



Análisis de situación de salud

Actualización 2021



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

ANÍBAL GAVIRIA CORREA
Gobernador de Antioquia

DIRECTIVO
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

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

LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELÁSQUEZ
Gerente COVID-19

NATALIA MONTOYA PALACIO
Subsecretaria Salud Pública

LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO
Subsecretaria Planeación para la Atención en Salud

CÉSAR AUGUSTO GÓMEZ FONNEGRA
Subsecretario Prestación y Desarrollo de Servicios

GLORIA ISABEL ESCOBAR MORALES
Directora Laboratorio Departamental de Salud Pública

DIANA CAROLINA SALAZAR GIRALDO
Directora Salud Ambiental y Factores de Riesgo

ALEXANDER HERRERA ZAPATA
Director Salud Colectiva

JUAN DAVID RODRÍGUEZ QUIJANO
Director Aseguramiento y Prestación de Servicios

TATIANA MARÍA QUICENO IBARRA
Directora Calidad y Red de Servicios

LUIS ALBERTO NARANJO BERMÚDEZ
Director Administrativo y Financiero

JUAN ESTEBAN ARBOLEDA JIMÉNEZ
Director Asuntos Legales



EQUIPO TÉCNICO SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD

Despacho

Margarita María Escudero Osorio

Subsecretaría Planeación para la Atención en Salud

Hellen Offir Holguín Villa

Luz Adriana Martínez Waldo

Sandra Milena Vargas Urrego

María Gilma Cifuentes Ibarra

Gustavo Adolfo Medina Arango

Fara Alejandra López Gutiérrez

Adriana Patricia Rojas Eslava

Martha Cecilia Londoño Báez

Ángela Jaramillo Blandón

Antonio Restrepo Tangarife

Subsecretaría Salud Pública

Laura Vanessa Zuluaga Bedoya

Luis Enrique Valencia

Ana María Barragán Díaz

Celeny Ortiz Restrepo

Yuliana Andrea Barrientos Valencia

Carlos Andrés Castañeda Orjuela

Subsecretaría Prestación y Desarrollo de Servicios

Luis Fernando Palacio Tamayo

Liliana Arias Cortés

Liliana Patricia Mejía Vélez

Dirección Salud Colectiva

Martha Elena Cadavid Gil

Claudia Cecilia Ceballos Alarca

Carolina María Tovar Torres

Beatriz Carmona Monsalve

Juliana Cataño López

Dora María Gómez Gómez
Adriana María González Arboleda
Mónica Del Carmen Gómez Zuluaga
Aydalid Cala Monroy
Juan Vicente Lopera Sánchez
Alexandra Leonor Álvarez Ávila
Cesar Augusto Toro García
Mercedes Del Socorro Ramírez Urán
Marcela Hernández Cartagena
Yina Díaz González
Amparo Liliana Sabogal Apolinar
Alexandra Ramírez

Dirección Salud Ambiental y Factores de Riesgo

David Arboleda Carvajal
Rosendo Eliécer Orozco Cardona
Iván Darío Zea Carrasquilla
Jhon William Tabares Morales
Ana María Blandón Posada
Gloria Patricia Ramírez Piedrahita
Luis Armando Galeano Marín
Jhon Jairo González
Gina Marcela Gallego Bustamante
María Piedad Martínez Galeano
Gildardo Elmer Ibagón
Alejandra Posso Piedrahita

Dirección Laboratorio Departamental

Sandra Inés Cano Valencia
Viviana Lenis Ballesteros
Gina Katherine Hernández
Idabely Betancur Ortiz
Cristian Arvey Velarde Hoyos

Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios

Ángela Patricia Palacio Molina





Carlos Mario Aristizábal Zuluaga
Eliana María Murillo Salazar
Diana Milena López Valencia
Luis Fernando Gallego Arango

Dirección Calidad y Red de Servicios

Lucía Esther Ibarra Franco
Beatriz Irleny Lopera Montoya
Ana María Piedrahita Calderón
Alfonso Alba Acevedo
Mauricio Renaldo Rosero Estupiñán

Dirección Administrativa y Financiera

Harlinton Smith Arango Goez
Naida Cecilia Castro Garzón

Equipo de Comunicaciones y Prensa

Miguel Ángel Silva



Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que participaron en la actualización del presente documento, su aporte contribuye al fortalecimiento de la gestión del conocimiento en la Gobernación de Antioquia y demuestra la capacidad de trabajar UNIDOS para proteger la vida y preservar la salud de las poblaciones del Departamento.

- Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia- DAGRAN.
- Secretaría de Inclusión Social y Familia
- Gerencia Afrodescendientes
- Gerencia Indígena
- Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional- MANÁ
- Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia -DAP.
- Facultad Nacional de Salud Pública- Universidad de Antioquia



Contenido

Agradecimientos.....	6
Lista de tablas	12
Lista de figuras	15
Lista de Mapas	19
INTRODUCCIÓN.....	21
ENFOQUES.....	23
METODOLOGÍA.....	25
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	26
CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	28
1.1 Contexto territorial	28
1.1.1 Localización	28
1.1.2 Departamento / Municipios	29
1.1.3 División político-administrativa	29
1.1.4 Subregiones	30
1.1.5 Límites geográficos:	41
1.1.6 Extensión territorial.....	41
1.1.7 Economía	47
1.1.8 Características físicas del territorio	48
1.1.8.1 Altitud y relieve	48
1.1.8.2 Hidrografía	49
1.1.8.3 Zonas de riesgo.....	49
1.1.8.3.1 Personas y familias afectadas 2020 y 2021	51
1.1.8.3.2 Escenarios de riesgo.....	51
1.1.8.3.3 Amenazas por Subregiones.....	53
1.1.8.3.4 Avances y estado de la gestión del riesgo de desastres en Antioquia.....	60
1.1.8.4 Temperatura y humedad	63
1.1.8.5 Accesibilidad geográfica	65
1.2 Contexto demográfico.....	72
1.2.1 Tamaño poblacional	73
1.2.2 Número y condiciones de viviendas y hogares.....	80
1.2.3 Población por pertenencia étnica.....	83
1.2.3.1 Negros, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros:	86
1.2.3.2 Rrom o Gitanos:	94
1.2.4 Estructura demográfica	94
1.2.5 Pirámide Poblacional	94
1.2.6 Población por género	99
1.2.7 Población por ciclos de vida	100
1.2.8 Enfoque en curso de vida	103
1.2.9 Otros indicadores demográficos en el Departamento.....	105
1.2.10 Dinámica demográfica	106
1.3 Conclusiones Generales al contexto territorial y demográfico.....	125
CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES.....	128



2.1	Análisis de la mortalidad	128
2.1.1	Mortalidad general por grandes causas	130
2.1.2	Tasas de mortalidad por sexo	131
2.1.3	Años de vida potencialmente perdidos	133
2.1.4	Años de vida potencialmente perdidos por sexo	134
2.1.5	Mortalidad específica por subgrupo.....	138
2.1.5.1	Tasas ajustadas por la edad.....	138
2.1.5.1.1.	Enfermedades transmisibles	138
2.1.5.1.2.	Neoplasias	140
2.1.5.1.3.	Enfermedades del sistema circulatorio.....	142
2.1.5.1.4.	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.....	143
2.1.5.1.5.	Causas externas.....	145
2.1.5.1.6.	Demás causas de mortalidad	147
2.1.6.	Mortalidad materno – infantil y en la niñez	149
2.1.6.1.	Tasas específicas de mortalidad	149
2.1.6.1.1.	Mortalidad infantil.....	149
2.1.6.1.2.	Mortalidad en menores de 1 a 4 años	151
2.1.6.1.3.	Mortalidad en la niñez.....	152
2.1.7.	Mortalidad por salud mental	161
2.1.8.	Mortalidad infantil y Necesidades Básicas Insatisfechas	163
2.1.8.1.	Mortalidad Materna con Índice de calidad de vida:	164
2.1.8.2.	Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI.	166
2.1.8.2.1.	Mortalidad Materna y necesidades básicas insatisfechas	166
2.1.9	Determinantes estructurales.....	168
2.1.9.1	Etnia y área de residencia	168
2.1.10	Situación del COVID-19 debido al virus SARS_COV2.....	169
2.1.10.1	Epidemiología del SARS-COV-2 Cronología de una pandemia.....	170
2.1.10.2	Caracterización de casos y pruebas diagnósticas.....	170
2.1.10.3	Caracterización casos hospitalizados por COVID -19.....	175
2.1.10.4	Mortalidad por COVID-19	177
2.1.1	Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno - infantil.....	180



Conclusiones	180
2.2. Análisis de la morbilidad	182
2.2.1. Morbilidad atendida.	182
2.2.1.1. Principales causas de consulta por ciclo vital.....	183
2.2.1.2 Principales causas de morbilidad en hombres	185
2.2.1.3 Principales causas de morbilidad en mujeres	186
2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo	187
2.2.2.1 Condiciones transmisibles y nutricionales	188
2.2.2.2 Condiciones maternas perinatales	189
2.2.2.3 Enfermedades no transmisibles	190
2.2.2.4 Morbilidad oral	192
2.2.2.5 Lesiones	195
2.3 Morbilidad de eventos de alto costo	196
2.3.2 VIH/SIDA	198
2.3.3 Artritis Reumatoide.	200
2.3.4 Hemofilia.....	201
2.3.5 Cáncer	201
2.3.6 Cáncer pediátrico.....	203
2.3.7 Enfermedad renal crónica.....	204
2.3.7.1 Morbilidad de eventos precursores.....	206
2.4 Morbilidad COVID-19.....	207
2.4.1 Pruebas y casos	207
2.5 Morbilidad en la población migrante	211
2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.	214
2.6.1 Violencia Intrafamiliar de Género y Sexual-VIF Y S	216
2.6.2 Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia - APTR	217
2.6.3 Malaria	218
2.6.4 Intoxicaciones	218
2.6.5 Intento de Suicidio	218
2.6.6 Eventos de zoonosis.....	219
2.6.6.1 Accidente Ofídico.....	219



2.6.6.2	Leptospirosis.....	222
2.6.6.3	Rabia	224
2.7	Análisis de la población en condición de discapacidad	228
2.8	Identificación de prioridades principales en la morbilidad	229
Conclusiones Morbilidad		230
2.9	Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud.....	231
2.9.1	Condiciones de vida	231
2.9.2	Componente salud ambiental y cambio climático.....	245
2.9.3	Seguridad alimentaria y nutricional.....	258
2.9.4	Condiciones factores psicológicos y culturales	259
2.9.4.1	Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año en escolares 11 a 18 años.....	259
2.9.4.2	Consumo de frutas y verduras.....	261
2.9.4.3	Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares 11 a 18 años	261
2.9.4.4	Anticoncepción, inicio de vida sexual y transmisión materno infantil de VIH	261
2.9.4.5	Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares 11 a 18 años.....	262
2.9.4.6	Tratamiento antirretroviral.....	262
2.9.4.7	Incidencia de violencia intrafamiliar	263
2.9.5	Índice, IDERE Global.....	263
2.9.5.1	Otros indicadores de ingreso.....	265
2.9.5.2	Población Económicamente Activa (PEA).....	268
2.9.5.3	Tasa de desempleo	269
2.9.5.4	Fin de la Pobreza.....	269
2.9.5.5	Hambre cero	271
2.9.6	Educación	272
2.9.6.1	Coberturas de educación en Antioquia.....	272
2.9.6.2	Otros Indicadores de educación	273
2.9.6.3	Analfabetismo	277
2.9.6.4	Avances en el compromiso con la educación en Antioquia.....	277
2.9.7	Avance en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).....	278
2.9.8	Población asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud	279
2.10	Eventos inmunoprevenibles.....	284

2.11	Análisis de la situación de coberturas de vacunación en Antioquia en el período 2015 a 2019.	284
2.11.1	Coberturas de vacunación en mayores de 1 año	287
2.11.2	Vacunación contra COVID- 19 en el departamento de Antioquia	288
2.12	Sistema Sanitario.....	303
2.12.1	Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP)	307
2.12.1.1.	Vigilancia Genómica de SARS-COV-2 en Antioquia	308
2.12.1.2.	Diagnóstico de tuberculosis en personas que viven con VIH en Antioquia durante los años 2019 a 2021	314
2.12.1.2.1.	Red diagnóstica de Tuberculosis en Antioquia.....	316
2.12.1.2.2.	Caracterización del diagnóstico de tuberculosis en personas que viven con VIH en el departamento de Antioquia	316
2.12.1.2.3.	Conclusiones y recomendaciones	320
CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD.....		322
3.1.	Consideraciones tenidas en cuenta para priorizar	322
3.2.	Modelo conceptual de determinantes sociales de la salud	322
3.3.	Reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes sociales	323
3.4.	Asignación de prioridades a grupos de riesgo.....	323
Conclusiones:.....		409
3.5.	Estimación Índice de Necesidades en Salud (INS)	409
CAPÍTULO IV PROFUNDIZACIÓN COMPONENTE ÉTNICO- INDÍGENAS.....		417
4.1	Contexto territorial	418
4.1.1	Pueblos Indígenas y territorio	419
4.1.2	Pueblos Indígenas de Antioquia	422
4.1.3	Desplazamiento forzado, Pueblo indígena	426
4.2	Discapacidad	427
4.3	Mortalidad en los Indígenas.....	429
4.4	Morbilidad en los Indígenas.....	430
4.5	Determinantes Sociales en los pueblos indígenas	431
4.6	Priorización de los problemas en los pueblos originarios	435
Conclusiones		436
CAPÍTULO V PROFUNDIZACIÓN SALUD MENTAL		438
5.1	Indicadores de Salud Mental en Antioquia	439
5.2	Morbilidad específica en salud mental.....	441



5.3	Comportamiento del Intento de Suicidio en Antioquia	442
5.3.1	Comportamiento de Suicidio en Antioquia	446
5.4	Comportamiento de Violencia de Género en Antioquia	450
5.5	Fortalecimiento de la salud mental en Antioquia	454
5.5.1	Estrategias de Promoción y Prevención y Reducción de Daño.	455
5.6	Resultados preliminares del Proyecto de Salud Mental, Convivencia Social, Salud para el Alma.	458
5.6.1	Fortalecimiento de la oferta institucional	458
5.6.2	Entorno comunitario	458
5.6.3	En el entorno del hogar	459
5.6.4	En el entorno educativo	459
5.6.5	Línea telefónica	460
5.6.6	Programa en televisión, de Salud mental, Convivencia Social, Salud para el alma	460
5.6.7	Articulación Intersectorial	461
5.7	Estructuración del modelo de la ruta para la atención en salud mental	462
	Conclusiones	477
	Bibliografía	478

Lista de tablas

Tabla 1.	Distribución de municipios de Antioquia por situación geográfica, extensión territorial, altura y temperatura total por municipio y subregión	43
Tabla 2.	Eventos reportados al 12 de julio de 2021	51
Tabla 3.	Personas y familias afectadas 2020 y 2021	51
Tabla 4.	Incorporación de la gestión del riesgo de desastres en el plan de desarrollo de Antioquia “Unidos por la vida” 2020 – 2023	62
Tabla 5.	Tiempo de traslado y distancia estimada por Subregiones y municipios de Antioquia.	68
Tabla 6.	Lista de aeropuerto y aeródromos departamento de Antioquia 2020.	71
Tabla 7.	Distribución de la población total y relación hombre/mujer por subregiones. Antioquia 2021	73
Tabla 8.	Población por subregión y municipio, según área de residencia y densidad poblacional. Antioquia, 2021	75
Tabla 9.	Pertenencia étnica por auto - reconocimiento de la población antioqueña. 2020	84
Tabla 10.	Población censada por subregión, municipio y grupo étnico. Antioquia. 2018	84
Tabla 11.	Población afrodescendiente por subregión y sexo	90
Tabla 12.	Distribución de consejos comunitarios y organizaciones de base, por subregión Antioquia, 2021	91
Tabla 13.	Proporción de la población por ciclo vital. Antioquia, 2015, 2021 y 2023.	102
Tabla 14.	Otros indicadores de estructura demográfica. Antioquia, 2015, 2021 y 2023	106
Tabla 15.	Otros indicadores de estructura demográfica por subregión. Antioquia 2021	106
Tabla 16.	Tasa bruta de natalidad y tasas de fecundidad por subregión. Antioquia 2019	108
Tabla 17.	Indicador Meta de cobertura de afiliación al SGSSS de los migrantes venezolanos, con permiso especial de permanencia. Antioquia, diciembre de 2021	116
Tabla 18.	Población migrante venezolana identificada con permiso especial de permanencia según migración Colombia, encuestada en SISBEN, reportada en los listados censales y afiliada al SGSSS en el departamento de	

Antioquia, por subregión, municipio y régimen.	118
Tabla 19. Población víctima según subregión de residencia. Antioquia, 2019.	121
Tabla 20. Cifras de los hechos victimizantes en Antioquia desagregados.	124
Tabla 21. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Antioquia, 2005 – 2019.....	149
Tabla 22. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas. Antioquia, 2005 – 2019.....	150
Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad infantil en hombres, según causas. Antioquia, 2005 – 2019	150
Tabla 24. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres, según causas. Antioquia, 2005 – 2019.....	150
Tabla 25. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2019.....	151
Tabla 26. Tasas específicas de mortalidad en hombres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2019.....	152
Tabla 27. Tasas específicas de mortalidad en mujeres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2019.....	152
Tabla 28. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas. Antioquia, 2005 – 2019.....	153
Tabla 29. Tasas específicas de mortalidad en niños, según causas. Antioquia, 2005 – 2019	153
Tabla 30. Tasas específicas de mortalidad en niñas, según causas. Antioquia, 2005 – 2019	153
Tabla 31. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Antioquia, 2005 – 2019	154
Tabla 32. Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI. Antioquia, 2019	168
Tabla 33. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal por etnia. Antioquia, 2018 – 2019.....	169
Tabla 34. Indicadores de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Antioquia, 2018 – 2019	169
Tabla 35. Indicadores epidemiológicos para COVID 19 en Antioquia, 2020 a 2021	171
Tabla 36. Caracterización de los conglomerados por COVID 19 identificados en Antioquia, 2021	175
Tabla 37. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil del departamento de Antioquia, 2020	180
Tabla 38. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo de vida. Antioquia 2009-2020.	184
Tabla 39. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en hombres. Antioquia, 2009 –2020	186
Tabla 40. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en mujeres. Antioquia, 2009 –2020	186
Tabla 41. Distribución porcentual de condiciones transmisibles y nutricionales. Antioquia 2009 – 2020	189
Tabla 42. Morbilidad específica en condiciones maternas – perinatales. Antioquia 2009 – 2020	190
Tabla 43. Morbilidad específica en enfermedades no transmisibles. Antioquia 2009 – 2020.....	191
Tabla 44. Morbilidad específica en lesiones. Antioquia 2009 – 2020	196
Tabla 45. Prevalencia y mortalidad de Cáncer invasivo, por tipo, Antioquia	203
Tabla 46. Prevalencia y mortalidad de Cáncer pediátrico, por tipo, Antioquia	203
Tabla 47. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Antioquia, 2006 – 2018.....	204
Tabla 48. Eventos precursores. Antioquia, 2018.....	207
Tabla 49. Distribución de ciclo vital según sexo de los casos positivos COVID-19 en Antioquia en el 1 enero y 15 noviembre de 2021.	208
Tabla 50. Porcentaje de gestantes diagnosticadas por COVID-19 según grupo de edad y subregión de Antioquia entre el 1 enero y 15 noviembre de 2021.....	209
Tabla 51. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante. Antioquia, 2020.	212
Tabla 52. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante según procedencia. Antioquia, 2020	213
Tabla 53. Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública. Antioquia, Colombia 2006 – 2019	215
Tabla 54. Casos de muertes por Accidente Ofídico, según subregión y municipio de procedencia. Antioquia 2020..	221
Tabla 55. Casos e incidencia de Leptospirosis por subregión. Antioquia 2020.....	222
Tabla 56. Casos de Leptospirosis por subregión y municipio. Antioquia 2020	223
Tabla 57. Casos de Exposición rábica por subregión. Antioquia 2020	225
Tabla 58 Distribución de las alteraciones permanentes. Antioquia, 2021.....	228
Tabla 59. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Antioquia 2020	230

Tabla 60. Clasificación de los índices para medición del riesgo - IRCA.....	234
Tabla 61. Índice de Riesgo de Calidad de Agua Potable - IRCA- (%) por Subregión - Antioquia 2020.....	235
Tabla 62. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida. Antioquia, 2005 – 2019	240
Tabla 63. Cobertura de acceso a servicios públicos según desagregación urbano-rural. Antioquia, 2019.....	241
Tabla 64. Estaciones de monitoreo de calidad del aire por Autoridad Ambiental – 2018.....	246
Tabla 65. 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).....	248
Tabla 66. 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)	250
Tabla 67. 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)	251
Tabla 68. Efecto de las amenazas asociadas al cambio y la variabilidad climática sobre algunas enfermedades o grupos de enfermedades.....	256
Tabla 69. Amenazas más frecuentes reportadas por subregión y algunos grupos de enfermedades relacionadas ...	257
Tabla 70. Determinantes intermedios de la salud – seguridad alimentaria y nutricional. Antioquia, 2019	259
Tabla 71. Comparación de prevalencias obtenidas en la vida y en el último año 2007 - 2011. Antioquia, 2018	260
Tabla 72. Determinantes intermedios de la salud – factores psicológicos y culturales. Antioquia, 2006 – 2019	262
Tabla 73. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar.....	263
Tabla 74. Índice, IDERE Global Nivel de Desarrollo por Dimensiones, Antioquia, 2020	264
Tabla 75. Otros indicadores de ingreso. Antioquia 2005 – 2018	268
Tabla 76. Promedio del puntaje de Pruebas SABER 11- Matemáticas, Antioquia, 2020	274
Tabla 77. Distribución de afiliados al régimen subsidiado, por tipo de población en Antioquia 2018	284
Tabla 78. Determinantes intermedios de la salud. Antioquia 2020.....	285
Tabla 79. Asignación de IPS a vacunar el Talento humano de 1º línea, con vacuna Pfizer.....	290
Tabla 80. Avances dosis aplicadas contra el COVID-19, en Antioquia.....	292
Tabla 81. Balance Vacunas contra el COVID-19	293
Tabla 82. Vacunación contra COVID-19 en el sistema Metro.	298
Tabla 83. Avance de la vacunación contra COVID-19 en las gestantes.....	299
Tabla 84. Vacunación contra COVID-19 en la ruta Cosecha Cafetera.	300
Tabla 85. Vacunación contra COVID-19 en la ruta Bananera.....	301
Tabla 86. Vacunación contra COVID-19 en los Centros comerciales.	301
Tabla 88. Monto dotación equipos biomédicos.....	305
Tabla 89. Monto Inversiones en Infraestructura.....	305
Tabla 90. Transferencias estampilla prohospital 2021.....	305
Tabla 91. Proceso acompañamiento a hospitales en riego fiscal y financiero. Res 1342 de 2019.	306
Tabla 92. Proceso acompañamiento a hospitales en riego fiscal y financiero. Res 1342 de 2019	306
Tabla 93. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19.....	307
Tabla 94. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19.....	307
Tabla 95. Distribución de variantes identificadas en la Red Genómica en Antioquia.	312
Tabla 96. Aporte de diagnóstico de tuberculosos por pruebas moleculares, cultivos y baciloscopias en personas que viven con VIH en el departamento de Antioquia, 2019 a 2021.....	317
Tabla 97. Identificación de los problemas de salud del departamento de Antioquia.....	325
Tabla 98. Categoría de Necesidades Max Neef.....	410
Tabla 99. Variables para estimar Índice de Necesidades en Salud.	413
Tabla 100. Índice de necesidades en salud, por municipio. Antioquia, 2021	414
Tabla 101. Población Indígena de Antioquia, por diferentes fuentes, 2021	420
Tabla 102. Distribución de población víctima fallecida, por etnia y sexo. Antioquia, 2021.....	427
Tabla 103. Distribución por tipo de discapacidad, población indígena Antioquia 2021	428
Tabla 104. Población víctima discapacitada, pueblos indígenas, Antioquia, 2021	428

Tabla 105. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez en población indígena, Antioquia, 2006 – 2019	430
Tabla 106. Determinantes intermedios de la salud – atención prenatal, parto institucional y cesáreas, mujeres indígenas Antioquia, 2006 – 2020	433
Tabla 107. Semaforización y tendencia de nacidos vivos con bajo peso al nacer, población indígena, Antioquia, 2006 – 2019	434
Tabla 108. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2009 – 2020	442
Tabla 109. Distribución de los casos y tasas de Suicidios Antioquia 2011 - 2020	448
Tabla 110. Distribución de la resiliencia según variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social en escolarizados. Antioquia, 2018-2019	465

Lista de figuras

Figura 1. Pérdida Máxima Probable por sismos, inundaciones y tsunamis para diferentes períodos de retorno en el departamento de Antioquia (en miles de millones de pesos).....	53
Figura 2. . Número de eventos reportados al DAGRAN en Antioquia entre 1970 y 2019.....	59
Figura 3. Distribución de los 125 municipios del departamento de Antioquia	74
Figura 4. Porcentaje de Población urbano - rural en Antioquia, 2021	79
Figura 5. Porcentaje de población censal urbano - rural en Antioquia, censos 1985, 1993, 2005 y 2018.....	79
Figura 6. Porcentaje de Población proyectada urbano - rural en Antioquia 2015, 2021 y 2023	80
Figura 7. Condición de ocupación de la vivienda, según ubicación geográfica en Antioquia, 2018	81
Figura 8. Tamaño de los hogares en Antioquia, Según Censo 2005 y 2018	82
Figura 9. Jefatura del hogar por sexo en Antioquia. Censos 1993, 2005 y 2018.....	83
Figura 10. Descripción del Territorio de Cativo, Mulatos, Municipio de Necoclí, 2021	88
Figura 11. Población afrodescendiente por subregión y sexo. Antioquia 2018	91
Figura 12. Número de Consejos Comunitarios e inscritos por subregión, Antioquia 2021.	92
Figura 13. Comparativo de la estructura poblacional por sexo para los censos 1985 - 2018	95
Figura 14. Pirámide poblacional. Antioquia, 2015, 2021, 2023	96
Figura 15. Pirámide poblacional subregión de Urabá. Antioquia, proyección 2023	97
Figura 16. Pirámide poblacional subregión de Bajo Cauca. Antioquia, proyección 2023	97
Figura 17. Pirámide poblacional subregión de Magdalena medio. Antioquia, proyección 2023.....	97
Figura 18. Pirámide poblacional subregión de Occidente. Antioquia, proyección 2023	97
Figura 19. Pirámide poblacional subregión de Oriente, Antioquia, proyección 2023.....	98
Figura 20. Pirámide poblacional subregión de Suroeste, Antioquia, proyección 2023.....	98
Figura 21. Pirámide poblacional subregión Norte, Antioquia, proyección 2023	98
Figura 22. Pirámide poblacional subregión Nordeste, Antioquia, proyección 2023	98
Figura 23. Pirámide poblacional subregión del Valle de Aburra, Antioquia, proyección 2023	99
Figura 24. Distribución porcentual de la población, según sexo. Antioquia, 2021	99
Figura 25. Población por género y grupo de edad. Antioquia.....	100
Figura 26. Cambio en la proporción de población por grupo etario. Antioquia, 2005, 2021 y 2023.	102
Figura 27. Porcentaje de población por grandes grupos de edad. Antioquia, 2015-2020-2023.	103
Figura 28. Tasa de fecundidad en adolescentes, Antioquia 2005 – 2018.	108
Figura 29. Tasa global de fecundidad por área, Antioquia 2005 -2023.....	109
Figura 30. Comparación entre la tasa de crecimiento y las tasas brutas de natalidad, mortalidad. Antioquia 2005 – 2023.....	110
Figura 31. Crecimiento natural por subregión. Antioquia 2019.....	110
Figura 32. Comparación de tasas de crecimiento poblacional intercensal 1973, 1985, 1993, 2005 y 2018, subregiones y total departamento	111
Figura 33. Esperanza de vida al nacer por sexo. Antioquia 2005-2023.....	112



Figura 34. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos, identificados con Permiso Especial de Permanencia. Antioquia a diciembre, 2021	116
Figura 35. Tendencia de la afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con permiso especial de permanencia Antioquia a noviembre 2021.	117
Figura 36. Estructura piramidal de la población víctima. Antioquia.	121
Figura 37. Mortalidad según grandes grupos de causas, Antioquia, 2005 – 2019.....	131
Figura 38. Mortalidad según grandes grupos de causas en hombres. Antioquia, 2005 – 2019.....	132
Figura 39. Mortalidad según grandes grupos de causas en mujeres. Antioquia, 2005 – 2019.....	133
Figura 40. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP según grandes causas lista 6/67.	134
Figura 41. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres según grandes causas lista 6/67.	135
Figura 42. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en mujeres según grandes causas lista 6/67.	135
Figura 43. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2019	136
Figura 44. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en hombres. Antioquia, 2005-2019	137
Figura 45. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en mujeres. Antioquia, 2005-2019.....	138
Figura 46. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en hombres. Antioquia, 2005 – 2019	139
Figura 47. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en mujeres. Antioquia 2005 – 2019	140
Figura 48. Mortalidad según las neoplasias en hombres. Antioquia, 2005 – 2019.....	141
Figura 49. Mortalidad según las neoplasias en mujeres. Antioquia, 2005 – 2019.....	142
Figura 50. Mortalidad en hombres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia 2005 – 2019.....	143
Figura 51. Mortalidad en mujeres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia, 2005 – 2019	143
Figura 52. Defunciones en hombres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2019.....	144
Figura 53. Mortalidad en mujeres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2019	145
Figura 54. Mortalidad en hombres según causas externas. Antioquia, 2005 – 2019.	146
Figura 55. Mortalidad en mujeres según causas externas. Colombia, 2005 – 2019	147
Figura 56. Mortalidad en hombres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2019.....	148
Figura 57. Mortalidad en mujeres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2019.....	148
Figura 58. Razón de mortalidad materna. Colombia y Antioquia, 2005 – 2019	156
Figura 59. Tasa de mortalidad neonatal. Colombia y Antioquia 2005 – 2019	156
Figura 60. Tasa de mortalidad infantil. Colombia y Antioquia 2005 – 2019	157
Figura 61. Tasa de mortalidad en la niñez. Colombia y Antioquia 2005 – 2019	157
Figura 62. Tasa de mortalidad por EDA. Colombia y Antioquia 2005 – 2019.....	158
Figura 63. Tasa de mortalidad por IRA. Colombia y Antioquia 2005 – 2019.....	159
Figura 64. Tasa de mortalidad por desnutrición. Colombia y Antioquia, 2005 – 2019	159
Figura 65. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019.....	162
Figura 66. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019	162
Figura 67. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019	163
Figura 68. Índice de concentración de la mortalidad infantil vs NBI. Antioquia, 2018-2019	164
Figura 69. Índice de concentración de la mortalidad Materna vs NBI. Antioquia, 218-2019	166
Figura 70. Evolución de casos por COVID 19 según fecha de inicio de síntomas en Antioquia, 2021.	172
Figura 71. Número casos positivos por RT-PCR y pruebas de antígeno para COVID-19 en Antioquia, 2021.....	172
Figura 72. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos positivos en Antioquia, 2021	173
Figura 73. Porcentaje de gestantes diagnosticadas por COVID 19 según grupo de edad y subregión de Antioquia,	

2021.....	174
Figura 74. Distribución de incidencia por Covid19 según subregión de Antioquia.....	174
Figura 75. Distribución de casos hospitalizados por COVID-19 en Antioquia durante el 2020 a 2021.	176
Figura 76. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos hospitalizados en Antioquia, 2021	176
Figura 77. Distribución de casos fallecidos por COVID-19 en Antioquia durante el 2020 a 2021.....	177
Figura 78. Mortalidad por Covid19 Antioquia 2020 -2021 por sexo y por quinquenios.....	178
Figura 79. Número casos positivos por RT-PCR y pruebas de antígeno para COVID-19 en Antioquia, 2021.....	178
Figura 80 Comorbilidades asociadas a la mortalidad por COVID 19 en Antioquia, 2021.....	179
Figura 81. Letalidad de COVID 19 por regiones en Antioquia 2021	179
Figura 82. Prevalencia de VIH-SIDA, por grupo etáreo, 01-02 2020/31-01-2021, Antioquia	199
Figura 83. Prevalencia de AR, por grupo etario, Antioquia	200
Figura 84. Pirámide de la incidencia de ERC, Colombia, Antioquia, julio 2019 a junio del 2020	205
Figura 85. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Antioquia, 2018	206
Figura 86. Número de casos por COVID-19 diagnosticados por RT-PCR y antígeno en Antioquia entre el 1 enero y 15 noviembre de 2021	208
Figura 87. Porcentaje de gestantes diagnosticadas por COVID-19 según grupo de edad y subregión de Antioquia entre el 1 enero y 15 noviembre de 2021.	209
Figura 88. Distribución de incidencia por COVID-19 según subregión de Antioquia entre el 1 enero y 15 noviembre de 2021.....	210
Figura 89. Distribución de incidencia por COVID-19 según subregión de Antioquia entre el 1 enero y 15 noviembre de 2021.....	210
Figura 90. Atenciones en salud de población migrante según régimen de afiliación. Antioquia, 2020.....	213
Figura 91. Eventos de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA.....	214
Figura 92. Cinco eventos de notificación obligatoria más frecuentes, Antioquia, 2020	216
Figura 93. Casos e incidencia de Accidente Ofídico por subregión. Antioquia 2020	220
Figura 94 Distribución porcentual de casos de Accidente Ofídico, según conducta. Antioquia 2020	221
Figura 95. Distribución porcentual de casos de Accidente Ofídico, según condición final. Antioquia 2020.....	221
Figura 96. Incidencia de Leptospirosis por área de procedencia. Antioquia 2020.....	223
Figura 97. Distribución porcentual de casos de Leptospirosis, según hospitalización. Antioquia 2020	224
Figura 98. Casos e incidencia de Exposición rábica por subregión. Antioquia 2020	226
Figura 99. Distribución de casos de Exposición rábica, de acuerdo a la especie agresora. Antioquia 2020	227
Figura 100. Distribución porcentual de casos de Exposición rábica, de acuerdo al tipo de exposición. Antioquia 2020	227
Figura 101. Pirámide de la población en situación de discapacidad. Antioquia, 2021.	229
Figura 102. Cobertura de acceso a servicios públicos en Antioquia Censo 2005 – 2018.....	232
Figura 103. Índice de riesgo de calidad de agua para consumo humano – IRCA (%) – Antioquia 2020	235
Figura 104. Comportamiento del vector (Índice de Breteau) en las subregiones de Antioquia.	252
Figura 105. Fuente de energía utilizada para la cocción de alimentos.	254
Figura 106. Coeficiente de GINI Colombia vs Antioquia 2020.....	264
Figura 107. Incidencia de la pobreza monetaria y extrema, Antioquia 2012-2020	266
Figura 108. Población en Necesidades Básicas Insatisfechas, Antioquia 2005, 2018 y 2019.....	267
Figura 109. Necesidades Básicas Insatisfechas según indicadores simples, Antioquia 2017-2019	267
Figura 110. Población económicamente activa. Antioquia 2005 - 2019	268
Figura 111. Tasa de desempleo. Antioquia 2005 – 2019.....	269
Figura 112. Incidencia de la pobreza extrema, Antioquia 2012-2019.....	270
Figura 113. Coberturas de educación. Antioquia, 2003 – 2020	273
Figura 114. Tasa de cobertura en educación superior por subregiones de Antioquia, 2020.....	276
Figura 115. Hogares con acceso a internet en Antioquia-enero agosto 2010 a 2020.	276
Figura 116. Porcentaje de cobertura al SGSSS por régimen en Antioquia. 2021	280

Figura 117. Porcentaje de cobertura al SGSSS en Antioquia, por Regímenes y año 2015 - 2021	280
Figura 118. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Magdalena Medio, 2021	281
Figura 119. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Bajo Cauca, 2021	281
Figura 120. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Urabá, 2021	281
Figura 121. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Occidente, 2021	281
Figura 122. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Nordeste, 2021	282
Figura 123. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Valle de Aburrá, 2021	282
Figura 124. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Suroeste, 2021	282
Figura 125. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Norte, 2021	282
Figura 126. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Oriente, 2021	283
Figura 127. Afiliados por EAPB en Antioquia, Régimen Subsidiado y Contributivo 2020	283
Figura 128. Estrategia de gradualidad: población objeto, fases y etapas. Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19	289
Figura 129. Portada estrategia con enfoque diferencial para la vacunación contra COVID-19	294
Figura 130. Portada estrategia con enfoque diferencial para la vacunación contra COVID-19	295
Figura 131. Vacunación a consejeros y líderes indígenas. Municipio de Urrao. Octubre 2021	296
Figura 132. Vacunación a comunidad Indígena Coqueras. Municipio de Apartadó. Octubre 2021.	296
Figura 133. Acciones de la Circular Externa No. 040 de 2021.	297
Figura 134. Avance plan departamental de vacunación COVID-19	302
Figura 135. Estrategias de muestreo del INS para recopilación de muestras positivas para SARS- COV-2, en Colombia COV-2, en Colombia.	311
Figura 136. Porcentaje de prevalencia de variantes de COVID -19 en Antioquia	313
Figura 137. Algoritmo diagnóstico de tuberculosis, aplicado a personas que viven con VIH. Colombia, 2021	315
Figura 138. Caracterización de la red diagnóstica para tuberculosis en Antioquia, 2021.	316
Figura 139. Comportamiento de las pruebas moleculares y del cultivo para el diagnóstico de tuberculosos en personas que viven con VIH según subregión de Antioquia, 2019 a 2021	317
Figura 140. Presentación de resistencia a fármacos en personas que viven con VIH diagnosticadas con tuberculosis en Antioquia, 2019 a 2021	318
Figura 141. Diagnóstico de tuberculosis por pruebas moleculares y cultivo en personas que viven con VIH y presentan condiciones de riesgo endógenas, 2019 a 2021	319
Figura 142. Diagnóstico de tuberculosis por pruebas moleculares y cultivo en personas que viven con VIH y presentan condiciones de riesgo exógena, 2019 a 2021	319
Figura 143. Distribución de la población indígena por pueblo originario, Antioquia 2019	421
Figura 144. Pirámide Población Indígena Víctima, 2021	427
Figura 145. Pirámide de la población indígena en condición de discapacidad	429
Figura 146. Tendencia de la proporción de nacidos vivos, hijos indígenas menores de 14 años. Antioquia vs Colombia, 2008-2019	432
Figura 147. Tendencia de la proporción de nacidos vivos, hijos indígenas menores de 14 -17 años. Antioquia vs Colombia, 2008-2019.	432
Figura 148. Tendencia de la proporción de nacidos vivos, hijos indígenas menores de 18-26 años. Antioquia vs Colombia, 2008-2019.	433
Figura 149. Tendencia porcentual de nacidos vivos, indígenas menores de 15 años, con padre mayor 4 años o más. Antioquia- Colombia, 2008-2019	434
Figura 150. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019	439
Figura 151. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019	440
Figura 152. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019	440
Figura 153. Distribución de los casos de intento de suicidio, por semana epidemiológica. Antioquia, 2016-2020 ...	443

Figura 154. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2020	443
Figura 155. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo. Antioquia, 2020	445
Figura 156. Distribución de los casos de intento de suicidio, por grupo de edad. Antioquia, 2020	445
Figura 157. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según mecanismo utilizado. Antioquia, 2020	446
Figura 158. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2011-2020	447
Figura 159. Distribución de los casos de suicidios por subregión, Antioquia 2011-2020	448
Figura 160. Distribución de los casos de violencia de género, por semana epidemiológica. Antioquia, 2016-2020..	451
Figura 161. Incidencia de violencia por subregión. Antioquia, 2020 (n=20.008)	451
Figura 162. Incidencia de violencia, según naturaleza y ciclo vital. Antioquia, 2020	453
Figura 163. Incidencia de violencia, según naturaleza. Antioquia, 2020	453
Figura 164. Incidencia de violencia intrafamiliar, según naturaleza y grupo de edad. Antioquia, 2020.....	454
Figura 165. Logros del Proyecto Salud Para el Alma, Salud Mental y Convivencia Social Antioquia, 2021	461
Figura 166. Distribución porcentual de los niveles de resiliencia por subregión. Antioquia 2018.	464
Figura 167. Distribución porcentual de resiliencia por subregión. Antioquia, 2018	465
Figura 168. Determinantes estructurales por subregión y población especial (ejes de desigualdad) Antioquia, 2021	473
Figura 169. Determinantes intermedios (factores conductuales y biológicos, por subregión y población especial.	474
Figura 170. Factores consumo de sustancias psicoactivas (SPA)	475
Figura 171. Principales entornos causantes de problemas o enfermedades mentales por subregión y población especial.....	476
Figura 172. Trastornos mentales por subregión y población especial.	476

Lista de Mapas

Mapa 1. Localización, límites y subregiones del departamento de Antioquia.....	29
Mapa 2. División política administrativa de Antioquia.....	42
Mapa 3. Pérdida anual esperada (AAL) por municipio.....	52
Mapa 4. Amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos torrenciales	55
Mapa 5. Área del departamento de Antioquia en condición de amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa o flujos torrenciales.....	56
Mapa 6. Vulnerabilidad por municipios en Antioquia.....	56
Mapa 7. Índice de riesgo de desastres por municipios en Antioquia.....	57
Mapa 8. Análisis de riesgo por cambio climático en el hábitat humano en Antioquia	58
Mapa 9. Análisis de riesgo por cambio climático en la infraestructura en Antioquia.....	58
Mapa 10. Relieve del departamento de Antioquia	64
Mapa 11. Hidrografía del departamento de Antioquia.....	65
Mapa 12. Vías de comunicación del departamento de Antioquia.	69
Mapa 13. Georreferenciación de los Consejos Comunitarios constituidos, Antioquia 2021	93
Mapa 14. Migración interna entre Antioquia y otros departamentos del país, Censo 2018	114
Mapa 15. Inmigración Internacional a Antioquia Censo 2018	114
Mapa 16. Inmigración Venezolana a Antioquia, agosto 2021.....	115
Mapa 17. Caracterización de los conglomerados por COVID-19 identificados en Antioquia entre enero a 15 de noviembre del 2021.....	211
Mapa 18. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona Rural – Antioquia 2019	236
Mapa 19. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona urbana – Antioquia 2019	237
Mapa 20. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Total, municipal – Antioquia 2019	238
Mapa 21. Certificación sanitaria municipal en agua potable. Promedio por zonas y total. Antioquia 2019.....	239
Mapa 22. Visualización de defunciones causadas por enfermedades relacionadas con la calidad del aire en el Área	



Metropolitana 2018.	248
Mapa 23. Visualización de casos de enfermedades relacionadas con la calidad del aire en el Área Metropolitana. (porcentaje del total de los casos de muertes por municipio 2018)	250
Mapa 24. Georreferenciación del índice de pobreza multidimensional, Antioquia 2013-2020	271
Mapa 25. Índice de Necesidades en Salud ASIS Antioquia. 2020.....	415
Mapa 26. Índice de Necesidades en Salud ASIS Antioquia. 2021.....	416
Mapa 27. Georreferenciación Resguardos indígenas, pueblos originarios Antioquia 2020	425
Mapa 28. Riesgo para Intento de suicidio. Antioquia 2020.	444
Mapa 29. Comportamiento del suicidio en Antioquia.	449
Mapa 30. Georreferenciación de la Violencia de Género, Antioquia 2020.....	452



INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud del departamento de Antioquia- ASIS 2021, es un documento de planificación territorial el cual permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, identificar las necesidades y prioridades en salud incluyendo las problemáticas de salud, así como sus determinantes, caracterizar las intervenciones mediante la implementación de planes, programas y proyectos apropiados y así mismo evaluar su impacto en salud mediante el trabajo articulado con los diferentes sectores (educación, social, vivienda, infraestructura, entre otros).

El ASIS tienen como finalidad identificar las interacciones entre múltiples variables, de diversas dimensiones: política, social, económica, demográfica, cultural, ecológica, servicios de salud, entre otros; además de identificar los factores explicativos del proceso dinámico salud-enfermedad en la población residente en el departamento.

La elaboración del documento se realiza siguiendo la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual define tres grandes capítulos: el capítulo I incluye la caracterización de los contextos territorial y demográfico, el capítulo II, contiene el abordaje de los efectos de salud y sus determinantes y el capítulo III, priorización de los efectos de salud. Para el año 2021, desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia se decide incluir en esta versión el capítulo IV, el cual contiene la profundización Indígena y el capítulo V, con la profundización en Salud Mental.

La rigurosidad en la metodología permite la comparación entre los diferentes entes territoriales y el país y a su vez facilita la profundización y análisis de la información obtenida, la cual se encuentra disponible según las diferentes fuentes de información.

La información que se analizará en el presente documento permitirá avanzar en la intervención de las necesidades de salud de la población y mejorar su estado de salud con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

Antioquia se enfrenta a grandes retos como lo son el de disminuir las inequidades en salud, asumir el envejecimiento poblacional y la transición demográfica dentro del proceso salud-enfermedad en cada curso de vida y en el marco de la pandemia ocasionada por el COVID-19 lograr mitigar los efectos ocasionados a nivel social y económico.

Es así que, durante el año 2020, la Organización Mundial de la Salud declara 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. Para el año 2021, en el departamento de Antioquia se cuenta con 793.448 casos acumulados, 11.667 casos activos y 16.932 fallecidos (Reporte publicado





<https://bit.ly/2VQmebG>, a diciembre 31 del 2021), información que es constantemente actualizada. Con el objetivo de disminuir los efectos de la pandemia, el Gobierno Nacional toma medidas para promover la reactivación económica, mejorar la implementación de los protocolos de bioseguridad y fortalecer las medidas de autocuidado por parte de la población colombiana. Así mismo, se avanza con la implementación del Plan Departamental de Vacunación. A diciembre 31 se han aplicado 9.092.717 dosis de vacunas en el Antioquia (reporte publicado en <https://www.facebook.com/SecSaludAntioquia/>), se alcanza una cobertura del 60%, datos preliminares.

La información que aquí se presenta está a disposición de la comunidad científica (academia e investigadores), técnica (técnicos, tecnólogos, profesionales u otros), de los tomadores de decisiones (gobernantes) y de todos aquellos grupos de interés. Es una herramienta de gestión imprescindible para el proceso de planificación territorial durante la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas y de los planes, programas y proyectos de salud.



ENFOQUES

Para la actualización del presente documento se tienen en cuenta los enfoques definidos en la estructura programática contenida en el Plan de Desarrollo departamental Unidos por la Vida con su anexo Plan Territorial de Salud 2020-2023, de tal manera que las decisiones en la gestión pública estén sustentadas teniendo en cuenta las diferentes dinámicas poblacionales y territoriales, con el objetivo de ampliar las oportunidades buscando el bienestar de las comunidades, en escenarios incluyentes.

Enfoque de Curso de Vida: Comprensión y reconocimiento del desarrollo humano como interacción entre los entornos y contextos de cada persona, en el continuo de la vida, lo cual trae consigo capacidades, ventajas, beneficios, desventajas y riesgos con efectos acumulativos a nivel individual y colectivo, los cuales se extienden intergeneracionalmente. Esto implica que, si se potencian las capacidades y oportunidades desde la gestación y primera infancia, pasando por la juventud y adultez, los beneficios serán mayores y las desventajas y riesgos menores dentro del proceso de envejecimiento.

Enfoque de Seguridad Humana: Contempla el concepto humano céntrico – la vida de las personas como el centro – como una estrategia que consiste en proteger de las amenazas críticas (graves) y omnipresentes (generalizadas), de forma que se realcen las libertades humanas y la plena realización del ser humano, sustentada en los principios de: centrada en las personas, multisectorialidad, integralidad, contextualización y prevención; con dos estrategias de acción: la protección y el empoderamiento. La seguridad humana contempla siete dimensiones: seguridad económica; seguridad alimentaria; seguridad en la salud; seguridad ambiental; seguridad personal; seguridad de la comunidad y seguridad política (PNUD, 2005).

Enfoque de Derechos y Capacidades: Concibe la protección, promoción y garantía del goce efectivo de derechos (integrales, interdependientes y universales) de las personas, su bienestar, el reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad como riqueza social, y la corresponsabilidad de los sujetos, como agentes activos portadores de derechos y responsabilidades civiles y ciudadanas, que intervienen en la construcción de su desarrollo personal como también desarrollo social, cultural, económico, ambiental y político. Desde este enfoque se desarrollan las capacidades de quienes garantizan los derechos como de quienes los ejercen, a la vez que se les moviliza a reivindicarlos.

Enfoque Poblacional: Reconoce la protección y garantía de los derechos humanos, desde la dinámica demográfica y diversidad poblacional, es decir, a partir del reconocimiento de las particularidades de las personas de acuerdo a sus características biológicas, etarias (momento de su ciclo vital), y entornos sociales, económicos, culturales, ambientales, entre otras, las cuales derivan capacidades, potencialidades y necesidades específicas, aspectos que se configuran en el objeto de la formulación de las políticas públicas.

Enfoques Diferenciales: Emergen desde el reconocimiento de aquellas poblaciones, que debido a las situaciones y/o riesgos de vulnerabilidad, desigualdad, exclusión y discriminación que



enfrentan, requieren ser equiparadas en el proceso de su desarrollo integral, de cara a la garantía, goce y/o restitución de sus derechos generales y específicos, como de la promoción de capacidades y oportunidades diferenciales.

Enfoque de Género: Reconocimiento de las condiciones de vida y posición social de las mujeres, como las relaciones asimétricas de poder existentes entre ellas y los hombres en los ámbitos social, económico y político, que las sitúa en desventaja frente al acceso a oportunidades y control de recursos. Desde este enfoque se promueve la equidad para la superación de brechas de desigualdad en espacios privados y públicos, promoviendo y potenciando sus capacidades humanas, el empoderamiento para el acceso y beneficios del desarrollo social y territorial que propenda por una igualdad real y efectiva.

Enfoque Étnico: Reconocimiento de los pueblos indígenas y de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom que habitan Antioquia, las cuales históricamente han vivido dinámicas de exclusión y desigualdad, requiriendo de una atención diferenciada para el goce efectivo de sus derechos, el acceso a oportunidades y el ejercicio de sus responsabilidades ciudadanas, como también para la salvaguarda de su identidad cultural, ya que son grupos poblacionales poseedores de características genealógicas y de ascendencia, y de prácticas culturales y lingüísticas particulares que involucran el reconocimiento de derechos individuales y grupales (en tanto protección de la identidad cultural, y como sujetos colectivos de derechos).

Enfoque Territorial: Entiende el territorio como un escenario socialmente construido, que evoluciona con el paso del tiempo y plantea un marco de acción sobre las bases del ordenamiento territorial sostenible y equitativo, que promueve la generación de oportunidades y la reducción de la desigualdad en las áreas urbanas y rurales, fortaleciendo las capacidades y autonomía de cada entidad territorial. Por lo tanto, este enfoque debe reconocer las características sociales, históricas, culturales, ambientales y productivas del territorio y sus habitantes, sus necesidades diferenciadas y la vocación de los suelos de conformidad con las normas orgánicas de planeación y ordenamiento territorial (Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, 2017).

Enfoque de Resiliencia: A través de la historia, la humanidad se ha visto enfrentada, cada vez con mayor frecuencia, a eventos disruptivos asociados a procesos tanto naturales, como generados por los seres humanos, relacionados a epidemias, conflictos, cambio climático y desastres naturales, entre muchos otros. Este tipo de situaciones demandan que los sistemas territoriales y sus poblaciones generen herramientas para poder adaptarse a condiciones cambiantes y crear soluciones oportunas que les permitan, no solo enfrentar estos retos, sino el convertirlos en oportunidades de aprendizaje y desarrollo.

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 2019, 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 2020; 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.
- SGSS:** 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

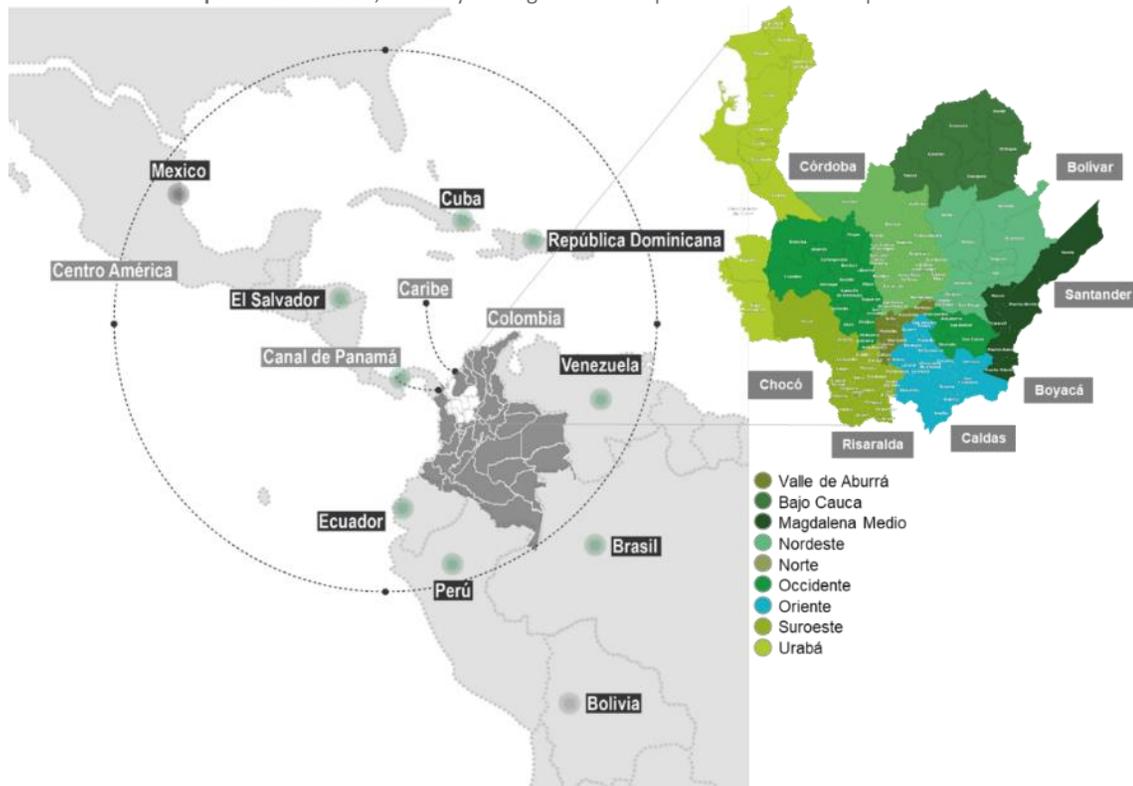
Este componente permite contextualizar la relación entre los elementos geográficos del Departamento con sus habitantes, para entender la relación y dinámica que existe entre ellos, así como el desarrollo de las acciones vitales de los mismos en el territorio.

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.

Al departamento de Antioquia, lo 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 4.080 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.

Mapa 1. Localización, límites y subregiones del departamento de Antioquia



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Antioquia, 2021

1.1.2 Departamento / Municipios

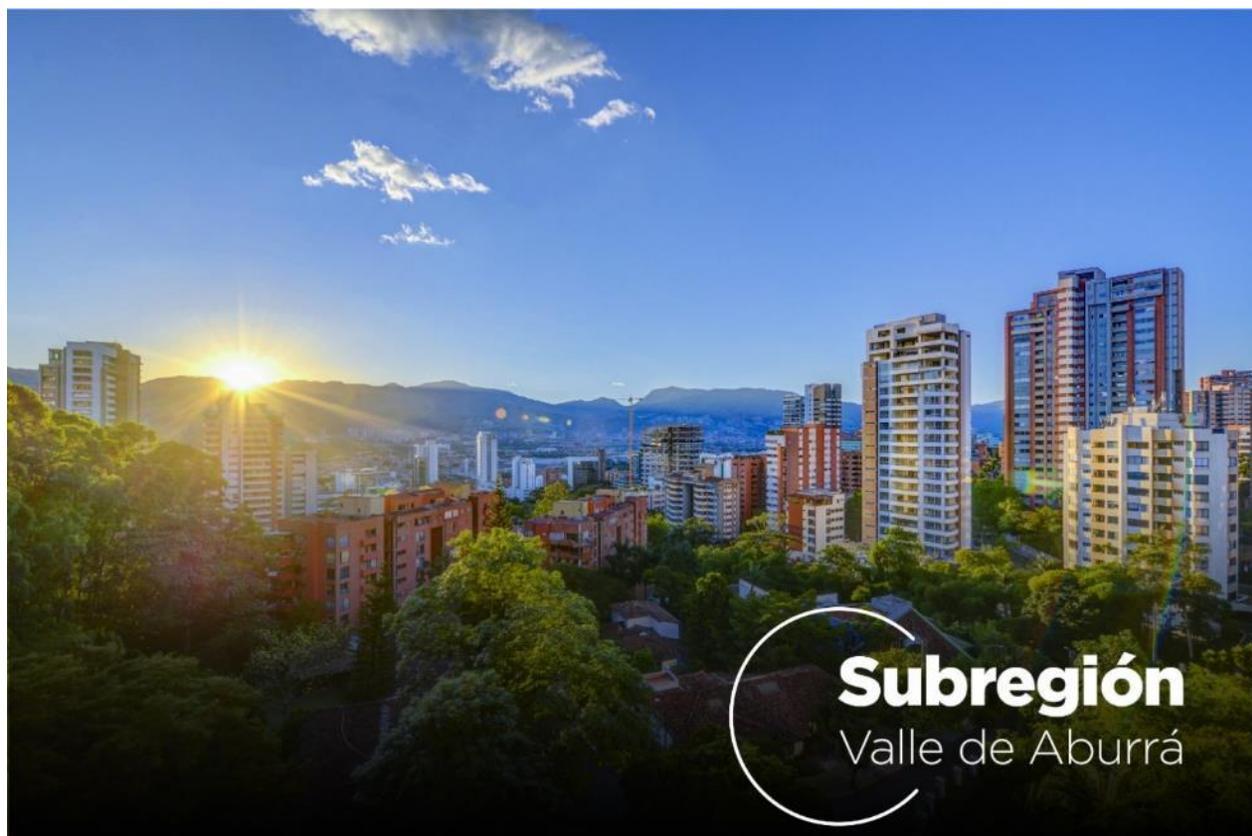
Antioquia es uno de los 32 departamentos de Colombia, con un territorio extenso y heterogéneo. Su organización territorial comprende 125 municipios y/o distritos, que se agrupan en nueve subregiones: Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá, lo que lo ubica como el Departamento con más municipios del país, a diferencia de departamentos como Amazonas, Guainía y San Andrés que estas conformados por 2 municipios. Cuenta con 283 corregimientos y 4.473 veredas, que paradójicamente y a pesar de ser inmensamente rico (biodiverso), aún conserva altos y preocupantes niveles de pobreza por su dinámica poblacional heterogénea.

1.1.3 División político-administrativa

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.

1.1.4 Subregiones

Subregión del Valle de Aburrá



Conformada 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. Cuenta con una extensión aproximada de 1.158 km², una longitud aproximada de 60 km 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 avenencia 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 entre otros. 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 y Yalí. La principal actividad económica es la minería aurífera; es la segunda subregión 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, Urrao, Valparaíso y 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 msnm (Dabeiba) hasta los 1.930 msnm (Giraldo), 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 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



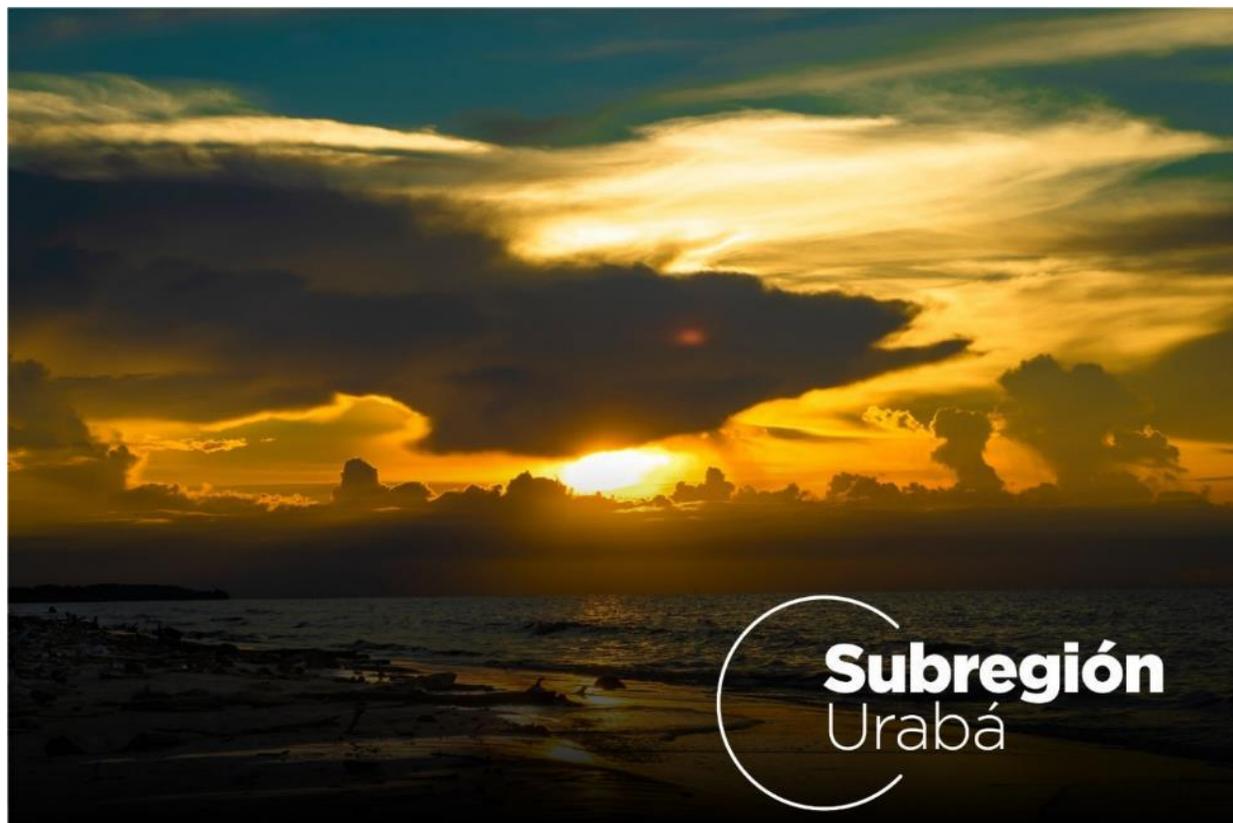
Es la segunda subregión más poblada del departamento de Antioquia, después del Valle de Aburrá, y le sigue a ésta en importancia económica. La subregión se encuentra al suroriente de Antioquia, entre el Valle de Aburrá y el valle del Magdalena Medio con una extensión aproximada de 7.103 km². Es la zona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

Se puede considerar la subregión 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 territorios: 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 subregión costera de Antioquia, sobre el mar Caribe, un territorio pleno de paisajes exóticos y con gran diversidad cultural. Con una extensión aproximada de 11.799 km². Es la subregión bananera y platanera más importante del país y despensa de esa fruta tropical en varios mercados internacionales. En esta, se combinan las culturas paisa, chocoana 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 son los de Carepa y Turbo; por vía terrestre desde Medellín se cruza a través del Túnel de Occidente, se transita por Santa Fe de Antioquia y se llega luego a Mutatá, puerta del Urabá y asiento de resguardos indígenas.

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.



Por su ubicación estratégica, ha sido punto de paso para gran cantidad de migrantes en su recorrido hacia países como Estados Unidos y Canadá, lo que representa para la subregión un reto a nivel de salud pública y una oportunidad económica.

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 Berrio, Puerto Nare, Puerto Triunfo y Yondó.



Provincia de Cartama

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) manifestaron interés en la conformación de un esquema asociativo, bajo la figura de “provincia” que les permite 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, lo que dio inicio al camino para la concreción de la primera provincia administrativa y de planificación del país, la cual se convierte en una oportunidad para incidir desde las subregiones de Antioquia en el ámbito nacional, a partir de la creación e implementación de lo que se considera 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 municipios integrantes de esta provincia, 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.

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.

La Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial (LOOT) 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 Regiones Administrativas y de Planificación –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.



Antioquia con el ánimo de articular esfuerzos en aras de alcanzar objetivos comunes y abordar retos de desarrollo particulares, se ha asociado con diferentes departamentos y han decidido avanzar en la conformación de Regiones Administrativas y de Planificación –RAP, proceso estratégico que establece las bases de un desarrollo regional mucho más ordenado, progresivo y sistemático.

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

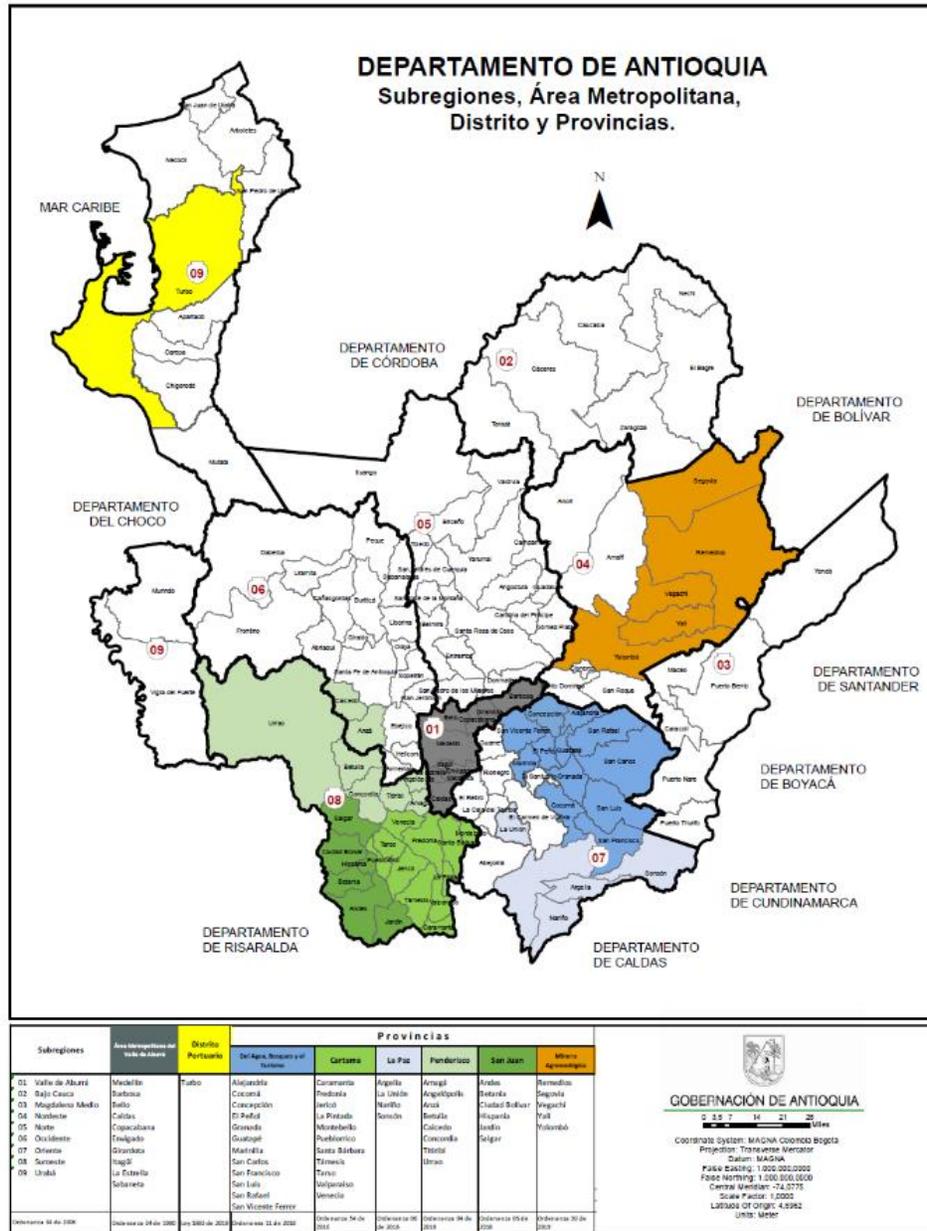
Antioquia ocupa un área total de 63.612 km², lo que corresponde al 5,56% del territorio nacional continental. El mayor asentamiento humano se encuentra en el área del Valle de Aburrá y sus



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 y temperatura total por municipio y subregión

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km ² (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
Total departamento			63.612		
Valle de Aburrá					
Medellín	6° 13' 55"	75° 34' 05"	387	1.550	22
Barbosa	6° 26' 03"	75° 19' 57"	208	1.300	22
Bello	6° 20' 21"	75° 33' 48"	151	1.450	22
Caldas	6° 05' 25"	75° 37' 52"	152	1.750	19
Copacabana	6° 20' 38"	75° 30' 48"	71	1.425	22
Envigado	6° 10' 19"	75° 35' 09"	51	1.575	21
Girardota	6° 22' 32"	75° 27' 08"	71	1.425	22
Itagüí	6° 10' 19"	75° 36' 47"	17	1.550	21
La Estrella	6° 09' 30"	75° 38' 24"	35	1.775	20
Sabaneta	6° 09' 13"	75° 36' 47"	15	1.550	20
Bajo Cauca					
Cáceres	7° 34' 36"	75° 20' 54"	1.996	100	28
Caucasia	7° 58' 46"	75° 11' 40"	1.058	50	28
El Bagre	7° 35' 25"	74° 48' 27"	1.951	50	28
Nechí	8° 06' 22"	74° 46' 33"	925	30	28
Tarazá	7° 34' 45"	75° 23' 45"	1.578	125	28
Zaragoza	7° 29' 27"	74° 51' 59"	1.077	50	28
Magdalena Medio					
Caracolí	6° 24' 01"	74° 45' 28"	263	625	26
Maceo	6° 32' 59"	74° 47' 22"	436	950	23
Puerto Berrio	6° 29' 35"	74° 24' 26"	1.198	125	27
Puerto Nare	6° 11' 40"	74° 35' 09"	668	125	27
Puerto Triunfo	5° 52' 56"	74° 38' 24"	365	150	27
Yondó	7° 04' 04"	73° 54' 09"	1.903	75	28

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km ² (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
Nordeste					
Amalfi	6° 54' 17"	75° 04' 36"	1.224	1.550	22
Anorí	7° 04' 04"	75° 08' 57"	1.447	1.535	21
Cisneros	6° 32' 26"	75° 05' 25"	47	1.050	24
Remedios	7° 01' 21"	74° 41' 48"	2.008	700	25
San Roque	6° 28' 46"	75° 01' 21"	446	1.475	21
Santo Domingo	6° 28' 14"	75° 10' 02"	274	1.975	19
Segovia	7° 04' 28"	74° 41' 56"	1.246	650	24
Vegachi	6° 45' 12"	74° 47' 55"	518	980	23
Yalí	6° 40' 19"	74° 51' 10"	483	1.250	23
Yolombó	6° 35' 42"	75° 00' 48"	952	1.450	21
Norte					
Angostura	6° 53' 04"	75° 20' 13"	392	1.675	21
Belmira	6° 36' 14"	75° 40' 27"	279	2.550	14
Briceño	7° 06' 30"	75° 33' 07"	406	1.200	23
Campamento	6° 58' 38"	75° 17' 55"	206	1.700	20
Carolina del Príncipe	6° 43' 34"	75° 17' 06"	168	1.800	19
Donmatías	6° 29' 02"	75° 23' 53"	183	2.200	16
Entrerrios	6° 33' 48"	75° 31' 21"	222	2.300	16
Gómez Plata	6° 40' 43"	75° 13' 01"	364	1.800	20
Guadalupe	6° 48' 43"	75° 14' 39"	88	1.875	20
Ituango	7° 10' 10"	75° 46' 09"	2.375	1.550	21
San Andrés de Cuerquia	6° 55' 14"	75° 40' 19"	179	1.475	22
San José de la Montaña	6° 50' 54"	75° 41' 07"	173	2.550	13
San Pedro de los Milagros	6° 27' 41"	75° 33' 31"	232	2.475	14
Santa Rosa de Osos	6° 38' 49"	75° 27' 57"	822	2.550	13
Toledo	7° 00' 40"	75° 41' 40"	141	1.850	19
Valdivia	7° 09' 21"	75° 26' 36"	553	1.165	21
Yarumal	6° 57' 41"	75° 24' 58"	733	2.300	14

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km ² (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
Occidente					
Abriaquí	6° 38' 08"	76° 03' 31"	293	1.920	18
Anzá	6° 18' 27"	75° 51' 26"	256	625	25
Armenia	6° 10' 02"	75° 47' 22"	111	1.800	19
Buriticá	6° 43' 01"	75° 54' 42"	368	1.625	21
Caicedo	6° 24' 26"	75° 59' 19"	224	1.800	19
Cañasgordas	6° 45' 12"	76° 01' 54"	396	1.300	21
Dabeiba	7° 00' 00"	76° 15' 52"	1.095	450	26
Ebéjico	6° 19' 40"	75° 46' 01"	238	1.150	23
Frontino	6° 46' 33"	76° 07' 36"	1.278	1.350	21
Giraldo	6° 40' 51"	75° 57' 08"	97	1.925	17
Heliconia	6° 12' 45"	75° 43' 50"	118	1.440	21
Liborina	6° 41' 07"	75° 48' 43"	220	700	24
Olaya	6° 37' 36"	75° 48' 11"	91	500	26
Peque	7° 01' 37"	75° 54' 42"	397	1.200	22
Sabanalarga	6° 51' 18"	75° 48' 27"	268	850	25
San Jerónimo	6° 26' 36"	75° 43' 18"	157	780	25
Santa Fe de Antioquia	6° 33' 31"	75° 49' 32"	499	550	27
Sopetrán	6° 30' 16"	75° 45' 12"	226	750	25
Uramita	6° 54' 26"	76° 10' 10"	239	650	25
Oriente					
Abejorral	5° 47' 22"	75° 25' 47"	497	2.125	17
Alejandro	6° 22' 15"	75° 08' 41"	151	1.650	20
Argelia	5° 43' 50"	75° 08' 33"	257	1.750	20
Cocorná	6° 03' 31"	75° 11' 24"	221	1.300	23
Concepción	6° 23' 53"	75° 16' 01"	169	1.875	19
El Carmen de Viboral	6° 04' 53"	75° 20' 21"	453	2.150	17
El Peñol	6° 13' 01"	75° 14' 55"	145	2.000	18
El Retiro	6° 03' 31"	75° 30' 16"	266	2.175	16

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km ² (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
El Santuario	6° 08' 24"	75° 16' 01"	76	2.150	17
Granada	6° 08' 24"	75° 11' 24"	185	2.050	18
Guarne	6° 17' 55"	75° 24' 20"	153	2.150	17
Guatapé	6° 14' 07"	75° 09' 30"	70	1.925	19
La Ceja del Tambo	6° 01' 54"	75° 25' 47"	133	2.200	16
La Unión	5° 58' 30"	75° 21' 43"	200	2.500	13
Marinilla	6° 10' 19"	75° 20' 21"	116	2.120	17
Nariño	5° 36' 30"	75° 10' 35"	317	1.650	20
Rionegro	6° 09' 18"	75° 22' 48"	198	2.125	17
San Carlos	6° 11' 07"	74° 59' 35"	719	1.000	23
San Francisco	5° 57' 42"	75° 05' 58"	368	1.250	23
San Luis	6° 02' 26"	74° 59' 51"	458	1.050	24
San Rafael	6° 16' 49"	75° 01' 21"	366	1.000	23
San Vicente Ferrer	6° 17' 06"	75° 20' 05"	246	2.150	17
Sonsón	5° 42' 45"	75° 18' 35"	1.339	2.475	13
Suroeste					
Amagá	6° 02' 42"	75° 42' 13"	85	1.400	21
Andes	5° 39' 13"	75° 53' 37"	449	1.350	22
Angelópolis	6° 06' 47"	75° 43' 01"	87	1.900	18
Betania	5° 44' 55"	75° 58' 46"	170	1.550	22
Betulia	6° 07' 03"	75° 59' 19"	255	1.600	20
Caramanta	5° 32' 59"	75° 38' 57"	87	2.050	17
Ciudad Bolívar	5° 51' 26"	76° 01' 21"	285	1.200	22
Concordia	6° 03' 15"	75° 54' 42"	234	2.000	19
Fredonia	5° 55' 47"	75° 40' 19"	250	1.800	20
Hispania	5° 47' 46"	75° 54' 58"	59	1.000	21
Jardín	5° 35' 58"	75° 50' 05"	227	1.750	19
Jericó	5° 47' 38"	75° 47' 06"	195	2.000	18

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km ² (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
La Pintada	5° 45' 00"	75° 36' 30"	55	600	25
Montebello	5° 56' 52"	75° 31' 21"	84	2.350	15
Pueblorrico	5° 47' 55"	75° 50' 21"	86	1.800	19
Salgar	5° 57' 41"	75° 58' 14"	423	1.250	23
Santa Bárbara	5° 52' 32"	75° 33' 48"	188	1.800	19
Támesis	5° 40' 02"	75° 43' 34"	246	1.600	21
Tarso	5° 52' 07"	75° 49' 08"	120	1.325	22
Titiribí	6° 04' 04"	75° 47' 38"	144	1.550	21
Urrao	6° 19' 16"	76° 07' 36"	2.585	1.800	20
Valparaiso	5° 37' 03"	75° 37' 52"	132	1.375	21
Venecia	5° 57' 57"	75° 44' 23"	143	1.350	21
Urabá					
Apartadó	7° 52' 40"	76° 37' 44"	607	25	28
Arboletes	8° 51' 10"	76° 26' 03"	718	4	28
Carepa	7° 45' 12"	76° 39' 21"	384	28	28
Chigorodó	7° 39' 30"	76° 41' 07"	615	34	28
Murindó	6° 59' 02"	76° 44' 55"	1.365	25	28
Mutatá	7° 14' 55"	76° 25' 47"	1.119	75	28
Necoclí	8° 25' 39"	76° 46' 58"	1.377	8	28
San Juan de Urabá	8° 46' 22"	76° 31' 46"	241	2	28
San Pedro de Urabá	8° 15' 12"	76° 22' 40"	482	200	27
Turbo	8° 05' 42"	76° 44' 23"	3.090	2	28
Vigía del Fuerte	6° 35' 33"	76° 53' 12"	1.801	18	28

Nota: La extensión de los municipios de Antioquia se tomó del libro publicado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi 2007
Fuente: Antioquia: características geográficas /IGAC. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007. 320

1.1.7 Economía

Antioquia, -después de Bogotá- 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.

1.1.8 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.

1.1.8.1 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.

1.1.8.2 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.

1.1.8.3 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, el Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres (DAGR), 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.



Tabla 2. Eventos reportados al 12 de julio de 2021

Evento	Total
Movimiento en masa	238
Creciente súbita	26
Avenida torrencial	41
Inundación	155
Ahogamiento	12
Vendaval	64
Tormenta eléctrica	1
Incendio de cobertura vegetal	41
Incendio estructural	40
Diapirismo	1
Sequia	4

Fuente. DAGRAN 2021

1.1.8.3.1 Personas y familias afectadas 2020 y 2021

De acuerdo a los datos presentados durante el último lustro, se identifica que las inundaciones son los eventos que afectan a mayor cantidad de personas y familias. Sin embargo, la magnitud de los movimientos en masa y las avenidas torrenciales le confieren mayor poder destructivo y son un riesgo para los habitantes de territorios susceptibles a la ocurrencia de estas.

Tabla 3. Personas y familias afectadas 2020 y 2021

Evento	2019		2019		2019	
	Personas	Familias	Personas	Familias	Personas	Familias
Inundación	6.886	1.891	13.353	2.573	147.809	13.565
Vendaval	230	138	4.071	1.654	4.417	1.353
Avenida torrencial	73	234	2.699	741	19.160	7.468
Movimiento en masa	8	24	323	192	61.479	21.660
Total	7.197	2.287	20.446	5.160	232.865	44.046

Fuente. DADRAN 2021

1.1.8.3.2 Escenarios de riesgo

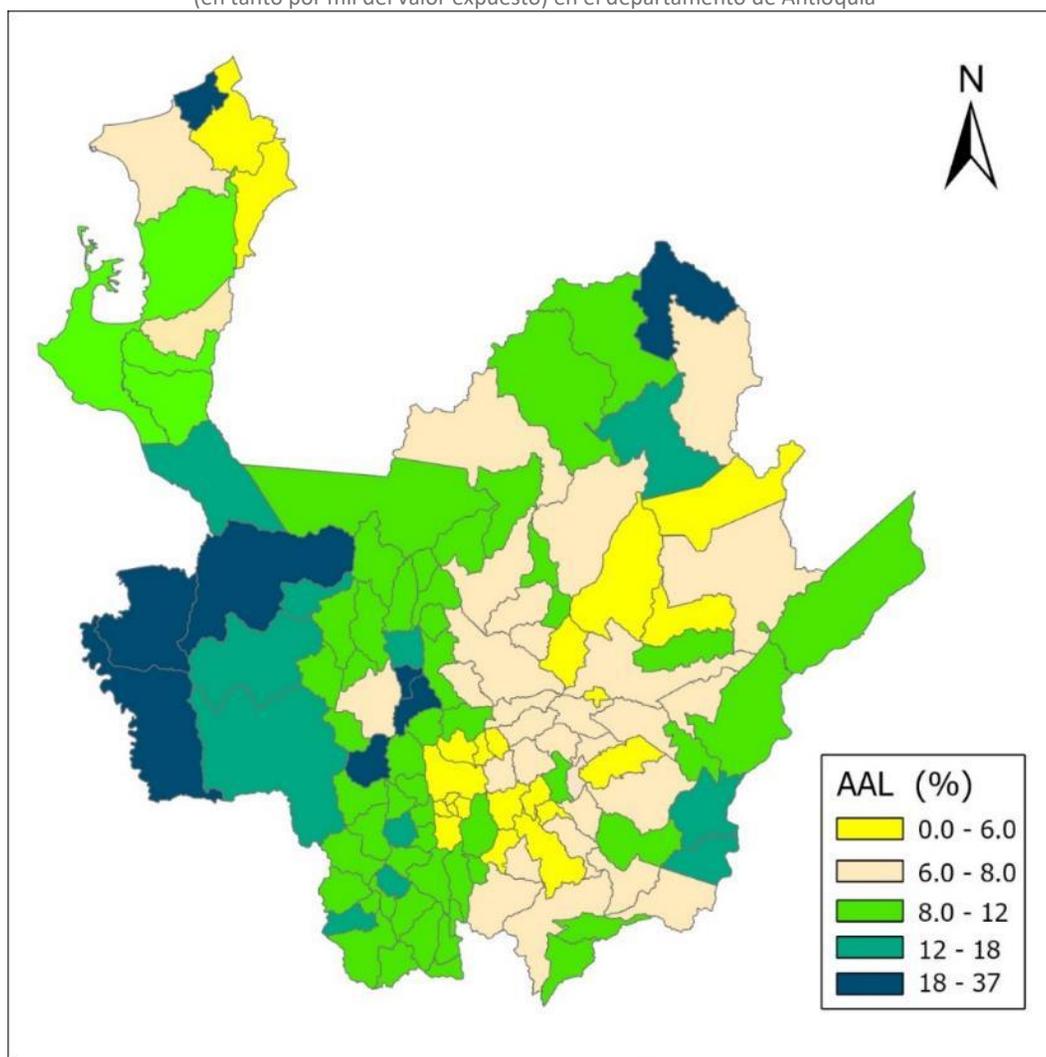
En la diversidad de su contexto, una primera mirada al riesgo de desastres de Antioquia la ofrece el Atlas de Riesgo de Colombia¹ que presenta el perfil de riesgo de cada uno de los departamentos del país, a partir del análisis probabilista del riesgo asociado a cuatro fenómenos amenazantes:

¹ Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), Ingeniar: Risk Intelligence (2018). "Atlas de Riesgo de Colombia: revelando los desastres latentes". Bogotá, Colombia.

sismo, inundaciones, tsunami y ciclones tropicales, considerando como elementos expuestos a las edificaciones públicas y privadas.

Para el departamento de Antioquia, el atlas considera un valor expuesto de 390.800.661 de pesos sobre los cuales estima una pérdida anual esperada de (AAL) de 2.249.907 millones de pesos, que equivale al 5,76 por mil del valor expuesto. Con esta última cifra, Antioquia ocupa el puesto 16 del ranking nacional departamental (de mayor a menor) (UNGRD, INGENIAR. 2018, p. 103 y 150). De igual manera, se incluye la estimación del riesgo como pérdida anual esperada para los municipios. En el mapa se presenta los rangos de tanto por mil, donde se observa que las mayores concentraciones de pérdidas están en las subregiones de Urabá, Occidente, Suroeste y Bajo Cauca.

Mapa 3. Pérdida anual esperada (AAL) por municipio
(en tanto por mil del valor expuesto) en el departamento de Antioquia

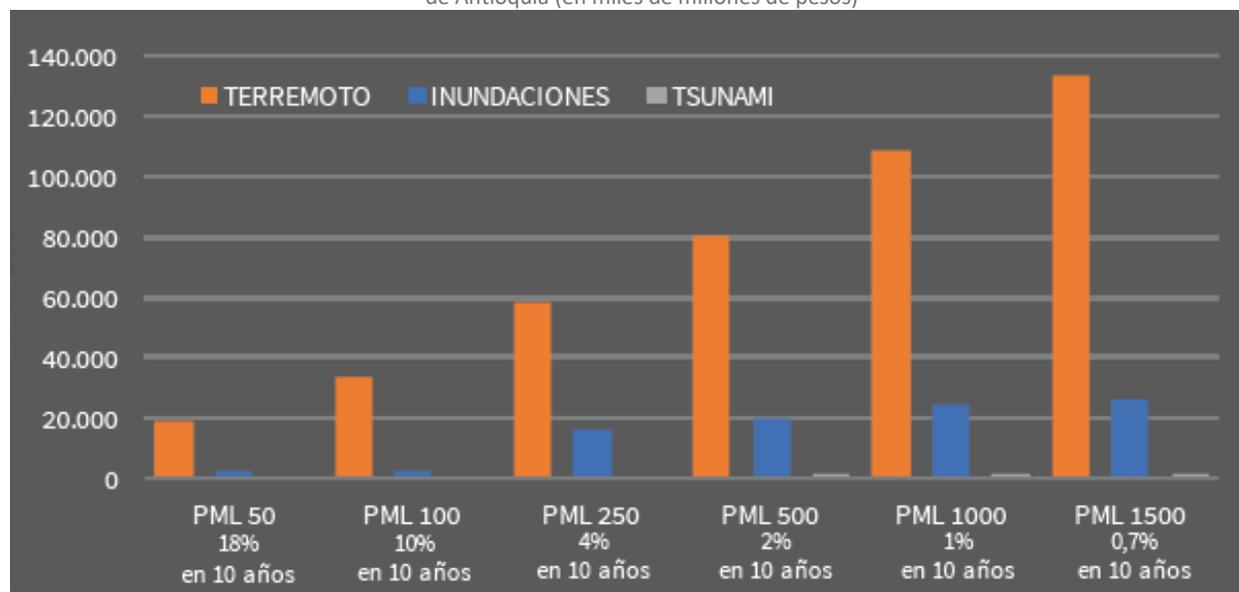


Fuente: A partir de: UNGRD, INGENIAR (2018, p. 150).

La contribución de los fenómenos amenazantes a la pérdida departamental esperada es: terremoto (88,8%), inundación (11,1%) y tsunami (0,04%).

Las pérdidas máximas probables para diferentes períodos de retorno (50, 100, 250, 500, 1000 y 1500 años) se presentan para cada una de estos fenómenos amenazantes en la ilustración. Se observa la clara preponderancia del fenómeno sísmico en el riesgo del departamento. Se advierte que en el atlas no se incluyó los movimientos en masa como parte de esta estimación multi-amenaza del riesgo de desastres.

Figura 1. Pérdida Máxima Probable por sismos, inundaciones y tsunamis para diferentes períodos de retorno en el departamento de Antioquia (en miles de millones de pesos)



Fuente: tomado de UNGRD, INGENIAR (2018, p. 150).

Frente a los escenarios de riesgo priorizados por los planes municipales de gestión del riesgo de desastres de los municipios del departamento, se tienen los siguientes escenarios. Es de anotar que estos fueron tomados de los PMGRD y EMRE que están adoptados:

1.1.8.3.3 Amenazas por Subregiones

Subregión Bajo Cauca: Los escenarios de Inundaciones (asociadas a Hidroituango) y movimientos en masa se presentan en 4 de los 6 municipios de la subregión (Cáceres, Caucasia, Nechí y Tarazá), seguido por los vendavales, accidentes de tránsito e inundaciones en 3 de los 6 municipios (El Bagre, Nechí y Tarazá). Mientras que los escenarios de aglomeraciones de público y accidentes vehiculares solo se tienen para tres municipios (Cáceres, Caucasia y Zaragoza, respectivamente).

Subregión Magdalena Medio: Se tienen 12 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMREs, siendo la mayor frecuencia inundaciones, que se presentan en los 6



municipios de la subregión, seguido por los escenarios de vendavales y movimientos en masa que se presentan en 4 municipios, seguido por los escenarios de avenidas torrenciales, incendios de la cobertura vegetal, accidentes vehiculares y derrames de hidrocarburos que se presentan en 3 de los 6 municipios.

Subregión Nordeste: Movimientos en masa se presentan en los 10 municipios, seguido por incendios de la cobertura vegetal e inundaciones (8 municipios), accidentes mineros y vendavales (6 municipios), sismos, incendios estructurales y accidentes vehiculares (5 municipios), aglomeraciones de público (4 municipios) y avenidas torrenciales, tormentas eléctricas y derrames de hidrocarburos (3 municipios).

Subregión Norte: Se tienen 11 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMREs, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 16 municipios de la subregión, seguido por inundaciones que se presentan en 15 municipios, incendios de la cobertura vegetal en 10 municipios, avenidas torrenciales y sismos, en 8 de los 17 municipios y vendavales en 7 municipios. Finalmente, sequías, incendios estructurales y accidentes vehiculares en 4 municipios.

Subregión Occidente: Se tienen 9 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMREs, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 16 municipios de la subregión, seguido por Incendios de la cobertura vegetal que se presentan en 13 municipios, Inundaciones en 12 municipios, avenidas torrenciales y vendavales en 11 de los 19 municipios, sismos en 10, Incendios estructurales y accidentes vehiculares en 7 municipios. Finalmente, sequías y aglomeraciones de público en 3 municipios.

Subregión Oriente: Se tienen 9 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMREs, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 16 municipios de la subregión, seguido por incendios de la cobertura vegetal que se presentan en 13 municipios, inundaciones en 12 municipios, avenidas torrenciales y vendavales en 11 de los 19 municipios, sismos en 10, incendios estructurales y accidentes vehiculares en 7 municipios. Finalmente, sequías y aglomeraciones de público en 3 municipios.

Subregión Suroeste: Se tienen 7 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMREs, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 15 municipios de la subregión, seguido por incendios de la cobertura vegetal que se presentan en 12 municipios, inundaciones en 10 municipios, avenidas torrenciales en 9 municipios y vendavales en 8 de los 23 municipios, sismos en 5 y accidentes vehiculares en 5 municipios.

Subregión Urabá: Se tienen 10 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMREs, siendo la mayor frecuencia inundaciones, que se priorizan en 8 municipios de la subregión, seguido por incendios de la cobertura vegetal que se priorizan en 6 municipios, vendavales y sismos

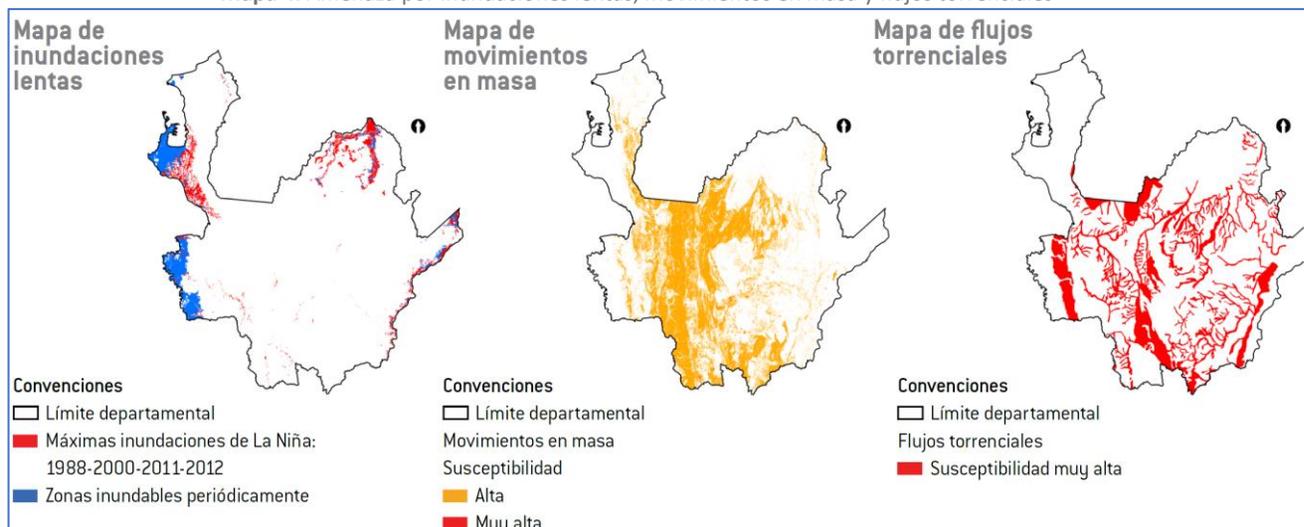
en 5 municipios, accidentes vehiculares y movimientos en masa en 4 municipios y aglomeraciones de público, incendios estructurales, erosión costera y vulcanismo/diapirismo priorizados en 3 municipios.

Subregión Valle de Aburrá: Se tienen 9 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMREs, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se priorizan en 6 municipios de la subregión, seguido por avenidas torrenciales que se priorizan en 5 municipios, inundaciones, derrames de hidrocarburos e incendios de la cobertura vegetal en 4 municipios, accidentes vehiculares en 3 municipios y finalmente, incendios estructurales y aglomeraciones de público en 2 municipios.

Otro acercamiento al riesgo de desastres de Antioquia lo permite el Índice Municipal de Riesgo de Desastres generado por el DNP (2019)² que prioriza el riesgo asociado con los fenómenos amenazantes más recurrentes en el país, como son las inundaciones lentas, los movimientos en masa y los flujos torrenciales.

En la ilustración, se presentan las áreas bajo amenaza por estos fenómenos recurrentes, que sumadas dan una cobertura territorial de más de 29.000 km² en área crítica de amenaza, equivalentes al 46% del departamento. Es observable que las mayores áreas corresponden a la amenaza por movimientos en masa y por flujos torrenciales.

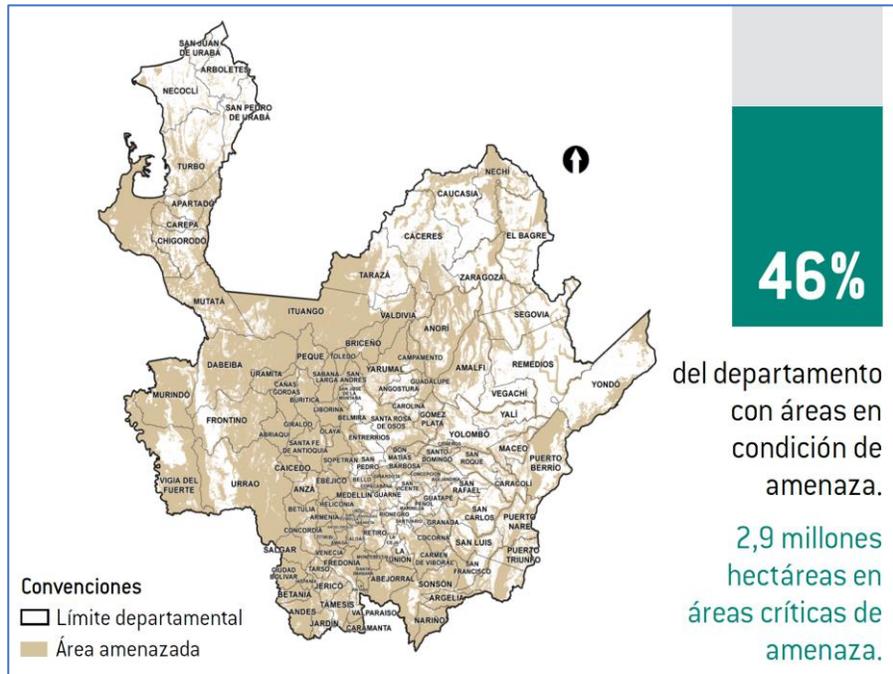
Mapa 4. Amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos torrenciales



Fuente: tomado de Índice municipal de riesgo de desastres ajustado por capacidades DNP, 2019, p. 17 - 19

2 DNP (2019). Índice Municipal de Riesgo de Desastres Ajustado por Capacidades. Bogotá D.C., Colombia.

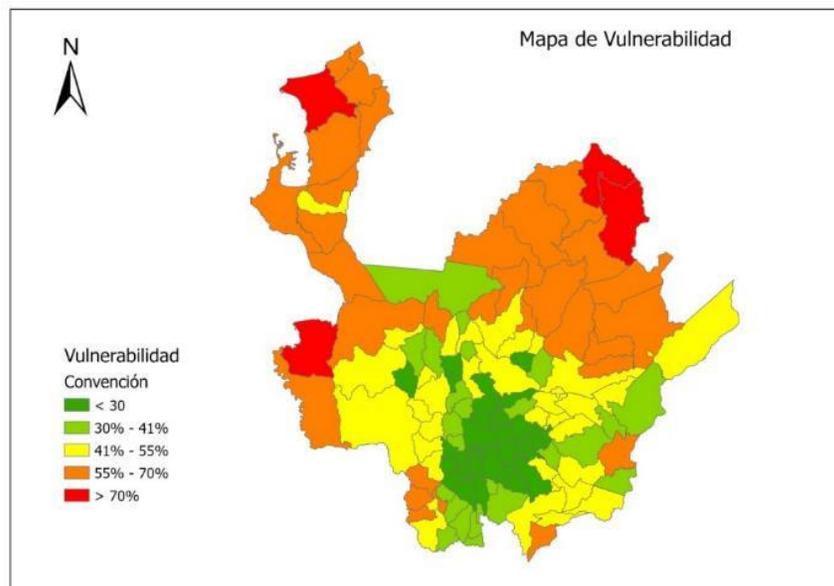
Mapa 5. Área del departamento de Antioquia en condición de amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa o flujos torrenciales



Fuente: tomado de DNP, 2019, p. 38

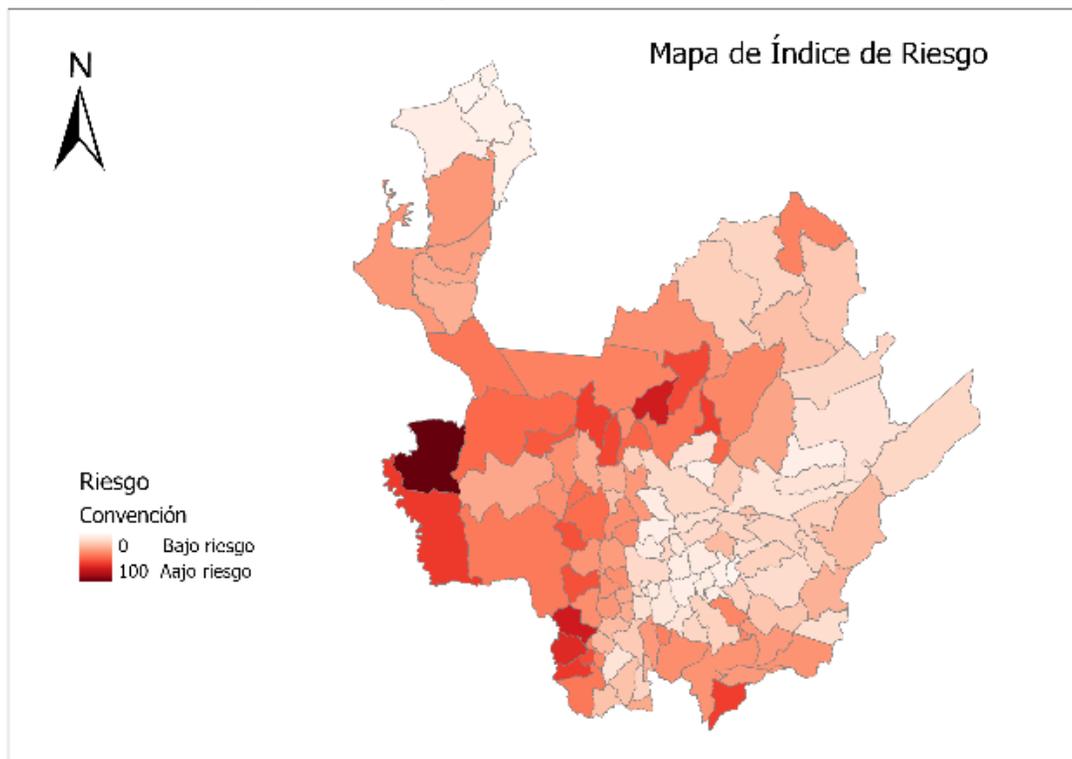
La estimación de la vulnerabilidad y el índice de riesgo se presentan en los siguientes mapas, en donde se observa que las subregiones con mayor índice de riesgo corresponden a las mismas detectadas en el atlas de la UNGRD.

Mapa 6. Vulnerabilidad por municipios en Antioquia



Fuente: tomado de DNP, 2019, p. 39

Mapa 7. índice de riesgo de desastres por municipios en Antioquia

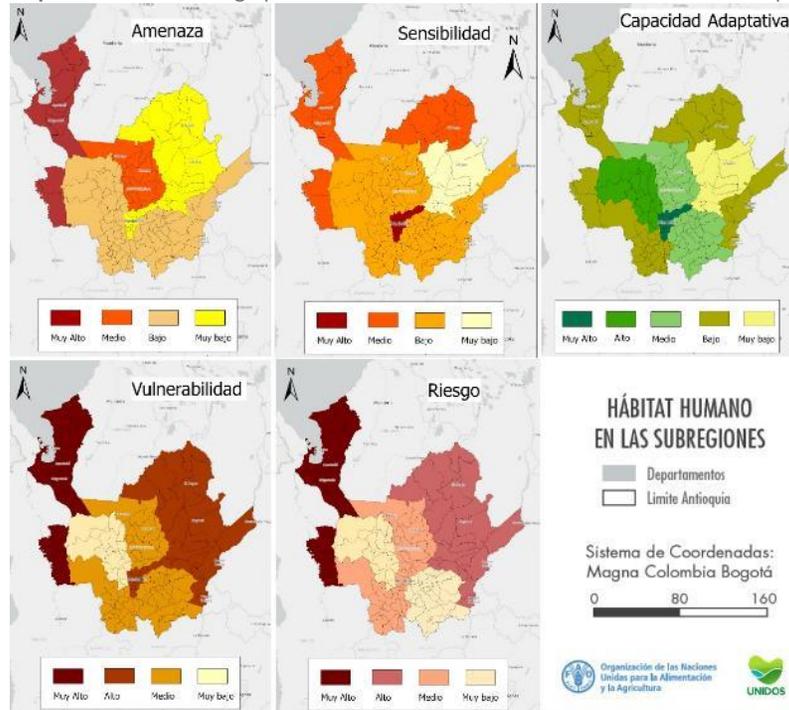


Fuente: tomado de DNP, 2019, p. 39

En una óptica de estudios departamentales recientes se tiene el Plan Integral de Cambio Climático de Antioquia (PICCA) editado en 2018 y adoptado mediante la Ordenanza 049 de 2019. El PICCA incluye un análisis de vulnerabilidad y riesgo sobre las seis dimensiones que establece la política nacional de cambio climático para el análisis de la vulnerabilidad: seguridad alimentaria, recurso hídrico, biodiversidad y sus servicios ecosistémicos, salud, hábitat humano e infraestructura. Estas dimensiones todas tienen que ver con la gestión del riesgo de desastres, pero son las de hábitat humano e infraestructura las más cercanas si se tienen en cuenta los fenómenos amenazantes significativos, según el atlas y el índice de riesgo.

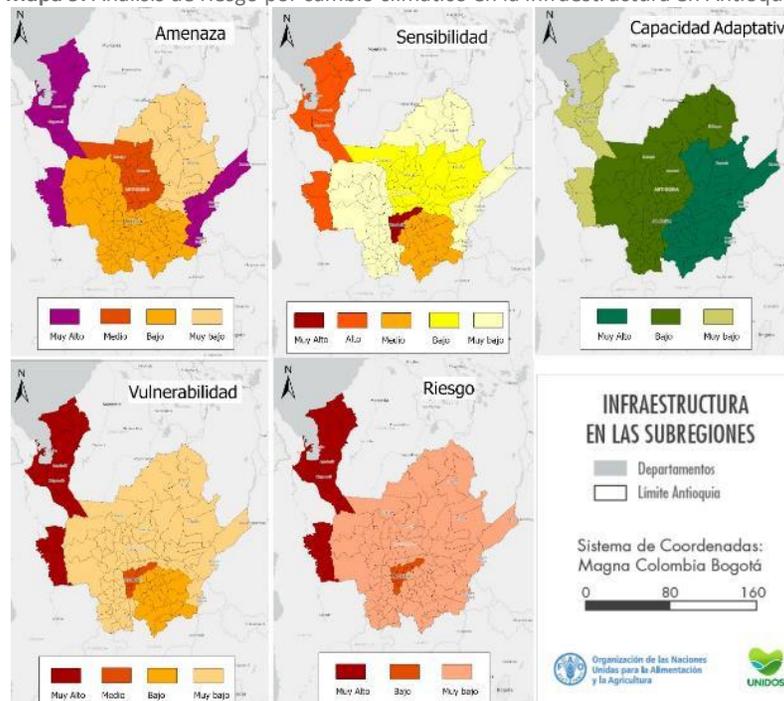
En los siguientes mapas se presentan los análisis del riesgo del PICCA para las dimensiones de hábitat humano e infraestructura.

Mapa 8. Análisis de riesgo por cambio climático en el hábitat humano en Antioquia



Fuente: tomado de FAO, Gobernación de Antioquia (2018, p. 65)

Mapa 9. Análisis de riesgo por cambio climático en la infraestructura en Antioquia



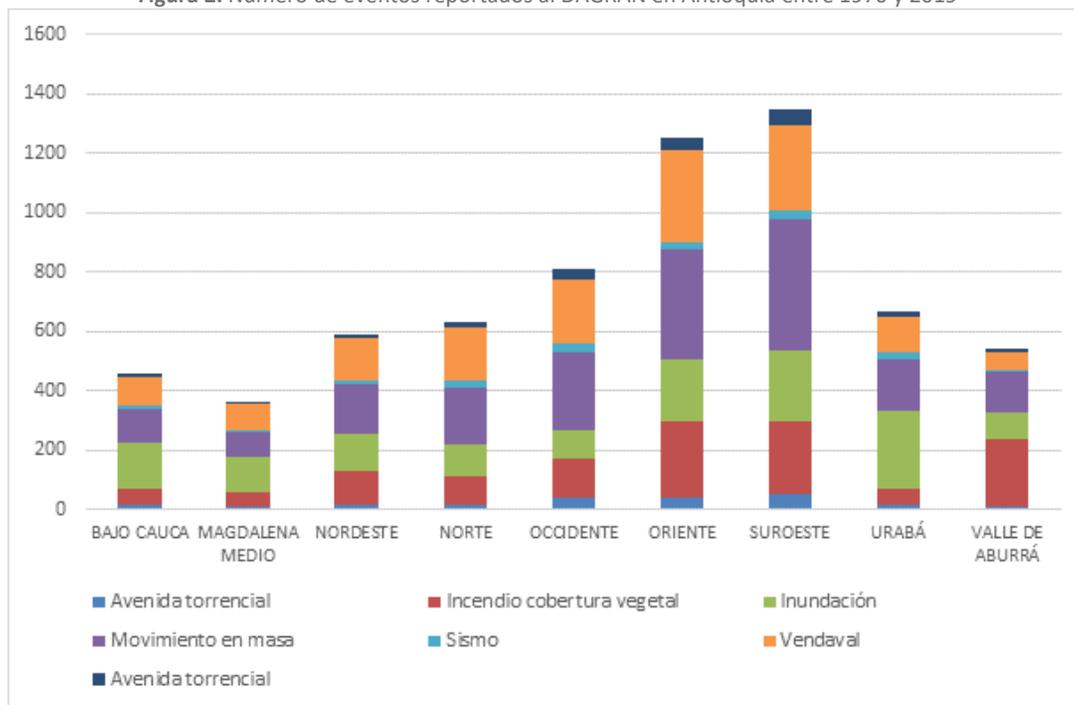
Fuente: tomado de FAO, Gobernación de Antioquia (2018, p. 66)



Se puede observar que para la perspectiva de cambio climático el riesgo de desastres se concentra en las subregiones de Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio.

Las condiciones de riesgo de desastres de Antioquia se complementan con el diagnóstico presentado en el Plan Departamental de Desarrollo “Unidos por la vida” 2020 – 2023. De este, se resalta la relevancia de fenómenos que no han sido tenidos en cuenta en las miradas desde los estudios nacionales como son los vendavales, los movimientos en masa y los incendios forestales.

Figura 2. Número de eventos reportados al DAGRAN en Antioquia entre 1970 y 2019



Fuente: tomado de Gobernación de Antioquia (2020, p. 341)

De los anteriores estudios, las condiciones de riesgo de Antioquia se pueden decantar de la siguiente manera, en escenarios de riesgo desde el punto de vista de los fenómenos amenazantes, que pueden considerarse como escenarios de gestión:

- El mayor riesgo como daños y pérdidas esperada es el asociado al sismo. Como fenómeno amenazante de origen natural implica gestión innovadora en orden a reducir la vulnerabilidad estructural de las edificaciones y la preparación para la respuesta a desastres por terremoto.
- La mayor recurrencia de daños y pérdidas está dada por fenómenos contundentes como los movimientos en masa y las inundaciones. Como fenómenos de origen socio-natural, demandan tanto intervenciones correctivas como las prospectivas aportadas por el ordenamiento territorial.

- Son igualmente relevantes en frecuencia y daños los incendios de la cobertura vegetal y las avenidas torrenciales. Estos fenómenos amenazantes también son de origen socio-natural y demandan la intervención correctiva y prospectiva a nivel de la conservación de cuencas y microcuencas, sobre todo en perspectiva de cambio climático. Igual dada la contundencia de las avenidas torrenciales, la intervención correctiva como el reasentamiento y la prospectiva por medio del ordenamiento territorial se hacen indispensables.
- Otros escenarios de riesgo se configuran a partir de fenómenos amenazantes como los vendavales, en sumatoria de una condición natural que puede ser exacerbada por el cambio climático y la precariedad de las viviendas de la población más pobre.
- Además de los escenarios de riesgo asociados a los fenómenos de origen natural y socio-natural, también se tienen condiciones de riesgo por fenómenos de origen tecnológico, sobre todo en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, los corredores de las líneas de flujo de hidrocarburos y los embalses.

En general, todos los escenarios de riesgo demandan gestión en una mejor comprensión de los mismos por parte tanto del sector público como del privado y de la sociedad en general, a nivel individual y colectivo. Asociado con este conocimiento, las acciones de fortalecimiento serán más efectivas, así como las de preparación para la respuesta.

En la mirada territorial, prácticamente se presenta una coincidencia en las subregiones donde están los municipios de mayor pérdida relativa esperada y las que contienen a los municipios de menor índice de capacidades de acuerdo con el índice de riesgo de desastres del DNP (2019, p. 40). Estas subregiones son: Urabá, Occidente, Suroeste y Bajo Cauca. A Excepción de Oriente, estas subregiones también son las de mayor número de eventos en el inventario del DAPARD.

1.1.8.3.4 Avances y estado de la gestión del riesgo de desastres en Antioquia

En los últimos 25 años se ha evidenciado la prioridad que le ha dado el departamento de Antioquia a la reducción del riesgo de desastres, en especial frente al fortalecimiento de la gestión del riesgo de desastres a nivel departamental, subregional y municipal.

Se destacan entre otras acciones la creación en 1995 del Sistema Departamental de Prevención, Atención y Recuperación de Desastres en Antioquia, que incluyó la creación del Departamento Administrativo del Sistema de Prevención, Atención y Recuperación de Desastres, como una entidad adscrita al despacho del Gobernador y que ha tenido varias actualizaciones administrativas.

Este enfoque sistémico se replicó en 2006 en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, por medio del Sistema Metropolitano para la Prevención, Atención y Recuperación de Desastres (RedRiesgos) que incorporó una estructura organizacional, un plan de gestión del riesgo, un sistema de información y un mecanismo financiero.



Posteriormente, la vinculación, articulación y el fortalecimiento del Sistema de Alerta Temprana de Medellín y el Valle de Aburrá - SIATA, un proyecto de Ciencia y Tecnología del Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la Alcaldía de Medellín, cuyo objetivo ha sido identificar y pronosticar la ocurrencia de fenómenos origen natural o socionatural que alteren las condiciones ambientales de la región, o puedan generar riesgos a la población; esto a partir de monitoreo en tiempo real y modelación hidrológica y meteorológica ajustada al departamento, ha permitido la entrega oportuna de información a la ciudadanía, que sumada a procesos educativos y al desarrollo de Sistemas de Alerta Temprana Comunitarios, posibilitan la protección de la vida y el medio ambiente en nuestra región.

Alrededor de 2014, la implementación en el departamento de Antioquia de los SOS que buscan mejorar la capacidad de respuesta a nivel regional y se convierten en centros de acopio y distribución de ayuda humanitaria.

En cumplimiento de la Ley 1523 de 2012, se formuló el Plan Departamental de Gestión del Riesgo y se adoptó en noviembre de 2015, y seguidamente en diciembre del mismo año se conformó el Fondo Departamental para la gestión del Riesgo de Desastres de Antioquia. Este Plan adoptado en 2015 es el que queda reemplazado por el presente Plan Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres.

Igualmente, se elaboró la configuración e implementación del Visor Geográfico y Geoportal que permiten el acceso a la información de forma geolocalizada sobre amenazas de origen natural y presenta alertas por deslizamientos, inundaciones, desabastecimiento de agua, incendio y avenidas torrenciales, contribuyendo así a la toma de decisiones a nivel territorial.

En cumplimiento de la Ley 1931 de 2018 se formuló el Plan Integral de Cambio Climático (PICCA), instrumento que direcciona las acciones conducentes para reducir la vulnerabilidad del departamento ante la variabilidad y cambio climático, teniendo en cuenta el riesgo por eventos extremos de origen climático.

El actual plan de desarrollo departamental Unidos por la Vida, 2020 – 2023 (Gobernación de Antioquia, 2020, p. 339) da cumplimiento a la Ley 1523 de 2012, con relación a “(...) integrar en la planificación del desarrollo departamental, acciones estratégicas y prioritarias en materia de gestión del riesgo, especialmente a través del plan de desarrollo departamental (...)” (Artículo 13, parágrafo1). El plan de desarrollo establece dos indicadores de resultado para el cuatrienio³:

- 80 instrumentos de planificación para la Gestión del Riesgo de Desastres departamental, municipal y/o distrital, formulados y/o actualizados.
- 60 instrumentos de planificación para la Gestión del Riesgo de desastres departamental,

³ Gobernación de Antioquia (2020). Plan de Desarrollo “Unidos por la vida” 2020 – 2023. Línea 3 Nuestro planeta, 3.3. Componente 3. Gestión del riesgo de desastres.

municipal y/o distrital, adoptados y/o en adopción.

Para el logro de estos indicadores se estructuraron tres programas correlacionados con los procesos de la gestión del riesgo de desastres. En la siguiente tabla se resumen las metas de cada programa.

Tabla 4. Incorporación de la gestión del riesgo de desastres en el plan de desarrollo de Antioquia “Unidos por la vida” 2020 – 2023

Programa 1: Conocimiento del riesgo	6	Estudios del riesgo elaborados.
	9	Instrumentos piloto de monitoreo del riesgo funcionando.
	125	Municipios y/o distrito capacitados en gestión del riesgo de desastres.
	125	Municipios y/o distrito integrados al Sistema de Información para la Gestión del Riesgo de Desastres
	8	Campañas para la reducción del riesgo realizadas.
Programa 2: Reducción del riesgo	34	Proyectos de intervención correctiva y prospectiva para la reducción del riesgo, realizados.
	125	Municipios y/o distrito capacitados en la incorporación de protección financiera en la gestión del riesgo de desastres.
	125	Municipios y/o distrito capacitados en la actualización de los planes municipales de gestión del riesgo.
	10	Entidades capacitadas en la incorporación de la gestión del riesgo de desastres, en la formulación de proyectos de inversión pública.
Programa 3: Manejo de desastres	125	Municipios y/o distrito capacitados en la formulación y/o actualización de las Estrategias Municipales de Respuesta a Emergencias (EMRE), planes de recuperación y/o planes de acción específicos.
	125	Entidades pertenecientes al sistema dptal de gestión del riesgo de desastres, capacitadas en preparación para la respuesta y la recuperación.
	126	Entidades pertenecientes al sistema dptal y mpal fortalecidas en capacidad de respuesta con herramientas, equipos e insumos para la atención de emergencias.
	1	Centro Ordenador de Emergencias (COE) operando.

Fuente: construcción propia a partir de Gobernación de Antioquia (2020, p. 342 a 346).

En ejecución de este plan de desarrollo, en 2020, mediante Decreto 2567 se determinó la estructura administrativa de la administración departamental que incluyó la ampliación y reorganización del DAPARD como Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres de Antioquia - DAGRAN con la creación de dos nuevas direcciones: conocimiento del riesgo y reducción del riesgo, y dirección de manejo de desastres.

De manera consecutiva, mediante Decreto 777 de 2021 se llevó a cabo la actualización del Consejo Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres, depurando la conformación del mismo y ajustándolo con las actuales entidades públicas del departamento, tanto en la instancia central como en los comités técnicos. Igualmente se incorporaron los diferentes grupos privados de búsqueda y rescate, así como las representaciones indígenas y de comunidades afrodescendientes.

1.1.8.4 Temperatura y humedad

La localización de Antioquia en la zona ecuatorial de América influye en la temperatura y humedad promedio de sus subregiones, 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, ocasionando 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.

Análisis de Situación de Salud

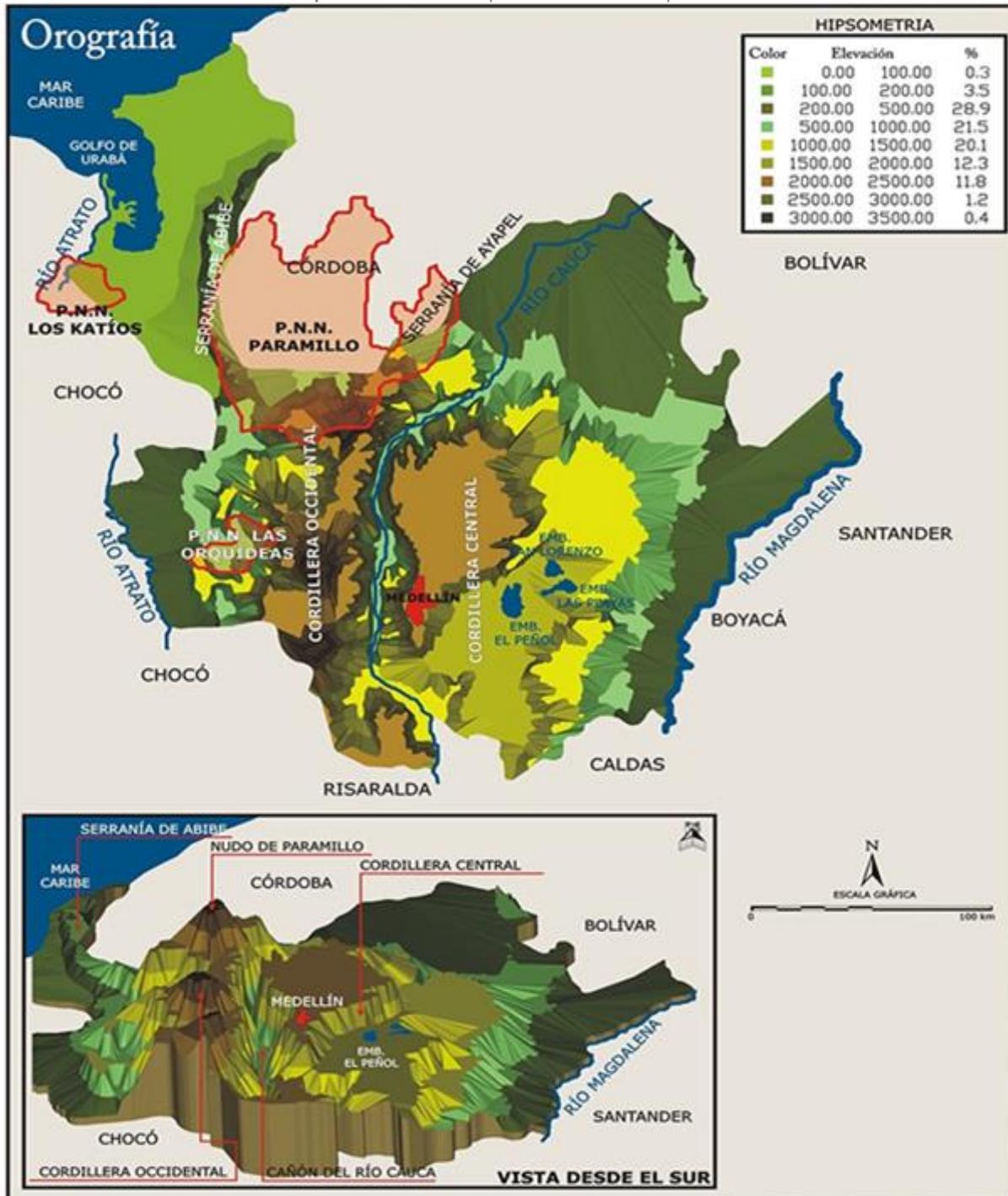
Antioquia-2021



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



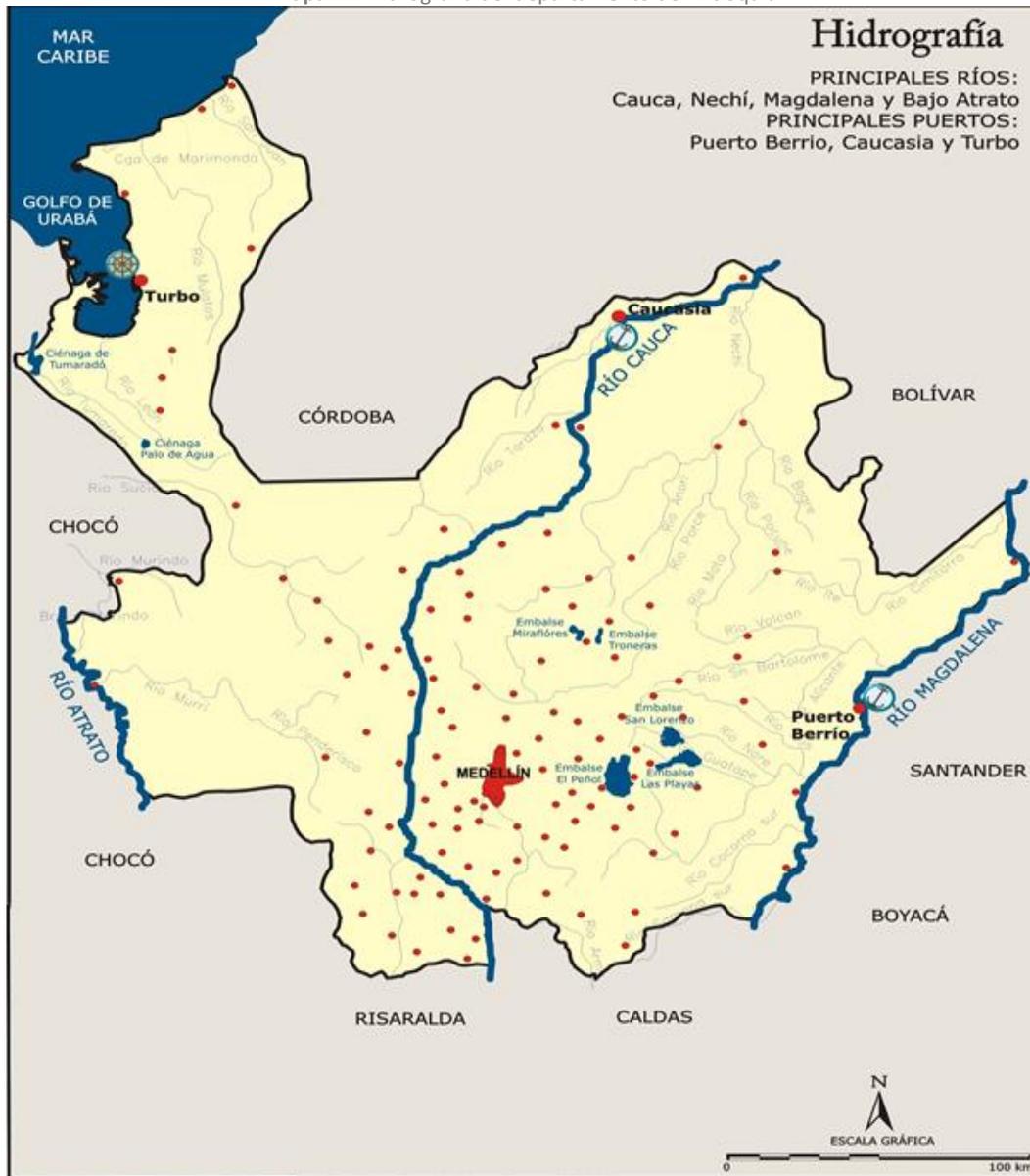
Mapa 10. Relieve del departamento de Antioquia



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



Mapa 11. Hidrografía del departamento de Antioquia



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

1.1.8.5 Accesibilidad geográfica

1.1.8.5.1 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 Nicolás.

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, Cauca, 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, Caracol, 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 Berrio, 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 Pisisí 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.

1.1.8.5.2 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 cargados 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 5. Tiempo de traslado y distancia estimada por Subregiones y municipios de Antioquia.

Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado	Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado
Abejorral	80,9	2 horas 18 minutos	Chigorodó	280,5	5 horas 37 minutos
Abriaquí	161,6	3 horas 43 minutos	Cisneros	79,1	1 horas 43 minutos
Alejandro	71,5	1 horas 51 minutos	Ciudad Bolívar	96,8	2 horas 11 minutos
Amagá	33,1	40 minutos	Cocorná	74,1	1 horas 27 minutos
Amalfi	136,4	3 horas 11 minutos	Concepción	54,6	1 horas 18 minutos
Andes	107,4	2 horas 20 minutos	Concordia	86,2	2 horas 8 minutos
Angelópolis	31,9	58 minutos	Copacabana	10,6	14 minutos
Angostura	129,2	2 horas 52 minutos	Dabeiba	170,3	3 horas 30 minutos
Anorí	166,6	4 horas 14 minutos	Donmatías	40,9	47 minutos
Anzá	74,0	1 horas 15 minutos	Ebéjico	35,9	56 minutos
Apartadó	303,8	6 horas	El Bagre	355,9	7 horas 15 minutos
Arboletes	461,8	8 horas 45 minutos	El Carmen de Viboral	49,6	1 horas 1 minutos
Argelia	135,4	3 horas 24 minutos	El Peñol	55,9	1 horas 12 minutos
Armenia	30,7	1 horas 1 minutos	El Retiro	31,9	48 minutos
Barbosa	33,5	34 minutos	El Santuario	51,8	52 minutos
Bello	2,0	2 minutos	Entrerrios	42,8	1 horas 1 minutos
Belmira	56,4	1 horas 31 minutos	Envigado	5,0	8 minutos
Betania	110,3	2 horas 45 minutos	Fredonia	51,2	1 horas 19 minutos
Betulia	110,1	2 horas 56 minutos	Frontino	137,1	2 horas 52 minutos
Briceño	167,2	4 horas 19 minutos	Giraldo	90,9	1 horas 46 minutos
Buriticá	86,9	1 horas 43 minutos	Girardota	17,8	21 minutos
Cáceres	219,8	4 horas 47 minutos	Gómez Plata	81,4	1 horas 56 minutos
Caicedo	89,7	2 horas 8 minutos	Granada	67,0	1 horas 21 minutos
Caldas	16,2	17 minutos	Guadalupe	114,2	3 horas 2 minutos
Campamento	129,7	2 horas 54 minutos	Guarne	23,1	24 minutos
Cañasgordas	109,8	2 horas 10 minutos	Guatapé	70,9	1 horas 42 minutos
Caracolí	134,1	2 horas 59 minutos	Heliconia	21,6	43 minutos
Caramanta	111,7	3 horas 6 minutos	Hispania	91,3	2 horas 7 minutos
Carepa	289,3	5 horas 45 minutos	Itagüí	5,0	5 minutos
Carolina del Príncipe	94,2	2 horas 21 minutos	Ituango	187,2	4 horas 59 minutos
Caucasia	275,1	5 horas 41 minutos	Jardín	124,9	3 horas 15 minutos

Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado	Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado
Jericó	105,1	2 horas 30 minutos	San Luis	126,3	2 horas 36 minutos
La Ceja del tambo	40,1	57 minutos	San Pedro de los Milagros	32,3	44 minutos
La Estrella	9,5	14 minutos	San Pedro de Urabá	377,3	8 horas 3 minutos
La Pintada	73,5	1 horas 50 minutos	San Rafael	95,5	2 horas 32 minutos
La Unión	54,8	1 horas 18 minutos	San Roque	100,1	2 horas 15 minutos
Liborina	72,4	1 horas 52 minutos	San Vicente Ferrer	42,6	54 minutos
Maceo	126,5	2 horas 49 minutos	Santa Bárbara	45,2	1 horas 8 minutos
Marinilla	40,8	41 minutos	Santa fe de Antioquia	51,0	51 minutos
Montebello	46,2	1 horas 15 minutos	Santa Rosa de Osos	68,0	1 horas 18 minutos
Murindó (1)	NA		Santo Domingo	63,2	1 horas 29 minutos
Mutatá	221,0	4 horas 28 minutos	Segovia	190,6	5 horas 9 minutos
Nariño	135,9	3 horas 24 minutos	Sonsón	104,0	2 horas 19 minutos
Nechí	349,7	6 horas 57 minutos	Sopetrán	42,3	49 minutos
Necoclí	380,3	7 horas 16 minutos	Támesis	103,5	2 horas 49 minutos
Olaya	64,9	1 horas 36 minutos	Tarazá	212,3	4 horas 39 minutos
Peque	199,0	4 horas 51 minutos	Tarso	94,3	2 horas 9 minutos
Pueblorrico	108,5	2 horas 38 minutos	Titiribi	51,3	1 horas 12 minutos
Puerto Berrio	177,3	3 horas 36 minutos	Toledo	164,0	4 horas 14 minutos
Puerto Nare	219,7	5 horas 5 minutos	Turbo	333,8	6 horas 30 minutos
Puerto Triunfo	179,1	3 horas 44 minutos	Uramita	135,9	2 horas 44 minutos
Remedios	181,6	4 horas 50 minutos	Urao	148,9	4 horas 14 minutos
Rionegro	40,1	43 minutos	Valdivia	150,0	3 horas 11 minutos
Sabanalarga	107,1	3 horas	Valparaiso	95,2	2 horas 32 minutos
Sabaneta	7,5	9 minutos	Vegachi	138,1	3 horas 50 minutos
Salgar	89,9	2 horas 8 minutos	Venecia	51,6	1 horas 19 minutos
San Andrés de Cuerquia	127,2	3 horas	Vigia del Fuerte (1)	NA	
San Carlos	137,6	3 horas 56 minutos	Yali	123,6	3 horas 22 minutos
San Francisco	94,7	1 horas 58 minutos	Yarumal	111,2	2 horas 15 minutos
San Jerónimo	30,3	31 minutos	Yolombó	89,5	2 horas 14 minutos
San José de La Montaña	118,0	2 horas 42 minutos	Yondó	330,4	6 horas 27 minutos
San Juan de Urabá	442,5	8 horas 25 minutos	Zaragoza	360,0	7 horas 7 minutos

Convención:

NA. No Aplica

Notas:

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 intervención, por lo anterior los tiempos desde municipio de Medellín a los demás municipios se encuentran en actualización, última medición 2015

Fuente:

Gobernación de Antioquia - Secretaría de Infraestructura Física de Antioquia (Dirección de Planeación Año 2020)

Fecha de consulta: diciembre 2021

Mapa 12. Vías de comunicación del departamento de Antioquia.





