



**ANALISIS DE SITUACIÓN EN SALUD DEL MUNICIPIO DE ZARAGOZA,
ANTIOQUIA. 2022**

Estudiante

Diego Alejandro Suarez Muñoz

Trabajo de grado para optar al título de Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en
Salud

Asesora

Nora Adriana Montealegre, Doctor (PhD) en Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez
Gerencia de Sistemas de Información en Salud
Medellín, Antioquia, Colombia
2023

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión del autor y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. El autor asume la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Con toda la gratitud con la administración municipal de Zaragoza, con el Centro médico CUBIS Limitada, la Facultad Nacional de Salud Pública y todas las personas que me acompañaron en este proceso académico.

Al Ministerio de Salud y Protección Social por el valioso esfuerzo para la definición de una metodología que permita estandarizar la disposición de información y por la asesoría y acompañamiento recibido durante todo el proceso de construcción de este documento. A la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia por el acompañamiento y asesoría continúa.

TABLA DE CONTENIDO

1	Planteamiento del problema	1
2	Justificación	4
3	Objetivos	6
3.1	OBJETIVO GENERAL	6
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4	Marco conceptual	7
	DIAGNÓSTICO DE SALUD	7
	ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS)	7
	PROPÓSITOS DE LOS ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	8
	ENFOQUES Y MODELO CONCEPTUAL PARA EL ASIS	9
	FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA	13
	PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021	14
	PLAN TERRITORIAL DE SALUD	18
	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA LA TOMA DE DECISIONES	18
5	Marco normativo en Colombia	20
6	Metodología	22
	TIPO DE ESTUDIO	22
	POBLACIÓN DE REFERENCIA	22
	POBLACIÓN DE ESTUDIO	22
	FUENTES DE INFORMACIÓN	22
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
	PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	23
	CONTROL DE SESGOS	23
	PREPARACIÓN DE LA BASE DE DATOS	24
	VARIABLES DEL ESTUDIO	24
	PLAN DE ANÁLISIS	24
	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
7	Resultados	29
	CAPÍTULO I: CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	29
1.1	Identificación del Municipio	29
1.2	Contexto territorial	30
1.2.1	Localización	30
1.2.2	Características físicas del territorio	32
1.2.2.1	Hidrología	32
1.2.2.2	Comparte biótico	34
1.2.2.3	Fauna	35
1.2.2.4	Amenazas a nivel municipal	35
1.2.2.5	Amenazas por deslizamientos	36
1.2.2.6	Amenaza alta por inundación	36
1.2.2.7	Amenaza de origen natural en el corregimiento Buenos Aires - Palizada	37
1.2.3	Accesibilidad geográfica	38
1.2.3.1	Vías de comunicación	38
1.2.3.1	Tipos de vías terrestres	39
1.3	Contexto demográfico	43
1.3.1	Estructura demográfica	44
1.3.2	Dinámica demográfica	50
1.3.3	Movilidad forzada	52
	CAPÍTULO II: ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	54
2.1	Análisis de la mortalidad	54
2.1.1	Mortalidad general por grandes causas	54

2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo.....	65
2.1.2.1 Enfermedades transmisibles	65
2.1.2.2 Neoplasias	67
2.1.2.3 Enfermedades del sistema circulatorio	70
2.1.2.4 Causas externas	72
2.1.2.5 Todas las demás enfermedades	74
2.1.2.6 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	76
2.1.3 Mortalidad materna infantil y en la niñez	80
2.1.3.1 Mortalidad infantil	80
2.1.3.2 Mortalidad en los menores de 1 a 4 años	82
2.1.3.3 Mortalidad en los menores de 0 a 5 años	83
2.1.4 Análisis de la desigualdad en la mortalidad materna infantil y en la niñez	84
2.1.5 Mortalidad por COVID - 19.....	97
2.2 Principales causas de Morbilidad	101
2.2.6.1 IRA Por Virus Nuevo	115
2.2.9.1 Análisis de los Determinantes intermedios de la salud	123
2.2.9.2 Análisis de los Determinantes estructurales de las inequidades en la salud	133
3.1 Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente	151
Conclusiones	153

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1.	Variables utilizadas para el cumplimiento del objetivo general.....	24
Tabla 2.	Variables utilizadas para el cumplimiento a los objetivos específicos.	25
Tabla 3.	Operacionalización de las variables relacionadas a las características sociodemográficas y del estado de salud de la población.....	26
Tabla 4.	Distribución de extensión territorial por zona urbana y rural, Zaragoza. 2022.....	30
Tabla 5.	Extensión de los principales ríos del sistema hídrico de Zaragoza.	34
Tabla 6.	Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros de las veredas al municipio de Zaragoza, 2022.	40
Tabla 7.	Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Zaragoza hacia los municipios vecinos, 2022.....	42
Tabla 8.	Población por área de residencia municipio de Zaragoza, 2022.	43
Tabla 9.	Población por pertenencia étnica, municipio de Zaragoza, 2020.	44
Tabla 10.	Proporción de la población por ciclo vital del municipio Zaragoza 2015, 2022 y 2025.	46
Tabla 11.	Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Zaragoza 2015, 2022, 2025.....	50
Tabla 12.	Otros indicadores de la dinámica de la población del municipio, 2020.	51
Tabla 13.	Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad y sexo. Municipio de Zaragoza, 2022. ..	52
Tabla 14.	Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas del municipio de Zaragoza, 2006-2020.	79
Tabla 15.	Defunción infantil en los niños, según la lista de las 67causas Municipio de Zaragoza, 2005 – 2020. .	81
Tabla 16.	Defunción infantil en las niñas, según la lista de las 67causas Municipio de Zaragoza, 2005 – 2020. .	81
Tabla 17.	Defunción infantil, según la lista de las 67causas Municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.....	82
Tabla 18.	Defunción en menores de 1 a 4 años en niños, según la lista de las 67causas Municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	82
Tabla 19.	Defunción en la infancia, según la lista de las 67causas en el municipio de Zaragoza, 2005 – 2020....	84
Tabla 20.	Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de Zaragoza, 2006-2020.	85
Tabla 21.	Casos de muertes por COVID 19 Municipio de Zaragoza, 2022.....	97
Tabla 22.	Identificación de prioridades en salud del municipio de Zaragoza, 2020.	100
Tabla 23.	Principales causas de morbilidad, municipio Zaragoza 2009 – 2021.	101
Tabla 24.	Principales causas de morbilidad en hombres, municipio de Zaragoza 2009 – 2021.	102
Tabla 25.	Principales causas de morbilidad en mujeres, municipio de Zaragoza 2009 – 2021.	103
Tabla 26.	Morbilidad por subcausas total, de Zaragoza 2009 – 2021.....	105
Tabla 27.	Morbilidad por subcausas en hombres, de Zaragoza 2009 – 2021.	106
Tabla 28.	Morbilidad por subcausas en mujeres, de Zaragoza 2009 – 2021.....	107
Tabla 29.	Morbilidad específica por subcausas en salud mental total 2009 – 2021.....	108
Tabla 30.	Morbilidad específica por subcausas en salud mental hombres 2009 – 2021.....	109
Tabla 31.	Morbilidad específica por subcausas en salud mental mujeres 2009 – 2021.....	110
Tabla 32.	Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del municipio de Zaragoza, 2006-2021.	111
Tabla 33.	Semaforización de eventos precursores. Zaragoza, 2006 - 2021.	113
Tabla 34.	Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria del municipio de Zaragoza, 2006-2020.	114
Tabla 35.	Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Zaragoza, 1 de agosto de 2022.	120
Tabla 36.	Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo y eventos de notificación obligatoria municipio de Zaragoza. 2021.	122
Tabla 37.	Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida municipio de Zaragoza, 2020.	124
Tabla 38.	Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida municipio de Zaragoza, 2019.	125
Tabla 39.	Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del municipio de Zaragoza, 2006-2020.....	126
Tabla 40.	Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Municipio de Zaragoza, 2005 – 2019.	127
Tabla 41.	Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario, Zaragoza, 2006-2021.....	128
Tabla 42.	Indicadores del sistema sanitario en el municipio de Zaragoza, 2015-2021.....	129
Tabla 43.	Oferta de prestadores – Capacidad Instalada, 2021.	130
Tabla 44.	Seguimiento meta de vacunación, Zaragoza, 2022.....	131

Tabla 45.	Dosis aplicadas, Zaragoza, 2022.....	131
Tabla 46.	Otros indicadores de ingreso, municipio de Zaragoza 2008-2012.....	134
Tabla 47.	Tasa de cobertura bruta de educación del municipio de Zaragoza 2005 – 2021.....	135
Tabla 48.	Estudiantes matriculados en el Municipio de Zaragoza 2022.....	136
Tabla 49.	Resumen de estadísticas del mercado laboral en Zaragoza, según sexo, 2018	137
Tabla 50.	Priorización de los problemas de salud del municipio de Zaragoza, 2021.	151

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1.	División Política Administrativa, límites geográficos y extensión territorial, municipio de Zaragoza, 2015	31
Figura 2.	Vías de comunicación e hidrografía, municipio de Zaragoza, 2016.	33
Figura 3.	Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, municipio Zaragoza.	38
Figura 4.	Pirámide poblacional municipio de Zaragoza, 2015, 2022, 2025.	45
Figura 5.	Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, municipio de Zaragoza 2015, 2022 y 2025.	47
Figura 6.	Población por sexo y grupo de edad del municipio, Zaragoza 2022.	48
Figura 7.	Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad y natalidad de Zaragoza, 2020	51
Figura 8.	Tasa de mortalidad por grandes causas del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	56
Figura 9.	Tasa de mortalidad por grandes para los hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	57
Figura 10.	Tasa de mortalidad por grandes causas para mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	59
Figura 11.	Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP por grandes causas lista 6/67 municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	60
Figura 12.	Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio Zaragoza, 2005 – 2020.	61
Figura 13.	Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	62
Figura 14.	Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	63
Figura 15.	Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio Zaragoza, 2005 – 2020.	64
Figura 16.	Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	65
Figura 17.	Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres. Zaragoza, 2005 – 2020.	66
Figura 18.	Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres. Zaragoza, 2005 – 2020.	67
Figura 19.	Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del municipio, 2005 – 2020.	68
Figura 20.	Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	69
Figura 21.	Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	70
Figura 22.	Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	72
Figura 23.	Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	73
Figura 24.	Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	74
Figura 25.	Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	75
Figura 26.	Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	76
Figura 27.	Mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en los hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	77
Figura 28.	Mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del municipio Zaragoza, 2005 – 2020.	78
Figura 29.	Razón de mortalidad materna, municipio de Zaragoza, 2005 -2020.	86
Figura 30.	Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Zaragoza, 2005- 2020.	87
Figura 31.	Tasa de mortalidad infantil, municipio de Zaragoza, 2005- 2020.	88
Figura 32.	Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de Zaragoza, 2005- 2020.	89
Figura 33.	Tasa de mortalidad por EDA, municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.	90
Figura 34.	Tasa de mortalidad por IRA, municipio de Zaragoza, 2005- 2020.	91
Figura 35.	Tasa de Mortalidad por desnutrición crónica, municipio de Zaragoza, 2005- 2020.	92

Figura 36.	Muertes por trastornos mentales y de comportamiento, municipio de Zaragoza, 2005- 2020.....	93
Figura 37.	Muertes por Epilepsia., municipio de Zaragoza, 2005- 2020.	93
Figura 38.	Tasa de mortalidad materna por etnia del municipio de Zaragoza, 2009 – 2020.....	94
Figura 39.	Tasa de mortalidad neonatal por etnia del municipio de Zaragoza, 2009 – 2020	95
Figura 40.	Tasa de mortalidad materna por área de residencia del municipio de Zaragoza, 2009 – 2020	96
Figura 41.	Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia del municipio de Zaragoza, 2009 – 2020	96
Figura 42.	Pirámide poblacional de la morbilidad por COVID – 19, Municipio de Zaragoza 2022.....	98
Figura 43.	Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Zaragoza, 2021.....	112
Figura 44.	IRA por virus nuevo por sexo. Zaragoza, 2021	116
Figura 45.	IRA por virus nuevo por edad. Zaragoza, 2021	117
Figura 46.	Pirámide poblacional de la morbilidad por COVID – 19, 2021.....	119
Figura 47.	Pirámide de la población en condición de discapacidad. Municipio de Zaragoza, 1 agosto de2022 ..	121
Figura 48.	Comportamiento de la vacunación, Zaragoza, 2022	132
Figura 49.	Dosis aplicadas según grupo etario, Zaragoza, 2022	133
Figura 50.	Participación Agenda Antioquia 2040	140
Figura 51.	Como nos sentimos Agenda Antioquia, Palabras asociadas 2040	141
Figura 52.	Como nos sentimos Agenda Antioquia, Palabras asociadas, Zaragoza 2040	142
Figura 53.	Como nos sentimos Agenda Antioquia, Participación de sentimientos 2040	142
Figura 54.	Como nos sentimos Agenda Antioquia, Participación de sentimientos, Zaragoza 2040	143
Figura 55.	Inversión Agenda Antioquia 2040	143
Figura 56.	Inversión Agenda Antioquia, Zaragoza 2040	144
Figura 57.	Acciones estratégicas Agenda Antioquia, Territorio de vida 2040.....	145
Figura 58.	Acciones estratégicas Agenda Antioquia, Territorio de oportunidades 2040	145
Figura 59.	Acciones estratégicas Agenda Antioquia, Territorio Verde 2040.....	146
Figura 60.	Acciones estratégicas Agenda Antioquia, territorio diverso 2040	147
Figura 61.	Acciones estratégicas Agenda Antioquia, Territorio unido 2040	147
Figura 62.	Cobertura población activa afiliada al SGSSS, Zaragoza, Octubre 2022	148
Figura 63.	Afiliados al Régimen Subsidiado, Zaragoza, Octubre 2022	149
Figura 64.	Afiliados al Régimen Contributivo, Zaragoza, Octubre 2022	150

Siglas, acrónimos y abreviaturas

ASIS	Análisis de la Situación de Salud
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC	Cuenta de alto costo
CIE10	Clasificación Estadística Internacional De Enfermedades y Problemas
Relacionados con la Salud -CIE-10, Versión 10	
DANE	Departamento Administrativo Nacional De Estadísticas
Dpto	Departamento
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ERC	Enfermedad Renal Crónica
ESI	Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI	Eventos Supuestamente atribuidos a Inmunización
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
Mpio	Municipio
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
No	Número
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
RIPS	Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP	Riesgo Atribuible Poblacional
PIB	Producto Interno Bruto
SISBEN	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB	Tuberculosis
TGF	Tasa Global de Fecundidad
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano

Resumen

El siguiente análisis de situación de salud recoge información territorial y demográfica, indicadores de morbilidad, mortalidad y los determinantes sociales en salud del municipio de Zaragoza.

Basados en la guía metodológica para el ASIS propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social¹, para el análisis se utilizaron medidas de frecuencia, porcentajes, medidas de dispersión, intervalos de confianza, estimación de tasas crudas y ajustadas entre otros; y para presentar la información obtenida se utilizaron principalmente tablas y gráficas.

El municipio de Zaragoza está ubicado en la región del Bajo Cauca, al nordeste del departamento de Antioquia y para el año 2022 la población es de 26.510 habitantes de los cuales el 49.66% son hombres y el 50.34% mujeres.

Teniendo en cuenta que para el 2021 se presentaron 18.837 atenciones en salud para toda la población por todas las grandes causas de morbilidad, se destaca que de las 24 subcausas las enfermedades cardiovasculares aportaron un 23.79% del total de las consultas.

Ahora tomando el tema de la mortalidad en el Municipio, se identifica que la primera causa esta relacionada con las enfermedades del sistema circulatorio, sin embargo la segunda que son las causas externas (homicidios) tienen un alto impacto en el Municipio, ya que para el año 2020 se tenía una tasa de 205.6 muertes por cada cien mil habitantes.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS

Abstract

The following analysis of the health situation collects territorial and demographic information, indicators of morbidity, mortality, and the social determinants of health in the municipality of Zaragoza.

Based on the methodological guide for the ASIS proposed by the Ministry of Health and Social Protection, frequency measures, percentages, dispersion measures, confidence intervals, estimation of raw and adjusted rates, among others, were used for the analysis; and to present the information obtained, tables and graphs were mainly used.

The municipality of Zaragoza is located in the Bajo Cauca region, northeast of the department of Antioquia and for the year 2022 the population is 26,510 inhabitants, of which 49.66% are men and 50.34% women.

Taking into account that by 2021, 18,837 health cares were presented for the entire population for all the major causes of morbidity, it is worth noting that of the 24 sub-causes, cardiovascular diseases contributed 23.79% of the total consultations.

Now taking the issue of mortality in the Municipality, it is identified that the first cause is related to diseases of the circulatory system, however the second, which are external causes (homicides), have a high impact on the Municipality, since for the in 2020, there was a rate of 205.6 deaths per hundred thousand inhabitants.

Introducción

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

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

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

1 Planteamiento del problema

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la salud para todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida, como la paz y la seguridad en el mundo. No es de sorprender que las personas también consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los países sólo por detrás de problemas económicos como el desempleo, los salarios bajos y el costo de vida elevado. Como consecuencia, la salud suele convertirse, además, en un asunto político, ya que los gobiernos intentan dar respuesta y atender a las expectativas y necesidades de su población (1)

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) permite comprender cuales son aquellos aspectos que alteran el proceso salud-enfermedad de la población, también refleja un panorama de aquellos factores determinantes del estado de salud, el cual es insumo fundamental para la realización de planes nacionales de salud como el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 y Planes Territoriales de Salud (PTS), mediante los cuales se priorizan aquellos aspectos más relevantes de intervención sobre la población (2).

En Colombia, a través de los años se ha fortalecido el proceso de Análisis de la Situación de Salud a través del Decreto 3518 de 2006 en el cual establece entre las funciones del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) “realizar el análisis de la situación de salud del país, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permiten la implementación de dicho análisis basado en los resultados obtenidos en el sistema de vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en Salud Pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia” obteniendo un perfil epidemiológico que identifique factores de riesgo, protectores, determinantes sociales, la prevalencia e incidencia de enfermedades de la población como insumos que sirven para la construcción del Plan Decenal en Salud Pública que enfoca los planes de desarrollo territorial para las intervenciones en el sector salud. Para ello, se deben identificar los recursos disponibles

para resolver o controlar las problemáticas y plantear las alternativas de solución a las situaciones encontradas (2).

Este trabajo se realizará con el objeto de explorar algunos de los posibles factores que son determinantes para la salud de la población del municipio y atender a los lineamientos nacionales plasmados en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (3) que resalta la importancia del ASIS para la toma de decisiones. El municipio de Zaragoza requiere un análisis completo de la información e indicadores en salud, ya que la información, aunque está disponible, se encuentra dispersa entre las diferentes fuentes de registros e instituciones que tienen su información en diferentes plataformas y cubos de información.

El análisis de situación de salud, busca unificar en un trabajo, la información sociodemográfica, territorial y de ambiente, morbilidad, mortalidad, situación de discapacidad, índices educativos, de cobertura en salud, entre otros indicadores, además de establecer por medio del enfoque de Determinantes Sociales en Salud, la posible relación entre las características generales y específicas de la población con el estado de salud.

La información generada en este estudio, se convertirá en insumo importante para la toma de decisiones, lo que conlleva a una posible priorización de recursos principalmente del sector salud, para atender aquellas problemáticas y vulnerabilidades, identificadas en las comunidades. Además, servirá como punto de partida para la elaboración de futuros planes territoriales de salud y como documento base para el seguimiento a los diferentes indicadores que este tipo de análisis sugiere.

Zaragoza es un municipio de categoría seis (4), con recursos limitados para invertir y con una población de 26,510 habitantes, de esta población el 98.8% está afiliada a seguridad social en salud y de ellos el 86.5% en el régimen subsidiado, es decir, casi la totalidad de la población requiere los servicios de salud y no tiene capacidad de pago para acudir a servicios particulares. El municipio cuenta, para toda esta demanda sanitaria, con un centro médico de primer nivel de complejidad y los niveles de mayor complejidad están ubicados a 2 horas o más horas de transporte terrestre en el municipio de Cauca o Medellín.

En ese sentido, se hace indispensable contar con un análisis minucioso que ayude a comprender cuales son aquellos aspectos que están afectando en mayor medida la salud de la población y así realizar acciones y gestionar recursos para mitigar afectaciones que se puedan presentar. Este análisis ayudará a comprender algunos factores determinantes de la salud que se pueden relacionar el perfil epidemiológico municipal, además de identificar otros factores que deben ser analizados más a fondo, con estudios más puntuales e información suficiente para sacar conclusiones acertadas y estrategias de intervención futuras.

Con relación a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el diagnóstico de la situación de salud de la población residente en el Municipio de Zaragoza, Antioquia para el año 2022?

2 Justificación

El Análisis de Situación de Salud es la primera de las Funciones Esenciales de la Salud Pública definidas en la iniciativa de la OPM/OPS en el programa “La Salud Pública para las Américas” y con la cual se pretende hacer un monitoreo constante de la situación de salud de la población en los países, teniendo actualizada la situación local y las tendencias de salud además de los factores determinantes de la misma, como aquellos que generan desigualdades en los riesgos, daños y acceso a servicios de salud. También pretende identificar necesidades prioritarias incluyendo la evaluación de los riesgos y la demanda de servicios de salud. También está enmarcada en esta FESP la generación de información para manejo de estadísticas vitales y situación específica en grupos posiblemente vulnerables al igual que información útil para evaluar el desempeño de los servicios de salud y las necesidades que para la población se generan desde la oferta de estos servicios (5).

El Ministerio de Salud en su Resolución 968 de julio del 2002 establece los mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al Plan de Atención Básica y el inicio de su ejecución a nivel territorial y en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la salud pública sugiere abordarse con un enfoque social, que además de garantizar el acceso a la salud como un derecho, se mejore las condiciones de vida que puedan modificar la situación de salud y disminuyan la carga de enfermedad. Para dar cumplimiento a este plan es necesario realizar los ASIS incorporando descripciones de factores sociales además de las características de morbimortalidad, y así, acercar un poco más la salud a sus posibles determinantes estructurales (6).

También este análisis da cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y las demás normas que se encuentran en el marco normativo de este ASIS y que desde la secretaría de salud municipal es necesario basarse en este estudio para priorizar los recursos y enfocar sus acciones a combatir los problemas identificados como prioritarios y ponerlo como evidencia de las decisiones que se toman en el momento de construir el Plan Territorial de Salud. Además, se facilitaría y promovería la coordinación, cooperación e

integración funcional de diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en aspectos de salud pública en el territorio.

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

Para las autoridades en salud del territorio, es fundamental contar con información que les permita tomar decisiones para responder las necesidades de la población. En este sentido, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) es una metodología que facilita la identificación y la explicación de las condiciones de salud y de enfermedad, generando información pertinente para la elaboración del plan de acción en salud, programas y proyectos dirigidos a las poblaciones más vulnerables del Municipio, y así poder realizar la distribución de los recursos económicos de una forma más eficiente y poder impactar de forma positiva en la población.

Igualmente, este ASIS será realizado por un estudiante como trabajo de grado con el fin de optar el título de Gerente en Sistemas de Información en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Realizar un Análisis de Situación de Salud en el municipio de Zaragoza, con el enfoque de Determinantes Sociales en Salud, siguiendo las instrucciones de la Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2 Objetivos específicos

Describir las características físicas y territoriales del municipio de Zaragoza

Describir las características sociodemográficas de la población.

Realizar un análisis descriptivo de los principales indicadores de morbilidad.

Realizar un análisis descriptivo de los principales indicadores de mortalidad.

Describir los indicadores de pobreza, educación, servicios sanitarios, condiciones de vida y demás factores determinantes de la situación de salud del municipio.

4 Marco conceptual

Diagnóstico de Salud

Los términos "diagnóstico de salud" y "análisis de la situación de salud" suelen manejarse como sinónimos, se considera que más bien representan diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los problemas de salud, el primero es la fase descriptiva de su desarrollo, mientras que el segundo es el elemento conclusivo para la solución de esos problemas (7).

El Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS) es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas, estableciéndose las prioridades, todo ello como pasos previos para lograr el propósito fundamental del DSS que es el de permitir adoptar un plan de intervención que, acorde con medidas específicas y a plazos determinados permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta (7).

“La Agenda Antioquia 2040 es uno de los programas bandera del Plan de Desarrollo UNIDOS por la Vida 2020-2023, cuyo objetivo es construir en conjunto con los antioqueños y antioqueñas un plan estratégico territorial para el desarrollo del Departamento, con fundamento en la participación de la ciudadanía, asociación de actores del desarrollo y generación de conocimiento colectivo y por supuesto: proyectos, programas e indicadores de largo plazo. Es una oportunidad para que UNIDOS soñemos y construyamos una Antioquia que ponga la vida en el centro de todo, una Antioquia equitativa, con identidad, sostenible y regenerativa, competitiva, y con buena gobernabilidad”(29).

Análisis de Situación de Salud (ASIS)

El análisis de situación de salud representa un instrumento científico-metodológico útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios; está inmerso en los lineamientos de la

salud pública, desde los entes internacionales hasta los locales, resaltando su importancia para la orientación de los recursos dirigidos a atender las necesidades de salud de las diferentes poblaciones. Es un proceso que comprende diversos tipos de análisis tanto descriptivos como analíticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud enfermedad de la población en su territorio, incluyendo los daños, riesgos que se presenten y también, los determinantes de la salud que los generan. El ASIS, incluye una batería de indicadores que dan cuenta de las estadísticas básicas que permiten la caracterización de la situación territorial, esta información se genera a partir de las fuentes de información que se encuentran integradas y disponibles en la Bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO (8).

Propósitos de los Análisis de Situación de Salud

El ASIS es la primera de las once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) enmarcadas en la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, que son competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud, para alcanzar el objetivo central de la salud pública de mejorar las condiciones de las poblaciones, es así como define “el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población” (9).

La importancia del ASIS radica en generar la información que los componentes técnico y político requieren para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. Por tanto, se han establecido propósitos muy claros para el ASIS como la definición de necesidades, prioridades, políticas en salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento; asimismo, la formulación de estrategias de promoción, prevención, control de daños a la salud y la construcción de escenarios prospectivos de salud (10).

Los ASIS deben proporcionar evidencia efectiva y oportuna para hacer uso de la inteligencia sanitaria, en pro del fortalecimiento de la rectoría en salud necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud¹⁰. Se reconoce la importancia que tiene la generación, el flujo y el análisis de la información, como insumo para asegurar que las

decisiones tomadas sean confiables, factibles y articuladas con la realidad a la que van a ser dirigidas (11).

Surgen por lo tanto interrogante que se expresan así, sin la previa construcción del ASIS, la toma de decisiones de los gobiernos en torno a cuál intervención que debe priorizarse, resulta riesgosa. No obstante, la pregunta ya no es ¿Qué priorizar?, sino ¿Cómo hacerlo? Lo anterior se desglosa en preguntas más puntuales: ¿Cómo orientar los limitados recursos públicos hacia los servicios de salud que más benefician a la población?, ¿Cuáles intervenciones deberían cubrirse, bajo qué circunstancias y para quién? En este sentido, la priorización debe estar orientada por los hallazgos del ASIS, que desde la mirada transectorial permitan interpretar las situaciones de salud en términos de inequidad y, por lo tanto, adquieran relevancia técnica y decisoria (12).

En resumen, “los ASIS sirven para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la disseminación de información en salud. Su meta principal es contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de necesidades en salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social” (10).

Enfoques y modelo conceptual para el ASIS

La palabra enfoque se define como: dirigir la atención o el interés hacia un asunto o problema desde unos supuestos previos, para tratar de resolverlo acertadamente. De otro lado, la definición de modelo precisa: arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo. A través del tiempo gran cantidad de autores han postulado enfoques teóricos y modelos conceptuales para el análisis de la salud. Se destacan entre otros la teoría de la multicausalidad, el modelo conceptual de la epidemiología social, la teoría de Mervyn Susser y el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud. También están los teóricos de la epidemiología social latinoamericana entre los que resaltan Hernán San Martín y Salvador Allende, y el posterior surgimiento de la epidemiología crítica de Jaime Breilh. Cada enfoque y modelo conceptual presenta particularidades, en este sentido, su implementación se puede o no acomodar a la dinámica de salud específica de las poblaciones (13).

4.4.1 Enfoque de derechos

En el marco de los Derechos Humanos, el derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de los contextos sociales e históricos. El derecho a la salud alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, sexual o situación económica o social y se pretende alcanzar el nivel de salud que permita la vida digna y sana (14).

El enfoque de derechos implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas. Permite en las personas el reconocimiento de sí mismos y del otro como sujetos de derechos a fin de promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, no sólo en función de una atención de salud oportuna y apropiada, sino también en el desarrollo y promoción de los principales factores determinantes de la salud, teniendo en cuenta el punto de vista personal de cada ciudadano como sujeto capaz de decidir autónomamente y de acuerdo con su conciencia (14).

Para el caso de Colombia, de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el abordaje de la salud se hará mediante múltiples enfoques y un modelo conceptual: el enfoque de derechos, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional, y el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud. Estos mismos enfoques serán considerados en el ASIS (14).

4.4.2 Enfoque diferencial

Se fundamenta en el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Este enfoque tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y etnia particulares. Tiene en cuenta los ciclos de

vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad y situaciones sociales como el desplazamiento” (14).

El enfoque diferencial constituye un elemento indispensable para el enfoque de derechos, ya que reconoce la diferenciación del derecho a la salud para los diversos grupos poblacionales, y la especificidad de sus necesidades. Para fines de comprensión de la diversidad, el enfoque diferencial comprende los sub-diferenciales de ciclo de vida, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad, y particulares situaciones generadoras de inequidades sociales, tales como, desplazamiento forzado, trabajo sexual, región a la que se pertenece o donde se habita, entre otras, (14).

El enfoque de ciclo de vida, permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en periodos vitales anteriores” (14).

La perspectiva de ciclo de vida pone en relieve la interacción de cada etapa de desarrollo con diferentes roles, y relaciones de poder derivados del género, de la pertenencia étnica y de las situaciones de discapacidad entre otros, haciendo evidente la interacción de los determinantes sociales de la salud con cada momento vital.

