativo y la remisión de orientaciones a los referentes de los 125 municipios del Departamento.
- Asesoría presencial para la descentralización del manejo del sistema de información para la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano – SIVICAP, nueva versión, a cincuenta referentes de los municipios.
- Contratación de los análisis de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano de los sistemas de acueductos urbanos y uso recreativo.
- Participación en la mesa de relacionamiento entre las autoridades sanitarias y las Empresas Públicas de Medellín (EPM), sobre temas relacionados con la calidad del agua para consumo humano.
- Tramite del 100 % de las autorizaciones sanitarias favorables para la concesión de aguas para consumo humano.
- Elaboración de mapas de riegos de agua para consumo humano en los municipios

priorizados acorde con la metodología establecida por la resolución 4716 de 2010 del Ministerio de Salud y Protección Social:

- a) Actualización; b) Expedición acto administrativo; c) Socialización proceso actores, visita de inspección ocular; d) Monitoreo en bocatoma y red, e) Seguimiento sistemas Valle de Aburrá.
- Campañas promoción de las condiciones sanitarias del Agua

2.11.1.2. Componente salud ambiental y cambio climático.

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado a la contaminación atmosférica como el principal riesgo ambiental para la salud en las Américas, sus riesgos y efectos en la salud no están distribuidos equitativamente en la población, es así que las personas con enfermedades previas, los niños menores de cinco años y los adultos entre 50 y 75 años de edad son los más afectados, al igual que las personas pobres, aquellas que viven en situación de vulnerabilidad, las mujeres, y sus hijos, que utilizan estufas tradicionales de biomasa para cocinar y calentarse¹⁰.

Para Colombia, el Estudio de Carga de Enfermedad Ambiental, realizado por el Observatorio Nacional de Salud (ONS) del Instituto Nacional de Salud (INS), ubica a la contaminación atmosférica como el principal factor de riesgo ambiental, por encima de la mala calidad del agua y la exposición a metales tóxicos o peligrosos, y con el potencial de ocasionar 15.681 muertes anuales en Colombia en el año 2016, asociadas a

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Calidad del aire.

<https://www.paho.org/es/temas/calidad-aire>

diferentes enfermedades respiratorias, cardíacas y cerebro vasculares¹¹.

La información de calidad de aire, se genera a partir de las estaciones de monitoreo asociadas a los Sistemas de Vigilancia,

administrados por las Corporaciones Autónomas Regionales y Autoridades Ambientales de los grandes centros urbanos, durante el año 2018 en el departamento de Antioquia, operaron 73 estaciones de monitoreo entre fijas e indicativa¹².

Tabla 67. Estaciones de monitoreo de calidad del aire por Autoridad Ambiental – 2018.

AUTORIDAD AMBIENTAL	NÚMERO DE ESTACIONES	MUNICIPIOS EVALUADOS
ESTACIONES DE MONITOREO FIJAS		
AMVA	41	Barbosa (3), Bello (3), Caldas (2), Copacabana (2), Envigado (1), Girardota (2), Itagüí (5), La Estrella (2), Medellín (17), Sabaneta (4)
CORANTIOQUIA	3	Caucasia, Envigado, Medellín
CORNARE	1	Guarne
ESTACIONES DE MONITOREO INDICATIVAS		
CORANTIOQUIA	31	Amagá, Caldas, Copacabana, Don Matías, El Bagre, Entrerrios, Envigado, Fredonia, Girardota, Girardota, Itagüí, Jericó, La Estrella, La Pintada, Liborina, Olaya, Puerto Berrío (2), Medellín, San Jerónimo, Segovia, Sopetrán, Santa Bárbara, Santa Rosa Osos, Tarso, Titiribí, Vegachí, Yarumal.

Fuente: IDEAM. Informe del estado de la calidad del aire en Colombia 2018.

La contaminación atmosférica ambiental se deriva principalmente de la quema de combustibles fósiles, los procesos industriales, la incineración de residuos, las prácticas agrícolas y los procesos naturales como los incendios, las tormentas de polvo y las erupciones volcánicas. Las principales fuentes de contaminación atmosférica varían de las áreas urbanas a las áreas rurales, aunque ninguna, es estrictamente hablando, más segura.

La guía de calidad de aire de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del año 2005

recomienda, basada en las evidencias de los efectos sobre la salud, según la exposición a la contaminación del aire, una exposición anual máxima de 20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ para PM_{10} y una exposición anual máxima de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ para $\text{PM}_{2,5}$, ya que por cada 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ para $\text{PM}_{2,5}$ sobre el valor límite incrementa el riesgo relativo en mortalidad en un 6,2% y por cada incremento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en la concentración diaria de PM_{10} , el riesgo de mortalidad prematura, relacionadas con la contaminación del aire, por este contaminante en un 0,5%¹³.

¹¹ Instituto Nacional de Salud (INS), Observatorio Nacional de Salud (ONS), Carga de Enfermedad Ambiental; Décimo Informe Técnico Especial. Bogotá, D.C., 2018.
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/10%20Carga%20de%20enfermedad%20ambiental%20en%20Colombia.pdf>

¹² IDEAM. Informe del Estado de la Calidad del Aire en Colombia 2018. Bogotá, D.C., 2019.
<http://documentacion.ideam.gov.co/openbiblio/bvirtual/023870/023870.html>

¹³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el



2.11.1.2.1. Mortalidad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 249.000 muertes prematuras fueron atribuibles a la contaminación del aire exterior y alrededor de 83.000 muertes prematuras fueron atribuibles a la contaminación del aire debido al uso de combustibles sólidos, en la vivienda en las Américas en 2016¹⁴.

En un análisis por factor de riesgo y enfermedad, se observa que la fracción atribuible de PM_{2,5} para la enfermedad isquémica del corazón, para la carga total de esta enfermedad es de 15,8% a nivel nacional, y de 17,1% para el departamento de Antioquia¹⁵.

Según investigación realizada por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), donde se estableció la asociación entre el promedio diario de PM₁₀, PM_{2.5} y Ozono (O₃) y la mortalidad según eventos centinela respiratorios y cardiovasculares en los 10 municipios del Valle de Aburrá, para el municipio de Medellín los porcentajes de incremento en las muertes por cada 10 µg/m³ de exposición de corto plazo a PM₁₀ fueron de 0,5% por todos los eventos centinela en todas las edades, de 0,6% igualmente por todos los eventos, pero en la población de 65 años y más, de 0,3% en esta última población debido a enfermedad respiratoria.¹⁶

Tabla 68. Magnitud del riesgo de muertes por eventos centinela asociado al incremento de 10 µg/m³ en el promedio diario de PM₁₀, PM_{2.5} y O₃, Medellín 2008-2016 (rezagos 0-7)

Contaminante	Edad	Evento centinela		
		Respiratoria % incremento del riesgo	Circulatoria % incremento del riesgo	Todos los eventos % incremento del riesgo
PM ₁₀	65 o más años	0,3	0,8	0,6
	Menores de 65	1,0	1,2	0,3
	Todas	2,1	S.A	0,5
PM _{2.5}	65 o más años	S.A	0,3	0,4
	Todas	S.A	S.A	0,2
	65 o más años	S.A	0,8	0,3
O ₃	Menores de 65	S.A	0,9	S.A
	Todas	0,3	0,4	0,3

Fuente: Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud de los habitantes del Valle de Aburrá. 2018

dióxido de azufre. 2006.

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/air-quality/publications/pre2009/air-quality-guidelines.-global-update-2005.-particulate-matter,-ozone,-nitrogen-dioxide-and-sulfur-dioxide>

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Calidad del aire.

<https://www.paho.org/es/temas/calidad-aire>

¹⁵ Instituto Nacional de Salud (INS), Observatorio Nacional de Salud (ONS), Carga de Enfermedad Ambiental; Décimo Informe Técnico Especial. Bogotá, D.C., 2018.

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/10%20Carga%20de%20enfermedad%20ambiental%20en%20Colombia.pdf>

¹⁶ Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud de los habitantes del Valle de Aburrá. 2018



2.11.1.2.2. Morbilidad

Hay efectos de la contaminación del aire sobre la salud a corto y largo plazo, siendo la exposición a largo plazo la más significativa para la salud pública, aumentando la carga de morbilidad derivada de accidentes cerebrovasculares, cánceres de pulmón y neumopatías crónicas y agudas, entre ellas el asma.

El análisis global para el Valle de Aburrá, según la investigación de los efectos en la salud de los habitantes del Valle de Aburrá, relacionados con la contaminación atmosférica 2008 a 2017 por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), evidencia una alta heterogeneidad en las estimaciones de los riesgos de enfermedad para los 9 municipios con resultados válidos a excepción del municipio de Barbosa, en los menores de 5 años, los incrementos de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en PM_{10} aumentan significativamente el 6% los casos de enfermedades respiratorias

en el mismo día de la exposición; estos casos se incrementan igualmente en 12,8% con una exposición acumulada de 15 días. En el caso de la exposición a $\text{PM}_{2,5}$ el mismo día, se evidencia aumento de 9% y de 25% para el rezago de 15 días en los casos de enfermedad respiratoria por incrementos de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en el contaminante¹⁷.

El análisis de morbilidad por eventos centinela (respiratorios y circulatorios) asociados a la exposición aguda a PM_{10} , $\text{PM}_{2,5}$ y O_3 , el estudio del AMVA, indica relación para los 10 municipios del Valle de Aburrá entre enfermedades respiratorias y los tres contaminantes analizados, y relación entre enfermedades circulatorias y los contaminantes $\text{PM}_{2,5}$ y O_3 . En todos los análisis se enfatizó en la interpretación de indicador de rezago acumulado de 0 hasta 15 días (0-15) del contaminante, y rezago puntual, y en algunos eventos para específicos grupos de edad, teniendo en cuenta el incremento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en la concentración.

¹⁷ Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Informe ejecutivo Avances del Sistema de Vigilancia en Salud Ambiental componente aire y salud

y resultados investigación Efectos crónicos en la salud de los habitantes del Valle de Aburrá relacionados con la contaminación atmosférica 2008 a 2017, 2018

Tabla 69. Magnitud del riesgo para enfermedad respiratoria, asociada al incremento de 10 µg/m³ en el promedio diario de PM₁₀, PM_{2.5} y O₃, por municipios de AMVA 2008-2015 (rezago 0-15)

Municipio	Población	PM ₁₀ % incremento del riesgo	PM _{2.5} % incremento del riesgo	O ₃ % incremento del riesgo
Medellín	Menores de 5 años	13	18,3	8,3
	Hombres de 65 o más años	S.A	27,7	1,0
	Mujeres de 65 o más años	0,4	12,6	1,6
Barbosa	Menores de 5 años	21,7	S.A	15,5
	Hombres de 65 o más años	1,8	S.A	S.A
Bello	Menores de 5 años	33,5	S.A	S.A
Caldas	Menores de 5 años	23,1	29,6	7,2
Copacabana	Menores de 5 años	33,8	S.A	S.A
	Menores de 5 años	S.A	43,3	38,8
Envigado	Hombres de 65 o más años	3,5	19,9	S.A
Girardota	Menores de 5 años	6,2	37,2	S.A
	Menores de 5 años	22,5	14,4	12,3
Itagüí	Hombres de 65 o más años	S.A	2	1,6
	Menores de 5 años	33,1	25,2	S.A
La Estrella	Menores de 5 años	4	S.A	S.A
	Mujeres de 65 o más años	3,9	S.A	S.A

Fuente: Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud de los habitantes del Valle de Aburrá. 2018

Tabla 70. Magnitud del riesgo para enfermedad circulatoria, asociada a de 10 µg/m³ en el promedio diario de PM_{2.5} y O₃ por grupos poblacionales, Medellín 2008-2015 (rezago 0-15)

Población	PM _{2.5} % incremento del riesgo	O ₃ % incremento del riesgo
Hombres de 65 o más años	29,7	8,3
Mujeres de 65 o más años	27,7	9,5

Fuente: Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud de los habitantes del Valle de Aburrá. 2018

A partir del documento “Avance del Plan de Adaptación al Cambio Climático”, construido por la Secretaría Seccional de salud y Protección Social de Antioquia y la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia, se considera importante incluir dentro de los factores de riesgo analizados, los siguientes

elementos: el índice de Breteau, con la finalidad de rastrear las subregiones más vulnerables a la ocurrencia de enfermedades transmitidas por el vector *Aedes Aegypti*. Así mismo las fuentes de energía utilizadas para cocción de alimentos (Biomasa) a nivel departamental, debido a que, según la Organización Mundial de la Salud, se



considera un factor causante de muchas muertes a nivel mundial

2.11.1.2.3. El Vector *Aedes Aegypti* como factor de riesgo.

La vigilancia de los vectores es importante para establecer políticas de control, por lo cual la Organización Panamericana de la Salud -OPS, plantea procesos para fortalecer los programas dedicados a la prevención y control del dengue, como una estrategia de mejora en la capacidad de gestión técnica y operativa de las instituciones gubernamentales encargadas de garantizar la sostenibilidad y la capacidad de respuesta frente a la incidencia de dengue en los territorios. Los entes territoriales deben diseñar estrategias sobre el uso y distribución del agua, la eliminación de desechos y el saneamiento básico de manera colaborativa entre los diferentes sectores económicos y la comunidad (OPS, 1995).

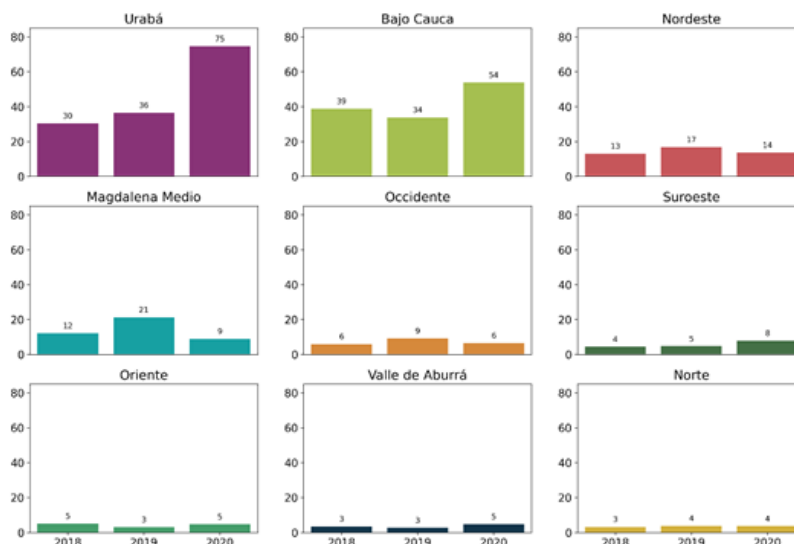
Un factor de riesgo de los vectores son los focos de proliferación de mosquitos *Aedes aegypti*, transmisor de enfermedades vectoriales como el dengue, zika y chikungunya. (OMS & Special Programme For Research And Training In Tropical Diseases [TDR], 2010) “tiene una dinámica de transmisión del virus que depende de las interacciones entre el ambiente, el agente, la

población de huéspedes y el vector, coexistiendo en un hábitat específico. Por lo cual la magnitud e intensidad de tales interacciones definirán la transmisión del dengue en una comunidad, localidad, municipio o departamento” (Ministerio de Salud & Dirección General de Salud Ambiental, 2011, p. 22) una medida de control del vector es el índice de Breteau que tiene como objetivo “hacer control en la proliferación de larvas pertenecientes a la especie *Aedes aegypti*” (OMS & TDR, 2010).

En Colombia “cerca de 25 millones de personas que habitan en zonas urbanas con transmisión endémica de dengue están en riesgo de adquirir esta enfermedad”. Esto hace que se le dé mayor importancia al control del crecimiento larvario de este vector, cuyo beneficio radica en la disminución de enfermedades vectoriales endémicas cuya atención implica un gasto de recursos importantes al estado” (Ministerio de la Protección Social et al. 2010, p. 21).

En Antioquia en el año 2020, las regiones con el mayor Índice de Breteau fueron Urabá con un 74.6 y Bajo Cauca con 53.8. Estas cifras tuvieron un notable incremento entre el 2019 y el 2020, y generan una gran preocupación para el departamento por estar por encima de lo que la OMS considera como alto riesgo (Alarcón et al., 2014).

Figura 130. Comportamiento del vector (Índice de Breteau) en las subregiones de Antioquia.



Fuente: Documento Avance de la formulación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental-SSSYPSA & FNSP UdeA. 2020

2.11.1.2.4. Fuente para la cocción de alimentos.

En la preparación de alimentos el uso de combustibles sólidos es una fuente importante de emisiones de carbono negro y es el principal factor de riesgo ambiental de enfermedad (OMS, 2014b). Por lo cual el aire contaminado al interior de los hogares es un fenómeno complejo que depende de las interacciones entre la fuente de contaminación (combustible y tipo de estufa), la dispersión del contaminante (ventilación del hogar) y el tiempo que utilizan los miembros del hogar para estas actividades (OMS, 2014a; ONU, 2003).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la población con mayor exposición por el uso de biomasa y otros combustibles en el hogar utilizados en la cocción de

alimentos son las mujeres y los niños dado que estos realizan actividades continuas en la cocina. Esta población es la más vulnerable a padecer enfermedades respiratorias y cardiovasculares agudas y crónicas (accidentes cerebrovasculares, cardiopatías, neumopatía obstructiva crónica y cáncer de pulmón) (OMS, 2018).

En la más reciente edición de Regulatory Indicators for Sustainable Energy (RISE) publicada por el Banco Mundial para el año 2018, el total de países con políticas sólidas para la implementación de energías sostenibles y renovables llegó a triplicar su número, sin embargo, esta organización indica que aún falta estrategias para el uso total energías limpias en las actividades humanas (The World Bank, 2018). En el caso de la cocción de alimentos y el uso de la biomasa y demás combustibles para dicha

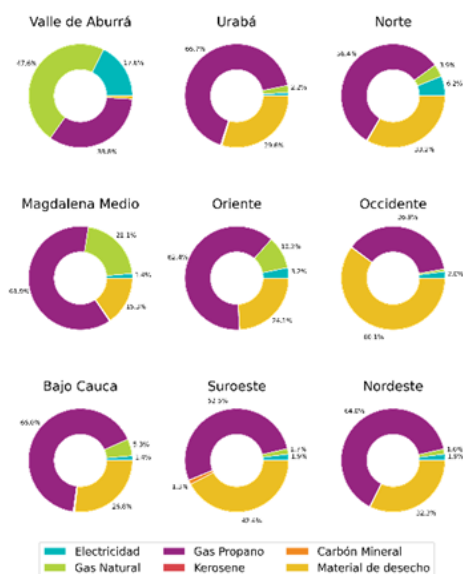
actividad, es una problemática muy compleja, no solo por el impacto directo en la salud de las comunidades, sino también por el impacto en el cambio climático, al generar emisiones de Gases de Efecto Invernadero (GEI). Para dar solución a esta problemática desde la OMS se ha hecho un llamado a los países miembro a promover y asegurar el uso de combustibles y cocinas limpias y eficientes, teniendo en cuenta que la mayoría de hogares con ingresos bajos actualmente utilizan este tipo de combustibles para preparar alimentos.

En Colombia se han creado estrategias como el programa de estufas eficientes para cocción con leña del ministerio de ambiente iniciativa que buscaba reducir el número de familias que usaban leña diariamente para cocción el cual eran cercano a 1,6 millones, de los cuales 1,4 millones son familias rurales

y las residencial las hornillas eficientes en el año 2013 (El congreso de la República de Colombia, 2014; Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, 2015).

En Antioquia, persisten grandes brechas en cuanto a las fuentes utilizadas en la cocción de alimentos en las diferentes subregiones del departamento. En 2018, el Valle de Aburrá fue la subregión que presentó una mejor calidad de combustibles usados, principalmente, gas natural (47,6%), gas propano (33,8%) y electricidad (17,6), mientras que la subregión Occidente presentó la peor calidad de combustibles usados en la cocción de alimentos, principalmente, material de desecho (60,1%). De igual forma, genera preocupación el uso de material de desecho en un gran porcentaje en todas las subregiones, exceptuando Valle de Aburrá.

Figura 131. Fuente de energía utilizada para la cocción de alimentos.



Fuente: Documento Avance de la formulación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental-SSSYPSA & FNPS UdeA. 2020



2.11.1.2.5. Enfermedades y amenazas.

Existen enfermedades asociadas a las amenazas relacionadas con el cambio y la variabilidad climática en la Tabla 71, se resumen los hallazgos de la revisión de reportes científicos de ocurrencia de enfermedades y su relación con amenazas asociadas al cambio y variabilidad climática. En general se observa como las lluvias (cambios en la precipitación) y las variaciones en la temperatura se convierten en uno de los factores que influye de forma significativa en la ocurrencia de los grupos de enfermedades considerados, dentro de los que se destacan la ocurrencia de leptospirosis (Davies et al., 2015) aumento de los casos de fascioliasis tras periodos del ENSO-El niño, aumentos en las trematodiasis (Keiser & Utzinger, 2009), afecciones en el crecimiento asociadas a la escasez de alimentos por disminución en las lluvias (Akresh et al., 2011, Phalkey et al., 2015), incrementos en las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y expansión del vector a nuevas áreas (Cortés, 2010; Delgado Rodríguez, 2015; Githeko et al., 2010; Observatorio en Salud, 2010), entre otras.

Se resalta además la relación entre la variabilidad del clima y la ocurrencia de enfermedades asociadas con las condiciones ambientales, en donde se observa una relación entre las amenazas, sequía, precipitación, temperatura y radiación ultravioleta, con su ocurrencia. En la actualidad estas enfermedades son de gran

importancia para el departamento, en especial para la subregión Valle de Aburrá, en la que según el marco del Plan Integral de Gestión de la Calidad del Aire -PIGECA de Antioquia, al aumentar la contaminación del aire se incrementa el riesgo por enfermedades agudas de tipo respiratorio, lo que combinado con las variaciones climáticas generan el aumento en la morbilidad causado por estas enfermedades (Área metropolitana del Valle de Aburrá, 2019).

En la Tabla 72, se asocian para cada subregión las principales enfermedades, teniendo en cuenta las tres mayores amenazas de cada subregión, de lo cual se puede considerar que, para el Valle de Aburrá, la información permite inferir que existe riesgo de ocurrencia de todos los grupos de enfermedades, principalmente de aquellas vehiculizadas por el agua y las zoonóticas, por la ocurrencia de deslizamientos. En el Bajo Cauca, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste y el Urabá, se observa que, las enfermedades transmitidas por alimentos, los accidentes ofídicos y las enfermedades asociadas a trastornos mentales son las más relacionadas con los eventos asociados a la amenaza vendaval, sin embargo, es importante resaltar que las otras enfermedades, también presentan riesgos de verse afectadas por eventos asociados. Sin embargo, cabe resaltar que los reportes no permiten plantear una hipótesis clara sobre las enfermedades relacionadas con condiciones nutricionales en estas subregiones.



En cuanto a la Subregión Nordeste, la hipótesis que se plantea es que las enfermedades transmitidas por el agua, las zoonóticas y relacionadas a las condiciones ambientales presentan una mayor ocurrencia con el incremento en la

variabilidad del clima por efecto del cambio climático. Adicionalmente, así como la subregión Urabá y el Valle de Aburrá, esta subregión podría presentar riesgo en el aumento de casos de enfermedades transmitidas por vectores y por alimentos.

Tabla 71. Efecto de las amenazas asociadas al cambio y la variabilidad climática sobre algunas enfermedades o grupos de enfermedades.

Grupo de enfermedades	Enfermedades/afecciones a la salud asociadas	Amenazas							
		a	b	c	d	e	f	g	h
Enfermedades vehiculizadas por el agua	Diarrea, disentería, leptospirosis, cólera, gastroenteritis viral y bacteriana	■	■	■	■	■			
Enfermedades transmitidas por alimentos	Cioliiasis, disentería bacilar, infecciones por salmonela, trematodiasis, fascioliasis, listeriosis.			■	■	■		■	
Enfermedades relacionadas con condiciones nutricionales	Desnutrición, aumento en la morbilidad y mortalidad infantil por desnutrición, obesidad y diabetes, desnutrición fetal por estrés de calor en gestantes, retraso en el crecimiento,	■		■	■				
Enfermedades relacionadas con condiciones ambientales/disponibilidad de agua	Cálculos urinarios, falla renal, síndrome nefrítico y nefrótico, desbalance de electrolitos, agotamiento, golpes de calor, cáncer de piel, cataratas, inmunosupresión, carcinoma basocelular y espinocelular, xerosis cutánea, micosis, dermatitis alérgicas, piodermis.	■	■		■				■
Enfermedades transmitidas por vectores	Dengue, chikunguña, Nilo occidental, encefalitis equina oriental, fiebre amarilla, la crosse, encefalitis japonesa, potosi, dirofilariasis, leishmaniasis visceral, rickettsiosis, enfermedad de Lyme, malaria, paludismo,	■	■	■	■				
Enfermedades zoonóticas			■	■	■				
Accidentes ofídicos y por animales ponzoñosos	Encuentros con serpientes, picaduras de arañas, picadura por alacrán	■			■	■	■		
Enfermedades mentales	Depresión, desarrollo de espectro autista, disminución de la memoria y orientación, alteraciones a la consciencia, riesgo de suicidio, trastorno de estrés postraumático		■	■	■			■	■
Enfermedades respiratorias	asma, dificultad respiratoria, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, rinitis, cáncer pulmonar, gripes, intoxicación por inhalación de sustancias tóxicas y contaminantes,	■	■	■	■				■

Fuente: Documento Avance de la formulación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental- SSSYPSA & FNSP UdeA.2020

Nota: La tabla muestra el efecto de las amenazas asociadas al cambio y la variabilidad climática sobre algunas enfermedades o grupos de enfermedades. Las letras se asocian a continuación a las amenazas: a) sequía, b) inundación, c) Lluvias (Cambios en precipitaciones), d) amenazas asociadas a cambios en la temperatura, e) movimientos en masa/deslizamientos/ avenidas torrenciales, f) vendavales, g) radiación ultravioleta, h) contaminación atmosférica



Tabla 72. Amenazas más frecuentes reportadas por subregión y algunos grupos de enfermedades relacionadas

Grupo de enfermedades	Subregión								
	Valle de Aburrá	Bajo Cauca	Magdalena Medio	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Urabá
Enfermedades vehiculizadas por el agua	Deslizamientos, Lluvias	Movimientos en masa/Avenidas torrenciales	Inundaciones/Deslizamientos	Movimientos en masa/Avenidas torrenciales, Inundaciones	Movimientos en masa	Movimientos en masa	Deslizamientos	Deslizamientos	Inundaciones
Enfermedades transmitidas por alimentos	Lluvias	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval
Enfermedades relacionadas con condiciones nutricionales	Lluvias								
Enfermedades relacionadas con condiciones ambientales/disponibilidad de agua	Incendio Forestal	Incendio Forestal	Inundaciones/incendio forestal	Movimientos en masa/Avenidas torrenciales, inundaciones	Incendio Forestal	Incendio Forestal, Movimientos en masa	Incendio Forestal, Deslizamientos	Incendio Forestal, Deslizamientos	Incendio Forestal
Enfermedades transmitidas por vectores	Lluvias		Inundaciones	Inundaciones					Inundaciones
Enfermedades zoonóticas	Deslizamientos	Movimientos en masa/Avenidas torrenciales	Inundaciones/Deslizamientos	Movimientos en masa/Avenidas torrenciales, inundaciones	Movimientos en masa	Movimientos en masa	Deslizamientos	Deslizamientos	Inundaciones
Accidentes ofídicos y por animales ponzoñosos	Lluvias	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval, Inundaciones
Enfermedades mentales	Lluvias	Vendaval	Vendaval/inundaciones	Vendaval/inundaciones	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval
Enfermedades respiratorias	Lluvias, Incendio Forestal	Incendio Forestal	Inundaciones/incendio forestal	Inundaciones	Incendio Forestal	Incendio Forestal	Incendio Forestal		Inundaciones, Incendio Forestal

Fuente: Documento Avance de la formulación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental- SSSYPSPA & FNSP UdeA. 2020

Nota: La tabla muestra las amenazas más frecuentes por subregión y algunos grupos de enfermedades relacionadas según Anexo K. Los colores representan: ■ amenaza con más eventos reportados, ■ segunda amenaza con más eventos reportados, ■ tercera amenaza con más eventos reportados. ■ ninguna de las tres amenazas más frecuentes está relacionada.

2.11.1.3. Seguridad alimentaria y nutricional

La condición de bajo peso al nacer, es producto de la interacción de factores relacionados con aspectos sociodemográficos,

socioeconómicos, culturales y otros, directamente relacionados con el estado de salud de la mujer gestante. Dentro de los factores de riesgo identificados en relación a



este evento tenemos: malnutrición por déficit y por exceso, edad menor de 20 años, ser mayor de 40 años, el bajo nivel educativo, entre otros.

Los niños que nacen con bajo peso tienen un riesgo adicional de enfermar, pero aquellos de bajo peso y pre término, son mucho más vulnerables que aquellos niños con las mismas características de peso, pero productos de una gestación a término; este indicador no discrimina, por lo cual, su análisis se ve limitado.

Al comparar el porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer, se observa un valor muy similar entre el Departamento y Colombia; este indicador ha tenido un comportamiento fluctuante durante el periodo evaluado y en el

año 2018 disminuye en relación al año inmediatamente anterior.

En cuanto a los otros indicadores de seguridad alimentaria y nutricional, solo se cuenta con datos relacionados con alteraciones de la nutrición en Antioquia, el dato de obesidad en hombres de 18 a 64 años, la cual es superior a la observada en Colombia, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa; lo relevante de este dato es la evidencia de una proporción de la población con alteraciones en el nutrición, que se ha identificado como factor de riesgo para otras patologías; se hace necesario seguir trabajando en la promoción de estilos de vida saludable y adelantar estudios que permitan conocer el estado nutricional de la población.