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

1.1.8.5.3 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 6. 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	Chigorodó-Jaime Ortiz Betancur	Chigorodó	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	

ID	Nombre AD	Ubicación	Propietario	Explotador	Horario Operación
12	Los almendros	Carepa	Sanvel. Ltda.	Fumigaray	Lunes a domingo de 6:00 a 19:00''
13	Los planes	Apartado	Uniban	Calima	
14	Medellín - Olaya Herrera	Medellín	Invias	En concesión-SOACN (sociedad operadora de aeropuertos centro norte)	Lunes a domingo de 6:00 a 18:00''
15	Murindó	Murindó	Alcaldía municipal	Alcaldía municipal	
16	Mutatá	Mutatá	Alcaldía municipal	Alcaldía municipal	
17	Necoclí	Necoclí	Municipio	Municipio	
18	Nueva fortuna	Nueva fortuna	Municipio	Municipio	
19	Pilmaiquen	Chigorodó	Juan G. Rios C.	Fase Cubides González	
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	Gobernación	Gobernación	
23	Remedios Otu	Remedios	Aerocivil	Aerocivil	
24	Rionegro-José M. Córdoba	Rionegro	Aerocivil	En concesion-SOACN(sociedad operadora de aeropuertos centro norte)	24 horas
25	San José 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 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 y demás 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 2021 tiene una población estimada de 6´782.584 habitantes, que comparado con el año 2015 ha representado diferencia porcentual de 10,6 para ese entonces correspondía a 6´134.953 personas. Para el año 2021 dicha población está representada en un 50,9% por mujeres (3´503.441) y en un 48,4% por los hombres (3´279.143) cuya relación corresponde a 94 hombres por cada 100 mujeres, para el año 2015 fue de 93 hombres por cada 100 mujeres.

Por subregiones los datos poblacionales varían ampliamente registrando para el Valle de Aburrá la mayor concentración de población con alrededor del 61%, seguido por las subregiones 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 algunas tareas como la minera son las dominantes y son ejercidas preferencialmente por mano de obra masculina.

Se calcula que para el año 2021, el 72% de los municipios presentan como 30.000 habitantes, solo 3 municipios tienen una población mayor a 250.000 habitantes, lo que reafirma alta concentración de habitantes en pocos municipios.

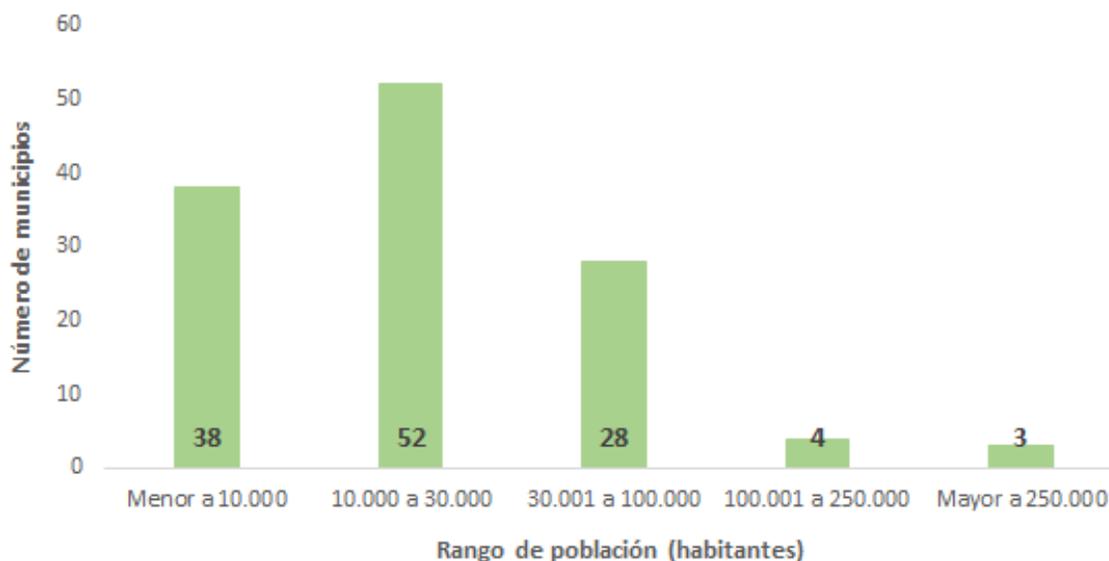
Tabla 7. Distribución de la población total y relación hombre/mujer por subregiones. Antioquia 2021

Subregión	Total	%	Relación Hombre/Mujer
Magdalena Medio	108.681	1,60	1,05
Bajo Cauca	264.760	3,90	0,99
Urabá	533.926	7,87	0,96
Nordeste	205.417	3,03	1,02
Occidente	215.744	3,18	1,03
Norte	252.291	3,72	1,03
Oriente	706.477	10,42	0,98
Suroeste	376.280	5,55	1,01
Valle de Aburrá	4.119.008	60,73	0,9
Total	6.782.584	100	0,94

Fuente: DANE - Proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018



Figura 3. Distribución de los 125 municipios del departamento de Antioquia por rangos de población



Fuente: Construcción propia a partir de datos DANE, 2021

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 107 personas por cada kilómetro cuadrado de extensión. Cifra similar a la del departamento de Caldas (105), pero en una extensión menor de territorio, solo 7.888Km².

La densidad poblacional en conjunto con el nivel de urbanización, implica retos de mejoramiento continuo en calidad de vida y de los entornos, donde se concentra la población. La subregión del Valle de Aburrá es la que presenta la mayor densidad poblacional, con 3.557 habitantes por Km².

De los municipios que conforman el Valle de Aburrá, sobresalen, Itagüí (17.327 Hab/km²) como el municipio más densamente poblado del país, seguido en la misma subregión por Medellín (6.649 Hab/km²). En los municipios del Valle de Aburrá, los niveles de urbanización se encuentran en su mayoría por encima de 80%, acorde con el desarrollo de la industria en dicha zona. La menor densidad en esta subregión se encuentra en Barbosa (265Hab/Km²).

En cuanto a la subregión de Oriente, los municipios más densamente poblados en su orden son Rionegro (734 Hab/km²) y Marinilla (594 Hab/km²), con proporciones de urbanismo menores a 90%, 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 214 y 135 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 (374 Hab/km²) afín a la explotación minera, La Pintada (156 Hab/km²) y Santa Bárbara (147 Hab/km²) respectivamente.

En la subregión del Nordeste, el municipio más densamente poblado es Cisneros con 215 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 53 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 92 Hab/km², lo cual se explica, 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 8. Población por subregión y municipio, según área de residencia y densidad poblacional. Antioquia, 2021

Subregion	NombreMunicipio	Población 2021				Nivel de		Densidad poblacional
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización	
BAJO CAUCA	CÁCERES	30833	6513	21,12	24320	78,88	21,12	15
	CAUCASIA	96927	86278	89,01	10649	10,99	89,01	92
	EL BAGRE	54681	36039	65,91	18642	34,09	65,91	28
	NECHÍ	27784	14965	53,86	12819	46,14	53,86	30
	TARAZÁ	28429	14205	49,97	14224	50,03	49,97	18
	ZARAGOZA	26106	12570	48,15	13536	51,85	48,15	24
Total BAJO CAUCA		264760	170570	64,42	94190	35,58	64,42	31
MAGDALENA MEDIO	CARACOLÍ	4602	2884	62,67	1718	37,33	62,67	17
	MACEO	8376	3396	40,54	4980	59,46	40,54	19
	PUERTO BERRÍO	41345	35735	86,43	5610	13,57	86,43	35
	PUERTO NARE	14664	5049	34,43	9615	65,57	34,43	22
	PUERTO TRIUNFO	19268	3623	18,80	15645	81,20	18,80	53
	YONDÓ	20426	10995	53,83	9431	46,17	53,83	11
Total MAGDALENA MEDIO		108681	61682	56,76	46999	43,24	56,76	22

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

Subregion	NombreMunicipio	Población 2021				Nivel de		Densidad poblacional
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización	
NORDESTE	AMALFI	27496	16154	58,75	11342	41,25	58,75	22
	ANORÍ	19404	8757	45,13	10647	54,87	45,13	13
	CISNEROS	10090	8923	88,43	1167	11,57	88,43	215
	REMEDIOS	30094	13320	44,26	16774	55,74	44,26	15
	SAN ROQUE	21932	7410	33,79	14522	66,21	33,79	49
	SANTO DOMINGO	12515	3128	24,99	9387	75,01	24,99	46
	SEGOVIA	39990	33087	82,74	6903	17,26	82,74	32
	VEGACHÍ	12226	8798	71,96	3428	28,04	71,96	24
	YALÍ	7800	3887	49,83	3913	50,17	49,83	16
	YOLOMBÓ	23870	7658	32,08	16212	67,92	32,08	25
Total NORDESTE		205417	111122	54,10	94295	45,90	54,10	24
NORTE	ANGOSTURA	11715	2937	25,07	8778	74,93	25,07	30
	BELMIRA	6211	1834	29,53	4377	70,47	29,53	22
	BRICEÑO	8246	2952	35,80	5294	64,20	35,80	20
	CAMPAMENTO	9386	2869	30,57	6517	69,43	30,57	46
	CAROLINA DEL PRÍNCIPE	4034	3099	76,82	935	23,18	76,82	24
	DONMATÍAS	20018	13374	66,81	6644	33,19	66,81	109
	ENTRERRÍOS	11912	6393	53,67	5519	46,33	53,67	54
	GÓMEZ PLATA	10075	5530	54,89	4545	45,11	54,89	28
	GUADALUPE	6768	2514	37,15	4254	62,85	37,15	77
	ITUANGO	28220	8120	28,77	20100	71,23	28,77	12
	SAN ANDRÉS DE CUERQUIA	7394	3201	43,29	4193	56,71	43,29	41
	SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA	3823	2514	65,76	1309	34,24	65,76	22
	SAN PEDRO DE LOS MILAGROS	23244	13469	57,95	9775	42,05	57,95	100
	SANTA ROSA DE OSOS	38463	22380	58,19	16083	41,81	58,19	47
	TOLEDO	5121	1894	36,98	3227	63,02	36,98	36
VALDIVIA	14321	4244	29,63	10077	70,37	29,63	26	
YARUMAL	43340	31625	72,97	11715	27,03	72,97	59	
Total NORTE		252291	128949	51,11	123342	48,89	51,11	34
OCCIDENTE	ABRIAQUÍ	2777	910	32,77	1867	67,23	32,77	9
	ANZÁ	7280	1507	20,70	5773	79,30	20,70	28
	ARMENIA	5153	1891	36,70	3262	63,30	36,70	46
	BURITICÁ	9783	2601	26,59	7182	73,41	26,59	27
	CAICEDO	8668	1970	22,73	6698	77,27	22,73	39
	CAÑASGORDAS	15793	5631	35,66	10162	64,34	35,66	40
	DABEIBA	23874	9905	41,49	13969	58,51	41,49	22
	EBÉJICO	12322	2618	21,25	9704	78,75	21,25	52
	FRONTINO	21021	9482	45,11	11539	54,89	45,11	16
	GIRALDO	5839	2345	40,16	3494	59,84	40,16	60
	HELICONIA	5479	2533	46,23	2946	53,77	46,23	46
	LIBORINA	10247	2593	25,30	7654	74,70	25,30	47
	OLAYA	3224	312	9,68	2912	90,32	9,68	35
	PEQUE	8414	2692	31,99	5722	68,01	31,99	21
	SABANALARGA	9422	3392	36,00	6030	64,00	36,00	35
	SAN JERÓNIMO	16268	7572	46,55	8696	53,45	46,55	104
	SANTA FE DE ANTIOQUIA	27421	18107	66,03	9314	33,97	66,03	55
	SOPETRÁN	15753	7239	45,95	8514	54,05	45,95	70
URAMITA	7006	2362	33,71	4644	66,29	33,71	29	
Total OCCIDENTE		215744	85662	39,71	130082	60,29	39,71	33

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

Subregion	NombreMunicipio	Población 2021				Nivel de		Densidad poblacional
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización	
ORIENTE	ABEJORRAL	20602	8365	40,60	12237	59,40	40,60	41
	ALEJANDRÍA	4771	2734	57,30	2037	42,70	57,30	32
	ARGELIA	7662	3708	48,39	3954	51,61	48,39	30
	COCORNÁ	15063	7018	46,59	8045	53,41	46,59	68
	CONCEPCIÓN	4832	2143	44,35	2689	55,65	44,35	29
	EL CARMEN DE VIBORAL	63564	38466	60,52	25098	39,48	60,52	140
	EL PEÑOL	22107	12307	55,67	9800	44,33	55,67	152
	EL RETIRO	25146	14084	56,01	11062	43,99	56,01	95
	EL SANTUARIO	37173	27209	73,20	9964	26,80	73,20	489
	GRANADA	9915	5604	56,52	4311	43,48	56,52	54
	GUARNE	59073	21093	35,71	37980	64,29	35,71	386
	GUATAPÉ	8844	5950	67,28	2894	32,72	67,28	126
	LA CEJA DEL TAMBO	69399	60804	87,62	8595	12,38	87,62	522
	LA UNIÓN	22742	14318	62,96	8424	37,04	62,96	114
	MARINILLA	68960	49551	71,85	19409	28,15	71,85	594
	NARIÑO	10101	3427	33,93	6674	66,07	33,93	32
	RIONEGRO	145242	93099	64,10	52143	35,90	64,10	734
	SAN CARLOS	16056	7623	47,48	8433	52,52	47,48	22
	SAN FRANCISCO	5981	2801	46,83	3180	53,17	46,83	16
	SAN LUIS	13327	8189	61,45	5138	38,55	61,45	29
SAN RAFAEL	15906	8362	52,57	7544	47,43	52,57	43	
SAN VICENTE FERRER	22818	6507	28,52	16311	71,48	28,52	93	
SONSÓN	37193	18568	49,92	18625	50,08	49,92	28	
Total ORIENTE		706477	421930	59,72	284547	40,28	59,72	99
SUROESTE	AMAGÁ	31768	15912	50,09	15856	49,91	50,09	374
	ANDES	44885	22399	49,90	22486	50,10	49,90	100
	ANGELÓPOLIS	5932	2462	41,50	3470	58,50	41,50	68
	BETANIA	10444	3932	37,65	6512	62,35	37,65	61
	BETULIA	16143	4898	30,34	11245	69,66	30,34	63
	CARAMANTA	4720	2304	48,81	2416	51,19	48,81	54
	CIUDAD BOLÍVAR	26721	16806	62,89	9915	37,11	62,89	94
	CONCORDIA	22024	8157	37,04	13867	62,96	37,04	94
	FREDONIA	25138	8849	35,20	16289	64,80	35,20	101
	HISPANIA	5678	3745	65,96	1933	34,04	65,96	96
	JARDÍN	15060	8360	55,51	6700	44,49	55,51	66
	JERICÓ	13919	8216	59,03	5703	40,97	59,03	71
	LA PINTADA	8593	7754	90,24	839	9,76	90,24	156
	MONTEBELLO	6744	2127	31,54	4617	68,46	31,54	80
	PUEBLORRICO	8870	4846	54,63	4024	45,37	54,63	103
	SALGAR	18544	7475	40,31	11069	59,69	40,31	44
	SANTA BÁRBARA	27608	13389	48,50	14219	51,50	48,50	147
	TÁMESIS	16452	7922	48,15	8530	51,85	48,15	67
	TARSO	6328	3628	57,33	2700	42,67	57,33	53
	TITIRIBÍ	10885	5169	47,49	5716	52,51	47,49	76
URRAO	31355	17554	55,98	13801	44,02	55,98	12	
VALPARAÍSO	6572	3915	59,57	2657	40,43	59,57	50	
VENECIA	11897	5606	47,12	6291	52,88	47,12	83	
Total SUROESTE		376280	185425	49,28	190855	50,72	49,28	57

Subregion	NombreMunicipio	Población 2021				Nivel de		Densidad poblacional
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización	
URABA	APARTADÓ	129751	109514	84,40	20237	15,60	84,40	214
	ARBOLETES	30984	11151	35,99	19833	64,01	35,99	43
	CAREPA	51947	38109	73,36	13838	26,64	73,36	135
	CHIGORODÓ	60775	51626	84,95	9149	15,05	84,95	99
	MURINDÓ	5316	1980	37,25	3336	62,75	37,25	4
	MUTATÁ	14612	5848	40,02	8764	59,98	40,02	13
	NECOCLÍ	44811	12919	28,83	31892	71,17	28,83	33
	SAN JUAN DE URABÁ	21279	7607	35,75	13672	64,25	35,75	88
	SAN PEDRO DE URABÁ	32646	14538	44,53	18108	55,47	44,53	68
	TURBO	132236	55377	41,88	76859	58,12	41,88	43
VIGÍA DEL FUERTE	9589	3507	36,65	6062	63,35	36,65	5	
Total URABA		533926	312176	58,47	221750	41,53	58,47	45
VALLE DE ABURRA	BARBOSA	55201	25119	45,50	30082	54,50	45,50	265
	BELLO	560831	545285	97,23	15546	2,77	97,23	3714
	CALDAS	84734	68895	81,31	15839	18,69	81,31	557
	COPACABANA	83106	68438	82,35	14668	17,65	82,35	1171
	ENVIGADO	246003	238042	96,76	7961	3,24	96,76	4824
	GIRARDOTA	55294	32079	58,02	23215	41,98	58,02	779
	ITAGÜÍ	294551	270366	91,79	24185	8,21	91,79	17327
	LA ESTRELLA	76704	66883	87,20	9821	12,80	87,20	2192
	MEDELLÍN	2573220	2530461	98,34	42759	1,66	98,34	6649
SABANETA	89364	78928	88,32	10436	11,68	88,32	5958	
Total VALLE DE ABURRA		4119008	3924496	95,28	194512	4,72	95,28	3557
Total general		6782584	5402012	79,65	1380572	20,35	79,65	107

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia - Dirección Sistemas de Indicadores, Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.

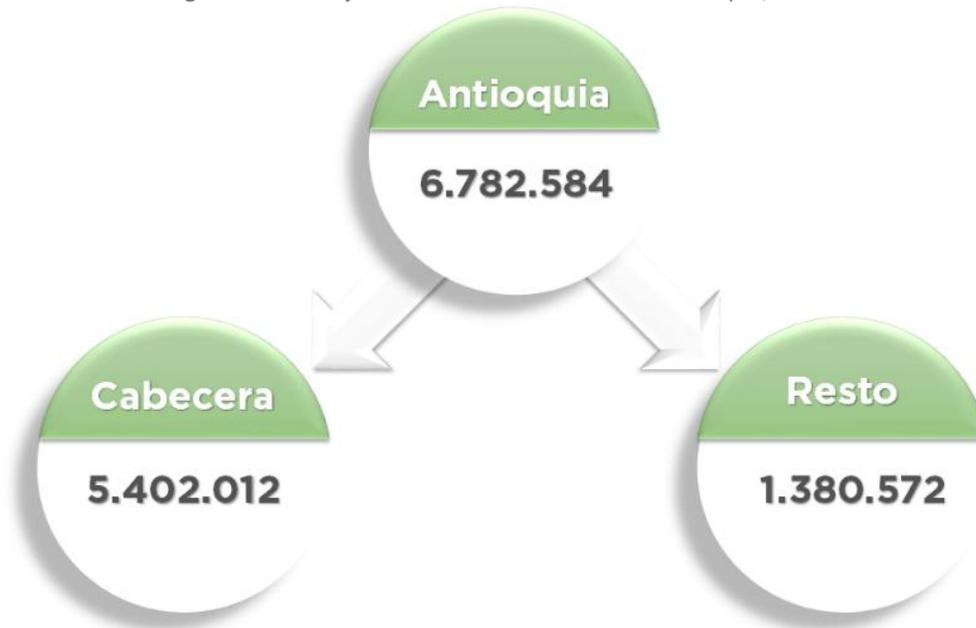
Nota: El área urbana (cabecera) está delimitada por los Planes de Ordenamiento Territorial (POT) del respectivo municipio e incluye áreas urbanas de los corregimientos. En algunos municipios la densidad poblacional es alta por falta de actualización catastral. Léase el nivel de urbanización como el porcentaje 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 2021 se proyecta un aumento de aproximadamente 2 puntos porcentuales alcanzando el 79,7%. 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.

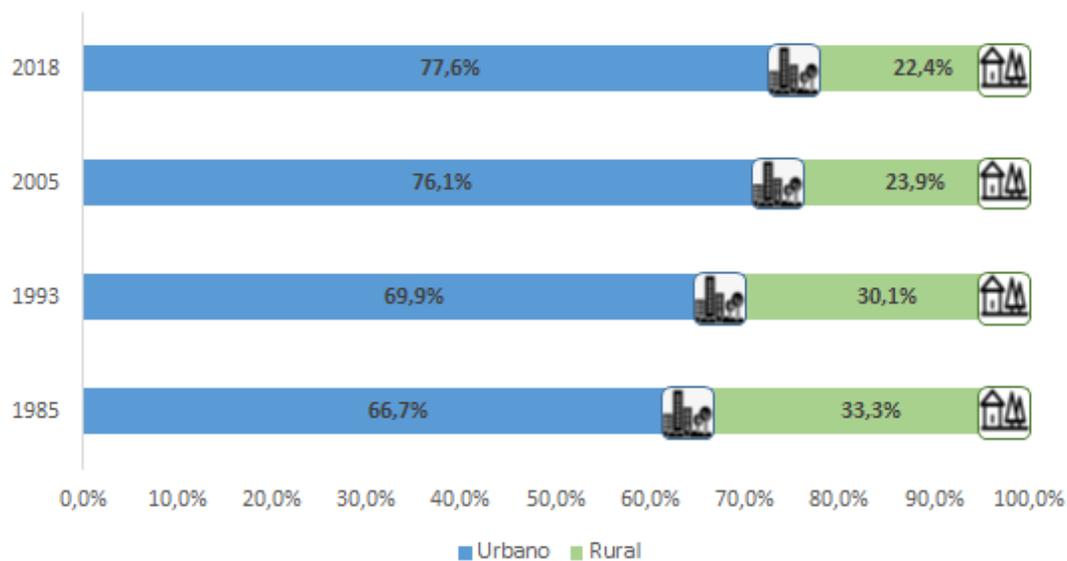


Figura 4. Porcentaje de Población urbano - rural en Antioquia, 2021



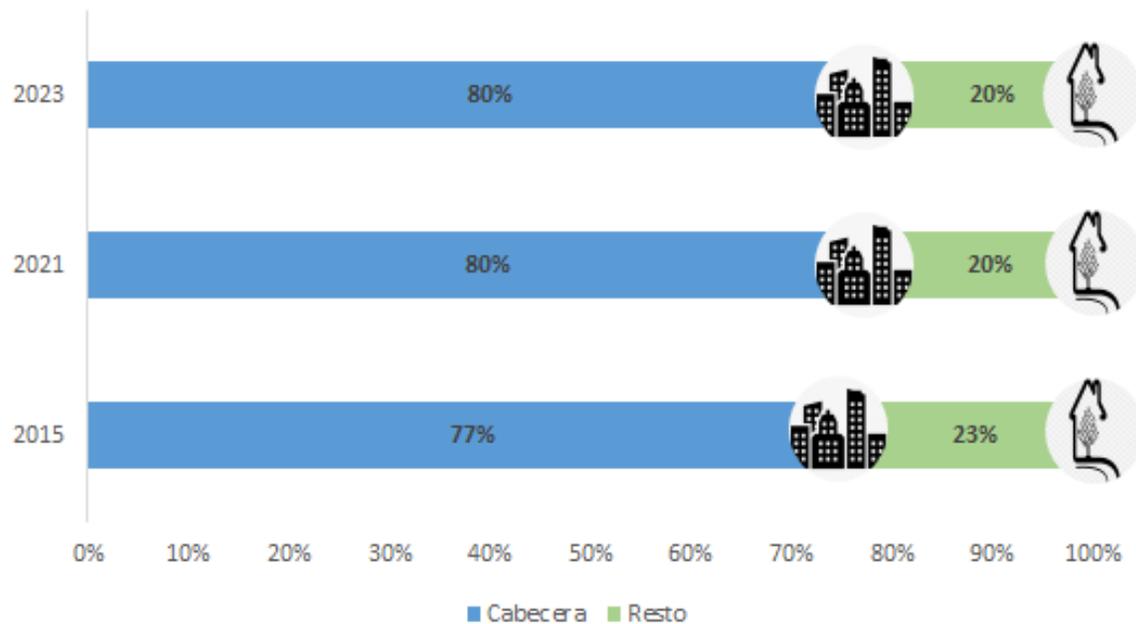
Fuente: Revista Antioquia en Datos. Planeación Departamental, 2018

Figura 5. Porcentaje de población censal urbano - rural en Antioquia, censos 1985, 1993, 2005 y 2018



Fuente: Revista Antioquia en Datos. Planeación Departamental 2018

Figura 6. Porcentaje de Población proyectada urbano - rural en Antioquia 2015, 2021 y 2023



Fuente: DANE 2020. Fecha de actualización 30 de junio de 2021

1.2.2 Número y condiciones de viviendas y hogares

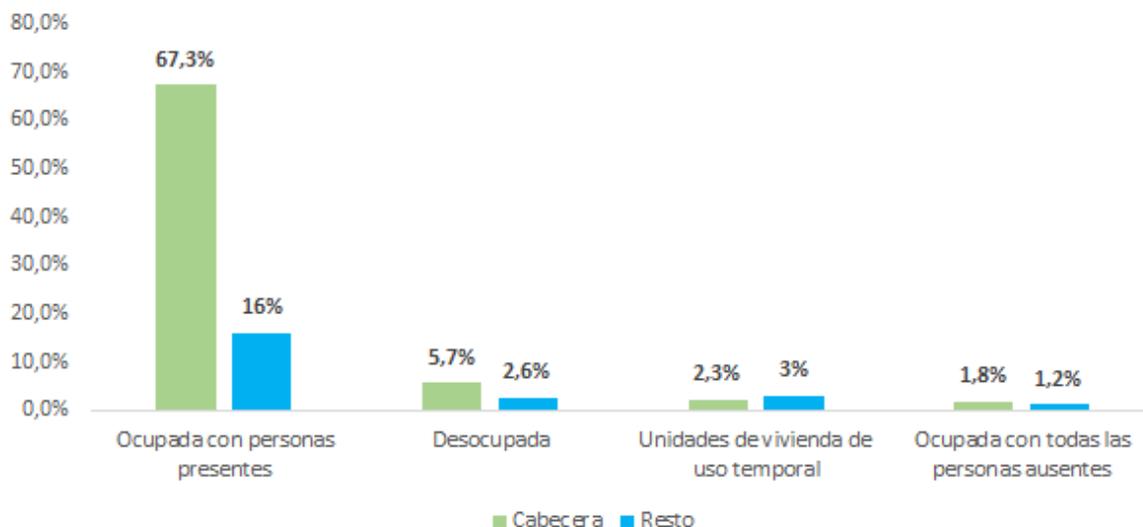
1.2.2.1 Viviendas

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 5,4% tenían ocupación temporal y el 3,1% 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%.

Figura 7. Condición de ocupación de la vivienda, según ubicación geográfica en Antioquia, 2018



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. La clasificación del inmueble o vivienda, 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 94,4%, el resto 5,6% no cuenta con reporte de conexión.

Los inmuebles con conexión clasificados en estrato uno (1) son el 23,7% de las viviendas (el maestro de facturación reporta 22,3% facturables para este estrato), en estrato dos (2) están el 37,1% con energía eléctrica y el maestro de facturación reporta el 36,9%, en estrato 3 el 26,3% con facturación en el mismo rango, en estrato 4 el 6,9%, en estrato 5 y 6 el 4,2% y 1,9% respectivamente, con maestros de facturación similares.

1.2.2.2 Hogares

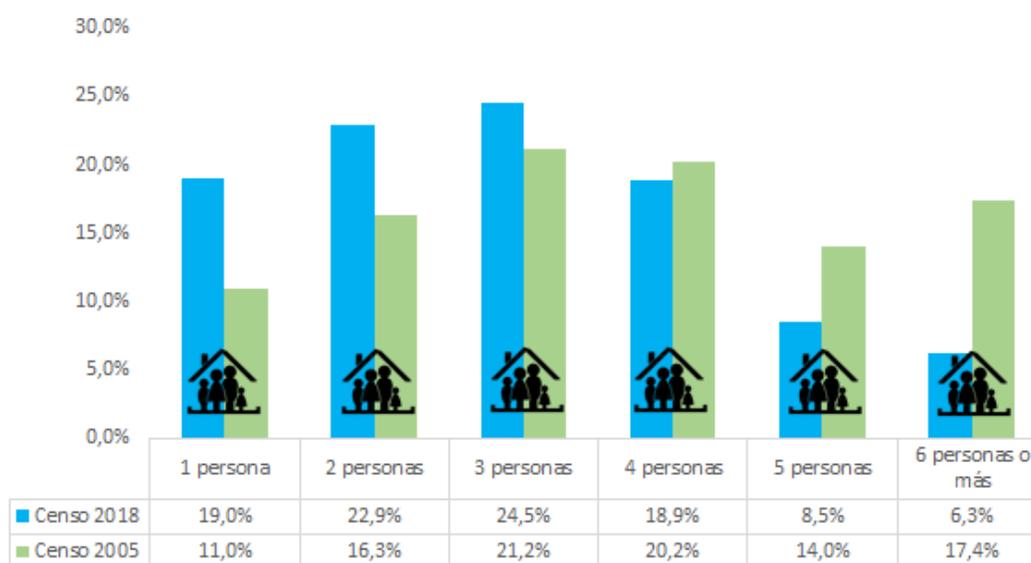
Las viviendas se relacionan entre otras condiciones, con el número de hogares entendiendo este último como el lugar donde un individuo o grupo de individuos habita, creando en ellos la sensación de seguridad y calma. En demografía, el hogar se define en función de la manera en que las personas subvienen 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 33,7% 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.

Figura 8. Tamaño de los hogares en Antioquia, Según Censo 2005 y 2018



Fuente: DANE 2018

Considerando otras variables de análisis en este ítem, la encuesta de calidad de vida 2019, reportó que el 44,2% de los hogares antioqueños tienen una mujer como jefe de hogar, porcentaje que supera el indicador nacional que se encuentra en un 38%.

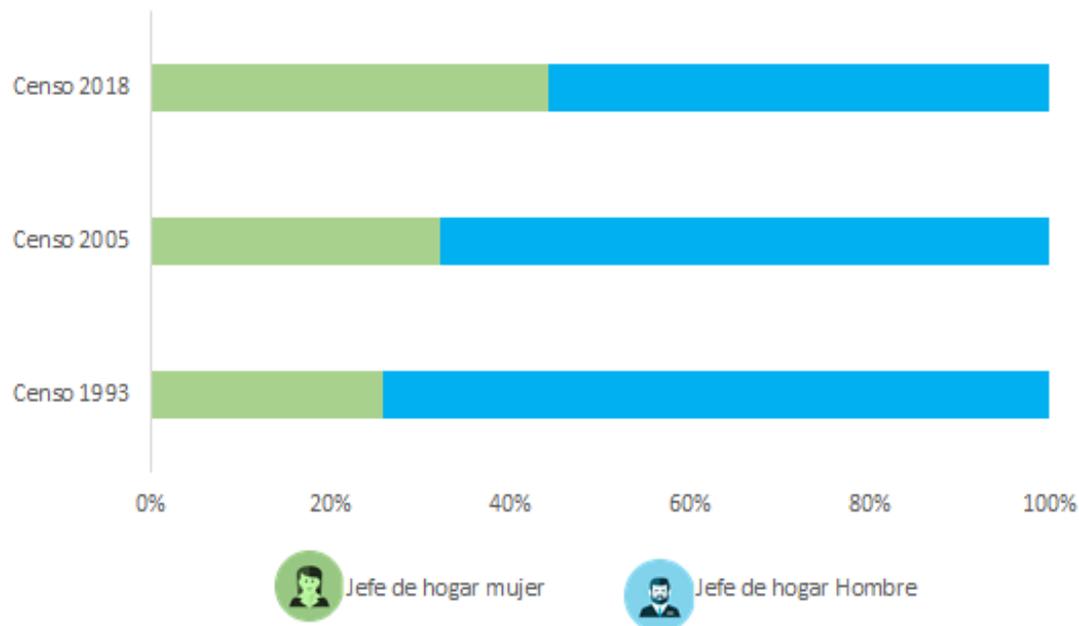
Es importante resaltar que, del total de hogar con jefatura femenina, el 73,5%, no tienen cónyuge en el caso de los jefes de hogar hombres, solo el 29,9% expresan no tener un cónyuge.

A nivel urbano el panorama sigue revelando una gran diferencia con un 74,2% de mujeres y un 30,9% 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 68,9%



y los hombres el 26,6%. 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 9. 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) Rrom 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.

Tabla 9. 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 10. 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 Berrío		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
Total MAGDALENA MEDIO			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
	Vegachí		45	96	50			10.943	11.134
	Yalí		10	39	43			6.142	6.234
Total NORDESTE	3	910	1.805	1.199		1	159.935	163.853	

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

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	
NORTE	Angostura	4		49	24	4		10.419	10.500	
	Belmira		1	2.098	22			3.228	5.349	
	Briceño		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 Cuerquia			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	
	Buriticá				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			110	52	17			6.344	6.523	
Total OCCIDENTE		7	8.728	3.163	1.271		69	172.407	185.645	
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	575.711	582.424	



Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

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	
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		14.609	15.012
	Tarso				18	36		1	5.608	5.663
	Titiribí			2	30	39			8.245	8.316
Urao			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	5.557.278	5.974.788	

Fuente: - Censo DANE. 2018

1.2.3.1 Negros, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros:

Para realizar el análisis de la situación de salud de la población negra, es necesario reconocer las especificaciones de cada uno de los grupos que componen la población negra, de acuerdo a la Unidad de Víctimas de Colombia se define:

Comunidad negra: “Es el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, además revelan y conservan conciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos. (Art. 2- Ley 70 de 1993)”.

Población afrocolombiana: Son los grupos humanos que hacen presencia en todo el territorio nacional (urbano-rural), de raíces y descendencia histórica, étnica y cultural africana nacidos en Colombia, con su diversidad racial, lingüística y folclórica. (Grueso, et al, 2007:4)15

Población raizal: Es la población nativa de las Islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina descendientes de la unión entre europeos (principalmente ingleses, españoles y holandeses) y esclavos africanos. Se distinguen por su cultura, lengua (creole), creencias religiosas (iglesia bautista) y pasado histórico similar a los pueblos antillanos como Jamaica y Haití. Dada su especificidad cultural ha sido sujeto de políticas, planes y programas socio-culturales diferenciados de otras comunidades negras del continente colombiano.

Población palanquera: está conformada por los descendientes de los esclavos que mediante actos de resistencia y de libertad, se refugiaron en los territorios de la Costa Norte de Colombia desde el Siglo XV denominados palenques. Existen 4 Palenques reconocidos: San Basilio de Palenque (Mahates – Bolívar), San José de Uré (Córdoba), Jacobo Pérez Escobar (Magdalena) y La Libertad (Sucre).

Diálogo de saberes con la comunidad Afro de Necoclí.

Con el fin de identificar información de las comunidades negras se realizó en conjunto con autoridades del municipio un diálogo de saberes con líderes de la comunidad afro de Necoclí, para iniciar la construcción del ASIS Capítulo Afro, con el fin de profundizar la descripción del territorio y sus efectos en la salud, e igualmente identificar las prioridades en salud para este grupo étnico. Además enmarcados en los lineamientos de las Naciones Unidas, que el 23 de diciembre de 2013, emite la Resolución 68/237 donde instan a los países a trabajar para reducir la inequidad y desigualdad adoptando el Decenio Internacional de los Afrodescendientes, 2015-2024, con el fin de reducir las brechas en salud, educación, vivienda y seguridad social, igualmente el “Pacto por la equidad del Plan de Desarrollo Nacional 2018-2022, hace un llamado a mejorar la información de las comunidades étnicas y define que es necesario mejorar la información que dé cuenta de la situación real de estas comunidades con el fin de definir las políticas requeridas para dar respuesta efectiva a las necesidades de los grupos étnicos. El Plan de Desarrollo de Antioquia 2020-2023 “Unidos por la Vida”, define el programa “Antioquia Identidad Afro” y el componente “Hogar diverso y equitativo”, para propender por la garantía de los derechos étnicos y territoriales de las comunidades afrodescendientes, se escucha las voces de la comunidad a través de líderes de los consejos comunitarios lo que permite de primera mano identificar las realidades que deben ser intervenidas, teniendo presente que estas son sólo una muestra de lo que está viviendo un

territorio y que es necesario recorrer y tener contacto con los demás municipios donde se encuentra asentada la población afro del Departamento para tener una mejor idea de su situación de salud.

En la descripción del territorio, la oportunidad de recorrer a través de estos líderes diferentes espacios del municipio, permitió adentrarnos en la identificación de oportunidades, pero igualmente de debilidades del entorno, se evidenció que la principal fuente de ingresos ha sido la pesca, pero el cambio climático y mal uso de esta ha reducido este gran renglón de la economía, que el cangrejo azul está en extinción a pesar de haber sido un elemento importante de su alimentación, se reconoce que se ha fortalecido la agricultura con énfasis en el maíz, plátano, yuca, y ahora se está incrementando cultivos de arroz que antes debían traerlo e otros departamentos. La economía del territorio presentó una burbuja con el alto flujo de migrantes en tránsito hacia el norte, que por la pandemia y otras situaciones ajenas los dejó represados en el municipio y sus moradores vieron una oportunidad para la reactivación económica para superar el reducido ingreso por el confinamiento por el coronavirus, pero este resurgimiento económico fue sólo transitorio y muchas familias están en situación precaria económicamente por las inversiones y endeudamiento que realizaron para atender la alta población migrante en el municipio, además hay reducción de los turistas tradicionales al municipio.

Figura 10. Descripción del Territorio de Cativo, Mulatos, Municipio de Necoclí, 2021



Fuente: Habitantes Territorio de Cativo, Mulatos, Municipio de Necoclí

En cuanto a su infraestructura habitacional y acceso a servicios públicos, reconocen que algunos de sus barrios y corregimientos han nacido como invasiones hoy legalmente constituidas, en los territorios habitan chilapos, negros, indios, mestizos una mezcla de diferentes etnias, en las que el diario vivir transcurre en un aprendizaje permanente de culturas que los hace esencialmente diversos en sus expresiones, a pesar de esto la población afro se encuentra en situaciones de desventaja y desigualdad social frente al resto de la población, la degradación ambiental de sus

territorios tradicionales, pero también evidencian la vulneración de sus derechos en el marco del conflicto armado interno.

Identifican una problemática con relación al agua, no solo por la falta de esta sino por la contaminación, igualmente relatan la situación del alcantarillado y la recolección de las basuras. Con relación a las vías identifican la falta de acceso a la ruralidad por vías en mal estado que no permiten que la población se desarrolle, claramente expresan “somos un pueblo netamente rural”.

Es claro cómo se reconocen los determinantes sociales de la salud identificando fácilmente los efectos de estos que no son intervenidos, cómo producen enfermedades y muertes en su mayoría prevenibles, las causas de muerte y enfermedades más comunes son:

“Las personas fallecen de derrame, problemas cardiovasculares, maleficios, cáncer, y los niños de ataques de lombriz y diarrea. En cuanto a problemas frecuentes de salud, diarrea, infecciones de transmisión sexual, ahora se ven muchos embarazos en adolescentes y las niñas buscan por suicidarse, el problema de salud mental, maltrato intrafamiliar, alcoholismo, drogadicción, afectando a todos por igual, igualmente afectan nuestra gente, el paludismo, la diabetes, el alto colesterol, pero quizás uno de los más grandes problemas es el desplazamiento, la secuela de la guerra”.

En cuanto a red de atención para resolución de los problemas de salud, evidencian en la medicina ancestral una oportunidad para sanar muchas de las enfermedades, son sabedores de la botánica e históricamente han manejado sus enfermedades a base de plantas medicinales manejadas por grandes médicos que aún practican la medicina ancestral con efectivos resultados.

Es importante como si se compararan los indicadores de la morbilidad del municipio posiblemente se obtendrían las mismas causas que afectan a esta población. Cuando se revisa información de otro encuentro con esta comunidad se evidencia que la problemática de salud mental se expresa en todos los ciclos vitales y es una de las situaciones de mayor prevalencia en este grupo.

Su resiliencia está a flor de piel, expresada en sus diferentes ritmos, en sus cantoras, bullerengeros fomentada en casa y fortalecida en las diferentes clases en que participan desde la primera infancia, pasando por los jóvenes, pero igual incluyendo los adultos que hacen parte de grupos musicales y bailadores, en los cuales utilizan sus instrumentos musicales como son los diferentes tipos de tambor y el acordeón, siendo esta una oportunidad para fortalecer el desarrollo integral de la población afro.

Las prioridades identificadas por los representantes de 6 consejos comunitarios son:

- “Necesitamos vivir en paz, disfrutar de la vida y retomar nuestras costumbres”



- “Necesitamos que se fortalezca nuestra medicina ancestral”.
- “Las parteras deben ser reconocidas, entrenadas y coordinadas por el hospital”.
- “Necesitamos que todos tengamos acceso al agua limpia y permanente”.
- “Necesitamos mejorar el acceso a los servicios de salud”

Cuando se trata de obtener información representada por diferentes indicadores relacionados con los grupos étnicos hay dificultades que no es exenta la población negra. En Antioquia, de acuerdo con los resultados del censo realizado en 2018, el número de la población que se reconoció como integrante de estos grupos poblacionales en el territorio, correspondió a 312.112 personas, pero 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%.

Tabla 11. Población afrodescendiente por subregión y sexo

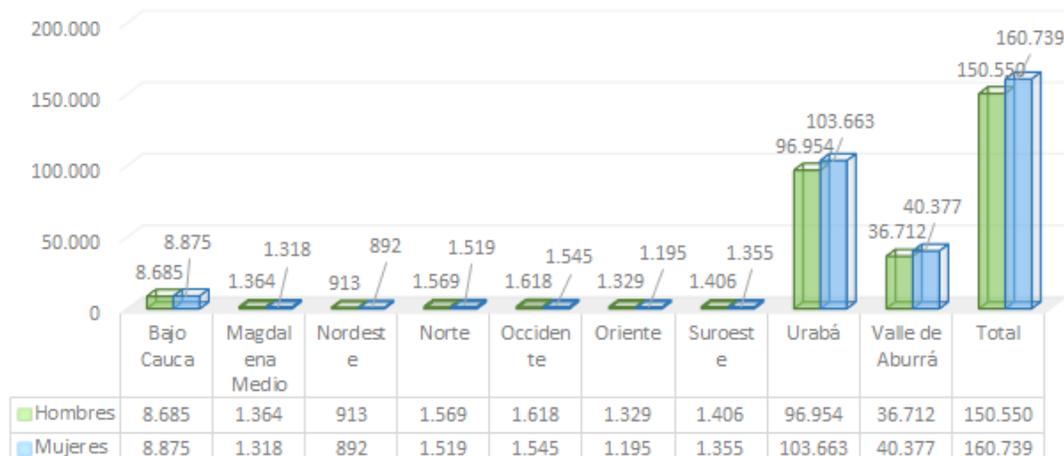
Subregión	hombres	mujeres	total
Magdalena Medio	1.364	1.318	2.682
Bajo Cauca	8.685	8.875	17.560
Urabá	96.954	103.663	200.617
Nordeste	913	892	1.805
Occidente	1.618	1.545	3.163
Norte	1.569	1.519	3.088
Oriente	1.329	1.195	2.524
Suroeste	1.406	1.355	2.761
Valle de Aburrá	36.712	40.377	77.089
Total	150.550	160.739	311.289

Fuente: Censo DANE 2018

Se evidencia que el mayor número de habitantes auto reconocidos como población afro en Antioquia son los residentes en la región de Urabá y de todos los municipios que conforman esta subregión siendo el municipio de Turbo con 72.550 habitantes el que mayor número de afrocolombianos auto reconocidos, seguida de Valle de Aburrá con 77.809 situación que pueda deberse a que la ciudad de Medellín es receptora de víctimas del conflicto armado, se tienen mayores oportunidades de empleo, estudio, entre otras. La subregión con menor número de habitantes afro es la de Nordeste con 1.805.

El 52% de la población que se reconoce como afro son las mujeres. El 27%, corresponde a niños entre 0-14 años, significa una gran proporción de población dependiente de la población económicamente productiva. El 67.4% de esta población corresponde al grupo de 15-64 años.

Figura 11. Población afrodescendiente por subregión y sexo. Antioquia 2018



Fuente: Censo DANE 2018

Contexto Organizativo

De acuerdo a la Unidad de Víctimas, hay diferentes formas de organización válidas de este grupo étnico y son: De nivel nacional es el Espacio Nacional de Consulta Previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenquearas. A nivel de los territorios están las asociaciones de Consejos Comunitarios o de Organizaciones Étnico-territoriales, estos tienen una junta directiva, que es elegida en asamblea de todos los integrantes del consejo comunitario, con autoridad y son los que concilian en el territorio como control social, fomento de relaciones de entendimiento que tienen como objetivo trabajar por la población afrocolombiana y la defensa del territorio.

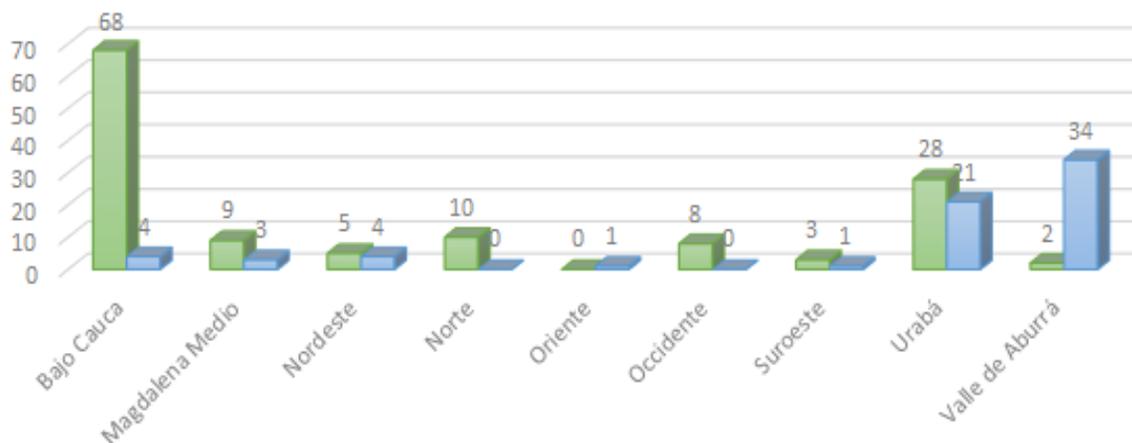
Tabla 12. Distribución de consejos comunitarios y organizaciones de base, por subregión Antioquia, 2021

Subregión	Consejos comunitarios	Cantidad Inscritos	Organizaciones de base
Magdalena Medio	9	1	3
Bajo Cauca	68	8	4
Urabá	28	7	21
Nordeste	5	0	4
Occidente	8	1	0
Norte	10	0	0
Oriente	0	0	1
Suroeste	3	0	1
Valle de Aburrá	2	0	34
Total	133	17	68

Fuente: Gerencia Afro



Figura 12. Número de Consejos Comunitarios e inscritos por subregión, Antioquia 2021.



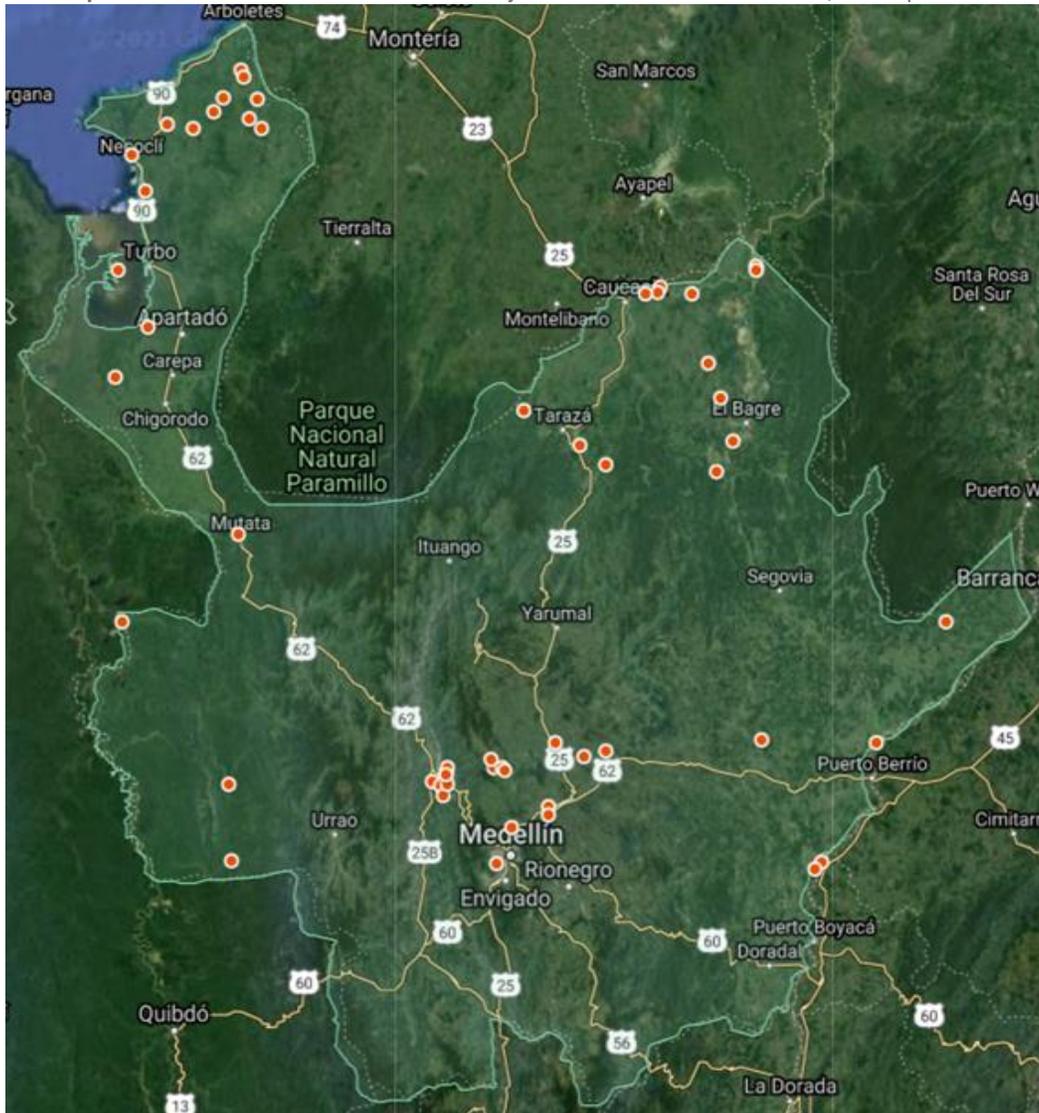
Fuente: Gerencia Afro.

En Colombia el Congreso de la República promulgó la Ley 70 de 1993 con el fin de reconocer la propiedad colectiva de los territorios que han sido ancestralmente ocupados por las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenquearas, con el fin de proteger su identidad cultural y fomentar su desarrollo económico y social. En esta ley en el artículo 4º reza: “El Estado adjudicará a las comunidades negras de que trata esta ley la propiedad colectiva sobre las áreas que, de conformidad con las definiciones contenidas en el artículo segundo, comprenden las tierras baldías de las zonas rurales ribereñas de los ríos de la Cuenca del Pacífico y aquellas ubicadas en las áreas de qué trata el inciso segundo del artículo 1o. de la presente ley que vienen ocupando de acuerdo con sus prácticas tradicionales de producción”.

Los terrenos respecto de los cuales se determine el derecho a la propiedad colectiva se denominarán para todos los efectos legales "Tierras de las Comunidades Negras". Igualmente, en el artículo 5o: “Para recibir en propiedad colectiva las tierras adjudicables, cada comunidad formará un Consejo Comunitario como forma de administración interna, cuyos requisitos determinará el reglamento que expida el Gobierno Nacional”.

En Antioquia hay 133 consejos, de los cuales 17 están inscritos ante el Ministerio del Interior, es de anotar que el número de organizaciones de base son 68.

Mapa 13. Georreferenciación de los Consejos Comunitarios constituidos, Antioquia 2021



Fuente. Gerencia Afro

Conclusiones

- La información de indicadores cuantitativos validados, es de difícil obtención y no dan cuenta a la situación real de la población afro en la definición de los diferentes grupos.
- La participación de los líderes de los Consejos Comunitarios, permite una construcción de información cualitativa para mejorar el conocimiento de estas comunidades, se requiere avanzar en este tipo de trabajo con otras comunidades para construir un mapa de la situación de salud aun siendo cualitativa.
- La morbilidad reconocida de forma cualitativa, es concordante con perfiles estadísticos de estas comunidades.
- Las prioridades identificadas concuerdan con los perfiles de salud de este municipio.

1.2.3.2 Rrom o Gitanos:

Los Rrom o gitanos 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.

1.2.4 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. Se analizarán la pirámide poblacional, los grupos de edad y el género, así como otros indicadores demográficos de interés.

1.2.5 Pirámide Poblacional

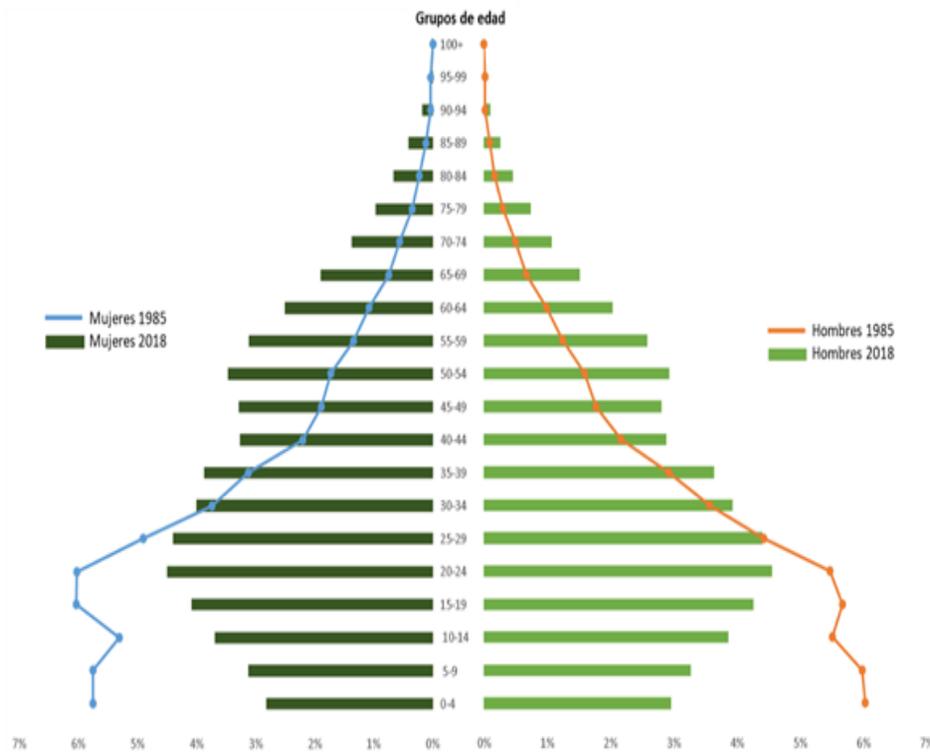
Esta representa la proporción de habitantes por grupos de edades quinquenales en contraste con el género y su análisis permite identificar cambios graduales en el comportamiento de la población debido a las transformaciones socioeconómicas inducidas por diferentes actores.

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 6 años, pasando de 116,6 % en 2015 a 101, 7% en 2021. 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

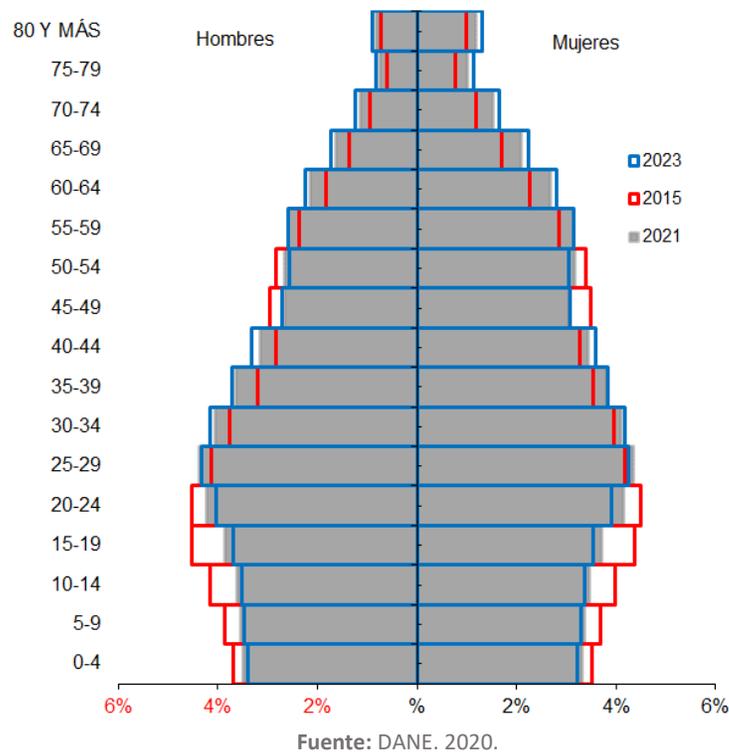
Figura 13. Comparativo de la estructura poblacional por sexo para los censos 1985 - 2018



Fuente: Censo DANE, 2018

Con 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 del territorio un lugar seductor.

Figura 14. Pirámide poblacional. Antioquia, 2015, 2021, 2023



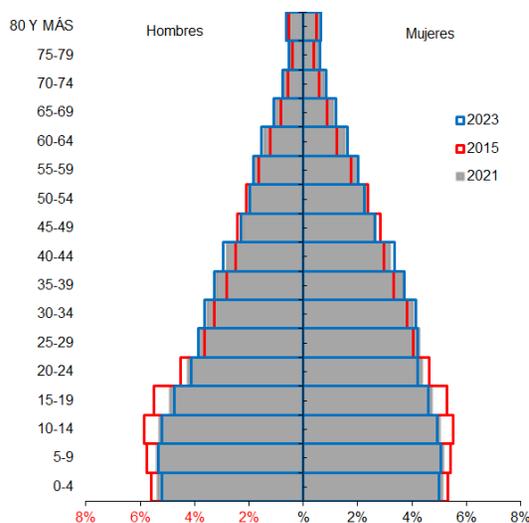
Cuando se analiza la estructura piramidal de cada una de las subregiones, se refleja claramente la diversidad de la composición de la población antioqueña, determinada por fenómenos naturales como la natalidad y mortalidad y por los efectos migratorios propios de cada subregión, sin embargo, lo disímil 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 se vive, aspectos que se logran 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 la natalidad y mortalidad constantes durante el período, entre otros.

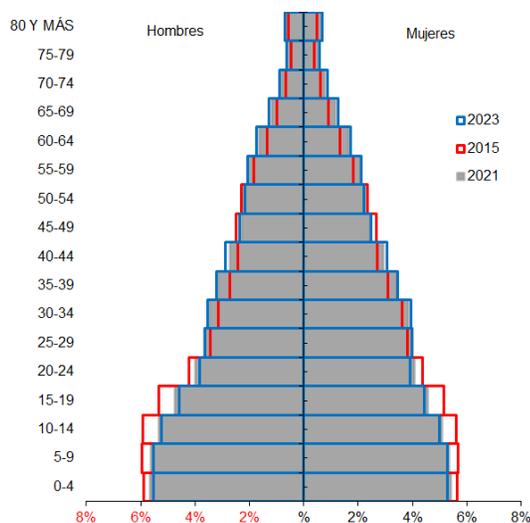
El Valle de Aburrá presenta una estructura piramidal de características regresivas, es decir, base estrecha y cúspide mayor, lo que puede explicarse por fenómenos como el descenso de la natalidad, esperanza de vida acorde a la estadística, fenómeno migratorio importante y constante en el tiempo, y mercado laboral. 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 15. Pirámide poblacional subregión de Urabá. Antioquia, proyección 2023



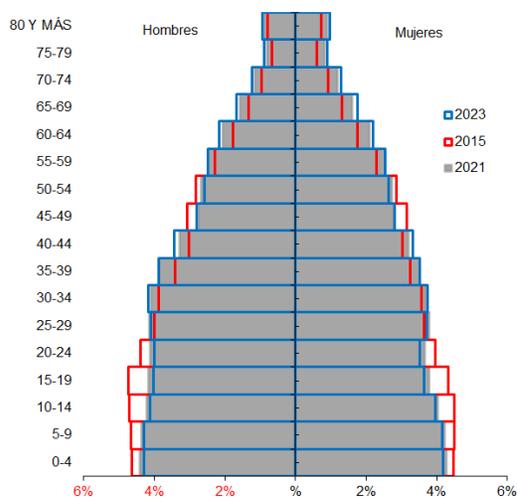
Fuente: DANE. 2020.

Figura 16. Pirámide poblacional subregión de Bajo Cauca. Antioquia, proyección 2023



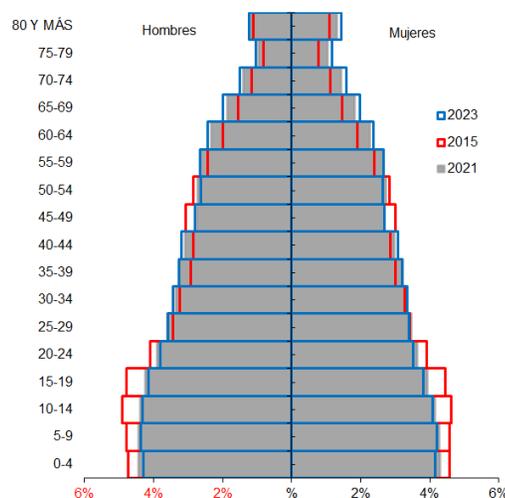
Fuente: DANE. 2020.

Figura 17. Pirámide poblacional subregión de Magdalena medio. Antioquia, proyección 2023



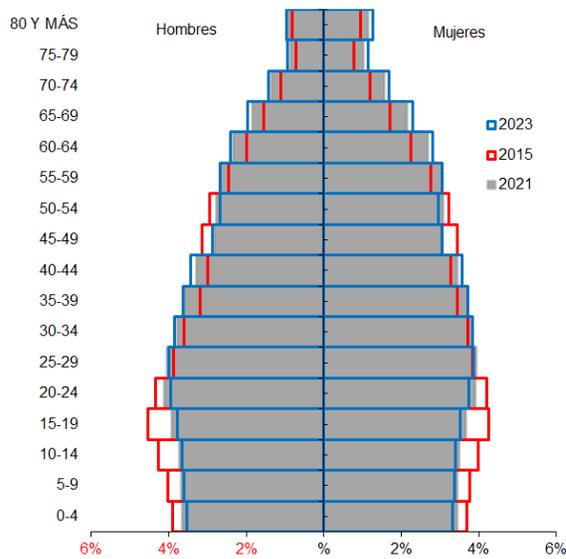
Fuente: DANE. 2020.

Figura 18. Pirámide poblacional subregión de Occidente. Antioquia, proyección 2023



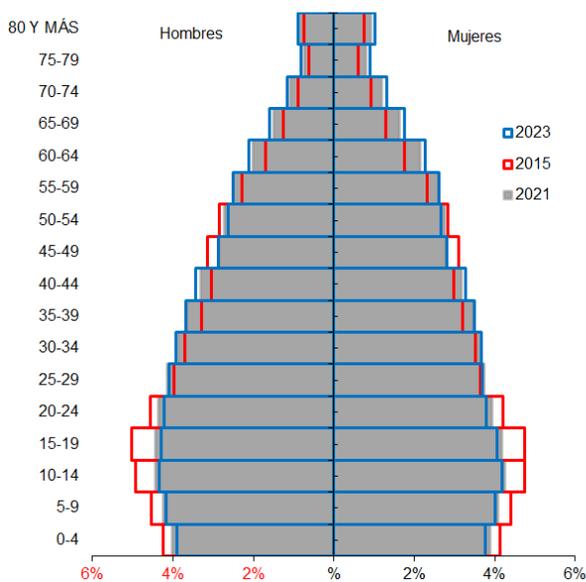
Fuente: DANE. 2020.

Figura 19. Pirámide poblacional subregión de Oriente, Antioquia, proyección 2023



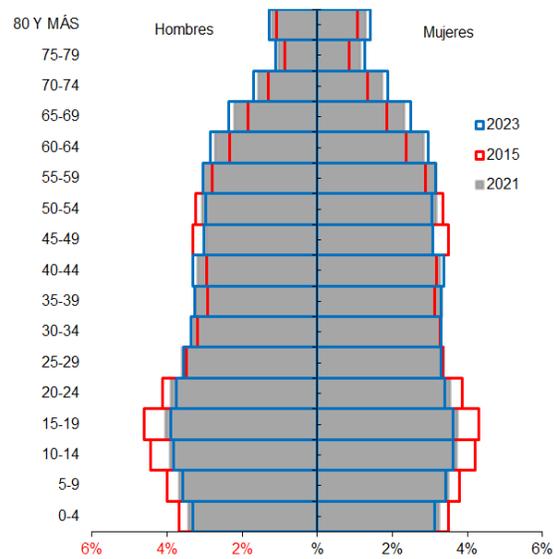
Fuente: DANE.2020

Figura 21. Pirámide poblacional subregión Norte, Antioquia, proyección 2023



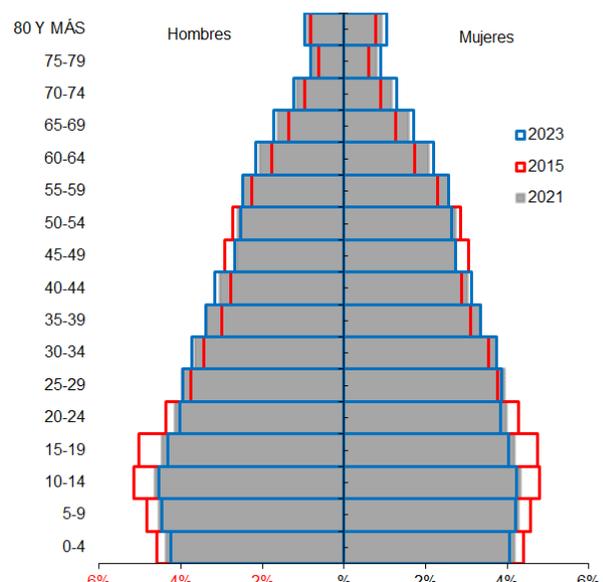
Fuente: DANE.2020

Figura 20. Pirámide poblacional subregión de Suroeste, Antioquia, proyección 2023



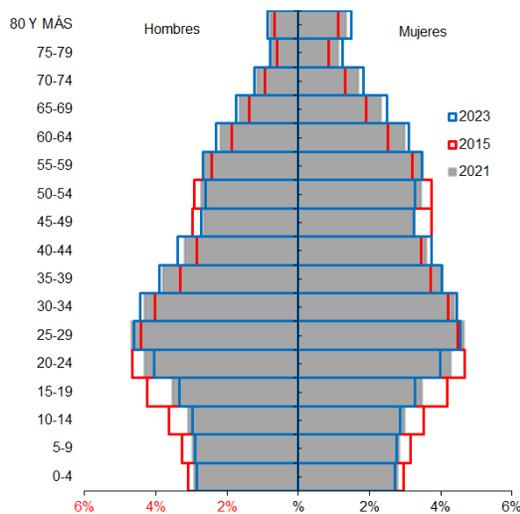
Fuente: DANE.2020

Figura 22. Pirámide poblacional subregión Nordeste, Antioquia, proyección 2023



Fuente: DANE.2020

Figura 23. Pirámide poblacional subregión del Valle de Aburra, Antioquia, proyección 2023



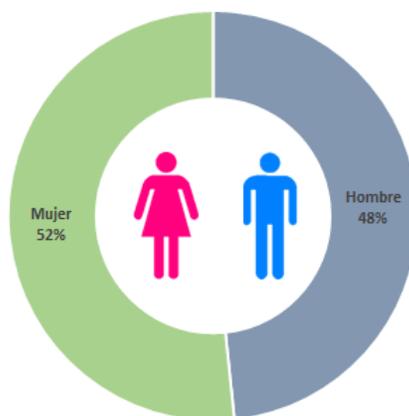
Fuente: DANE. 2020.

1.2.6 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.

De acuerdo al censo 2018, la distribución por género indica un mayor porcentaje de mujeres (51,7%), escenario que no difiere de 2021, 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 24. Distribución porcentual de la población, según sexo. Antioquia, 2021



Fuente: DANE. 2020

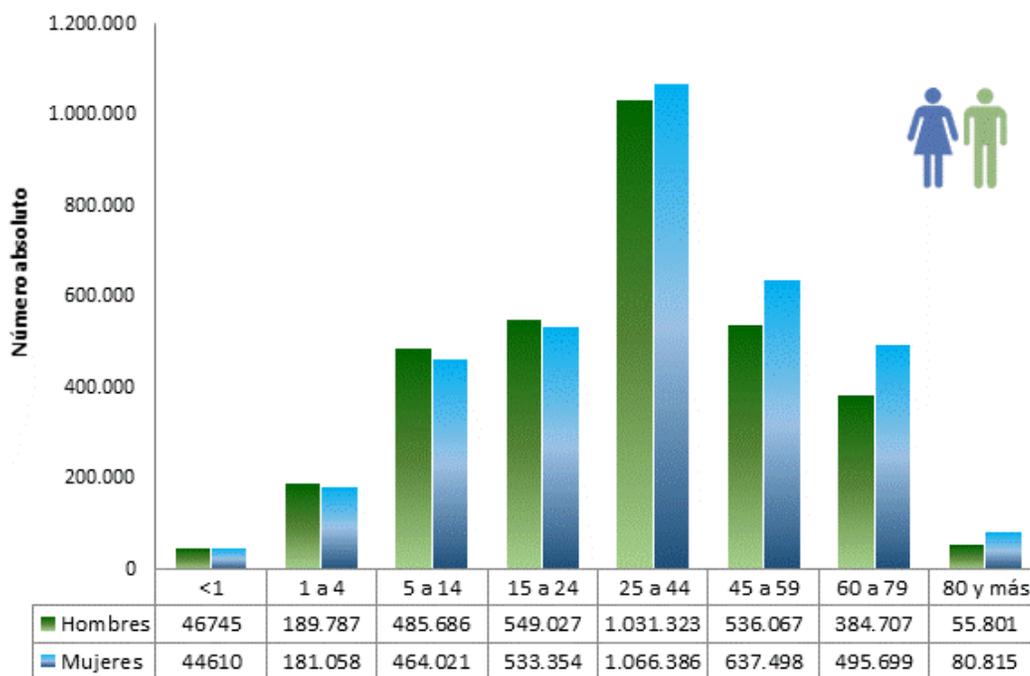


La razón hombre/mujer, en Antioquia, indicó que por cada 100 mujeres hay 94 hombres. El valor de este indicador se mantiene constante entre el año 2021 y la proyección a 2023.

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.

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

Figura 25. Población por género y grupo de edad. Antioquia



Fuente: - DANE. Fecha de actualización 14 de febrero de 2020

1.2.7 Población por ciclos de vida.

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.

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.

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), el 69% 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 período 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.

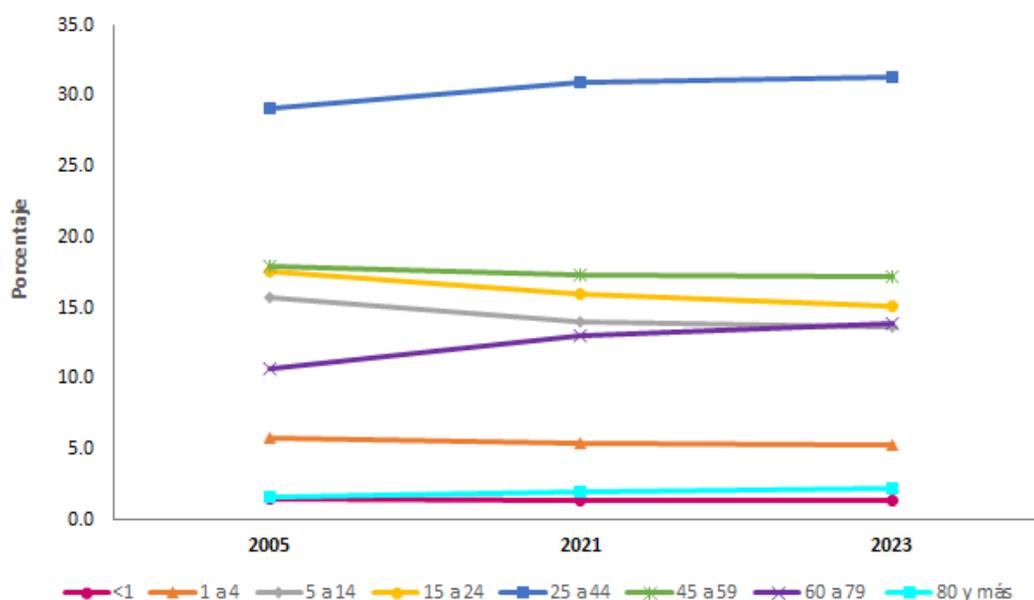
Tabla 13. Proporción de la población por ciclo vital. Antioquia, 2015, 2021 y 2023.

Ciclo vital	2015		2021		2023	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	532.792	8,7	555.669	8,2 ↓	557.028	8,0 ↓
Infancia (6 a 11 años)	567.118	9,2	565.292	8,3 ↓	568.946	8,1 ↓
Adolescencia (12 a 18)	739.346	12,1	698.293	10,3 ↓	691.468	9,9 ↓
Juventud (19 a 26)	875.632	14,3	912.463	13,5 ↓	897.280	12,8 ↓
Adulthood (27 a 59)	2.660.606	43,4	3.169.851	46,7 ↑	3.156.511	45,1 ↓
Persona mayor (60 y más)	759.459	12,4	881.016	13,0 ↑	1.123.559	16,1 ↑
TOTAL	6.134.953	100	6.782.584	100	6.994.792	100

Fuente: DANE. 2020.

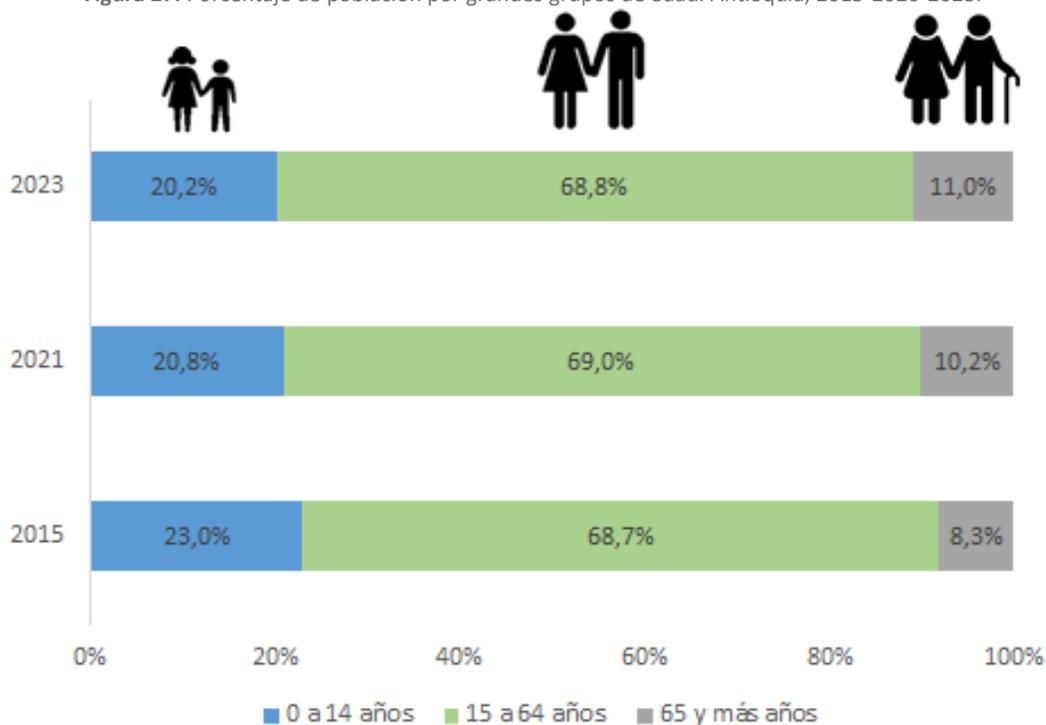
Las variaciones más evidentes, por grupo se experimentan en los grupos de edad de 5 a 24 años con un comportamiento decreciente, efecto que llama la atención, dado que no es explicado completamente por la disminución de las tasas de fecundidad, sino que también pueden existir pérdidas de la población, para el año 2021 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 26. Cambio en la proporción de población por grupo etario. Antioquia, 2005, 2021 y 2023.



Fuente: - DANE 2020

Figura 27. Porcentaje de población por grandes grupos de edad. Antioquia, 2015-2020-2023.



Fuente: DANE 2020.

1.2.8 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.

1.2.9 Otros indicadores demográficos en el Departamento

La razón niños/mujer: por cada 100 mujeres del Departamento que se encuentran en edad reproductiva, para el año 2021, 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 39, 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 72 para el 2021, 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 91 y el Suroeste 84 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: Éste índice se observa para los años 2005 y 2021 con igual resultado, permaneciendo en 45 personas menores de 15 años o de 65 años y más por cada 100 personas entre los 15 a 64 años. 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 tienen mayor y menor índice de personas, en edades dependientes son, Bajo Cauca, con 63 y el Valle de Aburrá, con 40 personas que cumplen esta condición.

Índice dependencia infantil: la disminución de este índice (33 en 2015 y 30 en 2021), 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 53 y Urabá, con 50, para el año 2021.

Índice de dependencia de mayores: este indicador se proyecta creciente para años futuros, encontrándose para el año 2021, que 15 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 19, 18 y 16, respectivamente.



Índice de Friz: El indicador para el Departamento, en 2021 fue de, 101,7, encontrando la población en un patrón de madurez. Este resultado viene decreciendo paulatinamente en el departamento de Antioquia. En el 2015 se ubicó en 117,6 por tanto, se considera que Antioquia es una población madura y para el año 2021 continuó dentro de esta categoría. El comportamiento de este indicador presenta algunas variaciones al analizarse por subregiones, debido a los factores sociales y culturales, propios de cada territorio. Se resaltan las subregiones de Bajo Cauca y Urabá, que se consideran como una población joven, con un indicador de 172,5 y 161,8 respectivamente, mientras las subregiones de Valle de Aburrá y Oriente, presentan una población más madura.

Tabla 14. Otros indicadores de estructura demográfica. Antioquia, 2015, 2021 y 2023.

Índice Demográfico	Año		
	2015	2021	2023
Poblacion total	6.134.953	6.782.584 ↑	6.994.792 ↑
Poblacion Masculina	2.964.069	3.279.143 ↑	3.382.645 ↑
Poblacion femenina	3.170.884	3.503.441 ↑	3.612.147 ↑
Relación hombres:mujer	93,48	93,60 ↑	94 ↑
Razón niños:mujer	26	26 ↔	25 ↓
Indice de infancia	23	21 ↓	20 ↓
Indice de juventud	26	25 ↓	24 ↓
Indice de vejez	12	15 ↑	16 ↑
Indice de envejecimiento	54	72 ↑	79 ↑
Indice demografico de dependencia	45,36	44,89 ↓	45,45 ↑
Indice de dependencia infantil	33,30	30,16 ↓	29,44 ↓
Indice de dependencia mayores	12,06	14,73 ↑	16,01 ↑
Indice de Friz	117,63	101,68 ↓	96,04 ↓

Fuente: - DANE. 2020.

Tabla 15. Otros indicadores de estructura demográfica por subregión. Antioquia 2021

Índice Demográfico	Norte	Nordeste	Magdalena	Mec Bajo Cauca	Urabá	Suroeste	Oriente	Occidente	Valle de Aburrá
Poblacion total	252.291	205.417	108.681	264.760	533.926	376.280	706.477	215.744	4.119.008
Poblacion Masculina	128.048	103.555	55.545	131.665	261.653	188.855	348.886	109.286	1.951.650
Poblacion femenina	124.243	101.862	53.136	133.095	272.273	187.425	357.591	106.458	2.167.358
Relación hombres:mujer	103,06	101,66	104,53	98,93	96,10	100,76	97,57	102,66	90,05
Razón niños:mujer	32	34	36	44	39	28	28	38	21
Indice de infancia	25	26	26	32	31	22	21	26	18
Indice de juventud	25	25	24	25	26	22	24	23	25
Indice de vejez	13	13	13	10	9	18	16	16	16
Indice de envejecimiento	52	50	51	30	28	84	74	60	91
Indice demografico de dependencia	51	55	53	63	59	52	48	59	40
Indice de dependencia infantil	38	41	39	53	50	33	32	41	25
Indice de dependencia mayores	13	14	14	10	9	19	16	18	15
Indice de Friz	126	137	123	172	162	114	106	139	84

Fuente: - DANE 2020

1.2.10 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 el país y territorio han pasado por distintas etapas y esta 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%.

1.2.10.1 Natalidad

Según el DANE, en el año 2019, en Antioquia se presentaron 73.035 nacimientos (11,2 por mil habitantes). Se observa en los últimos años, una tendencia en la disminución de la tasa de natalidad en el Departamento.

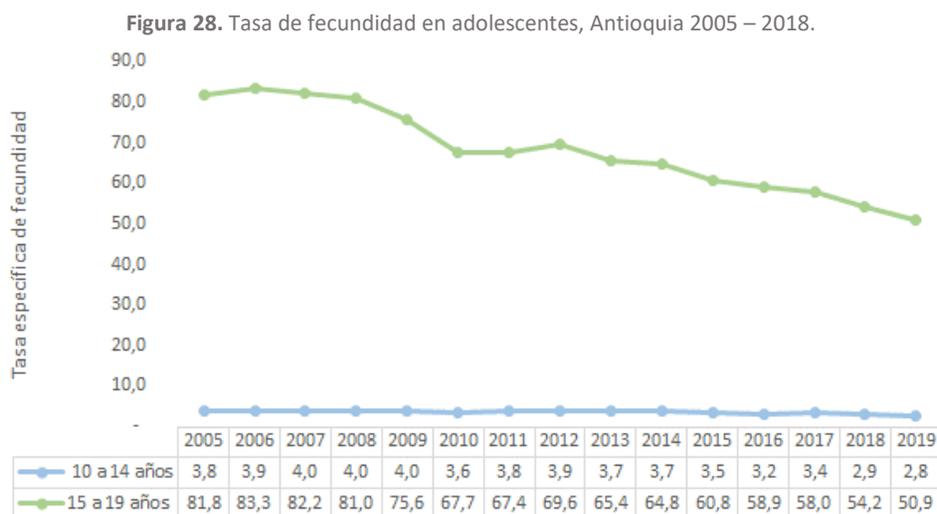
La mujer viene posicionándose como cabeza visible de muchos hogares dentro del territorio y teniendo más control sobre su propio derecho de reproducción y toma de decisiones frente a éste. Se debe prestar especial atención a factores sociales, económicos y culturales, que determinan cambios en las tasas 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 año 2019 en Antioquia, la tasa general de fecundidad fue de aproximadamente 44 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 49 años, y el promedio de hijos por mujer fue aproximadamente de uno.

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, en los últimos 10 años, la tasa de fecundidad en las adolescentes de 10 a 14 años ha disminuido esta, continúa siendo elevada (2,8). En este grupo no deberían ocurrir gestaciones, sin embargo, 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.

A nivel subregional se destacan las subregiones de Urabá y Bajo Cauca que presentan las mayores tasas de fecundidad, superando ampliamente los indicadores departamentales.



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

Tabla 16. Tasa bruta de natalidad y tasas de fecundidad por subregión. Antioquia 2019

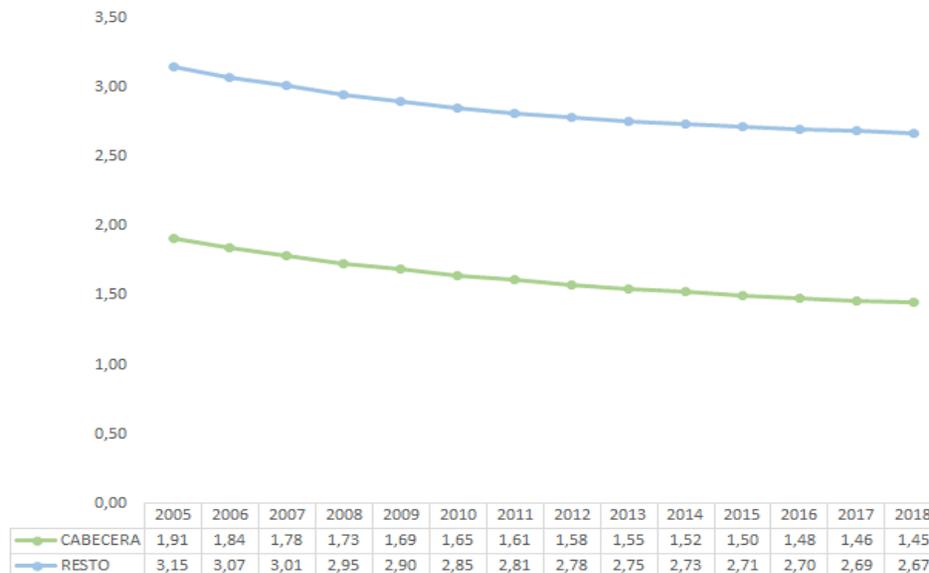
SUBREGION	Tasa Bruta Natalidad	Tasa Global Fecundidad	Tasa General Fecundidad (15-49)	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54
				Tasa por 1000 mujeres								
TOTAL DEPARTAMENTO	11,2	1,4	43,9	3,0	53,2	78,8	66,3	48,9	27,4	7,9	0,6	0,1
MAGDALENA MEDIO	11,3	1,5	46,7	3,7	72,5	93,8	65,0	43,8	20,0	4,0	1,0	0,0
BAJO CAUCA	16,5	2,0	66,1	7,1	98,0	116,8	87,1	56,5	28,1	8,6	0,6	0,3
URABA	19,5	2,4	77,9	7,6	110,7	139,1	105,6	70,8	33,8	11,5	1,2	0,1
NORDESTE	11,5	1,5	48,1	3,4	66,4	88,1	68,2	43,0	24,6	10,7	0,5	0,0
OCCIDENTE	9,9	1,4	43,1	4,1	59,9	79,3	60,6	41,5	24,8	7,7	0,7	0,0
NORTE	10,5	1,4	43,2	2,1	53,9	83,1	61,2	44,2	24,6	9,0	0,3	0,1
ORIENTE	10,8	1,5	44,8	1,8	45,7	83,1	75,5	51,9	29,5	8,5	0,6	0,1
SUROESTE	8,9	1,3	37,9	2,3	55,7	74,2	58,6	36,3	19,2	6,8	0,6	0,1
VALLE DE ABURRA	10,1	1,3	38,4	1,8	39,0	67,4	60,1	47,2	27,5	7,3	0,5	0,0

Fuente: DANE 2020. Procesada: SSSA

Nota: Aproximación de embarazos ocurridos en el año. Suma de nacimientos y muertes fetales.

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 29. 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.

1.2.10.2 Mortalidad

La información de 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, además del aporte desde la visión demográfica, en la estimación de la población y el crecimiento de la misma. 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.

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 a partir del censo 2018, 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.

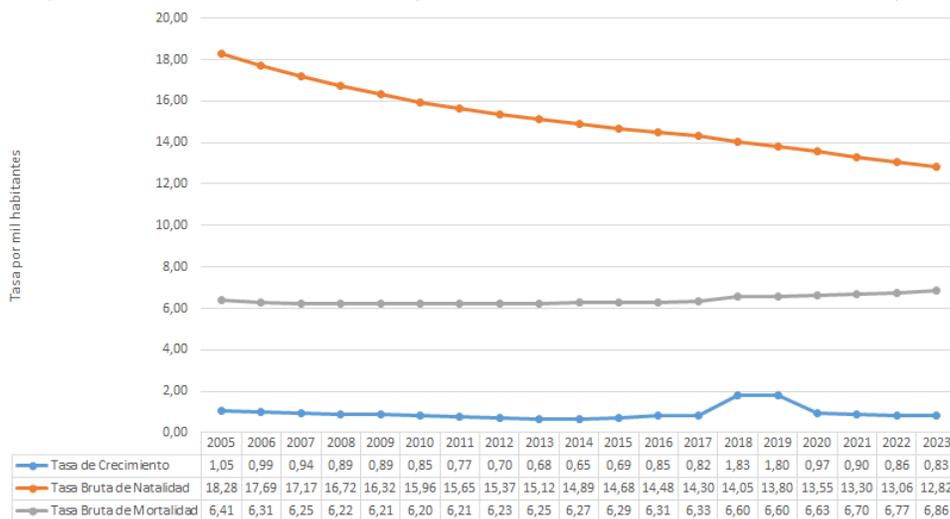
A pesar de que el Departamento tiene una tendencia de aumento en su población, las tasas de crecimiento vegetativo o natural muestran que el incremento o velocidad en que ocurre es cada

vez menor, es decir, la población antioqueña ha venido creciendo a un ritmo lento; muy afín al panorama nacional.

La variación entre 1973 y 2018 (último censo DANE) muestran ese comportamiento pasando de tasas de crecimiento poblacional intercensal moderadas del 2% a una tasa baja con cifras inferiores al 1% en 2018, pero positivas, indicando aún, que hay mayor número de nacimientos que de muertes en nuestro territorio.

De acuerdo a la dinámica demográfica de las subregiones se presentan variaciones en estos indicadores de crecimiento poblacional, que son ilustradas en las figuras.

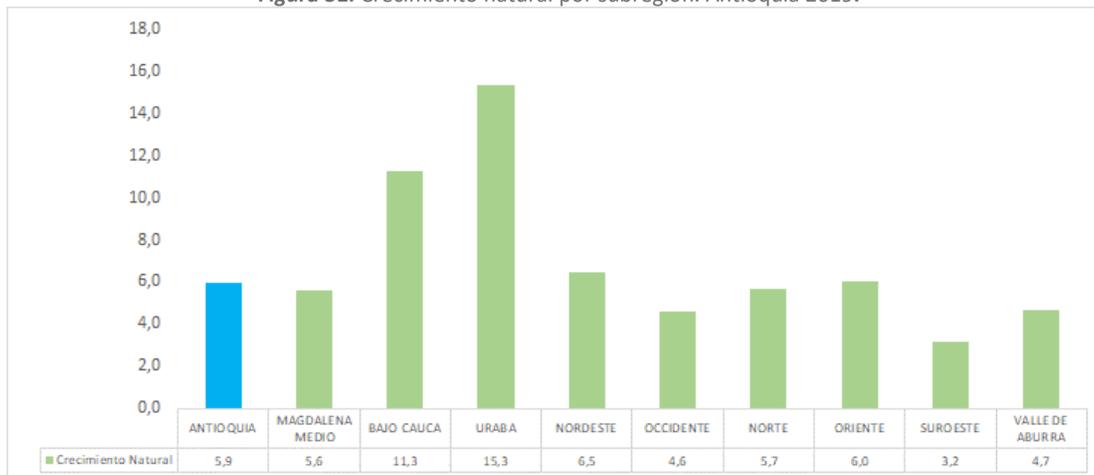
Figura 30. Comparación entre la tasa de crecimiento y las tasas brutas de natalidad, mortalidad. Antioquia 2005 – 2023.



Fuente: DANE. 2020.

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

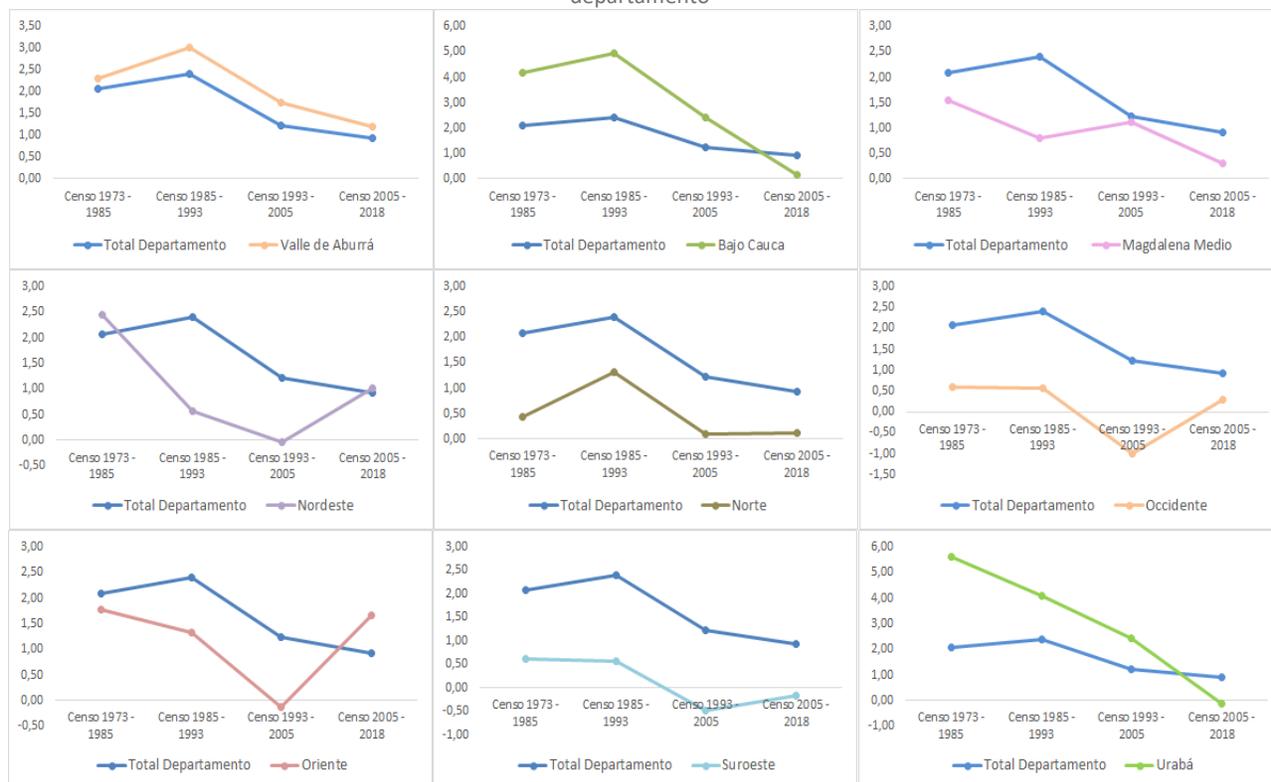
Figura 31. Crecimiento natural por subregión. Antioquia 2019.



Fuente: DANE 2020. Procesa SSSA



Figura 32. Comparación de tasas de crecimiento poblacional intercensal 1973, 1985, 1993, 2005 y 2018, subregiones y total departamental



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Cálculos Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia - Dirección Sistemas de Indicadores.

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.

En resumen Antioquia, 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; mientras que las subregiones del Suroeste y Magdalena Medio presentan las mayores tasas brutas de mortalidad para el departamento de Antioquia en el último año revisado.

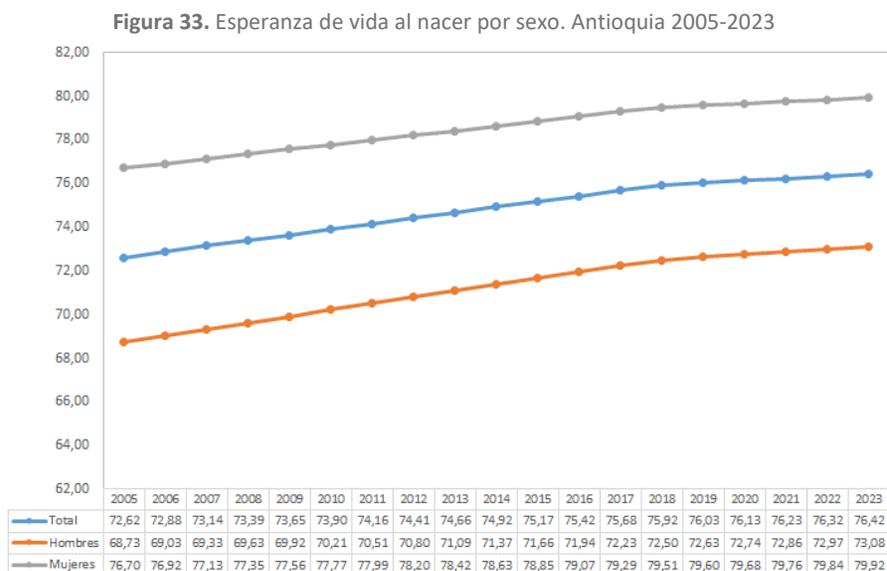
Lo anterior permite comprender de cierta manera, que las subregiones de Urabá y Bajo Cauca presentan una mayor tasa de crecimiento natural.

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.

1.2.10.3 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).



Fuente: DANE. 2020.



1.2.10.4 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 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 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, pueden 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 al informe publicado por migración Colombia la población venezolana en el mes de agosto del 2021, el departamento de Antioquia pasó a registrar 264.148 migrantes venezolanos entre población con estatus regular e irregular frente a 157.939 que registraban en enero del mismo año, ubicando a Antioquia en el segundo lugar en Colombia con más población migrante venezolana con el 14.34% seguida de la capital Distrito de Bogotá que tiene el 21.37%.

Por subregiones es el Valle de Aburrá quien cuenta con el mayor porcentaje de migrantes con el 80.5% seguido por el Oriente antioqueño con el 10.7%, Urabá 2.7% y el 6.1% restante está distribuido en menores proporciones en el resto de subregiones del Departamento. Por género, la migración se da en un 54% en hombres y el resto en mujeres.

Se espera que esta población residente en el Departamento acceda al mecanismo de regularización a través del Estatuto de Protección Temporal, el cual se inició en el mes de mayo del 2021 y que les permitirá ingresar a la oferta institucional, entre ellos al aseguramiento en salud.

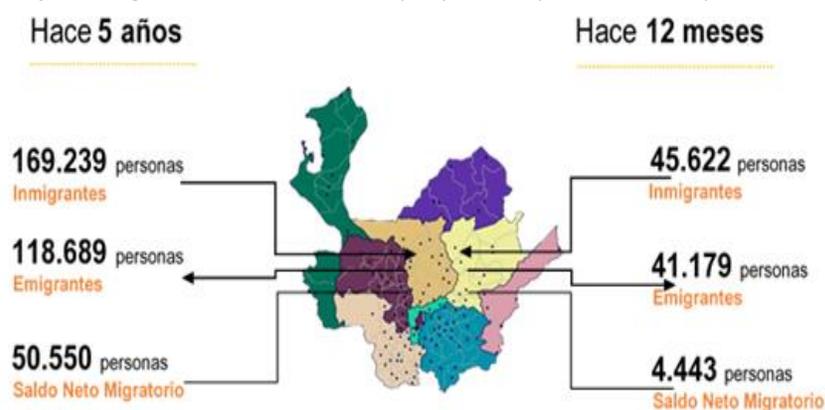
1.2.10.5 Dinámica migratoria.

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 éstas, 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, que 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; caso contrario ocurre cuando el saldo es negativo.

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.

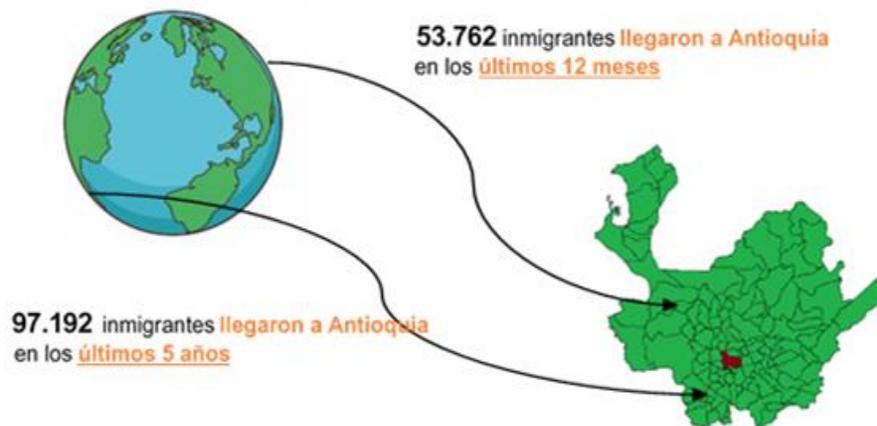
Mapa 14. Migración interna entre Antioquia y otros departamentos del país, Censo 2018



Fuente: Revista Antioquia en Datos. Departamento Administrativo de Planeación 2019.

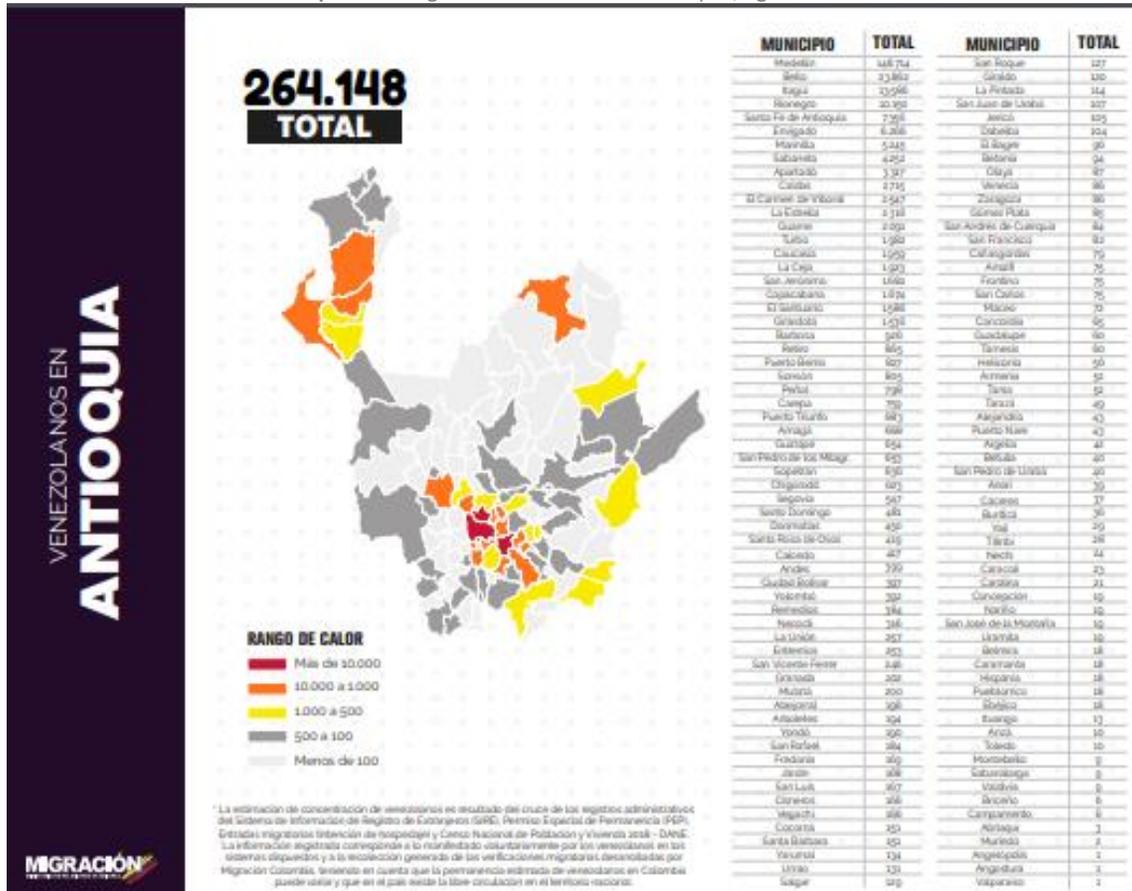
Dada la situación coyuntural sobre la llegada de venezolanos al país, las cifras de migración del censo 2018, hacen un énfasis especial en la inmigración de dicha población. En Antioquia tenemos que, en los últimos 5 años, han llegado al territorio un total de 97.192 extranjeros, de los cuales, el 78,5% son venezolanos (264.148 personas) y el 21,5% provienen de otros países.

Mapa 15. Inmigración Internacional a Antioquia Censo 2018



Fuente: Revista Antioquia en Datos. Departamento Administrativo de Planeación 2019

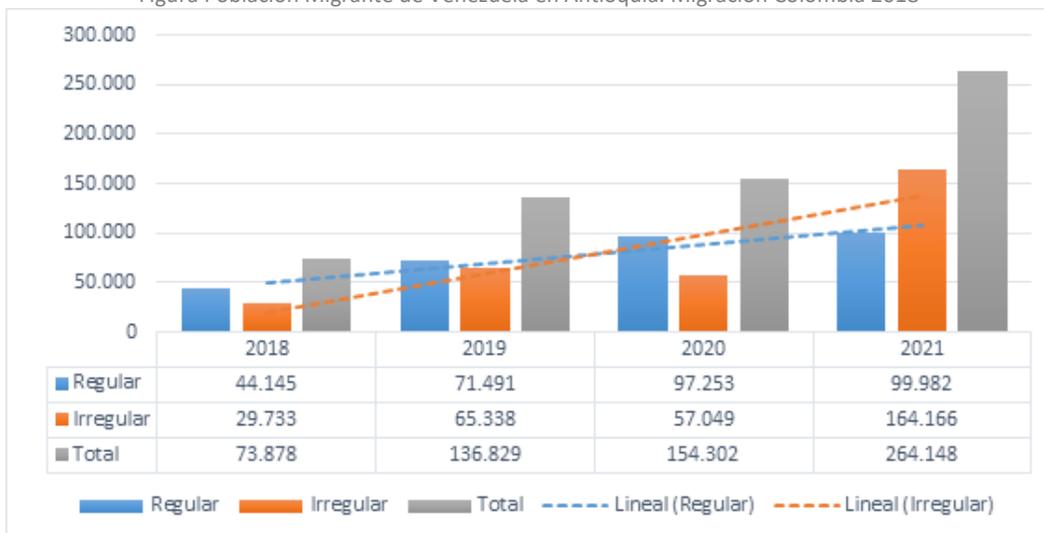
Mapa 16. Inmigración Venezolana a Antioquia, agosto 2021



Fuente: Migración Colombia

Fuente: Revista Antioquia en Dato. Departamento Administrativo de Planeación 2019

Figura Población Migrante de Venezuela en Antioquia. Migración Colombia 2018-



Fuente: Migración Colombia agosto 2021



1.2.10.5.1 Población migrante, residente en Antioquia, con afiliación al sistema de salud

Desde el año 2015, la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, ante el fenómeno migratorio en el territorio antioqueño ha tenido la necesidad de gestionar e instaurar mecanismos, estrategias de información y políticas de acceso, que den respuesta en materia de salud al migrante, dadas las diversas situaciones en materia de política social y económica del país de Venezuela.

Figura 34. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos, identificados con Permiso Especial de Permanencia. Antioquia a diciembre, 2021



Fuente. Maestro del régimen subsidiado y contributivo Ministerio de Salud

El Plan de Desarrollo del Departamento de Antioquia 2020 – 2023, UNIDOS, estableció una meta para el final de cuatrienio, de una cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS de migrantes venezolanos identificados con permiso especial de permanencia del 90% con metas anualizadas como se evidencia en la siguiente tabla.

De acuerdo a los resultados, se mantiene el cumplimiento con la meta planteada para el año 2021, superándose este y alcanzándose un 86,6%, resultado que es explicado en parte, por la condición de calidad de población especial, que el Ministerio de Salud y Protección Social, le otorgó a los migrantes venezolanos sin capacidad de pago, que les permite la afiliación, sin la encuesta del SISBEN, la funcionalidad de afiliación oficiosa, dada a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud/Entidades Territoriales, fortalecimiento por parte de ésta secretaría, en las asesoría a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS en las rutas de la afiliación y el ingreso a mercado laboral de esta población.

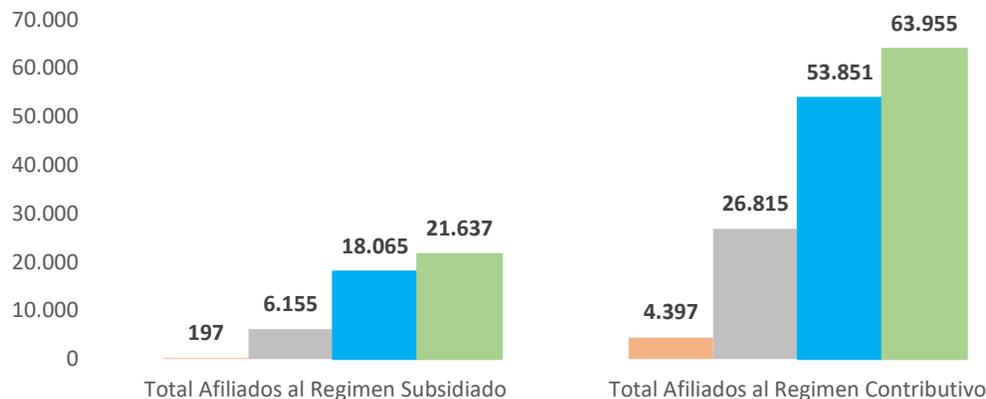
Tabla 17. Indicador Meta de cobertura de afiliación al SGSSS de los migrantes venezolanos, con permiso especial de permanencia. Antioquia, diciembre de 2021

Indicador/Meta-año	2020	2021	2022	2023
Indicador proyectado anualizado	67.0%	76.0%	84.0%	90.0%
Indicador Alcanzado	0,72	86.6 %		

Fuente: SSSA – Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios



Figura 35. Tendencia de la afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con permiso especial de permanencia Antioquia a noviembre 2021.



Fuente: BDUA 2021

Algunas situaciones que afectan el indicador de cobertura de afiliación de migrantes venezolanos:

- Desconocimiento del migrante venezolano con permiso especial de permanencia, que en caso de no tener un contrato laboral o capacidad para cotizar independiente al sistema de salud puede acercarse a las Secretarías y Direcciones Locales de Salud de su domicilio, para que sea caracterizado como población especial sin capacidad de pago y sea posible su afiliación al régimen subsidiado.
- Desconocimiento de los procesos de afiliación de migrante venezolano sin capacidad de pago con permiso especial de permanencia, desde el personal de las Secretarías y Direcciones Locales de Salud e IPS (no hay socialización de la información al interior de las instituciones, alta rotación de funcionarios, multiplicidad de tareas, xenofobia)
- No hay acceso a los datos de contacto de los migrantes venezolanos con permiso especial de permanencia, desde ninguna organización (Migración Colombia / Ministerio de Salud y Protección Social) que sirva para que las Secretarías y Direcciones Locales de Salud puedan realizar jornadas de educación, formación y afiliación de los usuarios, teniendo que dar respuestas a los entes de regulación, de inspección y vigilancia sobre metas de afiliación, sin la debida fuente de información para realizar promoción de la afiliación.
- Los migrantes venezolanos a quienes se les ha expedido el Permiso Especial de Permanencia en Colombia, pueden retornar al país de Venezuela o dirigirse hacia otros países, información que desconocen las Secretarías y Direcciones Locales de Salud, quedando el usuario registrado para el municipio, sea en las bases de datos del SISBEN, en el listado censal o en las estadísticas de migración, sin posibilidad de afiliación alguna, lo que ocasiona que el registro permanezca y al calcular el indicador de afiliación no sea el esperado o no se evidencie aumento del mismo.
- Desconocimiento de los procesos de afiliación de migrante venezolano sin capacidad de pago con permiso especial de permanencia desde el personal de las Secretarías de Salud e IPS (no hay socialización de la información al interior de las instituciones, alta rotación de funcionarios, multiplicidad de tareas, xenofobia)

El Decreto 064 de enero del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social estableció que los migrantes venezolanos deben notificar novedad de permanencia en el país cada 4 meses, de no hacerlo, las entidades territoriales procederán a su retiro del régimen subsidiado.

Tabla 18. Población migrante venezolana identificada con permiso especial de permanencia según migración Colombia, encuestada en SISBEN, reportada en los listados censales y afiliada al SGSSS en el departamento de Antioquia, por subregión, municipio y régimen.

MUNICIPIO	MIGRANTES VENEZOLANOS(1)				SISBEN-DNP (2)				LISTADO CENSAL REPORTADO A SISPRO (3)			DICIEMBRE 2021 (4)			Cobertura	
	%	Total	irregular	PEP vigente o renovado	sisben			Colombiano retornado de venezuela	Migrante Venezolano con PEP	Regimen Subsidiado	%	Regimen Contributivo	%	Total Afiliados		
					Total	1	2									No pobre No vulnerable
TOTAL DEPARTAMENTO	100	264.148	165.257	98.891	31.584	11.566	14.444	5.574	1.983	13.563	21.637	25	63.955	75	85.592	86,6
TOTAL MAGDALENA MEDIO	1	1.838	1.478	360	197	131	46	20	23	137	175	53	154	47	329	91
CARACOLI	0	23	18	5	7	7	0	0	0	4	5	71,43	2	29	7	140
MACEO	0	72	69	3	17	12	5	0	1	3	10	62,5	6	38	16	533
PUERTO BERRIO	0	827	577	250	98	52	31	15	7	85	91	55,83	72	44,17	163	65
PUERTO NARE	0	43	40	3	5	2	2	1	0	0	5	83,33	1	17	6	200
PUERTO TRIUNFO	0	683	598	85	63	55	4	4	12	33	53	43,44	69	57	122	144
YONDO	0	190	176	14	7	3	4	0	3	12	11	73,33	4	27	15	107
TOTAL BAJO CAUCA	1	2.251	1.762	489	343	255	72	16	3	150	400	90	45	10	445	91
CACERES	0,0	37	25	12	5	4	0	1	0	0	4	67	2	33	6	50,0
CAUCASIA	0,7	1959	1535	424	294	215	65	14	2	141	358	92	33	8	391	92,2
EL BAGRE	0,0	96	57	39	28	25	3	0	1	9	30	86	5	14	35	89,7
NECHI	0,0	24	22	2	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
TARAZA	0,0	49	47	2	7	7	0	0	0	0	2	40	3	60	5	250,0
ZARAGOZA	0,0	86	76	10	6	4	1	1	0	0	6	75	2	25	8	80,0
TOTAL URABA	3	7.540	5.797	1.743	917	628	216	73	2	885	1.047	55	851	45	1.898	109
APARTADO	1,3	3317	2458	859	444	281	115	48	0	699	459	46	542	54	1001	116,5
ARBOLETES	0,1	194	105	89	66	52	12	2	0	65	67	93	5	7	72	80,9
CAREPA	0,3	759	514	245	146	107	32	7	2	5	158	61	102	39	260	106,1
CHIGORODO	0,2	623	441	182	87	64	17	6	0	0	134	66	68	34	202	111,0
MURINDO	0,0	2	-3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
MUTATA	0,1	200	182	18	24	13	8	3	0	0	16	59	11	41	27	150,0
NECOCLI	0,1	316	278	38	18	16	1	1	0	12	39	80	10	20	49	128,9
SAN JUAN DE URABA	0,0	107	50	57	36	31	5	0	0	26	27	96	1	4	28	49,1
SAN PEDRO DE URABA	0,0	40	40	0	6	4	2	0	0	0	4	80	1	20	5	
TURBO	0,8	1982	1732	250	89	59	24	6	0	78	142	56	111	44	253	101,2
VIGIA DEL FUERTE	0,0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	100	0	0	1	
TOTAL NORDESTE	1	2.406	2.117	289	306	201	86	19	13	68	198	57	152	43	350	121
AMALFI	0,0	75	59	16	6	3	2	1	0	4	11	55	9	45	20	125,0
ANORI	0,0	39	29	10	11	9	2	0	0	7	10	83	2	17	12	120,0
CISNEROS	0,1	166	156	10	15	12	1	2	0	2	9	64	5	36	14	140,0
REMEDIOS	0,1	384	360	24	59	33	20	6	0	20	37	65	20	35	57	237,5
SAN ROQUE	0,0	127	96	31	31	23	8	0	0	14	27	71	11	29	38	122,6
SANTO DOMINGO	0,2	481	389	92	12	6	5	1	10	0	4	31	9	69	13	14,1
SEGOVIA	0,2	547	486	61	95	67	25	3	0	0	47	39	74	61	121	198,4
VEGACHI	0,1	166	148	18	38	22	15	1	0	0	20	71	8	29	28	155,6
YALI	0,0	29	21	8	13	11	0	2	0	0	8	67	4	33	12	
YOLOMBO	0,1	392	373	19	26	15	8	3	3	21	25	71	10	29	35	184,2

Análisis de Situación de Salud Antioquia-2021



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



MUNICIPIO	MIGRANTES VENEZOLANOS(1)				SISBEN-DNP (2)				LISTADO CENSAL REPORTADO A SISPRO (3)			DICIEMBRE 2021 (4)			Cobertura	
	%	Total	irregular	PEP vigente o renovado	Total	1	2	No pobre No vulnerable	Colombiano retornado de venezuela	Migrante Venezolano con PEP	Regimen Subsidiado	%	Regimen Contributivo	%		Total Afiliados
TOTAL DEPARTAMENTO	5	12.371	11.146	1.225	1.008	567	339	102	1.983	13.563	743	47	849	53	1.592	130,0
TOTAL OCCIDENTE	4	10.757	9.781	976	716	428	215	73	53	275	576	54	489	46	1.065	109
ABRIAQUI	0,0	3	1	2	1	1	0	0	0	0	1	100	0	0	1	50,0
SANTAFE DE ANTIOQUIA	2,8	7356	7001	355	70	36	29	5	0	92	76	50	77	50	153	43,1
ANZA	0,0	10	9	1	1	0	1	0	2	1	1	100	0	0	1	100,0
ARMENIA	0,0	52	28	24	5	3	1	1	0	4	5	45	6	55	11	45,8
BURITICA	0,0	36	35	1	5	0	4	1	0	0	14	70	6	30	20	200,0
CAICEDO	0,2	417	299	118	15	7	5	3	0	0	11	65	6	35	17	14,4
CAÑASGORDAS	0,0	79	79	0	49	44	5	0	0	28	32	86	5	14	37	
DABEIBA	0,0	104	87	17	9	3	3	3	0	0	8	80	2	20	10	58,8
EBEJICO	0,0	16	12	4	10	7	3	0	0	12	10	63	6	38	16	400,0
FRONTINO	0,0	75	65	10	10	9	1	0	18	7	10	83	2	17	12	120,0
GIRALDO	0,0	120	111	9	12	8	1	3	0	0	6	86	1	14	7	77,8
HELICONIA	0,0	56	52	4	7	7	0	0	0	3	8	100	0	0	8	200,0
LIBORINA	0,0	0	0	0	3	2	1	0	0	3	3	100	0	0	3	
OLAYA	0,0	87	83	4	1	0	1	0	0	0	0	0	1	100	1	25,0
PEQUE	0,0	0	0	0	6	5	1	0	0	0	4	80	1	20	5	
SABANALARGA	0,0	9	9	0	1	1	0	0	0	1	2	50	2	50	4	
SAN JERONIMO	0,6	1682	1353	329	325	177	105	43	33	124	273	50	273	50	546	166,0
SOPETRAN	0,2	636	539	97	182	115	53	14	0	0	111	52	101	48	212	218,6
URAMITA	0,0	19	18	1	4	3	1	0	0	0	1	100	0	0	1	100,0
TOTAL NORTE	1	2.241	1.727	514	575	257	259	59	4	59	259	23	851	77	1.110	216
ANGOSTURA	0,0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
BELMIRA	0,0	18	10	8	3	2	1	0	0	1	1	8	11	92	12	150,0
BRICEÑO	0,0	6	5	1	3	3	0	0	0	3	2	67	1	33	3	300,0
CAMPAMENTO	0,0	6	6	0	3	2	0	1	0	5	4	100	0	0	4	
CAROLINA	0,0	21	21	0	1	1	0	0	0	0	2	29	5	71	7	
DON MATIAS	0,2	450	344	106	123	33	77	13	0	26	56	16	300	84	356	335,8
ENTRERRIOS	0,1	253	203	50	59	22	34	3	0	18	18	12	128	88	146	292,0
GOMEZ PLATA	0,0	85	74	11	12	6	3	3	0	0	2	12	15	88	17	154,5
GUADALUPE	0,0	60	47	13	0	0	0	0	0	0	1	13	7	88	8	61,5
ITUANGO	0,0	13	10	3	1	1	0	0	0	3	2	50	2	50	4	133,3
SAN ANDRES DE CUERQUIA	0,0	84	81	3	8	5	3	0	0	0	4	40	6	60	10	333,3
SAN JOSE DE LA MONTAÑA	0,0	19	11	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
SAN PEDRO DE LOS MILAGROS	0,2	653	465	188	227	103	98	26	0	85	28	218	72	303	161,2	
SANTA ROSA DE OSOS	0,2	419	314	105	109	59	39	11	3	2	61	32	129	68	190	181,0
TOLEDO	0,0	10	8	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,0
VALDIVIA	0,0	9	6	3	8	8	0	0	0	0	4	67	2	33	6	200,0
YARUMAL	0,1	134	121	13	18	12	4	2	0	0	17	39	27	61	44	338,5
TOTAL ORIENTE	11	28.347	21.593	6.754	4.632	1.843	2.032	757	156	2.736	2.396	23	8.198	77	10.594	157
ABEJORRAL	0,1	196	27	169	23	13	9	1	0	0	15	50	15	50	30	17,8
ALEJANDRIA	0,0	43	37	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
ARGELIA	0,0	42	28	14	8	8	0	0	0	10	10	91	1	9	11	78,6
EL CARMEN DE VIBORAL	1,0	2547	1955	592	623	287	272	64	4	87	296	33	607	67	903	152,5
COCORNA	0,1	151	130	21	54	42	7	5	0	42	41	91	4	9	45	214,3
CONCEPCION	0,0	19	15	4	5	2	1	2	0	5	2	50	2	50	4	100,0
GRANADA	0,1	202	178	24	20	16	1	3	0	25	26	90	3	10	29	120,8
GUARNE	0,8	2091	1744	347	322	118	149	55	0	4	74	10	639	90	713	205,5
GUATAPE	0,2	654	465	189	290	115	134	41	12	166	167	59	114	41	281	148,7
LA CEJA	0,7	1923	1466	457	413	138	191	84	6	322	202	20	808	80	1010	221,0
LA UNION	0,1	257	211	46	25	15	8	2	12	82	45	39	70	61	115	250,0
MARINILLA	2,0	5245	3830	1.415	687	259	283	145	2	18	228	13	1542	87	1770	125,1
NARIÑO	0,0	19	5	14	1	1	0	0	1	2	2	100	0	0	2	14,3
EL PEÑOL	0,3	798	664	134	280	139	108	33	0	65	163	62	99	38	262	195,5
EL RETIRO	0,3	865	685	180	120	59	43	18	68	70	50	16	262	84	312	173,3
RIONEGRO	3,8	10150	7740	2.410	1225	438	558	229	34	1589	718	17	3574	83	4292	178,1
SAN CARLOS	0,0	75	63	12	16	9	5	2	0	19	16	89	2	11	18	150,0
SAN FRANCISCO	0,0	82	-7	89	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	1,1
SAN LUIS	0,1	167	151	16	33	20	11	2	2	11	24	83	5	17	29	181,3
SAN RAFAEL	0,1	184	132	52	24	8	14	2	0	19	23	62	14	38	37	71,2
SAN VICENTE	0,1	246	183	63	41	16	18	7	0	19	23	44	29	56	52	82,5
EL SANTUARIO	0,6	1586	1192	394	318	90	180	48	15	164	216	37	368	63	584	148,2
SONSON	0,3	805	699	106	104	50	40	14	0	17	55	59	39	41	94	88,7



Análisis de Situación de Salud Antioquia-2021

MUNICIPIO	MIGRANTES VENEZOLANOS(1)				SISBEN-DNP (2)			LISTADO CENSAL REPORTADO A SISPRO (3)		DICIEMBRE 2021 (4)				Cobertura		
	%	Total	irregular	PEP vigente o renovado	sisben			Colombiano retornado de Venezuela	Migrante Venezolano con PEP	Regimen Subsidiado	%	Regimen Contributivo	%		Total Afiliados	
				Total	1	2	No pobre No vulnerable									
TOTAL DEPARTAMENTO	59	154.769	84.815	69.954	15.050	4.849	7.356	2.845	1.983	13.563	13.227	26	36.866	74	50.113	71,6
TOTAL OCCIDENTE	2	5.544	4.769	775	904	470	322	112	53	275	741	41	1.062	59	1.803	233
TOTAL SUROESTE	1	2.921	2.514	407	481	251	171	59	65	301	387	41	546	59	933	229
AMAGA	0,3	668	565	103	123	54	58	11	8	89	87	23	290	77	377	366,0
ANDES	0,2	399	365	34	60	23	22	15	10	53	65	65	35	35	100	294,1
ANGELOPOLIS	0,0	1	-5	6	10	7	2	1	10	0	11	22	38	78	49	816,7
BETANIA	0,0	94	86	8	7	3	4	0	0	8	8	100	0	0	8	100,0
BETULIA	0,0	40	40	0	2	1	1	0	0	2	2	100	0	0	2	2
CIUDAD BOLIVAR	0,2	397	346	51	45	37	4	4	1	24	48	70	21	30	69	135,3
CARAMANTA	0,0	18	14	4	5	5	0	0	0	0	6	100	0	0	6	150,0
CONCORDIA	0,0	65	58	7	23	15	7	1	1	15	16	89	2	11	18	257,1
FREDONIA	0,1	169	154	15	8	4	2	2	1	0	16	29	39	71	55	366,7
HISPANIA	0,0	18	14	4	1	0	1	0	0	1	1	25	3	75	4	100,0
JARDIN	0,1	168	125	43	33	14	16	3	0	11	15	52	14	48	29	67,4
JERICO	0,0	105	83	22	35	20	10	5	0	17	13	42	18	58	31	140,9
LA PINTADA	0,0	114	91	23	23	14	7	2	0	19	13	39	20	61	33	143,5
MONTEBELLO	0,0	9	7	2	2	1	0	1	0	2	2	67	1	33	3	150,0
PUEBLORRICO	0,0	18	16	2	4	1	3	0	0	0	3	33	6	67	9	450,0
SALGAR	0,0	129	110	19	34	16	12	6	1	29	32	91	3	9	35	184,2
SANTA BARBARA	0,1	151	132	19	7	4	1	2	1	5	14	50	14	50	28	147,4
TAMESIS	0,0	60	54	6	1	0	1	0	29	2	2	14	12	86	14	233,3
TARSO	0,0	52	48	4	2	1	0	1	0	7	7	88	1	13	8	200,0
TITIRIBI	0,0	28	22	6	7	2	5	0	0	0	4	40	6	60	10	166,7
URRAO	0,0	131	113	18	23	10	10	3	0	7	11	65	6	35	17	94,4
VALPARAISO	0,0	1	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	6	100	6	200,0
VENEZIA	0,0	86	75	11	24	18	5	1	3	10	11	50	11	50	22	200,0
TOTAL VALLE ABURRA	78	205.847	118.488	87.359	23.417	7.572	11.347	4.498	1.864	8.952	16.199	24	52.669	76	68.868	79
MEDELLIN	56,3	148714	79609	69105	14078	4328	7023	2727	1249	6811	12425	26	35783	74	48208	69,8
BARBOSA	0,4	926	737	189	158	130	21	7	0	2	120	47	136	53	256	135,4
BELLO	9,0	23882	16563	7299	3809	1282	1608	719	20	1104	1550	22	5382	78	6932	95,0
CALDAS	1,0	2715	2252	463	410	147	197	66	25	189	159	16	858	84	1017	219,7
COPACABANA	0,6	1674	1281	393	303	222	68	13	48	75	226	35	420	65	646	164,4
ENVIGADO	2,4	6266	3481	2805	1199	312	622	265	227	0	305	12	2225	88	2530	90,2
QUIRARDOTA	0,6	1536	1131	405	208	96	92	20	1	12	133	26	373	74	506	124,9
ITAGUI	5,1	13586	9376	4210	1722	586	809	327	23	63	553	9	5762	91	6315	150,0
LA ESTRELLA	0,9	2316	1586	730	572	202	262	108	7	99	202	27	538	73	740	101,4
SABANETA	1,6	4252	2492	1760	1158	267	645	246	64	597	526	31	1192	69	1718	97,6

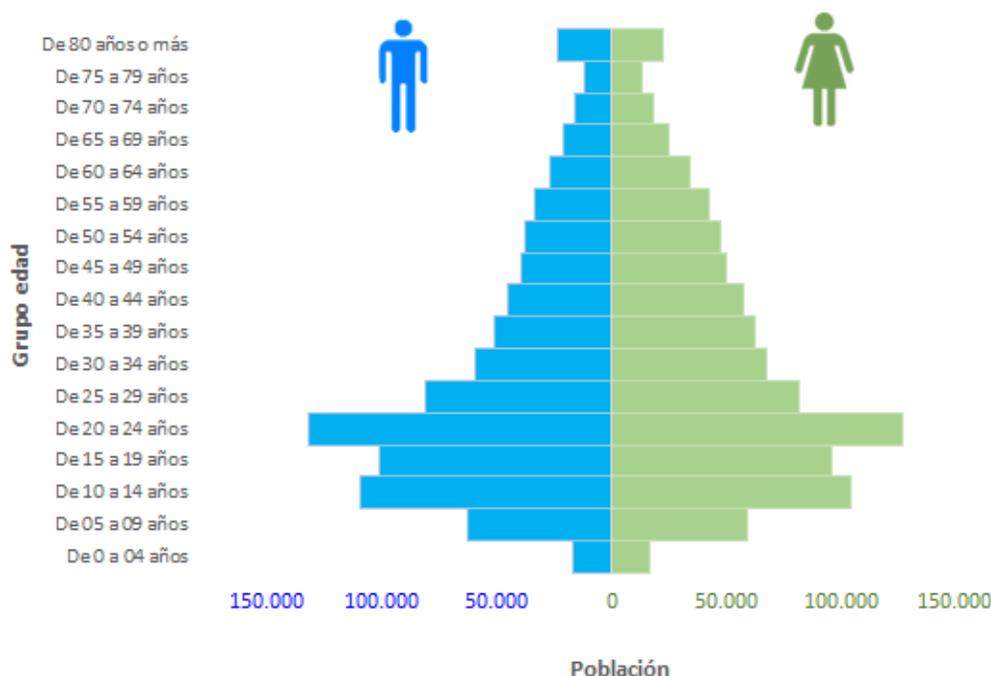
Fuente (1) Migración Colombia marzo 2021. (2) Sisben octubre 2021-dnp. (3) listado censal octubre 2021-sssa. (4) octubre 2021 BDUA. Municipios sin pe disponible según migración Colombia

1.2.10.6 Movilidad forzada

Todas las formas de migración, muestran un panorama de conexión con un contexto mundial de movilidad humana, en el que las guerras internas, juegan un papel vital, con las 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 36. Estructura piramidal de la población víctima. Antioquia.