Se entiende por género el conjunto de características sociales, culturales, políticas, jurídicas, y económicas, asignadas socialmente en función del sexo de nacimiento. El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. El género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos, y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él (14).

El enfoque étnico permite identificar grupos con identidades diferenciadas, en torno a elementos seleccionados o “marcas étnicas” que tienen un contenido simbólico, tales como mitos, ancestros u orígenes comunes, religión, territorio, memorias de un pasado colectivo, vestimenta, lenguaje, o inclusive, rasgos físicos como el color de la piel, tipo de pelo o forma de los ojos. Estas características culturales y sociales propias generan diferenciales en las condiciones de vida, y el acceso a recursos de atención; asimismo, hay conductas, creencias, estereotipos y prejuicios que tienen como base la discriminación, el racismo, la segregación y el aislamiento de grupos o minorías étnicas, ligadas a la etnicidad (14).

En coherencia con otros desarrollos de atención de poblaciones de especial protección y vulnerabilidad en Colombia, también se tienen en cuenta otros enfoques en lo diferencial que hacen referencia a los abordajes de diversidad, derivados de la condición de discapacidad, situaciones de desplazamiento, condición de víctimas, diversidad sexual, situaciones como la pobreza, poblaciones institucionalizadas y condiciones territoriales particulares y otras reconocidas en instrumentos internacionales vinculantes para el país y compromisos incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014 (15).

4.4.3 Enfoque poblacional

Por último “el enfoque poblacional consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan; asimismo, orienta la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo hacia el aprovechamiento de las ventajas del espacio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio. Este enfoque aborda los procesos de planeación territorial (nación, departamento, municipio), desde una perspectiva integral, al analizar sistemáticamente la dinámica poblacional e incorporarla en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de política pública (16).

4.4.4 Modelo conceptual de determinantes sociales de la salud

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad, mortalidad, e igualmente las causas principales de las inequidades en salud que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el efecto del sistema de salud. Estas condiciones sociales influyen sobre la probabilidad que las personas tienen de estar sanas: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la deserción escolar, las condiciones de las viviendas, el acceso a servicios, la escasa calificación laboral constituye factores de buena parte de las desigualdades en los efectos de salud, y son consecuencia de la forma como se distribuye el poder, el dinero y los recursos en todas las escalas territoriales (17).

A estas condiciones se les ha llamado Determinantes Sociales de la Salud (DSS), haciendo referencia a los aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que influyen los efectos de salud. A través del tiempo se han desarrollado varios modelos y marcos conceptuales para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan la salud y así identificar posibilidades de intervención. En general todos ellos se fundamentan sobre las mismas bases (18).

Funciones Esenciales de la Salud Pública

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) definen las funciones esenciales de la salud pública en el marco de la iniciativa “La Salud Pública en las Américas” describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones”. La primera de las FESP es el monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población, la cual consiste en la evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, identificación de necesidades en salud y generación de información (5).

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 es una apuesta política por la equidad en salud, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, 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 y la discapacidad evitable.

Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida (19).

Este Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, hace referencia que a partir de su implementación, se marca “una hoja de ruta para fortalecer procesos participativos de análisis situacional de salud, articulación de los actores alrededor de compromisos prioritarios, integración de la salud y bienestar en todas las políticas sociales, y liderazgos efectivos de la autoridad sanitaria en todos los ámbitos territoriales a través del abordaje de determinantes sociales de la salud y enfoques diferenciales en el análisis de situación de salud y la planificación sanitaria a nivel territorial” (19).

Este plan toma como base de partida para generar las políticas de intervención, el análisis de situación de salud 2002-2007 realizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y el Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual se da cuenta, en una primera etapa, las características socio-demográficas de la población, de la morbilidad, mortalidad y discapacidad en los diferentes grupos poblacionales; en la segunda etapa se abordó

los posibles factores asociados a la situación de salud y al conocimiento y percepción de la población sobre los problemas y posibles soluciones; por último, se realiza un análisis de posibles desigualdades y condiciones sanitarias que llevan a la manifestación de problemas de salud; y en la cuarta etapa se aborda el tema del análisis de inequidades en materia de salud (19).

Plan Decenal De Salud Pública 2022 – 2031

El Plan decenal de Salud Pública 2022-2031 es una política de estado que busca orientar el que hacer en salud Pública del país en los próximos 10 años (26).

El capítulo que se presenta se organiza en tres grandes apartes, el primero relacionado con la comprensión de los derechos, sus diferenciales y el abordaje integrado de los sujetos de derecho tanto individuales como colectivos. Se inicia con los sujetos para enfatizar que son el centro, la razón de ser que sustenta la acción en salud pública y por tanto quienes estructuran el sentido de lo que el país debe concretar en los próximos diez años, a través del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 (26).

El segundo, incluye los abordajes y modelos que guían el modo de proteger y mejorar la salud de los habitantes de Colombia con alcances que trascienden lo sectorial y enfatizan la comprensión territorial. El capítulo se construyó con base en aportes, revisiones y trabajo conjunto de diferentes actores y definiciones documentales y normativas internacionales y nacionales. Propone una síntesis que orienta lo definido en el Plan decenal de Salud Pública 2022-2031 y constituye la base de transformaciones institucionales y sociales que privilegian la salud, el bienestar y la calidad de vida de personas, familias, comunidades y colectivos reconociendo lo que significan los sujetos de derecho, su diversidad en el marco de la salud pública; los compromisos relacionados con su reconocimiento, y las alternativas para comprender y orientar la acción que se incluye en el Plan decenal de Salud Pública 2022-2031 (26).

El tercero se refiere a los ordenadores que establecen el contenido y alcance de la salud pública como base de la organización estratégica y operativa del Plan decenal de Salud Pública 2022 – 2031 (26).

El Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE

El Modelo de Acción Integral MAITE, se define como: Conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito (27).

El modelo busca:

1. Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios.
2. Fortalecer la autoridad sanitaria territorial.
3. Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud.
4. Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones.
5. Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo.

El modelo está definido a partir de 8 líneas mínimas con sus respectivas acciones e instrumentos. Dichas líneas admiten que se incorporen los avances realizados por los territorios durante la implementación de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS (27).

La referencia 8 líneas mínimas, es una orientación a los actores en los territorios en cuanto a aspectos a abordar y gestionar. Se consideró que, como mínimo, esas eran las requeridas para garantizar el abordaje integral y la generación de los resultados esperados en el territorio, con la posibilidad de adicionar otras según las condiciones particulares de cada uno y respetando la

autonomía consagrada en las normas vigentes con la posibilidad y libertad de crear más líneas según sus necesidades (27).

Rutas integrales de atención en salud – RIAS

Las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS—definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud (28).

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos (28).

Las RIAS están constituidas por tres tramos: 1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores (28).

2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para —evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento (28).

3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas (28).

Plan Territorial de Salud

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de las Leyes 152 de 1994, 1438 de 2011 y 715 de 2001, entrega a las entidades territoriales los Lineamientos para la construcción de PTS y de POAI a través de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, como un punto de partida de una acción estatal coordinada y articulada entre el Gobierno central, los departamentos, los municipios y los distintos sectores de la sociedad, la comunidad y ciudadanía. Con base en el documento que define los lineamientos a seguir en la estrategia PASE se destaca la importancia del ASIS afirmando que, la formulación del Plan Territorial de Salud debe fundamentarse en la autonomía de los municipios, para abordar la salud de manera integral desde el modelo de determinantes de la salud, desde los múltiples enfoques de salud y considerando los principios de la planeación. Lo anterior significa que para formular el PTS es necesario reconocer y comprender el territorio y su contexto, pues las condiciones y las situaciones que se presenten en materia de salud varían de acuerdo con las interrelaciones que existan y hayan existido entre el sector salud y las diferentes dimensiones del desarrollo; por consiguiente, el análisis de la situación en salud y la caracterización de la población afiliada al SGSSS se constituyen en insumos fundamentales (20).

Vigilancia epidemiológica para la toma de decisiones

La situación de salud está dada no sólo por las condiciones biológicas, también responde al contexto sociocultural donde se desenvuelve. La salud debe ser una respuesta de la comunidad a

los problemas que la misma percibe o reconoce, y, además está apoyada por una infraestructura adecuada y una oferta de servicios suficiente (21).

Las condiciones de vida de las personas, están estrechamente relacionadas con la calidad de vida, por ser fundamentales en el desarrollo y en la satisfacción de necesidades materiales. Aunque la calidad de vida no se puede reducir a las condiciones socioeconómicas, éstas, son fundamentales para el bienestar del ser humano; algunas de estas son, por ejemplo, la salud, educación, alimentación, sanidad ambiental y vivienda; en algunos casos se incluye el desarrollo cultural y político (21).

De lo anterior, se hace evidente la importancia que, a nivel de área de salud, que es el primer nivel operativo de la vigilancia epidemiológica; los municipios, coordinen acciones entre la comunidad y la institucionalidad que permitan la realización de análisis de la información en los territorios y con ello, definir, de una manera operativa, la intervención comunitaria, ya que allí, es donde se reflejan los procesos de toma de decisiones (21).

5 Marco normativo en Colombia

En Colombia a lo largo de los años se han promulgado normas con el fin de fortalecer el proceso de análisis de situación de salud. El decreto 3518 de 2006 establece entre las funciones del Ministerio de Salud y Protección Social “Realizar el análisis de la situación de la salud del país, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia” (22).

La ley 1122 de 2007 que realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el artículo 33, literal (a) establece que el plan nacional de salud pública debe incluir "el perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y la prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública” (23)

Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones Artículo 9°. Funciones del Observatorio Nacional de Salud. El Observatorio Nacional de Salud tendrá a su cargo las siguientes funciones: 9.3 Servir de soporte técnico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones. 9.4 Realizar directa o indirectamente, evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones de grupos poblacionales especiales, y hacer públicos los resultados.

Ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El Decreto 3039 de 2007 reglamenta la adopción del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) que en su capítulo IV se refiere al análisis de la situación de salud como “un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de análisis y permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como los factores asociados y sus determinantes”. Más adelante en el capítulo VI, reafirma las responsabilidades de los actores del sector salud, estableciendo en el ámbito nacional “realizar, actualizar y divulgar el Análisis de la Situación de Salud de la población colombiana y la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores, con base en investigaciones y en la información generada por el sistema de información de salud”. En el ámbito departamental, distrital y municipal “realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población en su territorio y la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores en su territorio” (24).

La Resolución 1841 de 2013 adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y hace mención a que este plan “responde a las políticas de salud priorizadas, las cuales son soportadas en el Análisis de la Situación de Salud, cuya formulación y puesta en marcha generan un gran impacto en los indicadores de salud”. También se menciona que se basó para la fase técnica de la elaboración del plan en los resultados obtenidos en el “Análisis de la Situación de Salud ASIS (Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad De Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 2012), construido en profundidad con la información del periodo 2002-2007, así como la Evaluación del Plan Nacional de Salud Pública PNSP, 2007-2010 (Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2012)” (25).

6 Metodología

Tipo de estudio

El estudio es de tipo No experimental, de corte transversal descriptivo.

Población de referencia

Estuvo conformada por el total de habitantes del municipio de Zaragoza, la cual fue de 26.510 personas aproximadamente, según proyección DANE. Las demás poblaciones a describir, resultarán del total de registros almacenados en las bases de datos del municipio.

Población de estudio

La población de estudio, es la que accede a los procesos de caracterización territorial, además del acceso a los servicios, de salud y otras atenciones almacenados en las bases de datos de la Secretaría de Salud.

Unidad de análisis

Son los registros secundarios de atención de la población, como son los registros de morbilidad y mortalidad.

Fuentes de información

Se utilizaron fuentes de información secundarias y algunas fuentes primarias, almacenadas en las bases de datos de la Alcaldía y que tienen alguna relación con el estudio, los datos utilizados fueron del año 2022. Estas fuentes de información oficiales que son las planteadas por la guía metodológica propuesta por el MSPS para la realización del ASIS, entre las cuales están las proyecciones de población y datos estadísticos socioeconómicos del DANE, el sistema de información SISPRO para morbilidad, mortalidad, discapacidad y desplazamiento forzado, entre otros, fuentes locales como RUAF-ND, RIPS, SIVIGILA, SISBEN, SISMASTER de

aseguramiento, y datos suministrados por los entes administrativos del municipio como oficina de planeación, secretaría de salud y secretaría de educación.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en su totalidad los registros correspondientes a las fuentes de información antes mencionadas, el periodo a tener en cuenta es; para mortalidad los datos van de 2005 a 2020, para morbilidad los datos van de 2009 a 2021.

Criterios de exclusión

Se excluirían registros correspondientes a la mortalidad y morbilidad que no cumplieran con estándares de calidad del dato y que fuera imposible su recuperación, sin embargo, no se excluyó registros por estas u otras causas.

Plan de recolección de la información

Para tener en cuenta: en plan de recolección de la información se llevó a cabo en dos momentos, en el primero se seleccionaron las bases de datos secundarias, las cuales se almacenaron en un archivo maestro de acuerdo al tipo de información a procesar. En el segundo momento y con el fin de disminuir los sesgos, se analizó y validó cada registro individual.

Control de sesgos

Las bases de datos pueden presentar errores, sea por digitación, validaciones en los instrumentos de registro, incoherencia en datos suministrados o inadecuada manipulación de la misma, por esto, se verificó la totalidad de los datos y aquellos que presentaron inconsistencias se verificaron con la fuente primaria.

Preparación de la base de datos

Para efectos de la presentación y el análisis de resultados de la investigación se utilizó el procesador de texto Microsoft Office Word bajo Windows 10. Para procesamiento de datos se realizó con el programa Microsoft Excel, y para la estadística descriptiva el paquete estadístico SPSS v 20.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Algunas de las variables a analizar están relacionadas con las condiciones sociodemográficas y otras relacionadas con los registros de defunciones, registro de nacidos vivos, causas de consulta, entre otros.

Plan de análisis

Las variables son aquellos atributos o características propios de las unidades de análisis, que por su importancia se incluyeron en este estudio.

Tabla 1. Variables utilizadas para el cumplimiento del objetivo general

Objetivo	Nombre de la variable	Presentación	Forma de análisis
Describir algunos aspectos de condiciones Demográficas y Sociales, de la población residente del Municipio de Zaragoza en el año 2022	Población	Tablas y gráficos de barras, gráficos circulares, tablas de contingencia	Análisis de tablas y gráficos, estadísticos descriptivos, frecuencias, proporciones
	Pertenencia étnica		
	Sexo		
	Identidad Sexual		
	Edad		
	Población por grupo etario		
	Relación hombre/mujer		
	Tasas específicas de la dinámica poblacional		
	esperanza de vida		
Movilidad forzada			

Tabla 2. Variables utilizadas para el cumplimiento a los objetivos específicos.

Objetivo	Nombre de la variable	Presentación	Forma de análisis
Describir las características físicas y territoriales del municipio de Zaragoza	Accesibilidad geográfica	Tablas y gráficos de barras, gráficos circulares, tablas de contingencia	Análisis de tablas y gráficos, estadísticos descriptivos, frecuencias, proporciones
	Vías de comunicación		
	Población total		
	Densidad poblacional		
	Población por área de residencia		
	Grado de urbanización		
	Nro. Viviendas		
	Nro. Hogares		
Realizar un análisis descriptivo de los principales indicadores de morbilidad.	Sexo	Tablas y gráficos de barras, gráficos circulares, tablas de contingencia	Análisis de tablas y gráficos, estadísticos descriptivos, frecuencias, proporciones
	Edad		
	Fecha de atención		
	Área residencia		
	Estado de alta		
	Destino de alta		
	CIE 10		
	Diagnóstico		
	Categoría		
	Capítulo CIE 10		
	Subgrupos		
	Alto costo		
	Eventos notificación obligatoria		
Discapacidad			
Realizar un análisis descriptivo de los principales indicadores de mortalidad.	Sexo	Tablas y gráficos de barras, gráficos circulares, tablas de contingencia	Análisis de tablas y gráficos, estadísticos descriptivos, frecuencias, proporciones
	Edad		
	Fecha defunción		
	CIE 10		
	Nivel educativo		
	Área residencia		
	Afiliación al SGSSS		
	Etnia		
	Diagnóstico		
	Categoría		
	Capítulo CIE 10		
	Grandes causas		
	Subgrupos		
AVPP			
Describir los indicadores de pobreza, educación, servicios sanitarios, condiciones de	Cobertura servicios de electricidad	Tablas y gráficos de barras, gráficos circulares, tablas de	Análisis de tablas y gráficos, estadísticos descriptivos,
	Cobertura servicios de acueducto y alcantarillado		

vida y demás factores determinantes de la situación de salud del municipio	IRCA	contingencia	frecuencias, proporciones
	Disponibilidad de alimentos		
	Incidencia violencia intrafamiliar		
	Incidencia violencia contra la mujer		
	Cobertura de vacunación COVID-19		
	Cobertura de vacunación BCG		
	Cobertura de vacunación DTP		
	Cobertura de vacunación Polio		
Cobertura de vacunación Triple viral			
Realizar una priorización de problemas de salud pública encontrados en el análisis	Censo de minas	Tablas y gráficos de barras, gráficos circulares, tablas de contingencia	Análisis de tablas y gráficos, estadísticos descriptivos, frecuencias, proporciones
	Salud ambiental		
	Mortalidad		
	Morbilidad		
	Determinantes sociales		

Operacionalización de variables

Con base en estadística descriptiva se realizó una aproximación a la distribución de los datos, tendencia central y dispersión. A continuación, se describen las variables para su operatividad.

Tabla 3. Operacionalización de las variables relacionadas a las características sociodemográficas y del estado de salud de la población.

Nombre de la variable	Categoría	Naturaleza	Nivel de medición
Sexo	1. Femenino	Cualitativa	Nominal
	2. Masculino		
Edad	Años cumplidos en el momento de la observación. Esta se pretende recodificar por grupos etarios	Cuantitativa	Razón
Estado civil	1. Soltero	Cualitativa	Nominal
	2. Casado		
	3. Viudo		
	4. Separado/divorciado		
	5. Unión libre		
	98. Sin información		
99. No aplica			
Escolaridad	1. Ninguno	Cualitativa	Ordinal
	2. Preescolar		

	3. Primaria		
	4. Secundaria		
	5. Técnico		
	6. Universitario		
	98. Sin información		
	99. No aplica		
Ocupación	1. Empleado	Cualitativa	Nominal
	2. Jubilado		
	3. Estudiante		
	4. Desempleado		
	5. Ama de casa		
	6. Trabajador independiente		
	98. Sin información		
	99. No aplica		
Zona de residencia	1. Urbana	Cualitativa	Nominal
	2. Cabecera municipal		
	3. Rural o resto		
Régimen de afiliación	1. Contributivo	Cualitativa	Nominal
	2. Subsidiado		
	3. Especial		
	4. Excepción		
	98. Sin información		
	99. No aplica		
Pertenencia étnica	1. Indígena	Cualitativa	Nominal
	2. Raizal		
	3. Negro(a), Mulato(a) o afrodescendiente		
	4. Ninguna de las anteriores		
	98. Sin información		
	99. No aplica		
Ciclo vital	1. Primera infancia (0 a 5 años)	Cualitativa	Orden
	2. Infancia (6 a 11 años)		
	3. Adolescencia (12 a 18 años)		
	4. Juventud (14 a 26 años)		
	5. Adulthood (17 a 59 años)		
	6. Persona mayor (60 años y más)		
CIE 10	Código alfanumérico de acuerdo con la CIE-10 del diagnóstico principal del paciente	Cualitativa	Nominal
Diagnóstico	Descripción del diagnóstico principal del paciente de acuerdo con la CIE-10	Cualitativa	Nominal

Categoría	Corresponde al grupo de categoría al que pertenece según la clasificación por los tres primeros caracteres en la CIE - 10	Cualitativa	Nominal
Código capitulo	Corresponde al número de la división según la CIE-10. Los números van del 1 al 21.	Cualitativa	Nominal
Capitulo	Nombre del capítulo al cual se relaciona la enfermedad.	Cualitativa	Nominal
Fecha de defunción	Fecha de defunción del paciente	Cualitativa	Nominal
Causa agrupada con base en la Lista 6/67	Consta de 7 grandes grupos de causas.	Cualitativa	Nominal

7 Resultados

Capítulo I: Caracterización de los contextos territorial y demográfico

1.1 Identificación del Municipio

Nombre del municipio: Zaragoza, Antioquia

NIT: 890 981 150 - 4

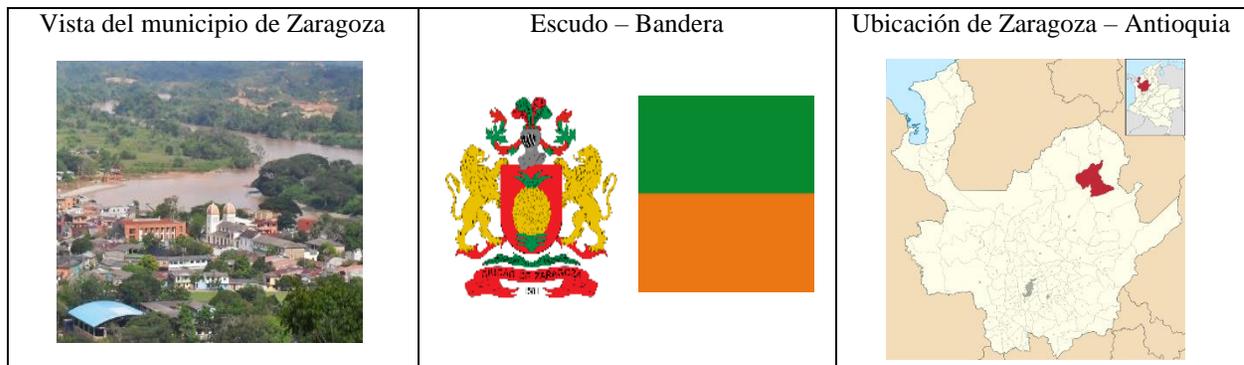
Código DANE: 05895

Gentilicio: Zaragozano

Otros nombres que ha recibido el municipio: Nuestra Señora de la Concepción de Las Palmas de la Nueva Zaragoza de Indias, La Piña de Oro.

Fecha de fundación: 14 de septiembre 1581

Nombre del fundador: Don Gaspar de Rodas



Reseña histórica:

Ha sido inmensamente rico el suelo de Zaragoza desde aquel tiempo. Los reyes de España en agradecimiento por la gran producción de oro ordenaron fundir 80 castellanos para confeccionar una piña maciza e igualmente enviar la imagen del Santo Cristo a la Villa de Zaragoza de las Palmas.

Zaragoza llegó a ser sitio turístico de afamadas familias españolas, europeas que se acostumbraron al clima, la fauna y la flora de la región, allí se empezaron a evidenciar los nexos que aún tiempo después se mantienen con la costa atlántica.

Fue capital de provincia por casi un siglo, en razón de su riqueza y su ubicación geográfica, a raíz de esto se inicia una disputa con Santa Fe de Antioquia, a la cual se le atribuye su incendio, donde se destruye su hermosura, sus tesoros arquitectónicos y documentos.

Para 1829, Zaragoza es finalmente liberada de los españoles en una campaña del General José María Córdoba. Hacia principios del siglo XX, se inició el desarrollo minero a nivel industrial con inversionistas ingleses y canadienses, que desarrollaron de forma técnica la explotación del oro.

1.2 Contexto territorial

1.2.1 Localización

El municipio de Zaragoza está ubicado en la región del Bajo Cauca, al nordeste del departamento de Antioquia. Limita por el norte con Caucasia, por el sur con Segovia y Anorí, por el occidente limita con Cáceres y por el oriente con el municipio de El Bagre.

Extensión total: 1064 Km²

Extensión área urbana: 122.7 Km²

Extensión área rural: 943 Km²

Altitud de la cabecera municipal: 50 (metros sobre el nivel del mar)

Temperatura media: 36° C

Distancia de referencia: a 209 Km de Medellín

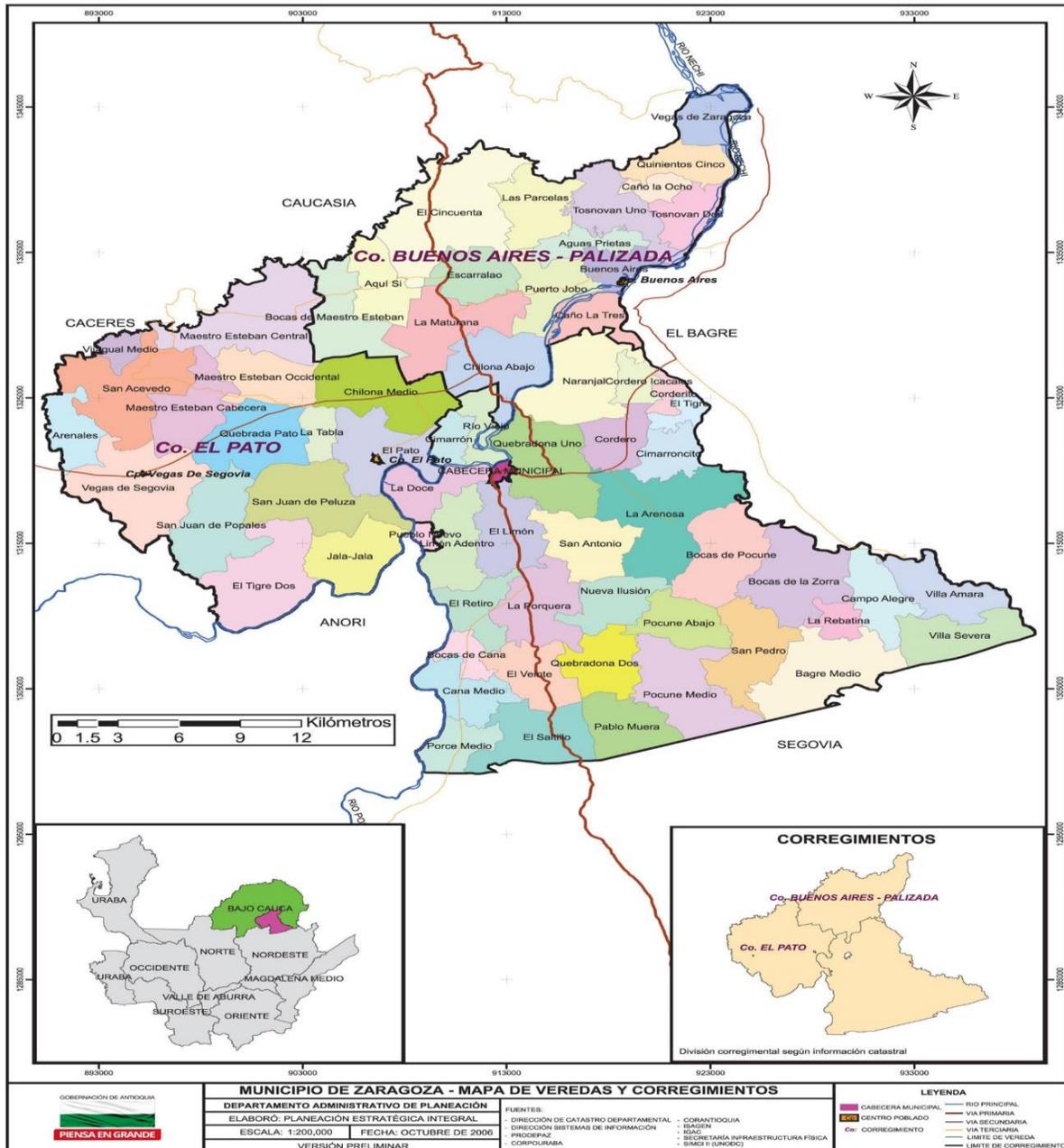
Tabla 4. *Distribución de extensión territorial por zona urbana y rural, Zaragoza. 2022.*

Municipio	Extensión Urbana		Extensión Rural		Extensión Total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Zaragoza	122.7 Km2	11.51%	943 Km2	88.49%	1065.7Km2	100%

Fuente: Planeación Municipal

A continuación, se observa la división política administrativa del municipio de Zaragoza, Antioquia compuesto por dos corregimientos y el resto en veredas.

Figura 1. División Política Administrativa, límites geográficos y extensión territorial, municipio de Zaragoza, 2015



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

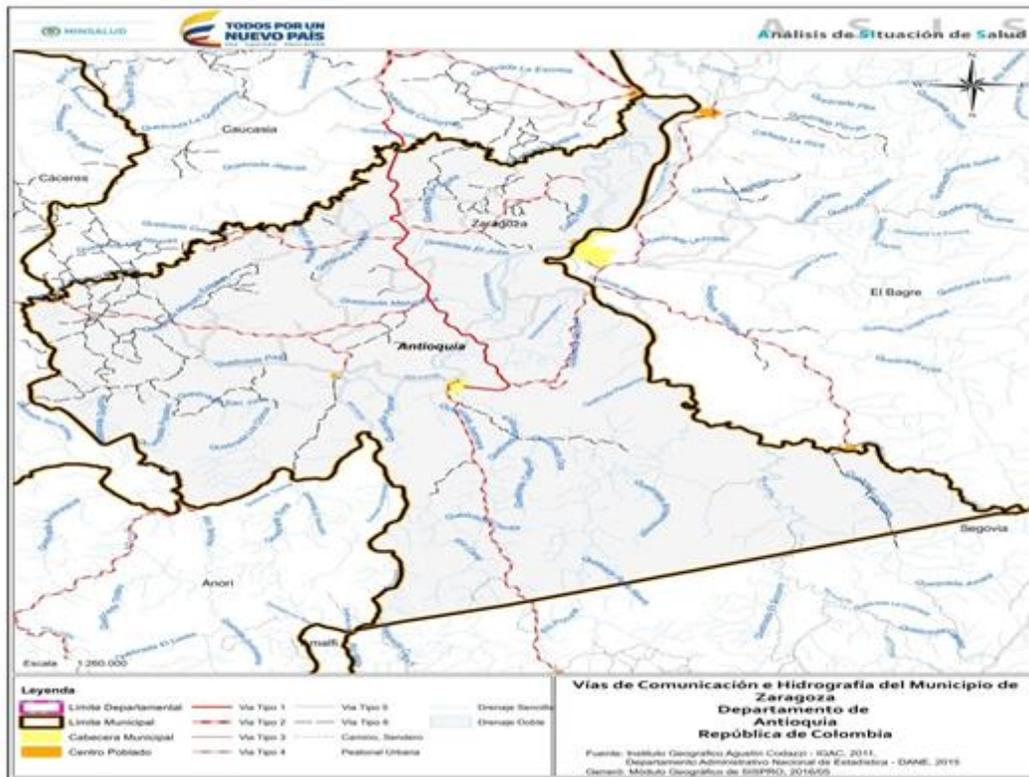
1.2.2 Características físicas del territorio

El territorio del municipio de Zaragoza presenta en promedio una altura sobre el nivel del mar de 50 metros, con clima cálido medio, temperatura media entre 26–36°, una precipitación con un módulo pluviométrico promedio anual de 4240 mm. Posee una humedad relativa entre 72% y 90%, una evaporación promedio mensual de 2.5 mm y zonas de vida de bosque tropical húmedo y bosque muy húmedo premontano. Está conformado por un territorio ligeramente quebrado hacia el occidente del municipio y plano hacia el norte y el oriente. Zaragoza es un municipio que cuenta con 64 veredas y dos corregimientos. En la zona urbana se identifican tres barrios principales: El Centro, San Gregorio y La Esmeralda.