Tabla 73. Determinantes intermedios de la salud – seguridad alimentaria y nutricional. Antioquia, 2015 – 2018

Determinantes intermedios de la salud	Colombia, 2018	Antioquia, 2018	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2018)	9,2	9,54	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘			
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2015)	14,4	17,60					-											

El comportamiento se grafica de acuerdo con el valor del indicador del año anterior

Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN, Estadísticas Vitales EEVV-DANE

2.11.1.4. Condiciones psicológicas y culturales factores

En la tabla se observan algunos determinantes intermedios de la salud referentes a factores psicológicos y culturales. Cuando se hace la comparación entre el Departamento y el país, el único indicador en el que se encuentran diferencias estadísticamente significativas es la prevalencia del consumo de cualquier

sustancia ilícita en el último año, en el cual se observa una prevalencia mayor en Antioquia

que en Colombia. De resto los indicadores departamentales relacionados con hábitos de vida saludable, anticoncepción, vida sexual, transmisión materno infantil de enfermedades de transmisión sexual y



violencia intrafamiliar presentan valores similares a los nacionales.

2.11.1.5. Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año en escolares 11 a 18 años.

De acuerdo a lo encontrado en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar 2016, un 11% de los escolares declararon haber consumido al menos una sustancia ilícita en los últimos doce meses. Las prevalencias de consumo en el último año por departamentos ubican a Antioquia en segundo lugar con una prevalencia de 19,7%, precedido por el departamento de Caldas con un 20,0%. El Estudio Departamental de Escolares 2018, no difiere mucho de los resultados del estudio nacional, dado que la prevalencia encontrada para el último año en la población escolar del departamento de Antioquia fue del 18,7%, 19,6% en el sexo masculino y 17,8% en el sexo femenino.

El promedio de edad de inicio de alguna de las sustancias ilícitas indagadas, es de 13,25 años a nivel general. En Colombia (2016) la edad fue de 13,6 años. Para ambos casos casi las cifras son casi idénticas entre hombres y mujeres.

Es preocupante el hecho de que los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío y Antioquia, registran los consumos de sustancias psicoactivas más altos en población escolar en el país, este hecho pone en consideración la necesidad de establecer

abordajes en conjunto entre las entidades territoriales mencionadas, orientadas a impactar esta problemática.

El consumo de sustancias psicoactivas se comporta diferente en cada una de las 9 subregiones del departamento de Antioquia. Siendo el alcohol, el cigarrillo y la marihuana las sustancias de mayor prevalencia en población escolar, hecho que no difiere de lo encontrado en el nivel nacional. El departamento de Antioquia ha realizado varios estudios de consumo de sustancias psicoactivas en la población escolar, lo que permite analizar la tendencia; estos estudios son equivalentes en cuanto a su diseño e implementación y la cobertura de los grados donde se incluyeron todos los grados desde el sexto al undécimo.

Comparación de los principales resultados entre el año 2007 - 2011 y 2018 Antioquia:

Se presenta la evolución de los indicadores de uso de sustancias psicoactivas en el departamento de Antioquia en la población escolar. Para el alcohol se observa un aumento en la prevalencia de vida entre el año 2007 y 2018, pero una reducción en la prevalencia del último año frente al estudio de 2011; con el tabaco por su parte se observa un descenso en las prevalencias de vida y último año, a medida que avanza el tiempo entre el 2007 y 2018; mientras que en el caso de la marihuana se observa un progresivo aumento en la prevalencia de vida, como el consumo durante el último año.

Tabla 74. Comparación de prevalencias obtenidas en la vida y en el último año 2007 - 2011. Antioquia, 2018

Sustancia	Prevalencia 2007		Prevalencia 2011		Prevalencia 2018	
	Vida	Último año	Vida	Último año	Vida	Último año
	P*	P*	P*	P*	P*	P*
Alcohol	71,6%	60,0%	68,1%	51,1%	72,7%	58,4%
Tabaco	35,7%	20,5%	28,7%	13,5%	27,2%	12,1%
Marihuana	9,3%	6,1%	11,3%	7,8%	18,7%	11,0%
Cocaína	4,9%	3,3%	5,1%	3,6%	5,3%	3,2%
Pegantes, solventes y/o pinturas	5,3%	2,7%	6,4%	3,5%	4,5%	2,1%
Éxtasis	1,8%	1,3%	1,6%	0,7%	1,1%	1,2%
Basuco	0,9%	0,8%	1,5%	0,8%	0,7%	0,8%

Fuente: Base de datos estudio – departamento de Antioquia

*P: Prevalencia

2.11.1.6. Consumo de frutas y verduras

De acuerdo a la tabla, se observa que el porcentaje de consumo de frutas y verduras diariamente en personas entre 5 a 64 años en Antioquia y en Colombia es similar. Siendo preocupante el bajo porcentaje de consumo de frutas y verduras en un departamento como Antioquia, rico en producción agrícola. Explicaciones a esto pueden ser: poblaciones que no residen en las zonas de producción por tanto encuentran altos costos en los productos secundarios al transporte; poblaciones con bajos ingresos económicos que les impiden adquirir los productos; personas con falta de educación en hábitos relacionados a una alimentación saludable. Lo anterior ha traído como consecuencia, el aumento de la población con exceso de peso u obesidad.

2.11.1.7. Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares 11 a 18 años

En el último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar,

Colombia 2016, se observa con preocupación que, entre los departamentos con más consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra el departamento de Antioquia. Los departamentos con mayor consumo de alcohol de escolares son Caldas, Risaralda, Antioquia y la ciudad de Bogotá, con prevalencias mes entre 48,6% y 45,6%. De acuerdo a este estudio, en Antioquia el 44,2% de los escolares declara haber consumido alcohol en el último mes, cifra superior al promedio nacional (37%)

Sin embargo, en el Departamento también se han realizado estudios sobre consumo de sustancias psicoactivas en esta población (2018), encontrándose que la prevalencia en el último mes fue de 38,5%, 5 puntos porcentuales por debajo del estudio nacional. El grupo de edad donde el consumo es más fuerte es el de 17 a 21 años, con un 55,7%, es importante aclarar que la población de estudio, está conformada por escolares de ambos sexos matriculados entre los grados 6° a 11°, razón por la cual hay edades superiores a los 18 años.

2.11.1.8. Anticoncepción, inicio de vida sexual y transmisión materno infantil de VIH

El mejoramiento de la información y educación relacionada a los métodos de planificación familiar ha generado que la mujer acceda a la utilización de estos métodos y esto ha permitido la reducción de la fecundidad y la natalidad más marcada en unas regiones que en otras, situación similar en el uso de métodos en los hombres.

La edad media de inicio de relaciones sexuales en hombres y mujeres demuestra el riesgo alto de embarazo en adolescentes por lo cual es necesario el fortalecimiento de estrategias para la utilización de métodos de planificación familiar con el fin de reducir este riesgo.

Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años: Antioquia reporta un porcentaje de 1,3% de transmisión materno infantil VIH/SIDA en menores de 2 años, en cambio el país registra un porcentaje de 2,2%.

2.11.1.9. Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares 11 a 18 años

La marihuana es la droga ilícita de consumo más prevalente, presentando una tendencia creciente entre la población joven y adolescente. El Estudio Nacional de consumo de sustancias en población Escolar 2016, encuentra que 12,2 de cada 100 escolares han consumido marihuana en el último año en el departamento de Antioquia, mientras que en Colombia es de 8 de cada 100. Comparado con los demás departamentos, Antioquia ocupa el

cuarto lugar, estando por encima Caldas (15%), Risaralda (14%) y Quindío (13%).

Según el estudio departamental en escolares del 2018 los indicadores de consumo indican que el 10,9% del total de escolares han usado en el último año marihuana, siendo superior en el sexo femenino con el 11,8% que en el sexo masculino con el 10,1%. Los indicadores respecto de la edad de inicio de marihuana son superiores para el sexo masculino donde la edad de inicio es de 13,79 años y para el sexo femenino es de 13,55.

Tratamiento antirretroviral.

La cobertura de tratamiento antirretroviral en el Departamento y en Colombia evidencia que un poco menos de 20 de cada 100 personas con la enfermedad no dispone del tratamiento, lo que evidencia que puede haber barreras administrativas, geográficas y culturales que inciden en desenlaces desfavorables en algunas las personas convivientes con VIH/SIDA.

2.11.1.10. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar

En el 2019, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, reporta una tasa de 156,5 casos de violencia intrafamiliar en Colombia por cada 100.000 habitantes. Así mismo, en Antioquia se registra una tasa de incidencia de 144,87 por 100.000 habitantes, en el que el presunto agresor guardaba una relación familiar con la víctima, entre los cuales se pueden encontrar padres, hermanos, pareja, hijos, entre otros familiares. La naturalización de la violencia como práctica de resolución de las diferencias

y conflictos es un factor que perpetúa la violencia. Es complejo conocer la magnitud del fenómeno de la violencia intrafamiliar, y sus modalidades, por una parte, porque las estadísticas se basan en las denuncias que hacen las víctimas o terceras personas y el nivel de denuncia es extraordinariamente bajo; y por otro, porque la información capturada por las entidades receptoras de denuncias es limitada, acorde al objeto de trabajo de cada institución. Si bien las mujeres son las más afectadas por la violencia intrafamiliar en sus diferentes tipologías, por curso de vida, los más afectados son los niños y niñas, dado que se encuentran expuestos

desde temprana edad de forma continuada y sistemática a la violencia.

En el Departamento, persisten altos índices de violencia contra la mujer, dicha situación pone en peligro la salud de las mujeres aumentando el riesgo de morbilidad, mortalidad y discapacidad secundaria. Antioquia en el 2019 reporta una tasa de incidencia de violencia contra la mujer de 210,36. Colombia por su parte presenta una incidencia de 233,19. La violencia se constituye en una problemática de salud pública, a partir de las afectaciones sociales, económicas y en salud de las mujeres y de sus familias.

Tabla 75. Determinantes intermedios de la salud – factores psicológicos y culturales. Antioquia, 2006 – 2019

Determinantes intermedios de la salud	Colombia, 2019	Antioquia, 2019	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019			
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de verduras diariamente (ENSIN 2010)	28,1	22,20							↗										
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas diariamente (ENSIN 2010)	66,8	56,40							↗										
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares - ENSPA 2011, 2016)	37	44,20								↗						↘			
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2005,2010,2015)	80,9	84,10								↗						↘			
Porcentaje de hombres actuamente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años) (ENDS 2015)	79,4	84,50														↗			
Edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, (ENDS 2015)	17,6	17,50														↗			
Edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, (ENDS 2015)	16,2	16,00														-			
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011, 2016)	8	12,20									↗						↗		
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo - MSPS 2018)	2,2	1,30										↗	↘	↘	↘	↘	↘		
Cobertura de tratamiento antiretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2018)	81,21	82,50																	
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011, 2016)	11	19,70									↗						↗		
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12,8	17,20																	
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Intituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2019)	156,5	144,87																	
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Intituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2019)	233,19	210,36																	

Fuente MSPS – SISPRO

2.11.2. Sistema sanitario.

Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

El departamento de Antioquia para el año 2019 tenía una cobertura en afiliación salud del 96,9% mientras que la Nación 96,8%, las diferencias no son significativas.

Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos:

este índice en el 2019, muestra una cobertura de 93,9% en Antioquia en tanto que en Colombia fue de 89,9%.

Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año:

en el 2019 la cobertura en Antioquia fue 95,1%, mayor a la observada en Colombia que fue de 93,4%.

Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año:

Este indicador para el año 2019 en el Departamento quedó en 95%, para Colombia

fue de 93,4%, se sitúa en amarillo en la semaforización. Este indicador registra un aumento en los dos últimos años del periodo evaluado.

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año:

Para Antioquia la cobertura fue de 95,1% mientras que para Colombia de 94.3%.

Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal:

Para el Departamento, el indicador en el año 2018 fue de 90,1% mientras que para Colombia de 86,1%.

Cobertura de parto institucional:

La cobertura de parto institucional en el Departamento en el año 2018 fue de 99,3%, en tanto que el de Colombia que fue de 98.3%.

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado:

Antioquia en el año 2018 reporta un porcentaje del 99,3%, Colombia reporta 98,4%.

Tabla 76. Determinantes intermedios de la salud – coberturas. Antioquia, 2006 – 2019

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Antioquia	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005,2018)	8,30	7,10																↘	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005, 2018)	6,20	3,70																↘	
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2019)	96,75	96,89					↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2019)	89,86	93,89	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2019)	93,37	95,11	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2019)	93,37	95,08	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2019)	94,34	95,08	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	86,10	90,14	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	98,33	99,27	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98,42	99,30	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	

Fuente PAI – MSPS



2.11.3. Eventos Adversos Relacionados con Medicamentos Antioquia, 2020

Los eventos adversos con los medicamentos representan grandes problemas para los sistemas de salud, tanto por sus repercusiones sociales y económicas como por el impacto que representa en la salud individual y colectiva de la población, de ahí, que la prevención de los riesgos asociados a los medicamentos una vez comercializados es un asunto prioritario.

Un evento adverso, es cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante un tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente relación causal con el mismo¹⁸. Puede ser clasificado como “serio” y “no serio”, según la repercusión que represente en la salud de los pacientes. Los eventos adversos “serios”, pueden ocasionar muerte, amenaza de la vida, hospitalización, prolongación de la hospitalización o dar como resultado incapacidad/discapacidad persistente o significativa. Los eventos adversos “no serios” no implican un deterioro en la salud del paciente y no causan ninguna de las situaciones que comprende el evento adverso serio.

El Programa Departamental de Farmacovigilancia, desarrolla acciones para salvaguardar la salud de la población promoviendo el uso seguro, responsable y adecuado de los medicamentos.

En el año 2020 se reciben 10.956 reportes de eventos adversos asociados a la utilización de medicamentos¹⁹. El 56,0% de dichos eventos afecta a la población adulta (de 18 a 59 años) y el 61,4 % se presenta en mujeres.

Con relación a la seriedad, el 13,5% (1.479) de los eventos adversos fueron clasificados como serios, entre los cuales se encuentran 84 con desenlace fatal. Una de las actividades que se llevan a cabo desde el Programa Departamental de Farmacovigilancia, consiste en la intervención y asistencia a los eventos adversos serios, priorizando la revisión y seguimiento a los casos de muerte.

Con relación a los principios activos asociados a los eventos adversos reportados en el año 2020, el ácido zoledrónico, es el que se encuentra con mayor número de reportes (671; 6,1%), seguido por el metamazol sódico o dipirona (393; 3,6%) y el omalizumab (358; 3,3%). El ácido zoledrónico es un principio activo perteneciente al grupo de los bifosfonatos, considerados de primera elección para el tratamiento de la osteoporosis, por lo que es ampliamente usado y además con indicación para el manejo de enfermedad oncológica con compromiso óseo. Para el tratamiento de osteoporosis, este medicamento se administra con una frecuencia anual, por infusión intravenosa; los efectos secundarios que suelen presentarse son leves y generalmente consisten en

¹⁸ Ministerio de la Protección Social. Resolución 1403 de 2007.

¹⁹ Sistema de Vigilancia Sanitaria del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y

Alimentos – INVIMA. Disponible en:

<https://farmacoweb.invima.gov.co/reportesfv/login/loginUsuario.jsp>



síntomas pseudogripales, mialgias, cefaleas y artralgias, con resolución rápida y sin secuelas.

Como actividades de asistencia técnica se realizan 28 visitas virtuales orientadas a realizar seguimiento a la implementación de los programas institucionales de farmacovigilancia²⁰. Dentro de los criterios evaluados para medir el grado de implementación de los programas institucionales de farmacovigilancia, se encuentran: contar con inscripción al Programa Nacional de Farmacovigilancia, contar con responsable asignado para la gestión de las actividades propias de éste, documentación del programa y de las actividades que se realizan dentro del programa, periodicidad de los reportes de eventos, asociados a medicamentos, en los tiempos establecidos por la normatividad vigente, gestión de alertas sanitarias, apoyo por parte de grupo multidisciplinario, capacitación y formación del personal asistencial entre otros. Mediante estas actividades de asistencia técnica ha sido posible identificar de forma específica las oportunidades de mejora y las necesidades que tienen las instituciones de servicios de salud del Departamento, para la ejecución de las actividades del Programa de Farmacovigilancia.

Durante el año 2020 también se llevan a cabo 6 actividades de capacitación masivas en temas relacionados con uso seguro de medicamentos, prevención de los problemas relacionados con su uso y fortalecimiento de la Red Nacional de Farmacovigilancia. Por la emergencia sanitaria asociada a COVID 19, a

partir de julio se llevaron a cabo estas actividades de manera virtual, lo que permite una mayor participación del personal del área de la salud de los diferentes municipios del Departamento, contando con la vinculación de 1.495 personas.

2.11.4. Población Asegurada al sistema general de seguridad social en salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país y por ende del Departamento.

Busca brindar a la población, servicios de mayor calidad, incluyente y equitativa a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

Los residentes en cualquier sitio de Colombia acceden al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del régimen contributivo o a través del régimen subsidiado, dependiendo de su capacidad económica. Adicionalmente se encuentra los regímenes especiales y de excepción.

De otro lado, la Entidad Territorial debe garantizar la atención de la Población Pobre no Asegurada - PPNA, con cargo a los recursos

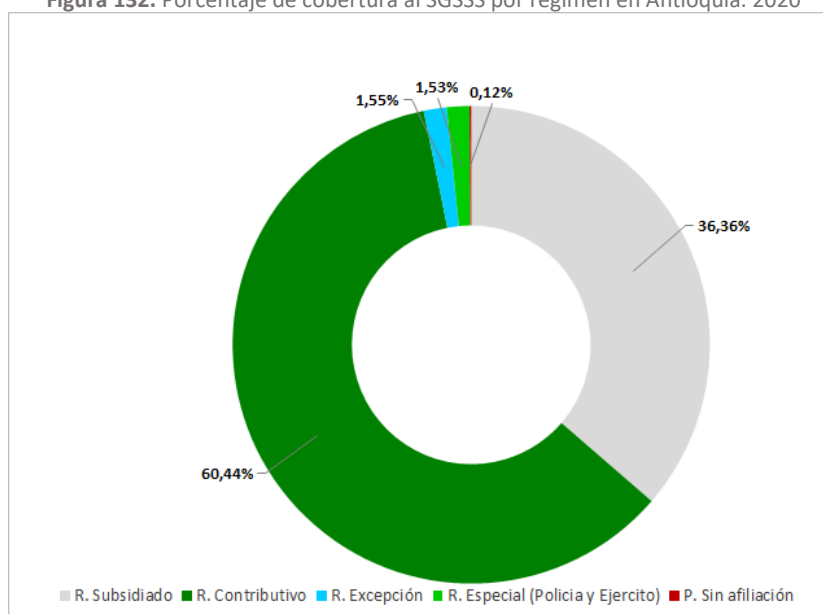
²⁰ Resultados Programa de Farmacovigilancia, Antioquia 2020.

que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones - SGP.

Según el anuario estadístico con corte a octubre de 2020, el 99,6% de la población antioqueña está cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, con una diferencia de población de 26.004

personas, respecto al total. De ese aseguramiento cerca del 60,4% de la población está vinculado al régimen contributivo, el 36,4% al régimen subsidiado y el 3,2% al régimen especial y de excepción, (Magisterio, Ecopetrol, Universidad de Antioquia, Universidad Nacional y Fuerzas Públicas).

Figura 132. Porcentaje de cobertura al SGSSS por régimen en Antioquia. 2020

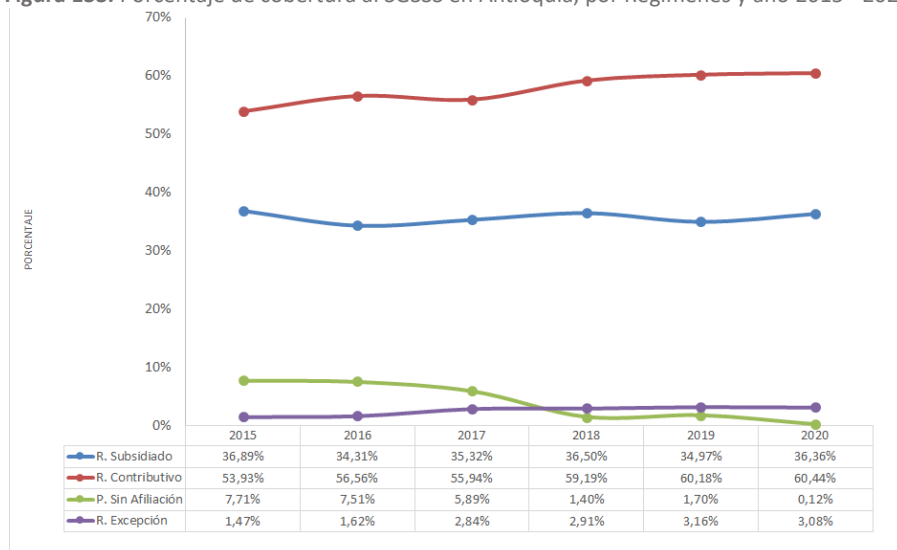


Fuente: Base de datos de cubo BDUA – SISPRO. Diciembre 2020

El comportamiento de la cobertura de afiliación en el Departamento para cada uno de los regímenes, se ha mantenido en términos generales estable durante el último quinquenio, paradójicamente con la población pobre no asegurada que ha tenido un notable crecimiento dentro de la asegurabilidad, lo

que hace pensar en los esfuerzos de la institucionalidad por mantener protegida la población en términos de atención en salud que le corresponde, observándose un descenso marcado en la población sin afiliación en el SGSSS.

Figura 133. Porcentaje de cobertura al SGSSS en Antioquia, por Regímenes y año 2015 - 2020

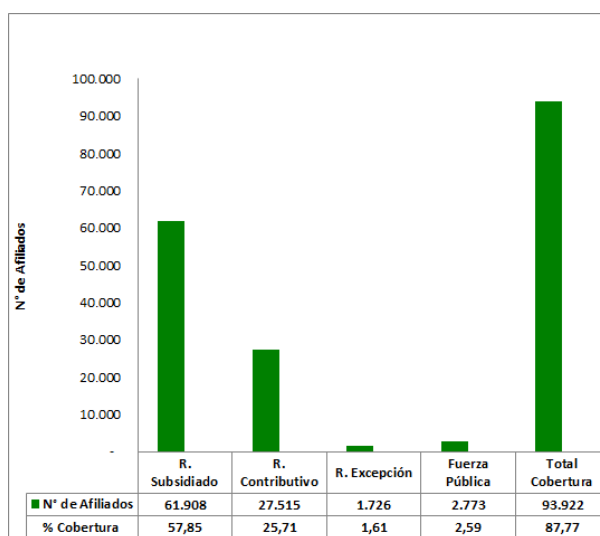


Fuente: CUBO BDUA ADRES, información de la Fuerza Pública (Policía y Ejército)

Por subregiones la vinculación es superior en régimen contributivo para Valle de Aburrá (76%) y Oriente (54%), revelando posiblemente un patrón de mayor fuerza laboral ocupada en dichas zonas, con respecto al resto del Departamento donde la población se supera en el régimen subsidiado.

Respecto a las coberturas de la fuerza pública, las subregiones de Magdalena Medio y Urabá, superan al resto de subregiones del Departamento, indicando asentamientos importantes de esta población en dichos sitios, posiblemente por problemas de orden público, control de puertos, entre otros.

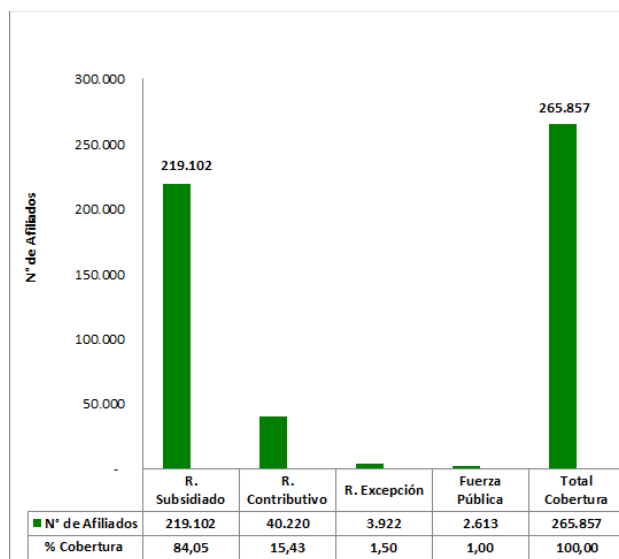
Figura 134. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Magdalena Medio, 2020



Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

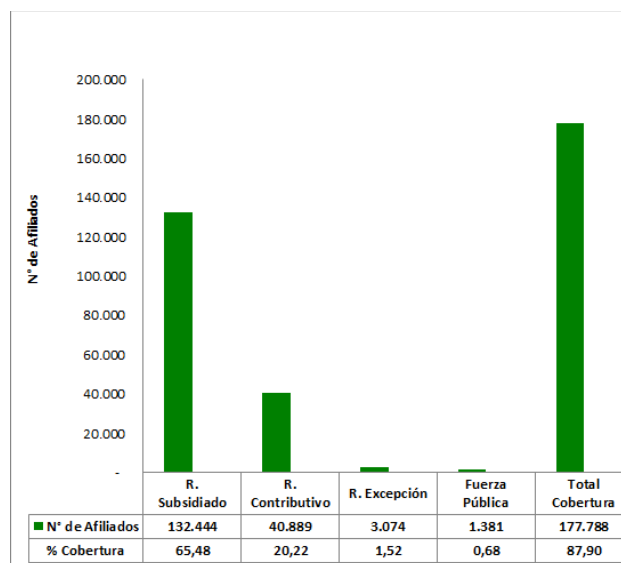


Figura 135. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Bajo Cauca, 2020



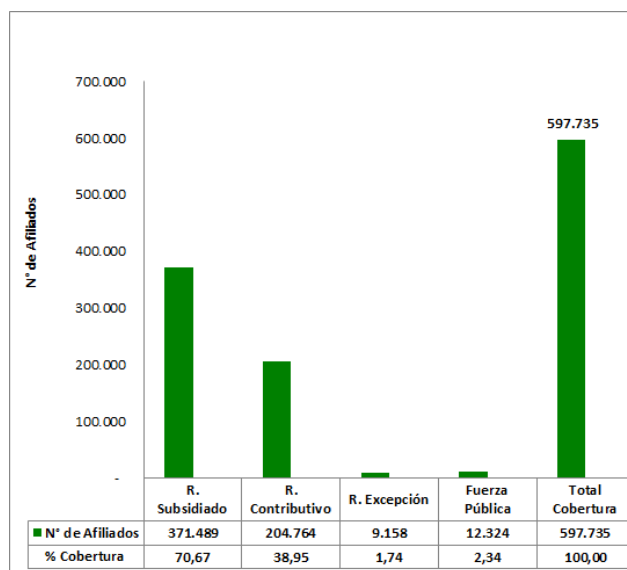
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 137. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Nordeste, 2020



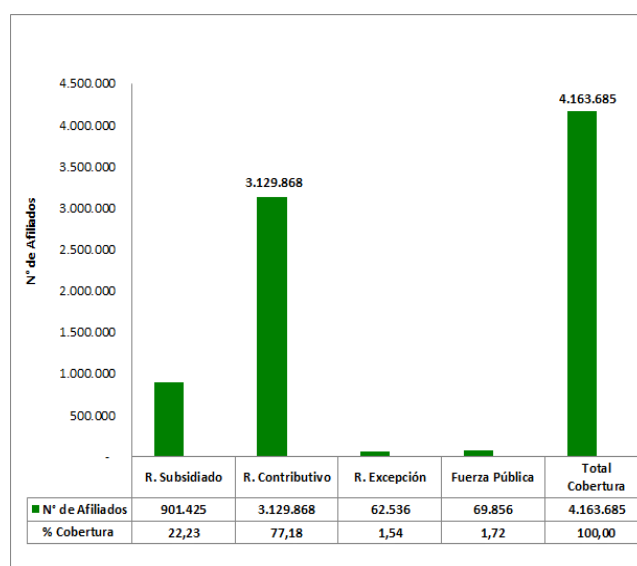
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 136. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Urabá, 2020



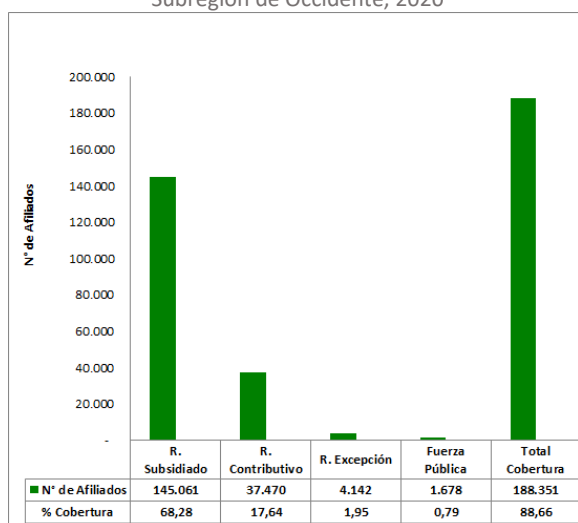
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 138. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Valle de Aburrá, 2020



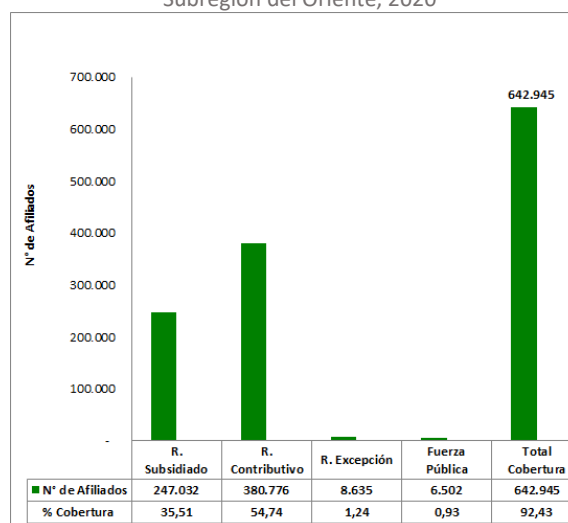
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 139. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Occidente, 2020



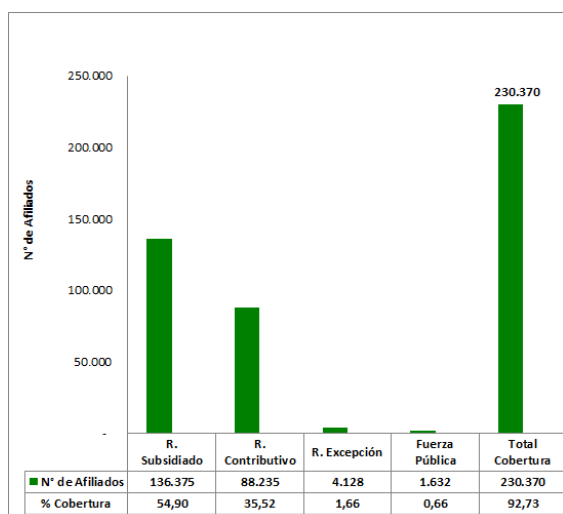
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 141. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Oriente, 2020



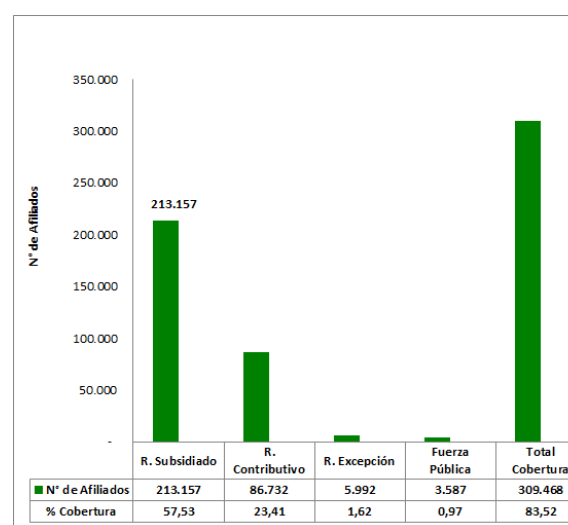
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 140. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Norte, 2020



Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 142. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Suroeste, 2020

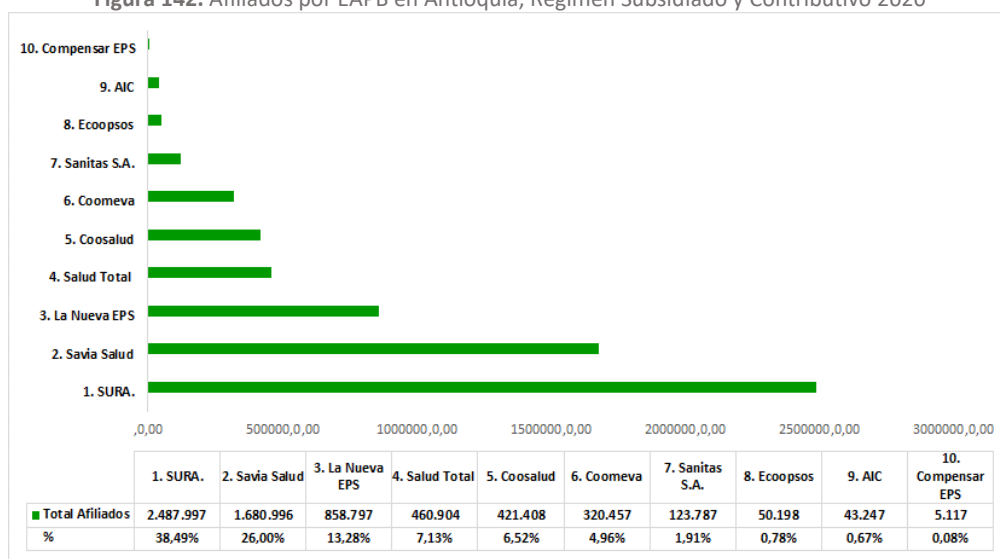


Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

El mayor número de afiliados, está asegurado con la Entidad Administradora de Planes de Beneficio SURA, que tiene una cobertura del 37% de la población con 2´400.918 personas, seguido por Savia Salud con el 26% de la población afiliada al SGSSS correspondientes

a 1´688.000 personas y Nueva EPS con 11,88% de la población representadas en 765,860 habitantes. En menor proporción otras Entidades Administradoras de Planes de Beneficio -EAPB como se muestra a continuación:

Figura 142. Afiliados por EAPB en Antioquia, Régimen Subsidiado y Contributivo 2020



Fuente: Base de datos de régimen subsidiado ADRES

De la población que conforma el régimen contributivo que corresponde a 3'980.162 personas, se afiliaron como cotizantes dependientes o independientes el 57,3% de ellos, quienes, a su vez, incorporaron como integrantes o beneficiarios de su grupo familiar al 42,2% de las personas y al 0,4% como otros afiliados adicionales, mediante el aporte de una Unidad de Pago por Capitación –UPC, en calidad de familiares, para conformar el grupo de población de este régimen.