Fuente: RUV – SISPRO – MINSALUD –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 19. Población víctima según subregión de residencia. Antioquia, 2019.

Subregión	Total Población		Población Víctima	
	Número de habitantes	%	Número de víctimas	%
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 general	6.677.930	100	1.631.830	100

Fuente: RUV - SISPRO – 2020



1.2.10.6.1 Víctimas del conflicto armado

El concepto de víctima del conflicto armado se define dentro de la Ley 1448 de 2011 como “Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.”⁴ Estas víctimas acceden a la reparación integral, compuesta por cinco medias: la restitución, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición y rehabilitación, siendo esta última medida concerniente a la salud.

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas- PAPSIVI hace tangible las medidas de rehabilitación en salud, y se define como “El conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial. Podrán desarrollarse a nivel individual o colectivo y en todo caso orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante”⁵, con el objetivo mitigar el sufrimiento emocional y físico de las víctimas y adicionalmente reconstruir el tejido social en sus comunidades.

Actualmente la gobernación de Antioquia ejecuta el PAPSIVI donde “diseña, coordina y monitorea las estrategias, planes y acciones de atención psicosocial y de salud integral con enfoque psicosocial a víctimas, tomando en consideración las particularidades de carácter individual y colectivo, y teniendo en cuenta las diferencias de género, ciclo vital, etnia y territorio”⁶ según disposiciones del Decreto 4800 de 2011, por ello, incluye orientaciones metodológicas que permiten brindar una atención concertada con cada víctima considerando los hechos victimizantes y haciendo uso de anexos técnicos específicos para la atención psicosocial con carácter diferencial,

Para la atención psicosocial desde el 2017 la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia dispone de un equipo de profesionales de disciplinas psicosociales, en cada uno de los municipios de residencia de las víctimas reconocidas en el Registro Único de Víctimas, cobijadas por órdenes judiciales, procesos de justicia y paz, restitución de tierras, medidas cautelares, búsqueda de personas desaparecidas y violencias basadas en género. Dichas atenciones se brindan en modalidad individual, familiar o comunitaria, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

El segundo componente del programa se enmarca dentro del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y diferencial a Víctimas que brinda orientación técnica, por medio

⁴ Ley 1448 de 2011 Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

⁵ Artículo 164 del decreto 4800 de 2011 Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones.

⁶ Artículo 165 del decreto 4800 de 2011 Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones.



de 5 líneas: Coordinación, Caracterización de la Población, Formación, Atención y Seguimiento. Cada línea cuenta con diferentes acciones y responsables para lograr la articulación y finalmente la oferta de una atención en salud, como ya se ha mencionado con enfoque psicosocial y diferencial.

En relación al aseguramiento, se tiene información aún en construcción, que se desprende del proceso de caracterización que se viene desarrollando con las principales Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud- EAPB; se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Las EAPB con su red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS, son las directamente responsables de implementar los lineamientos y ofrecer los planes de atención en una ruta donde las víctimas sean atendidas con todas las garantías por ley. Al respecto la Secretaría de Salud Departamental, en el marco de sus competencias, asiste técnicamente a las EAPB e IPS en los lineamientos de dicho protocolo.

Es importante anotar que se reconoce que las entidades del sector salud no fueron pensadas como entidades de atención a población víctima, sino que han tenido que adaptarse poco a poco para recibir y manejar esta demanda, el protocolo pues, se constituye como un aporte específico para tal adaptación sectorial de los procesos encaminados a la atención de población víctima⁷.

Desde la línea de formación y según las disposiciones de la Resolución 1166 de 2018,⁸ la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia genera articulación con instituciones de educación superior e instituciones para el trabajo y el desarrollo humano para formar y certificar los servidores de las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas- SNARIV y talento humano de las entidades del sector salud, en atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. Desde el 2018 la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia se articula con el Centro de Servicios de Salud del SENA Regional Antioquia y actualmente se han formado y certificado un total de 549 personas en todo el departamento. Desde el 2020 se oferta el curso de formación en modalidad virtual.

1.2.10.6.1.1 Distribución de la población víctima

Hasta el 31 de diciembre de 2021 en Colombia se han registrado 9'231.426 víctimas, según los reportes entregados por la Unidad para las Víctimas, de estas 7'427.057 son sujetos de reparación y/o atención.

⁷ ¿Cómo hablar del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial? MSPS-Oficina de promoción social.

⁸ Resolución 1166 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado y se dictan otras disposiciones



En el departamento de Antioquia la cifra de víctimas asciende a un total de 1'863.302 registradas. El hecho preponderante es el desplazamiento forzado con 1'574.281 personas, seguido del homicidio con 315.257 personas afectadas y la tercera condición son las víctimas de amenaza con 113.487, además de otras formas de violencia como las que se encuentran en la siguiente tabla⁹.

Tabla 20. Cifras de los hechos victimizantes en Antioquia desagregados.

Hecho Victimizante	Víctimas
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	8.157
Amenaza	113.487
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	5.044
Desaparición forzada	45.923
Desplazamiento forzado	1.574.281
Homicidio	315.257
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	2.438
Secuestro	8.333
Tortura	1.769
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	1.558
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	5.620
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	11.289
Lesiones Personales Físicas	2.772
Lesiones Personales Psicológicas	3.252
Confinamiento	4.204
Sin información	7.031

Fuente: Registro Único de Víctimas, 2021.

Al 30 de noviembre del año 2021, se contaba con la siguiente situación de aseguramiento de la población víctima del conflicto armado a nivel departamental:

- Total, población víctima identificada en el Régimen Subsidiado: 755.028 personas afiliadas, predominando Savia Salud EPS como la EAPB con mayor número de usuarios activos. Dato muy similar a la afiliación de población general.
- Porcentaje de afiliación al Régimen Subsidiado de población víctima residente en la Entidad Territorial: 55,8%.¹⁰
- El porcentaje de afiliación al Régimen Contributivo o especial y discriminación por EAPB aún no se

⁹ Reportes del sistema de información del Registro Único de Víctimas (RUV), con fecha de corte 31 de diciembre de 2021

¹⁰ Fuente: Maestro subsidiado Ministerio de Salud y Protección Social - BDUA
Fecha de corte: noviembre 2021



encuentra disponible.

- Número de personas víctimas reconocidas en sentencias y órdenes judiciales/administrativas nacionales/internacionales residentes en la Entidad Territorial: 10.82811.

Actualmente se vienen realizando acciones para el desarrollo de la caracterización, con la unificación de una base de datos de población víctima para Antioquia actualizada y depurada, con una periodicidad definida para gestionar las acciones de afiliación al SGSSS.

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, por lo tanto, se debe avanzar en la construcción y mejoramiento de vías y rutas veredales, hacia los centros poblados para disminuir tiempo y pérdida 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.

¹¹ Fuente: Área de Aseguramiento – Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud. - SSSPSA. Fecha de corte: noviembre de 2021

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 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 y 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 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.

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 los accidentes de tránsito corresponden en un 75% de los casos a hombres.

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).

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.

¿Cómo ha cambiado la mortalidad en Antioquia?

El análisis de la mortalidad por grandes causas, se realizó para el período 2005 - 2019 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 período evaluado el número de muertes por año, presenta una tendencia al aumento, pasando de 27.305 en 2005 a 39.963 en 2019.

Al realizar el análisis por subregiones del Departamento, se observa que la mayor proporción de casos de mortalidad general se presenta en el Valle de Aburrá, en el año 2019, el 63% de las defunciones se presentaron en esta subregión, cabe anotar que este comportamiento está relacionado con la alta concentración de la población en esta subregión.

En ese mismo año, al realizar el análisis del riesgo de morir, por subregiones, se evidencia que Suroeste y Magdalena Medio, con 5.7 y 5.6 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente, exhibieron las tasas más altas de mortalidad en el departamento.

2.1.1 Mortalidad general por grandes causas

El perfil de mortalidad por grandes causas, evidencia el riesgo de morir asociado a una variedad de factores, que van desde las características biológicas de los individuos, como edad, sexo, respuesta inmune, entre otras; la calidad y acceso a los servicios de salud; el comportamiento de los individuos, sus hábitos y estilos de vida y los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, baja escolaridad, la convivencia social, los diferentes tipos de violencia, entre otros, que se relacionan en un complejo entramado de circunstancias que llevan a una mayor o menor afectación, en los diferentes municipios y grupos sociales del departamento.

La primera causa de mortalidad en el Departamento desde el año 2005, hasta el año 2019, corresponde al grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, con tasas que oscilaron durante el período evaluado, entre 171 defunciones por 100.000 habitantes en 2005 y 132 casos por 100.000 en 2019, el último año se observó la tasa más baja de todo el período; la enfermedad isquémica del corazón es el padecimiento que genera el mayor número de estas muertes; 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 la enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores, ocupa el segundo lugar, como causa de muerte; con un comportamiento fluctuante y tasas que van desde 143 defunciones por 100.000 habitantes, la más alta, observada en 2006 a 109 defunciones por 100.000 en 2019

El tercer lugar en la mortalidad, lo ocupan las neoplasias o tumores, grupo que, en el año 2019, exhibió una tasa de 102 defunciones por 100.000 habitantes.

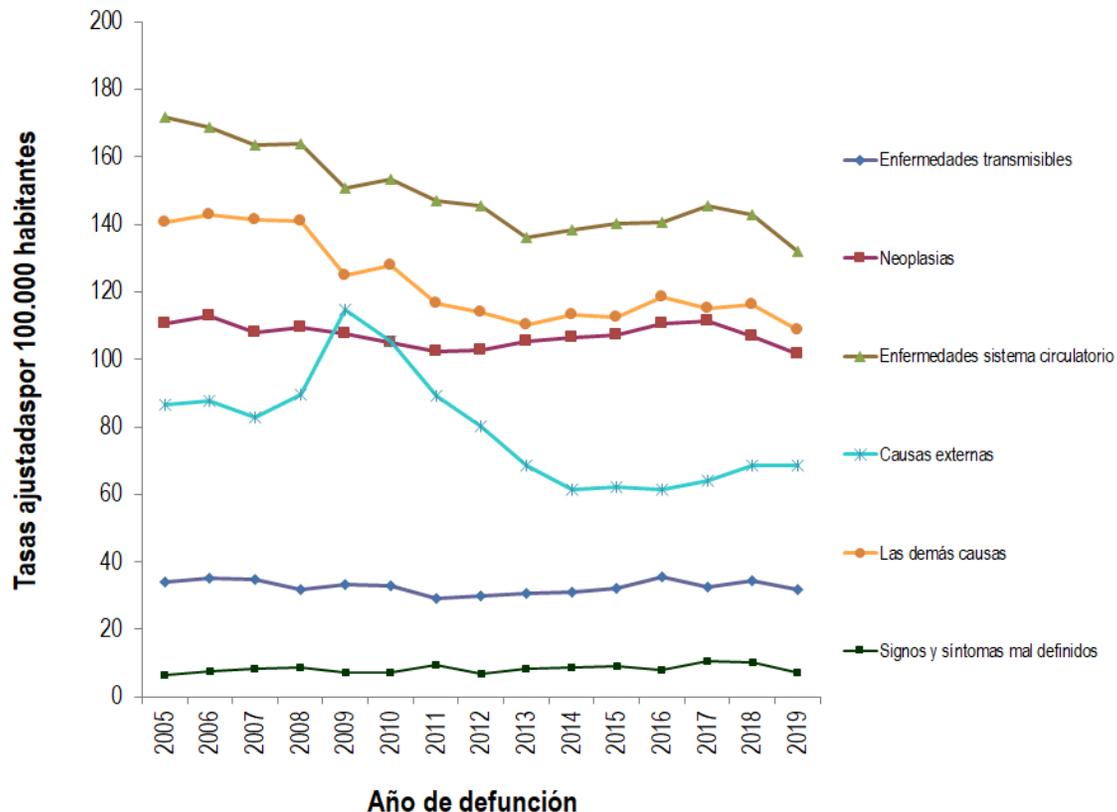
En los dos primeros grupos evaluados, aunque con un comportamiento fluctuante, se observa una leve tendencia a la disminución. En cuanto a las neoplasias, desde el año 2012 al 2017, se observó una leve tendencia al aumento, y a pesar de que en los dos últimos años se invirtió la tendencia, debe llamar la atención la importancia de este grupo de eventos como causa de mortalidad.

Las causas externas se ubican en cuarto lugar, y aunque con valores menores a los observados en el año 2009, preocupa ver como la curva de fallecimientos por esta causa, a partir del año 2016 tiende al aumento, pasando de 61 fallecimientos ese año, a 69 defunciones por 100.000 habitantes en 2019.

El grupo de causas que genera la menor tasa son las enfermedades infecciosas, evidenciando el impacto de medidas como la vacunación y el saneamiento básico, entre otras; en el año 2019, por cada muerte por cuadros infecciosos, se produjeron 4 muertes por 100.000 habitantes asociadas a enfermedades del sistema circulatorio.



Figura 37. Mortalidad según grandes grupos de causas, Antioquia, 2005 – 2019



Fuente: SISPRO - MSPS

2.1.2 Tasas de mortalidad por sexo

Al analizar la mortalidad por sexo, se presenta para el año 2019 un mayor número de fallecimientos en hombres por las enfermedades del sistema circulatorio, evidenciándose un leve descenso de 19 fallecimientos menos por 100.000 hombres, con respecto a lo observado en 2018.

En segundo lugar, se ubica el grupo de causas externas con 121 defunciones por 100.000 hombres, el cual se observa en la mortalidad general con un leve aumento; al compararlo con las causas infecciosas vemos que en 2019 fallecieron 82 hombres más por 100.000, debido a causas externas por cada fallecimiento asociado a una enfermedad infecciosa.

En tercer lugar, aparecen las tasas de mortalidad por las demás causas con 120 defunciones por 100.000 hombres.

Con relación a las mujeres, las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar y persiste la tendencia a la disminución observada el año anterior, llegando a 112 defunciones por 100.000 mujeres en el año 2019. El grupo de las demás

causas, ocupa un segundo lugar, con 100 defunciones por 100.000 mujeres y en tercer lugar está el grupo de las neoplasias con 94 defunciones por 100.000 mujeres. En estos tres grupos se observa una leve tendencia a la disminución.

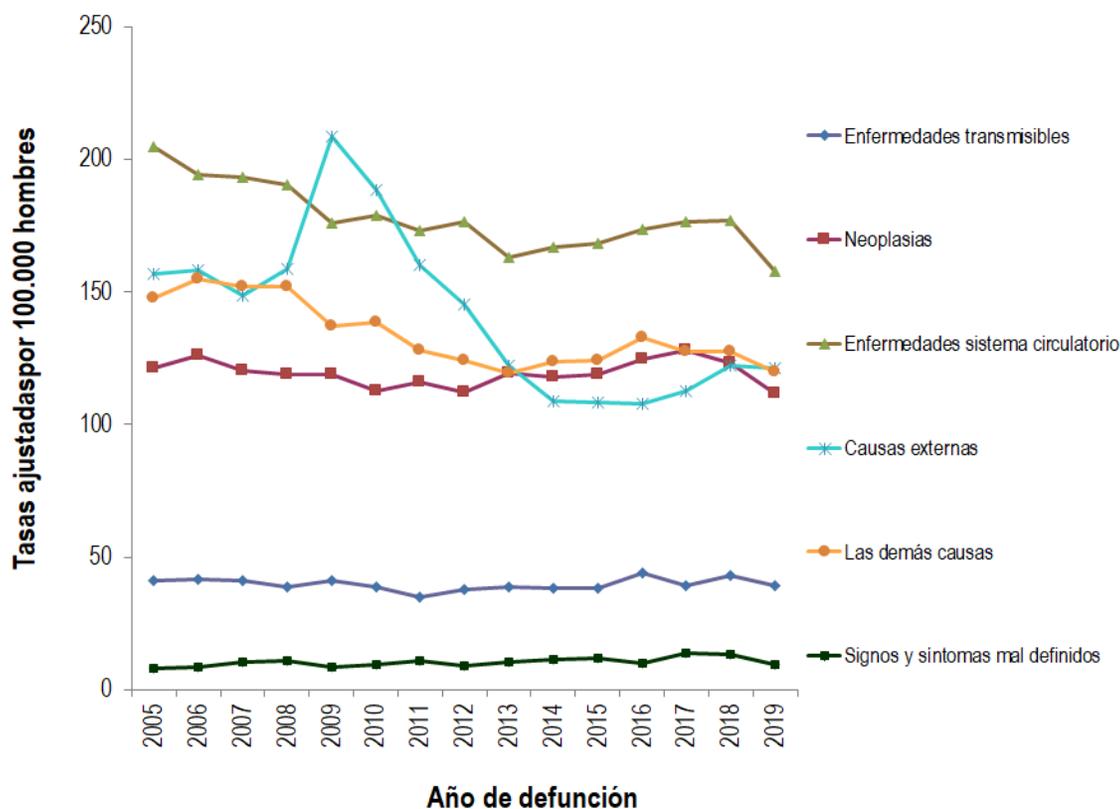
Preocupa ver el incremento en las defunciones por causas externas, siendo en 2019 de 20 defunciones por 100.000 mujeres.

Al comparar las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres podemos observar dos diferencias importantes:

Primero, si bien es cierto que el grupo de enfermedades del sistema circulatorio es el que genera más fallecimientos en ambos grupos, las tasas en los hombres son más altas que en las mujeres, observándose 46 fallecimientos más en hombres por 100.000, en el año 2019.

En segundo lugar, en ambos grupos aumentaron los fallecimientos por causas externas, pero el impacto es muy diferente, pues por cada mujer que falleció por causas externas en el año 2019, fallecieron 6 hombres por esta misma causa.

Figura 38. Mortalidad según grandes grupos de causas en hombres. Antioquia, 2005 – 2019

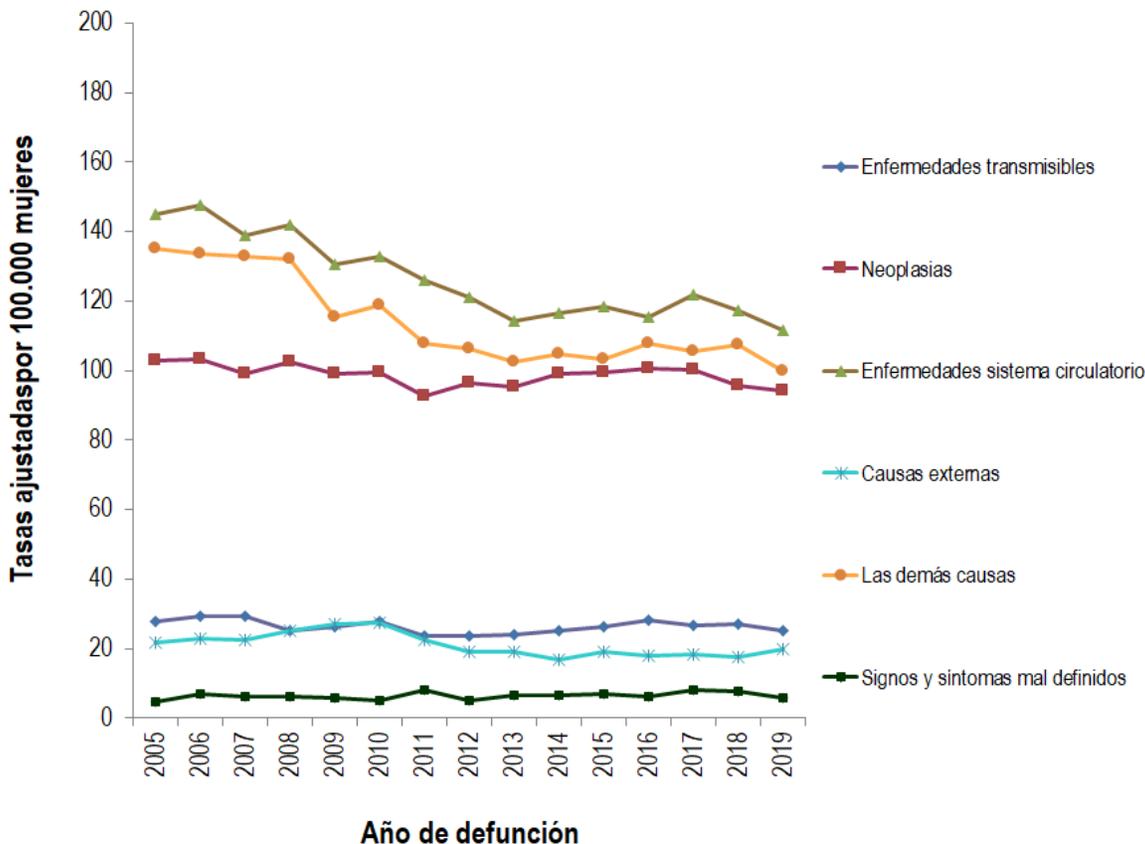


Fuente: SISPRO – MSPS



132

Figura 39. Mortalidad según grandes grupos de causas en mujeres. Antioquia, 2005 – 2019



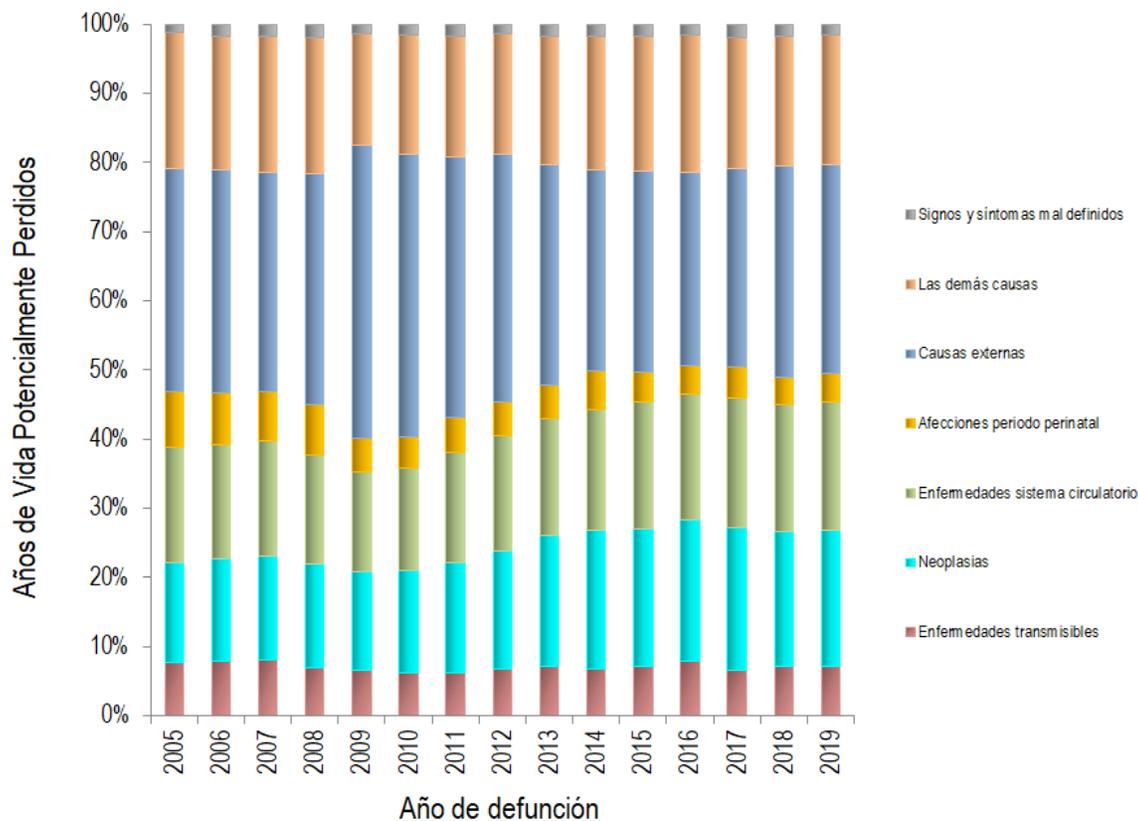
Fuente: SISPRO - MSPS

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% (201.620) de dicha mortalidad en el año 2019, es atribuido a causas externas. En segundo lugar, aparecen las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo las neoplasias con un 20% las que aportan más AVPP, las demás causas y las enfermedades del sistema circulatorio generaron cada una, el 19% del total de AVPP en el último año evaluado. Las enfermedades trasmisibles generaron el 7% (47.960) del total de AVPP en 2019.

Es preocupante que continúen las causas externas contribuyendo a este indicador, debido a que son causas en parte prevenibles y que además afectan personas en la edad económicamente productiva, afligiendo no solo a la familia, sino a la sociedad en general, alterando el desarrollo económico y social del territorio.

Figura 40. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2019.



Fuente: SISPRO – MSPS

2.1.4 Años de vida potencialmente perdidos por sexo

Los hombres aportan el 62% de todos los AVPP, equivalentes a 413.357 años perdidos durante el año 2019, lo que significa que ellos tienen más riesgo de morir prematuramente que las mujeres quienes aportan 253.803 AVPP. El mayor número de AVPP en los hombres está dado por las causas externas, registrando en el año 2019, 173.834 AVPP, 42% del total de años perdidos en este grupo poblacional; estos datos evidencian una vez más la gran afectación de los hombres con las causas externas de muerte, para lo cual se requiere la intervención de varios sectores de la sociedad. La segunda causa AVPP en los hombres son las enfermedades del sistema circulatorio, las cuales generaron el 16% de años potenciales de vida perdidos en este grupo poblacional.

En las mujeres las neoplasias aportan el 28% que corresponde al mayor número de AVPP para el año 2019, lo que evidencia la necesidad de fortalecer programas de prevención como la vacunación (VPH), detección temprana y tratamiento oportuno, de cara a impactar esta causa de muerte. En segundo lugar, se encuentra los años potenciales de vida perdidos por el grupo de las demás causas, las cuales generaron el 25% de AVPP en las mujeres.



Figura 41. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2019

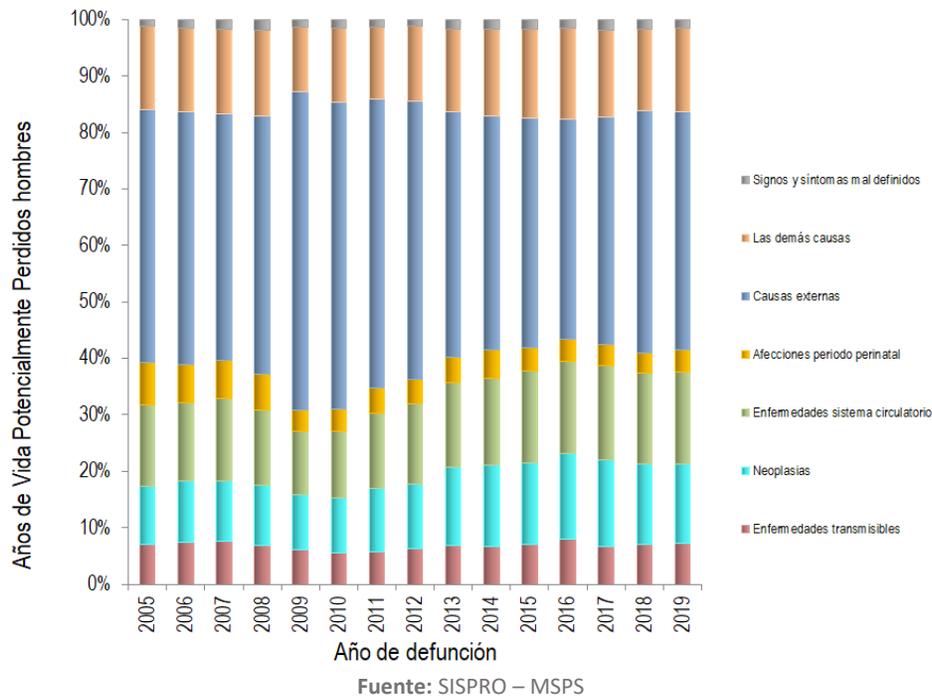
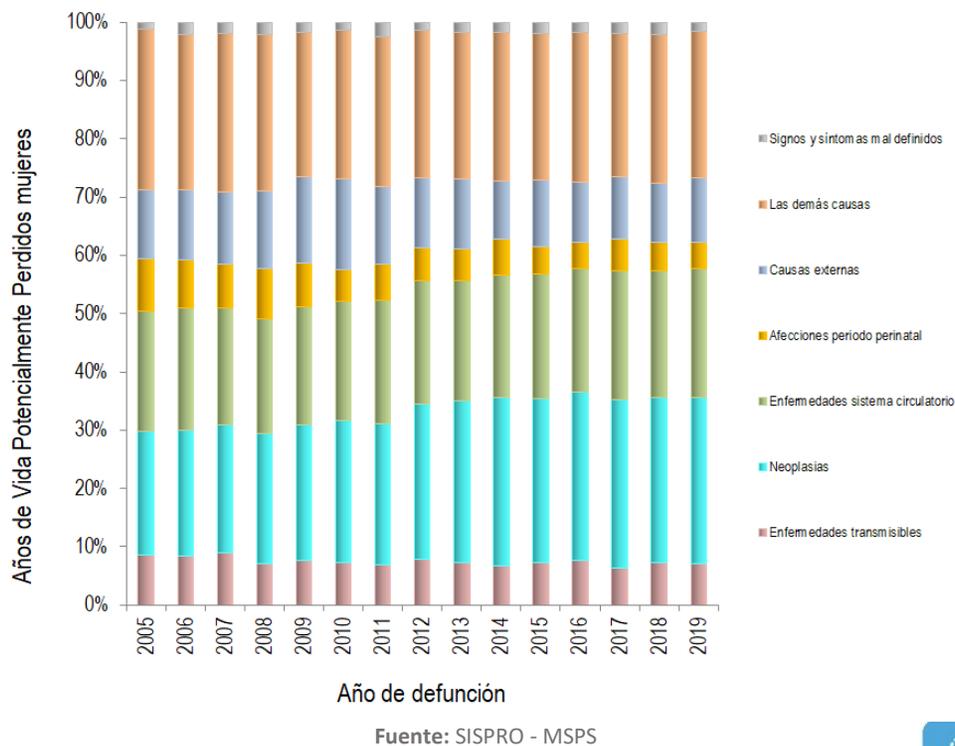


Figura 42. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en mujeres según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2019

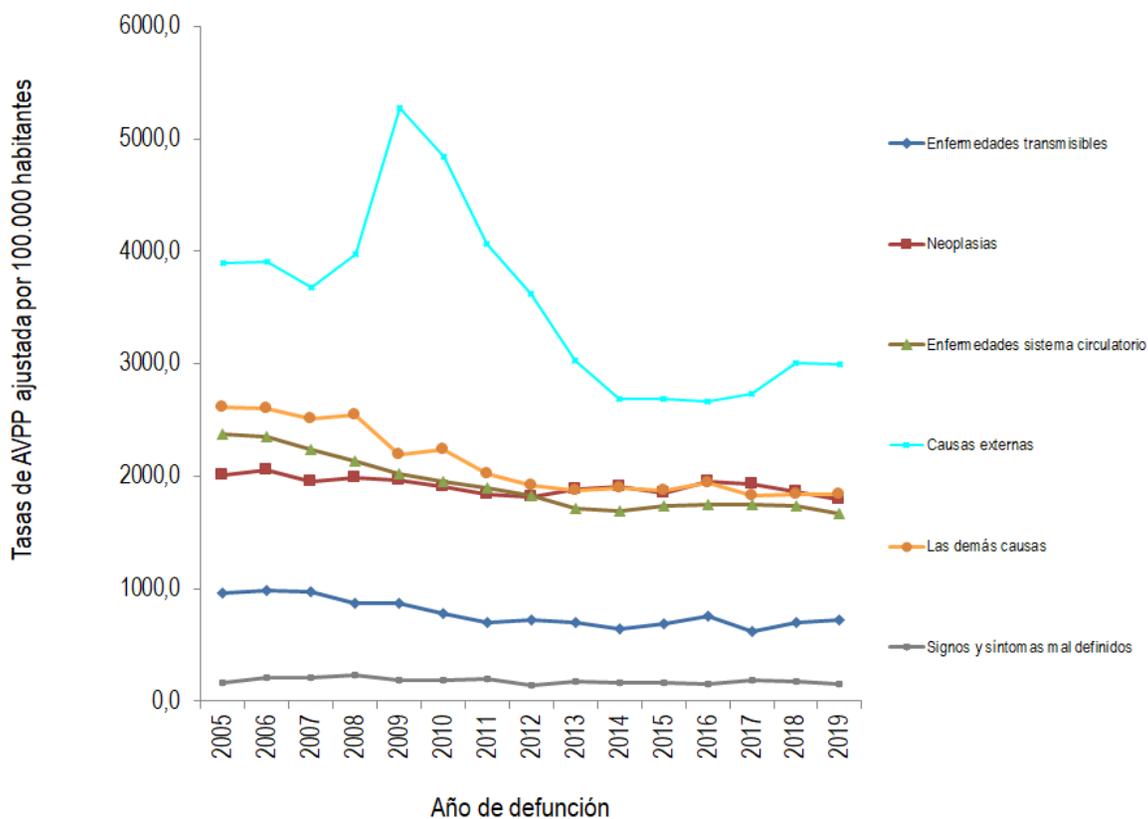


Durante el período evaluado la principal causa de AVPP en el departamento es el grupo de causas externas, las cuales en el período 2009 y 2010 presentaron las tasas más altas con 5270,9 y 4844,5 AVPP por 100.000 habitantes, como puede apreciarse en la gráfica a partir de este año se observó una tendencia franca hacia el descenso, que lamentablemente durante los años 2018 y 2019 evidencia una curva ligeramente ascendente, con 3001,5 y 2994,4 AVPP por esta causa; es prioritario que en el departamento se realice un trabajo articulado entre todos los sectores y actores de la sociedad para impactar de raíz un problema que tiene múltiples causas y está atravesado por intereses de muy diversa índole.

En segundo lugar, como causa de AVPP se presentan las enfermedades crónicas no trasmisibles, las cuales con tasas similares aparecen como un factor de muerte prematura muy importante en el departamento; en el año 2019, las neoplasias fueron el grupo de patologías con el mayor riesgo de generar AVPP, con una tasa de 1925,5 AVPP por 100.000 habitantes

Las enfermedades trasmisibles presentaron una tasa de 717,5 AVPP por 100.000 habitantes, en el territorio.

Figura 43. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2019

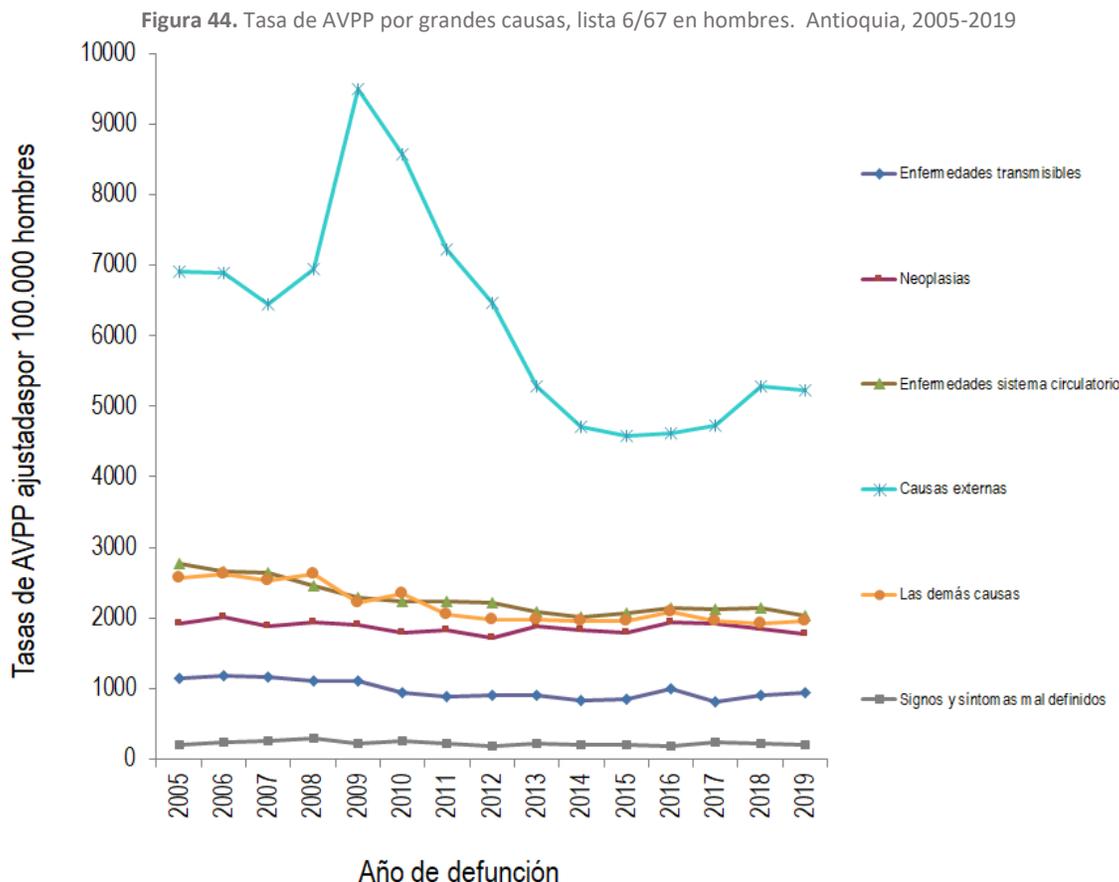


Fuente: SISPRO - MSPS



Las tasas de AVPP en los hombres, nuevamente evidencian claramente como las causas externas se constituyen en el mayor riesgo para generar años perdidos en este grupo, y si bien habían presentado un ascenso en el año 2018, para el año 2019 se observa una leve disminución con una tasa de 5233.5 AVPP por 100.000 hombres.

Las enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias, y las demás causas, presentan un comportamiento que se traslada en un segundo lugar.



Fuente: SISPRO – MSPS

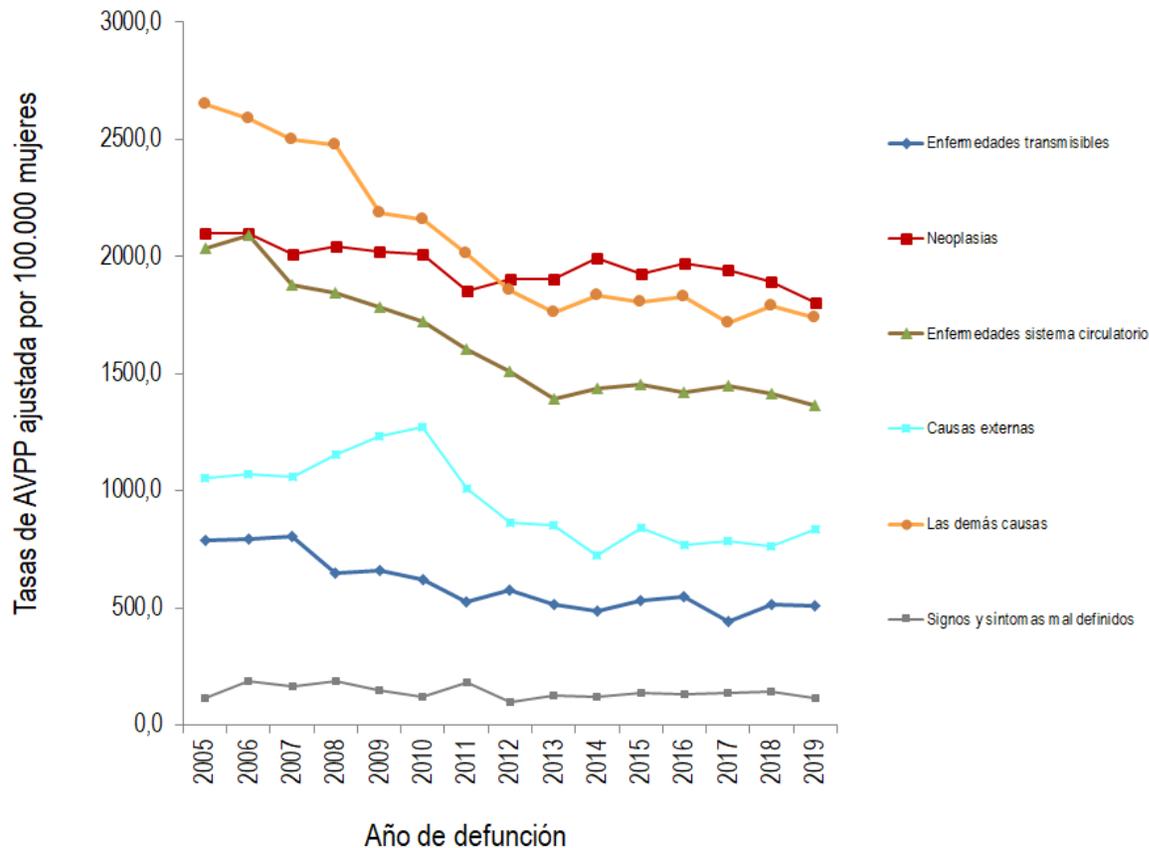
En las mujeres las tasas más altas de AVPP, las aportaron las neoplasias, con 1801,2 AVPP por 100.000 mujeres en 2019, este valor mantiene la tendencia a la reducción observada en los últimos años.

Le sigue en importancia el grupo de las demás causas el cual generó una tasa de 1736,6 AVPP por 100.000 mujeres.

Aunque a diferencia de los hombres las causas externas se ubican en un cuarto lugar, se observó en el año 2019 un incremento, siendo de 834,9 AVPP por 100.000 mujeres.



Figura 45. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en mujeres. Antioquia, 2005-2019



Fuente: SISPRO - MSPS

Hasta este punto se ha analizado la mortalidad por grandes causas, a continuación, se va a revisar cómo se desagregan esos grandes grupos y poder hacer una mayor focalización de las causas, de tal manera que este análisis aporte más elementos para los tomadores de decisiones.

2.1.5 Mortalidad específica por subgrupo

2.1.5.1 Tasas ajustadas por la edad.

2.1.5.1.1. Enfermedades transmisibles

Durante todo el período evaluado las infecciones respiratorias son las responsables de la tasa más alta de mortalidad en este grupo de causas y en el período comprendido entre el 2014 y el 2018 se observó una clara tendencia al aumento; en el año 2019 a pesar que sigue siendo la primera causa de mortalidad en este grupo, se observó una disminución con relación al año 2018, con una tasa de 18 casos por 100.000 habitantes

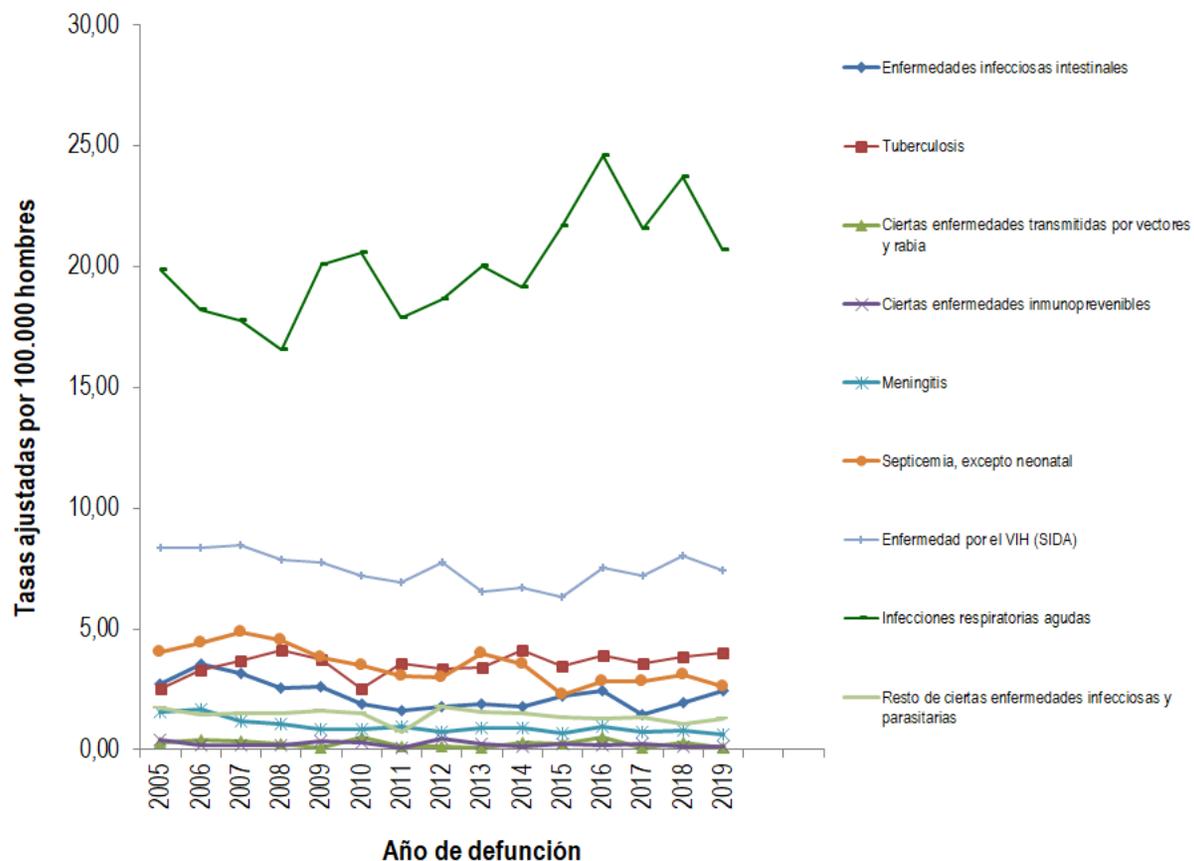
La disminución en la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles se presentó tanto en hombres como en mujeres y en ambos grupos poblacionales, la infección respiratoria representa el mayor riesgo de mortalidad por enfermedades transmisibles

En segundo lugar, en este grupo de causas se observa el VIH/SIDA, con una tasa de 4,4 defunciones por 100.000 habitantes, similar a lo observado el año 2018; se evidencia una clara diferencia en el riesgo asociada al sexo pues en el año 2019 por cada mujer fallecida por VIH/SIDA se observaron 4 hombres fallecidos por esa causa.

La septicemia excepto neonatal, con una tasa de 2,6 casos por 100.000 habitantes es la tercera causa de mortalidad general por enfermedades infecciosas.

En los hombres la tercera causa de mortalidad en este grupo es la tuberculosis, patología que está asociada a condiciones socio-económicas precarias, deficitario acceso a los servicios de salud y factores propios del individuo, entre los cuales el VIH/SIDA, ocupa un lugar importante; esta última asociación explica en parte esa mayor afectación de la tuberculosis a este grupo poblacional.

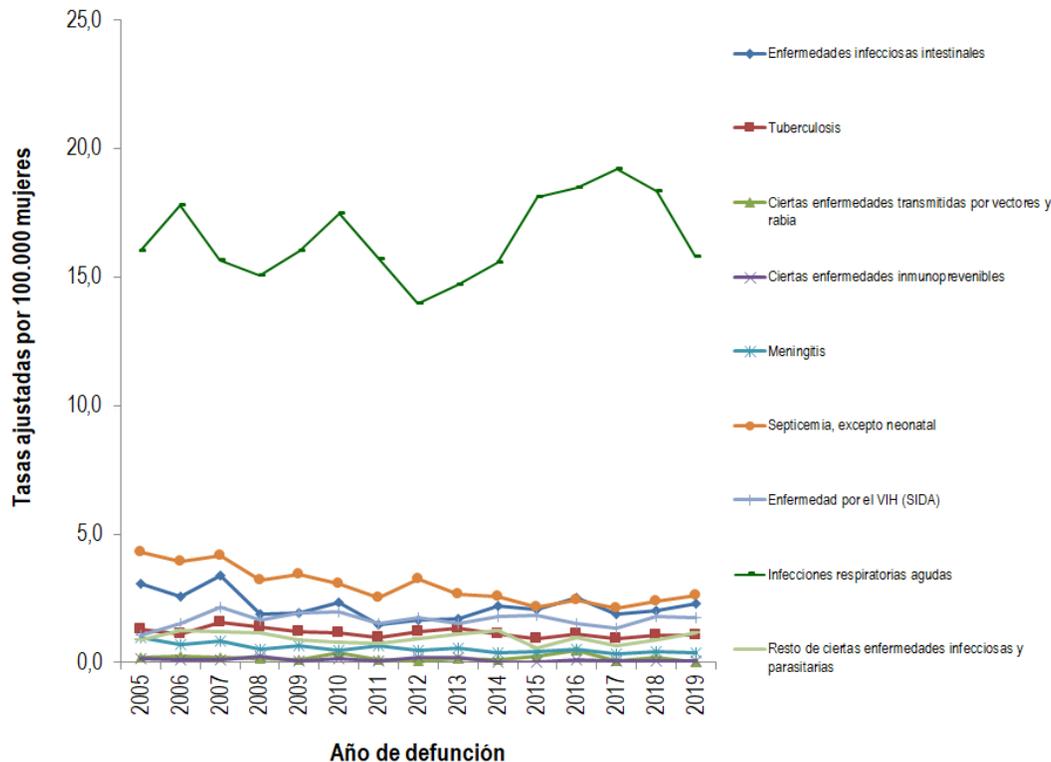
Figura 46. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en hombres. Antioquia, 2005 – 2019



Fuente: SISPRO - MSPS



Figura 47. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en mujeres. Antioquia 2005 – 2019



Fuente: SISPRO – MSPS

2.1.5.1.2. Neoplasias.

En los últimos 7 años el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon ha presentado las tasas más altas y sostenidas de mortalidad en el grupo de las neoplasias, se reporta para el año 2019 una tasa de 17.5 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 14.9 muertes por 100.000 habitantes.

Los tumores de próstata y mama, son la cuarta causa de muerte para hombres y mujeres, respectivamente, con tasas de 14 defunciones por 100.000 hombres y 12 defunciones por 100.000 mujeres, respectivamente; en su tendencia se observa un comportamiento descendente en el último año, comportamiento que puede estar relacionado a una mayor oportunidad en el diagnóstico y tratamiento en ambos tipos de tumor.

La Organización Mundial de la Salud refiere que: “La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en los países en vía de 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 articuladas a los servicios de salud, con el fin de garantizar una atención médica



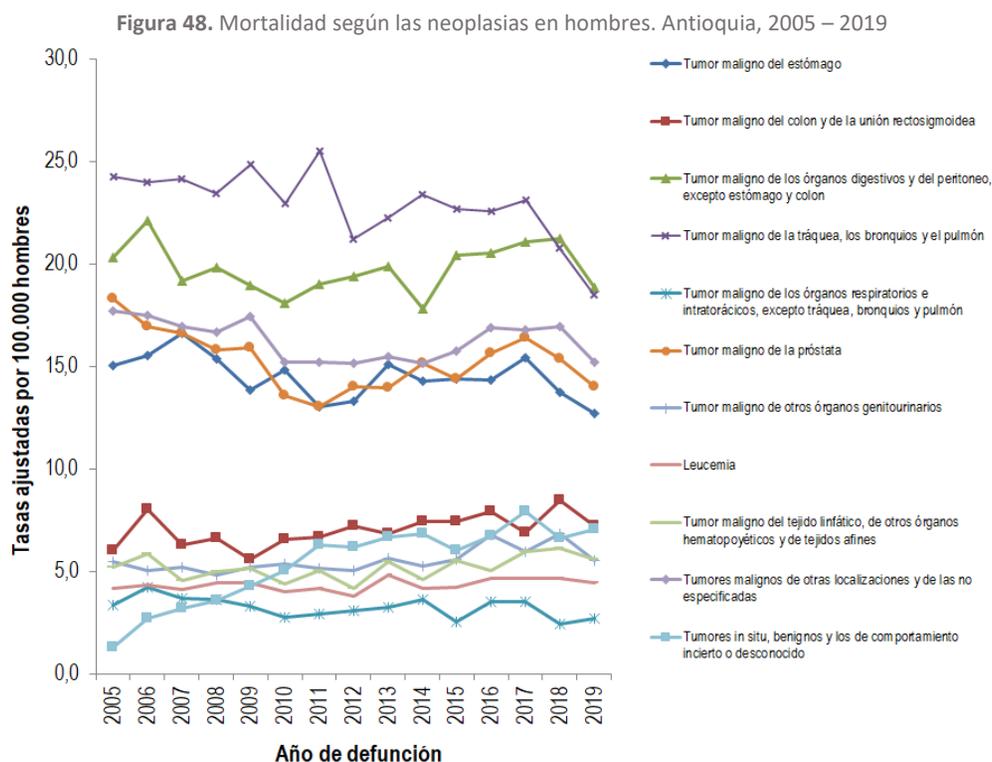
oportuna y pertinente de cara a aumentar la sobrevida.

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.

Consciente de la importancia del diagnóstico oportuno del cáncer, desde la SSSA se ha ofrecido a los profesionales de la salud los talleres:

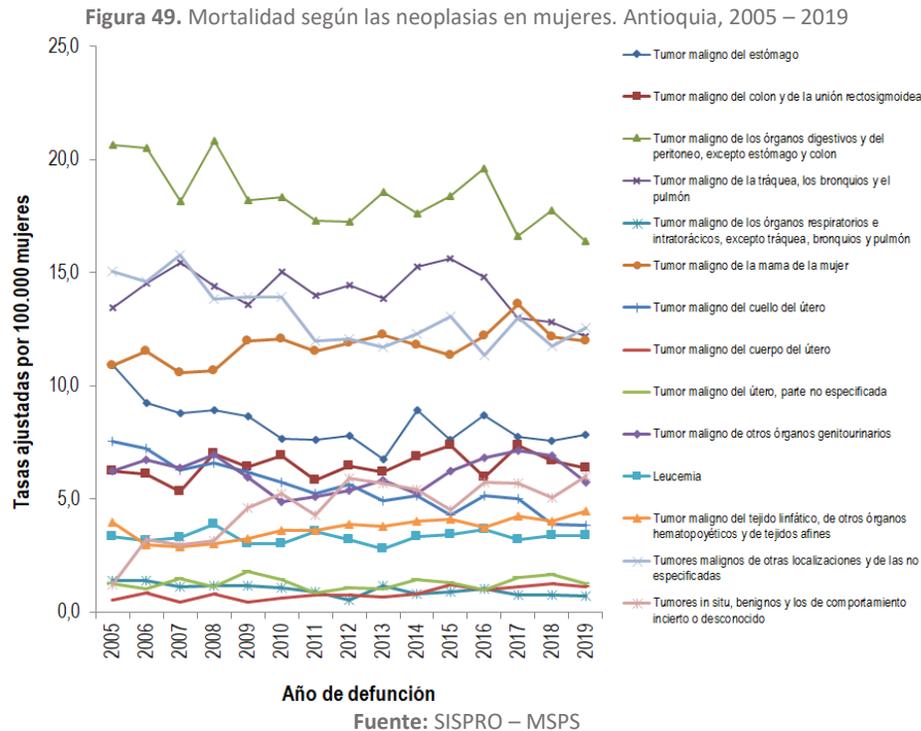
“Taller teórico-práctico virtual de asesoría y actualización a los bacteriólogos y microbiólogos de los municipios del departamento de Antioquia, en citomorfología hemática para el diagnóstico de las leucemias y enfermedades benignas hematológicas”.

“Taller virtual para la capacitación, evaluación, fortalecimiento, y actualización en los procesos de toma y lectura de la citología de cuello uterino, con énfasis en alteraciones de difícil diagnóstico, para el mejoramiento de las capacidades en el talento humano de la red de laboratorios de citología en las pruebas de tamizaje del cáncer de cérvix”



Fuente: SISPRO - MSPS



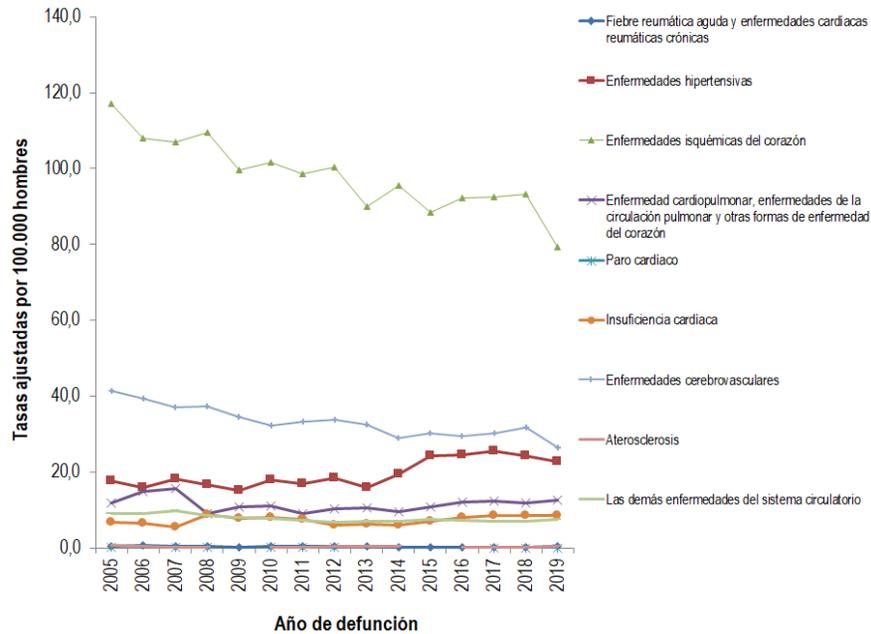


2.1.5.1.3. Enfermedades del sistema circulatorio.

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 el mundo en general, y está relacionado con el tabaquismo, la edad, el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, las dislipidemias, alto nivel de estrés, la diabetes, entre otros; esta suma de factores ha incrementado las afecciones cardiacas que llevan a esta alta mortalidad. 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.

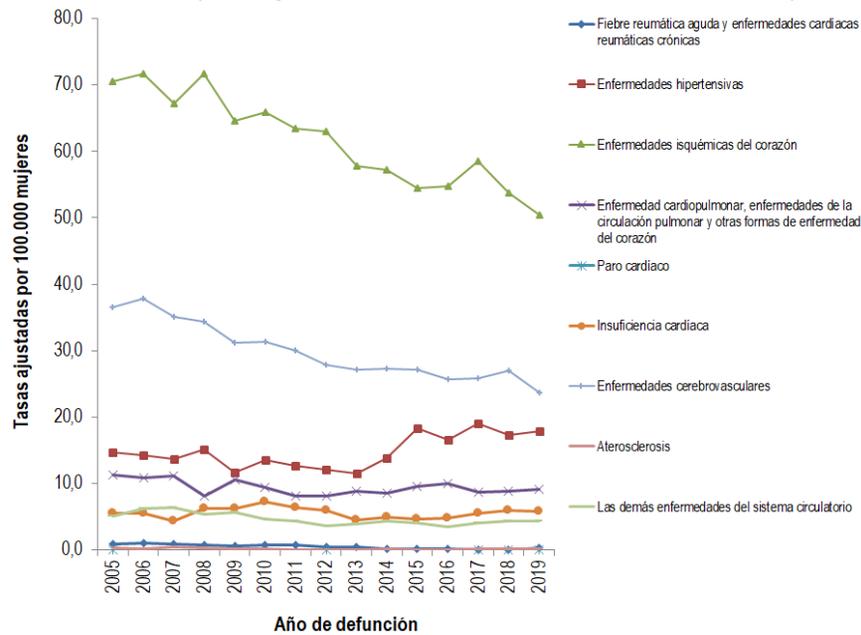
El riesgo de morir en el Departamento por enfermedad cardiovascular esta dado en primer lugar por las enfermedades isquémicas del corazón, con tasas que oscilan en el período 2005 -2019, entre 69,4 y 91,4 por 100.000 habitantes, para el año 2019 la tasa fue de 63,1 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de las enfermedades cerebrovasculares, con tasas que oscilan entre 27,4 y 24,9 fallecimientos por 100.000 habitantes. Las enfermedades hipertensivas presentaron una tasa de 20 casos por 100.000 habitantes el año 2019, estas tres primeras causas de mortalidad en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, son comunes para ambos sexos.

Figura 50. Mortalidad en hombres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia 2005 – 2019



Fuente: SISPRO - MSPS

Figura 51. Mortalidad en mujeres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia, 2005 – 2019



Fuente: SISPRO - MSPS

2.1.5.1.4. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal

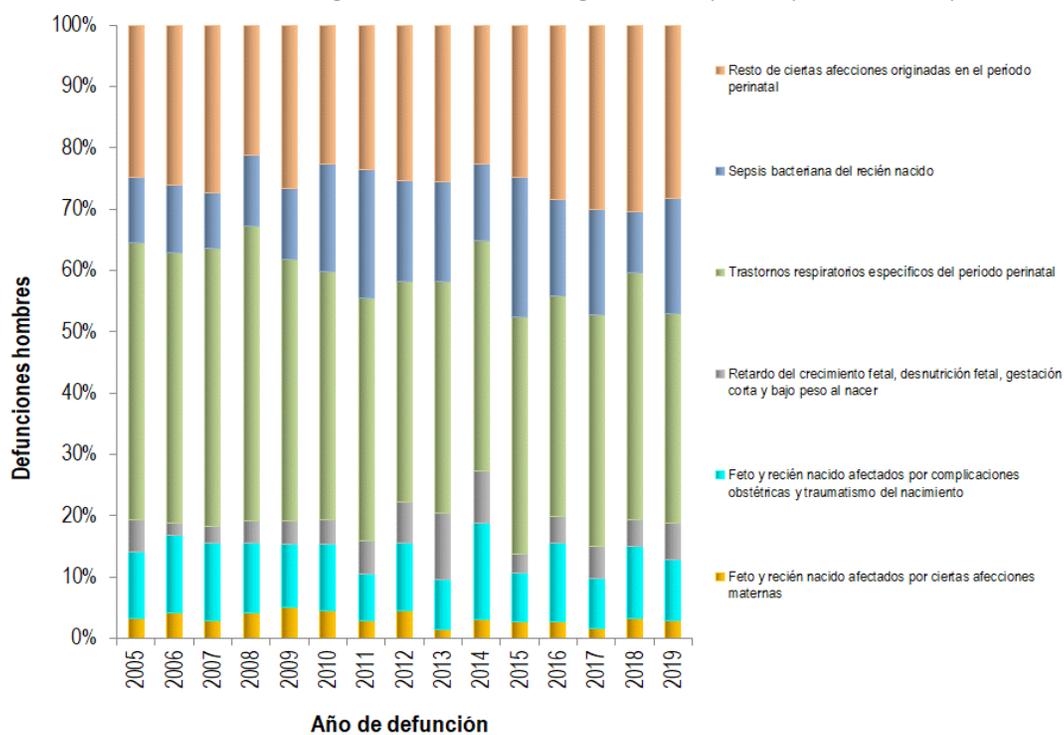
Con relación a este grupo de causas, se evidencia que las subcausas de trastornos respiratorios

específicos del período perinatal, generaron el 36% del total de muertes presentadas en este grupo, pasando de 327 en 2005 a 123 muertes en el año 2019, en general puede decirse que existe una tendencia a la disminución en los últimos años analizados, una medida que aportó para observar este comportamiento fue la vacunación contra tosferina e influenza de las embarazadas, que se fortaleció a partir del año 2013 en el Departamento. El segundo porcentaje de muertes (29%) lo aportan el resto de las afecciones del período perinatal, con valores observados durante el período evaluado, de 168 y 100 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.

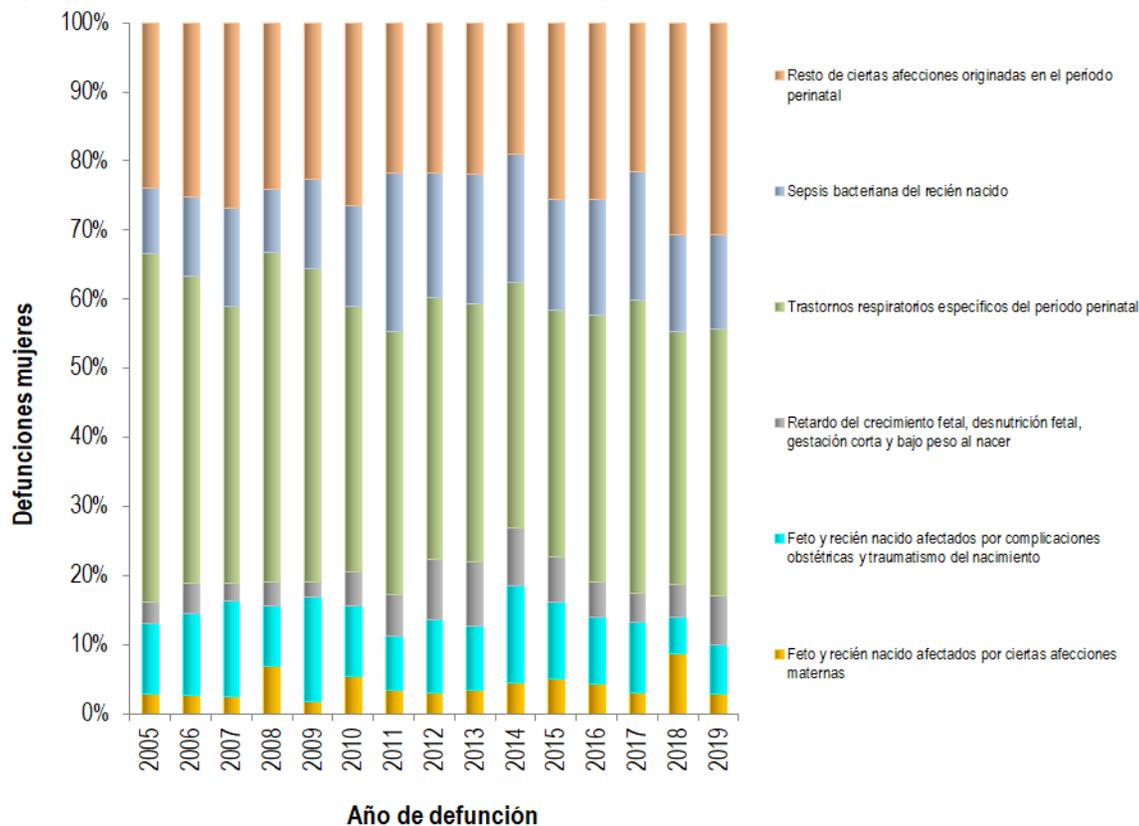
En general, podría decirse que la tendencia a la reducción de las muertes originadas en el período perinatal, pueda deberse a diferentes estrategias como son, la mejora en la calidad de los servicios prestados durante el embarazo, el parto y el puerperio, el fortalecimiento de estrategias como tamizajes y a la mejora adherencia 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 52. Defunciones en hombres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2019



Fuente: SISPRO - MSPS

Figura 53. Mortalidad en mujeres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2019



- Fuente: SISPRO – MSPS

2.1.5.1.5. Causas externas

El grupo de las causas externas, aporta a la mortalidad un riesgo tanto para hombres como para mujeres, no obstante, el riesgo de los hombres es mucho mayor. 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, con tasas de 5 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.

Al analizar el grupo de causas externas por sexo, se evidencia que la muerte por homicidios es la primera causa, no obstante, el riesgo para los hombres es mucho mayor, toda vez que por cada

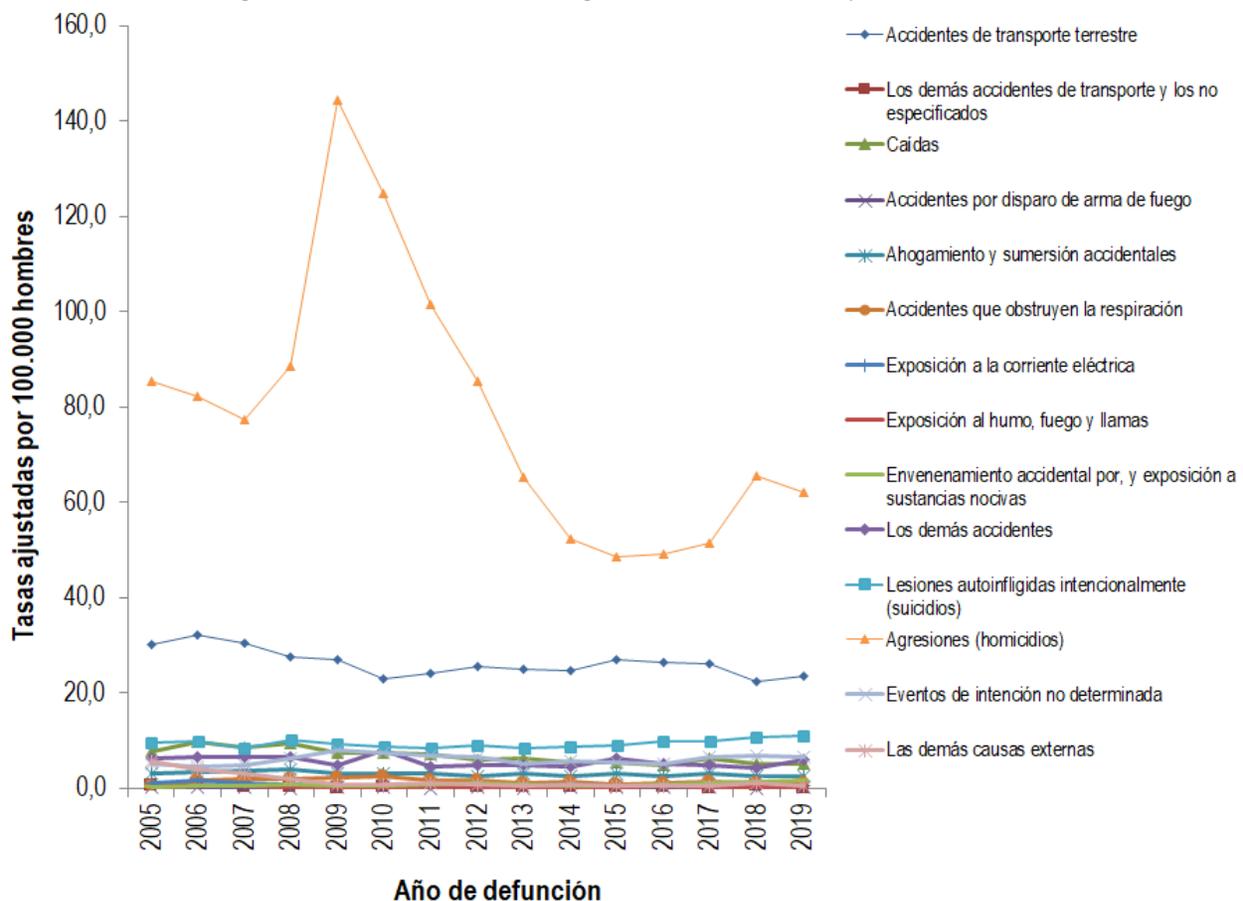


mujer que falleció, en el año 2019 por homicidios, fallecieron 12 hombres por la misma causa. Los accidentes de transporte terrestre representan la segunda causa de muerte en este grupo, tanto en hombres como en mujeres, con tasas de 4.7 fallecimientos por 100.000 mujeres y 23.7 defunciones por 100.000 hombres.

Las lesiones autoinfligidas (suicidios) ocupan el tercer lugar de riesgo, tanto para los hombres como para las mujeres; la tasa más alta de muerte por lesiones autoinfligidas se observó en el año 2019; no obstante, el riesgo es mayor para los hombres, toda vez que, por cada suicidio observado en 2019, en una mujer se observaron 3.5 casos por 100.000 hombres en el mismo período.

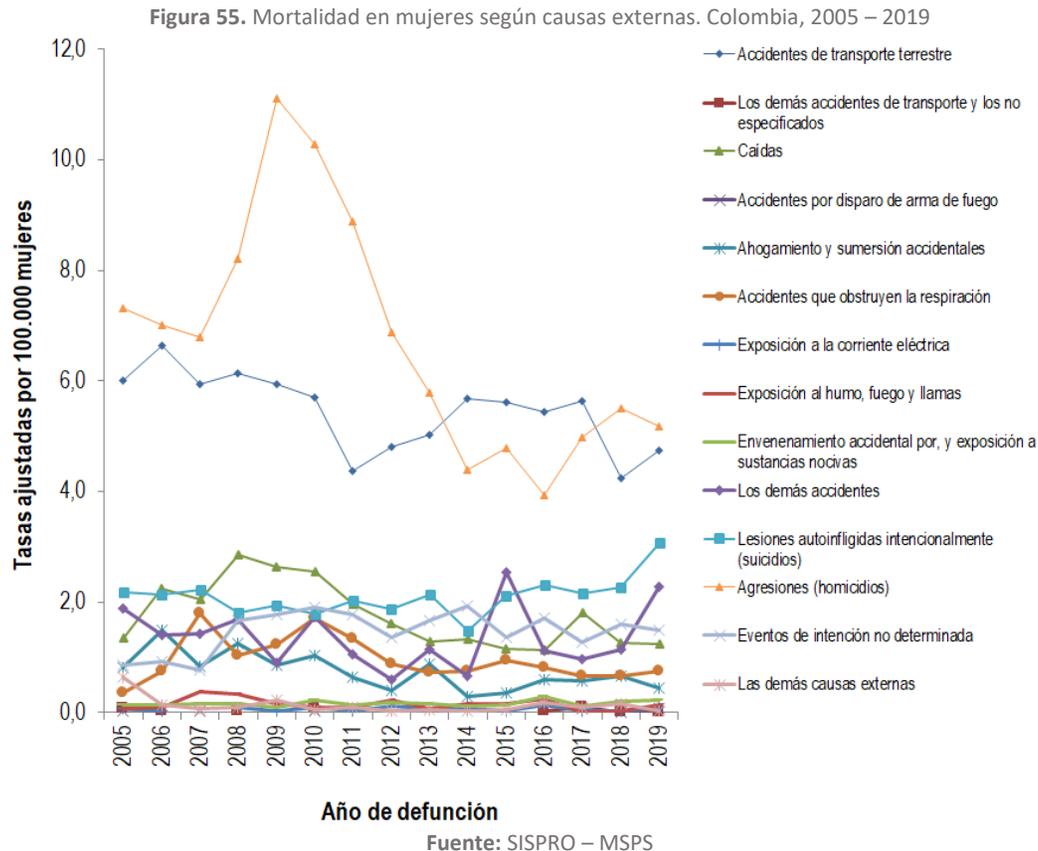
En cada una de estas tres causas dentro del grupo analizado, pudo observarse un mayor riesgo para los hombres con respecto a las tasas presentadas en las mujeres.

Figura 54. Mortalidad en hombres según causas externas. Antioquia, 2005 – 2019.



Fuente: SISPRO - MSPS





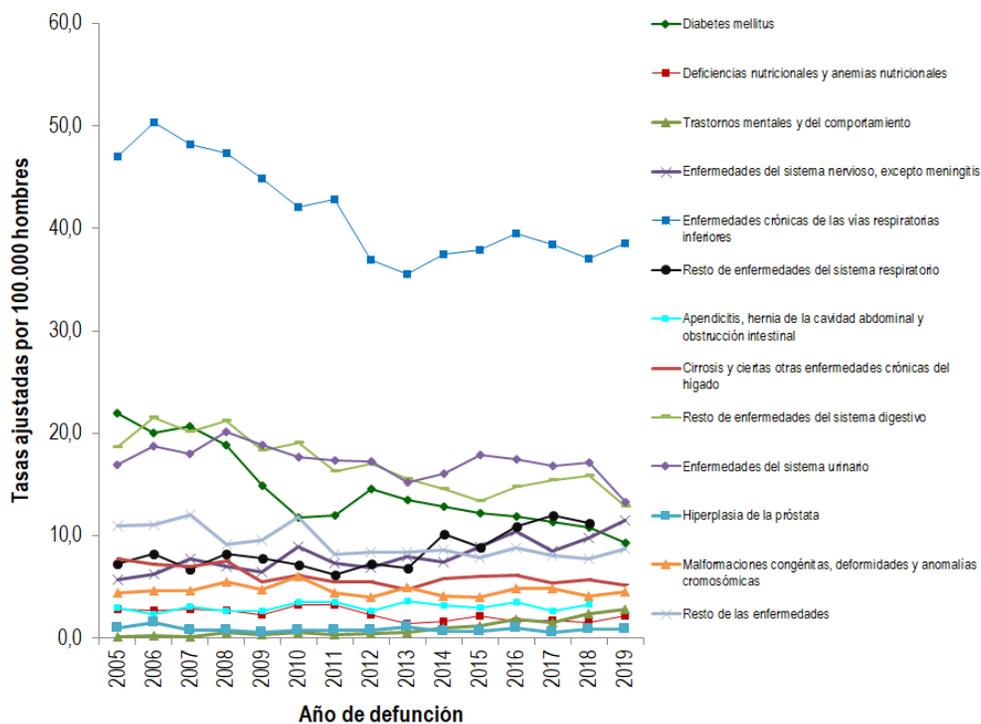
2.1.5.1.6. Demás causas de mortalidad

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 2019 se registra una tasa de 33,2 muertes por 100.000 habitantes. Para el último año analizado la tasa en los hombres fue de 38,6 por 100.000 hombres y en las mujeres 29.1 muertes por 100.000 mujeres, presentando una tendencia a la reducción en las mujeres.

En segundo lugar, se ubican el resto de enfermedades del sistema digestivo, con una tasa en 2019 de 12,3 muertes por 100.000 habitantes.

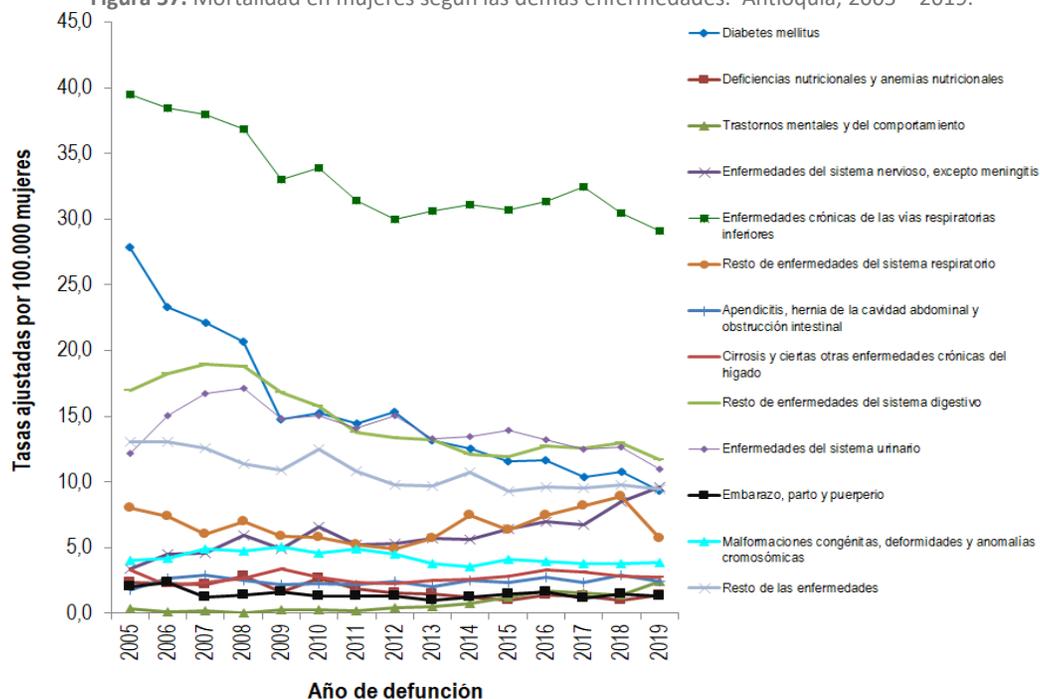
La Diabetes evento precursor para otras patologías, exhibe una tendencia a la disminución, con una tasa en 2019 de 9,3 casos por 100.000 habitantes; la reducción pueda deberse, a la mejora en la oportunidad del diagnóstico, avances en la disponibilidad de medicamentos y en el impacto de la educación en el autocontrol metabólico.

Figura 56. Mortalidad en hombres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2019.



Fuente: SISPRO - MSPS

Figura 57. Mortalidad en mujeres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2019.



Fuente: SISPRO - MSPS



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, entre las tasas de Antioquia y el país, para el año 2019, no obstante, se identifica para el Departamento una tendencia al aumento en las tasas de defunciones por accidentes de Transporte terrestre, mortalidad por lesiones autoinflingidas y por trastornos mentales y del comportamiento.

En Antioquia el riesgo de morir por diabetes es inferior al de Colombia, con tasas respectivas de 14,25 y 9,03, así mismo, se observa que la mortalidad por tumor maligno de cuello uterino en Antioquia es menor con relación a la del país.

Tabla 21. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Antioquia, 2005 – 2019

Causa de muerte	Colombia	Antioquia	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	13,91	13,80	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,49	12,20	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,48	3,86	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	13,57	13,99	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	9,99	9,97	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	14,25	9,30	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinflingidas intencionalmente	5,77	6,80	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,31	2,58	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	25,84	33,03	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	30,52	31,66	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘			

Fuente: SISPRO - MSPS

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 15 años analizados, presenta una tendencia al descenso, pasando de una tasa de 7,28 en el año 2005 a 5 muertes por mil nacidos vivos durante 2019. Las malformaciones congénitas presentan una tendencia estable durante el período evaluado, con tasas de 2 a 3 muertes por mil nacidos vivos en el año 2019. Las muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias presentan tendencia oscilante de 0,91 a 0,33 muertes por mil nacidos vivos en el año 2019.

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 de 5 muertes por mil niños nacidos vivos, en comparación a 4 muertes por mil niñas nacidas vivas, para el año 2019. 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.

La mortalidad neonatal aporta alrededor del 60% de la mortalidad infantil, razón por la cual, el departamento de Antioquia viene desarrollando desde el año 2012 acciones de vigilancia epidemiológica intensificada de ésta, lo que ha permitido evidenciar una reducción de las muertes en este grupo, de edad.

Tabla 22. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas. Antioquia, 2005 – 2019

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total														
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
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	0,33
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	0,04
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		0,04	0,03	0,03	0,05
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	0,19
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	0,21
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides													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	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	0
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	0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,06	0,09	0,06	0,16	0,03	0,06	0,03	0,06		0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,0
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	5
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	2
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	0

Fuente: SISPRO - MSPS

Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad infantil en hombres, según causas. Antioquia, 2005 – 2019

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	2019
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	0,318
Tumores (neoplasias)	0,02	0,04	0,06		0,07	0,05		0,05	0,05	0,10	0,08	0,03	0,03	0,08	0,053
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,14	0,08	0,08	0,04	0,09	0,05		0,10	0,08	0,05		0,05	0,03	0,03	0,08
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	0,186
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	0,239
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides													0,00	0,00	0
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	0,159
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	1
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	0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,06	0,15	0,08	0,19	0,05	0,07	0,05	0,08		0,05	0,08	0,05	0,08	0,08	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,29	7,61	7,50	7,51	5,45	5,98	6,06	5,84	5,85	5,84	4,81	4,75	4,85	4,68	5
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	2
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	0
Todas las demás enfermedades		0,02				0,02	0,05				0,03		0,00	0,00	0
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	0

Fuente: SISPRO - MSPS

Tabla 24. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres, según causas. Antioquia, 2005 – 2019



150

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	2019				
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	0,34				
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	0,028				
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,04	0,07	0,09	0,05	0,05		0,03	0,03	0,03			0,03	0,03	0,03	0,028				
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	0,198				
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	0,17				
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides													0,00	0,00	0				
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	0,085				
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	0				
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	0				
Enfermedades del sistema genitourinario	0,07	0,02	0,04	0,14	0,02	0,05		0,05		0,05	0,03	0,03	0,00	0,00	0				
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	3,86	3,72	4,42	3,99	4				
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,20	2,37	2,79	2,49	2,78	2,66	2,93	2,51	2,34	2,15	2,47	2,52	2,37	2,50	2				
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	0				
Todas las demás enfermedades		0,02	0,02	0,02						0,05	0,05		0,05	0,00	0				
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	0				

Fuente: SISPRO – MSPS

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 9,3 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años, seguido de las enfermedades del sistema respiratorio, con tasas que oscilan entre 12,93 y 6 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años, en el año 2019, 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 el último año estudiado, en este grupo no se observa un aumento en el riesgo de morir por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, pasando de una tasa de 4,55 en 2005 a 4,1 muertes por cien mil niños de 1 a 4 años para el 2019, con tasas similares a las del 2005; por sexo, no hay una diferencia marcada en las niñas y niños en las diferentes causas

Tabla 25. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2019

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019				
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,22	7,94	8,46	6,78	5,57	4,11	3,62	3,60	3,11	2,85	2,36	2,81	2,56	2,55	2,46				
Tumores (neoplasias)	3,83	5,54	3,63	5,57	3,88	4,60	4,59	3,60	4,78	4,51	3,54	2,11	4,19	2,78	4,09				
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,24	0,72	0,97	1,70	0,24	0,24	1,21	0,48	0,72	1,43	0,24	1,17	0,93	0,93	1,09				
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,79	2,89	3,14	3,88	2,67	4,11	2,41	1,92	1,91	3,33	2,36	1,64	1,16	1,62	2,18				
Enfermedades del sistema nervioso	4,31	4,09	5,56	6,30	4,85	7,26	4,59	2,64	5,26	3,80	4,96	6,56	2,79	2,32	2,73				
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides					0,24								0,00	0,00	0,00				
Enfermedades del sistema circulatorio	3,35	2,89	2,66	1,94	2,67	2,18	0,97	1,68	2,63	0,95	1,42	1,17	1,63	1,62	0,82				
Enfermedades del sistema respiratorio	12,93	14,68	11,12	10,18	8,97	8,47	4,83	5,53	2,39	3,80	4,48	3,75	4,66	2,78	6,0				
Enfermedades del sistema digestivo	2,39	3,13	2,90	1,70	1,21	1,45	1,45	0,96	0,96	2,38	1,42	0,94	0,47	0,23	1,4				
Enfermedades del sistema genitourinario	1,68	0,72	1,21	0,48	0,48	0,24	0,97	0,48	0,48	1,66	0,47	1,17	0,23	0,00	0				
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal							0,24	0,24	0,48	0,95	0,47	0,70	0,47	0,70	0,5				
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,55	2,89	3,38	5,33	5,82	7,26	4,34	5,77	4,54	3,56	4,48	6,56	2,10	4,41	4,1				
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,63	2,65	1,45	3,39	3,15	2,90	0,72	1,20	0,96	0,95	1,18	1,64	0,93	1,16	1,6				
Todas las demás enfermedades	0,24			0,24			0,24	0,24	0,24	0,48	0,24	0,47	0,00	0,23	0,0				
Causas externas de morbilidad y mortalidad	22,74	22,15	21,75	21,56	16,00	19,12	14,48	12,02	11,71	13,06	9,91	8,37	11,18	7,42	9,3				

Fuente: SISPRO – MSPS



Tabla 26. Tasas específicas de mortalidad en hombres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2019

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	2019
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,82	9,42	7,56	9,47	6,15	3,78	3,30	2,82	3,27	3,25	2,31	3,20	3,64	2,72	3,20
Tumores (neoplasias)	3,28	6,12	3,31	6,63	4,73	3,31	5,19	4,23	5,14	5,11	2,77	2,75	5,46	4,08	5,87
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,47	0,95	2,84	0,00	0,00	0,94	0,47	1,40	1,86	0,46	0,92	0,91	1,81	2,14
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,22	2,83	3,78	3,31	3,31	4,25	2,36	2,35	2,80	2,78	1,84	0,46	0,46	1,81	2,67
Enfermedades del sistema nervioso	4,22	4,71	6,14	6,63	4,73	6,15	1,89	3,29	4,20	4,64	6,92	7,32	3,19	1,36	2,14
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	3,75	1,88	2,84	1,42	1,89	2,84	1,41	1,88	3,74	0,93	0,00	1,37	1,37	2,72	0,53
Enfermedades del sistema respiratorio	9,37	13,19	8,51	11,36	8,52	6,62	5,19	5,16	3,27	3,71	3,23	3,66	5,46	3,63	5,87
Enfermedades del sistema digestivo	2,81	2,83	2,84	1,42	0,47	0,47	1,89	1,88	0,47	2,32	1,84	0,92	0,00	0,45	2,14
Enfermedades del sistema genitourinario	2,34	0,94	0,95	0,95	0,00	0,00	1,41	0,94	0,93	1,39	0,46	1,37	0,46	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	1,39	0,46	1,37	0,46	0,00	0,53
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,69	3,77	2,84	5,21	5,21	8,51	4,71	4,70	5,60	6,03	3,69	8,24	2,28	5,44	5,87
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,34	1,88	2,36	2,84	4,26	3,78	1,41	1,88	0,93	1,39	1,88	0,92	0,00	0,45	2,14
Todas las demás enfermedades	0,47	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00	0,46	0,00	0,45	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	29,06	24,02	27,41	19,88	17,99	18,91	16,50	15,03	11,67	16,24	8,30	10,07	12,29	7,70	9,61

Fuente: SISPRO – MSPS

Tabla 27. Tasas específicas de mortalidad en mujeres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2019

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	2019
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,85	6,40	9,40	3,97	4,97	4,46	3,96	4,43	2,94	2,43	2,42	2,40	1,43	2,37	1,67
Tumores (neoplasias)	4,40	4,92	3,96	4,47	2,98	5,95	3,96	2,95	4,41	3,89	4,35	1,44	2,86	1,42	2,23
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,49	0,98	0,99	0,50	0,50	0,50	1,48	0,49	0,00	0,97	0,00	1,44	0,95	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,38	2,95	2,47	4,47	1,99	3,97	2,47	1,48	0,98	3,89	2,90	2,88	1,91	1,42	1,67
Enfermedades del sistema nervioso	4,40	3,45	4,95	5,95	4,97	8,43	7,42	1,97	3,36	2,92	2,90	5,76	2,38	3,32	3,35
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	2,94	3,94	2,47	2,48	3,48	1,49	0,49	1,48	1,47	0,97	2,90	0,96	1,91	0,47	1,12
Enfermedades del sistema respiratorio	16,64	16,25	13,85	8,93	9,44	10,42	4,45	5,91	1,47	3,89	5,80	3,84	3,82	1,90	6,14
Enfermedades del sistema digestivo	1,96	3,45	2,97	1,98	1,99	2,48	0,99	0,00	1,47	2,43	0,97	0,96	0,95	0,00	0,56
Enfermedades del sistema genitourinario	0,98	0,49	1,48	0,00	0,99	0,50	0,49	0,00	0,00	1,95	0,48	0,96	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49	0,49	0,49	0,49	0,48	0,00	0,48	1,42	0,56
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,40	1,97	3,96	5,46	8,46	5,95	3,96	6,89	3,43	0,97	5,32	4,80	1,91	3,92	2,23
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,94	3,45	0,49	3,97	1,99	1,98	0,00	0,49	0,98	0,49	0,97	2,40	1,91	1,90	1,12
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49	0,49	0,00	0,97	0,48	0,48	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	16,16	20,19	15,83	23,32	13,91	19,35	12,36	8,86	11,75	4,73	11,61	6,64	10,02	7,12	8,93

Fuente: SISPRO – MSP

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 en el 2005 a 74,46 muertes por 100.000 en el año 2019. El segundo grupo de causas corresponde a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con tasas que oscilan entre 45,53 en las 2005 y 38 muertes por 100.000 menores de cinco años en el 2019. Con marcada tendencia a la disminución.

La tercera causa son las enfermedades respiratorias, con tendencia a la disminución pasando de 39,96 en el año 2005 a 12,23 muertes por 100.000 menores de cinco años en el año 2019. Las causas externas, si bien, presentan una reducción en la mortalidad, persisten como una causa de muerte en este grupo poblacional, situación que amerita una intervención desde diferentes sectores, para prevenir muertes relacionadas con diferentes tipos de accidentes, las tasas oscilan entre 21,9 a 8,08 muertes por 100.000 menores de cinco años.



Tabla 28. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas. Antioquia, 2005 – 2019

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total														
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	21,52	19,49	19,17	17,27	12,80	7,93	8,48	9,97	8,96	6,63	5,83	4,49	3,16	4,63	7,21
Tumores (neoplasias)	3,65	5,21	4,26	4,85	4,27	4,64	4,24	3,84	4,57	4,55	3,76	2,80	3,90	2,96	3,93
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,92	1,93	2,32	2,13	1,36	0,58	1,16	1,34	1,33	1,52	0,19	1,50	1,12	1,11	1,75
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10,95	8,88	7,16	9,70	5,62	6,00	4,82	3,26	4,00	6,06	3,76	4,11	2,79	3,52	4,80
Enfermedades del sistema nervioso	9,22	9,07	12,78	9,12	8,34	9,09	6,55	4,79	7,05	4,55	7,53	8,41	5,95	4,07	5,46
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	6,53	5,21	7,74	4,27	7,37	3,87	3,47	4,22	4,57	2,46	3,39	2,99	4,65	2,96	2,62
Enfermedades del sistema respiratorio	39,96	34,94	30,20	27,16	23,27	18,19	14,46	15,72	10,67	11,93	11,67	10,65	9,66	8,15	12,23
Enfermedades del sistema digestivo	3,84	5,98	6,00	3,10	3,88	4,26	2,51	1,73	2,86	4,36	3,01	1,68	2,04	1,11	2,18
Enfermedades del sistema genitourinario	2,50	2,12	2,13	3,30	0,97	1,16	1,16	1,34	0,38	2,08	1,13	1,50	0,74	0,56	0,22
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	132,36	122,95	114,04	122,41	91,35	78,75	80,37	73,83	70,15	77,86	61,35	60,18	66,42	60,56	74,46
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	45,53	47,67	51,31	52,18	48,88	51,08	43,56	40,27	42,51	35,80	38,58	43,38	41,26	38,14	38,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4,61	6,37	5,23	7,95	6,21	6,58	3,47	3,45	3,81	2,27	3,01	2,43	2,79	2,04	3,28
Todas las demás enfermedades	0,19	0,39	0,19	0,39	0,00	0,19	0,58	0,19	0,19	0,76	0,75	0,37	0,37	0,19	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	21,90	26,28	28,07	25,22	20,36	23,41	8,50	14,00	12,39	13,07	11,10	10,28	11,52	8,15	8,08

Fuente: SISPRO – MSPS

Tabla 29. Tasas específicas de mortalidad en niños, según causas. Antioquia, 2005 – 2019

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	2019
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	19,54	21,51	18,16	19,71	14,40	7,18	8,29	8,62	11,18	7,03	6,25	4,38	3,99	3,62	7,69
Tumores (neoplasias)	3,01	5,66	3,78	5,31	4,93	3,40	4,15	4,12	4,84	5,55	3,31	2,56	4,72	4,34	5,55
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,63	1,89	2,27	3,03	1,52	0,76	0,75	1,87	2,24	2,22	0,37	1,46	1,09	1,81	2,99
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10,52	9,06	6,05	10,23	5,30	5,67	4,52	4,87	5,22	4,81	3,68	2,92	2,54	2,89	5,12
Enfermedades del sistema nervioso	10,15	8,68	13,24	8,72	9,09	9,45	4,15	5,25	5,96	6,29	7,72	9,13	8,35	3,26	5,55
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	7,14	4,91	10,21	4,93	6,06	4,54	4,15	4,50	6,34	2,59	2,57	4,38	3,63	3,26	2,99
Enfermedades del sistema respiratorio	36,46	33,96	31,02	29,94	23,49	17,02	16,58	16,50	14,53	12,59	10,66	13,14	8,71	7,60	16,66
Enfermedades del sistema digestivo	4,51	5,66	5,67	3,41	3,79	5,67	3,01	2,62	2,98	4,81	3,68	1,10	1,45	1,09	3,84
Enfermedades del sistema genitourinario	3,01	3,40	2,27	4,17	0,76	1,13	1,88	1,87	0,75	1,85	1,47	1,83	1,45	1,09	0,43
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	151,85	138,49	134,30	134,15	91,32	91,13	89,89	83,99	81,24	85,88	69,48	67,91	66,81	64,75	86,27
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	47,73	50,56	49,56	56,46	46,61	57,10	42,58	38,25	48,82	39,61	37,87	47,47	46,84	38,71	41,42
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,26	5,28	5,67	6,82	7,20	9,08	3,01	4,50	4,47	2,59	3,68	1,46	3,63	2,17	4,27
Todas las demás enfermedades	0,38	0,38	0,00	0,38	0,00	0,38	0,75	0,00	0,37	0,00	0,37	0,37	0,00	0,36	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	27,06	29,06	31,02	25,01	21,60	24,20	21,48	15,75	11,93	16,66	9,93	10,59	13,07	9,04	8,11

Fuente: SISPRO – MSPS

Tabla 30. Tasas específicas de mortalidad en niñas, según causas. Antioquia, 2005 – 2019

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	2019
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	23,57	17,38	20,23	14,71	11,13	8,72	8,68	11,38	6,63	6,21	5,40	4,59	2,28	5,69	6,70
Tumores (neoplasias)	4,32	4,74	4,76	4,37	3,58	5,94	4,34	3,53	4,29	3,49	4,24	3,06	3,05	1,52	2,23
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,18	1,98	2,38	1,19	1,19	0,40	1,58	0,79	0,39	0,78	0,00	1,53	1,14	0,38	0,45
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,39	8,69	8,33	9,14	5,96	6,34	5,13	1,57	2,73	7,37	3,86	5,36	3,05	4,17	4,47
Enfermedades del sistema nervioso	8,25	9,48	12,29	9,54	7,55	8,72	9,07	4,32	8,19	2,72	7,33	7,66	3,43	4,93	5,36
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	5,89	5,53	5,16	3,58	8,74	3,17	2,76	3,92	2,73	2,33	4,24	1,53	5,71	2,66	2,23
Enfermedades del sistema respiratorio	43,22	44,65	53,14	47,70	51,28	44,78	44,59	42,38	35,50	31,81	39,35	39,05	35,40	37,17	34,41
Enfermedades del sistema digestivo	3,14	6,32	6,35	2,78	3,97	2,77	1,97	0,79	2,73	3,88	2,31	2,30	2,66	1,14	0,45
Enfermedades del sistema genitourinario	1,96	0,79	1,98	2,38	1,19	1,19	0,39	0,79	0,00	2,33	0,77	1,15	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	111,98	106,68	92,80	110,10	91,38	65,78	70,83	63,19	58,53	69,04	52,44	52,06	63,58	56,14	62,11
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	43,22	44,65	53,14	47,70	51,28	44,78	44,59	42,38	35,50	31,81	39,35	39,05	35,40	37,17	34,41
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,93	7,51	4,76	9,14	5,17	3,96	3,95	2,36	3,12	1,94	2,31	3,45	1,90	1,90	2,23
Todas las demás enfermedades	0,00	0,40	0,40	0,40	0,00	0,00	0,39	0,39	0,00	1,55	1,16	0,38	0,76	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	16,50	21,34	24,99	25,44	19,07	22,59	15,39	12,17	12,88	9,31	11,95	9,57	9,90	7,21	8,04

Fuente: SISPRO – MSPS



Con relación a la semaforización de la mortalidad materno infantil y niñez, se observa, que la tendencia en la razón de la mortalidad materna en Antioquia es a la disminución y en el 2019 esta tasa es inferior al indicador nacional, diferencia estadísticamente significativa.

La mortalidad por desnutrición y por Infección Respiratoria Aguda (IRA), presentan para el Departamento cifras inferiores al país, pero es de anotar, que con relación a la desnutrición, Antioquia presenta un aumento para el 2019, alcanzado una tasa de 2,2 defunciones por 100.000 niños; el comportamiento en el período ha sido fluctuante, con una tendencia marcada a la disminución, 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 2019 una tendencia al aumento con respecto al año anterior, registrando una tasa inferior en el Departamento, pero no estadísticamente significativa.

Tabla 31. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Antioquia, 2005 – 2019

Causa de muerte	Colombia	Antioquia	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019			
Razón de mortalidad materna	50,73	34,20	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘			
Tasa de mortalidad neonatal	6,98	5,70	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗			
Tasa de mortalidad infantil	11,35	8,70	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗			
Tasa de mortalidad en la niñez	13,71	10,67	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗			
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	13,37	10,30	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗			
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	6,65	3,90	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗			
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco	9,25	2,20	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗			

Fuente: SISPRO - MSPS

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se estima que cada año mueren 303.000 gestantes, y puérperas en el mundo, cerca de 7.700 en las Américas, en su mayoría por causas prevenibles. La desigualdad de la mortalidad materna 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 el objetivo de poner fin a la mortalidad materna prevenible (Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Consultado 28 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>). Colombia adaptó los ODS mediante el CONPES 3918 y definió la meta nacional a alcanzar en 2030 a 32 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 3918. Estrategia para la implementación de los Objetivos de

desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>)

La mortalidad materna prevenible es inaceptable, la reducción de la mortalidad materna es una prioridad de las agencias internacionales y debe ser una prioridad de cada territorio. Pese a los progresos alcanzados en el último decenio, se ha visto una reducción lenta en la mortalidad en especial de los territorios más vulnerables y empobrecidos. A partir de esto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud recomienda apoyar en la reducción de las desigualdades, en la calidad y acceso a los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal; lograr una cobertura sanitaria universal efectiva; abordar las causas de mortalidad materna, de morbilidad y de discapacidades conexas; reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad; garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad (Organización Panamericana de la Salud. “La mortalidad materna es inaceptable”: Gina Tambini. [Consultado 28 Oct 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3165:la-mortalidad-materna-es-inaceptable-gina-tambini&Itemid=551).

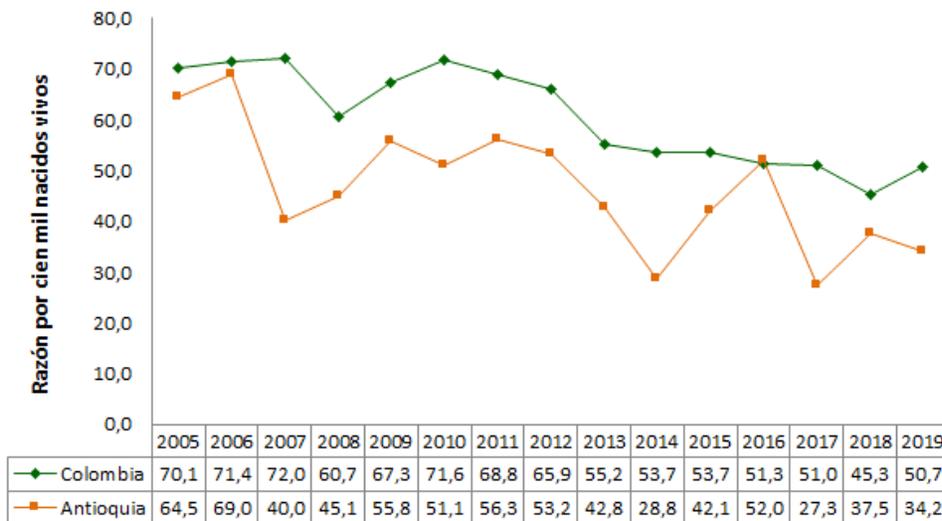
Como se observa, la meta de la mortalidad materna de los ODS ajustada para Colombia y Antioquia no se alcanzó en el año 2019, sin embargo, Antioquia estuvo cerca de lograrla. Se espera que en la próxima década se logren impactar los determinantes sociales de tal manera que se reduzca la mortalidad materna.

En la tendencia de la mortalidad materna en Antioquia en 2005 a 2019, se observa un comportamiento fluctuante; el año con mayor mortalidad materna fue 2006 cuando se presentó una mortalidad de 59 muertes maternas por cada 100.000 nacidos, y el año con menor mortalidad fue 2017 con 27 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Es de aclarar que 2017 fue el único año en el cual se logró alcanzar la meta de ODS. Es importante resaltar que ningún año estuvo por encima de la razón de mortalidad materna nacional.

La mortalidad materna no afecta a todas las subregiones del Departamento de igual manera, situación que puede estar determinada por la variable fecundidad y natalidad presentada en las subregiones, así como por la oportunidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud, además de factores socioculturales. Para el año 2019, la subregión de Magdalena Medio es la que presenta la razón más alta con 84 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, seguida de Urabá con 50 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y occidente con 48 muertes maternas.



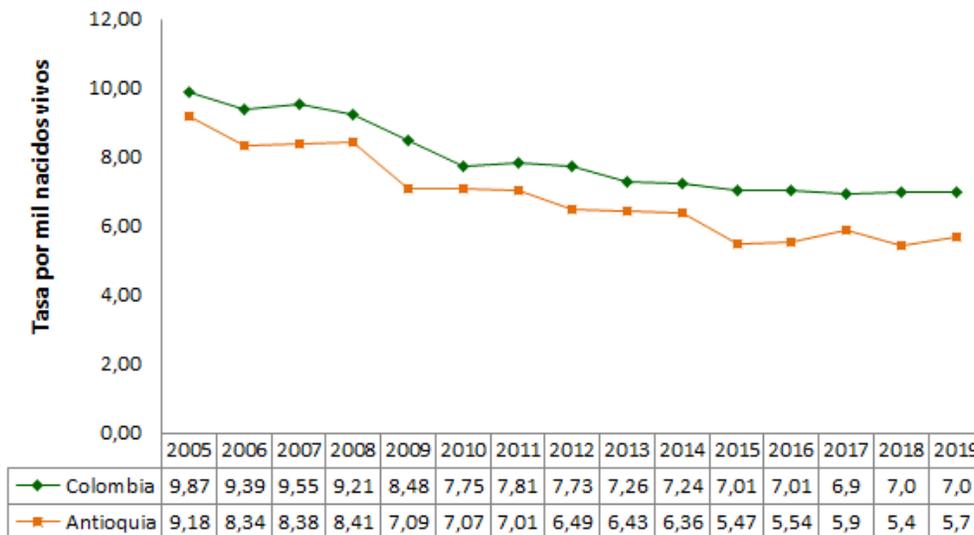
Figura 58. Razón de mortalidad materna. Colombia y Antioquia, 2005 – 2019



Fuente: SISPRO - MSPS

La siguiente figura muestra la tendencia en la mortalidad neonatal entre Colombia y Antioquia. En esta se observa que el Departamento siempre ha estado por debajo del valor nacional, adicionalmente, presentó una reducción marcada durante el período evaluado, cuando se compara la mortalidad del año 2005 al 2019. Sin embargo, en el quinquenio 2015-2019 se observa una tendencia estacionaria. Antioquia en el año 2019, registró una tasa de 5,7 muertes por 1.000 nacidos vivos.

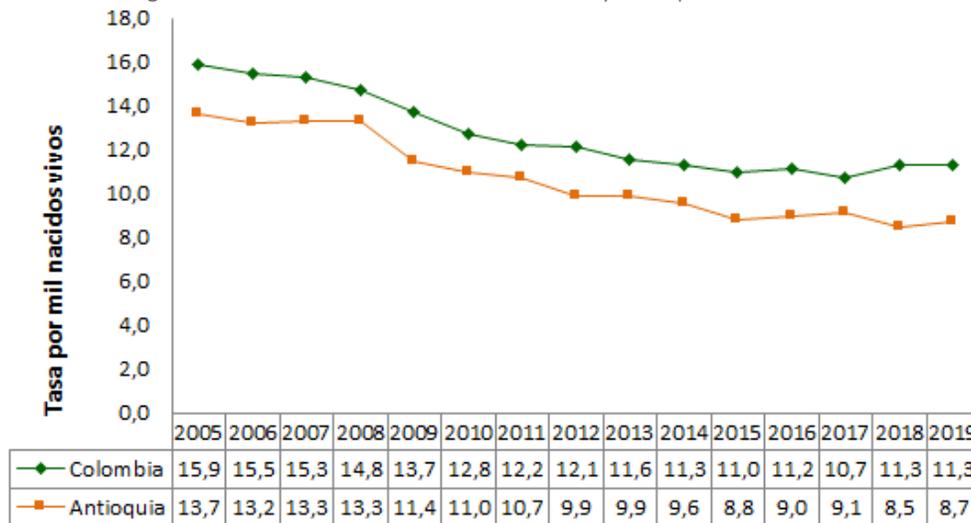
Figura 59. Tasa de mortalidad neonatal. Colombia y Antioquia 2005 – 2019



Fuente: SISPRO - MSPS

La mortalidad infantil presenta tendencia a la disminución, tanto para el país como para el Departamento, evidenciando una tasa más baja en Antioquia, de 8,7 defunciones por 1.000 nacidos vivos en el año 2019.

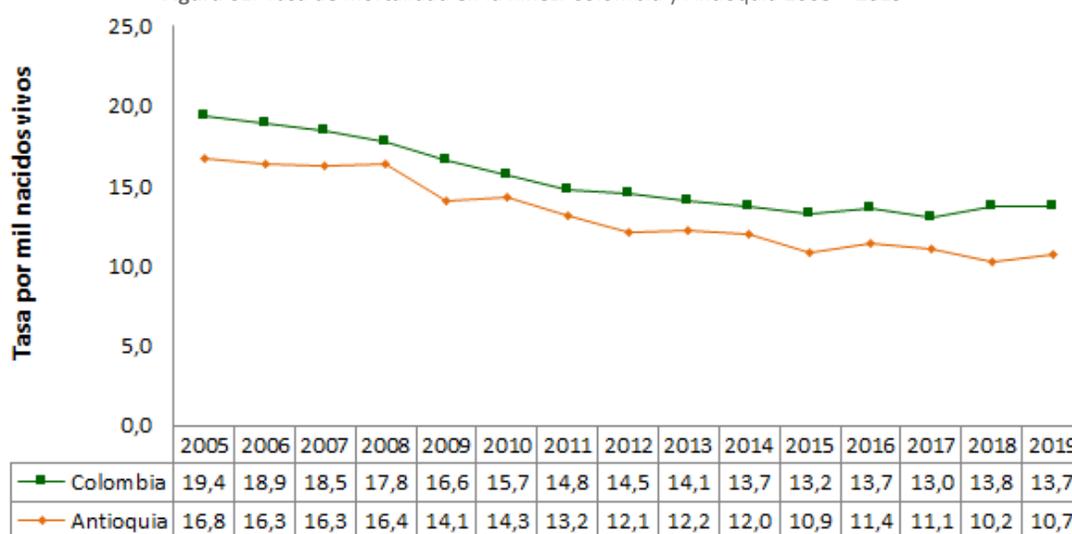
Figura 60. Tasa de mortalidad infantil. Colombia y Antioquia 2005 – 2019



Fuente: SISPRO – MSPS

La mortalidad en la niñez, presenta a través de los años analizados, una tendencia a la reducción, comportamiento que está en concordancia con la información encontrada en la página de la OMS, donde se reporta que, según informe de la Organización de Naciones Unidas, desde el año 2000 “las muertes infantiles se han reducido prácticamente a la mitad y las muertes maternas han disminuido en más de un tercio, principalmente gracias a un mejor acceso a servicios de salud asequibles y de calidad”. En el año 2019 la tasa de mortalidad en la niñez en Antioquia fue de 10,7 defunciones por 1.000 nacidos vivos, 3 defunciones menos por 1.000 nacido vivos en comparación con el país.

Figura 61. Tasa de mortalidad en la niñez. Colombia y Antioquia 2005 – 2019



Fuente: SISPRO – MSPS



Se aprecia en la gráfica la tendencia a la disminución en la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda-EDA, desde el 2005 hasta el 2017, año en el que se evidenció la tasa más baja en el período; en los años 2018 y 2019 se aprecia un cambio en la tendencia con una pendiente positiva.

Dentro de los factores que se han identificado como posibles contribuyentes a esta situación se aprecian: los retrasos tipo 4 relacionados con la prestación de los servicios de salud, la falta en el reconocimiento en los signos de alarma, así como barreras geográficas y económicas.

La tasa de muerte por EDA para el 2019 alcanzó 3,9 muertes por 100.00 menores de 5 años, alta con relación al 2018. La tasa de mortalidad más baja en el período fue de 0,7 por cien mil menores de 5 años en el 2017.

Figura 62. Tasa de mortalidad por EDA. Colombia y Antioquia 2005 – 2019



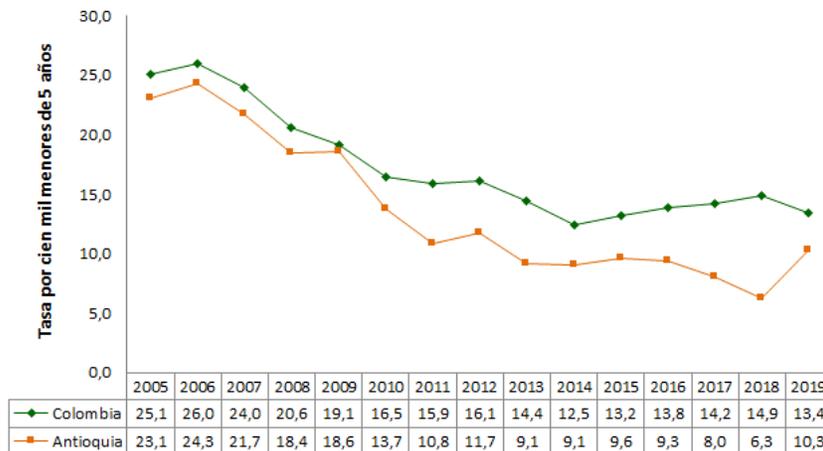
Fuente: SISPRO - MSPS

La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el 2019 en Antioquia presenta un aumento con relación al año 2018, pasando de 6 defunciones por esta causa a 10 fallecimientos por IRA por 100.000 menores de 5 años.

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, así como los determinantes sociales, tales como la pertenencia a grupos étnicos, (indígenas y afros), ser víctima del conflicto; evidencian la vulnerabilidad de los menores de cinco años a morir por estas infecciones, todas estas condiciones son susceptibles de intervenir con estrategias costo - efectivas que pueden reducir en un gran número las muertes en los niños y niñas menores de 5 años.



Figura 63. Tasa de mortalidad por IRA. Colombia y Antioquia 2005 – 2019

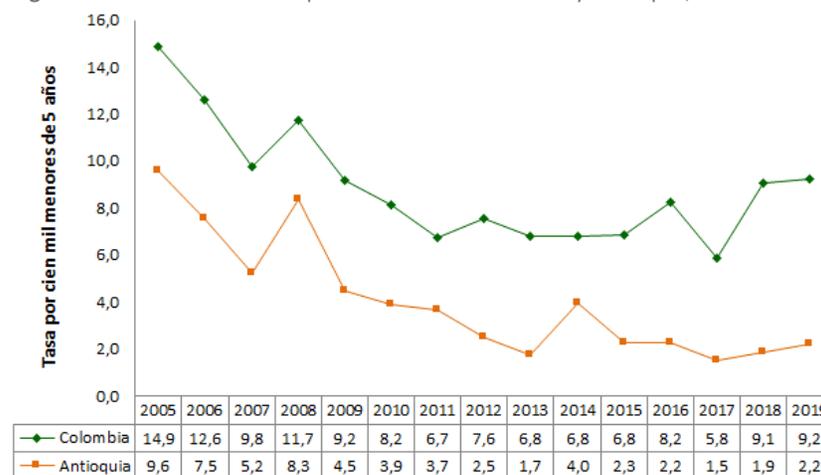


Fuente: SISPRO - MSPS

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, es hacia el descenso, observándose en el año 2019, 13 defunciones menos por 100.000 menores de 5 años, con respecto a lo observado en el año 2005 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.

Figura 64. Tasa de mortalidad por desnutrición. Colombia y Antioquia, 2005 – 2019



Fuente: SISPRO – MSPS



Las defunciones que se presentan por enfermedad respiratoria (IRA), diarrea (EDA) y desnutrición (DNT), patologías prevalentes de la infancia, dan cuenta de la situación de salud y sobrevivencia de los niños y niñas menores de cinco años del territorio.

Las muertes por alguno de estos eventos, son consideradas indicadores de desarrollo clave de los países y reflejan la situación de salud pública de la niñez; como una respuesta a los fallecimientos por estas causas, se han implementado en el país y por consiguiente en el departamento diversas políticas, las cuales buscan garantizar el acceso a una atención en salud, entre otros sectores, para alcanzar el bienestar y desarrollo integral de la población en la primera infancia.

Con base en los hallazgos de las unidades de análisis realizadas en el marco de la vigilancia integrada de la mortalidad en menores de 5 años por IRA, EDA y desnutrición, se han identificado los siguientes factores asociados:

Las tasas más altas de mortalidad se encuentran en los menores de un año, residentes en áreas rurales y afiliados al Régimen Subsidiado. Las subregiones más afectadas siguen siendo Urabá y Bajo Cauca.

Es un factor de riesgo la pertenencia a la comunidad indígena para las mortalidades por EDA y desnutrición. Es común en estos casos la presencia de barreras geográficas, saneamiento básico inadecuado, inseguridad alimentaria, la ausencia de programas de detección temprana y protección específica, entre otros.

Es necesario realizar seguimiento estrecho al cumplimiento de las guías técnicas nacionales por parte de las IPS en los eventos de interés en los menores de 5 años, en el marco de la Resolución 3100 del 2019, donde se promueve que las Instituciones Prestadoras de Salud deben adherirse a la guía a la menor evidencia disponible de la ocurrencia del evento.

El retraso tipo uno, la falta de reconocimiento oportuno por parte de los cuidadores de los signos de alarma, sigue teniendo mucho peso en la mortalidad integrada. La educación a la comunidad, la promoción de la lactancia materna, la prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia, son parte de las obligaciones pendientes de realizar por todos los actores responsables de la salud y bienestar de esta población.

La falta de aseguramiento, la pertenencia al Régimen Subsidiado, la no asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo, esquemas de vacunación incompletos, son factores identificados asociados a la mortalidad en los menores de 5 años.

En las zonas donde se presentan las muertes por desnutrición y EDA, es importante implementar las acciones de saneamiento básico y agua potable a través de alianzas intersectoriales que contribuyan a la mejor calidad del agua y aumentar su cobertura.



Es necesario promover la mejora de la calidad y capacidad técnica de los equipos y promotores rurales, en las áreas más afectadas por el evento en el departamento de Antioquia.

La capacitación al personal de salud, en la valoración del cuadro clínico, el seguimiento de los casos, el tratamiento adecuado y la estabilización del menor antes de la remisión, son fundamentales para impactar positivamente las muertes de los menores.

Se requiere el fortalecimiento en los segundos niveles de atención, en el área de pediatría. La mayoría cuentan con pediatras solo durante el día.

2.1.7. Mortalidad por salud mental

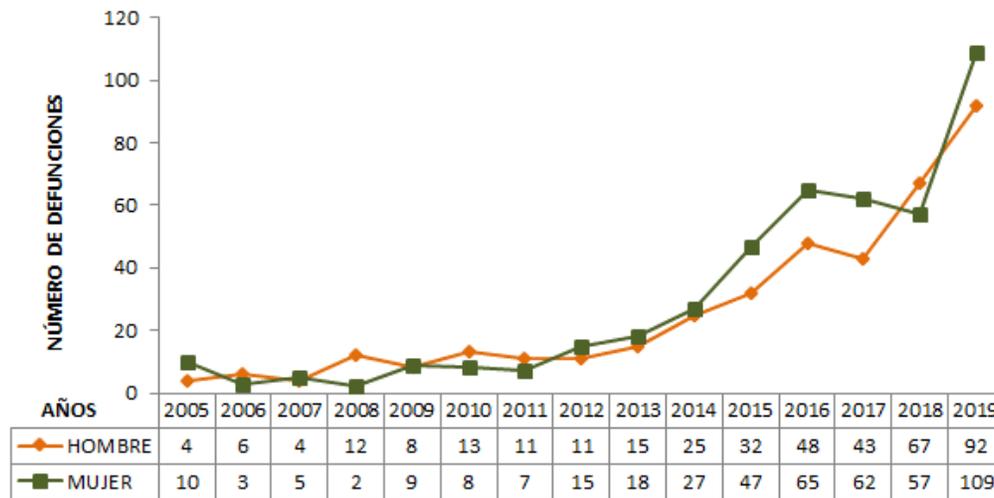
La Organización Mundial de la Salud para el año 2019, ha reportado, que la depresión es una de las principales causas de discapacidad, afectando 264'000.000 de personas, los trastornos mentales se evidencian antes de los 14 años, cerca de 1 de cada 5 adolescentes presenta un trastorno mental, el 10% 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 201 en 2019, 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 quince años evaluados se han notificados 835 fallecidos, de los cuales 47% (391) son hombres y 53% son mujeres (444), 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 ambos grupos poblacionales.

Figura 65. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019

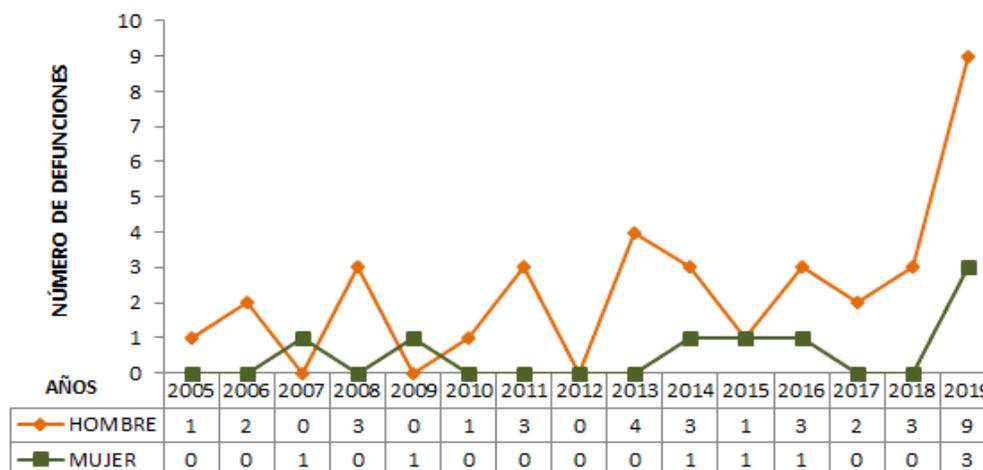


Fuente: SISPRO - MSPS

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, pero pueden estar presentes cuando sucede la defunción.

En total para el período analizado se presentaron 43 muertes por consumo de sustancias psicoactivas, siendo los hombres los que aportan la mayor proporción de defunciones (82%). Llama la atención que el 28% de estas se reportaron en el año 2019; esto puede deberse a un incremento en el número de casos o una mejor caracterización de la causa de la muerte.

Figura 66. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019

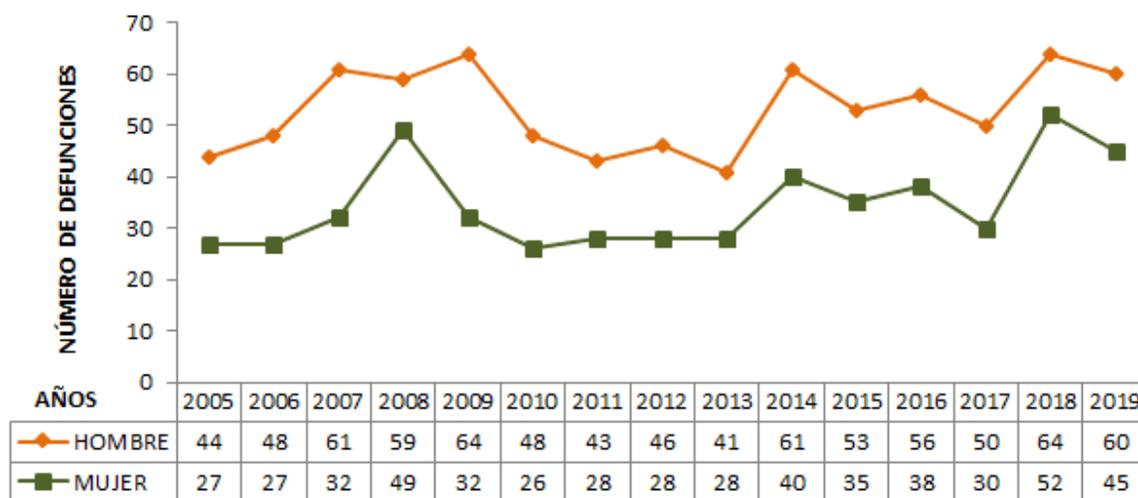


Fuente: SISPRO – MSP



La epilepsia como enfermedad crónica incluida dentro de la salud mental ha presentado 1.315 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 67. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019



Fuente: SISPRO - MSPS

2.1.8. Mortalidad infantil y Necesidades Básicas Insatisfechas

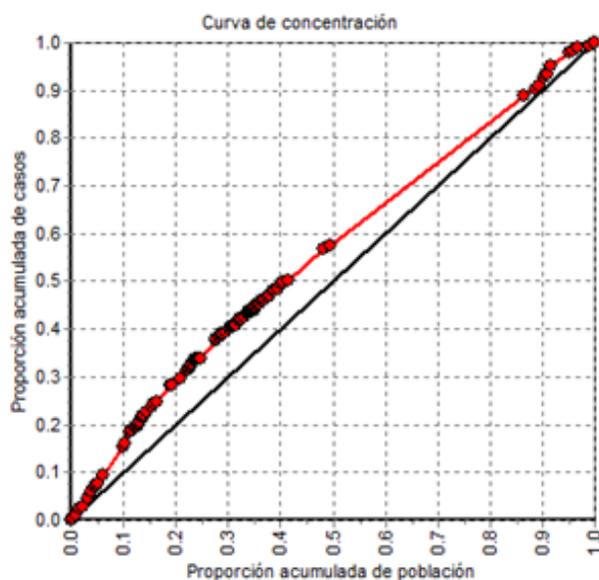
La literatura especializada sostiene que la tasa de mortalidad infantil (TMI), la cual indica el riesgo de muerte para los niños menores de un año, no sólo señala la ocurrencia del fenómeno biológico, sino que sugiere condiciones de vivienda, alimentación, educación, saneamiento ambiental y otros factores que caracterizan el estilo y la calidad de vida de la población. Por lo tanto, dado que la TMI se relaciona con el bienestar y el cuidado general de la atención de la salud, por lo cual 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. (WHO, 2007; The World Bank, 2007; Reidpath y Allotey, 2003). (14).

El índice de concentración del Departamento indica que la mitad de la población con una mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas experimenta aproximadamente el 54% de la mortalidad infantil. Para el año 2019, 94 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.

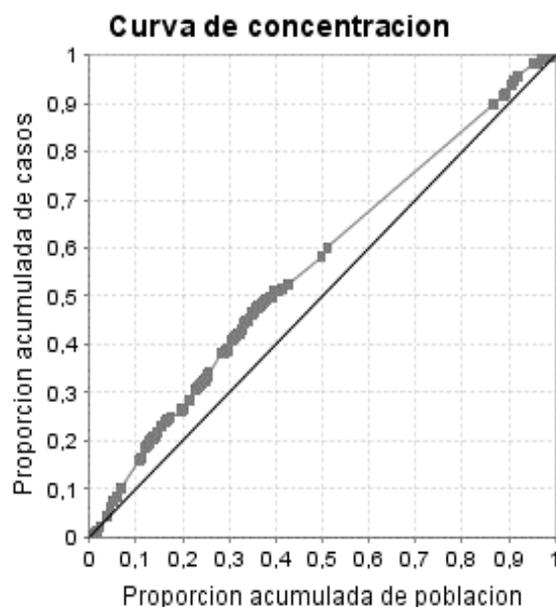
Figura 68. Índice de concentración de la mortalidad infantil vs NBI. Antioquia, 2018-2019

Índice de concentración de la mortalidad infantil vs NBI.
Antioquia, 2018



Fuente: NBI: Ministerio de Salud y Protección Social 2018
Tasa de Mortalidad: SISPRO – MSPS 2018
Nacidos Vivos: DANE 2018

Índice de concentración de la mortalidad infantil vs NBI.
Antioquia, 2019



Fuente: NBI: Ministerio de Salud y Protección Social 2019
Tasa de Mortalidad: SISPRO – MSPS 2019
Nacidos Vivos: DANE 2019

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” (Arnaudo, MF. Desigualdades socioeconómicas y sus implicancias en el estado de salud. Algunos indicadores aplicados a la provincia de buenos Aires. Junio 2015. Estudios Económicos 32(64):101-112. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/351725274_Desigualdades_socioeconomicas_y_sus_implicancias_en_el_estado_de_salud_Algunos_indicadores_aplicados_a_la_provincia_de_Buenos_Aires), 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 factores culturales, sociales, medioambientales, de infraestructura, entre otros, 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" (Arnaudo, MF. Desigualdades socioeconómicas y sus implicancias en el estado de salud. Algunos indicadores aplicados a la provincia de Buenos Aires. Junio 2015. Estudios Económicos 32(64):101-112. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/351725274_Desigualdades_socioeconomicas_y_sus_implicancias_en_el_estado_de_salud_Algunos_indicadores_aplicados_a_la_provincia_de_Buenos_Aires).

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 mayor prevalencia de morbilidad y mortalidad (Dallolio, 2012; Wagstaff, 2002).

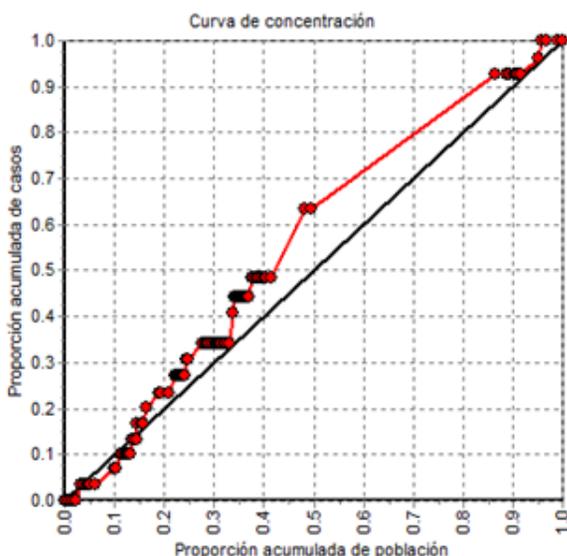
La relación entre las desigualdades de salud de la población y los factores socioeconómicos, pueden valorarse a partir de diversos indicadores que intentan captar el efecto de la situación socioeconómica sobre las condiciones de salud o su impacto, tanto en términos relativos como absolutos. (Berkman y Kawachi, 2000).

En Antioquia, durante el 2019, se presentaron 25 casos de muerte materna en 16 de los 125 municipios del 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 2019, se puede observar que alrededor del 74% 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 12,8% de los municipios del Departamento.

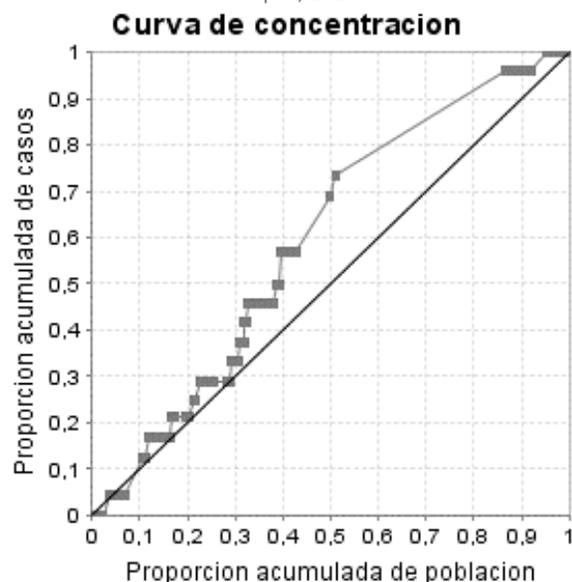
Figura 69. Índice de concentración de la mortalidad Materna vs NBI. Antioquia, 218-2019

Índice de concentración de la mortalidad Materna vs NBI.
Antioquia, 2018



Fuente: NBI: Ministerio de Salud y Protección Social 2018
Tasa de Mortalidad: SISPRO – MSPS 2018

Índice de concentración de la mortalidad Materna vs NBI.
Antioquia, 2019



Fuente: NBI: Ministerio de Salud y Protección Social 2019
Tasa de Mortalidad: SISPRO – MSPS 2019

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).