En cuanto al relieve, es montañoso y quebrado, sin embargo, la zona urbana está ubicada en suelos de pendientes mínimas que a futuro se hacen propicias para el desarrollo urbanístico del municipio; los suelos que se ubican a orillas del río Nechí son altamente vulnerables por su propensión a las inundaciones, característica esta que debe ser tenida en cuenta en la planificación y desarrollo futuro.

1.2.2.1 Hidrología

Figura 2. Vías de comunicación e hidrografía, municipio de Zaragoza, 2016.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Departamental de Antioquia, 2016.

El sistema hidrológico de Zaragoza forma parte de transición entre las cuencas media y baja del Río Nechí que atraviesa el territorio zaragozano en dirección Oeste-Noreste. Hacia las estribaciones de la cordillera (cuena media) existe una alta densidad de drenaje en tanto que la topografía suave de las zonas bajas se caracteriza por una menor cantidad de drenajes y por la formación de complejos cenagosos y madre viejas. Los mayores afluentes del Nechí en jurisdicción del municipio son los ríos Porce y Tiguí, quienes colectan aguas desde regiones tan distantes como al Valle de Aburrá, el altiplano antioqueño central y la serranía de San Lucas.

Por otro lado, los permanentes procesos de alteración hidrológica y geomorfológica que ocasiona la mediana y gran minería de aluvión, modifican de manera significativa y permanente los patrones de drenaje sobre la planicie aluvial del río Nechí, así como el surgimiento de nuevos cuerpos lóticos (pozos), tanto en la llanura aluvial como en la zona de colinas. A continuación, se muestra las principales cuencas del municipio:

Tabla 5. *Extensión de los principales ríos del sistema hídrico de Zaragoza.*

Cuenca Principal	Cuenca	Área total (Km2)	Longitud total (Km2)
Nechí	Nechí	13,885	234
	Porce	5,132	220
	Tiguí	2,574	103
	Bagre	931	85
	Pocuné	439	59
	Amará	120	22

Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial - POT

1.2.2.2 Compite biótico

El municipio de Zaragoza se encuentra localizado en el centro de endemismo Nechí-Nare, que a su vez es considerado un refugio del pleistoceno, que se extiende desde la serranía de San Lucas por todo el Valle medio del Magdalena, en las estribaciones de la cordillera central (departamentos de Antioquia y Caldas). Buena parte de las áreas de este refugio aún no han sido adecuadamente exploradas en cuanto a fauna y flora, no obstante, se trata de áreas de gran interés donde han ocurrido notables procesos de especiación y de intercambio biótico (Hernández, 1992; citado por Universidad Nacional, 1996).

Los elementos bióticos de esta zona tienen claras afinidades con los sectores Alto Sinú-Alto San Jorge y Chocó, quizás el límite oriental más importante para elementos típicamente centroamericanos y chocoanos. También fue una zona de elementos del alto Valle del Magdalena y elementos provenientes de la Orinoquía y la Amazonía, que probablemente penetraron al Valle del Magdalena, tomando como ruta el piedemonte de la Orinoquía.

En la actualidad, muchas de las áreas boscosas han sido integradas a la frontera agropecuaria, siendo esta tendencia más marcada hacia la vertiente izquierda del río Nechí y a lo largo del eje vial Zaragoza – Segovia. Otras tantas áreas se encuentran como rastrojos, resultantes de la explotación forestal intensiva o el abandono de áreas de producción agropecuaria. La remoción y el lavado del suelo fértil en las labores de la minería de aluvión ha contribuido por su parte, a la

transformación radical del paisaje a lo largo de las riberas del río Nechí y otros sectores aledaños, creando una nueva asociación vegetal, en este caso denominada asociación edáfica estéril, donde la comunidad vegetal allí establecida está compuesta por especies capacitadas para desarrollarse bajo condiciones de mínima fertilidad.

1.2.2.3 Fauna

El municipio de Zaragoza está localizado dentro de la provincia biogeográfica del Chocó-Magdalena y forma parte del distrito o refugio Nechí, este refugio además de contener diversos elementos florísticos de carácter endémico, presenta también expresiones animales que reflejan el proceso de evolución y especiación acontecido en la región. Tal vez el ejemplo más popular lo constituye el tití gris (*Saguinus leucopus*), especie de primate con distribución restringida (desde la vertiente derecha de la cuenca baja del río Cauca hasta el Magdalena Medio. Otro mamífero considerado endémico del sector Nechí es la ardilla *Sciurus granatensis*, subespecie *valdiviae*. Dentro del grupo de los vertebrados, las aves muestran también varias especies endémicas.

1.2.2.4 Amenazas a nivel municipal

El municipio de Zaragoza está ubicado en una zona con alta variedad geológica y topográfica favoreciendo así la ocurrencia de fenómenos naturales como procesos de remoción en masa, inundaciones, procesos erosivos superficiales y otro tipo de amenazas antrópicas. Por el territorio zaragozano pasan dos líneas de conducción de oleoducto y una línea de transmisión de alta tensión, factores que de forma directa o indirecta puede afectar la población, los bienes e intereses de una comunidad. Cualquiera que sea el tipo de relieve, comúnmente es afectado de manera rápida por procesos erosivos, ya sea por acción de los ríos, en valles de laderas empinadas, donde los deslizamientos de tierra, caída de rocas y otros tipos de remociones en masa resultan muy efectivas, para ampliar los valles y reducir los gradientes de las pendientes.

Las principales amenazas analizadas en el municipio de Zaragoza corresponden a eventos de remoción en masa e inundaciones; Zaragoza se ha categorizado por ser una zona que ha presentado muy pocos eventos de origen catastrófico, se pueden identificar evento de orden puntual asociados a la actividad antrópica especialmente a la apertura de vías entre ellas las que

más están presentando fenómenos de remoción en masa en la vía a Caucasia y la vía a Segovia y por informes de algunos técnicos del municipio la vía que de Zaragoza conduce al municipio de Cáceres. Estas vías presentan grandes procesos erosivos asociados al poco mantenimiento, estas vías no tienen obras de evacuación de agua superficiales como cunetas y box coulvert, siendo este el principal factor causante de estos procesos debido a la saturación de los suelos y que la vía misma actúa como un disipador de aguas concentrándose allí saturando igualmente y facilitando la falla de la vía.

El municipio de Zaragoza posee además amenaza de origen geológico, que afecta la cabecera municipal se encuentra muy cerca al sistema de fallas Otú-Pericos. La cabecera presenta un grado de vulnerabilidad alto ante un evento sísmico originado por esta falla geológica al igual que por la falla del Bagre y Nús, Concha y Liberia.

1.2.2.5 Amenazas por deslizamientos

En la cabecera municipal se identificaron varios sitios susceptibles a presentar este fenómeno, la causa principal que da origen a estos fenómenos es el mal uso del suelo ya que corresponde a zonas que han sido construidas sin ningún tipo de especificación como acueducto, alcantarillado y normas de construcción mínimas dando origen a problemas como procesos erosivos por aguas servidas que son arrojadas a las vías y taludes. Los sectores identificados con este problema se encuentran ubicados en el sector de La Esmeralda ya que corresponde a un área que fue de crecimiento desordenado; los sectores más críticos corresponde al lado derecho de la variante, margen que da directamente a la quebrada Juan Vara y donde ya se perciben problemas de agrietamientos en las viviendas; el corregimiento de Buenos Aires- Palizada y El Pato también posee amenazas por deslizamientos , ya que son gravas sueltas, redondeadas que facilitan fuertemente su desplazamiento.

1.2.2.6 Amenaza alta por inundación

La cabecera municipal presenta tres fuentes principales por las cuales puede ser inundada, se puede identificar las siguientes zonas: Con respecto al río Nechí se encuentra la zona paralela a

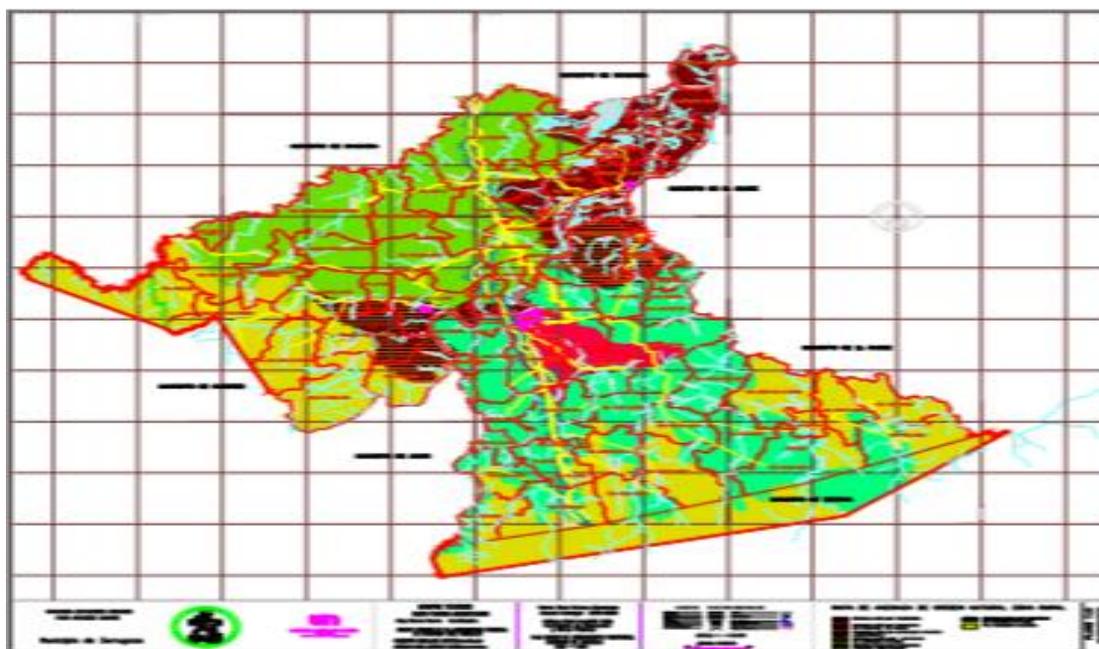
este, en el sector donde confluye la Quebrada Oca, en este sector cada vez que el nivel del río aumenta son inundadas las partes de los solares y patios traseros de las viviendas allí ubicadas. La franja paralela al río Nechí, aproximadamente dos cuadras del río hacia el interior, siendo la parte más afectada el sector conocido como Calle Nueva, donde las inundaciones de mayor envergadura pueden alcanzar niveles de hasta dos metros de altura en las viviendas de esta calle, en todo este sector de La Vega, el Puerto, la parte de atrás de la actual Alcaldía y Plaza de Mercado, Las Flores - La Playa y gran parte del sector Santa Elena el cual incluye la cancha de fútbol, el IDEM Santo Cristo, el antiguo Hospital los cuales indican lo extenso del área inundable. Por la quebrada La Oca se pueden separar ambas márgenes de la misma donde en cada aumento de caudal son afectadas las viviendas más aledañas principalmente en el sector de San Gregorio en los lugares conocidos como las vegas, sector del puente viejo y del puente nuevo y de la Esmeralda en los sitios conocidos como calle jardín y la Paz, el sector de la placa polideportiva del sector como las zonas con mayor amenaza por inundaciones. Los Mijitos y La Vega son los sectores más afectados ya que presentan amenaza por inundación ocasionadas por el río Nechí y la quebrada Juan Vara; en la actualidad hay un sector de la llanura de inundación que todavía no ha sido urbanizado, para el cual, se recomienda la no construcción de ninguna obra de tipo habitacional y la reubicación de las viviendas ya asentadas en este sector.

1.2.2.7 Amenaza de origen natural en el corregimiento Buenos Aires - Palizada

En el corregimiento de Buenos Aires se identificaron las amenazas de origen natural a las cuales se encuentra expuesto y se describen a continuación. Zaragoza por ser un municipio minero ha tenido un manejo del suelo bastante importante que ha permitido cambiar sus condiciones naturales y en algunos sitios aumentando la vulnerabilidad de asentamientos humanos ante un evento sísmico, como caso particular se puede referenciar el Corregimiento de Buenos Aires – Palizada que se encuentra ubicado el 100% en la unidad geomorfológica cargueros, esta unidad compuesta en su mayoría por fragmentos de roca (Gravas) limpias que no ofrecen ningún tipo de estabilidad para la construcción; estos materiales son muy susceptibles a un evento sísmico debido a que con un movimiento pueden fácilmente acomodarse o deslizarse provocando el colapso de las edificaciones. Para esta cabecera del corregimiento se tiene una vulnerabilidad alta ante un evento sísmico amenazante de magnitud importante (Mayor de 5° en la escala de

Richter); igual presenta vulnerabilidad toda edificación que este o valla a ser construida sobre esta unidad geomorfológica, se recomienda no permitir ningún tipo de construcción en estas áreas y planes de evacuación bien diseñados para la cabecera municipal de Buenos Aires-Palizada.

Figura 3. *Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, municipio Zaragoza.*



Fuente: Planeación Municipal

1.2.3 Accesibilidad geográfica

1.2.3.1 Vías de comunicación

En el Municipio de Zaragoza existen 3 vías de acceso, que son: terrestres, fluviales y aéreas. Para el acceso a la capital del departamento es terrestre y aérea. Para el acceso a algunos municipios y veredas puede ser terrestre y fluvial.

Aéreas: hasta el municipio vecino de El Bagre llegan aviones tipo chárter.

Fluviales: por el río Nechí se llega al municipio de El Bagre, Nechí y Caucasia.

Terrestres: por la vía Medellín-Caucasia y Caucasia-Zaragoza. Totalmente pavimentada. En la actualidad se está pavimentando la vía Medellín-Segovia y Segovia-Zaragoza.

1.2.3.2 Tipos de vías terrestres

El municipio posee vías primarias, secundarias y terciarias que se encuentran en las siguientes condiciones:

Vías Primarias: Ruta Nacional 25C o Trocal de la Paz. En buen estado. Esta vía comunica al municipio de Zaragoza con el municipio Caucasia y el resto del país.

Vías Secundarias: carreteras destapadas que se encuentran en regular estado. Estas vías comunican el municipio de Zaragoza con los municipios vecinos; Segovia, El Bagre y Cáceres.

Vías Terciarias: comunican el municipio de Zaragoza con las veredas, estas carreteras son destapadas y se encuentran en regular y pésimo estado.

Vías Urbanas: el sistema vial de la cabecera municipal está conformado por 20 Km, de tipo vehicular y peatonal. El 90% de las vías están en pavimento rígido hidráulico, y el resto en material de afirmado o destapadas en terreno natural. Las vías pavimentadas en general se encuentran en regular estado, mientras que las secundarias muestran notable deterioro debido a la ausencia de mantenimiento, que se refleja en la circulación vehicular y peatonal.

Vías Arterias: su función es estructurar el flujo vehicular de larga distancia, une el sistema residencial con zonas de uso residencial y de comercio. Predomina el vehículo particular y el de transporte público.

Vías Colectoras: distribuyen y canalizan el tráfico vehicular hacia o desde el sistema principal y secundario.

Vías de Servicio: la función principal es facilitar el acceso directo a las propiedades o actividades adyacentes a las vías. No son para el uso del transporte público y de carga y la velocidad de operación está condicionada al desarrollo de las actividades y flujos peatonales existentes.

Tabla 6. *Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros de las veredas al municipio de Zaragoza, 2022.*

Veredas	Tiempo de llegada desde la vereda al Municipio	Distancia en Kilómetros desde las veredas al Municipio	Tipo de transporte desde el Municipio hasta la vereda
BUENOS AIRES PALIZADA	40 Minutos	27	TERRESTRE/FLUVIAL
EL PATO	40 Minutos	23	TERRESTRE/FLUVIAL
QUINIENTOS CINCO	1 horas	32	TERRESTRE/FLUVIAL
VEGAS DE ZARAGOZA	1 horas	32	FLUVIAL
TOSNOBAN UNO	2 horas	33	TERRESTRE/FLUVIAL
TOSNOBAN REPUNTON	1 hora y 20 minutos	33	TERRESTRE/FLUVIAL
LAS PARCELAS	1 hora	10	TERRESTRE
EL CINCUENTA	1 hora	17	TERRESTRE/FLUVIAL
CAÑO LA OCHO	1 hora	35	FLUVIAL
PUERTO JOBO	1 hora y 30 minutos	19	TERRESTRE
ESCARRALAO	1 hora	16	TERRESTRE
LA MATURANA	1 hora	9	TERRESTRE
CHILONA ABAJO	1 hora	8	TERRESTRE
CHILONA MEDIO	1 hora	8.5	TERRESTRE
AQUÍ SI	5 horas	25	TERRESTRE
QUEBRADA PATO	2 horas	12	TERRESTRE
SAN JUAN DE PELUZA	2 horas	18	TERRESTRE
MAESTRO ESTEBAN	3 horas	19	TERRESTRE
BOCAS DE MAESTRO ESTEBAN	3 horas	19	TERRESTRE
SAN ACEVEDO	5 horas	21	TERRESTRE
ARENALES	7 horas	28	TERRESTRE
VEGAS DE SEGOVIA	2 horas y 30 minutos	21	TERRESTRE
SAN ANTONIO DEL BOROCO	4 horas	29	TERRESTRE
SAN JUAN DE POPALES	3 horas	19	TERRESTRE
LA BLANQUITA	5 horas	18	TERRESTRE
RIO VIEJO	15 Minutos	12	TERRESTRE/FLUVIAL
LA ANGOSTURA	15 Minutos	5	TERRESTRE/FLUVIAL
CHILONA EL SALTO	30 Minutos	18	TERRESTRE/FLUVIAL
JALA JALA	2 horas	24	TERRESTRE
PUEBLO NUEVO	2 horas	10	FLUVIAL
EL LIMON	20 Minutos	7	TERRESTRE
EL RETIRO	30 Minutos	20	TERRESTRE

BOCAS DE CANA	1 hora y 30 minutos	15	FLUVIAL
LA PORQUERA	1 hora	10	TERRESTRE
LA CLARITA	1 hora y 30 minutos	15	TERRESTRE
PABLO MUERA	8 horas	45	TERRESTRE
EL VEINTE	1 hora y 30 minutos	20	TERRESTRE
LA AURORA	1 hora y 30 minutos	18	TERRESTRE
EL SALTILLO	1 hora y 30 minutos	25	FLUVIAL
BOCAS DE LA ZORRA	6 horas	30	TERRESTRE
QUEBRADONA 1	15 Minutos	5	TERRESTRE
QUEBRADONA 2	3 horas	25	FLUVIAL
LA REBATINA	6 horas	35	FLUVIAL
BAGRE MEDIO	6 horas	42	FLUVIAL
VILLA AMARA	7 horas	36	FLUVIAL
VILLA SEVERA	8 horas	41	FLUVIAL
CAMPO ALEGRE	6 horas	42	FLUVIAL
SAN ANTONIO	1 hora y 30 minutos	10	TERRESTRE
LA ARENOSA	1 hora y 30 minutos	12	TERRESTRE
NUEVA ILUSIÓN	2 horas	24	TERRESTRE
CIMARRONCITO	1 hora	14	TERRESTRE
NARANJAL RIO	1 hora	5	TERRESTRE/FLUVIAL
NARANJAL LA TOLVA	1 hora	7	TERRESTRE/FLUVIAL
TIGRE 1	3 horas	9	TERRESTRE/FLUVIAL
TIGRE 2	4 hora	42	TERRESTRE/FLUVIAL
EL DOCE	1 hora	12	TERRESTRE
ICACALES	1 hora	12	TERRESTRE
CORDERITO	1 hora y 30 minutos	15	TERRESTRE
JOBO MEDIO	30 Minutos	11	TERRESTRE/FLUVIAL
CANO LA TRES	45 Minutos	8	TERRESTRE/FLUVIAL
LA CIENAGA	30 Minutos	15	TERRESTRE
MAESTRO ESTEBAN OCCIDENTAL	2 horas	18	TERRESTRE
LA VALENTINA	40 minutos	15	TERRESTRE
VIJAGUAL MEDIO	3 horas	21	TERRESTRE
LA DIESIOCHO	30 Minutos	18	TERRESTRE/FLUVIAL
CHILONA CENTRAL	1 hora	6	TERRESTRE
PORCE MEDIO	1 hora	28	FLUVIAL
SAN PEDRO	5 horas	42	TERRESTRE
BOCAS DE RIO BAGRE	4 horas	45	FLUVIAL

Fuente: Planeación municipal

Las vías de acceso que tiene el municipio a las veredas todas son destapadas, se encuentran en regulares condiciones. Estas vías pueden ser terrestres o fluviales. Para movilizarse a las veredas dentro de las vías terrestre se puede hacer en vehículo automotor (vehículo y moto), semovientes y a pie para aquellas vías donde es difícil el ingreso de autos. Para las fluviales se hacen en Canoas y Chalupas. Los costos de estos medios de transporte varían de acuerdo a las condiciones climáticas y orden público de la región. Para viajar a Medellín, se aclara que el municipio de Zaragoza no tiene aeropuerto, el transporte aéreo se hace desde el municipio de El Bagre y el municipio de Caucaasia.

En el Municipio se tienen veredas que se encuentran a mucha distancia del casco urbano, y por tal motivo se les hace más fácil consultar en los servicios de salud de otro municipio, como lo es el corregimiento de buenos aires palizada que se encuentra a 40 minutos de Zaragoza, y a solo 5 minutos del municipio del Bagre, en la misma situación se encuentra Jobo Medio que está a media hora de Zaragoza y a solo 15 Minutos del Bagre.

Tabla 7. *Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Zaragoza hacia los municipios vecinos, 2022.*

Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento en minutos	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
Medellín	9 Horas	370 Km por el nordeste/Caucaasia	Terrestre
El Bagre	40 Minutos Terrestre/20 Minutos Fluvial	32.3 Km	Terrestre/Fluvial
Anorí	8 Horas	225 Km	Terrestre/Fluvial
Cáceres	2 Horas 30 minutos	141 Km	Terrestre
Segovia	3 Horas	65 Km	Terrestre
Caucaasia	1 Hora 20 minutos	86 KM	Terrestre

Fuente: Planeación municipal

Dentro del contexto de salud se requiere conocer la distancia y el tiempo de transporte que se tiene con los municipios vecinos y con la capital antioqueña, ya que ese es un punto de partida para conocer como puede ser el traslado de los pacientes del municipio hacia un municipio que tiene un hospital de mayor nivel, como lo son Caucaasia y Medellín, y con respecto a los Municipios vecinos es necesario conocer el tiempo de traslado, esto por

alguna contingencia que se pueda presentar, y es el tiempo que se determina en el que puede llegar una ambulancia para apoyar el proceso de traslados.

1.3 Contexto demográfico

Población total: para el año 2022 la población total del municipio de Zaragoza es de 26.510 habitantes según proyecciones DANE. Con un porcentaje en el sexo masculino con un 49.66% y un 50.34% para las mujeres.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado: para el municipio de Zaragoza se estima 28 personas por cada Km² de extensión.

Población por área de residencia urbano/rural: la mayor proporción de la población del municipio de Zaragoza por área de residencia se encuentra en la zona rural con el 50,9% y la zona urbana con el 49,1%.

Tabla 8. Población por área de residencia municipio de Zaragoza, 2022.

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
Nº	%	Nº	%		
13015	49.1	13495	50.9	26510	49.1

Fuente: DANE

Grado de urbanización: El grado de urbanización de Zaragoza es de 49.1%, es decir, Zaragoza es más rural que urbana con una disminución de la ruralidad de 1% para el año 2022.

Número de viviendas: mediante el documento CONPES 3877 de 2016 el gobierno nacional adoptó los nuevos lineamientos para la operación del Sisbén en su cuarta versión (Sisbén IV). Para este año el municipio a través de la oficina del SISBEN municipal está realizando el barrido en área urbana y rural de todas aquellas personas que quedaron por fuera de la encuesta. Para el año 2022 se tenía un total de personas censadas de 26.510 de los cuales 13,165 correspondían al sexo masculino y 13,345 pertenecen al sexo femenino.

Ahora, 13.015 son de la zona urbana y 13.495 corresponden a la zona rural. Se cuenta con un total de 7208 hogares para un total de 7028 viviendas. Se encontró que el material predominante de paredes exteriores con el que se construyen las viviendas son principalmente: madera con 3.245 viviendas, bloque con 1.972, tapia o adobe 1.466, tela o zinc con 470, material prefabricado 32 y 23 viviendas con bahareque. Los pisos de las viviendas en su mayoría están hechos en cemento con 3.917, seguida por tierra con 2.665, baldosa 422, madera 193 y alfombra 11 viviendas.

Población por pertenencia étnica: el municipio al año 2020 tiene la mayor cantidad de población caracterizada para los grupos afrodescendientes, seguida por indígenas y finalmente raizal con el menor número de personas. Se observa que hay un gran número de personas que no se identifica con ninguno de los grupos étnicos.

Tabla 9. Población por pertenencia étnica, municipio de Zaragoza, 2020.

Población Total	Indígena	ROM	Raizal	Afrodescendiente	Ninguno	No informa
24.067	1.965	0	6	7.885	14.155	56

Fuente: DANE - Censo 2005.

1.3.1 Estructura demográfica

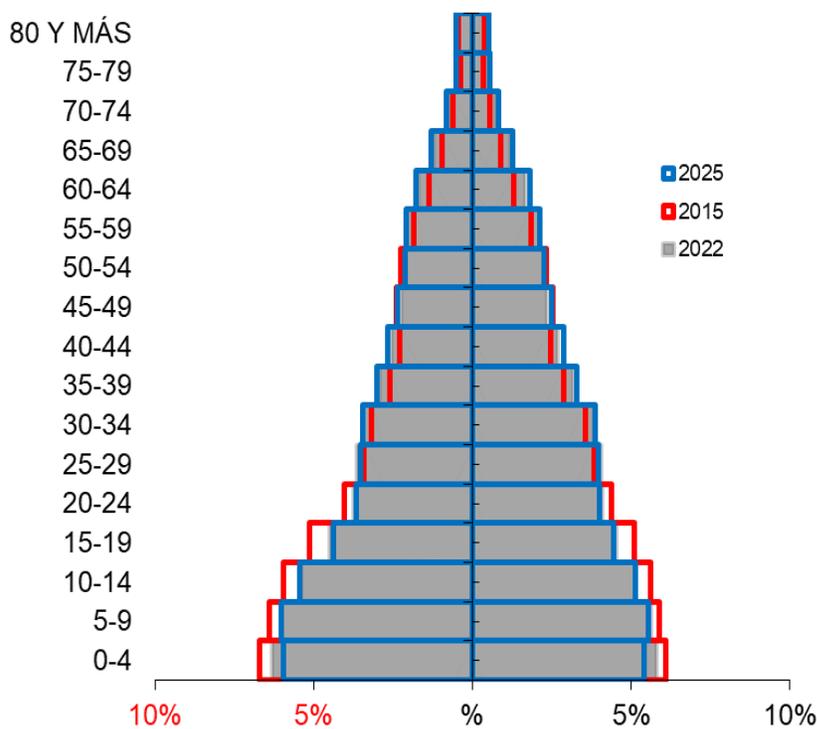
Pirámide Poblacional

La pirámide poblacional del municipio de Zaragoza es una pirámide expansiva que presenta una base ancha y una reducción en la cúspide. En esta pirámide se observa que la base tiende a reducir a medida que transcurre los años, especialmente para la población menor de 4 años, esto fenómeno puede ser explicado porque el promedio de hijos por mujer disminuyó y existen programas de control de natalidad mientras que la población de 30 a 39 años de edad presenta un comportamiento constante en el tiempo, es decir, no se evidencia un cambio considerable de la población en el periodo 2015 – 2022 con proyección a 2025. Se espera que el quinquenio de 15 a

19 años sea el que tenga mayor crecimiento para el año 2025 por transición demográfica según proyecciones DANE.

A partir de los 25 a 29 años se evidencia disminución de la población, este fenómeno podría explicarse principalmente por las altas tasas de mortalidad asociadas a homicidios en el género masculino, procesos migratorios por estudios en educación superior y nuevas oportunidades de empleo ya que el municipio carece de empresas y fuentes de empleo formal. Se evidencia un predominio de la población de mujeres con respecto a los hombres. Se puede decir que la población en este territorio es joven.

Figura 4. Pirámide poblacional municipio de Zaragoza, 2015, 2022, 2025.



Fuente: DANE

Población por grupo de edad

Según la proporción del ciclo vital, los grupos etarios que más población tienen son la primera infancia y la adultez esta última con una leve tendencia al aumento para los próximos años. De igual manera, se nota que la población adulto mayor en el transcurso de los años presenta un crecimiento progresivo según las proyecciones que realiza el DANE. En la infancia se nota que existe un aumento gradual a través del tiempo, se identifica que para el año 2025 el 13.7% de la población total corresponde a la primera infancia, lo que sugiere que existe control de la natalidad. En contraste con las personas mayores de 60 años que tienen una tendencia a aumentar para el año 2025, se recomienda fortalecer los programas dirigidos población y aumentar ofertas para la juventud, adultez y adulto mayor. Es decir, programa de educación, aumento de ofertas de empleo formal y programas para adulto mayor.