Bajo el régimen subsidiado compuesto por 2'465.967 habitantes del Departamento,

donde deben estar afiliadas las personas pobres y vulnerables, es decir, las clasificadas en los niveles I o II del SISBEN, y las poblaciones especiales prioritarias, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población ROM, clasificadas en nivel cero (0), entre otros.

Tabla 77. Distribución de afiliados al régimen subsidiado, por tipo de población en Antioquia 2018

codigo	Poblacion según resolución 4622 de 2016	Total Afiliados en Antioquia
1	Habitante de la calle	5.920
2	Población infantil a cargo del ICBF	7.442
3	Madres Comunitarias	85
4	Creador o gestor Cultural	712
5	Población Sisbenizada	1.652.980
6	Menor desvinculado del conflicto armado	256
7	Población discapacitada	2.301
8	Población desmovilizada	3.266
9	Población Víctima	702.948
10	Población infantil vulnerable diferente del ICBF	733
11	Programa de protección de testigos	419
12	Población en centros Psiquiatricos	31
13	Población rural migratoria	436
14	Población reclusa	1.372
15	Población rural no migratoria	24.561
16	Adulto mayor en centro de protección	2.290
17	Comunidades Indígenas	35.652
18	ROMGitanos	188
19	Afrocolombianos	740
21	Palenquero	2
22	Población Inpec	4.212
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias	2.627
24	Colombianos Deportados de Venezuela	1.191
25	Jovenes adolescentes a cargo del ICBF - R. Penal	57
27	Recien Nacidos y menores de edad de padres de no Afiliados	449
29	Personas con discapacidad de escasos recursos y en abandono	7
30	Venezolanos con PEP	8.652
31	Afilado de oficio sin encuesta SISBEN	6.402
32	Personas detenidas o con medida de aseguramiento	33
	Población sin caracterización	3
	Total población Régimen Subsidiado	2.465.967

Fuente: BDUA 2020

2.11.4.1. Población Pobre no Asegurada competencia del departamento de Antioquia

La Población Pobre No Asegurada (PPNA), corresponde a la población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN, que se encuentra en los puntos de corte adoptados en la Resolución 3778 de 2011 y a las poblaciones especiales registradas en los listados censales, que no se encuentran afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado y que tampoco están

cubiertas por los regímenes especiales y de excepción.

Acorde al Decreto 064 de 2020, la población pobre susceptible de afiliarse al régimen subsidiado comprende: Personas identificadas en los niveles I y II del SISBEN; Personas identificadas en el nivel III del SISBEN, y que a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliados al Régimen Subsidiado; personas que dejen de ser madres comunitarias o madres sustitutas, y sean



beneficiarias del subsidio de la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional; niños, niñas, adolescentes y jóvenes en proceso administrativo para restablecimiento de sus derechos, y población perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes; menores desvinculados del conflicto armado; Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF; comunidades indígenas; población desmovilizada; adultos mayores en centros de protección; población Rom; personas incluidas en el programa de Protección a testigos; víctimas del conflicto armado; Población Privada de la Libertad – PPL, a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud e inimputables trastornos, en cumplimiento de medida de seguridad; población migrante colombiana repatriada o que ha retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados la República de Venezuela y su núcleo familiar; población habitante de calle; los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil Colombiana, Cruz Roja Colombiana y cuerpos de bomberos, así como su núcleo familiar, salvo que sean cotizantes o beneficiarios del régimen Contributivo; personas con discapacidad en centros de protección y migrantes venezolanos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

La afiliación de esta población al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, es una de las estrategias para avanzar en la consolidación de la cobertura universal del aseguramiento en salud, que implica el

trabajo decidido de los municipios y distritos para su identificación y afiliación.

En el marco del proceso para lograr la meta de cobertura universal en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, durante los años 2015 y 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social adelanta las gestiones necesarias para la publicación del listado nominal de la PPNA y facilitar así la labor del aseguramiento de los entes territoriales municipales y departamentales. La población en listados censales es potencial beneficiario del régimen subsidiado en salud, según lo dispuesto en el Artículo 2.1.5.1. del Decreto 780 de 2016. Es así como, de hallarse individuos pertenecientes a estos grupos poblacionales sin aseguramiento en salud, se hace un llamado desde el ente territorial a su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

El Ministerio de Salud y Protección Social, desde octubre de 2016 viene suministrando a cada entidad territorial el detalle nominal de personas en esa condición, para que procedan dentro de sus competencias, con el proceso de afiliación al SGSSS, según corresponda. (Ministerio de salud y protección social, 2020).

Programas Sociales (SISBEN III), Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC) y Registro Único de Afiliados (RUAF), Base de datos de Regímenes de Excepción y Especial (BDEX), base de datos evolución del documento, que contiene la asociación de los diferentes documentos de identidad de una persona.

El corte de las bases de datos utilizadas como insumo para la estimación de la población pobre no asegurada, tiene un rezago de información, generado por el desarrollo de las

etapas de validación, que se surten en las diferentes entidades que intervienen en el proceso de cálculo y publicación de la PPNA.

Tabla 78. Estado de Afiliación PPNA Antioquia 2020

TOTAL PPNA MARZO 2020	SEGUIMIENTO EN JULIO DE LA AFILIACIÓN DE LA PPNA IDENTIFICADA EN MARZO 2020								% GESTION DE AFILIACIÓN
	ACTIVO BDUA	ACTIVO UNIVERSIDAD	BEDEX	FALLECIDO RNEC COLOMBIA	PROTECCION LABORAL- BDUA	SUSPENDIDOS- BDUA	NO AFILIADOS A 10 DE JULIO 2020	NO AFILIADOS A 10 DE JULIO 2020 Y CONTINUA EN EL MISMO MUNICIPIO CON PUNTAJE PARA RS- SISBEN MAYO 2020	
149.185	41.598	2	5.143	1.052	157	220	101.013	95.272	29

Fuente: BDUA Base de Datos única de Afiliados

La población atendida con cargo a los recursos del Departamento corresponde a población pobre no susceptible de afiliarse. Las atenciones en salud a la PPNA, en el departamento de Antioquia para el cuatrienio presentan un comportamiento variable así: para el año 2018 la meta para el año fue de 83.799 usuarios atendidos /año. El resultado en el primer año: 77.020 usuarios. Lo anterior es coherente con lo esperado en atención de PPNA y de atención de afiliados con servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud. Al final de la vigencia 2019 se cambia la tendencia del indicador y persiste el incremento de población atendida, principalmente a expensas de la población migrante fronteriza y por facturación de servicios no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud -PBS, radicada posterior al Acuerdo de Punto Final.

En el año 2020, las cifras de personas atendidas presentan una disminución, comparada con el mismo período en vigencias pasadas, en concordancia con la implementación del sistema de afiliación transaccional a partir del Decreto 064 de enero de 2020, coexiste con una menor

frecuencia de uso de los servicios de salud y en una pequeña proporción, facturación que puede encontrarse en etapa de pre-radicación.

Las menores frecuencias de uso en los servicios de salud urgentes y priorizados, para la población asegurada y no asegurada, se correlacionan con una menor incidencia de violencia y accidentalidad registrada en el Departamento, durante la aplicación de medidas de confinamiento y otras a partir del Decreto 637 del 6 de mayo de 2020, mediante el cual se declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional, por causa del nuevo Coronavirus SAR-COV-2/COVID 19.

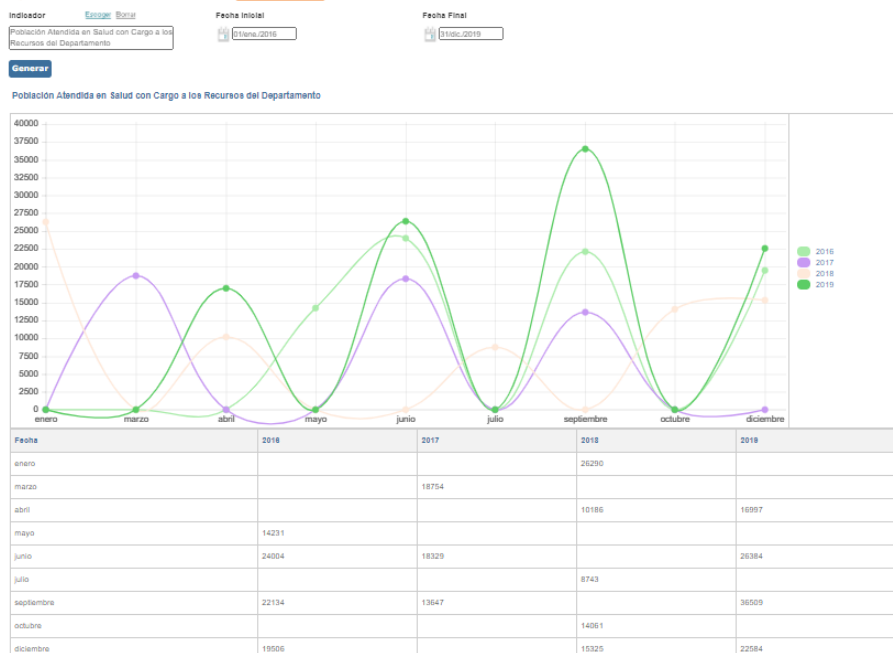
La facturación no incluida en el Plan de Beneficios en Salud PBS, incrementa con la aplicación del manual para la verificación, control y pago de servicios y tecnologías no PBS y en cumplimiento, a lo enunciado en el artículo 237 del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 (PND), como Acuerdo de Punto Final para el régimen contributivo (APF), sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Con el fin de contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la Gobernación de Antioquia, lidera los procedimientos para la estructuración, operación y seguimiento del

saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC del régimen contributivo.

Figura 143. Población atendida en salud con cargo a los recursos del departamento de Antioquia 2016-2019.



Fuente: Isolution Antioquia

Para junio de 2020, el total de migrantes venezolanos, a quienes se había expedido Permiso Especial de Permanecía – PEP, fue de 91.318 según datos de Migración Colombia, de los cuales se encuentran vigentes 71.416. La tendencia de la aplicación de la encuesta SISBEN contribuye a las metas de cobertura en la afiliación; del total de migrantes con PEP, los encuestados en SISBEN a mayo 2020 alcanzan 34.118, si bien es una cobertura por la encuesta del SISBEN menor al 50%, supera por mucho la proporción en los mismos períodos en años anteriores y tiende a incrementar con correcciones en documentos de identidad

compuestos, asignados al inicio de la emisión del PEP, durante el período de transición del plan de respuesta al fenómeno migratorio. Según Listado Censal, a 2019 el total de migrantes venezolanos con PEP son 2.069 y colombianos retornados de Venezuela: 1.631.

La atención de migrantes fronterizos es incremental, el número de personas atendidas sin capacidad de pago en condición irregular ha mantenido un flujo dinámico.

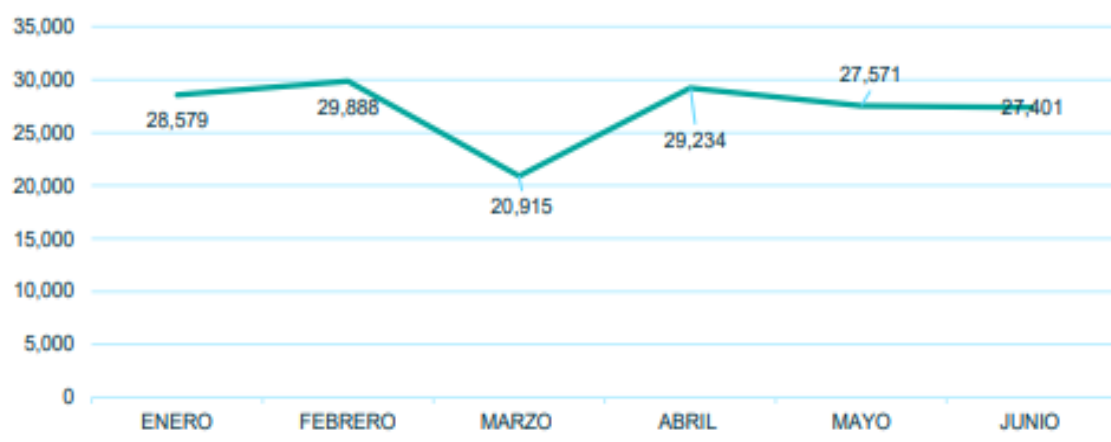
La cobertura de afiliación de los migrantes venezolanos no ha logrado las metas



nacionales, para el mes de junio de 2020 disminuye notablemente, al 58% frente a períodos anteriores, con promedio de 67%, situación asociada a cambios laborales en el sector económico originados por la emergencia social. La disponibilidad de citas

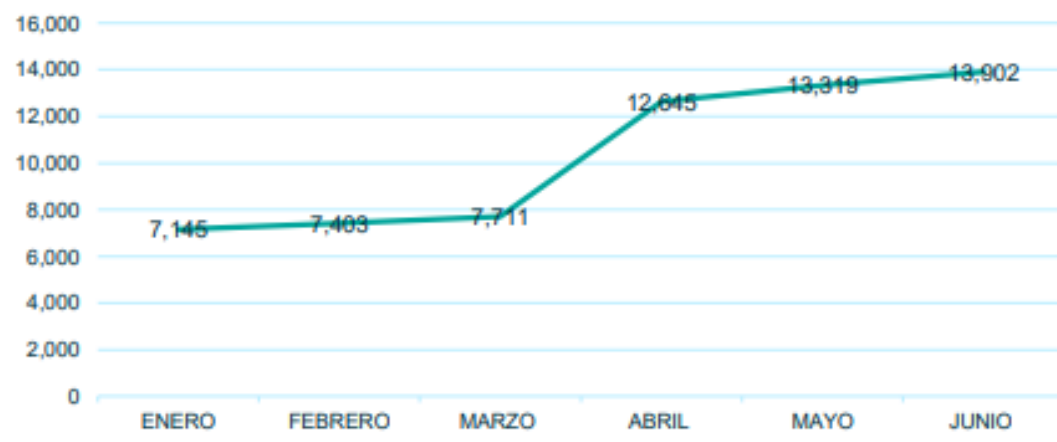
en Migración Colombia para asignar nuevos permisos de permanencia es limitada y tiende al aumento, lo cual amplía la base del denominador para el cálculo de la cobertura al SGSSS.

Figura 144. Total, afiliados al régimen contributivo de migrantes venezolanos identificados con permiso especial de permanencia. Antioquia. Enero a junio 2020



Fuente. MSPS

Figura 145. Total, afiliados al régimen subsidiado de migrantes venezolanos identificados con permiso especial de permanencia. Antioquia. Enero a junio 2020



Fuente. MSPS

2.11.4.2. Conclusiones PPNA

La carga de enfermedad o siniestralidad latente, debe proyectarse aunado a medidas de mitigación del impacto, teniendo presente el costo silente del receso y medidas de distanciamiento social, especialmente cuando se ha evidenciado reducción del ingreso por núcleo familiar, conllevando a condiciones riesgosas de salubridad, hacinamiento, una menor accesibilidad a alimentos seguros y balanceados en las familias afectadas por el impacto económico de la pandemia, desescolarización, desvinculación laboral, aumento en empleo informal y desempleo, que pueden ir en detrimento de las oportunidades a futuro para las familias y comunidades más pobres.

Se deben fortalecer las acciones conjuntas y alianzas focalizando acciones efectivas para alcanzar metas flotantes de impacto de los planes y proyectos en las poblaciones y grupos de riesgo priorizados, promoviendo acciones para el cumplimiento de las metas de oportunidad en el manejo de patologías crónicas no transmisibles en la población de su territorio.

Ante una mayor prevalencia global de enfermedades respiratorias de interés en salud pública, el fortalecimiento de acciones focalizadas a grupos identificados de riesgo y priorizados para la atención en salud debe extrapolarse a los grupos no susceptibles de afiliación, como una estrategia para que los resultados en salud tengan un balance en el mediano plazo, que permita mantener una baja carga de enfermedad entre la población a atender, disminuyendo las inequidades sociales en salud.

Una herramienta para la inclusión social es la encuesta de calificación del SISBEN, la recalificación de las variables de enfermedad catastrófica, permite la afiliación del usuario con estas patologías o de alto costo y también un manejo oportuno, clave para fortalecer la rectoría regional del sistema, volcando el asistencialismo hacia la protección social.

El Sistema General de Participaciones para salud, financia los siguientes componentes de gasto: financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total (régimen subsidiado), prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (PPNA) y acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país. (DNP, 2016)

La llegada masiva de migrantes fronterizos a Colombia, por cuenta de la crisis social, política y económica, ha trazado diferentes retos para el gobierno colombiano, especialmente para garantizar los servicios de salud de los afectados, priorizando los grupos focalizados en la Política Nacional de Atención en Salud.

El panorama de la exclusión social en salud para Antioquia, revela una alta inequidad frente al acceso a los servicios básicos de salud y saneamiento básico. Los resultados en salud afectan la economía de las comunidades en vía de desarrollo de manera negativa, asegurando el ciclo de pobreza para quienes carecen de acceso a educación y salud, alejándose de los Objetivos de Desarrollo del

Milenio y la meta “Salud para todos en el año 2000” (CEPAL, 2002).

Hoy con nuevos desafíos, se plantea un horizonte donde el abordaje de los determinantes y el desarrollo de alianzas para potencializar las capacidades individuales, comunitarias y así facilitar herramientas de autocuidado y autogestión para disminuir las brechas en grupos vulnerables como catalizador para una reactivación sostenible del sector salud, liderando estrategias focalizadas por grupos de riesgo en cumplimiento de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). La comunidad científica y la integración de acciones transectoriales son factores críticos de éxito para mitigar los impactos en la prestación de

servicios de salud por grupos de riesgo y así fortalecer acciones individuales y comunitarias en salud pública.

2.11.5. Capacidad Instalada

Más que la nominación y caracterización de los tipos o clases de servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), es importante resaltar, que de los 136 tipos o clases de servicios que se habilitan en el departamento de Antioquia, solo en el 13% de este tipo de servicios, se concentran más del 61% de la oferta que se presta en el Departamento y que esta oferta es mayoritariamente de servicios de salud de primer nivel o de servicios de apoyo diagnóstico.

Tabla 79. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud. Antioquia, 2018

(Continuación...)SERVICIOS HABILITADOS	Número absoluto	Frecuencia relativa
Infectología	25	0,14
Neurocirugía	25	0,14
Reumatología	25	0,14
Oncología clínica	24	0,13
Quimioterapia	23	0,13
Gastroenterología	22	0,12
Cardiología pediátrica	20	0,11
Transporte asistencial medicalizado	20	0,11
Cuidado básico neonatal	19	0,11
Cuidado intermedio neonatal	19	0,11
Hemodiálisis	19	0,11
Terapia alternativa bioenergética	19	0,11
Trasplante de tejido osteomuscular	19	0,11
Cuidado intensivo neonatal	18	0,10
Hemodinamia	18	0,10
Atención a consumidor de sustancias psicoactivas	17	0,09
Diálisis peritoneal	17	0,09
Nefrología pediátrica	17	0,09
Otras Cirugías	17	0,09
Atención prehospitalaria	16	0,09
Electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	16	0,09
Neuropediatría	15	0,08
Radioterapia	15	0,08
Neumología - fibrobroncoscopia	14	0,08
Atención domiciliar de paciente crónico con ventilador	12	0,07
Ginecología oncológica	12	0,07
Neumología pediátrica	12	0,07
Urología - litotripsia urológica	12	0,07
Hematología oncológica	11	0,06
Laboratorio de histotecnología	10	0,06
Medicina nuclear	10	0,06
Terapia alternativa manual	10	0,06
Toxicología	10	0,06
Oncología y hematología pediátrica	9	0,05
Terapia alternativa con filtros	9	0,05
Trasplante tejidos oculares	8	0,04
Cuidado intensivo pediátrico	7	0,04
Psiquiatría o unidad de salud mental	7	0,04
Ortopedia oncológica	6	0,03
Trasplante de tejidos cardiovasculares	6	0,03
Cuidado intermedio pediátrico	5	0,03
Genética	5	0,03
Ortopedia pediátrica	5	0,03
Geriatría	4	0,02
Trasplante de hígado	4	0,02
Trasplante de progenitores hematopoyéticos	4	0,02
Trasplante renal	4	0,02
Coloproctología	3	0,02
Dolor y Cuidados paliativos - no oncológico	3	0,02
Rehabilitación oncológica	3	0,02
Trasplante de intestino	3	0,02
Trasplante de piel y componentes de la piel	3	0,02
Trasplante de riñón páncreas	3	0,02
Trasplante multivisceral	3	0,02
Dermatología oncológica	2	0,01
Dolor y Cuidados paliativos - si oncológico	2	0,01
Hospitalización en unidad de salud mental	2	0,01
Internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	2	0,01
Oftalmología oncológica	2	0,01
Atención a consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo	1	0,01
Atención institucional de paciente crónico	1	0,01
Inmunología	1	0,01
Internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas	1	0,01
Trasplante de corazón	1	0,01
Trasplante de pulmón	1	0,01
Unidad de quemados adultos	1	0,01
Unidad de quemados pediátricos	1	0,01
Urología oncológica	1	0,01
Total	17944	100,00

Fuente: SIRPSS - Sistema de Información de Registro de Prestadores de Servicios de Salud. Seccional de Salud de Antioquia



2.11.6. Otros indicadores del sistema sanitario

El departamento de Antioquia, al año 2020 contaba con 2.138 Instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPS), de las cuales 86,5% son de carácter privado, 13,2% públicas y el resto mixtas. Así mismo, se reporta en el REPS para el mismo año, 687 ambulancias;

destacando que 114 de ellas eran de Transporte Asistencial Medicalizado (TAM). El número de camas por cada 1.000 habitantes en el departamento de Antioquia 1,42, que corresponden a un total 9.498, de las cuales 9.5% son camas de cuidado intensivo.

Tabla 80. Otros indicadores de sistema sanitario. Antioquia 2020.

Instituciones - IPS	2,138
Mixta	7
Privada	1,849
Pública	282
Camas	9,498
Adultos	5,213
Cuidado Agudo Mental	28
Cuidado básico neonatal	108
Cuidado Intensivo Adulto	716
Cuidado Intensivo Neonatal	127
Cuidado Intensivo Pediátrico	61
Cuidado Intermedio Adulto	301
Cuidado Intermedio Mental	0
Cuidado Intermedio Neonatal	152
Cuidado Intermedio Pediátrico	33
Farmacodependencia	239
Institución Paciente Crónico	28
Obstetricia	819
Pediátrica	1,076
Psiquiatría	339
Salud Mental	191
Transplante de progenitores hematopoyeticos	35
Unidad de Quemados Adulto	17
Unidad de Quemados Pediátrico	15
Ambulancias	687
Básica	573
Medicalizada	114

Fuente: Información disponible en el Departamento. Calidad y Red de Servicios

Tabla 81. Oferta prestadores. Capacidad instalada. Antioquia 2015 – 2019

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0.07	0.07	0.08	0.08	0.08
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0.01	0.01	0.02	0.02	0.01
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0.08	0.09	0.09	0.09	0.09
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0.82	0.85	0.84	0.81	0.80
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0.10	0.10	0.10	0.10	0.11
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0.10	0.10	0.09	0.10	0.10
Razón de camas por 1.000 habitantes	1.54	1.58	1.56	1.49	1.47

Fuente: REPS

2.12. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

El coeficiente de Gini: es un indicador de la desigualdad de los ingresos dentro de un país. Varía entre cero, para indicar la máxima igualdad y 1 para la máxima desigualdad. Antioquia presenta un coeficiente de Gini para el 2018 de 0,501, el cual evidencia un incremento en comparación con el año anterior, lo que implica que aumenta la desigualdad del ingreso al interior del país.

Línea de pobreza: Este indicador mide la proporción de la población con un nivel de ingresos tal, que no le permite alcanzar el nivel mínimo necesario para adquirir un adecuado estándar de vida en un país determinado; este nivel se mide cuando los ingresos no permiten cubrir la canasta mínima de alimentos y otros bienes y servicios. Para Antioquia es de \$264.681 en el 2018.

Proporción de población en miseria: La proporción de población en miseria del país, mide el nivel más severo de pobreza, para aquellos hogares que presentan dos o más de los indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI), siendo para el departamento de Antioquia en el año 2011 de un 8,1% la población en miseria. Esa es la única

2.12.1. Otros indicadores de ingreso

información con la que cuenta el Departamento.

Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas: El método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), es una herramienta diseñada a fines de los años 70, con el objeto de medir y/o caracterizar la pobreza, mediante un enfoque directo, aprovechando la información censal. A partir de los censos de población y vivienda, se verifica si los hogares satisfacen o no una serie de necesidades elementales que permiten a las personas tener una vida digna de acuerdo con las normas sociales vigentes. El índice de NBI se encuentra conformado por variables que corresponden a vivienda inadecuada, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, viviendas con alta dependencia económica, viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela. Antioquia según datos del 2018 registra un índice de NBI de 10,67, cifra que disminuye a menos de la mitad respecto al año 2005.

Proporción de población en hacinamiento: La forma clave para evaluar la calidad de las condiciones de la vivienda, es la disponibilidad de suficiente espacio en la misma, se



consideran en situación de hacinamiento a los hogares que habitan en viviendas con más de 3 a menos de 5 personas por cuarto (habitación); existen diferencias por zona, en la zona rural se consideran deficitarios más de 3 personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje). Según resultados del año 2018,

para el departamento de Antioquia, el 2,73% de los hogares viven en hacinamiento. Tal como se observa en la tabla, en una década y media la proporción de hacinamiento se reduce 5 veces.