2.1.8.2.1. Mortalidad Materna y necesidades básicas insatisfechas

La mortalidad materna, es un evento influenciado por las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud de las mujeres, en un esfuerzo por acercarse a estas condiciones de vida, se realiza el análisis de la mortalidad materna con relación a la proporción de Necesidades Básicas Insatisfechas-NBI, aunque esta medición no da cuenta de las condiciones de vida en su totalidad, si puede considerarse una medición indirecta de calidad de vida. A partir de lo anterior, se describen los siguientes indicadores:

El cociente de tasas extremas: La mortalidad materna es 1,32 veces más alta en los municipios con una mayor proporción de NBI que en los municipios con menor NBI.

El cociente ponderado de tasas extremas: Los municipios con mayor porcentaje de NBI tiene 85 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos que los municipios con un menor porcentaje de NBI

Las diferencias de tasas extremas ponderadas: Los municipios con mayor proporción de NBI presenta 9,8 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos que los municipios con menor proporción de NBI

El riesgo atribuible poblacional: Si todos los municipios tuvieran la misma proporción de NBI, que el observado en los municipios con mejor indicador, se reduciría la mortalidad materna en 4,49 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

El riesgo atribuible poblacional relativo: Si todos los municipios del departamento de Antioquia, tuvieran la misma proporción de NBI, que los municipios con el mejor índice, las muertes maternas se reducirían en un 12,8%.

Mortalidad Infantil y Necesidades Básicas Insatisfechas

Para el análisis de las desigualdades, la población se agrupa en quintiles de población, 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.

El Riesgo Atribuible Poblacional (RAP),

Si todos los municipios tuvieran el mismo porcentaje de NBI, que el observado en los municipios con mejor indicador, se reduciría la mortalidad infantil en 1,62 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

El cociente de tasas extremas: la mortalidad infantil es 1,8 veces más alta en los municipios con mayor porcentaje de NBI que en aquellos con menor porcentaje.

El Cociente ponderado de tasas extremas: al evaluar la tasa de mortalidad infantil, en los municipios con menor proporción de NBI, se presentan 21% menos muertes que en los municipios con mayor proporción de NBI. Los municipios con mayor porcentaje de NBI tiene 0,69 muertes infantiles más por cada 1000 nacidos vivos que los municipios con menor porcentaje de NBI (ajustado por el tamaño poblacional de cada grupo).

Tabla 32. Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI. Antioquia, 2019

Índice	RMM	TMI
Cociente de tasas extremas	1,32	1,84
Cociente ponderado de tasas extremas	0,15	0,21
Diferencia de tasas extremas	9,8	6,09
Diferencia ponderada de tasas extremas	1,11	0,69
Riesgo atribuible poblacional	4,49	1,62
Riesgo atribuible poblacional relativo	12,82	18,31

Fuente: DANE - SISPRO – MSPS

2.1.9 Determinantes estructurales

2.1.9.1 Etnia y área de residencia.

En las razones de mortalidad materna en población étnica, se identificó un descenso de 83,2 puntos de 2018 a 2019 en las defunciones en afrocolombianos. Llama la atención que la población indígena no reporta razones de mortalidad materna en 2018 ni en 2019, situación que puede deberse a un subregistro debido al no diligenciamiento de la variable etnia en el certificado de defunción o a la ausencia de la certificación de estas defunciones cuando ocurren en comunidades rurales. La muerte de mujeres que se autorreconocen en alguna etnia, requiere la reflexión sobre el fortalecimiento de abordajes integrales y diferenciales, priorizando a las poblaciones rurales y rurales dispersas debido a su mayor vulnerabilidad social.

En la mortalidad neonatal, para el año 2019, con respecto al 2018, se evidencia una disminución de 15,3 puntos en el riesgo de morir, durante los primeros 28 días, en la población indígena. Es necesario analizar estas cifras con cautela debido a que es históricamente conocido el marcado subregistro que existe en la morbilidad y mortalidad de esta población, debido entre otras razones a las barreras geográficas, económicas, culturales y de orden público que restringen el acceso a los servicios de salud occidental. De igual manera, en población afrodescendiente también se encontró reducción en la mortalidad en 2,3 puntos. Es necesario insistir que a pesar de observar cifras hacia el descenso es necesario fortalecer los 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.

En 2019, se observa un descenso en la razón de la mortalidad materna en la cabecera municipal y un marcado aumento en el área rural, predominando el riesgo en centros poblados. Una vez más, se corrobora que el área de residencia habitual, se comporta como un determinante importante para la ocurrencia de la muerte materna.

Para la mortalidad neonatal se evidencia un discreto aumento en todas las áreas de residencia. Para el año 2019, se presentó la tasa de mortalidad más alta en el área rural dispersa.



168

Tabla 33. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal por etnia. Antioquia, 2018 – 2019

Etnia	2018	2019	Cambio	Resumen gráfico	
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos					
Indígena	0	0	0	Indígena	0
Rom (gitano)	0	0	0	Rom (gitano)	0
Raizal (San Andrés y providencia)	0	0	0	Raizal (San Andrés y...)	0
Palenquero de san basilio	0	0	0	Palenquero de san basilio	0
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	144	60,4	-83,2	Negro, mulato,...	143,6
Otras etnias	34,7	33,8	-0,8	Otras etnias	34,7
No reportado	0	0	0	No reportado	0
Total general	37,5	34,2	-3,3		
Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos					
Indígena	26,3	10,9	-15,3	Indígena	26,3
Rom (gitano)	0	0	0	Rom (gitano)	0
Raizal (San Andrés y providencia)	0	0	0	Raizal (San Andrés y...)	0
Palenquero de San Basilio	0	0	0	Palenquero de San Basilio	0
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	7,2	4,8	-2,3	Negro, mulato,...	7,2
Otras etnias	5,2	5,6	0,4	Otras etnias	5,2
No reportado	0	0	0	No reportado	0
Total general	5,4	5,7	0,2		

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

Tabla 34. Indicadores de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Antioquia, 2018 – 2019

Área	2018	2019	Cambio	Resumen gráfico	
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos					
Cabecera	33	26,7	-6,39	Cabecera	33 26,7
Centro Poblado	47,8	71,7	23,89	Centro Poblado	47,8 71,7
Área rural dispersa	54	55,6	1,59	Área rural dispersa	54 55,6
Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos					
Cabecera	5,2	5,2	0,06	Cabecera	5,2 5,2
Centro Poblado	5,3	6,9	1,67	Centro Poblado	5,3 6,9
Área rural dispersa	6,5	7,1	0,59	Área rural dispersa	6,5 7,1

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

2.1.10 Situación del COVID-19 debido al virus SARS_COV2



2.1.10.1 Epidemiología del SARS-COV-2 Cronología de una pandemia

En diciembre del 2019, China reporta los primeros casos de infección por neumonía de origen desconocido, con un aumento exponencial que rápidamente se convierte en un brote, y solo hasta el 3 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), advierte al mundo la existencia de estos casos con alta transmisibilidad, rápida diseminación y un alto potencial para impactar al mundo.

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 el 7 de marzo del 2020, la OMS categoriza la COVID-19 como una pandemia y lo clasifica como una ESPII.

Con corte a 31 de diciembre del 2021 el número acumulado de casos confirmados en el mundo asciende a 288.221.881 y unos 14,9 millones de fallecimientos asociados al evento entre el 1 de enero del 2020 y el 31 de diciembre del 2021, según la OMS, para el año 2020 se presentaron 83.729.226 casos confirmados y 1.880.374 fallecimientos.

En relación a Colombia para el año 2020 se notificaron un total de 1.814.208 casos confirmados de COVID-19 y un total de 51.170 fallecimientos, mientras que para el año 2021 se reportaron 3.566.159 casos positivos y 80.346 muertes por COVID-19, esto representa un acumulado en los dos años de la pandemia para el país de 5.380.367 casos confirmados de COVID-19 y 131.516 fallecimientos asociados al evento.

La actual pandemia de COVID19 en estos dos años logro extenderse a más de 200 países. 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, es decir aquellos 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.

2.1.10.2 Caracterización de casos y pruebas diagnósticas

Durante los dos primeros años de pandemia (marzo de 2020 a diciembre de 2021), en Antioquia se realizaron un total de 4.138.712 pruebas entre RT-PCR y antígeno y se presentó una positividad acumulada del 19,7%. En el 2021 se diagnosticaron un total de 2.902.299 personas y la positividad



acumulada fue de 18,4%, es decir que en el en 2021 se presentó un aumento del 134% en las pruebas realizadas con respecto al 2020.

En el año 2021, un total de 535.604 personas fueron positivas para COVID-19, representando una tasa de incidencia sin ajustar de 7.958,16 por cada 100.000 habitantes. En comparación con los casos presentados en el año 2021 se observó un incremento de 89,8% con respecto al 2020, donde se notificaron un total de 282.182 personas positivas

Tabla 35. Indicadores epidemiológicos para COVID 19 en Antioquia, 2020 a 2021

Indicadores	Total	2020	2021
Número de pruebas	4.138.712	1.236.413	2.902.299
Porcentaje de positividad	19,7	22,8	18,4
Número de casos positivos	817.786	282.182	535.604
Incidencia por 100.000 habitantes	12.057,1	4.159,0	7.896,7
Número de personas recuperadas	798.411	275.788	522.623
Proporción de personas recuperadas	97,6	97,7	97,6
Número de hospitalizados	45.492	15.936	29.556
Proporción de casos hospitalizados en UCI	32,2	32,6	31,9
Proporción de casos hospitalizados en sala general	67,8	67,4	68,1
Número de casos fallecidos	17.142*	5.479**	11.663***
Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes	254,70	81,4	173,3
Porcentaje de letalidad	2,1	1,9	2,1

*En total 2233 fueron positivos; sin embargo, no fallecieron por COVID 19

**915 fueron positivos; sin embargo, no fallecieron por COVID 19

*** 1318 fueron positivos; sin embargo, no fallecieron por COVID 19

Fuente: Base Reporte INS

La distribución de los casos positivos, señaló que la curva de COVID-19 es de tipo propagada, y que durante 2020 a 2021 en el departamento se presentaron seis picos, indicando un mayor número de casos presentados en dichos periodos de tiempo, estos picos estuvieron comprendidos en los siguientes meses: durante el 2020, el primero se presentó en Julio del 2020 y el segundo entre finales de septiembre y finales de octubre del 2020.

El tercer pico inició desde mediados de diciembre de 2020 y se extendió hasta finales de enero de 2021; posteriormente se observó un descenso en el número de casos, sin embargo desde mediados del mes de marzo de 2021 hasta finales del mes de abril se presentó el cuarto aumento y en menos de un mes se reportó el quinto pico, estableciéndose desde mayo hasta inicios del mes de agosto; durante septiembre hasta mediados de diciembre la transmisión fue baja, momento en el que se notificaron 345 casos en promedio al día; Finalmente, en los últimos quince días de diciembre se observó el sexto pico en la notificación de positivos, relacionándose con la identificación de la circulación de la variante Ómicron en el departamento. Se resalta que, en la evolución de la pandemia en Antioquia, cada pico fue mayor al anterior y así sucesivamente.

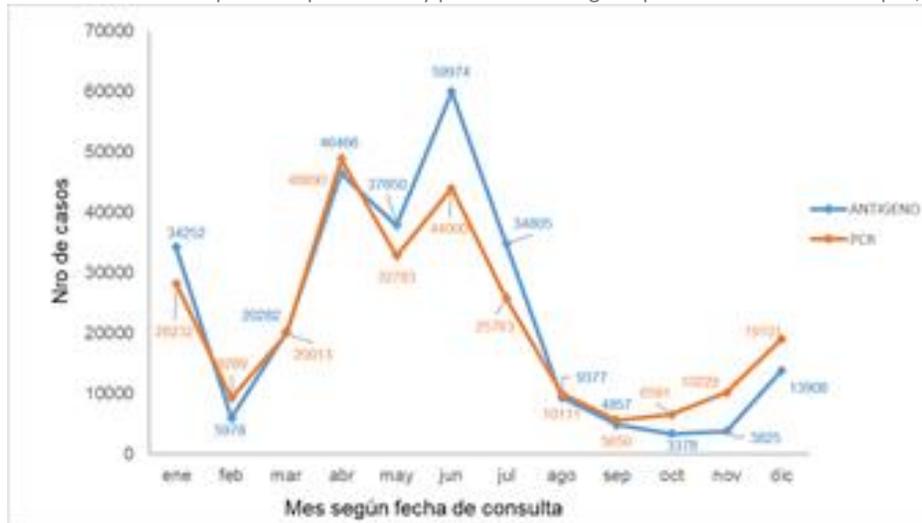
Figura 70. Evolución de casos por COVID 19 según fecha de inicio de síntomas en Antioquia, 2021.



Fuente: Base Reporte INS

En relación al tipo de técnica empleada para el diagnóstico de los casos de COVID-19 durante el 2021, un total de 274.952 (51,0%) casos fueron diagnosticados por antígeno y 260.652 (49,0%) por reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) y en los meses de junio, abril y mayo se observó el mayor número de personas positivas, en estos meses respectivamente las pruebas positivas identificadas fueron en total de 95.356, 70.633 y 103.974. En junio, se presentó el mayor porcentaje (19,4%) de personas diagnosticadas como positivas, especialmente a través de antígeno.

Figura 71. Número casos positivos por RT-PCR y pruebas de antígeno para COVID-19 en Antioquia, 2021



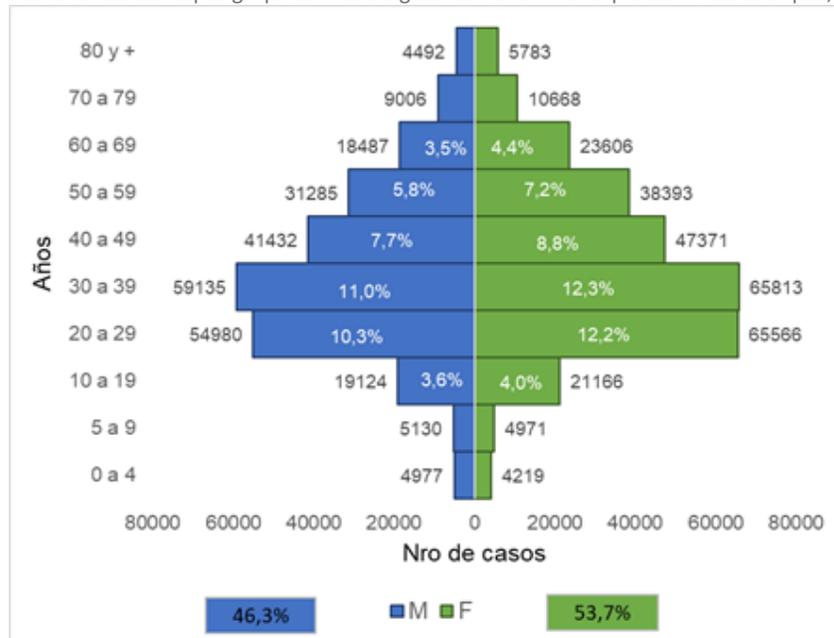
Fuente: Base Reporte INS

Al analizar características como el sexo y la edad de las personas positivas por COVID 19, se encontró un promedio de edad de 38,7 años con una desviación estándar de $\pm 17,6$ años, el 50%

de las personas presentó una edad de 38 años y la edad ubicada en 28 años, representó el mayor porcentaje de casos, en este sentido el grupo de edad entre los 20 a 39 años representó el 45,8% de los infectados. En cuanto al máximo de edad alcanzada, esta fue de 111 años y un mínimo de 0 años.

En relación al sexo se observó que el 53,7% correspondieron a mujeres, consolidándose en los diferentes grupos de edad un mayor número de casos con respecto a los hombres, excepto en menores de 10 años donde se presentó un mayor número de infectados en los hombres, sin embargo, la diferencia es de un punto porcentual con respecto a las mujeres.

Figura 72. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos positivos en Antioquia, 2021

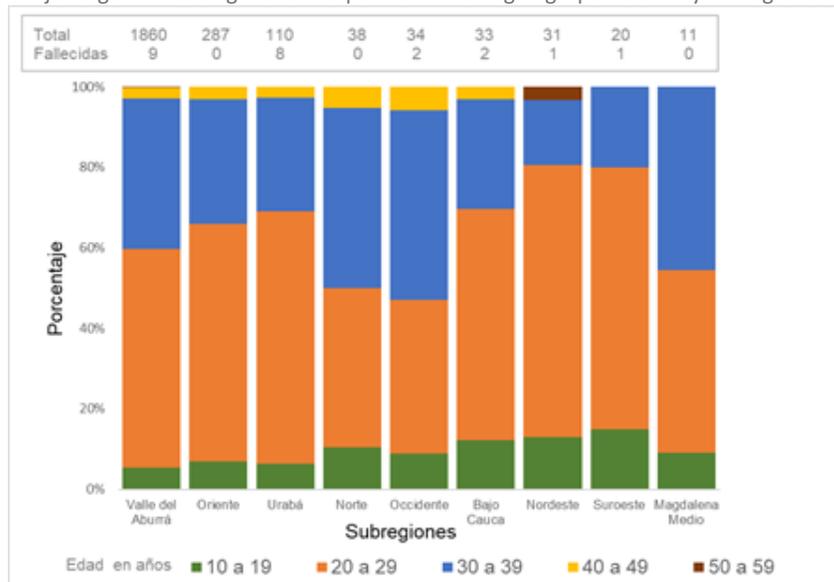


Fuente: Base Reporte INS

Uno de los grupos especiales evaluados son las gestantes, donde se identificaron un total de 2.424 mujeres infectadas, la edad promedio fue de 28,1 años con una desviación estándar de $\pm 5,9$ años y el rango de edad estuvo comprendido entre los 12 a 55 años, durante el 2021, fallecieron 23 gestantes por COVID-19, lo que representó un porcentaje de letalidad del 0,94%. El 39,1% y 34,8% de las muertes fueron cargadas al Valle de Aburrá y Urabá respectivamente.

Se observó que la subregión del Valle de Aburrá presentó el mayor número de casos, donde 1.860 gestantes fueron infectadas, seguido de Oriente con 287 y Urabá con 110 casos, en relación a las subregiones se presentó una mayor participación de las mujeres en los grupos de edad entre los 20 a 29 años, excepto en subregiones como Norte y Occidente donde hubo un mayor predominio del grupo de edad entre los 30 a 39 años.

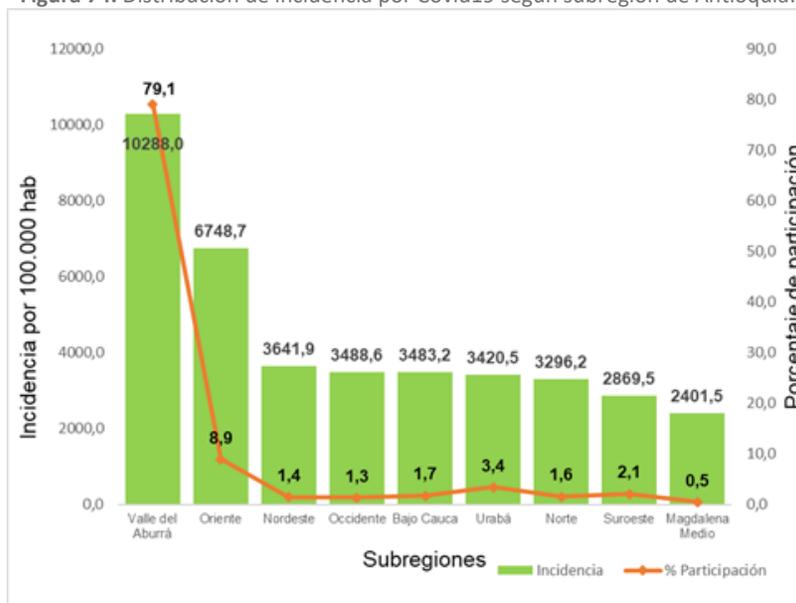
Figura 73. Porcentaje de gestantes diagnosticadas por COVID 19 según grupo de edad y subregión de Antioquia, 2021.



Fuente: Base Reporte INS

En el departamento según la incidencia de casos, subregiones como el Valle de Aburrá y el Oriente presentaron una tasa de incidencia sin ajustar de 10.288,0 y 6.748,7 casos por cada 100.000 habitantes, y en cuanto al total de personas diagnosticadas, el valle de Aburrá aportó el 79,1% de los casos, mientras que el Oriente tuvo un porcentaje de participación del 8,9% y subregiones como Urabá y Suroeste presentaron un porcentaje del 3,4% y 2,1% respectivamente, sin embargo la tasa de incidencia fue menor en ambas regiones.

Figura 74. Distribución de incidencia por Covid19 según subregión de Antioquia.



Fuente: Base Reporte INS



A través de la vigilancia epidemiológica del evento se caracterizaron para el año 2021 un total de 230.041 personas relacionadas según fuente de contagio y de estos casos 5.566 personas estuvieron relacionados por haberse contagiado en una situación de conglomerado “brote”, de esta forma en el departamento se identificaron un total de 765 conglomerados, donde las empresas, las instituciones de salud, instituciones educativas y los centros de protección presentaron porcentajes de 58,2%, 11,4 %, 11,0% y 10,3 % respectivamente configurándose como las instituciones que aportaron el mayor porcentaje de situación de brote. En cuanto a los casos fallecidos los centros de protección aportaron el 43,3% de los casos, lo cual expone el riesgo de morir cuando se trata de población adulta mayor.

Finalmente, el muestreo a contactos establecidos dentro de los cercos epidemiológicos fue mayor en empresas seguido de instituciones educativas donde se tomaron un total de 7.422 y 3.171 pruebas respectivamente.

Tabla 36. Caracterización de los conglomerados por COVID 19 identificados en Antioquia, 2021

Tipo Conglomerado	Conglomerados		Casos positivos		Fallecidos		Muestras Tomadas	% Positividad
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	
Empresa	445	58,2	2738	49,2	6	6,2	7422	39,3
Institución de salud	87	11,4	547	9,8	4	4,1	1424	7,5
Institución educativa	84	11,0	474	8,5	1	1,0	3171	16,8
Centro de protección	79	10,3	781	14,0	42	43,3	2767	14,6
Población carcelaria	29	3,8	483	8,7	5	5,2	2126	11,2
Comunitario	11	1,4	319	5,7	39	40,2	1460	7,7
FFMM	11	1,4	108	1,9	0	0,0	262	1,4
Otros	9	1,2	73	1,3	0	0,0	110	0,6
Policia	6	0,8	28	0,5	0	0,0	57	0,3
Indígena	3	0,4	14	0,3	0	0,0	94	0,5
Comunidad religiosa	1	0,1	1	0,0	0	0,0	10	0,1
Total, general	765	100	5566	100	97	100	18903	100

Fuente: Base reporte – Sala análisis del riesgo para Covid19 de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia. Base Reporte INS

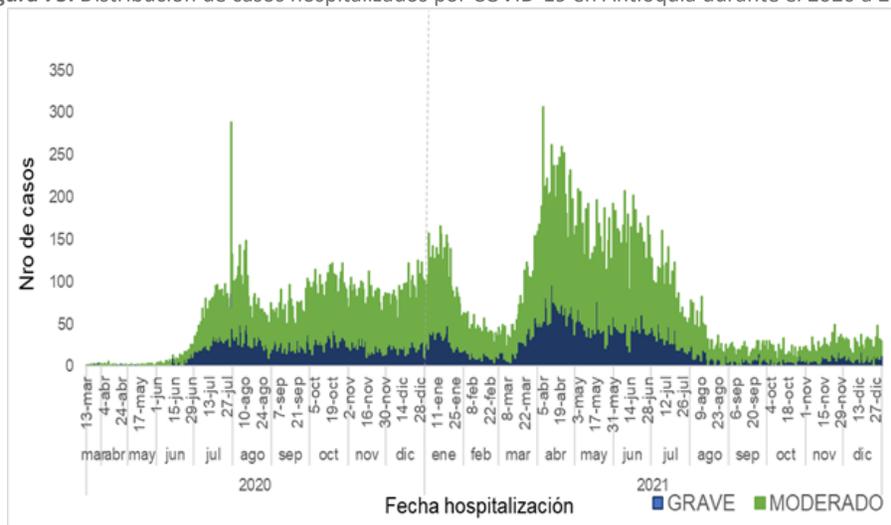
2.1.10.3 Caracterización casos hospitalizados por COVID -19.

De los 817.786 casos confirmados durante 2020 a 2021, 45.492 pacientes (5.56%) requirieron ser hospitalizadas, y en el 2021 el total de personas que requirió del servicio fue de 29.556, presentándose un aumento del 85,5% con respecto al 2020, en relación al tipo de servicio requerido el 68,1% fue atendido en hospitalización general y 31,9% en UCI (Tabla 1).

Según la evolución de los casos que ingresaron a hospitalización en 2021 pudo observarse que, durante mediados de marzo a finales de julio, fue el periodo donde se registraron el mayor número de atenciones tanto en hospitalización general como en UCI, equivalente al 44,5% de los casos. También, es importante señalar que los casos hospitalizados finalizando diciembre no aumentaron en la misma proporción que los casos leves. En cuanto, al comportamiento diario de los casos

hospitalizados desde el mes de agosto hasta finalizar diciembre, se mantuvo en un promedio de 26 casos con una desviación estándar de $\pm 12,7$.

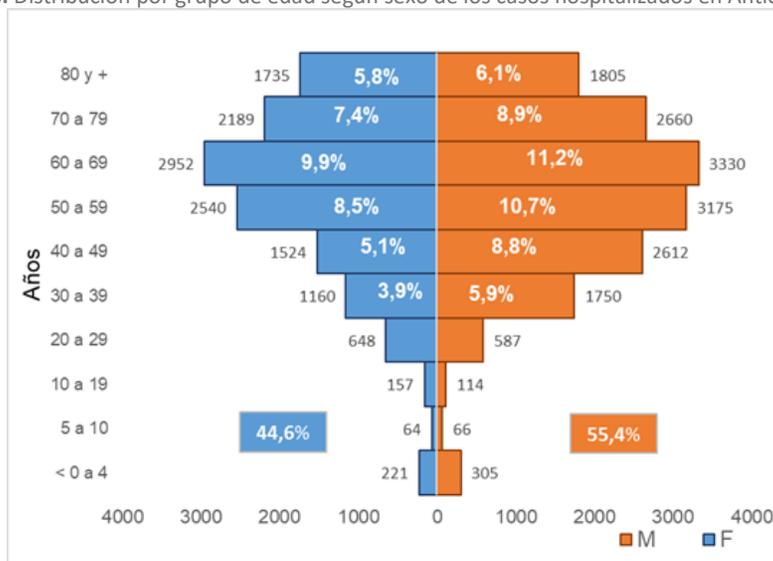
Figura 75. Distribución de casos hospitalizados por COVID-19 en Antioquia durante el 2020 a 2021.



Fuente: Base Reporte INS

Según las variables de sexo y edad de los pacientes hospitalizados por COVID-19, se observó un mayor número de hombres con un 55,4% de casos hospitalizados en relación a las mujeres. Con referencia a la edad, se obtuvo un promedio de 57,6 años con una desviación estándar $\pm 18,9$, el grupo de 60 años o más aportó el 49,3% de los casos seguido de las personas entre 50 a 59 años de edad quienes aportaron el 19,2%.

Figura 76. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos hospitalizados en Antioquia, 2021



Fuente: Base Reporte INS

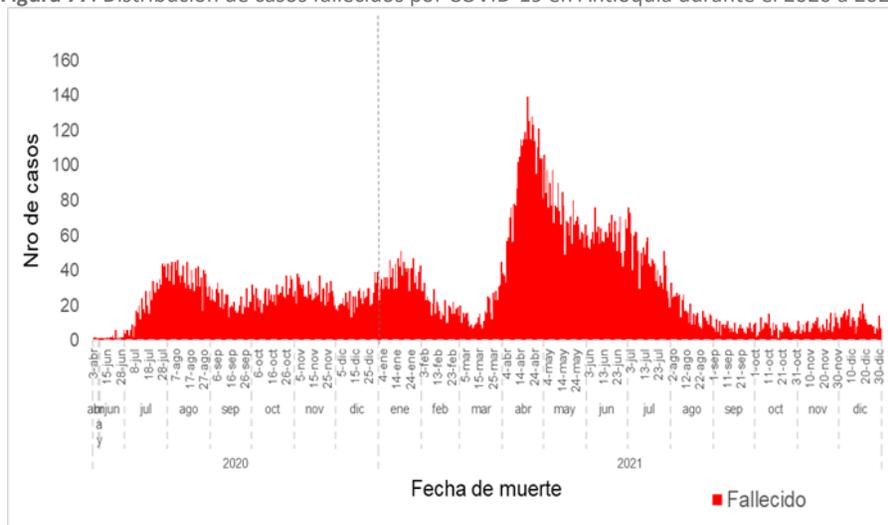
2.1.10.4 Mortalidad por COVID-19

Para el análisis de mortalidad la fuente utilizada corresponde a los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud (INS), en este sentido se hace la aclaración que no se tuvo en cuenta el reporte del DANE dado que el reporte oficial del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para este evento tiene como fuente al INS.

Antioquia ha acumulado un total de 17.142 personas fallecidas por COVID 19, de las cuales 11.663 (68,0%) ocurrieron durante el 2021, la tasa de mortalidad fue de 254,70 por cada 100.000 habitantes y una letalidad de 2.1%. En relación al año 2021, la tasa de mortalidad fue 173,3 por cada 100.000 habitantes mientras que en el 2020 fue de 81,4 por cada 100.000 habitantes. El porcentaje de letalidad fue de 2,1% en 2021 y de 1,9 % en el 2020 (Tabla 1).

El 2021 inició tanto con aumento de casos, personas hospitalizadas y fallecimientos por COVID-19, en el mes de enero se presentaron un total de 1.157 personas fallecidas para el departamento con un promedio de 37,3 y una desviación estándar de $\pm 6,9$. Posteriormente se observó un descenso gradual de la mortalidad, estabilizándose en un promedio de 16 fallecidos por día. Sin embargo, en la segunda quincena del mes de marzo se evidenció un ascenso en el número de fallecidos, en esta ocasión se alcanzó un pico máximo de 139 fallecidos el 19 de abril. Desde inicios de mayo hasta julio de 2021, se observó un descenso constante en la mortalidad diaria por COVID-19, para el segundo semestre los casos se estabilizaron en un promedio de 10,17 con una desviación estándar de $\pm 5,6$.

Figura 77. Distribución de casos fallecidos por COVID-19 en Antioquia durante el 2020 a 2021.

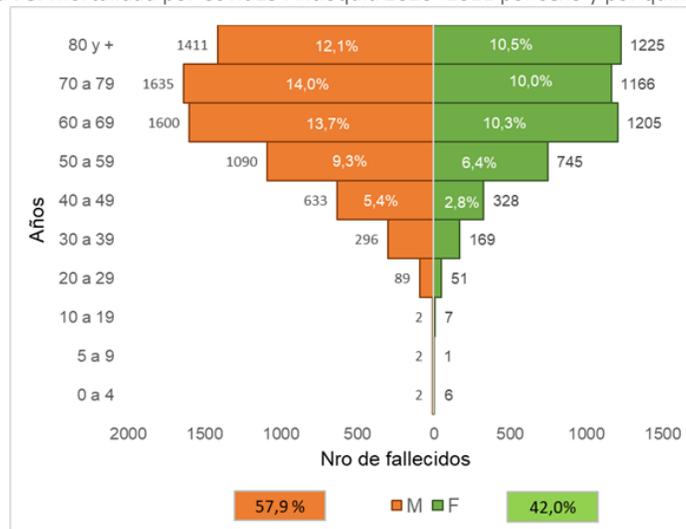


Fuente: Base Reporte INS

Para el 2021 se continuó observando una mayor mortalidad en los hombres, el 57,9% de los fallecidos pertenecieron al sexo masculino. El grupo poblacional más afectado ha sido el de la vejez, que corresponde a los mayores de 60 años que acumulan un 70,6%, seguido del grupo entre 15 y

50 a 59 años con un porcentaje de 15,7%. Los niños y los jóvenes han tenido poca participación en la mortalidad y generalmente se ha observado cuando hay presencia de comorbilidades asociadas. Finalmente, la población que se encuentra entre 60 y 79 años ha sido la que más ha aportado a la mortalidad.

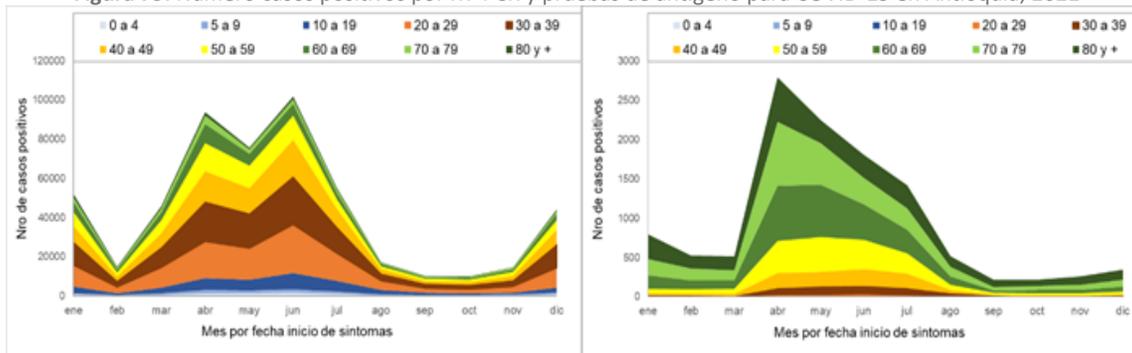
Figura 78. Mortalidad por Covid19 Antioquia 2020 -2021 por sexo y por quinquenios



Fuente: Base Reporte INS

En relación a la edad, si bien se observó un mayor número de fallecidos en los grupos mayores de 60 años, fueron los grupos de edad entre los 20 a 49 años quienes aportaron la mayor carga de morbilidad en relación a la transmisión

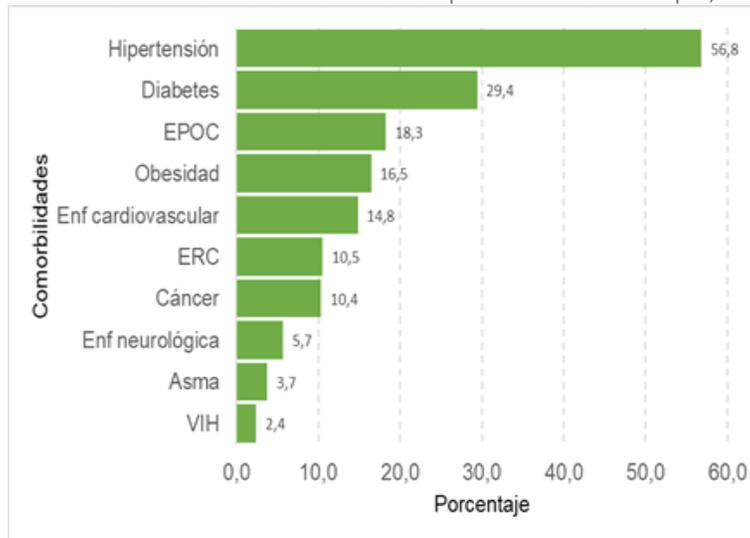
Figura 79. Número casos positivos por RT-PCR y pruebas de antígeno para COVID-19 en Antioquia, 2021



Fuente: Base Reporte INS

Además de la edad, la existencia de comorbilidades es un factor relevante en la mortalidad por COVID 19, encontrando que el 84,5% de los fallecidos presentaba alguna comorbilidad asociada, entre las cuales sobresalen la hipertensión arterial presente en el 56,8% de los casos, la diabetes en el 29,4%, la EPOC y la obesidad en el 18,3% y 16,5%; en muchos de los casos se encontró la combinación de varias enfermedades.

Figura 80 Comorbilidades asociadas a la mortalidad por COVID 19 en Antioquia, 2021.

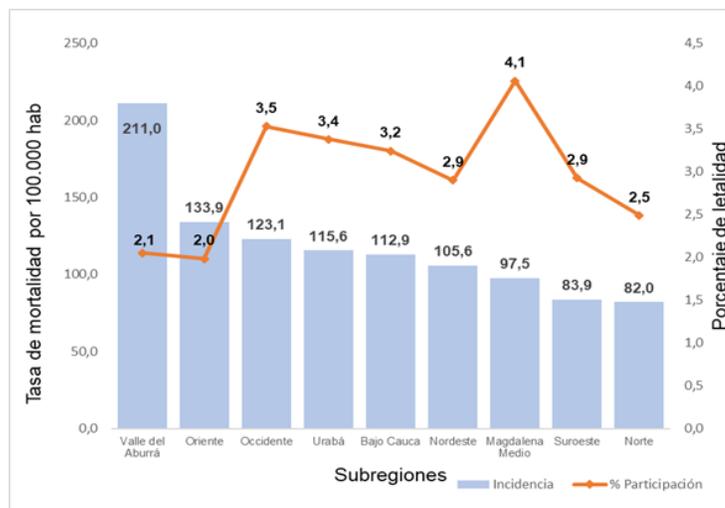


Fuente: Base Reporte INS

La letalidad en Antioquia incrementó para el 2021 a 2,1% con un rango de variación entre regiones que va del 2,2% en la subregión Oriente al 4,1% en la región del Magdalena Medio, en esta última Subregión se observó la mayor letalidad para el departamento, seguido de subregiones como Occidente, Urabá y Bajo cauca en donde la letalidad se ubicó por encima del 3% (Figura 12).

La región que presenta la tasa más alta de mortalidad es Valle de Aburrá con 211,0 fallecidos por cien mil habitantes, 43,7 fallecidos más que la tasa del departamento. Las demás regiones han presentado tasas de mortalidad inferior a la tasa departamental siendo Norte y Suroeste las de menores tasas (82,0 y 83,9 fallecidos por 100.000 habitantes, respectivamente).

Figura 81. Letalidad de COVID 19 por regiones en Antioquia 2021



Fuente: Base Reporte INS

2.1.1 Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno - infantil

Tabla 37. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil del departamento de Antioquia, 2020

Mortalidad	Prioridad	Antioquia	Colombia	Tendencia	Grupos de Riesgo	PROBLEMA IDENTIFICADO 2020- PROYECTO
				2005 a 2018	(MIAS)	
General por grandes causas*	1. Enfermedades del sistema circulatorio	143	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	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
	7. Causas externas: Agresiones (homicidios) (en hombres)	65,5	46,7	Decreciente	012	Problema 15
	8. Causas externas: Accidentes de tránsito	13	14,3	Estable	012	Problema 31
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones del período 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

En el año 2019, el 63% de las defunciones se presentaron en la subregión de Valle de Aburrá, cabe anotar que este comportamiento está relacionado con la alta concentración de la población en esta subregión.

Durante el último año del análisis, Suroeste y Magdalena medio con 5,7 y 5,6 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente, exhibieron las tasas más altas de mortalidad en el departamento.

La primera causa de mortalidad en el Departamento desde el año 2005 hasta el año 2019, corresponde al grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, con tasas que oscilaron durante el período evaluado, entre 171 defunciones por 100.000 habitantes en 2005 y 132 casos por 100.000 en 2019; la enfermedad isquémica del corazón es el padecimiento que genera el mayor número de estas muertes.



En segundo lugar, como causa de mortalidad general aparece el grupo de las demás causas, en éste la enfermedad pulmonar obstructiva es el padecimiento con la tasa más alta, 33,2 defunciones por 100.000 habitantes.

Al comparar las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres podemos observar dos diferencias importantes:

Primero, si bien es cierto que el grupo de enfermedades del sistema circulatorio es el que genera más fallecimientos en ambos grupos, las tasas en los hombres son más altas que en las mujeres, observándose 46 fallecimientos más en hombres, por esta causa en el año 2019.

En segundo lugar, en ambos grupos aumentaron los fallecimientos por causas externas pero el impacto es muy diferente, pues por cada mujer que falleció por causas externas en el año 2019, fallecieron 6 hombres por esta misma causa.

Identificando las AVPP como indicador de mortalidad prematura, se observa que el 30% (201.620) de dicha mortalidad en el año 2019, es atribuido a causas externas. En segundo lugar, aparecen las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo las neoplasias con un 20% las que aportan más AVPP, las demás causas y las enfermedades del sistema circulatorio generaron cada una, el 19% del total de AVPP en el último año evaluado.

Los hombres aportan el 62% de todos los AVPP, equivalentes a 413.357 años perdidos durante el año 2019, lo que significa que ellos tienen más riesgo de morir prematuramente que las mujeres, por causas como el homicidio, los accidentes de transporte terrestre y suicidio.

En el grupo de enfermedades transmisibles la tasa más alta de mortalidad fue por infecciones respiratorias, con una tasa 18 casos por 100.000 habitantes en 2019.

La mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal, durante el período evaluado, ha sido la primera causa de mortalidad en el grupo de menores de un año, no obstante, se observa tendencia a la disminución, generando en 2019, cinco (5) muertes por 100.000 menores de un año.

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 9,3 muertes por 100.000.

Las tasas de mortalidad materna y muerte por desnutrición en menores de 5 años en Antioquia, para el año 2019, fueron menores que las tasas nacionales y esa diferencia fue estadísticamente significativa.

En general durante el período evaluado se observó una disminución en la muerte por IRA, EDA y desnutrición en menores de cinco años, en el departamento; no obstante, en el año 2019, se observó un incremento en la mortalidad por IRA y EDA en este grupo poblacional.



2.2. Análisis de la morbilidad

Según la definición de morbilidad de la real academia de la lengua, ésta se refiere a “Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población”. Mientras que la OMS la define como: “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar”.

Para conocer de forma adecuada el estado de salud de la población y generar indicadores acordes a la realidad del país, es necesario avanzar en un sistema de información que permita la trazabilidad del paciente y que se pueda identificar las atenciones de primera vez, para poder realizar el cálculo adecuado de las tasas de incidencia y prevalencia de las patologías que afectan a la población, debido a lo anterior en el análisis de morbilidad, solo se puede hablar de utilización de servicios de salud por parte de la población y no de las enfermedades que originan la atención y por las cuales se ve afectada en mayor proporción dicha población.

Solo se habla de número de consultas por una enfermedad, debido a la forma como se registran las atenciones en los servicios de salud, pues en el registro individual de prestación de servicios de salud, se consigna el número de veces que un usuario consulta por la misma causa y no la atención única por cada patología. Evidenciándose además problemas de calidad del dato, lo que se soporta, en que un 13% de las consultas corresponden a signos y síntomas mal definidos, cifra que equivale a 20.977.629 consultas durante el período analizado; 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.

En esta descripción se analizará la morbilidad agrupada por sexo y curso de vida, cuya fuente de datos son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud– RIPS.

2.2.1. Morbilidad atendida.

Durante el período de análisis 2009-2020 los Antioqueños han realizado un total de 161.781.228 atenciones en salud, de las cuales, el 61,2% se presentaron en las mujeres, con una relación de hombre mujer de 0,63 a 1, lo que significa que por cada mujer que asistió a los servicios de salud, lo hicieron 0,63 hombres. siendo un hecho conocido que las mujeres asisten en mayor proporción a los servicios de salud. 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 y la percepción de la enfermedad.



Las mujeres tienen una necesidad objetiva de servicios de salud mayor que los hombres. Además de los problemas que comparten con ellos, 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.

El 67,9% de consultas se presentaron por enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales están determinadas por múltiples factores de riesgo, entre los que se destacan hábitos alimentarios no saludables, con alto contenido en grasas saturadas, azúcares y sal y la baja ingesta de frutas y verduras, la inactividad física, consumo de tabaco y exceso de alcohol. Lo que sugiere que el departamento de Antioquia debe priorizar en sus programas y proyectos acciones de educación a la comunidad, las cuales deben estar focalizadas en hábitos alimenticios saludables y campañas que conduzcan a la disminución del consumo de licor y cigarrillo y aumento de la práctica de actividad física. En segundo lugar, se ubicaron los signos y síntomas mal definidos con 13% seguidas de condiciones transmisibles y nutricionales 11,6%, lesiones 5,7% y condiciones materno perinatales 1.8% respectivamente.

2.2.1.1. Principales causas de consulta por ciclo vital

Analizando el uso de servicios de salud desde el enfoque de ciclos de vida, las atenciones en los servicios de salud en el departamento de Antioquia durante el período de análisis se concentraron en los adultos de 29-59, aportando un 42,9% del total, situación que puede ser explicada por la amplitud del rango en este ciclo vital, además porque en este grupo de edad empiezan a tener un mayor impacto las enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que los adultos mayores utilizaron los servicios de salud en un 23,6% durante el período de análisis, porcentaje que estuvo determinado por la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles en este rango de edad, la cual oscila entre un 80,4% y 83,6% del total de patologías presentadas en los adultos mayores.

Teniendo en cuenta esta línea de comportamiento en las consultas, la primera causa en todos los grupos de edad son las enfermedades no transmisibles con 109.924.834 y porcentajes que van aumentando proporcionalmente a medida que aumenta la edad, impactando en mayor grado a los adultos mayores. Para los demás grupos de patologías no existe un comportamiento generalizado en los diferentes ciclos de vida, mientras que en primera infancia e infancia en segundo lugar se ubicaron las condiciones transmisibles y nutricionales con porcentajes que fluctúan entre 10,7 y 44,2%, los signos y síntomas mal definidos se ubican en segundo lugar para el resto de ciclos vitales presentando porcentajes de 7,6 hasta 17,6, situación que amerita una revisión por parte del departamento porque esta situación denota graves problemas de calidad del dato, lo que puede impactar negativamente en la salud y la vida del paciente al cual no se le realiza un diagnóstico adecuado por parte del personal de salud.



Las lesiones impactaron en mayor medida a los adolescentes y presentan aumento en todos los grupos de edad para 2020, con respecto al 2019.

En condiciones maternas perinatales los ciclos de vida juventud y adultez demandaron en mayor proporción los servicios de salud por este grupo de eventos.

Desde el año 2016, las consultas presentaron tendencia al aumento hasta el 2019, mientras que para el año 2020 se presentó una reducción del 37,5 en el número de consulta, es decir que por cada consulta realizada en el último año del período de análisis se presentaron 1,6 consultas en el año anterior.

Durante el período de análisis, los eventos mórbidos por los que han consultado principalmente los antioqueños descartando los signos y síntomas mal definidos (13%), corresponden en su orden a los eventos cardiovasculares (16%) y las enfermedades musculoesqueléticas (11%), dentro los eventos relacionados con enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta el número de consultas en todos los grupos de eventos de la lista corta de clasificación internacional de enfermedades, estos dos grupos de patologías también ocuparon los primeros lugares con porcentajes de 11,5 y 7,5. Respecto a las condiciones transmisibles y nutricionales, las enfermedades infecciosas y parasitarias (5,3%) y las infecciones respiratorias figuraron con los mayores porcentajes de consulta. Entre el grupo de lesiones, los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, tuvieron predominio en el número de consultas para este grupo. Finalmente, en las condiciones materno - perinatales, las condiciones maternas aportaron la mayor proporción de consultas.

Comparativamente se evidencia un comportamiento fluctuante en la variación porcentual de 2019 a 2020, presentando algunas disminuciones de las consultas 2019 – 2020, debido a que pueden ser múltiples los factores por los cuales ocurre esta reducción se deben realizar estudios para determinar la Concordancia entre RIPS con la historia clínica del paciente, para poder determinar las causas que influyeron en dicha disminución.

Tabla 38. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo de vida. Antioquia 2009-2020

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

Fuente: SISPRO - RIPS

2.2.1.2 Principales causas de morbilidad en hombres

En los hombres se evidencia un comportamiento similar al observado en la población general, con una mayor proporción de consultas para las enfermedades no transmisibles, las cuales fueron aumentando a medida que aumenta la edad; en el año 2020, el 81,35% 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 2019 y 2020, se puede observar una disminución de 9,51 en la proporción de consultas por enfermedades transmisibles y nutricionales

en la primera infancia y en los jóvenes de 3,75. En la primera infancia aumentan las consultas por lesiones y entre los adultos mayores aumentan las consultas por enfermedades no transmisibles.

Tabla 39. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en hombres. Antioquia, 2009 –2020

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

Fuente: SISPRO – RIPS

2.2.1.3 Principales causas de morbilidad en mujeres

Durante el período evaluado en las mujeres se evidencia una disminución de las consultas por enfermedades transmisibles y nutricionales en todos los ciclos vitales con mayor impacto en las niñas menores de 5 años, al pasar de 31,38% en 2019 a 21,93% en 2020, lo que representa una disminución de 9,45 puntos. En contraste con un aumento en las condiciones perinatales las cuales aportaron un 3,4% en 2019 y un 8,7% en 2020 en este mismo ciclo de vida. Es importante resaltar que las condiciones maternas y perinatales presentan tendencia al aumento en todos los ciclos de vida excepto en las mujeres adultas mayores en las cuales se evidencia una disminución de 0,01 puntos.

Tabla 40. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en mujeres. Antioquia, 2009 –2020



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

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

2.2.2 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 y algunas otras consecuencias de causas externas.

2.2.2.1 Condiciones transmisibles y nutricionales

Los habitantes del departamento de Antioquia, durante el período de análisis, realizaron un total de 18.692.366 para este grupo de enfermedades, lo que equivale al 11,6% del total de consultas de 2009-2020, las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron las que mayor impactaron en las atenciones, registrando porcentajes entre 60,7 y 68,6, con un aumento de 3,77 para el 2020, con respecto al año anterior, mientras que para las infecciones respiratorias que se ubicaron en el segundo lugar se presentó un disminución de 4,6.

Evaluando el comportamiento general de las enfermedades transmisibles y nutricionales, en el último año del período evaluado la principal causa de consulta de este grupo, se debe a enfermedades infecciosas y parasitarias, las cuales presentaron un aumento de 6,39 puntos con respecto al año anterior, situación que puede estar determinada, por la mala calidad del agua principalmente en el área rural de algunos municipios del departamento de Antioquia y las condiciones higiénico-sanitarias de algunas viviendas en ciertos territorios del departamento, lo que debe generar una alerta a las autoridades departamentales, para que en los proyectos y programas que se implemente a futuro se incluyan acciones que impacten en forma positiva estos factores de riesgo.

Analizando el comportamiento por sexo, en los hombres, se observa que, si bien las infecciones respiratorias prevalecen durante el período de análisis, en los últimos 3 años del período observado, los antioqueños consultaron en mayor proporción por enfermedades infecciosas y parasitarias, con 57,28% del total de consulta en el año 2020.

Las mujeres del departamento de Antioquia, durante el período de análisis, realizaron mayor uso de servicios de salud, debido a las infecciones respiratorias, generando más impacto en la consulta general por esta patología que los hombres, seguido de enfermedades infecciosas y parasitarias, con un 45,3% en el año 2020 y una disminución de 4,5 con respecto al 2019.



Tabla 41. Distribución porcentual de condiciones transmisibles y nutricionales. Antioquia 2009 – 2020

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total												Δ pp 2020-2019	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias	41,44	46,16	43,24	44,84	44,09	44,76	46,44	47,96	44,52	45,52	46,47	52,86	6,39	
	Infecciones respiratorias	55,91	51,54	54,45	52,85	52,99	52,20	50,45	49,31	52,50	51,11	50,00	42,73	-7,27	
	Deficiencias nutricionales	2,64	2,30	2,31	2,51	2,92	3,04	3,12	2,73	2,98	3,36	3,52	4,41	0,89	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres												Δ pp 2020-2019	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias	43,57	48,49	46,13	48,00	47,45	48,76	50,04	52,21	48,96	49,87	50,99	57,28	6,29	
	Infecciones respiratorias	54,59	49,93	52,29	50,44	50,57	49,26	47,86	46,00	48,93	47,79	46,65	40,12	-6,53	
	Deficiencias nutricionales	1,84	1,59	1,57	1,56	1,98	1,98	2,10	1,79	2,11	2,34	2,36	2,60	0,24	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres												Δ pp 2020-2019	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00- B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00- B99, G00, G03-G04, N70-N73)	39,76	44,25	40,89	41,82	41,33	41,41	43,58	44,40	40,77	41,88	42,54	48,56	6,01	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	56,96	52,86	56,20	54,87	54,97	54,66	52,50	52,08	55,51	53,90	52,92	45,27	-7,65	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,28	2,89	2,91	3,30	3,70	3,93	3,92	3,52	3,71	4,22	4,54	6,17	1,63	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

2.2.2.2 Condiciones maternas perinatales

Durante el período evaluado (2009-2020), se presentaron 2.907.134 atenciones, por condiciones maternas perinatales, lo que equivale al 1,8% del total de consultas. Siendo las condiciones maternas las de mayor impacto en este subgrupo de causas, con proporciones que fluctuaron entre 81,2% y 87,4 y una disminución de 2,74 en el 2020, con respecto al año anterior

Entre hombres y mujeres se presenta un comportamiento diferente en las subcausas, las mujeres aportan el 92,3% de consultas en las condiciones maternas, mientras que, para los hombres, la principal causa de consulta fueron las condiciones derivadas del período perinatal, aportando el 97,7%, en el último año de estudio.

Tabla 42. Morbilidad específica en condiciones maternas – perinatales. Antioquia 2009 – 2020

		Total														
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ pp 2020-2019	Tendencia	
		Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas (O00-O99)	86,54	84,78	86,38	86,32	85,10	81,23	82,30	86,60	86,47	85,21	87,38	84,65	-2,74
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	13,46	15,22	13,62	13,68	14,90	18,77	17,70	13,40	13,53	14,79	12,62	15,35	2,74		
		Hombres														
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ pp 2020-2019	Tendencia	
		Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas (O00-O99)	4,78	6,11	3,29	3,26	1,79	1,15	0,88	1,13	2,01	2,28	2,41	2,35	-0,05
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	95,22	93,89	96,71	96,74	98,21	98,85	99,12	98,87	97,99	97,72	97,59	97,65	0,05		
		Mujeres														
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ pp 2020-2019	Tendencia	
		Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas (O00-O99)	91,85	90,62	92,34	92,19	90,90	87,60	89,28	93,22	93,06	92,24	93,56	92,30	-1,26
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	8,15	9,38	7,66	7,81	9,10	12,40	10,72	6,78	6,94	7,76	6,44	7,70	1,26		

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

2.2.2.3 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, con 67,9% del total de consultas, lo que equivale a 109.924.849 atenciones, con una tendencia fluctuante en el tiempo. En el año 2019 se registró el mayor número de consultas por estas patologías con 15.619.541 atenciones en salud y una disminución del 40,1% para el 2020, con respecto al año anterior.

En este subgrupo de enfermedades las cardiovasculares registraron la mayor proporción de consultas aportando durante el período de análisis el 16,9%, de las consultas generales, pasando de 16,2% en 2019 a 20,9 en 2020, lo que representa un aumento de 4,7 puntos, seguido de las enfermedades músculo- esqueléticas 14,6%, y condiciones orales 12,3%, las cuales disminuyeron en 4,97 puntos en 2020, con respecto al año anterior.

En el análisis por sexo, se evidencia que el mayor impacto en las consultas por las patologías crónicas, lo aportaron las mujeres en las cuales el 69,4% de atenciones en salud fueron por estas enfermedades, con una relación de 1:2 es decir que por cada consulta por enfermedades que no corresponden al grupo de crónicas, se realizaron 2 consultas correspondientes a las enfermedades crónicas, mientras que la relación hombre mujer es de 1:1,7, lo que significa que por cada hombre que utilizó los servicios de salud debido a enfermedades no transmisibles, lo hicieron 1,7 mujeres.

Tabla 43. Morbilidad específica en enfermedades no transmisibles. Antioquia 2009 – 2020

		Total													Δ pp 2020-2019	Tendencia
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,16	1,43	1,46	1,96	1,66	1,80	2,14	2,03	2,02	1,97	2,14	3,09	0,88		
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,98	1,10	1,19	1,34	1,22	1,23	1,28	1,24	1,18	1,22	1,28	1,35	0,07		
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,72	3,51	3,90	3,06	3,02	3,11	3,15	3,65	3,96	3,93	4,11	5,20	1,07		
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,08	5,19	5,61	6,07	5,63	5,44	5,25	5,47	5,59	5,99	6,09	6,19	0,40		
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,68	6,74	6,54	7,17	7,25	7,43	8,19	8,83	8,42	9,30	9,64	10,75	1,43		
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,40	7,87	7,09	7,02	7,58	6,92	7,77	7,87	7,85	7,19	6,99	6,85	-0,14		
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	18,63	19,21	18,53	15,50	16,44	16,66	14,90	14,67	16,31	16,17	16,24	20,91	4,88		
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,94	5,47	5,33	5,07	4,84	4,47	4,37	4,48	4,79	4,64	4,26	4,47	0,21		
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,86	6,68	6,30	6,67	6,47	6,25	6,05	6,13	5,90	6,06	6,11	6,03	-0,08		
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	12,33	11,24	10,77	11,38	11,20	11,24	11,03	10,73	10,81	10,89	10,70	10,49	-0,21		
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,49	5,93	5,85	5,78	5,70	5,38	5,14	5,33	5,29	5,33	5,13	4,81	-0,52		
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13,07	12,61	12,96	13,81	13,83	14,27	14,73	15,69	16,02	16,01	15,44	13,68	-1,86		
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,45	0,48	0,48	0,56	0,59	0,55	0,61	0,61	0,56	0,55	0,55	0,53	-0,02		
Condiciones orales (K00-K14)	11,20	12,54	13,97	14,59	14,58	15,24	15,41	13,26	11,29	10,76	11,29	5,74	-5,55			
		Hombres													Δ pp 2020-2019	Tendencia
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,25	1,50	1,55	2,10	1,82	1,98	2,29	2,21	2,19	2,13	2,35	3,42	1,08		
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,72	0,81	0,87	0,98	0,90	0,92	0,96	0,94	0,86	0,91	0,93	1,04	0,10		
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,97	3,78	4,22	3,33	3,07	3,22	3,22	3,73	4,07	4,15	4,38	5,56	1,19		
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,64	3,78	3,96	4,32	4,03	3,93	3,73	3,90	4,02	4,27	4,41	4,27	-0,14		
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,02	6,47	6,10	6,91	7,25	7,55	8,41	8,84	8,41	9,51	9,75	11,02	1,23		
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,70	8,81	7,75	7,63	8,20	7,46	8,12	8,35	8,43	7,69	7,47	7,17	-0,30		
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	18,36	18,85	18,69	15,86	16,16	16,29	14,67	14,72	16,39	16,40	16,69	21,51	4,88		
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7,68	6,93	6,49	6,13	6,04	5,44	5,34	5,45	5,89	5,61	5,05	5,04	-0,01		
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,50	6,48	6,21	6,62	6,45	6,29	6,10	6,30	6,14	6,33	6,41	6,49	0,08		
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	7,17	7,12	7,31	8,13	7,54	7,57	8,09	8,15	8,16	8,33	8,40	9,33	0,69		
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	8,03	7,18	6,93	6,76	6,72	6,27	5,89	6,06	6,03	5,99	5,73	5,26	-0,47		
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13,80	12,81	13,16	13,87	14,06	14,65	14,75	15,61	15,79	15,66	14,88	12,92	-1,95		
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,58	0,59	0,58	0,66	0,73	0,68	0,75	0,74	0,68	0,67	0,67	0,61	-0,06		
Condiciones orales (K00-K14)	13,59	14,90	16,19	16,69	17,04	17,76	17,67	15,00	12,93	12,36	12,87	6,35	-6,52			
		Mujeres													Δ pp 2020-2019	Tendencia
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,11	1,39	1,40	1,87	1,56	1,69	2,06	1,92	1,92	1,87	2,01	2,88	0,88		
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,12	1,26	1,39	1,57	1,41	1,41	1,46	1,43	1,37	1,40	1,50	1,55	0,65		
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,59	3,36	3,71	2,89	2,99	3,05	3,10	3,60	3,90	3,79	3,95	4,96	1,07		
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,87	6,00	6,61	7,16	6,56	6,35	6,14	6,41	6,51	7,02	7,14	7,43	0,29		
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,04	6,90	6,81	7,34	7,25	7,37	8,06	8,82	8,42	9,17	9,57	10,58	1,09		
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,69	7,34	6,70	6,64	7,22	6,60	7,57	7,58	7,51	6,89	6,69	6,64	-0,35		
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	18,78	19,41	18,44	15,28	16,60	16,88	15,03	14,64	16,27	16,03	15,96	20,53	4,88		
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,99	4,65	4,64	4,42	4,14	3,89	3,79	3,89	4,14	4,07	3,77	4,10	0,33		
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,05	6,79	6,36	6,70	6,48	6,23	6,02	6,03	5,76	5,89	5,93	5,74	-0,19		
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	15,14	13,58	12,84	13,39	13,33	13,43	12,76	12,28	12,37	12,43	12,14	11,24	-0,90		
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,65	5,21	5,20	5,18	5,11	4,84	4,69	4,89	4,85	4,94	4,76	4,52	-0,24		
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,68	12,50	12,85	13,77	13,69	14,04	14,72	15,73	16,16	16,23	15,78	14,01	-1,78		
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,38	0,41	0,42	0,49	0,51	0,48	0,52	0,53	0,49	0,48	0,48	0,48	0,00		
Condiciones orales (K00-K14)	9,90	11,20	12,64	13,30	13,14	13,74	14,07	12,22	10,33	9,79	10,31	5,34	-4,57			

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS



2.2.2.4 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.

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.

Las patologías bucodentales se encuentran entre las principales causas de consulta, son consideradas un problema de salud pública por su alta prevalencia e impacto en los individuos y en la sociedad, en nuestro Departamento para el año 2020 ocupa el 8 lugar en la morbilidad específica de las enfermedades no transmisibles.

Morbilidad bucodental

El componente de salud bucal sigue siendo un aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población, su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad, por los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

Las patologías bucales más prevalentes en el mundo, así como en nuestro departamento, son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales.

Los resultados de los estudios de carga mundial de morbilidad, en cuanto a las patologías orales no han cambiado significativamente, es una constante en los países de ingresos medios y bajos,



que las patologías orales tengan un aumento en su prevalencia. Las causas continúan siendo las mismas, 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, distribución desigual de los profesionales de la salud bucodental; la comercialización de bebidas y alimentos ricos en azúcar, así como el tabaco y el alcohol, se constituyen en factores riesgo no solo para los trastornos de salud bucodental, sino para otras enfermedades no transmisibles.

La Organización Mundial de la Salud en su centro de prensa publicado el 25 de marzo de 2020, muestra una serie de cifras preocupantes como las siguientes:

- La periodontitis grave, puede provocar la pérdida de dientes, esta afecta casi el 10% de la población mundial.
- El cáncer bucal (cáncer de labio o de boca) es uno de los tres cánceres de mayor incidencia en algunos países de Asia y el Pacífico.
- El tratamiento de los trastornos de salud bucodental es caro y por lo general no forma parte de la cobertura sanitaria universal (CSU). En la mayoría de los países de ingresos altos, el tratamiento odontológico representa el 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes.

La OMS igualmente 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 fomento de una dieta equilibrada baja en azúcares libres y que incluya muchas frutas y hortalizas, y en la que la bebida principal sea el agua.
- La interrupción del consumo de tabaco en todas sus formas
- La reducción del consumo de alcohol.
- El fomento del uso de equipo de protección para la práctica de deportes y los desplazamientos en bicicletas y motocicletas (para reducir el riesgo de traumatismos faciales).

La exposición suficiente al flúor es un factor esencial en la prevención de la caries, se puede obtener un nivel óptimo de flúor a través de diversas fuentes, entre ellas el agua potable, la sal, la leche y el dentífrico fluorados. Debe alentarse el cepillado con dentífrico fluorado (de 1000 a 1500 ppm) al menos dos veces al día.

En nuestro país la última Encuesta de Salud Bucal es la publicada en el año 2012 el ENSAB IV, en el cual vemos que el panorama de nuestro país no es muy diferente al del resto del mundo, a pesar que contamos con todas las actividades preventivas en nuestros planes de beneficios y tenemos una cobertura en salud del 95.07% de acuerdo a información dada desde el Ministerio de Salud y Protección Social para noviembre del 2020, este último estudio nos indica 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.

En la Resolución 2292 del 23 de diciembre del 2021 se establecen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC, en la cual están incluidos procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, incluidas la atención preventiva en salud bucal actividad de obligatorio cumplimiento bajo el aseguramiento con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, esta actividades preventivas permiten limitar el daño y mejorar las condiciones de salud; estas actividades están 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.

Los trastornos de salud bucodental más comunes en los registros de prestación de servicios en Antioquia en el 2020, muestran que la caries y la pulpitis son las 2 primeras causas de consulta.

La caries dental se produce cuando la placa bacteriana que se forma en la superficie de los dientes convierte los azúcares libres (todos los azúcares añadidos a los alimentos por los fabricantes) en



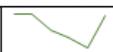
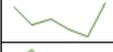
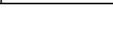
ácidos, causando daños de forma permanente en la superficie de los dientes que se convierten en pequeñas aberturas u orificios.

La pulpitis es la inflamación de la pulpa dentaria producida por caries sin tratar, traumatismos o múltiples arreglos. Su síntoma principal es el dolor.

Realizando un análisis de la distribución de las consultas odontológicas en el Departamento se encuentra que la subregión del Valle de Aburra tiene el 32.5% de las consultas seguido de la subregión de Oriente y Suroeste con un 18.6% y 12% respectivamente.

Los servicios odontológicos se vieron afectados con las medidas restrictivas tomadas en el país con la llegada del COVID-19; durante gran parte del año 2020 los servicios odontológicos tuvieron que limitar las atenciones solo a las consultas de urgencias, es así como se ve que las consultas odontológicas de valoración disminuyeron en un 43.6% con respecto a las del 2019, pero de igual forma las consultas odontológicas de urgencias disminuyeron en un 10.9%. Las subregiones que tuvieron una mayor disminución en las consultas durante el año 2020 con respecto al 2019, fueron occidente con un 54.3%, Magdalena Medio con un 52.5% y Suroeste con un 50%; la subregión del Valle de Aburrá que es la que tiene un mayor porcentaje de atenciones en el Departamento, tuvo una disminución del 36.5%.

Tabla. Morbilidad general salud bucal. Antioquia 2015 – 2020, Antioquia

Causa de morbilidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tendencia
K021 - Caries de la dentina	9,65	9,72	8,77	8,34	7,77	9,59	
K040 - Pulpitis	5,85	5,54	5,85	5,91	5,83	7,14	
K083 - Raiz dental retenida	6,6	6,1	6,3	6,0	5,8	6,7	
K051 - Gingivitis crónica	5,9	6,3	5,7	5,4	5,2	5,1	
K053 - Periodontitis crónica	3,9	3,2	4,2	4,3	4,5	4,7	
K041 - Necrosis de la pulpa	4,2	3,4	4,1	4,3	4,4	4,6	
K031 - Abrasión de los dientes	3,4	3,6	3,4	3,6	3,7	3,5	
K006 - Alteraciones en la erupcion dentaria	2,7	2,3	2,8	3,0	2,7	2,9	
K050 - Gingivitis aguda	2,5	2,6	2,7	2,9	2,8	2,8	
K047 - Absceso periapical sin fistula	2,0	1,6	2,2	2,4	2,5	2,8	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

2.2.2.5 Lesiones

Durante el período de análisis 2009 al 2020 las lesiones aportaron el 5,7% del total de consultas, con una mayor prevalencia en la infancia en los cuales se registraron un total de 511.680 atenciones en salud por este tipo de eventos, lo que representa un porcentaje de 9,7% de las consultas en este ciclo vital.



Las causas que más impactaron las atenciones en este subgrupo son: traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con un 90,5% para el año 2020 y lesiones no intencionales con 8,8%. Al realizar el comparativo de proporción de atenciones por sexo se observa un comportamiento similar para ambos, aunque es importante resaltar que las lesiones no intencionales impactaron en mayor proporción a las mujeres.

Tabla 44. Morbilidad específica en lesiones. Antioquia 2009 – 2020

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2019	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Lesiones	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,76	3,88	4,62	5,08	3,78	4,56	4,13	11,15	5,37	7,19	9,74	8,75	-1,00		
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,33	0,43	0,45	0,38	0,44	0,43	0,48	0,41	0,58	0,60	0,68	0,74	0,06		
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04	0,08	0,05	0,06	0,00		
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,86	95,64	94,90	94,50	95,74	94,97	95,35	88,41	94,01	92,14	89,52	90,46	0,93		
Hombres																
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													Δ pp 2020-2019	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Lesiones	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,09	3,20	3,64	4,09	3,21	3,71	3,47	7,93	4,47	5,42	7,28	6,86	-0,42		
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,22	0,31	0,26	0,28	0,31	0,27	0,29	0,24	0,36	0,34	0,45	0,54	0,08		
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,05	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,04	0,08	0,04	0,06	0,01		
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,66	96,44	96,07	96,60	96,44	95,99	96,21	91,81	95,13	94,15	92,22	92,55	0,33		
Mujeres																
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2020-2019	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Lesiones	Lesiones no intencionales	4,71	4,82	5,95	6,42	4,56	5,76	5,06	15,48	6,60	9,49	12,92	11,42	-1,50		
	Lesiones intencionales	0,50	0,60	0,70	0,52	0,60	0,66	0,76	0,63	0,87	0,92	0,98	1,03	0,05		
	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,05	0,03	0,03	0,06	0,04	0,05	0,04	0,04	0,05	0,07	0,06	0,05	-0,01		
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	94,73	94,54	93,32	93,01	94,80	93,54	94,14	83,84	92,48	89,51	86,04	87,50	1,46		

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

2.3 Morbilidad de eventos de alto costo

Para analizar los eventos de alto costo hay que dar respuesta a la pregunta: ¿por qué estos eventos generan la necesidad de prevenirlos e intervenirlos? porque de lo contrario el gasto en salud sigue concentrándose en un porcentaje de población que no se compagina con el costo para atender y

mantener en control las personas con estas patologías y lograr reducir la mortalidad por y equilibrar el gasto en salud.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud -OMS, (abril 2021, página oficial) a causa de las Enfermedades No Transmisibles -ENT fallecen 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo y cada año mueren por ENT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

La principal causa de muerte en el mundo se debe a ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.

La Cuenta de Alto Costo -CAC, es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007 que obliga a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB de ambos regímenes y demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC a asociarse para abordar el alto costo y opera como un Fondo auto gestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo.

Constituye un «Frente Común» para el abordaje del alto costo como fenómeno de gran impacto en el país, mediante articulación de Sociedades Científicas, Instituciones Prestadoras, Asociaciones de pacientes y EAPB, que promueve la gestión de riesgos en EPS e IPS mediante pedagogía, difusión de experiencias exitosas, instrumentación y creación de referentes técnicos, para disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes con el fin de disminuir los eventos evitables derivados.

La CAC tiene un modelo de gestión de la información para el manejo estandarizado de las patologías: Enfermedad Renal Crónica, VIH/SIDA, Cáncer y ahora se está trabajando en Hemofilia y Artritis Reumatoide a través de las metodologías basadas en evidencia, mediante de las cuales se fomenta el enfoque de gestión del riesgo en su manejo y de esta manera se contribuye a la disminución del impacto de la carga de la enfermedad y promueve que las entidades prestadoras de servicios de salud logren mejoras tangibles en la calidad de la atención de los pacientes.

La CAC ha incorporado nuevos indicadores de gestión del riesgo para patologías como cáncer, hemofilia, artritis reumatoide, leucemia mieloide y linfocítica aguda y VIH/SIDA, con ello busca promover la implementación de la gestión del riesgo individual en el marco del aseguramiento en salud.



197

2.3.2 VIH/SIDA

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH es un lentivirus de la familia Retroviridae que infecta a las células del sistema inmunológico, alterando o anulando su función. Esta infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunológico, con la consiguiente inmunodeficiencia. Se considera que el sistema inmunológico es deficiente cuando deja de cumplir su función de defensa contra las infecciones y enfermedades.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (Organización Mundial de la Salud).

Mediante la Resolución 273 de 2019, que derogaron las Resoluciones 4725 de 2011 y 0783 de 2012, la CAC realiza el seguimiento de la cohorte de personas que viven con el VIH-PVV y otros grupos poblacionales como: las gestantes, los menores expuestos al VIH y los casos de infección por tuberculosis.

Para Colombia, de acuerdo al último reporte realizado a la CAC, (01-02-2020 y 31-01-2021), hay un total de 123.490 de Personas que viven con HIV/SIDA-PVV. Se estimó una prevalencia nacional ajustada por la edad de 0,25 por 100.000 habitantes y una incidencia ajustada por la edad de 25,15 (IC 95% 24,72-25,60) por 100.000 habitantes. Se tienen que 116.862 Personas que viven con HIV/SIDA-PVV están activas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. El 94,70% de las personas activas en el SGSSS tienen cobertura de la terapia antirretroviral. De las personas con HIV/SIDA en tratamiento antirretroviral, el 73,44% tuvo una carga viral menor de 50 copias/ml (tomado <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/>)

Para Antioquia la tasa de incidencia, en el período comprendido entre 01-02-2020 y 31-01-2021, fue de 23.76 por 100.000 habitantes, la cual se encontró por encima de la tasa nacional (18.20 por 100.000 habitantes). En el período evaluado el municipio de Tarso presentó la tasa de incidencia más alta del Departamento con 172.96 por 100.000 habitantes. Medellín presenta una tasa de incidencia de 19.34 por 100.000 habitantes, la incidencia más baja la presenta Urrao con 7.28 por 100.000 habitantes. Dentro de las posibles razones al incremento de la tasa departamental frente a la nacional y la variabilidad en la incidencia entre los municipios se encuentra en que coincide con el año del inicio de la pandemia por COVID-19 donde hubo el confinamiento de la población por largo período de tiempo lo cual pudo haber afectado el acceso a los servicios de salud, además la reducción en las acciones de promoción y prevención por la concentración de las atenciones en salud de la población en la pandemia, igualmente al reconocimiento o no del riesgo por la población.

Comparando la incidencia en el período anterior no se evidencia diferencia estadísticamente significativa con la tasa para Antioquia de 22.52 por 100.000 habitantes.



La prevalencia en el mismo período, es de 0.43 por 100 habitantes, la tasa más alta es del municipio de Armenia Mantequilla con 1.35 y la más baja es Gómez Plata con 0.12 por 100 habitantes respectivamente. Es importante anotar que en los últimos 3 años el municipio de Armenia Mantequilla ha sido el de mayor prevalencia. Con relación a la tasa de mortalidad es de 4.3 por 100.000 habitantes, la mayor mortalidad la presenta Puerto Nare con 134.00 por 100.000 habitantes, el municipio con menor tasa es Abriaquí y Abejorral que no presentaron fallecidos.

De acuerdo a DANE- Estadísticas vitales -EEVV, para el año 2020 la tasa de mortalidad para el Departamento fue de 4.06 por 100.000 habitantes, presentando una reducción con relación a lo reportado el año anterior. Por subregiones: el Bajo Cauca presentó la tasa más alta con 6.14 por 100.000 habitantes, seguida del Valle de Aburrá, con 4.56 por 100.000 habitantes, el análisis por municipio evidencia que Arboletes presenta la mortalidad más alta con 16.39 por 100.000 habitantes.

Figura 82. Prevalencia de VIH-SIDA, por grupo etario, 01-02 2020/31-01-2021, Antioquia



Fuente: Cuenta de Alto Costo 2021.

Según la Encuesta de Alto Riesgo, en el período comprendido entre el 01 de enero del año 2020 y 31 de enero del año 2021, la proporción de gestantes tamizadas para VIH fue de 96.48% lo que significa que el Departamento tiene un cumplimiento alto, por otro lado, hay municipios con un rendimiento bajo en este indicador, como son Don Matías con un cumplimiento del 26.88% y Cáceres con 26.14%, situación que coloca en riesgo de transmisión vertical al producto de esa gestación.

Los menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH para Antioquia fueron un 94.87%, Medellín con 94.74%, significa un cumplimiento bajo por estar por debajo de 100 debido a que todo niño con riesgo se le debe de brindar la profilaxis. El 100% de los niños menores de 6 meses estudiados para transmisión materna - infantil. La proporción de cobertura de tratamiento antirretroviral indicada para fue de 94.27%, encontrándose en un cumplimiento medio que oscila entre > de 85% y <95%, en tanto los municipios de Armenia, Campamento y Concepción presentaron un cumplimiento bajo que corresponde a menos de 85%.

Al comparar la semaforización de VIH/SIDA no se evidencia diferencia estadísticamente significativa aclarando que este es el reporte del 2018

2.3.3 Artritis Reumatoide.

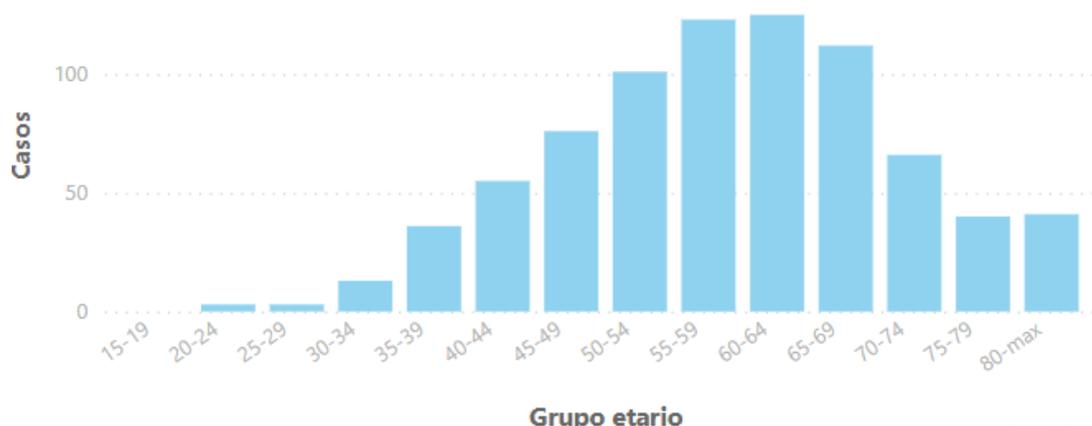
La Artritis Reumatoide -AR, es una enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune y persistente principalmente de las articulaciones, pequeñas principalmente de manos y pies, produciendo su destrucción progresiva y generando distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. Este trastorno es de etiología desconocida, pero el factor autoinmune predomina en la progresión de la enfermedad.

A partir de la Resolución 1393 de 2015 se establece la obligatoriedad del reporte para el registro de pacientes con AR a la Cuenta de Alto Costo-CAC por parte de las EAPB.

En Colombia, de acuerdo a la información disponible en la CAC y en el período comprendido entre (1-07-2019 al 30 06-2020) hay 4.382 personas mayores de 18 años que se diagnosticaron con AR, con una incidencia ajustada por edad de 12.27 por 100.000 habitantes y una prevalencia ajustada por edad de 0.25 por 100.000 habitantes que corresponde a 90.135 casos del período, la mortalidad del período cruzada con RUAF de 1.419 fallecidos para una tasa de 4.18 por 100.000 habitantes.

Para Antioquia de acuerdo a la CAC, para el período del 2019-2020 las personas con diagnóstico fueron 669 para una incidencia de 15.10 por 100.000 habitantes, el municipio con mayor número de casos nuevos es Medellín seguido de Bello, Envigado, Itagüí, y Rionegro, Entrerios presenta la tasa más alta con 340.54 por 100.000 habitantes. La prevalencia es de 0.36 por 100.000 habitantes correspondientes a 16.099 personas, la mortalidad es de 281 fallecidos para 5.01 por 100.000 habitantes, indicadores que evidencian están por encima de lo reportado para el país en el mismo período.

Figura 83. Prevalencia de AR, por grupo etario, Antioquia



Fuente: Tablero indicadores, Cuenta de Alto Costo



2.3.4 Hemofilia

La hemofilia es un trastorno hereditario de la coagulación caracterizado por una deficiencia de los factores VIII (hemofilia A) o IX (hemofilia B), debido a una mutación en los genes que los regulan. En el mundo, se ha estimado una prevalencia de 17,1 y 3,8 casos por 100.000 hombres para la hemofilia A y B, respectivamente. La hemofilia A es la más frecuente, agrupando cerca del 85% del total de casos. La presentación clínica es heterogénea y depende de la severidad de la enfermedad, que puede ir desde formas leves a severas dependiendo del tipo de mutación.

La CAC en cumplimiento de la Resolución 0123 del 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, maneja el registro nacional de hemofilia y otras coagulopatías, al que los aseguradores reportan anualmente con corte al 31 de enero.

De acuerdo a la CAC, en Colombia el número de personas con hemofilia ha aumentado de 1.834 en el 2015 a 2.530 en el 2020. El período reportado hace referencia a 01-02-2020 a 31-01-2021, se estimó para la hemofilia A y B, una incidencia de 0.97 por cien mil habitantes con un total de 49 casos nuevos. La prevalencia nacional no ajustada de 5.24 por 100.000 habitantes equivalente a 2.624 casos. La mortalidad se cruza con la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA, reporta 17 personas fallecidas para 0.34 por 100.000 habitantes.

De acuerdo a la CAC, para el departamento de Antioquia, la incidencia fue de 2.12 casos por 100.000 habitantes correspondientes a 11 casos. La tasa de incidencia más alta corresponde al municipio de Medellín con 3.69 por 100.000 habitantes lo cual podría explicarse debido a que en este municipio es donde se concentran los centros especializados para diagnóstico y seguimiento. La prevalencia fue de 10.44 por 100.000 habitantes correspondiente a 498 casos nuevos. Medellín reporta el mayor número de casos 181 del total de Antioquia, seguido de Bello, Itagüí, Envigado y Copacabana, el municipio con la tasa más alta es Tarso con 82 por cien 100.000 habitantes equivalentes a 5 casos, seguido de Concepción con 3 casos y una tasa de 65.98 por 100.000 habitantes, Medellín presenta el mayor número de casos con 181 y una tasa de 7.35 por 100.000 habitantes. Para el período informado se reporta 1 persona fallecida, para una tasa de 0.43 por 100.000 habitantes.

2.3.5 Cáncer

La CAC, da cuenta que en Colombia mediante la Resolución 0247 de 2014 se inició el registro de la información de las personas con cáncer atendidas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En esa primera medición se reportaron 139.789 casos en el país, cifra que ha ascendido a 347.745 personas en el 2020 con algún tipo de cáncer. En este mismo período, el número de Casos Nuevos Reportados-CNR fue de 42.893 y se informaron 27.300 fallecimientos, para el linfoma Hogkin se reportó 5.954 casos, con una tasa de 17.17 por 100.000 habitantes, en



tanto para el No Hogkin fueron 23.571 para una tasa de incidencia 70.15 por 100.000 habitantes 1.525 fallecidos para una tasa de 4.72 por 100.000 habitantes.

En el período comprendido entre el 02-01-2019 al 01-01-2020 para la leucemia linfocítica aguda en adultos se reportaron 2.530 casos para una prevalencia de 7.10 por 100.000 habitantes, la mortalidad fue de 327 fallecidos y 0.93 por 100.000 habitantes. Por leucemia mielocítica aguda se reportaron 2.255 casos para una tasa de 6.55 por 100.000 habitantes.

De los tipos de cánceres priorizados, el de próstata, seguido del cáncer de colon, recto y el de estómago fueron los de mayor frecuencia de Casos Nuevos Reportados-CNR en hombres. Por su parte, el cáncer de mama, seguido del cáncer de cérvix, colon y recto fueron los tipos de cáncer con más CNR en las mujeres.

A continuación, se describen algunos indicadores epidemiológicos de estos tipos de cánceres.

La prevalencia de cáncer de mama invasivo fue de 281.13 por 100.000 mujeres para un total de 71.504 casos, la tasa de mortalidad fue de 26.305 y tasa de 56.15 por 100.000 mujeres Para cáncer de cérvix invasivo se reportaron 17.156 casos para una tasa de 67.88, por 100.000 mujeres, con 1.154 mujeres fallecidas y una tasa de 4.58 por 100.000 mujeres. El cáncer de próstata invasivo presentó una prevalencia de 157.47 por 100.000 hombres correspondiente a 39.656 casos, la tasa de mortalidad fue de 2.178 hombres con una tasa de 8.39 por 100.000 hombres.

La prevalencia de cáncer de estómago invasivo fue de 20.76 por 100.000 habitantes y 10.004 casos, una mortalidad de 4.43 por 100.000 habitantes equivalente a 2.120 casos. En cuanto a la prevalencia de cáncer de colon y recto invasivo, la prevalencia fue de 47.57 por 100.000 habitantes con 22.884 personas con el diagnóstico, se presentó una tasa de una mortalidad de 4.96 por 100.000 habitantes y 2.349 casos.

El cáncer de pulmón presentó una prevalencia de 9.17 por 100.000 habitantes con 4.427 casos y una mortalidad de 3.00 por 100.000 habitantes con 1.442 fallecidos.

En cuanto a la prevalencia del Melanoma invasivo esta fue de 8.35 por 100.000 habitantes correspondientes a 3.998 casos y una tasa de mortalidad de 0.64 por 100.000 habitantes con 301 casos.

Para Antioquia, el comportamiento de los principales tipos de cánceres priorizados se describe en la siguiente tabla. Se observa como el cáncer de mama seguido del de próstata presentan el mayor riesgo poblacional de cáncer con tasas más altas, por el contrario, el melanoma invasivo presenta la tasa más baja, la mortalidad evidencia que el cáncer de mama invasivo, seguido de pulmón invasivo, colon y recto son el tipo de cáncer que causaron mayor número de fallecimientos.



202

Tabla 45. Prevalencia y mortalidad de Cáncer invasivo, por tipo, Antioquia

	Tipo de cáncer	Prevalencia, tasa de por cien mil	# de casos	Mortalidad, tasa por cien mil	# de casos
1	General Invasivo	946.97	64.872	68.09	4.605
2	Mama Invasivo	386.71	14.056	14.13	503
3	Cervix Invasivo	85.50	3.064	3.90	139
4	Prostata Invasivo	227.87	7.314	11.08	344
5	Estomago Invasivo	26.73	1.835	5.29	360
6	Colon y Recto Invasivo	64.53	4.432	6.03	410
7	Pulmon Invasivo	19.80	1.365	6.73	465
8	Melanoma Invasivo	15.69	1.073	0.99	67

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

2.3.6 Cáncer pediátrico.

De acuerdo a la CAC, evidencia en el período 02/01/2019-a 01/02-2020 6.997 casos de cáncer en los menores de 18 años en Colombia para una tasa de 492.74 por 100.000 menores de 18 años, una mortalidad de 27.15 equivalente a 386 fallecimientos en este grupo de edad.

Para Antioquia, la prevalencia del total de cáncer en los menores de 18 años, corresponde una tasa de 590.18 por 100.000 menores de 18 años con 1.019 casos, la tasa de mortalidad fue de 23.84 por 100.000 menores de 18 años equivalente a 41 casos en el período reportado. Al desagregar por los tipos de cánceres más frecuente en los menores de 18 años se observó que la leucemia linfocítica aguda presentó la tasa más alta en casos de cáncer pediátrico con 165.65 por 100.000 menores de 18 años, (285 casos) y una mortalidad de 20 menores fallecidos, el segundo tipo de cáncer es el linfoma no Hodgkin con 112 menores de 18 años con diagnóstico en el período reportado.

Tabla 46. Prevalencia y mortalidad de Cáncer pediátrico, por tipo, Antioquia

	Tipo de cáncer	Prevalencia, tasa de por cien mil	# de casos	Mortalidad, tasa por cien mil	# de casos
1	General Pediátrico	590.18	1.019	23.84	41
2	Sistema Nervioso Central	7.55	122	4.12	7
3	Linfoma Hodgkin	41.37	72	0.0	0
4	Linfoma No Hodgkin	64.41	112	0.0	0
5	Leucemia Linfocítica Aguda	165.65	285	11.62	20
6	Leucemia Mieloide Aguda	20.33	35	1.16	2
7	Sistema Urinario	38.51	16	0.59	1

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

La semaforización de leucemia linfocítica aguda y mielocítica en menores de 15 años, para el año 2018 no evidencia diferencias estadísticas con relación a lo reportado por el país. Para VIH, no se evidencia diferencias con relación al país.

Es importante resaltar que la información disponible de la semaforización está actualizada solo hasta el 2018.

Tabla 47. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Antioquia, 2006 – 2018

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 mielocítica (menores de 15 años), 2017	0,71	0,40	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfocítica (menores de 15 años, 2017)	3,86	3,60	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘

Fuente: Cuenta de alto costo - SISPRO MSPS

2.3.7 Enfermedad renal crónica.

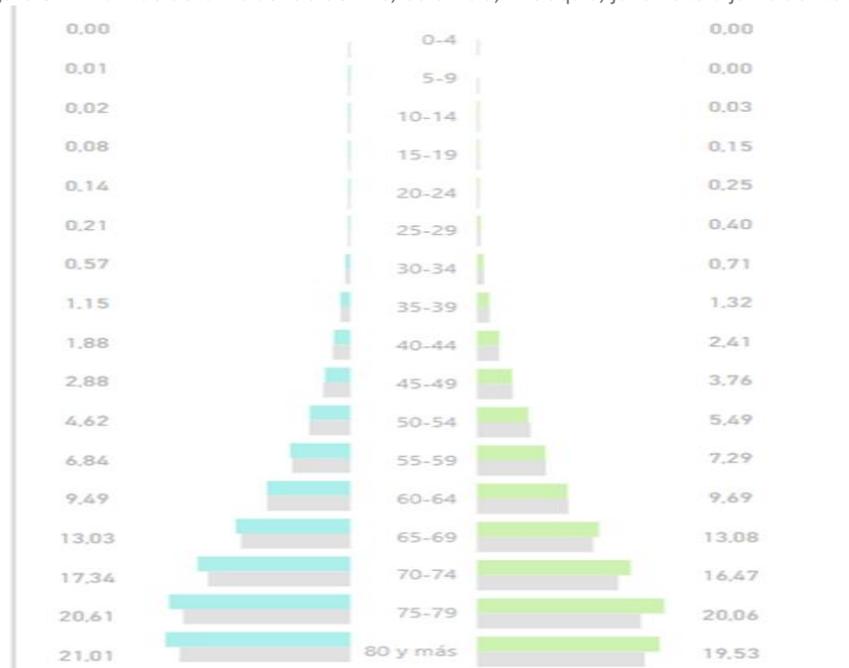
La Enfermedad Renal Crónica -ERC se define como la presencia de alteraciones progresivas e irreversibles de la estructura o la función renal por 3 meses o más, con implicaciones a la salud. En Colombia en el período reportado por la CAC entre el 1 de julio del 2019 y 30 de junio del 2020, se reportaron 152.354 casos de ERC, para una tasa de 3.05 por 100.000 habitantes, la prevalencia fue de 1.70 por 100.000 habitantes correspondiente a 849.874 personas con este diagnóstico, una mortalidad cruzada con RUAFA de 43.40 por 100.000 habitantes y 21.651 personas fallecidas. En este período fueron diagnosticadas con ERC estadio 5, 4.563 personas, con una tasa de 9.15 por 100.000 habitantes. Para una prevalencia de 77.66 por 100.000 habitantes con 38.739 casos, mortalidad de 10.33 por 100.000 habitantes y 5.151 fallecidos. En el departamento de Antioquia, la ERC presenta en el período notificado un total de 21.739 casos, para una incidencia de 3.29 por 100.000 habitantes, la prevalencia es de 1.62 por 100.000 habitantes y un total de 107.312 casos, la mortalidad fue de 3.115 fallecidos con 47.10 por 100.000 habitantes.

Para la ERC estadio 5 la incidencia es de 10.53 por 100.000 habitantes y 735 casos, la prevalencia es de 77.49 por 100.000 habitantes, 5.125 personas diagnosticadas, el total de fallecidos fue de 541 personas, tasa de 8.18 por 100.000 habitantes, es importante resaltar que fuera de Medellín las tasas de incidencia más altas son en los municipios de Valdivia con 49.43 por 100.000 habitantes, Concepción 43.15 por 100.000 habitantes, Donmatías 35.18 por 100.000 habitantes, en 30 de los municipios no se reportaron casos de ERC estadio 5 lo cual puede deberse a que este diagnóstico se concentra en algunos de los municipios del Valle de Aburrá como Medellín porque

al revisar la prevalencia en todos los municipios hay casos excepto en el municipio de Alejandría. Los municipios con mayor tasa de mortalidad fueron San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá y Peque con 27.63, 27.68 y 25.18 por 100.000 habitantes respectivamente.

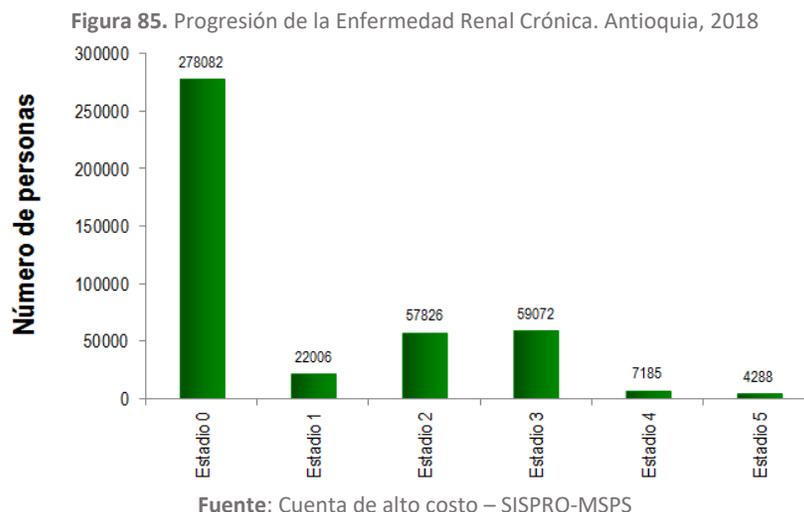
Al comparar la incidencia con respecto a la del país, se evidencia que tanto en hombres como en las mujeres a partir de los quinquenios de 65 y más es mayor en el Departamento.

Figura 84. Pirámide de la incidencia de ERC, Colombia, Antioquia, julio 2019 a junio del 2020



Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Para Antioquia, la incidencia de terapia de remplazo renal -TRR, definida como las personas que para el período iniciaron bien sea, hemodiálisis, diálisis peritoneal, tratamiento médico como dialítico, o trasplante es de 9.25 por 100.000 habitantes con 643 casos, Valdivia, Hispania, Guatapé, Donmatías, son los municipios que presentan la tasa más alta que el Departamento con 39.76, 31.50, 30.02, 30.02 por 100.000 habitantes respectivamente. La prevalencia es de 94.76 por 100.000 habitantes para 7.576 casos evidenciando una tasa mayor que la del país, algunos de los municipios del Valle de Aburrá, Valdivia, Rionegro y Caucaasia presentan la tasa más alta que el Departamento con 143.68, 130.25, 127.37 por 100.000 habitantes respectivamente. La mortalidad por TRR es de 7.30 por 100.000 habitantes correspondiente a 506 personas fallecidas y se encuentra por debajo de la tasa nacional que es de 8.90 por 100.000 habitantes.



2.3.7.1 Morbilidad de eventos precursores

El grado de afectación en la Enfermedad Renal Crónica-ERC se determina mediante la medición de la tasa de filtración glomerular -TFG menor a 60 ml/min/1,73 m² o la presencia de daño renal demostrado directa o indirectamente, mediante marcadores como la albuminuria. Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y regular los electrolitos en la sangre, siendo la Hipertensión Arterial -HTA y la Diabetes Mellitus -DM las principales precursoras.

La HTA, en Antioquia de acuerdo a la CAC, presenta una tasa de 7.34 por 100.000 habitantes que corresponden a 51.401 personas con este diagnóstico para el período entre el 1/07/2019 y el 30/06/2020, ubicándose en el puesto 11 con relación a los departamentos del país. Armenia Mantequilla con 217 casos presenta una tasa superior al Departamento con 33.65 por 100.000 habitantes, seguido de Apartadó con tasa de 16.56 por 100.000 habitantes con 1.454 casos. La prevalencia de 12.04 por 100.000 habitantes con 796.123 casos, la mortalidad reporta 13.783 fallecidos para una tasa de 206.57 por 100.000 habitantes. Es la séptima entidad territorial en cuanto a la tasa de mortalidad.

Para la Diabetes Mellitus- DM, la incidencia es de 3.16 por 100.000 habitantes, con 22.134 personas con el diagnóstico de DM en el período reportado, el municipio con mayor tasa es Armenia Mantequilla con 22.43 por 100.000 habitantes y 160 casos. Con relación a la mortalidad la tasa del Departamento es de 67.19 por 100.000 habitantes y 4.498 casos, Armenia Mantequilla es el municipio que presenta la mortalidad más alta con una tasa de 287.55 por 100.000 habitantes para 127 casos, seguido del Santuario con 144.98 por 100.000 habitantes con 51 casos, en tercer lugar, se encuentra San José de la Montaña con 129.52 por 100.000 habitantes y 3 casos.

La semaforización del 2018 de las tasas de los eventos precursores como la HTA y la DM evidencia que no hay diferencia significativa entre las tasas del departamento de Antioquia con relación al país.

Tabla 48. 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

2.4 Morbilidad COVID-19.

2.4.1 Pruebas y casos

Al 15 de noviembre del 2021, el departamento de Antioquia ha realizado un total de 3.794.763 pruebas para diagnóstico de COVID-19, de las cuales 1.743.205 son Antígeno y 2.051.558 son RT-PCR, el 32,7% de las pruebas realizadas a la fecha fueron en el año 2020, y el 67,3% en el año 2021.

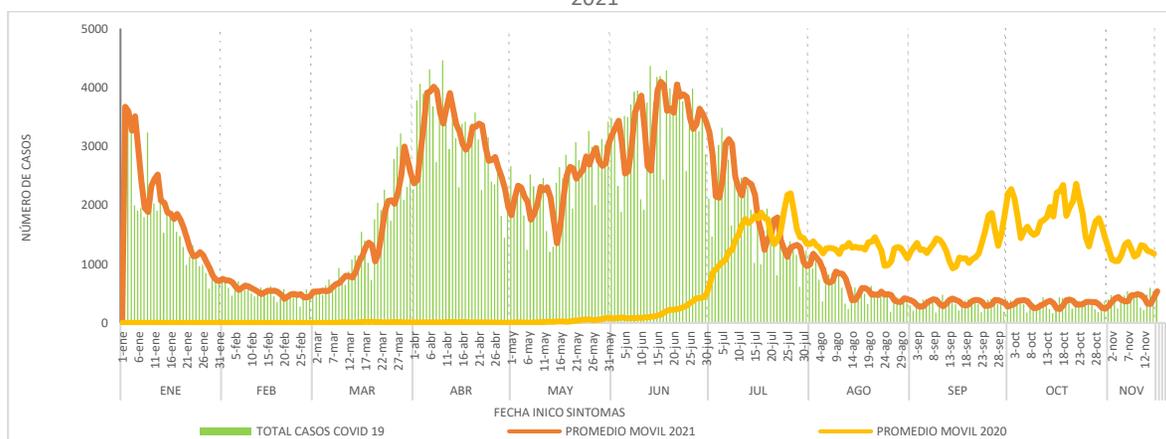
Del total de pruebas realizadas en el año 2021 (2.551.009), se diagnosticaron 483.381 personas (18,9%) como casos positivos por COVID-19 para una tasa de incidencia sin ajustar de 7.126,80 por 100.000 habitantes. En comparación con los casos presentados en el año 2020 se observó un incremento de los casos en un 71,3 % con respecto al 2020 donde se notificaron un total de 282.101 personas positivas (Figura 83). En relación a los casos identificados en el 2021 en Colombia y a corte de 15 noviembre se reportaron un total de 3.243.404 casos presentándose un incremento del 79% en los casos con respecto al 2020. Según estos datos puede inferirse que el crecimiento de los casos en el año 2021 en Antioquia fue en una proporción similar a los datos de país.

En relación al tipo de técnica empleada en el período evaluado del 2021, un total de 250.246 (51,7%) casos fueron diagnosticados por antígeno y 233.135 (48,3 %) por RT-PCR y en los meses de junio, abril y mayo se observó el mayor número de personas positivas, en estos meses se presentaron respectivamente un total de 101.843, 93.945 y 75.578 casos.

En el Departamento, se identificaron tres momentos importantes por el elevado número de casos identificados, el primero inició hacia el mes de diciembre de 2020 y se extendió hasta finales de enero, posteriormente se observó un descenso en el número de casos y a mediados del mes de marzo hasta finales del mes de abril se presentó el segundo aumento de casos y por último el tercer incremento se reflejó desde finales de mayo hasta inicio del mes de agosto. Finalmente, en los meses de septiembre hasta 15 noviembre se observó una estabilización en el número de casos presentándose en estos meses un promedio de 345 reportados diariamente. En el departamento de los casos diagnosticados a corte de 15 noviembre se han recuperado el 97% de los casos para un total de 470.056 personas.



Figura 86. Número de casos por COVID-19 diagnosticados por RT-PCR y antígeno en Antioquia entre el 1 enero y 15 noviembre de 2021



Fuente: Base reporte – Sala análisis del riesgo para COVID-19 de la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia

Al analizar características como el sexo y la edad de las personas positivas por COVID-19, se encontró un promedio de edad de 38,7 años y por grupo de edad según ciclo vital el 60,4 % de los infectados se encontraron entre los 27 a 59 años, en este grupo se presentó la mayor carga de la enfermedad. En relación al sexo se observó que el 53,4 % correspondieron a mujeres y el 46,6 % a hombres.

Tabla 49. Distribución de ciclo vital según sexo de los casos positivos COVID-19 en Antioquia en el 1 enero y 15 noviembre de 2021.

Ciclo Vital / Sexo	Hombre		Mujer		Total	%
	Total	%	Total	%		
Menor de 1 año (<1)	796	0,35	657	0,25	1.453	0,30
Primera Infancia (1-5)	4.545	2,02	4.000	1,55	8.545	1,77
Infancia (6-13)	8.947	3,97	8.704	3,37	17.651	3,65
Adolescencia (14-17)	7.265	3,22	8.279	3,21	15.544	3,22
Juventud (18-26)	37.976	16,85	44.876	17,39	82.852	17,14
Adulthood (27-59)	136.641	60,63	155.263	60,18	291.904	60,39
Vejez (60 y más)	29.204	12,96	36.228	14,04	65.432	13,54
Total	225.374	46,63	258.007	53,37	483.381	100

Fuente: Base reporte – Sala análisis del riesgo para COVID-19 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

En relación a casos en población especial como las gestantes se identificaron un total de 2.023 mujeres infectadas, la edad promedio fue de 27,99 años y el rango de edad estuvo comprendido entre los 12 a 55 años, se observó que a subregión del Valle de Aburrá presentó el mayor porcentaje de participación de los casos aportando el 75,78%, seguido de Oriente con 12,06% de los casos; en relación a las subregiones se presentó una mayor participación de las mujeres en los

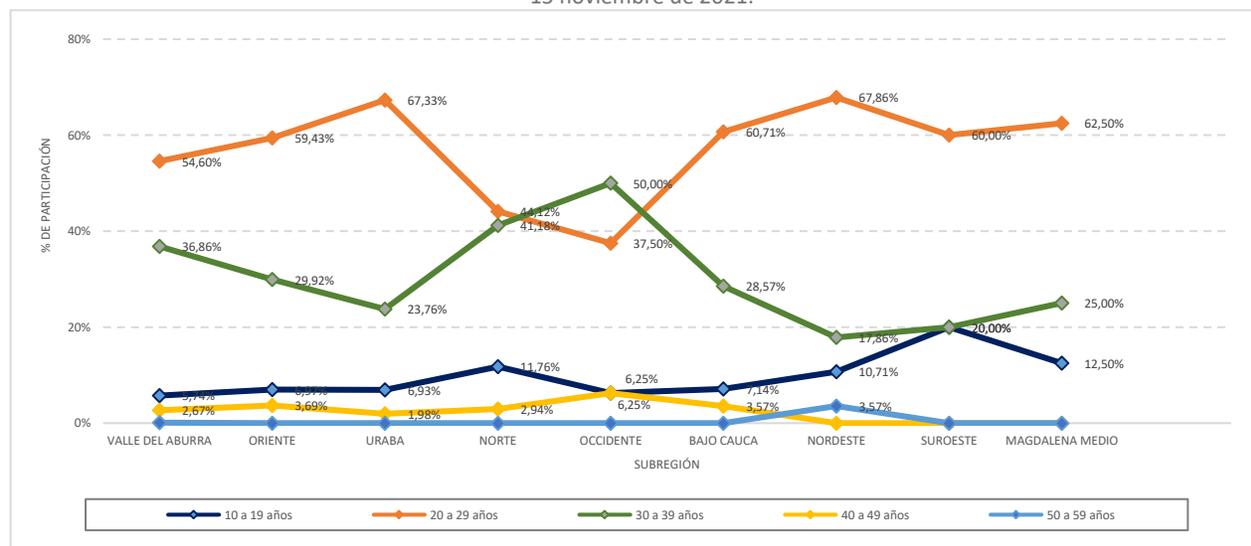
grupos de edad entre los 20 a 39 años y en subregiones como Urabá y Nordeste alrededor del 67% de las gestantes estaba entre los 20 a 29 años, mientras que para el Norte el 50% se encontró entre los 30 a 39 años de edad. En el tiempo evaluado el 1,03 %, es decir 21 gestantes fallecieron por COVID-19.

Tabla 50. Porcentaje de gestantes diagnosticadas por COVID-19 según grupo de edad y subregión de Antioquia entre el 1 enero y 15 noviembre de 2021.

REGIÓN	VALLE DEL ABURRÁ	ORIENTE	URABÁ	NORTE	OCCIDENTE	BAJO CAUCA	NORDESTE	SUROESTE	MAGDALENA MEDIO
TOTAL	1533	244	101	34	32	28	28	15	8
%	75,78%	12,06%	4,99%	1,68%	1,58%	1,38%	1,38%	0,74%	0,40%

Fuente: Base reporte – Sala análisis del riesgo para COVID-19 de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia

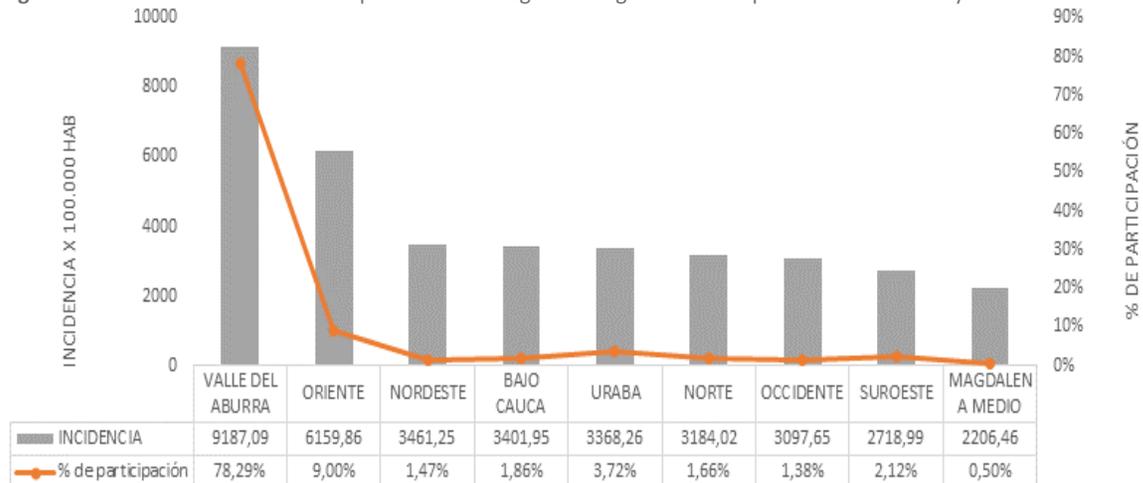
Figura 87. Porcentaje de gestantes diagnosticadas por COVID-19 según grupo de edad y subregión de Antioquia entre el 1 enero y 15 noviembre de 2021.



Fuente: Base reporte – Sala análisis del riesgo para COVID-19 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

En el Departamento según la incidencia de casos, subregiones como el Valle de Aburrá y el Oriente presentaron una tasa de incidencia sin ajustar de 9.187,09 y 6.159,86 casos por cada 100.000 habitantes, configurándose estas dos regiones con un alto riesgo de infección por COVID-19, y en cuanto al total de personas diagnosticadas, el Valle de Aburrá aportó el 78,29 % de los casos, mientras que el Oriente tuvo un porcentaje de participación del 9,0 % y subregiones como Urabá y Suroeste presentaron un porcentaje del 3,72 % y 2,12 % respectivamente, estas dos últimas subregiones por sus condiciones sociales representan un especial interés para la vigilancia del evento.

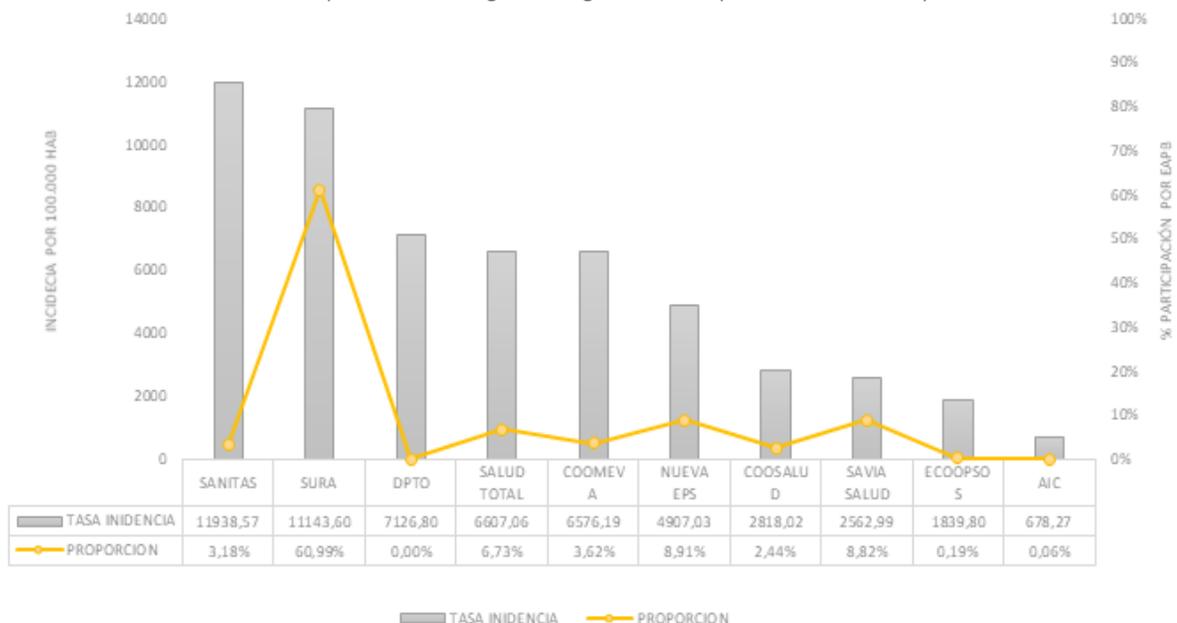
Figura 88. Distribución de incidencia por COVID-19 según subregión de Antioquia entre el 1 enero y 15 noviembre de 2021.



Fuente: Base reporte – Sala análisis del riesgo para COVID-19 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

En la identificación de los casos según a la afiliación a las Empresas Administradoras de Planes Beneficios (EAPB), se observó que para Sanitas y Sura se obtuvieron tasas de incidencia sin ajustar de 11.938,57 y 11.143,60 por 100.000 habitantes respectivamente y las cuales son superiores a la tasa de 7.126,80 por 100.000 habitantes identificada para el Departamento. Sin embargo, es importante resaltar que a pesar de que Sanitas EPS presentó una alta incidencia el porcentaje de participación en relación a los casos diagnosticados en el departamento fue del 3,18 %, mientras que Sura aportó el 60,99 % de los casos.

Figura 89. Distribución de incidencia por COVID-19 según subregión de Antioquia entre el 1 enero y 15 noviembre de 2021



Fuente: Base reporte – Sala análisis del riesgo para COVID-19 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

A través de la vigilancia epidemiológica del evento se caracterizaron para el período de tiempo un total de 198.759 casos relacionados según fuente tipo de contagio y de estos casos 5.103 personas estuvieron relacionados por haberse contagiado en una situación de conglomerado, de esta forma en el Departamento se identificaron un total de 700 conglomerados, donde las empresas, las instituciones educativas y los centros de protección presentaron porcentajes de 60,86%, 11,14%, y 10,43% respectivamente configurándose como las instituciones que aportaron el mayor porcentaje de brotes. En cuanto a los casos fallecidos los centros de protección aportaron el 65,63% de los casos identificados, lo cual expone el riesgo de exposición de la población adulta mayor confinada a centros de larga estancia. Finalmente, las en las instituciones de la policía y fuerzas militares identificadas, en estas se presentó la mayor positividad del 49,12% y 4,94% en relación a las muestras tomadas.

Mapa 17. Caracterización de los conglomerados por COVID-19 identificados en Antioquia entre enero a 15 de noviembre del 2021.

Tipo Conglomerado	Conglomerados		Casos Confirmados		Fallecidos		Muestras Tomadas	% Positividad
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	
Empresa	426	60,86	2589	51,65	6	9,38	6763	38,28
Institución Educativa	78	11,14	438	8,74	1	1,56	3056	14,33
Centro de Protección	73	10,43	758	15,12	42	65,63	2622	28,91
Institución de Salud	69	9,86	318	6,34	4	6,25	1009	31,52
Población Carcelaria	27	3,86	466	9,30	5	7,81	1945	23,96
Fuerzas militares	10	1,43	104	2,07	0	0,00	248	41,94
Comunitario	8	1,14	298	5,94	6	9,38	1339	22,26
Policía	6	0,86	28	0,56	0	0,00	57	49,12
Indígena	3	0,43	14	0,28	0	0,00	94	14,89
Total	700	100	5013	100	64	100	17133	29,26

Fuente: Base reporte Sala análisis del riesgo para COVID-19 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

2.5 Morbilidad en la población migrante

Al evaluar el tipo atención que reciben los migrantes en el departamento de Antioquia el año 2020, se evidencia que, la mayor concentración de servicios utilizados por esta población es en su orden, consultas ambulatorias (35%) y procedimientos (31%), este comportamiento es similar en Colombia.

El 17% 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 2020, en Antioquia se realizaron el 16.9% de las atenciones prestadas a población migrante en Colombia.

Tabla 51. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante. Antioquia, 2020

Entidad territorial	Tipo de atención	Antioquia		Colombia		Concentración Entidad territorial
		2020	Distribución	2020	Distribución	Año
Entidad territorial	Consulta Externa	72.117	35%	421.168	35%	17,1%
	Servicios de urgencias	17.242	8%	74.595	6%	23,1%
	Hospitalización	11.107	5%	74.202	6%	15,0%
	Procedimientos	62.569	31%	353.705	29%	17,7%
	Medicamentos	35.716	17%	252.531	21%	14,1%
	Nacimientos	5.819	3%	31.504	3%	18,5%
	Total		204.570	100%	1.207.705	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 2020, se encuentra que el 82% de esta población es originaria de la República Bolivariana de Venezuela, mientras que, en Antioquia esa misma población corresponde al 79% 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 16.8% se encuentra en Antioquia. Estas atenciones en salud muestran solo una parte del total de ciudadanos venezolanos que actualmente viven en Colombia.

Tabla 52. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante según procedencia. Antioquia, 2020

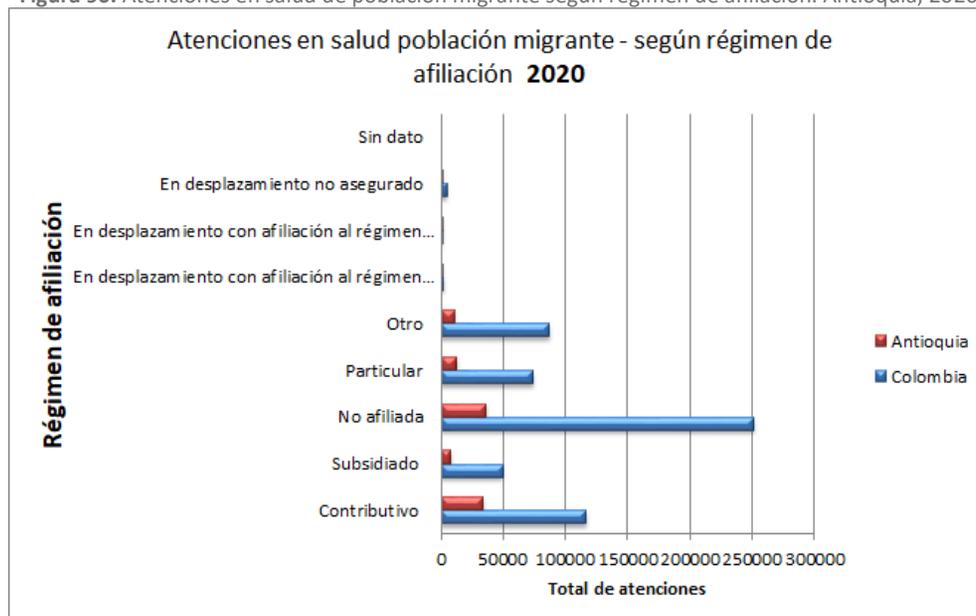
Antioquia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Colombia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Concentración de la atención población migrante
		Año	Proporción			Año	Distribución	Año
Entidad territorial	Brasil	146	0%	Entidad territorial de referencia	Brasil	1621	0%	9,0%
	Ecuador	357	0%		Ecuador	3636	1%	9,8%
	Nicaragua	13	0%		Nicaragua	149	0%	8,7%
	Otros	4521	5%		Otros	26250	5%	17,2%
	Panamá	118	0%		Panamá	677	0%	17,4%
	Perú	288	0%		Perú	1860	0%	15,5%
	República Bolivariana de Venezuela	77377	79%		República Bolivariana de Venezuela	461019	82%	16,8%
	Sin identificador de país	15572	16%		Sin identificador de país	69306	12%	22,5%
	Total	98392	100%		Total	564518	100%	17,4%

Fuente: SISPRO

El 35.4% de las atenciones de Antioquia se brindan a población no asegurada, 423 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 33.2% 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 90. Atenciones en salud de población migrante según régimen de afiliación. Antioquia, 2020



Fuente: SISPRO

2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.

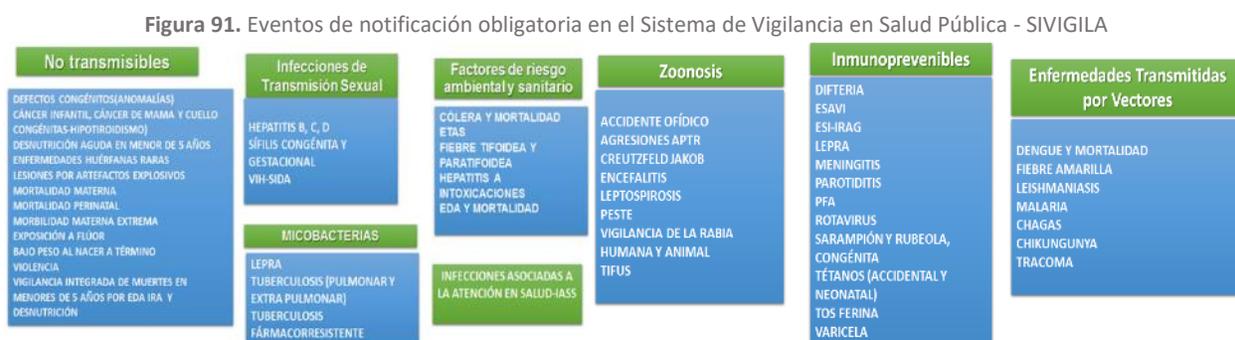
La Vigilancia en Salud Pública (VSP) es un proceso esencial para la seguridad sanitaria nacional que tiene entre otras funciones, el identificar y recolectar información para el análisis y comprensión de las situaciones en salud de los territorios, se basa en una serie de eventos definidos como prioritarios para el país y las acciones al interior del sistema están soportadas en la normatividad vigente, que define las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema general de Seguridad Social en el territorio nacional.

La priorización de los eventos se basa en criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público, entre otros.

El flujo de la información desde el nivel local hasta el Instituto Nacional de Salud-INS, se realiza a través del software SIVIGILA y el ingreso de información y acciones relacionadas con los diferentes eventos, se soportan en los lineamientos del INS, plasmados en los protocolos y fichas de notificación.

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. Desde el nivel central cuenta con un grupo de profesionales encargados de brindar asistencia técnica a los municipios, hacer seguimiento al comportamiento de estos eventos, y orientar acciones de intervención de acuerdo a los hallazgos.

Los siguientes son los eventos que por componentes integran el SIVIGILA



Fuente: Instituto Nacional de Salud - INS

La distribución de estos eventos en el territorio está supeditada a factores como la pirámide poblacional, la cual determina mayor o menor cantidad de personas susceptibles a ciertos eventos, coberturas de vacunación, clima y costumbres que favorecen la supervivencia de vectores, entre muchos otros.

Frente a los eventos se realizan una serie de acciones tanto desde el sector salud como otros sectores, que tienen como finalidad su prevención y control. No obstante por una sumatoria de factores medio ambientales, de la persona y de la prestación de los servicios de salud, se presentan defunciones relacionados con los eventos de importancia en salud pública; en el año 2019 la patología que presentó una mayor letalidad fue la Infección Respiratoria Aguda Grave, aunque se observa que disminuyó en relación al año inmediatamente anterior; al comparar este comportamiento con el nivel nacional no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa. La letalidad por Leptospirosis es inferior en el Departamento en comparación con el país y esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla 53. Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública. Antioquia, Colombia 2006 – 2019

Causa de muerte	Colombia	Antioquia	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019			
Letalidad de accidente ofídico	0,71	0,38	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘	↗		
Letalidad de chagas	79,23	0,00	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de dengue	0,00	0,00	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de Dengue grave	0,00	0,00	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de fiebre tifoidea y paratifoidea	0,70	0,00	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Letalidad de hepatitis A	0,14	0,17	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	↗		
Letalidad de hepatitis B, C y infección B-D	0,39	0,33	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,27	0,37	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	25,32	24,55	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Letalidad de intoxicaciones	1,47	1,32	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de leishmaniasis	0,08	0,09	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	↗		
Letalidad de leishmaniasis cutánea	0,03	0,00	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	-		
Letalidad de leishmaniasis mucosa	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Lepra	2,27	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-		
Letalidad de leptospirosis	53,85	7,69	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de lesiones por pólvora y explosivos	0,00	0,00	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	-		
Letalidad de Malaria	0,02	0,03	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de malaria asociada	1,19	0,00	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de malaria falciparum	0,01	0,00	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de malaria vivax	0,01	0,03	-	↗	↘	-	-	-	↘	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘		
Letalidad de Meningitis Neisseriameningitidis (Nm)	6,03	0,00	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	↗	↘	-		
Letalidad de Meningitis por Haemophilus influenzae - Hi	9,30	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-		
Letalidad de Meningitis Streptococpneumoniae (Spn)	4,80	7,14	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Letalidad de meningitis tuberculosa	13,33	7,58	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de parotiditis	0,01	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-		
Letalidad de sífilis congénita	2,00	3,42	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de tétanos accidental	34,29	0,00	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de tosferina	1,00	0,00	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	-		
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	6,70	4,05	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	13,90	11,25	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de tuberculosis pulmonar	7,74	6,78	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Letalidad de Varicela	0,03	0,00	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Tasas de incidencia PDSP																			
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	SD	97,88	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de incidencia de dengue grave según municipio de ocurrencia	SD	0,70	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,18	0,20	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Tasa de incidencia de Chagas	0,50	0,11	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-		
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,41	2,00	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		

Fuente: SIVIGILA – SISPRO MSPS



En cuanto al comportamiento de los eventos de importancia en salud pública en el año 2020, encontramos que nuevamente la violencia de género intrafamiliar y sexual fue el evento que más frecuentemente se notificó en el departamento de Antioquia a pesar de la disminución en los casos reportados como puede verse en la gráfica; en segundo lugar están las agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, seguido de la Malaria, luego las intoxicaciones y finalmente el intento de suicidio; en todos estos eventos se observó una menor notificación con respecto al año inmediatamente anterior. A continuación, hacemos una ampliación del comportamiento de estos eventos.

2.6.1 Violencia Intrafamiliar de Género y Sexual-VIF Y S

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Se clasifica en violencia dirigida contra uno mismo (comportamiento suicida), violencia colectiva (conflictos armados) y violencia interpersonal.

El Instituto Nacional de Salud define como violencia de género e intrafamiliar todas las violencias sexuales, físicas, psicológicas o por negligencia y abandono resultado de acciones o conductas agresivas basadas en relaciones de poder y asimétricas o relacionadas con la sobrevaloración de lo masculino y subvaloración de lo femenino.

En el año 2020 se notificaron un total de 20.008 casos de violencia intrafamiliar, de género y sexual y a pesar de la disminución en el total de casos, en comparación con lo observado en años anteriores, sigue siendo el evento más notificado en el departamento.

Figura 92. Cinco eventos de notificación obligatoria más frecuentes, Antioquia, 2020



Fuente: SIVIGILA



Al analizar la violencia de género e intrafamiliar se observa que unos ciclos vitales son más vulnerables que otros, los adolescentes presentan la tasa más alta con 504.5 casos por 100.000 adolescentes, seguido por los escolares con una tasa de 413.6 por 100.000 niños.

Nuevamente se evidencia una mayor vulnerabilidad de las mujeres en las cuales se notificaron el 81% de los casos, lo que representa una tasa de 467.5 casos por 100.000 mujeres, en contraste se observó una tasa de 120.2 casos por 100.000 hombres.

La mayor proporción de casos se notificaron en la subregión de Valle de Aburrá, seguida de Oriente. El municipio que notificó el mayor número de caso en Valle de Aburrá fue Medellín con el 77%, le siguen Itagüí y Bello con el 7 y 6% respectivamente.

En la subregión de Oriente, Rionegro notificó el 27% de los casos, seguido por La Ceja y El Carmen de Viboral con 11% cada uno y el 10% de los casos fueron notificados en Marinilla.

El 75% (15.071) de los casos de violencia de género e intrafamiliar el agresor fue un familiar de la víctima, sin embargo, el comportamiento del evento varía según el tipo de violencia, se observa que en la violencia física y psicológica la pareja, es el agresor más frecuente. En violencia sexual el 53 % (2.720) de los agresores no son familiares de las víctimas, seguido de otros familiares como tíos, primos, hermanos, etc.

Si bien la violencia de género e intrafamiliar en el departamento de Antioquia tiene lugar en diversos escenarios, se manifiesta en forma significativa en la vivienda, sin importar la modalidad de violencia, poniendo de manifiesto que el escenario cómplice de la violencia continúa siendo el privado.

2.6.2 Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia - APTR

La rabia humana, es una de las enfermedades zoonóticas de mayor importancia en la salud pública en Colombia y se encuentra en proceso de erradicación; para el departamento de Antioquia los últimos casos de rabia humana fueron reportados en 1992. El método más eficiente de evitar la rabia en los humanos es la prevención de la enfermedad en los principales transmisores para el hombre mediante la vacunación.

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia continúan ocupando el segundo lugar en los Eventos de Interés en Salud Pública de mayor notificación en el departamento de Antioquia de acuerdo al número de casos notificados y la incidencia registrada para el año 2020; es así como las estrategias implementadas tanto para el control, como para la vigilancia de la transmisión del virus de la rabia, en respuesta por las tasas de incidencia presentadas en el evento de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y por la circulación viral en el ciclo silvestre presente en algunos territorios, contribuyen desde el despliegue de intervenciones



oportunas y continuas para trabajar de manera articulada y coordinada con los diferentes sectores en beneficio de la salud pública.

2.6.3 Malaria

La Malaria continúa siendo para Colombia, un grave problema de salud pública, debido a que cerca del 85% del territorio es rural, está situado por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar y presenta condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas propicias para la transmisión de la enfermedad. En Antioquia de los 125 municipios, el 45% presentan condiciones favorables para la transmisión de la Malaria por la presencia de especies de anopheles, consideradas principales vectores transmisores de paludismo y se presenta en forma permanente la enfermedad en 32 municipios.

La Malaria en todas sus formas por especie parasitaria y presencia de complicaciones es el tercer evento de mayor notificación en el departamento de Antioquia. Comparativamente con el comportamiento histórico la tasa para el año 2020 representa un riesgo de 116,9 casos por 100.000 habitantes, la cual ha permanecido durante los últimos años con diferencias poco representativas; situación que puede estar explicada por los factores de riesgos presentes en los territorios de manera constante de acuerdo a la geografía característica de algunos municipios del Departamento, para lo cual se han implementado programas de prevención en diferentes regiones de alto impacto para el evento, logrando disminuir la incidencia en el último año.

2.6.4 Intoxicaciones

En Colombia el evento de intoxicaciones se notifica desde el año 2006, permitiendo realizar el seguimiento de manera sistemática; para el departamento de Antioquia se evidencian diferentes factores de riesgo en la población asociados a intoxicaciones con sustancias químicas en los diferentes entornos, así mismo como en las prácticas inseguras que se pueden presentar al estar en contacto con dichas sustancias.

Las intoxicaciones en el departamento de Antioquia fueron el cuarto Evento de Interés en Salud Pública más notificado para el año 2020, alcanzando una incidencia de 90,9 casos por 100.000 habitantes, una cifra con tendencia a la disminución posiblemente presentado por adherencia adecuada a la notificación de acuerdo al evento correspondiente y las actividades de intervención realizadas en los territorios con mayores necesidades identificadas de acuerdo al comportamiento epidemiológico y a los factores de riesgo propios de la región.

2.6.5 Intento de Suicidio

El protocolo de vigilancia epidemiológica del intento de suicidio, define éste como, una conducta potencialmente lesiva, auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia implícita o

explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

En el año 2020 se notificaron 4.421 intentos de suicidio. La mayor proporción de casos se presenta en mujeres, a razón de 1.7 mujeres por un caso en hombres. Las tasas más altas de intento de suicidio se presentaron en el grupo de adolescentes, seguido del grupo de jóvenes, este comportamiento es similar al observado el año anterior; resulta alarmante una tasa de 6 intentos por 100.000 niños de 5 a 9 años, que corresponde a 28 casos.

La tasa de incidencia de intento de suicidio para Antioquia en el año 2020 fue de 66,2 por 100.000 habitantes, tasa muy superior a la observada en el país para el mismo período de 34.3 casos por 100.000 habitantes; esta tasa es inferior a la observada el año 2019 de 82 casos por 100.000 habitantes. Al interior del Departamento la situación no es homogénea, 4 subregiones presentan tasas más altas de las observadas en el promedio departamental; en occidente se observa la tasa más alta y en Bajo Cauca la tasa más baja del departamento.

El tipo de desencadenante más frecuentemente referido es el conflicto de pareja, seguido de problemas económicos, no obstante, suele presentarse una sumatoria de factores, por ejemplo, ampliando el conflicto de pareja, se encontró que en el 10% de los casos además se reportaron problemas económicos, en el 4% suicidio de un familiar y con igual porcentaje del 3%, maltrato físico, psicológico o sexual y muerte de un familiar.

El año 2020 estuvo atravesado por la pandemia por la COVID-19, que no solo implicó un riesgo para la salud física de la población mundial, sino que las medidas de contención marcadas por el distanciamiento social, cierre de fronteras, entre otras, favorecieron la aparición de diferentes tipos de trastornos mentales, entre los cuales aparecen la ansiedad y la depresión, siendo esta última claramente identificada como un factor de riesgo para la conducta suicida en general; ante este panorama, en el departamento de Antioquia las acciones de salud mental estuvieron orientadas a mitigar los efectos identificados

2.6.6 Eventos de zoonosis

2.6.6.1 Accidente Ofídico.

En Antioquia el accidente ofídico es un problema de gran prioridad en salud pública, de notificación obligatoria, que requiere atención y tratamiento inmediato. Las poblaciones que habitan en zonas rurales son más vulnerables a los accidentes ofídicos, por las actividades agrícolas, algunas dificultades de acceso a los servicios de salud y debido a la cultura en algunas ocasiones llevan a cabo prácticas no médicas, lo que representa demoras para el acceso a los servicios de salud.