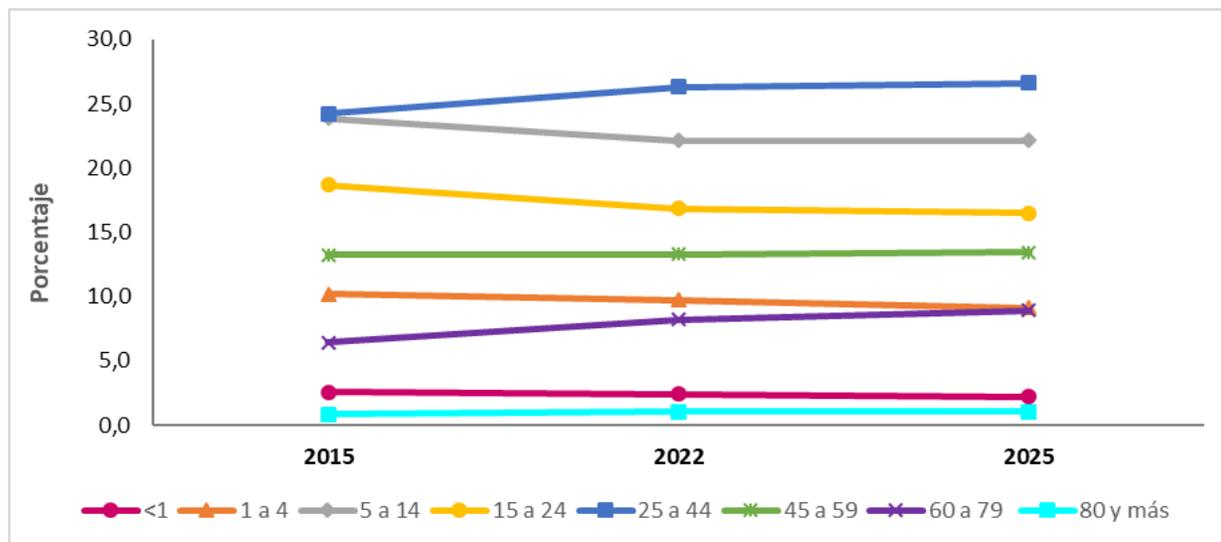
Tabla 10. Proporción de la población por ciclo vital del municipio Zaragoza 2015, 2022 y 2025.

Ciclo vital (años)	2015		2022		2025	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5)	3689	15.3	3852	14.5	3757	13.7
Infancia (6 a 11)	3505	14.5	3606	13.6	3754	13.7
Adolescencia (12 a 18)	3665	15.2	3587	13.5	3671	13.4
Juventud (19 a 26)	3218	13.3	3333	12.6	3368	12.3
Adultez (27 a 59)	8318	34.5	9686	36.5	10188	37.1
Persona mayor (60 y más)	1750	7.2	2446	9.2	2727	9.9
TOTAL	24145	100	26510	100	27465	100

Fuente: DANE

La población económicamente activa para el año 2022 es la que proyecta mayor crecimiento de habitantes, seguido por el grupo etario de 6 a 18 años. Estos indicadores reflejan que el municipio es y seguirá siendo un municipio caracterizado por población joven además de evidenciar un control de natalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años y menores de un año. Se evidencia que los grupos etarios entre 60 años y más años son los que menos población presenta teniendo en cuenta que no existe una variación significativa en el crecimiento.

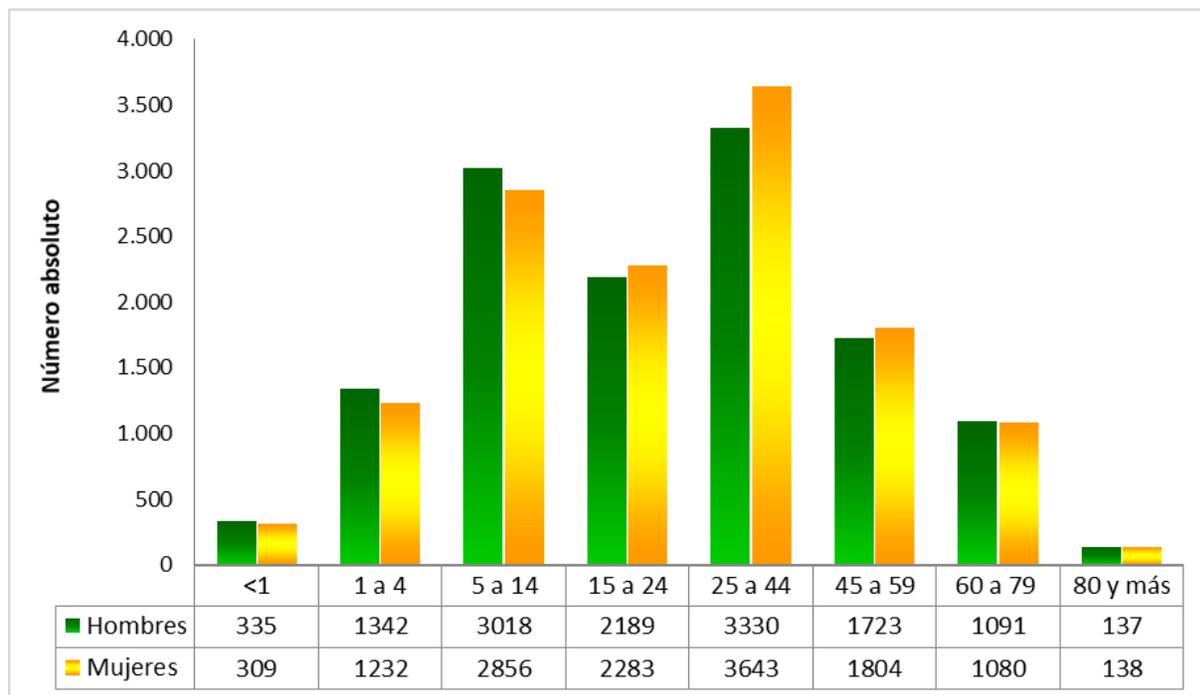
Figura 5. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, municipio de Zaragoza 2015, 2022 y 2025



Fuente: DANE

La población zaragozana es mayoritariamente masculina desde el inicio de vida. La proporción de hombres para el año 2022 es de 49.66% y de mujeres es de 50.34% con respecto a la población total. Se prevé que para el año 2025 la población se comporte exactamente igual. Sin embargo, cabe resaltar que el género femenino de 15 a 59 años es mayor que el masculino. Este fenómeno está explicado por la mortalidad asociada a causas externas y mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio que ocurren mayormente al sexo masculino, adicionalmente la esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres.

Figura 6. Población por sexo y grupo de edad del municipio, Zaragoza 2022.



Fuente: DANE

Otros indicadores demográficos

Relación hombres/mujer: En el año 2015 por cada 100 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2022 por cada 99 hombres, había 100 mujeres.

Razón niños mujer: En el año 2015 por cada 52 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2022 por cada 49 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil.

Índice de infancia: En el año 2015 de 100 personas, 37 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 34 personas.

Índice de juventud: En el año 2015 de 100 personas, 26 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 25 personas.

Índice de vejez: En el año 2015 de 100 personas, 7 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 9 personas.

Índice de envejecimiento: En el año 2015 de 100 personas, 20 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 27 personas

Índice demográfico de dependencia: En el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 70 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 67 personas.

Índice de dependencia infantil: En el año 2015, 62 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2022 fue de 57 personas.

Índice de dependencia mayor: En el año 2015, 8 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2022 fue de 10 personas.

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

Tabla 11. *Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Zaragoza 2015, 2022, 2025.*

Índice Demográfico	Año		
	2015	2022	2025
Población total	24,145	26,510	27,465
Población Masculina	12,068	13,165	13,619
Población femenina	12,077	13,345	13,846
Relación hombres: mujer	99.93	98.65	98
Razón niños: mujer	52	49	46
Índice de infancia	37	34	34
Índice de juventud	26	25	24
Índice de vejez	7	9	10
Índice de envejecimiento	20	27	30
Índice demográfico de dependencia	70.02	67.14	66.21
Índice de dependencia infantil	62.28	57.32	55.69
Índice de dependencia mayores	7.75	9.82	10.52
Índice de Friz	214.12	186.69	176.64

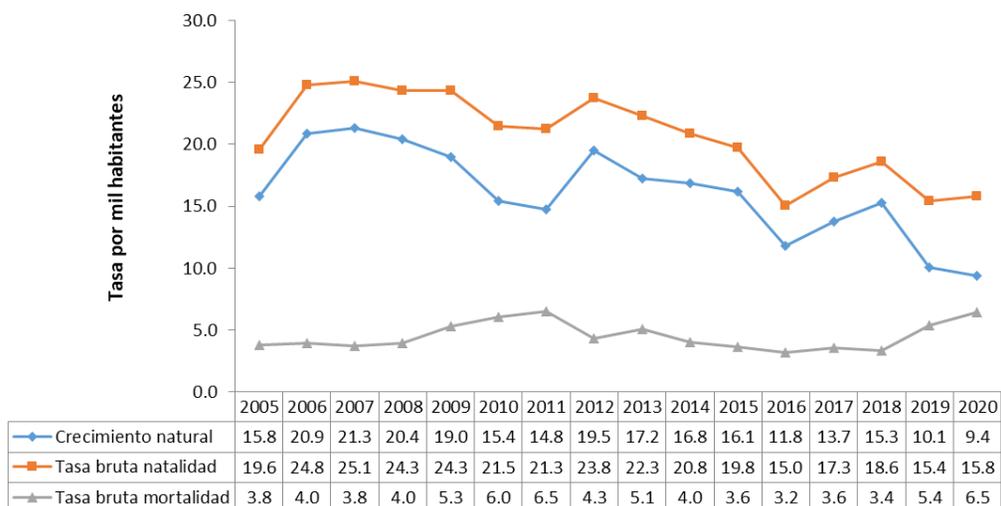
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Pese a que la población es joven, la oferta de los servicios de salud para este segmento de la población es muy limitada, aunque el Hospital de Municipio realiza brigadas de salud, estas son utilizadas principalmente por la gente adulta, los niños, niñas y jóvenes, no tienen la costumbre de realizar una consulta de control y ante la falta de organización social, participación en grupos, se dificulta su intervención en los programas de protección específica y detección temprana, ahora contando con el apoyo de los programas sociales del Gobierno Nacional, en el cual se deben de tener todos los controles al día, es la única forma de que estos niños puedan tener un control en salud acorde a su edad.

1.3.2 Dinámica demográfica

Se observa que la velocidad de crecimiento natural en el municipio de Zaragoza ha disminuido, esto se debe a que se viene presentando un aumento en la tasa bruta de mortalidad del municipio, y aunque para el 2020 la tasa bruta de natalidad aumenta no lo hace en la misma proporción que la de mortalidad por lo que para el 2020 el crecimiento natural se ve afectado en 0.7 puntos.

Figura 7. Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad y natalidad de Zaragoza, 2020



Fuente: SISPRO

Otros indicadores de la dinámica de la población

Para este apartado se analiza solo la fecundidad para infancia y adolescencia.

Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: la tasa específica de fecundidad en Zaragoza para el año 2020 es de 5.23, lo que significa, que por cada mil mujeres entre 10 y 14 años 5 quedan embarazadas. Esto en comparación inmediatamente al año anterior es positivo, ya que se ve reflejado el trabajo realizado en la población, estos trabajos van desde capacitaciones, charlas, carruseles educativos y conversatorios sobre salud sexual y reproductiva.

Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: la tasa específica de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años en el año 2020 es de 100.67, es decir, que por cada mil mujeres se espera que 100 queden embarazadas.

Tabla 12. Otros indicadores de la dinámica de la población del municipio, 2020.

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
De 10 a 14	9.03	8.91	5.08	8.26	8.29	8.31	5.23
De 15 a 19	108.28	103.63	73.33	82.33	90.49	101.18	100.67

Fuente: SISPRO - SSSA

1.3.3 Movilidad forzada

La población total víctima del conflicto armado en el municipio de Zaragoza es de 8.952 personas, de las cuales, EL 52.79% pertenece al género femenino y el 46.96% al género masculino. Los quinquenios con mayor cantidad de personas son los de 10 a 14 años y de 15 a 19 años con 10.65% y 13.55% respectivamente. La población que menos reporta o realiza declaración de persona en condición de desplazamiento es la adulta mayor.

Tabla 13. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad y sexo. Municipio de Zaragoza, 2022.

GRUPO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	NO DEFINIDO	NO REPORTADO
De 0 a 04	70	68	0	0
De 05 a 09	301	254	16	0
De 10 a 14	437	506	2	0
De 15 a 19	570	617	0	1
De 20 a 24	469	433	0	0
De 25 a 29	454	330	0	0
De 30 a 34	410	294	0	0
De 35 a 39	366	230	0	0
De 40 a 44	292	232	0	0
De 45 a 49	243	183	0	0
De 50 a 54	211	174	0	0
De 55 a 59	206	157	0	0
De 60 a 64	140	132	0	0
De 65 a 69	108	104	0	0
De 70 a 74	66	87	0	0
De 75 a 79	49	46	0	0
De 80 o más	80	100	0	0
No Reportado	0	1	0	0
No Definido	1	1	2	1
Total	4,473	3,949	20	2

Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD

Nota: para la consulta y análisis de este indicador debe tenerse en cuenta:

Las estadísticas del número de personas víctimas de desplazamiento, corresponden a las personas reportadas en RUV que se encontraron en las tablas de referencia de las fuentes del sector salud integradas en la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) y cuyo hecho victimizante es desplazamiento forzado. La edad que se está mostrando, corresponde a la edad de la persona para el momento actual. Se observa que en el RUV para una misma persona se pueden encontrar más de un registro con geografía de residencia diferente.

Capítulo II: Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes

Se realizará el análisis de la mortalidad por las grandes causas, específica por subgrupo y materno – infantil y de la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales. El análisis incorporará variables que causen gradientes como el género, el nivel educativo, área de residencia, afiliación, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad.

2.1 Análisis de la mortalidad

2.1.1 Mortalidad general por grandes causas

Ajuste de tasas por edad

Las primeras causas de muerte en términos generales en todo el periodo de estudio 2005 – 2020 en el municipio son las causas externas, muertes por enfermedades asociadas al sistema circulatorio y las demás causas.

Entre los años 2006 - 2007 alternado con los años 2014, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020 las muertes por enfermedades del sistema circulatorio fue la primera causa de muerte. Años en los que el municipio ha tenido etapas de quietud y orden público moderado. Para el 2020 la tasa de mortalidad fue de 241.1 muertes por cada cien mil habitantes. Es importante destacar que las muertes por esta causa cobran más años de vida perdidos porque afecta no solo a personas mayores sino también a jóvenes y que la mortalidad por esta causa, está dada, por un lado por deficiencias en los sistemas de salud, en cuanto a su capacidad de llevar a cabo acciones de promoción y prevención, así como por deficiencias en las intervenciones y los tratamientos basados en la "evidencia" (1); por otra parte, los estilos y hábitos de vida saludable mal sanos que deterioran de manera gradual la salud de la población y la no atención precoz de la enfermedad.

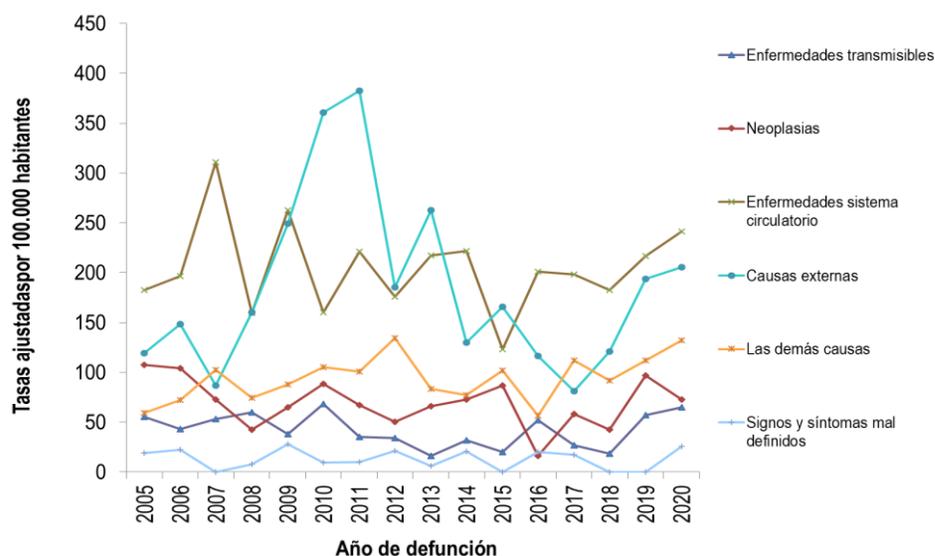
La segunda causa de muerte para el año 2020 son las causas externas con una tasa de mortalidad de 205.6 muertes por cada cien mil habitantes, sin embargo, para los años 2008, 2010 al 2013 y 2015 la primera causa de muerte fueron las causas externas, es decir, por 6 años ha predominado más, las muertes por esta causa que por cualquier otra causa. Los motivos de mortalidad por esta causa están asociados principalmente a las muertes violentas por homicidios, la mortalidad por accidentes de transporte terrestre, debido al poco control, educación y ausencia de agentes de tránsito en el municipio, además de los ahogamientos. Se espera que las muertes por causas externas sigan disminuyendo, teniendo en cuenta, que las muertes por causas externas no se pueden determinar ya que están asociadas a la conducta y capacidad resolutive de problemas del ser humano.

Para el 2020, las demás causas son la tercera causa de mortalidad con una tasa de 132.4 muertes por cada cien mil habitantes, Ahora, para los años 2005 al 2006 ocuparon el cuarto lugar, 2007 segundo lugar y de los años 2008 al 2016 ocuparon el tercer lugar de mortalidad en el municipio.

Y la cuarta causa son las neoplasias con un comportamiento oscilante con tendencia al aumento en el periodo 2005 - 2020. No se puede determinar exactamente el porqué del aumento, pero se cree según algunos estudios que algunas sustancias o agentes cancerígenos aumentan la probabilidad de generar tumores.

Si bien el comportamiento por grandes casusas en los últimos años en el municipio de Zaragoza muestra que las enfermedades del sistema circulatorio es la principal causa de muerte, se tiene este mismo comportamiento en algunos municipios de la subregión, donde se tiene que al Municipio de Caucasia con 220.3 muertes por cada cien mil habitantes, al Municipio del Bagre con 212.2 muertes por cada cien mil habitantes, al Municipio de Nechí con 193.6 muertes por cada cien mil habitantes, A diferencia de los municipios de Cáceres y Tarazá que la primera son las causas externas con 241.5 y 217.5 muertes por cada cien mil habitantes respectivamente.

Figura 8. Tasa de mortalidad por grandes causas del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Ajuste de tasas por edad en hombres

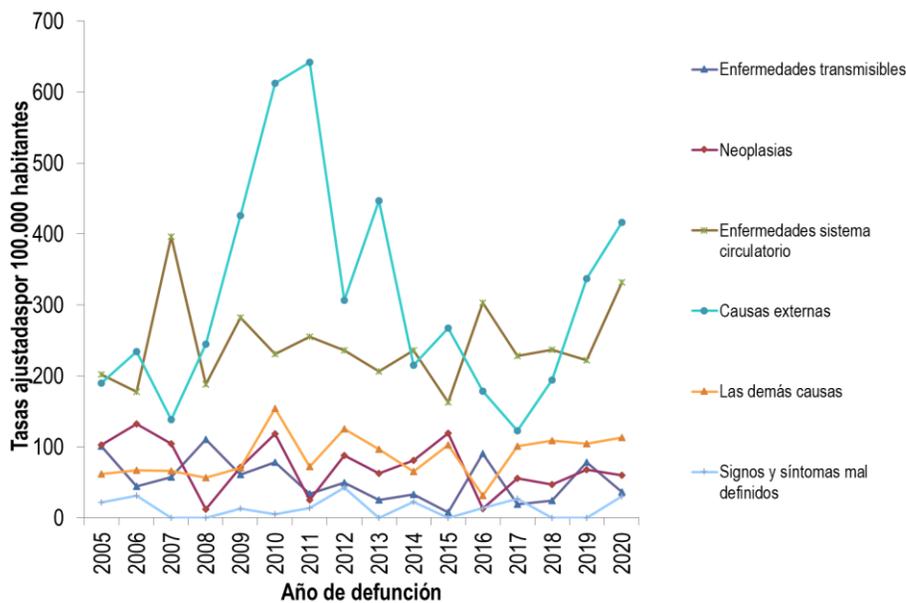
Se observa que para el año 2007, 2014, 2016, 2017 y 2018 la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio supera las causas externas posicionándose en primera causa de mortalidad en el género masculino.

Para el año 2020 la primera causa la ocupa las causas externas, este evento se evidencia en el aumento de las agresiones (homicidios), que se presentaron durante este año (233 por cada cien mil habitantes). Se evidencia que la tasa más alta se encuentra en el año 2011, se resalta que el municipio se encontraba en el momento más problemático debido a los diferentes grupos armados al margen de la ley, lo que incremento la violencia y los homicidios, desde la fecha se tiene una tendencia a la disminución, pero no es de forma progresiva. En el año 2005, la mortalidad era de 190,2 y la del año 2018 es de 194.1 muertes por cada cien mil hombres, es decir, 3,9 muertes más por cada cien mil hombres. Según la gráfica este fenómeno aumentó a partir del año 2008, donde inicia el periodo de violencia más fuerte en el municipio. Las muertes por causas externas afectan principalmente a la población joven masculina, ya que son ellos

quienes ejercen en su mayoría oficios y actividades delictivas que terminan en homicidios violentos.

La tercera causa de mortalidad son las demás causas en el que se observa tendencia oscilante. Inicialmente comenzó con una tasa de mortalidad de 61,5 y termina con 113,4 muertes por cada cien mil hombres. Un aumento del 51,9% de la mortalidad por esta causa entre el año 2005 y 2020.

Figura 9. Tasa de mortalidad por grandes para los hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Ajuste de tasas por edad en mujeres

Las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de mortalidad en las mujeres en el municipio de Zaragoza en el que se observa un comportamiento oscilante durante todo el periodo de estudio, es de anotar que ha tenido un descenso considerable desde el 2005 a 2020

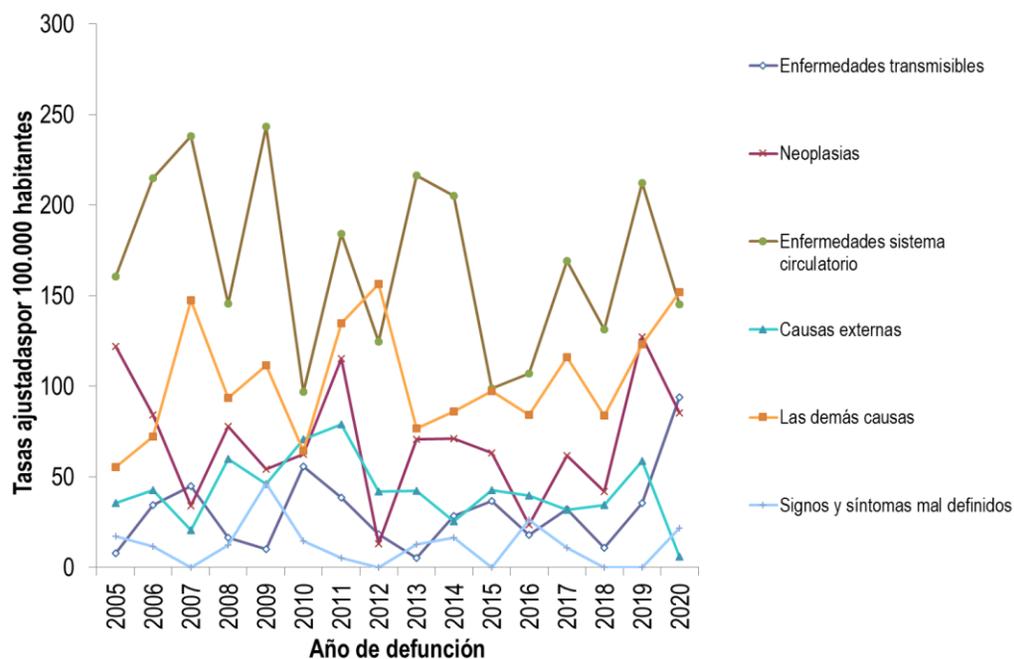
paso de una tasa de 160,6 a 145.1 muertes por cada cien mil mujeres, La tasa más alta se dio en el año 2009 con 243,21 muertes por cada cien mil mujeres.

Llama la atención que la tasa de mortalidad de enfermedades por el sistema circulatorio en el sexo masculino es más alta que el sexo femenino, es decir, mueren más hombres por enfermedades del sistema circulatorio que las mujeres. Lo que puede indicar que las mujeres tienen mejores prácticas de autocuidado o consultan oportunamente a los servicios sanitarios. Se puede decir que los hombres tienen un mayor riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio que el sexo femenino.

La primera causa para el año 2022 son las demás causas en las cuales se observa una tendencia oscilante en el periodo. La tasa más alta que se ha tenido en el periodo fue el año 2012 con 156.3 muertes por cada cien mil mujeres, para el año 2020 la tasa fue de 151.8 muertes por cada cien mil mujeres. Al comparar con los hombres las tasas de mortalidad por las demás causas se evidencia que mueren más mujeres que hombres.

La tercera causa de muerte para el año 2020 son las Enfermedades transmisibles que presentan una tasa de 93.8 muertes por cada cien mil mujeres, con un aumento de 58.4 con respecto al año 2019.

Figura 10. Tasa de mortalidad por grandes causas para mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.



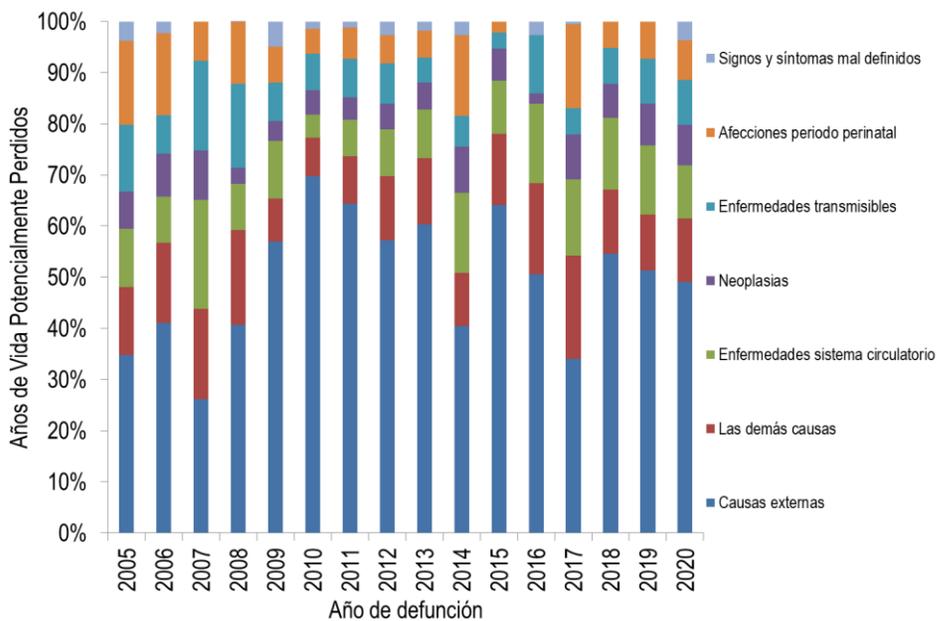
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

AVPP TOTAL

En Zaragoza durante el periodo de estudio la principal causa de muerte por el cual se pierden más años de vida en el territorio son por las causas externas. Se dejaron de vivir en el periodo 2005 – 2020, 37.844 años de vida, lo que representa el 51.97% de carga total de AVPP por esta causa. El año con mayor carga de AVPP por causas externas es el año 2011 con 5.075 AVPP. Es importante anotar que la población con mayor riesgo de aportar AVPP es la población joven principalmente el género masculino, constituyéndose en muertes prematuras para el municipio. La segunda causa de AVPP son las demás causas, las cuales tienen para el 2020, 522 AVPP. La tercera causa AVPP son las Enfermedades del sistema circulatorio con 434 AVPP y en cuarto lugar para el año 2020 están las Enfermedades transmisibles con 370 AVPP.

Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP por grandes causas lista 6/67 municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.

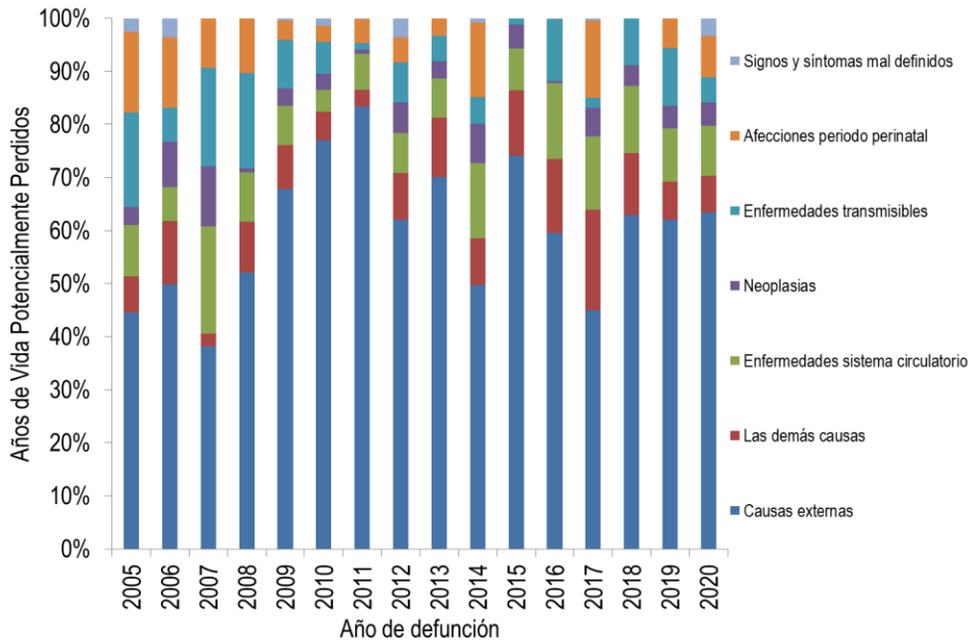


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

AVPP hombres

Para el grupo de los hombres la causa por la que se pierde más AVPP es por las causas externas aportando un total de 32.480 años de vida potencialmente perdidos en el periodo 2005-2020. El año en el cual se perdieron más años de vida fue para el año 2011 con 4.432 AVPP. La causa externa que más AVPP aporta son los homicidios. La segunda causa son LAS Enfermedades sistema circulatorio con 293 AVPP para el año 2020, la tercera causa son las Afecciones periodo perinatal con 240 AVPP y la cuarta son Las demás causas con 214 años de vida potencialmente perdidos. Las enfermedades que aportan mayor carga de AVPP en las enfermedades del sistema circulatorio son las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas que están correlacionadas entre sí, teniendo en cuenta que la enfermedad hipertensiva es el principal factor de riesgo cardio-cerebro-vascular. El año 2010, ha sido el año con mayor carga de AVPP.

Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio Zaragoza, 2005 – 2020.

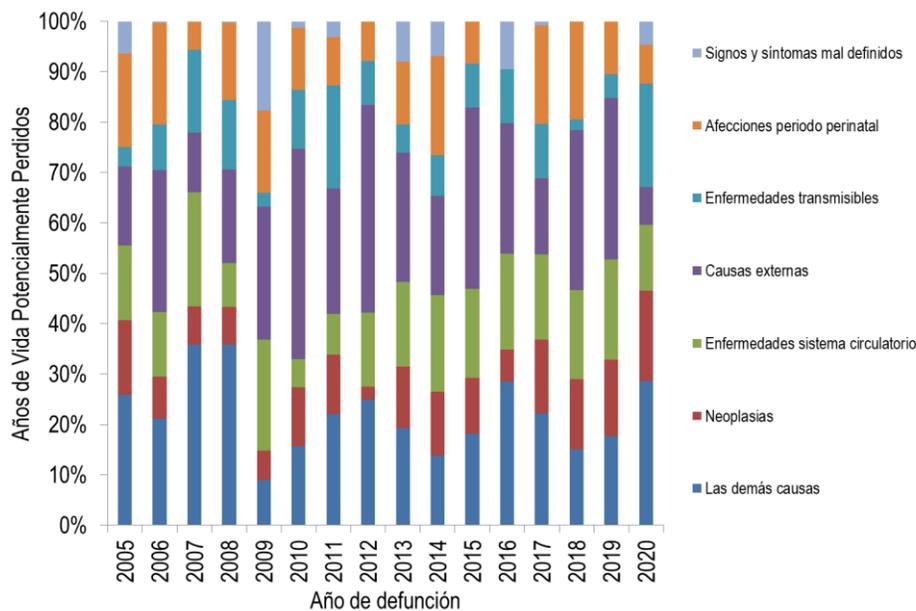


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

AVPP mujeres

Los años potencialmente perdidos en las mujeres para el año 2020 en primera instancia son las demás Causas con 308 AVPP, en segundo lugar las Enfermedades transmisibles con 221 AVPP, en las que se observa que las Infecciones respiratorias agudas son las que más aporta en este año, esto se debe a la carga generada por la mortalidad ocasionada por la pandemia que ocasionó más fallecimientos en las mujeres, en seguido a esta causa encontramos las neoplasias con 193 AVPP, seguido de las Enfermedades sistema circulatorio con 143 AVPP, en esta casusa se identifica que la mayor carga la tienen las Enfermedades isquémicas del corazón. La diferencia de AVPP por sexo refleja que los hombres perdieron 29.593 años más que las mujeres.

Figura 13. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.



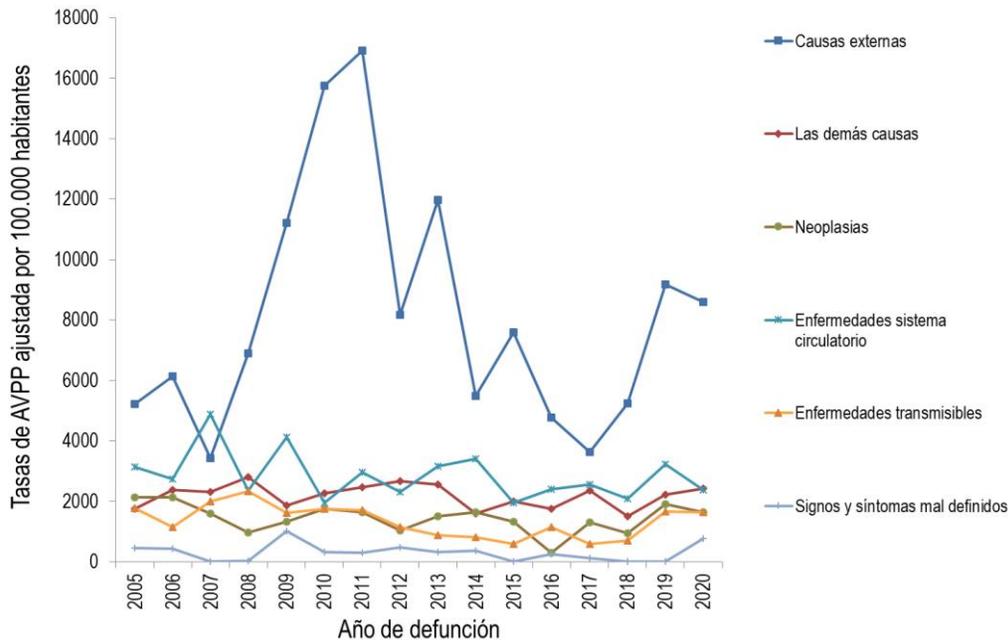
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Analizando el comportamiento de las tasas ajustadas de AVPP en el periodo 2005 – 2020, se tienen 72.825 AVPP, el año mayor carga reporta es el 2011 con 7.891 AVPP por todas las causas, se destaca que las causas externas con 5.075 años de vida potencialmente perdidos son las que más aportan en esta estadística, dentro de las causas externas se tiene que las agresiones son las que más aportan dentro del indicador, debido a la violencia que se presenta en la región, este es un indicador que tiene mayor relevancia, y son los hombre los que más sufren de esta problemática.

Las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas son la causa por la cual la población del municipio de Zaragoza sufre más pérdidas como consecuencia de muertes prematuras, por ende, la perdida es mayor para la comunidad ya que son perdidas bio-sociales y años de vida laboralmente perdidos.

Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.

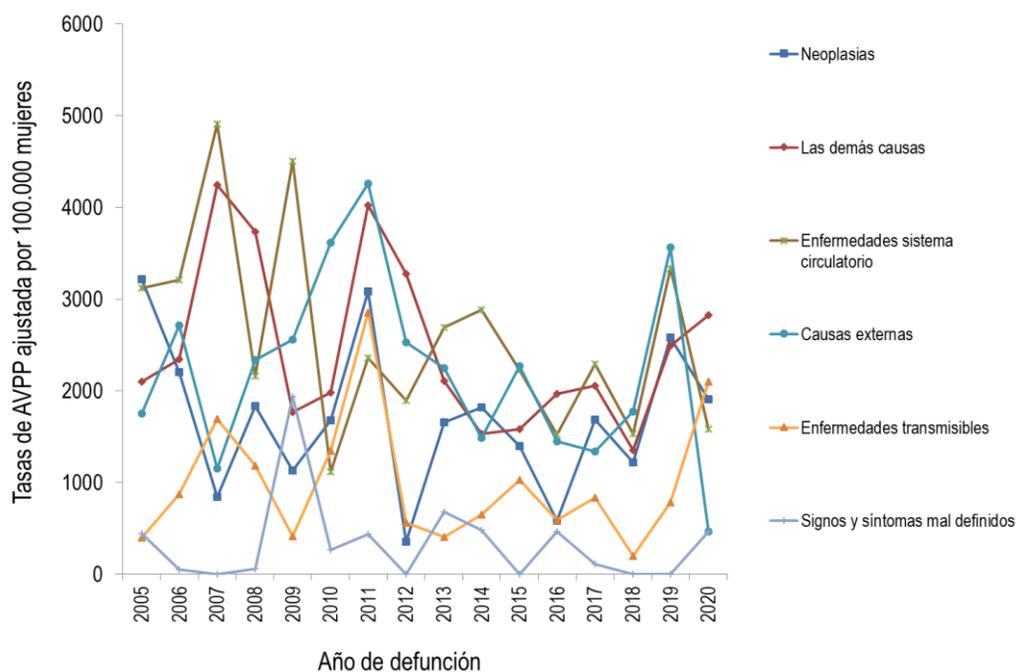


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasa ajustada de AVPP mujeres.

Al realizar las tasas ajustadas para AVPP en las mujeres, la primera causa por el cual dejó de vivir la población femenina es por las causas externas, las demás causas enfermedades del sistema circulatorio, y las neoplasias. Calculando el total de años de vida perdidos en las mujeres se tienen que se dejaron de vivir 21.616 años en el periodo de 2005-2020, y el indicador que más destaca son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias para el año 2020. A demás de revisar el comportamiento en las causas externas se evidencia que aunque las mujeres tiene una carga importante en el indicador es solo el 16.51% de lo que aportan los hombres por esta causa en el Municipio.

Figura 15. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio Zaragoza, 2005 – 2020.

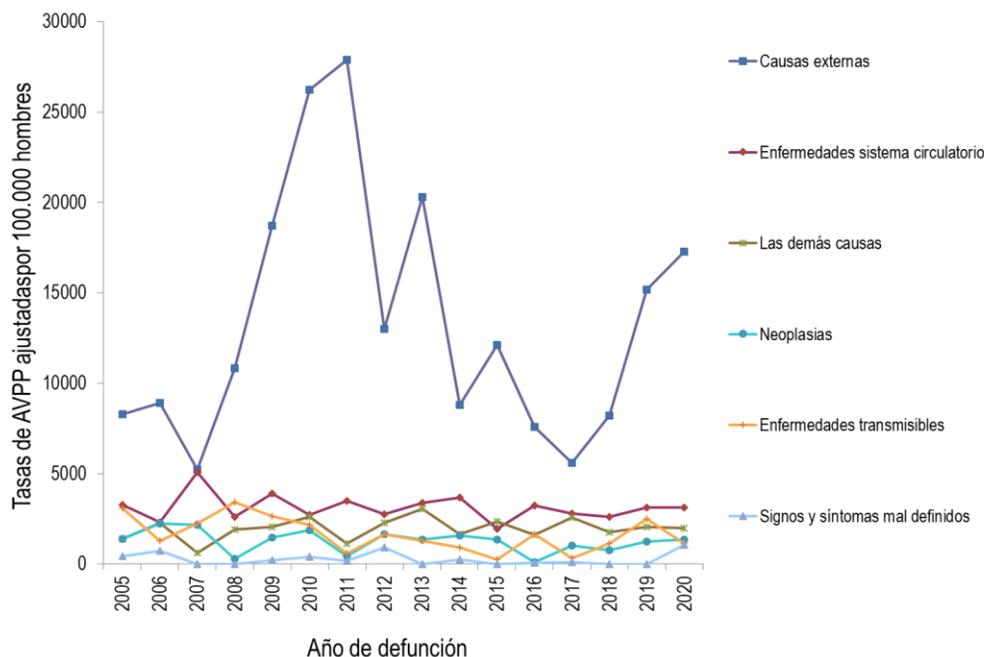


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasa ajustada de AVPP en hombres

Las tasas ajustadas de AVPP por grandes causas en los hombres permiten confirmar que las causas externas generan la mayor cantidad de AVPP en los hombres, con una tasa en el año 2020 de 17.268,7 años de vida potencialmente perdidos, dado el conflicto armado que se presenta en la subregión, esta causa se espera que en los próximos años siga siendo la que mayor impacto tenga en los años de vida potencialmente perdidos de la población del zaragozana. En segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con 3.142,6 años de vida potencialmente perdidos, en esta se evidencia que para el Municipio las Enfermedades isquémicas del corazón son las que más afectan a la comunidad zaragozana con una tasa de 261.1 muertes por cada cien mil habitantes, y en tercer lugar Las demás causas con 1.996,8 años de vida potencialmente perdidos, donde prevalece la Diabetes mellitus como una de las principales causas en este, con 32.4 muertes por cada cien mil habitantes.

Figura 16. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

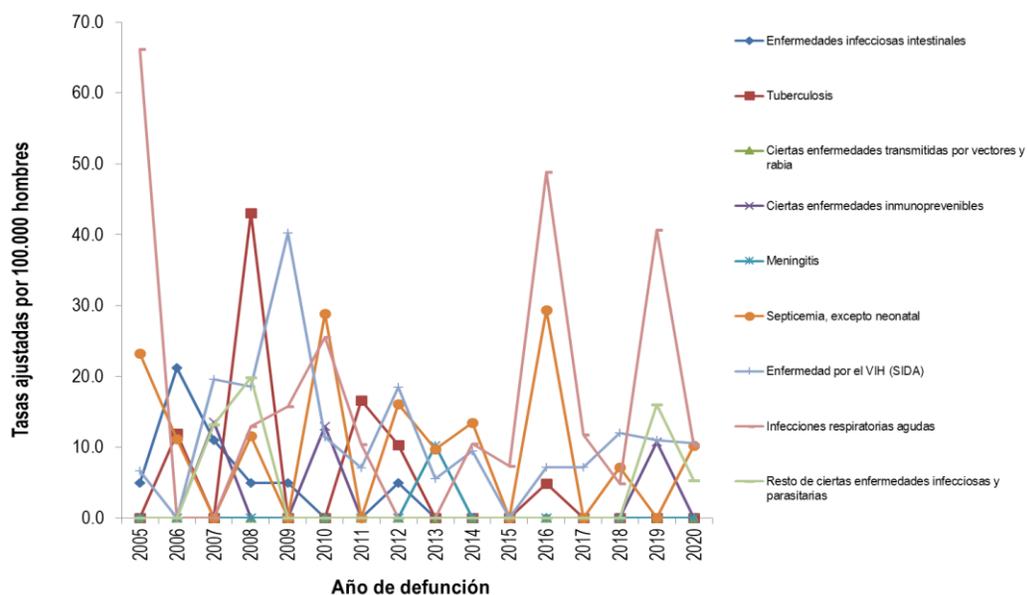
A continuación, se realiza un análisis detallado que permite identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grupos de mortalidad descritos, a saber: las neoplasias (tumores); las enfermedades del sistema circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas y todas las demás causas.

2.1.2.1 Enfermedades transmisibles

Según las tasas de mortalidad en el subgrupo de las enfermedades trasmisibles en los hombres para el año 2020, solo se presentaron 4 tipos mortalidad: La primera causa son las Enfermedad por el VIH (SIDA) con una tasa de mortalidad de 10.5 muertes por cada cien mil hombres, La segunda causa de muerte son las Infecciones respiratorias agudas y Septicemia, excepto neonatal con una tasa de 10.2 muertes por cada cien mil hombres, el Resto de ciertas enfermedades

infecciosas y parasitarias es la última tasa que aparece para el año 2020 con una tasa de 5.3 muertes por cada cien mil hombres.

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres. Zaragoza, 2005 – 2020.



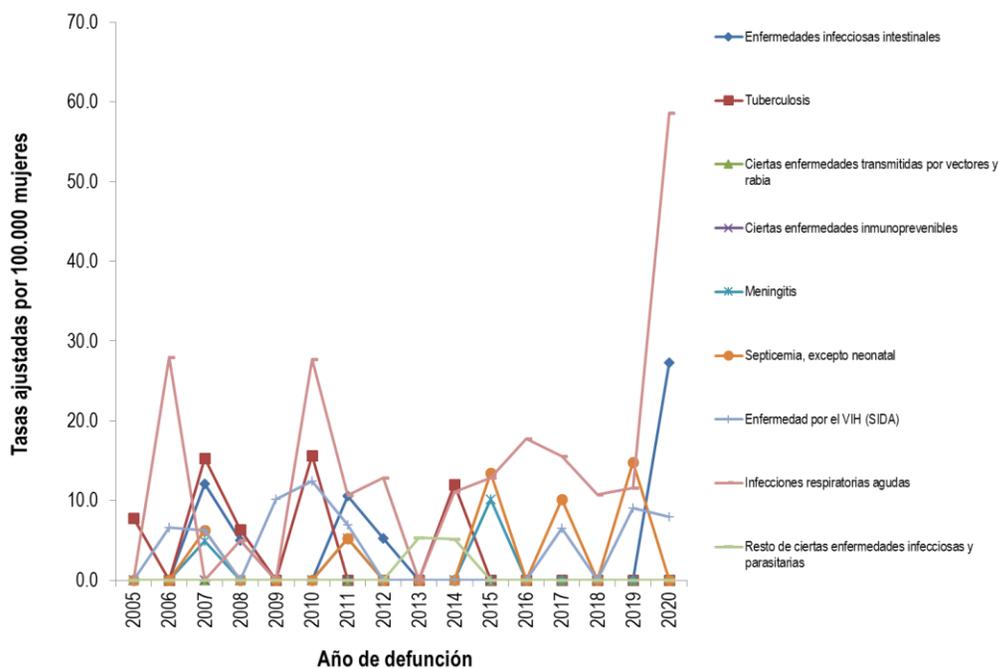
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

La mortalidad prevalente por enfermedades trasmisibles en el género femenino es la asociada a infecciones respiratorias agudas que a pesar de tener una tendencia definida en el tiempo si determinan un indicador importante para el sector sanitario y poblacional. Para el 2020 la tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas fue de 58.6 muertes por cada cien mil mujeres con un aumento de 47 puntos con respecto al año 2019, este tema se puede explicar por las muertes ocasionadas por la pandemia, ya que las mujeres del municipio fueron las más perjudicadas por este tema. En los últimos seis años la mortalidad por esta causa se ha mantenido por encima de 10 muertes por cada cien mil mujeres.

Para el año 2020 se encuentran otras 2 causas más, Enfermedades infecciosas intestinales y Enfermedad por el VIH (SIDA) con 27.3 y 7.9 muertes por cada cien mil mujeres respectivamente, en este se resalta que para las Enfermedades infecciosas intestinales se tenían 7 años que no se presentaban casos de mujeres fallecidas por esta causa; y, Para destacar en el

municipio durante el periodo de análisis, Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia no presenta casos, teniendo en cuenta que la zona en la que se encuentra es endémica, y se reportan casos semanalmente, según la información del SIVIGILA se tienen 1.346 casos reportados por Malaria de los cuales el 65.28% de los casos fueron hombres y 34.71% son mujeres, además de los 65 casos de dengue reportados para este año.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres. Zaragoza, 2005 – 2020.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

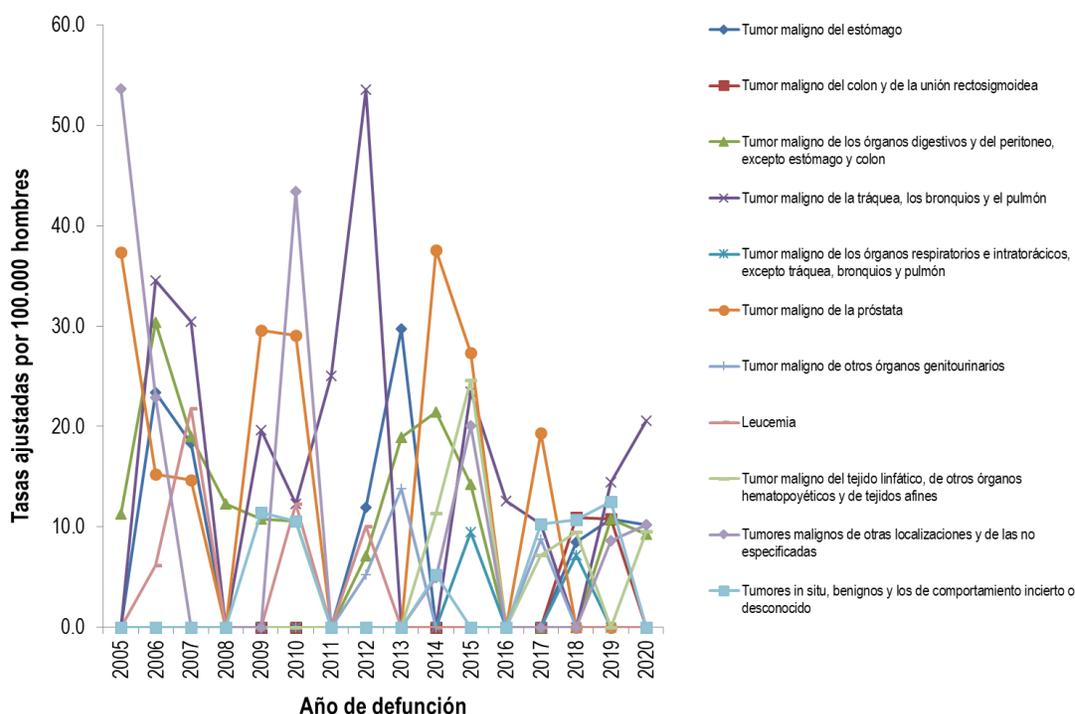
2.1.2.2 Neoplasias

La primera causa de muerte en los hombres para el año 2020 es el Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón con una tasa de 20.6 muertes por cada cien mil hombres. El año que presenta la mayor proporción es el 2012 con una tasa de 53,6 muertes por cada cien mil hombres. Es importante reducir hábitos y adicciones como el cigarrillo para disminuir el riesgo a enfermar por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón además de tratar que el diagnóstico se haga oportunamente.

La segunda causa es el Tumor maligno del estómago y los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, con una tasa de 10.2 muertes por cada cien mil hombres.

La tercera causa, Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines con una tasa de mortalidad de 9.5 muertes por cada cien mil hombres.

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del municipio, 2005 – 2020.



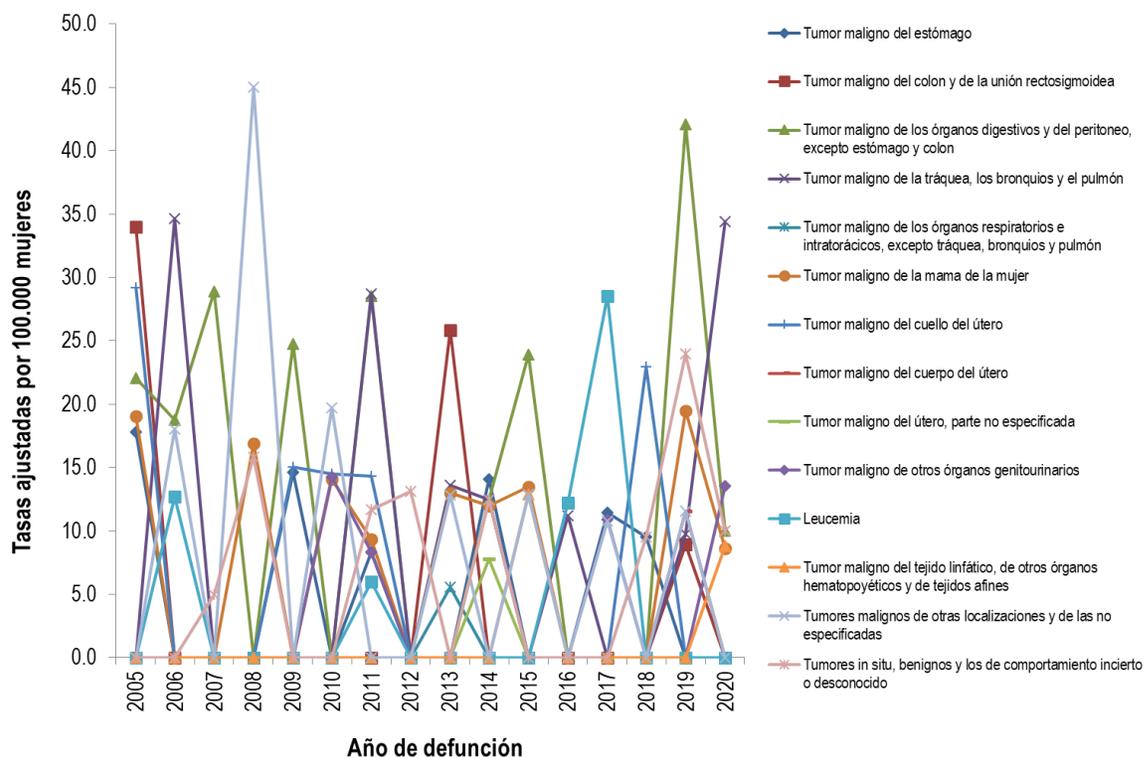
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

La mortalidad en la población de mujeres del municipio de Zaragoza en neoplasias para el año 2020 se puede destacar la reaparición de ciertos tumores que no presentaron mortalidad durante el año 2019, como el Tumor maligno de otros órganos genitourinarios y el Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines con una tasa de 13.6 y 8.8 muertes por cada cien mil mujeres respectivamente.

En los años 2016, 2017 y 2018 no se han presentado mortalidad por tumor maligno de la mamá y para el año 2019 encontramos una tasa de 19.5 muertes por cada cien mil mujeres, reduciendo de forma considerable para el año 2020 con una tasa de 8.6 muertes por cada cien mil mujeres; se debe de sensibilizar a la población femenina para la realización del autoexamen de seno y el examen anual de seno; De esta manera, se logrará detección de forma temprana la enfermedad y con este se podrá disminuir el riesgo de morir.

La principal causa de muerte por neoplasia en la mujer en el año 2020 con 34.4 muertes por cada cien mil mujeres, es el Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón.

Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.



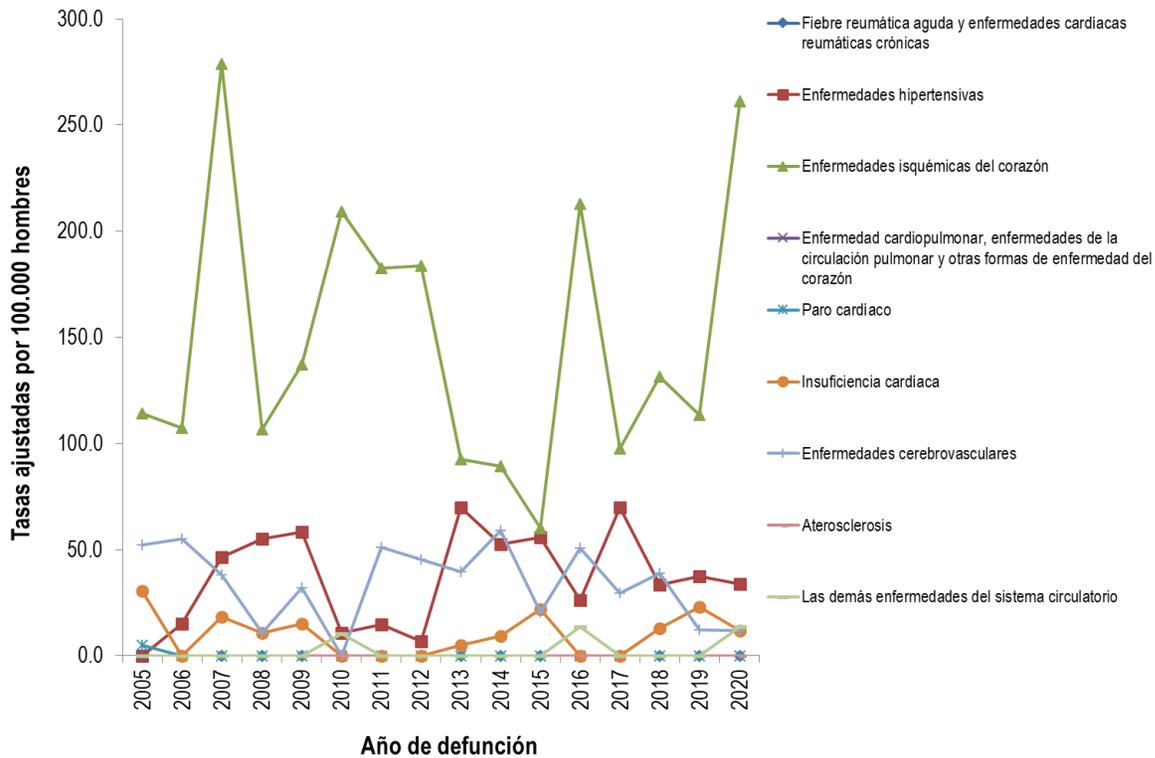
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.1.2.3 Enfermedades del sistema circulatorio

La principal causa de mortalidad en los hombres es por enfermedades del sistema circulatorio son las enfermedades isquémicas del corazón, las cuales han mantenido el primer lugar durante el periodo de estudio, y no se puede predecir una tendencia a la disminución. El año 2007 tiene su máxima expresión con una tasa de 278.9 muertes por cada cien mil hombres, para el año 2020 la tasa es de 261.1 muertes por cada cien mil hombres, la segunda causa de muerte para el año 2020 son las Enfermedades hipertensivas, la tasa fue de 33.8 muertes por cada cien mil hombres.

La tercera causa para el año 2020 son las demás enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 13.7 muertes por cada cien mil hombres, la cual reaparece en el municipio después de 3 años consecutivos sin ningún caso reportado.

Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

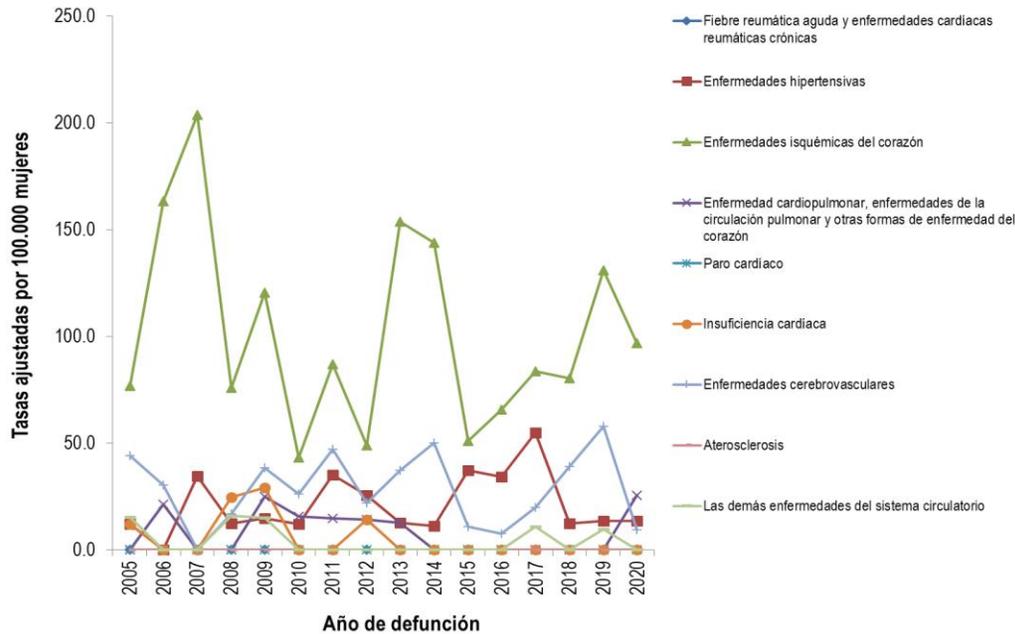
La causa principal de mortalidad en las mujeres por enfermedades del sistema circulatorio fue la enfermedad isquémica del corazón, la tasa para 2020 es de 96.7 muertes por cada cien mil mujeres. Al igual que en los hombres se evidencia que la serie de la enfermedad Isquémica del Corazón es muy marcada con respecto al resto de las enfermedades dejando ver que la mayor carga de mortalidad está asociada a esta causa. Hay que tener en cuenta que uno de los factores de riesgo es el sexo, los hombres son más sensibles a esta enfermedad.

La segunda causa son las Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, la cual reaparece luego de 6 años consecutivos sin casos y para el año 2020 tiene una tasa de 25.6 muertes por cada cien mil mujeres.

La tercera causa son las Enfermedades hipertensivas con una tasa de 13.6 muertes por cada cien mil mujeres para el año 2020 con tendencia oscilante. El año con mayor carga es el 2017, con una tasa de 54,9 muertes por cada cien mil mujeres.

Las Enfermedades cerebrovasculares están el año 2020 con una tasa de 9.3 muertes por cada cien mil mujeres, se destaca que desde el año desde año 2016 se veía un aumento alto pasando de 7.5 muertes por cada cien mil mujeres a 57.9 muertes por cada cien mil mujeres en el año 2019. El diagnóstico temprano de la hipertensión arterial puede ayudar a prevenir cardiopatía, accidente cerebrovascular, problemas en los ojos y enfermedad renal crónica.

Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.1.2.4 Causas externas

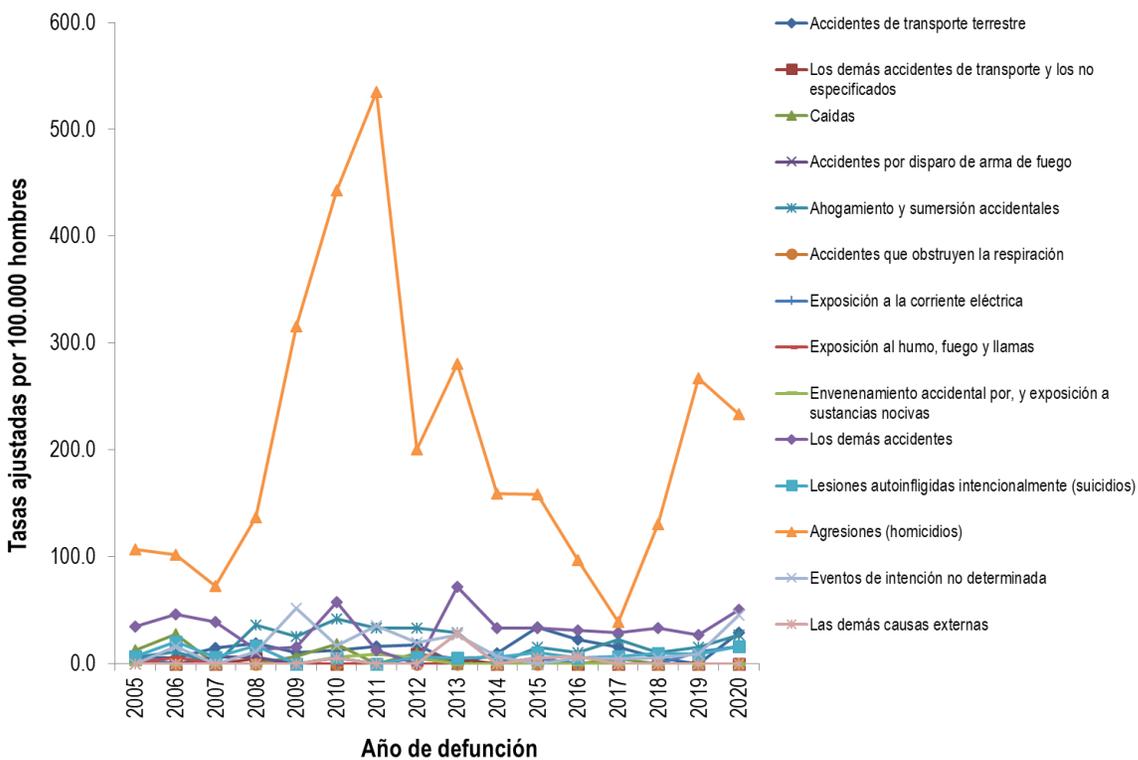
La mayor tasa de mortalidad ajustada por edad por causas externas en hombres son las agresiones (homicidios). El año 2011 tuvo su mayor expresión sin embargo disminuye considerablemente a partir del año 2013. La causa principal de estas muertes es la violencia de los grupos armados al margen de la ley y delincuencia común. La población más afectada son los hombres jóvenes.

La segunda causa de mortalidad son los demás accidentes, el cual, presenta una tasa de mortalidad en el 2020 de 50.2 muertes por cada cien mil hombres.

Los Accidentes de transporte terrestre se resalta en el municipio porque teniendo en cuenta el comportamiento de la población del esta causa no es tan significativa como las agresiones, sin embargo el comportamiento, la falta de conducta vial, la no utilización del casco de seguridad, el manejo de algún vehículo sin tener ninguna licencia de conducción, y sumado al alto número de

menores que conducen sin supervisión de un adulto responsable, puede aumentar este indicador en los próximos años, esto por la construcción en la vía, autopista nordeste, la cual consisten en la construcción de una nueva vía en calzada sencilla entre los municipios de Remedios y Zaragoza, el Mejoramiento de la calzada actual del tramo Zaragoza-Caucasia.

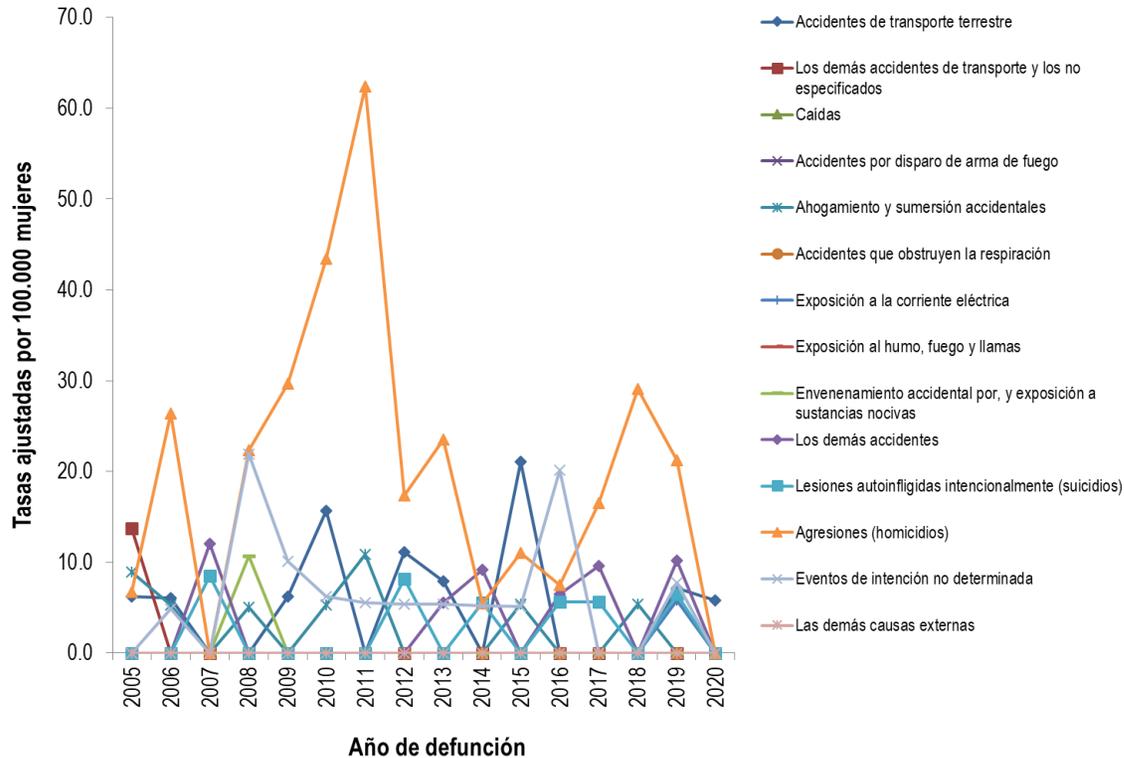
Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Para el año 2020 la principal y única causa de muerte son los Accidentes de transporte terrestre, con una tasa de 5.8 muertes por cada cien mil mujeres.

Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020



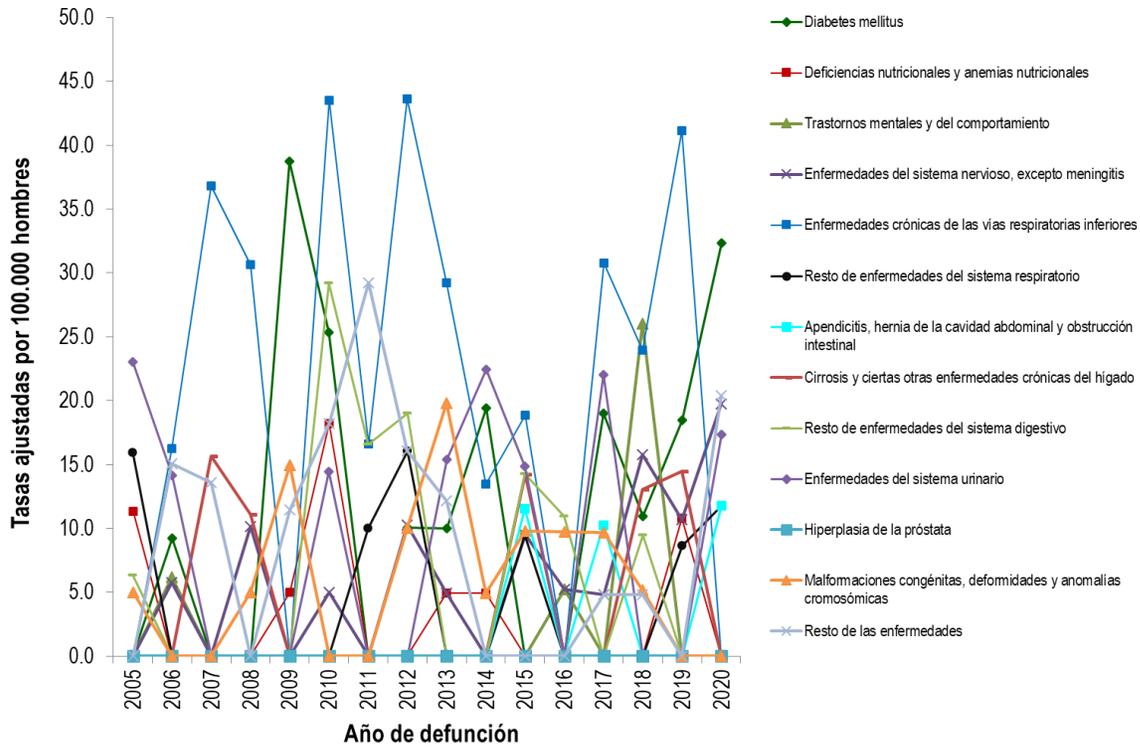
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.1.2.5 Todas las demás enfermedades

La mortalidad por las demás enfermedades es oscilante no presentan tendencia y pueden denotar patologías agregadas de cada paciente y que no pueden ser modificadas o prevenibles por condiciones genéticas.

La primera causa para el 2020 fue por Diabetes mellitus la cual presenta una tasa de 32.4 muertes por cien mil hombres, la segunda causa es el Resto de las enfermedades con una tasa de mortalidad de 20.4 muertes por cada cien mil hombres, la tercera causa son las Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis con una tasa de mortalidad de 19.7 muertes por cada cien mil hombres.

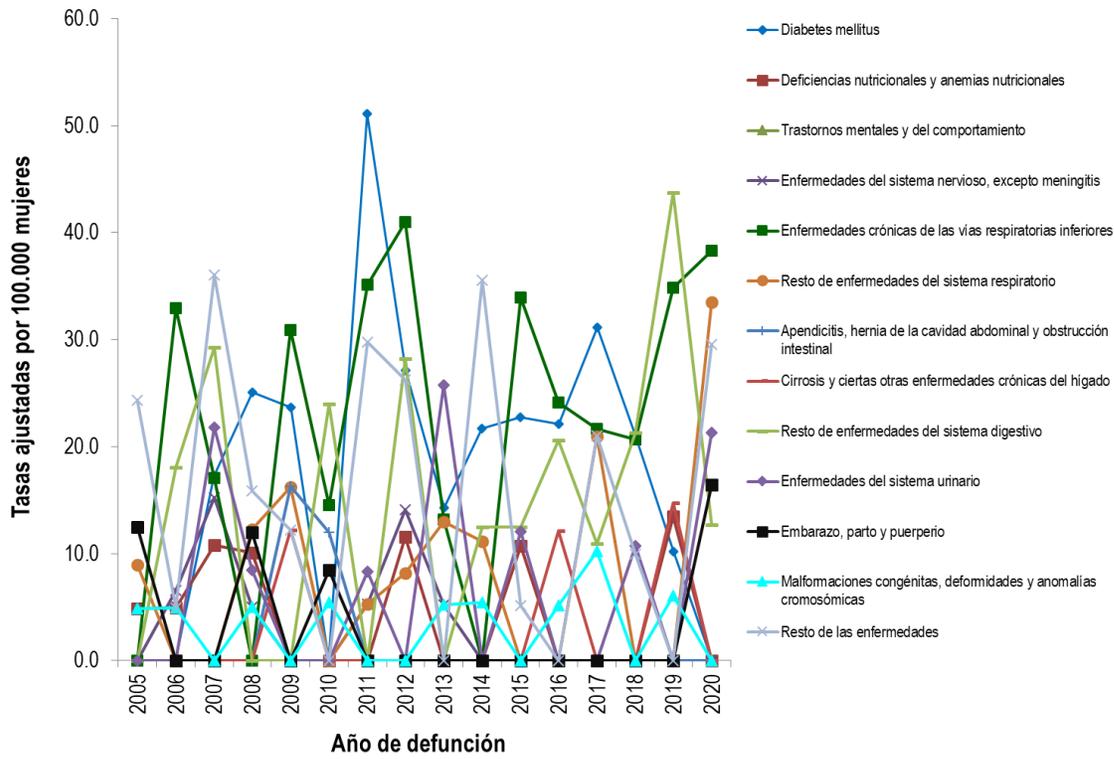
Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Se encontró que la primera tasa de mortalidad ajustada por edad en las mujeres son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con 38.3 muertes por cada cien mil mujeres, en segundo lugar, están el Resto de enfermedades del sistema respiratorio con una tasa de 33.5 muertes por cada cien mil mujeres, en tercer lugar, está el resto de las enfermedades con una tasa de 29.6 muertes por cada cien mil mujeres.

Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

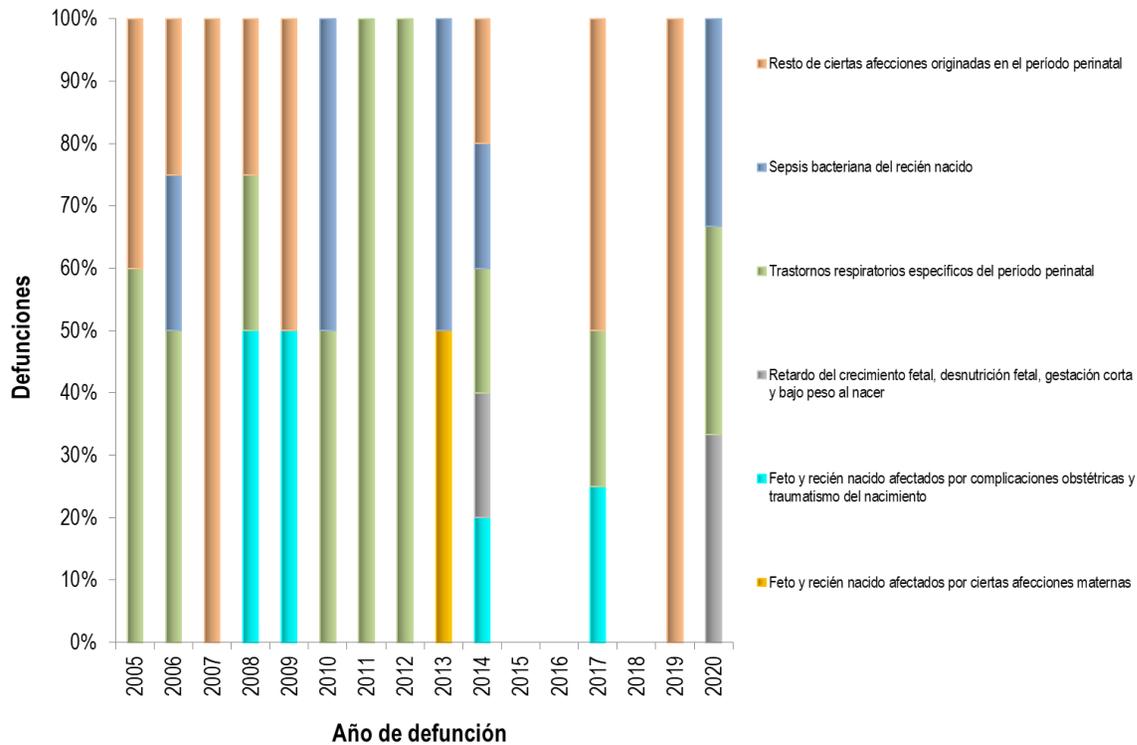
2.1.2.6 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

La mayoría de las afecciones originadas en el periodo perinatal no tienen una tendencia definida, son fluctuantes para todo el periodo de estudio. La afección con los cambios más bruscos o con los picos más elevados son los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. Las tasas más altas se registraron en 2005 y 2011. La primera causa de mortalidad para el año 2017 son el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

La segunda causa son los trastornos respiratorios específicos del período perinatal y la mortalidad del feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento con un caso respectivamente.

Para el año 2020 se presentaron tres casos uno por Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, otro por trastornos respiratorios específicos del período perinatal, y el ultimo por sepsis bacteriana del recién nacido. Se resalta que para los años 2015, 2016 y 2018 no se tienen casos reportados para el municipio.

Figura 27. Mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en los hombres del municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.



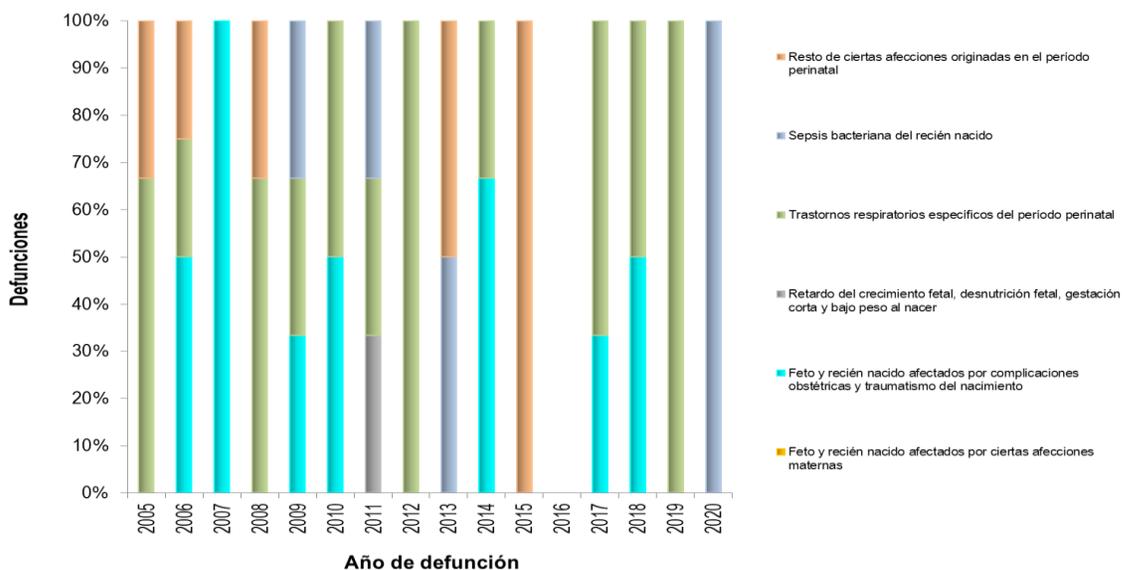
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Para el año 2020, solo se presentaron muertes por Sepsis bacteriana del recién nacido con un caso de muerte reportado para el municipio, las demás causas no presentan muertes en este año.

En la causa de Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas no se han presentado casos durante los 16 años de estudio.

Para el año 2016 no se presentaron muertes por ninguna causa.

Figura 28. Mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del municipio Zaragoza, 2005 – 2020.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.1.2.7 Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas

Según los resultados de la semaforización la condición más crítica del municipio para el año 2020 estaba representada por la siguiente tasa de mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios), La cual presenta una tasa superior a la del departamento, esto aumenta la probabilidad de morir por esta causa en el municipio, realizando la comparación con los municipios de las subregión encontramos que esta causa es muy superior a la del departamento, teniendo unas tasas de 86.6 muertes por cada cien mil habitantes para el Municipio de Caucasia, 115.6 muertes por cada cien mil habitantes para el Municipio del Bagre, 173.4 muertes por cada cien mil habitantes para el Municipio de Cáceres y 167.7 muertes por cada cien mil habitantes para el Municipio de Tarazá, ahora se encuentra un solo Municipio en la Subregión que presenta una tasa inferior a la del departamento con 21.5 muertes por cada cien mil habitantes que es Nechí. La tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles con una tasa de 65 muertes por cada cien mil habitantes que es más alta que la tasa del Departamento de Antioquia. Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus con una tasa de 16.6 muertes por cada cien mil habitantes, y la del departamento es de 12.5. Hay que

recordar que la Diabetes mellitus es precursora de otras enfermedades y aumenta el riesgo de enfermar y de morir por enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares. La diabetes mellitus es un reflejo de estilos de vida, dieta no saludable, sobre peso y la segunda causa de muerte por las demás enfermedades. La Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre que es de 17.2 y según esto se tiene mayor probabilidad de morir por esta causa en el municipio.

Tabla 14. *Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas del municipio de Zaragoza, 2006-2020.*

Causa de muerte	Antioquia	Zaragoza	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	11.3	17.2	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11.8	8.6	↘	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	3.7	0.0	↘	-	-	↗	↘	↘	↘	-	-	-	-	-	↗	↘	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	13.5	0.0	↘	↘	↘	↗	↘	↘	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	9.4	5.2	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	-	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	12.5	16.6	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinflingidas intencionalmente	6.4	7.7	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2.2	0.0	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	27.8	112.4	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	26.7	65.0	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗

Fuente: DANE

2.1.3 Mortalidad materno infantil y en la niñez

Para realizar el análisis de la mortalidad materno-infantil y en la niñez se utilizaron las siguientes variables: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores (neoplasias), enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema genitourinario, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, todas las demás enfermedades, causas externas de morbilidad y mortalidad y síndrome respiratorio agudo grave.

2.1.3.1 Mortalidad infantil

Para la población de menores de un año del municipio de Zaragoza, la principal causa del año 2020 de mortalidad infantil en los niños las aportó Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 179 muertes por cada cien mil niños, y la segunda causa es Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con 59.67 muertes por cada cien mil niños. Teniendo en cuenta el periodo de estudio se puede analizar que Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal es la causa que predomina en este, esta situación se debe en parte a la mala conducta que se tiene por parte de las gestantes durante el periodo de embarazo, la falta de controles prenatales, el ingreso tardío, el cual en cierto aspecto se debe en parte a la dificultad que tienen algunas comunidades de acceder a los servicios de salud por la lejanía o la misma dificultad para el desplazamiento al centro médico que se tiene en el municipio. Se debe de resaltar que el municipio no cuenta con un hospital público desde el año 2014 y esto en parte también aumenta la falta de credibilidad en la población para asistir de forma oportuna a los controles y al mismo ingreso. También se encuentra el embarazo a muy temprana edad que se tiene en el municipio.

Tabla 15. Defunción infantil en los niños, según la lista de las 67 causas Municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	56.02	55.96	55.99	112.17	56.27	0.00	0.00	56.21	0.00	0.00	0.00	199.77	0.00	0.00	60.31	59.67
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0	0.00	54.56	54.41	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.00	0.00	0.00	0.00	56.27	0.00	0.00	0.00	55.90	55.59	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	0.00	56.09	0.00	56.53	0.00	0.00	111.79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	55.19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	168.07	0.00	0.00	56.09	56.27	113.06	56.43	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	54.41	60.31	0.00
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	280.11	223.84	111.98	224.34	112.55	113.06	168.30	112.42	111.79	277.93	0.00	0.00	218.22	0.00	120.63	178.00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	56.02	0.00	0.00	56.09	112.55	0.00	0.00	56.21	223.59	55.59	110.38	199.77	109.11	0.00	0.00	0.00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	56.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Todas las demás enfermedades	0	0.00	0	0	0	0.00	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	56.02	55.96	0.00	56.09	0.00	113.06	0.00	0.00	167.69	0.00	110.38	0.00	199.11	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE

Para la población de menores de un año del municipio de Zaragoza, la principal causa del año 2020 de mortalidad infantil en las niñas las aportó Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 65.15 muertes por cada cien mil niñas, y la segunda son las Causas externas de morbilidad y mortalidad con 65.15 muertes por cada cien mil niñas.

Tabla 16. Defunción infantil en las niñas, según la lista de las 67 causas Municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0.00	0.00	0.00	56.72	0.00	0.00	178.47	59.21	0.00	58.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	55.90	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.00	55.22	0.00	0.00	0.00	0	59.49	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	54.82	55.22	55.90	113.44	0.00	0.00	59.49	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	55.90	56.72	0.00	0.00	118.98	0.00	58.89	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	0.00	55.22	55.90	56.72	0.00	0.00	118.98	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	55.90	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	164.47	220.87	55.90	170.16	174.01	119.26	178.47	59.21	117.79	175.75	58.28	0.00	172.71	114.74	131.93	65.15
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	54.82	55.22	0.00	56.72	0.00	0.00	0.00	0.00	58.89	0.00	0.00	57.84	115.14	0.00	0.00	0.00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	54.82	0.00	0.00	0.00	116.01	0.00	59.49	0.00	0.00	58.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Todas las demás enfermedades	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0	0	0	0.00	58.28	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.00	55.22	0.00	113.44	0.00	59.63	59.49	0.00	0.00	58.58	58.28	0.00	0.00	0.00	131.93	65.15

Fuente: DANE

Ya para la población en niños y niñas se tendrían 3 causas en general para el año 2020, las cuales serían; Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Causas externas de morbilidad y mortalidad, y con esto se puede destacar que las demás causas no presentan casos para el año 2020.

Tabla 17. Defunción infantil, según la lista de las 67 causas Municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	27.71	27.79	27.97	34.60	28.56	0.00	36.88	57.67	0.00	28.52	0.00	56.32	0.00	0.00	31.51	31.14	
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	27.97	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.00	27.79	0.00	0.00	0.00	0.00	28.96	0.00	0.00	0.00	0	0.00	28.01	27.93	0.00	0.00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	27.71	27.79	27.97	56.40	28.56	0.00	28.96	0.00	28.68	28.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	27.97	56.40	0.00	29.02	57.92	0.00	36.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	28.34	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Enfermedades del sistema respiratorio	83.13	27.79	27.97	56.40	28.56	58.04	36.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	27.93	31.51	0.00	
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	27.97	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	221.67	222.35	83.92	197.41	142.82	16.08	173.76	36.51	114.71	228.38	28.34	0.00	196.08	5.85	126.02	124.57	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	55.42	27.79	0.00	56.40	57.13	0.00	0.00	28.84	143.39	28.52	56.69	34.48	112.04	0.00	0.00	0.00	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	27.71	0.00	0.00	0.00	57.13	29.02	28.96	0.00	0.00	28.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Todas las demás enfermedades	0	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.00	28.34	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	27.71	55.59	0.00	34.60	0.00	37.06	28.96	0.00	36.03	28.52	35.03	0.00	56.02	0.00	63.01	31.14	

Fuente: DANE

2.1.3.2 Mortalidad en los menores de 1 a 4 años

En los menores de 1 a 4 años durante el año 2020 se puede identificar que solo se presentan casos en las niñas, la única que se presenta son las Causas externas de morbilidad y mortalidad con 81.57 muertes por cada cien mil niñas, esto igual que el año inmediatamente anterior, se resalta que en los niños no se tienen casos en este año.

Tabla 18. Defunción en menores de 1 a 4 años en niños, según la lista de las 67 causas Municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0.00	0.87	0.00	0.00	0.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	75.64	0.00
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	69.11	68.82	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	0.00	70.82	0.00	0.00	0.00	0.00	70.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	70.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	70.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	0.00	0.00	70.82	0.00	0.00	0.00	0.00	70.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	70.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0	0	0.00	0	0	0	0	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	70.87	70.87	0.00	70.82	0.00	141.04	0.00	0.00	140.25	0.00	139.85	0.00	138.22	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE-

2.1.3.3 Mortalidad en los menores de 0 a 5 años

Para la población de menores de cinco años del municipio de Zaragoza, las causas del año 2020 de mortalidad infantil en los niños las aportaron Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, y Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. Para las niñas fue Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.