Tabla 82. Otros indicadores de ingreso. Antioquia 2005 – 2018

Indicadores de ingreso	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Coefficiente de GINI	0,555	SD	SD	0,58	0,56	0,561	0,537	0,529	0,532	0,555	0,521	0,508	0,496	0,501
Línea de pobreza	146.874	SD	SD	175.523	183.784	189.166	197.354	205.300	209.690	215.449	227.779	246.012	257.104	264.681
Línea de miseria							8,1							
Proporción de NBI	23,0													10,67
Proporción de población en hacinamiento	15,0													2,73

Fuente: DANE, SISPRO - MSPS

2.12.2. Educación

El porcentaje de hogares con analfabetismo en el Departamento es inferior al porcentaje nacional, la tasa de cobertura de educación primaria es al menos similar a la tasa nacional, mientras que las tasas de cobertura de educación secundaria y media fueron superiores a las tasas de cobertura nacionales. Ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa para el año 2019. Este comparativo se realiza con base en el porcentaje y las tasas medias departamentales, sin embargo, es necesario tener en cuenta que en muchas subregiones del territorio antioqueño predomina el asentamiento de la población en el área rural y rural disperso. Se requiere entonces,

disponer de información desagregada que permita identificar las coberturas reales en estas poblaciones, para evidenciar las inequidades en educación para los diferentes niveles existentes en Antioquia. Aunque considerando que la universidad pública del departamento de Antioquia dispone de políticas de educación gratuita para la población del estrato socioeconómico 1, 2 y 3, y dispone de sedes en las subregiones del Departamento, contrarrestado con la alta deserción escolar, dada por los remanentes del conflicto armado, por la vinculación a la fuerza laboral de los niños y adolescentes, teniendo en cuenta que el Departamento es de vocación agrícola, de explotación minera y cultivos ilícitos.

Tabla 83. Coberturas de educación. Antioquia, 2003 – 2019

Indicadores de educación	Colombia, 2019	Antioquia, 2019	Comportamiento																
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2018)	10,00	8,90			-														↗
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2019)	109,37	109,35	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2019)	110,67	120,21	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2019)	85,87	88,35	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗

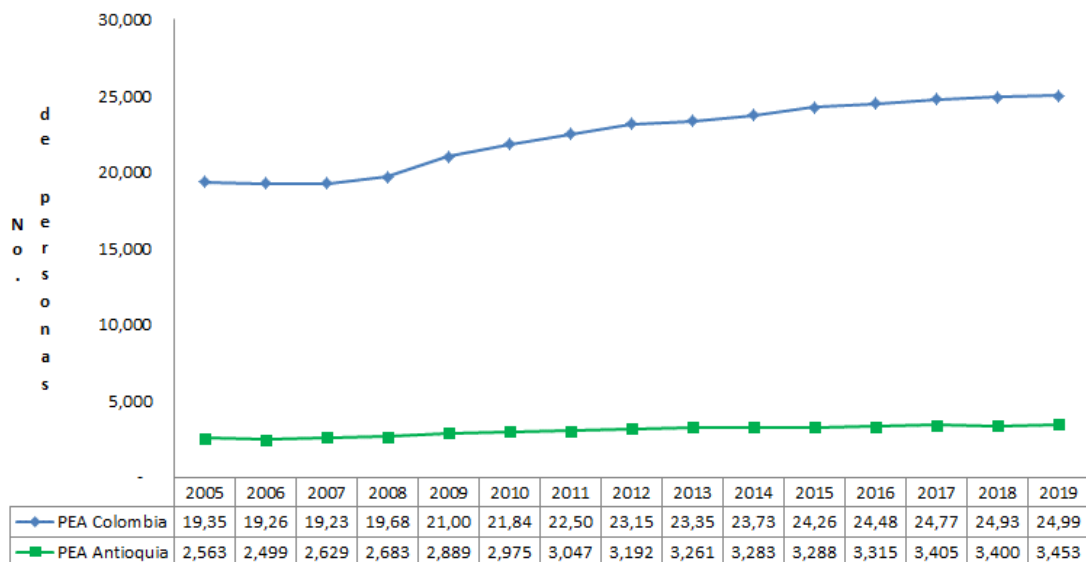
Fuente: DANE, SISPRO - MSPS

2.12.3. Población Económicamente Activa (PEA)

La tendencia de la población económicamente activa, para el departamento de Antioquia de 2005 a 2019, se ha mantenido constante, con tendencia al aumento, como se observa en la figura. Entre los

años 2005 y 2019 la cifra de Población Económicamente Activa (PEA) incrementa en 2,6% (890 personas). Para Colombia, el incremento es más evidente con un 22,6% (5.640 personas entre el año 2005 y 2019).

Figura 146. Población económicamente activa. Antioquia 2005 - 2019



*Cifra expresada en miles

Fuente: departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE

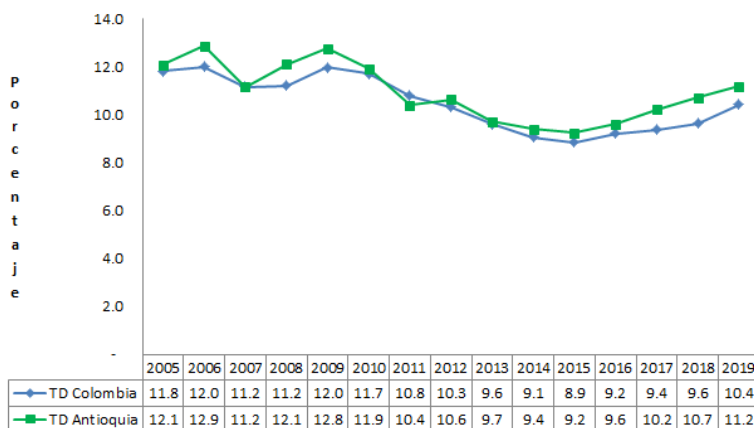


2.12.3.1. Tasa de desempleo

Se muestra el comportamiento de desempleo en el departamento de Antioquia, entre los años 2005 y 2019. El año con la tasa más alta de desempleo es el 2006 con 12,9%, a partir

del año 2009, la tasa de desempleo había estado disminuyendo levemente hasta llegar a 9,2% en el año 2015, la más baja del período analizado. Entre el 2016 y 2019 nuevamente se observa un incremento hasta llegar al 11,2% en el año 2019.

Figura 147. Tasa de desempleo. Antioquia 2005 – 2019



Fuente: departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE

CAPÍTULO III

Priorización de los efectos de salud



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

Tabla 84. Identificación de los problemas de salud del departamento de Antioquia

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	
Salud ambiental	Problema 1	Bajas coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo en las zonas rurales del departamento.	000	Problema 17	13
	Problema 2	Bajas coberturas de vacunación animal para rabia y altas tasas de incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	010	Problema 26	10
	Problema 3	Alto riesgo de adquirir enfermedades vehiculizadas debido a que los establecimientos no cumplen con las condiciones higiénico-locativas	000	Problema 18 Problema 21	13
	Problema 4	Exposición ambiental y accidentes laborales con sustancias químicas (mercurio y plaguicidas) y factores de riesgo (Asbesto, Sílice, Benceno, Plomo y Radiaciones ionizantes)	013	Problema 23 Problema 20	11 13
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Problema 5	Altas tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, 143,0 defunciones por 100.000 habitantes	001	Problema 7	1
	Problema 6	Altas tasas de mortalidad por EPOC	002	Problema 7	2
	Problema 7	Aumento en la prevalencia de diabetes en población de 18 a 69 años	001	Problema 7	1
	Problema 8	Altas tasas de mortalidad en el departamento por neoplasias, 106,8	007	Problema 7	7

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	
	defunciones por 100.000 habitantes				
Convivencia social y salud mental	Problema 9	Alta tasa de mortalidad debido a causas externas (122,5 muertes por 100.000 hombres y 5279,4 AVPP por 100.000 hombres).	012	Problema 7 Problema 19 Problema 22 Problema 24	12
	Problema 10	Alta tasa de violencia autoinfligidas en la población joven	012	Problema 15	4
	Problema 11	Alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas	013	Problema 15 Problema 16	4
	Problema 12	Alta tasa de violencia contra la mujer 210,4 por cien mil mujeres.	012	Problema 15	5 12
	Problema 13	Población con alto riesgo de trastornos mentales, relacionados con la violencia	012	Problema 15	4 5 12
Seguridad alimentaria y nutricional	Problema 14	Proporción de recién nacidos a término con bajo peso al nacer	008	Problema 13	8
	Problema 15	Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años	003	Problema 9	3
	Problema 16	Alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 18 a 64 años	003	Problema 9	3
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Problema 17	Tasa de incidencia de VIH/SIDA de 46,9 por 100.000 habitantes.	009	Problema 13	10
	Problema 18	Persistencia de la mortalidad materna por causas evitables	008	Problema 13	8
	Problema 19	Tasa de incidencia de sífilis congénita de 2,4 casos por 1000 nacidos vivos	009	Problema 13	10

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Problema 20	Alta tasa de embarazo en adolescentes (menores de 19 años)	008	Problema 13	8
	Problema 21	Aumento en la tasa de incidencia de tuberculosis (44,7 casos por 100.000)	009	Problema 14	9
	Problema 22	Alta morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas	009	Problema 12 Problema 14 Problema 19	9 13
	Problema 23	Alta incidencia de enfermedades transmitidas por vectores y prevalencia de complicaciones. (malaria, dengue, Sika, Chikunguña)	009	Problema 25	13
Salud pública en emergencias y desastres	Problema 24	Insuficiente disponibilidad de sangre y hemo componentes	013	Problema 32	
	Problema 25	No se tiene respuesta articulada ante las emergencias y desastres	013	Problema 31	12
	Problema 26	Hospitales poco seguros ante emergencias y desastres en la parte estructural, no estructural y funcional.	013	Problema 31	12
	Problema 27	No están desarrolladas las capacidades básicas en los municipios para la vigilancia y respuesta a emergencias de salud pública de importancia internacional	013	Problema 31	12
Salud y ámbito laboral	Problema 28	Baja cobertura para los trabajadores del sector informal en el Sistema General de Riesgos Laborales.	011	Problema 6	11
	Problema 29	Inoportunidad en la detección temprana de las enfermedades laborales	011	Problema 6	11

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	
	Problema 30	Recursos insuficientes para realizar las actividades de prevención de los riesgos laborales.	011	Problema 6	11
	Problema 31	Carencia de un sistema de información que registre la enfermedad profesional del sector informal.	011	Problema 6	11
	Problema 32	Carencia de un sistema de información que registre los accidentes laborales del sector informal.	011	Problema 6	11
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Problema 33	Insuficiente adaptabilidad de la atención en salud de acuerdo a las características de las poblaciones vulnerables (con enfoque étnico diferencial, con discapacidad, víctimas del conflicto, identidad de género)	000	Problema 3 Problema 4 Problema 8	5 15 16
	Problema 34	Alta incidencia y letalidad de las enfermedades transmisibles en las poblaciones vulnerables.	000	Problema 14	9
	Problema 35	Insuficiente caracterización e identificación del riesgo en salud de las poblaciones vulnerables	000	Problema 1 Problema 2	
	Problema 36	Incremento de la población en situación de calle o abandono	000	Problema 5	
	Problema 37	Alto índice de mortalidad evitable en menores de cinco años por enfermedades prevenibles.	000	Problema 10	3 6 8 9 12
	Problema 38	Incremento de la población inmigrante e insuficiente capacidad de respuesta para la atención en salud	000	Problema 2	

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)
	Problema 39	Rutas de atención en salud homogéneas que no reconocen las necesidades particulares de las poblaciones étnicas.	000	Problema 8
	Problema 40	Desigualdades en la atención en salud asociadas al género que implican riesgos en la salud y la vida de las personas.	000	Problema 8
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Problema 41	Débil capacidad para el ejercicio adecuado de la rectoría en salud departamental y municipal	000	Problema 33 Problema 34 Problema 35 Problema 36 Problema 37
	Problema 42	Red insuficiente para la atención de las necesidades de la población del departamento cerca al lugar de residencia	000	Problema 27 Problema 28 Problema 29 Problema 30 Problema 32
	Problema 43	Débil articulación de los planes, programas y proyectos para la gestión integral de la salud pública para el logro de los resultados de salud esperados	000	Problema 11
	Problema 44	Insuficiente capacidad para ejercer la inspección y vigilancia sanitaria	000	Problema 1 Problema 11 Problema 21 Problema 27
	Problema 45	Ausencia de competencia departamental para el ejercicio del control a las EAPB	000	Problema 1 Problema 34 Problema 37

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)
	Problema 46	No concordancia entre el perfil del personal asignado para cumplir con las funciones de los cargos a desempeñar en el sector salud, cantidad insuficiente y alta rotación del mismo	000	Problema 37	
	Problema 47	Modelo de gestión y contratación del talento humano inadecuado para garantizar el cumplimiento de las competencias del ente departamental y municipal	000	Problema 37	

Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, año 2020

El ASIS facilita la identificación de necesidades, prioridades y efectos en la salud, así como la definición de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto, lo que permite el reconocimiento de las brechas generadas por las desigualdades sanitarias y sus determinantes. Es una herramienta que facilita la planificación en salud mediante el aprovechamiento al máximo de la evidencia existente y permite la toma de decisiones gerenciales y administrativas durante la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas y de los planes de salud basada en hechos y datos.

Partiendo de la premisa de que el Departamento no tiene los suficientes recursos para proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios

con los máximos estándares de calidad posibles se hace necesario utilizar un mecanismo de priorización, en especial en esta época que se tienen crecientes demandas por los servicios por efectos de la pandemia ocasionada por el SARS COV2/COVID 19, y la limitación financiera para fortalecer los servicios.

La priorización es una estrategia basada en evidencias de la salud pública, con enfoque en los determinantes sociales de la salud, que intenta responder al cómo invertir los recursos de salud disponibles para lograr el mayor bienestar posible en la población.

En este capítulo se presentan los problemas abordados para responder a diferentes factores que inciden en la salud de la población, y se presenta la información necesaria para priorizar en



las intervenciones que se programen por los diferentes actores involucrado.

mortalidad, la morbilidad discapacidad evitable.

3.1. Consideraciones tenidas en cuenta para priorizar

Se reconoce la necesidad de continuar los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Política Integral en Salud (PAIS) y su Modelo de Acción Integral Territorial en Salud (MAITE).

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 es una apuesta política por la equidad en salud, que responde al Plan Nacional de Desarrollo, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos:

Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

1. Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente.
2. Mantener cero tolerancias frente a la

Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

Igualmente deben ser considerados los diferentes enfoques y el modelo conceptual de factores determinantes de la salud.

Por directriz de planes superiores como el Plan Decenal de Salud Pública PDSP el abordaje de la salud debe hacerse considerando múltiples enfoques como el enfoque de derechos, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional, y el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud. Con los enfoques se pretende dirigir la atención hacia un asunto o problema desde unos supuestos previos para tratar de acertar en su intervención. Con el modelo lo que se busca es tener un punto de referencia para imitarlo o reproducirlo.

Enfoque de derechos	Enfoque diferencial	Enfoque poblacional
Reconocemos el derecho a la salud como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal y obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de los contextos sociales e históricos.	Fundamentado en el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como "sujetos de derechos",	Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan;



<p>Este enfoque implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas.</p>	<p>inmersos en dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y etnia particulares. Considera los momentos del curso de la vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad y situaciones sociales como el desplazamiento. Incluye el enfoque de curso de vida que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano y el enfoque étnico.</p>	<p>asimismo, orienta la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo hacia el aprovechamiento de las ventajas del espacio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio. Este enfoque aborda el proceso de planeación territorial desde una perspectiva integral, al analizar sistemáticamente la dinámica poblacional e incorporarla en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de política pública.</p>
---	---	---

Modelo conceptual de determinantes sociales de la salud

La mayor parte de la carga de morbilidad, mortalidad, e igualmente las causas principales de las inequidades en salud que se encuentran en el territorio, surgen de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el efecto del sistema de salud. Estas condiciones sociales influyen sobre la probabilidad que las personas tienen de estar sanas: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la deserción escolar, las condiciones de las viviendas, el acceso a servicios, la escasa calificación laboral, constituyen factores de buena parte de las desigualdades en los efectos de salud, y son consecuencia de la forma como se distribuye

el poder, el dinero y los recursos en los territorios.

Estas condiciones llamadas Determinantes Sociales de la Salud (DSS), hacen referencia a los aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que influyen los efectos de salud. Parten de la premisa de que las condiciones sociales influyen de forma decisiva en la salud, por lo que es necesario actuar en todos los sectores para promover el bienestar.

3.2. Reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes sociales

Para el reconocimiento de los principales efectos de salud, identificados a lo largo de los capítulos anteriores, se tuvieron en



cuenta las dimensiones definidas con la metodología “Pase a la Equidad” utilizada en la formulación del Plan Territorial de Salud durante el año 2020.

Se definieron las siguientes ocho dimensiones prioritarias:

1. Salud ambiental.
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles.
3. Convivencia social y salud mental.
4. Seguridad alimentaria y nutricional.
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles.
7. Salud pública en emergencias y desastres.
8. Salud y ámbito laboral.

Igualmente se tuvieron en cuenta las dimensiones transversales que hacen referencia al desarrollo de las competencias propias del Departamento:

1. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, reconoce la importancia de encontrar y eliminar las brechas causadas por pertenecer a grupos poblacionales diferenciales.
2. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, se desarrolla a través del ejercicio de la planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud y con la promoción de la respuesta dentro y fuera del sector salud. Incluye la regulación, conducción, garantía del aseguramiento y provisión de los servicios, modulación del financiamiento, fiscalización, movilización social y recursos, y las acciones colectivas e

individuales de salud pública que se definen en el PDSP, en las ocho dimensiones prioritarias para la vida.

3.3. Asignación de prioridades a grupos de riesgo.

Posterior a la expedición de la Resolución 1536 de 2015 que adopta la elaboración del Análisis de la Situación de Salud (ASIS), se implementó la Política de Atención Integral en Salud mediante la Resolución 429 de 2016, que define un marco operacional con unas estrategias y el Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS, el cual actualmente

es adoptado por el Modelo de Acción Integral Territorial en Salud -MAITE. Uno de los componentes fundamentales del modelo son las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, las cuales constituyen una “herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación”(Resolución 429 de 2016).

La Resolución 3202 de 2016 que adoptó el “Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS”, menciona que “para la identificación y conformación de

grupos de riesgo se debe partir del Análisis de la Situación de Salud Territorial — ASIS, como insumo para identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales o en el caso de las aseguradoras mediante la caracterización poblacional, orientando así los grupos objetivo que se deben gestionar”.

Con este marco general, desde el año 2016 se incorpora al proceso de actualización de los ASIS una actividad dirigida a asociar cada prioridad identificada en los aparatos de mortalidad, morbilidad, eventos de notificación obligatoria, precursores, alto costo y priorización de los efectos en salud con los correspondientes códigos asignados a las RIAS. Estos códigos se asignan en coherencia con los números definidos para los grupos de riesgo que orientan las RIAS priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y que están numeradas en la Resolución 3202 de 2016, descritas así:

1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular – metabólicas manifiestas
2. RIAS para población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas
3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
4. RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
5. RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
6. RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal

7. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
8. RIAS para población materno – perinatal
9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
10. RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales
11. RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente
14. RIAS para población con riesgo o enfermedades huérfanas
15. RIAS para población con riesgo o trastornos visuales y auditivos
16. RIAS para población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.

Se presenta a continuación los problemas priorizados, para los cuales la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia tiene formulados proyectos de intervención. Estos problemas son identificados con la metodología Pase a la Equidad, implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social durante la formulación del Plan de Salud Territorial 2020-2023. Su elaboración se realiza con la participación de servidores y de diferentes Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), representantes de los entes territoriales municipales, organismos de control y comunidad en



general, y fue socializado en el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud de Antioquia-CTSSS.

Los problemas planteados responden a las diferentes dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública las cuales son propuestas por la metodología mediante un análisis causal e identificación de los efectos en salud, las soluciones identificadas promueven la atención integral y para lo cual son destinados los recursos públicos de salud. Cada problema cuenta con un proyecto para su intervención definido dentro del Plan de Desarrollo UNIDOS POR LA VIDA 2020-2023 y su anexo Plan Territorial de Salud 2020-2023, en el cual se plantean diferentes estrategias, actividades y acciones que involucran a diferentes actores fortaleciendo el trabajo intersectorial y la participación comunitaria orientados a dar cumplimiento a los objetivos y metas propuestas.

Problema 1: Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Antioquia.

A diciembre de 2020 Antioquia alcanza una cobertura del aseguramiento en salud de 99,9% de la población, según Población Proyectada DANE 2020 y existen 7.809 antioqueños sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre los cuales se cuentan personas identificadas por el SISBEN clasificadas con puntaje como niveles 1 y 2 y población especial, las cuales pueden afiliarse al Régimen Subsidiado, pero que no ha sido posible focalizarlas para su afiliación a pesar de tener el derecho; también hay personas cuyo puntaje del SISBEN es superior a los puntos de corte establecidos para

afiliarse al Régimen Subsidiado, según la Resolución 3778 de 2011; todas estas personas cuando requieren atenciones en salud, especialmente de alta complejidad, urgencias con trauma mayor, o tratamiento de enfermedades costosas o catastróficas, manifiestan no tener capacidad de pago y acuden a la entidad territorial departamental para que les subsidie dichas atenciones. Adicionalmente, en los últimos años se ha presentado un aumento considerable del fenómeno migratorio de población venezolana hacia el Departamento, la mayor parte en condición irregular, esta población tampoco cuenta con afiliación o cobertura de un seguro y cuando requieren atenciones en salud, también acuden a la entidad territorial para que les subsidie el costo de los servicios prestados.

Proyecto: Fortalecimiento del aseguramiento de la población al sistema general de seguridad social en salud Antioquia.

Programa: Aseguramiento de la población al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Problema 2: En Antioquia hay dificultades de acceso a los servicios de salud para la población no afiliada que es responsabilidad del Departamento y para la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud; la situación se agudiza por la insuficiencia de los recursos en la entidad territorial para asumir las atenciones que requieren las personas que manifiestan no tener capacidad de pago.

Persisten dificultades para el acceso efectivo a los servicios para la población afiliada al sistema de salud, situación que también es



evidente para la población no afiliada a la seguridad social, en especial cuando requieren servicios de salud de alta complejidad y atenciones por parte de especialidades con escasa oferta como cirugía de cabeza y cuello, hepatología, endocrinología, gastroenterología, microcirugía, coloproctología, tratamientos de radioterapia para cáncer y cirugías oncológicas, además de ayudas diagnósticas especializadas y tratamiento de enfermedades raras y enfermedades huérfanas, entre otras. Estos servicios tienen su oferta concentrada en instituciones de carácter privado, ubicadas casi exclusivamente en la ciudad de Medellín y en municipios del Valle de Aburrá y Rionegro, lo cual dificulta aún más el acceso. Adicionalmente hay falencias en la conformación de las redes integradas de prestadores de servicios de salud y en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), elementos que son fundamentales para la efectiva operación del Modelo de Atención en Salud en el territorio. Como consecuencia de lo anterior, no se garantiza la integralidad en el proceso de atención de las personas, se generan barreras para el acceso y negación de servicios, originando la necesidad de que el usuario recurra a las acciones de tutela en contra de los responsables de pago, como único mecanismo para el acceso al servicio de salud. El sistema de salud se ha caracterizado por presencia de dificultades en el flujo de recursos y acumulación de deudas hacia la red de prestadores por parte de los responsables de pago, lo que los expone a riesgo financiero, riesgo técnico y cierre de

servicios.

Proyecto: Compromiso de garantizar la prestación de servicios de salud para la población a cargo del departamento de Antioquia.

Programa: Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Problema 3: Deficiente atención en la garantía de los derechos y protección social de los adultos mayores en el marco de la política pública de envejecimiento y vejez en el departamento de Antioquia.

La población Mayor de 60 años ha tenido un crecimiento constante en las últimas décadas, para Antioquia en 1.985 representaban el 6.7% y según proyecciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE) al año 2019 representaban el 13% equivalente a 884.651 adultos mayores de 60 años. El proceso de envejecimiento, entendido como un proceso natural que hace parte del ciclo vital, no representa una problemática como tal, pero se encuentra que el adulto mayor presenta unas dificultades significativas; en el Departamento el 14.8% no tienen educación, el 57.9% realizaron estudios de primaria (culminados o no) y sólo el 6% tiene algún nivel de educación superior de los cuales solo el 0.1% realizó estudios de posgrado. En el componente de seguridad económica, el 45.1% no registra ingresos y el índice de dependencia pasó del 16% en el 2010 al 20.4% en el 2019. En relación con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 99.9% de las personas adultas mayores del Departamento están afiliados al



sistema, correspondiendo al 59.51% contributivo y al subsidiado el 40.39% y según fuentes del SISBEN (2018) 483.905 adultos mayores están clasificados en los niveles I y II del SISBEN correspondiente al 54.7% de los adultos mayores de Antioquia. Por su parte la Encuesta Nutricional Nacional en el 2007, la población adulta mayor está considerada como el grupo con mayor riesgo de malnutrición y esta su vez está asociado a un alto consumo de fármacos, trastornos del afecto, alteraciones cognoscitivas y deficiente dentición. Finalmente, en cuanto a la mortalidad en mayores de 65 años las principales causas son enfermedades isquémicas del corazón (19%), enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores (11%) y enfermedades cerebrovasculares (8%) según fuentes del DANE 2005.

Proyecto: Compromiso Reivindicando los derechos del adulto mayor en Antioquia

Programa: Antioquia reivindicando los derechos del Adulto Mayor

Problema 4: Exclusión social de la población con discapacidad en el departamento de Antioquia.

La discapacidad se presenta con mayor frecuencia asociada a estratos socioeconómicos bajos, pobreza, bajos niveles académicos y una menor participación laboral que las personas sin discapacidad. En parte, esto es consecuencia de los obstáculos en el acceso de las personas en situación de discapacidad a servicios básicos que afectan la calidad de vida y las oportunidades, en particular la salud, la educación y el empleo. Está población presenta una deficiencia en su calidad de vida, debido a que el medio no proporciona alternativas de desarrollo laboral ni social; y

además el medio carece de condiciones adecuadas de accesibilidad a la infraestructura física, que se convierten en barreras para el acceso de las personas con discapacidad. Si bien se ha tenido un avance en la cobertura con el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), todavía falta por identificar a personas con discapacidad. Próximamente con la entrada en vigor de la Resolución 0000113 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, dicho proceso avanza a una nueva etapa denominada certificación de discapacidad, proceso que depura el RLCPD, en la medida que este proceso se de a través de una valoración clínica realizada por un grupo de profesionales de la salud. Una de las mayores limitantes en salud, lo constituye la escasa oferta de servicios de rehabilitación funcional en las regiones y en especial en municipios dispersos. En este sentido se deben plantear alternativas que faciliten la disposición de estos servicios, como son la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad - RBC, complementada con los Servicios Comunitarios de Rehabilitación y estrategias integradas a Telesalud en asocio de aliados estratégicos. Otra limitante es la inadecuada atención en los servicios de salud a la población con discapacidad, pues no se cumple con los ajustes razonables y los apoyos necesarios por parte de todos los actores que garanticen una equiparación para acceder a los servicios.

Con corte a septiembre de 2019, hay registradas 201.385 personas con discapacidad en Antioquia, en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad --RLCPD del Ministerio. Allí se encuentra que las cinco primeras categorías



de discapacidad, o con mayor presencia son: Primera: Física 25,2%. Segunda: Cognitiva 17%. Tercera: Múltiple 10,8. Cuarta: Mental 6,0% y Quinta: Visual 5,1. En la población con discapacidad, es preocupante el nivel educativo, siendo notablemente bajo. El 41,9% registra su último grado escolar aprobado en básica primaria; y es particularmente alarmante la cifra de personas que reportan no tener ningún grado de escolaridad (28,6%). En este sentido, la participación de esta población en los niveles educativos superiores es reducida, lo cual se evidencia en que sólo el 3,8% reporta estudios de nivel técnico o tecnológico, universitario y de postgrado. Además, las instituciones educativas no tienen formado el recurso humano de docentes para brindar una educación inclusiva. En cuanto al nivel de ingresos, se encuentra que el 64,5% de las personas con discapacidad registradas no perciben ingreso alguno y quienes sí obtienen recursos económicos, la mayoría acceden a menos de un salario mínimo legal vigente. La desigualdad y escasas oportunidades de acceso al mercado laboral hacen que estas comunidades se aislen de las dinámicas sociales, situación que margina y potencia modelos mentales discriminatorios. A estas condiciones se suman un sinnúmero de barreras de tipo actitudinal y arquitectónico, lo que impide que estas personas puedan desenvolverse en los mismos espacios donde se desarrolla la vida cotidiana, situación que contribuye a un aislamiento social e impide la restitución de los derechos de la población con discapacidad. Una necesidad sentida de las personas con discapacidad tiene que ver con la falta de empleo y la consecuente falta de ingresos, que se convierten en barreras para el desarrollo de sus capacidades

humanas.

Problema 5: Vulneración de los derechos y protección social de los habitantes de calle.

En la Ley 1641 de 2013 "Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle, y se dictan otras disposiciones", es claro el deber de garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social. Conforme a la Sentencia T-043/15 de la Corte Constitucional cada persona es libre de desarrollar su personalidad acorde con su plan de vida, tal como lo señala el artículo 16 de la Constitución Política de Colombia que reafirma la vida en calle como una opción, que debe ser respetada y para lo cual el Estado debe garantizar todos los derechos constitucionales, al tiempo que debe prevenir las transgresiones que esta población pudiera llevar a cabo. Conscientes de lo anterior, Antioquia debe continuar emprendiendo acciones para garantizar estos derechos.

Medellín y su área metropolitana cuentan con 3.788 habitantes de la calle, según el CENSO de Habitante de la calle DANE 2019. Proyecto: Apoyo Implementación de modelo de atención unidos por la inclusión social del habitante de calle.