Al contrario de lo que ocurre en otros trastornos graves, existen tratamientos muy eficaces para las mordeduras de serpiente. La mayoría de las muertes y las consecuencias graves por



mordeduras de serpiente son totalmente prevenibles si se logra una mayor disponibilidad y accesibilidad de antídotos seguros y eficaces. Los antídotos de alta calidad son el único tratamiento eficaz para evitar o anular la mayoría de los efectos tóxicos de las mordeduras de serpiente, estos figuran en la lista de medicamentos esenciales de la OMS y deben formar parte del arsenal terapéutico de todo centro de atención primaria, en lugares donde se tiene conocimiento de la presencia de serpientes venenosas.

En relación al comportamiento epidemiológico para el año 2020, en Antioquia fueron reportados 674 casos de accidentes ofídicos, donde la subregión de Urabá reportó el mayor número con 195 casos (37,1%), le siguen la subregión del Nordeste con 118 casos (58,3. %), Bajo Cauca con 112 casos (43,0%), Suroeste con 87 casos (23,5), Oriente 50 casos (7,2), Norte con 43 (17,3 %), Magdalena Medio con 35 casos (32,7 %), Occidente con 26 casos (12,2) y finalmente Valle de Aburrá con 8 casos (0,2%).

No obstante, al revisar lo anterior, se observa por incidencia una distribución diferente, donde se ubica el Nordeste con la mayor tasa registrada correspondiente al 58,3; en el siguiente orden las subregiones de Bajo Cauca con una tasa de 43,0; Magdalena Medio con una tasa de 32,7; Urabá con 37,1; Suroeste con 23,5; Norte con 17,3; Occidente con 12,2; Oriente con 7,2 y finalmente Valle de Aburrá con una tasa de 0,2. por cada 100.000 habitantes.

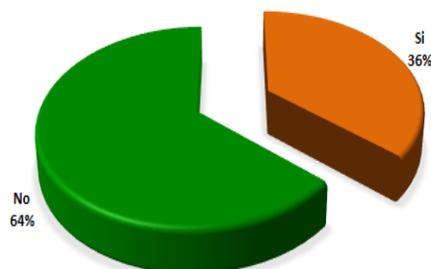
Figura 93. Casos e incidencia de Accidente Ofídico por subregión. Antioquia 2020



Fuente: SIVIGILA

Según la conducta de manejo médico de los accidentes ofídicos el 64% de los casos fueron tratados intrahospitalariamente, debido a la gravedad de los signos y síntomas presentados, el resto de los casos (36%) fue manejado de manera ambulatoria.

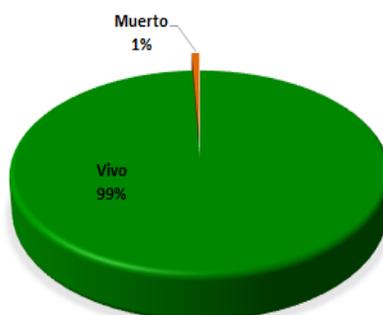
Figura 94 Distribución porcentual de casos de Accidente Ofídico, según conducta. Antioquia 2020



Fuente: Sivigila

Durante el año 2020 en el departamento de Antioquia se reportan 5 casos con condición final muerto (1%), en tres subregiones, donde la subregión de Urabá notifica el mayor número de casos para el evento.

Figura 95. Distribución porcentual de casos de Accidente Ofídico, según condición final. Antioquia 2020



Fuente: SIVIGILA

Tabla 54. Casos de muertes por Accidente Ofídico, según subregión y municipio de procedencia. Antioquia 2020

Subregión/Municipio	Muertes
Nordeste	1
Santo Domingo	1
Norte	1
Ituango	1
Urabá	3
Necoclí	1
San Pedro de Urabá	1
Vigía del Fuerte	1
Total	5

Fuente: SIVIGILA

Las acciones realizadas desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social Antioquia, están dirigidas para brindar un acompañamiento continuo en los municipios desde las acciones individuales y colectivas, las cuales buscan garantizar el cumplimiento del protocolo de vigilancia

en salud pública y de los lineamientos nacionales, por lo anterior desde la salud pública se incluyen diferentes actividades de información, educación y comunicación tanto a las comunidades como a los profesionales de la salud, así mismo desde la vigilancia epidemiológica se da el seguimiento a las notificaciones del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, se coordina la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo y de las unidades de análisis cuando son requeridas.

2.6.6.2 Leptospirosis.

La Leptospirosis se constituye como una zoonosis de distribución mundial; sin embargo, afecta con mayor frecuencia países tropicales. Es un evento de interés en salud pública y su vigilancia se realiza con el fin determinar la magnitud y distribución del evento según variables de persona, lugar y tiempo, además de establecer los factores determinantes.

Condiciones precarias de saneamiento básico, inadecuada disposición de las basuras, infestación de roedores o las zonas ribereñas y de grandes inundaciones favorecen la circulación de la leptospira, causante de muertes, los cuales se presentan generalmente con cuadros febriles inespecíficos.

En relación con el comportamiento epidemiológico para el año 2020 en Antioquia, se cuenta con un registro en el SIVIGILA de 208 casos sospechosos y únicamente fueron reportados 6 casos confirmados de Leptospirosis por medio de prueba de aglutinación microscópica – MAT recibidas por el Laboratorio Departamental de Salud Pública–LDSP y confirmadas por el Instituto Nacional de Salud- INS.

La incidencia para el año 2020 está representada en la subregión del Suroeste con 0,3 por cada 100.000 habitantes, seguido de la subregión del Urabá con un 0,2, cada una de las anteriores subregiones aporta 1 caso respectivamente.

El mayor número de casos está representado en la subregión del Valle de Aburrá con la menor incidencia de 0,1 por cada 100.000 habitantes.

Tabla 55. Casos e incidencia de Leptospirosis por subregión. Antioquia 2020

Subregión	Casos	%	Incidencia
Suroeste	1	16.7	0.3
Urabá	1	16.7	0.2
Valle de Aburrá	4	66.7	0.1
Total	6	100	0.1

Fuente: SIVIGILA



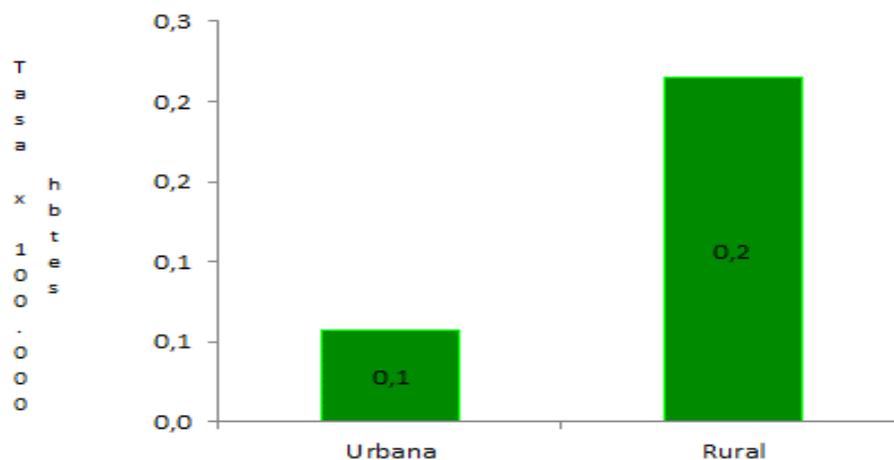
Tabla 56. Casos de Leptospirosis por subregión y municipio. Antioquia 2020

Subregión/Municipio	Casos
Suroeste	1
Amagá	1
Urabá	1
Turbo	1
Valle de Aburrá	4
Barbosa	1
Bello	1
Medellín	2
Total Departamento	6

Fuente: SIVIGILA

En cuanto al área de procedencia, en la zona rural se observa una mayor incidencia con un 0,2 por cada 100.000 habitantes, mientras que en la zona urbana se presentó una incidencia de 0,1 casos por cada 100.000 habitantes, lo cual puede estar relacionado con los factores de riesgo asociados al evento.

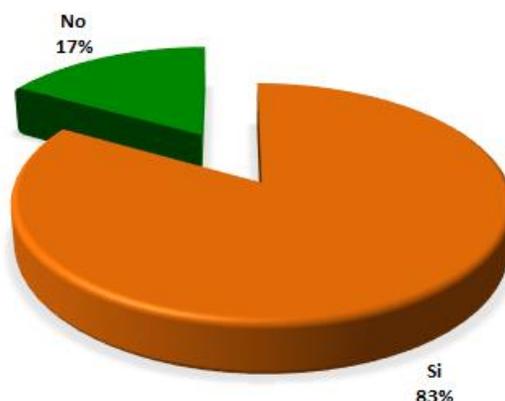
Figura 96. Incidencia de Leptospirosis por área de procedencia. Antioquia 2020



Fuente: SIVIGILA

En el manejo brindado se observa cómo según la condición clínica el 83% (5 casos) de los casos afectados por Leptospirosis requirió hospitalización y en menor proporción el 17% (1 caso) recibió manejo ambulatorio, situación que muestra la atención que requiere el evento cuando se presenta.

Figura 97. Distribución porcentual de casos de Leptospirosis, según hospitalización. Antioquia 2020



Fuente: SIVIGILA

Con el objetivo contribuir en la salud pública del departamento de Antioquia, se ejecuta acciones con los municipios tanto individuales como colectivas, con la realización de asistencias técnicas en el protocolo de vigilancia en salud pública y el protocolo de vigilancia por laboratorio para el evento de Leptospirosis con el fin de garantizar la aplicación de los criterios de confirmación o descarte de casos que permitan la toma oportuna de decisiones, acompañamiento desde la vigilancia epidemiológica desde el seguimiento a la notificación, realización de las correspondientes investigaciones epidemiológicas de campo y unidades de análisis ante todo caso de muerte sospechosa o confirmada por leptospirosis, haciendo énfasis en la identificación de personas con síntomas compatibles con la definición de caso, antecedentes epidemiológicos de riesgo, contacto con roedores o animales enfermos, aguas estancadas, condiciones de saneamiento ambiental y educación a la comunidad.

2.6.6.3 Rabia

La rabia es una de las enfermedades zoonóticas de mayor importancia en la salud pública en Colombia, además, de ser un evento en proceso de erradicación. Existe elevado riesgo biológico en todo el territorio nacional, en lo que respecta a la transmisión de la rabia, en sus ciclos urbano y silvestre.

Aunque la mortalidad y morbilidad por rabia humana en el departamento de Antioquia no se presenta casos hace más de 20 años, las estrategias de control y vigilancia de la transmisión del virus de la rabia siguen activas por el riesgo de adquirir la infección debido a las altas tasas de incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y la circulación viral en las especies silvestres como el murciélago, el zorro y el lobo, habitantes de nuestras extensas zona selváticas.

Es importante resaltar que el gato doméstico, por su instinto de cacería, se ha convertido en una especie importante a vigilar en el departamento teniendo en cuenta que los últimos casos de rabia humana reportados en el país fueron precisamente transmitidos por el contacto con estos felinos, los cuales no tenían un adecuado plan sanitario.

En el departamento de Antioquia el 100% de los municipios registro agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia durante el año 2020, con un total de 13279 casos, donde el mayor número de reportes se presentó en el municipio de Medellín (Valle de Aburrá) con 4580 casos y el municipio con menor número de casos reportados fue Guadalupe (Norte) con 1 caso.

Tabla 57. Casos de Exposición rábica por subregión. Antioquia 2020

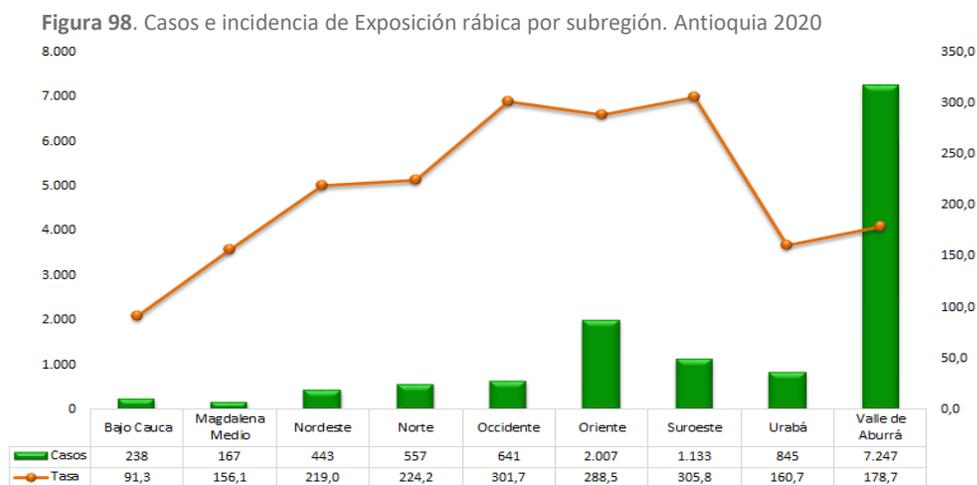
SUBREGIÓN/MUNICIPIO CASOS	SUBREGIÓN/MUNICIPIO CASOS	SUBREGIÓN/MUNICIPIO CASOS
BAJO CAUCA 238	OCCIDENTE 641	SUROESTE 1133
Cáceres 20	Abriaquí 6	Amaga 108
Caucasia 105	Antioquia 304	Andes 88
El Bagre 45	Anzá 7	Angelópolis 26
Nechí 32	Armenia 8	Betania 19
Taraza 18	Buriticá 16	Betulia 28
Zaragoza 18	Caicedo 17	Bolívar 61
MAGDALENA MEDIO 167	Cañasgordas 16	Caramanta 5
Caracolí 15	Dabeiba 20	Concordia 67
Maceo 17	Ebéjico 14	Fredonia 49
Puerto Berrio 87	Frontino 54	Hispania 28
Puerto Nare 10	Giraldo 10	Jardín 76
Puerto Triunfo 24	Heliconia 26	Jericó 57
Yondó 14	Liborina 14	La Pintada 34
NORDESTE 443	Olaya 8	Montebello 11
Amalfi 35	Peque 3	Pueblorrico 24
Anorí 46	Sabanalarga 6	Salgar 44
Cisneros 27	San Jerónimo 58	Santa Bárbara 127
Remedios 51	Sopetrán 35	Támesis 56
San Roque 53	Uramita 19	Tarso 26
Santo Domingo 40	ORIENTE 2007	Titiribí 42
Segovia 105	Abejorral 43	Urrao 64
Vegachí 29	Aleandría 15	Valparaíso 29
Yalí 11	Argelia 17	Venecia 64
Yolombó 46	Carmen De Viboral 185	URABÁ 845
NORTE 557	Cocorná 59	Apartado 237
Angostura 13	Concepción 12	Arboletes 62



Belmira	19	Granada	26	Carepa	86
Briceño	10	Guarne	247	Chigorodó	107
Campamento	8	Guatapé	14	Murindó	3
Carolina	6	La Ceja	194	Mutatá	23
Don Matías	69	La Unión	61	Necoclí	113
Entrerriós	7	Marinilla	151	San Juan De Urabá	41
Gómez Plata	27	Nariño	38	San Pedro De Urabá	32
Guadalupe	1	Peñol	58	Turbo	141
Ituango	34	Retiro	72	VALLE DE ABURRÁ	7247
San Andrés	11	Rionegro	414	Barbosa	210
San José De La Montaña	13	San Carlos	39	Bello	662
San Pedro	105	San Francisco	14	Caldas	213
Santa Rosa De Osos	97	San Luis	44	Copacabana	191
Toledo	10	San Rafael	82	Envigado	448
Valdivia	22	San Vicente	67	Girardota	187
Yarumal	105	Santuario	86	Itagüí	422
		Sonsón	70	La Estrella	134
				Medellín	4580
				Sabaneta	200

Fuente: SIVIGILA

Se evidencia en el departamento de Antioquia, para el año 2020, de acuerdo con la notificación, la subregión con el mayor número de casos es el Valle de Aburrá con 7.247 casos en total, sin embargo, la mayor incidencia del evento la registra la subregión de Suroeste con 305,8 casos por cada 100.000 habitantes.



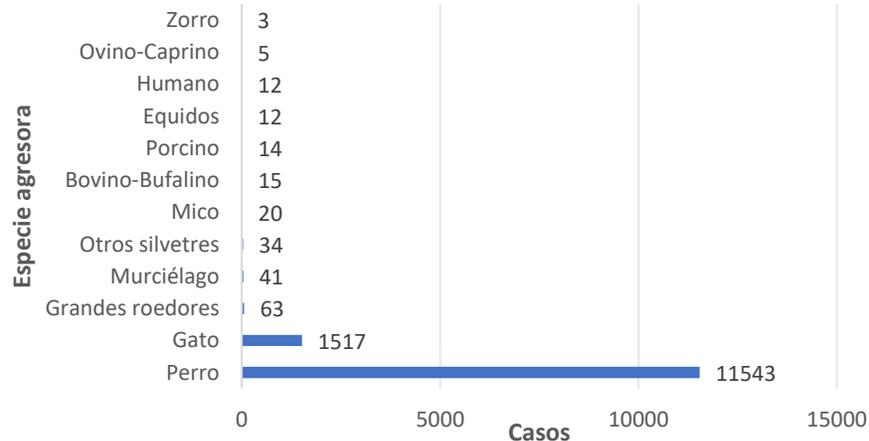
Fuente: Sivigila



226

En cuanto a las principales especies agresoras continúan siendo en el 86.8% (11.543 casos) los perros, lo que guarda relación con el principal tipo de agresión que fueron las mordeduras, seguidos de un 11% (1.517 casos) por los gatos que causan los arañazos y los rasguños.

Figura 99. Distribución de casos de Exposición rábica, de acuerdo a la especie agresora. Antioquia 2020

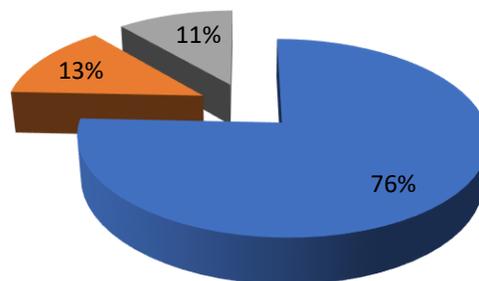


Fuente: SIVIGILA

En cuanto al tipo de exposición para el año 2020 en el departamento de Antioquia, el 76% se clasifica en no exposición (10050 casos), 13% en exposición leve (1739 casos) y 11% (1490 casos) en exposición grave.

Figura 100. Distribución porcentual de casos de Exposición rábica, de acuerdo al tipo de exposición. Antioquia 2020

■ No exposición ■ Exposición leve ■ Exposición grave



Fuente: Sivigila

Para mantener los indicadores de morbilidad y mortalidad de rabia humana en cero, se realizan intervenciones en diferentes frentes como investigaciones epidemiológicas de campo y acciones de control de foco, en cada zona donde es reportado un caso positivo de rabia animal, tanto silvestre como urbana, actividades de vacunación de caninos y felinos con el objetivo de alcanzar coberturas anuales de vacunación del 80% de la población, de modo que se logre interrumpir la

circulación del virus rábico en los territorios; desde la vigilancia epidemiológica se realiza con los municipios revisión continúa del protocolo de vigilancia en salud pública integrada de rabia humana, en perros y en gatos, para garantizar la adecuada clasificación en el departamento de Antioquia y a su vez orientar el correcto ajuste en el SIVIGILA de los casos reportados para exposición rábica, con el fin de garantizar la calidad del dato, adicionalmente de promover en la población desde los entes municipales, la tenencia responsable de animales para velar por la salud pública en los territorios.

2.7 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 2021 se reportaron 413.400 discapacidades en 205.548 personas, dado que algunas de estas pueden tener más de una discapacidad. El tipo de alteración permanente más frecuentemente identificada en Antioquia el año, 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 50.26%; 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 58 Distribución de las alteraciones permanentes. Antioquia, 2021

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	103314	50,26
El sistema nervioso	110372	53,70
Los ojos	52217	25,40
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	34275	16,67
Los oídos	27486	13,37
La voz y el habla	44841	21,82
La digestión, el metabolismo, las hormonas	17100	8,32
El sistema genital y reproductivo	13758	6,69
La piel	5722	2,78
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	4313	2,10
Ninguna	2	0,00
Total	205548	

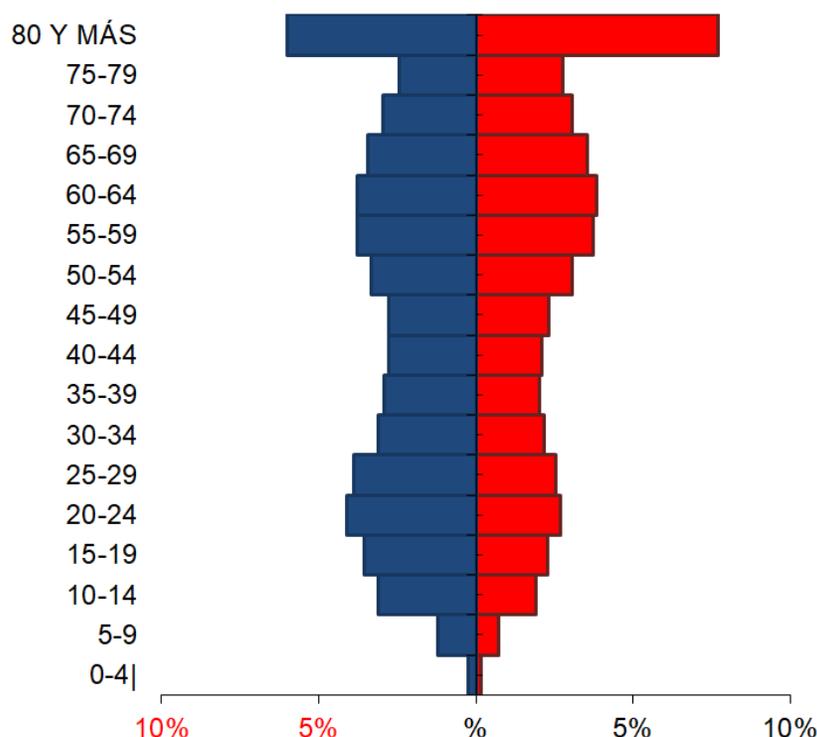
Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social,

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 39.6% 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 morbilidad, discapacidad y costo de los servicios de salud en el Departamento y el país.

Figura 101. Pirámide de la población en situación de discapacidad. Antioquia, 2021.



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

2.8 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 precursores 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 59. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Antioquia 2020

Morbilidad	Prioridad	Valor del indicador Antioquia, 2020	Valor del indicador Colombia, 2020	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Condiciones transmisibles y nutricionales (primera infancia)	22,1		Fluctuante	3
	2. Enfermedades no transmisibles(mayores de 60 años)	82,8		Fluctuante	1
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Infección respiratoria	42,7		Fluctuante	2
	2. Condiciones orales	5,7		Fluctuante	6
	3. Cardiovasculares	20,9		Fluctuante	1
Alto Costo	1. Tasa de incidencia de VIH (2018)	29,03	22,75	Fluctuante	9
	1. Prevalencia de hipertensión arterial (2018)	10,1	7,9	Fluctuante	1
Precursores	2. Prevalencia de diabetes mellitus (2018)	2,9	2,6	Fluctuante	1
	1. Letalidad por tuberculosis	11,25	13,9	Fluctuante	9
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	2. Letalidad por Infección respiratoria Aguda grave	24,5	25,3	Fluctuante	9
	1. Alteración permanente permanente en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	50,27		Fluctuante	0
Discapacidad	2. Sistema nervioso	53,7		Fluctuante	1

Fuente: Cuenta de Alto Costo - SIVIGILA - RIPS - SISPRO MSPS

Conclusiones Morbilidad

En el departamento de Antioquia en todos los ciclos vitales, la principal causa de uso de servicios de salud, corresponde a las enfermedades no transmisibles, con mayor impacto en el grupo de adulto mayor, sin embargo, llama la atención el aumento gradual de este tipo de patologías en los primeros años de vida. Este comportamiento es similar para ambos sexos.

El confinamiento que vivió la población ante la pandemia por el COVID – 19, puede explicar en parte el fenómeno evidenciado en la disminución del volumen de consulta a los servicios de salud, algunas de las patologías no atendidas durante este año, con el riesgo de sufrir complicaciones en los pacientes durante los siguientes años, lo cual es un reto para los diferentes prestadores de servicios de salud.



230

Al observar la morbilidad por subcausas, se resalta que, dentro de las condiciones transmisibles y nutricionales, las enfermedades infecciosas y parasitarias presentaron incremento pasando de ser la segunda causa en 2019 a ubicarse en primer lugar en el año 2020, lo anterior explicado en parte, por la inclusión del COVID-19 en esta categoría.

En el grupo de las enfermedades no transmisibles, se destacan las enfermedades cardiovasculares presentando un incremento en la proporción de consultas de 4,67%, en coherencia con la presencia de las enfermedades del corazón en las primeras causas de muerte que afectan a la población antioqueña; por lo cual la Secretaría de Salud ha venido promoviendo acciones que impactan esta problemática, no obstante, estas son difíciles de impactar dada la estructura demográfica del departamento.

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 linfocíticas y mieloides agudas, es similar en Antioquia y Colombia.

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.

2.9 Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud.

El 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.

2.9.1 Condiciones de vida

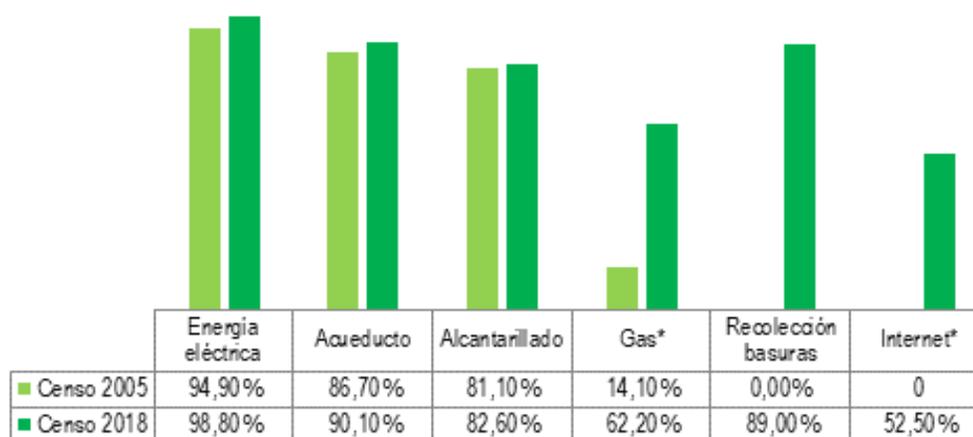
En general, los porcentajes de cobertura captados por los censos 2005 y 2018, evidencian un aumento en la prestación de los servicios domiciliarios en Antioquia, siendo el gas el servicio con el incremento más significativo; sin embargo, es necesario seguir trabajando por alcanzar una mejor cobertura. 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 así como de otros aspectos, el agua 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 102. 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 3,48%, pasando en el 2005 del 86,8% al 90.28% para la vigencia 2020, registrando una cobertura superior al promedio nacional del 90.10%. La subregión del Valle de Aburrá, es la única que presenta una cobertura superior al promedio departamental con un 88.4%. Las demás subregiones del Departamento están por debajo del

promedio departamental, siendo las subregiones del Bajo Cauca (72.06%); Nordeste (65,85%) y Urabá (71.40%) las más rezagadas.

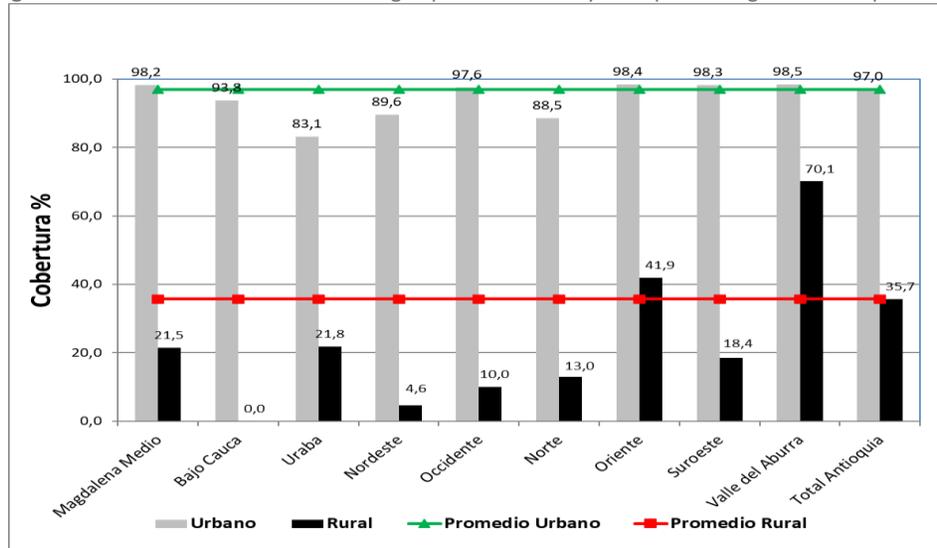
En el ámbito urbano, se han incrementado en 1,5% las coberturas del servicio de acueducto, pasando de 96,3% en el año 2005 a 97,99% en el 2020. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (98,48%), Magdalena Medio (98.16 %) Occidente (98.10%), Norte (98,62%), Oriente (99.39%) Suroeste (98,61%). 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 65.13% en el 2020. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (88,83%), Magdalena Medio (72.55%), Occidente (65.68%) y Oriente (73.08%). Las subregiones más rezagadas son, Bajo Cauca (30.47%), Nordeste (35,56%), Norte (47.16%), Suroeste (57.49%) y Urabá (39.22%) 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 12.2%, pasando en el 2005 de 70,4%, a 82.60% para la vigencia 2020. Por otro lado, la desigualdad entre subregiones es notoria, ya que mientras para el 2020 el Valle de Aburrá cuenta con una cobertura del 95.29%, superior al promedio departamental, el resto de las subregiones presenta coberturas inferiores, siendo las subregiones de Bajo Cauca (60.07%), Nordeste (50.40%), Occidente (45.99%), Urabá (58.92 %) y Suroeste (58.48%) 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 96.97% en el 2020. La subregión del Valle de Aburrá (98,48%), Magdalena Medio (98.16%), Occidente (97.57%), Suroeste (98.29 %) y Oriente (97.62%) presentan valores superiores al promedio departamental. Las demás subregiones presentan coberturas inferiores al promedio departamental, siendo las subregiones de Urabá (83.10%), Norte (88.47%), Nordeste (89.63%) 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 17,82% a 35.72% en el 2020, todas las subregiones presentan un rezago, siendo las subregiones de Valle de Aburrá (70.09%) y Oriente (41.86%) 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 (4,59%), Norte (13%); Occidente (9.99%); Suroeste (18.42%) y Urabá (21.79%) las más rezagadas.

Figura 100. Cobertura de viviendas con agua potable urbano y rural por subregión – Antioquia 2020.



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia - 2020

En la medición del Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) se tiene la siguiente clasificación:

Tabla 60. 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 de Antioquia para el año 2020, presenta un IRCA de 6.8% (Riesgo Bajo), mientras que para la Colombia es de 8,56% (Riesgo Bajo). En el ámbito urbano, el IRCA departamental fue 1,4% (Sin Riesgo), mientras que el promedio nacional fue de 5,73% (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 16,23 % (Riesgo Medio).

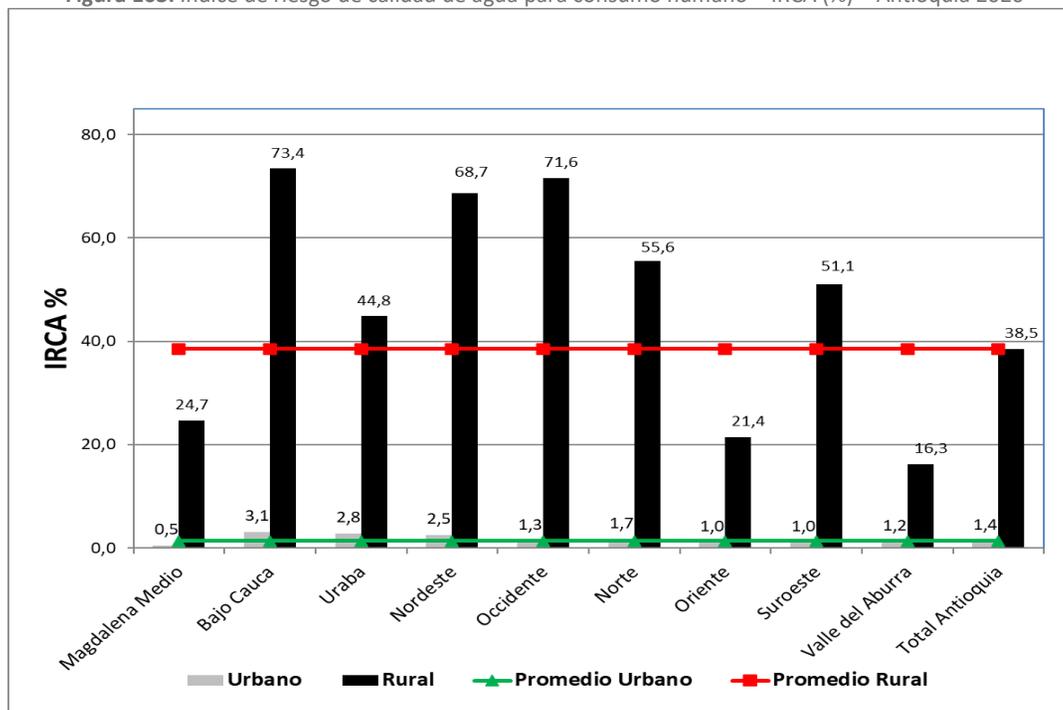
En las nueve (9) subregiones del departamento de Antioquia para la vigencia 2020, se obtuvo los siguientes promedios tal y como se ilustran en las siguientes tabla y figura:

Tabla 61. Índice de Riesgo de Calidad de Agua Potable - IRCA- (%) por Subregión - Antioquia 2020

Subregión	Urbano	Rural
Magdalena Medio	98,2	21,5
Bajo Cauca	93,8	0,0
Uraba	83,1	21,8
Nordeste	89,6	4,6
Occidente	97,6	10,0
Norte	88,5	13,0
Oriente	98,4	41,9
Suroeste	98,3	18,4
Valle del Aburra	98,5	70,1
Total Antioquia	97,0	35,7

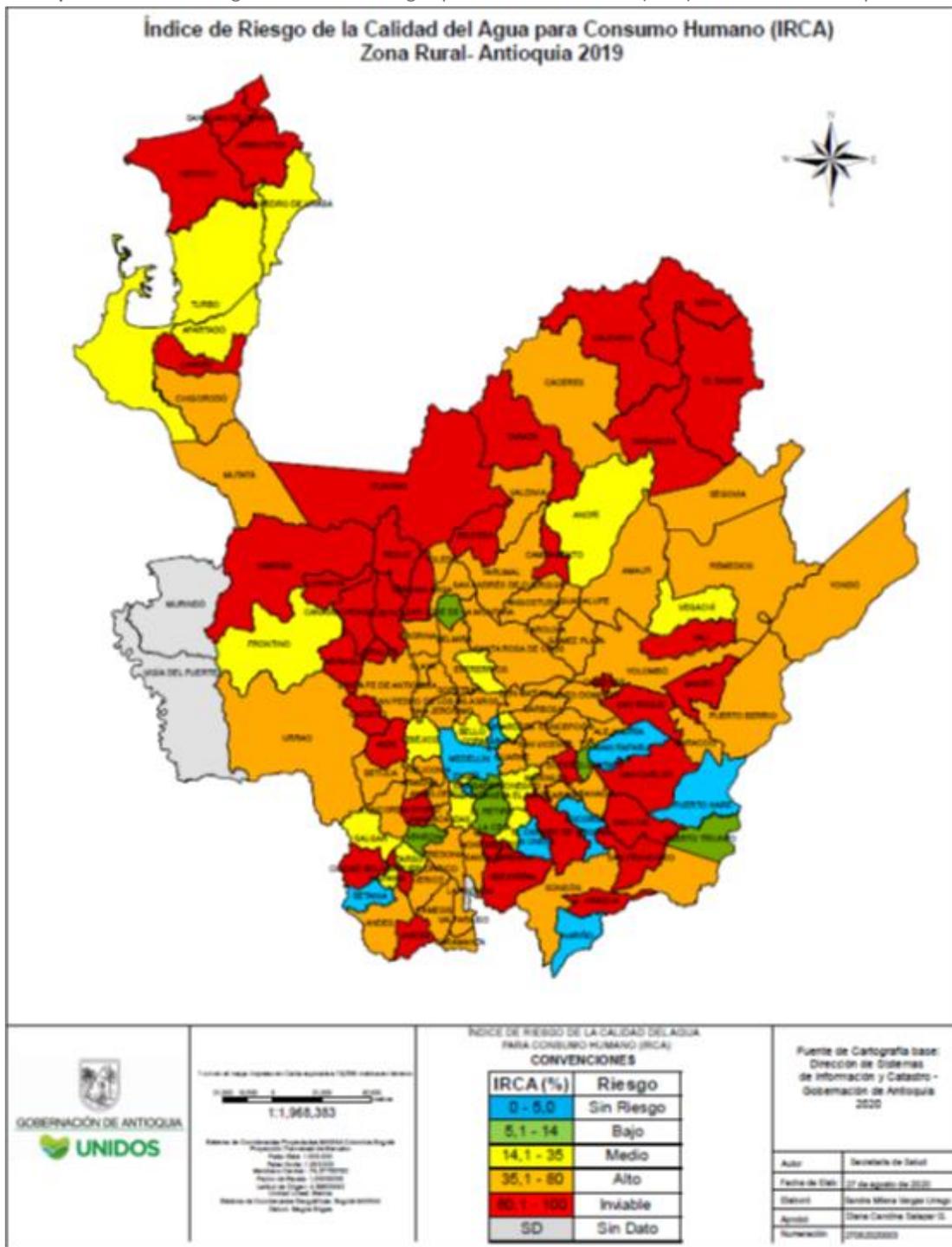
Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Figura 103. Índice de riesgo de calidad de agua para consumo humano – IRCA (%) – Antioquia 2020



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

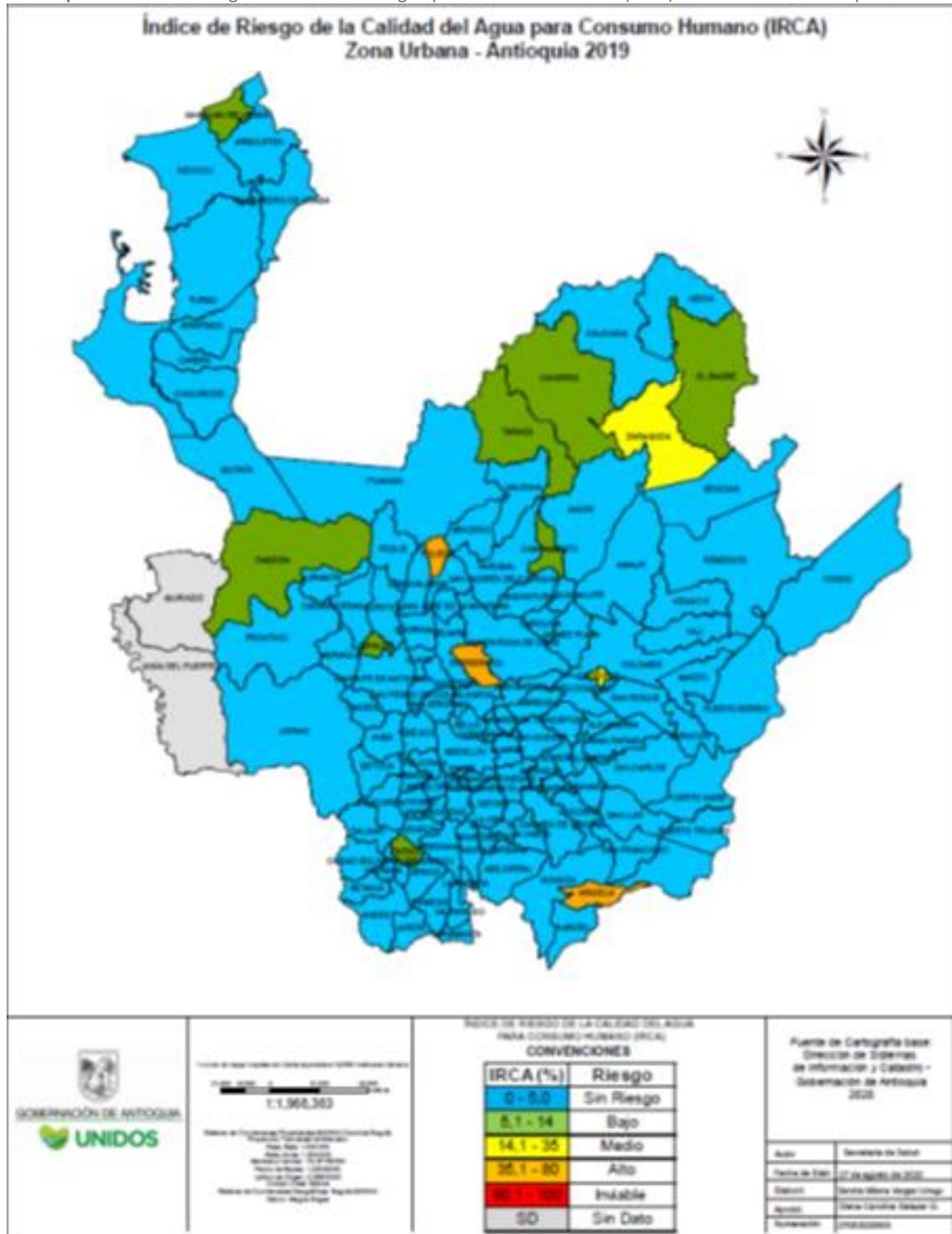
Mapa 18. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona Rural – Antioquia 2019



Fuente: Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP



Mapa 19. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona urbana – Antioquia 2019

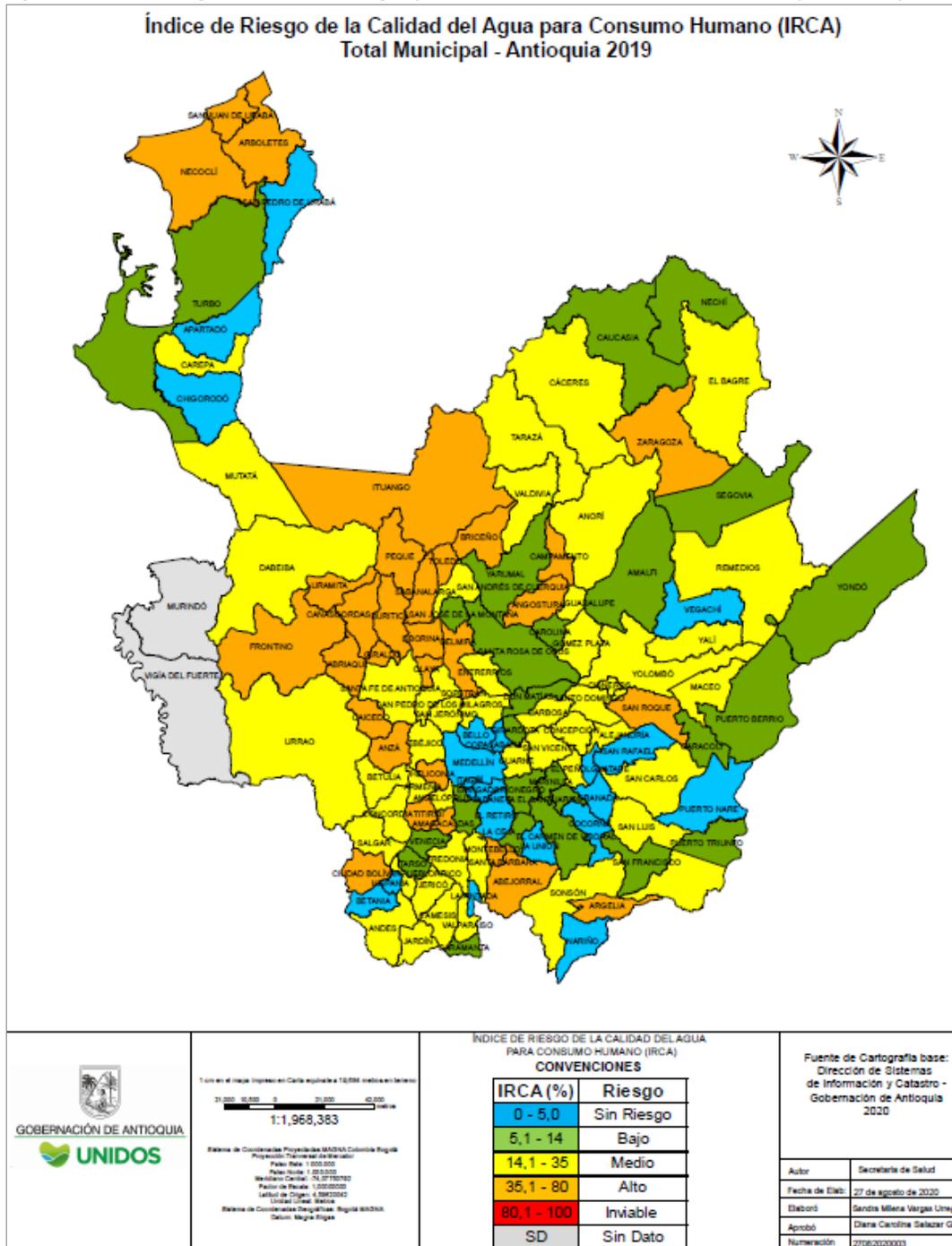


Fuente: Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP



El consolidado promedio del IRCA Total municipal por cada localidad se detalla en la siguiente figura:

Mapa 20. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Total, municipal – Antioquia 2019



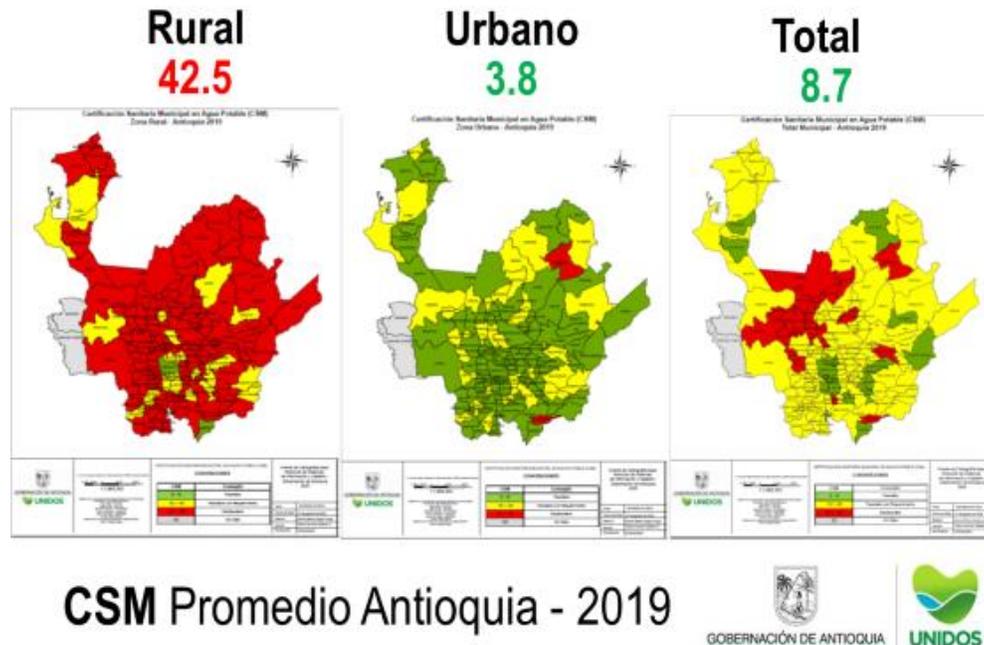
Fuente: Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP



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 personas prestadoras del servicio público de acueducto, dentro de los límites del municipio: a) Índice de Riesgo de Calidad del Agua IRCA municipal, b) Índice de Riesgo por Abastecimiento municipal – IRABA ; c) Buenas Prácticas Sanitarias municipal- 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 2020 se obtuvo una calificación total departamental de 8.1 (Favorable), En el ámbito urbano un valor de 3.7 (Favorable) y en el ámbito rural un puntaje de 42.7 (Desfavorable). El panorama departamental para cada uno de los municipios se detalla en la siguiente Mapa:

Mapa 21. Certificación sanitaria municipal en agua potable. Promedio por zonas y total. 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 2020 alcanza un 80.93% mientras que para el país 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 95,49%. Las demás subregiones del Departamento están por debajo del promedio departamental, siendo las subregiones del Nordeste (46.90%) y Occidente (45.55%) las más rezagadas. En el ámbito urbano se han incrementado las coberturas del servicio de

alcantarillado pasando de 95% en el 2005 a 95.77% en el 2020. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (98,62%), Norte (96,54%) y Oriente (98,3%), siendo las subregiones del Bajo Cauca (75,67%); Nordeste (78,22%) y Urabá (82.68%) las más rezagadas. En el área rural, las coberturas han presentado aumento en el período, pasando de 33,6% en el 2015 a 32.50% en el 2020. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (75.01%) y Magdalena Medio (39.84%) y las subregiones más rezagadas son Bajo Cauca (21.85%), Nordeste (10.32%), Norte (9.85%); Occidente (11.88%), Oriente (8.71%), Suroeste (19.78%) y Urabá (13.18 %) 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 62. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida. Antioquia, 2005 – 2019

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Antioquia
Cobertura de servicios de electricidad	96,5	99,90
Cobertura de acueducto	88,4	89,81
Cobertura de alcantarillado	76,7	82,03
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	8,4	7,30
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	11,7	13,10
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	11,6	14,30

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 97,1% 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 64.3%. Con relación al acceso a la cobertura de alcantarillado se presenta para el área urbana un porcentaje de 96% y de 36.4% en la zona rural. Así mismo, 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 63. Cobertura de acceso a servicios públicos según desagregación urbano-rural. Antioquia, 2019

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera 2019	Resto 2019
Cobertura de servicios de electricidad	100	97,14
Cobertura de acueducto	97,8	64,26
Cobertura de alcantarillado	96,0	36,44

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 garanticen 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, Cólera, 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 por la Vida 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:

- 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 competencias 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.
- 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.



- Trámite 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.

2.9.2 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 de bajos recursos, aquellas que viven en situación de vulnerabilidad, las mujeres embarazadas y sus hijos, las personas que utilizan estufas tradicionales de biomasa para cocinar y calentarse¹².

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 diferentes enfermedades respiratorias, cardíacas y cerebro vasculares¹³.

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 y al Subsistema de Información Sobre Calidad del Aire –SISAIRE, durante el año 2020 en el departamento de Antioquia, operaron 60 estaciones de monitoreo entre fijas e indicativa¹⁴

¹² Organización Panamericana de la Salud (OPS). Calidad del aire. <https://www.paho.org/es/temas/calidad-aire>

¹³ 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>

¹⁴ (SISAIRE - IDEAM, n.d.) Consulta de mediciones disponibles 2020.
<http://sisaire.ideam.gov.co/ideam-sisaire-web/consultas.xhtml>



Tabla 64. 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.

Basada en las evidencias de los efectos sobre la salud según la exposición a la contaminación del aire, la Organización Mundial de la Salud-OMS actualizó la guía de calidad de aire el año 2005 donde se 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 $15 \mu\text{g}/\text{m}^3$ para PM_{10} y una exposición anual máxima de 10 $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ para $\text{PM}_{2,5}$. Así mismo, la OMS incluye valores criterio para CO_2 para exposición a corto tiempo de 10 mg/m^3 en 8 horas. Según la OMS casi el 80% de las muertes relacionadas con las $\text{PM}_{2,5}$ podrían evitarse en el mundo si los niveles actuales de contaminación del aire se redujeran a los propuestos por las directrices actualizadas. Al mismo tiempo, la consecución de las metas intermedias daría lugar a una reducción de la carga de morbilidad, cuyo mayor beneficio se observaría en los países con altas concentraciones de partículas finas ($\text{PM}_{2,5}$) y territorios sobrepoblados. 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%¹⁵.

¹⁵ 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 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>

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 2016¹⁶.

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 Antioquia¹⁷.

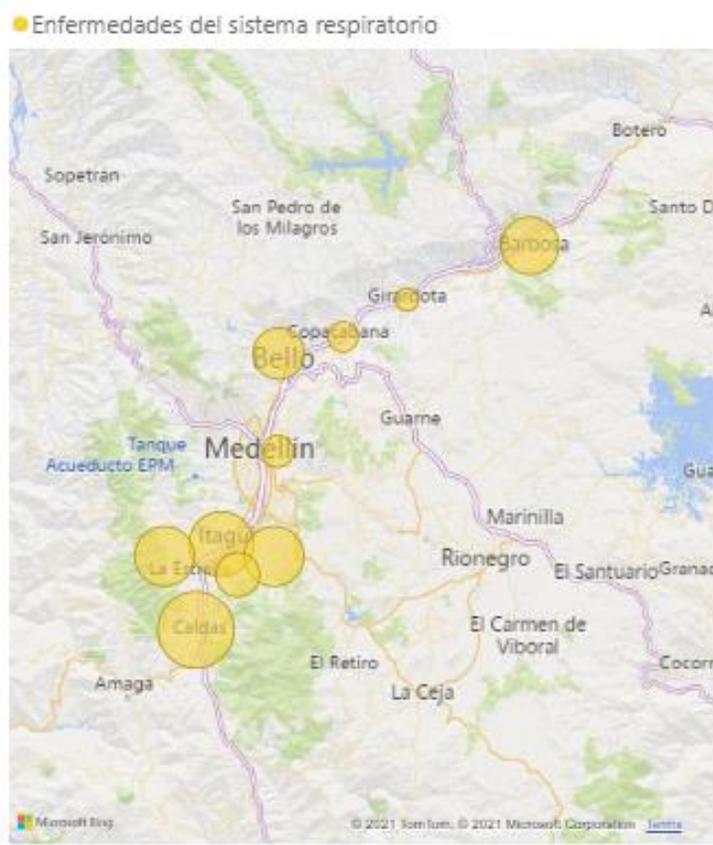
Según investigación realizada por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), donde se estableció la asociación entre el promedio diario de PM₁₀, PM_{2,5} y Ozono (O₃) y la mortalidad según eventos centinela respiratorios y cardiovasculares en los 10 municipios del Valle de Aburrá, para el municipio 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. Así mismo, la distribución de las defunciones por eventos centinela de tipo crónico fue mayor para los municipios de Caldas y Copacabana. Por otro lado, el AMVA determinó que entre los años 2008-2017 se presentaron 184.519 defunciones de las cuales el 13,2 % correspondieron a eventos centinela de tipo crónico. El 91,7 % se debieron a enfermedades del sistema respiratorio y los tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos Medellín, Bello, Itagüí y Envigado contribuyeron con el 90,6 % de las defunciones.¹⁸

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Calidad del aire. <https://www.paho.org/es/temas/calidad-aire>

¹⁷ 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>

¹⁸ Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud de los habitantes del Valle de Aburrá. 2018

Mapa 22. Visualización de defunciones causadas por enfermedades relacionadas con la calidad del aire en el Área Metropolitana 2018.



Fuente: Plataforma SIVISA, <https://sivisa.metropol.gov.co/Eventos-de-Salud/Mortalidad#gsc.tab=0>

Tabla 65. Magnitud del riesgo de muertes por eventos centinela asociado al incremento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en el promedio diario de PM_{10} , $\text{PM}_{2.5}$ y O_3 , 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
$\text{PM}_{2.5}$	65 o más años	S.A	0,3	0,4
	Todas	S.A	S.A	0,2
O_3	65 o más años	S.A	0,8	0,3
	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

Morbilidad

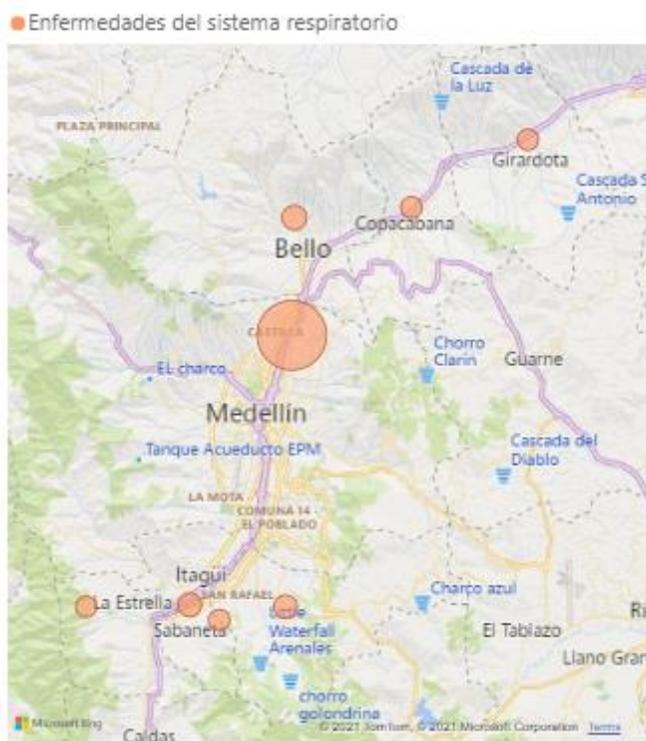
Hay efectos de la contaminación del aire sobre la salud a corto y largo plazo, siendo la exposición a largo plazo la más significativa para la salud pública, aumentando la carga de morbilidad derivada de accidentes cerebrovasculares, cánceres de pulmón y neumopatías crónicas y agudas, entre ellas el 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 contaminante¹⁹.

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. Finalmente, el AMVA concluyó que los años 2008-2017 se presentaron 810.007 casos de eventos crónicos, predominantes en los adultos y adultos mayores. Las enfermedades del sistema respiratorio predominaron en todos los municipios que constituyen el Valle de Aburrá.

¹⁹ 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

Mapa 23. Visualización de casos de enfermedades relacionadas con la calidad del aire en el Área Metropolitana. (porcentaje del total de los casos de muertes por municipio 2018)



Fuente: Plataforma SIVISA, <https://sivisa.metropol.gov.co/Eventos-de-Salud/Morbilidad#gsc.tab=0>

Tabla 66. Magnitud del riesgo para enfermedad respiratoria, asociada al incremento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en el promedio diario de PM10, PM2.5 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
La Estrella	Menores de 5 años	33,1	25,2	S.A
	Menores de 5 años	4	S.A	S.A
Sabaneta	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 67. 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.

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 y Protección Social & 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).

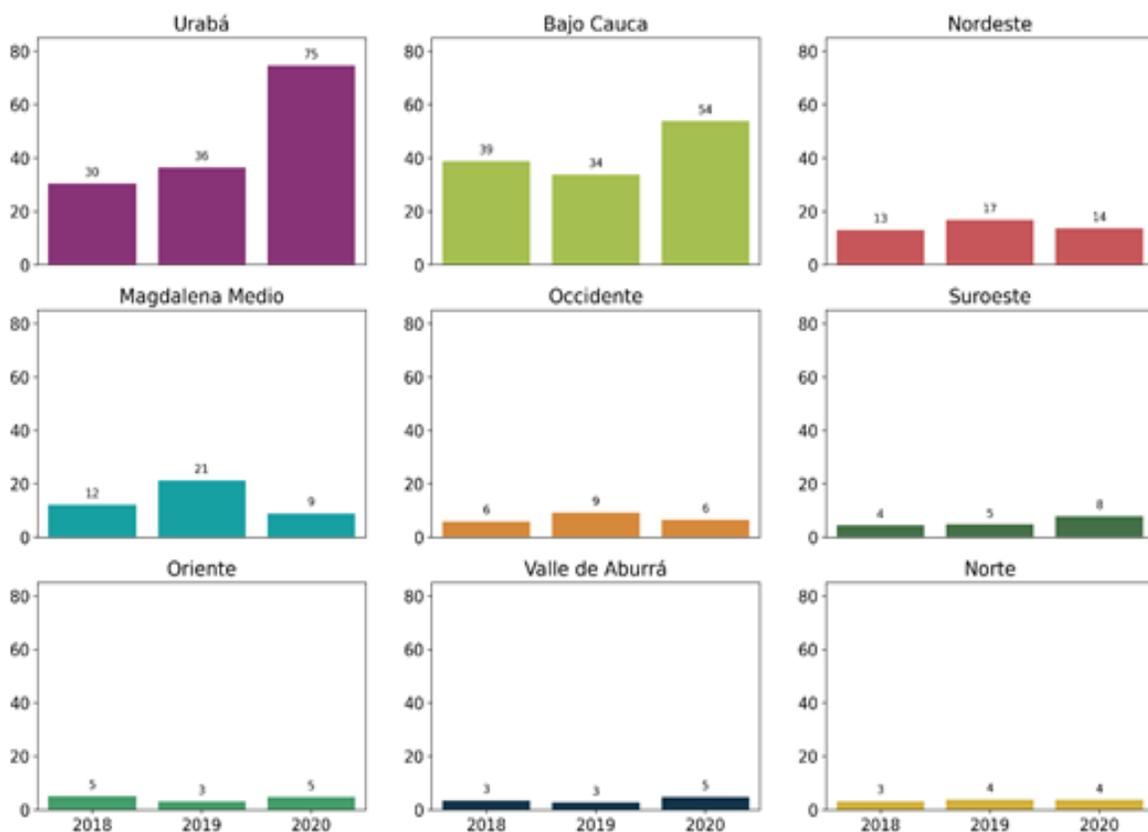
En Colombia “cerca de 25 millones de personas que habitan en zonas urbanas con transmisión endémica de dengue están en riesgo de adquirir esta enfermedad”. Esto hace que se le dé mayor importancia al control del crecimiento larvario de este vector, cuyo beneficio radica en la



disminución de enfermedades vectoriales endémicas cuya atención implica un gasto de recursos importantes al estado” (Ministerio de Salud y 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 104. 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

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).

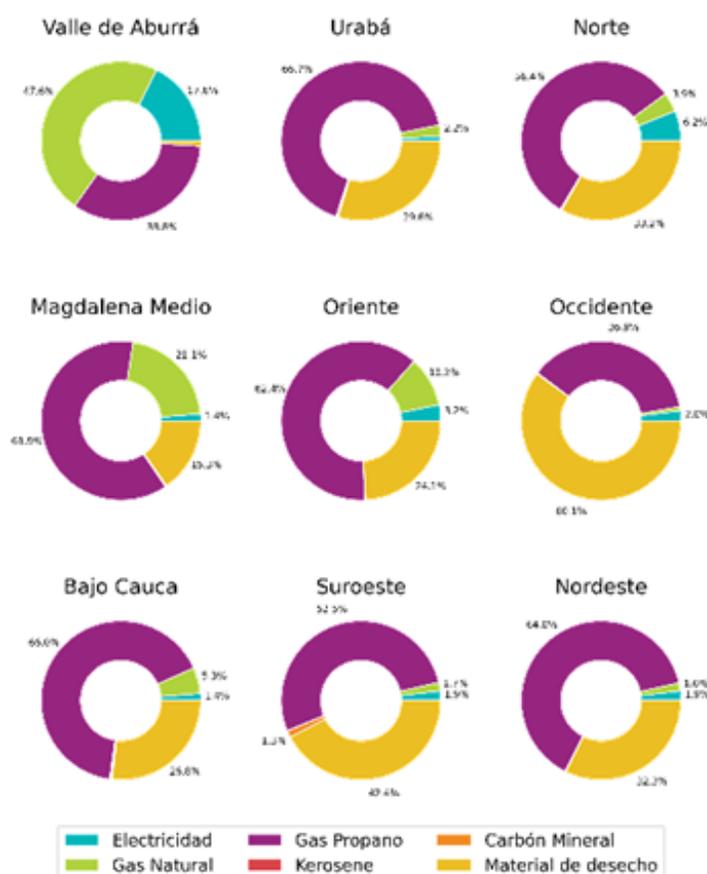
En la más reciente edición de Regulatory Indicators for Sustainable Energy (RISE) publicada por el Banco Mundial para el año 2018, el total de países con políticas sólidas para la implementación de energías sostenibles y renovables llegó a triplicar su número, sin embargo, esta organización indica que 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 105. 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 & FNSP UdeA. 2020

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 períodos 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 68. 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	Cioliasis, 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, potosí, 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 posttraumático		■	■	■		■		■
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 69. 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- SSSYP SA & FNSP UdeA. 2020

Nota: La tabla muestra las amenazas más frecuentes por subregión y algunos grupos de enfermedades relacionadas. 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.

Esta aproximación propone que uno de los retos importantes en salud ambiental para el Departamento asociados a la variabilidad y cambio climático, se encuentra en el control de la ocurrencia de enfermedades transmitidas por alimentos, accidentes ofídicos y por animales ponzoñosos y los efectos traumáticos que generan los eventos asociados a las amenazas del

cambio climático, sin embargo, debido a la diversidad climática que presenta Antioquia en cada subregión, es importante establecer estrategias de mitigación para cada grupo de enfermedades que puedan activarse antes, durante y después de los eventos de riesgo.

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 global, nacional, regional y por supuesto local en el contexto del cambio climático y la salud ambiental. En este sentido, el cambio climático afecta de manera diferencial a las poblaciones costeras y de montaña, generando un aumento de la mortalidad debida a olas de calor y enfermedades infecciosas transmitidas por vectores, además de enfermedades transmitidas en el agua y los alimentos, entre otros eventos de salud, que se intensifican de acuerdo a las características geográficas y ecosistemas propios de cada territorialidad. En relación a lo anterior, en el departamento de Antioquia, se presentan como principales amenazas los vendavales, incendios forestales, inundaciones, movimientos en masa, avenidas torrenciales que están relacionadas directamente con la variación en la precipitación y la temperatura. Lo cual, a su vez, está relacionado con la ocurrencia de grupos de enfermedades. Esta aproximación propone que uno de los retos importantes en salud ambiental para el departamento asociados a la variabilidad y cambio climático, se encuentra en el control de la ocurrencia de enfermedades transmitidas por alimentos, accidentes ofídicos y por animales ponzoñosos y los efectos traumáticos que generan los eventos asociados a las amenazas del cambio climático, sin embargo, debido a la diversidad climática que presenta Antioquia en cada subregión, es importante y se convierte en un reto para el departamento establecer estrategias de mitigación para cada grupo de enfermedades que puedan activarse antes, durante y después de los eventos de riesgo.

2.9.3 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 70. Determinantes intermedios de la salud – seguridad alimentaria y nutricional. Antioquia, 2019

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia 2019	Antioquia 2019
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	9,5	9,5
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2015)	14,4	17,6

Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN, Estadísticas Vitales EEVV-DANE

2.9.4 Condiciones factores psicológicos y culturales

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.

2.9.4.1 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 71. Comparación de prevalencias obtenidas en la vida y en el último año 2007 - 2011. Antioquia, 2018

Sustancia	Prevalencia 2007		Prevalencia 2011		Prevalencia 2018	
	Vida	Ultimo año	Vida	Ultimo año	Vida	Ultimo 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



2.9.4.2 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.

2.9.4.3 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.

2.9.4.4 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%.

2.9.4.5 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.

2.9.4.6 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.

Tabla 72. Determinantes intermedios de la salud – factores psicológicos y culturales. Antioquia, 2006 – 2019

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Antioquia
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 actualmente 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 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	156,5	144,87
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	233,19	210,36

Fuente MSPS – SISPRO



2.9.4.7 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.

Tabla 73. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Antioquia
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

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

2.9.5 Índice, IDERE Global

En Latinoamérica se utiliza una herramienta con el fin de medir el desarrollo del territorio, con enfoque multidimensional, con tres objetivos; 1 Visibilizar la desigualdad profunda de los diferentes países de Latinoamérica, 2 Aportar datos para el debate público, 3 Generar nueva información para estudios e investigaciones, denominado Índice de Desarrollo Regional Latinoamérica (IDERE_LATAM), identifica 25 variables agrupadas en 8 dimensiones críticas del desarrollo, como son: 1. Educación, 2. Salud, 3. Bienestar y Conexión, 4. Actividad Económica, 5. Instituciones, 6. Seguridad, 7. Medio Ambiente, 8. Género; calculando una medida geométrica de índices que oscilan entre 0-1, donde cero es el mínimo desarrollo de un territorio y 1 el máximo.



Los rangos de desarrollo oscilan entre: Bajo medio (0.00-0.30), Bajo Medio (0.30-0.40), Medio (0.40-0.50), Medio Alto (0.50-0.60), Alto (0.60.70), Muy Alto (0.70-1.00).

Es importante clarificar que IDERE LATAM no es sinónimo de desarrollo, es una aproximación para medirlo, analiza 182 regiones en las que habitan el 82% de la población de América Latina, con un equipo integrado por Universidades y centros de estudios de América Latina.

Para el departamento se obtuvo un índice de 0,4643 correspondiendo a un desarrollo medio, y de acuerdo a cada dimensión se evidencia las siguientes diferencias:

Tabla 74. Índice, IDERE Global Nivel de Desarrollo por Dimensiones, Antioquia, 2020

Educación	Salud	Bienestar y cohesión	Actividad Económica	Instituciones	Género	Seguridad	Medio Ambiente
0,6006	0,7819	0,3663	0,5355	0,3212	0,4891	0,1856	0,7092

Fuente: IDERE LATAM, resumen Ejecutivo

Con respecto a la dimensión de salud, Antioquia tiene un alto índice de desarrollo con 0,7819, este índice está compuesto por tres índices, Mortalidad infantil (0,8101), Tasa de suicidios (0,7821), Esperanza de vida al Nacer (0,7535)

En educación el índice obtenido es alto con 0,6006, desagregado por los índices evaluados se obtuvo, Analfabetismo (0,8966), Estudios de educación Superior (0,5826), Matricula en Educación inicial (0,4287) y Años de educación ((0,4944), lo anterior indica que cada variable evaluada tiene su propio rango evidenciando que en educación hay dos que están por debajo de rango medio

El coeficiente de Gini: Indicador de la desigualdad de los ingresos, mide la distribución del ingreso de hogares dentro de una economía, su valor va en un rango de 0 a 1, donde 0 es perfecta igualdad de ingresos y 1 total desigualdad en un territorio dado. Antioquia, presentó un índice máximo de 0.56 en el 2014 y a partir de este año se redujo un poco, pero en los últimos tres años inicia su ascenso hasta el 2020 que es de 0.53, se observa que en los últimos 10 años no ha subido más de 0.56. Entre más se acerque al 1 hay una total desigualdad en el ingreso en el departamento, la pandemia afecta directamente este indicador.



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DAANE)



Gráfico 16. Coeficiente de Gini, Comparativo Antioquia - Colombia, 2010-2020



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

El documento de la Línea de Base de la Agenda 2040 da cuenta que: “Si bien desde el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y su Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), el GINI no cuenta con desagregaciones territoriales, es posible contar con un proxy de su comportamiento municipalizado por entidades territoriales, de acuerdo con la información suministrada por la Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia para 2019.

Con base en esta fuente, es posible observar que el municipio de Murindó (subregión de Urabá) presentó para ese año el Gini más alto en el Departamento, seguido de los municipios que se registran a continuación:

- Urabá: Murindó, Vigía del Fuerte y Chigorodó
- Occidente: Giraldo, Santa Fe de Antioquia y Sopetrán.
- Norte: Toledo, San Andrés de Cuerquia, Carolina del Príncipe.
- Bajo Cauca: Cáceres, El Bagre y Tarazá.
- Nordeste: Yolombó, Remedios y Segovia.
- Suroeste: Venecia, Pueblorrico y Jericó.
- Magdalena Medio: Puerto Nare, Yondó y Puerto Berrio.
- Oriente: Sonsón, San Rafael, Alejandría
- Valle de Aburrá: Medellín, Barbosa y Bello

Significa que en el 24% de los municipios de Antioquia se concentra la desigualdad.

2.9.5.1 Otros indicadores de ingreso

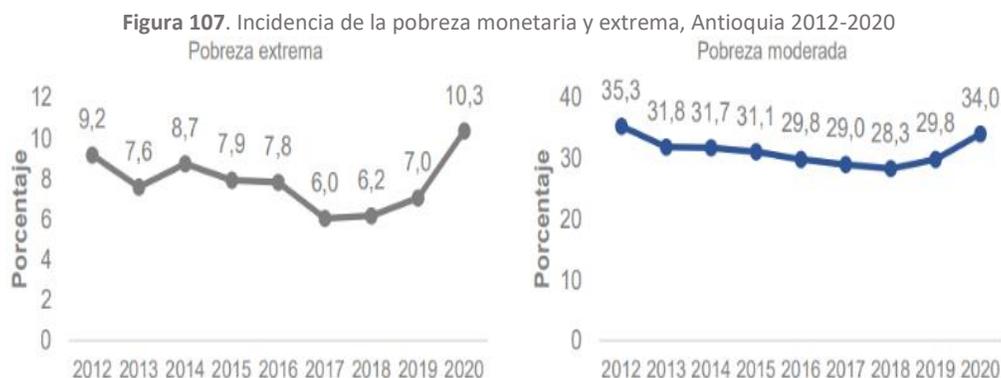
Línea de pobreza: Este indicador mide la proporción de la población con un nivel de ingresos tal, que no le permite alcanzar el nivel mínimo necesario para adquirir un adecuado estándar de vida en un país determinado; este nivel se mide cuando los ingresos no permiten cubrir la canasta mínima de alimentos 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 información con la que cuenta el Departamento.

De acuerdo a la línea de base de la Agenda Antioquia 2040, en el departamento 708.132 habitantes correspondiendo al 10.3% de la población tiene pobreza extrema para el 2020, 2.328.477 personas equivalente al 34% tiene pobreza moderada.



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

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 vulnerabilidad de una población al acceso de bienes y servicios es decir 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, se considera a los hogares y la población que presente al menos una de las variables como indicador de privación antes mencionadas. Como proporción su escala es de 0-100. Antioquia según datos del 2019 registra un índice de NBI de 12,4, que evidencia un ascenso con relación al 2018, pero es importante resaltar que analizando la tendencia desde el 2005 disminuye a menos de la mitad en el año 2018.

Figura 108. Población en Necesidades Básicas Insatisfechas, Antioquia 2005, 2018 y 2019.



Fuente: DANE – NBI, DAP, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia. Elaboración propia.

Fuente: DANE, DAP, Encuesta de Calidad de Vida

De acuerdo a la línea de base de la Agenda Antioquia 2040, al desagregar por cada uno de los indicadores el NBI se evidencia que el mayor peso lo aporta, la alta carga de dependencia con 5.3 para el 2017 reduciendo a 4.54 en el 2019, también se ha reducido el indicador sin servicios públicos hace referencia a no disponer de sanitario).

El ausentismo escolar aumentó del 2017 al 2019 pasando de 1.31 a 3.22, al igual que, viviendas inadecuadas, el hacinamiento crítico.

Figura 109. Necesidades Básicas Insatisfechas según indicadores simples, Antioquia 2017-2019

Gráfico 15. Necesidades Básicas Insatisfechas según indicadores simples, Antioquia 2017 y 2019



Fuente: DANE, DAP, Encuesta de Calidad de Vida

Al comparar el NBI por subregión, con base en Censo 2018 y la Encuesta de Calidad de Vida del 2019, se observa que Urabá presenta el 35.9% de su población con NBI, pero con reducción a un 28.7% para el 2019, Bajo Cauca presenta la proporción de población con el NBI mayor tanto en área urbana como en rural, pero presenta una reducción con relación al 2019. En todas las subregiones se observa un aumento del NBI en la población que vive en las cabeceras, situación que puede estar asociado al desplazamiento multicausal.

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 75. Otros indicadores de ingreso. Antioquia 2005 – 2018

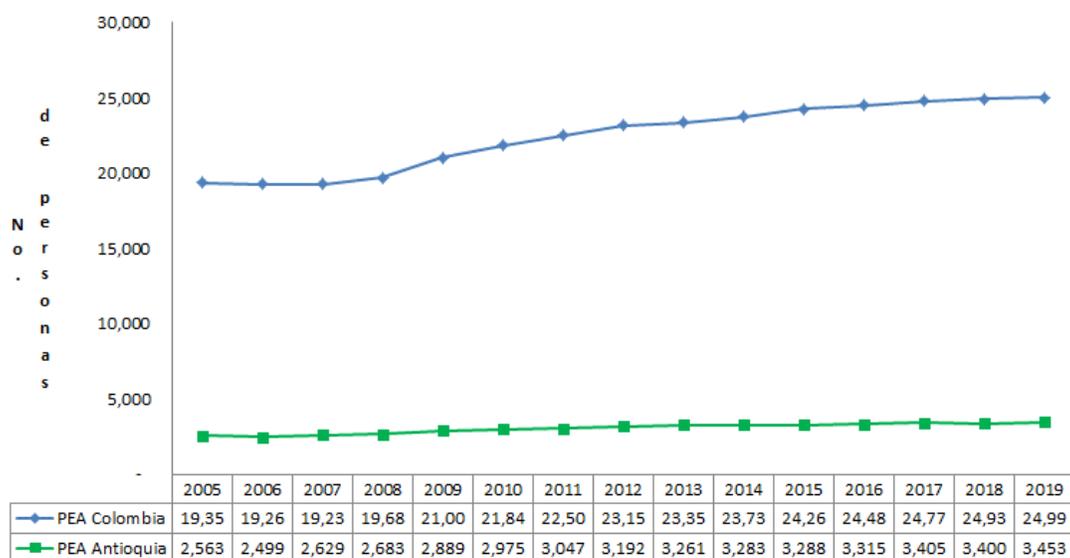
Indicadores de ingreso	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Coefficiente de GINI	0,555	SD	SD	0,58	0,56	0,561	0,537	0,529	0,532	0,555	0,521	0,508	0,496	0,501
Línea de pobreza	146.874	SD	SD	175.523	183.784	189.166	197.354	205.300	209.690	215.449	227.779	246.012	257.104	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

2.9.5.2 Población Económicamente Activa (PEA)

La tendencia de la Población Económicamente activa-PEA, 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 110. Población económicamente activa. Antioquia 2005 - 2019



*Cifra expresada en miles

Fuente: departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE



2.9.5.3 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.

Si bien aún no se dispone de información sobre los efectos de la pandemia debida al COVID-19 el impacto en el incremento de las tasas de desempleo durante el 2020 y 2021, son evidentes por el confinamiento que redujo el consumo de bienes y servicios y por ende el aumento de la pérdida del sector económico trayendo como consecuencia las pérdidas de empleo formal e informal.

Figura 111. Tasa de desempleo. Antioquia 2005 – 2019



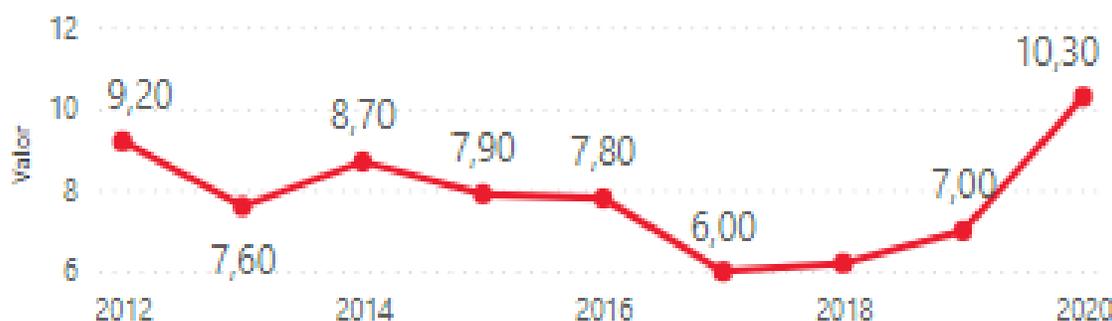
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE

2.9.5.4 Fin de la Pobreza

Incidencia de Pobreza Monetaria Extrema. Porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita en el hogar por debajo de la línea de pobreza extrema (calculada a partir del costo per cápita mínimo de una canasta alimentaria que garantiza las necesidades básicas calóricas), respecto a la población total. De acuerdo al Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia-DAP, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia, para el Departamento se observa que se presentaba un descenso a partir del 2014 hasta el 2017, pero a partir del 2018 se presenta un

aumento pasando de 6.20% a 10.30% en el 2020, en este último año asociado a la pandemia. Por subregión, el Bajo Cauca presenta el mayor porcentaje de población en extrema pobreza con un 28.64% en esta situación, seguida de la subregión de Urabá con 17.63%, estas dos regiones con tendencia al aumento en los últimos tres años, en tercer lugar, está la región de Occidente con 16.26%. con tendencia al descenso en los tres últimos años pasando de 20.24% a 16.26%, las regiones con menor población en pobreza extrema son Valle de Aburrá, Suroeste y Oriente, 2.36, 6.63. y 7-12% respectivamente.

Figura 112. Incidencia de la pobreza extrema, Antioquia 2012-2019



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)

Incidencia de Pobreza Monetaria moderada. Mide el porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita en el hogar por debajo de la línea de pobreza (calculada como el costo per cápita mínimo de una canasta básica de bienes alimentarios y no alimentarios), respecto a la población total. Para el departamento el porcentaje de esta población está en aumento en los últimos tres años pasando de 28-30% en 2018 a 34%, por región el Bajo Cauca con 64.70% presenta el porcentaje más alto seguido de Urabá con 55.80%.

Índice de Pobreza Multidimensional IPM. Porcentaje de la población en condición de pobreza, medida a través de 5 dimensiones: 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y la juventud, 3) trabajo, 4) salud y 5) acceso a servicios públicos y condiciones de la vivienda. Estas dimensiones incluyen 15 indicadores, y aquellos hogares que tengan privación en por lo menos el 33% de los indicadores, son considerados pobres. El 14.50% de la población antioqueña presenta IPM con tendencia a la reducción, por subregión el Bajo Cauca presenta este porcentaje mayor con 28.49%, en segundo lugar, esta Urabá con 26.63%, Occidente 24.73% en tercer lugar, todas estas regiones con cifras muy superiores al Departamento, no se dispone de información desagregada por municipio, lo que permitiría identificar de cada subregión con estos índices de IM tan altos cuales municipios estarían en un porcentaje alto. Es de anotar que es un indicador de seguimiento en la Agenda Antioquia 2040 para evaluar la equidad.

Mapa 24. Georreferenciación del índice de pobreza multidimensional, Antioquia 2013-2020

Subregión	Valor
Valle de Aburrá	7,82
Urabá	26,63
Suroeste	22,32
Oriente	17,36
Occidente	24,73
Norte	20,31
Nordeste	17,94
Magdalena Medio	20,10
Bajo Cauca	28,49



Fuente: DAP Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia

2.9.5.5 Hambre cero

Prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar (moderada o severa). Mide la proporción de hogares que experimentan inseguridad alimentaria desde el acceso a los alimentos. Asimismo, mide la gravedad de la inseguridad alimentaria basándose en las respuestas de las preguntas sobre las limitaciones a su capacidad de obtener alimentos suficientes, en dos niveles: moderada y severa (Fuente, DAP - Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia). En el Departamento el 27.86% de los hogares en 2019 reporta inseguridad alimentaria en ascenso en los tres últimos años. No está disponible la desagregación por región.

El departamento en su Agenda Antioquia 2040 ha definido que la Seguridad Alimentaria y Nutricional, es uno de los indicadores cuantificables de la equidad.

El 40.80 de los menores de 6 meses tienen lactancia materna exclusiva. El 7.10% de los menores de 5 años de Antioquia presenta retraso en el crecimiento, incremento evidenciado desde el 2014 con 6.80%.

La incidencia de desnutrición aguda, fuente, Ministerio de Salud y Protección Social - Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV), presenta una reducción en el 2020 con una tasa de 190.54 por cada 100.000 menores de 5 años, pero al análisis por subregiones se evidencian regiones con tasas más altas que el departamento y por municipios tasas mayores que el departamento, la región de Nordeste presenta la incidencia más alta con 239 por 100.000 menores de 5 años, con municipios con tasas superiores como. Vegachí con 734.51 y Anorí con 712.83 por 100.000 menores de 5 años. El Norte presenta tasas de 240.17 por 100.00 menores de 5 años, pero el municipio de Gómez Plata con 811.69 por 100.000 menores de 5 años. Urabá en tercer lugar con tasa de 203.98 por 100.000 menores de 5 años, con municipios con tasas superiores, Mutatá 483.35, Arboletes 429.18 y Murindó 414.94 por 100.000 menores de 5 años. De la región de Valle de Aburrá, Medellín presenta una tasa de 240.35 por 100.000 menores de 5 años.

Es importante resalta que el Departamento está desplegando diferentes estrategias de manera articulada entre sus Secretarías y Gerencias para reducir los resultados de la desnutrición aguda, para bajar el riesgo de desnutrición crónica y la mortalidad en los niños menores de 5 años.

La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, con fuente DANE - Estadísticas Vitales (EEVV) presenta una tendencia a la disminución en los últimos años, con tasa de 1.08 por 100.000 menores de 5 años, Occidente, con 5.28, Norte 5.00, Urabá 3.5, Bajo Cauca 3.42 por 100.000 menores de 5 años, presentan las tasas más altas, los municipios de Valdivia 69.01, Frontino 41.56, Necoclí 19.35 por 100.000 niños menores de 5 años, asociada esta mortalidad a niños indígenas.

2.9.6 Educación

2.9.6.1 Coberturas de educación en Antioquia.

Para el Departamento, la educación es una prioridad expresada en su Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida Antioquia 2020-2023”, con un seguimiento cuidadoso a los avances de los indicadores de proyectos, programas y estrategias planteados, con miras al mejoramiento en acceso, calidad y creación de modelos educativos innovadores que impacten positivamente en la formación de los escolares de los diferentes niveles de educación. Igualmente hace parte de los indicadores para medir la equidad en la Agenda Antioquia 2040 definida por el Departamento.

Al comparar con el país los macro indicadores de las coberturas de educación semaforizados se evidencia que no hay una diferencia estadística con respecto a la nación, evidenciando algunos



de ellos mejores que el país, pero también se observa la fluctuación de estos y no consistencia en mejoría.

Figura 113. Coberturas de educación. Antioquia, 2003 – 2020

Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Colombia	Comportamiento																	
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2018)	10	8,90																		
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN) 2020	106,5	105,40																		
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN) 2020	109	119,60																		
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN) 2020	86,2	90,70																		

Fuente: DANE, SISPRO - MSPS

2.9.6.2 Otros Indicadores de educación

Es importante tener en cuenta, que si bien se analizan 4 indicadores en la semaforización de los determinantes sociales de la salud relacionados a la educación es también necesario analizar otros indicadores relacionados al rendimiento que afectan directamente el nivel educativo que pueden alcanzar los escolares que incide en los indicadores de la semaforización, como son los logros en las pruebas que el estado colombiano dispone para evaluar los estudiantes en diferentes áreas y niveles de escolaridad, realizado por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación Superior (ICFES) y socializados en

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMDhhZTVmZGUtN2RiYy00YTRhLThmNDQtODM4ZTBmMjkyZjg0liwidCI6IjYOMmYxNTIILThmMTItNDMwOS1iODdjLWNIYzU0MzZlYzY5MSIsImMiOiR9.>

Por otro lado, en el Plan de Desarrollo del departamento se han definido indicadores educativos enmarcados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible con el fin de abordar el acceso y calidad de la educación como determinantes sociales de la salud.

Porcentaje de estudiantes que se encuentran en nivel de desempeño satisfactorio y avanzado en las pruebas SABER 5 en diferentes áreas del grado quinto, respecto a los estudiantes evaluados en este nivel:

- **Lenguaje**, para Antioquia en el 2017 está en 41%, observándose una reducción con respecto al año anterior con un 44%, no se dispone de información más actualizada.
- **Lectura Crítica**, el índice promedio para el 2020 es de 51.97%, la región de índice más bajo son estudiantes de la subregión de Urabá con 47.11 y la más alta es Valle de Aburrá con 53.70.
- **Matemáticas**, el índice del Departamento está en un 49.75%, significa que el 51% de los estudiantes no logra niveles satisfactorios ni avanzados para quinto de primaria, la región de Oriente alcanza un 51,75%, se evidencia en la mayoría de las subregiones una tendencia al aumento en este índice.



Tabla 76. Promedio del puntaje de Pruebas SABER 11- Matemáticas, Antioquia, 2020



Fuente: PBI, DPD

Tasa de cobertura bruta de educación media: Es el porcentaje de estudiantes matriculados en educación media (independientemente de la edad que tengan), respecto al total de la población en edad teórica (de 15 a 16 años) para cursar este nivel (Fuente Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV). Para el departamento de Antioquia se observa tendencia al aumento en los últimos años, en el 2020 fue de 90.74, siendo Urabá la subregión que mayor porcentaje presenta pasando de 94.40% en el 2018 a 105.93% para el 2020. La subregión del Nordeste presenta menor porcentaje con 76.74% con tendencia al aumento en los últimos años evaluados.

Porcentaje de niños y niñas en primera infancia: Cuentan con las atenciones priorizadas en el marco de la atención integral, porcentaje de niños y niñas activos en el Sistema de Seguimiento Niño a Niño (SSNN) que reciben 6 o más atenciones de las priorizadas por la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia (CIPI) (registro civil, seguimiento nutricional, vacunación, afiliación a salud, controles de crecimiento y desarrollo, formación a familias, acceso a material

cultural con contenidos especializados, talento humano cualificado y acceso a educación inicial), Fuente Secretaría de Inclusión Social (Sistema de información Buen Comienzo Antioquia) e ICBF (Sistema de información Cuéntame). Para Antioquia está en 38% con una tendencia a la disminución (94% en el 2019) situación que puede deberse al confinamiento por la pandemia de COVID-19, no se dispone información desagregada por subregiones.

Cobertura bruta en transición: Es la relación porcentual entre el total de los alumnos matriculados en el nivel de transición, independiente de la edad que estos tengan, respecto al total de la población con 5 años de edad (Fuente, Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV), se evidencia para Antioquia una tendencia estable, oscilando entre 88.2012% en el 2016 a 88,35% en el 2020. Las subregiones de Bajo Cauca y Occidente son las que presentan menor porcentaje en la transición, con 73.33% y 73.68%, podría explicarse en Occidente por el porcentaje de ruralidad.

La tasa bruta a nivel preescolar: Es el porcentaje de niños y niñas matriculados en el sistema educativo en establecimientos educativos oficiales y no oficiales, en el nivel de preescolar que incluye los grados de pre-jardín, jardín y transición sin importar la edad respecto al total de niños y niñas con edades entre los 3 a los 5 años. Muestra la relación porcentual de la matrícula del nivel educativo de preescolar con la demanda social que se debe atender en ese nivel educativo. (Fuente Secretaría de Educación de Antioquia -Subsecretaría de Planeación Educativa y Secretarías de educación de los Municipios Certificados en educación del Departamento SIMAT, Certificados y Recolección para el Departamento por Departamento Administrativo de Planeación - Dirección Sistemas de Indicadores). Para el departamento esta cobertura es de 51.91% en el 2019, con tendencia al aumento en los últimos años. No se dispone de información desagregada por regiones.

Cobertura de educación superior: Mide la relación porcentual entre el total de estudiantes matriculados en programas de pregrado (técnicos, tecnológicos y universitarios), independientemente de la edad que estos tengan, respecto al total de la población entre 17 y 21 años (rango de edad teórico), (Fuente, Ministerio de Educación - Sistema Nacional de Información de Educación Superior (SNIES), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV). En Antioquia la cobertura presenta una tendencia a la reducción durante los años 2019 y 2020, con 56.39% y 55.29% respectivamente, la región e Nordeste presenta la cobertura más baja, 1.7% con descenso marcado desde el 2017 que presento 5.67%, se espera que mejore el indicador con el mejoramiento de las vías de esta región, es claro que la región del Valle de Aburrá presenta las coberturas más altas (81.54%) explicable por un lado porque es donde se concentra la población y donde están asentadas la gran totalidad de instituciones educativas de nivel superior. Las demás regiones tienen coberturas muy por debajo a las del Departamento.



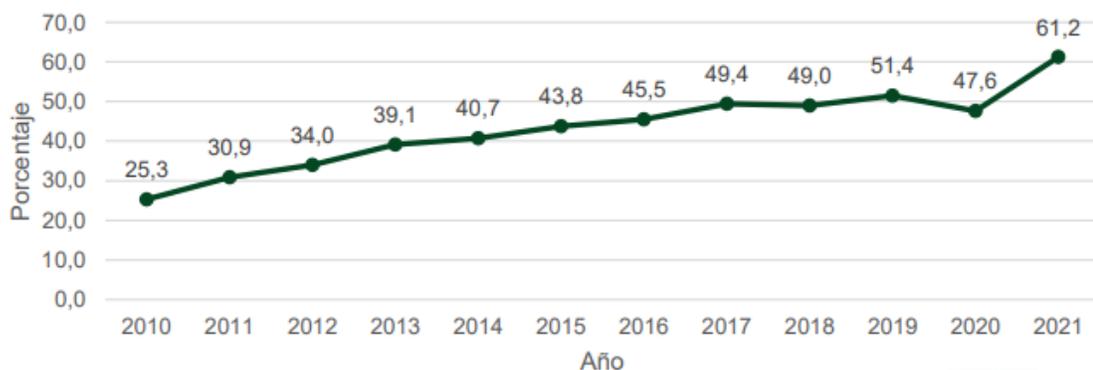
Figura 114. Tasa de cobertura en educación superior por subregiones de Antioquia, 2020



Fuente: Secretaria de Educación Departamental

- **Brecha entre cobertura neta urbano -rural de educación básica y media:** Es la diferencia en puntos porcentuales entre la cobertura neta para zona urbana y la cobertura neta para zona rural en los niveles de preescolar, básica y media. A medida que la diferencia disminuye refleja condiciones equitativas de acceso al sistema escolar, (Fuente Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV). Para el Departamento es de 14.09 puntos porcentuales con tendencia a la disminución en los últimos años, significa que se está cerrando cada vez más la brecha de educación con relación a la población rural.
- **Sedes educativas conectadas a internet:** Mide el porcentaje de sedes educativas oficiales con conexión a internet, respecto al total de sedes educativas oficiales. Fuente DANE - Encuesta de Educación Formal - EDUC (Formulario C600), se observa una reducción entre los años 2019 y 2020 pasando de 32.04% a 28,53%, situación que puede deberse al confinamiento dado por la pandemia. Es importante evidenciar que de acuerdo con el informe de Gestión de la Gobernación de Antioquia 2021, el 61% de los hogares en el Departamento tiene acceso a internet, lo que complementa un poco la falta de acceso de las escuelas a este servicio, además que en todos los municipios en los parques se cuenta con acceso a red gratuita, beneficiando a las empresas y al comercio en general.

Figura 115. Hogares con acceso a internet en Antioquia-enero agosto 2010 a 2020.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE-Gran Encuesta Integrada de Hogares-GEIH



2.9.6.3 Analfabetismo

Como se expresó en este documento, el analfabetismo comparado con la nación no evidencia diferencia estadísticamente significativa, pero sí una fluctuación que no es consistente para identificar una tendencia de mejoría o no de estos indicadores.

Es importante resaltar que en este sentido la Secretaría de Educación Departamental, en el Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida 2020-2023”, ha definido proyectos, programas y estrategias para avanzar en la equidad reduciendo la desigualdad en el Departamento, muchas de las cuales se describen y analizar otros indicadores en este apartado de este documento.

Es importante tener en cuenta, que una de las causas del analfabetismo en Antioquia es la deserción escolar debida al conflicto armado, las vías de acceso de la población rural y rural dispersa a las cabeceras municipales, situación que está siendo intervenida y que se verá el impacto en la educación una vez se avance en el plan vial establecido.

Tasa de analfabetismo en menores de 15 años: Mide el porcentaje de la población de 15 años y más que no sabe leer ni escribir, respecto al total de la población de 15 años y más. Fuente, DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), Se evidencia una tendencia en los últimos tres años a la reducción pasando de 4.92% a 4.41%.

2.9.6.4 Avances en el compromiso con la educación en Antioquia

Antioquia ha definido en la Agenda 2040 que la Educación inclusiva y con calidad, es uno de los indicadores de la equidad, es así que viene implementando diferentes acciones para impactar el resultado de estos indicadores, evidenciadas en el Informe de Gestión de la Gobernación 2021 entre los que se resaltan algunos de ellos:

- El apoyo a la financiación de matrícula de 13.901 estudiantes de las Instituciones de Educación Superior (IES) oficiales adscritas al Departamento, a través de la estrategia Matrícula Cero.
- Acuerdo suscrito entre la Gobernación de Antioquia y los Dirigentes Indígenas del Departamento, otorgamiento de 37 becas matrícula y sostenimiento para la población indígena, brindando oportunidad de acceso y permanencia en las universidades públicas o privadas en programas de pregrado, previa selección de las autoridades indígenas y la Organización Indígena de Antioquia (OIA), Así mismo otorgamiento de 41 becas matrícula y sostenimiento para la población Afrodescendiente.
- Desarrollo del Modelo Educativo, “Modalidad Virtual Asistida UCN, Programa Alfabetización Virtual “PAVA”, CLEI I, en 31 Municipios, con el fin de disminuir la tasa de analfabetismo, atendió 1.251 personas en extra edad y adultos de las zonas rurales y urbanas en situación de analfabetismo, además se brindó educación a 1.036 personas privadas de la libertad en 10 municipios.
- Establecimientos Educativos que implementan jornada única, fortaleciendo los Proyectos Educativos Institucionales, ampliando las intensidades académicas y fomentando estrategias en

- las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas.
- Jornada Escolar Complementaria, busca desarrollar espacios de aprendizaje para el aprovechamiento del tiempo libre de los estudiantes en los establecimientos educativos.
 - Proyecto Expedición Antioquia Territorios Educativos, que busca potenciar las capacidades de las comunidades educativas.
 - La doble titulación, proceso pedagógico y de gestión concertado, favoreciendo el mejoramiento de la calidad, de instituciones educativas oficiales del Departamento, el propósito es brindar opciones de permanencia y movilidad educativa a los estudiantes, bien sea en la educación superior o en la educación para el trabajo y el desarrollo humano, 224 de los 480 establecimientos educativos aprobados para ofertar la educación media, tienen articulación con la media técnica-doble titulación.
 - Implementación de modelos educativos flexibles (Aceleración del Aprendizaje, Caminar en secundaria 1 y 2, Escuela Nueva, Etnoeducación, Media Rural, Modalidad virtual Asistida UCN, Pos primaria, Preescolar Escolarizado y No Escolarizado/semiescolarizado, programa para jóvenes en extra edad, Telesecundaria, Transformemos, Ser Humano y UNAD), para acercar la oferta educativa a zonas dispersa, para garantizar acceso a niños niñas y adolescentes en condiciones o no de vulnerabilidad.
 - Antioquia avanza en la consolidación como territorio educativo diverso e inclusivo, de derechos y equidad. alcanzado en el 2021 educación con modelos incluyentes a 11.953 estudiantes con discapacidad, capacidades y/o talentos excepcionales, trastornos específicos del aprendizaje y en condición de enfermedad. Igualmente se atienden otros grupos poblacionales, 10.842 estudiantes indígenas, 15.170 afrodescendientes, 17 raizales, 2 estudiantes Rrom, 34.688 estudiantes en extra edad (de los cuales 1.136 se atienden en aulas de aceleración) y los demás en las aulas regulares o con otros modelos, 100.776 estudiantes víctimas del conflicto, 774 estudiantes en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescente-SRPA y 29.032 estudiantes jóvenes y adultos en los CLEI.
 - Educación para la paz, realización de dos convenios para el desarrollo de proyectos orientados a la población en proceso de reincorporación y reintegración; con convenio del Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Noruego para Refugiados se están atendiendo 96 adultos y 197 miembros de las comunidades reincorporadas.

2.9.7 Avance en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

De acuerdo al informe de Gestión de la Gobernación 2021 del Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida 2020-2023”, Antioquia presenta logros en relación a los indicadores cuantificables de la desigualdad, definidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS, a 2020 se evidencia avance en los 17 ODS, asociado con 149 indicadores y 78 metas cualitativas de las 169 propuestas por la Organización de las Naciones Unidas. El Plan de Desarrollo Departamental definió para evaluar el alcance, por lo menos tener el 33% de avance de los objetivos en los primeros 5 años.

De 17 objetivos 10 han avanzado, pero hay otros que aún están sin evidencia de logros entre estos están: Vida de ecosistemas terrestres, Producción y consumo responsable, Paz justicia e instituciones sólidas, Ciudades y comunidades sostenibles, e Industria, innovación e infraestructura. Con relación a los indicadores cualitativos, los mayores retos son: Erradicar la extrema pobreza, reducir la mortalidad materna, construir y mejorar escuelas inclusivas.



278

seguras, crecimiento económico sostenible, innovar y mejorar la productividad económica, trabajo decente e igualdad en la remuneración, reducir el desempleo juvenil, infraestructuras sostenibles inclusivas, promover la industrialización inclusiva sostenible, reducir las desigualdades de ingresos. La pandemia indiscutiblemente tuvo efectos en el avance en el cumplimiento de las metas propuestas para estos indicadores, algunos se vieron más afectados como son la mortalidad materna, condiciones de mercado laboral y de las pequeñas empresas y microempresas, la población joven, las mujeres, y la población que está en extrema pobreza.

2.9.8 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.

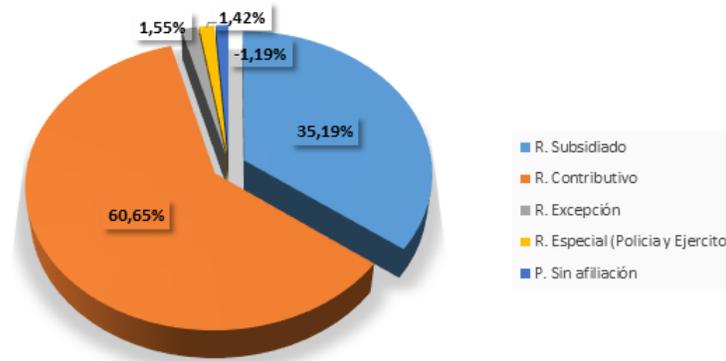
Los residentes en cualquier sitio de Colombia acceden al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del régimen contributivo o a través del régimen subsidiado, dependiendo de su capacidad económica. Adicionalmente se encuentra los regímenes especiales y de excepción.

De otro lado, la Entidad Territorial debe garantizar la atención de la Población Pobre y vulnerable que no cumpla con requisitos de afiliación al SGSSS u otros regímenes especiales o de excepción en el componente de urgencias o grupos poblacionales prioritarios, con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones – SGP y/o recursos propios.

Según el anuario estadístico con corte a octubre de 2021, el 101.22 % de la población residente en el departamento de Antioquia está cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, con una diferencia de población de 82.550 que obedece a la población migrante venezolana regular que está llegando al Departamento y que por tanto no está dentro de las últimas proyecciones según el DANE, lo que explica que la cobertura sea por encima del 100%. Del total de la población el 62.12% pertenece al régimen contributivo, bien sea como cotizante, beneficiario o afiliado adicional, el 36,05% pertenece al régimen subsidiado, población clasificada como pobre y vulnerable y el 3.04% al régimen especial y de excepción, pertenecientes a población de: Magisterio, Ecopetrol, Universidad de Antioquia, Universidad Nacional y Fuerzas Públicas.



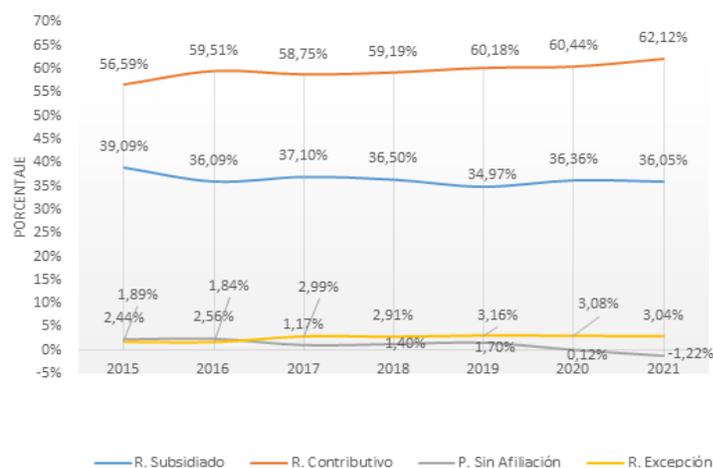
Figura 116. Porcentaje de cobertura al SGSSS por régimen en Antioquia. 2021



Fuente: Base de datos de cubo BDU – SISPRO. Octubre 2021

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, La única población que ha venido disminuyendo en los últimos cinco años es la población no asegurada, la población afiliada al Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado han presentado un incremento en el último año, en gran parte a la garantía de la nueva normatividad sobre universalidad y obligatoriedad de la afiliación e inclusión de nuevos grupos poblacionales, abonado a los esfuerzos de los diferentes actores del SGSSS para mantener a la población asegurada.

Figura 117. Porcentaje de cobertura al SGSSS en Antioquia, por Regímenes y año 2015 - 2021

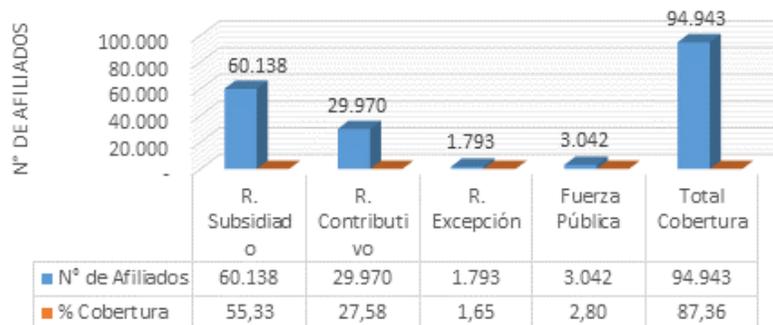


Fuente: Base de datos de cubo BDU – SISPRO. Octubre 2021

Por subregiones, el Valle de Aburrá y Oriente son las únicas con mayor porcentaje de afiliados en el Régimen Contributivo, 79% y 58% respectivamente, revelando posiblemente un patrón de mayor fuerza laboral ocupada en dichas zonas, con respecto al resto subregiones del

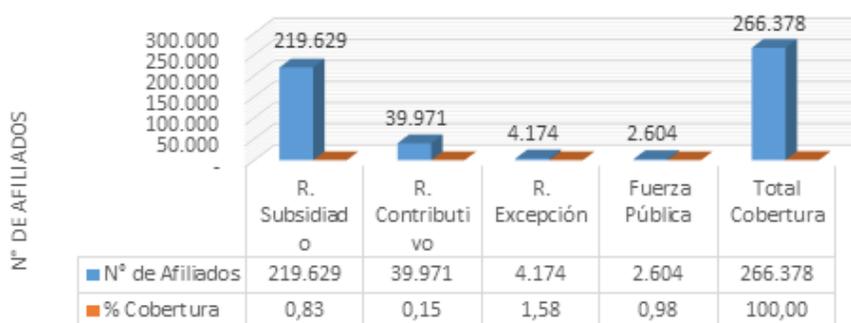
Departamento. Existen subregiones como Bajo Cauca, Magdalena Medio y Occidente, que tienen una diferencia marcada entre el porcentaje de afiliados al Régimen Subsidiado y la población afiliada al Régimen Contributivo, dado que existe una mayor población sin capacidad de cotización, por consiguiente un mayor porcentaje de población pobre y vulnerable afiliados al Régimen Subsidiado.

Figura 118. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Magdalena Medio, 2021



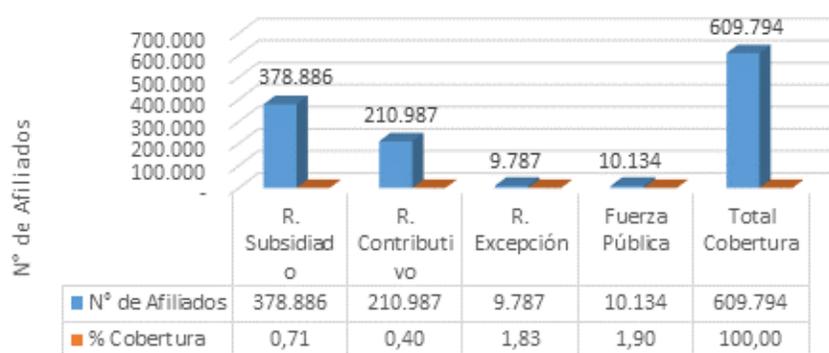
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 119. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Bajo Cauca, 2021



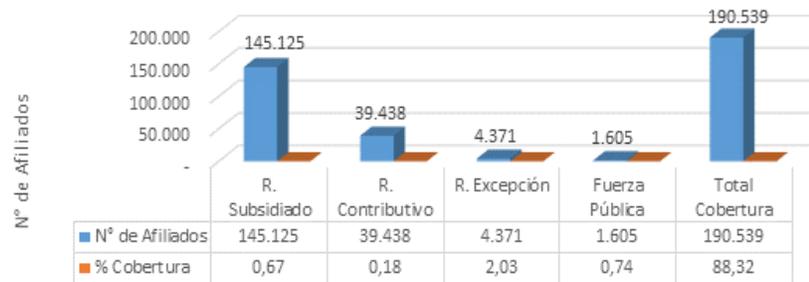
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 120. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Urabá, 2021



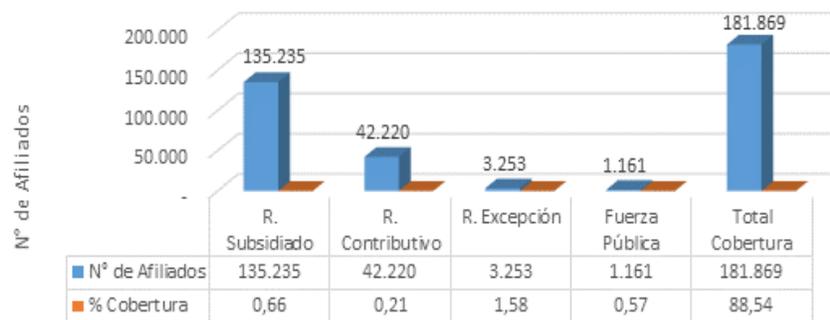
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 121. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Occidente, 2021



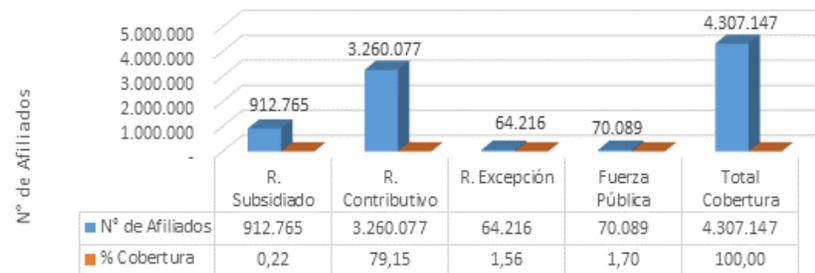
Fuente: CUBO BDU A – SISPRO

Figura 122. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Nordeste, 2021



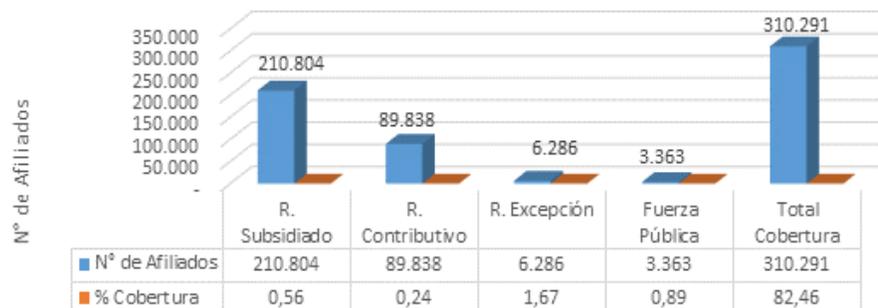
Fuente: CUBO BDU A – SISPRO

Figura 123. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Valle de Aburrá, 2021



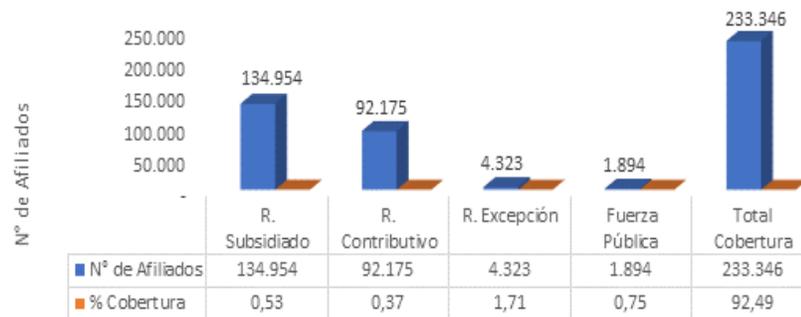
Fuente: CUBO BDU A – SISPRO

Figura 124. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Suroeste, 2021



Fuente: CUBO BDU A – SISPRO

Figura 125. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Norte, 2021



Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

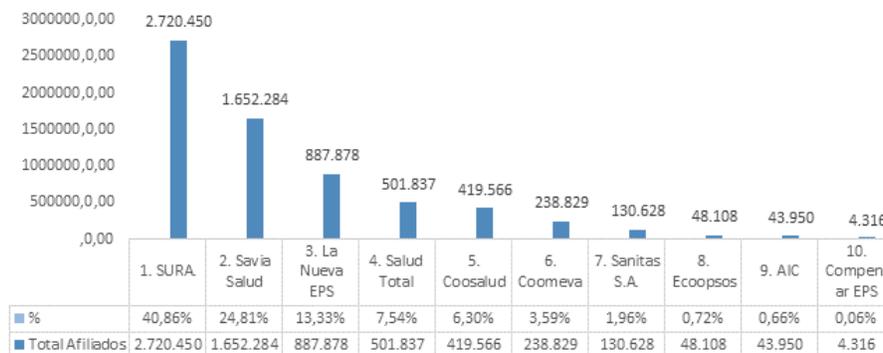
Figura 126. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Oriente, 2021



Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Del total de afiliados en Antioquia, SURA es la EPS con el mayor número de usuarios (2.720.450 afiliados) lo que representa el 41%, sumando los afiliados de ambos regímenes; seguida por Savia Salud EPS con el 25% (1.652.284 afiliados), con menos de un millón de afiliados tenemos a La Nueva EPS con el 13,3% (887.878 afiliados), Coosalud y Coomeva con un número menor de quinientos mil afiliados, Sanitas a pesar de estar en sólo 5 municipios de Antioquia, supera los 120 mil afiliados y un porcentaje del 2%; finalmente ECOOPSOS, la Asociación Indígena del Cauca y Compensar tienen el menor número de afiliados en el Departamento.

Figura 127. Afiliados por EAPB en Antioquia, Régimen Subsidio y Contributivo 2020



Fuente: Base de datos de cubo BDUA – SISPRO. Diciembre 2020



La población afiliada al Régimen Subsidiado debe cumplir con las condición de ser pobre y vulnerable o pertenecer a un grupo especial definido por el gobierno, bajo esa primicia, los afiliados al Régimen Subsidiado son 2.445.234 de usuarios, se encuentran clasificados en diferentes grupos a los cuales se les debe garantizar el acceso al SGSSS bajo la modalidad de subsidio total, conformado en su gran mayoría por población sisbenizada nivel I y II, quienes representan el 66% del total de afiliados a este régimen, el otro grupo con mayor representación en el subsidiado en la población víctima con el 30%, seguida de otro grupo vulnerable como lo es la población indígena 1,4%, el resto de afiliados lo conforman poblaciones que son minorías pero gozan de toda la garantía del acceso a los servicios del Plan Básico de Salud

Tabla 77. Distribución de afiliados al régimen subsidiado, por tipo de población en Antioquia 2018

Población según Resolución 4622/2016	Nro de afiliados
Población Sisbenizada	1,610,535
Población Víctima	733,456
Comunidades Indígenas	35,938
Afilado de oficio sin encuesta SISBEN	17,89
Venezolanos con PEP	12,683
Población Infantil a cargo del ICBF	7,278
Recien Nacidos y menores de edad de padres de no Afiliados	6,375
Habitante de la calle	5,42
Población Inpec	3,961
Población desmovilizada	2,928
Programa de protección de testigos	2,502
Adulto mayor en centro de protección	2,342
Colombianos Deportados de Venezuela	1,21
Población reclusa	1,178
Población infantil vulnerable diferente del ICBF	829
Menor desvinculado del conflicto armado	308
ROM Gitanos	135
Jovenes adolescentes a cargo del ICBF - R. Penal	106
Personas detenidas sin condena o medida de aseguramiento en centros de detención transitoria	92
Madres Comunitarias	58
Personas con discapacidad de escasos recursos y en condiciones de recursos y en abandono	7
Población sin caracterización	3
Total población Régimen Subsidiado	2,445,234

Fuente: Base de datos de cubo BDUA – SISPRO. Octubre 2021

2.10 Eventos inmunoprevenibles

2.11 Análisis de la situación de coberturas de vacunación en Antioquia en el período 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.



A continuación, se describe el comportamiento de estas vacunas.

Vacuna tipo anti - poliomiéltica

La poliomiéltis 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.

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.

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.

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.

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.

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.

2.11.1 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.

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.



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.

Vacuna anti-amarilica

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.

2.11.2 Vacunación contra COVID- 19 en el departamento de Antioquia

Mediante la Ley No. 2064 de 2020 el Estado declaró de interés general la estrategia para la inmunización de la población colombiana contra el COVID-19, y estableció que las vacunas deben ser priorizadas para los grupos poblacionales que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante MSPS), de acuerdo con la estrategia de vacunación adoptada.

El Gobierno nacional estimó que, para el primer semestre del año 2021, el país contaría con aproximadamente cuarenta millones de dosis para inmunizar a veinte millones de colombianos; teniendo en cuenta la disponibilidad de las mismas se haría de manera gradual, en la medida en que los diferentes laboratorios avanzaran en su producción, por lo que fue necesario dividir en varias etapas los grupos priorizados.

Con una gran expectativa por la llegada al departamento de la vacuna contra el COVID-19, como la solución más efectiva para mitigar la pandemia ocasionada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, Antioquia inició la construcción de su Plan de acción, de acuerdo al Decreto No. 109 de 2021, el cual se divide en dos fases y cinco etapas.

Para Antioquia se proyectó una meta de 1.894.115 personas vacunadas en la primera fase, y de 3.119.355 en la segunda fase; la priorización se estableció bajo la siguiente estrategia de



gradualidad.

Figura 128. Estrategia de gradualidad: población objeto, fases y etapas. Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19



Fuente. Documento Técnico, Versión 2. Ministerio de Salud y Protección Social

El Plan de acción para la vacunación contra COVID-19 se elaboró como respuesta a los lineamientos técnicos y operativos impartidos por el nivel nacional mediante la Resolución No. 197 de 2021, y posteriormente actualizados por la Resolución No. 430 de 2021; su contenido es el siguiente:

- Objetivos.
- Proyección de las personas a vacunar en cada Fase y Etapa, de acuerdo con la priorización efectuada en el Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19 Inventario de prestadores de servicios, por Entidad Territorial, que cumplan con las condiciones establecidas en el Numeral 7 del Lineamiento técnico y operativo para la Vacunación contra COVID-19: programación.
- Estrategia de expansión de capacidad instalada para los prestadores de servicios de salud.
- Estrategias y tácticas de vacunación a utilizar por fases y etapas.
- Inventario de la cadena frío de cada Entidad Territorial y Prestadores de servicios de salud.
- Manejo de residuos.
- Farmacovigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación—EAPV.
- Plan de seguridad.
- Plan de comunicaciones.
- Plan de capacitación.
- Mesas y actividades por componente.
- Presupuesto.

El jueves 18 de febrero de 2021, el departamento de Antioquia dio inicio a la Etapa 1 de la primera fase del Plan, logrando inmunizar al talento humano cuya actividad principal estaba involucrada con la atención de pacientes que tienen diagnóstico confirmado de COVID-19, y a las personas mayores de 80 años.

Para cumplir de manera efectiva los objetivos de la primera fase (reducir la mortalidad por COVID-19, reducir la incidencia de casos graves y proteger a los trabajadores de la salud), Antioquia depuró la información correspondiente a talento humano en salud - THS que fue reportada en la Plataforma de Intercambio de Información - PISIS, y de adultos mayores de 80 años reportada por las Entidades Territoriales:

- 41.294 personas de primera línea: con exposición permanente, intensa y directa al virus, captando en el mismo lugar de trabajo, como táctica de vacunación segura.
- 4.475 adultos de 80 o más años: con residencia en los centros de larga estancia
- 156.155 adultos de 80 o más años: no institucionalizados.

Estas estimaciones estuvieron condicionadas a unos rangos de edad, determinados por la fecha de nacimiento de los adultos mayores y a la movilidad del talento humano que deja de laborar en una Institución de salud e inicia en otra.

Mediante la Resolución No. 168 de 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS realizó la primera distribución de vacunas a los departamentos; fueron 50.070 vacunas de Pfizer entregadas a las Entidades Territoriales, especificando la cantidad de dosis asignadas a un grupo poblacional específico de la etapa 1; correspondieron a Antioquia 6.570 dosis, las cuales fueron aplicadas bajo los principios de solidaridad, eficiencia, progresividad, acceso y accesibilidad, seleccionando 11 de las 42 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS con Unidad de Cuidado Intensivo – UCI, además de contar con servicio de vacunación habilitado en las modalidades intra y/o extramural, para colaborar con la aplicación a las demás IPS que no cuentan con vacunación.

Tabla 79. Asignación de IPS a vacunar el Talento humano de 1ª línea, con vacuna Pfizer

MUNICIPIO	Nº DOSIS PROYECTADAS	INTITUCION	ACUMULADO DOSIS APLICADAS	TOTAL DOSIS ENTREGADAS POR IPS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	TOTAL DOSIS NO APLICADAS	TOTAL EVENTOS ADVERSOS
TOTAL	6570		6531	6570	99,95%	3	69
Medellín	4602	ESE Hospital General de Medellín	900	900	100%	0	8
		Hospital Pablo Tobon Uribe	1167	1170	99,7%	3	35
		Clinica las Américas	672	672	100%	0	3
		Clinica Bolivariana	678	678	100%	0	4
		Hospital San Vicente de Paúl	1182	1182	100%	0	3
Bello	240	ESE Hospital Marco Fidel Suarez de Bello	240	240	100%	0	1
Envigado	894	ESE Hospital Manuel Uribe Angel	894	894	100%	0	13
Itagui	342	ESE Hospital San Rafael	342	342	100%	0	0
La Ceja	138	Clinica San Juan de Dios	138	138	100%	0	1
Rionegro	252	Clinica SOMER	252	252	100%	0	1
Sabaneta	102	ESE Hospital Venancio Diaz Diaz	102	102	100%	0	0

Fuente Despacho Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Corte: 18 de febrero de 2021



Del total de estas primeras aplicaciones de la vacuna contra el COVID-19, el 70% (4.602 dosis) correspondió a la ciudad de Medellín y el 30% (1.968 dosis) a los demás municipios del Departamento.

Mediante Resolución No. 195 de febrero del 2021, el MSPS realizó la segunda distribución de biológicos contra el COVID-19 al departamento de Antioquia, la cual correspondió a 10.061 dosis de la vacuna de CoronaVac (fabricante Sinovac). Debido a un factor diferenciador entre las vacunas de Pfizer y Sinovac relacionado con las condiciones de refrigeración, fue posible que el nuevo biológico pudiera ser aplicado en IPS ubicadas en municipios de menor tamaño o alejadas de las ciudades.

Así mismo, el Gobierno Nacional asignó a varios departamentos 11.106 dosis para inmunizar a personas de 80 años y más, iniciando con los que se encontraban en los Centros de Protección del Adulto Mayor – Centros de larga estancia y en Instituciones que los concentren; y en ese orden, continuar con personas de 80 años y más que se encuentren privada de la libertad, cumpliendo su condena o medida de aseguramiento en la modalidad intramural.

Hasta la primera semana de marzo 2021, algunas acciones clave para avanzar en el Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19, fueron las siguientes:

- Conformación del Comité de Vacunas.
- Diagnóstico de capacidades.
- Formación de 8.548 personas, con el apoyo del SENA: gerentes y directores locales de salud, personal de IPS vacunadoras; curso de vacunación, reporte de información, Sistema de información nominal PAIWEB 2.0.
- Elaboración Plan de acción.
- Socialización con direcciones locales de salud del Valle de Aburrá.
- Concertación IPS vacunadoras con las aseguradoras.
- Elaboración de procedimiento para recepción de vacunas: cadena de frío, custodia, agendamiento para la entrega a los municipios, especialmente los más alejados, de acuerdo a la hora de llegada del nivel nacional.
- Despliegue del Plan de comunicaciones a todo el Departamento: streaming sobre “Coronavirus: mi experiencia con la vacuna”, “Vacunación para la población no asegurada y migrantes”, “Actualización vigilancia en ESAVI”, “Cómo se prepara Antioquia para la aplicación de la vacuna”, “Mitos y realidades de la vacuna”.
- Inicio de la vacunación: talento humano en salud en 11 instituciones prestadores de salud (IPS) priorizadas, centros de larga estancia, personal de primera línea en áreas periféricas, IPS con UCI, puntos masivos para personas mayores de 80 años.
- El avance de dosis aplicadas, al 8 de marzo de 2021, fue de 46.148, de las cuales 32.924 fueron a talento humano de primera línea y 13.224 a los adultos mayores de 80 y más años.



Tabla 80. Avances dosis aplicadas contra el COVID-19, en Antioquia

SUBREGIÓN	TOTAL DOSIS APLICADAS TALENTO HUMANO LINEA 1	TOTAL DOSIS APLICADAS ADULTO MAYOR DE 80 AÑOS	PORCENTAJE DE COBERTURA	Total Recibido 185.694
BAJO CAUCA	791	288	100,00%	Total Entregado 136.039
MAGDALENA MEDIO	249	216	97,13%	
NORDESTE	457	308	99,83%	Asignado por Entregar 36.162 <small>09/03/2021 10/03/2021 11/03/2021</small>
NORTE	643	633	94,66%	
OCCIDENTE	503	903	95,71%	Total Aplicado 46.148
ORIENTE	2549	1558	93,99%	
SUROESTE	814	786	99,93%	
URABÁ	2129	889	95,33%	
VALLE DE ABURRÁ	24789	7643	20,78%	
Total general	32924	13224		

Fecha de Corte: 08/03/2021 4:00pm.

Aplicación de
dosis entregadas

33,92%

Cobertura THS
de Primera Línea

76,07%

Cobertura adulto
mayor de 80 años

8,23%

Cobertura población
priorizada 1ra etapa

22,64%

Fuente. Mesa No. 4 de seguimiento permanente. marzo de 2021

Con la apertura de una nueva etapa del Plan de vacunación, y la llegada del tercer biológico de una casa farmacéutica, el departamento de Antioquia contaba con 202 IPS con la estrategia intramural, para la prestación del servicio de vacunación contra COVID-19, por lo que fue necesario solicitar a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, que caracterizaran su red, indicando las IPS vacunadoras por municipio.

Posteriormente, se concertó con los actores del sistema y autoridades locales de cada territorio (alcaldía, secretaría local de salud y ESE Hospitales) la estrategia de vacunación, teniendo en cuenta las características del municipio para la accesibilidad a la IPS, además de la capacidad local, sus recursos y experiencia previa con Jornadas de vacunación masiva. Así mismo, el número de equipos de vacunación necesarios para hacer efectivas las estrategias y tácticas concertadas.

El 25 de marzo de 2021, en la subregión del Valle de Aburrá se contaba con 82 puntos de vacunación; esta capacidad fue propicia para recibir la primera asignación de vacuna AstraZeneca, de acuerdo a la Resolución No. 400 de 2021, mediante la cual se recibieron 32.800 dosis para iniciar esquemas. Para ese momento, el Departamento ya había recibido 516.856 dosis de tres casas farmacéuticas, como se observa a continuación



Tabla 81. Balance Vacunas contra el COVID-19

	TOTAL RECIBIDAS SINOVAC 347.442	TOTAL ENTREGADAS SINOVAC 341.250	TOTAL DISPONIBLE SINOVAC 6.192
	TOTAL RECIBIDAS PFIZER 136.614	TOTAL ENTREGADAS PFIZER 136.254	TOTAL DISPONIBLE PFIZER 360
	TOTAL RECIBIDAS ASTRAZENECA 32.800	TOTAL ENTREGADAS ASTRAZENECA 32.800	TOTAL DISPONIBLE ASTRAZENECA 0
	TOTAL RECIBIDAS 516.856	TOTAL ENTREGADAS 510.304	TOTAL DISPONIBLE 6.552

Fuente. Mesa No. 7 de seguimiento permanente. Jueves 09 de abril de 2021

La georreferenciación de las IPS, y sus diferentes sedes por cada municipio, permitió que la expansión de capacidad instalada para la vacunación contra COVID-19, fuera una estrategia importante para avanzar en las metas de aplicación, y se pudiera anticipar a las necesidades de logística e infraestructura, así como programar las visitas a las IPS vacunadoras o transitorias para verificar condiciones de habilitación por parte de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia -SSSA.

Un aporte importante en el proceso de verificación de habilitación y autorizaciones transitorias para la vacunación extramural, ha sido la estrategia Guardianes de Vida, la cual consiste en un grupo de 21 enfermeros profesionales, organizado por duplas y tríos con una subregión asignada para acompañar a los 125 municipios antioqueños.

Al 9 de abril de 2021, el equipo Guardianes de Vida realizó seguimiento a 81 municipios que tenía un avance en su Plan municipal de vacunación por debajo del 80%. Algunas acciones para aumentar el cumplimiento fueron la visita a territorios críticos como Buriticá, Cauca y Apartadó, concertación de compromisos con los alcaldes, seguimiento telefónico, reuniones virtuales vía Teams con las subregiones. Como resultado, se logró que cinco municipios pasaran a verde (90% o más de cumplimiento), 26 municipios a amarillo (entre 80% y 90% de cumplimiento) y 50 municipios se mantuvieron en rojo, pero con implementación de estrategias para avanzar en su Plan, como: revisión de sus bases de datos de afiliados, actividades para mejorar la accesibilidad a la vacunación, apoyo de la fuerza pública en los sitios de conflicto, para garantizar la custodia de las vacunas; articulación de actores para sensibilizar a los cuidadores de adultos mayores y gobernadores indígenas sobre la importancia de la inmunización contra COVID-19.

Durante el año 2021, a través de la estrategia CUIDARNOS Y VACUNARNOS, se dio cumplimiento, a un plan de vacunación ajustado a la realidad del territorio antioqueño, el cual es extenso, muy poblado, heterogéneo en términos de topografía, infraestructura vial, seguridad, orden público, diversidad cultural y religiosa; con una capacidad instalada insuficiente para el almacenamiento, transporte, distribución y aplicación de las vacunas en el menor tiempo posible. Dentro de las acciones a resaltar están:

PLAN OPERATIVO DE SEGURIDAD

Hubo una articulación entre la Gobernación de Antioquia y las fuerzas del Estado, como el ejército Nacional, para la custodia de las vacunas en los diferentes ejes viales. Con corte al 31 de diciembre de 2021, se realizaron 72 viajes por la Fuerza Aérea, con más de 57 horas de vuelo para el transporte de 280.896 vacunas a zonas apartadas y de difícil acceso del territorio; 3.468 unidades de la Policía Nacional acompañando traslados terrestres desde Medellín hacia las demás Subregiones

Figura 129. Portada estrategia con enfoque diferencial para la vacunación contra COVID-19.



Fuente. Mesa No. 18 de seguimiento permanente. Jueves 01 de julio de 2021.

GUARDIANES DE VIDA

Es un grupo conformado por enfermeros profesionales, a quienes se les asigna una subregión para el acompañamiento de los Municipios presencialmente, además de las asesorías de manera telefónica y virtual, en la microplaneación y diseño de estrategias de manera permanente. También, el mejoramiento de los procesos y procedimientos no sólo de los componentes del Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19, sino del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) permanente, para que sean más ágiles y estandarizados.

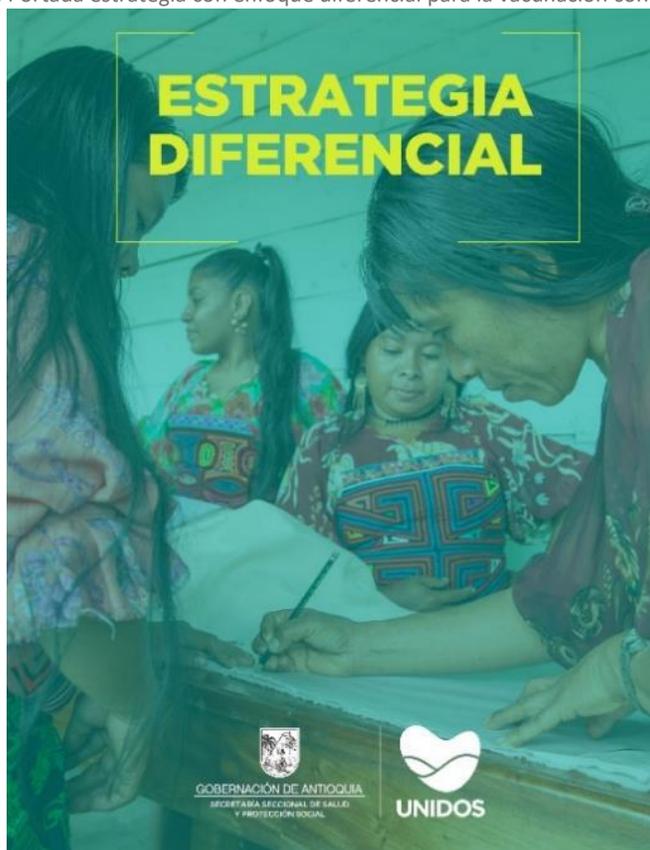
Adicionalmente, apoyan las rutas aéreas y terrestres realizadas por la Fuerza Pública (ejército, policía, aérea), para disponer en todos los Municipios las vacunas en una semana; superando la capacidad de entrega en cuatro semanas del PAI.

ENFOQUE DIFERENCIAL

El departamento de Antioquia presenta situaciones especiales como las diferencias de acceso efectivo a los servicios de salud para las poblaciones de las zonas rurales dispersas, y un índice de ruralidad general de 0.3; condiciones de seguridad y orden público, que impiden realizar jornadas de intensificación de la vacunación, infraestructura vial de los territorios, que aumenta los costos logísticos y de equipamiento para el almacenamiento, transporte, distribución y aplicación de las vacunas.

Debido a las situaciones anteriormente expuestas, el MSPS autorizó la unión de las etapas, por lo que el Departamento desarrolló estrategias intersectoriales para acelerar el ritmo de la vacunación en la alta ruralidad como es la población étnica antioqueña, la cual se compone en un 89% por afrodescendientes con 593.174 personas, seguido de un 11% con 37.628 indígenas y 38 Rrom o gitanos. De acuerdo al Censo de la Gerencia Indígena de la Gobernación para el año 2019, las 37.628 personas se ubican en 32 municipios de las subregiones de Urabá, Occidente, Bajo Cauca, Suroeste, Norte, Nordeste y Magdalena Medio.

Figura 130. Portada estrategia con enfoque diferencial para la vacunación contra COVID-19



Fuente. Propuesta estrategia con enfoque diferencial para la vacunación contra COVID-19



Para la inmunización de esta población, se realizaron las siguientes acciones:

- Articulación de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social - SSSA, y la Gerencia Indígena de Antioquia.
- Acercamiento a los actores del sistema, como IPS Organización Indígena de Antioquia – OIA, EPS Asociación Indígena del Cauca – AIC, Nueva Eps y Savia Salud.
- Sensibilización a los representantes y tomadores de decisiones, como consejeros y líderes indígenas; en una de las actividades en el municipio de Urrao, la señora Mariela Pernía, se convirtió en la primera mujer Embera en recibir vacuna contra COVID-19, en el departamento de Antioquia.

Figura 131. Vacunación a consejeros y líderes indígenas. Municipio de Urrao. Octubre 2021



Fuente. Mesa No. 32 de seguimiento permanente. Jueves 07 de octubre de 2021.

Figura 132. Vacunación a comunidad Indígena Coqueras. Municipio de Apartadó. Octubre 2021.



Fuente. Mesa No. 32 de seguimiento permanente. Jueves 07 de octubre de 2021.

- Plan comunicacional: diseño de piezas gráficas con mensajes en español y lengua propia para aclarar mitos sobre la vacunación. Uno de los municipios con alta población indígena

apoyo con la divulgación de un video a través del cual se invita a los pueblos indígenas de Antioquia a vacunarse (en lengua Emberá). Disponible en el sitio: https://gobantioquia-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/nmontoyap_antioquia_gov_co/EV8fhgN1781LiQYgntCr-UABqV7wZogsClf51uPXwWUZIQ?e=IljUDc

- Conformación de Mesa de trabajo para la vacunación contra COVID-19 en este grupo poblacional, de acuerdo a las responsabilidades de la Circular Externa No. 040 del 01 de julio del 2021 (instrucciones para la implementación del Plan en los pueblos y comunidades indígenas).

Figura 133. Acciones de la Circular Externa No. 040 de 2021.



Fuente. Sesión 61 Mesa permanente de concertación de pueblos indígenas, diciembre 2021.

- Articulación con el Comité Internacional de la Cruz Roja - CICR: socialización del Plan de Vacunación, protección de la Misión Médica - equipos vacunadores.
- En los resguardos indígenas, se aplicó la vacuna Janssen, porque su esquema es de una (1) sola dosis, optimizando la operación del Plan, el apoyo de la fuerza pública en la distribución de los biológicos a los municipios, el desplazamiento del talento humano y otros factores de logística que implican un alto costo para insumos y transporte.
- Brigada de vacunación con el apoyo de empresa ISA en el transporte aéreo, para el desplazamiento de los equipos de vacunación a las zonas más alejadas. Se vacunaron 209 indígenas, residentes en tres veredas del municipio de Urrao (Valle de Pérdidas: 135 dosis aplicadas, Punta de Ocaidó: 52 dosis aplicadas y Mandé: 22 dosis aplicadas). Enlace de soporte: https://gobantioquia-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/nmontoyap_antioquia_gov_co/EdDiWDXBjt5NsEXuw pWPasoBeMyP92tuAYIf0ozBLwIbIQ?e=qAESmb

Otras estrategias implementadas con éxito en el departamento han sido:

- La vacunación en el sistema Metro, con ocho puntos activos en las estaciones Niquía, Acevedo, San Antonio, San Javier, Envigado, Itagüí, Sabaneta y La Estrella; iniciando la última semana de julio 2021 y con corte al 15 de noviembre, el total de dosis aplicadas ha sido de 186.238.

VACUNACIÓN EN EL SISTEMA METRO

Con nueve puntos activos en las estaciones Niquía, Acevedo, San Antonio, San Javier, Envigado, Itagüí, Sabaneta y La Estrella; iniciando la última semana de julio 2021 y con corte al 31 de diciembre, el total de dosis aplicadas ha sido de 298.994 (Tabla 6).

Tabla 82. Vacunación contra COVID-19 en el sistema Metro.

MUNICIPIO	JULIO (inicio día 28)	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO DE 2022	DOSIS
MEDELLIN	3.439	22.122	12.744	34.389	30.499	25.485	18.906	147.584
BELLO	1.022	12.126	7.043	12.713	11.661	9.876	11.029	65.470
ITAGUI	1.008	5.804	2.358	3.501	4.457	3.340	3.272	23.740
ENVIGADO	735	5.627	6.164	2.712	2.789	2.813	2.536	23.376
LA ESTRELLA	522	3.514	1.332	2.268	2.407	2.794	184	13.021
SABANETA	504	3.078	2.789	2.907	3.886	2.968	1.811	17.943
CALDAS	490	2.458	1.484	1.240	2.188	-	-	7.860
	7.720	54.729	33.914	59.730	57.887	47.276	37.738	298.994

Fuente. Reporte de dosis diarias aplicadas, SSSA.

EXHIBICIÓN DEL CARNET

También llamado certificado digital de vacunación, en cumplimiento del Decreto No. 1408 de 2021 (noviembre 3) y la Resolución No. 777 de 2021 (junio 2), modificada por la Resolución 1687 de 2021 (25 de octubre). Es de carácter obligatorio para propietarios, administradores u organizadores de los lugares o eventos masivos públicos o privados como bares, gastrobares, restaurantes, cines, discotecas, lugares de baile, conciertos, casinos, bingos y actividades de ocio, así como escenarios deportivos, parques de diversiones y temáticos, museos, y ferias. Esta medida ha sido incluida en el Protocolo general de bioseguridad de los municipios.



VACUNACIÓN EN GESTANTES

En articulación con todos los actores del sistema de salud para lograr la meta de inmunizar a 57.434 maternas que tiene el departamento de Antioquia, de acuerdo a proyecciones del MSPS. Para avanzar, se ha realizado seguimiento a los planes de acción formulados por los municipios, acompañamiento al talento humano asignado a los programas de control prenatal en las ESE Hospitales, estrategia IAMII, programa Maná y otros espacios de articulación. También se hace análisis de la base de datos con las maternas inscritas a los programas, y demanda inducida de las que tienen 12 semanas de gestación.

La SSSA ha dispuesto material educativo para el talento humano de los municipios, a través de la plataforma YouTube (cuenta Streaming Med), con el curso certificado de vacunación contra COVID-19 en gestantes durante 3 días, con 8.374 visualizaciones.

Otra estrategia importante fue la articulación con las EAPB que tienen población asegurada en la subregión del Bajo Cauca, territorio con baja cobertura. Se realizaron actividades educativas a las familias gestantes de las ESE Hospitales e IPS presentes en los municipios; se brindaron testimonios de maternas vacunadas, conferencias de la médica infectóloga asesora de la SSSA, valoración de gineco – obstetra, estímulo con refrigerios y obsequio, entre otros.

Otras estrategias intersectoriales para captar a las gestantes, han sido la articulación con Indeportes Antioquia con su programa “Por su salud... Muévase pues”, la Gerencia de Infancia, Adolescencia y Juventud con el programa “Antioquia Acuna la Vida”, la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional (MANÁ) con la entrega de paquetes alimentarios, y las ESE Hospitales de los municipios.

Al 31 de diciembre de 2021, el departamento logró captar 30.881 maternas, de las cuales el 44% cuenta con su esquema completo, es decir, 13.608 maternas.

Tabla 83. Avance de la vacunación contra COVID-19 en las gestantes.

SUBREGION	TOTAL DOSIS APLICADAS GESTANTES	ETAPA CINCO - 1ª DOSIS GESTANTES	ETAPA CINCO - 2ª DOSIS GESTANTES
VALLE DE ABURRÁ	25.413	19.456	5.957
ORIENTE	6.591	3.369	3.222
URABÁ	4.387	2.920	1.467
SUROESTE	2.037	1.242	795
NORTE	1.784	1.102	682
BAJO CAUCA	1.544	1.094	450
NORDESTE	1.083	719	364
OCCIDENTE	1.060	663	397
MAGDALENA MEDIO	590	316	274
Total	44.489	30.881	13.608

Fuente: PowerBi de vacunación, SSA



VACUNACIÓN EN LA MÓVIL DE LA RUTA CAFETERA

En articulación con la Secretaría de Agricultura de Antioquia y el equipo Plan cosecha cafetera. Se proyectaron rutas desde el 26 de octubre hasta el 22 de diciembre de 2021, con un número mínimo de dosis a aplicar de 10.000, para 14 municipios: Abejorral, Andes, Ciudad Bolívar, Concordia, Santa Bárbara, Urrao, Venecia, Anzá, Betania, Betulia, Fredonia, Salgar, Hispania y Jardín.

Estos territorios están ubicados en 3 subregiones del departamento, y la población que está siendo impactada directamente, reside o trabaja en las fincas cafeteras y parques principales. Hasta el 31 de diciembre de 2021, se aplicaron 17.430 biológicos, entre primeras, segundas, únicas dosis y refuerzos.

Tabla 84. Vacunación contra COVID-19 en la ruta Cosecha Cafetera.

MUNICIPIO	# DOSIS	# DÍAS
JARDÍN	315	3
ANDES	1.088	5
HISPANIA	477	3
BETANIA	1.028	4
CIUDAD BOLÍVAR	3.095	7
SALGAR	2.037	5
CONCORDIA	1.379	4
BETULIA	1.432	3
URRAO	1.846	4
ANZÁ	466	3
VENECIA	936	4
FREDONIA	2.392	3
SANTA BÁRBARA	555	3
ABEJORRAL	384	2
TOTAL	17.430	53

Fuente. Reporte de dosis diarias aplicadas, SSSA.

VACUNACIÓN EN LA MÓVIL DE LA RUTA BANANERA

Está presente en la subregión de Urabá, específicamente para los trabajadores de fincas bananeras y familias de los municipios de Carepa, Apartadó, Chigorodó y Turbo. Desde el 27 de octubre al 15 noviembre de 2021, se han aplicado 3.110 dosis, entre primeras, segundas, únicas dosis y refuerzos. El número mínimo de dosis a aplicar es de 8.760 con una proyección de rutas hasta el 23 de diciembre de 2021.



Tabla 85. Vacunación contra COVID-19 en la ruta Bananera.

MUNICIPIO	# DOSIS	# DÍAS
CAREPA	2.248	13
TURBO	2.174	11
CHIGORODÓ	2.126	10
APARTADÓ	1.655	14
TOTAL	8.203	48

Fuente. Reporte de dosis diarias aplicadas, SSSA.

ANTIOQUIA VIVE LA MÚSICA

En articulación con el Instituto de cultura y patrimonio de Antioquia; se acompañó a las subregiones de Norte, Suroeste y Urabá, instalando puntos masivos de vacunación en los lugares donde se llevaron a cabo los conciertos:

CENTROS COMERCIALES

A través de la articulación con la Secretaría de Productividad y Competitividad del Departamento, y cinco centros comerciales ubicados en Medellín, Rionegro y Envigado, se ofreciendo beneficios a la población que presentara su carnet de vacunación, con la estrategia “Vacunarte te da más”, la cual se intensificó en los días sin IVA.

En la primera jornada de esta alianza con los centros comerciales, se aplicaron 10.116 dosis.

Tabla 86. Vacunación contra COVID-19 en los Centros comerciales.

FECHA	SANTAFE	VIVA ENVIGADO	LOS MOLINOS	PREMIUM PLAZA	SAN NICOLÁS	TOTAL
10/11/20221	274	1.024	540	254	-	2.092
11/11/20221	204	1.006	540	-	-	1.750
12/11/20221	346	888	540	-	272	2.046
13/11/20221	513	1.126	540	-	261	2.440
14/11/20221	389	604	540	-	255	1.788
	1.726	4.648	2.700	254	788	10.116

Fuente. Reporte de dosis diarias aplicadas, SSSA.

TOUR GASTRONÓMICO

En articulación con la Gerencia de Asobares, permitiendo que tanto la comunidad como los empleados de los establecimientos se vacunen en horarios nocturnos. En una de las jornadas, se logró aplicar 350 dosis a los empleados de Frisby; también, se ha contado con estrategias comunicacionales como el uso de botones y sellos adhesivos promocionales “vacunado ¿y vos?! y “lugar seguro” para portar en estos lugares y en las fiestas tradicionales de los Municipales.



ANTIOQUIA TURÍSTICA

Con el lema “Vamos de paseo, cuidándonos y vacunándonos”, invitando a todos los municipios a intensificar la vacunación durante los puentes festivos, con apertura de puestos desde las 8:00 am, en lugares estratégicos de su territorio, tales como terminales de transporte, parques principales, parques infantiles, parques recreativos, centros comerciales, estaciones del metro, hosterías, hoteles, hostales, moteles, ecoparques, escenarios deportivos, sitios de recreo, lugares de paseo, malecones y otros lugares de encuentros religiosos, recreación, cultura, estudio o diversión.

PERSONAS SIN DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN EXPEDIDO POR EL ESTADO COLOMBIANO

Dando cumplimiento a la Resolución No. 1255 de 2021. Se viene realizando seguimiento al Censo de los municipios; ya son 115 entidades territoriales que han identificado a 24.586 personas con esta condición.

CORREDOR VIAL

En articulación con el Ministerio de Transporte, la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal, la Policía Nacional y de carretera, se instaló un puesto de vacunación en el municipio de Yarumal, sector El Reten, vereda Mina vieja.

Respecto al avance del Plan departamental de vacunación, con corte al 31 de diciembre de 2021, del total de la población residente en Antioquia, es decir 6.782.584 de personas, el 60.30% cuenta con esquema completo de vacunación contra COVID-19, es decir, 4.089.919 personas.

Figura 134. Avance plan departamental de vacunación COVID-19.



Fuente: PowerBi de vacunación, mediante el enlace.



Si bien todas estas acciones se implementaron durante los últimos 10 meses del año 2021, bajo la estrategia CUIDARNOS Y VACUNARNOS, en la medida que se avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos por el nivel nacional, los cuales son reducir la mortalidad, la incidencia de caso graves por COVID-19, proteger al talento humano y reducir el contagio, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, espera integrar para el año 2022, las herramientas, metodologías, tecnologías y conocimiento del Plan Departamental de vacunación contra COVID-19, al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) permanente.

Esta capacidad técnica y administrativa, más la aceptación de la vacunación son factores protectores para aumentar las coberturas no sólo para COVID-19, sino para otras 26 enfermedades Inmunoprevenibles del PAI.

Nacional.

2.12 Sistema Sanitario.

Desde el Plan de Desarrollo Departamental “Unidos por la Vida 2020-2023”, Antioquia le apuesta al fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud, es así como en la Línea 4, Nuestra Vida en su Componente número 2, Bienestar activo y Saludable para Antioquia, dentro del cual está el Programa número 5, Fortalecimiento de la red de prestadores de servicio de salud, tiene como objetivo: Fortalecer las Empresas Sociales del Estado-ESE del Departamento bajo los principios de eficiencia, transparencia, disponibilidad, accesibilidad y calidad, incluyendo procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud en redes integradas, con el fin de garantizar el acceso efectivo y la atención con calidad oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención y mejorar los resultados en salud.

En este sentido, se inició la construcción conjunta de una propuesta de Red Integrada de Servicios de Salud- RISS, a manera de prueba piloto en la subregión del Suroeste del departamento, con la intención de desarrollar un ejercicio similar en el Norte de Antioquia.

Durante el año 2021 se logró avanzar en la subregión del Suroeste en la sensibilización con diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, así como con actores de otros sectores, con el fin de tener consenso de lo que significan las RISS y como desde esta forma de articulación entre los prestadores de servicios de salud, Entidades Administradoras de Planeas de Beneficios-EAPB y entes territoriales; se puede impactar en mejorar las condiciones de salud de la población. Esta sensibilización se hizo en los municipios del Suroeste, en articulación con el programa de Salud para el Alma, a través de la convocatoria a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud- CTSSS. Se han realizado diálogos con actores clave para el proceso como: EPS, agremiaciones, IPS de alta complejidad que pudieran apoyar la atención complementaria en los territorios.



Se adelantaron dos encuentros con Gerentes de las ESE, secretarios de salud municipales y subgerentes científicos y coordinadores médicos de las ESE, delegados de las 4 EPS con mayor número de afiliados en la subregión. En dichos encuentros se tuvo como objetivo: Cocrear la propuesta de Red Integrada de Servicios de Salud-RISS, en el Suroeste de Antioquia. A estos encuentros asistieron en carácter de observadores dos agremiaciones, Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia-AESA y Cooperativa Hospitales de Antioquia-COHAN; representante de la Fundación de la Universidad de Antioquia, delegados de las ESE Hospital Mental de Antioquia-HOMO y ESE Carisma y el enlace territorial del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para la implementación de la metodología utilizada en los encuentros se pidió a los actores de cada municipio considerar las variables de pirámide poblacional, población actual y potencial y el perfil epidemiológico, con el fin de visualizar qué problemas en salud deben buscar impactar con la red que se va a proponer. Información contenida en cartilla entregada de manera impresa el día del evento. Posteriormente se hizo entrega de un mapa de la subregión de Suroeste, y del municipio de Caldas. Resaltando a Caldas y Ciudad Bolívar como los municipios de referencia para la prestación de los servicios de mediana complejidad, adicionalmente se les entregó un tablero del municipio respectivo con información poblacional, principales causas de mortalidad, servicios de baja y mediana complejidad, capacidad instalada y mapa de actores. En dicho tablero los actores debían identificar el nivel de atención que les correspondía, señalar los servicios de salud que tenían habilitados, los que querían habilitar según sus capacidades y los que podrían prestar en alianza con otro prestador, independiente del nivel de complejidad de cada servicio. Para la habilitación de nuevos servicios se debían tener en cuenta los servicios que prestan los municipios de Caldas y Ciudad Bolívar. Se les solicitó ubicar los centros y puestos de salud que fuesen funcionales o los que consideran que se podrían abrir como espacios comunitarios para prestar servicios de salud y otros de tipo social. El mapa de actores les permitía visualizar los prestadores de servicios de salud privados que podrían ser considerados como aliados o como parte de la competencia. La actividad finaliza con la puesta en común por parte de cada municipio donde se presentan las propuestas de los servicios a prestar, sean propios o en alianza con otro prestador y de esta manera, en consenso se identifica la propuesta de Red Integrada de Servicios de Salud-RISS.

Se identificaron por parte de los actores en el ejercicio obstáculos como la falta de confianza, las dificultades financieras de los hospitales, las deficiencias en el proceso contractual, de facturación y en la negociación, talento humano insuficiente, deficiencias en la capacidad instalada y baja capacidad resolutoria de los prestadores de servicios de salud. No hay modelo unificado en la prestación. Se propone la operación de las redes integradas a través de nodos de atención para algunas especialidades.



Dentro del proceso de conformación de las RISS, se tiene una segunda etapa que contempla la definición de la población a atender y tipo de servicios por los segundos niveles, la gestión del riesgo desde los hospitales, la definición de los flujos de atención y la gestión jurídica para la organización de las mismas.

Simultáneamente, desde el programa de Fortalecimiento de la red de prestadores de servicio de salud se vienen adelantando inversiones que permiten a las ESE estar mejor preparadas para responder al objetivo de las RISS que buscan mejorar la cobertura, accesibilidad, disponibilidad y oportunidad en la atención. Sobre todo, mejorando la capacidad resolutoria de las ESE y que la mayor parte de las atenciones se hagan dentro del mismo territorio. Estas inversiones están enmarcadas dentro del Plan de Desarrollo departamental. Se realiza una inversión para el año 2021 de \$2.478.690.639 millones de pesos en la adquisición de equipos biomédicos y plantas eléctricas y de \$13.164.145.193 millones de pesos para mejoramiento de la infraestructura hospitalaria.

Tabla 87. Monto dotación equipos biomédicos

DOTACION GENERAL		
AÑO	2020	2021
E.S.E BENEFICIADAS	10	19
MONTO	\$ 1.766.665.391	\$ 2.478.690.639
DETALLE	Equipos Biomedicos - Plantas Electricas	

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios SSSA.

Tabla 88. Monto Inversiones en Infraestructura

AÑO	2020	2021
E.S.E BENEFICIADAS	5	3
MONTO	\$ 2.412.885.373	\$ 10.751.259.820
TOTAL	\$	13.164.145.193

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios SSSA.

En cumplimiento de la Ley 2028 de 2020 se ha realizado la distribución a las diferentes ESE del departamento de Antioquia los siguientes recursos:

Tabla 89. Transferencias estampilla prohospital 2021.

AÑO	2020	2021
NIVEL ESE	VALOR INVERSION	VALOR INVERSION
NIVEL 3 (1 ESE)	\$ 10.635.166.863	\$ 6.914.066.128
NIVEL 2 (12 ESE)	\$ 6.381.100.120	\$ 5.553.825.567
NIVEL 1 (94 ESE)	\$ 4.254.066.746	\$ 5.764.860.195
TOTAL	\$ 21.270.333.729	\$ 18.232.751.890

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios SSSA



Estos valores corresponden a los montos recaudados por la secretaria de hacienda departamental, cuya destinación se hace según lo contemplado en el artículo 2 de la Ley 2028 principalmente al pago de medicamentos y material médico quirúrgico.

Conforme a la categorización del riesgo que anualmente realiza el Ministerio de Salud y Protección Social y a la Resolución 1342 de 2019 se tiene que actualmente 31 ESE Hospitales categorizados en riesgo medio y riesgo alto, que formulan un programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

A diciembre de 2021 producto de dichas formulaciones se tienen 4 Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados y 27 en proceso de revisión y ajuste de información financiera a corte de 31 de diciembre de 2021, para posterior concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Tabla 90. Proceso acompañamiento a hospitales en riesgo fiscal y financiero. Res 1342 de 2019.

PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO A 31 HOSPITALES CATALOGADOS EN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO MEDIO Y ALTO POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN 1342 DE 2019		
Concepto	2020	2021
Total hospitales	31	31
Hospitales con altas probabilidades de viabilidad	12	11
Hospitales viabilizados	0	4
Recursos Res 5938– FONSAET	\$	4.408.184.762
Rendimientos financieros Res 5938– FONSAET	\$	2.025.879.386
Recursos asignados –propios	\$	1.624.120.614
TOTAL	\$	8.058.184.762

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Con el objetivo de fortalecer la atención en salud para la población que pueda verse afectada por la emergencia sanitaria ocasionada por COVID-19 en el Departamento, se apoyó a los hospitales con la entrega de recursos (dotación y ambulancias) con el fin de generar una adecuada y oportuna respuesta a la pandemia.

Tabla 91. Proceso acompañamiento a hospitales en riesgo fiscal y financiero. Res 1342 de 2019

TELEMEDICINA COVID 2020		
DETALLE	MONTO	FECHA
Integrar esfuerzos para la implementación, en el departamento de Antioquia, de un modelo de telemedicina basado en estrategias innovadoras de atención en salud	\$ 1.044.500.000	17/03/2020

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios



Tabla 92. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19.

DOTACION COVID		
AÑO	2020	2021
E.S.E BENEFICIADAS	11	5
MONTO	\$ 21.114.165.181	\$ 1.811.600.097
DETALLE	Dotacion UCI - Equipos Biomedicos - Plantas de Oxigeno	

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Tabla 93. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19.

AMBULANCIAS				
AÑO	2020		2021	
CANTIDAD	52		14	
MONTO	COFINANCIACION GOBERNACION	MONTO TOTAL PROYECTO	COFINANCIACION GOBERNACION	MONTO TOTAL PROYECTO
	\$ 5.205.416.500	\$ 9.620.416.500	\$ 1.440.000.000	\$ 2.800.000.000
FECHA ENTREGA	24 de febrero / 13 de mayo 2020		De 12 de Nov de 2021 a 28 de Feb de 2022	
<p>NOTA: El total de ambulancias a entregar en este proyecto es 41, las 27 pendientes (6 TAM - Transporte Asistencial Medicalizado y 21 TAB - Transporte Asistencial Basico) serán entregadas entre diciembre de 2021 y febrero de 2022. Monto Total del proyecto \$8.559.400.000 - Cofinanciados así: Ministerio \$3.693.000.000 - Gobernación/SSSA \$3.419.400.000 - Municipio y/o E.S.E \$1.444.000.000</p>				

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Adicionalmente a la prueba piloto que se viene desarrollando en el Suroeste descrita anteriormente, como parte del fortalecimiento de la red, se adelanta la actualización del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del estado del año 2014, con la participación de los diferentes actores del sistema (usuarios, prestadores, aseguradores, entes territoriales entre otros) de tal manera que la prestación de los servicios en Antioquia responda a las necesidades en salud de cada uno de los municipios, promoviendo la articulación y complementariedad de los servicios a prestar y de esta manera avanzar en el trabajo en red para facilitar la continuidad en la atención de los usuarios, así como una prestación de servicios en el lugar más cercano al territorio.

2.12.1 Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP)

El Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) de Antioquia, según su concepción como parte de la Red Nacional de Laboratorios, con competencias claras de laboratorio de referencia en el departamento, expresadas en el Decreto 2323 de 2006, específicamente en el Art. 16, recoge información importante para el entendimiento de la dinámica de salud de los antioqueños, en lo que refiere a la frecuencia y distribución de Eventos de interés en Salud Pública -EISP transmisibles. Esta situación, tomó mayor importancia en marco de la pandemia por COVID-19.



19, que implicó el accionar del diagnóstico por laboratorio de manera permanente para determinar la magnitud de la situación y el curso de la pandemia en la población.

Estos datos derivados del apoyo al diagnóstico del EISP transmisibles, posiblemente, se vean reflejados en el análisis de la situación de estos eventos en la población antioqueña, en particular de aquellos EISP cuyo diagnóstico no está al alcance de algunas poblaciones dada su complejidad. Si bien estos datos se encuentran ya analizados, existe otra información desde la vigilancia en salud pública por laboratorio que aporta elementos importantes para la comprensión del comportamiento de este tipo de eventos.

Para esta entrega del ASIS 2021, se presentan dos apartados importantes que permiten complementar el análisis del Departamento. En primera instancia, se exponen los resultados de la vigilancia genómica del virus SARS-COV2 en Antioquia, que se presenta como una estrategia de vigilancia innovadora que permite comprender la distribución de la infección en la población y con ello la magnitud de la gravedad de la introducción de un virus nuevo en la población con altas tasas de mutación, así mismo el seguimiento de su evolución y posible transición a endemidad.

El establecimiento de la vigilancia genómica en el Departamento se concibe como una estrategia colaborativa que busca el aprovechamiento de los recursos científicos y tecnológicos con un fin común de vigilancia de un microorganismo, en este caso el virus SARSCO2, en la población.

El segundo apartado, busca mostrar el comportamiento del diagnóstico de la tuberculosis en personas que viven con VIH, llamando la atención frente a la necesidad de evaluar los procesos que se presentan en estas personas, cuyas características se tornan especiales al enfrentar condiciones de riesgo que facilitan este tipo de coinfecciones.

A continuación, se muestran ambos apartados, teniendo presente que el LDSP se convierte en fuente de información complementaria para la vigilancia en salud pública y puede llevar también a construir la historia de los eventos transmisibles en el territorio antioqueño.

2.12.1.1. Vigilancia Genómica de SARS-COV-2 en Antioquia

A través de la vigilancia genómica se han alcanzado grandes avances en la identificación de linajes o especies de agentes patógenos, y entre los virus respiratorios, la caracterización genética de influenza es un ejemplo importante que ha proporcionado información para el desarrollo de vacunas y mejoramiento del diagnóstico molecular (1). Asimismo, la secuenciación genómica del SARS-COV-2 permitió la caracterización del agente etiológico involucrado en el brote inicial en China, contribuyendo en el desarrollo de protocolos de diagnóstico y seguimiento a la evolución de la pandemia. Por tal razón, la secuenciación genómica se ha convertido en una herramienta



valiosa en la generación de datos que permiten impulsar estrategias desde el laboratorio en pro de entender mejor los patrones de dispersión y evolución de los microorganismos²⁰.

Antes de la pandemia por COVID-19, la disponibilidad de datos genómicos era escasa en relación con las necesidades de conocimiento y caracterización epidemiológica del virus para la orientación de acciones de control, por lo que diferentes países en el mundo han ido contribuyendo a la generación de datos genómicos. En la región de América del sur países como Colombia, Brasil, Argentina y Chile, han aportado datos del virus, que han permitido que grupos de investigación en epidemiología genómica se consoliden y trabajen articulados para entender las dinámicas virales²¹.

El estudio y descripción de las variantes de SARS-COV-2, ha despertado el interés de la comunidad científica ya que es un virus con una tasa de mutación alta y varias de estas mutaciones derivan en sustituciones de aminoácidos en la región que codifica la proteína Spike.

Los primeros estudios evidenciaron la variabilidad genética en diferentes posiciones nucleotídicas de los sitios genómicos del SARS COV-2, lo que demostró que la acumulación de mutaciones en el genoma viral es frecuente (1) y, en consecuencia, es importante evaluar periódicamente los sitios blancos para el diagnóstico molecular, así, como con otros propósitos más orientados a la salud pública. Las mutaciones que comprende polimorfismo de nucleótido simple (SNP; por sus siglas en inglés Single Nucleotide Polymorphism) e inserciones deleciones (INDEL; por sus siglas en inglés Insertion/Deletion) tipo no sinónimas que ocurren en la región del genoma, son de interés dado que Spike es una proteína transmembranal responsable de la entrada del virus en la célula huésped por lo cual se ha convertido el principal objetivo terapéutico debido a su papel esencial durante la infección por SARS-COV-2²². Spike comprende 1.220 aminoácidos con regiones encargadas del contacto con el receptor de las células humanas ACE2 (Enzima Convertidora de Angiotensina) y regiones encargadas de fusionar la membrana del virus con la de las células humanas²³. Entre estas mutaciones no sinónimas de interés que afectan dichas regiones se incluyen los cambios de aminoácidos tales como I95I, Y144T, Y145S y la inserción 146 N en el dominio N-terminal, R346K, E484K y N501Y en el dominio de unión al receptor (RBD) y

²⁰ Álvarez-Díaz DA, Laiton-Donato K, Franco-Muñoz C, Mercado-Reyes M. Secuenciación del SARS-CoV-2: la iniciativa tecnológica para fortalecer los sistemas de alerta temprana ante emergencias de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.

²¹ Álvarez-Díaz DA, Laiton-Donato K, Franco-Muñoz C, Mercado-Reyes M. Secuenciación del SARS-CoV-2: la iniciativa tecnológica para fortalecer los sistemas de alerta temprana ante emergencias de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.

²² Li, F. (2016). Structure, Function, and Evolution of Coronavirus Spike Proteins. Annual Review of Virology, 3(1), 237–261. <https://doi.org/10.1146/annurev-virology-110615-042301>

²³ Li, B., Deng, A., Li, K., Hu, Y., Li, Z., Xiong, Q. Lu, J. (2021). Viral infection and transmission in a large, well-traced outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant. MedRxiv, 2021.07.07.21260122. <https://doi.org/10.1101/2021.07.07.21260122>

P681H en el sitio de escisión S1/S2 de la proteína Spike²⁴. En el caso de los cambios de aminoácidos asociados al linaje Delta y sus sublinajes, se ha visto su efecto en una mayor transmisibilidad (P681R) y mayor probabilidad de evasión de la respuesta inmune por células del hospedero (L452R, T478K, 156Del, 157Del, G142D, R158G, D614G, D950N) a comparación de otros linajes (6). En este sentido se ha evidenciado que dichos cambios están asociados a un aumento de la infectividad, resistencia a los anticuerpos post-vacunación, un posible aumento de la transmisibilidad y un peor pronóstico clínico²⁵.

Desde el segundo semestre del año 2020 varias universidades de Colombia en asocio con el Instituto Nacional de Salud (INS), empezaron a trabajar en la consolidación de la red de vigilancia genómica, a esta red se adscribieron laboratorios de genómica y biología molecular que contaban con personal capacitado, equipos, insumos y reactivos, para el montaje de dicha metodología; esto, con el objeto de realizar la vigilancia genómica para las variantes del virus circulantes en el país y con ello conocer de primera mano el impacto de estas éstas en la curso de la pandemia.

En Antioquia, la unidad de vigilancia genómica inicio sus labores a inicios del mes de marzo de 2021, con el propósito de trabajar en la secuenciación genómica e identificar las variantes circulantes del SARS-COV-2, así como también linajes y sublinajes, información que ha permitido evaluar los efectos epidemiológicos de estos en la población Antioqueña.

La red de vigilancia genómica la componen el Laboratorio Departamental de Salud Pública como institución rectora de la red, en alianza con la Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB) y el Laboratorio Genómico de la Universidad Nacional de Colombia - sede Medellín (OH - UNAL). Contar con el trabajo articulado con instituciones científicas aumenta la capacidad de procesamiento en el Departamento, y permite brindar apoyo a departamentos del país que no cuentan con el recurso humano ni tecnológico para la implementación del método en sus laboratorios de salud pública, llevando a un trabajo en red permanente, que ha sido un propósito constante desde la estructuración de la Red Nacional de Laboratorios.

A 15 de noviembre de 2021, la Unidad de Vigilancia Genómica del Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia (LDSP) con apoyo de las otras dos instituciones, han recibido más de 3.000 muestras para vigilancia genómica provenientes de los laboratorios de la red, avalados para el diagnóstico molecular de SARS-COV-2.

Dentro de las estrategias de muestreo para la secuenciación, Antioquia participó del estudio descriptivo realizado por el Instituto Nacional de Salud-INS desde inicio de junio del 2021. En este

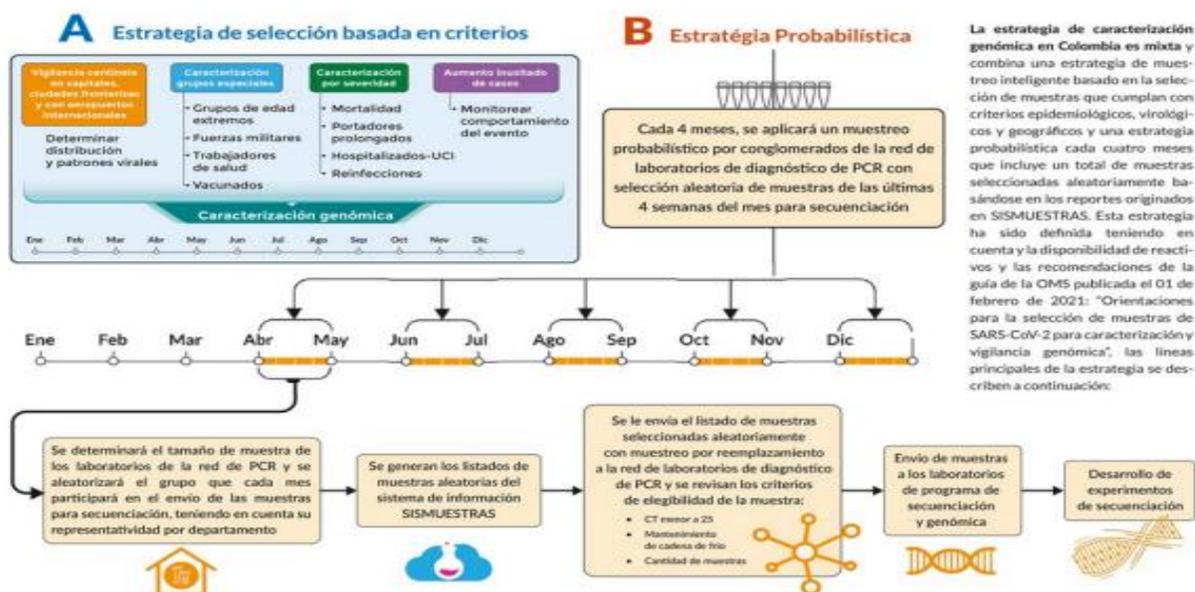
24 Greaney, A. J., Loes, A. N., Crawford, K. H. D., Starr, T. N., Malone, K. D., Chu, H. Y., & Bloom, J. D. (2021). Comprehensive mapping of mutations in the SARS-CoV-2 receptor-binding domain that affect recognition by polyclonal human plasma antibodies. *Cell Host & Microbe*, 29(3), 463-476.e6. <https://doi.org/10.1016/J.CHOM.2021.02.003>

25 Laiton-Donato, K., Franco-Muñoz, C., Álvarez-Díaz, D. A., Ruiz-Moreno, H. A., Usme-Ciro, J. A., Prada, D. A., ... Mercado-Reyes, M. (2021). Characterization of the emerging B.1.621 variant of interest of SARS-CoV-2. *Infection, Genetics and Evolution*, 95, 105038. <https://doi.org/10.1016/J.MEEGID.2021.105038>



estudio a través de un muestreo probabilístico, se solicitó a los laboratorios de la red diagnóstica un número de muestras determinado que cumplieran con los criterios definidos por la Dirección de Investigación en Salud Pública del INS y que fueran seleccionadas aleatoriamente lo cual permitió inferir los resultados de las variantes que circulan en el país. También, en el Departamento se seleccionaron muestras por vigilancia rutinaria con condiciones especiales como conglomerados, viajeros, hospitalizados y fallecidos.

Figura 135. Estrategias de muestreo del INS para recopilación de muestras positivas para SARS- COV-2, en Colombia COV-2, en Colombia.



Fuente. Instituto Nacional de Salud-INS

La identificación de las variantes, linajes y sublinajes, es resultado del trabajo mancomunado, que se realiza en la vigilancia genómica de modo permanente y con el propósito único de aportar información que las autoridades en salud tienen en cuenta en las decisiones de una pandemia en desarrollo; en este sentido, la determinación genómica de los linajes utilizando la herramientas bioinformáticas ha permitido evidenciar la diversidad genética viral que circula en la región mostrando una prevalencia diferencial espacio-temporal de los linajes que circulan con respecto al contexto nacional.

Es importante resaltar que estas actividades están en concordancia con los objetivos de la vigilancia genómica rutinaria que se lleva a cabo semanalmente en las intuiciones de la red de genómica, así como a través de los proyectos de muestreo probabilístico desarrollados por el INS en 2021.

Antioquia ha participado en las tres etapas del estudio del INS realizadas entre junio a noviembre del 2021, procesando muestras en los laboratorios de la red del departamento y apoyando a otros

departamentos del país en esta labor. Los resultados de este estudio han permitido evidenciar como unas variantes desplazan a otras en función de sus características biológicas conferidas en muchas ocasiones a las mutaciones de su material genético en el paso del tiempo.

A continuación, se describen los resultados obtenidos a través de la vigilancia genómica del departamento de Antioquia. A 15 de noviembre de 2021 se han procesado cerca de 3.000 muestras de los diferentes laboratorios de la red, obteniendo secuencia en cerca de 2.000. En relación a las variantes identificadas, Mu y Delta han tenido la mayor participación en relación a las demás, aportando Mu el 37,23 % y Delta el 25,60 % de los casos.

Tabla 94. Distribución de variantes identificadas en la Red Genómica en Antioquia.

Variante /Linaje	Total	Porcentaje
MU	717	37,23%
DELTA	493	25,60%
GAMMA	379	19,68%
OTRAS	199	10,33%
B.1.625	100	5,19%
ALPHA	31	1,61%
LAMBDA	7	0,36%
Total	1926	100,00%

Fuente. Elaboración propia LDSP

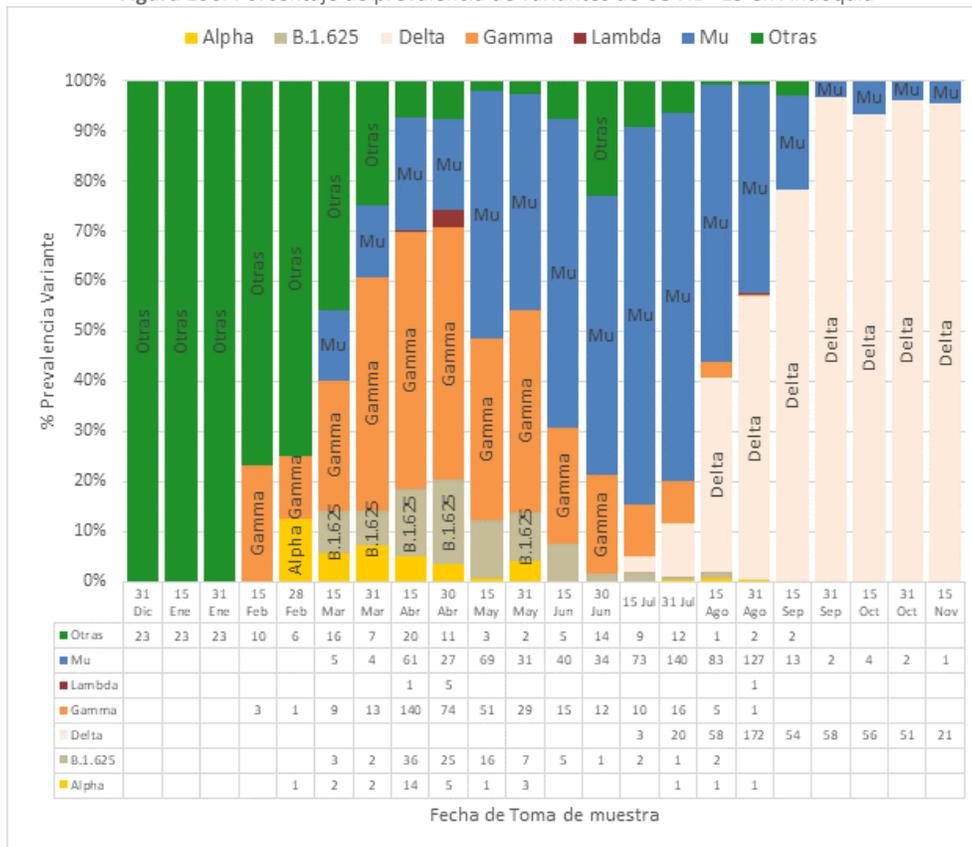
Al evaluar la distribución porcentual de la prevalencia por variantes de SARS-COV-2 por períodos de tiempo quincenales desde el 15 diciembre de 2020 hasta 15 noviembre 2021 se observó que inicialmente en el Departamento se identificaron variantes que no fueron considerados por la Organización Mundial de la Salud como variantes de Interés o preocupación designadas como otras.

En el departamento de Antioquia la primera variante identificada de interés fue Gamma en una muestra tomada el 07 de febrero de 2021 y se observó cómo predominó hasta mediados del mes de mayo. Una vez Mu empieza a aparecer en las semanas siguientes después de su identificación en una muestra tomada el 3 de marzo del 2021 predominando hasta mediados del mes de agosto. La variante Alpha fue secuenciada por primera vez en una muestra tomada el 26 de febrero y no se observó un crecimiento en cuanto a la participación de esta variante en las semanas posteriores, así como tampoco se observó un crecimiento de las variantes B.1.625, Lambda y Lota. Delta una vez fue identificada en una muestra tomada el 12 de julio se evidenció como semanas después representaba el mayor porcentaje de los casos secuenciados en Antioquia, desplazando principalmente a Mu quien era para su momento la variante de mayor prevalencia entre los casos.

De esta forma en el primer semestre del 2021 ninguna de las variantes - Alpha (B.1.1.7), Gamma (P.1), Lambda (C.37), Mu (B.1.621) dominaron en la infección y se observó una co-circulación de

las mismas, mientras que Delta y los sublinajes de esta, han demostrado un crecimiento exponencial hacia el segundo semestre del año, y el sublinaje de Delta AY.25 ha representado el 86% de los sublinajes identificados, situación que también ha sido descrita por el INS en su reporte de resultados del tercer muestreo probabilístico para todo el país.

Figura 136. Porcentaje de prevalencia de variantes de COVID -19 en Antioquia



Fuente. Elaboración propia LDSP

Nota. Muestras tomadas desde el 15 diciembre de 2020 al 15 noviembre 2021

Es importante mencionar que la utilidad de determinar la circulación de una u otra variante en los territorios, nace desde la necesidad de conocer más detalladamente su estructura genética, en cuanto a mutaciones presentes en relación al genoma original del primer virus que dio origen a la pandemia desde finales del 2019 hasta la fecha. Estas mutaciones en muchas oportunidades pueden estar relacionadas con el grado de transmisibilidad de una persona infectada a otra, y así como de factores de virulencia y patogenicidad causa en los infectados.

También es importante mencionar que las variantes y sus sublinajes también se encuentran presentes en pacientes asintomáticos en quienes la respuesta inmune ha tenido un gran papel contra la presentación y la gravedad de la enfermedad. Estudios muy importantes como el de Emily Stephenson et al. (2021) han evidenciado como en pacientes asintomáticos se da una



expansión de monocitos no clásicos que permiten la expresión de transcritos para CD16+/C1QA/B/C que permiten una mejor respuesta inmune y el restablecimiento de macrófagos alveolares afectados por covid-19 (7). Otro hallazgo esta reportado en casos asintomáticos con proliferación de células inflamatorias a nivel cardiovascular (7), así como otras alteraciones descritas en la literatura en pacientes sintomáticos y asintomáticos que son importantes vigilar con el fin de dar seguimiento oportuno a los pacientes y sus signos y síntomas, relacionados con la variabilidad genética del virus.

La vigilancia genómica en el departamento de Antioquia se seguirá realizado con miras a poder monitorear la circulación de variantes de los virus entrantes al territorio, así como del comportamiento de otros microorganismos que a través de mutaciones en su material genético pueden mostrar cambios importantes que pueden impactar la biología de los mismos y alterar factores de infección y virulencia que sean importantes de vigilar con el fin de evitar complicaciones en los pacientes. Importantes resaltar que a través de este tipo de metodologías también se puede ir pro de mejoras en los diseños de políticas de vigilancia epidemiológica y de salud pública.

2.12.1.2. Diagnóstico de tuberculosis en personas que viven con VIH en Antioquia durante los años 2019 a 2021

Contextualización

La tuberculosis es un problema de salud pública histórico, cuyo control no se ha determinado de manera eficiente, pese a los avances en términos de diagnóstico y acceso a medicamentos; esta situación se presenta porque su aparición en la población se conecta de manera directa con situaciones de vulnerabilidad de difícil control; se concibe actualmente como una problemática específica de salud pública prioritaria para el territorio, con la necesidad de formulación constante de compromisos políticos, que permitan mejorar y desarrollar programas y servicios de salud para el mejor desempeño en la lucha contra esta enfermedad (Paneque Ramos Ena, Rojas Rodríguez Liana Yanet, Pérez Loyola Maritza. La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 jun [citado 2021 Dic 17]; 17(3): 353-363. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300353&lng=es).

Entre esos compromisos políticos, surge para Colombia la Resolución 227 de febrero de 2020, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis – PNPCT – como estrategia para el abordaje integral de la enfermedad en el territorio nacional (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico operativo del Programa Nacional de Tuberculosis. Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Bogotá OC. Año 2020.).

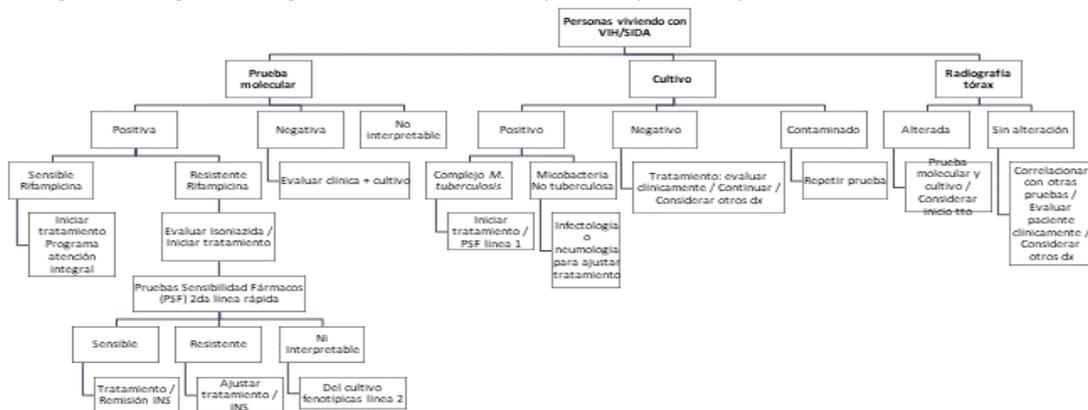


En estos lineamientos, se describen las actividades que deben realizarse en torno a poblaciones con mayor vulnerabilidad a la hora de infectarse con tuberculosis; entre estas poblaciones se encuentran las personas infectadas por Virus de la Inmunodeficiencia Humana – VIH. Es bien conocido que la infección con VIH tiene una relación directa con el riesgo de reactivación de infección tuberculosa latente, acelerando la progresión a enfermedad después de la infección o de la reinfección; la aparición epidémica del VIH a nivel mundial, ha determinado en gran parte la dinámica de presentación de la tuberculosis en el mundo, así mismo, se tiene que la enfermedad tuberculosa agrava el pronóstico de los pacientes infectados por VIH, todo ello lleva a considerar estrategias de intervención específicas para la confección con estas dos entidades (Úriz J., Repáraz J., Castiello J., Sola J.. Tuberculosis en pacientes infectados por el VIH. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [citado 2021 Dic 17]; 30 (Suppl 2): 131-142. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400010&lng=es.)

La definición programática de sintomático respiratorio en personas que viven con VIH, refiere a quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración; dicha definición se presenta como fundamentales a la hora de realizar gestión individual y colectiva del riesgo de enfermar por tuberculosis en esta población especial; en tal sentido, para las sintomáticos respiratorios que viven con VIH, se refiere una necesidad de diagnóstico oportuno de la tuberculosis activa, de manera tal que pueda intervenir eficientemente una posible infección (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico operativo del Programa Nacional de Tuberculosis. Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Bogotá OC. Año 2020.)

Desde el laboratorio, se tienen disponibles diferentes pruebas que tienen un alcance tanto de diagnóstico como de seguimiento al tratamiento de la tuberculosis, hallando necesidades especiales para la condición inmunológica de las personas que viven con VIH. La figura 135, muestra el algoritmo diagnóstico propuesto en los lineamientos técnicos y operativos del PNPCT. específicos para este tipo de población.

Figura 137. Algoritmo diagnóstico de tuberculosis, aplicado a personas que viven con VIH. Colombia, 2021

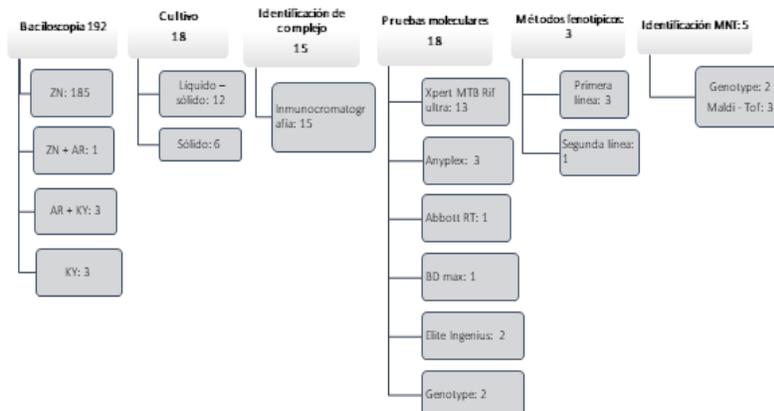


Fuente. Adaptado de Lineamientos técnicos y operativos del PNPCT

2.12.1.2.1. Red diagnóstica de Tuberculosis en Antioquia

El Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia- LDSP ha caracterizado su red diagnóstica para tuberculosis en el Departamento, contando con 192 laboratorios con diferentes capacidades para diagnosticar el evento en individuos sospechosos. La caracterización de la red diagnóstica para tuberculosis, permite definir que se tienen capacidades desde microscopia básica hasta pruebas moleculares que permiten dilucidar el agente etiológico de esta enfermedad. La figura 136, describe la red de diagnóstica de tuberculosis activa para el año 2021.

Figura 138. Caracterización de la red diagnóstica para tuberculosis en Antioquia, 2021.



Fuente: Elaboración propia LDSP

Con las características descritas del diagnóstico de la tuberculosis en Antioquia, se presenta a continuación un análisis específico que da a conocer el acceso al diagnóstico de Personas que Viven con VIH en el departamento, hallando necesidades de mejora continua, cuya implementación permitirá disminuir el impacto en salud pública que genera la coinfección con estas entidades en la población antioqueña. Las fuentes de datos utilizadas corresponden a SIVIGILA 813 y Libro diario de Micobacterias de la Red de Laboratorios Departamental.

2.12.1.2.2. Caracterización del diagnóstico de tuberculosis en personas que viven con VIH en el departamento de Antioquia

Las posibilidades diagnósticas de tuberculosis en personas que viven con VIH en el departamento en los últimos tres años, pueden resumirse en tres metodologías: pruebas moleculares, cultivo del microorganismo y pruebas microscópicas con baciloscopia.

Las pruebas moleculares, han jugado un papel importante dicho diagnóstico, teniendo un aporte por encima del 55% como método rápido en los casos que se han detectado en el territorio en este período de tiempo; seguido de ello se encuentra el cultivo, una técnica un poco más compleja y con acceso, posiblemente limitado, donde su aporte en el diagnóstico del complejo

Mycobacterium tuberculosis (MTB), estuvo entre el 14% y casi el 25% en los últimos tres años; la baciloscopia por su parte, ha presentado un aporte del diagnóstico por debajo del 5% en los tres años analizados. La tabla 89, muestra el detalle del aporte diagnóstico de cada prueba en el departamento.

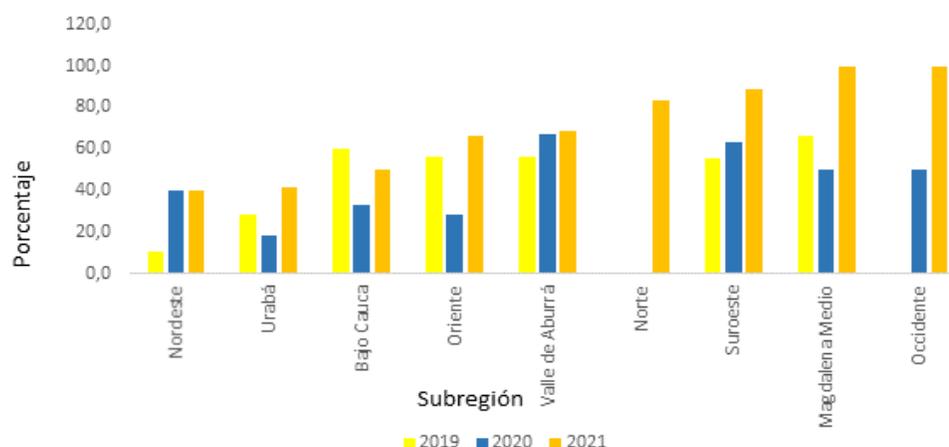
Tabla 95. Aporte de diagnóstico de tuberculosos por pruebas moleculares, cultivos y baciloscopias en personas que viven con VIH en el departamento de Antioquia, 2019 a 2021.

Año		2019	2020	2021
Número de casos		464	363	386
Pruebas moleculares	Complejo MTB	258	216	221
	No detectado	74	47	83
	Aporte como método rápido %	55,6	59,5	57,3
Cultivo	Cultivo positivo para MTB	287	229	243
	Negativo	17	36	49
	Casos diagnosticados solo por cultivo	71	32	47
	Aporte como método %	24,7	14	19,3
Baciloscopia	Positivas	98	107	88
	Negativa	348	151	227
	Casos diagnosticados solo por baciloscopia	22	10	14
	Aporte como método %	4,7	2,8	3,6

Fuente: SIVIGILA 2019 a 2021 (PE 10) – Libro de seguimiento diagnóstico a la TB LDSP 2017 a 2021.

El acceso a las pruebas moleculares y cultivo, que se presentan con mayor aporte para el diagnóstico de la enfermedad en personas que viven con VIH, muestran mayor proporción de aporte en el último año, en particular en aquellas subregiones donde la incidencia del VIH es mayor en el departamento, lo que puede estar dando cuenta de la aplicación de los lineamientos en las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

Figura 139. Comportamiento de las pruebas moleculares y del cultivo para el diagnóstico de tuberculosos en personas que viven con VIH según subregión de Antioquia, 2019 a 2021



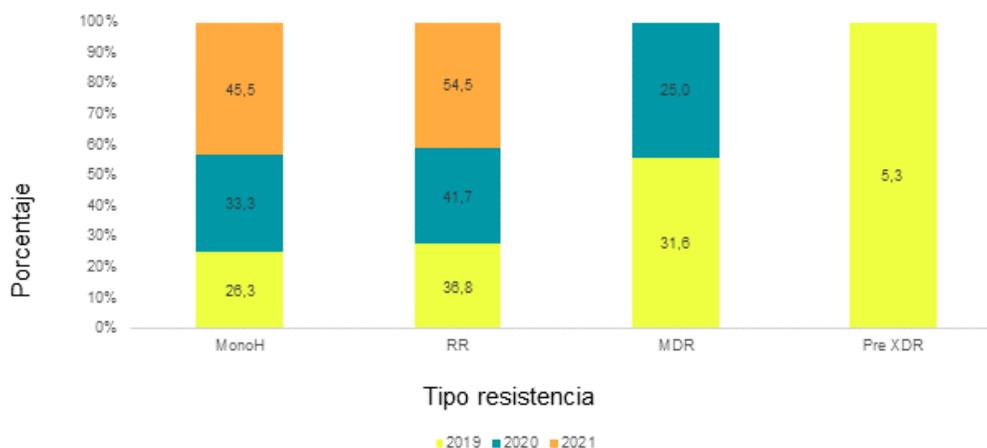
Fuente: SIVIGILA 2019 a 2021 (PE 10) – Libro de seguimiento diagnóstico a la TB LDSP 2017 a 2021



Para la población colombiana, se ha caracterizado que uno de los factores asociados a la resistencia a fármacos de primera línea para el tratamiento complejo Mycobacterium Tuberculosis, es la presencia de infección VIH/TB (Ruíz-Martin-Leyes F, Arzuza-Ortega L, Guerra-Sarmiento M, Maestre-Serrano R. Perfil de resistencia del Mycobacterium tuberculosis a fármacos antituberculosos de primera línea y sus combinaciones. Revista Cubana de Medicina Tropical [Internet]. 2020 [citado 17 Dic 2021]; 72 (2) Disponible en: <http://www.revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/525>), en tal sentido, se hace importante caracterizar el comportamiento de la resistencia a fármacos en la población que vive con VIH y además presenta infección con tuberculosis.

Las personas que viven con VIH y fueron diagnosticadas con tuberculosis en el departamento de Antioquia entre los años 2019 y 2021, presentaron resistencia a fármacos de tipo Monoresistencia H (MonoH), Monoresistencia R (RR), multidrogorresistente (MDR) y extremadamente resistente (Pre XDR). La figura 138 muestra las proporciones de dicha resistencia por año; se hace importante verificar las condiciones de estos grupos poblacionales, pues la resistencia a fármacos implica mayores probabilidades de complicaciones y muerte en este grupo poblacional.

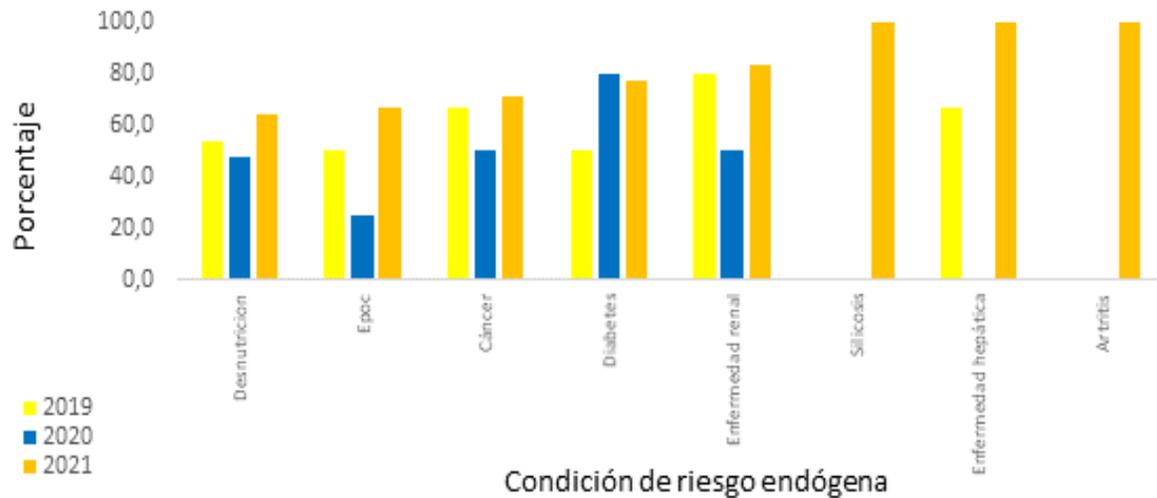
Figura 140. Presentación de resistencia a fármacos en personas que viven con VIH diagnosticadas con tuberculosis en Antioquia, 2019 a 2021



Fuente: SIVIGILA 2019 a 2021 (PE 10) – Libro de seguimiento diagnóstico a la TB LDSP 2017 a 2021.

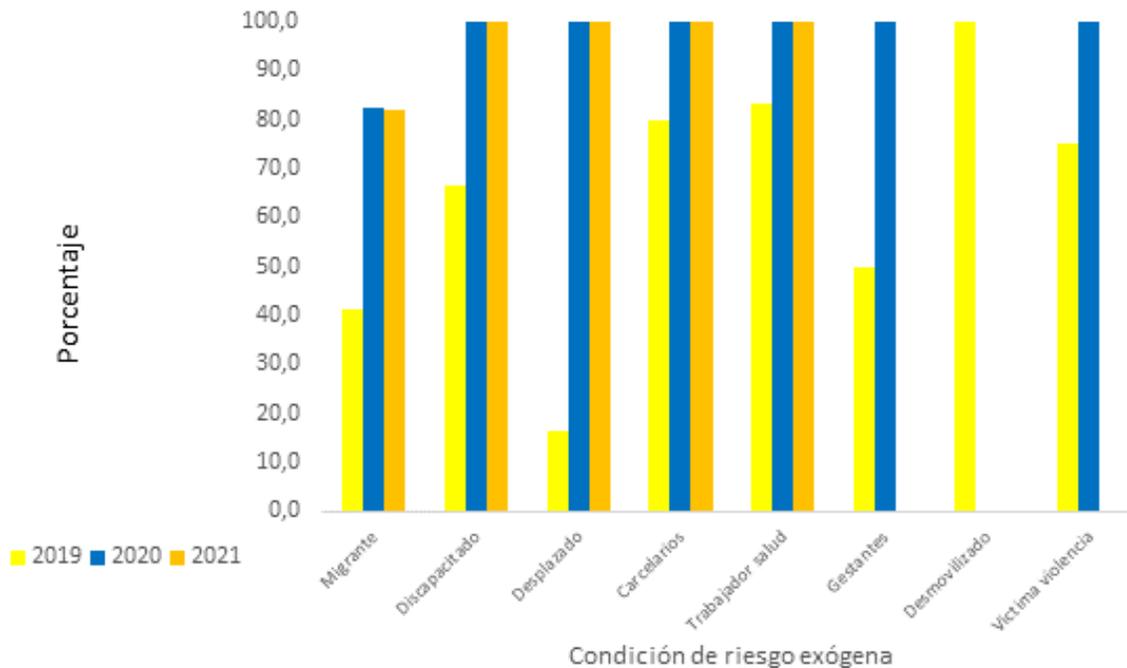
Existen otras vulnerabilidades que deben estudiarse a la hora de abordar de manera integral personas con infección VIH/TB, tales son las condiciones de riesgo endógenas (Figura 139) y las condiciones de riesgo exógenas (Figura 6), las cuales describen, en el caso de las primeras, que el diagnóstico por pruebas moleculares y cultivos aportaron para clarificar la tuberculosis en más del 60% en estas personas para el año 2021, mientras que para las condiciones exógenas, el aporte de estas técnicas de laboratorio fue por encima del 80% en personas que viven además con VIH.

Figura 141. Diagnóstico de tuberculosis por pruebas moleculares y cultivo en personas que viven con VIH y presentan condiciones de riesgo endógenas, 2019 a 2021



Fuente: SIVIGILA 2019 a 2021 (PE 10) – Libro de seguimiento diagnóstico a la TB LDSP 2017 a 2021.

Figura 142. Diagnóstico de tuberculosis por pruebas moleculares y cultivo en personas que viven con VIH y presentan condiciones de riesgo exógena, 2019 a 2021



Fuente: SIVIGILA 2019 a 2021 (PE 10) – Libro de seguimiento diagnóstico a la TB LDSP 2017 a 2021.

2.12.1.2.3. Conclusiones y recomendaciones

Las personas infectadas por el VIH tienen 18 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis activa, por tanto, son una población que se debe vigilar de manera constante y se debe tener presente el algoritmo diagnóstico propuesto en los Lineamientos técnicos y operativos del Plan Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis- PNPCT, que clarifica las responsabilidades de cada actor en salud para su aplicación.

En Antioquia el aporte de las pruebas moleculares como método rápido de diagnóstico ha sido cercano al 55%, el del cultivo no supera el 25%, mientras que el de la baciloscopia no supera el 5%, esto lleva a pensar en la necesidad de evaluar la adherencia (asistencial, administrativo) al algoritmo diagnóstico indicado en la Resolución 227 del 2020.

Los métodos de elección a nivel microbiológico para el diagnóstico de tuberculosos son las técnicas moleculares y cultivo en medio líquido por su sensibilidad, especificidad y rapidez. Se debe realizar al 100% de pacientes con factores de riesgo. En Antioquia su aplicación no está dada de manera rutinaria en todas las subregiones, lo cual debe mejorarse para garantizar oportunidad, en particular en personas que, como aquellos que viven con VIH, tienen mayor riesgo de presentar enfermedad por infección o reactivación de *Mycobacterium tuberculosis*.

Es importante destacar las siguientes fortalezas en torno a la Red Diagnóstica de Tuberculosis existente en Antioquia:

- La red de laboratorios del departamento de Antioquia es líder en la implementación de metodologías rápidas para el diagnóstico de tuberculosis sensible y resistente.
- Reporte en tiempo real de casos farmacorresistentes
- Reporte en tiempo real de casos positivos para TB

Además de resaltar los retos que debe enfrentar al liderar la vigilancia en salud pública por laboratorio del evento:

- Fortalecer la vigilancia de resistencia a fármacos en casos nuevos, previamente tratados o con condiciones de vulnerabilidad especiales.
- Fortalecer la vigilancia por cultivo
- Mejorar la calidad de la información en la Red de Laboratorios y de Programa de Tuberculosis



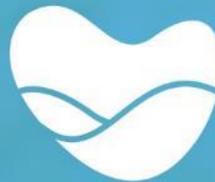
CAPÍTULO III

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

En este capítulo se presentan los problemas identificados en la formulación del ASIS 2019 y 2020, los cuales han sido abordados mediante la ejecución de los planes, programas y proyectos con el objetivo de incidir en la salud de la población. Se presenta la información que fue priorizada, así como los avances obtenidos en la vigencia 2021.

El ASIS facilita la identificación de esas prioridades y de sus efectos en la salud, permitiendo 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.

3.1. Consideraciones tenidas en cuenta para priorizar

La priorización de los problemas de salud 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 mediante la ejecución de una serie de intervenciones de corto, mediano y largo plazo las cuales tienen como objetivo impactar la situación de salud y bienestar de las comunidades.

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.
- Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente.
- Mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad discapacidad evitable.

Se requiere dar continuidad a los lineamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la Política Integral en Salud (PAIS) y su Modelo de Acción Integral Territorial en Salud (MAITE), bajo el modelo conceptual de factores determinantes de la salud.

3.2. Modelo conceptual de determinantes sociales de la salud

Los Determinantes Sociales de la Salud -DSS, hacen referencia a los aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que influyen los efectos de salud. El



modelo conceptual parte 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.

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, el desempleo, la falta de acceso a la educación entre otros constituyen en factores causantes de las principales inequidades ocasionando efectos en la salud (morbilidad y mortalidad), como consecuencias de la toma de decisiones (políticas, sociales, económicas) y en la forma en cómo se distribuye el poder, el dinero y los recursos en los diferentes territorios.

3.3. Reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes sociales

El rol de los entes territoriales dentro del proceso de planificación es fundamental e incluye la regulación, conducción, garantía del aseguramiento y provisión de los servicios, modulación del financiamiento, fiscalización, movilización social y de los recursos, así como promover y al mismo tiempo velar por la ejecución de las acciones colectivas e individuales en salud pública orientadas a mejorar las condiciones de bienestar de las comunidades.

Dentro de este marco conceptual se formula el Plan Territorial de Salud 2020-2023, teniendo en cuenta la metodología “Pase a la Equidad”, la cual permite identificar los efectos de la salud teniendo en cuenta las ocho dimensiones prioritarias y las transversales definidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:

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.
9. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables.
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

3.4. Asignación de prioridades a grupos de riesgo.

Uno de los componentes fundamentales del modelo conceptual es la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, las cuales se constituyen en una herramienta que define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo en los diferentes entornos en los que se desarrolla mediante la ejecución de intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación y en articulación con los diferentes actores del



sistema (Entes territoriales, Entidades administradoras de Planes de Beneficios-EAPB y prestadores de servicios de salud entre otros).

Para avanzar en su implementación, se cuenta con importantes herramientas de gestión definidas en el Modelo de Acción Integral Territorial en Salud -MAITE en cumplimiento de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, la cual se adoptó mediante la resolución 429 de 2016 y cuyo objetivo está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La Resolución 1536 del 2015 establece la obligatoriedad de elaborar y actualizar anualmente el Análisis de la Situación de Salud- ASIS siendo un insumo importante para la identificación, priorización y conformación de grupos de riesgo mediante su caracterización.

Atendiendo a lo establecido en la Resolución 3202 del 2016, la priorización de los efectos en salud se correlaciona con los correspondientes grupos de riesgo que orientan las 16 Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el año 2021 se continua con la misma correlación realizada para los años 2019 y 2020. Las problemáticas fueron priorizadas durante el proceso de formulación del Plan de Desarrollo y del Plan Territorial de Salud “Unidos por la Vida” 2020-2023



Tabla 96. 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)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
Salud ambiental	Problema 1	Bajas coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo en las zonas rurales del departamento.	000	Problema 17	Modelo de Inspección Vigilancia y Control Sanitario de los Sistemas de Acueductos e Instalaciones Acuáticas limitado	13 RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo
	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	Deficiencias en la gestión integral de enfermedades zoonóticas	10 RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Línea 3 Nuestro Planeta 3.5. Componente 5: Bienestar y protección animal 3.5.2. Programa 2: Salud pública en la protección animal 3.5.3. Programa 3: Trato digno de los animales Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y



325

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS	
					saludable para Antioquia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo	
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	Condiciones sanitarias inadecuadas en los procesos de elaboración, conservación, almacenamiento, comercialización, expendio y transporte de alimentos Inadecuadas condiciones sanitarias en los establecimientos que ofrecen bienes y servicios	13 RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo
Problema 4	Exposición ambiental y accidentes laborales con sustancias químicas (mercurio y plaguicidas) y factores de riesgo (Asbesto, Sílice, Benceno, Plomo y	013	Problema 23 Problema 20	Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población expuesta a los factores de riesgo químico. Deterioro de las condiciones sanitarias y	11RIAS por población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales 13 RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo



326

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS		
		Radiaciones ionizantes)		ambientales que afectan la salud de la población que se encuentra expuesta a los factores de riesgo químico.			
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	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.	1 RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro - vascular – metabólicas manifiestas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 6	Altas tasas de mortalidad por EPOC	002	Problema 7	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.	2 RIAS por población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 7	Aumento en la prevalencia de diabetes en población de 18 a 69 años	001	Problema 7	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.	1 RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro - vascular – metabólicas manifiestas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS		
					saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia		
	Problema 8	Altas tasas de mortalidad en el departamento por neoplasias, 106,8 defunciones por 100.000 habitantes	007	Problema 7	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.	7 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
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 14 Problema 18 Problema 21 Problema 22 Problema 24	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles. Condiciones sanitarias inadecuadas en los procesos de elaboración, conservación, almacenamiento, comercialización, expendio y transporte de alimentos Deterioro de las condiciones	1 RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro - vascular – metabólicas manifiestas 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	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
					<p>sanitarias y ambientales que afectan la salud.</p> <p>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.</p> <p>Deficiencia en las condiciones sanitarias y uso inadecuado de los productos farmacéuticos.</p> <p>Inadecuadas condiciones sanitarias en los establecimientos que ofrecen bienes y servicios.</p>		<p>4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo</p>
	Problema 10	Alta tasa de violencia autoinfligidas en la población joven	012	Problema 15	Altas tasas de morbilidad por eventos relacionados con la convivencia y salud mental.	4 RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.7. Programa 7:</p>



Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
				<p>5 RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento</p> <p>12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas</p>	Salud para el alma, salud mental y convivencia
Problema 11	Alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas	013	<p>Problema 15</p> <p>Problema 16</p> <p>Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.</p> <p>Baja producción de conocimiento en temas referentes al consumo de sustancias ilícitas</p>	<p>4 RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones</p>	<p>Línea 4</p> <p>Nuestra Vida 4.2.</p> <p>Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.7.</p> <p>Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia</p>
Problema 12	Alta tasa de violencia contra la mujer 210,4 por cien mil mujeres.	012	<p>Problema 15</p> <p>Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.</p>	<p>4 RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones</p> <p>5 RIAS para población con riesgo o</p>	<p>Línea 4</p> <p>Nuestra Vida 4.2.</p> <p>Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.7.</p> <p>Programa 7: Salud para el alma, salud</p>

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
						<p>trastornos psicosociales y del comportamiento</p> <p>12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas</p>	<p>mental y convivencia</p>
	Problema 13	Población con alto riesgo de trastornos mentales, relacionados con la violencia	012	Problema 15	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.	<p>4 RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones</p> <p>5 RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento</p> <p>12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas</p>	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia</p>
Seguridad alimentaria y nutricional	Problema 14	Proporción de recién nacidos a término con bajo peso al nacer	008	Problema 13	Barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de	8 RIAS para población materno-perinatal	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y</p>



331

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
					salud sexual y reproductiva.		saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 15	Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años	003	Problema 9	Malnutrición por déficit, por exceso o carencia específica en diferentes grupos poblacionales.	3 RIAS para población con riesgo o presenta alteraciones nutricionales 6 RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 16	Alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 18 a 64 años	003	Problema 9	Malnutrición por déficit, por exceso o carencia específica en diferentes grupos poblacionales.	1 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 6 RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
	Problema	Descripción		Problema	Descripción		
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Problema 17	Tasa de incidencia de VIH/SIDA de 46,9 por 100.000 habitantes.	009	Problema 13	Barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva.	9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 18	Persistencia de la mortalidad materna por causas evitables	008	Problema 13	Barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva.	8 RIAS para población materno-perinatal	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 19	Tasa de incidencia de sífilis congénita de 2,4 casos por 1000 nacidos vivos	009	Problema 13	Barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva.	8 RIAS para población materno-perinatal 9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia



DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
	Problema 20	Alta tasa de embarazo en adolescentes (menores de 19 años)	008	Problema 13	Barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva.	8 RIAS para población materno-perinatal	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Problema 21	Aumento en la tasa de incidencia de tuberculosis (44,7 casos por 100.000)	009	Problema 14	Presencia de las enfermedades transmisibles que deterioran el bienestar.	9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 22	Alta morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas	009	Problema 12 Problema 14 Problema 19	Presencia de las enfermedades transmisibles que deterioran el bienestar. Poca capacidad de respuesta frente a la creciente incidencia del COVID -19 como enfermedad	9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas 13 RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
					emergente y desconocida. 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.		4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo 4.2.11. Programa 11: Unidos para la respuesta integral en salud frente a COVID-19
	Problema 23	Alta incidencia de enfermedades transmitidas por vectores y prevalencia de complicaciones . (malaria, dengue, Sika, Chikunguña)	009	Problema 25	Alto número de enfermos de Malaria, Dengue, Leishmaniasis y enfermedad de Chagas.	9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas 13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo
Salud pública en emergencias y desastres	Problema 24	Insuficiente disponibilidad de sangre y hemo componentes	013	Problema 32	Inadecuada prestación de servicios de salud que no responde a las necesidades y expectativas.	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de



335

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
							prestadores de servicios de salud
	Problema 25	No se tiene respuesta articulada ante las emergencias y desastres	013	Problema 31	Débil capacidad de gestión administrativa en salud, en las emergencias y desastres sectorial e intersectorial	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	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud
	Problema 26	Hospitales poco seguros ante emergencias y desastres en la parte estructural, no estructural y funcional.	013	Problema 31	Débil capacidad de gestión administrativa en salud, en las emergencias y desastres sectorial e intersectorial	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	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo
	Problema 27	No están desarrolladas las capacidades	013	Problema 31	Incumplimiento por parte de prestadores de	9 RIAS para población con riesgo de presencia de	Línea 4 Nuestra Vida



336

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGOS (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS	
		básicas en los municipios para la vigilancia y respuesta a emergencias de salud pública de importancia internacional	Problema 12	servicios de salud de requisitos mínimos esenciales Poca capacidad de respuesta frente a la creciente incidencia del COVID-19 como enfermedad emergente y desconocida.	enfermedades infecciosas 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	4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo 4.2.11. Programa 11: Unidos para la respuesta integral en salud frente a COVID-19
Salud y ámbito laboral	Problema 28	Baja cobertura para los trabajadores del sector informal en el Sistema General de Riesgos Laborales.	011	Problema 6	Entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas	11 RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.1. Programa 1: Atención



Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
							primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña
Problema 29	Inoportunidad en la detección temprana de las enfermedades laborales	011	Problema 6	Entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas	11 RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.1. Programa 1: Atención primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña	
Problema 30	Recursos insuficientes para realizar las actividades de prevención de los riesgos laborales.	011	Problema 6	Entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas	11 RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.1. Programa 1: Atención primaria en salud: acercando los	



DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
							servicios sociales de salud a la población antioqueña
	Problema 31	Carencia de un sistema de información que registre la enfermedad profesional del sector informal.	011	Problema 6	Entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas	11 RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.1. Programa 1: Atención primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña
	Problema 32	Carencia de un sistema de información que registre los accidentes laborales del sector informal.	011	Problema 6	Entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas	11 RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.1. Programa 1: Atención primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la



Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
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 Problema 28	Difícil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables. Poca implementación de modelos de acción integral territorial en salud con enfoque diferencial étnico y de género. Deficiente atención en la garantía de los derechos y protección social de los adultos mayores. Exclusión social de la población con discapacidad.	5 RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento 15 RIAS para población con riesgo o trastornos visuales y auditivos 6 RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	población antioqueña Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia
	Problema 34	Alta incidencia y letalidad de las enfermedades transmisibles en las poblaciones vulnerables.	000	Problema 14	Presencia de las enfermedades transmisibles que deterioran el bienestar.	9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
							4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 35	Insuficiente caracterización e identificación del riesgo en salud de las poblaciones vulnerables	000	Problema 1 Problema 2	Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dificultades de acceso a los servicios de salud para la población no afiliada.	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.3. Programa 3: Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud
	Problema 36	Incremento de la población en situación de calle o abandono	000	Problema 5	Vulneración de los derechos y protección social de los habitantes de calle.	*	Línea 1 Nuestra Gente 1.5. Componente 5: Antioquia un hogar para el desarrollo integral 1.6.8. Programa 8: Apoyo intersectorial a la población habitante de calle
	Problema 37	Alto índice de mortalidad evitable en menores de	000	Problema 10	Mortalidad evitable en niños y niñas	3 RIAS para población con riesgo o presencia de	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente



DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
		cinco años por enfermedades prevenibles.			menores de 5 años.	alteraciones nutricionales 8 RIAS para población materno- perinatal 9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas 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	2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
Problema 38	Incremento de la población inmigrante e insuficiente capacidad de respuesta para la atención en salud	000	Problema 1 Problema 2 Problema 28	Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dificultades de acceso a los servicios de salud para la población no afiliada Difícil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables.	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.3. Programa 3: Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud	

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
	Problema	Descripción		Problema	Descripción		
	Problema 39	Rutas de atención en salud homogéneas que no reconocen las necesidades particulares de las poblaciones étnicas.	000	Problema 8	Poca implementación de modelos de acción integral territorial en salud con enfoque diferencial étnico y de género.	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	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	Poca implementación de modelos de acción integral territorial en salud con enfoque diferencial étnico y de género.	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
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	Incipiente articulación e inexistente interoperabilidad entre los desarrollos de tecnologías de la información Pérdida de liderazgo de la Secretaría Seccional de	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
			<p>Salud y Protección Social de Antioquia en el proceso de planeación interna y frente a los actores del sistema</p> <p>Deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de Gestión Pública en Salud</p> <p>Deficiencia en el conocimiento y acceso de la información en salud</p> <p>En la SSSA no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes</p>		
	Problema 42	Red insuficiente para la atención de las necesidades de	000	Problema 27 Problema 28	<p>Población con dificultad en el acceso a servicios de</p> <p>*</p> <p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar</p>



Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
		la población del departamento cerca al lugar de residencia		Problema 29 Problema 30 Problema 32	salud especializados Difícil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables. Incumplimiento por parte de prestadores de servicios de salud de requisitos mínimos esenciales Capacidad analítica del Laboratorio Departamental insuficiente Inadecuada prestación de servicios de salud que no responde a las necesidades y expectativas.		activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud 4.2.6. Programa 6: Telesalud
	Problema 43	Débil articulación de los planes, programas y proyectos para la gestión integral de la salud pública para el logro de	000	Problema 11	Gestión de inspección y vigilancia de las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo individual y colectivo en	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2:



Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
		los resultados de salud esperados			EAPB y entes territoriales asumida de manera parcial y desarticulada.		Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza
	Problema 44	Insuficiente capacidad para ejercer la inspección y vigilancia sanitaria	000	Problema 1 Problema 11 Problema 21 Problema 22 Problema 24 Problema 27	Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Gestión de inspección y vigilancia de las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo individual y colectivo en EAPB y entes territoriales asumida de manera parcial y desarticulada. Inadecuadas condiciones sanitarias en los establecimientos que ofrecen bienes y servicios Incumplimiento por parte de	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.3. Programa 3: Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza 4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores

Análisis de Situación de Salud

Antioquia-2021

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
					<p>prestadores de servicios de salud de requisitos mínimos esenciales</p> <p>Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud.</p> <p>Deficiencia en las condiciones sanitarias y uso inadecuado de los productos farmacéuticos.</p>		<p>de servicios de salud</p> <p>4.2.9.</p> <p>Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo</p>
	Problema 45	Ausencia de competencia departamental para el ejercicio del control a las EAPB	000	Problema 1 Problema3 4 Problema 37	<p>Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>En la SSSA no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes</p>	*	<p>Línea 4</p> <p>Nuestra Vida</p> <p>4.2.</p> <p>Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia</p> <p>4.2.3.</p> <p>Programa 3: Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud</p> <p>4.2.4.</p> <p>Programa 4: Autoridad</p>

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
					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		sanitaria – gobernanza
	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	En la SSSA no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza
	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	En la SSSA no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

(*) Problemáticas abordadas de manera transversal e integral en las 16 rutas integrales de atención.

Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, año 2021



348

A continuación, se describen los problemas que fueron priorizados siguiendo la metodología “Pase a la Equidad”. Cada problemática cuenta con mínimo un proyecto para su intervención con avances al 2021 orientados a dar cumplimiento a los objetivos y metas propuestas tanto en el Plan de Desarrollo Unidos por la Vida 2020-2023 como en el Plan Territorial de Salud.

Problema 1: Población sin afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.3. Programa 3: Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento del aseguramiento de la población al sistema general de seguridad social en salud Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Aseguramiento.

La meta de cobertura de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2021 fue del 99,0%, y al mes de diciembre del 2021 se logró una cobertura del 101,61%, superando así la meta establecida.

El logro de este indicador de resultado fue gracias al trabajo articulado entre los actores del sistema, como lo son las Direcciones Locales y Secretarías de Salud, IPS y EAPB, para la definición de competencias, unificación de criterios, definición, implementación y divulgación de rutas de afiliación, disponibilidad de contactos de los referentes o coordinadores para gestionar directamente los procesos de afiliación.

Igualmente, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, viene fortaleciendo la respuesta institucional a través de la asesoría y asistencia técnica al personal de las direcciones locales y secretarías de salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y EAPB además del diseño y entrega de guías e instructivos con el paso a paso de la difusión en el aseguramiento



349

en salud, al interior de las organizaciones.

Dentro de las actividades realizadas se logró inspeccionar y vigilar a un 52% de los municipios y distrito y al 100% de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, frente al cumplimiento normativo en la gestión del aseguramiento en salud, contribuyendo de esta manera con el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.3. Programa 3: Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Compromiso de garantizar la prestación de servicios de salud para la población a cargo del departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Aseguramiento- Prestación de Servicios de Salud

El logro del indicador de la población atendida en salud con recursos del departamento, a diciembre 31 de 2021 fue de 21.361, Teniendo en cuenta que la meta eran 21.375 personas atendidas, y dado que se trata de un indicador con tendencia decreciente, la meta se cumple de acuerdo con lo esperado.

La población no asegurada sin capacidad de pago demanda principalmente servicios de mediana y alta complejidad; por las dinámicas del sistema no se les garantiza la integralidad en el proceso de atención, generándose barreras para el acceso y negación de servicios, originando la necesidad de



350

que esta población recurra a las acciones de tutela en contra de los responsables de pago, como único mecanismo para el acceso al servicio de salud.

Al igual que la población que manifiesta no tener capacidad de pago y que debe ser atendida a cargo del departamento de Antioquia, se presenta también un fenómeno migratorio en aumento de población venezolana, la mayoría de ellos en condición irregular y de vulnerabilidad. Se han realizado esfuerzos importantes en coordinación con los entes territoriales municipales, Migración Colombia y la USAID para lograr un aumento en la cobertura afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de esta población, el cual alcanza una cobertura del 86,7% con corte a diciembre del 2021.

El sistema de salud se ha caracterizado por presencia de dificultades en la gestión del riesgo clínico en la implementación de las Rutas Integrales de Atención, en el flujo adecuado y oportuno de recursos y la 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, afectando la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio, limitando el acceso tanto a la población asegurada y no asegurada.

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.



Línea 1 Nuestra Gente

1.5. Componente 5: Antioquia un hogar para el desarrollo integral.

1.5.5. Antioquia reivindicando los derechos del adulto mayor.

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyectos:

1. Compromiso Reivindicando los derechos del adulto mayor en Antioquia.
2. Fortalecimiento a la vigilancia y control de los centros de protección social, centros día/vida e



351

instituciones de atención para adultos mayores

Línea de Acción MAITE: Enfoque Diferencial

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 los social, educativo, cultural, económico entre otros. Es 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, con morbilidades tales como las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores y enfermedades cerebrovasculares entre otras, lo que los convierte en una de las poblaciones más vulnerables.

Es por este motivo que desde la Gobernación de Antioquia, mediante Decreto Departamental No 2020070002567 del 05 de noviembre del 2020, se define la nueva estructura administrativa de la administración departamental y se crea la Secretaría de Inclusión Social y Familia, la cual cuenta con 6 Gerencias (Infancia, adolescencia y Juventud; Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANÁ; Afrodescendientes; Indígena; Persona en situación de Discapacidad y Persona Mayor) lo que implica un ajuste en las funciones asignadas en la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia frente al desarrollo del programa de Adulto Mayor. Durante el primer semestre del año se adelanta un trabajo articulado entre las dos secretarías cuyos avances se describen a continuación:

La Gerencia de Personas Mayores fortalece durante el 2021 la atención integral de 148.969 personas mayores en Antioquia, a través de los Centros Vida y los Centros de Protección para el Adulto Mayor (CPSAM), concentrado su gestión en la garantía de los derechos de este grupo poblacional y en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Un logro significativo durante esta vigencia, fue la actualización de la Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez, la cual fue aprobada mediante la Ordenanza 17 del 11 agosto de 2021. Instrumento que busca contribuir desde la gestión pública de Antioquia, al establecimiento de las condiciones individuales, familiares, comunitarias y sociales favorables, que promuevan, protejan y aseguren el reconocimiento y goce efectivo de los derechos individuales y colectivos de este grupo poblacional, en condiciones de equidad, inclusión, integración y participación en la sociedad, posibilitando una vejez digna, activa, saludable y una mejor calidad de vida.

Desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección de Antioquia, se llevó a cabo la inspección y vigilancia a los Centros de Protección Social para el Adulto Mayor y a los Centros Vida/Día, lo cual ha sido una oportunidad de mejora en la prestación de los servicios, programas y proyectos dirigidos a la población adulta mayor beneficiaria. Durante este año se realizaron 89 visitas de 250



instituciones programadas en el cuatrienio, teniendo cubrimiento del 40,4% de las entidades inspeccionadas y vigiladas (89); atendiendo el 42,6% de los 300.000 adultos mayores priorizados como población vulnerable del departamento.

De otro lado, la asesoría brindada desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ha permitido brindar lineamientos técnicos y normativos para el cumplimiento del Plan de Atención Institucional establecido, lo cual, desde el enfoque de derechos, ha promovido la mejora en la calidad de la atención de esta población vulnerable.

Problema 4: Exclusión social de la población con discapacidad en el departamento de Antioquia.



Línea 1 Nuestra Gente

1.6. Componente 6: Antioquia Hogar diverso y equitativo.

1.6.7. Programa 7: Apoyo intersectorial a la población con discapacidad

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Unidos por la inclusión y la capacidad de Antioquia

Línea de Acción MAITE: Enfoque Diferencial

La población en situación de discapacidad es altamente vulnerable y presentan limitaciones en el acceso a los servicios básicos que afectan su calidad de vida y las oportunidades, en particular la salud, la educación y el empleo, con limitaciones en el desarrollo laboral y social que le generan constantes exclusiones que ocasionan condiciones de desigualdad y escasas oportunidades de acceso al mercado laboral. Estas situaciones hacen que estas comunidades se aislen de las dinámicas sociales, situación que margina y potencia modelos mentales discriminatorios que generan barreras de tipo actitudinal y arquitectónico, lo que impide les impide desenvolverse en los mismos espacios donde se desarrolla la vida cotidiana, situación que contribuye a un aislamiento social e impide la restitución de sus derechos. Sumado a lo anterior estas poblaciones se afectan directamente por la falta de oportunidades de empleo y la consecuente falta de



ingresos, que se convierten en barreras para el desarrollo de sus capacidades humanas.

A partir del 1 de julio de 2020 entró en vigencia la Resolución 113 de 2020, la cual unifica el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) y la Certificación de Discapacidad, proceso que requiere del alistamiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios certificadoras y de las secretarías y direcciones locales de salud, para lo cual la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ha realizado asesoría y asistencia técnica de forma permanente al 100% de estas IPS. Se han realizado 4.500 valoraciones de certificación de discapacidad y RLCPD durante 2021 en el marco de la nueva normatividad, sumado a los 205.548 registros realizados hasta el 30 de junio de 2020. Se tuvo una cobertura del RLCPD a diciembre del 2021 en el 61,60% de los municipios del Departamento.

De otra parte, la cobertura de personas con discapacidad afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) presentó un aumento respecto a la meta del 80% alcanzando un 94,71%, debido a las medidas de flexibilización adoptadas por la declaración de la emergencia sanitaria emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y ocasionada por el COVID-19.

Frente al indicador Empresas Sociales del Estado (ESE) formadas en atención diferencial para la población con discapacidad, se ha ejecutado mediante la realización de asistencia técnica al talento humano de estas entidades, y el desarrollo de un taller que permite identificar las barreras existentes en la institución y también proponer posibles ajustes razonables a implementar progresivamente en la misma. La meta del Plan de Desarrollo es realizar el acompañamiento a 80 ESE-hospitales en Antioquia, y para este año se tiene un cubrimiento de 37,5%, equivalente a 30 Empresas Sociales del Estado-ESE.

Además, se ha realizado articulación interinstitucional con entidades como el SENA y con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), con el objetivo de generar acciones orientadas al desarrollo y fortalecimiento de la atención en salud con modalidad de Telesalud mediante la prestación de servicios de rehabilitación en 18 ESE-hospitales del departamento. Se convierte en un reto para el año 2022 la implementación de los centros de rehabilitación priorizados.

Con este programa, se ha fortalecido las capacidades técnicas y operativas de la institucionalidad en el territorio, para la atención integral de la población con discapacidad, equiparando oportunidades y superando barreras para su atención, con alternativas de intervención presencial y virtual para la inclusión social, familiar y laboral de esta población, a través la articulación interinstitucional e intersectorial.

Para la vigencia 2021, se ha logrado que 65 municipios tengan su Plan de Acción Territorial de Discapacidad formulado, lo que se acompaña del fortalecimiento a los comités municipales de discapacidad, el acompañamiento en la formulación, la actualización de las políticas públicas en



materia de discapacidad, y finalmente, la materialización de los planes de acción territoriales, en consonancia y armonía con los planes de desarrollo municipales y el departamental.

Problema 5: Vulneración de los derechos y protección social de los habitantes de calle.



Línea 1 Nuestra Gente

1.6. Componente 6: Antioquia Hogar diverso y equitativo.

1.6.7. Programa 8: Apoyo intersectorial a la población habitante de calle

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Apoyo Implementación de modelo de atención unidos por la inclusión social del habitante de calle.

Línea de Acción MAITE: Enfoque Diferencial

Antioquia debe continuar emprendiendo acciones para garantizar los derechos de los habitantes de calle atendiendo a lo establecido 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" y conforme a la Sentencia T-043/15 de la Corte Constitucional.

Es deber el Estado el de garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social reafirmando que la vida en calle es una opción que debe ser respetada, para lo cual se avanza a diciembre del 2021 en un 50% en la estructuración del Modelo de Atención Integral de la población habitante de calle en Antioquia.

La cobertura en aseguramiento de la población habitante de calle se estructura con las bases de datos reportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y de las diferentes entidades territoriales.

La población habitante de calle en Antioquia es de 5.672 personas (según el DANE para los años 2019-2020), de las cuales, 4.279 se encuentran aseguradas, lo que corresponde al 75,0% para la



vigencia 2021.

Uno de los logros de la propuesta técnica para la atención integral de la población habitante de calle, ha sido el proceso de caracterización en compañía de las administraciones municipales de las subregiones Oriente y Suroeste, cubriendo el 27,0% de los municipios del departamento, con el fin de fortalecer las sinergias y aunar los esfuerzos en materia de aseguramiento y de esta manera garantizar una adecuada atención.

Problema 6: En el departamento de Antioquia se continúan evidenciando entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas, que impactan negativamente el perfil de morbimortalidad 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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.1. Programa 1: Atención primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento APS - Territorio Saludable y Comprometido por la Vida

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Intersectorialidad

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.

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. Se evidencian 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. La población económicamente activa no cuenta con empleo estable y es el sector informal de la economía el que más prevalece, lo que limita la promoción de la salud y la gestión del riesgo, situación que se ve directamente afectada por la presencia del conflicto armado lo que ha marcado procesos de deterioro y carencia de programas para acercar los servicios sociales y de salud en los diferentes municipios, con un impacto limitado sobre los determinantes sociales en los entornos donde transcurre la vida, como lo son el familiar, comunitario, educativo y laboral.

Desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia se realizaron acciones de asesorías y asistencias técnicas en el proceso de gestión del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y lineamientos para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) a los 125 municipios y/o distrito; desde cada uno de los proyectos de salud pública, se ha realizado vigilancia epidemiológica al 100% de los eventos de interés de salud pública, contribuyendo en la disminución de la morbimortalidad del Departamento.

Desde la estrategia Atención Primaria en Salud- APS se ha contribuido en el cumplimiento del indicador de mortalidad evitable Grupos C, D5 y D6, y hogares con riesgo psicosocial alto intervenidos en la dinámica familiar por medio de la estrategia APS, a través de acciones en más de 8.676 hogares en 123 municipios y el distrito del departamento de Antioquia, con un avance el 20,17%, logrando la meta establecida para esta vigencia del 18%, gracias al trabajo constante del equipo de profesionales que acompañan a los territorios hacia la reorientación de los servicios, el fortalecimiento de la participación social y comunitaria y la articulación intersectorial para el abordaje integral de los determinantes sociales que afectan a individuos, familias y colectivos en los diferentes territorios; así mismo, con la transferencia de recursos a 115 municipios, se permitió el fortalecimiento de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) con el objetivo de promover la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud en cada uno de los entornos.

En el transcurso del año 2021, se ha dado continuidad al indicador de la Estrategia de Atención Primaria en Salud -APS articulada a los programas bandera del Plan de Desarrollo Departamental, para el accionar conjunto en beneficio de los municipios, aunando esfuerzos para el desarrollo de acciones intersectoriales en los territorios, disminuyendo la duplicidad, mejorando la oferta institucional y la optimización de recursos para acercar los servicios sociales a la población antioqueña, logrando acciones con 12 de ellos: Salud para el Alma; Familias por la Equidad; Plan 10.000 por la equidad, con intervenciones a las familias del departamento que se identificaron con riesgo biopsicosocial alto para mejorar la convivencia, la salud mental y buscar el acercamiento de oportunidades.

Se continua con la promoción y verificación de los protocolos de bioseguridad en articulación con:



357

Antioquia es Mágica (en el sector turístico); y Agricultura 4.0 avanza a 5.0 en los municipios impactados por el Plan Integral de Atención a la Cosecha Cafetera, para dar continuidad a la caracterización del entorno laboral informal, la verificación de condiciones de salud y protocolos de bioseguridad en estos entornos, logrando el cuidado integral de más de 123.000 personas dedicadas a la cosecha; con el programa MANÁ para el abordaje integral de la malnutrición en niños del Departamento; con Savia Salud; y el programa Mujeres libres de violencias, para la promoción del cuidado de la salud; y con otros como la iniciativa de Vías departamentales para la equidad y el progreso; Plan especial Murindó y Vigía del fuerte; Agenda Antioquia 2040; que permitieron visibilizar las características y necesidades de la población y abordarlas no solo desde el enfoque de salud, sino desde la integralidad y la transculturalidad; así como la integración del Proyecto de APS en las Jornadas de Acuerdos Municipales, con el seguimiento a la transferencia de recursos para los municipios que en 2020 y 2021, que se comprometieron con el trabajo en el marco de la estrategia desarrollo de actividades orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las poblaciones vulnerables.

Desde el indicador de municipios y/o distrito con el modelo de APS ajustado, se logra el 30,0% de lo programado, desarrollando capacidades en las entidades territoriales, a través de la transferencia de recursos para fortalecer los equipos multidisciplinarios en salud, para la realización de acciones resolutorias; el análisis de la información de APS para la actualización y ajuste del modelo. De igual forma se adelantaron estrategias de abordaje diferencial para poblaciones con enfoque Étnico, que incluye la transferencia de recursos a 32 municipios con población indígena por valor de \$2.340.325.000 para incluir gestores comunitarios indígenas en los EBAS.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social tiene el reto de adoptar e implementar en el departamento de Antioquia los nuevos lineamientos operativos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la dimensión salud y ámbito laboral en el 2021 el cual pretende orientar en las estrategias, acciones y/o actividades a desarrollar que le permita desplegar los recursos asignados al fortalecimiento de esta dimensión en beneficio de los trabajadores informales de cada territorio, así como la articulación de acciones sectoriales y transectoriales que busquen el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía. En este sentido y como parte de este compromiso se adelanta en el año 2021 la elaboración en 50 municipios y/o distritos, del diagnóstico de las condiciones de trabajo y salud del trabajador del sector informal, para un cumplimiento del 40% acumulado, que es la meta establecida para la vigencia 2021. Igualmente se cumple con un 40% de Direcciones Locales con desarrollo de capacidades para viabilizar la normatividad y los lineamientos en salud y ámbito laboral alcanzando la meta programada para la vigencia, con 50 municipios, con evidencia de caracterización del entorno laboral informal, con la



358

implementación de nuevos instrumentos acorde a la normativa vigente y la adecuación de los formatos de la plataforma@stat, para avanzar en dicha caracterización, el seguimiento a la misma, que permita la promoción de la asociatividad en Grupos Organizados de Trabajadores Informales – GOTIS.

Problema 7: Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Autocuidarnos, un camino para la vida - enfermedades no transmisibles

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

Se realizaron en el año 2021 asesorías y asistencias técnicas en los lineamientos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud a municipios priorizados según tasa de mortalidad de los diferentes eventos y vigilancia epidemiológica al 100% en cáncer y enfermedades huérfanas. Dentro de la priorización por subregiones se tuvo en cuenta el suroeste antioqueño por ser la subregión con la más alta tasa de mortalidad en infarto agudo de miocardio, para la realización de 500 talleres en estilos de vida saludables a los diferentes grupos poblacionales de manera incluyente a 10 municipios de esta subregión, también se realizaron brigadas de salud en algunos municipios del Departamento con énfasis en tamizaje de cáncer de mama con la articulación de la dimensión nutricional, salud sexual y reproductiva, vacunación y de alianzas público privadas, todas estas acciones para apuntarle a la concientización de hábitos en estilos de vida saludables a la comunidad que disminuyen la morbi - mortalidad por enfermedades no transmisibles en el departamento.

También se está avanzando en el desarrollo de una App para cáncer de mama, con lo cual se pretende realizar la captación y seguimiento con las EPS, para tratamiento oportuno a nuestros usuarios. En 2021 se trabajó en la articulación intersectorial mediante la realización de los



Acuerdos Municipales que contribuyó al fortalecimiento de capacidades en temas de promoción y prevención en enfermedades no transmisibles.

A diciembre del 2021, según fuente DANE se obtiene un resultado preliminar de 82,20 por 100.000 habitantes para la tasa de mortalidad por Infarto Agudo de Miocardio, la tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años presenta un resultado preliminar de 4,3 por 100.000 menores de 18 años y cáncer de mama de 15,40 por 100.000 mujeres, mortalidad por EPOC de 30,8 por 100.000 habitantes, estos resultados han sido fluctuantes en el tiempo, y para aportar a su cambio, se han realizado 106 asesorías y asistencias técnicas en temas relacionados con la Ruta Integrales de Atención, en Riesgo Cardio Vascular- RCV 41, en salud oral 44, salud visual y auditiva 11 y enfermedades huérfanas 10; se realizaron 33 asesorías y asistencia técnicas en prevención del riesgo de cáncer de mama en el año 2021 para un cumplimiento del 35,2% y 31 asesorías en cáncer infantil para un cumplimiento del 35,2%, todas estas actividades enmarcadas desde la promoción y prevención, así como de seguimiento a la gestión del riesgo desde la vigilancia epidemiológica, de las diferentes enfermedades no transmisibles, con el objetivo de mejorar la adherencia a los estilos de vida saludables en las comunidades.

En cuanto a los municipios y/o distrito con la estrategia de Ciudades, entornos y ruralidades (CERS) implementadas se tienen 13 municipios de los cuales 11 cuentan con acta de compromiso formalizada: Envigado, Itagüí, Caldas, Copacabana, Valparaíso, Santuario, Entreríos, Maceo, Guatapé, Fredonia y Andes y 2 con acuerdo municipal: Sabaneta y Girardota; se cumple en logrando un 10.40% cumpliendo la meta programada para la vigencia.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Unidos en equidad, etnias y género.



Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios- enfoque diferencial

La mortalidad en menores de cinco años en diferentes grupos étnicos ha tenido un resultado de 27,9 por 1.000 nacidos vivos (dato preliminar a diciembre del 2021 según DANE) estando por debajo de la meta para el año 2021 la cual se encuentra establecida en 23 por 1.000 nacidos vivos. Sobre este tema, se han ejecutado acciones, como las 90 asistencias técnicas realizadas a los entes territoriales de las subregiones Suroeste, Magdalena Medio, Occidente, Norte, Bajo Cauca, Urabá y Nordeste, en temáticas como: adaptabilidad e implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal con enfoque étnico, el fortalecimiento de capacidades en los enfoques de género, étnico y diferencial de los actores municipales involucrados en la movilización social para la planeación territorial en salud; y acciones de articulación con las dimensiones de nutrición, primera infancia, salud sexual, maternidad segura, a través de las unidades de análisis y seguimiento a casos presentados. Se tiene un resultado a diciembre del 2021 en la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal con enfoque étnico en las Empresas Sociales del Estado- ESE del 50% cumpliéndose la meta programada.

Las acciones emprendidas son un aporte a los municipios PDET, toda vez que se contribuye a la consolidación de las iniciativas para que las comunidades, entre ellas los grupos étnicos (indígenas, Afrodescendientes y Rrom o Gitanos), puedan verse beneficiadas.

Dentro del proceso de planificación territorial y dando respuesta a la Resolución 050 del 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual adopta el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública, se realizaron actividades en los municipios de Dabeiba (indígena) y de Necolí (afro) cuyo objetivo fue el de identificar las necesidades específicas en salud dándole un enfoque diferencial orientado al respeto por su cosmogonía y la multiculturalidad como parte de la elaboración del ASIS-capítulo indígena contenido en este documento. Es así como se destacan entre las principales problemáticas: dificultades para el acceso vial, baja conectividad, inseguridad alimentaria, pérdida de la práctica de la medicina ancestral, prestación de servicios de salud sin contexto intercultural lo que se refleja en la vulnerabilidad frente al proceso de enfermedad y muertes evitables, asunto que se evidencia a través del incremento de eventos de salud pública y no logro de indicadores.

En la comunidad Negra y Afrodescendiente se evidencian problemáticas en salud que tienen relación, principalmente, con vías en mal estado que no permiten que la población residente en la zona rural y dispersa acceda de manera oportuna a los servicios de salud, de ahí que vean en la medicina ancestral una oportunidad para sanar muchas de sus enfermedades, son sabedores de la botánica, hacen uso de las plantas medicinales con resultados efectivos.

Las prácticas de cuidado del cuerpo de la medicina tradicional de la comunidad afrocolombiana, utiliza diversos métodos de curación relacionados con el uso de hierbas para la preparación de



361

remedios, rezos, rituales, esta diversidad de métodos reconoce a las personas de una manera holística para sanar y cuidar la salud. Cuando se menciona, la relación entre la medicina tradicional y la religiosidad, se hace referencia al ambiente y el espacio que se utiliza para las prácticas, imágenes religiosas, altares, flores, oraciones, así mismo la imposición de manos le da gran valor al contacto entre el cuerpo y el mundo espiritual. En la medicina tradicional afrocolombiana, se da gran valor a las plantas y se reconoce que los ancestros africanos ayudan en los rituales de sanación.

Los Rrom o Gitanos (ROM) cuentan con lengua propia, el Romaní, se organizan en Kumpanias, en Colombia existen 10, una de ellas en Antioquia, Kumpania Envigado, compuesta actualmente por 38 personas que residen en los municipios de Envigado, Itagüí, Medellín, Copacabana y Angostura.

De acuerdo con la identidad del pueblo Rrom o Gitano, se destaca que todos comparten la idea de un origen común, tradición nómada, organización social específica, el respeto a un complejo sistema de valores y creencias, un especial sentido de la estética que conlleva a un fuerte apego a la libertad individual y colectiva.

El concepto de salud para los Rrom o Gitanos tiene relación con la combinación del bienestar con el bienser, es decir, tanto física como espiritual y de la vida en colectividad. (rigaté o shudini, estado de enfermedad permanente). La enfermedad es un asunto colectivo. Los Rrom viven intensamente el presente. Están seguros de que siempre tendrán un estado saludable, y que la enfermedad no los afectará.

En cuanto a la identificación de necesidades y definición de acciones específicas para la población LGTBIQ+ se evidencia una gran oportunidad de mejoramiento al interior de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y es la realización de la asesoría y asistencia técnica a los diferentes actores para realizar el abordaje de las problemáticas en salud con enfoque étnico diferencial y de género y que posibilite hablar de mejores condiciones en la atención para estas poblaciones.

Problema 9: Malnutrición por déficit, por exceso o carencia específica en diferentes grupos poblacionales, en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia



ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Unidos por una nutrición para la vida Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

Para 2021 uno de los retos de Antioquia estuvo enmarcado en la disminución de la mortalidad por causas evitables, como lo es la asociada a la desnutrición en menores de 5 años la cual tiene un resultado preliminar a diciembre del 2021 según fuente DANE de 2,8 por 100.000 menores de cinco años. La medición de la desnutrición es un indicador socioeconómico básico el cual se ha visto afectado por la pérdida de empleos de padres y cuidadores dentro de los hogares en el año en el cual vivimos mayores afectaciones por la pandemia, sumado a otras causas identificadas como lo son la falta de acceso y de disponibilidad de alimentos, crecimiento en la urbanización y disminución de la producción agrícola, prácticas alimentarias inadecuadas tales 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 factores de tipo cultural.

Al respecto, se ha trabajado en la búsqueda de la disminución de los resultados de los indicadores asociados a la morbimortalidad de la desnutrición aguda en menores de cinco años, para lo cual se han realizado en el departamento asesorías y asistencias técnicas en las Direcciones Locales de Salud y Empresas Sociales del Estado- ESE públicas, para lograr la implementación de los lineamientos de vigilancia de eventos de interés en salud pública, como: bajo peso al nacer a término (evento 110), desnutrición aguda en menor de 5 años (evento 113) y vigilancia integrada de la mortalidad en menores de 5 años, con el objetivo de conocer el comportamiento de estos eventos y trazar los planes de acción desde cada uno de las entidades territoriales. Igualmente, se adelanta la socialización de la ruta de atención para este diagnóstico (Resolución 2350 de 2020) la cual da lineamiento de la atención integral a la desnutrición en menores de 0 a 59 meses.

También durante este año, se realiza la gestión ante la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para recibir una donación de productos de soporte nutricional para el tratamiento de la desnutrición aguda, moderada o severa y su respectiva entrega a los 40 municipios con mayor incidencia en la notificación del evento (FTLC manejo ambulatorio y F75 manejo hospitalario). Al analizar la información obtenida del seguimiento individual a los casos de desnutrición notificados al SIVIGILA por el evento 113: desnutrición aguda en menor de 5 años, se identifica la necesidad de fortalecer la red prestadora de servicios desde cada IPS en la prescripción de los productos de soporte nutricional en la plataforma MIPRES, lo cual se planteó en los planes de mejora de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) según el resultado de ese diagnóstico



de los seguimientos individuales, en cuanto a calidad y oportunidad de la atención; adicional, desde el proyecto también se vienen adelantando las asesorías en la prescripción del MIPRES.

Dentro de las acciones dirigidas a la disminución de la mortalidad por y asociada a la desnutrición, se realizó el acompañamiento a entidades territoriales en la ejecución de unidades de análisis, cuando se presenta el evento, para identificar los principales problemas observados que tuvieron incidencia en la causa básica de la muerte y en cuales se debe trabajar para que esta situación no vuelva a presentarse.

Para la incidencia de la desnutrición aguda en menor de 5 años se obtiene un resultado preliminar fuente SIVIGILA, a diciembre 2021 de 257,20 por 100.000 menores de 5 años, para su disminución se trabaja articuladamente con los sectores que desarrollan acciones para la seguridad alimentaria y nutricional, como lo son MANÁ y la Gerencia de Infancia, Adolescencia y Juventud (equipos adscritos a la Secretaría de Inclusión Social y Familia) para la incorporación de menores o familias a los programas de seguridad alimentaria por curso de vida.

Adicional, se trabaja en la implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral (IAMI) en 18 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS del departamento, con la finalidad de alcanzar la integración de servicios y programas, así como la continuidad y calidad en la atención de las mujeres gestantes, las y los menores de 5 años y sus familias.

Para diciembre del 2021 se cumple con el 50,8% de las direcciones locales de salud y Empresas Sociales del Estado (ESE) públicas con implementación de los lineamientos de vigilancia y atención de la malnutrición por déficit o por exceso y alimentación saludable, cumpliendo con la meta programada del 50% para la vigencia.

Respondiendo a la necesidad de disminuir el indicador de bajo peso al nacer el cual tiene un resultado preliminar según fuente DANE a diciembre del 2021 de 4%, se viene asesorando a los municipios en la importancia de la adecuada alimentación en las gestantes y la socialización de las guías alimentarias para esta población, como factores predeterminantes de esta problemática, además del fortalecimiento de las acciones de información, educación y comunicación en torno a las temáticas de la lactancia materna y la adherencia al protocolo de bajo peso al nacer a término.

Problema 10: En Antioquia continúa presentándose mortalidad evitable en niños menores de 5 años.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento cuidándote desde el inicio de la vida-Infancia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

A diciembre del 2021 se obtienen los siguientes resultados preliminares según fuente DANE para la mortalidad en menores de 5 años de 11,60 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad en menores de un año de 9,50 por 1.000 nacidos vivos. En los dos indicadores se evidencia un aumento en el resultado producto de los efectos ocasionados por la pandemia, cuyos resultados se vieron afectados por el confinamiento y la limitaciones para acceder a los servicios de salud, el reto para la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia se orienta a fortalecer estrategias como las campañas de vacunación, implementación de los programas de promoción y prevención orientados al cuidado durante la gestación y los primeros años de crecimiento y desarrollo de los niños, implementación de estrategias como la de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, Salas ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda), estrategia de unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC), entre otras.

Referente al indicador de Mortalidad en menores de 5 años por IRA (Infección respiratoria aguda) se obtiene un resultado preliminar a diciembre del 2021, fuente DANE de 8,9 por 100.000 menores de 5 años, frente a la meta del 2021 de 6,3 por 100.000 menores de 5 años se aprecia un aumento en el comportamiento del indicador relacionado entre otras causas por la baja apropiación por parte de padres y/o cuidadores de los signos de alarma de IRA para acudir a los servicios de salud. Baja asistencia de los niños a los controles de crecimiento y desarrollo, deficiencias en la oportunidad en la atención y en la identificación de la necesidad de remisión a nivel de mayor complejidad, deficiencias en la atención integral de los menores y en su estabilización, dificultades en la remisión a otro nivel de atención dado que las EAPB no autorizan remisión a otro departamento para el caso de Bajo Cauca y Urabá y dificultades en la atención diferencial de población étnica menor de cinco años, situaciones que se convierten en retos para que la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia coordine estrategias de articulación entre los diferentes actores del sistema para lograr impactar los resultados de este indicador.

En cuanto al indicador mortalidad en menores de 5 años por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) se aprecia un leve incremento en la mortalidad en Antioquia, con datos preliminares a diciembre



del 2021 según fuente DANE de 4,3 por 100.000 menores de 5 años. La meta propuesta para este año era de 2,1. Para el año 2023 el objetivo es llegar a valores de 2,0 muertes por cien mil menores de 5 años.

Los efectos de la pandemia han incidido negativamente en el indicador, ya que las condiciones económicas de la población decrecieron, los hospitales locales se vieron obligados a dirigir la mayoría de sus recursos humanos, económicos y estructurales hacia la implementación de medidas de contención y atención de la infección por SARS-CoV-2, por tanto, las acciones de vigilancia epidemiológica y de vacunación se vieron sustancialmente afectadas. Además, las comunidades rurales tuvieron muchas dificultades en la movilización hacia los centros urbanos para la consulta oportuna. Todos estos factores incidieron negativamente en el comportamiento del indicador.

Con el objetivo de mejorar los resultados de estos indicadores se realizaron 279 asesorías y/o asistencias técnicas en los 125 municipios, cubriendo el 100% de Antioquia, con temáticas sobre la primera infancia, como Salas ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda), AIEPI (Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), Estrategia UAIC (Unidades de Atención Integral Comunitaria), Política AIPI (Atención Integral a la Primera Infancia) y Primeros 1.000 días; también temas de salud mental como manejo de la ansiedad, crianza y buen trato en el marco de la estrategia AIEPI y en comunicación asertiva, dirigida al personal de salud y los servidores que trabajan con la primera infancia.

También se realiza taller de formador de formadores en EAD-3 (Escala Abreviada del desarrollo - 3), con el Ministerio de Salud y Protección Social, para los docentes de las universidades del Departamento, y se capacita a 90 madres sustitutas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF Antioquia, en temas de IRA, EDA y Geohelmintiasis.

Se realiza además el ciclo de siete teleconferencias: Hablemos de infancia, dirigido al personal asistencial de las IPS, secretarías de salud y personal que trabaja con la primera infancia en el departamento. A estos espacios asistieron 400 participantes, así mismo se realizaron tres (3) cursos para el desarrollo de las habilidades del talento humano: Diplomado del AIEPI Clínico (Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) dirigido a personal médico y pediatras de las Empresas Sociales del Estado -ESE; Curso del AIEPI comunitario; y Curso de lactancia materna, dirigido al personal asistencial y psicosocial de las ESE-hospitales, secretarías y direcciones locales de salud.

Igualmente, durante 2021 se realizaron seguimientos periódicos en los siguientes temas: en la IVC (Inspección, Vigilancia y Control) de la adherencia a las acciones individuales y colectivas de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud; el seguimiento mensual al 100% Salas ERA y al 100% de las UAIC (Unidades de Atención Integral Comunitaria) activas en el departamento. Adicionalmente, se generó la articulación interinstitucional a través de las Mesas Departamentales



366

de Primera Infancia e Infancia, Adolescencia y Juventud; articulación con la Gerencia de Infancia y Adolescencia de la Gobernación de Antioquia, y articulación con ICBF Antioquia, lo que ha contribuido a la disminución de las tasas de mortalidad de los indicadores de resultado.

Frente al seguimiento de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años, se han realizado las unidades de análisis con sus tableros de problemas al 100% de los casos reportados en SIVIGILA y el seguimiento a los planes de mejora de los casos clasificados como evitables.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento vigilancia en Salud Pública-Información para la acción Antioquia.

Proyecto: Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica basada en gestión del riesgo Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

En cuanto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS públicas, con implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento para la salud se tiene alcanza un cumplimiento del 44,50% y se avanza en el cumplimiento en el envío de las unidades de análisis de eventos de interés en Salud Pública con un 78% datos entregados desde el Instituto Nacional de Salud a diciembre del 2021.

Se cubrieron acciones de asesorías y asistencias técnicas en el proceso de gestión del Plan de Salud



Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) y lineamientos para la implementación de la Ruta integral de atención en salud para la promoción y mantenimiento de la salud a los 125 municipios. Así mismo se desarrollaron actividades de Inspección y Vigilancia a 18 Entidades Administradoras de Planes Beneficios- EAPB, a 40 Secretarías y/o Direcciones Locales de Salud y 14 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS públicas con un cumplimiento del 43% a diciembre del 2021.

Así mismo se realiza el seguimiento a la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y procesos de gestión salud pública en los 125 municipios.

Con el desarrollo de estas actividades se pretende brindar una concepción de la salud pública más integral de tal manera que se pueda generar en los territorios una capacidad operativa que facilite la apropiación de una cultura de la salud en las comunidades y fortaleciendo los procesos como autoridad sanitaria.

Uno de los retos que se tienen planteados desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y en el que se avanzó en el año 2021 es el fortalecer la articulación de los procesos de asesoría y asistencia técnica, las actividades de inspección, vigilancia y control y realizar presencia en los municipios, recuperando su liderazgo, la credibilidad y la capacidad de convocatoria, frente a los actores y otros sectores que tienen injerencia en los determinantes sociales de la salud.

Durante la pandemia toman mayor relevancia los procesos relacionados con la vigilancia epidemiológica y la gestión del riesgo de los factores asociados al ambiente como parte de la gestión de la salud pública. Es por este motivo que en el año 2021 se formula un nuevo proyecto de inversión que tiene como objetivo de fortalecer la vigilancia en salud pública basada en gestión del riesgo de una manera articulada, permanente y proactiva, que permita una evaluación del comportamiento de los eventos, detección oportuna de alertas y brindar una respuesta proporcionada y oportuna.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.11. Programa 11: Unidos para la respuesta integral en salud frente a COVID-19



ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Compromiso Unidos en Solidaridad-COVID 19 en el Departamento.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Durante el año 2021 se realizaron acciones de fortalecimiento de la capacidad instalada para todas las secretarías y direcciones locales de salud de los 125 municipios y distrito del departamento y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS con el fin de evitar al máximo el impacto negativo del COVID-19 en la población antioqueña; y desde la vigilancia en salud pública bajo el enfoque de gestión del riesgo, se han desarrollado estrategias de promoción y prevención en relación con el COVID-19.

Mensualmente se realiza seguimiento a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio-EAPB para que desde un trabajo articulado se evidencien las acciones y el cumplimiento de sus responsabilidades en salud, incluyendo cortar las cadenas de transmisión de COVID-19 manifestadas en el Decreto 1374 del 2020 y el Plan Departamental de Vacunación, que se traduce en reducir las muertes asociadas a esta enfermedad y su impacto social y económico.

El departamento de Antioquia, dentro del proceso de planeación integral de la salud y dando cumplimiento a la normatividad vigente se propuso elementos estratégicos, operativos y financieros orientados a mitigar los efectos en salud ocasionados por la pandemia, teniendo en cuenta las necesidades en salud de cada subregión, como son el Plan Cosecha 2021 y el Plan Departamental de Vacunación contra COVID-19, los cuales han contribuido al cumplimiento de las acciones planteadas en el Plan de Contingencia; también se cuenta con la Sala de Análisis del Riesgo, que brinda todo el soporte al sistema de información de los 125 municipios y distrito, en relación a hospitalización, mortalidad, estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS), conglomerados, y reporte de información diaria al Instituto Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

El programa “UNIDOS” en solidaridad para la respuesta integral en salud frente a la atención del COVID-19 ha contribuido a la articulación con la red de laboratorios, incluyendo nuevos procesos de secuenciación según la evolución de la pandemia, la reducción de la trasmisión en la comunidad, el fortalecimiento red de servicios de salud, la preservación de la continuidad en el funcionamiento de los servicios esenciales del país y la estrategia de información, educación y comunicación para la salud a la comunidad.



369

Sobre los municipios y/o distrito, capacitados en atención en salud como respuesta a la pandemia COVID-19, se presenta que los 124 municipios y el distrito de Turbo, han sido capacitados en la atención en salud como respuesta a la pandemia por COVID-19, para un 100% de cumplimiento en lo programado.

Durante el 2021 se realizó acompañamiento, asesoría y asistencia técnica para el fortalecimiento de capacidades de los equipos de vigilancia en salud pública en todo lo relacionado con la gestión del riesgo, especialmente en la estrategia PRASS (Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible). Además, desde el mes de febrero del 2021 las capacitaciones también se enfocaron en la vacunación contra el COVID-19, por ser la acción más efectiva para prevenir esta enfermedad pandémica, iniciando con la socialización del Plan Departamental de Vacunación y los cambios a los Lineamientos técnicos operativos para esta vacunación.

Con relación a los municipios y/o distrito priorizados y beneficiados con la entrega de elementos de protección personal, e insumos hospitalarios para la atención del COVID-19 en el Departamento, durante 2021 se entregaron EPP a todas las entidades territoriales de Antioquia, con el fin de fortalecer las capacidades institucionales para dar frente al COVID-19. Se entregó a 39 IPS con servicio de UCI: 3.050 pares de guante estéril (talla 6.5), 575 bolsas para cadáver, 1.200 pares de guante no estéril (talla M), 259.500 gorros hospitalarios, 35.000 tapabocas quirúrgicos, 66.850 respiradores N95, 2.250 gafas y 410.500 polainas. Además, durante los meses de agosto y septiembre, se entregaron a 143 hospitales y clínicas de todos los municipios: 257.000 gorros hospitalarios, 38.800 tapabocas quirúrgicos, 63.510 respiradores KN95, 2.235 gafas y 406.000 polainas. Durante el año se presentaron emergencias en los municipios de Necoclí, Ituango y Briceño, por lo que se entregaron: 13.000 tapabocas quirúrgicos, 2.940 paquetes (x 10 unidades) de tapabocas KN95 y 171 gafas.

Sobre los Equipos de Respuesta Inmediata-ERI conformados, a diferencia del año 2020, para 2021 la acción más efectiva para prevenir el COVID-19 fue la vacunación; por ello, y dando cumplimiento al Decreto No. 109 del 29 de enero de 2021 y a la Resolución No. 197 del 22 de febrero del 2021, el departamento adoptó los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra COVID-19, los cuales se ejecutaron a través de Contrato No. 4600011610 suscrito con la ESE Hospital Marco Fidel Suárez de Bello – Antioquia.

Las acciones para dar cumplimiento a los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), se enfocaron en apoyar la gestión administrativa y operativa del Plan Departamental de esta vacunación mediante la estrategia Guardianes de Vida, quienes acompañan a todos los municipios en la ejecución de su Plan local, articulándose con los profesionales de la Sala de Análisis de Riesgo (SAR).

Con el objetivo de mantener en un 100% el cumplimiento de los estándares de calidad en los Laboratorios la capacidad diagnóstica del Departamento es de 23.048 pruebas al día, traducida en



370

362 laboratorios habilitados para Antígeno, 33 laboratorios habilitados para PCR. Durante el año se realizaron diferentes procesos de comunicación con los actores para el fortalecimiento de la toma de muestras en el Departamento. Se resalta la notificación a municipios el 26 de agosto dando soporte sobre la estrategia PRASS, la donación de hisopos, antígenos y la importancia del reporte oportuno de resultados para el diagnóstico de COVID-19 en plataforma SISMUESTRAS. La evaluación externa indirecta del desempeño (EEID) para SARS COV2 presenta un Índice de Kappa 1.0.

Se tiene un cumplimiento del 100% de la meta programada al 2021 de los municipios y/o distritos priorizados con interconexión para acciones específicas en COVID-19 y en cuanto al comportamiento de las llamadas con tele orientación canalizadas en COVID-19 Call center #774 se lograron atender para el primer trimestre de 2021 12,533, para el segundo trimestre de 2021 16,689, para el tercer trimestre 14.991, y para el cuarto trimestre 4.999 esto da un total de 49.212 llamadas de teleorientación canalizadas a través del Call center #774.

Se resalta que para el tercer trimestre del 2021 se suscribió el contrato de teleorientación con la Universidad de Antioquia, siendo un gran apoyo para el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de los casos de COVID-19 especialmente para la población no afiliada en el marco del contrato se lograron gestionar un total de 1.550 llamadas, 481 atenciones médicas y 1.567 seguimientos relacionados a la atención de COVID-19.

Desde el inicio de la pandemia, el departamento de Antioquia ha avanzado en mejorar el acceso a los servicios de salud con la apertura de nuevas UCI, UCRE y UCRI, mejorar la red de servicios y la calidad en la atención, así como fortalecer la vigilancia en salud por parte de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y entidades territoriales a través de sus secretarías y direcciones locales de salud. Se ha reforzado la capacitación, la asesoría y asistencia a los actores del sistema y las acciones de vigilancia epidemiológica.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia



371

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Elijo con responsabilidad - salud sexual y reproductiva.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

En cuanto al comportamiento de la tasa de mortalidad materna por causas directas, a diciembre del 2021 fuente DANE se obtiene un resultado preliminar de 21,40 por 100.000 nacidos vivos superando la meta calculada de 21. Se debe continuar con las asistencias técnicas en maternidad en IPS y entidades territoriales, la vigilancia epidemiológica y los servicios de salud y el sistema a través de la Rutas de Atención Materno Perinatal para obtener mejores oportunidades para la atención de las gestantes.

La Letalidad por MME-SAT evalúa el comportamiento de la morbilidad materna extrema vs la letalidad, en las gestantes que han tenido una MME. El valor país de este indicador es de 1,4%, y para Antioquia la meta es de 0,5%, a diciembre del 2021 se obtiene un resultado preliminar de 2,3% a diciembre del 2021, el cual se ve afectado por el aumento de la mortalidad materna por COVID-19, la cual es una causa indirecta relacionada con la presencia de neumonía. Prevenir la presencia de muertes maternas por COVID-19 se convierte en uno de los retos para el departamento de Antioquia. Se adelantan campañas de comunicación, educación, información para esta población específica, así como actividades de capacitación al personal médico y de enfermería responsables del control prenatal.

Las acciones de contención planteadas desde el proyecto están orientadas a aumentar las coberturas de vacunación en las gestantes, la capacitación a parteras (maternidad segura en la ruralidad), el acompañamiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS, en la implementación de la Ruta de Atención Materno Perinatal.

Sobre los Embarazos en los rangos de edad de 10-14 años se tiene a diciembre del 2021 un resultado preliminar de 2,9 por 1.000 mujeres y en los embarazos de 15-19 años se obtiene un 49.30 por 1.000 mujeres, los resultados evidencian que se deben continuar con el fortalecimiento en la implementación de acciones de gestión del riesgo, estrategias de servicios amigables integrales, capacitaciones en anticoncepción, planificación familiar, distribución de preservativos y aplicación de pruebas rápidas desde las direcciones locales y secretarías de salud al colectivo en el marco de la Resolución 3280 del 2018 en el curso de vida de adolescentes y jóvenes desde los diferentes entornos (hogar, educativo, institucional, laboral y comunitario).



Así también la pandemia por COVID-19 tiene un impacto sobre la población en estos momentos de su desarrollo, ya que las interacciones en sus entornos comunitarios, educativos y laborales pueden estar restringidos lo que puede estar ocasionando indirectamente una disminución en las tasas de embarazo de infancia y adolescencia.