Programa: Apoyo intersectorial a la población habitante de calle

Problema 6: En el departamento de Antioquia se continúan evidenciando entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas, que impactan negativamente el perfil de morbilidad y mortalidad de la población en



todo el curso de vida, afectando el desarrollo de capacidades, competencias ciudadanas y comunitarias y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

En Antioquia se continúan evidenciando necesidades en materia de entorno y calidad de vivienda, acceso a servicios públicos, escolaridad, movilidad, participación, salud, trabajo y recreación, e ingresos, los cuales impactan negativamente el perfil de morbimortalidad de la población en todo el curso de vida, especialmente lo relacionado con desnutrición, malnutrición, enfermedades contagiosas e infecciosas emergentes y reemergentes, mortalidad materna y perinatal, intentos de suicidio, suicidio, embarazo en adolescentes, falta de acceso a servicios públicos, a educación, seguridad y convivencia entre otros. Desde lo demográfico, en Antioquia se identifica una pirámide poblacional regresiva, con una población de alto índice de dependencia, dado por el aumento proporcional de población infantil, joven y anciana, que no puede acceder a los bienes y servicios, y que además requieren de una alta demanda del cuidado de su salud, lo cual ha sido históricamente invisibilizado. Las vivencias de los colectivos desde el ámbito de las familias, los grupos organizados y los servidores públicos de los diversos sectores, evidencian una diversidad de percepciones, intereses y motivaciones que hacen de esta realidad una situación compleja y marcada por la incertidumbre; además, desde el sector salud se generan grandes demandas a los individuos y sus familias para la organización y respuesta al sistema, en términos de aseguramiento y de cumplir con las acciones de la salud colectiva y acciones de educación para la salud, hacia el

mejoramiento de su calidad de vida. El Departamento ha venido trabajando en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) buscando la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, con una evidencia insuficiente del impacto de las acciones en las comunidades, con avances poco significativos en la implementación de la Política de Atención Integral de Salud- PAIS establecida. Antioquia presenta grandes retos, diferenciados entre zonas urbana y rural, que abarcan el orden social, político, ambiental y económico sin alejarse de la situación actual del país. Según el informe del Análisis de Situación de Salud de Colombia para el 2018, el Departamento reporta el 44,29% de Índice de Pobreza Multidimensional y alrededor del 60% de la población económicamente activa pertenece al sector informal de la economía, lo que limita la promoción de la salud y la gestión del riesgo; situación que se agrava en regiones y en momentos del conflicto armado que han marcado procesos de deterioro y carencia de programas para la salud en los diferentes municipios, con un impacto limitado sobre los determinantes sociales en los entornos familiar, comunitario, educativo y laboral a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que afectan la morbimortalidad y la calidad de vida de la población.

Proyecto: Fortalecimiento APS - Territorio Saludable y Comprometido por la Vida
Programa: Atención Primaria en Salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña

Problema 7: Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles en el departamento de



Antioquia.

La falta de adherencia a los estilos de vida saludable de la población ha generado aumento en la morbimortalidad por patologías asociadas al sistema circulatorio Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y neoplasias. De este modo se encuentran altas tasas de mortalidad por estos eventos, en algunas subregiones del Departamento, aunque el comportamiento en los últimos 13 años presenta una tendencia estable. Las neoplasias constituyen la tercera causa de muerte, cabe anotar que el tumor maligno de mama se encuentra en los primeros lugares.

En los registros nacionales, se evidencia la tasa de mortalidad por IAM en Antioquia en el año 2018, la cual fue de 67,7, siendo incluso más alta en algunas subregiones del territorio. La mortalidad por EPOC 32,1, y este a su vez impacta en la morbilidad asociada con desenlace en mortalidad por IAM. En cuanto a las neoplasias en menores de 18 años la tasa es de 4,4.

Proyecto: Fortalecimiento autocuidarnos, un camino para la vida - enfermedades no transmisibles

Programa: Mejoramiento de la Situación de Salud de Antioquia

Problema 8: Poca implementación de modelos de acción integral territorial en salud en el departamento de Antioquia respecto al enfoque diferencial étnico y con enfoque de género.

Los niveles actuales de las desigualdades sanitarias representan un reto para la equidad

en salud y la justicia social, pues señalan que las políticas orientadas a abordar las condiciones sociales y económicas de la población no están logrando satisfacer de manera adecuada sus necesidades y por consiguiente el Sistema de salud en Colombia, adolece de una Ruta de Atención Integral en Salud donde se reconozcan las necesidades particulares de los diferentes grupos poblacionales, en la planeación en salud se debe tener en cuenta aspectos contextualizados de las comunidades étnicas (indígenas, afrodescendientes y ROM), de tal manera que sus diferencias y necesidades específicas sean la base para darle un enfoque diferencial que dé cuenta del respeto por su cosmogonía y la multiculturalidad, hasta el momento actual esta planificación ha sido poco coherente con la densidad y especificidades de la población étnica, tendiendo a realizarse acciones generalizadas especialmente cuando se habla de atenciones en salud, se desconocen características genéticas y culturales de los diferentes grupos étnicos tanto en sus localidades ancestrales como en municipios receptores en situaciones de movilidad, esto debe llevar a planear acciones de promoción y prevención diferenciales que permitan el desarrollo de capacidades específicas en los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- y otros sectores, favoreciendo el trabajo articulado e intersectorial. La migración de poblaciones étnicas trae consigo arraigos culturales que no dialogan con el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, esto no se ha tenido en cuenta en la reorientación de los servicios y participación de estas comunidades en la planeación en salud, que permitan incorporar sus prácticas y creencias en el sistema de salud y generar



estrategias para cambios comportamentales, sin afectar la cultura.

En el análisis metodológico para la formulación del Plan Territorial de Salud se identifica en la dimensión Gestión Diferencial de poblaciones vulnerables una problemática relacionada con enfoque diferencial de género el cual no da respuesta a las necesidades de salud de las mujeres, hombres y población LGTBI (lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, intersexuales), estas condiciones de vulnerabilidad son determinantes diferenciales en sus expectativas de vida, sus recursos y opciones de acceso al bienestar y la salud integral, sumado a las carencias en recursos económicos que les impiden satisfacer y cubrir de manera adecuada las necesidades básicas, entre ellas la salud, debido principalmente al desconocimiento del modelo de atención que no reconoce la diferencia de las necesidades de la población relacionadas al género, la falta de accesibilidad a los servicios de salud y de habilidades en el manejo diferencial por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. A nivel institucional el Departamento no cuenta con un equipo interdisciplinario para el acompañamiento técnico a los actores municipales para el abordaje del enfoque étnico diferencial y de género que posibilite hablar de condiciones favorables para la atención diferencial.

Proyecto: Fortalecimiento Unidos en equidad, etnias y género.

Programa: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia.

Problema 9: Malnutrición por déficit, por

exceso o carencia específica en diferentes grupos poblacionales, en el departamento de Antioquia.

Los problemas de malnutrición, están representados en los diferentes grupos poblacionales y explicados por múltiples factores desde cada uno de los componentes que intervienen en la seguridad alimentaria y nutricional; desde el acceso y la disponibilidad de alimentos, se cita la diversidad en el tema de producción, como la disminución de las áreas agrícolas por el crecimiento de la urbanización, lo cual ha cambiado el uso del suelo, cambio de la práctica de la agricultura para el autoconsumo, agregado a esto, están los factores relacionados con las prácticas alimentarias inadecuadas de la población como: el consumo de alimentos de baja calidad nutricional y alta densidad energética, como efecto de algunos factores psicosociales (estereotipos sociales, la publicidad indiscriminada de los medios de comunicación) y culturales.

En los niños y niñas menores de 5 años, se observó retraso en talla en el 10%, con un mayor número de casos en las subregiones de Oriente y Urabá, riesgo de desnutrición aguda en el 22,6%, con mayor número de casos en las subregiones de Oriente y Valle de Aburrá, riesgo de sobrepeso en el 17,4% con un mayor número de casos en las subregiones de Oriente y Valle de Aburrá y anemia por deficiencia de hierro en el 55,5%. En los niños y niñas mayores de 5 años y adolescentes se observó el exceso de peso en el 30,4%, con mayor número de casos para el sobrepeso en Valle de Aburrá, Oriente y Suroeste. En la población de 18 a 59 años, se observó exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en el 58,7%,



con una mayor proporción en las subregiones del Occidente y Nordeste para el sobrepeso y para la obesidad, Urabá y Bajo Cauca, En los adultos mayores, el 38,5% presentó exceso de peso, con mayor proporción de sobrepeso en la subregión de Suroeste, Magdalena Medio y Valle de Aburrá y para obesidad, las mayores proporciones fueron en Valle de Aburrá y Oriente. En las mujeres gestantes se observó anemia por deficiencia de hierro del 48,4%.

Proyecto: Fortalecimiento Unidos por una nutrición para la vida Antioquia

Programa: Mejoramiento de la Situación de Salud de Antioquia

Problema 10: En Antioquia continúa presentándose mortalidad evitable en niños y niñas menores de 5 años.

Para el año 2018 se presentó una tasa de mortalidad en menores de 1 año de 8,5 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en la población menor de 5 años se presentó una tasa de mortalidad de 10,2 por 1000 nacidos vivos; como primera causa de muerte en este grupo poblacional, se encuentran los trastornos respiratorios, gran parte de las causas de mortalidad en menores de 5 años se relacionan principalmente con enfermedades prevalentes en la infancia, tales como infección respiratoria aguda- IRA, enfermedad diarreica aguda-EDA y desnutrición DNT.

Proyecto: Fortalecimiento cuidándote desde el inicio de la vida-Infancia

Programa: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

Problema 11: En el departamento de Antioquia la gestión relacionada con el proceso de inspección y vigilancia de las acciones de

promoción de la salud y gestión del riesgo individual y colectivo a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), entes territoriales ha sido asumida de manera parcial y desarticulada.

El proceso de planeación en la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ha asumido parcialmente el enfoque territorial y diferencial, perdiendo su liderazgo en el sector a nivel del Departamento, además de ser un proceso desarticulado y poco profundo frente al desarrollo de estrategias que permitan de manera articulada con otros sectores y actores la modificación de determinantes sociales de la salud. De igual forma la concepción de la salud pública tiene una connotación deficiente de integralidad, limitando la gestión y responsabilidad a una sola dependencia (Gerencia de Salud Pública), que cuenta con un talento humano y técnico limitado que no permite generar en los territorios una capacidad operativa que facilite la apropiación de una cultura de la salud en las comunidades. En los últimos años la entidad territorial departamental, en el ejercicio de sus competencias actuó de forma reactiva y centrada en la morbilidad (concepción morbi-céntrica) para la gestión de la salud pública y de los procesos de vigilancia epidemiológica y de vigilancia de los factores de riesgo del ambiente, situación que junto con otros factores como la desarticulación interna en los procesos de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control y la escasa presencia de la entidad territorial en los municipios, ha originado la pérdida de liderazgo, credibilidad y capacidad de convocatoria, frente a los actores y otros sectores que tienen injerencia en los



determinantes sociales de la salud. Entre las causas que han originado la situación descrita, se identifica la debilidad en los procesos de selección y vinculación del personal, la no garantía de continuidad de éste y la poca gestión del conocimiento; pérdida de talento humano con alta experticia y experiencia, así como la misma insuficiencia de talento humano para desarrollar cabalmente las responsabilidades como ente rector de la salud en el territorio.

En el departamento de Antioquia no se logra un acceso efectivo a la prestación de los servicios de salud, debido a diferentes causas como: una insuficiente cobertura de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la cual alcanza el 92% de la población total afiliada; la negación de la prestación de los servicios por parte de las EAPB e IPS, déficit financiero de las Empresas Sociales del Estado (ESE), limitado flujo de recursos entre los actores e inadecuado manejo de estos. De otro lado, el acceso se limita por la concentración de los servicios de alta complejidad en la capital, dificultades en referencia y contrarreferencia, inadecuada calidad en la atención e insuficiente vigilancia en salud por parte de los entes territoriales en salud, debido a perfiles profesionales inadecuados, falta de capacitación, alta rotación del personal y/o insuficiente recurso humano, sistema de información desarticulado y con deficiencia en la calidad, sumado a un Laboratorio Departamental de Salud Pública-LDSP, con limitación para el ejercicio de sus funciones de vigilancia epidemiológica; finalmente el deficiente control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, el Departamento en lo de su competencia, la Controlaría, la

Procuraduría, la Personería y la ciudadanía a través del control social, que incide en los indicadores de salud pública, todo lo cual lleva a una deficiente gestión administrativa y por consiguiente un inadecuado control de la morbi-mortalidad y discapacidad evitable de la población del Departamento. Antioquia presenta una tasa bruta de mortalidad de 5 muertes por mil habitantes, siendo similar a la del país.

Proyecto: Fortalecimiento vigilancia en Salud Publica-Información para la acción Antioquia
Programa: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

Problema 12: Poca capacidad de respuesta en el departamento de Antioquia, frente a la creciente incidencia del COVID 19 como enfermedad emergente y desconocida, con un alto nivel de transmisibilidad y de contagio entre persona y persona.

En el departamento de Antioquia, se observa una alta carga de enfermedades transmitidas por el aire y de contacto directo como tuberculosis, lepra, IRA y coronavirus SARS COV2 que produce la enfermedad COVID 19, los cuales se agravan por factores como: la falta de acceso efectivo a los servicios de salud, deficiente red de servicios, inadecuada calidad en la atención e insuficiente vigilancia en salud por parte de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y entidades territoriales a través de sus direcciones locales de salud, debido al insuficiente talento humano, deficiente capacitación, asesoría y asistencia a los actores del sistema e inadecuados perfiles de los profesionales, alta rotación del personal en los diferentes niveles, sistemas de



información y de vigilancia epidemiológica desarticulados y con deficiencia en la calidad, sumado a un Laboratorio Departamental de Salud Pública - LDSP, con limitación para el ejercicio de sus funciones de vigilancia epidemiológica (no cuenta con la infraestructura física, tecnológica y el talento humano adecuado y suficiente); lo que incide en los indicadores de salud pública, llevando a una deficiente gestión administrativa y por consiguiente un inadecuado control de la morbi-mortalidad.

Frente a una enfermedad nueva, de la que no se conoce su comportamiento y para la que no hay un tratamiento terapéutico, ni preventivo, la mejor alternativa es trabajar unidos e integralmente para lograr el control de esta.

Proyecto: Compromiso Unidos en Solidaridad-COVID 19 en el Departamento

Programa: Unidos para la respuesta integral en salud frente al COVID 19

Problema 13: En el departamento de Antioquia existen barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva, para la maternidad segura, prevención de embarazo en adolescentes, violencias sexuales, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Se tiene para el año 2018 una tasa de incidencia en VIH de 43,9 por 100.000 habitantes.

En el departamento de Antioquia persisten situaciones que vulneran los derechos sexuales y los derechos reproductivos, donde los principales indicadores como la mortalidad materna por causas directas en el 2018,

presentaron una razón de 22,8 por 100.000 nacidos vivos, menor con respecto al país de 29,3. Su disminución probablemente se debe a la estrategia de vigilancia de la morbilidad y seguimiento para una identificación temprana de las complicaciones obstétricas y evitar así su progresión a la muerte. Con relación a la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años para Antioquia, se presenta una tendencia a la disminución en el grupo de 15 a 19 años, que para el 2015 tenía una tasa de 65,3 por 1000 mujeres y para el 2018, pasó a una tasa de 56,6 por 1000 mujeres de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad en las adolescentes de 10 a 14 años, también ha venido presentando tendencia a la disminución, pues el 2015 tuvo una tasa de 3,9 por 1000 mujeres y para el 2018 pasó a una tasa de 3,1 por 1000 mujeres de 10 a 14 años, con ligera mejoría por las medidas penales implementadas en el sector justicia, acciones de intervención en los determinantes sociales de la salud y a la difusión y aplicación de la " Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2017-2021" en acciones progresivas integradas, integrales y diferenciales a la población. La incidencia de violencia sexual general presenta para el año 2018 una tasa de 85,6 generando en las víctimas efectos tales como la desconfianza, miedo, hostilidad hacia el sexo de quien agredió o hacia la familia si se siente que no se protegió, vergüenza, ansiedad, culpa, huida de casa, fracaso escolar e ingestión de drogas, alta incidencia de insatisfacción y disfunciones sexuales, depresión, angustia, mayor incidencia de embarazos no deseados y embarazo temprano, inicio temprano de las relaciones sexuales e infecciones de transmisión sexual.

Proyecto: Fortalecimiento Elijó con



responsabilidad - salud sexual y reproductiva
Programa: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

Problema 14: Presencia de las enfermedades transmisibles que deterioran el bienestar de la población Antioqueña.

El bienestar activo y saludable en el departamento de Antioquia, se ve influenciado por la cobertura de vacunas Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que no es homogénea, generando riesgo de adquirir enfermedades inmunoprevenibles en nuestro Departamento, sumándose a la morbimortalidad, la amplia diversidad geográfica, climática, económica y demográfica del territorio. Por otro lado, el sistema de vigilancia en salud pública presenta falencias en la búsqueda activa de casos, notificación, seguimiento y cierre, causadas por el desconocimiento de protocolos, inadecuado diagnóstico y tratamiento, no adherencia a guías de atención, rotación del talento humano, insuficiencia de recursos financieros, lo que puede generar aumento en la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles y poner en riesgo la calidad de vida.

La mortalidad por tuberculosis es de 2,5 x 100.000 habitantes. La implementación del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), resistencia microbiana y consumo de antibióticos en instituciones de salud de alta y media complejidad es desconocida. La cobertura de vacunación en el grupo de menores de 1 año con la triple viral-Sarampión, Rubeola, Parotiditis-(SRP) es de 95%. El cumplimiento en la vigilancia centinela de enfermedad Sincitial- Infección

Respiratoria Aguda Grave (ESI-IRAG) es desconocido.

Proyecto: Compromiso Cuidarme para cuidarte -Enfermedades transmisibles
Programa: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

Problema 15: El Departamento presenta altas tasas de morbimortalidad por eventos relacionados con la convivencia y salud mental.

El conflicto armado durante más de 60 años en el Departamento, ha generado el mayor número de víctimas en el país, 1'671.798, la mayoría de esta población se encuentra entre los 10 y los 25 años de edad; la extrema pobreza, las migraciones internas a las ciudades de la población rural (desplazamiento), la migración de la población venezolana en el último año, han contribuido a que los antioqueños desarrollen trastornos mentales, incrementen el consumo de sustancias psicoactivas y disminuyan la edad de inicio del consumo a 12 años de edad de sustancias lícitas y a 13 años de edad de sustancias ilícitas (investigación consumo de sustancias psicoactivas en población escolar del departamento de Antioquia en el 2018). En el año 2018, se presentaron 79.558 casos de diferentes formas de violencias (violencia intrafamiliar, sexual, física y negligencia y abandono). Todo lo anterior contribuye al incremento de la conducta suicida, lo que se evidencia en la tasa de mortalidad del Departamento, pasando de 5,8 en el 2015 a 6,5 en el 2018; se evidencia que en las subregiones Occidente (9), Norte (7,9), Oriente (8,9), Suroeste (7,9) y Valle de Aburrá (6,5), la tasa se encuentra por encima de la

media del Departamento. Se observa insuficiencia institucional en la red prestadora de servicios de salud, poca asignación de recursos económicos, aunado a esto, el talento humano presenta deficientes habilidades para la aplicación de programas, estrategias y proyectos de participación, acción y desarrollo de capacidades desde lo individual, familiar, transectorial y comunitario para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, encaminados al fortalecimiento de la movilización, construcción de alianzas y desarrollo de redes de apoyo para el empoderamiento y la corresponsabilidad social por una cultura que promueva y proteja la salud mental y la sana convivencia.

Proyecto: Fortalecimiento Salud para el alma-salud mental y convivencia Social

Programa: Salud para el alma, salud mental y convivencia

Problema 16: Baja producción de investigaciones, generación de información y actualización de los datos en los temas referentes al consumo problemático de sustancias psicoactivas y otras adicciones, en el departamento de Antioquia.

El consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), es un tema preocupante en la sociedad, por tanto, es indispensable realizar procesos de fortalecimiento interinstitucional y un trabajo en red con todos los actores involucrados en la atención de la problemática. Claramente, esto afecta principalmente a niños(as), adolescentes y jóvenes en cada uno de sus entornos. Para este proceso es necesario identificar la magnitud del problema, la población afectada y los factores de riesgo y

protectores asociados; así, lograr identificar las áreas a fortalecer y orientar las acciones de promoción y prevención que impacten positivamente a la sociedad, tanto en la reducción del consumo, la oferta y la demanda de SPA, como en la reducción de las comorbilidades asociadas al consumo. En el departamento de Antioquia se presentan altas tasas de consumo de SPA, algunos de los siguientes factores tienen incidencia: la extrema pobreza, el conflicto armado, el desplazamiento forzado, la violencia y disfuncionalidad familiar, la carencia de programas relacionados con la promoción de estilos de vida saludables y/o la prevención del consumo de SPA, la desigualdad, el fácil acceso y/o alta oferta de SPA, el uso de drogas o criminalidad por parte de padres, la escasa oferta institucional de actividades extracurriculares, los rasgos de personalidad y la escasa consolidación de habilidades para la vida. Afectando igualmente a la población escolar antioqueña, presentado una prevalencia de consumo de sustancias lícitas e ilícitas superior a la media nacional (Observatorio de Drogas de Colombia -ODC, 2016).

Proyecto: Consolidación de la Escuela contra la drogadicción en el departamento de Antioquia

Programa: Salud para el alma, salud mental y convivencia

Problema 17: Existe un Modelo de Inspección Vigilancia Control Sanitario de los Sistemas de Acueductos e Instalaciones Acuáticas limitado para evaluar el riesgo sanitario y notificación oportuna para la toma de medidas preventivas y correctivas lo que incide sobre la salud de la comunidad antioqueña que utiliza estos servicios.



No se realizan la totalidad de los análisis de las características mínimas fisicoquímicas de los acueductos rurales. Solo se tiene información cargada al sistema de información de vigilancia de la calidad del agua potable -SIVICAP-- por su manejo centralizado y el gran volumen de información a registrar. Los servidores no cuentan con las competencias para realizar las funciones de inspección, vigilancia y control sanitario. Se cuenta en el Departamento con sistemas de acueducto no vigilados por la limitación del talento humano para cubrir el 100% de los sujetos sanitarios. El Laboratorio Departamental de Salud Pública sin capacidad para realizar análisis microbiológico y fisicoquímico.

De los 109 municipios categorías 4, 5 y 6 de responsabilidad departamental solo 38 (34.8 %) tienen equipos para la medición de la característica "Turbiedad", el 100% no tiene equipos para la medición de "Color", 57 (37.2%) de los 153 sistemas de acueductos urbanos de responsabilidad departamental tienen elaborado los Mapas de Riesgos de Agua para Consumo Humano. Se tiene que 592 (64.8%) de las muestras de aguas de los sistemas de aguas son ingresados al SIVICAP y no cuentan con el reporte de información de las visitas de inspección sanitaria de los sistemas de acueductos rurales. El 21% de los Técnicos Área de Salud (TAS) aún no están certificados en competencias laborales en el procedimiento de toma de muestras de aguas y se presenta un manejo centralizado del Sistema de Información de Vigilancia de la Calidad del Agua Potable (SIVICAP) al solo tener un usuario y contraseña para su manejo.

Proyecto: Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control de la calidad del agua para

consumo humano y uso recreativo en el departamento de Antioquia
Programa: Salud ambiental y factores de riesgo

Problema 18: Condiciones sanitarias inadecuadas en los procesos de elaboración, conservación almacenamiento, comercialización, expendio y transporte de los alimentos, en los municipios categoría 4, 5 y 6 del departamento de Antioquia

Los factores relacionados a la inocuidad y calidad de los alimentos como: la alta informalidad de expendios de alimentos en vías pública, la escasa adherencia de los comercializadores de alimentos a la normatividad vigente, la ausencia de compromiso en la implementación de las Buenas Prácticas de Manufactura de los manipuladores de alimentos incide en la presentación de situaciones inseguras en el manejo de los alimentos, que propician riesgo para la salud de los consumidores. Durante el año 2016 se presentan 10 brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos-ETA, en el 2017, 6 en el 2018, 8 y en el 2019, 28; los cuales, afectan la salud de 1.297 personas, adicionalmente, el programa de muestreo arroja, teniendo en cuenta el diagnóstico sanitario por subregiones, en los alimentos trazadores y los de mayor riesgo en salud pública, en el 2016 después de analizar 1.229 muestras, 402 son no conforme, en el 2017, 1.705 con 453 muestras no conformes, en el 2018 se analizaron 961, arroja 308 muestras no conformes y en el 2019 se analizan 681, con 231 muestras no conformes. Se observa en general la presencia de coliformes fecales en un alto porcentaje de las muestras de alimentos analizadas como



resultado de malas prácticas sanitarias, listeria, salmonella y bacilos cereus, debido a procesos de recontaminación de los alimentos o procesos térmicos que no alcanzan temperaturas seguras. En el departamento de Antioquia en los municipios categoría 4, 5 y 6 existen 43.326 establecimientos abiertos al público, cuya actividad económica es la preparación, comercialización, almacenamiento, expendio y transporte de alimentos, el 60% de estos establecimientos no cumplen la totalidad los requerimientos sanitarios de acuerdo con las normas vigentes y se presenta constantemente la aplicación de medidas sanitarias de seguridad.

Proyecto: Fortalecimiento de la vigilancia de la calidad e inocuidad de alimentos y bebidas en el departamento de Antioquia

Programa: Salud ambiental y factores de riesgo

Problema 19: Baja capacidad de adaptación, preparación y apropiación frente a los impactos en salud asociados a la crisis climática y calidad del aire en el departamento de Antioquia.

Los 125 municipios del departamento de Antioquia están en riesgo por el fenómeno de cambio climático. Este representa una gran amenaza para la salud humana. De ahí, parte de necesidad de que el sector salud se debe preparar, adaptar y apropiar de abordar el tema de manera integral; según los resultados arrojados en la formulación del Plan Integral de Cambio Climático de Antioquia en relación con la salud de la población por la exposición al fenómeno de cambio climático. La situación más crítica la tienen los municipios de la subregión de Urabá que se encuentran en

riesgo muy alto, seguidos de la subregión del Bajo Cauca, Nordeste y el Valle de Aburrá. En relación a los componentes del riesgo se tiene: amenaza muy alta y alta para la salud asociada principalmente con un incremento en la mortalidad por aumentos en la temperatura y se esperan cambios en el porcentaje de área idónea para aedes aegypti, el principal vector de los virus que causa el dengue, chikunguña y zika; respecto a la sensibilidad en salud los indicadores que le confieren al territorio sensibilidad muy alta y alta están asociados principalmente con los casos reportados de dengue y con el porcentaje de la población en la etapa de la niñez y la tercera edad teniendo a la subregión de Occidente y Suroeste con niveles muy altos de sensibilidad. Con respecto a la capacidad adaptativa en salud, la mayoría de las subregiones presentan una valoración de muy alta y alta debido principalmente a que presentan buenos indicadores de número de camas hospitalarias e inversión en vacunación. Cabe resaltar que el Urabá es la que presenta la menor capacidad adaptativa; respecto a la vulnerabilidad en salud.

A 2020, Antioquia no cuenta con un diagnóstico de la capacidad de respuesta frente a emergencias y desastres producto de la actual crisis climática, a la gestión del riesgo del sector salud en el Departamento le hace falta incorporar el tema de crisis climática en los procesos de apropiación sectorial y de ejecución de acciones frente a emergencias y desastres. Además, el Departamento a 2020 no cuenta con el Plan de Adaptación al Cambio Climático desde el componente de Salud Ambiental, meta establecida en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. El Plan sectorial de adaptación al Cambio Climático



que debe formular Antioquia responde a su vez a la responsabilidad enmarcada en el Plan Integral de Cambio Climático de Antioquia aprobado mediante Ordenanza departamental 029 de 2019 y en la Ley 1931 de 2018. En esta ley se establecen directrices para la gestión integral del cambio climático, cuyo objeto es establecer los lineamientos para la gestión del cambio climático en las decisiones públicas y privadas, la concurrencia de la nación, departamentos, municipios, distritos, áreas metropolitanas y autoridades ambientales principalmente en las acciones de adaptación al cambio climático, así como en mitigación de gases efecto invernadero, con el objetivo de reducir la vulnerabilidad de la población y de los ecosistemas del país frente a los efectos del mismo y promover la transición hacia una economía competitiva, sustentable y un desarrollo bajo en carbono. Así mismo, se deben realizar acciones de vigilancia de los efectos en salud asociados a la calidad del aire, con el fin de conocer la relación entre la enfermedad en la población más vulnerable de los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª, con mayor riesgo de exposición a contaminantes del aire y fortalecer la gestión interinstitucional e intersectorial, para abordar eventos de interés en salud relacionados con la calidad del aire.

Proyecto: Fortalecimiento de la Vigilancia de los efectos en salud y riesgos asociados a causa de la crisis climática y calidad del aire en el departamento de Antioquia

Programa: Salud ambiental y factores de riesgo

Problema 20: Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población que se encuentra expuesta a

los factores de riesgo químico en los diferentes entornos, comportamientos humanos, manejo inadecuado o inseguro de estas sustancias en el departamento de Antioquia.

Resultado del desarrollo industrial, existen miles de sustancias que poseen la capacidad de hacer daño en dosis suficientes, muchas de éstas pueden estar en aire, agua, suelo y alimentos, presentes en hogares, escuelas y lugares de trabajo. Se ha estimado que hay más de 100.000 sustancias químicas de uso comercial y aproximadamente 2.300 nuevos productos, son desarrollados y presentados para su registro cada año. Es así como la capacidad de la industria para producir nuevas sustancias supera la investigación y el conocimiento sobre los posibles efectos en la salud de muchas de estas sustancias. En Latinoamérica y el Caribe se considera que existe subregistro de las intoxicaciones causadas por sustancias químicas. Se han presentado algunos casos masivos de intoxicación, como los ocurridos en Argentina y Colombia. En 2003, en Villaguay (Argentina), en una localidad de 3.000 habitantes se denunciaron casos de malformaciones y abortos espontáneos que se atribuyeron a fumigaciones aéreas por endosulfán en monocultivos de soya transgénica. En 2007 en Colombia se presentó un brote donde 150 personas resultaron intoxicadas y un menor de edad murió al manipular endosulfán en cultivos de café y plátano, a pesar de que este insecticida fue prohibido en el país desde 2001. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas, se debe realizar asesoría y asistencia sobre la prevención, diagnóstico y gestión de las



intoxicaciones.