En relación a la Incidencia de VIH, incluyendo la transmisión materno-infantil, se identifica que va en ascenso, a diciembre del 2021 se tiene un resultado preliminar según fuente DANE de 83,50 por 100.000 habitantes de 15 a 49 años; al realizar el cálculo del indicador con la población total se tiene un resultado preliminar de 47,5 por 100.000 habitantes, se presentan múltiples factores condicionantes en la presencia de poblaciones vulnerables, la detección temprana, los programas o estrategias de promoción y prevención, factores sociales, educativos, culturales, económicos y del aseguramiento en salud entre otros, que impactan directa o indirectamente en todas las acciones e inversiones que desde el sector salud se realizan. Ante esto, Antioquia ha desarrollado el plan departamental de respuesta ante las infecciones de transmisión sexual, como estrategia marco para su contención y mitigación.

Sobre la Incidencia de violencia sexual: se ha logrado una disminución para el año 2021 (fuente SIVIGILA), con un resultado preliminar a diciembre del 2021 de un 86,40 por 100.000 habitantes asociada en parte, a la presencia de un posible subregistro en la notificación y en las denuncias, debido a que en la pandemia por COVID-19 y las cuarentenas, los menores de edad, mujeres, personas en situación de discapacidad y población vulnerable, presentaron afectaciones en la garantía de sus derechos; así mismo las restricciones en la movilidad (horarios y salidas), disminuyeron riesgos en los lugares donde posiblemente antes sí se presentaban.

Antioquia a través del Comité Departamental (Decreto 1710 del 2020) liderado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia se convoca y articula a todos los demás sectores vitales, en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y se viene avanzando en la respuesta ante la presencia de las violencias sexuales y de género.

Problema 14: Presencia de las enfermedades transmisibles que deterioran el bienestar de la población Antioqueña.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia



373

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Compromiso Cuidarme para cuidarte -Enfermedades transmisibles.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

En Antioquia el indicador de mortalidad evitable Grupos C, D5 y D6, reportado hasta julio de 2021 según fuente DANE, evidencia que, por cada 100.000 habitantes de 1 a 64 años, se tiene un resultado preliminar de 1,70. Es decir que aproximadamente 2 personas fallecen por estas causas. El 53,4% de las defunciones se asocia al grupo de medidas mixtas, D (tuberculosis). Es así como la tasa de la mortalidad por tuberculosis, ha presentado un aumento a nivel mundial, nacional y departamental; se obtiene un resultado preliminar a diciembre del 2021 según fuente DANE de 2,7 por 100.000 habitantes esto es debido a que se están presentando las consultas de manera tardía ya que se prioriza el COVID-19 sobre la intervención de cualquier otra patología respiratoria, trayendo como consecuencia el tardío inicio del tratamiento para esta enfermedad. Esta situación se evidencia en el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2021, donde se pone en evidencia que las muertes por tuberculosis están aumentando por primera vez en más de una década. El impacto de COVID-19 en la tuberculosis ha sido importante, debido a que ha provocado la interrupción de los servicios ambulatorios.

Igualmente, las coberturas de vacunación se vieron afectadas por la limitación en el acceso a los servicios de salud ocasionado por las medidas restrictivas establecidas a nivel nacional en el marco de la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia, para el año 2021 se tiene un dato preliminar del 84.1% en la cobertura de vacunación de triple viral en el grupo de 1 año con SRP (Sarampión, rubeola, parotiditis) frente a una meta planteada del 95%. Estos resultados se convierten en un reto para el departamento de Antioquia. Se han reforzado las jornadas masivas de vacunación, así como las estrategias de comunicación, información y educación en los territorios.

Se obtiene un 33% de cumplimiento en la vigilancia centinela de enfermedad Sincitial- Infección Respiratoria Aguda Grave (ESI-IRAG), dado que ya se encuentran funcionando y notificando el evento, 3 unidades centinela de las 7 propuestas para establecer durante el cuatrienio. En cuanto al cumplimiento 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 se obtuvo un resultado preliminar del 71,4% con acciones orientadas al fortalecimiento del lavado de manos, el uso racional de antibióticos.



374

Problema 15: El Departamento presenta altas tasas de morbilidad por eventos relacionados con la convivencia y salud mental.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Salud para el alma- salud mental y convivencia Social.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

A diciembre del 2021 se tiene un resultado preliminar de 7 por 100.000 habitantes según fuente DANE en la tasa de suicidio y de violencia intrafamiliar de 237,50 por 100.000 habitantes.

Para dar respuesta a la problemática de salud mental del Departamento se han establecido 6 líneas de trabajo bajo las que este programa ofrece acompañamiento y herramientas a profesionales psicosociales y a las comunidades para atender posibles casos de salud mental:

- Resiliencia: Es una alternativa psicosocial para reducir los factores de riesgo que hacen que se presenten situaciones en la población tales como: delincuencia, suicidio, matoneo, consumo de drogas, entre otros indeseables sociales, a través de la promoción de la resiliencia, se han fortalecido las capacidades en los docentes y profesionales psicosociales en temas como: Rehabilitación basada en la comunidad, primeros auxilios psicológicos, habilidades para la vida y tutores de resiliencia. Se avanza con un cumplimiento del 100% de la estrategia de Resiliencia implementada en los 125 municipios del Departamento.
- Línea de Atención: La línea Salud para el Alma, es una línea de atención a la comunidad 440 76 49 (018000413838) en la que expertos dan acompañamiento psicosocial y asesoría a las familias para atender asuntos emocionales y sociales. como: depresión, ansiedad, comportamiento suicida, problemas en el grupo primario de apoyo, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros, desde la cual se recibieron alrededor de 711 llamadas y dependiendo del motivo de la llamada. Se derivaban al profesional correspondiente (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales). Se realizó atención al 100% de las mujeres que solicitaron tele apoyo sobre los diferentes tipos de violencia y/o problemas de salud mental.



- Se levantó una línea de base del involucramiento parental en Antioquia, en población desde los 3 a los 17 años (análisis de prevalencias específico en involucramiento parental con un tamaño muestra de 3.500 personas).
 - Para impactar el indicador de la participación de madres y padres en su relación afectiva con los niños, en su involucramiento parental, se formuló un modelo de intervención para la promoción de este, donde se presentan los aspectos básicos y se aplican estrategias didácticas y pedagógicas para que se implemente en la familia, la escuela y la comunidad.
 - Se realizó el pilotaje el modelo de intervención para la promoción del involucramiento parental en 400 familias de los municipios Caucaasia, Campamento, Caicedo y Puerto Nare, Se determinó un total de 45 municipios para aplicar la línea de base, fueron selecciones utilizando como metodología un proceso de simulación estadística, los municipios más representativos de las nueve subregiones de departamento de Antioquia según las prevalencias. El avance del indicador es del 51% a diciembre del 2021.
- Acompañamiento Técnico: Con el objetivo de aportar a la prevención del suicidio en y la incidencia de la violencia intrafamiliar, el programa Salud para el Alma realiza acompañamiento personalizado y apoyo a los profesionales psicosociales de los 125 municipios del Departamento. Se han llevado a cabo alrededor de 2.014 asesorías y acompañamientos técnicos a 38.185 personas de los 125 municipios y distrito, en temas como: rutas de atención municipal en comportamiento suicida, diferentes formas de violencia y consumo de sustancias psicoactivas con un cumplimiento del 100% de la meta programada.
- Programa de televisión Salud para el Alma: se transmite todos los jueves a las 8:30 a.m. a través de Teleantioquia con temáticas psicoeducativas para contribuir con la Salud Mental de los antioqueños; con temáticas como: Prevención violencia mujeres, Prevención del suicidio. Prevención de la depresión, Violencia Intrafamiliar, Manejo de la ansiedad.
- PAPSIVI: Atención psicosocial a la población víctima del conflicto armado del Departamento de Antioquia. Se han atendido a diciembre del 2021 un total de 16.826 víctimas, dato preliminar
- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas: con la conformación de 21 redes comunitarias para prevención del consumo de sustancias psicoactivas con 452 participantes y 1423 Gestores territoriales formados en prevención de consumo de sustancias psicoactivas y activación de ruta de atención.

Se plantean grandes retos para Antioquia en la prevención de las enfermedades mentales y el consumo de sustancias psicoactivas en el marco de los efectos ocasionados en las poblaciones ocasionados por la pandemia por COVID-19, entre los que se encuentran:

- Formular la Política Departamental de Salud Mental y a través de metodologías de innovación implementar la ruta departamental de prevención, atención y mantenimiento de salud para el alma y así lograr un mayor impacto social. Se tiene un avance en la definición de la política de un 74% a diciembre del 2021.
- Mejorar la accesibilidad, detección temprana, calidad, oportunidad y continuidad de la atención de problemas y trastornos mentales en los equipos básicos de salud, utilizando como base los instrumentos definidos por la Organización Mundial de la Salud- OMS.
- Implementar estrategias basadas en evidencia que mejoren la salud mental de la población antioqueña.



376

- Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población antioqueña a través de metodologías de innovación que generen un mayor impacto social.
- Articular y coordinar con los diferentes sectores locales la atención y acompañamiento a la población de riesgo.
- Desarrollar capacidades en el departamento de Antioquia, para el adecuado manejo de la ruta de prevención, atención y mantenimiento de la salud mental
- Investigaciones científicas sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en el departamento de Antioquia, que apunten a la elaboración de un diseño metodológico enfocado en la reducción del daño, tales como: investigaciones que apunte a la elaboración de un diseño metodológico enfocado en la reducción del daño, adicciones no químicas, Determinantes sociales (Fase II), Riesgo químico, entre otras.
- Implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el monitoreo y seguimiento al Consumo de Sustancias Psicoactivas en el departamento (SIVESPA).
- Implementación del Nodo de Sistema de Alertas Tempranas (SAT) para el Departamento de Antioquia.

El programa ha logrado avanzar en el fortalecimiento de las capacidades desde lo individual, familiar, transectorial y comunitario para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, y en consolidar la movilización, la construcción de alianzas y el desarrollo de redes de apoyo para el empoderamiento y la corresponsabilidad social orientado a una cultura que promueva y proteja la salud mental y la sana convivencia.

El Programa “Salud para el Alma” de La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social fue galardonado en el año 2021 con el Premio Nacional de Alta Gerencia por su alcance en el fortalecimiento de las habilidades para la vida y fomentar la resiliencia a través de la prevención de las adicciones y consumo de sustancias psicoactivas, prevención de cualquier forma de violencia y un abordaje integral e integrado a las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia

ODS movilizado(s) por este programa:



377



Proyecto: Fortalecimiento Salud para el alma- salud mental y convivencia Social.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Durante el año 2021 se realizaron diferentes acciones desde la Escuela Contra la Drogadicción, transversales al programa Salud para el Alma destacándose la publicación de la Guía metodológica municipio de Yondó, lanzamiento y conversatorio del libro: Sujetos, consumos y aportes para la prevención y atención de adicciones de la Escuela Contra la Drogadicción.

Se llevaron a cabo dos (2) seminarios sobre Formación de agentes multiplicadores para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y Prevención del consumo de sustancias psicoactivas y problemáticas sociales derivadas de este. Además, se desarrolló un Diplomado en competencias para la prevención del consumo de Sustancias Psicoactivas, en el ámbito educativo.

Se gestionó una articulación con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) para brindar la capacitación: Universal Prevention Curriculum, dirigida a IPS, instituciones y universidades del departamento.

En proceso va la Fase III de la creación del Nodo de Sistema de Alertas Tempranas (SAT) para Antioquia, en acompañamiento y articulación con el Ministerio de Justicia (Observatorio Nacional de Drogas); y el proyecto con población caficultora y recolectora de los municipios cafeteros del departamento, en articulación con la Secretaría de Agricultura.

Como aporte de los indicadores de producto que son propios de la Escuela Contra la Drogadicción, y cuyo objetivo es construir sobre la base de investigación científica (a partir de investigaciones realizadas) un diseño metodológico con estrategia enfocada en la reducción del daño; para ser implementado en Antioquia, se consideró necesario para la elaboración de este, insumos que se han venido desarrollando durante los años 2020 y 2021 a través de:

1. Investigaciones que aporten a la elaboración del diseño metodológico.
2. Construcción de brief policy (presentación sobre las principales implicaciones para las acciones en la reducción del daño, basadas en las investigaciones realizadas),
3. Estrategias de apropiación social del conocimiento y articulaciones, y
4. Construcción del documento con participación de diferentes actores.

Se cuenta con los informes y análisis de cada una de las investigaciones en su segunda fase: 1. Reducción del Daño, 2. Modelos de intervención en salud relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones en niños, niñas, adolescentes y jóvenes del



departamento de Antioquia y 3. Justicia Restaurativa en adolescentes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal). Que posteriormente serán utilizados en elaboración del diseño metodológico.

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 sobre la salud de la comunidad antioqueña que utiliza estos servicios.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano y uso recreativo en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

A continuación, se presentan los resultados del Índice de Riesgo Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) urbano y rural. El promedio departamental en lo urbano se conserva dentro del rango del 0,0 al 5,0% (Sin Riesgo) con un resultado preliminar a diciembre del 2021 de 1,40%.

Para el Índice de Riesgo Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) el valor rural proyectado se conserva dentro del rasgo de nivel de riesgo alto, con un resultado preliminar a diciembre 31 del 2021 de 38,50%.

Para el cumplimiento de los indicadores de producto relacionados con la vigilancia sanitaria de la calidad del agua para consumo humano se tienen los siguientes resultados preliminares a diciembre del 2021: Muestras analizadas para evaluar el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano y Uso Recreativo: 15.373 y Acueductos vigilados, inspeccionados y



379

controlados en los municipios: 1.938 con respecto a la meta a lograr acorde con el comportamiento presentado durante el 2021 y por las dificultades administrativas relacionadas con los técnicos área de la salud responsables de la toma de muestras (rotación de personal, así como personal incapacitado o limitado por enfermedades de base, problemas de orden público, dificultades de accesibilidad), lo que incide finalmente en la realización de las toma de muestras en los ámbito rural y urbano.

Para la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia se le plantean importantes retos como lo son aumentar la cobertura de los análisis de las características mínimas microbiológicas y fisicoquímicas de los acueductos rurales, Planes de Trabajo Correctivos para la reducción de riesgos del Mapa de Riesgo de Agua para Consumo Humano de los sistemas de acueductos priorizados, construidos con la Metodología establecida por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y con seguimiento de las acciones realizadas, fortalecer las competencias de los servidores para realizar las funciones de inspección, vigilancia y control sanitario, consolidación de la Mesa de Agua Potable y Saneamiento Básico del Comité Territorial de Salud Ambiental de Antioquia – COTSADA- y mejorar las condiciones del Laboratorio Departamental de Salud Pública para que mejore su capacidad de respuesta para realizar análisis microbiológico y fisicoquímico.

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



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la vigilancia de la calidad e inocuidad de alimentos y bebidas en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública



El control de los factores relacionados a la inocuidad y calidad de los alimentos se constituye en un reto en el departamento de Antioquia, se presenta una alta informalidad de expendios de alimentos en vías pública, escasa adherencia de los comercializadores de alimentos a la normatividad vigente, ausencia de compromiso en la implementación de las Buenas Prácticas de Manufactura de los manipuladores de alimentos situaciones que inciden en la presentación de situaciones inseguras en el manejo de los alimentos, que propician riesgo para la salud de los consumidores.

El indicador de incidencia de ETA departamental se ubica en un cumplimiento de la meta por encima de lo esperado en el año con un resultado de 15 casos por 100.000 habitantes con una disminución de casos con respecto a años inmediatamente anteriores por la implementación de las visitas con enfoque de riesgo y múltiples capacitaciones realizadas en el año a los servidores designados en los diferentes municipios (Manejo del aplicativo @STAT, inspección basada en riesgo, diligenciamiento de actas con enfoque de riesgo, medidas sanitarias y proceso sancionatorio, atención a brotes de enfermedades transmitidas por alimentos).

Se ha acompañado a 36 municipios de manera presencial por medio del apoyo a la gestión, con el fin de fortalecer los saberes técnicos para realizar visitas de inspección, vigilancia y control. Hasta la fecha se han realizado 16.087 visitas de verificación de condiciones higiénico sanitarias con enfoque de riesgo a los establecimientos abiertos al público de alimentos y bebidas con el fin de verificar los estándares sanitarios bajo los cuales se estaba prestando el servicio de comercialización de alimentos. Durante el año 2021 tomamos en los establecimientos comerciales de los diferentes municipios 236 muestras de alimentos en de alto consumo y mayor riesgo con el propósito de determinar su calidad e inocuidad lo que nos permitió identificar el grado de observancia a la normatividad por parte de los comercializadores de alimentos para garantizar la entrega de alimentos sanos a los consumidores del departamento de Antioquia.

Igualmente impartimos capacitaciones virtuales a los servidores que realizan las actividades de inspección, vigilancia y control sanitario en los municipios categoría 4,5 y 6 con el propósito de fortalecer sus saberes y capacidades técnicas en temas relacionados con enfermedades transmitidas por alimentos, el diligenciamiento con enfoque de riesgo de las actas de verificación estándares sanitarios, en toma y envío de muestras de alimentos y bebidas, en diligenciamiento acta de evidencia de publicidad, en manejo y uso del aplicativo @star está instalado en las tabletas que hoy día utilizamos para realizar las visitas de inspección, vigilancia y control.

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.



381



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



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.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

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, los 125 municipios de Antioquia se encuentran en riesgo por el fenómeno de cambio climático, representando una gran amenaza para la salud humana. Es por este motivo que Antioquia declara la Emergencia Climática como una prioridad en la agenda adquiriendo compromisos expresos en el cuidado y conservación del medio ambiente.

En cuanto a la cobertura de municipios y/o Distrito asistidos técnicamente en torno a cambio climático y sus efectos en salud, en 2021 se logra la meta de cobertura de 50,94% de los municipios y en torno a los efectos asociados a la calidad del aire se tiene una cobertura del 49,06% a diciembre del 2021, a través de asistencias técnicas, donde se ha promovido las capacidades para la gestión pública de la salud ambiental para el componente Cambio Climático y Salud y Calidad del Aire; donde se ha contribuido a fortalecer los espacios intersectoriales en los municipios para intervenir con enfoque diferencial los determinantes sanitarios y ambientales de la salud relacionados con la actual crisis climática y los efectos de la calidad del aire. También durante este año, se ha logrado impactar los municipios de Anzá, Buriticá, Copacabana San Roque, Puerto Triunfo, Betulia, Zaragoza, Jericó, Barbosa, El Bagre, San Juan de Urabá, Jardín, Caramanta, Santuario, Santa Barbará, Maceo y Salgar. Se realiza capacitación al 26 de los municipios y/o distrito de categorías 4, 5 y 6 en los efectos en salud relacionados con la calidad del aire.

A su vez, como gran logro en 2021 se encuentra la formulación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde el componente de salud ambiental, logrando a diciembre 31 el 100% del proceso



382

de formulación. El Plan es la herramienta de ruta para implementar en el departamento las medidas de adaptación para reducir la vulnerabilidad y los impactos negativos en salud asociados a la variabilidad y al cambio climático en Antioquia, cuyo principal objetivo es establecer capacidades territoriales que hagan frente a la actual crisis climática.

Frente a la capacidad de respuesta de los hospitales del departamento ante la atención de los eventos asociados a la crisis climática en emergencias y desastres se logra la meta del 20,0% para el 2021 logrando un avance en la meta del cuatrienio del 40,0%. Es necesario implementar una estrategia que permita que la evaluación de la capacidad de respuesta sea un proceso más robusto en articulación con el CRUE, y que se realice una retroalimentación constante con el objetivo de fortalecer el mejoramiento continuo por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Entre los retos planteados se tienen el fortalecimiento de la gestión del riesgo desde el sector salud para mitigar los efectos ocasionados por la crisis climática y ejecutar acciones frente a emergencias y desastres, vigilancia epidemiológica frente a los efectos del asociados a la calidad del aire, ejecutar medidas para la 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, que finalmente se traduce en beneficios para la calidad de vida y la salud humana y ambiental, la salud animal y la salud planetaria.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las intoxicaciones por sustancias químicas en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Existen miles de sustancias químicas 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 como resultado del desarrollo industrial y agrícola, lo que se constituye en un gran riesgo por los efectos que estas pueden producir a las comunidades.

Los esfuerzos desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia están orientados a mitigar estos efectos mediante el fortalecimiento de capacidades, la realización de actividades de vigilancia epidemiológica y de inspección y control en cada uno de los territorios.

A diciembre 31 del 2021 se cuenta con un dato preliminar de Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas se tiene un 37,40 por 100.000 habitantes (fuente SIVIGILA). En este sentido, se realizaron dos (se realizaron 8 asesorías y 2 asistencias técnicas) asesorías para la vigilancia epidemiológica de la intoxicación química, también se realizó control y vigilancia epidemiológica a las alertas, brotes y emergencias de intoxicaciones con sustancias químicas. Se debe resaltar que el número de casos por intoxicaciones químicas presenta una tendencia a la disminución, ya que en 2019 se presentaron 3.293 casos, y para el 2020 un total de 20.947 casos, con relación al 2021, se tiene un dato preliminar de 2.008 casos.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la prevención, vigilancia y control de los factores de riesgo sanitarios,



384

ambientales y del consumo, en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Según lo establecido en la Ley 715 de 2001, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia tiene la competencia de realizar inspección, vigilancia y control (IVC) a los establecimientos de bienes y servicios ubicados en los municipios categorías 4, 5 y 6 del Departamento, se tiene un censo estimado de 24.841 establecimientos, de los cuales 10.687 establecimientos han recibido visita de IVC entre el año 2020 y 2021. Se ha evidenciado que los establecimientos vienen acogiendo el cumplimiento de la normatividad sanitaria.

Para el año 2021 se realizó inspección sanitaria a 6.652 de estos establecimientos, logrando acumular 10.687 establecimientos con inspección sanitaria, alcanzando el 43,0%.

El Departamento cuenta con 17 Terminales Aéreas, Portuarias, Fluviales y Terrestres de las cuales 12 de ellas son competencia de la Secretaría de Salud y que, por ser establecimientos de gran importancia para la movilidad de las personas y transporte de carga, requieren tener inspección sanitaria anual para así lograr el monitoreo y control de los riesgos de acuerdo con el servicio ya sea a nivel regional, nacional o internacional. A diciembre del 2021 se realizó inspección, vigilancia y control a 13 Terminales Aéreas, Portuarias, Fluviales y Terrestres.

Problema 22: Deficiencia en las condiciones sanitarias y uso inadecuado de los productos farmacéuticos en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la vigilancia sanitaria a la comercialización de medicamentos y otros productos farmacéuticos en el departamento de Antioquia

Línea de Acción MAITE: Salud Pública



La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, tiene la competencia legal de inspeccionar, vigilar y controlar los establecimientos autorizados para la comercialización de medicamentos y otros productos farmacéuticos. Ante los incumplimientos sanitarios por parte de estos, se imponen las medidas sanitarias de seguridad pertinentes (decomiso de productos, suspensión de trabajos, clausura total o parcial del establecimiento, entre otras) con el consecuente inicio de los procesos administrativos sancionatorios.

Desde este proyecto también se lidera el Programa Departamental de Farmacovigilancia, con el seguimiento a los Problemas relacionados con Medicamentos, en especial aquellos clasificados como serios y que resultan 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 sospechosos.

En cuanto a los avances en la inspección y vigilancia de los establecimientos de comercialización y distribución de productos farmacéuticos, en 2021 se logró una cobertura del 56,52%, superando la meta. También se logró el avance en la realización de 3.914 visitas de inspección y vigilancia a los mismos. Esto da cuenta de la implementación de acciones de mejora en el proyecto de medicamentos, así como la disponibilidad de los recursos financieros, humanos y tecnológicos durante toda la vigencia.

Se destaca como parte de esa mejora continua la adquisición, a título de compraventa, de dos bienes inmuebles propiedad del Instituto para el Desarrollo de Antioquia (IDEA), para ser destinados a las operaciones del Fondo Rotatorio de Estupefacientes de Antioquia, operación por \$837.684.651, que aportará al suministro de medicamentos monopolio del Estado a la población antioqueña.

Problema 23: Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población antioqueña.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:





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.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, tenía programada una meta de 2.500 instituciones a licenciar en fuentes de radiaciones ionizantes y de oferta de seguridad y salud en el trabajo, a 31 diciembre de 2021 se otorgaron 3.148 licencias para instituciones con fuentes emisoras de radiaciones ionizantes y de la oferta de servicios de seguridad y salud en el trabajo, que cumplen con la norma de protección radiológica, se evidencia un crecimiento acelerado en las solicitudes dada la complejidad de la pandemia. Este es un recurso de primera línea de atención en las empresas y por la misma característica de virtualidad en el trámite, ha hecho que aumente la demanda del trámite por parte de los profesionales de Antioquia.

Con estos servicios y equipos licenciados, se contribuye a que el uso de equipos de rayos x y la oferta de servicio de salud ocupacional se realice con menos dosis de radiación hacia los pacientes, protección y seguridad radiológica controlando la exposición a las radiaciones ionizantes. El fortalecimiento de capacidades en las diferentes instituciones se ha orientado a mejorar la cultura del autocuidado, promover la salud mediante la gestión de los factores de riesgos ocupacionales y ambientales y la realización de acciones de inspección, vigilancia y control mejorando la capacidad de respuesta del ente de control, lo cual es determinante para evitar el deterioro de las condiciones de salud de la población.

También se fortalecen las acciones de la promoción de la seguridad radiológica y en el trabajo y la vigilancia sanitaria de fuentes emisoras de radiaciones y de la oferta de servicios de seguridad y salud en el trabajo, con enfoque integral de riesgo, a través de campaña de difusión en medios masivos radio y TV y la realización de dos eventos de protección radiológica y seguridad y salud en el trabajo; y se realizó control de calidad a 50 equipos de rayos X médicos, como también se inició un estudio para definir el nivel orientativo de dosis para la radiografía de tórax del Departamento.

De enero a diciembre del 2021 se han otorgado 468 licencias a prácticas médicas-industriales, veterinarias con rayos X y 2.680 licencias otorgadas a personas naturales y jurídicas en seguridad y salud en el trabajo.

Problema 24: Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población antioqueña.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



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
Línea de Acción MAITE: Salud Pública

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia realiza entre sus competencias las acciones de inspección, vigilancia y control a los establecimientos generadores de residuos de atención en salud y otras actividades, ubicados en los municipios categorías 4, 5, y 6, quienes deben contar con su respectivo Plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades – PGIRASA.

Sobre los Planes de gestión integral de establecimientos generadores de residuos hospitalarios y similares requeridos, revisados y evaluados, se tiene un resultado a diciembre del 2021, un avance acumulado del 74,5% de cumplimiento en el indicador, para un total de 2.011 Planes de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades – PGIRASA revisados y evaluados.

Existen retos aún por superar, la gestión adecuada de residuos puede ser el motor de un cambio cultural y económico basado en la economía circular o verde. Una eficiente gestión de residuos, unida a la creciente concienciación social sobre la necesidad de cuidar el medio ambiente y los beneficios de una producción sostenible son el eje de ese cambio, cuyo objetivo es que el valor de los productos, los materiales y los recursos se mantenga en la economía durante el mayor tiempo posible, y que se reduzca al mínimo la generación de residuos.

Es así como Antioquia le apuesta a la gestión ambiental sostenible donde se evidencia la necesidad de fortalecer el componente interno de la gestión integral de los residuos, específicamente en la segregación, desactivación de baja eficiencia y centros de acopio. En el ámbito externo, se deben fortalecer la recolección y transporte por parte de las empresas responsables de su tratamiento y disposición final. El Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria - GAGAS, debe desarrollar una adecuada gestión interna generando estrategias educativas que promuevan la cultura ciudadana y los comportamientos adecuados para llevar a cabo la segregación de residuos desde la fuente y su disposición final mediante su aprovechamiento.



Problema 25: Alto número de enfermos de Malaria, Dengue, Leishmaniasis y enfermedad de Chagas en Antioquia



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Prevención y Promoción de las enfermedades transmitidas por vectores, EGI (Estrategia de gestión integral en vectores) en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Sobre la Incidencia de la malaria, el resultado preliminar obtenido según fuente SIVIGILA del indicador es de 92.80 por 100.000 habitantes el cual se encuentra cercano al cumplimiento de la meta de 85.60 planteada para el 2021, pero su resultado puede estar afectado por múltiples factores. Si bien la pandemia de COVID-19 no afectó mucho el diagnóstico, pues este se realiza en su gran mayoría en puestos de diagnóstico ubicados en las zonas rurales, por lo cual la comunidad no requería desplazamiento a las zonas urbanas que eran las afectadas por el coronavirus SARS COV2. La situación climatológica del tercer trimestre del año y los brotes presentados en los departamentos cercanos a Antioquia favorecieron la transmisión de la enfermedad.

En tanto, para la Incidencia de dengue, se obtuvo un dato preliminar según fuente SIVIGILA de 19.90 por 100.000 habitantes cuyo resultado es menor a la meta planteada de 57.10. Entre las posibles causas se puede plantear un subregistro ocasionado por la pandemia de COVID-19 lo que pudo generar errores de diagnóstico y en el momento de mayor afectación de esta, es posible que las personas no asistieran al hospital por temor a contagiarse.

En la Incidencia de leishmaniasis, el resultado preliminar obtenido según fuente SIVIGILA es de 67,90 por 100.000 habitantes el cual es inferior a la meta planteada de 76.6 y viene a la baja con las acciones de control realizadas, aunque la intervención de la minería ilegal lleva a dispersión de los enfermos y se generan nuevos focos de la enfermedad. Por ser una enfermedad que se presenta en la zona rural, pero requiere para su diagnóstico asistir a los hospitales, puede estar afectada por el temor de las personas de asistir a estos, por la pandemia de COVID-19.



Los mecanismos de intervención para modificar la incidencia de malaria, dengue y leishmaniasis, son las acciones de control de vectores, que se realizan en los municipios donde se están presentando estas enfermedades, allí se realizan actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de los insectos transmisores tanto en sus sitios de cría como del insecto adulto, es de anotar que son múltiples los actores que intervienen en la modificación de la incidencia de estas enfermedades, siendo para malaria la más importante la que realiza los prestadores de servicios de salud y muy específicamente la red de microscopia para malaria; al terminar el año se logrará del cumplimiento del indicador de producto con datos preliminares de 126.262 acciones de control de vectores.

Problema 26: Deficiencias en la gestión integral de enfermedades zoonóticas en el departamento de Antioquia.



Línea 3 Nuestro Planeta

3.5. Componente 5:

Bienestar y protección animal

3.5.2. Programa 2: Salud pública en la protección animal

3.5.3. Programa 3: Trato digno de los animales

ODS movilizado(s) por estos programas:



Proyecto: Fortalecimiento de la gestión integral de las zoonosis en el departamento de Antioquia

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Para el año 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social estima una población de caninos y felinos en Antioquia de 1.453.842, de los cuales, para alcanzar coberturas efectivas de vacunación, debían inmunizarse 1.163.074 animales.

La vacunación antirrábica de caninos y felinos, hace parte de las actividades misionales de los técnicos en salud, por eso, para seguir contribuyendo al cumplimiento de la meta del 80,0%. A diciembre del 2021 se alcanza una cobertura en la vacunación antirrábica del 50% y se vienen



390

adelantando acciones adicionales, tales como procesos contractuales orientados a fortalecer dicha actividad en zonas rurales de los municipios donde se han identificado focos de rabia silvestre (Dabeiba, Urrao, Frontino, Valdivia, Briceño, Ituango, Puerto Berrio y Barbosa), en municipios de amplia extensión geográfica y en dos subregiones que por sus características geográficas y sociodemográficas requerían apoyo en vacunación, como los de las subregiones Urabá y Bajo Cauca.

Las restricciones sanitarias y de movilidad ocasionadas por la pandemia de COVID-19, dificultaron los desplazamientos y las intervenciones en salud. Para evitar las aglomeraciones de personas, las actividades de vacunación se hicieron con la estrategia casa a casa, y las asesorías y asistencias técnicas, se han hecho prioritariamente de manera virtual.

Durante el año 2021 se han realizó una (1) campaña en tenencia responsable de animales de compañía, la cual abarcó a todo el departamento y estuvo compuesta por material audiovisual, impreso y de redes sociales, haciendo énfasis en vacunación antirrábica y planes sanitarios que prevengan el contagio de zoonosis tales como leptospirosis y rabia.

A diciembre 31 del 2021 se tienen los siguientes resultados preliminares según fuente RIPS, de una incidencia de brucelosis de 0,2 por 100.000 habitantes; se tiene una meta de para el período 2020 – 2023 de bajar esta incidencia a 0,19. De acuerdo con la definición operativa de caso, los casos de leptospirosis deben ser confirmados por MAT, la incidencia se encuentra en 1.30%. Las enfermedades zoonóticas requieren medidas que deben ser implementadas de manera articulada y que permitan identificar las necesidades de información en materia sanitaria y ambiental, la definición de indicadores y gestión de fuentes de información y avanzar en la caracterización de la situación en salud que incluya también la producción primaria del orden pecuario y la situación ambiental como generadoras de determinantes que desencadenan la presencia de esta enfermedades las cuales se transmiten de forma natural de los animales a los seres humanos a través de la exposición directa o indirecta a los animales, los productos derivados de estos o de su entorno (OPS, 2016).

En cuanto a la esterilización de caninos y felinos, siendo esta la manera más segura y efectiva de evitar la proliferación de animales callejeros en beneficio de la salud pública del departamento, a 31 de diciembre de 2021 se realizaron 34.094 cirugías, para un acumulado en esta administración de 44.797 animales de compañía esterilizados.

Con relación a la estimación de población canina y felina en los municipios priorizados, se aplica el método de estimación propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social el cual consiste en la aplicación de unas encuestas y un cálculo estadístico, para diciembre del 2021 no se alcanza el logro proyectado equivalente a 10 municipios de 4, 5 y 6 categoría, situación que se convierte en un reto para su cumplimiento en el año 2022. En Antioquia se tienen identificados 27 albergues o centro de atención de fauna silvestre de los cuales en el 2021 se visitaron 26 para un cumplimiento



del 96,29%.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Implementación y fortalecimiento del SOGC a los prestadores de servicios de salud en el departamento de Antioquia

Línea de Acción MAITE: Gobernanza- Talento Humano

Para lograr la atención con calidad y oportunidad a la población antioqueña, se contribuye a mejorar la capacidad de resolutive de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y el cumplimiento con la normatividad vigente con la revisión, evaluación y emisión de aval a los proyectos presentados por las ESE Hospitales, para la financiación o cofinanciación para la adquisición de equipos biomédicos, vehículos (ambulancias), y equipos industriales de uso hospitalario, para la construcción, remodelación y adecuación de la infraestructura física; la asesoría y asistencia técnica a las ESE hospital en lo relacionado con los programas de saneamiento fiscal y financiero, la conformación y funcionamiento de la juntas directivas, la elaboración de proyectos en Metodología General Ajustada (MGA); en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC y en el Sistema de Información para la Calidad-SIC. Además, se realizó asesoría y asistencia técnica a todos los prestadores de servicios de salud (PSS) en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la atención en salud (SOGC) y en la organización de la red y la inspección vigilancia y control en el cumplimiento de las normas técnicas, científicas y administrativas y del SOGC a los prestadores de servicios de salud, y la coordinación de la Red de trasplantes y de Sangre. Las acciones realizadas en este indicador son coherentes con las iniciativas de los municipios PDET que se han incluido en los proyectos cofinanciados.



392

También se cumple en un 100% con las visitas programadas de Inspección, Vigilancia y Control así como las de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación, según la normatividad vigente (Decreto 780/16 y Resolución 3100/19), que tiene por objetivo velar por la vida, la salud y la seguridad de los pacientes (cuando no da espacio para planes de mejoramiento), para lo cual los prestadores de servicios de salud deben cumplir con estándares mínimos de calidad en sus servicios, a los cuales se les realiza un seguimiento más estricto en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGC), orientado a contar con las condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, a fin de mejorar la calidad de la atención de salud que se brinda a la población por parte de los PSS. Esto se desarrolla con la ejecución de las visitas de verificación y de inspección y vigilancia a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS). Además, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación por parte de los Prestadores de Servicios de Salud; se realizaron 314 visitas, distribuidas de acuerdo al tipo de visitas: previas 101; de certificación 11; y de inspección y vigilancia 202. Sumado a esto, para la búsqueda activa de prestadores se han realizado 181 visitas.

En relación al cumplimiento de investigaciones administrativas, a los Prestadores de Servicios de Salud que no cumplieron con las condiciones del Sistema Único de Habilitación se les inicia el proceso administrativo sancionatorio al 100%, realizando en esta vigencia: 37 autos de cierre, 265 autos de inicio, 2 autos de apertura etapa probatoria, 159 autos de traslado, 100 sanciones, 34 recursos de reposición, 53 pérdidas de la competencia, 41 resolución que resuelve el procedimiento sin sanción, 3 resolución o auto de cesación de actuación administrativa, 1 resolución de revocatoria, 38 devueltos para análisis preliminar o verificación.

Este proyecto tiene retos importantes, 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 se les debe realizar un seguimiento 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 humanización, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, para evitar la presencia de eventos adversos, causando daño a los pacientes o la muerte.

Problema 28: Difícil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia



ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Implementación Programa aéreo social acortando distancias Antioquia

Línea de Acción MAITE: Prestación de Servicios- Enfoque diferencial

En la vigencia 2021, el Programa Aéreo Social, posibilita el acceso a los servicios sociales, en las comunidades indígenas de Turriquitado Alto (Llano) y Bachidubí de Murindó, Valle de Perdas de Urrao, El Salado de Vigía del Fuerte y en la comunidad afrodescendiente de Altos de Murri de Frontino, de las subregiones del Urabá, Suroeste y Occidente, atendiendo 2.252 personas y realizando 8.517 atenciones integrales en salud, identificando y controlando riesgos sociales y de salud para la vida, rescatando y trasladando por vía aérea a niñas, niños y maternas en riesgo de muerte, contribuyendo a disminuir la mortalidad evitable de grupos C, D5 y D6 en estas comunidades. El avance de los planes de intervención social ejecutados para las comunidades vulnerables con difícil acceso, priorizadas del departamento fue de 41,66%, impactando las subregiones priorizadas de Urabá, Occidente y Suroeste.

Es un reto importante facilitar el acceso a los servicios sociales a estas comunidades vulnerables quienes se han visto afectados por situaciones geográficas, sociales, económicas, ambientales entre otros lo que ha ocasionado un deterioro de las condiciones de salud y la presencia de enfermedad, en especial para la población indígena global quienes presentan altos niveles de inequidad en la oferta institucional, bajo reconocimiento de sus particularidades culturales, su cosmogonía, usos y costumbres.

Problema 29: Población con dificultad en el acceso a servicios de salud especializados.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.6. Programa 6: Telesalud

ODS movilizado(s) por este programa:





Proyecto: Implementación Telemedicina, conectados para cuidar la salud y la vida de la población de Antioquia

Línea de Acción MAITE: Prestación de Servicios

Con la implementación de la modalidad de Telemedicina, se busca fortalecer la capacidad resolutoria de los primeros niveles de atención con el fin de mejorar la accesibilidad y la oportunidad a los servicios de mediana y alta complejidad mejorando la calidad en la atención brindada, así como la oportunidad en el diagnóstico de la población antioqueña. En 2021 se avanza en el diseño y estructuración de un proyecto liderado por la ESE Carisma, para la implementación de la modalidad de Telemedicina para fortalecer la atención en salud mental en algunos municipios de las subregiones Suroeste y Norte. La implementación de la modalidad de telemedicina, ayuda en el diagnóstico precoz evitando complicaciones, además evitará desplazamientos innecesarios de los pacientes a otras ciudades disminuyendo el riesgo de un deterioro de su salud, así como la disminución de los gastos de bolsillo de los mismos y se constituye en un reto su implementación en el año 2022.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento trabajando por la Salud Pública -Laboratorio Departamental.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública



Se han presentado avances en el cumplimiento de los estándares de calidad con un 93,70% a diciembre 31 del 2021, superando la meta establecida del 80%, aún si se tiene en cuenta que el Laboratorio Departamental de Salud Pública, tiene una infraestructura que no da cumplimiento total a los requerimientos normativos para la acreditación del laboratorio, lo que incide directamente en la capacidad resolutoria del LDSP de acuerdo con su alcance y misionalidad de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Fue un logro para el Laboratorio de Salud Pública, obtener el levantamiento de la suspensión, que había impuesto el INVIMA, al laboratorio de análisis microbiológico y físico químico de alimentos, el cual se encuentra en operación y seguimiento desde el mes de marzo 2021. Otro logro para destacar es la estandarización de laboratorio de entomología, su dotación y aporte a la vigilancia entomológica en algunos municipios del Departamento.

En cuanto a la implementación y apropiación en uso y manejo de procedimientos técnicos para las pruebas realizadas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública y vigilancia y control sanitario y en los formatos actualizados dentro del Sistema Integrado de Gestión se avanza en un 42,40%.

El LDSP continúa siendo pieza fundamental en el diagnóstico del COVID-19, conformando una red de laboratorios avalados para este diagnóstico en el período 2020-2022, hace parte de la red de vigilancia genómica, para lo cual se adoptaron procesos, procedimientos y protocolos emanados del INS, se realiza inversión tecnológica, de insumos y de talento humano, cofinanciados con recursos del Sistema General de Regalías y recursos propios de la Secretaría de Salud.

Es en este contexto que se convierte en una prioridad para la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia velar porque el Laboratorio Departamental de Salud Pública - LDSP, cuente con la infraestructura física, la tecnología, el talento humano competente y suficiente, un sistema de información que responda a las necesidades y exigencia en la calidad del dato, para que pueda ejercer sus funciones de vigilancia por laboratorio que le permita incidir en los indicadores de salud pública, mejorar la gestión administrativa y por consiguiente realizar un mejor control de calidad a la red de laboratorios del Departamento, apoyando la oportunidad y calidad diagnóstica en el territorio y ser reconocido como referente departamental y autoridad sanitaria.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) del departamento Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Prestación de Servicios

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias es una unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio antioqueño, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre. Durante 2021 el equipo técnico del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) realizó nueve (9) asesorías y asistencia técnica en las subregiones del departamento, en temas como: Funciones de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias CRUE, Referencia y contra referencia de pacientes urgentes y electivos, gestión del riesgo de la Misión médica, Donación y trasplante de órganos y tejidos, Gestión del riesgo en salud con Planes de Manejo en salud de aglomeración masiva de personas y, Planes Hospitalarios de Emergencias, Sistema de Emergencias Médicas -SEM y Reglamento Sanitario Internacional; adicionalmente, se realizaron actividades de inspección y vigilancia específicamente en la referencia y contrarreferencia de pacientes.

En relación al indicador de Mortalidad por emergencias y desastres en el departamento, los eventos fueron reportados al Centro Regulador, donde se extrae información de mortalidad. De acuerdo con el número de habitantes de Antioquia en 2021, se alcanzó una tasa de mortalidad de 4,25 por cada 100.000 habitantes. En la distribución porcentual se aprecia que las causales que generaron el mayor número de muertes fueron los enfrentamientos e incursiones armadas (30,1%), las muertes ocasionadas en masacres (16,7%) y las ocasionadas por accidentes de tránsito (10,7%), lo que ha contribuido al no cumplimiento de la meta planteada, por tratarse de causas externas de difícil control por parte del ente departamental.

Sin embargo, se viene trabajando en brindar respuesta oportuna a las solicitudes de servicios urgentes, midiendo la oportunidad en la respuesta, que por norma debe ser resuelta durante las



primeras seis horas, una vez recibida la solicitud. Para el cálculo del indicador en el CRUE, se tuvo en cuenta tanto el componente urgencias como la asignación de camas UCI (COVID-19 y NO COVID-19), dando cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. A diciembre 31, se ha alcanzado una oportunidad en la respuesta a urgencias de 98,10%, superando la meta programada de 88,0%, de esta manera se ha contribuido a evitar que los niveles de mortalidad por emergencias y desastres no sean superiores al dato preliminar que se tiene en el momento.

En cuanto al cumplimiento de las acciones definidas por el Reglamento Sanitario Internacional, continúan vigentes los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) municipales y se han realizado los comités de sanidad portuaria. La meta para 2021 está definida en un 30,0%, pero dado lo anterior y según las evidencias de acciones cumplidas del RSI por parte de los municipios, se logró un avance del 75,72% en este indicador para el cierre 2021.

Sobre los municipios y/o Distrito con Sistema de Emergencias Médicas (SEM) implementado y auditado, la meta para el 2021 fue 92,0%, logrando 85,7% de cumplimiento. Lo anterior se debe a que solo seis municipios de siete obligados a implementar el SEM han presentado informes de implementación; ante esto, el personal del CRUE ha realizado acompañamiento a los municipios. En el municipio de Turbo -Distrito Portuario, Logístico, Turístico y Comercial-, continúa pendiente la implementación del SEM, la cual se posterga para la siguiente vigencia, por tanto, se conserva el cumplimiento obtenido a la fecha de cierre del 2021.

Con la implementación del sistema de emergencias médicas en los municipios obligados, se tiene oportunidad en la atención de víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias, articulado con el CRUE.

Se evidencian logros importantes como el posicionamiento del CRUE del departamento de Antioquia y su articulación con los actores del sector salud en situación de pandemia. La modernización y fortalecimiento del CRUE departamental, ha mejorado los procesos internos y la respuesta ante situaciones de urgencias, emergencias y desastres e implementando el Sistema de Información SISCRUE Antioquia.

Con la realización del seguimiento y monitoreo de la disponibilidad, ocupación de los servicios de urgencias y de hospitalización, el aumento de la demanda y análisis de información, se estimó la necesidad de expansión en los servicios de salud en la red hospitalaria pública y privada del departamento de Antioquia; dado lo anterior, y teniendo el acompañamiento de los directivos de la SSSA, se logró el fortalecimiento de la capacidad instalada (Recurso Humano, infraestructura, servicios, insumos, equipos, etc.) para atención en salud, en situación de pandemia en el departamento.

Ante la emergencia por COVID-19, se avanza en estrategias orientadas a brindar una respuesta



efectiva de la entidad territorial y del CRUE como: el crecimiento de camas UCI y UCRIS, el monitoreo de medicamentos, proveedores de oxígeno, el desescalamiento de pacientes, Tele-apoyo: ¡Te acompaño, te escucho!, la intervención y abordaje a pacientes con disentimiento a remisión para unidad de cuidados intensivos (UCI) en territorio antioqueño o en otros departamentos del país, la puesta en marcha del Comité de Bioética, la articulación con el sector educativo con el fin de realizar rotación de estudiantes, grados anticipados, disposición de estudiantes a la red, entre otros.

Problema 32: Inadecuada prestación de servicios de salud que no responde a las necesidades y expectativas de la población del departamento de Antioquia



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento a la red de servicios de salud del departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Prestación de Servicios

Se da cumplimiento en un 100% al indicador de Empresas Sociales del Estado priorizadas con recursos asignados y ejecutados para fortalecer la red de servicios. Durante el año 2021 se realizó la adquisición de 40 ambulancias por un valor total de \$8.287.525.366, de los cuales el Departamento-SSSA aporta \$3.283.525.366, el Ministerio de Salud y Protección Social cofinancia \$3.600.000.000 y los municipios y/o las ESE \$1.404.000.000. De las cuales, este año se van a entregar 14 ambulancias con la siguiente distribución: subregión Norte: Ituango; subregión Nordeste: Yolombó; subregión Magdalena Medio: Puerto Nare, Yondó y Caracolí; subregión Suroeste: Ciudad Bolívar; subregión Urabá: Chigorodó, Arboletes, Carepa y San Pedro de Urabá; subregión Bajo Cauca: Nechí; subregión Valle de Aburrá: La Estrella; subregión Oriente: Abejorral; y subregión Occidente: Sabanalarga.

También durante este año, el Departamento-SSSA financia la ESE Hospital Atrato Medio



Antioqueño en la adquisición de motores fuera de borda (\$211.934.370); la adquisición de equipos y dispositivos médicos necesarios para habilitar el servicio de vacunación en la ESE Hospital San Rafael de Itagüí (\$40.000.000); y la dotación del servicio de vacunación a la ESE Hospital Marco Fidel Suárez (con un aporte de \$30.000.000), para la ESE San Rafael de Itagüí \$145.290.953 dotación camas hospitalarias, ESE Marco Fidel Suarez de Bello \$60.000.000 para equipos biomédicos, ESE Hospital San José municipio de Salgar, \$21.271.250 para servicio de vacunación, ESE Hospital San Luis Beltrán de San Jerónimo \$58.317. 854 para adquisición de planta eléctrica, ESE San Juan de Dios de Santafé de Antioquia \$ 39.827.991 para adquisición de planta eléctrica, ESE hospital Pedro Nel Cardona de Arboletes para un valor total de \$104.248.462 de los cuales el departamento aporta \$76.000.000 y la ESE \$28.248.462 para adquisición de planta eléctrica. Hospital San Rafael de San Luis \$55.520.283 para adquisición de planta eléctrica. ESE Hospital San Bartolomé de Murindó \$76.973.960 para adquisición de planta eléctrica. ESE Hospital San Lorenzo de Liborina \$59,559.500 para adquisición de planta eléctrica. ESE Hospital San Antonio de Caramanta \$54.859.000 para adquisición planta eléctrica. ESE Hospital Gabriel Peláez Montoya de Jardín para un valor total de \$314.000.000 de los cuales el departamento aportó \$282.600.000 y el municipio y la ESE cada uno aportó adicional \$15.700.000, para adquisición de equipos de Rayos X. ESE Hospital César Uribe Piedrahita sede Puerto Berrio del Municipio de Puerto Berrio \$358.000.000 para adquisición de planta eléctrica. ESE Hospital San Juan de Dios del Peñol, \$11.103.293 para dotación consultorio rosa. ESE Hospital San Isidro del Municipio de Giraldo un valor total de \$72.521.813 el departamento aporta \$60.000.000 y la ESE cofinanció \$12.521.813, para adquisición de planta eléctrica. ESE Hospital Mental de Antioquia del municipio de Bello \$ 401.881.011 para adquisición de dotación para el servicio de hospitalización. ESE San Juan de Dios de Yarumal con valor total de \$306.199.412 donde el departamento financió \$202.000.000 y la ESE cofinanció \$104.199. 412, para adquisición de planta eléctrica. ESE Hospital Marco Antonio Cardona del municipio de Maceo \$139,550,428 para adquisición de quipos biomédicos. ESE Hospital San Martín de Porres del municipio de Armenia \$43.434.425 para adquisición de planta eléctrica.

También se realiza la adquisición de planta productora de oxígeno medicinal-PSA para la subregión Valle de Aburrá a la ESE Hospital La María, por un valor de \$841.580.337; otra para la ESE Manuel Uribe Ángel de Envigado con un aporte de \$371.662.153 (el municipio aportó \$371.662.153; y dotación de equipos biomédicos, para el hospital del municipio Puerto Triunfo (\$99.858.837). También, se adquirieron los equipos biomédicos y dispositivos médicos necesarios para el fortalecimiento de las 124 ESE, de estos 89 hacen parte de Acuerdos Municipales, por un valor total de \$15.377.970.804, de los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social aporta \$12.000.000.000 y el Departamento – SSSA \$3.377.970.804; y se financia los estudios y diseños para la nueva infraestructura física de la ESE Hospital San Vicente de Paul de Caldas, por valor de \$751.259.820. Además, para mejoramiento de la infraestructura física para la ESE Hospital San Rafael del municipio de Yolombó \$100.000.000 para la adecuación y ampliación de la infraestructura física. Para la construcción del complejo hospitalario Antonio Roldán Betancur \$10.000.000.000. Para la ESE Hospital la inmaculada del municipio de Guatapé \$300.000.000 para



la adecuación de los servicios de urgencias y laboratorio clínico.

Además, se ha gestionado con el Ministerio de Salud y Protección Social, la financiación y cofinanciación de equipos biomédicos de tecnología controlada para las ESE Hospital de La María, Marco Fidel Suárez de Bello, Yarumal, Yolombó, Rionegro, Armenia, Santa Fe de Antioquia, Tarso y Támesis; y de ambulancias para las ESE de Caicedo, Concordia, Arboletes, Carmen de Viboral, Yarumal, Santa Bárbara, Buriticá y Salgar.

Para el fortalecimiento de las ESE, el departamento – SSSA financió para el pago de operación corriente (obligaciones laborales) a la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio Valparaíso un valor de \$200.000.000; la ESE Hospital San Antonio del municipio Caramanta por valor de \$100.000.000; a la ESE Hospital Presbiterio Luis Felipe Arbeláez del municipio Alejandría por un valor de \$300.000.000; y Hospital La Merced en Ciudad Bolívar \$500.000.000, la ESE San Rafael de Itagüí \$500.000.000, la ESE Cesar Uribe Piedrahita del municipio de Caucasia, \$800.000.000, la ESE San Vicente de Paul del municipio de Caldas \$500.000.000, ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Barbosa \$30.000.000, ESE Hospital el Carmen del municipio de Amalfi \$30.000.000, ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de San Carlos \$150.000.000, ESE la Anunciación de Mutatá \$20.000.000, ESE San Sebastián de Urabá de Necoclí \$60.000.000, ESE Manual Uribe Ángel de Envigado \$30.000.000, ESE Metro Salud de Medellín \$30.000.000, ESE Iván Restrepo Gómez de Urao \$30.000.000, ESE San Juan de Dios de Sonsón \$30.000.000, ESE San Juan de Dios de Marinilla \$30.000.000, ESE Carisma de Medellín \$250.000.000.

Para el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero a la ESE Hospital San Rafael de Venecia, se le entregaron recursos de FONSAET por un valor de \$732.535.537.

El departamento de Antioquia entrega recursos por Estampilla Prohospital por \$18.512.751.889 para 106 ESE Hospitales

Los esfuerzos realizados y las acciones articuladas entre la Gobernación de Antioquia, los entes territoriales municipales y las Empresas Sociales del Estado están orientados a mejorar la situación financiera de las ESE Hospitales de tal manera que aumenten su liquidez, se tenga una mayor resolutivez durante la prestación de los servicios; así como un mejoramiento en la calidad y el cumplimiento de las exigencias normativas principalmente de infraestructura, dotación y en el parque automotor, de tal manera que sea suficiente para la adecuada referencia y contrarreferencia de pacientes.

Adicionalmente se pretende fortalecer el trabajo de la red de sangre y la de trasplantes; y articular de una manera más eficiente la prestación de servicios entre las diferentes Empresas Sociales del Estado a través de conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), se avanza en la prueba piloto en las subregiones del Norte y del Suroeste Antioqueño.



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



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Transformación digital en salud para el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Gobernanza

Para el departamento de Antioquia se tiene unos retos grandes frente al desarrollo de un adecuado sistema de información en salud dado que aún no se cuenta con la totalidad de procesos y procedimientos definidos generando desarticulación en las cadenas de información y falta de integración por la dispersión de aplicativos que son implementados unos desde el nivel nacional, otros a nivel local. Se deben adquirir plataformas interoperables que faciliten la cooperación entre actores de modo que se eviten los reprocesos y mejorar la cultura para dar un mejor uso a la información disponible y generar conocimiento a partir de la información que se tiene y que permita una mejor toma de decisiones por parte de los diferentes actores del sistema.

En cuanto al indicador de avance en la interoperabilidad con entidades del sector salud se tiene un cumplimiento a diciembre del 18% con una meta programada del 20%, utilizando plataformas digitales en los componentes o procesos priorizados, se han realizado actividades, destacándose: la consolidación, ponderación y socialización de los resultados de la encuesta de madurez tecnológica para interoperabilidad de la historia clínica electrónica de 129 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, al igual que se ha brindado asesoría y asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado (ESE) priorizadas, sobre los lineamientos metodológicos y técnicos para la formulación de proyectos, con el fin de fortalecer el sistema de información y la infraestructura tecnológica, abordando los aspectos más relevantes en los que deben centrar su atención la mayoría de los Empresas Sociales de Estado.

A diciembre del 2021 se ha avanzado en la asesoría y asistencia técnica en la formulación del



proyecto de fortalecimiento de Gestión de Tecnología de Información-TI de acuerdo con las prioridades. Además, se trabaja en la aplicación, consolidación, ponderación y visualización de resultados de la encuesta de madurez de las IPS privadas, y en la culminación del piloto para el desarrollo del -proyecto tipo- sobre interoperabilidad de historia clínica que está coordinando la Dirección Nacional de Planeación (DNP). El valor de presupuesto final asignado para el proyecto Transformación Digital en Salud en la vigencia 2021 fue de: \$8.462.789.728.

Se ha alcanzado un 100% de la ejecución del proyecto de Arquitectura Empresarial, el cual comprende la entrega del plan de trabajo del proyecto y el plan de calidad, revisión del nivel de madurez de todos los dominios; entrega y revisión de los documentos del ASIS (Análisis de la Situación Actual), la entrega de los documentos definitivos del TOBE(Hacer, Situación deseada) los cuales corresponden a cada uno de los dominios, la socialización de los hallazgos, hoja de ruta, análisis de brechas, plan de transformación con la identificación y priorización de iniciativas (proyectos), elaboración de las fichas técnicas de cada uno de los proyectos y la transferencia de conocimiento.

Se obtiene un cumplimiento del 20,87% en el indicador de componentes priorizados de tecnologías de la información (TI) desarrollados, implementados y/o articulados para el fortalecimiento del sistema de información cumpliendo con la meta programada, se realizaron los contratos de mantenimiento al software de nómina y Laboratorio departamental; MIPRES, recepción de facturación electrónica y se apoyó con el nuevo desarrollo del componente de tutelas en el aplicativo de SISCRUE; y se realizó mantenimiento al aplicativo interno de afiliación en línea, registro de profesionales; desarrollo del nuevo aplicativo de residuos hospitalarios y se implementa la funcionalidad QR para Misión Medica; se realiza la actualización a la aplicación de la Resolución 4505 del 2012; se realiza mantenimiento a los aplicativos de MAF, y a la aplicación actual de reportes y SIAT(tutelas) y se avanza en 75% en el nuevo aplicativo actualización de reportes.

En cuanto a las acciones, instrumentos y servicios de información implementados para el análisis, uso y divulgación de la información de manera periódica y sistemática se ejecutan 6 superando la meta programada de 3 para la vigencia 2021; se contrató de mantenimiento de la Página Web y Web Master, creación de micrositio de Laboratorio, creación micrositio de ASIS, y se crearon los tableros de control de la Población, Migrantes y Pólvora, se realizaron 71 streaming que apoyaron las diferentes capacitaciones, lineamientos y temas de interés para el sector salud y la comunidad; se continuo con el mantenimiento a los tableros de control existentes: tasas anuales de mortalidad, tableros de COVID-19, Atención Primaria en Salud-APS, aseguramiento y reportes de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

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.



403



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Contribución Fortalecimiento técnico a los actores del SGSSS.

Proyecto: Desarrollo del Observatorio de Salud Secretaría Seccional de Salud y Protección Social Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Gobernanza- Intersectorialidad

Los retos planteados frente al desarrollo y fortalecimiento de la planeación en salud en los territorios de tal manera que se ejecuten estrategias con acciones transformadoras, eficientes, efectivas y eficaces y que permitan la optimización de los recursos, el cumplimiento de metas y objetivos en el corto y mediano plazo y que de manera articulada permita la modificación de los determinantes de la salud.

En este contexto, se viene adelantando el proceso de estandarización del Modelo de Asesoría y Asistencia Técnica con la capacitación a los servidores y contratistas, y trabajando en la implementación de la plataforma que permite realizar el seguimiento al cumplimiento de los compromisos pactados en las asesorías, para, de esta manera, lograr impactos positivos orientados al fortalecimiento de capacidades en los territorios, de manera preliminar se tiene a diciembre del 2021 un resultado del 91,4%.

El indicador de cumplimiento de los reportes, informes y otros definidos en la normatividad que sean competencia de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia obtuvo un resultado preliminar a diciembre 31 del 99,6%. Este resultado presenta un mejoramiento en el tiempo, ya que se inicia el proceso con la realización del inventario de reportes e informes obligatorios, la identificación de responsables, la asignación de talento humano que realice el seguimiento sistemático y continuo al cumplimiento del cargue de la información en la plataforma Power BI, lo que permite visualizar los resultados de cumplimiento por cada una de las



404

dependencias y realizar los ajustes pertinentes.

Dentro de los compromisos que se tienen planteados en el proyecto de Fortalecimiento de las capacidades a los diferentes actores del sistema, durante el 2021 se realiza la elaboración y despliegue del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2020, con la participación activa de los 125 municipios y Distrito del departamento y de diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, con el objetivo de fortalecer el proceso de planificación territorial y la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad de vida de los antioqueños. Adicionalmente, se realiza el diseño e implementación del micrositio del ASIS departamental: <https://www.dssa.gov.co/index.php/inicio-asis>, en el cual reposa la información subregional, y se dispone de las fichas municipales. Sumado a esto, durante el año se realiza un reconocimiento a las entidades territoriales que elaboraron el mejor ASIS 2020, siendo galardonados los municipios Sonsón, Urrao, Medellín y Marinilla.

También se lleva a cabo la definición, estructuración y desarrollo del Observatorio en Salud (OSSSA) adoptado mediante Resolución No 2021060089864 de octubre del 2021, el cual tiene como objetivo: “Monitorear la información en salud del territorio antioqueño y disponer evidencias para el direccionamiento del sector, con equidad, analizando los determinantes sociales de la salud, la utilización de los servicios, accesibilidad geográfica y cultural, para aportar al mejoramiento de la salud de la población”. El Observatorio en Salud es una oportunidad para fortalecer la generación de conocimiento para la toma de decisiones basada en hechos y datos confiables, y se estructura en ejes estratégicos de acción: Gobierno de datos, Fuentes de información, Análisis de información, Visualización de Información, Productos y/o Resultados.

La información se encuentra disponible en el siguiente vínculo: <https://dssa.gov.co/inicio-estadisticas>.

El fortalecimiento de la gestión del conocimiento se ha constituido en uno de los retos de esta Administración, y en respuesta a esta necesidad se estructura el Comité de Investigación de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, mediante Resolución No 2021060092895 del 7 de octubre del 2021, el cual tiene por objetivo “Generar un espacio técnico que brinde lineamientos para el desarrollo de la investigación, hacia la solución de necesidades y problemas de salud de la población antioqueña soportadas en evidencias científicas, con participación de otros actores del sector salud o de otros sectores”, y se tiene un cumplimiento a diciembre 2021 en el plan de trabajo de este comité de un 100%.

Se adelanta, además, el proceso de Evaluación de la capacidad de gestión municipal a las 125 entidades territoriales del Departamento, con la recertificación de 109 municipios y el reconocimiento a 20 municipios que obtuvieron las más altas calificaciones. Con el objetivo de avanzar en el mejoramiento de los procesos y el fortalecimiento de capacidades en las entidades territoriales, se elabora el plan de mejoramiento, producto de la identificación dentro del proceso



de oportunidades de mejoramiento, el cual se encuentra en implementación con la asistencia técnica de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Problema 35: Deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de Gestión Pública en Salud en el departamento de Antioquia



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Implementación de la Política de Participación Social en Salud PPSS en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Gobernanza- Intersectorialidad

Con la implementación de la Política de Participación Social en Salud - PPSS, normada mediante la Resolución 2063 de 2017, por el Ministerio de Salud y Protección Social; la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, a través de las asesorías y asistencias técnicas brindadas a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS con presencia en el territorio, busca dar respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud en el departamento.

Para la vigencia del 2021, se definen las metas de brindar asistencia técnica en la implementación de la PPSS, al 90 % de Secretarías de Salud y Empresas Sociales del Estado, y al 60% de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio EAPB presentes en Antioquia. A diciembre del 2021, se alcanza el 100%, tanto de Secretarías y Direcciones Locales de Salud (DLS) como de las Empresas Sociales del Estado. También el 66% de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, aportando a la garantía de los derechos a la participación y a la salud.

La PPSS fue adoptada por el 96% de las Direcciones y secretarías Locales de Salud a través de Decreto municipal, e igualmente, en las Empresas Sociales del Estado e IPS, a través de Resolución de la Gerencia. El 98 % de las DLS y el 97% de las ESE Hospitales, elaboraron y reportaron



programación para implementarla en la vigencia; facilitándose con ello, la participación de los ciudadanos en los procesos de la planeación, seguimiento y evaluación de la gestión pública en salud.

Problema 36: Deficiencia en el conocimiento y acceso de la información en salud en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Comunicación para el bienestar y la vida.

Línea de Acción MAITE: Gobernanza

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en cumplimiento de sus competencias normativas debe realizar una serie de campañas, estrategias y acciones que impliquen el diseño, producción y emisión de mensajes para la población objetivo de los 125 municipios para promover la movilización y la participación ciudadana en los proyectos de salud que se adelanten en cada región y/o municipio de Antioquia.

Para fortalecer el proceso comunicacional, así como la implementación de la estrategia de Educación, Comunicación e Información (ECI) en Antioquia, lo que exige conceptualizar, difundir, anunciar y facilitar los procesos de información, prevención y comunicación; y esto implica el uso de los medios de comunicación y de diferentes herramientas de comunicación como campañas, piezas, mensajes y medios, y utilizando la infraestructura existente en medios comunitarios y grupos organizados que permitan la difusión de los mismos con mayor eficiencia.

A diciembre 31 del 2021 se cumple en un 100% con las campañas publicitarias, algunas de las realizadas fueron: Cuidarnos y Vacunarnos, Prevención del Cáncer de mama, Hepatitis, Cuidado con el Humo, Prevención del Cáncer de Piel, Sarampión y Rubeola, Mortalidad Materna, Semana de Estilos de Vida Saludable, Semana de la Lactancia Materna, Prevención del uso de Pólvora,



Tenencia responsable de animales, Donación de Sangre entre otros.

Entre los retos que tiene la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social es 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. Al 2021 no se realiza la medición del impacto de las campañas implementadas, actividad a ejecutar en el 2022.

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.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento institucional de recursos administrativos y financieros 2020 - 2023, departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Gobernanza- Intersectorialidad- Financiación- Talento Humano

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia avanza en recuperar su liderazgo y credibilidad en el departamento mediante la estandarización de los procesos, la promoción de acciones de articulación que permitan tener presencia en los territorios y cumplir con sus competencias de una forma más efectiva. Se apoya la gestión de las entidades territoriales y de las Empresas Sociales del Estado Hospitales mediante el fortalecimiento de capacidades y la consecución de recursos alternativos para

En cuanto al cumplimiento del indicador de Incremento de los recursos financieros gestionados para la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, se ha logrado un incremento del 61,2% de los recursos financieros alternativos en esta vigencia, y 159,7% desde el 2020, para la ejecución de los diferentes proyectos de la Secretaría, con una inversión de \$127.452.948.702 de la vigencia



2021, de los cuales \$48.829.838.801 corresponden a la cofinanciación del acuerdo de punto final fase III. Con respecto al Plan integral de capacitaciones, se tiene un avance del 435%. Por otro lado, se ha logrado acompañar a 25 ESE-hospitales para tramitar el pasivo pensional, alcanzando el objetivo con 23.

Conclusiones:

La formulación y actualización permanente del Análisis de la Situación en Salud – ASIS de un territorio plantea varios retos a nivel conceptual y técnico para influir en los procesos de toma de decisiones desde el componente político administrativo. La identificación de las necesidades y su priorización facilitan la optimización de recursos para la definición de políticas, planes, programas y proyectos que den respuesta a esas problemáticas con intervenciones que permitan la articulación de los diferentes actores.

La priorización de las problemáticas en salud debe conllevar a la posibilidad de implementar estrategias que permitan identificar las necesidades sentidas de las comunidades y que esta priorización fortalezca la incidencia política del sector en espacios de carácter intersectorial.

Se identifica en el proceso de actualización dificultades de tipo técnico que en ocasiones no permiten que la toma de decisiones se realice respondiendo a ejercicios articulados temporalmente así mismo la disponibilidad de la información, así como las fuentes no son del todo confiables y oportunas.

Para el proceso de actualización del ASIS 2021, persisten las problemáticas identificadas en la formulación del Plan de Desarrollo y del Plan Territorial en Salud 2020-2023 en el marco de la declaración de la Emergencia Sanitaria ocasionada por el COVID-19. Es necesario resaltar que las acciones del corto plazo formuladas en los Planes de Acción en Salud se orientan a la intervención de estas prioridades y de los diferentes determinantes sociales y de salud, mediante la ejecución de los proyectos que se lideran desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en el marco de la implementación de la Política de Atención Integral en Salud- PAIS y el Modelo de Atención Integral Territorial-MAITE, los cuales buscan orientar de manera articulada la gestión para responder a la intervención de esas necesidades y contribuir a su mejoramiento, fortaleciendo la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Las acciones definidas en los planes, programas y proyectos deben propender a su vez por el avance en cada una de las metas planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública para cada una de las dimensiones identificadas e igualmente impactar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como el resultado de la sinergia de acciones implementadas por los diferentes actores.

3.5. Estimación Índice de Necesidades en Salud (INS)



409

Para avanzar en el análisis se requiere evaluar cuáles son los mejores indicadores para definir el Índice de Necesidades en Salud-INS y que realmente expresen el comportamiento de las necesidades en salud de los territorios. Es primordial primero revisar bajo qué concepto se define “necesidad” y en específico “en salud”. A continuación, se refieren algunas definiciones de varios autores:

Max Neef, en el “Desarrollo a escala humana” entre otros ha definido la necesidad humana en dos categorías, la primera hace referencia al ser, tener, hacer, estar, y la segunda a las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Dentro de la necesidad de la subsistencia y el ser se encuentra la salud física, salud mental, pero igualmente en otras categorías están otras necesidades relacionadas a salud, como la alimentación, el abrigo por mencionar algunas. (Ver categoría de Necesidades de Max Neef).

Tabla 97. Categoría de Necesidades Max Neef.

	Ser	Tener	Hacer	Estar
SUBSISTENCIA	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
PROTECCIÓN	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada
AFECTO	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines.	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar.	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.
ENTENDIMIENTO	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad.	Literatura, maestros, métodos, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
PARTICIPACIÓN	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo.	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acortar, opinar	Ámbitos de interacción participativa, cooperativas, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familia
OCIO	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
CREACIÓN	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal
IDENTIDAD	Pertenencia, coherencia, diferencia, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confundirse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
LIBERTAD	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad espacio-temporal

Fuente. Desarrollo a escala humana. http://www.intranet.senasa.gov.ar/intranet/images/nes/archivos/peps/Documentos_y_articulos/Max_Neef_completo.doc

(Max Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1986). Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Número especial de la Revista Development Dialogue, CEPAUR/Fundación Dag Hammarsjöld, Uppsala, Suecia).

Doyal y Gough, referencian que las necesidades humanas son universales, pero se constituyen socialmente. Se refieren a que las necesidades básicas son la salud física y la autonomía de acción o de urgencia, y las necesidades intermedias o satisfactores de carácter universal que se conciben como “cualidades de los bienes, servicios y relaciones que favorecen la salud física y la autonomía en todas las culturas” (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2862638). Las necesidades humanas y su determinación, aportes de Doyal y Gough, Nussbaum y Max-Neef al estudio de la pobreza (Human Needs and Their Determination: The Contributions of Doyal and Gough, Nussbaum and Max-Neef to the Study of Poverty).

En tanto Bradshaw, hace referencia a que la necesidad en salud se origina en tres diferentes apreciaciones del usuario, la percepción de la carencia económica, la enfermedad y su relación con el entorno social, en esta última la salud personal y social están relacionadas.

Por otro lado, Maslow establece cinco categorías sucedidas en escala ascendente, organizadas en dos bloques de forma creciente y acumulativa, partiendo de lo más objetivo a lo más subjetivo, lo que implica que el individuo suple las necesidades situadas en el nivel más bajo o sea más objetivas con el fin de verse motivado a suplir las necesidades más altas más subjetivas.

Galtung, da cuenta de que las necesidades “se refieren siempre a valores y son definibles sólo a partir de valores”, analiza diferentes tipos de categorías, la primera de ellas las Necesidades Básicas Materiales en las que incluye (fisiológicas, ambientales, individuales, salud, en el sentido de bienestar somático, educación, libertad de expresión y de impresión). La segunda categoría las Necesidades Básicas No Materiales que incluye, (la creatividad, identidad, autonomía, compañía, participación, autorrealización, sensación de que la vida tiene un sentido). Otra categoría son las Necesidades No Básicas, definidas por (optimización de las necesidades básicas a través de un uso solidario de la tecnología).

Heller, referencia que las “necesidades” son existenciales, refiriéndose a que solo se puede hablar de necesidades de las que somos conscientes, identifica varios grupos como las necesidades básicas materiales y no materiales, las necesidades alineadas haciendo referencia a las cuantificables, necesidades incluye las fisiológicas, no alineadas como son las cualitativas, donde está el amor, estima, amistadas. Necesidades radicales, refiriéndose la revolución de la vida cotidiana, reestructura global de la vida generando un sistema de necesidades, pero es incapaz de satisfacerlas.

Al revisar estos autores y los diferentes conceptos se requiere definir primero que se entiende por necesidades en salud y además diferenciar entre la necesidad de atención, igualmente definir el método y los indicadores a evaluar, en ese orden de ideas lo calculado en el presente análisis no se pudo entender realmente como una evaluación profunda de las INS, teniendo en cuenta que se evalúan solo unos indicadores cuantitativos que hacen referencia a mortalidad en ciertos grupos y en ciertos eventos y por otro lado a la natalidad en adolescentes entre otros.



En 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, desagregado para los 125 municipios, y representa la posición que cada municipio tiene en relación con el resto de los municipios del Departamento.

Cuando se analiza los resultados semaforizados al compararlas con otros indicadores de la salud como los son los Determinantes Sociales de la Salud, no concuerdan (por ejemplo encontrar un municipio de sexta categoría, con Determinantes Sociales de la Salud no abordados y un Índice de Necesidades en Salud que para el año anterior fue bajo, lo que significa que sus necesidades están insatisfechas y para el análisis actual es alto, lo que significa que sus necesidades están satisfechas sin haber realizado proyectos de gran impacto, evidencia que es necesario avanzar en utilizar otros métodos que permitan comprender la necesidad en salud como un todo que impide al individuo y la comunidad un goce efectivo de la vida. Se tendrá que establecer un estudio que defina indicadores cualitativos y cuantitativos que incluya las diferentes categorías propuestas por los autores y poder llegar a identificar las desigualdades en cada uno de los territorios estratificados por diferentes entornos con enfoque diferencial que dé cuenta realmente de los resultados del Índice de Necesidades en Salud y así poder utilizarlo en la definición de políticas para construir proyectos programas y estrategias epidemiológicas, clínicas y de gestión para reducir este índice en la población del Departamento.

A continuación, se presenta los resultados de INS realizados de forma tradicional para el departamento de Antioquia, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Para la interpretación de los valores del índice, se tiene que, a menor valor del índice, mayor es la necesidad en salud, y de igual manera, a mayor valor del índice menor es la necesidad en salud del municipio.

Para 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).

La descripción y la fuente de variables consideradas para estimar el Índice de Necesidades en Salud son las siguientes:



Tabla 98. Variables para estimar Índice de Necesidades en Salud.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	Fuente de datos
MPIO	MUNICIPIO	
POB	Población 2021	DANE PROYECCIONES POBLACION CENSO 2018
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas 2019	SISPRO
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad 2019	SISPRO
TMI	mortalidad infantil 2019	SISPRO
TFA	fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años 2019	SISPRO
MDM	mortalidad por diabetes mellitus 2019	DANE PROCESA SSSA
MHOMC	mortalidad por homicidios 2019	DANE PROCESA SSSA
MAUTOI	mortalidad por lesiones autoinfligidas 2019	DANE PROCESA SSSA
SRP	coberturas de SRP en menores de un año (TRIPLE 2020)	SISPRO
COBAFI	cobertura de aseguramiento 2020	SISPRO
COBEDU	cobertura de educación MEDIA 2020	SISPRO
COBACU	cobertura de acueducto 2019	SISPRO

Fuente: Elaboración propia, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, año 2021

Cuando se analiza el INS por subregiones se evidencia que solo en el Valle de Aburrá con los 10 municipios que la conforman tienen una clasificación de INS baja, las demás subregiones presentan índices que se distribuyen de forma heterogénea en los cuartiles de clasificación.

Llama la atención como el municipio de Concepción donde el año anterior fue el municipio que presentó el INS más alto con -10,41 para el 2021 presenta un INS bajo correspondiente a 2,86, al revisar los indicadores para el año actual tiene 4 indicadores en cero (mortalidad infantil, mortalidad por diabetes, suicidios y mortalidad por autoinfligidas, 4 de los 11 indicadores evaluados).

El municipio de Toledo que en el 2020 estaba en la categoría de INS bajo con 2.67 para el 2021 está en un 0.54.

Para el municipio de Angelópolis que el año 2020 fue el tercer municipio con el índice más bajo correspondiendo a 7,08 para el 2021 evidencia .5,1 pero aun con índice bajo. En tanto Jardín continua en un índice alto de necesidades con -2,87 y sostenido para el 2020 donde obtuvo -2,94 de INS.

Medellín presenta el más alto INS con 16,38, sería importante desagregar la información de la ciudad por las diferentes comunas para evidenciar realmente este índice.

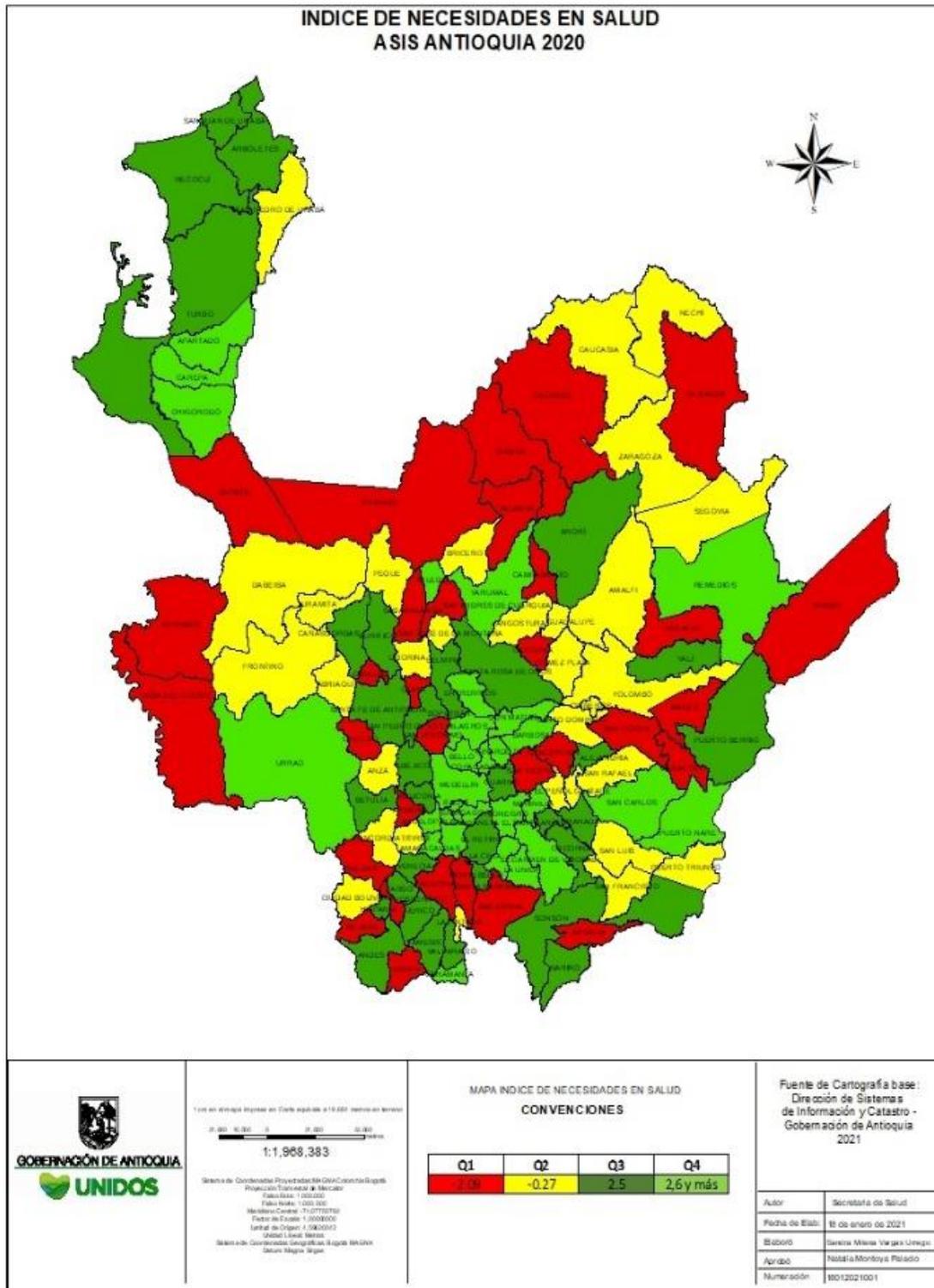
Por el contrario, el municipio con el más alto INS es Mutatá con -12,09, seguido de Cáceres, -9,35 y Murindó con -9,3.

Tabla 99. Índice de necesidades en salud, por municipio. Antioquia, 2021

Municipios	Puntaje	Municipios	Puntaje	Municipios	Puntaje	Municipios	Puntaje
Mutató	-12,09	San Juan de Uraba	-2,18	Urrao	-0,08	Amagá	2,01
Cáceres	-9,35	Jericó	-2,11	Cocorná	-0,05	San Carlos	2,05
Murindó	-9,3	La Pintada	-2,09	Buriticá	0,06	El Santuario	2,15
Betania	-7,01	Andes	-2,09	Necoclí	0,17	Hispania	2,16
Tarazá	-6,83	Támesis	-2,02	Cisneros	0,22	Tarso	2,64
Guadalupe	-6,73	San Francisco	-1,84	San Rafael	0,23	Santo Domingo	2,85
Valdivia	-5,47	Uramita	-1,8	Granada	0,24	Concepción	2,86
Maceo	-4,84	Abejorral	-1,72	Cañasgordas	0,28	Caldas	3,15
Concordia	-4,61	Dabeiba	-1,7	Gómez Plata	0,34	Carepa	3,19
Fredonia	-4,59	Caucasia	-1,67	Yolombó	0,36	Barbosa	3,33
San Roque	-4,5	Montebello	-1,61	El Retiro	0,53	Alejandro	3,67
Yondó	-4,37	Nechí	-1,51	Toledo	0,54	Yarumal	3,82
Zaragoza	-3,68	Vegachi	-1,43	Anzá	0,75	La Estrella	3,99
Vigia del Fuerte	-3,67	Santa Bárbara	-1,36	Liborina	0,8	Donmatias	4,07
Campamento	-3,66	Briceño	-1,32	Belmira	0,8	Caramanta	4,16
San Vicente	-3,54	Fuerto Berrio	-1,29	Santa Fe de Antioquia	0,91	Venecia	4,28
Peque	-3,5	San Jerónimo	-1,28	Heliconia	1,01	Marinilla	4,73
Carolina	-3,36	Pueblorrico	-1,2	Caicedo	1,01	Angelópolis	5,1
Ituango	-3,31	El Bagre	-1,17	Guarne	1,02	Copacabana	5,42
San Andrés de Cu	-3,26	Angostura	-1,17	Sonsón	1,08	Apartadó	5,42
Sopetrán	-3,24	Amalfi	-0,93	Armenia	1,1	Entreríos	5,48
Argelia	-3,14	Ciudad Bolívar	-0,79	Remedios	1,16	Girardota	5,75
Sabanalarga	-3,08	San Pedro de Ura	-0,77	Guatapé	1,16	Bello	5,9
Salgar	-2,94	Frontino	-0,71	Yalí	1,18	La Unión	6,02
Ebéjico	-2,88	Anorí	-0,68	Santa Rosa de Os	1,54	Sabaneta	6,3
Jardín	-2,87	San José de La M	-0,51	El Carmen de Vib	1,72	Envigado	6,44
Caracolí	-2,71	Betulia	-0,5	Valparaiso	1,74	San Pedro de Los Milagros	6,97
Puerto Triunfo	-2,69	El Peñol	-0,46	Turbo	1,83	Itagüí	7,01
Segovia	-2,66	San Luis	-0,36	Giraldo	1,87	La Ceja	7,57
Olaya	-2,64	Titiribí	-0,32	Chigorodó	1,88	Rionegro	7,69
Arboletes	-2,41	Nariño	-0,25	Puerto Nare	1,98	Medellín	16,38
Abriaquí	-2,19						

Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Mapa 25. Índice de Necesidades en Salud ASIS Antioquia. 2020.

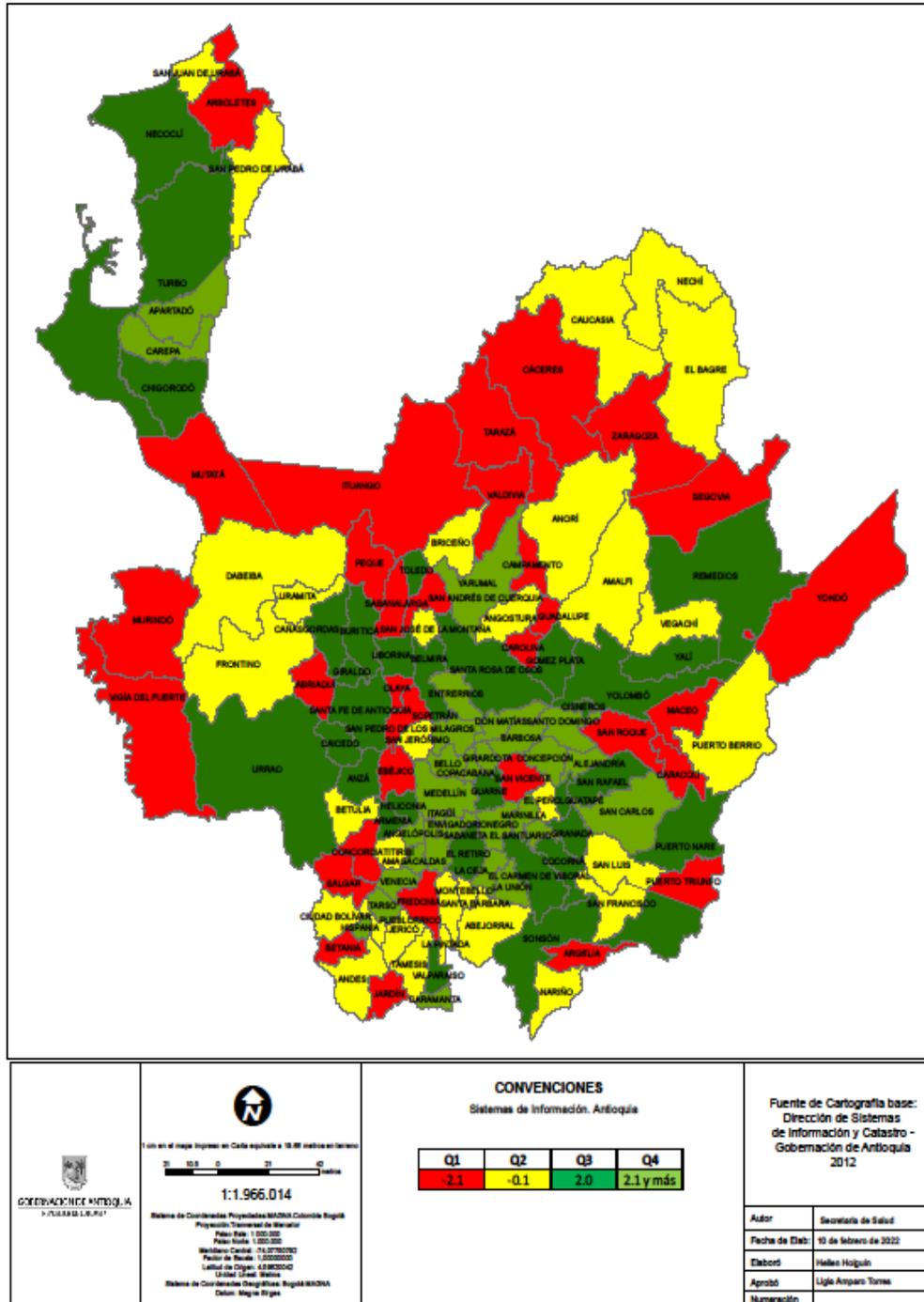


Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



Mapa 26. Índice de Necesidades en Salud ASIS Antioquia. 2021

Índice de Necesidades en Salud. ASIS 2021



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



416

CAPÍTULO IV

Indígenas (Profundización)



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

CAPÍTULO IV PROFUNDIZACIÓN COMPONENTE ÉTNICO- INDÍGENAS.

Los pueblos indígenas en el mundo son diferentes grupos sociales y culturales, con vínculos ancestrales con la tierra y los recursos naturales donde viven, que a su vez están ligados a su identidad, cultura y medio de subsistir, bienestar físico y espiritual, muchos de estos pueblos conservan la lengua.

El último reporte del Banco Mundial, da cuenta de que en el mundo hay cerca de 476 millones de pueblos originarios, corresponde al 6% de la población del mundo, ocupan el 22% del planeta, hablan cerca de 7.000 lenguas diferentes, a su vez representan el 15% de la población que vive en pobreza extrema, su expectativa de vida comparada con los otros grupos poblacionales es 20 años inferior en los nativos. Las dificultades con la tenencia del territorio, los desplazamientos de estos, el cambio climático y sus efectos desastrosos, con poco acceso a los servicios públicos, deficiente infraestructura de viviendas, sin acceso vial o inadecuadas condiciones de conectividad, inseguridad alimentaria, desconocimiento y poca aceptación de su medicina ancestral, lo que deja en evidencia el precario acceso cultural y lingüístico a la prestación de servicios de salud, situación que los hace aún más vulnerables a los procesos de enfermedad y muerte por ende de presentar enfermedades y muertes intolerables, siendo las poblaciones que aportan un gran número de casos que se requieren sean reducidos para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible.

Es importante referenciar que en el mundo se han fortalecido los derechos de los pueblos indígenas que llevan a la protección y pervivencia de los pueblos originarios como el Convenio No. 169 de 1989 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes y la declaración Americana de los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007.

Cuando se desea profundizar en el análisis de la situación de salud con enfoque étnico diferencial, es necesario tener presente que la variable étnica es subjetiva debido a que en los Censos en Colombia la pregunta de pertenencia étnica hace referencia al autoreconocimiento y el 98% de la población en el país se clasifica en el grupo de otros, lo que evidencia que cualquier caracterización que tiene que ver con la etnia no corresponde a la realidad, a pesar de que se utilicen diferentes fuentes.

4.1 Contexto territorial

El territorio para los pueblos indígenas, no es sólo el área geográfica donde habitan, el territorio hace parte sustancial de su universo identitario, como lo ha declarado la Corte Interamericana de Derechos Humanos; “La cultura de los miembros de las comunidades indígenas corresponde a una forma de vida particular de ser, ver y actuar en el mundo, constituido a partir de su estrecha relación con sus territorios tradicionales y los recursos que allí se encuentran, no sólo por ser éstos su principal medio de subsistencia, sino además porque constituyen un elemento integrante de su cosmovisión, religiosidad y, por ende, de su identidad cultural”.



Los territorios indígenas, desde esta perspectiva que va más allá de la delimitación de la simple área geográfica, se denominan Resguardos, estos constituyen una institución legal y sociopolítica especial, que en virtud de su constitución le confieren al territorio el carácter de; (i) propiedad colectiva - de todos los integrantes de la etnia que habitan en el territorio resguardado; (ii) inalienable - que no puede venderse o cederse de manera legal; (iii) imprescriptible – derecho que no termina con el transcurso del tiempo e; (iv) inembargable – bien que no se puede embargar. Todo lo anterior establecido en la Constitución Política de Colombia en los artículos 63 y 329.

En Colombia, entonces, el territorio indígena cumple funciones sociales y ecológicas, en tanto que es el medio que permite la subsistencia biofísica, la reproducción cultural, la seguridad alimentaria, la subsistencia y preservación del patrimonio ancestral, la memoria histórica para construir y recrear el legado cultural indígena; “El tema identitario presenta particularidades que están vinculadas, por una parte, con la existencia de derechos colectivos. Por otra parte, ligadas también con la preservación de dimensiones asociadas a esos derechos, las que no pueden ser protegidas sólo considerando su condición de individuos /ciudadanos. Por el contrario, la identidad indígena está asociada fuertemente a su calidad de sujetos colectivos que mantienen ancestralmente una vinculación especial con el territorio. Sus demandas territoriales forman parte de la finalidad primigenia de conservar su condición de Pueblos, de allí que este derecho sea el núcleo duro de sus reivindicaciones”²⁶.

4.1.1 Pueblos Indígenas y territorio

Líderes indígenas del pueblo Embera Eyabida de resguardos del Municipio de Dabeiba describen que “el territorio armonizado es la salud para los pueblos indígenas, y para tener armonía se necesita disponer de un territorio que tenga el lugar sagrado- selva- para que sus médicos- Jaibaná- Chamanes- accedan a ese espacio en búsqueda de la iluminación y sueños con sus sabedores ancestrales y puedan con sus rituales mantener en armonía su población, necesitan además disponer de su botánica como complemento a los tratamientos ancestrales. El territorio debe disponer de los cultivos, y animales indispensables para esta armonía, el agua es la fuente de la vida”. relatan que el territorio está en desarmonía dada por la falta de tierra, consecuencia de los desplazamientos o por el cambio de uso de las tierras, que personas al margen de la ley han invadido los espacios sagrados, que hay contaminación del agua y tierra por químicos, por basuras, por la minería, la tala y quema de los bosques, que trae como consecuencia el cambio de clima, su desplazamiento libre en el territorio se ha visto afectado, por las minas antipersonas, hay pérdida de sus costumbres y su cosmogonía se envuelve en mundo occidental, trayendo consigo, la violencia, el consumo y tráfico de sustancias psicoactivas y licor, el territorio está enfermo dando como consecuencia un sinnúmero de enfermedades del mundo occidental”. (Tomado de:

²⁶ Ramírez, Silvana. Pueblos Indígenas Identidad y Territorio – Sin territorio no hay identidad como pueblo. 2015. Disponible en https://www.palermo.edu/derecho/revista_juridica/pub-15/Revista_Juridica_Ano15-N1_01.pdf

Encuentro Intercultural Dialogo de Saberes, con líderes de diferentes resguardos del Municipio de Dabeiba, con el fin de dar cumplimiento al mandato SISPI y la resolución 050 del 20-01-2021).

En Antioquia, las comunidades indígenas han logrado su reconocimiento formal como Pueblos, a través de la expedición de diversos actos administrativos emanados del Ministerio del Interior. El Ministerio evalúa el cumplimiento de 5 criterios básicos mínimos para realizar dicho reconocimiento; (i) ascendencia amerindia; (ii) conciencia de identidad; (iii) cultura representada en valores, rasgos, usos y costumbres; (iv) formas de gobierno, gestión y control social, expresados en sistemas normativos propios y; (v) distinción respecto de otras comunidades. Respecto a los derechos de carácter colectivo se consideran 4 dimensiones; propiedad (territorio colectivo y hábitat); libertades políticas (autodeterminación y métodos jurídicos); idioma (bilingüismo); y cultura (derechos culturales derivados de su identidad y cosmovisión) ". (Secretaría de Inclusión Social y Familia Gerencia Indígena- Pueblos Indígenas de Antioquia 2021)

De acuerdo a los registros disponibles en la Secretaría de Inclusión Social y Familia Gerencia Indígena, (censo del 2019), Antioquia es diversa y pluricultural, el 5.5% del territorio (352.308,59 hectáreas) está ocupado por 6 pueblos originarios, desplegados en 32 de los 125 municipios incluyendo los municipios del área metropolitana, en las subregiones de Urabá, Occidente, Suroeste, Norte, Nordeste Bajo Cauca, organizados en 61 resguardos constituidos que agrupan 232 comunidades.

Para identificar la población originaria, se parte de dos fuentes, el Censo DANE, siendo la fuente oficial, la segunda fuente son los censos indígenas, utilizando formularios previamente establecidos y diligenciados por las autoridades indígenas en los territorios con la participación de la comunidad y que el Ministerio del Interior los ha legitimado. Al comparar las dos fuentes se encontró diferencia de 3.020 un número considerable de indígenas no identificados por el censo 2018. Así las cosas, en el departamento se trabaja con el censo indígena del 2019 que reporta una población total de 40.648 personas auto reconocidos como nativos, que equivale a, 0.6% de la población total para el departamento, el 51% corresponden a hombres y el 49 a mujeres, no se dispone de información desagregada por ciclo vital, lo que no permite construir una pirámide poblacional ni otros indicadores más específicos, es necesario aclarar que no hay concordancia en las diferentes bases de datos en que se referencia el grupo étnico,

Tabla 100. Población Indígena de Antioquia, por diferentes fuentes, 2021

Población	Censo 2005	Censo 2018	Censo Gerencia Indígena 2019
Total, habitantes	28.914	37.628	40.648

Fuentes; DANE Censo 2018, Censo Indígena 2019, Gerencia Indígena de Antioquia.

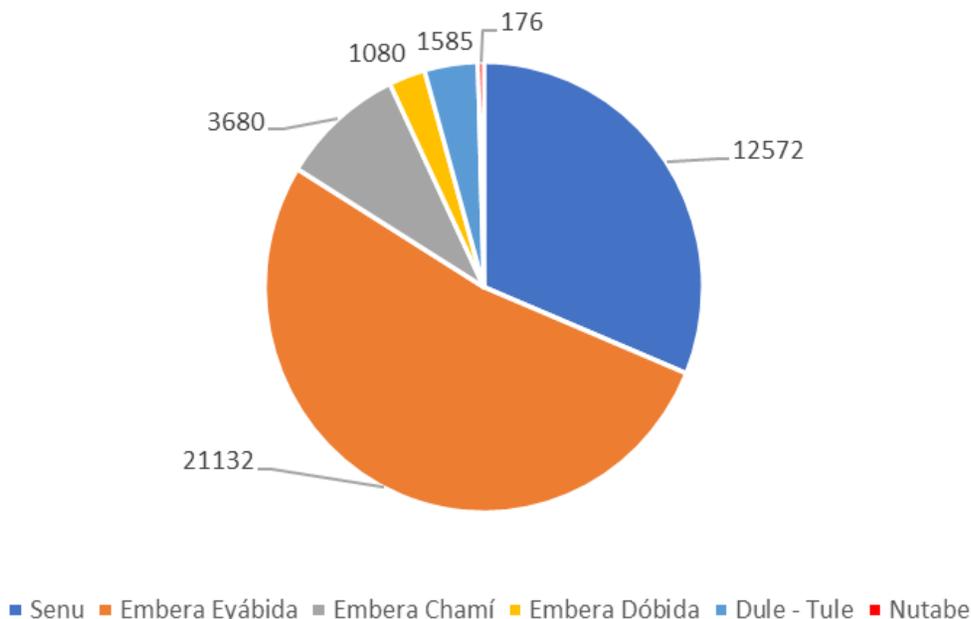
Los tres grandes grupos etarios en los que se logra obtener información del Censo del 2019, evidencian que la población indígena del departamento es joven con un 41% de los niños de 0-14,

se encuentra en crecimiento que aún no se evidencia un control de natalidad, el 55% está comprendido entre las edades de 15-64, los adultos mayores solo aportan el 4% con un total de 1.393 adultos, están representados de la siguiente forma:

De acuerdo al Censo Indígena del 2019 la comunidad indígena cuenta con 9.006 viviendas en las que viven 9.567 familias, lo que significa que en promedio hay 1.06 familias por hogar, 4,2 personas por familia, pero al desagregar por cada pueblo la relación es diferentes, los Embera Eyabida presentan 5, 2 miembros por familia, el pueblo con menor número de integrantes por familia son los Nutabe con 3,09, situación que presumiblemente responde a su reciente reconocimiento y la dispersión territorial en el rural disperso de los municipios de Peque, Sabanalarga e Ituango.

Respecto a los 6 grupos nativos, el pueblo originario con mayor número de población son los Embera Eyabida, con 21.132, habitantes correspondiendo al 51% del total de población indígena, residen en las subregiones de; Urabá (Turbo, Apartado, Chigorodó, Mutata, Murindó), Occidente (Dabeiba, Frontino, Uramita), Suroeste (Urrao, Andes), Norte (Ituango), y en Bajo Cauca (Taraza y El Bagre); el segundo grupo en tamaño de población son los SENU que residen en las subregiones de; Urabá (San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Arboletes, Necoclí, Bajo Cauca (Caucasia, Cáceres, El Bagre, Zaragoza) con 12.572 integrantes, el pueblo con menor población de Antioquia son los Nutabe y representan el 0,4% de los indígenas del departamento y asentados en Occidente (Sabalarga, Peque), Norte (Ituango),

Figura 143. Distribución de la población indígena por pueblo originario, Antioquia 2019



Fuente: Gerencia Indígena, Censo Indígena 2019



4.1.2 Pueblos Indígenas de Antioquia

A continuación, se describen algunos aspectos generales de los 6 pueblos indígenas del departamento.

Embera Eyábida, gente de montaña también son denominados como Embera Katíos, nombre no utilizado por ellos, se encuentran en los departamentos de Antioquia, Córdoba y Choco, el jaibanismo, el simbolismo de la magia, lo mitológico y la tradición oral, así como la pintura de sus rostros y cuerpos con la cual expresan su cultura, estado emocional y a que grupo de edad pertenecen, son elementos que los hacen diferenciar de otros pueblos indígenas. Este grupo originario está compuesto por 21.152 indígenas son el grupo originario mayoritario del departamento, distribuidos en 5 de las 9 subregiones del departamento, asentados en 14 municipios, ubicados principalmente en municipios del Occidente con 41% (8.638 indígenas), seguido de Urabá donde se encuentra el 38 % con (7.932 personas), agrupados en 33 Resguardos, disponen de 4.373 viviendas en las que habitan 4.631 familias.

Pueblo Embera Eyabida

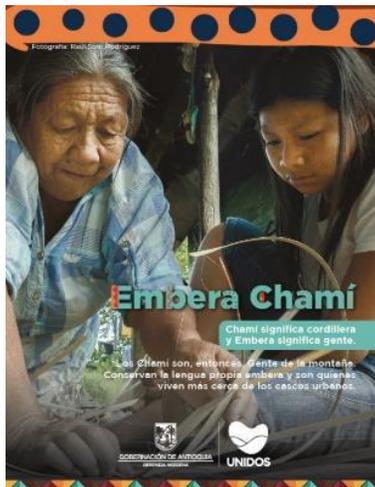


Fuente; Gerencia Indígena

Embera Chami, ubicados en montañas y a orillas de los ríos, en las subregiones de Suroeste (Jardín Andes- Cristianía) y Nordeste, se caracterizan conservar el papel del Jaibaná y sus costumbres mágico religiosas, lo que los hace diferentes de los demás pueblos originarios, son un total de 3.680, agrupados en 11 resguardos, 17 comunidades ubicadas en los municipios de Apartadó, Ciudad Bolívar, Jardín, Andes, Pueblorrico, Támesis, Valparaíso, Cáceres, Zaragoza, Anorí, Segovia, Segovia, Remedios, Vegachí y Puerto Berrío, disponen de 802 viviendas en las que viven 962 familias lo que significa que en promedio viven en cada vivienda habitan 1.19 familias.

Foto X Representación del Pueblo Embera Chami

Pueblo Embera Chamí



Fuente; Gerencia Indígena

Embera Dóbida, gente de río, ubicados solo en el Río Atrato, y para el departamento de Antioquia se encuentran en el municipio de Vigía del Fuerte, sus principales características son la pintura facial que representa el cambio de niño a adulto, el Jaibaná representa el medico tradicional y autoridad de control social, se han auto reconocido 1.080 nativos, todos asentados en el municipio de Vigía del Fuerte agrupados en 4 resguardos, procedentes de 7 comunidades, cuentan con 167 viviendas donde conviven 213 familias, con déficit de viviendas, un promedio de 5 integrantes por familia.

Pueblo Embera Dóbida

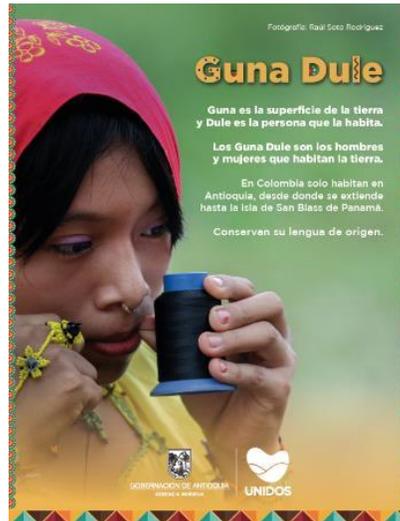


Fuente; Gerencia Indígena

Gunadule, su nombre significa, “personas que habitan sobre la superficie de la tierra”, ubicados en la subregión de Urabá en parte norte, se les reconoce por el arte de las molas, “capas de sabiduría”, son capas de telas superpuestas de diferentes colores y cocidas con puntadas pequeñas para representar imágenes de animales y figuras ancestrales. Son 1505 los integrantes de este pueblo y

residen en Necoclí y Turbo, agrupados en 1 resguardo y en 5 diferentes comunidades, con 258 viviendas que comparten 344 familia, evidenciando déficit de viviendas.

Pueblo Guna Dule



Fuente; Gerencia Indígena

Senú, Zenú, “Hijos del sol”. Asentados en el Bajo Cauca y en los municipios del norte de Urabá, su característica que las diferencian de otros pueblos son los tejidos del sombrero vueltiao, patrimonio cultural de Colombia y su música que imita sonidos de animales, son el segundo pueblo más numeroso del departamento con 12.560 habitantes, que residen en 10 municipios, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Arboletes, Necoclí, Turbo, Caucaasia, El Bagre, Cáceres, Zaragoza, Anorí, agrupados en 17 resguardos, provenientes de 66 comunidades, con 3.277 viviendas, en las que residen 3.288 familias.

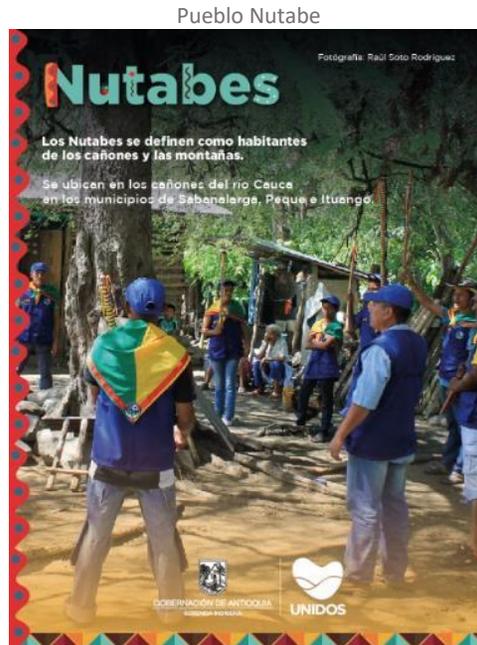
Pueblo Senú



Fuente; Gerencia Indígena

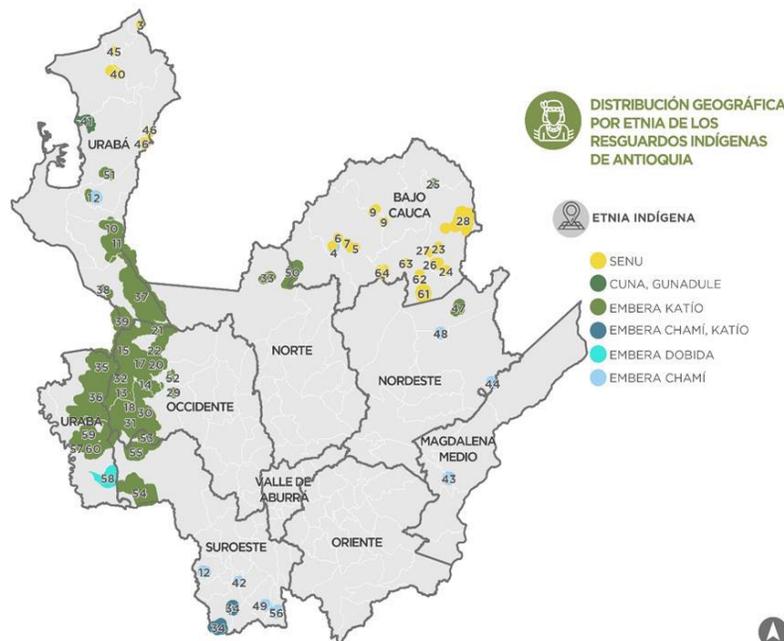


Nutabe, reconocidos por el Ministerio del Interior por Resolución 0071 de mayo del 2017, se encuentran en los municipios de Ituango, Sabanalarga, Peque y en las riberas del Rio Cauca. Por sus tradiciones orales, ellos se han denominado cañoneros o montañeros, hablan el español, pueblo de 176 personas, con 57 familias que residen en 57 viviendas.



Fuente; Gerencia Indígena

Mapa 27. Georreferenciación Resguardos indígenas, pueblos originarios Antioquia 2020



Fuente. Elaboración Gerencia Indígena 2020



425

De acuerdo a la Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC, existen 102 pueblos originarios, 87 de ellos registrados por el Ministerio del Interior y de Justicia, el Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Defensa y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE.

En el mapa no se evidencia el pueblo Nutabe, debido a que no tiene un resguardo constituido. Los resguardos indígenas están ubicados en Occidente, Atrato Medio, Urabá, Suroeste y Bajo Cauca, Norte, Nordeste, y a diciembre de 2021 se contabilizan 61 resguardos constituidos formalmente. De acuerdo a la Organización Indígena de Antioquia, OIA para el 2019 en el Departamento hay 8.381 indígenas no resguardados, siendo los municipios de Zaragoza con 1.516, Caucasia, Cáceres, Arboletes, El Bagre y Necoclí que tienen el mayor número de indígenas que no pertenecen a un resguardo.

Entender que es resguardo indígena, es importante para comprender cuál es la necesidad del territorio, “El Decreto 2164 de diciembre 7 de 1995, Por el cual se reglamenta parcialmente el [Capítulo XIV de la Ley 160 de 1994] en lo relacionado con la dotación y titulación de tierras a las comunidades indígenas para la constitución, reestructuración, ampliación y saneamiento de los Resguardos Indígenas en el territorio nacional. Artículo 21.- Naturaleza Jurídica. Los resguardos indígenas son propiedad colectiva de las comunidades indígenas en favor de las cuales se constituyen y conforme a los [Artículos 63 y 329 de la Constitución Política], tienen el carácter de inalienables, imprescriptibles e inembargables. Los resguardos son una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio. Parágrafo. Los integrantes de la comunidad indígena del resguardo no podrán enajenar a cualquier título, arrendar por cuenta propia o hipotecar los terrenos que constituyen el resguardo”.

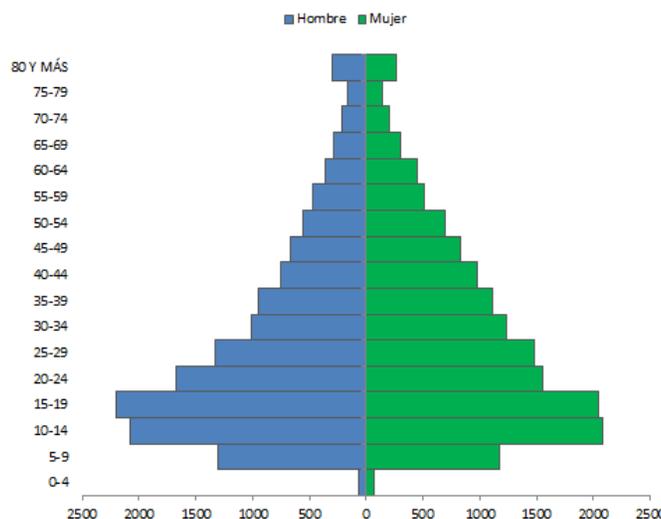
4.1.3 Desplazamiento forzado, Pueblo indígena

Líderes de resguardos de comunidades Embera Eyábida del Municipio de Dabeiba, identifican que el primer problema en los territorios es el desplazamiento y los asesinatos causados por actores al margen de la ley, agregan que durante el último año más de 8 personas nativas han sido asesinadas (Tomado de: Encuentro Intercultural Dialogo de Saberes, con líderes de diferentes resguardos del Municipio de Dabeiba, con el fin de dar cumplimiento al mandato SISPI y la resolución 050 del 20-01-2021), igualmente la situación de desplazamiento ha sido referenciada por la OIA en su informe anual, en el cual evidencia que integrantes de grupos al margen de la ley se han asentado alrededor de los territorios indígenas y que lo que buscan es despojar a los indígenas de su territorio para la siembra de cultivos ilícitos; la ONIC informa que durante el 2021 se desplazaron y se confinaron 231 familias del pueblo Senú del municipio de Cáceres.



De acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social para el departamento se reportan 29.529 indígenas víctimas de las cuales el 51% corresponde a hombres nativos, lo que podría afectar más a estas comunidades, dejando las mujeres en cabeza de sus hogares, en todos los grupos de edad hay personas víctimas se concentra más en los jóvenes de 14 a 24 años con un total de 11.644 individuos.

Figura 144. Pirámide Población Indígena Víctima, 2021



Fuente: SISPRO. 2021

Del total de indígenas víctimas, se reportaron 444 fallecidas a 2021, no evidenciando una diferencia significativa por sexo, no se dispone de información que dé cuenta si estos fallecimientos se deban a causas externas o por enfermedad natural.

Tabla 101. Distribución de población víctima fallecida, por etnia y sexo. Antioquia, 2021

Etnia	Hombres	Mujeres	Total
Palenquero	4	100,0	0
Raizal	30	50,0	30
Total	34	150,0	184

Fuente. RUV- SISPRO- MISANLUD.

4.2 Discapacidad

El documento; Diagnóstico de la Situación de los Pueblos Indígenas de Antioquia 30-12-2020, que tiene como fuentes la OIA y el DANE, evidencia que en el Departamento el 96% de la población originaria no presenta dificultades con “funcionamiento humano” (definición de la ONU 2010, funcionamiento humano: Capacidad para las personas realizar las actividades diarias que les permite sobrevivir, cuidar de sí mismas, permanecer independientes, y ser parte de un hogar y la comunidad). El 55% de los indígenas con discapacidad son hombres, 26%, estas son relacionadas con el sistema auditivo, 26% dificultades con el habla, el 39.4 % relacionado con la visión, 39.9%

problemas con la movilidad, 18% presenta problemas cognitivos, 14.7% dificultad para realizar actividad diaria.

Al analizar las causas de discapacidad, dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social se debe tener en cuenta que una persona puede tener una o más condiciones que lo hacen tener diferentes oportunidades en su desempeño de la vida diaria, el 49% presentan alguna dificultad relacionada con la movilidad de extremidades u otras localizaciones en el cuerpo.

Tabla 102. Distribución por tipo de discapacidad, población indígena Antioquia 2021

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	339	49,27
El sistema nervioso	304	44,19
Los ojos	197	28,63
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	97	14,10
Los oídos	104	15,12
La voz y el habla	168	24,42
La digestión, el metabolismo, las hormonas	47	6,83
El sistema genital y reproductivo	42	6,10
La piel	18	2,62
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	15	2,18
Total	688	

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.

De acuerdo a información del Ministerio de Salud, con corte a septiembre 2021, del total de indígenas en condición de víctimas en Antioquia 383 presentan alguna discapacidad, lo que corresponde al 13% del total de personas del Departamento víctimas con alguna discapacidad.

Tabla 103. Población víctima discapacitada, pueblos indígenas, Antioquia, 2021

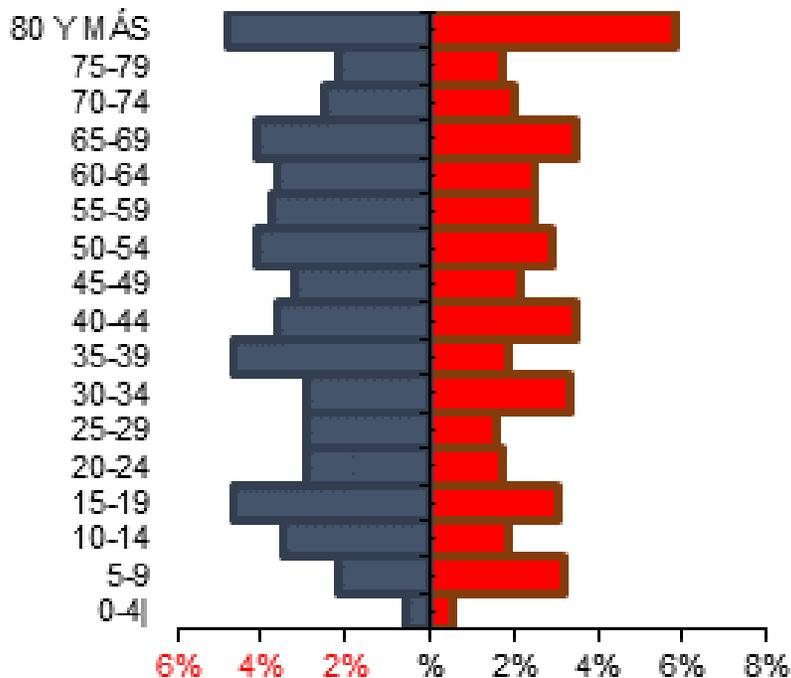
Etnia	Casos	%
Indígenas	382	13,3

Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD

Un total de 688 indígenas del Departamento presentan discapacidad, si bien en cada ciclo vital se evidencian personas con discapacidad, el grupo de 80 y más presenta el mayor número de casos, siendo los hombres los que registran el mayor número de casos en esta condición, situación que pueda deberse a las lesiones causadas por causas externas, a complicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas, pero igual a condiciones producidas durante el parto y lesiones generadas por enfermedades infecciosas.



Figura 145. Pirámide de la población indígena en condición de discapacidad



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.

4.3 Mortalidad en los Indígenas

La mortalidad materno-infantil y la niñez son indicadores del desarrollo de un territorio, e igualmente son prioridad superar las brechas que hacen de los determinantes sociales no intervenidos, la producción de tasas de mortalidad altas en esta población, más aún cuando se hace el análisis con enfoque étnico diferencial, es mayor la problemática relacionada a las etnias sin desconocer también la asociación que hay en estos problemas de salud.

Es conocido que los pueblos indígenas disponen de sus propios cementerios en sus territorios, y entierran los fallecidos sin documentarlos a la autoridad civil, por lo cual las estadísticas relacionadas a la mortalidad no se ajustan a la realidad, igualmente por la falta de acceso o por sus prácticas ancestrales no utilizan de forma oportuna y permanente la medicina occidental, en lo relacionado a situaciones que afectan la población materno infantil, por lo que la información no es concordante con lo real, tal es el caso de la Razón de mortalidad materna indígena, evento que no registra datos para el 2018-2019, y que durante los años analizados presenta fluctuaciones de incremento y descenso, situación muy similar a la observada en la semaforización de mortalidad en la infancia y niñez. Al comparar la tasa de mortalidad en la niñez se observa que supera ampliamente el indicador del país llegando a situarse cerca del doble de la tasa.

(Tomado de: Encuentro Intercultural Diálogo de Saberes, con líderes de diferentes resguardos del Municipio de Dabeiba, con el fin de dar cumplimiento al mandato SISPI y la Resolución 050 del 20-01-2021), los relatos evidencian que en este territorio “las muertes en la población materno infantil es evidente, en la que claramente informan sobre muertes maternas, y de la niñez durante el último año, que algunas de las causas son la diarrea, la desnutrición, bajo peso al nacer, mal de ojo, gripa, complicaciones durante el parto, el paludismo, afirmando que no todas son documentadas ante la autoridad competente, agregan además que hay comunidades que están lejanas y no pueden acceder al cuidado médico del mundo occidental. Aducen que desde que no hay trabajo coordinado con las parteras tradicionales y el hospital, el problema de muerte materna ha aumentado porque no se capacitan, no disponen de equipos y el hospital les prohíbe atender a la mujer embarazada y el parto.” Si bien la información obtenida de las comunidades indígenas es cualitativa no se aleja a la realidad de las estadísticas disponibles.

Tabla 104. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez en población indígena, Antioquia, 2006 – 2019

Causa de muerte	Colombia 2019	Antioquia 2019	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019			
Razón de mortalidad materna	218,8	0,0	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	-	-	
Tasa de mortalidad neonatal	11,2	10,9	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad neonatal tardía	3,9	4,4	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad neonatal temprana	7,3	6,6	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad perinatal	7,3	6,6	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad infantil	27,2	39,4	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad en la niñez	36,7	63,5	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	

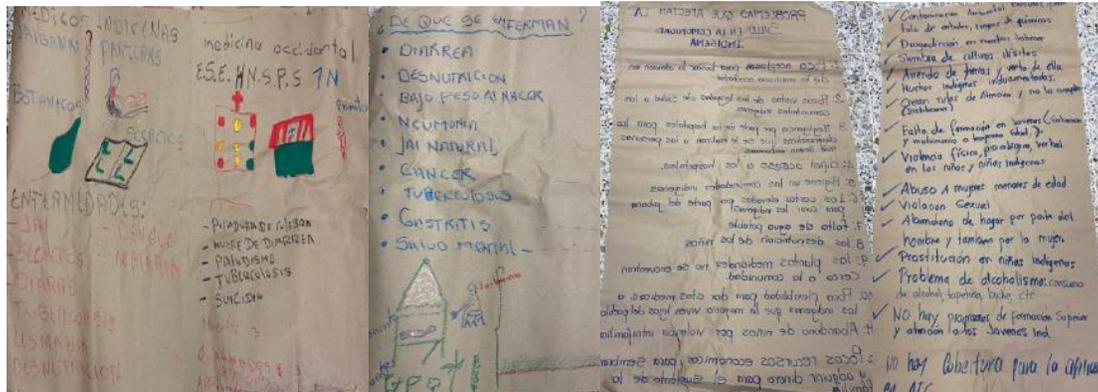
Fuente: SISPRO

4.4 Morbilidad en los Indígenas

Líderes indígenas del pueblo Embera Eyabida de resguardos del Municipio de Dabeiba, identificaron como las enfermedades son producto de la situación del territorio, (Tomado de: Encuentro Intercultural Diálogo de Saberes, con líderes de diferentes resguardos del Municipio de Dabeiba, con el fin de dar cumplimiento al mandato SISPI y la Resolución 050 del 20-01-2021)

“Comprendimos que la desarmonía es la enfermedad y la muerte, y está dada por la falta del territorio por los desplazamientos o por el cambio de uso de las tierras, que personas al margen de la ley han invadido los espacios sagrados, por la contaminación del agua y tierra por químicos, por las basuras, por la minería, la tala, las quemadas de los bosques, y el cambio climático, su desplazamiento libre en el territorio se ha visto afectado, que hay pérdida de sus costumbres y su cosmogonía se envuelve en mundo occidental, trayendo consigo, la violencia, el consumo y tráfico de sustancias psicoactivas y licor, comprendimos que el que el territorio está enfermo dando como consecuencia un marcado aumento de enfermedades: Diarreicas, desnutrición, bajo peso al nacer, Jai, cáncer, tuberculosis, leishmaniosis, malaria, gastritis y mala salud mental, depresión, SIDA, ITS, y muertes por suicidios, asesinatos, accidentes de tránsito, picadura de serpientes, paludismo, parto, minas y conflicto armado”.

Encuentro Intercultural-Diálogo de Saberes, Identificación de Problemas de salud- Dabeiba-12-2021.



Fuente. Pueblo Embera Eyabida

4.5 Determinantes Sociales en los pueblos indígenas

De acuerdo con informe presentado por la OIA, Documento Diagnóstico Situacional de los Pueblos Indígenas de Antioquia 2020, se evidencia la precariedad de las condiciones para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS, por situaciones como el mal estado de las viviendas, la falta de batería sanitaria, falta de mantenimiento de puentes, vías y espacios deportivos.

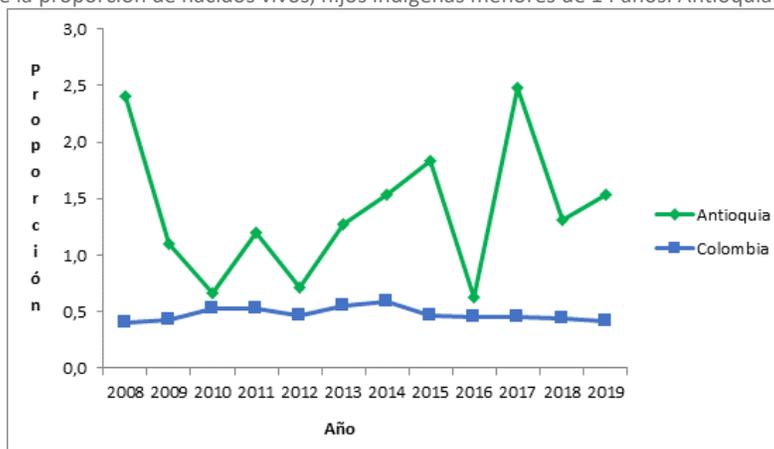
Presentan además problemas de riego y drenajes para los cultivos, invaden sus terrenos con cultivos ilícitos, hay contaminación por mercurio que impide el cultivo de peces y la carencia del aprovechamiento de los recursos renovables que favorezca el cuidado de la flora y fauna, la falta de centros de acopio, en los resguardos se vienen presentando problemas de contaminación no se da el debido tratamiento de aguas residuales y residuos sólidos. Igualmente, la falta de agua potable es un problema en todas las comunidades, en promedio por resguardo el 40,1% de las viviendas no cuentan con servicio público de electricidad, el 99,1% no cuentan con el servicio de alcantarillado, el 99,8% no tiene servicio de gas, 86,7% de comunidades no cuenta con servicio de recolección de basuras, el 99,3% de las viviendas no cuenta con la cobertura del servicio público de internet. La anterior descripción bajo los determinantes sociales de la salud hace que a las comunidades indígenas del departamento presenten tasas, casos de eventos de interés en salud pública, intolerables y que solo se reducirá el riesgo cuando se intervengan estos en los diferentes territorios.

El documento Diagnóstico de la situación de los indígenas de la OIA, hace referencia que solo el 4% de los niños y niñas de 5 años y más tiene preescolar, el 45% de esta población tiene nivel primario, 11% tiene secundaria, el 7% tiene nivel de educación media, el 1% tiene nivel universitario, el 27% de los indígenas no tiene ninguna educación. Los indicadores de educación de la mujer indígena, el .4.3% de las mujeres de 5 y más años tiene preescolar, 43% primaria, 11.7% secundaria, 6.2% educación media, 1.6% educación superior, el 32% de ellas no tiene educación, se ha evidenciado que hay comunidades que solo el 24% de su población sabe leer y escribir. Esta información

evidencia la falta de acceso a la educación que se traduce en desigualdades que impiden el desarrollo de las comunidades originarias y aumentan los riesgos para la salud de toda la población.

En Antioquia, el embarazo en adolescente indígenas presenta tendencia al aumento, es necesario tener en cuenta que para la cultura indígena la mujer puede tener hijos a temprana edad y no es censurada por sus leyes, esto aunado a sus condiciones nutricionales y no acceso a control de embarazo y parto institucional coloca en un alto riesgo de complicación y muerte de estas jóvenes.

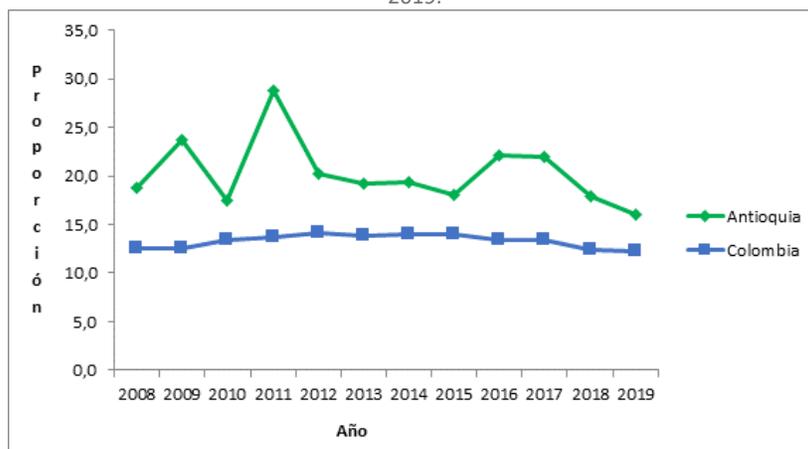
Figura 146. Tendencia de la proporción de nacidos vivos, hijos indígenas menores de 14 años. Antioquia vs Colombia, 2008-2019.



Fuente: SISPRO - Cubo Indicadores - Minsalud.

Se evidencia los embarazos en las mujeres indígenas de 14-17 años presenta tendencia a la reducción en los tres últimos años, pero la proporción es mayor en el Departamento en la población indígena con respecto al país, aun teniendo presente que la población originaria del Departamento es muy inferior a otras regiones del país.

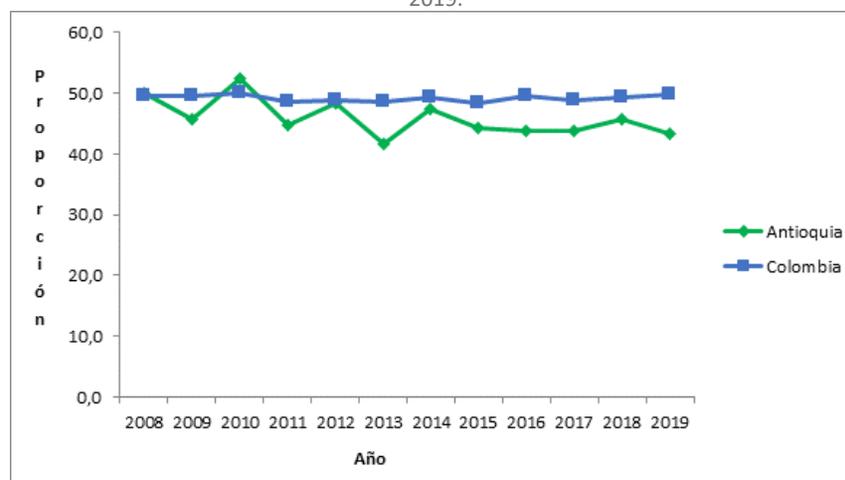
Figura 147. Tendencia de la proporción de nacidos vivos, hijos indígenas menores de 14 -17 años. Antioquia vs Colombia, 2008-2019.



Fuente: SISPRO - Cubo Indicadores - Minsalud.2021.

La proporción de nacidos vivos en indígenas de 18-26 años, presenta una tendencia a la reducción con una frecuencia inferior en los años comparados con el país, esto pueda deberse a que la mujer indígena una vez que tiene su pareja se embaraza rápidamente y con embarazos seguidos y después de los 20 años empieza la reducción de la natalidad.

Figura 148. Tendencia de la proporción de nacidos vivos, hijos indígenas menores de 18-26 años. Antioquia vs Colombia, 2008-2019.



Fuente: SISPRO - Cubo Indicadores – Minsalud 2021

Tabla 105. Determinantes intermedios de la salud – atención prenatal, parto institucional y cesáreas, mujeres indígenas Antioquia, 2006 – 2020

Determinantes intermedios de la salud	Colombia 2019	Antioquia 2019	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Promedio de controles prenatales	3,5	2,7	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	54,1	45,0	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	76,8	67,0	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	77,1	67,8	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Porcentaje de partos por cesárea	16,7	5,9	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		

Fuente: SISPRO - Cubo Indicadores – Minsalud 2021.

Si bien el indicador de bajo peso al nacer en los nacidos vivos de población indígena del Departamento al comparado con el país no evidencia diferencia estadísticamente significativa, este es un indicador que para las comunidades indígenas es resultado de los determinantes sociales de la salud no abordados, como el acceso a alimentación y sumado a las prácticas de la mujer indígena de no consumir buena cantidad de alimentos para no aumentar el peso, y no tener que ir a la atención el parto al mundo occidental donde el porcentaje de cesáreas tiene una tendencia a la reducción pasando de 18.8% en el 2008 a 5.9% en el 2019, aunque en estas poblaciones es más alto que en otras poblaciones lo que debe llamar la atención para reducir estos riesgos.

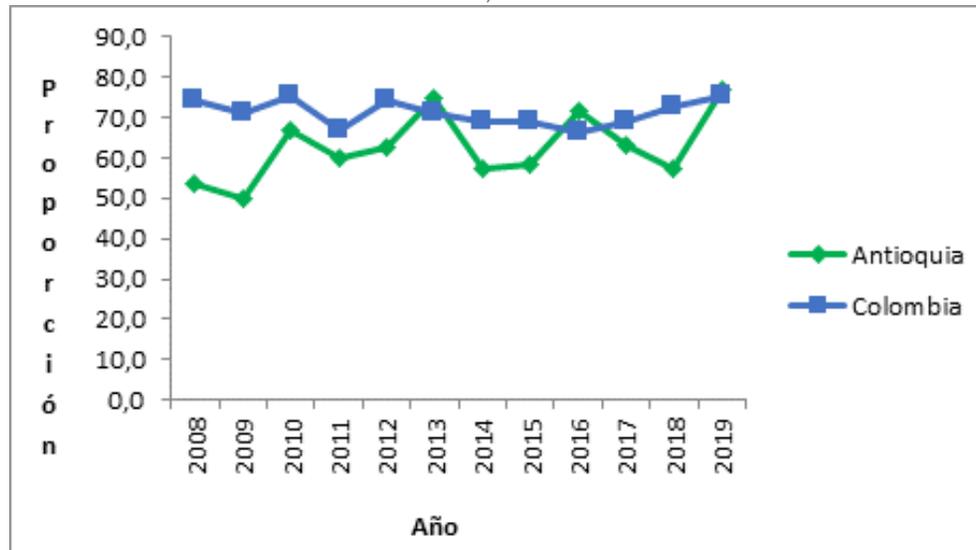
Tabla 106. Semaforización y tendencia de nacidos vivos con bajo peso al nacer, población indígena, Antioquia, 2006 – 2019

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Antioquia	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019			
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	8,9	9,2	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	

Fuente: SISPRO - Cubo Indicadores – Minsalud 2021

La tendencia de nacidos vivos de mujeres de 15 años con padres mayores 4 años que ellas y más, presenta tendencia al aumento, esta situación para la cosmovisión indígena no es un problema, pueda deberse a que las nativas ya están teniendo acceso a información del mundo occidental, y están rompiendo con sus costumbres.

Figura 149. Tendencia porcentual de nacidos vivos, indígenas menores de 15 años, con padre mayor 4 años o más. Antioquia-Colombia, 2008-2019.



Fuente: SISPRO - Cubo Indicadores Minsalud.

La violencia de género, e intrafamiliar ya es reconocida y claramente evidenciada por las comunidades indígenas, identifican el maltrato físico y psicológico de las mujeres, donde además de sus parejas y familiares, intervienen personas ajenas integrantes de la población occidental, no tienen acceso a intervenciones dado por la cultura, la lengua y el rol de dominio ejercido por el hombre, habiéndose presentado feminicidios en estas comunidades.

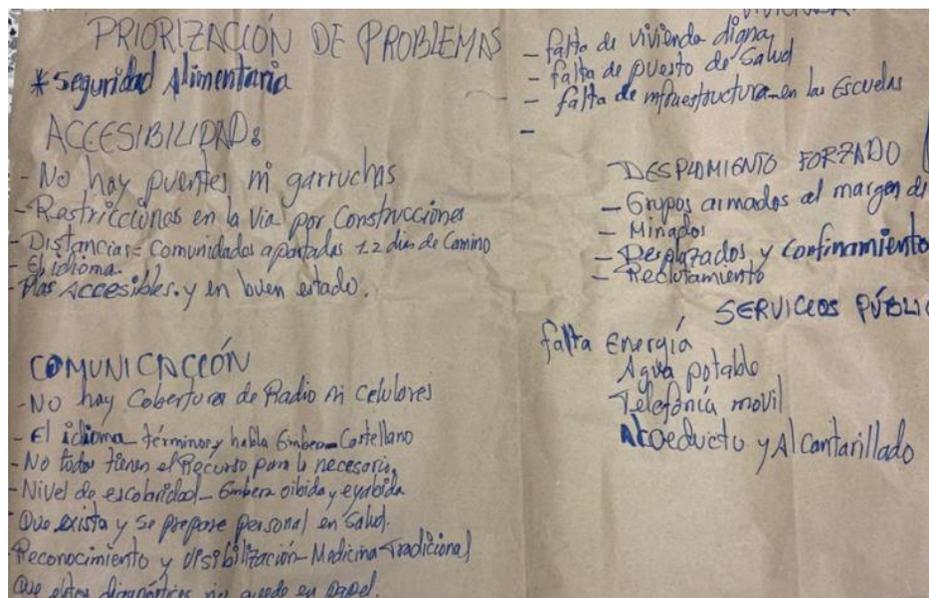
La violencia es una situación que evidencia su incremento en la población originaria, líderes de resguardos de Dabeiba con los cuales se hizo el Diálogo de saberes, expresan que durante el 2021 se han presentado más de 8 homicidios en hombres de sus comunidades por personas al margen de la ley que el impacto del conflicto armado es evidente en su población, con violencia, desplazamiento, homicidios.

Por otro lado, reconocen la alta mortalidad debido a accidentes de transporte específicamente de motos.

4.6 Priorización de los problemas en los pueblos originarios

Líderes indígenas del pueblo Embera Eyabida de resguardos del Municipio de Dabeiba, definieron las prioridades acordes a su cosmovisión, (Tomado de: Encuentro Intercultural Dialogo de Saberes, con líderes de diferentes resguardos del Municipio de Dabeiba, con el fin de dar cumplimiento al mandato SISPI y la resolución 050 del 20-01-2021).

Encuentro Intercultural-Diálogo de Saberes- Identificación de Prioridades Dabeiba-12-2021



- Las prioridades identificadas:
- Recobrar el territorio
- Mejorar la comunicación con el mundo ancestral,
- Mejorar las vías y puentes de acceso a las comunidades
- Acceso a agua limpia
- Seguridad alimentaria
- Fortalecimiento y reconocimiento de la atención por parteras tradicionales
- Reconocimiento y sensibilización de la medicina tradicional
- Mejoramiento de las viviendas
- Intervención de la violencia en general, violencia de género.
- Brigadas de salud
- Intérpretes de la cultura no solo de la lengua
- Acceso a educación incluida la superior de los jóvenes y de mujeres
- Fortalecimiento del liderazgo de la mujer



Conclusiones

- El acceso a indicadores por pertenencia étnica y en concreto por los indígenas es escaso y en muchas oportunidades no es concordante con la realidad.
- El Encuentro de saberes con líderes de las diferentes comunidades permite tener una visión mayor de la situación de salud y sus determinantes sociales de la salud.
- El acceso a los servicios públicos, incluidos la prestación de servicios de salud y la red vial, de las comunidades indígenas es limitado y se expresa en el perfil de morbimortalidad.
- Se requiere un modelo de salud basado en su cosmovisión, y con la participación de sus líderes de la medicina ancestral, para reducir los riesgos de enfermar y morir de estas comunidades.
- Es necesario mayor acercamiento con estrategias culturalmente competentes para identificar de primera mano sus realidades.
- Es importante reconocer que, en las comunidades originarias, se evidencia una inequidad en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.



CAPÍTULO V

Salud mental (Profundización)



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

CAPÍTULO V PROFUNDIZACIÓN SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud, OMS en octubre del 2021 manifiesta que “El mundo no alcanza la mayoría de las metas de Salud Mental fijadas para el 2020; la ampliación del Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS hasta 2030 ofrece una nueva oportunidad de avanzar a este respecto” (Fuente: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>). Reporta un fracaso al prestar servicios de salud mental en el momento en que la pandemia ha aumentado estos problemas y las personas necesitan mayor atención. El Atlas en Salud Mental de la OMS que se publica cada 3 años, con el reporte de 171 países da cuenta que aún no se ha avanzado en ampliar la red de atención de salud mental acorde a las necesidades, además recopila en su informe, políticas, inversiones, recursos humanos, legislación, disponibilidad y utilización de servicios de salud, y sistemas de información, sirve además para monitorear los alcances al Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS. Se evidencia en el documento la falta de avances en liderazgo, la gobernanza, incumplimiento de las metas en prestación de servicios comunitarios, promoción y prevención de servicios de salud mental y sistema de información. La única meta que se alcanzó para el 2020 fue la reducción de la tasa de suicidio del 10%. Solo el 25% de los países informó sobre la descentralización de los servicios de salud mental y el fortalecimiento de los servicios de salud mental en entornos comunitarios cumplimiento de todos los criterios de integración definidos en la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Se presentó un ligero aumento en los programas de promoción y prevención de la salud mental pasando de 41% en 2014 a 52% en 2020, pero sin informar los avances e impacto de estos.

Según la Organización Mundial de la Salud -OMS la depresión alcanza al 3.8% de la población mundial, cerca de 280 millones de personas presentan depresión, la depresión puede llevar al suicidio, siendo este la cuarta causa de muerte en el grupo de 15-29 años

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud-OPS, en las Américas la pandemia por COVID-19 ha agravado la situación de salud mental, los trastornos mentales, neurológicos y el consumo de sustancia psicoactivas y el suicidio; por el suicidio 100.000 personas fallecen por año en las Américas.

La OPS informa que los trastornos de salud mental aumentan lesiones intencionales y no intencionales y aumentan riesgos de otras enfermedades. La depresión es la primera causa de enfermedad de salud mental, es dos veces mayor en las mujeres, durante el embarazo y puerperio; en países industrializados la presentan entre el 10-15% y entre el 20-40% en países en desarrollo. La carga de trastornos mentales y neurológicos en adultos mayores aportan a las enfermedades no transmisibles. En la región la prevalencia en mayores de 60 años está entre el 6.4% y 8.48% e espera que esta se duplicara cada 20 años.

La mediana de la brecha para el tratamiento para las personas adultas y graves con trastornos



afectivos, de ansiedad y consumo de psicoactivos, está en 73.5% en América, siendo inferior con 42.7% en el Norte y mayor para Latinoamérica con 77.9%.

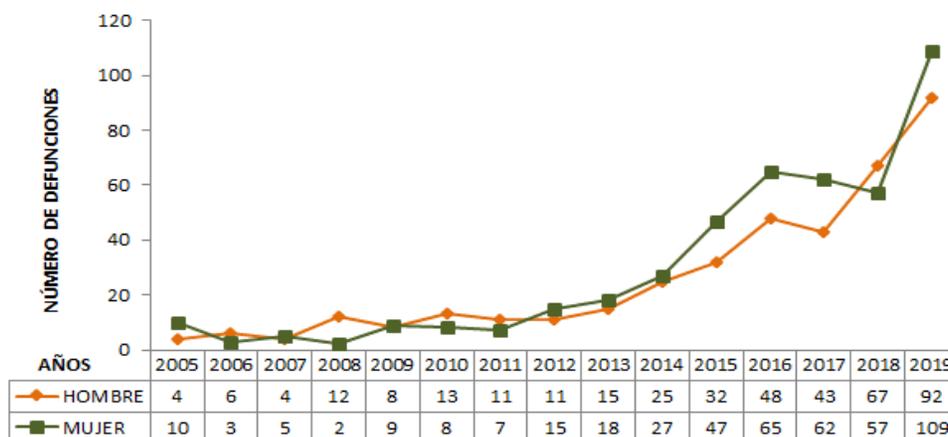
El 60% del gasto en salud mental se destina a hospitales psiquiátricos, el gasto total en salud mental alcanza solo el 2%.

Eventos que causan grado de estrés importante, como la pandemia COVID-19, se convierten en factor de riesgo para aparición, exacerbación o recaída de un gran número de problemas relacionados a la salud mental, en las Américas, ha habido aumento de depresión, ansiedad, desasosiego, insomnio, igualmente a las personas con COVID-19 presentan complicaciones neurológicas y mentales.

5.1 Indicadores de Salud Mental en Antioquia

En Antioquia, de acuerdo con la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO, se evidencia que las defunciones por trastornos mentales y de comportamiento en los últimos 15 años están en ascenso, presentando una pendiente mayor para los dos últimos años, se observa además que la mujer ha aportado mayor número (457) fallecidos por estos problemas que el hombre, pueda deberse a que la mujer utiliza más los servicios de salud que mejora el diagnóstico y el certificado de defunción lo evidencia con más claridad.

Figura 150. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019



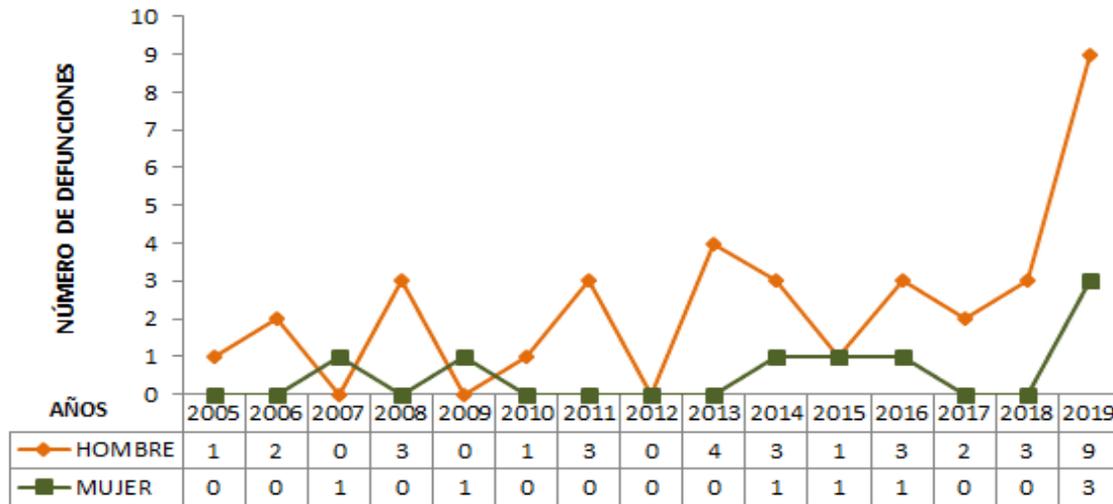
Fuente: SISPRO

Para el Departamento, las muertes por el consumo de sustancias psicoactivas de las personas que sufren un trastorno mental y de comportamiento está en ascenso, causando un gran número de fallecidos en los últimos 15 años, es necesario además aclarar que este reporte pueda tener sub registro debido a que aún el estigma del consumo puede enmascarar el diagnóstico final, los registros indican que son los hombres que aportan más fallecimientos (35 casos) por esta causa, situación que es coherente porque hay mayor número de hombres reconocidos como



consumidores de sustancias psicoactivas.

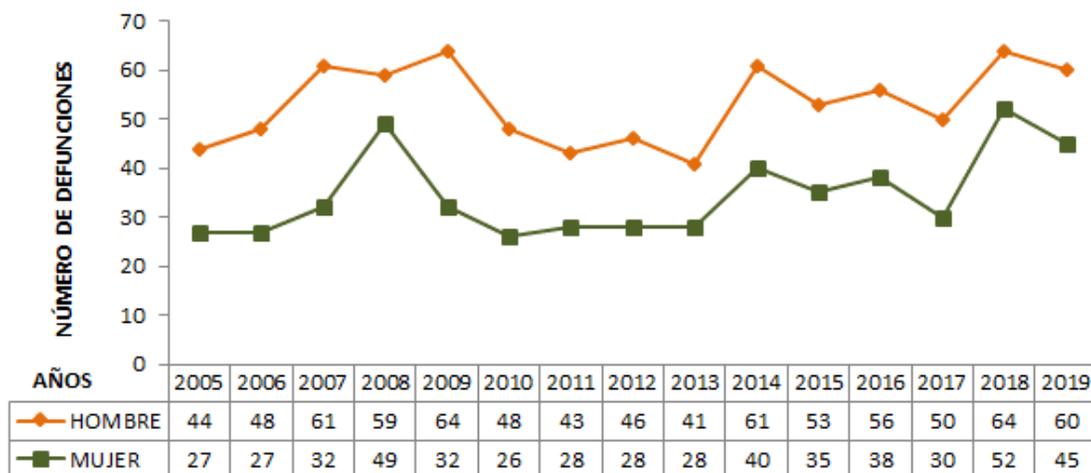
Figura 151. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019



Fuente: SISPRO

Para los antioqueños la muerte por epilepsia ha presentado una oscilación en el comportamiento en el período comprendido entre 2005 y 2019 tanto en hombres como en mujeres, pero siempre con tendencia al aumento, los hombres presentan mayor número de personas fallecidas por este diagnóstico, lo que puede tener como explicación que son los hombres quienes presentan más casos de lesiones por causas externas y dentro de estas presentan mayor número de lesiones del sistema nervioso que dejen secuelas y una de ellas la epilepsia. La Organización Mundial de la Salud - OMS, informa que la muerte prematura es tres veces más frecuente en personas con epilepsia.

Figura 152. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2019



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



440

5.2 Morbilidad específica en salud mental

El acceso a los servicios de salud mental desde los primeros niveles de atención es una prioridad en el plan de acción de la OMS, igualmente disponer de información oportuna y consistente, por tal razón se evidencia cuáles son las causas de consulta debidas a problemas de salud mental por las tres grandes causas (trastornos mentales y del comportamiento, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y epilepsia), por ciclo vital y por sexo, es necesario aclarar que la utilización de servicios por estas causas de morbilidad no da cuenta real a la morbilidad por causas asociadas a salud mental en el Departamento y no se pueden hacer cálculos de incidencia o prevalencia.

Es muy importante tener en cuenta que durante el primer año de la pandemia por COVID-19, la utilización de los servicios de salud se vio afectada por los largos períodos de confinamiento y el poco acceso a consultas virtuales por los diferentes grupos poblacionales, lo que no puede compararse con los períodos anteriores por ser este un año atípico.

Para Antioquia se evidencia en el año 2020 una tendencia a la reducción de consultas en todos los grupos, por dos grandes causas como son; trastornos mentales y del comportamiento, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, en este último grupo de causas podría pensarse fue favorecida por el poco acceso y disponibilidad de estancias psicoactivas. La epilepsia presentó un aumento en la utilización de servicios de salud, es de aclarar que esta condición requiere de medicamentos que al suspenderlo pueden generar crisis epilépticas, pueda ser que es una de las razones del incremento en estas causas de consulta en todos los ciclos vitales, al analizar la situación por subregiones el comportamiento es similar en casi todas, excepto en el grupo de vejez donde no se presentaron consultas por casi ninguna de estas causas, pueda deberse al confinamiento cumplido estrictamente por este grupo poblacional, hay excepciones como en la subregión del Norte que presenta aumento en los grupos de adolescencia, juventud y adultez de consultas por trastornos del comportamiento, y de estas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, Nordeste, no se presentó aumento de consultas por epilepsia en los ciclos de juventud y vejez pero si un aumento de consultas por trastornos del comportamiento, en el Oriente y Magdalena Medio, no se aumentaron las consultas epilepsia en los ciclos de juventud, adultez y vejez, en Bajo Cauca no se evidencian aumentos en consultas en la vejez, es de anotar que por ciclo vital la primera infancia y la infancia son los dos ciclos que mayor aumento de consultas presentaron por estos problemas de salud mental.

En total en el Departamento en el período comprendido entre 2009 y 2020 se atendieron 6'965.093 consultadas relacionadas a los tres grandes grupos de causas de salud mental. La causa que predomina es son los trastornos mentales y del comportamiento con 6'011.629 de consultas, que equivale al 86% del total de consultas, seguido por la epilepsia con el 12% correspondiendo a 823.429 consultas, los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas aporta el 2% de las consultas, con reducción con relación al acumulado del 2019



debido al confinamiento de la población en un buen número semanas durante el 2020 por la pandemia del COVID-19.

Tabla 107. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2009 – 2020

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total												Δ pp 2020-2019	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	58,96	58,57	65,10	64,86	70,15	68,89	73,21	73,92	74,26	75,90	77,69	74,21	-3,48	
	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	0,77	-0,10	
	Epilepsia	41,04	41,43	34,90	35,14	29,85	31,11	26,79	26,08	25,74	24,10	22,31	25,79	3,48	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,79	76,88	79,02	81,48	85,20	85,00	85,83	90,54	88,94	90,32	90,17	86,13	-4,04	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,39	0,23	0,22	0,18	0,16	0,13	0,24	0,20	0,18	0,18	0,24	0,14	-0,10	
	Epilepsia	25,21	23,12	20,98	18,52	14,80	15,00	14,17	9,46	11,06	9,68	9,83	13,87	4,04	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,45	70,62	71,70	74,02	76,36	77,70	79,83	82,01	80,60	80,70	84,19	81,93	-2,25	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,97	9,13	6,16	7,99	9,65	8,71	9,91	9,16	9,36	11,32	7,61	6,99	-0,62	
	Epilepsia	24,58	20,25	22,14	17,99	13,98	13,59	10,26	8,83	10,04	7,98	8,20	11,08	2,87	
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	84,62	87,94	89,77	88,17	-1,60	
	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	12,38	16,92	11,58	10,64	-0,94	
	Epilepsia	23,50	19,89	20,83	18,78	16,87	15,51	12,10	12,05	15,38	12,06	10,23	11,83	1,60	
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	85,19	87,87	89,16	86,37	-2,79	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,32	4,67	3,77	5,01	5,39	5,64	7,36	6,13	5,50	8,52	6,16	5,50	-0,66	
	Epilepsia	16,93	16,13	16,39	16,00	15,10	15,12	10,88	11,20	14,81	12,13	10,84	13,63	2,79	
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	91,02	92,39	92,35	91,60	-0,75	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,76	1,19	1,32	0,90	1,98	1,51	1,92	1,87	1,56	1,70	2,15	1,35	-0,80	
	Epilepsia	11,01	10,26	8,46	7,51	8,46	9,86	7,04	7,26	8,98	7,61	7,65	8,40	0,75	

Fuente: SISPRO

En Antioquia, las mujeres presentan el mayor número con 3'818.091 de consultas debido a los tres grandes grupos de causas de salud mental, en tanto los hombres la utilización de los servicios por estas tres grandes causas fueron un total de 3'147.002 consultas.

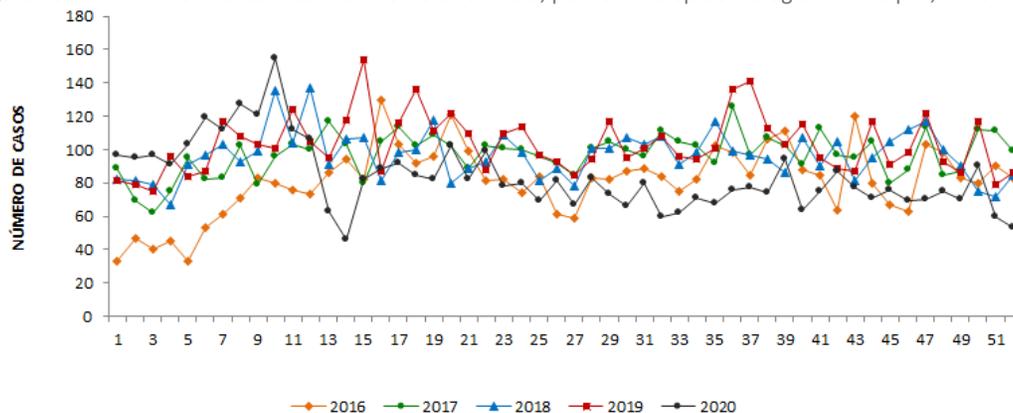
5.3 Comportamiento del Intento de Suicidio en Antioquia

A pesar que en el Departamento se han desplegado diferentes estrategias del proyecto de Salud para el Alma, Salud Mental y Convivencia Social Antioquia, aun se notifican un número considerable de intentos de suicidio, comparando los últimos 5 años a la semana 51, pero se evidencia una disminución de los casos de intento de suicidio reportados al SIVIGILA durante el 2020, con un total de 4.421 casos para una tasa de 66.2 por 100.000 habitantes, también se observa que hay períodos de mayor disminución de casos reportados que coincide con las semanas de confinamiento, y puede explicarse que estando la familia en casa es un factor protector que

impide este comportamiento, igualmente los jóvenes desescolarizados pueden reducir la presión el bullying y el matoneo como causas de conducta suicida en jóvenes.

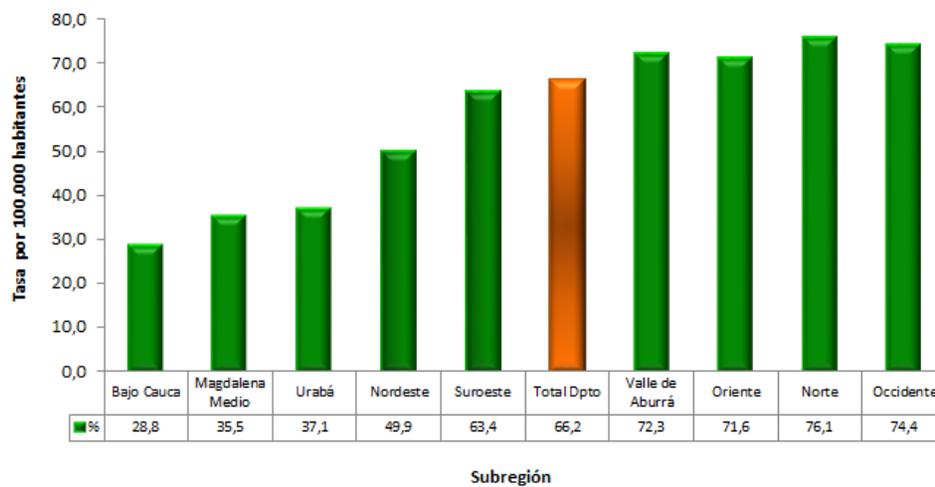
Por subregión la tasa más alta se presenta en el Norte 76.1 por 100.000 habitantes, seguida del Occidente 74.1 por 100.000 habitantes, el Bajo Cauca y el Magdalena Medio con 38 y 75 casos respectivamente, presentan las tasas más bajas situación que pueda deberse que la notificación de este evento en estas subregiones es deficiente.

Figura 153. Distribución de los casos de intento de suicidio, por semana epidemiológica. Antioquia, 2016-2020



Fuente: Sivigila

Figura 154. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2020



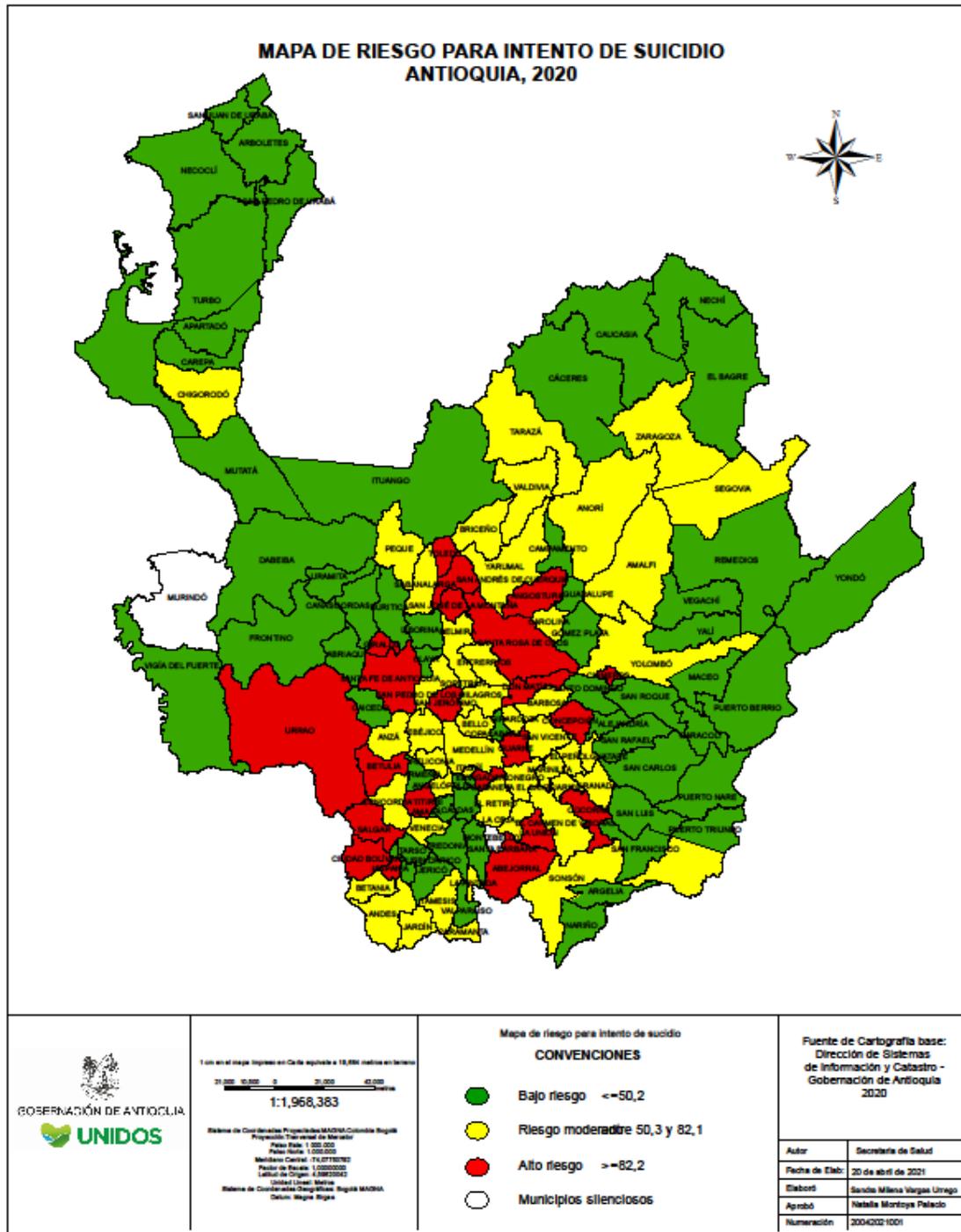
Fuente: Sivigila

Al georreferenciar el riesgo de intento de suicidio, se observa que el alto riesgo que corresponde a una tasa de 823:2 por 100.000 habitantes o más se concentra en los municipios en 23 de los 125 del Departamento: Abejorral, Angostura, Betulia, Cisneros, Ciudad Bolívar, Cocorná, Concepción, Donmatías, Envigado, Giraldo, Guarne, Hispania, La Unión, Salgar, San Andrés de Cuerquia, San Jerónimo, San José de la Montaña, Santa Fe de Antioquia, Santa Rosa de Osos, Titiribí, Toledo,



Urrao. 6 de los municipios presentan bajo riesgo poblacional de intento de suicidio con tasas inferiores a 50. 2 por 100.000 habitantes.

Mapa 28. Riesgo para Intento de suicidio. Antioquia 2020.



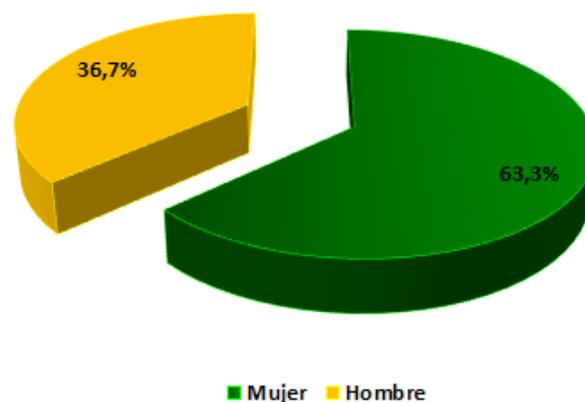
Fuente: Sivigila



Al analizar el comportamiento de intento de suicidio por sexo, es consistente con lo documentado en la literatura donde el mayor número de intentos de suicidio se presentan en las mujeres porque utiliza métodos menos contundentes que el hombre, es por esta razón que los intentos de suicidios se repiten más en mujeres que en hombres.

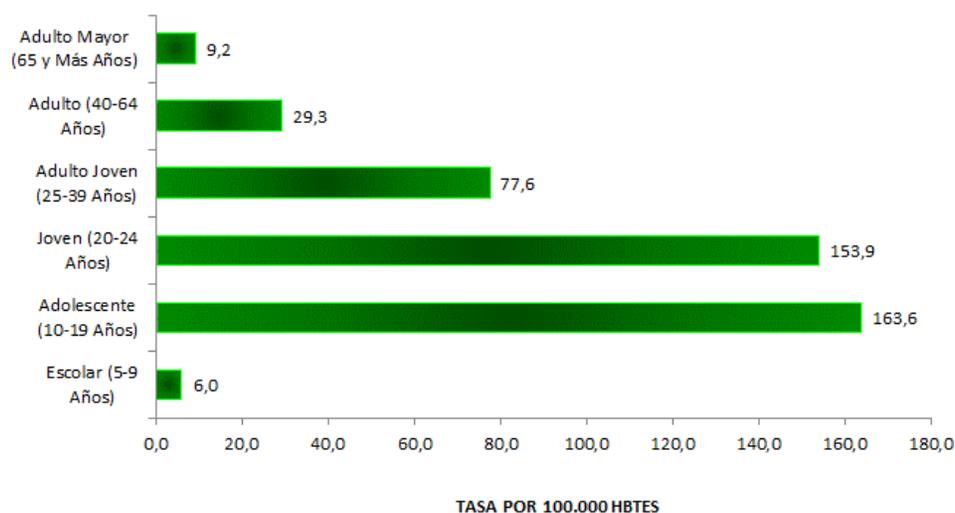
Por grupo de edad, son los adolescentes entre 10-19 años los que presentaron más esta conducta con 163.3 por 100.000 habitantes, seguido del grupo 20-24 años con tasa de 153.9 por 100.000 habitantes. Se necesita resaltar el grupo de 5-9 años que presenta una tasa de 6.0 por 100.000 habitantes, situación que es intolerable que este grupo tenga conducta suicida donde debe estar protegido y desarrollándose sanamente.

Figura 155. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo. Antioquia, 2020



Fuente: SIVIGILA

Figura 156. Distribución de los casos de intento de suicidio, por grupo de edad. Antioquia, 2020



Fuente: SIVIGILA

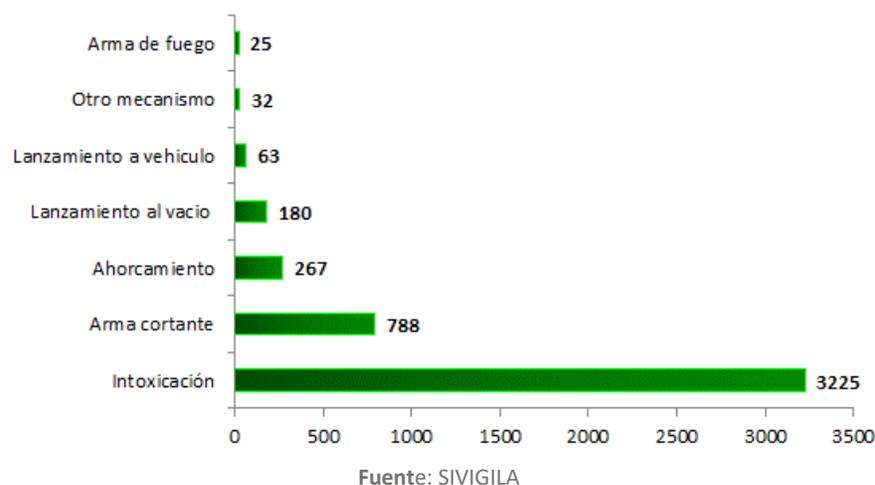
Al caracterizar los casos de intento de suicidio por los 5 grupos étnicos, se identifica que el mayor grupo corresponde a otros, pero los indígenas presentan el 1% de los casos, concuerda con lo reportado por el grupo indígena de resguardos de Dabeiba, donde “dicen el intento de suicidio es muy frecuente no solo en jóvenes”.

El 52% de las personas que intentaron suicidarse fueron hospitalizadas, lo importante es hacer seguimiento cuantos de estas personas fueron integrados a un programa de terapia y atención por psicólogo y psiquiatra con el fin de reducir el riesgo de otros intentos.

Se realizó cruce de bases de datos con las personas de suicidio del 2019 y 2020, con las bases de datos de intento de suicidio del 2016 (fecha en que se inició la notificación obligatoria del evento), al 2020 se encontró que de las 925 personas que se suicidaron entre el 2019 y 2020 el 12.3% (115) habían intentado suicidarse por lo menos una vez, el 1.8% (17) intentaron suicidarse 2 o más veces, lo que significa que debe fortalecerse las acciones para que la persona que presente conducta suicida se le brinda tratamiento oportuno. Es importante aclarar que al revisar la conducta suicida repetitiva por la notificación del SIVIGILA este dato aumenta, informando que el 58% de las personas ha presentado más de un intento de suicidio.

La intoxicación es el mecanismo más frecuente utilizado en los casos de conducta suicida aportante 3.225 de 4.421 casos, el arma de fuego fue el menos utilizado, llama la atención como el ahorcamiento aun en el año de confinamiento por COVID-19 se presenta en 267 casos, aunque se estaba en compañía de familia u otros convivientes.

Figura 157. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según mecanismo utilizado. Antioquia, 2020



5.3.1 Comportamiento de Suicidio en Antioquia

En el mundo de acuerdo a la OMS, (informe de septiembre del 2021), 1 de cada 100 fallecimientos se debe al suicidio, anualmente se presentan cerca de 700.000 suicidas, entre las



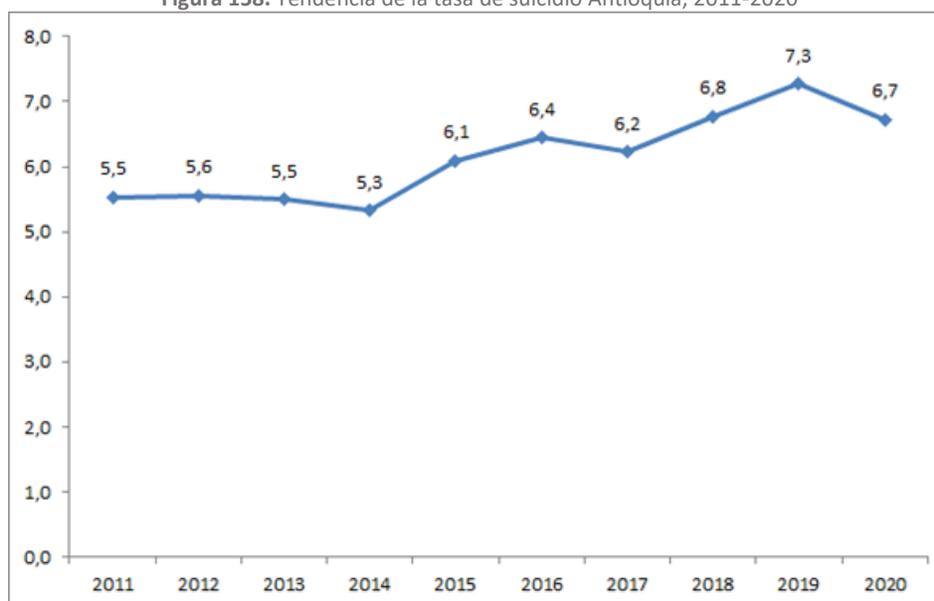
a 29 años es la cuarta causas de muerte, los hombres se suicidan el doble que las mujeres (12.6 por cada 100.000 hombres, 5.4 por 100.000 mujeres) la tasa más alta en hombres se presenta en países de ingresos altos con una tasa de 12.6 por 100.000 hombres, las tasas más altas en mujeres se presentan en países de ingresos medios y bajos (7.1 por 100.000 mujeres). La tasa de suicidio en la región de África es de 11.2 por 100.000 habitantes en Europa 10.5 por 100.000 habitantes, en Asia sudoriental 10 por 100.000 habitantes, regiones que superan la tasa media mundial de 9 por 100.000 habitantes, .la tasa más baja es en la región del Mediterráneo Oriental con 6,4 por 100.000 habitantes. Entre el 2.000 y el 2020, las tasas de suicidio se han reducido en un entre un 17% en la región del Mediterráneo Oriental y 49% en la región del Pacífico Occidental.

En las Américas es la región donde más asciende la tasa de suicidios, incrementado en un 17%. A pesar de esto solo 38 de los países han implementado estrategias de prevención del suicidio.

En Colombia, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social, durante los años 2010 a 2019 la tasa de suicidio oscila entre 4 y 5.7 por 100.000 habitantes, el 17% se presentó entre niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 5-19 años, con tasas que van de 2.6 a 3.5 por 100.000 habitantes. Dos casos se presentaron entre menores de 4 años.

En Antioquia en los últimos 10 años se han presentado un total de 3.833 casos de suicidio, oscilando un mínimo por año de 323 en 2014 y 476 en el 2019 año en el que más personas se suicidaron, la tasa oscila entre 5.3 a 7.3 por cien mil habitantes, cifras superiores a las reportadas por el país., se evidencia un ligero descenso para el 2020, posiblemente debido al confinamiento por la pandemia COVID-19

Figura 158. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2011-2020



FUENTE: DANE. 2020



447

Tabla 108. Distribución de los casos y tasas de Suicidios Antioquia 2011 - 2020

SUBREGION MUNICIPIO	Año																			
	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	casos	Tasa x cienmil hbtes.																		
TOTAL DEPARTAMENTO	325	5,5	330	5,6	330	5,5	323	5,3	374	6,1	400	6,4	392	6,2	434	6,8	476	7,3	449	6,7

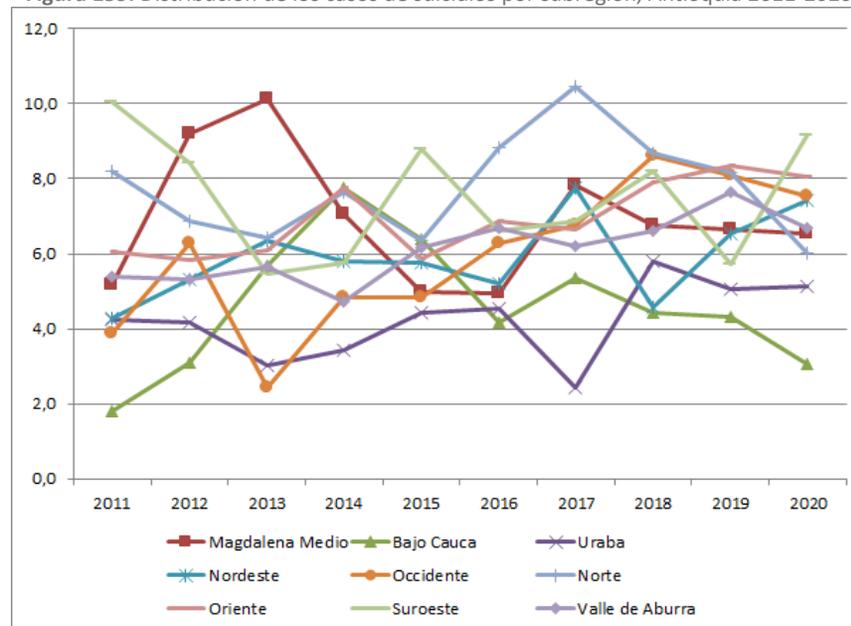
FUENTE: DANE. 2020

Información Preliminar

Procesa: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Con relación a las subregiones la tasa más alta la presenta el Suroeste, pueda deberse al acceso a agroquímicos por ser una región con predominio agrícola, con tendencia al aumento, seguido de Oriente, Bajo Cauca y Urabá presentan las tasas más bajas, es de aclarar que en la región de Urabá se presentan casos de indígenas suicidados que son enterrados en el territorio sin que medie notificación a la autoridad occidental.

Figura 159. Distribución de los casos de suicidios por subregión, Antioquia 2011-2020



Fuente: DANE. 2020

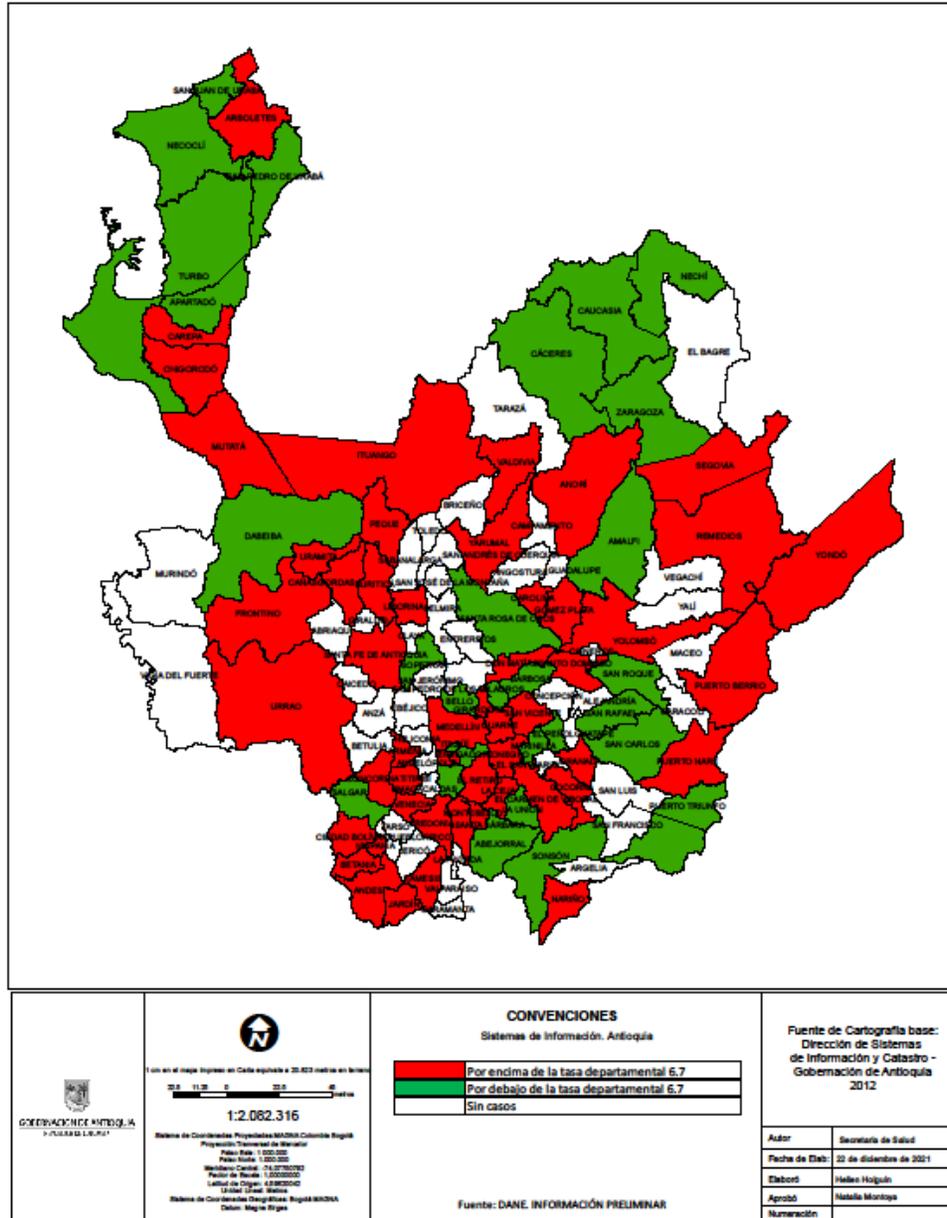
Información Preliminar

Procesa Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La georreferenciación de la tasa de suicidio permite identificar 52 municipios con un riesgo poblacional alto de suicidios con tasas entre 6.8 y 50.3 por 100.000 habitantes, llama la atención las subregiones de Bajo Cauca y Urabá con la mayoría de los municipios en bajo riesgo poblacional de suicidio, ambas regiones con dos municipios cada una sin reporte de casos, regiones que el conflicto armado ha dejado en estas poblaciones tantas secuelas en enfermedades de salud mental, precursoras o detonantes del suicidio. En riesgo bajo se encuentran 29 municipios. Se observan que en 44 municipios no se presentaron suicidios durante el 2020.

Mapa 29. Comportamiento del suicidio en Antioquia.

Mapa de Suicidio, Antioquia 2020



Fuente: DANE. Información preliminar.

Se evidencia que del total de casos 449 en el 2020 la gran mayoría se presenta en el grupo de personas no auto reconocidas como indígenas, Rrom, Palenquero, Negro mulato, (ninguno de los anteriores) aportando 436 casos en el 2020, 3 indígenas reportados como suicidas, situación que no ha sido consistente en los últimos 10 años, en la población Negra se presentaron 19 casos.



El mecanismo más utilizado es el ahorcamiento con 313 del total de los casos, situación concordante con el mecanismo más frecuente de la conducta suicida, 57 casos presentaron envenenamiento como causa de la muerte, 4 de ellos en menores de 19 años, con arma de fuego se suicidaron 29 personas, pero ninguno de ellos es menor de 19 años

Por sexo, 382 de los casos corresponden al masculino y solo 67 a las mujeres en ellas ha oscilado entre un mínimo de 47 y 107 casos el mayor reportado en el 2019-

En el grupo de edad que más suicidios se presentaron fue el de 20-24 años con 74 siendo este grupo el que más casos ha presentado durante los últimos 10 años, significa que la pandemia no afectó la tendencia del comportamiento en este grupo. No se evidencian reporte de casos en menores de 5 años, se presentó una reducción de cerca del 50% de los casos en la mayoría de grupos hubo una reducción de los casos, lo que podía deberse al confinamiento durante la pandemia del COVID-19, pero se observa un aumento de los casos en los grupos de 20-24, 25-29, 40-44 y 65 y más años población adulta joven y adulta mayor, pueda deberse a consecuencias de exacerbación de enfermedades crónicas o situaciones relacionadas al ingreso económico.

5.4 Comportamiento de Violencia de Género en Antioquia

De acuerdo a la OMS, la Violencia de Género afecta a más de la mitad de la población mundial, y no puede ser ignorada. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible No 5, destinado a la igualdad de género, da la ruta para las metas a conseguir, faltan 10 años para que ninguna mujer o niña se quede atrás en la carrera al desarrollo sostenible. 1 de 3 mujeres en el mundo ha sufrido violencia física, psicológica, sexual por parte de su pareja o expareja, o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. “Las estimaciones de la OMS, sobre la prevalencia de la violencia de pareja sufrida a lo largo de la vida van del 20% en la Región del Pacífico Occidental de la OMS, 22% en los países de ingresos elevados y la Región de Europa de la OMS y 25% en la Región de las Américas de la OMS, al 33% en la Región de África de la OMS, 31% en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS y 33% en la Región de Asia Sudoriental de la OMS”.

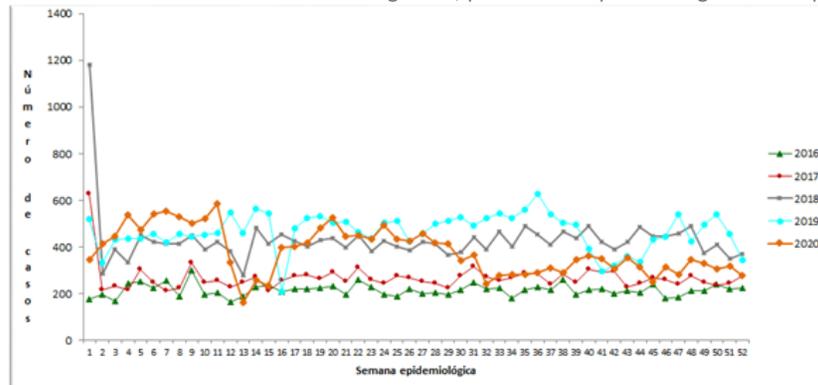
En Colombia a septiembre 2020, de acuerdo con el Observatorio de feminicidios, 445 mujeres fueron asesinadas, y durante a la cuarentena fueron 243 asesinadas.

En Antioquia en el 2020 se notificaron al sistema de SIVIGILA, un total de 20.008 casos para una incidencia de 299.6 casos por 100.000 habitantes, con tendencia a la reducción situación debida al confinamiento de un buen número de semanas del año debido a la pandemia pero también es importante tener en cuenta que la exacerbación de los casos en determinadas semanas se dio por el impacto en la salud mental de la población, es una situación que no evidencia real el número de casos que no se notificaron por el no acceso presencial a las instituciones de salud y comisaria de familia.



450

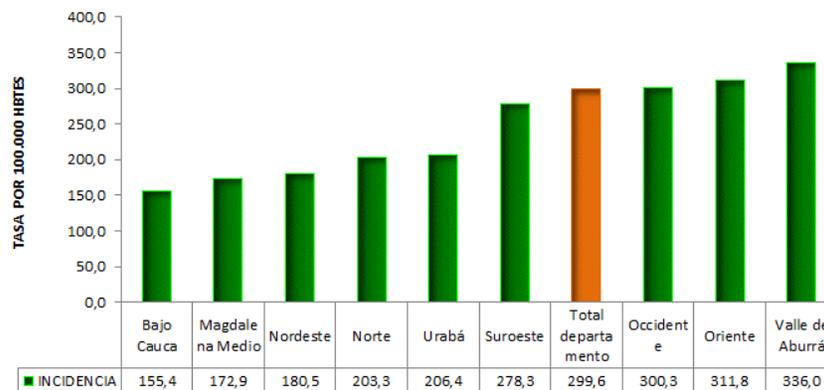
Figura 160. Distribución de los casos de violencia de género, por semana epidemiológica. Antioquia, 2016-2020



Fuente. SIVIGILA

Por subregión la tasa de incidencia fue mayor en la subregión de Valle de Aburrá con 336 por 100.000 habitantes, seguida de Oriente con 311.8 por 100.000 habitantes, las tasas más bajas son para el Bajo Cauca con 155.4 y Magdalena medio con 172.9 por 100.000 habitantes, es de anotar que varios de estos municipios los grupos al margen de la ley no permiten la notificación ni el análisis de la situación razón por la cual evidencia baja incidencia con respecto a las tasas del departamento y de otras regiones.

Figura 161. Incidencia de violencia por subregión. Antioquia, 2020 (n=20.008)



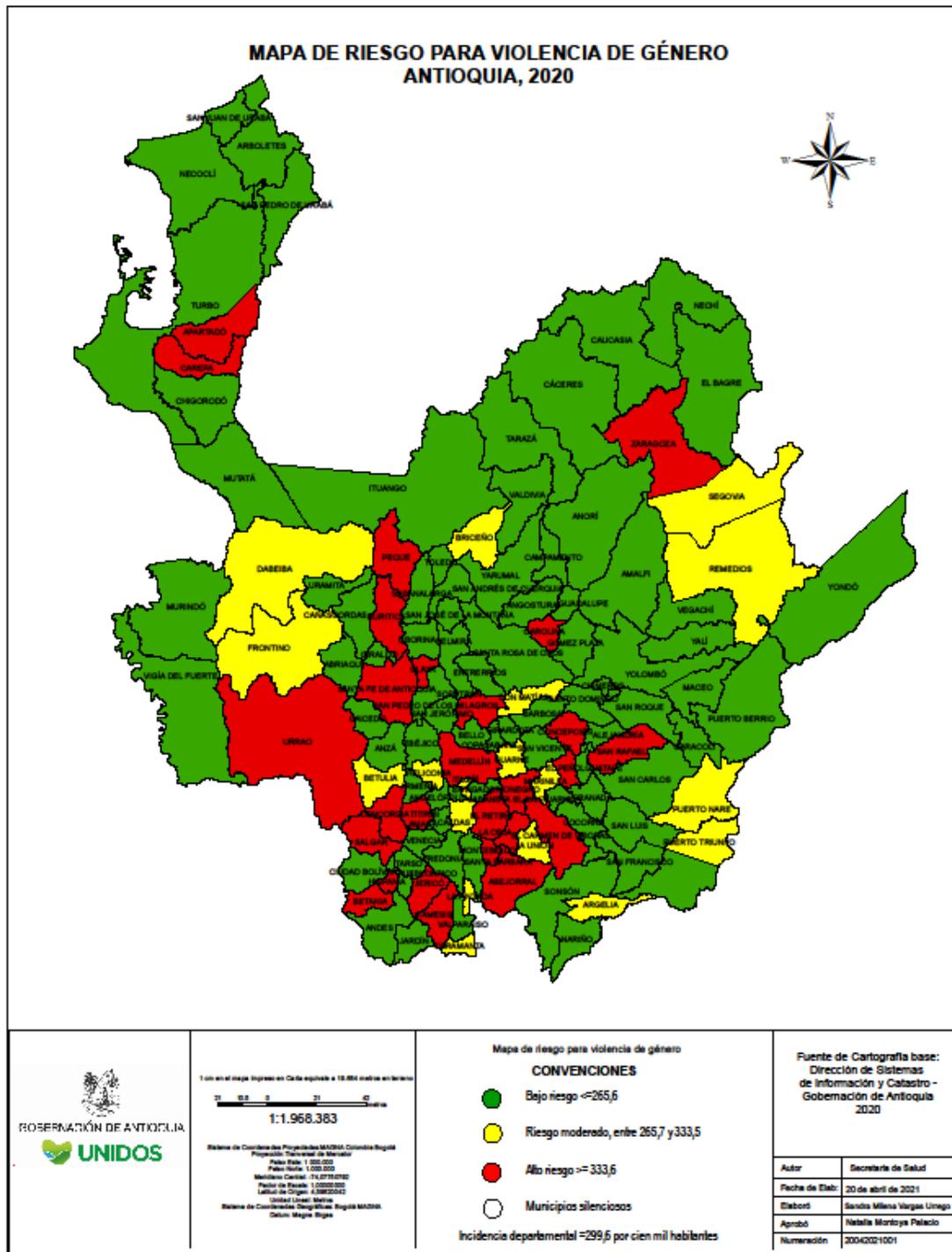
Fuente. SIVIGILA

La notificación de la violencia de Género es baja en la mayoría de los municipios debido a múltiples razones, aun no hay una cultura del reporte del agredido, solo 27 de los 125 municipios presentan un alto riesgo poblacional que está dado por tasas de incidencia mayores que la del departamento (333.6 por 100.000 habitantes), 19 municipios presentan un riesgo medio con tasas que oscilan entre 265,7 y 333,5 por 100.000 habitantes, un total de 79 municipios presentan riesgo bajo con tasas inferiores a 265.6 por 100.000 habitantes, a pesar de esto (un subregistro) es el evento de notificación obligatoria que notifica el mayor número de casos.

Por procedencia el 83% con una tasa de 316 por 100.000 habitantes de los casos son urbanos, el 17% rurales.



Mapa 30. Georreferenciación de la Violencia de Género, Antioquia 2020

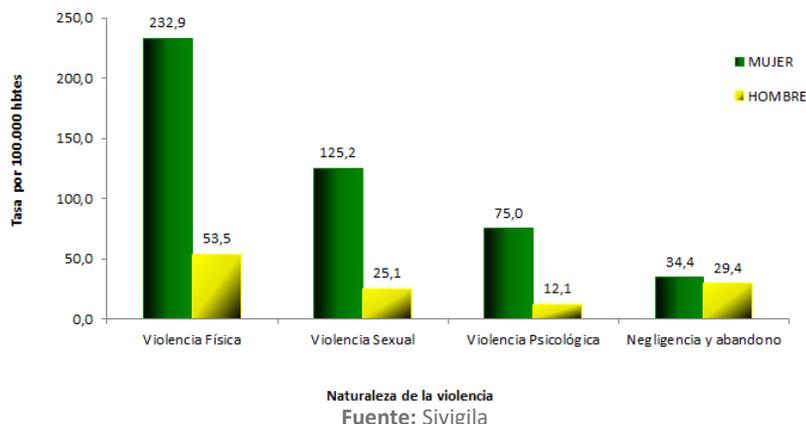


Fuente: SIVIGILA



Por sexo es la mujer que reporta la mayor incidencia (467.5 por 100.000 habitantes) con el 815 de los casos notificados, en los hombres se reportaron 3.879 casos correspondientes al 19% y una tasa de 120.2 por 100.000 habitantes.

Figura 162. Incidencia de violencia, según naturaleza y ciclo vital. Antioquia, 2020



El 48% de los casos corresponde a violencia física, que se presenta en todos los grupos de edad, es difícil separar el componente de violencia psicológica de la violencia física que por lo general están asociados, pero también se da violencia psicológica sola y aporta el 14.9% del total de casos, el segundo grupo es la violencia sexual con el 25.6%, que se presenta en la mayoría de los casos se presentan en los grupos de niñez, escolar, adolescente y adulto joven, dejando marcas imborrables que afectan la salud mental durante la vida de estas personas desde temprana edad, no desconociendo que este tipo de violencia se presenta en menor número en los demás grupos aun en los adultos mayores. Un 10.7% de los casos está dado por la negligencia y abandono en la que los niños de 0-4, 5-9, 10-14 presentan las tasas más altas (185.6, 100, 73, por 100.000 habitantes) pero también se presenta en los adultos mayores y personas en condición de discapacidad. La tasa más alta corresponde a la violencia física con 146.2 por 100.000 habitantes, en tanto que la incidencia más baja es por negligencia y abandono donde se presentan 32 casos por cada 100.000 personas,

Figura 163. Incidencia de violencia, según naturaleza. Antioquia, 2020

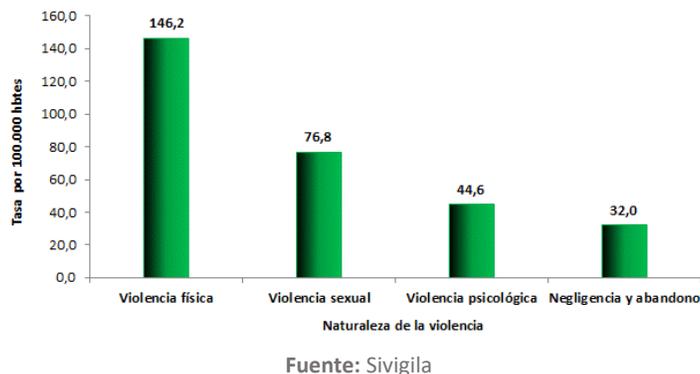
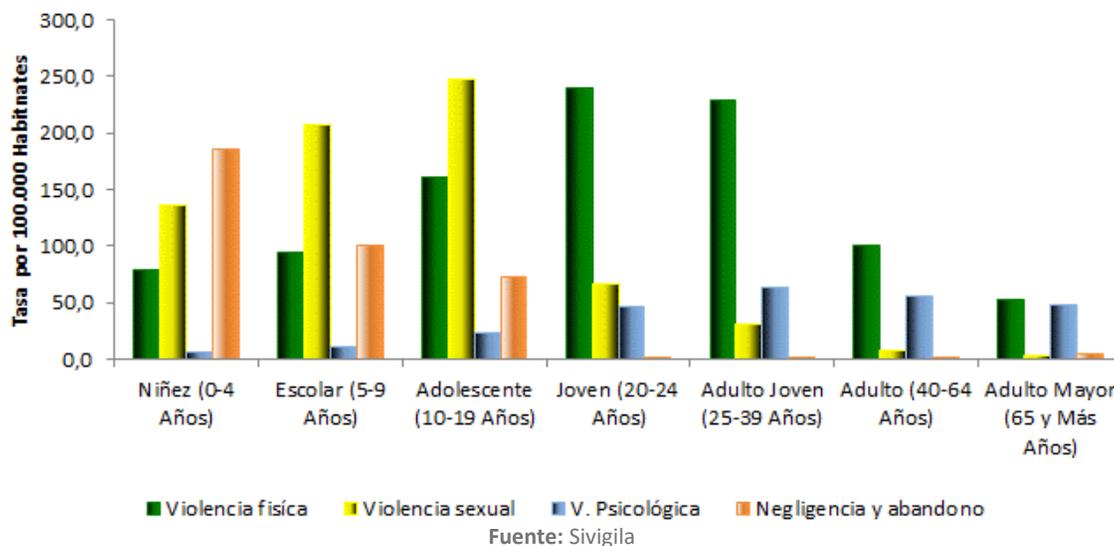


Figura 164. Incidencia de violencia intrafamiliar, según naturaleza y grupo de edad. Antioquia, 2020



5.5 Fortalecimiento de la salud mental en Antioquia

Colombia dando cumplimiento al Plan de Salud Mental establecido por la OMS, implementa la Ley 1616 de 2013, donde establece la salud mental como interés y prioridad nacional.

En el departamento de Antioquia aplicando lo establecido en la ley y con base en el análisis de la situación de salud en el Departamento, y para dar respuesta a los efectos en la salud mental de la pandemia por el COVID-19, además con el fin de alcanzar las metas de salud mental, definidas en el Plan de Desarrollo de Antioquia “Unidos por la Vida 2020-2023”, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia desde el año 2020 ha fortalecido todas y cada una de las estrategias para abordar la problemática de la salud mental no solo desde la promoción, prevención y reducción, sino impulsando una red de atención que favorezca el acceso oportuno estructurado y especializado para que toda la población prevenga las condiciones y mantenga en control las que ya le han sido diagnosticadas.

El Plan de desarrollo, en la Línea 4: Nuestra vida, define el Proyecto: Salud Mental, Convivencia Social, Salud Para el Alma Antioquia, el cual ha estructurado tres componentes estratégicos:

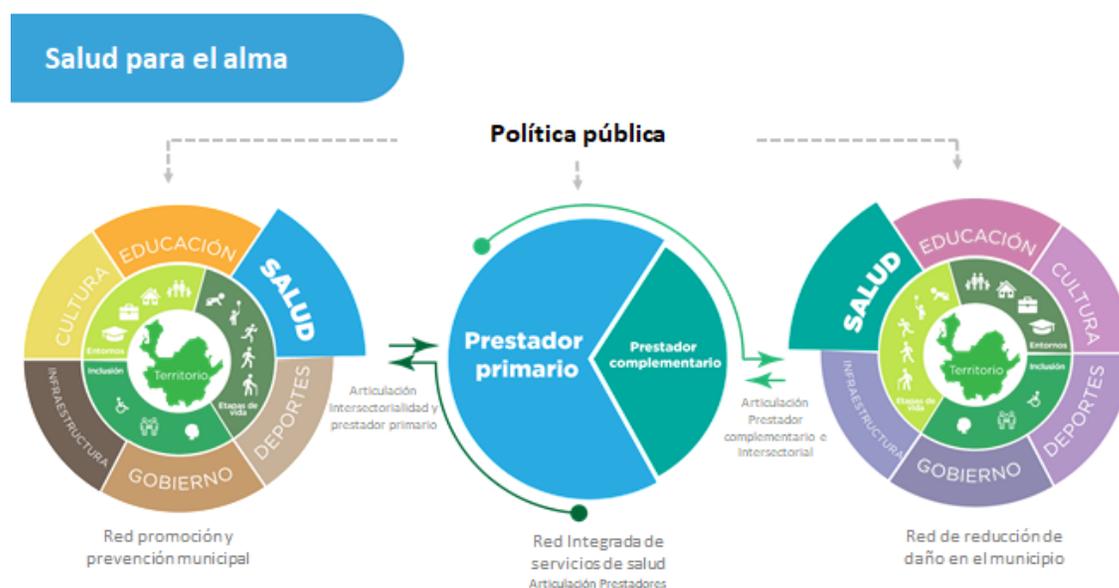
1. Red de Promoción y Prevención, 2. Red Integrada de Servicios de Salud, 3. Red de Prevención y Reducción de daño municipal, enmarcados desde la Política Pública de Salud Mental, desplegando diferentes estrategias.

Es así como el proyecto: Salud Mental, Convivencia Social, Salud Para el Alma Antioquia, desplegó toda una oferta institucional en 4 líneas como son: 1. Atención psicosocial a víctimas del conflicto armado (PAPSIVI), 2. Violencia intrafamiliar y de género, 3. Comportamiento suicida, 4. Consumo de psicoactivos y en articulación con los actores y sectores de educación, infraestructura, deportes



y cultura, lo anterior teniendo en cuenta que no todo lo interviene salud y así lograr una respuesta con un mayor impacto. Por tal motivo durante el año 2021 se logró desplegar estrategias innovadoras en todos los municipios del Departamento con un equipo de psicólogos previamente fortalecidos en sus habilidades para que a su vez ellos fueran los dinamizadores de los actores municipales para que logaran prevenir, contener e intervenir las problemáticas de salud mental, utilizando los dispositivos comunitarios, tamizajes para clasificar y derivar a los prestadores primarios.

Se estructuró el Diplomado de programa de acción para superar las brechas en salud mental-MHGAP a ser desplegado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social y la Facultad Nacional de Salud Pública, definido como la acción mundial de la OMS y OPS para cerrar estas brechas en la salud mental, con el fin de que se pueda atender las personas con riesgo o diagnóstico de problemas de salud mental en el primer nivel sin tener que llegar al nivel complementario o especializado, dirigido a los integrantes del equipo de salud municipal fortaleciendo la referencia de forma oportuna y la contrarreferencia para seguimiento en el nivel primario una vez que ya ha sido reducido sus riesgos y así se benefician de la rehabilitación basada en la comunidad.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

5.5.1 Estrategias de Promoción y Prevención y Reducción de Daño.

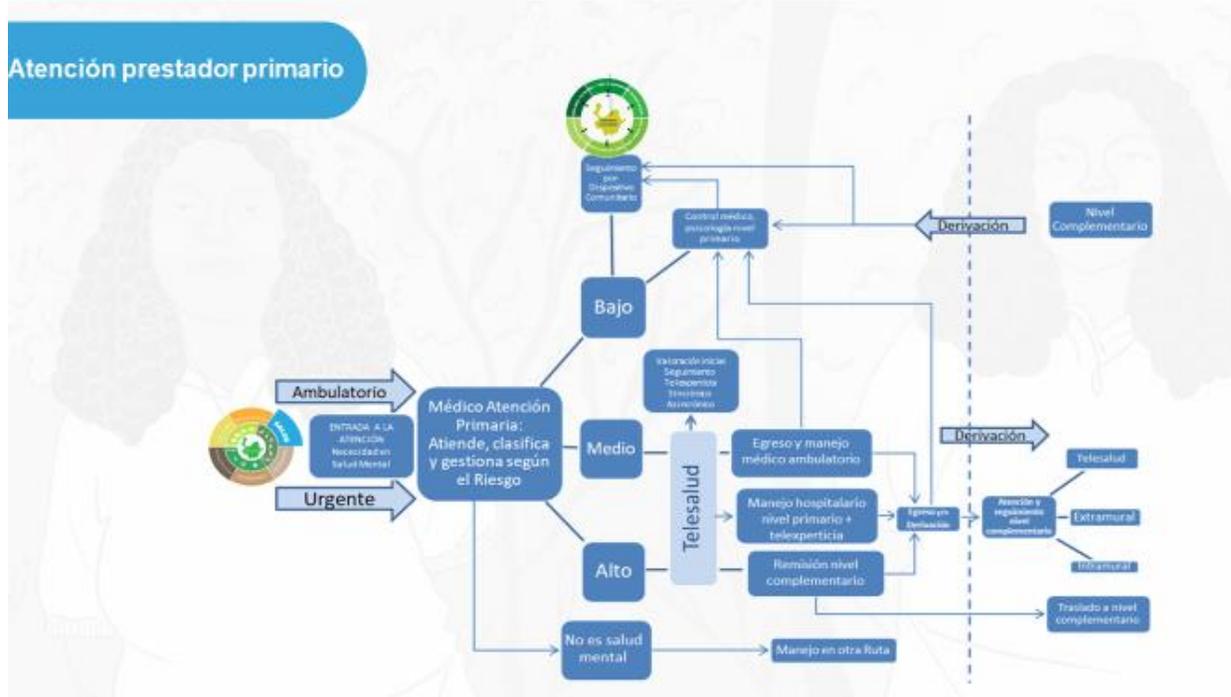
Para la caracterización de salud de las personas con riesgos individuales y colectivos en salud mental, derivado del impacto de estrés ocasionado por el COVID-19, se implementaron estrategias territoriales de información, educación y comunicación, con el fin de gestionar mecanismos de intervención y canalización a los servicios de salud mental de manera prioritaria, colocando en

conocimiento de la población las líneas telefónicas de orientación en salud mental, promoviendo la capacitación de líderes comunitarios en dispositivos comunitarios en primera ayuda psicológica y gestionar de manera intersectorial la atención integral e inclusión social tanto educativa, laboral, cultural, deportiva, de vivienda para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental durante la pandemia.

Dispositivos comunitarios, estrategia social y en salud dirigida la “comunidad en general”, su alcance es de “orientación y apoyo”, escucha activa, promueve espacios de confianza y seguridad emocional, promueven la ayuda mutua, la ayuda social y comunitaria. Los dispositivos comunitarios, apoyan la identificación y detección temprana, el abordaje inicial, la gestión de casos, y la derivación a procesos de apoyo específico como la Rehabilitación Basada en Comunidad.

Estos dispositivos no están direccionados a realizar tratamiento escolar. En relación de los dispositivos se tiene:

- Centros de escucha CE: Constituyen una opción de organización de la escucha comunitaria para afrontar la salud mental y problemáticas asociadas, y generar opciones de respuesta con presencia de los actores comunitarios y las redes de recursos. Buscan dar una respuesta inmediata a demandas y necesidades procedentes de la población de una comunidad local con riesgo o gravemente excluida y en particular de los integrantes del grupo objetivo.
- Las Zonas de Orientación (ZO): Se constituyen en un espacio relacional y en ocasiones físico en donde se establecen servicios y acciones de orientación a la comunidad educativa (escolar o universitaria) con el propósito de reducir la exclusión social y la deserción escolar, mejorar la calidad de vida de los actores que la integran, y prevenir situaciones de vulnerabilidad y riesgo en salud mental y consumo de SPA.
- Estrategias de Promoción y Prevención Municipales, redes para fortalecer el trabajo comunitario, con redes que soportan la Promoción y cuidado de la salud y prevención y reducción de daños y riesgos desde el enfoque de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)
- Redes Integradas de atención en salud mental, se diseñó la ruta de atención integral, del nivel primario al complementario o especializado, con el fin de garantizar acceso, oportunidad y continuidad en la atención de personas con diagnósticos con patología mental y otras problemáticas relacionadas a la salud mental.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

En materia de desarrollo de capacidades y oferta de formación para el fortalecimiento de habilidades del talento humano y el componente comunitario están:

- El Curso virtual tutores de resiliencia que integra temas como: Aspectos generales salud mental positiva, Factores de riesgo y factores de protección, Modelo de intervención y resiliencia, Rehabilitación basada en la comunidad, con temas como temas como: (de formación de capacidades para la promoción de salud mental, Primeros auxilios psicológicos, Habilidades para la vida).
- Procesos comunitarios de resiliencia en jóvenes, Estrategias de trabajo con comunidades, Comunicación audiovisual y multimedia, Manejo de software para diseño y edición de videos
- Procesos de formación en el curso de MHGAP, Diplomado Virtual MHGAP, 90 horas para profesionales de la salud que puedan fortalecer capacidades en la atención seguimiento y acompañamiento adecuado de trastornos mentales y del comportamiento, trastornos neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.
- SAMU: es un aplicativo que permite a los equipos psicosociales, maestros, psicólogos, investigadores, profesionales de la salud, etc. tamizar la situación en salud mental, determinando los niveles de riesgo. SAMU identifica riesgos en la salud mental de niños entre los 8 y 17 años y en adultos de todos los grupos de edades. SAMU evalúa el estado emocional de los adultos y la resiliencia en niños y niñas. Los profesionales de diferentes ramas, pueden descargar el aplicativo y evaluar al número de personas que lo deseen y

obtendrán resultados de manera inmediata.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

5.6 Resultados preliminares del Proyecto de Salud Mental, Convivencia Social, Salud para el Alma.

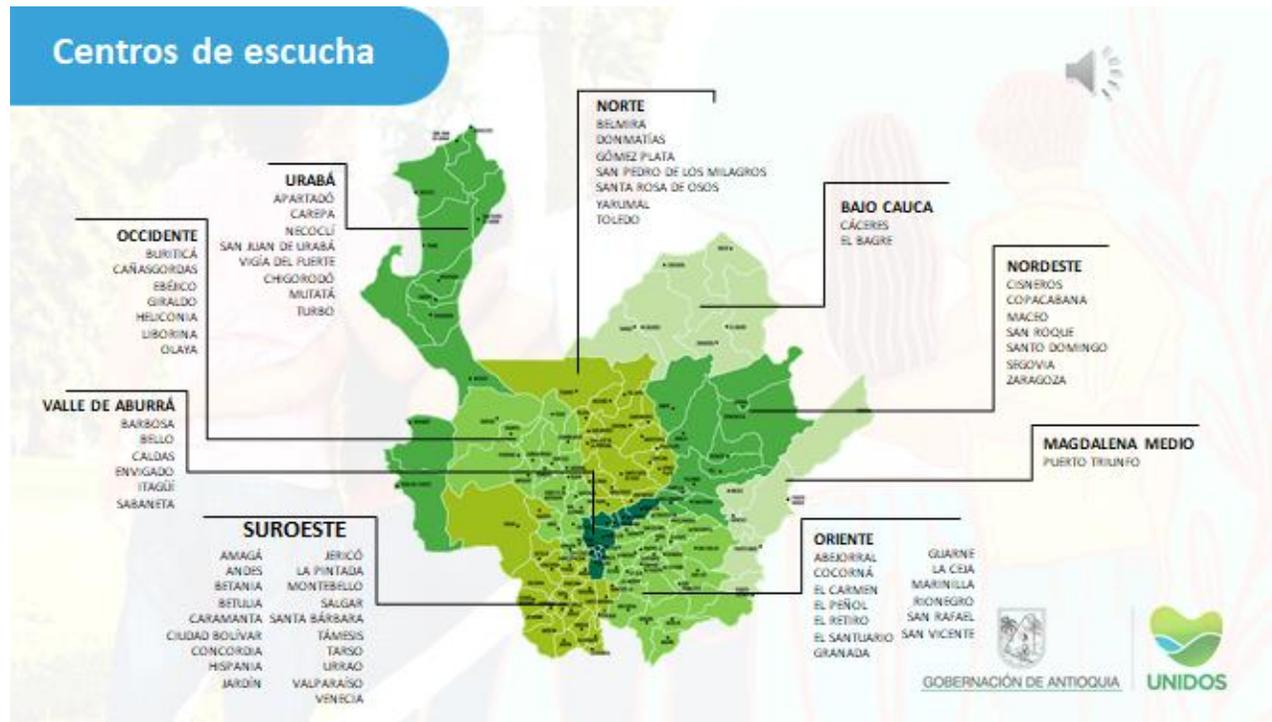
5.6.1 Fortalecimiento de la oferta institucional

A través de la articulación de la oferta departamental para el 2021, se brindaron 2.014 asesorías en las 4 líneas del proyecto, dirigida a los actores municipales de los 125 municipios. Acompañamiento a 108 municipios para la adopción de la política pública de salud mental.

5.6.2 Entorno comunitario

Implementación de 118 centros de escucha por profesionales psicosociales, 21 redes comunitarias de prevención de consumo de psicoactivos, 1.453 gestores territoriales formados en prevención de consumo de sustancias psicoactivas, son integrantes de la comunidad para que detecten situaciones e integren a la ruta de atenciones en salud.





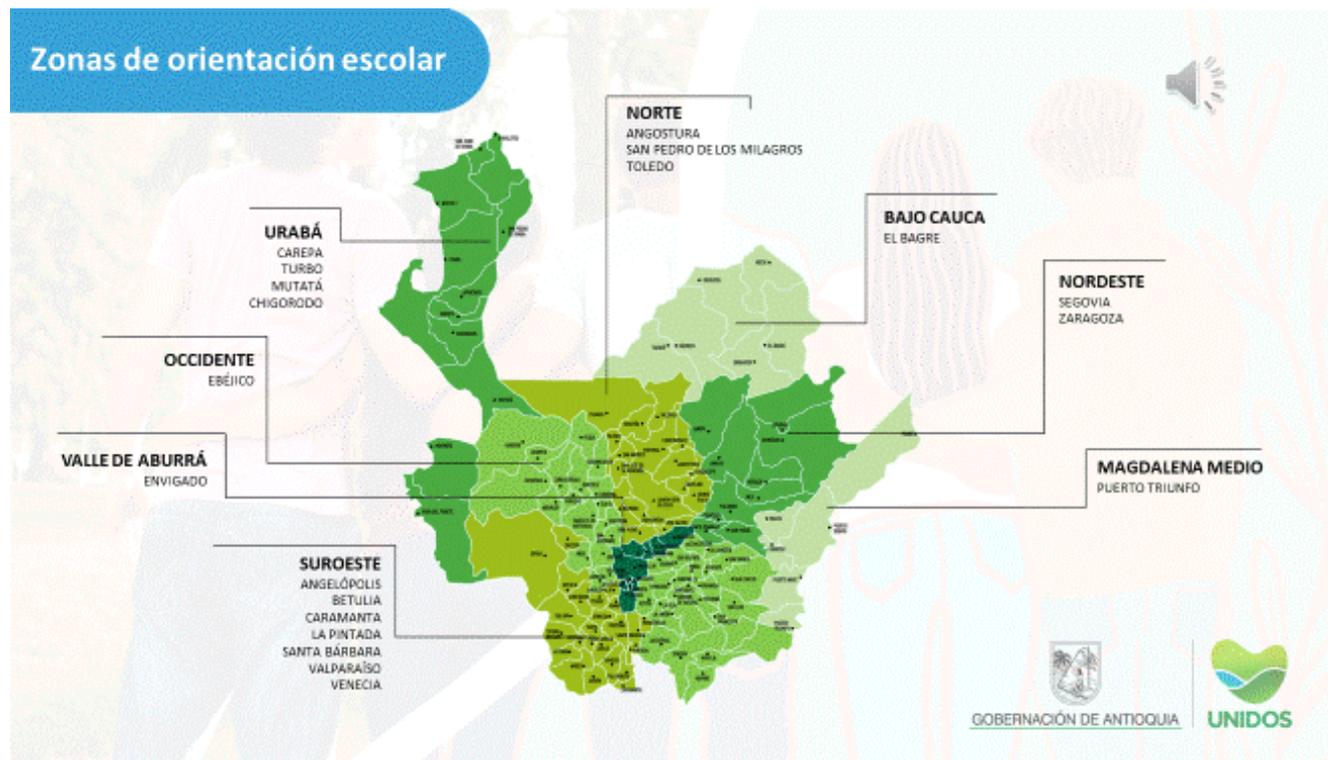
Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

5.6.3 En el entorno del hogar

Se desplegó la línea de base de involucramiento parental en asocio con la Facultad Nacional de Salud Pública, luego se aplicó el modelo a 400 familias identificadas de mayor riesgo durante la línea de base hizo el montaje de la plataforma JUGAR que es herramienta de ayuda para las familias con ayudas lúdicas para fortalecer el involucramiento parental.

5.6.4 En el entorno educativo

Formación de 1.997 tutores de resiliencia a través de la plataforma virtual, estableciendo 50 zonas de orientación escolar, 2 zonas de orientación universitaria, se busca que a través de sicorientadores y psicólogos de apoyo de la secretaria de educación se articulen con el proyecto de salud mental, salud para el alma, para fortalecer desde la resiliencia en las familias con niños entre 3 y 17 años para fortalecer factores protectores e identificando factores de riesgo.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

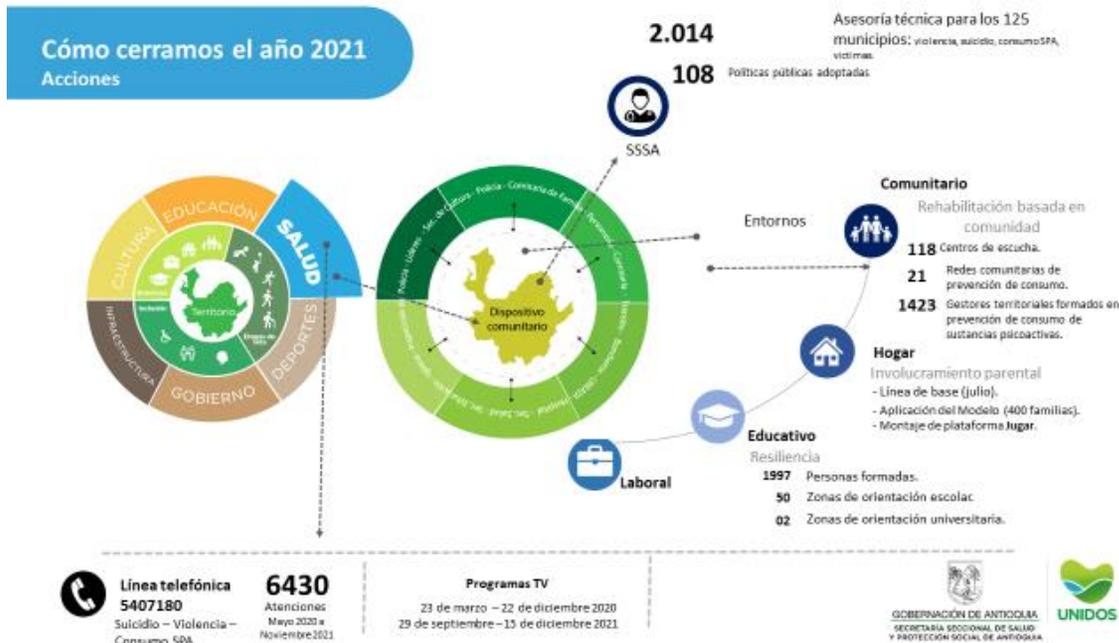
5.6.5 Línea telefónica

Atendida por APH y personal psicosocial, para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental durante la pandemia COVID-19, se activó la Línea de Atención a comunidad 5407180 - 018000413838 en la que expertos dan acompañamiento psicosocial, asesoría a las familias y activación de rutas de atención con el respectivo seguimiento, con el fin de hacer intervenciones en forma temprana, para prevenir deterioro del estado de salud mental de las personas beneficiarias se ha atendido 6.430 personas que han utilizado la línea.

5.6.6 Programa en televisión, de Salud mental, Convivencia Social, Salud para el alma

Emitido los miércoles, con la participación de profesionales de salud mental en temas estratégicos y cruciales de salud mental como; elaboración del duelo, la depresión la esquizofrenia, la identificación precoz de los niños que pueden desencadenar trastornos mentales entre otros.

Figura 165. Logros del Proyecto Salud Para el Alma, Salud Mental y Convivencia Social Antioquia, 2021



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

5.6.7 Articulación Intersectorial

Se realizó el convenio con el SENA, con el fin de generar capacidades en el territorio, formando jóvenes a nivel técnico, en salud pública, auxiliares de enfermería auxiliares en el cuidado del adulto mayor y técnicos en deporte, incluyendo un diplomado en salud mental, inscritos 615 aprendices integrando una prueba piloto para la subregión de Suroeste iniciando en el 2022



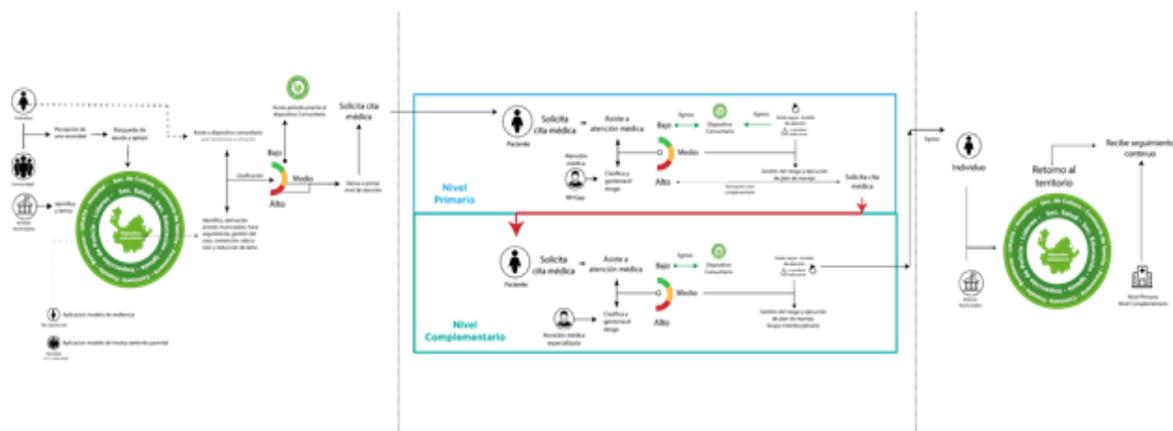
Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021



5.7 Estructuración del modelo de la ruta para la atención en salud mental

En articulación con el Hospital Mental de Antioquia (HOMO) y la ESE Carisma, se inició el proceso de planeación y estructuración de la ruta para la atención especializada de las personas identificadas en el nivel primario, con el fin de fortalecer la accesibilidad y la oportunidad de la atención de las personas con diagnósticos relacionados con la salud mental

Ruta de salud mental



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

Para avanzar en identificar con mayor profundidad la situación de salud mental de la población antioqueña, se han realizado tres estudios con base en los cuales se fortalecen y estructuran nuevas estrategias desde el proyecto de Salud Para el Alma.

Resiliencia

Resultados de la Línea base de resiliencia en la población escolar matriculada en establecimientos públicos entre 6 y 11 grado de bachillerato del departamento de Antioquia 2018, Contrato N° 4600008614, con el fin de disponer de línea base para programas de intervención. Autores: Grupo de Investigación en Salud Mental, Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

En Antioquia predominó la resiliencia media, 53,9%. Los escolarizados de las subregiones Oriente, Suroeste y Norte fueron los que obtuvieron los puntajes más altos de resiliencia, con 57,1%, 53,9% y 50,6%, respectivamente, y los de las subregiones Magdalena Medio, Urabá y Bajo Cauca los menores. En el Valle de Aburrá la resiliencia fue media: 44,2%.

El 41,7% de los estudiantes manifestaron que vivían con más de cinco personas en su casa, aunque cuando se indagó acerca de quién ejercía la autoridad, la mayoría respondió que ambos padres (40,6%) y la madre (39,4%); la principal actividad, tanto del padre como de la madre, era el trabajo (69% vs. 54,2%), aunque el 37,2% de las mujeres se dedicaban al hogar.

En el 43,8% de los casos, la persona que le daba más cariño al estudiante eran ambos padres, seguidos por el que les profesaba la madre (38,7%); es importante resaltar que el 14,5% manifestó llevar a cabo labores por dinero fuera de sus actividades lectivas.

Funcionalidad familiar: Para Antioquia, los escolarizados de la zona urbana cuyas familias eran funcionales, es decir, aquellas en las cuales la comunicación efectiva, la disciplina y el apoyo emocional y afectivo son relevantes, constituyeron el 39,2%. Fue en las subregiones Oriente, Suroeste, Norte, Nordeste y Valle de Aburrá donde predominaron las familias funcionales (47,8%, 47,3%, 45,7%, 39% y 39%, respectivamente). Las subregiones donde prevalecieron las familias con algún grado de disfuncionalidad fueron Bajo Cauca, Magdalena Medio, Urabá y Occidente.

Con relación a la autoestima: El 30,5% de los escolarizados calificaron su autoestima como adecuada, en contraste con el 14,4% y el 1,4%, quienes afirmaron que su autoestima era deficiente o severamente deficiente. Las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas relacionadas con su autoestima fueron Magdalena Medio, Bajo Cauca y Suroeste.

La Asertividad para Antioquia de los escolarizados fue del 29,9%, mientras que el 20,2% y 3,2%, en ese orden, afirmaron ser esporádicamente asertivos o para nada asertivos. El asertividad predominó en los estudiantes de las subregiones Occidente (37,6%), Suroeste (33,7%), Oriente (31,8%) y Valle de Aburrá (31,3%), en contraste con el poco asertividad de los escolarizados del Bajo Cauca, Nordeste y Urabá: 6,6%, 4,6% y 4,5%, respectivamente.

Para Antioquia la adaptabilidad reportó que el 20,9% de los escolarizados indicaron que se adaptaban adecuadamente a las situaciones. Fue en Urabá, Nordeste y Occidente donde los escolarizados más refirieron que su adaptación a las situaciones que les deparaba la vida era severamente inadecuada.

Creatividad en Antioquia, la mayoría de los escolarizados manifestó que era entre creativo o moderadamente creativo. Fue en las subregiones Suroeste, Oriente, Occidente y Valle de Aburrá donde predominaron los escolarizados creativos (49,4%, 47,8%, 46,3%, 46,2%, respectivamente); las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas de creatividad fueron Nordeste, Bajo Cauca, Urabá, Magdalena Medio y Norte.

Capacidad de pensamiento crítico: Para Antioquia, en el 27,1% de los estudiantes se reveló pensamiento crítico, en contraposición con el 14,2% y el 0,7% en quienes se encontró pensamiento



poco crítico o acrítico, en ese orden. En las subregiones Suroeste, Magdalena Medio y Oriente prevalecieron los estudiantes con pensamiento crítico (37,4%, 30,4%, 29%, respectivamente); las subregiones que sobresalieron con estudiantes de pensamiento poco crítico fueron Urabá, Occidente y Bajo Cauca.

Impulsividad, el Departamento, la proporción de escolarizados no impulsivos fue del 37,6%, quienes predominaron en las subregiones Norte, Bajo Cauca y Oriente (47,7%, 46,7% y 46,1%, respectivamente); las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con algún grado de impulsividad fueron Occidente, Valle de Aburrá, Magdalena Medio y Urabá.

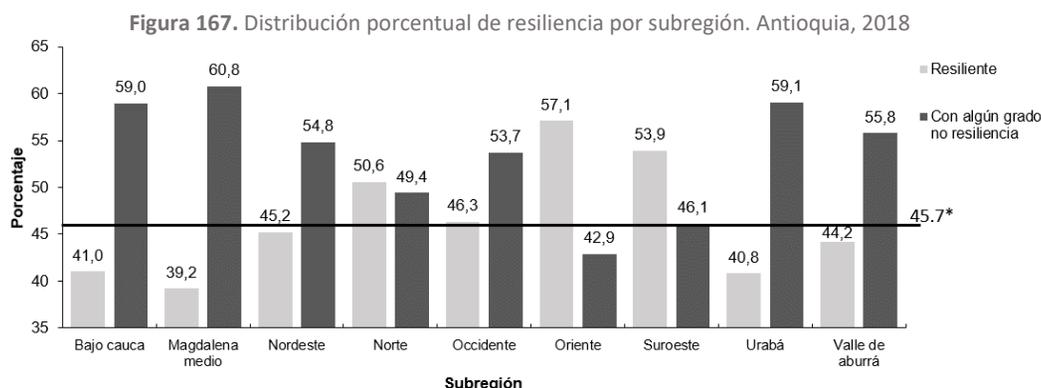
Afectividad: En el departamento, la proporción de afectividad estimada por parte de los estudiantes fue del 53,2%, en contraste con el 17,6% y el 2,4% cuyas respuestas al dominio relacionado con la afectividad revelaron que eran afectivos ocasionalmente o no afectivos, respectivamente. Por subregión se destacaron Oriente (61,6%), Suroeste (57,2%) y Norte (58,4%) como aquellas en las cuales la valoración de la afectividad, en el sentido positivo, predominó; las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas relacionadas con la afectividad fueron Magdalena Medio, Occidente y Valle de Aburrá.

La Valoración de la resiliencia en los estudiantes de los colegios públicos de la zona urbana del departamento de Antioquia, observo como resiliencia media (53,9%), en contraste con el 0,3%, en la cual esta fue baja, los escolarizados del Oriente, Suroeste y Norte los que obtuvieron los mejores resultados, con resiliencia alta: 57,1%, 53,9% y 50,6%, en ese orden. La resiliencia media prevaleció en el Magdalena Medio y Bajo Cauca con el 60,3% y el 59%. Se identificó que para los escolarizados residentes en las subregiones Urabá, Occidente y Nordeste hubo una resiliencia baja del 2%, 1,2% y 1,2%, respectivamente.

Figura 166. Distribución porcentual de los niveles de resiliencia por subregión. Antioquia 2018.

Resiliencia	Bajo Cauca	Magdalena Medio	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Urabá	Valle de Aburrá	Antioquia
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Alta	41,0	39,2	45,2	50,6	46,3	57,1	53,9	40,8	44,2	45,7
Media	59,0	60,3	53,5	49,0	52,5	42,4	46,1	57,1	55,8	54,0
Baja	0,00	0,40	1,20	0,40	1,20	0,40	0,00	2,00	0,00	0,30

Fuente. Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia



Fuente. Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Resiliencia vs. Variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social, En Magdalena Medio, Urabá y Bajo Cauca, los estudiantes presentaron mayores oportunidades de algún grado de no resiliencia con respecto a los que provenían del Valle de Aburrá, aunque sin diferencias estadísticas. En las demás subregiones, las oportunidades de algún grado de no resiliencia fueron menores que las de los escolarizados del Valle de Aburrá, con variaciones entre un 4%, para el Nordeste, y de un 41%, para el Oriente.

En cuanto a la edad del estudiante, cuando se consideraron como referencia los escolarizados de 12 años, los que tenían 14 años mostraron mayor oportunidad de no resiliencia del 10%, y en las demás edades se reflejó que dichas posibilidades fueron menores: del 30% para los de 13 años y del 10% para los de 15 a 17 años con relación a los de 12 años.

Con respecto al sexo, la jornada académica, la zona de dónde provenía el estudiante, el grado y el nivel socioeconómico, fueron menores las oportunidades de algún grado de no resiliencia en un 20%, 30%, 40% y 10% en los hombres que estudiaban en la jornada de la mañana, que vivían en la zona urbana, que cursaban el grado décimo y cuyo nivel socioeconómico era bajo o medio en comparación con las mujeres que estudiaban en la jornada de la tarde, que vivían en la zona rural, que cursaban el grado sexto y que tenían nivel socioeconómico alto (Tabla 3).

Tabla 109. Distribución de la resiliencia según variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social en escolarizados. Antioquia, 2018-2019

Variables y categorías	No Resilientes	Resilientes	Prevalencia	RP (IC 95% RP) †
	N	N		
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESCOLARES				
Sexo				
Hombres	787	472	62,5	1,13 (1,06 - 1,20)
Mujeres	939	760	55,3	1*
Zona de residencia				
Urbano	1054	631	62,6	1,18 (1,11 - 1,27)
Rural	672	601	52,8	1*
Jornada académica				

Variables y categorías	No Resilientes	Resilientes	Prevalencia	RP (IC 95% RP) †
	N	N		
Tarde	371	427	46,5	0,74 (0,68 - 0,80)
Mañana	1355	805	62,7	1*
Grado escolar				
Sexto	334	322	50,9	0,87 (0,78 - 0,98)
Séptimo	444	129	77,5	1,33 (1,22 - 1,46)
Octavo	292	255	53,4	0,92 (0,82 - 1,03)
Decimo	236	174	57,6	0,99 (0,88 - 1,11)
Once	166	167	49,8	0,86 (0,75 - 0,98)
Noveno	254	185	57,9	1*
Actividad fuera colegio por dinero				
No	1373	1008	48,9	0,94 (0,87 - 1,04)
Si	353	224	58,3	1*
Número de eventos de vulnerabilidad vividos				
Algún evento	418	194	68,3	1,22 (1,14 - 1,30)
Ningún evento	1309	1037	55,8	1*
Variables familiares				
Tipo de familia				
Otro tipo de familia	409	233	63,7	1,10 (1,09 - 1,18)
Monoparental	683	537	56	0,96 (0,90 - 1,03)
Nuclear	634	462	57,8	1*
¿Cuál es la persona que le da más cariño?				
Madre	821	551	59,8	1,14 (1,04 - 1,19)
Padre	195	132	59,6	1,14 (1,02 - 1,27)
Otros	316	188	62,7	1,20 (1,09 - 1,32)
Ambos padres	394	361	52,2	1*
Actividad principal de la madre				
Desempleada	86	37	69,9	1,12 (0,95 - 1,27)
Se dedica al hogar	464	491	48,6	0,78 (0,72 - 0,84)
Jubilada/Pensionada	15	15	50	0,80 (0,56 - 1,15)
Se desconoce	76	39	66,1	1,06 (0,92 - 1,22)
Negocio familiar	82	37	68,9	1,32 (0,91 - 1,93)
Trabaja	1003	613	62,1	1*
Actividad principal del padre				
Desempleado	88	51	63,3	1,04 (0,91 - 1,19)
Se dedica al hogar	15	21	41,7	0,68 (0,24 - 0,91)
Jubilado/Pensionado	22	64	25,6	0,42 (0,29 - 0,60)
Se desconoce	454	342	57	0,94 (0,80 - 1,02)
Negocio familiar	20	15	57,1	0,87 (0,45 - 1,70)
Trabaja	1127	739	60,4	1*
¿Quién tiene la autoridad en la casa?				
Padre	87	61	58,8	1,22 (1,05 - 1,42)
Madre	822	526	61	1,26 (1,17 - 1,37)
Otros	364	156	70	1,45 (1,33 - 1,58)
Ambos padres	453	489	48,1	1*

Fuente. Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia



Cuando se consideraron aspectos familiares, los escolarizados con familia monoparental (padre), monoparental (madre) o consanguínea tuvieron mayor oportunidad de algún grado de no resiliencia (1,8, 1,5 y 1,2 veces) con respecto a escolarizados cuya familia era nuclear. Nótese que, si la autoridad en la casa la tenían ambos padres, la oportunidad de que el escolarizado mostrara algún grado de no resiliencia disminuyó en un 40% frente a si la autoridad la ejercía el padre.

También, la oportunidad de no resiliencia disminuyó en un 10% y 30% cuando la madre se dedicaba a un negocio familiar o al hogar en comparación con madres cuya actividad principal era trabajar por fuera de la casa; asimismo, en el caso de los hombres llamó la atención que la oportunidad de algún grado de no resiliencia fuera de 2,1 veces cuando su padre se dedicaba al hogar en comparación con aquellos que trabajaban. Los estudiantes que afirmaron que nadie les daba cariño incrementaron su oportunidad de algún grado de no resiliencia 6,0 veces con relación a aquellos estudiantes que afirmaron que ambos padres, sin distinciones, los trataban afectivamente. El número de personas que habitaban en la casa del escolarizado, y que formaban parte de su familia, no influyó en la resiliencia, aunque si este ejecutaba alguna actividad por dinero, la oportunidad de algún grado de no resiliencia se incrementaba en un 30%

Con relación a características que referían la vulnerabilidad social de los escolarizados, para los estudiantes que dijeron que tenían alguna discapacidad, eran migrantes, habían tenido algún embarazo o eran población LGTBTTIQ, la oportunidad de no resiliencia fue de 1,1 - 2,6 - 1,5 y 4,1 veces frente a aquellos que dijeron que no habían vivido circunstancias en su vida como las indicadas. Nótese que la oportunidad de algún grado de no resiliencia fue menor en los estudiantes que afirmaron que eran desplazados y en los que dijeron que eran víctimas del conflicto en un 20% y un 1%.

En Antioquia, estudiar en la jornada de la tarde, pertenecer a una familia diferente a la nuclear o monoparental, ser hombre y donde la afectividad era diferencial de los padres hacia sus hijos, fueron factores con mayor contribución a la no resiliencia.

Involucramiento Parental

Resultados de la medición del Involucramiento Parental, en el departamento de Antioquia en población de 3 a los 17 años, 2021, participantes de Instituciones educativas, Secretarías de Educación y Salud de los municipios. Docentes y Rectores. Padres, madres, cuidadores, niños, niñas y adolescentes, medición con el fin de tener una línea de base e implementar un modelo de intervención para la promoción del involucramiento parental y medir el impacto de las intervenciones en el departamento. Investigación realizada bajo el Contrato Interadministrativo Gobernación de Antioquia – Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública. (Contrato # 4600011717). Autores: Grupo de Investigación en Salud Mental, Grupo de Demografía y Salud.



467

Con relación al involucramiento parental es necesario comprender que: Familia desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell, José et al 2012. P.4) Desde su origen, la familia tiene varias funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo a la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar. (Pérez Lo Presti, A y Reinoza Dugarte, M, 2011. P. 629).

El desarrollo de los niños, niñas y adolescentes es un proceso dinámico de diferenciación, desenvolvimiento, maduración y transformación hacia mayores y más complejos niveles de organización y adquisición de habilidades, incluye aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, cultural y social²⁷. En este proceso es fundamental el ambiente familiar y escolar²⁸. En este sentido, el involucramiento parental y las prácticas de crianza juegan un papel importante. El involucramiento parental consiste en una serie de actividades que el acudiente, padre o madre emprende para satisfacer las necesidades y establecer un adecuado diálogo para comprender la necesidad de los niños, niñas o adolescentes, esto abarca atender actividades escolares, participar activamente en la escuela, revisar las tareas y escuchar atentamente sus necesidades y sus actividades diarias²⁹.

El puntaje total de involucramiento parental osciló entre 80,3 en Occidente y 83,0 en Valle de Aburrá. Este fue más bajo en el estrato alto (77,9), entre los acudientes hombres (80,4), mayores de 50 años (79,6) y entre quienes no asistieron a la escuela o solo estudiaron primaria, respectivamente 73,5 y 78,6. En el departamento se encontró un 38% de bajo involucramiento, en el Magdalena Medio y Occidente se encontró el porcentaje más alto de bajo involucramiento (43,4% y 43,0% respectivamente).

²⁷Ministerio del Protección Social. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2000.

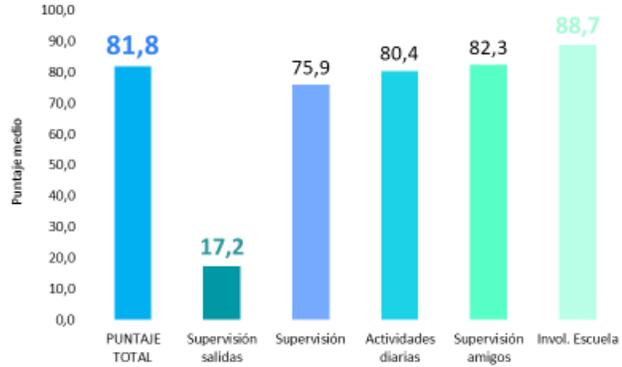
²⁸Shonkogg JP, Garner AS. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on early childhood. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e46.

²⁹Georgiou SN. Parental involvement: Definition and outcomes. *Social Psychology of Education*. 1996;1(3):189-209.





**INVOLUCRAMIENTO
Y SUPERVISIÓN
PARENTAL GENERAL**

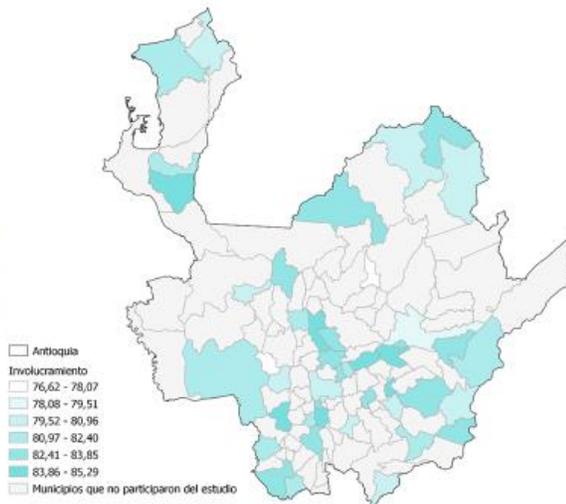


Puntaje medio escala de involucramiento general por dimensión



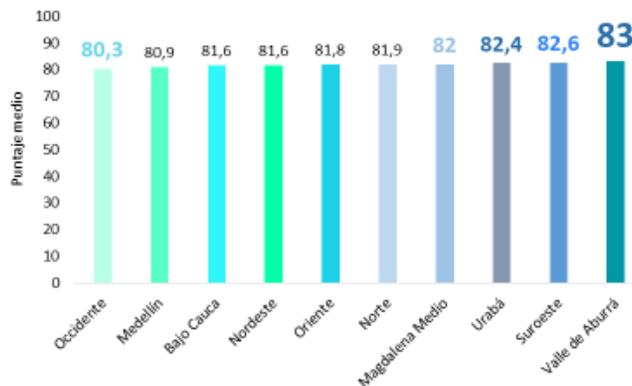

**INVOLUCRAMIENTO
Y SUPERVISIÓN
PARENTAL GENERAL**

MUNICIPIO	PUNTAJES
Campamento	76,6
Caicedo	77,3
Yolombó	78,1
Caucasia	79,5
Granada	79,5
Puerto Nare	79,5
Itagüí	79,8
Nariño	79,9





**INVOLUCRAMIENTO
Y SUPERVISIÓN
PARENTAL GENERAL**



Puntaje medio escala de involucramiento general por región



Por su parte, el involucramiento parental en la escuela en Antioquia osciló entre mínimo 49,2 en el Valle de Aburrá y máximo 56,7 en el Urabá. El menor involucramiento en la escuela se observó entre los acudientes con estudios de primaria (50,1), mayores de 50 años (48,7), hombres (49,0) y de estrato socioeconómico medio (49,5). El bajo involucramiento en la escuela fue de 21,3% en todo el departamento, en las regiones varió entre 13,6% en Nordeste y 28,6% en el Valle de Aburrá.



**INVOLUCRAMIENTO
Y SUPERVISIÓN
PARENTAL EN LA
ESCUELA**

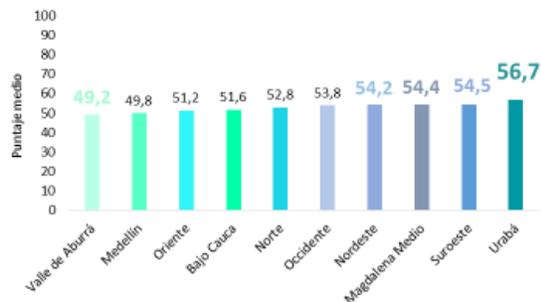


Puntaje medio escala de involucramiento en la escuela por dimensión





INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA



Puntaje medio escala de involucramiento en la escuela por región



Los puntajes de comunicación con los acudientes y niños(as) y adolescentes variaron entre 68,2% en Occidente y 74,8% en el Valle de Aburrá. La baja comunicación entre acudientes y estudiantes se presentó en proporciones superiores al 65% en todas las regiones. El castigo en el hogar estuvo entre 17,7 puntos en el Bajo Cauca y 21,3 en el Magdalena Medio. El alto castigo en el hogar se presentó en porcentajes inferiores al 10% en todas las regiones. Las pautas de educación y crianza puntuaron 41,8% en todo el Departamento, variando entre 38,9% en Medellín y 47,3% en Occidente. El porcentaje de bajas pautas de educación y crianza más alto se observó en Medellín, Valle de Aburrá y Oriente con porcentajes superiores al 30%. Los niveles de comunicación y afecto variaron entre 68,2% en Occidente y 74,8% en el Valle de Aburrá. El bajo afecto y comunicación fue de 15,5% en todo el Departamento, oscilando entre 10,9% en el Suroeste y 21,1% en Occidente.



INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA

MUNICIPIO	PUNTAJE
Copacabana	46,5
Itagüí	47,3
Ciudad Bolívar	47,6
Barbosa	47,9
Girardota	48,1
El bagre	48,3
Granada	48,9
La Ceja	49,2
Entrerrios	49,4
Amagá	49,4



Se concluyó que se requiere:

- Trabajo conjunto con los acudientes de ambos sexos, con énfasis en los hombres, los cuales presentan el menor involucramiento parental general y en la escuela.
- Apoyar procesos que mejoren la participación de acudientes en las actividades escolares para padres.
- Trabajar en la reducción de castigo físico, psicológico y verbal.
- Fomentar entre las acudientes adecuadas prácticas de educación y crianza, y lograr que se vinculen a estos procesos.
- Incentivar entre las familias la participación a mecanismos que faciliten procesos de comunicación asertiva con sus hijos e hijas o los niños, niñas o adolescentes a cargo.
- Política pública de salud mental departamental (PPSMD), Análisis de los determinantes sociales de la salud, Mesas subregionales de salud mental

Resultados del análisis de los determinantes sociales y la salud mental, ejercicio realizado con la creación de las nueve mesas subregionales de la Política Pública de Salud Mental Departamental desde el 14 de agosto hasta el 14 de octubre del 2021. Participantes alcaldes, secretarios de despacho, Directores Locales de salud, Coordinadores de Salud, Personeros municipales, Comisarios de Familia, Gerentes de IPS, Psicosociales y comunidad en general. 88 municipios representando las nueve subregiones de Antioquia. Diagnóstico realizado como insumo para la implementación de la Política Pública de Salud Mental departamental. Realizado en el marco de la ejecución del contrato interadministrativo No. 4600011801 de 2021, suscrito con la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y el Hospital Mental de Antioquia – HOMO. Línea de política pública, Libia Amparo Hernández Martínez.

El análisis de los determinantes sociales de la salud se basó en el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS de la OMS (2008). Descansa en dos pilares principales: El concepto del poder social como elemento fundamental de la dinámica de la estratificación social, y el modelo de la producción social de la enfermedad, concebido por Diderichsen y sus colegas (Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T (ed.) Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. Oxford: Oxford University Press; 2011).

La metodología utilizada fue la adaptación de los patrones funcionales de salud como guía para establecer el “como” recopilar lo datos y establecer el proceso planificado de recoger la información e interpretarla, buscando en cada municipio “quienes” tendrían el mayor grado de evidencia y las respuestas integrales a los problemas de salud mental que se presentan en cada territorio (Álvarez Suarez, J. L., del Castillo Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., & Muñoz Meléndez, M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. En J. L. Álvarez Suarez, F. del Castillo Arévalo, D. Fernández Fidalgo, & M. Muñoz Meléndez, Manual de Valoración de Patrones Funcionales (págs. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Área Sanitaria V – Gijón (Asturias): Comisión de Cuidados, Dirección de Enfermería de Atención Primaria).



472

Figura 168. Determinantes estructurales por subregión y población especial (ejes de desigualdad) Antioquia, 2021



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La configuración para el análisis de los DSS se hizo con base en la Resolución 4886 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, que hace referencia a la Política Nacional de Salud Mental. En esta configuración realizada entre el 24-08-14-10-del 2021 participaron 88 municipios correspondiente al 70.4%.

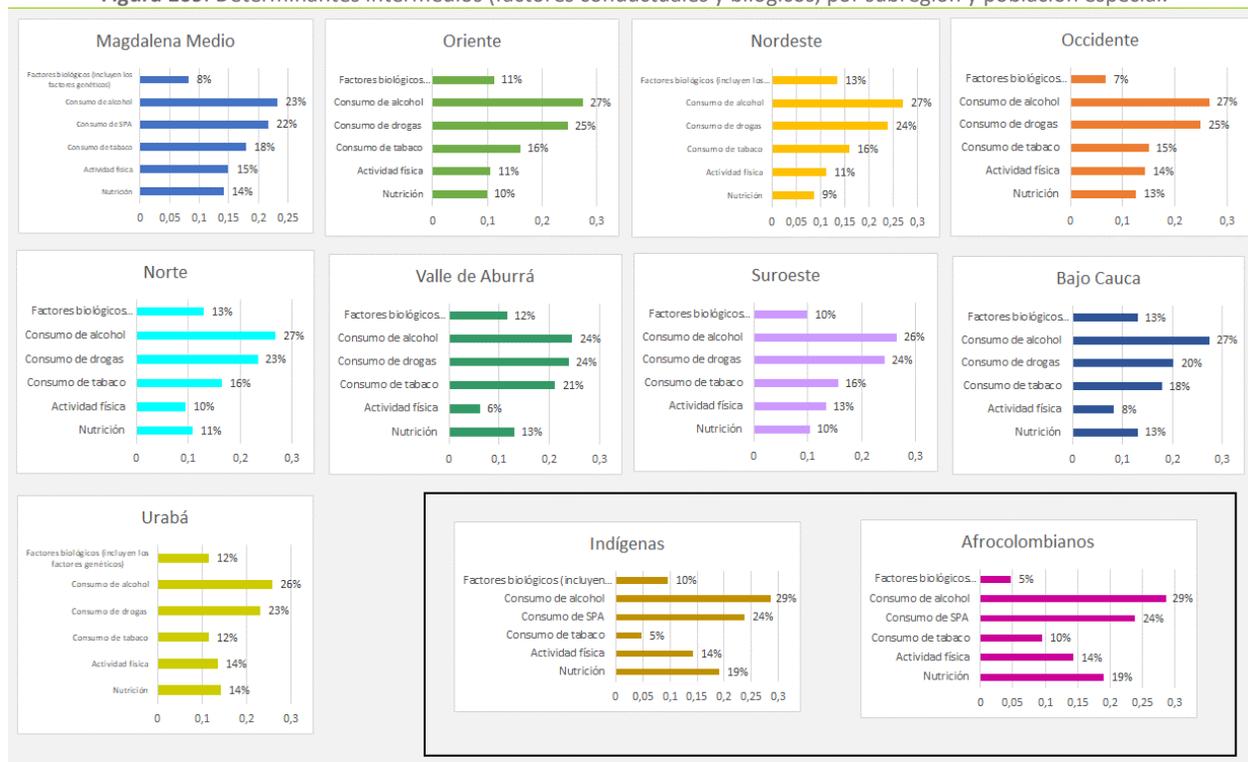
Al analizar el peso de los determinantes sociales se evidencia que hay tres determinantes claros que son los de mayor peso en todas las subregiones del Departamento, como son el acceso al empleo, el acceso a la educación y la posición social, encontrándose algunas subregiones donde el orden de estos tres determinantes se invierte, en la subregión del Valle de Aburrá donde la posición social tiene un peso mayor al acceso al empleo. En la subregión de Urabá el peso da igual para el territorio y posición social, situación que se debe a que en esta región los dueños son pocos, y son grupos de personas del país y de otros países como dueños del territorio.

Entre Oriente y el Norte, hay un cruce por capacidad de pago en Oriente, debido a que en Oriente ya no es productivo en lo relacionado a los cultivos y se trasladan a arrendar la tierra del Norte para los cultivos principalmente el tomate, desplazando las personas del Norte y trasladando campesinos del Oriente a esta nueva zona de cultivo. En otro orden de ideas la mujer fundamentalmente genera ingresos a través de su postura cuidadora, por ejemplo, se ve que es la mujer quien prepara la alimentación en los territorios del Norte donde están los arrendatarios del

Oriente.

Al analizar estos determinantes en dos grandes etnias como son afrodescendientes e indígenas se evidencia claramente como el territorio para los nativos tienen el mayor peso sobre los otros determinantes, seguido del género y acceso a la educación, para los afros predomina el género, seguido del acceso al empleo y en tercer lugar el acceso a la educación.

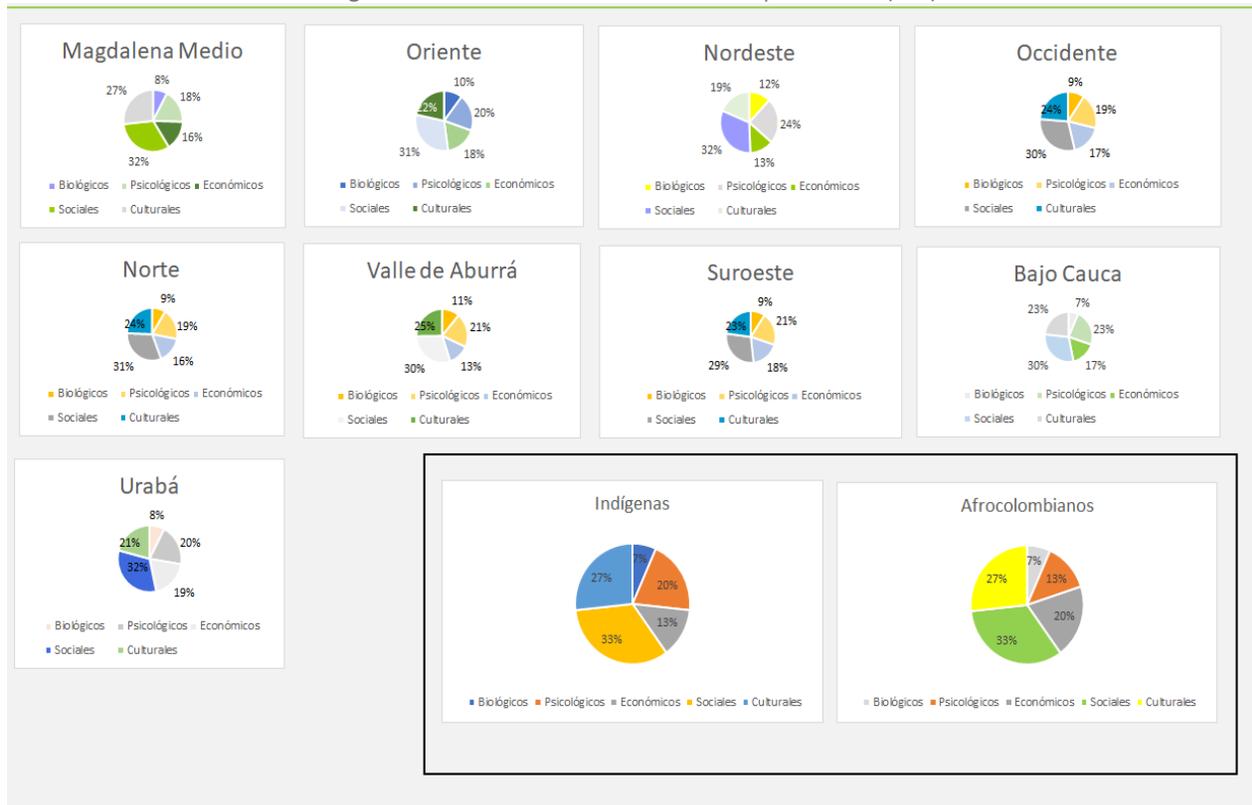
Figura 169. Determinantes intermedios (factores conductuales y biológicos, por subregión y población especial).



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Como resultado de la configuración de los determinantes intermedios, conductuales y biológicos se evidencia que por región el peso del factor de consumo de alcohol como factor de riesgo en todas las regiones es reconocido como el primer determinante de la salud, oscila entre el 23 y 27%, pero al configurarlo con enfoque étnico tanto en los indígenas como en los afros este factor aumenta a un 29% como los indígenas aumentan a 29%. Al revisar el consumo de sustancias psicoactivas este oscila entre el 20 y 25%, y en las etnias el 24%, si se agrupara los dos factores se estaría diciendo que se reconoce el consumo de “alcohol como sustancia lícita” y las Sustancias psicoactivas-SPA que son reconocidos como factores de riesgo conductuales en el 50% de las subregiones. El consumo de tabaco ocupa un tercer lugar en las subregiones, reconocido entre el 12 a 18%, pero este no tiene el mismo peso en los dos grupos étnicos que solo lo reconocen entre el 5% en indígenas y el 10% en la población afro. La actividad física no se reconoce de forma homogénea como factor protector oscilando entre un 6% en la subregión del Valle de Aburrá.

Figura 170. Factores consumo de sustancias psicoactivas (SPA)



Fuente. SSSA

Al investigar el factor relacionado al origen de porque las personas usan SPA, es importante el peso porcentual que se le da las relaciones sociales, en todas las subregiones e inclusive en los dos grupos étnicos peso porcentual oscila entre 29 a 33% siendo el factor de mayor peso. En segunda posición están los factores culturales, es preocupante que se relacione la cultura con el consumo el uso de SPA, el peso esta entre 19 y 27%, es de resaltar que las dos etnias lo reconocen con un peso de 27%. El factor psicológico tiene un buen peso para el consumo de SPA en todas las regiones, entre el 13 y 24%, el más bajo es en el grupo indígena, debe ser que para ellos desde la cosmovisión no se reconoce los aspectos psicológicos como son identificados en el mundo occidental.

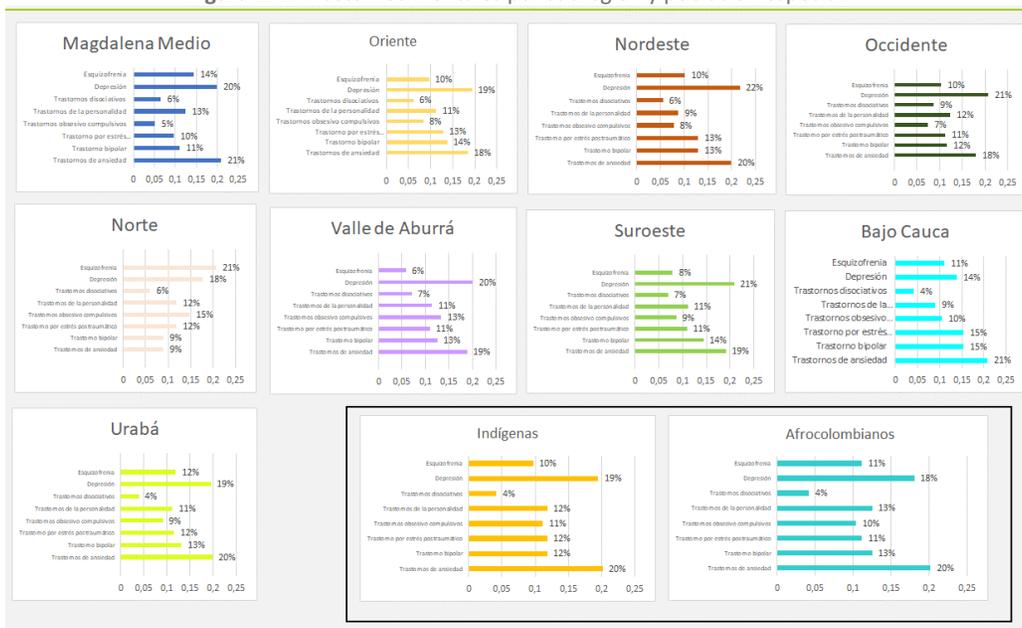
Figura 171. Principales entornos causantes de problemas o enfermedades mentales por subregión y población especial



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Al evaluar el factor de entornos causantes de problemas o enfermedades mentales, se evidencia como el hogar en todas las subregiones y en los dos grupos étnicos es un entorno propicio al desarrollo de problemas de salud mental, donde el rol del hogar debería ser un espacio de convivencia y amor para que todos sus integrantes se desarrollan con estado de salud plena. El peso de este factor oscila entre 25 y 29%, el segundo factor de más peso es el entorno comunitario evidenciado entre 19 y 24% en todas las subregiones y los dos grupos étnicos.

Figura 172. Trastornos mentales por subregión y población especial.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



Bajo la Resolución 089 del 2019, Política Integral para la Prevención y Atención al consumo de Sustancias Psicoactivas, se identifica cuáles son las principales enfermedades mentales que en las diferentes subregiones reconocen los participantes, se evidencia que la depresión y el trastorno de ansiedad compiten por el primer lugar situación que concuerda con las estadísticas disponibles en diferentes continentes, donde la depresión es la primera causa de estos trastornos, se evidencia como en el Bajo Cauca, a depresión no es reconocida como primera causa con un peso porcentual del 14%. Se observa cómo se reconoce el trastorno bipolar obteniéndose un peso que oscila entre 9 y 15%, se identifica también el estrés postraumático como problema de salud mental, reconocido en las subregiones con un peso entre 10 y 15%.

Conclusiones

- El revisar diferentes fuentes de información ha posibilitado tener una mirada más profunda del análisis de la situación de salud mental para el departamento.
- Se ha identificado como el intento de suicidio, el suicidio, la depresión, la violencia de género predominan en la población antioqueña como problemas de salud mental
- La tasa de mortalidad por suicidio es un indicador de la meta 3.4 de los objetivos de desarrollo sostenible al 2030.
- Se observa que la salud mental es y debe continuar siendo una prioridad de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en coordinación intersectorial e interinstitucional con el fin de avanzar en las metas de objetivo de desarrollo sostenible, el Plan de Desarrollo de Antioquia, Unidos por la Vida para logra una población antioqueña más saludable.
- Se evidencia como la no resiliencia, afecta en forma diversa a las subregiones y que los modelos de intervención favorecen que se fortalezca esta con énfasis en los escolares
- El involucramiento parental, requiere de un proceso de intervención para reducir el riesgo de problemas de comportamiento en los niños, niñas y adolescentes de Antioquia
- Los Determinantes Sociales relacionados a la salud mental, evidencian la necesidad de fortalecer la resiliencia, el involucramiento parental y todas y cada una de las estrategias del proyecto de salud mental, convivencia social, salud para el alma, para potencializar el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes del territorio antioqueño
- Se requiere continuar el fortalecimiento de la red de atención en la promoción, prevención, atención oportuna de la salud mental.



477

Bibliografía

- Álvarez-Díaz DA, Laiton-Donato K, Franco-Muñoz C, Mercado-Reyes M. Secuenciación del SARS-CoV-2: la iniciativa tecnológica para fortalecer los sistemas de alerta temprana ante emergencias de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.
- Biomédica. 2020;40(Supl. 2):188-197. Published 2020 Oct 30. doi:10.7705/biomedica.5841.
- Li, F. (2016). Structure, Function, and Evolution of Coronavirus Spike Proteins. Annual Review of Virology, 3(1), 237–261. <https://doi.org/10.1146/annurev-virology-110615-042301>
- Li, B., Deng, A., Li, K., Hu, Y., Li, Z., Xiong, Q., Lu, J. (2021). Viral infection and transmission in a large, well-traced outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant. MedRxiv, 2021.07.07.21260122. <https://doi.org/10.1101/2021.07.07.21260122>
- Greaney, A. J., Loes, A. N., Crawford, K. H. D., Starr, T. N., Malone, K. D., Chu, H. Y., & Bloom, J. D. (2021). Comprehensive mapping of mutations in the SARS-CoV-2 receptor-binding domain that affect recognition by polyclonal human plasma antibodies. Cell Host & Microbe, 29(3), 463-476.e6. <https://doi.org/10.1016/J.CHOM.2021.02.003>
- Laiton-Donato, K., Franco-Muñoz, C., Álvarez-Díaz, D. A., Ruiz-Moreno, H. A., Usme-Ciro, J. A., Prada, D. A., ... Mercado-Reyes, M. (2021). Characterization of the emerging B.1.621 variant of interest of SARS-CoV-2. Infection, Genetics and Evolution, 95, 105038. <https://doi.org/10.1016/J.MEEGID.2021.105038>
- Infeciosas, C. para el control y prevención de enfermedades. (2021). SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions. Retrieved December 2, 2021, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-info.html>
- Emily Stephenson (2021). Single-cell multi-omics analysis of the immune response in COVID-19. Nature Medicine volume 27, pages904–916 (2021).
- Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999, 1-3.
- Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Diario Oficial 48241, Presidencia de la República (2 de noviembre de 2011).
- Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2018
- Ministerio de salud y protección social. Envejecimiento demográfico Colombia. 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá. Junio de 2013
- Gobernación de Antioquia. Encuesta calidad de vida 2019. Informe de indicadores. Universidad Nacional. Área metropolitana del valle de aburra.
- Plan integral de desarrollo agropecuario y rural con enfoque territorial. Tomo II. departamento de Antioquia. Caracterización multidimensional del desarrollo agropecuario y rural departamental



- Análisis de situación de salud departamento de Antioquia. Actualización 2019. Secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia. Equipo asís Antioquia
- BIA. boletín información para la acción. Pueblos indígenas de Antioquia. Contexto sociodemográfico. Gobernación de Antioquia.
- Perfiles socioeconómicos de las subregiones de Antioquia. Cámara de comercio de Medellín. Marzo 2019.
- Plan de desarrollo Unidos por la vida 2020 – 2023.
- DANE. Encuesta nacional de calidad de vida. 2019. Resultados julio de 2020
- Plan municipal de gestión de desastres 2015-2030
- DANE: boletín técnico. Pobreza multidimensional departamental 2018
- Plan departamental para la gestión de riesgos de desastres. DAPARD
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Antioquia, 2019
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Antioquia, 2017
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2019.
- Plan territorial en salud 2020-2023
- Anuario estadístico de Antioquia 2018
- Encuesta calidad de vida 2019-Informe de indicadores
- Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018
- Fenómeno de migrantes venezolanos y SGSS
- Alcaldía de Medellín. (23 de 12 de 2020). <https://www.medellin.gov.co>. Obtenido de Efectos económicos y sociales por COVID-19 y alternativas de política pública: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/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/Documentos/Recomendaciones%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 protección 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. Subsanan 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