En el informe del evento del primer semestre de 2019, se debe registrar que, con respecto al mismo período de 2018, se presenta una disminución significativa, pasando de 3.525 casos en 2018 a 1.479 casos en 2019 para una incidencia de 21,9 por cien mil habitantes, lo anterior, debido a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud (INS) y no incluir para este análisis los casos de intento suicidio. Teniendo en cuenta lo anterior, por sustancias psicoactivas se registran el mayor número de casos con 534 casos, el 36,1% de los reportes del semestre, seguido por medicamentos con el 21,6%, otras sustancias químicas con el 18%, plaguicidas con el 18%.

Proyecto: Fortalecimiento de la Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las intoxicaciones por sustancias químicas en el departamento de Antioquia.

Programa: Salud ambiental y factores de riesgo.

Problema 21: Inadecuadas condiciones sanitarias en los establecimientos que ofrecen bienes y servicios en cada uno de los municipios categoría 4, 5 y 6, además de la propagación de eventos de interés en salud de importancia nacional e internacional.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en uso de sus competencias legales y en especial las establecidas en la Ley 715 de 2001, debe realizar de manera permanente, visitas de inspección, vigilancia y control a los establecimientos de bienes y servicios farmacéuticos ubicados en los municipios de categoría 4, 5 y 6 del Departamento. Dichas actividades se realizan conforme los enfoques

establecidos en la Ley 9 de 1979 y la Resolución 1229 de 2013 para el modelo de inspección, vigilancia y control sanitarios, utilizando instrumentos (actas) que incluyen, de manera integral, los requisitos normativos aplicables a cada tipo de establecimiento. En el departamento de Antioquia se tiene un censo de 42.472 establecimientos de bienes y servicios, de los cuales 25.101 están ubicados en los municipios categorías 4, 5 y 6 de competencia de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en las acciones de Inspección, Vigilancia y Control se han evidenciado riesgos para la salud de la población en las inadecuadas condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos de interés sanitario. El Departamento cuenta con 17 Terminales Aéreas, Portuarias, Fluviales y Terrestres de las cuales 12 son de competencia de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, permitiendo el tránsito de personas a nivel nacional e internacional, lo que conlleva a tener riesgo permanente en la propagación de enfermedades tales como COVID 19, cólera, ébola, chikunguña, zika, H1N1, entre otros.

El 99% de los establecimientos que ofrecen bienes o servicios que son interés sanitario con inspección, vigilancia y control requieren visita de inspección sanitaria para evaluar el cumplimiento de la normatividad sanitaria de acuerdo con su actividad, para así controlar los riesgos en salud ambiental que puedan afectar la salud los usuarios o población en general. Las 12 terminales de competencia de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia son establecimientos que por su complejidad e importancia en la movilidad de personas y transporte de carga requieren tener inspección sanitaria



anualmente para así lograr el monitoreo y control de los riesgos de acuerdo con el servicio ya sea a nivel regional, nacional o internacional. Teniendo en cuenta las competencias de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia es necesario realizar inspección sanitaria en un 80% para aquellos establecimientos de bienes y servicios de alto riesgo, y en un 40% para los de bajo riesgo, según censo nacional y/o territorial.

Proyecto: Fortalecimiento de la prevención, vigilancia y control de los factores de riesgo sanitarios, ambientales y del consumo, en el departamento de Antioquia

Programa: Salud ambiental y factores de riesgo

Problema 22: Deficiencia en las condiciones sanitarias y uso inadecuado de los productos farmacéuticos en el departamento de Antioquia.

En el departamento de Antioquia, registraban 4.608 establecimientos autorizados para la comercialización de medicamentos y otros productos farmacéuticos al 31 de diciembre de 2019. Entre 2016 y 2019, se realizaron 7.773 visitas a dichos establecimientos, teniendo como conceptos sanitarios resultantes: desfavorable en el 6,8 % (544) y favorable con requerimientos en el 70,1 % (5.576) de las mismas, con la consecuente aplicación de 2.055 medidas de seguridad por incumplimiento a las condiciones sanitarias, clasificadas así: 1.203 decomisos de productos, 438 clausuras de establecimientos, 397 suspensiones de trabajos o servicios y 17 congelaciones. De otro lado, en 2018 se reportaron 12.050 sospechas de Eventos

Adversos a Medicamentos- EAM en el Departamento, el 24,7 % de los cuales fueron clasificados como serios, resultando en fallecimiento, amenaza de la vida, hospitalización del paciente o prolongación de la hospitalización existente o incapacidad/invalidez persistente o significativa, afectando así, la calidad de vida de la población antioqueña que accedió a los medicamentos.

A 2019, el 99% de los establecimientos farmacéuticos del Departamento habían sido inspeccionados, vigilados y controlados en el último cuatrienio. 12.050 sospechas de eventos adversos a medicamentos reportados en el Departamento.

Proyecto: Fortalecimiento de la vigilancia sanitaria a la comercialización de medicamentos y otros productos farmacéuticos en el departamento de Antioquia

Programa: Salud ambiental y factores de riesgo.

Problema 23: Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población antioqueña.

El aumento y uso inadecuado de fuentes emisoras de radiaciones (equipos de rayos X), han generado una mayor exposición a las radiaciones ionizantes, así mismo el incremento en la oferta de servicios de seguridad y salud en el trabajo en el último cuatrienio, que sumado a la deficiente cultura del autocuidado, la baja promoción de la salud de los factores de riesgos ocupacionales y ambientales y las insuficientes acciones de inspección, vigilancia y control y la poca capacidad de respuesta por parte de los entes de control, son determinantes del deterioro

de las condiciones de salud de la población.

Proyecto: Fortalecimiento de la Vigilancia Sanitaria en el uso de radiaciones y en la oferta de servicios de seguridad y salud en el trabajo en el Departamento de Antioquia

Programa: Salud ambiental y factores de riesgos

Problema 24: Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población antioqueña.

En el departamento de Antioquia se tienen registrados un total de 2.942 establecimientos generadores de residuos de atención en salud y otras actividades, ubicados en los municipios categoría 4, 5 y 6, de los cuales un 85% posee y aplica Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares. De la última información registrada y procesada del segundo semestre del año 2018, se tiene que; la mayor parte de los residuos tuvo como disposición final el relleno sanitario en un 32%. El índice de reciclaje en los indicadores de destinación del departamento de Antioquia es del 7% aproximadamente. La incineración de residuos de riesgo biológico representa el 5%, a los cuales se debe ejercer mayor control, por el riesgo que implica para el medio ambiente y la salud de las personas, cuando estos no son manipulados y destinados adecuadamente. Se destinaron residuos a otros sistemas como: compostaje, aprovechamiento orgánico, lombricultivo, devolución al proveedor, encapsulamiento o cementación, fosa común, celda de seguridad, enterramiento, alcantarillado, quema a cielo abierto, en un 33% de la totalidad consolidada. La situación descrita de acuerdo con los indicadores obtenidos, aunque no es

crítica puede llegar a serlo por lo que debe ser de atención actual y a futuro inmediato.

Los factores identificados que inciden directamente sobre la situación están dados por: dificultades en la implementación del componente interno de la gestión integral de los residuos, específicamente en aspectos que tienen ver con la segregación, desactivación de baja eficiencia y lo que respecta al centro de acopio. En el ámbito externo, se ha detectado deficiencias en lo concerniente a la recolección y transporte por parte de la empresa especial de aseo de los residuos para su tratamiento y disposición final. Con base en lo anterior, los factores a intervenir intersectorialmente, por su incidencia directa que tiene como resultado una inapropiada gestión integral de los residuos de riesgo biológico, por parte del generador, son: inoperatividad del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria - GAGAS, incorrecciones en el desarrollo de la gestión interna, específicamente lo relacionado con la separación, desactivación de baja eficiencia y centro de acopio de los residuos. La falta de revisión y actualización del Manual de procedimientos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 1164 de 2002). La existencia de lo antes enunciado da como resultado riesgos que amenazan la salud de la población existente en cualquiera de los 109 municipios, categoría 4, 5 y 6 del Departamento con la aparición de enfermedades atribuibles a la inadecuada gestión de estos residuos, tales como; Tuberculosis, Hepatitis B, Tétanos, Rubeola, afecciones de la piel, además, a nivel hospitalario la aparición de infecciones nosocomiales.

Proyecto: Desarrollo de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de la gestión interna de residuos hospitalarios y similares en establecimientos generadores, en el departamento de Antioquia

Programa: Salud ambiental y factores de riesgos

Problema 25: Alto número de enfermos de Malaria, Dengue, Leishmaniasis y enfermedad de Chagas en Antioquia

Las enfermedades transmitidas por insectos vectores, malaria, dengue, zika, chikunguña, leishmaniasis, enfermedad de chagas y fiebre amarilla afectan un alto porcentaje de los municipios del Departamento. El dengue, zika y chikunguña afectan más las zonas urbanas, pero cada día se extienden más hacia las zonas rurales. La malaria, la leishmaniosis y la enfermedad de chagas tienen una mayor afectación de las zonas rurales. La presencia de estas enfermedades en los municipios limítrofes de los Departamentos vecinos favorece el ingreso permanente de virus y parásitos a nuestro territorio y dificulta el control.

Proyecto: Prevención y Promoción de las enfermedades transmitidas por vectores, EGI (Estrategia de gestión integral en vectores) en el departamento de Antioquia

Programa: Salud ambiental y factores de riesgo

Problema 26: Deficiencias en la gestión integral de enfermedades zoonóticas en el departamento de Antioquia.

Las enfermedades zoonóticas son un grupo de enfermedades infecciosas que se transmiten

de forma natural de los animales a los seres humanos. El mayor riesgo de transmisión de enfermedades zoonóticas se produce en la interfaz entre el ser humano y los animales a través de la exposición directa o indirecta a los animales, los productos derivados de estos (por ejemplo, carne, leche, huevos) o su entorno (OPS, 2016). De las zoonosis de interés en salud pública, y de acuerdo con la información disponible, en Antioquia se presentan casos de rabia, leptospirosis, encefalitis equina venezolana y del este y de brucelosis, las cuales son reportadas regularmente al Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA. Dado que se siguen presentando casos de éstas y otras zoonosis, se deben mejorar continuamente los procesos, de modo que se pueda avanzar concertadamente en la identificación de necesidades de información en materia sanitaria y ambiental, definición de indicadores y gestión de fuentes de información, y así poder conocer la situación real de la problemática, para construir intervenciones de manera integral y articulada con otros sectores competentes, en aras de mitigar, prevenir y controlar los daños en salud y contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos, las familias y la comunidad en general. Para el caso específico del componente de zoonosis, además de caracterizar la situación en salud, se hace necesario caracterizar la situación de la producción primaria del orden pecuario y la situación ambiental como generadoras de determinantes que desencadenan la presencia de enfermedades de origen zoonótico.

Proyecto: Fortalecimiento de la gestión integral de las zoonosis en el departamento de



Antioquia

Programa: Salud pública en la protección animal

Problema 27: Incumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud de los requisitos mínimos esenciales para brindar a los usuarios una atención en condiciones de seguridad, calidad y oportunidad, en el departamento de Antioquia.

En el departamento de Antioquia, a 31 de diciembre del 2019 se contaba con 13.571 Prestadores de Servicios de Salud - PSS habilitados los cuales se encontraban distribuidos en 2.114 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), 10.860 profesionales independientes, 564 instituciones con objeto social diferente y 33 empresas de transporte especial de pacientes; además de 20 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud \pm IPS pendientes para realización de visita previa. Los prestadores deben regirse por una normatividad (Decreto 780 de 2016 y Resolución 3100 de 2019) cuyo objetivo es velar por la vida y la seguridad de los pacientes y no da espacio para planes de mejoramiento, improvisaciones o errores. Para ello debe cumplir con estándares de calidad en sus servicios y procedimientos debido a la rigurosidad que exigen sus usuarios y el entorno en el que funcionan. A los prestadores se les debe realizar un seguimiento más estricto a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGC), para garantizar las condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, a fin de mejorar la calidad de la atención en salud que se brinda a la población. Esta verificación se desarrolla

mediante visitas de inspección y vigilancia a los diferentes prestadores de servicios de salud que evalúan el cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación y a las direcciones locales de salud e IPS en la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y del Sistema de Información para la Calidad (SIC). Además, se brinda asesoría y asistencia técnica a estos actores, así como la atención y trámite oportuno a las PQRSD relacionadas con la calidad de atención y los procesos administrativos sancionatorios a los prestadores derivados del incumplimiento a la normatividad vigente.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, debe verificar e inspeccionar anualmente mínimo al 25% de los prestadores de servicios de salud habilitados, y para el año 2019, con el talento humano disponible solo alcanzó al 2,3% de cobertura en las visitas de inspección, vigilancia y control, situación que lleva a que los prestadores, ofrezcan sus servicios sin el cumplimiento mínimo de los requisitos exigidos, afectando la seguridad del paciente, la humanización y la atención con calidad, situación que en última instancia puede ocasionar la presencia de eventos adversos, causando daño a los pacientes o la muerte.

Problema 28: Dificil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables en el departamento de Antioquia.

Existen comunidades de difícil accesibilidad en Antioquia, ya sea por las características geográficas (por ejemplo, por su ubicación y topografía) así como sociales (conflicto armado) que se presentan en los territorios.



Adicionalmente, algunos entes municipales y Empresas Sociales del Estado no cuentan con la suficiente capacidad para la atención y prestación de servicios sociales y de salud para estas comunidades vulnerables lo que ha ocasionado un deterioro de las condiciones de salud y la presencia de enfermedad en los diferentes grupos poblacionales. Dentro de este contexto se hace necesario establecer una coordinación y cooperación entre el Departamento y los municipios, que permita mejorar el acceso a los servicios sociales y de salud, con el objetivo de impactar los determinantes sociales. En términos generales, y con especial atención las comunidades indígenas evidencian que no cuentan con las condiciones generales que les permita el cubrimiento de sus necesidades básicas. Es así como se deben intervenir diversos aspectos sociales, económicos, ambientales, sanitarios, atención en salud, infraestructura para disminuir los niveles de inequidad, pobreza, subdesarrollo, educación precaria, hábitos desfavorables, contaminación, enfermedades infectocontagiosas, índices de morbilidad en medicina y odontología entre otros.

En Antioquia habitan, según el Censo DANE 2018, un total de 37.628 indígenas, los cuales residen en 7 zonas del Departamento y corresponden a 6 pueblos indígenas reconocidos: Embera Chamí, Embera Eyábida, Embera Dóbida, Guna - Dule, Senu y Nutabe. Es importante resaltar que el total de la población indígena entre los años 2005 y 2018 tuvo una variación del 30,1 % y representan el 0,6 % de la población del Departamento. En Antioquia el 5,5 % del área geográfica total, pertenece a los pueblos indígenas, territorio distribuido en 56 resguardos y 212

comunidades indígenas. Estas comunidades habitan en los resguardos o en el rural disperso de 32 municipios y/o Distrito del Departamento.

De acuerdo con la información de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, el total de población indígena afiliada al régimen subsidiado en el Departamento, con corte al 29 de febrero del 2020 (identificada con la condición de indígena, Código 17, según Resolución 1838 del 2019), asciende a 34.956, de este total 17.169 son mujeres, 17.787 son hombres y 16.169 corresponden a niños, niñas y adolescentes indígenas.

Acorde a (OIT, 2019) sobre la aplicación del convenio en pueblos indígenas y tribales número. 169 de la OIT, adoptado en Colombia mediante la Ley 21 de 1991, los pueblos indígenas siguen siendo los más pobres entre los pobres, ya que representan el 18,7 % de las personas que viven en condiciones de pobreza extrema, en los 23 países que representan el 83,0 % de la población indígena global, para esta población se observan altos niveles de inequidad en la oferta institucional, bajo reconocimiento de sus particularidades culturales, su cosmogonía, usos y costumbres.

Proyecto: Implementación Programa aéreo social acortando distancias Antioquia
Programa: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

Problema 29: Población con dificultad en el acceso a servicios de salud especializados.

Actualmente la población de los diferentes municipios de Antioquia presenta necesidades de servicios de salud especializados y para



acceder a éstos deben desplazarse a otras ciudades ya que en las Empresas Sociales del Estado municipales no se tienen habilitados estos servicios en la modalidad de telemedicina, lo que conlleva a un deterioro de la salud y además se ve afectada la economía de los pacientes.

De las 123 Empresas Sociales del Estado del Departamento solo hay 30 que cuentan con los servicios habilitados en la modalidad de telemedicina y no se cuenta con centros de rehabilitación para la atención de la población con discapacidad, estrategias que permiten mejorar el acceso a los servicios de salud de estas poblaciones vulnerables y de la comunidad usuaria en general.

Proyecto: Implementación Telemedicina, conectados para cuidar la salud y la vida de la población de Antioquia

Programa: Telesalud.

Problema 30: La capacidad analítica del Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia es insuficiente para dar respuesta a las necesidades del Sistema de Vigilancia en salud pública en el marco de la seguridad sanitaria.

En el departamento de Antioquia no se logra garantizar la adecuada vigilancia en los eventos de interés en salud pública a la red de laboratorios de todas las subregiones, debido a que el Laboratorio Departamental de Salud Pública-LDSP, presenta limitaciones para el ejercicio de sus funciones en vigilancia epidemiológica, no cuenta con la infraestructura física, tecnológica y el recurso humano adecuado y suficiente, un sistema de información acorde con las necesidades y exigencia de calidad de los datos; por cuanto

en la evaluación de estándares de calidad para los laboratorios de salud pública de la Resolución 1617 de 2015 presentó una evaluación de 60,3% en el 2018, la cual se mantiene para el 2019 y en lo que va del 2020 también es de bajo cumplimiento afectada, porque todos los recursos se han orientado a la atención de la pandemia del COVID 19.

En el departamento de Antioquia no se logra un acceso efectivo a la prestación de los servicios de salud, debido a la negación de la prestación de los servicios por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), déficit financiero de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y hospitales, limitado flujo de recursos entre los actores e inadecuado manejo de estos. De otro lado, el acceso se limita por la concentración de los servicios de alta complejidad en la capital, dificultades en referencia y contrarreferencia, inadecuada calidad en la atención e insuficiente vigilancia en salud por parte de los entes territoriales en salud debido a falta de capacitación, alta rotación del personal y/o insuficiente recurso humano, sistema de información desarticulado y con deficiencia en la calidad, sumado a un Laboratorio Departamental de Salud Pública con limitación para el ejercicio de sus funciones de vigilancia epidemiológica; finalmente el deficiente control que incide en los indicadores de salud pública ocasionando una insuficiente gestión administrativa y un inadecuado control de calidad de los exámenes de laboratorio de la población antioqueña.

En el 2019, solo se tuvo un cumplimiento del el 60,6% en los estándares de calidad de los



laboratorios de la red del Departamento, controles de resultados de laboratorio evaluados a una fracción de la red, quedando sin monitoreo, seguimiento, control y retroalimentación un alto porcentaje dado las limitaciones de recursos. Para lo corrido del 2020 los esfuerzos se han enfocado a la atención de la pandemia y se ha generado un leve estancamiento de otras áreas que son muy importantes para el cumplimiento de las competencias propias de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Proyecto: Fortalecimiento trabajando por la Salud Pública -Laboratorio Departamental
Programa: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia.

Problema 31: Débil capacidad de gestión administrativa en salud, en las emergencias y desastres, desde el nivel sectorial e intersectorial en el departamento de Antioquia.

La Gobernación de Antioquia, a través de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, cuenta con el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) como una unidad funcional no asistencial, responsable de apoyar la referencia y contra referencia de pacientes urgentes y electivos, apoyar y coordinar la atención en salud de emergencias y desastres, apoyar las actividades de la Red regional 2 de donación y trasplantes y para brindar asesoría y asistencia técnica a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en diferentes temas. La respuesta ante emergencias y desastres se realiza en coordinación con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

y los actores del Sistema Nacional para la Gestión del Riego de Desastres. Se cuenta, además, con el Programa Aéreo Social -PAS- para el apoyo a emergencias y desastres, y evacuación de personas afectadas, apoyo humanitario y atención en salud a comunidades de difícil acceso. Para ello dispone de transporte de tipo aéreo (1 avión y 1 helicóptero).

Los entes territoriales, tanto departamental como municipal, tienen limitados recursos económicos, humanos y logísticos para la implementación de acciones requeridas por competencia, lo que genera dificultades para la planificación en la asignación de los diferentes recursos en salud para el conocimiento y la reducción de los riesgos, según identificación y priorización de éstos y las necesidades de cada una de las subregiones.

Se evidencia la importancia de realizar la medición del Índice de Seguridad Hospitalaria, en la red de hospitales públicos del Departamento, la cual es una herramienta de evaluación rápida, confiable y de bajo costo, que permite evaluar si una institución de salud puede seguir funcionando en caso de un desastre y permite conocer la vulnerabilidad de cada una de las instituciones. En general, los municipios del departamento de Antioquia no tienen bien desarrolladas sus capacidades básicas de vigilancia y respuesta frente a las emergencias.

Proyecto: Fortalecimiento del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) del departamento Antioquia

Programa: Fortalecimiento de la red de



prestadores de servicios de salud en Antioquia

Problema 32: Inadecuada prestación de servicios de salud que no responde a las necesidades y expectativas de la población del departamento de Antioquia

Las Empresas Sociales del Estado presentan una situación financiera deficiente que conlleva a una baja liquidez, tienen poca capacidad resolutoria; deficiencia en la calidad e incumplimiento con la normatividad vigente para la prestación de los servicios de salud específicamente en la infraestructura física por agotamiento de la vida útil de las edificaciones y obsolescencia de estas; tienen dotación insuficiente y/o de tecnología obsoleta, no cuentan con un parque automotor suficiente para la adecuada referencia y contrarreferencia de pacientes; además se presentan dificultades en el trabajo de la red de sangre y trasplantes; por otra parte falta articulación eficiente para la prestación de servicios entre las diferentes Empresas Sociales del Estado a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Para el análisis y definición de las prioridades de intervención se toma como línea base el año 2019, se asignan los recursos para fortalecer la red de servicios según las necesidades identificadas, de las cuales sólo se logró priorizar para 34 proyectos de infraestructura física, 19 proyectos de dotación (equipos biomédicos, software) y 39 proyectos para el parque automotor de ambulancias (TAB - TAM).

Proyecto: Fortalecimiento a la red de servicios de salud del departamento de Antioquia
Programa: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud

Problema 33: Incipiente articulación e inexistente interoperabilidad entre los desarrollos de tecnologías de la información, por parte de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y los diferentes actores del sector salud, en el departamento de Antioquia

El departamento de Antioquia para el desarrollo de un adecuado sistema de información en salud no cuenta con una definición clara y completa de todos los procesos, y estos en muchos de los casos se hayan desarticulados funcionalmente, dado que no hay precisión en las acciones e insumos que comparten o los diferencian a unos y a otros. También se carece de plataformas interoperables que faciliten la cooperación entre actores de modo que se eviten los reprocesos. Es importante también mejorar la cultura de muchos de los servidores y empleados del sector, con el fin de dar un mejor uso a la información disponible y generar conocimiento a partir de la que se tiene. Hay dispersión de aplicaciones para el manejo de información, debido a que se establecen unas desde el nivel nacional, sectorial, departamental e institucional, lo que no facilita la integración y si hace que se incurra en gastos y utilización de recursos innecesarios.

No se cuenta con indicadores o marcadores nacionales y departamentales para cada uno de los aspectos a intervenir se hace necesaria la definición de unos, que permitan medir los avances y resultados a obtener con el fin de mejorar la situación actual.

Proyecto: Transformación digital en salud para



el departamento de Antioquia
Programa: Autoridad sanitaria - Gobernanza

Problema 34: Pérdida de liderazgo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en el proceso de planeación interna y frente a los actores del sistema en el Departamento.

El proceso de planeación en la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ha asumido parcialmente el enfoque territorial y diferencial, perdiendo el liderazgo de proceso de planeación del sector a nivel del Departamento, además de ser un proceso desarticulado y poco profundo frente al desarrollo de estrategias que permitan de manera articulada con otros sectores y actores la modificación de determinantes sociales de la salud. De igual forma la concepción de la salud pública no tiene una connotación de integralidad, limitando la gestión y responsabilidad a una sola dependencia (gerencia de salud pública) que cuenta con recursos humanos y técnicos limitados que no permiten generar en los territorios una capacidad operativa que propicie la apropiación de una cultura y liderazgo de la salud en las comunidades.

Proyecto: Contribución Fortalecimiento técnico a los actores del SGSSS

Programa: Autoridad sanitaria - Gobernanza

Problema 35: Deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de Gestión Pública en Salud en el departamento de Antioquia

Con la definición de la Política de Participación Social en Salud - PPSS, a través de la Resolución 2063 de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social, promueve el

derecho de la ciudadanía a participar en la gestión pública en el sector, contemplando su participación desde la identificación de necesidades y prioridades, hasta la formulación de planes, adopción de medidas, evaluación de resultados y toma de decisiones en salud. Su desarrollo aplica a todos los integrantes del sistema de salud en el marco de sus competencias y funciones, e implica el cumplimiento de ejes estratégicos, líneas de acción y estrategias, definidas en ella.

La PPSS, busca dar respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud, en la perspectiva de dar cumplimiento a la realización del derecho humano de la participación, que se encuentra vinculado bajo una lógica de interdependencia, con el derecho a la salud y se convierte en la referencia para organizar los procesos de participación social en salud en el país, además, de ser un instrumento para cualificar los procesos de participación de los actores del Sistema.

La garantía de la participación social respecto del derecho fundamental a la salud que se desarrolla mediante la PPSS se fundamenta en los principios contenidos en las Leyes Estatutarias 1751 y 1757, ambas de 2015 y en la Ley 1438 de 2011. En armonía con lo anterior, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), enfatiza en la permanencia y el fortalecimiento de los mecanismos de participación social en los procesos de la planeación, es decir, en el análisis de la situación de salud, la identificación de las necesidades prioritarias, la identificación de los recursos, la definición de los objetivos, las



metas, las estrategias y las acciones de promoción, gestión del riesgo, seguimiento y evaluación en cada una de las dimensiones prioritarias y transversales. Al respecto, el desafío es cómo lograr la participación efectiva.

En el año 2019, en el Departamento solo el 86% de las Secretarías y Direcciones Locales de Salud, el 81% de las Empresas Sociales del Estado, y el 54% de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB, elaboraron e implementaron el plan de acción de la Política de Participación Social en Salud PPSS; teniéndose así, como resultado, una deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de Gestión Pública en Salud. De otro lado, en el territorio, es bajo el porcentaje de municipios donde los espacios de participación social en salud existen y funcionan: el 54% cuenta con Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud - CMSSS, el 62% con el Comité de Participación Comunitaria - COPACO, el 67% con procesos de control social y veeduría, y solo en el 48% de las localidades, las Asociaciones de Usuarios de las ESE Hospitales se reúnen. Así mismo, apenas el 84% de las Secretarías de Salud y el 76% de las Empresas Sociales del Estado, rinden cuentas a la ciudadanía.

Proyecto: Implementación de la Política de Participación Social en Salud PPSS en el departamento de Antioquia

Programa: Autoridad sanitaria - gobernanza

Problema 36: Deficiencia en el conocimiento y acceso de la información en salud en el departamento de Antioquia.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección

Social de Antioquia dentro de las competencias normativas contempladas en la Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, el Decreto 3039, entre otros y donde se describen las competencias de los entes departamentales y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar y mejorar las condiciones de salud de la población; requiere realizar una serie de campañas, estrategias y acciones que implican el diseño, producción y emisión de mensajes para la población objetivo de los 125 municipios, donde se logre aprovechar la infraestructura existente de medios comunitarios y grupos organizados para lograr más efectividad en los mensajes y continuidad en los procesos. Por lo tanto, encuentra necesario contar con las herramientas de comunicación y planeación estratégica de campañas, piezas, mensajes y medios, con el fin de cumplir con los propósitos trazados en materia de comunicación y educación a la comunidad desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, los cuales están orientados a promover la movilización y la participación ciudadana en los proyectos de salud que se adelanten en cada región y/o municipio de Antioquia. Como en este caso concreto la necesidad consiste en conceptualizar, difundir, anunciar y facilitar los procesos de información, prevención y comunicación; y esto implica el uso de los medios de comunicación, lo cual no hace parte del giro ordinario de las actividades de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, por lo cual se requiere contratar una central de medios para que produzca y pague lo relacionado con las campañas que se vayan a ejecutar en la vigencia.

Por lo tanto, existe la necesidad de realizar



campañas publicitarias para llegar a los diferentes públicos del Departamento y así cumplir con el objetivo misional de la Secretaría. Con un histórico de 45 campañas anuales, un 100% de cumplimiento en la realización de estas y un impacto del 85% en todo el Departamento, se debe continuar fortaleciendo el plan de comunicaciones y su ejecución, para lograr aumentar el impacto en las poblaciones con una comunicación oportuna y efectiva, que nos ayude a cumplir con el objetivo de promover la salud y prevenir la enfermedad en el departamento de Antioquia.

Proyecto: Fortalecimiento Comunicación para el bienestar y la vida.

Programa: Autoridad sanitaria - Gobernanza.

Problema 37: En la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA) no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes, además no se cuenta con el suficiente talento humano para cumplir la misión, y baja cobertura en los programas de bienestar laboral para sus servidores, jubilados y beneficiarios directos.

En los últimos años es evidente que la entidad territorial departamental, en el ejercicio de sus competencias actúe de forma reactiva y centrada en la morbilidad (concepción morbicéntrica) para la gestión de la salud pública y de los procesos de vigilancia epidemiológica y de vigilancia de los factores de riesgo del ambiente, situación que junto con otros factores como la desarticulación interna en los procesos de Asesoría y Asistencia Técnica, Inspección, Vigilancia y Control y la escasa

presencia de la entidad territorial en los municipios, ha originado la pérdida de liderazgo, credibilidad y capacidad de convocatoria frente a los actores y otros sectores que tienen injerencia los determinantes sociales de la salud. Entre las causas que han originado la situación descrita, mencionamos la debilidad en los procesos de selección y vinculación del personal, la no garantía de continuidad de este; la debilidad en los procesos de inducción y de gestión del conocimiento con pérdida de talento humano con alta experiencia y la misma insuficiencia de talento humano para desarrollar cabalmente por las responsabilidades como ente rector de la salud en el territorio. Además, en la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, se presentan niveles considerables de obsolescencia en los sistemas tecnológicos, una deficiente gestión documental, inadecuadas condiciones físicas y ambientales de la sede institucional y déficit de recurso humano especializado para mejorar la calidad de los servicios y dar cumplimiento de las normas. En la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia no alcanza a satisfacer las necesidades que tienen sus servidores públicos, sus jubilados, pensionados y sus beneficiarios, que son inherentes al ser humano, lo que impide facilitar la promoción, participación e integración en actividades de bienestar que permitan generar espacios de esparcimiento y aprovechamiento del tiempo libre, de acuerdo con las políticas de bienestar social establecidas.

Otros aspectos para considerar y que afectan la eficiencia en el cumplimiento de las competencias de la Secretaría, es su escasa presencia en los municipios, lo que ha



originado la pérdida de liderazgo, credibilidad y capacidad de convocatoria frente a los actores y otros sectores que tienen injerencia en los determinantes sociales de la salud. De acuerdo con el desarrollo de nuevos procedimientos en la gestión organizacional, los entes territoriales deben invertir en mejores espacios físicos, recursos tecnológicos y optimizar los ya implementados, para lograr un adecuado desempeño, sin embargo, los procesos de actualización y renovación de la base tecnológica en el sector público no se implementan con la velocidad que lo exige el medio. Una demostración de ello es que aproximadamente hace más de 5 años no se hace una reposición de los equipos de cómputo en la Secretaría. Lo anterior influye en el estrés laboral, en el uso adecuado del tiempo libre y el buen aprovechamiento de las actividades lúdicas y recreativas ofrecidas por la entidad.

Proyecto: Fortalecimiento institucional de recursos administrativos y financieros 2020 - 2023, departamento de Antioquia

Programa: Autoridad sanitaria – Gobernanza.

Estimación Índice de necesidades en salud (INS)

El índice de necesidades en salud, permite una descripción de la distribución de los niveles de necesidad en salud del departamento. Este índice, representa la posición que cada municipio tiene en relación con el resto de los municipios del Departamento.

Para Antioquia, el índice se calculó con base en la población, las necesidades básicas

insatisfechas, la tasa bruta de mortalidad, la mortalidad infantil, la fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años, la mortalidad por diabetes mellitus, la mortalidad por homicidios, la mortalidad por lesiones autoinfligidas, las coberturas de SRP en menores de un año, la cobertura de aseguramiento, la cobertura de educación y la cobertura de acueducto.

Para la interpretación de los valores del índice, se tiene en consideración que, a menor valor, mayor es la necesidad en salud, y de igual manera, a mayor valor del índice menor es la necesidad en salud del municipio.

Con el objetivo de facilitar la interpretación, se ordenan los valores de mayor a menor y se distribuyen en cuartiles, de esta manera los municipios coloreados en rojo, con valores menores a 2,09, se clasifican como de alta necesidad; aquellos coloreados en naranja, con valores entre -2,08 y -0,27, se clasifican como de moderada necesidad; los coloreados en amarillo, se clasifican como de media necesidad (valores entre -0,14 y 2,5) y aquellos en color verde se clasifican como de baja necesidad (valores del índice mayor o igual a 2,67).

En este sentido, los municipios del Valle de Aburrá, de Oriente cercano y algunos municipios de Norte y de Suroeste, cercanos al Valle de Aburrá, están clasificados como de necesidades bajas en salud, mientras que municipios alejados del Valle de Aburrá, en subregiones de Urabá, Bajo Cauca, Occidente y Magdalena Medio, se encuentran con alta necesidad en salud. Los tres municipios con mayores necesidades en salud, son Concepción, Mutatá y Murindó, mientras que

los tres municipios con menores necesidades en salud son Angelópolis, Envigado y Medellín.

La descripción y la fuente de variables consideradas para estimar el Índice de Necesidades en Salud son las siguientes:

Tabla 85. Variables para estimar índice de necesidades en salud.

Variable	Descripción	Fuente datos
MPIO	MUNICIPIO	
POB	Población2020	DANE PROYECCIONES POBLACION CENSO 2018
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas 2018	SISPRO
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad 2018	SISPRO
TMI	mortalidad infantil2018	SISPRO
TFA	fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años2018	SISPRO
MDM	mortalidad por diabetes mellitus2018	DANE. (Procesa SSSA)
MHOMC	mortalidad por homicidios2018	DANE. (Procesa SSSA)
MAUTOI	mortalidad por lesiones autoinflingidas 2018	DANE. (Procesa SSSA)
SRP	coberturas de SRP en menores de un año(TRIPLE 2019)	SISPRO
COBAFI	cobertura de aseguramiento2019	SISPRO
COBEDU	cobertura de educación MEDIA 2019	SISPRO
COBACU	cobertura de acueducto2019	SISPRO

Fuente: Elaboración propia, Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, año 2020

Tabla 84. Índice de necesidades en salud, según municipio. Antioquia, 2020

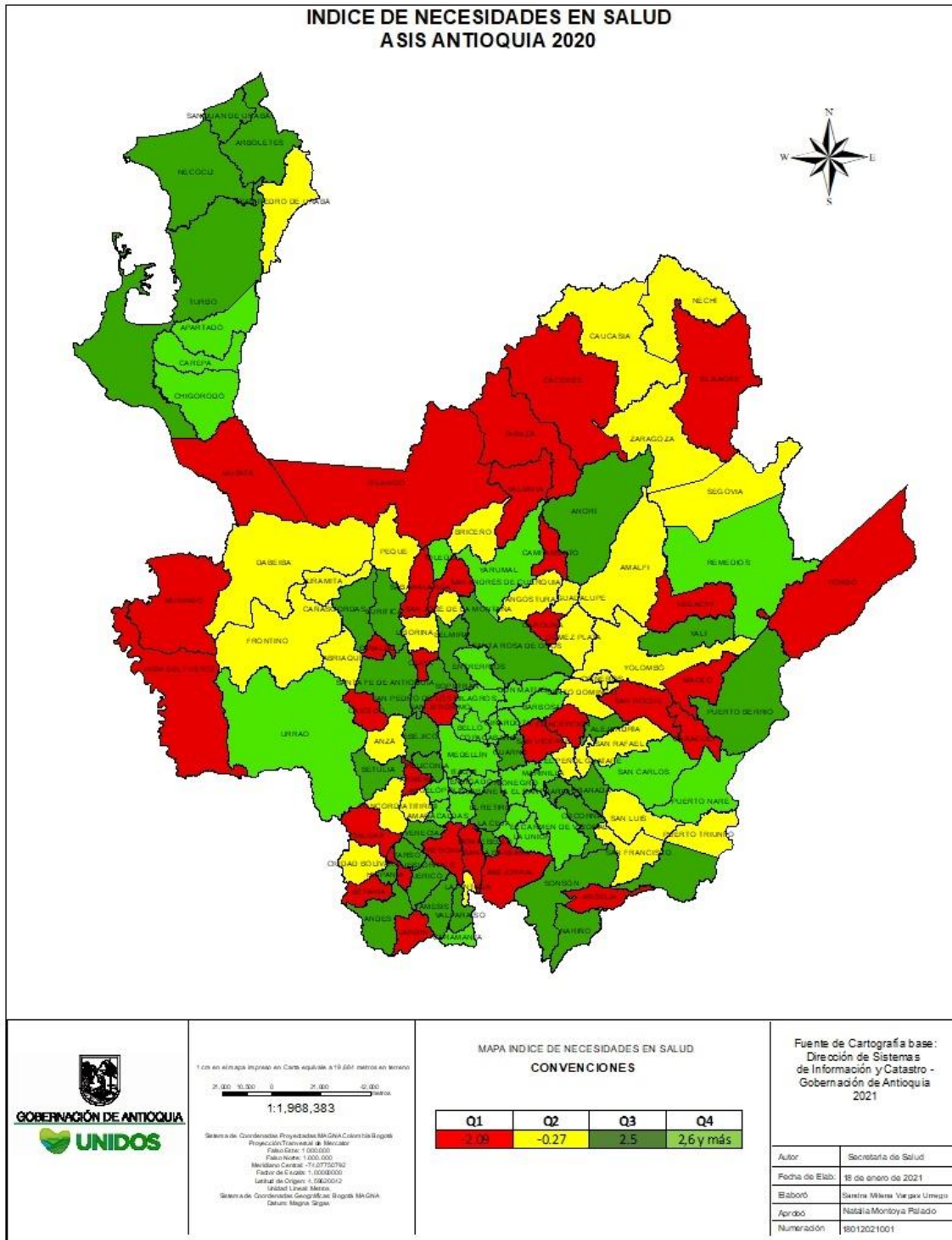
Municipios	Puntaje	Municipios	Puntaje	Municipios	Puntaje	Municipios	Puntaje
Concepción	-10,41	Liborina	-2,08	Necoclí	-0,14	Toledo	2,67
Mutató	-10,34	Uramita	-2,08	Anorí	-0,13	Puerto Nare	2,84
Murindó	-7,8	San Luis	-2,02	San Juan de Urabá	-0,06	El Carmen de Viboral	2,99
Tarazá	-6,97	Dabeiba	-1,98	Belmira	-0,05	Chigorodó	3,02
Cáceres	-6,42	Titiribí	-1,88	Betulia	-0,02	Urrao	3,02
Ituango	-5,77	Abriaquí	-1,87	Arboletes	0,09	Remedios	3,14
Vigía del Fuerte	-5,75	Guadalupe	-1,59	Andes	0,2	San Carlos	3,15
Maceo	-5,57	Guatapé	-1,57	Hispania	0,2	Caramanta	3,16
Santa Bárbara	-5,48	San Pedro de Urabá	-1,54	Cocorná	0,29	Entrerriós	3,18
San Andrés de Cuerquia	-5,39	Amalfi	-1,46	Jericó	0,33	Yarumal	3,49
Yondó	-5,34	Briceño	-1,43	Puerto Berrío	0,37	Amagá	3,55
Fredonia	-5,21	San Francisco	-1,34	Yalí	0,44	Donmatías	3,65
Sabanalarga	-4,68	Zaragoza	-1,27	Alejandro	0,65	Caldas	3,87
Betania	-4,68	Cisneros	-1,24	Nariño	0,81	Sabaneta	4,1
Campamento	-4,63	Santo Domingo	-1,17	Cañasgordas	0,86	Barbosa	4,37
Argelia	-4,34	Anzá	-1,13	Turbo	0,9	Carepa	4,5
Abejorral	-4,29	El Peñol	-1,09	Ebéjico	1,09	La Unión	4,64
Valdivia	-4,29	Gómez Plata	-1,08	Támesis	1,37	La Ceja	5,09
El Bagre	-3,9	Peque	-1,04	Tarso	1,42	Copacabana	5,28
Salgar	-3,86	Caucasia	-0,8	Sonsón	1,5	Rionegro	5,45
Vegachí	-3,62	Angostura	-0,73	Granada	1,5	Girardota	6,22
Carolina	-3,38	Concordia	-0,68	Sopetrán	1,58	Marinilla	6,28
Caicedo	-3,26	Segovia	-0,66	Santa Fe de Antioquia	1,61	San Pedro de Los Milagros	6,33
Caracolí	-3,17	La Pintada	-0,57	Buriticá	1,84	Apartadó	6,33
San Jerónimo	-3,02	Nechí	-0,51	El Retiro	1,98	Itagüí	6,35
San Roque	-2,95	Frontino	-0,51	Santa Rosa de Osos	2	Bello	6,51
Jardín	-2,94	Puerto Triunfo	-0,45	Valparaíso	2,02	La Estrella	6,62
Armenia	-2,67	Yolombó	-0,42	El Santuario	2,05	Angelópolis	7,08
San Vicente	-2,47	San José de La Montaña	-0,39	Montebello	2,3	Envigado	7,12
Giraldo	-2,22	Ciudad Bolívar	-0,28	Venecia	2,37	Medellín	15,71
Olaya	-2,1	San Rafael	-0,27	Guarne	2,5		
Pueblorrico	-2,09			Heliconia	2,5		

Valor mínimo= -10,41
 Q1= <=-2,09
 Q2=Entre -2,08 y -0,27
 Q3=Entre -0,14 y 2,5
 Q4=>=2,67
 Valor máximo= 15,71

Riesgo
 Alto
 Moderado
 Medio
 Bajo



Mapa 15. Índice de necesidades en salud ASIS Antioquia 2020.



Fuente: Elaboración propia, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, año 2020



3.4. Políticas Públicas en salud departamento de Antioquia.

Las políticas públicas son el resultado de la actividad que ejerce una autoridad investida de poder y de legitimidad gubernamental, que tiende a dar respuesta a una problemática en un sector relevante de su competencia Institucional. Las políticas públicas buscan dar soluciones específicas en el manejo de los asuntos públicos o situaciones socialmente problemáticas que afectan a un colectivo. Es así como éstas se sustentan en determinadas posturas y principios que conforman los factores de viabilidad y factibilidad de la política pública en concordancia con el poder social.

Las políticas se presentan en su contexto, como las prácticas y normas que emanan de uno o varios actores públicos; a través de un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico.

Acorde a las necesidades de contribuir al logro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible dentro del sector salud, el departamento de Antioquia ha venido implementando una serie de estrategias, armonizadas en políticas públicas, las cuales en su aplicación permiten impactar indicadores de salud relacionados con los 17 objetivos globales propuestos por la Organización de Naciones Unidas ONU, que aparentemente facilitan, como ya lo evidencian las estadísticas, lograr para el Departamento, una contribución al mejoramiento de la calidad de vida de su comunidad, a la vez que la disminución de sus necesidades básicas insatisfechas.

3.4.1. Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social Departamento de Antioquia.

Problema para intervenir: Exclusión social de las personas con discapacidad, que conlleva a limitaciones en el desarrollo de sus capacidades humanas, pobreza y condiciones de vida precaria.

La discapacidad es un término genérico que incluye deficiencias en las funciones o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales que actúan como barreras (OMS, 2001).

Así, la discapacidad debe entenderse desde una dimensión social, donde el individuo es sujeto de derechos y deberes, participe de su proceso de inclusión familiar, social y ocupacional, con el reconocimiento de las habilidades, capacidades y competencias para el fomento de la igualdad de condiciones, la equidad y la equiparación de oportunidades, lo cual lleva a desarrollar un nuevo concepto de discapacidad donde el entorno es un factor determinante para comprender tal situación. Es decir, la discapacidad se percibe no sólo como un problema de salud individual, sino como un problema más amplio que involucra a la familia y a la sociedad.

En Colombia si bien se puede decir que se han dado avances en materia de inclusión, aún se presenta cierta resistencia a permitir que la población con discapacidad disfrute en igualdad de oportunidades los derechos establecidos constitucionalmente y en general

los beneficios a los que debe acceder cualquier ciudadano colombiano.

Igualmente, es innegable la armonía normativa del país, con el entorno internacional, al haber asumido la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, promulgada por la Organización de las Naciones Unidas en el año 2006 y ratificada por el Estado colombiano mediante la Ley 1346 de 2009. Esta misma Convención motiva la promulgación de la Ley Estatutaria 1618 del 2013, mediante la cual se garantiza el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda -CNPV, 2018, Antioquia tiene una prevalencia de 7,4% de discapacidad, porcentaje que se encuentra por encima de la prevalencia nacional, que es del 7,1%. A corte diciembre de 2020, se encuentran registradas 205.548 personas con discapacidad en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD.

Es indudable que la discapacidad afecta de manera especial a las poblaciones vulnerables, ya que las personas en situación de discapacidad presentan incidencias de pobreza más alta y una menor participación laboral que las personas sin discapacidad. En parte, esto es consecuencia de los obstáculos en el acceso de las personas en situación de discapacidad a servicios básicos que afectan la calidad de vida y las oportunidades, en particular la salud, la educación y el empleo. El nivel educativo de la población en situación de discapacidad registrada en el departamento de Antioquia, es notablemente bajo, donde el 41,9% registra su último grado

escolar aprobado en básica primaria y es alta la cifra de personas que reportan no tener ningún grado de escolaridad (28,6%). En este sentido, la participación de esta población en los niveles educativos superiores es reducida, lo cual se evidencia en que sólo el 3,8% reporta estudios de nivel técnico o tecnológico, universitario y de postgrado.

Objetivo: Implementar mecanismos para la inclusión plena de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores, en el marco de los derechos humanos, generando el máximo grado posible de calidad de vida y de desarrollo integral.

Descripción de avances: Desde la Gobernación de Antioquia y cada una de sus dependencias, especialmente las que hacen parte del Comité Departamental de Discapacidad, se desarrollan acciones sectoriales que responden a lo contemplado en la Política Pública de Discapacidad Departamental.

Dentro de los avances se resalta la creación de la Gerencia de Discapacidad, que orienta y coordina todos los asuntos relacionados con la implementación de la política pública en el Departamento de Antioquia.

Así mismo, de manera conjunta entre Ministerio de Salud y Protección Social, la Organización Internacional para las Migraciones -OIM y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, se avanza en el proceso de implementación y fortalecimiento de los Servicios de Rehabilitación, en las Instituciones Públicas de Atención en Salud de Baja Complejidad en los municipios de Anorí, Apartadó, Dabeiba, Necoclí, Remedios y Vigía del Fuerte.



También, se inicia el proceso de certificación de discapacidad acorde con la Resolución 113 del Ministerio de Salud y Protección Social, para personas con discapacidad del departamento de Antioquia, lo que, a su vez, implica para la nueva Gerencia, un reto grande prestar el servicio en municipios que no cuentan con condiciones necesarias para ello.

Otro avance importante lo representa el proyecto interinstitucional que se desarrolla en alianza con el SENA, para el fortalecimiento de las condiciones de bienestar para el adulto mayor y las personas en situación de discapacidad, el cual permite mediante mecanismos virtuales y de telesalud, acercar los servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación en comunidades con dificultades de acceso a la prestación de este tipo de actividades.

Como reto de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social en el departamento de Antioquia, se debe estructurar un Plan Departamental de Discapacidad para los próximos tres años, el cual debe ser orientado por la Gerencia de Discapacidad y que a partir de la política pública y del Plan de Desarrollo Unidos 2020-2023, incorpore todos los elementos de inclusión, promoviendo con especial énfasis la inclusión laboral, educativa y el acceso a prestación de servicios de salud, fortaleciendo los mecanismos de participación social y política de las personas y asociaciones de discapacidad, generando oportunidades de autonomía y de vida independiente en las personas con discapacidad.

Etapa implementación: La política pública se encuentra en proceso de implementación desde el año 2015, la cual se complementa con la formulación del Plan Departamental de Discapacidad 2021-2023.

Recursos para su financiamiento: La Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social departamento de Antioquia se desarrolla con los recursos que cuenta cada Secretaría y Gerencias, quienes desde su competencia realizan las acciones correspondientes incluyendo los compromisos relacionados con la política en mención. Es fundamental de todas formas que a la nueva Gerencia de Discapacidad se le incorporen recursos para poder desarrollar su amplia tarea de liderazgo de la política pública y del Comité Departamental de Discapacidad.

Evaluación del desempeño: Una vez cumplido el período para el cual es formulada se realiza una evaluación que permita hacer ajustes y planear las acciones siguientes.

Indicadores de logro en el mediano plazo:

- Cobertura de personas con discapacidad afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cobertura en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).
- Centros de rehabilitación virtual priorizados implementados.
- Empresas Sociales del Estado con modalidad de Telesalud para la población con discapacidad.

- Empresas Sociales del Estado formadas en atención diferencial para la población con discapacidad.
- Municipios y/o Distrito con Plan Territorial de Discapacidad formulado

Meta impacto final: Propiciar oportunidades para la población con discapacidad.

3.4.2. Política de Participación Social en Salud - PPSS, en cumplimiento de la Resolución 2063 de 2017, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Formalizada en Antioquia a través de la resolución 2020060108560 del 18 de agosto del 2020.

Problema para intervenir: Deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de gestión pública en salud, en garantía de los derechos a participar y a la salud.

Objetivo: Planificar y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento; y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación con decisión, para el cumplimiento del derecho a la salud, en el marco de la Ley Estatutaria de Salud, en armonización con la Política Integral de Atención en Salud (PAIS).

Descripción de avances: Etapa de implementación y recursos para su financiamiento: La implementación de la Política de Participación Social en Salud - PPSS en Antioquia, está incluida en el Plan de Desarrollo UNIDOS POR LA VIDA 2020-2023. El

Plan Operativo Anual de Inversión (POAI) 2021 asigna para su implementación un valor de \$644.316.000.

Anualmente se reporta en Plataforma de Integración del Sistema Integrado de Información de la Protección (SISPRO-PISIS) la programación, donde se definen las metas, actividades y recursos financieros, en cumplimiento de los objetivos y el desarrollo de sus líneas de acción y ejes estratégicos. Igualmente se reporta el seguimiento que corresponde a la ejecución de lo programado.

Evaluación del desempeño- Indicadores de logro en el mediano plazo: Asumiendo la PPSS como el instrumento a través del cual el Departamento garantiza el ejercicio del derecho a la participación social e impulsa el respeto, la protección y la promoción del derecho a la participación en salud, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia realiza asistencia técnica a los actores del sector, brindando las orientaciones y los lineamientos requeridos para el fortalecimiento de la participación en la gestión en salud.

Se ha incentivado también el desarrollo de ejercicios de control social y el fortalecimiento de los espacios de participación social, en el cumplimiento de los objetivos de la política, en el marco de la normatividad vigente; de tal manera que durante el 2020 se avanza en la respectiva asistencia técnica a los actores del sector como Secretarías y Direcciones Locales de Salud, Empresas Sociales del Estado - ESE y hospitales así como a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB, obteniendo los siguientes resultados:



- 97,60% de Secretarías de Salud, superando la meta que corresponde al 90%
- 93,60% de Empresas Sociales del Estado – ESE Hospitales, superando la meta que corresponde al 90%
- 61% de EAPB, superando la meta esperada del 60%

Meta - impacto final: Contar con una ciudadanía participando en los procesos de gestión pública en salud e incidiendo en las decisiones para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud.

3.4.3. Política Pública Departamental de Envejecimiento Humano y Vejez.

Mediante Ordenanza No 048 de 2014 "por la cual se implementa la Política Pública de Envejecimiento Humano y Vejez en el departamento de Antioquia", se contemplan cuatro (4) ejes en concordancia con la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez:

- Eje 1: Promoción y garantía de Derechos Humanos -DDHH de las personas mayores
- Eje 2: Protección social integral
- Eje 3: Envejecimiento activo y saludable
- Eje 4: Formación del talento humano e investigación

Logros y avances:

- A través de la estrategia de cabildos municipales de adultos mayores como propuesta de participación ciudadana donde se generan espacios de concertación y diálogo entre las personas

adultas mayores, la comunidad, el Estado y los organismos no gubernamentales, con el fin de conocer y actuar antes las necesidades de los adultos mayores y mejorar sus condiciones de vida. En la actualidad, se cuenta con 125 cabildos municipales de adulto mayor avalados mediante Acuerdo Municipal.

- Red departamental de cabildos de adultos mayores de Antioquia, organismo que en forma permanente y voluntaria agrupa, asesora y fortalece todos los cabildos municipales que existen en el departamento.
- Comité Gerontológico Departamental, instancia de direccionamiento, que, en coordinación con Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia con su Programa Adulto Mayor, analiza, adopta y propone la implementación de políticas, programas y proyectos en bien de la población adulta mayor de Antioquia. (Ordenanza 48/2014, artículo décimo cuarto).
- Ruta del buen trato al adulto mayor, en cumplimiento de los tratados internacionales, y normatividad nacional vigente, el Programa Antioquia, reivindicando los derechos del adulto mayor lleva a cabo la estrategia Ruta para el buen trato en las personas adultas mayores en el departamento de Antioquia. Se inicia en 2020 con la socialización de la estrategia en cada uno de los municipios, con la participación de 170 instituciones tales como: Personerías, Comisarías de Familia, Secretarías de



Salud, Bienestar Social, Inclusión y Protección Social, Programas municipales de adulto mayor y finaliza con el seguimiento a la atención y restablecimiento de derechos de las personas mayores a través de la ruta de atención para el buen trato en cada uno de los municipios año 2023. De igual manera, con apoyo de Personería de Medellín, se realiza una asesoría sobre Ruta de Atención al Buen Trato al Adulto Mayor para el restablecimiento de sus derechos dirigida a los 125 Municipios con la participación de 301 asistentes.

- Cofinanciación de proyectos de construcción y adecuación de infraestructura de Centros Día/Vida y Centros de Protección Social para el adulto mayor (CPSAM) de carácter público.
- Asesoría y asistencia técnica para el diseño, perfeccionamiento y ejecución de proyectos sociales y de infraestructura Centros Vida/Día.
- A través de la distribución y transferencia de recursos recaudados por concepto de estampilla para el bienestar del adulto mayor, se llevan a cabo proyectos sociales de cofinanciación donde se priorizan componentes de mejoramiento nutricional y funcionamiento de programas de apoyo alimentario (paquetes alimentarios, comedores para adultos mayores).
- Dotación de Centro Día/Vida para el desarrollo de actividades físico, psíquico, psicomotor.
- Actividades culturales, recreativas y educativas dirigidas a la población adulta

mayor vulnerable para el uso adecuado del tiempo libre y la promoción del envejecimiento activo y saludable. Así como también apoyo para la atención cupo/persona de adultos mayores institucionalizados y apoyo en dotación e insumos para adultos mayores postrados en cama o con discapacidad.

- A la fecha el Programa Antioquia, reivindicando los derechos del adulto mayor, hace seguimiento a 308 proyectos, entre los cuales 22 son proyectos de dotación a Centro Día, 49 proyectos de infraestructura, 142 proyectos sociales y 95 proyectos año 2020, de los cuales 85 son proyectos sociales y 10 proyectos de infraestructura Centro Vida/Día.
- 119 municipios del Departamento cuentan con Política Pública de Envejecimiento Humano y Vejez por Acuerdo Municipal.
- 125 municipios, han implementado por acuerdo municipal la Ley 1276/2009 la "Estampilla para el bienestar del adulto mayor"
- Inspección, vigilancia y acompañamiento a los Centros Día/Vida y Centros de Protección Social para el adulto mayor.
- Capacitación y formación en colaboración con el SENA mediante el proceso formativo "Curso operativo en cuidado básico de personas con dependencia funcional" con 142 inscritos.
- Acompañamiento en salud a 174 Centros de Protección para el Adulto Mayor-CPSAM a través de 9 eventos de divulgación tecnológica con 173 personas certificadas.



- Certificación de Norma de Competencia "Cuidar personas según protocolos de actividades básicas cotidianas y grado de autonomía" a 19 aspirantes.

Retos: El reto de la Política Pública de Envejecimiento Humano y Vejez es mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor del Departamento a través de:

- Articulación, coordinación intersectorial y acuerdos institucionales en la implementación de la Política Pública y el desarrollo de acciones para la atención integral e inclusión social de las personas adultas mayores en el Departamento.
- Prevención, protección y promoción de los derechos de las personas adultas mayores en condición de vulnerabilidad, pobreza e inequidad.
- En el marco de la contingencia por la COVID 19, se hace necesario desarrollar estrategias a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) que favorezcan el acceso al conocimiento, educación y capacitación de las personas mayores, para la promoción y fortalecimiento de sus capacidades.
- Promoción de investigaciones sobre envejecimiento y vejez.
- Formación constante y permanente a cuidadores de personas mayores
- Trabajar en el cambio de imaginarios, brechas o barreras culturales frente a la vejez.

3.4.4. Adopción de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS– Resolución 429 del 2016

Problema para Intervenir: Busca la articulación del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, fundamentándose en la Atención Primaria en Salud –APS.

Se suma a la problemática la obligación de las entidades territoriales de garantizar la prestación de los servicios de salud a la Población Pobre No Asegurada (PPNA) en lo no cubierto por subsidios con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población antioqueña y de alcanzar la cobertura universal en salud.

Objetivo: Mejorar y garantizar la atención en salud de la población a nivel individual, familiar y colectivo.

Avances: En la vigencia 2016 - 2019 la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia garantiza el acceso a servicios de salud de mediana y alta complejidad a 80.873 personas pertenecientes a la población más pobre y vulnerable de Antioquia que reside en los 125 municipios del Departamento con una inversión de \$679.249.726.858.

Para el año 2020, de la Población Pobre No asegurada (PPNA) se logra una cobertura de 21.279 personas atendidas y se tiene una cobertura de aseguramiento del 99,9%.



Se tiene una inversión para la atención de la población más vulnerable en la vigencia 2020 de \$310.365.159.118.

3.4.5. Resolución 201500192975

Por medio de esta resolución se establece el procedimiento por parte de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud (antes Plan Obligatorio de Salud-POS).

Descripción de avances: Con el objetivo de establecer cuáles son las deudas reales que se tienen suscritas con los diferentes prestadores de servicios de salud y que son susceptibles de pago se trabaja en con un equipo interdisciplinario en la identificación y valoración de las mismas con la participación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el departamento de Antioquia, se promueve el pago de deudas acumuladas entre estos actores con proveedores y demás involucrados.

Se tiene una asignación inicial de recursos \$250.000.000.000 de los cuales \$120.000.000.000 son un aporte de la Gobernación de Antioquia mediante el Decreto 2019070004729 del 20/08/2019, y el aporte del gobierno nacional asciende a \$130.000.000.000.

Durante el período 2018-2019 se realizan pagos con recursos propios por un valor de \$31.710.999.307 y a diciembre del 2020 se realizan pagos provenientes de giros directos

del Ministerio de Salud y Protección Social por un valor de \$176.401.488.689 para un total de \$208.112.487.996.

Meta - impacto final: Realizar el pago por el valor de \$ 250.000.000 mil millones de deuda aproximada por la prestación de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud a los prestadores de salud del Departamento y de esta manera mejorar su situación financiera.

3.4.6. Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en el departamento de Antioquia que adopta lineamientos de Ley antitrámites.

Problema para intervenir: El tiempo de respuesta a servicios de salud no permite garantía de continuidad en el acceso a servicios en cumplimiento a las rutas de atención priorizadas a implementar para la vigencia con prioridad para urgencias, maternidad y patologías prevalentes.

Objetivo: Gestionar el acceso a los servicios de salud de pacientes urgentes y electivos pertenecientes a la población pobre no asegurada (PPNA) a cargo de departamento de Antioquia, de usuarios de otras Entidades Responsables de Pago (ERP) acorde a lo establecido por la norma y de población migrante según el plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio; con criterios de oportunidad y pertinencia en el nivel de atención en cumplimiento a lineamientos y directivas legales mediante Decreto 2106 de 2019, "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios



existentes en la administración pública” que en su artículo 125 establece la oportunidad en la atención de las urgencias y la autorización de servicios electivos.

Descripción de avances- Etapa implementación- Recursos para su financiamiento

Se ajustan los procedimientos en cumplimiento a las disposiciones, se socializan cambios con red de prestadores y colaboradores con cobertura a los 125 municipios. La oportunidad en respuesta a servicios electivos es en promedio de 2,5 días mejorando respecto al comportamiento de años anteriores. Los servicios electivos tramitados por el Centro Regulador de Atenciones Electivas (CRAE) para el 2020 fueron 95.856, para un total de 30.047 usuarios, no hay dato en el nivel de desagregación para poblaciones priorizadas. Se amplía la base de contratación de personal para optimizar la gestión. El proyecto de fortalecimiento del Centro Regulador de Urgencias y Atenciones Electivas (CRUE) departamental para la vigencia de 2020 cuenta con un presupuesto de \$6.275.363.346 de los cuales se ejecutaron \$4.948.466.196 y un 16% corresponden a la gestión de solicitudes de servicios urgentes y electivos con recursos presupuestados por valor de \$802.499.530 y ejecutados \$729.822.927 con una ejecución del 91% atribuible a aspectos administrativos.

Evaluación del desempeño- Indicadores de logro en el mediano plazo

Oportunidad en la respuesta a servicios electivos a la población antioqueña.

Meta - impacto final: Respuesta a servicios electivos de 5 días hábiles y 2 días hábiles para poblaciones priorizadas.

3.4.7. Decreto 064 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social

Problema a intervenir: Tiempo de respuesta a servicios urgentes prolongado no permite garantía de seguridad y continuidad en atención en salud.

Objetivo: Gestionar el acceso a los servicios de salud de pacientes urgentes y electivos pertenecientes a la población pobre no asegurada (PPNA) a cargo de departamento de Antioquia, de usuarios de otras Entidades Responsables de Pago (ERP) acorde a lo establecido por la norma y de población migrante según el plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio; con criterios de oportunidad y pertinencia en el nivel de atención en cumplimiento a lineamientos y directivas legales mediante Decreto 064 de 2020 Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones.

Descripción de avances- Etapa implementación-Recursos para su financiamiento

Se incorporan acciones preventivas con adquisición de un sistema de información robusto que permite mejoras importantes en el procedimiento y logros en las metas propuestas. La proporción de cumplimiento



en respuesta a servicios urgentes fue de 81,5% en el año para un total de 29.983 servicios tramitados a 22.533 usuarios

Evaluación del desempeño- Indicadores de logro en el mediano plazo

Respuestas oportunas a solicitudes de servicios de salud para pacientes urgentes.

Meta - impacto final: Se espera obtener un 87% de respuestas menor a 6 horas.

3.4.8. Proyecto fortalecimiento CRUE Departamental

Problema para intervenir: El acceso a información confiable oportuna y válida para toma de decisiones y articulación de la red de prestadores es limitado, la interoperabilidad con red prestadora y entidades afines la información se encontraba desarticulada dificultando la gestión.

Objetivo: Gestión de servicios urgentes y electivos y fortalecimiento tecnológico del CRUE departamental para facilitar la interoperabilidad de la información de las autoridades integradas a los servicios ciudadanos digitales en cumplimiento a directrices nacionales en donde se dispone que las autoridades deberán vincular a los mecanismos que disponga la Agencia Nacional Digital, los instrumentos, programas, mecanismos, desarrollos, plataformas, aplicaciones, entre otros, que contribuyan a masificar las capacidades del Estado en la prestación de Servicios Ciudadanos Digitales. Así como en su artículo 14 estipula la Integración a la sede electrónica de manera que permita integrar a su sede electrónica

todos los portales, sitios web, plataformas, ventanillas únicas, aplicaciones y soluciones existentes, que permitan la realización de trámites, procesos y procedimientos a los ciudadanos de manera eficaz.

Descripción de avances- Etapa implementación-Recursos para su financiamiento

Se adquiere el uso e implementación y actualización de una plataforma informática que permite cubrir requerimientos operativos, administrativos y de control en la disponibilidad de recursos para la atención de pacientes en el marco de la emergencia social COVID 19 y que se amplía hacia la garantía de la regulación de pacientes en atenciones urgentes y electivas en el Departamento. con un presupuesto de \$580.540.680, en fase de ejecución. Se obtiene a final de 2020 una herramienta informática en la nube que permite el registro y consulta en tiempo real del estado de solicitudes de referencia y contrarreferencia del territorio. La información para la toma de decisiones está disponible y actualizada lo que permite toma de decisiones de forma más oportuna. El proyecto se implementa en fase 1 y se tiene proyectado recursos para etapas posteriores como parte del Plan de Desarrollo de la administración.

Evaluación del desempeño- Indicadores de logro en el mediano plazo

Respuestas oportunas a solicitudes de servicios de salud para pacientes urgentes

Meta - impacto final: Se espera obtener un 87% de respuestas menor a 6 horas.



3.4.9. Misión médica

Problema para intervenir: Uso y aplicación de emblemas y reporte de infracciones a la misión médica.

Objetivo: Mejorar el uso y aplicación de emblemas y reporte de infracciones a la misión médica.

Descripción de avances- Etapa implementación-Recursos para su financiamiento

Se realizan actividades de asesoría y asistencia técnica a los 125 municipios promoviendo los lineamientos en cumplimiento a la misión médica y otros temas afines, con un presupuesto enmarcado en el proyecto de fortalecimiento del CRUE departamental se está través de actividades de asistencia técnica

Evaluación del desempeño- Indicadores de logro en el mediano plazo

Cobertura de asesoría y asistencia técnica.

Meta - impacto final: Tener una cobertura del 100% en la asesoría y asistencia técnica.

3.4.10. Procedimiento y formatos de identificación, notificación y diagnóstico de potenciales donantes de órganos y tejidos,

Problema para intervenir: El sistema de notificación de alertas de urgencia de

trasplante e información de donantes es necesario para la coordinación operativa de la red de donantes.

Objetivo: Aplicar las disposiciones de la Resolución 3100 y Decreto 2106 de 2019 por la cual se dan lineamientos para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud -REPS.

Descripción de avances- Etapa implementación-Recursos para su financiamiento

Se ajustan las actividades para optimizar los recursos disponibles para la coordinación operativa de la Red de Donantes incorporando alertas de potenciales donantes y el registro de defunciones y actividades de promoción de la donación que permita tener disponible información de oferta de órganos y tejidos por regionales y la consulta de histórico de beneficiarios de trasplante. El sistema de notificación de alertas de urgencia ha facilitado un mayor número de donantes rescatados encontrando 102 donantes rescatados en 2019 y 193 con datos proyectados a diciembre de 2020. Las alertas reportadas según infografía del Instituto Nacional de Salud son en promedio de 100/mensuales para las 2019 y 133 alertas mes con datos proyectados a 2020.

Evaluación del desempeño- Indicadores de logro en el mediano plazo

Donantes rescatados, alertas potenciales donantes notificadas y gestionadas.

3.4.11. Modelo de atención integral en salud



Procedimiento Aseguramiento a la población antioqueña.

Problema para intervenir: Población Pobre y vulnerable focalizada por el municipio o que demanda servicios de salud no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.

Objetivo: Afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS a toda la población pobre y vulnerable o identificada en listado censal focalizada por el municipio y que demanda servicios de salud.

Descripción de avances- Etapa implementación-Recursos para su financiamiento

- Aumento de la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS., con corte a diciembre del 2020 el indicador sobrepasó la meta proyectada alcanzando un 99.09%.
- La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia fortalece el proceso de asesoría y asistencia técnica a instituciones de salud, municipios y a las Entidades Promotoras de Salud (EPS).
- La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia dispone de una plataforma tecnológica a los municipios e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para el proceso de afiliación en caso de que no se pueda realizar por el SAT- Sistema de Afiliación Transaccional del Ministerio de Salud y Protección Social.

- Se diseña y adopta publicidad masiva medios de comunicación (página web, televisión, pendón, afiches) para la promoción de la afiliación, así como la expedición de instructivos y circulares.
- La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra garantizada en un 100% por los recursos de la ADRES, el Ministerio de Salud y Protección Social y la cofinanciación que realiza los algunos municipios y el Departamento.

Evaluación del desempeño- Indicadores de logro en el mediano plazo

Se alcanza en el 2020 una meta 99.09% de cobertura en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Meta - impacto final: Mantener en el cuatrienio la cobertura de afiliación en el 99% con una meta proyectada 2021 del 99%

3.4.12. Plan de respuesta migrantes venezolanos

Atención en salud de población Extranjera teniendo en cuenta lo establecido en la Circular 2018090000333

Se establece el flujograma para la atención de la población extranjera.

Se elabora el oficio con radicado número 2020030165463 en donde se establecen las “Acciones interinstitucionales para promover la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Problema para intervenir: Ejecutar el Plan de respuesta a la población migrante venezolana y extranjeros en general definidos en la Circular 2018090000333.

Objetivo: Afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud a toda la Población migrante con documento válido focalizada por el municipio y que demanda servicios de salud.

Descripción de avances- Etapa implementación-Recursos para su financiamiento

- La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia implementa las mismas acciones para la afiliación de la población migrante que es utilizada para la afiliación de la población no asegurada (PPNA) descritas anteriormente.
- Realizar el trámite y generación de autorizaciones de órdenes de servicios solicitados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Durante el período el año 2020, el CRUE (urgencias y electivas) de un total de 24.205 personas migrantes autorizadas para atenciones de urgencias de las cuales el 89.9% provienen de Venezuela y de un total de 55.389 servicios autorizados para atenciones electivas a usuarios migrantes se tiene que el 90.4% se autorizaron a personas migrantes provenientes del vecino país de Venezuela.
- Se realizan contratos con la red pública para la prestación de los servicios de salud y así garantizar las atenciones electivas de

la población y eventos priorizados del Plan de Respuesta del Sector Salud para la atención de los migrantes (las atenciones de urgencias no requieren de contrato alguno).

- Se realiza la auditoría, avales y pago a la red de servicios de salud sobre las facturas radicadas a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a migrantes venezolanos sin documento válido para la afiliación y sin capacidad de pago.
- En el transcurso del 2019-2020, se avalan a la red de servicios un total de \$ 4.012.381.076 por concepto de facturación de atenciones urgentes a migrantes de países fronterizos, que cumplen criterios del Decreto 2408 de 24 de diciembre de 2018, con cargo a los recursos de las Resoluciones 5869 de 2018, 1175 y 3343 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social de Antioquia por valor total de \$4.012.668.034.

Evaluación del desempeño- Indicadores de logro en el mediano plazo

Se tiene una meta proyectada para el 2020 del 67% y se alcanza una meta del 72% en la vigencia.

Meta - impacto final: La meta proyectadas para el 2021 es del 76%, la del 2022 es del 84%, y la del 2023 es del 90%.

3.4.13. Política de Atención Integral en Salud (PAIS), mediante la Resolución 000429 del 17 de febrero del 2016 y la



Resolución 3280 del 2018.

Problema a intervenir: Atender la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano.

Proyecto Fortalecimiento Elijo con responsabilidad - salud sexual y reproductiva Antioquia 2020-2023"

Objetivo: El objetivo de la Política de Atención Integral en Salud- PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Objetivo: Contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud sexual y reproductiva de la población antioqueña en el marco de la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, de las Rutas Integrales de Atención en Salud y del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).

Descripción de avances- Etapa implementación-Recursos para su financiamiento

Se realiza la actualización del proyecto en el Departamento Administrativo de Planeación bajo la metodología MGA con código BPIN 2018003050054.

Se desarrollan las actividades definidas en el Plan Operativo Anual de Inversiones POAI 2020 con una ejecución del 97% de los recursos físicos y financieros, orientadas al abordaje integral antes, durante y después del evento obstétrico, acceso universal a prevención y atención integral en Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad, fortalecimiento de la sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, gestión del riesgo en salud, promoción y gestión de la salud pública.

En la etapa de implementación se tiene previsto el fortalecimiento de la Ruta Integral de Atención materno perinatal (RIAS- RMPN) con énfasis en curso de vida de adolescencia y juventud y en entornos saludables.

Para el año 2020 se cuenta con una inversión de \$1.841.660.000 de recursos del Sistema General de Participación.

Evaluación del desempeño- Indicadores de logro en el mediano plazo

Indicadores de logro para el año 2020 preliminar:

- Razón de mortalidad materna por causas directas: 12,3
- Letalidad por MME-SAT (Morbilidad materna extrema en sistema de alerta temprana): 1 % Embarazos de 10-14 Años: 2,1



- Embarazos de 15-19 Años: 36,7
- Incidencia de VIH: 55,4
- Incidencia de violencia sexual: 69,5
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con desarrollo de capacidades en lineamientos, guías, rutas y protocolos para maternidad segura, infecciones de transmisión sexual (ITS), planificación familiar y otros.: 10%.

Meta - impacto final: Razón de mortalidad materna por causas directas: 21 por 100.000 nacidos vivos.

- Letalidad por MME-SAT (Morbilidad materna extrema en sistema de alerta temprana) 0,5% por 100 mujeres con MME
- Tasa de embarazos de 10-14 Años: 3,0 por 1.000 mujeres
- Tasa de embarazos de 15-19 Años: 55,5 por 1.000 mujeres
- Incidencia de VIH/SIDA 43,8 por 100 mil habitantes (15 a 49 años)
- Incidencia de violencia sexual: 84 por 100 mil habitantes.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con desarrollo de capacidades en lineamientos, guías, rutas y protocolos para maternidad segura, infecciones de transmisión sexual (ITS), planificación familiar y otros: 100% de las 300 instituciones priorizadas intervenidas.

Meta impacto final: De acuerdo con los indicadores de monitoreo de las Rutas Integradas de Atención en Salud se esperan los siguientes impactos:

- Mujeres que toman decisiones en relación con la planeación de la gestación.
- Gestantes sin mortalidad y morbilidad evitable.
- En adolescencia y juventud, personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos.
- Maternidad segura
- Disminución de las Infecciones de Transmisión Sexual
- Ejercicio y goce efectivo de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

3.4.14. Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Departamento de Antioquia- Ordenanza 046 de 2016.

Objetivo: Mejorar la Seguridad Alimentaria y Nutricional -SAN de la población del Departamento, mediante un marco estratégico que integre los diferentes ejes de la SAN, fortalezca la articulación intersectorial y la participación social, comunitaria que propenda la recuperación y conservación de la soberanía alimentaria.

Observaciones: Ejes transversales que se trabajan desde la Gerencia de Salud Pública de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia:

- Calidad e inocuidad de los alimentos
- Sistemas de información en seguridad alimentaria y nutricional
- Educación, comunicación y difusión
- Participación social, comunitaria e institucionalidad.



A la fecha además de esta política existe el Plan de Seguridad Alimentaria Nutricional - SAN departamental 2020- 2031, el cual es la forma operativa de la implementación de la política.

Desde el proyecto; “Fortalecimiento, Unidos por una Nutrición para la vida”, de la Gerencia de Salud Pública, que responde a la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Plan Decenal de Salud Pública, se realizan acciones relacionadas con el eje de consumo y aprovechamiento biológico; específicamente en el tema de atención y prevención de la malnutrición y fomento de la alimentación saludable en los diferentes grupos poblaciones y acciones indirectas en los ejes transversales.

Por lo anterior, aunque no se emite directamente la política, las acciones desarrolladas en el contexto de la salud pública, complementan las realizadas en el marco de esa política nacional, específicamente en el sector salud. De ahí que siempre se tenga un trabajo articulado entre las Gerencias y otras dependencias de la Gobernación de Antioquia.

3.4.15. Política Pública Departamental Buen comienzo Antioquia, para el pleno desarrollo de las capacidades de los niños y niñas desde la gestación y durante su primera infancia en el departamento de Antioquia. Ordenanza 026 de 2015. Gerencia responsable: Gerencia de Infancia, Adolescencia y Juventud

Objetivo: Establecer el marco institucional y estratégico para el desarrollo integral temprano de los niños y las niñas desde la gestación y en su primera infancia, afianzando

la garantía de sus derechos para el desarrollo pleno de sus potencialidades en condiciones de dignidad y afecto, aportando así a la transformación social y al desarrollo humano en el departamento de Antioquia.

Observaciones: Ámbito de aplicación: Se aplica al conjunto de entidades públicas del orden departamental con competencias relacionadas con la garantía de los derechos de niños y niñas.

Líneas estratégicas de la política:

1. Afirmación intergeneracional en mujeres y hombres del cuerpo como territorio de decisión, cuidado y respeto.
2. Mentalidad responsable con la gestación y los primeros años de vida.
3. Reconocimiento del vientre materno como el primer ambiente significativo para el desarrollo y aprendizaje de niños, niñas y de sus familias.
4. Impulso al patio intercultural.
5. Acogida de niños y niñas al nacer, con reconocimiento de su dignidad.
6. Apoyo a la lactancia materna exclusiva y al amamantamiento como nutrición afectiva.
7. Goce efectivo de los derechos de niños y niñas en primera infancia.
8. Desarrollo de competencias parentales para apoyar tempranamente el desarrollo de niños y niñas.
9. Configuración del nivel de educación inicial, con sentido intercultural y no Sexista
10. Participación de niños y niñas

Desde el proyecto Fortalecimiento Cuidándote desde el inicio de la vida Infancia Antioquia se realizan acciones relacionadas con la línea estratégica 7 - Goce efectivo de los



derechos de niños y niñas en primera infancia, en lo referente a:

- Promover desde la perspectiva familiar, comunitaria e institucional de los cuidados esenciales a niños y niñas para la expansión de sus capacidades y la prevención de factores de riesgo, mediante el fomento de hábitos saludables,
- Garantizar la vivencia continua del proceso de valoración y seguimiento al crecimiento y al desarrollo de niños y niñas, con la participación de sus familias.
- Promover la detección y atención integral temprana e interdisciplinaria a los niños y niñas durante la primera infancia que presenten alteraciones en el desarrollo y la situación de discapacidad transitoria o permanente, con la participación de sus familias.

Con estrategias como la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI Comunitario y Clínico, estrategia de Salas ERA, Estrategia de UAIC (Unidades de atención integral comunitarias), capacitaciones en las principales estrategias de atención a la primera infancia dirigidas a personal de salud y agentes comunitarios en salud, seguimiento a las mortalidades por IRA, EDA y Desnutrición, seguimiento a la implementación de las Rutas de atención en primera Infancia en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Departamento.

Por lo anterior, aunque la Gobernación de Antioquia no es la directa responsable de la implementación de la política, las acciones desarrolladas en el contexto de la salud pública, complementan las realizadas en el marco de la Política Pública de Primera Infancia, específicamente en el sector salud, de ahí que actualmente se está generando un trabajo articulado entre las Gerencias y se hace parte de la Comisión Suprasectorial para el Desarrollo Integral Temprano, como el escenario de direccionamiento estratégico del nivel departamental de la política.

3.4.16. Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia 2012-2020

Problema para intervenir: Alta morbimortalidad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles principalmente el cáncer.

Objetivo: Posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control del cáncer en Colombia.

Observaciones: Dentro de las estrategias en la política para Antioquia está contemplado impactar en la cesación de consumo de tabaco, aumento de consumo de frutas y verduras, incremento de la actividad física acciones que se trabajan en conjunto con la dimensión nutricional y las demás del componente de ECNT.

- Se realiza asesoría y asistencia técnica a los diferentes actores del Departamento en la Ruta de cáncer de mama y cáncer en menores de 18 años



- y la Ruta de enfermedad cardio-metabólica y cesación de tabaco.
- Se realizan campañas en medios de comunicación en promoción de estilos de vida saludable incluyendo cesación de consumo de tabaco.
- Programas televisivos y radiales.
- Talleres subregionales de capacitación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Talleres de fortalecimiento al talento humano en cito tecnología y detección de alteraciones hematológicas.
- Se cuenta con el registro poblacional de cáncer, se realiza vigilancia epidemiología.
- Se cuenta con la conformación del Consejo Departamental de Cáncer.

Indicadores:

- Mortalidad por cáncer en menores de 18 años
- Mortalidad por IAM (Infarto Agudo de Miocardio)
- Mortalidad por EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
- Mortalidad por cáncer de mama
- Municipios y/o Distrito con la estrategia de Ciudades, entornos y ruralidades (CERS) implementadas
- Asesorías y asistencias técnicas en prevención de enfermedades crónicas: infarto agudo de miocardio (IAM), diabetes mellitus tipo II (DMTII) y atención para tabaquismo.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas con asesoría en la implementación de la ruta para la población con riesgo o presencia de

cáncer específicas de mama.

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas con asesoría en la implementación de la ruta para la población con riesgo o presencia de cáncer específicas en menores de 18 años.

Conclusiones:

Según lo establecido en el artículo 11, del Capítulo I, del Título III de la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”, la actualización del Análisis de Situación de Salud (ASIS) general, se debe realizar anualmente. Sin embargo, las variaciones de un año con respecto al anterior son pocas en muchos de los indicadores utilizados. Lo anterior por cuanto los cambios son lentos, pero se procura que sean progresivos mostrando avances favorables. En lo que respecta a las estrategias e intervenciones a los principales problemas, es importante dar continuidad a los programas y proyectos que han venido mostrando transformaciones.

El concepto del Iceberg permite ilustrar como los problemas de salud son mucho más amplios de lo que el sistema conoce (morbilidad y mortalidad conocida), e incluye no solo esa pequeña parte visible sino también la parte oculta integrada por las personas enfermas que no acuden al sistema o que no reciben atención, y las que aun estando sanas poseen vulnerabilidades potencialmente evitables. El sujeto de análisis e intervención debe ser entonces toda la población y no solo la parte visible, demandante de servicios.



La importancia del ASIS radica en generar la información que los componentes técnico y político requieren para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. Por tanto, se han establecido propósitos muy claros como la definición de necesidades, prioridades, políticas en salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento; asimismo, la formulación de estrategias de promoción, prevención, control de daños a la salud y la construcción de escenarios prospectivos de salud. Se pretende que los diferentes actores involucrados en las intervenciones a los diferentes problemas se articulen y conforme a sus competencias armonicen la priorización de los problemas.

Si bien es cierto que persisten algunas prioridades identificadas en años anteriores, la priorización reiterada durante el 2020 dentro de los grupos de riesgo del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) evidencia la necesidad de desarrollar acciones de Gestión Integral del Riesgo en Salud como lo propone el marco operativo de la Política de Atención Integral en Salud de tal forma que permitan alcanzar un mejor nivel de salud para la población antioqueña.

Todas las estrategias e intervenciones que se implementen en todos los programas y proyectos deben considerar los diferentes enfoques propuestos por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), solo así se podrá garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, y reducir la inequidad. Igualmente, deben involucrarse otros sectores que implementen acciones tendientes a mejorar los factores determinantes de la salud. Por lo anterior, es fundamental fortalecer la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Las acciones intersectoriales deben promover el uso adecuado de recursos que permita dar respuesta a las necesidades de la población en cuanto a condiciones de la vivienda, suficiencia de servicios de salud y equilibrio del medio ambiente, entre otros.

Es preciso empoderar a la comunidad para que participe en los programas y proyectos con pleno conocimiento de las posibilidades de intervención y de sus limitaciones, para que se desarrolle un modelo de intervención centrado en las personas, familias y comunidades, más que en las instituciones, y se implemente una cultura del autocuidado y atención que privilegie la salud antes que la enfermedad, con estilos de vida saludables y acciones de promoción y prevención eficaces.

Partiendo del análisis de la morbilidad y las principales causas de mortalidad se hace necesario fortalecer las estrategias que tienen como fin impactar en la prevención de la cronicidad de las enfermedades, el acompañamiento en temas de salud nutricional y seguridad alimentaria, actividad física permanente y el abandono de hábitos como el consumo de tabaco y de alcohol, sustancias psicoactivas, entre otros.

Los análisis muestran una tendencia creciente en los últimos tiempos de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, siendo preciso sumar esfuerzos tendientes a mitigar sus efectos en la población general.

En materia de salud mental se reporta el aumento de eventos que alteran el comportamiento razón por la cual se deben mantener estrategias orientadas a la población adolescente y joven que les permita dar sentido a sus vidas y mejorar la



convivencia ciudadana, evitando el consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas. En la población adulta y mayor se deben implementar estrategias que mejoren la convivencia familiar, social y laboral, y en especial controlar el maltrato a la niñez y la mujer.

Con relación a la salud ambiental es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Fortalecer las capacidades en la gestión de la salud pública ambiental en el Departamento.
- Fortalecer las capacidades técnicas y profesionales del recurso humano relacionado con la salud ambiental de cada municipio
- Introducir el enfoque de salud ambiental en los instrumentos de desarrollo y orden territorial.
- Avanzar en la exploración de las desigualdades sociales y ambientales en salud en el territorio de Antioquia, tanto en la profundización de estudios de desigualdades sociales en salud como la aplicación de acciones orientadas a impactar aquellas dimensiones sociales con desempeños muy bajos
- Proponer programas de seguimiento demográfico aunados a la planeación territorial y de desarrollo sostenible. Considerar un análisis cruzado del crecimiento poblacional con los fenómenos de migración interna a nivel de subregión
- Apostarle a la prevención de enfermedades mediante el control y la reducción de los riesgos ambientales

- El territorio es el escenario en donde suceden los eventos de salud, por lo que se hace imprescindible identificar cómo influyen sus características en la transmisión y manifestación de las enfermedades desde lo local, regional, e incluso desde lo nacional y global, en el contexto del cambio climático y la salud ambiental
- Promover el diseño de diagnósticos de salud ambiental no sólo desde el sector salud sino con una visión amplia de las necesidades y limitaciones que tienen las comunidades, dado que los efectos negativos que asumen los ecosistemas y en general el medio ambiente, afectan de manera directa e indirecta el bienestar y salud de las personas

Deben fortalecerse la autoridad sanitaria y la prestación de los servicios hospitalarios, ya que el sistema de salud se incorpora al Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE como un factor determinante intermedio de la salud que ejerce influencia en la producción de esta.

Antioquia debe apostarle a la construcción de un modelo de acción integral con participación de todos los actores intra y extrasectoriales, con la participación social, y que vele por el fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud-RISS como una de las apuestas que trae el Plan de Desarrollo UNIDOS POR LA VIDA 2020-2023, que vele por el goce efectivo del derecho a la salud, mejore las condiciones de vida que modifiquen la situación de salud y disminuyan la carga de la enfermedad existente y mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, morbilidad y la discapacidad evitable como objetivos fundamentales del sistema



Bibliografía consultada

- Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico*. 1999, 1-3.
- Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Diario Oficial 48241, Presidencia de la Republica (2 de noviembre de 2011).
- Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2018
- Ministerio de salud y protección social. Envejecimiento demográfico Colombia. 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá. Junio de 2013
- Gobernación de Antioquia. Encuesta calidad de vida 2019. Informe de indicadores. Universidad Nacional. Área metropolitana del valle de aburra.
- Plan integral de desarrollo agropecuario y rural con enfoque territorial. Tomo II. departamento de Antioquia. Caracterización multidimensional del desarrollo agropecuario y rural departamental
- Análisis de situación de salud departamento de Antioquia. Actualización 2019. Secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia. Equipo asís Antioquia
- BIA. boletín información para la acción. Pueblos indígenas de Antioquia. Contexto sociodemográfico. Gobernación de Antioquia.
- Perfiles socioeconómicos de las subregiones de Antioquia. Cámara de comercio de Medellín. Marzo 2019.
- Plan de desarrollo Unidos por la vida 2020 – 2023.
- DANE. Encuesta nacional de calidad de vida. 2019. Resultados julio de 2020
- Plan municipal de gestión de desastres 2015-2030
- DANE: boletín técnico. Pobreza multidimensional departamental 2018
- Plan departamental para la gestión de riesgos de desastres. DAPARD
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Antioquia, 2019
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Antioquia, 2017
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2019.
- Plan territorial en salud 2020-2023
- Anuario estadístico de Antioquia 2018
- Encuesta calidad de vida 2019-Informe de indicadores
- Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018
- Fenómeno de migrantes venezolanos y SGSS
- Alcaldía de Medellín. (23 de 12 de 2020). <https://www.medellin.gov.co>. Obtenido de Efectos económicos y sociales por COVID 19 y alternativas de política pública: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/COVID19/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2020/AnalisisEfectosEconomicosCovid19.pdf>
- DNP, S. T. (18 de 02 de 2016). <https://colaboracion.dnp.gov.co>. Obtenido de RECOMENDACIONES PARA LA PROYECCIÓN Y ESTIMACIÓN:



- <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/Documento%20Recomendaciones%20proyecciones%20SGP%202017-2019.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (20 de 01 de 2020). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865
 - Ministerio de salud y proteccion social. (23 de 12 de 2020). Régimen subsidiado población pobre no asegurada. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx>
 - Organización Mundial de la Salud. El Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud a través de acciones intersectoriales: cinco casos de política pública de México. México; 2013. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6291> [Links]
 - Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos de Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778F0DA17BFD0?sequence=1 [Links]
 - Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Capítulo 2 Determinantes e Inequidades en Salud. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en [Links]
 - Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008. Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493 [Links]
 - Navarro V. Concepto actual de salud pública. En Martínez F., Castellanos P. L., Navarro, V., Salud Pública. Mc Graw-Hill. (pp. 49-54). Ciudad de México.
 - Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999, 1-3.
 - Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, A novel coronavirus outbreak of global health concern. The Lancet [Internet]. 2020 [citado 18 mar 2020]. 35(10223). Disponible en: URL doi:10.1016/s0140-6736(20)30185-9