Tabla 19. Defunción en la infancia, según la lista de las 67 causas en el municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3.68	0.00	3.02	6.54	0.00	0.00	0.00	3.33	0.00	0.00	0.00	10.64	0.00	0.00	0.00	5.26
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.00	0.00	0.00	0.00	3.17	0.00	0.00	0.00	3.56	3.95	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.03	0.00	0.00	3.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la apósis mastoides	0	0	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	11.03	0.00	0.00	3.27	3.17	4.03	4.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.33	4.81	0.00
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	18.38	13.42	6.04	13.07	6.35	8.06	12.15	6.67	7.12	15.81	0.00	0.00	17.24	0.00	9.62	15.79
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.68	0.00	0.00	0.00	6.35	0.00	0.00	3.33	10.68	3.95	8.37	10.64	8.62	0.00	0.00	0.00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE

2.1.4 Análisis de la desigualdad en la mortalidad materna infantil y en la niñez

La razón de mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, desigualdad de género y pobreza: un embarazo o parto que termine en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales de acceso al control de natalidad y atención a la salud. Teniendo en cuenta lo anterior se tenía un avance en el municipio de 8 sin presentarse algún caso desafortunadamente para el año 2020 esto cambia, según la tabla esto es una situación preocupante para el municipio, aunque sea un solo caso. Para las tasas de mortalidad por EDA y desnutrición en menores de 5 años no se presentan casos de muerte para los últimos años a pesar que el municipio no posee las mejores condiciones de saneamiento básico como son agua potable y acceso a alcantarillado. Se puede decir que el programa salud pública ha tenido un impactado positivo y que estos indicadores en cero no son al azar. De igual manera, el tema de seguridad alimentaria en el municipio ha mejorado sustancialmente teniendo en cuenta que a partir del año 2015 al 2020 no ha presentado muertes por desnutrición esto gracias a programas como el PAE, FAMI, ICBF y de Cero a Siempre que apoyan a menores de 5 años y madres gestantes.

Se recomienda una mejora en los determinantes de salud del municipio y programas de salud dirigidos a los niños menores de 5 años como son acceso a la salud materno infantil con calidad (control de la embarazada y del niño, inmunizaciones, programas de alimentación complementaria, etc.). Es importante fortalecer la atención materno-infantil con programas como IIAMI y AIEPI clínico y comunitario que ayudan a proteger la salud de esta población vulnerable y transversalidad en el resto de los programas a nivel municipal y departamental.

Tabla 20. *Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de Zaragoza, 2006- 2020.*

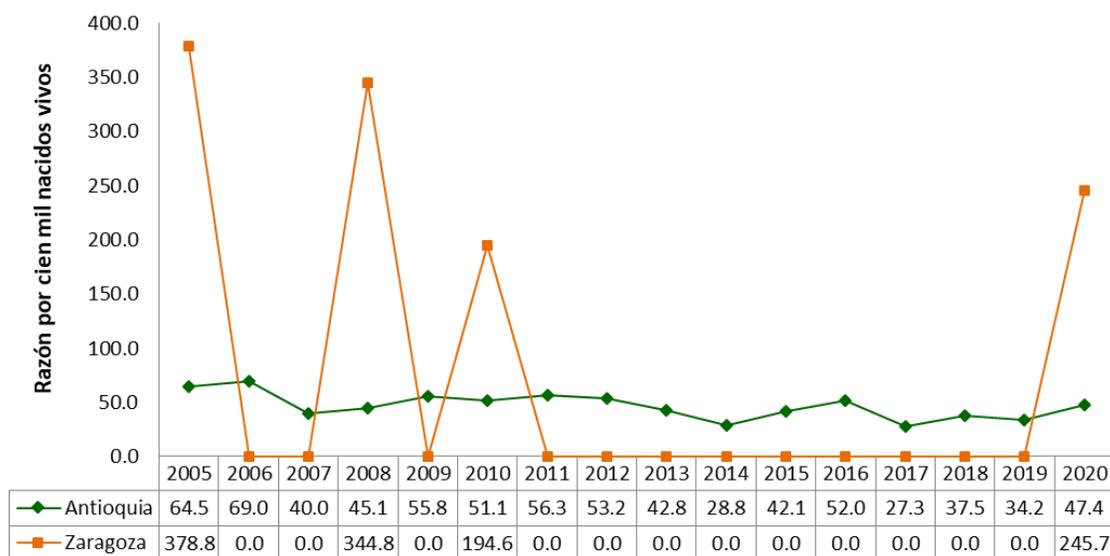
Causa de muerte	Antioquia	Zaragoza	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razón de mortalidad materna	47.36	245.70	↘	-	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
Tasa de mortalidad neonatal	5.18	12.29	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad infantil	7.73	12.29	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	9.14	14.74	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4.97	0.00	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	-	-	-	-	-	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0.65	0.00	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	1.51	0.00	↗	↗	↗	↘	↘	-	-	↗	↘	↘	-	-	-	-	-

Fuente: DANE

Mortalidad materna

El siguiente grafico comparativo muestra la razón de mortalidad materna del municipio de Zaragoza con el Departamento de Antioquia durante el periodo 2005 a 2020. Se puede observar que el municipio a principios de periodo presenta altas tasas de mortalidad en los años 2005, 2008 y 2010 superando la media del departamento hasta 3 y 7 veces más. Se evidencia que el periodo de 2011 - 2019 la razón de mortalidad ha sido cero para Zaragoza, esto cambia para el año 2022 con 245.7 muertes por cien mil nacidos vivos, comparándolo con Antioquia esto es más de 5 veces la razón departamental, que es de 47.4 muertes por cien mil nacidos vivos, para la región las desigualdades continúan perpetuando desventajas para algunos grupos de mujeres.

Figura 29. Razón de mortalidad materna, municipio de Zaragoza, 2005 -2020.



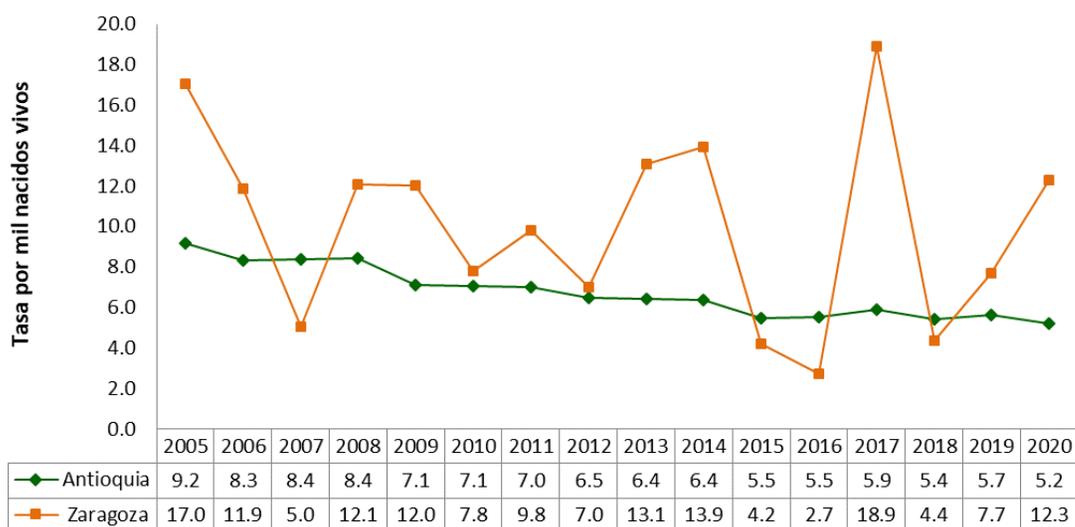
Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Mortalidad Neonatal

El siguiente grafico muestra las tasas de mortalidad neonatal del municipio de Zaragoza con el Departamento de Antioquia durante el periodo 2005 a 2020, donde se visualiza que la mortalidad neonatal en Zaragoza es superior en el Departamento en la mayoría de los años. Para los años 2015, 2016 y 2018 Zaragoza presenta tasas de mortalidad inferior al Departamento. En el 2005

por cada mil nacidos vivos en el municipio de Zaragoza murieron 17 recién nacidos antes de alcanzar los 28 días de edad, mientras que el promedio del Departamento para el mismo año fue de 9 defunciones de recién nacidos antes de alcanzar los 28 días de edad. Esta tasa de mortalidad en neonatos disminuyó para 2015, 2016 y 2018 sustancialmente, pero aumentó para el año 2017 a 19 neonatos por mil nacidos vivos. Las muertes de estos menores reflejan la inequidad en el acceso a la prestación de los servicios de salud, entendiendo que la mayoría de las muertes en estas edades pueden ser evitables.

Figura 30. Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Zaragoza, 2005- 2020



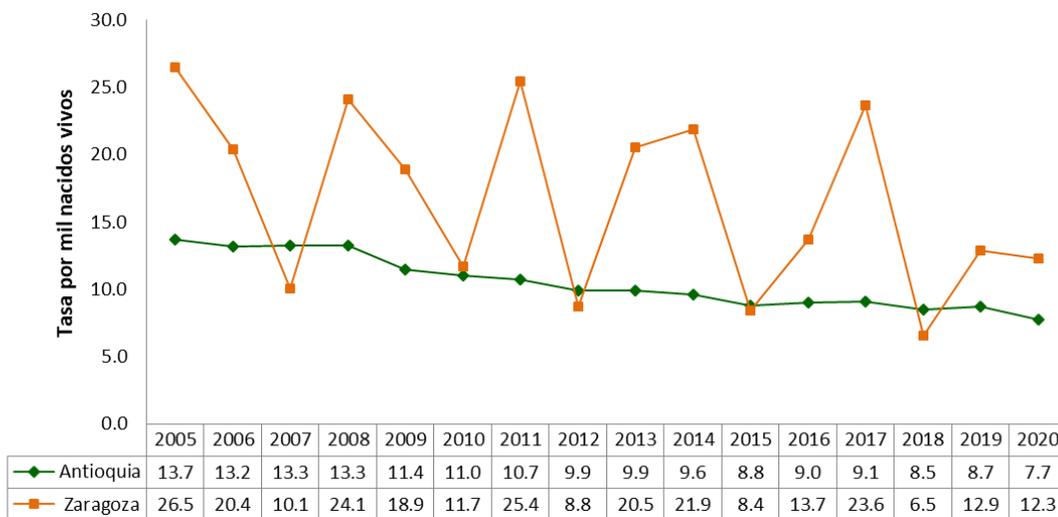
Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Mortalidad infantil

El siguiente gráfico muestra el comparativo de las tasas de mortalidad infantil del municipio de Zaragoza con el Departamento de Antioquia durante los años 2005 al 2020, se puede visualizar que, en el año 2007, 2012, 2015 y 2018 el Departamento tuvo una tasa de mortalidad superior a la del municipio, mientras que el resto de los años el municipio superó al Departamento ampliamente. Se destaca que al terminar el periodo en el año 2017 vuelven a presentarse un aumento en el número de casos, con 23.64 muertes por cada mil nacidos vivos que, al compararlo con la tasa del Departamento, hay una diferencia de 14,53 puntos. Es importante

mencionar que Zaragoza es un municipio que no cuenta con un hospital público desde el año 2014 y cada dos años aproximadamente cambia el operador que presta servicios de salud. Esto dificulta la continuidad de los servicios de salud y aumenta la inoportunidad en los contratos y las condiciones en los que se firma termina afectando a la población más vulnerable como son los menores de 5 años y gestantes. Desde el año 2018 el Municipio cuenta con un operador que presta los servicios de salud a toda la población.

Figura 31. Tasa de mortalidad infantil, municipio de Zaragoza, 2005- 2020.



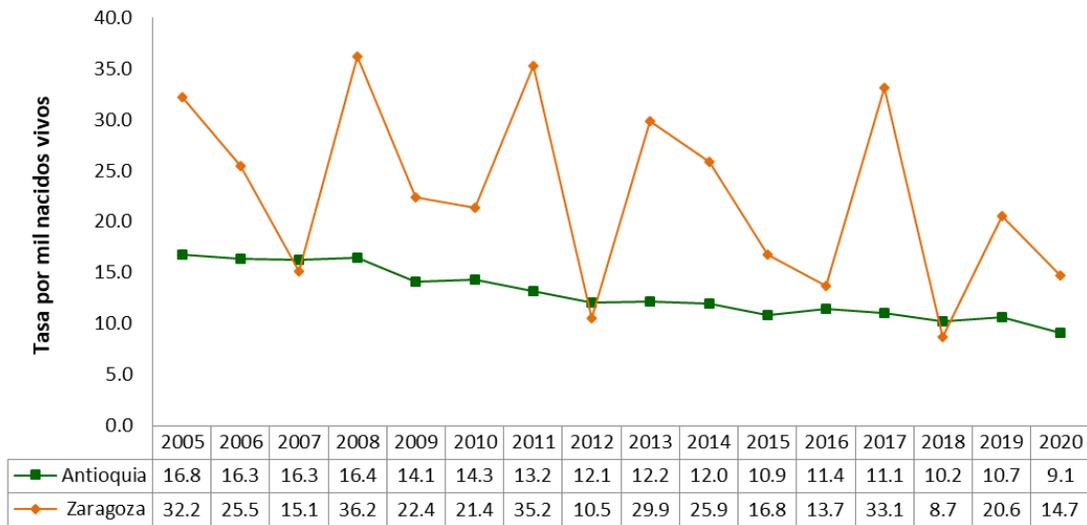
Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Mortalidad en la niñez

El siguiente gráfico muestra el comparativo de las tasas de mortalidad en la niñez del municipio de Zaragoza con el departamento de Antioquia durante los años 2005 al 2020, se puede visualizar que en general las tasas de mortalidad en la niñez duplican las tasas del Departamento, solo el año 2007, 2012 y 2018 el municipio estuvo significativamente por debajo del departamento. El resto de los años el municipio supera ampliamente al Departamento. Estos indicadores, demuestran la brecha que existe al derecho a la salud, acceso a los servicios de salud y condiciones socio-culturales del municipio.

Adicionalmente se puede evidenciar los cambios bruscos que muestra la gráfica, denota que no hay adherencias a las MIAS, PAIS y RIAS. Es fundamental fortalecer los programas de salud enfocados a los niños y madres de Zaragoza.

Figura 32. Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de Zaragoza, 2005- 2020.

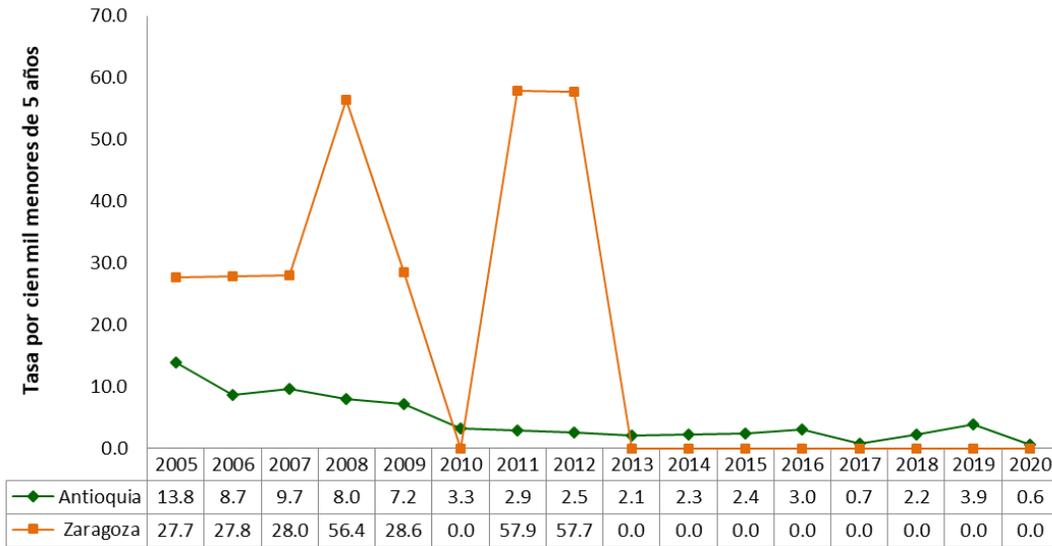


Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda–EDA

El siguiente grafico muestra el comparativo de las tasas mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA en menores de 5 años del municipio de Zaragoza con el departamento de Antioquia durante los años 2005 al 2020, se puede visualizar que el año 2011 tuvo su máxima expresión con una tasa de 58 muertes por cien mil menores de 5 años. En el periodo 2013 a 2020 no se reporta muertes por EDA en menores de 5 años. Estas mortalidades en años anteriores reflejan las condiciones de saneamiento básico y multiculturalidad del municipio que finalmente se traducen en problemas estructurales que están terminando en muertes en menores de 5 años. Estos indicadores reflejan un avance en aspectos de saneamiento, manipulación de alimentos y atención oportuna en servicios de salud. Al observar la gráfica se observa disminución de la mortalidad significativamente en Antioquia.

Figura 33. Tasa de mortalidad por EDA, municipio de Zaragoza, 2005 – 2020.

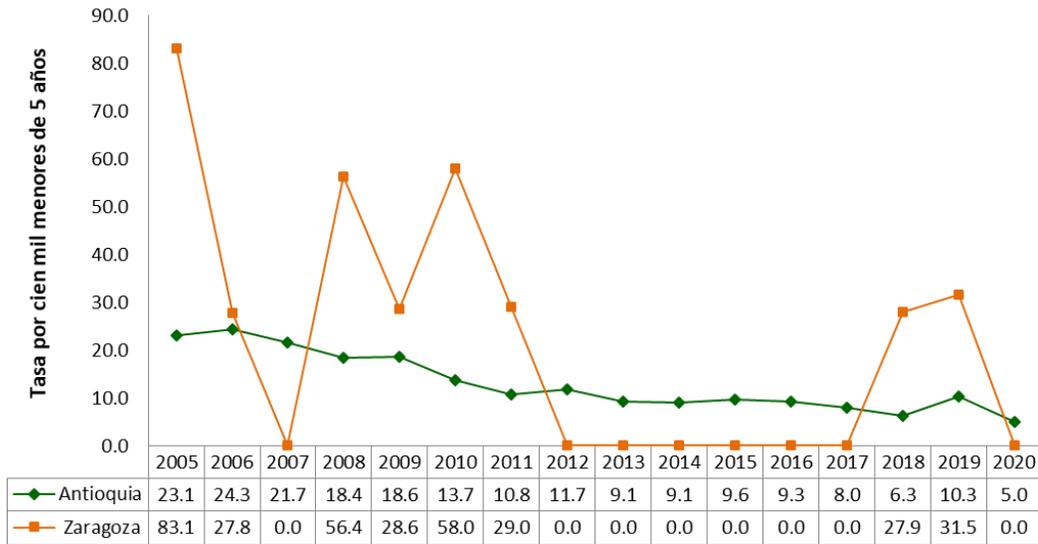


Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

El gráfico muestra el comparativo de las tasas de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años del municipio de Zaragoza con el Departamento de Antioquia durante los años 2005 al 2020, se puede visualizar que el año 2005 tuvo su máxima expresión con 83,13 muertes por cada cien mil menores de 5 años superando al departamento con una tasa de 23,05 muertes por cada cien mil menores de 5 años. El periodo 2012 a 2017 y 2020 no se reporta casos de muerte por IRA para el municipio. Sin embargo, en el 2018 y 2019 vuelve a reportar con una tasa de 27.9 y 31.5 muertes por cada mil menores de 5 años. A nivel departamental todavía se presentan muertes por esta causa posiblemente porque aún existen condiciones económicas, sociales y sanitarias desfavorables que aún no son superadas, pero también existe una tendencia a la disminución de la mortalidad por esta causa en Antioquia.

Figura 34. Tasa de mortalidad por IRA, municipio de Zaragoza, 2005- 2020.

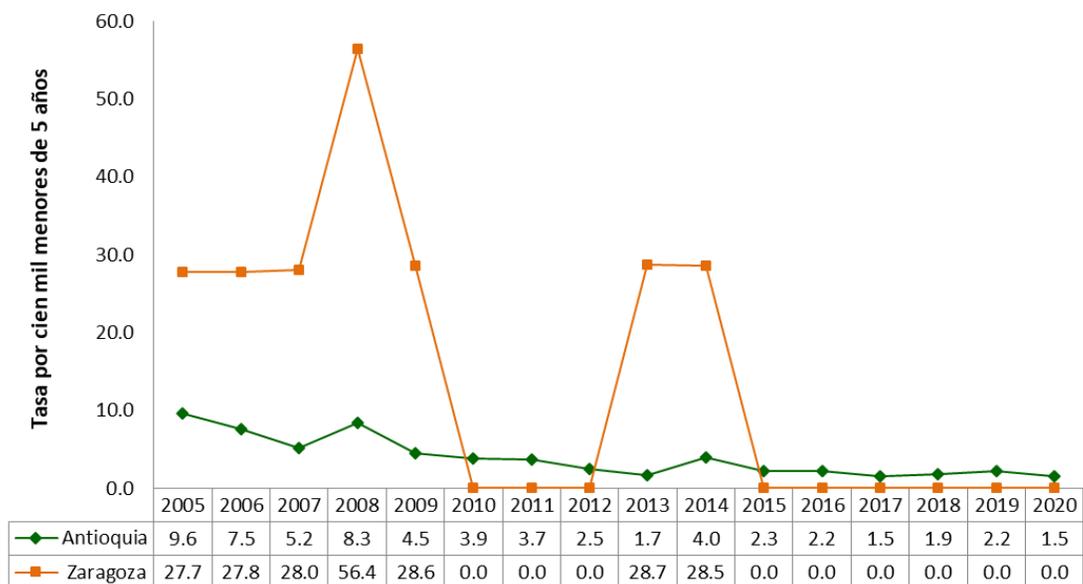


Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Mortalidad por desnutrición crónica

El siguiente grafico muestra las tasas mortalidad por desnutrición en menores de 5 años del municipio de Zaragoza y la del Departamento de Antioquia durante el periodo de estudio, se visualiza que durante el periodo 2005 a 2009 el municipio tiene tasas de mortalidad que superan ampliamente la tasa de mortalidad departamental. A partir del año 2010 a 2012 no ocurrieron muertes por esta causa. Sin embargo, para el año 2013 y 2014 se presentaron nuevamente muertes con una tasa de 28.68 a 28.52 muertes por cada cien mil menores de 5 años, para los años 2015 a 2020 no se reportan casos. Es importante evaluar la disponibilidad de alimentos y prácticas nutricionales en las familias y reconocimiento del grupo familiar sobre los signos y síntomas de alarma de un niño en condición de desnutrición.

Figura 35. Tasa de Mortalidad por desnutrición crónica, municipio de Zaragoza, 2005-2020.

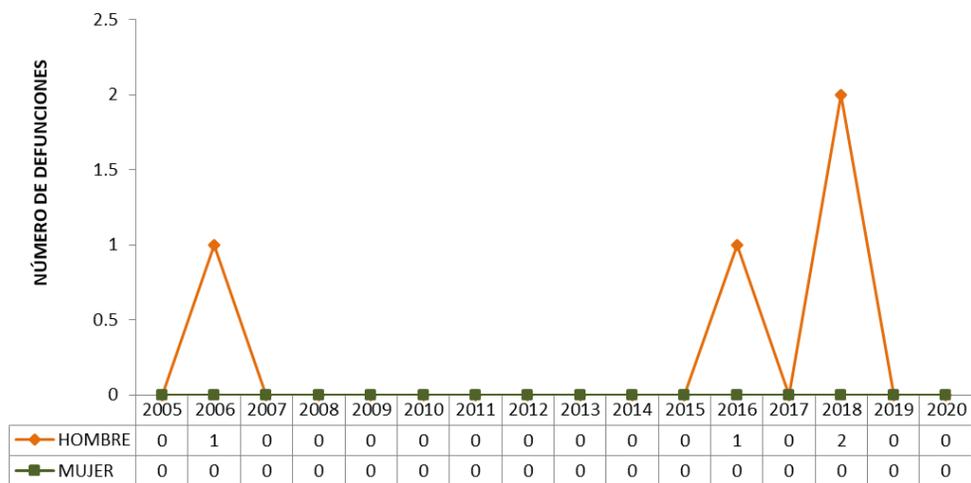


Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento

El comportamiento de muertes por trastornos mentales y de comportamiento es muy fluctuante para el municipio, en el periodo de estudio solo se presentaron 4 casos, 1 en 2006, 1 en 2016, 2 en 2018.

Figura 36. Muertes por trastornos mentales y de comportamiento, municipio de Zaragoza, 2005- 2020.

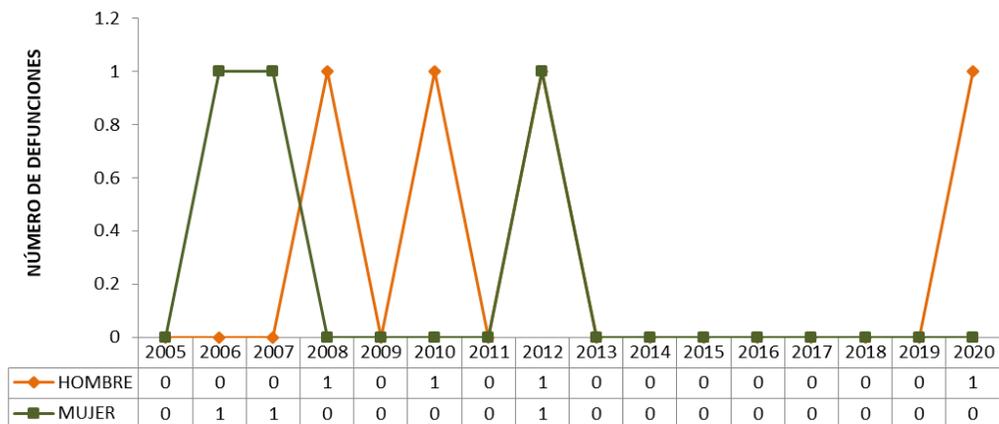


Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Mortalidad por epilepsia

El comportamiento de muertes por Epilepsia para el municipio, en el periodo de estudio se presentó 7 casos, 1 en 2006, 1 en 2008, 1 en 2010, 2 en 2012 y 1 en 2020. Para el periodo del 2013 al 2019 no se reportan datos

Figura 37. Muertes por Epilepsia., municipio de Zaragoza, 2005- 2020.



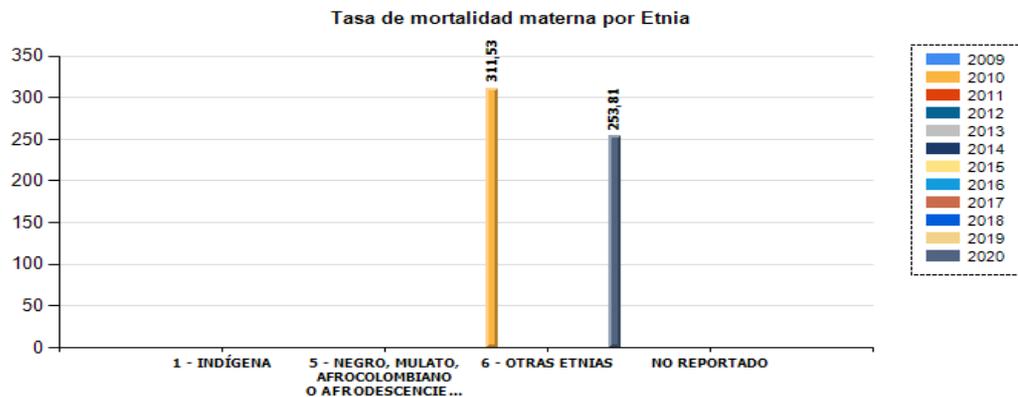
Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Determinantes estructurales

Etnia

La tasa de mortalidad materna por etnia para el municipio registra datos para los años 2010 y el 2020 con 311.5 y 253.81 por cada 100.000 nacidos vivos.

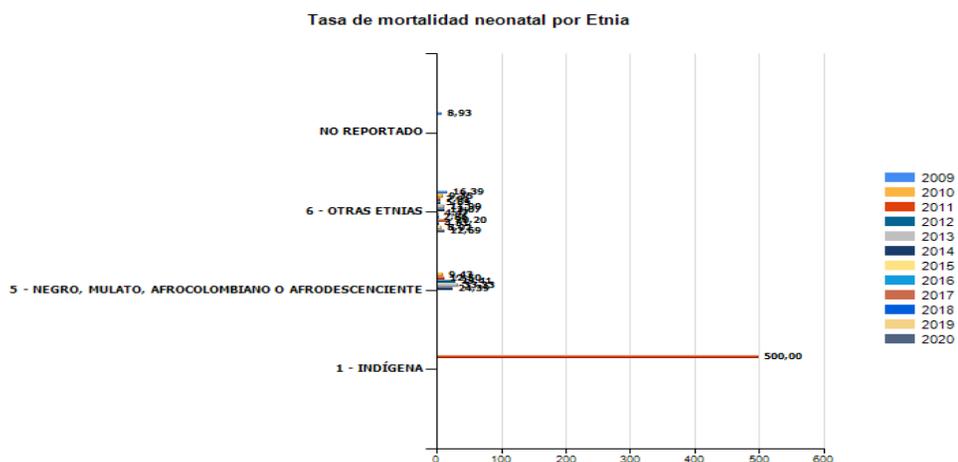
Figura 38. Tasa de mortalidad materna por etnia del municipio de Zaragoza, 2009 – 2020.



Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Para la mortalidad neonatal se han presentado casos durante todo el periodo de estudio siendo el año 2011 donde se destacan más presencias por las diferentes etnias, en la población indígena se tenía una tasa de mortalidad neonatal de 500 muertes por cada mil nacidos vivos; negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente de 12.50 muertes por cada mil nacidos vivos; y otras etnias de 7.01 muertes por cada mil nacidos vivos. Para el año 2020 se tiene en otras etnias una tasa de 12.69 muertes por cada mil nacidos vivos

Figura 39. Tasa de mortalidad neonatal por etnia del municipio de Zaragoza, 2009 – 2020

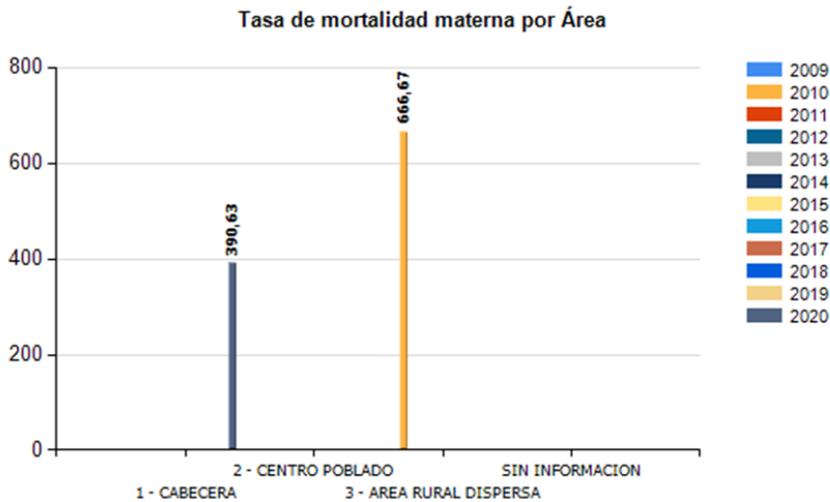


Fuente: DANE-SISPRO-MPS

Área de residencia

Respecto al indicador de tasa de mortalidad materna por área para el año 2020 se tiene que en la cabecera es el único año que presenta datos con una tasa 390.63 por cada 100.000 nacidos vivos, y la zona urbana solo presenta una tasa de 666.67 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2010.

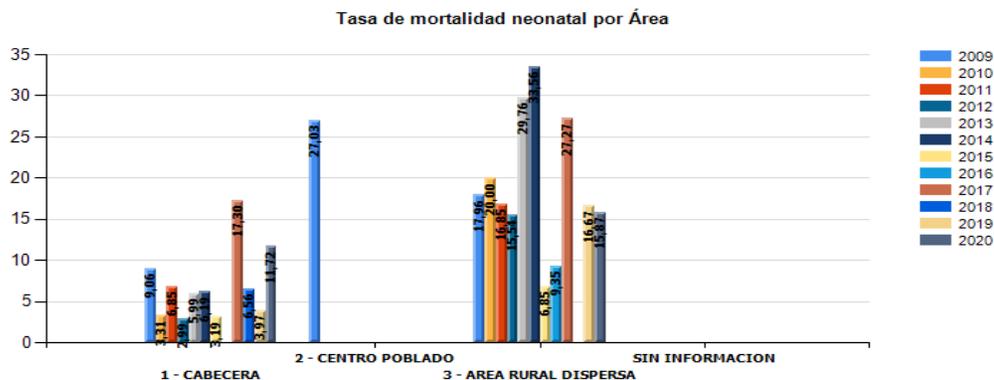
Figura 40. Tasa de mortalidad materna por área de residencia del municipio de Zaragoza, 2009 – 2020.



Fuente: DANE-SISPRO-MPS

La mortalidad en neonatal presentada una mayor tasa en el área rural con una tasa de 15.87 muertes por cada mil nacidos vivos y la zona urbana con una tasa de 11.72 muertes por cada mil nacidos vivos, esto para el año 2020. Es de esperar que la mayor mortalidad sea en la zona rural porque existen barreras de acceso a los servicios de salud, creencias culturales, difícil acceso geográfico y bajo nivel de educativo.

Figura 41. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia del municipio de Zaragoza, 2009 – 2020



Fuente: DANE-SISPRO-MPS

2.1.5 Mortalidad por COVID - 19

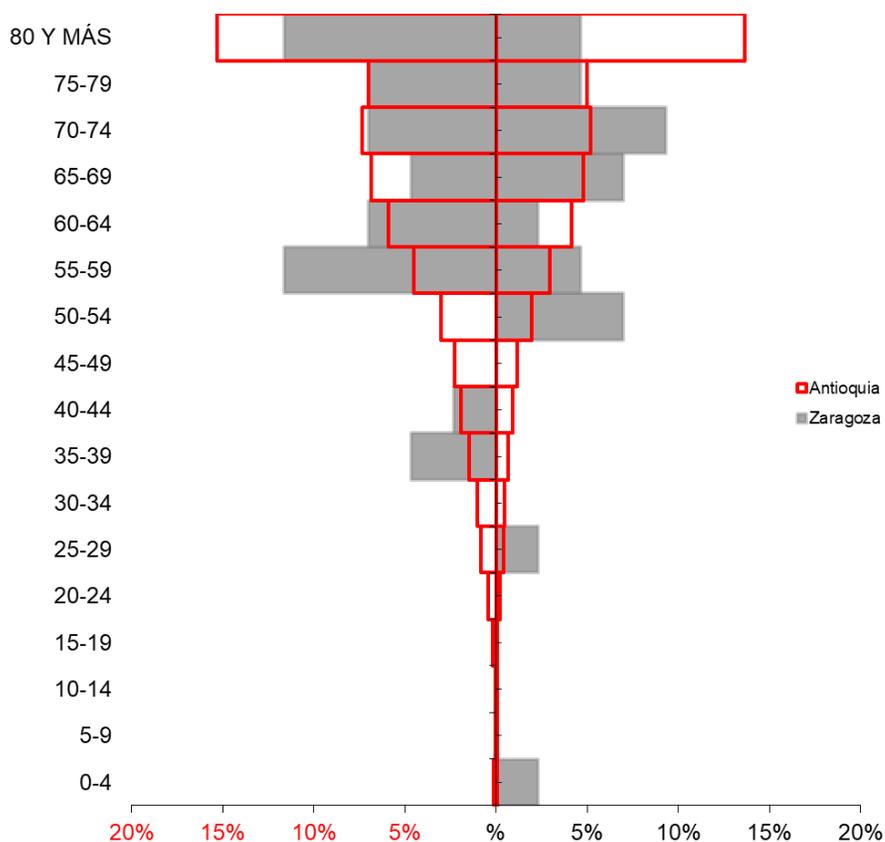
En el municipio de Zaragoza, se han presentado 43 casos de mortalidad relacionados con COVID – 19, de los cuales 24 son hombres y 19 son mujeres.

Tabla 21. Casos de muertes por COVID 19 Municipio de Zaragoza, 2022

Grupo de edad	Municipio		Departamento	
	2022		2022	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	24	19	13390	9641
0-4	0	1	28	20
05-09	0	0	11	7
10-14	0	0	5	6
15-19	0	0	40	18
20-24	0	0	97	56
25-29	0	1	187	92
30-34	0	0	234	113
35-39	2	0	335	158
40-44	1	0	446	216
45-49	0	0	519	273
50-54	0	3	693	454
55-59	5	2	1039	682
60-64	3	1	1359	951
65-69	2	3	1577	1105
70-74	3	4	1689	1196
75-79	3	2	1611	1152
80 Y MÁS	5	2	3520	3142

Fuente: Instituto Nacional de Salud

Figura 42. Pirámide poblacional de la morbilidad por COVID – 19, Municipio de Zaragoza 2022



Fuente: Instituto Nacional de Salud

En el Municipio de Zaragoza para el año 2022 por cada 126 muertes por COVID -19 en hombres, había 100 muertes de mujeres por COVID - 19, mientras que para el departamento Antioquia en el año 2022 por cada 139 muertes por COVID-19 en hombres, había 100 muertes por COVID - 19 en mujeres

En el Municipio de Zaragoza para el año 2022 por cada 100 muertes por COVID - 19 en niños y niñas (0-4 años), había 100 casos de muertes de COVID-19 en mujeres en edad fértil (15-49 años), en contraste el departamento Antioquia para el año 2022 por cada 5 muertes por COVID - 19 en niños y niñas (0-4años), había 100 muertes por COVID - 19 en mujeres en edad fértil

En el Municipio de Zaragoza en el año 2022 de 100 muertes por COVID-19, 2 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que en el Antioquia para el año 2022 las muertes en este grupo poblacional fueron de 0

En el Municipio de Zaragoza en el año 2022 de 100 muertes por COVID - 19, 2 correspondían a muertes en población de 15 a 29 años, mientras que en el Antioquia en el año 2022 las muertes por este mismo evento en el grupo poblacional fueron de 2

En el Municipio de Zaragoza en el año 2022 de 100 muertes por COVID -19, 65 correspondían a población de 65 años y más, mientras que en el Antioquia en el año 2022 las muertes por este mismo evento en este grupo poblacional fueron de 75

En el Municipio de Zaragoza en el año 2022 de 100 muertes por COVID - 19, 2800 correspondían a muertes en población de 65 años y más, mientras que en el Antioquia en el año 2022 en este grupo poblacional por el mismo evento se presentaron 22470 muertes

En el Municipio de Zaragoza de 100 muertes por COVID - 19 entre los 15 a 64 años, hubo 139 muertes por la misma causa en menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que en el Antioquia en este grupo poblacional se presentaron 189 muertes por COVID – 19

En el Municipio de Zaragoza 6 personas menores de 15 años murieron por COVID - 19, dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años que murieron por la misma causa, mientras que en el Antioquia fue de 1 muertes

En el Municipio de Zaragoza por cada 133 muertes por COVID - 19 en personas de 65 años y más, dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que en el Antioquia fue de 188 personas

Representa el porcentaje de muertes por COVID - 19 en población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población fallecida por COVID -

19 estudiada es joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población fallecida por COVID - 19 envejecida.

2.1.6 Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materna infantil

Tabla 22. *Identificación de prioridades en salud del municipio de Zaragoza, 2020.*

Mortalidad	Prioridad	Valor del indicador de la ET (2020)	Valor del indicador de la ET de referencia (2020)	Tendencia 2019 a 2020	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades del sistema circulatorio	137.9	241.1	Aumenta	1
	2. Causas externas	60.1	205.6	Aumenta	12
	3. Las demás causas	103.1	132.4	Aumenta	0
	4. Neoplasias	100.2	72.9	Disminuye	7
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades isquémicas del corazón	67.2	180.9	Aumenta	1
	2. Agresiones (homicidios)	27.8	112.4	Disminuye	12
	3. Infecciones respiratorias agudas	14.9	33.9	Aumenta	9
	4. Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	14.8	27.3	Aumenta	7
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	52.7	124.57	Disminuye	8
	2. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1.77	31.14	Disminuye	9
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Mortalidad Materna	47.36	245.7	Aumenta	8
	2. Mortalidad en la niñez	9.14	14.74	Disminuye	8

Fuente: DANE

2.2 Principales causas de Morbilidad

2.2.1 Morbilidad atendida

El motivo de mayor uso de servicios de salud por grandes causas en todo el ciclo vital; son las enfermedades no trasmisibles. Esta ha sido la principal causa durante todo el periodo de estudio y en general tiene una variación en su conducta mínima de aumento.

La población que más usó los de servicios de salud en el año 2021 son las mujeres con un 63.81% y los hombres con un 36.19%.

Es importante anotar que estas consultas en la primera infancia, adultez y vejez son los que más le cuesta al sistema de salud reflejando, una inflación en los servicios de salud y reduciendo productividad en población económicamente activa.

Tabla 23. Principales causas de morbilidad, municipio Zaragoza 2009 – 2021.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	59.19	60.52	56.74	50.33	42.66	39.10	37.42	30.08	30.48	30.90	29.07	26.47	24.92	-0.54	
	Condiciones perinatales	5.61	1.12	2.41	1.92	6.38	3.57	0.37	0.00	1.27	1.26	7.29	15.09	14.79	-0.30	
	Enfermedades no transmisibles	24.30	22.27	22.74	24.19	27.45	32.83	34.23	22.83	30.00	38.70	32.46	30.89	38.94	6.36	
	Lesiones	4.05	6.44	7.48	6.07	6.90	6.60	8.22	7.09	12.38	7.82	6.51	10.43	6.89	-3.53	
	Condiciones mal clasificadas	6.85	9.66	10.63	17.49	16.62	17.91	19.75	40.00	25.87	23.33	24.66	18.13	16.45	-1.68	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30.21	49.28	39.53	30.69	25.15	20.68	18.12	17.63	11.86	14.67	13.97	11.00	11.22	0.22	
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.91	1.15	0.00	0.00	0.00	0.13	0.29	0.00	-0.29	
	Enfermedades no transmisibles	46.88	25.50	33.47	35.59	49.23	46.26	47.02	21.22	37.50	45.41	44.74	49.26	54.56	5.30	
	Lesiones	16.67	11.10	12.52	9.61	8.13	9.88	13.30	16.19	23.94	11.12	10.88	18.16	16.42	-1.74	
	Condiciones mal clasificadas	6.25	14.12	14.49	24.11	17.48	22.26	20.41	44.96	26.69	28.80	30.29	21.30	17.80	-3.50	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5.44	23.96	16.88	17.17	12.47	14.13	6.68	12.19	10.80	9.21	8.59	9.56	7.02	2.54	
	Condiciones maternas	29.51	11.13	13.00	13.02	10.34	7.92	16.71	4.02	4.39	3.39	6.40	13.16	16.66	3.30	
	Enfermedades no transmisibles	57.02	37.87	44.77	39.82	43.73	49.10	36.51	38.46	41.06	43.72	43.15	41.77	41.64	-0.13	
	Lesiones	5.16	6.66	8.56	6.43	8.75	9.42	11.14	8.99	11.92	8.68	7.08	14.74	11.31	-3.43	
	Condiciones mal clasificadas	2.87	20.38	16.80	23.56	24.71	19.44	29.96	36.33	31.83	34.99	34.78	20.77	23.36	2.30	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7.60	17.35	14.42	15.42	9.62	10.38	9.87	6.87	7.54	5.90	6.68	8.54	7.98	-0.56	
	Condiciones maternas	27.05	8.17	13.67	12.06	13.28	15.26	11.06	8.24	10.25	8.22	12.30	20.07	23.62	3.35	
	Enfermedades no transmisibles	57.31	53.14	48.09	48.06	47.05	48.09	40.88	31.59	38.21	46.66	43.44	42.00	40.73	-1.26	
	Lesiones	4.53	6.42	8.84	5.60	6.06	6.88	9.79	12.09	12.13	8.05	6.98	8.31	8.02	-0.29	
	Condiciones mal clasificadas	3.51	14.92	14.97	8.86	23.99	19.38	28.40	41.21	31.88	31.17	30.59	21.09	19.65	-1.44	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.87	13.17	9.56	11.66	8.81	9.91	12.22	5.67	7.82	5.88	7.03	9.87	9.56	-0.31	
	Condiciones maternas	7.19	1.36	2.33	1.85	2.39	2.10	1.86	1.01	2.19	1.22	1.59	5.57	4.43	-1.15	
	Enfermedades no transmisibles	66.43	68.23	71.99	67.13	68.61	68.27	62.54	64.92	62.16	66.98	63.93	59.25	61.77	2.32	
	Lesiones	9.31	6.10	5.36	4.69	6.19	5.20	6.43	4.41	6.71	5.45	6.42	8.14	8.23	0.09	
	Condiciones mal clasificadas	7.19	11.13	10.75	14.67	14.00	14.51	16.95	23.98	21.12	20.48	21.03	17.17	16.01	-1.16	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20.10	12.50	7.54	7.01	5.53	4.40	4.80	5.13	3.05	4.32	4.43	6.58	4.64	-1.94	
	Condiciones maternas	0.00	0.05	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05	0.00	0.00	0.00	
	Enfermedades no transmisibles	73.37	73.28	81.10	81.68	83.90	83.11	79.92	75.31	78.83	79.58	79.30	73.96	78.61	4.32	
	Lesiones	3.02	4.79	3.19	2.34	2.14	3.21	2.60	1.89	3.83	3.01	2.80	5.21	4.17	-1.04	
	Condiciones mal clasificadas	3.52	9.39	8.12	8.98	8.43	9.28	12.68	17.67	14.29	13.11	13.43	14.25	12.58	-1.67	

Fuente: SISPRO -RIPS

Principales causas de morbilidad en hombres

Los ciclos vitales de vida que mayor número de consultas presenta en el periodo 2009 – 2021: primera infancia, adultez y adultos mayores. Según los ciclos la principal causa de consulta son las enfermedades no transmisibles. Este comportamiento es exactamente igual en el género femenino. Se evidencia que una de las causas por que más fallecen personas es por las ENT, estas causas son las mismas por las que enferman y consultan a los servicios de salud.

Tabla 24. Principales causas de morbilidad en hombres, municipio de Zaragoza 2009 – 2021.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	61.38	59.41	54.65	49.67	42.00	37.28	40.13	35.76	30.42	32.87	30.90	27.01	25.85	-116	
	Condiciones perinatales	5.82	1.43	0.65	2.30	8.81	5.47	0.00	0.00	2.27	2.10	6.16	14.24	13.05	-119	
	Enfermedades no transmisibles	21.69	21.90	23.70	22.87	23.79	31.81	28.82	20.25	29.13	38.69	31.12	30.27	38.09	5.32	
	Lesiones	3.17	7.44	9.09	7.30	8.96	7.78	9.76	7.59	15.86	6.06	7.14	10.36	8.14	2.22	
	Condiciones mal clasificadas	7.94	9.82	11.90	17.87	16.45	17.66	21.29	36.39	22.33	20.28	24.68	8.13	16.87	-126	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	33.96	49.74	36.43	29.03	24.05	22.12	20.47	17.06	11.76	13.43	12.51	8.83	9.06	0.23	
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.71	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.00	-0.08	
	Enfermedades no transmisibles	41.51	24.09	32.82	35.40	48.97	39.10	45.12	21.18	30.88	46.91	44.53	46.15	57.57	11.42	
	Lesiones	18.87	13.99	16.02	13.09	8.80	11.99	14.88	20.59	31.99	13.73	12.94	22.63	16.48	-6.15	
	Condiciones mal clasificadas	5.66	12.18	14.73	22.48	18.18	25.08	19.53	41.18	25.37	25.93	30.02	22.31	16.89	-5.42	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14.52	32.50	19.65	22.13	12.27	14.63	11.37	17.05	15.09	14.95	10.45	11.48	7.73	-3.75	
	Condiciones maternas	6.45	0.00	3.02	0.98	0.73	0.73	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00	0.27	0.27	
	Enfermedades no transmisibles	40.32	35.28	38.29	39.84	52.04	54.63	34.45	44.26	42.45	45.34	47.19	43.38	46.67	3.28	
	Lesiones	24.19	11.94	19.14	13.61	13.01	14.27	18.06	16.07	20.44	11.64	11.92	28.46	28.13	-0.32	
	Condiciones mal clasificadas	14.52	20.28	19.90	23.44	22.30	15.73	36.12	22.62	22.01	28.06	30.40	16.67	17.20	0.53	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24.35	16.47	17.53	16.60	13.29	8.54	6.76	9.67	10.92	7.16	8.83	10.92	14.38	3.47	
	Condiciones maternas	0.00	1.16	0.00	0.00	0.23	0.59	0.00	0.00	0.00	0.00	0.62	0.66	0.74	0.07	
	Enfermedades no transmisibles	43.48	46.46	47.87	47.09	54.28	62.04	37.84	28.25	38.46	48.07	42.40	49.32	49.38	0.06	
	Lesiones	18.26	18.40	22.47	15.74	16.22	15.78	25.41	33.83	28.04	19.63	17.83	17.73	20.01	2.28	
	Condiciones mal clasificadas	13.91	17.50	12.13	20.57	15.99	13.05	30.00	28.25	22.58	25.14	30.32	21.38	15.49	-5.89	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10.63	12.15	9.58	13.44	10.85	10.15	18.98	5.71	10.17	8.91	9.41	12.28	12.96	0.68	
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	1.55	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.02	0.00	-0.02	
	Enfermedades no transmisibles	63.79	63.44	68.19	63.99	62.93	70.07	56.52	56.68	57.56	62.00	58.11	56.27	58.74	2.47	
	Lesiones	17.61	13.17	11.60	10.27	13.08	8.93	12.20	12.71	13.34	10.77	12.72	15.66	14.63	-1.03	
	Condiciones mal clasificadas	7.97	11.24	10.63	12.29	11.59	10.86	12.30	24.90	18.94	18.32	19.74	15.77	13.67	-2.10	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25.56	11.82	5.79	7.19	6.93	5.97	4.55	6.32	3.56	2.74	4.49	6.78	4.92	-1.26	
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Enfermedades no transmisibles	65.56	72.99	80.04	80.69	82.29	80.03	77.10	72.55	74.15	76.97	76.92	72.24	76.69	4.45	
	Lesiones	4.44	6.29	4.40	2.40	2.74	4.57	3.13	2.18	4.33	2.91	3.05	7.71	3.95	-3.76	
	Condiciones mal clasificadas	4.44	8.89	9.76	9.72	8.04	9.43	15.22	18.95	17.96	17.39	15.54	13.27	14.43	1.16	

Fuente: SISPRO -RIPS

Principales causas de morbilidad en mujeres

De todas las atenciones generadas en el año 2021 para las mujeres el 55.11% corresponde a las Enfermedades no transmisibles, dentro de esta casusa se puede identificar que las enfermedades cardiovasculares generan un 19.32% del total de las consultas siendo esta la principal casusa identificada tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 25. Principales causas de morbilidad en mujeres, municipio de Zaragoza 2009 – 2021.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	56.06	61.86	59.51	51.13	43.33	41.66	34.07	24.45	30.53	28.57	26.77	23.63	23.77	0.14		
	Condiciones perinatales	5.30	0.75	4.76	1.47	3.90	0.89	0.82	0.00	0.31	0.27	8.71	16.11	16.96	0.86		
	Enfermedades no transmisibles	28.03	22.72	21.47	25.76	31.18	34.25	40.93	25.39	30.84	34.34	34.15	31.63	38.01	6.38		
	Lesiones	5.30	5.22	5.33	4.60	4.80	4.94	6.32	6.58	9.03	9.89	5.73	10.51	5.34	-5.17		
	Condiciones mal clasificadas	5.30	9.45	8.93	17.04	16.79	18.26	17.86	43.57	29.28	26.92	24.63	18.13	15.92	-2.22		
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25.58	48.70	42.74	32.58	26.37	19.04	15.84	18.52	12.00	15.92	15.59	13.31	13.72	0.41		
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.26	0.00	0.00	0.00	0.27	0.51	0.00	-0.51		
	Enfermedades no transmisibles	53.49	27.27	34.14	35.80	49.52	54.45	48.87	21.30	46.50	43.89	44.97	52.56	51.07	-1.49		
	Lesiones	13.95	7.47	8.87	5.68	7.40	7.47	11.76	9.26	13.00	8.50	8.57	13.40	16.35	2.95		
	Condiciones mal clasificadas	6.98	16.56	14.25	25.95	16.72	19.04	21.27	50.93	28.50	31.68	30.60	20.22	18.85	-1.37		
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	3.48	9.20	15.61	14.96	12.61	13.78	3.93	9.44	8.41	5.99	7.44	8.44	6.72	-1.72		
	Condiciones maternas	34.49	17.34	17.57	18.40	17.25	12.93	26.52	6.30	6.83	5.30	10.30	20.85	23.66	2.81		
	Enfermedades no transmisibles	60.63	39.32	47.75	39.81	37.97	45.24	37.72	35.19	40.28	42.81	40.68	40.83	39.49	-1.34		
	Lesiones	1.05	3.72	3.70	3.23	5.79	6.04	7.07	5.00	7.18	7.02	4.11	6.72	4.13	-2.59		
	Condiciones mal clasificadas	0.35	20.43	15.38	23.61	26.38	22.02	24.75	44.07	37.30	38.89	37.47	23.16	26.00	2.84		
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4.22	17.62	13.53	15.09	8.51	10.99	11.05	5.95	6.06	5.51	5.95	7.57	5.62	-1.95		
	Condiciones maternas	32.51	10.30	17.61	15.40	17.22	20.10	15.29	10.94	14.72	10.74	16.28	27.98	32.06	4.08		
	Enfermedades no transmisibles	60.11	55.17	48.16	48.33	44.86	43.49	42.05	32.69	38.10	46.23	43.80	39.01	37.54	-1.47		
	Lesiones	1.76	2.78	4.92	2.79	3.00	3.95	3.82	4.98	5.19	4.50	3.28	4.47	3.59	-0.88		
	Condiciones mal clasificadas	1.41	14.13	15.79	18.39	26.41	21.47	27.79	45.44	38.93	33.01	30.69	20.97	21.19	0.22		
Adulthood (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.31	13.63	9.56	11.00	7.93	9.81	9.21	5.66	6.90	4.78	6.05	8.83	8.10	-0.72		
	Condiciones maternas	12.50	1.99	3.25	2.54	2.75	2.99	2.70	1.29	3.04	1.66	2.23	7.97	6.32	-1.65		
	Enfermedades no transmisibles	68.38	70.43	73.49	68.31	71.04	67.52	65.23	67.13	63.98	68.77	66.32	60.53	63.07	2.54		
	Lesiones	3.19	2.87	2.90	2.60	3.25	3.63	3.86	2.19	4.11	3.53	3.83	4.90	5.49	0.59		
	Condiciones mal clasificadas	6.62	11.08	10.80	15.56	15.02	16.05	19.01	23.73	21.97	21.25	21.56	17.78	17.02	-0.76		
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15.60	13.04	8.77	6.86	4.43	3.28	5.03	4.51	2.80	5.25	4.39	6.40	4.39	-2.01		
	Condiciones maternas	0.00	0.09	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		
	Enfermedades no transmisibles	79.82	73.50	81.85	82.42	85.16	85.30	82.41	76.76	81.18	81.06	81.09	75.51	80.30	4.79		
	Lesiones	1.83	3.60	2.34	2.29	1.68	2.24	2.14	1.73	3.58	3.08	2.62	2.97	4.37	1.60		
	Condiciones mal clasificadas	2.75	9.78	6.96	8.42	8.73	9.18	10.43	16.98	12.44	10.61	11.83	15.13	10.94	-4.19		

Fuente: SISPRO -RIPS

2.2.2 Morbilidad específica por subgrupos

Dentro de las grandes causas de morbilidad en las condiciones transmisibles y nutricionales, las enfermedades infecciosas y parasitarias son las que tienen mayor carga porcentual, esta patología es el motivo principal por la cual se enferma la población.

En las condiciones maternas perinatales, las condiciones maternas son la causa por la que más se enferma la población.

En las enfermedades no transmisibles las causas de mayor uso de servicios son; las enfermedades cardiovasculares, en el que se evidencia una disminución de 3.67% con el año inmediatamente anterior, verificando la información desde el año 2011 hasta el 2021 se puede observar que este último es el que menos porcentaje presenta.

Tabla 26. Morbilidad por subcausas total, de Zaragoza 2009 – 2021.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
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)	26.75	28.94	28.05	28.86	37.04	42.81	54.31	44.15	38.88	45.01	46.93	58.91	62.20	3.29	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	70.00	69.20	68.79	67.93	59.22	52.73	41.68	50.07	54.88	48.61	47.88	37.02	34.10	-2.92	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3.25	1.86	3.16	3.21	3.74	4.46	4.01	5.78	6.25	6.38	5.19	4.07	3.69	-0.38	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	94.96	93.55	92.83	90.40	78.02	85.31	98.57	100.00	96.62	97.10	80.94	83.50	83.95	0.45	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	5.04	6.45	7.17	9.60	21.98	14.69	1.43	0.00	3.38	2.90	19.06	16.50	16.05	-0.45	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	2.93	1.12	0.95	1.97	1.26	3.23	3.38	2.48	2.07	0.82	1.75	3.45	2.88	-0.57	
	Otras neoplasias (D00-D48)	2.63	0.47	0.99	0.72	0.98	1.42	1.41	1.16	1.03	0.69	1.17	1.66	1.29	-0.38	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.18	1.14	1.47	2.04	2.24	2.23	2.13	4.05	2.21	3.25	2.50	2.74	3.67	0.93	
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1.88	2.47	1.66	3.34	2.62	2.98	3.49	2.96	3.42	2.57	3.29	2.87	3.23	0.36	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	3.53	6.70	3.66	3.81	5.50	6.43	6.58	4.09	4.94	5.70	4.97	5.53	6.84	1.31	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	2.33	3.45	2.97	3.41	3.66	4.20	7.14	3.13	5.15	4.67	3.18	3.52	6.35	2.84	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	8.19	15.38	30.28	29.59	31.42	23.47	25.20	44.98	34.07	31.09	24.80	21.13	18.82	-2.30	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4.36	3.27	2.84	3.00	2.73	3.68	5.77	2.71	2.36	2.17	2.38	2.61	2.54	-0.07	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5.18	6.58	5.38	6.04	6.41	7.68	6.89	4.89	6.11	5.82	5.90	8.49	8.04	-0.44	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9.62	24.22	20.54	17.50	16.96	20.89	16.74	10.33	12.77	10.85	13.51	16.20	14.56	-1.64	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7.44	8.78	6.41	6.22	5.22	5.30	5.24	3.76	5.58	4.05	5.30	6.77	5.42	-1.35	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	8.87	19.38	15.12	12.73	11.67	9.96	10.56	9.28	13.55	10.82	9.08	9.72	11.34	1.92	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.75	0.20	0.42	0.28	0.58	0.46	0.92	0.25	0.20	0.40	0.46	0.39	1.02	0.63	
Condiciones orales (K00-K14)	40.12	6.85	7.32	9.35	8.77	8.06	4.56	5.94	6.54	17.09	21.72	14.93	13.99	-0.93		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2.67	2.52	2.18	2.81	3.26	3.81	6.50	6.09	4.32	4.56	5.67	4.44	4.46	0.82	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.00	0.81	1.09	0.90	1.04	1.02	0.85	0.39	0.89	0.84	1.61	0.94	1.17	0.24	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	1.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.11	0.00	0.03	0.03	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96.00	96.68	96.73	96.28	95.70	95.17	92.65	93.52	94.79	94.51	92.61	94.62	94.34	-0.28	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00	

Fuente: SISPRO -RIPS

Morbilidad específica por subgrupo hombres

Para los hombres las causas de mayor uso de servicios en grandes causas en condiciones transmisibles y nutricionales son las Enfermedades infecciosas y parasitarias, tienen un porcentaje de consulta de 58.22% seguida por enfermedades infecciosas y respiratorias con un 37.66%. Para condiciones maternas perinatales, las condiciones derivadas durante el periodo perinatal son causas de mayor uso de servicios de salud. Para las enfermedades no transmisibles las enfermedades cardiovasculares son las más recurrentes con un 17.97%. En las lesiones, los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas tienen un

porcentaje de consulta de 94.79%. La morbilidad en las mujeres se comporta exactamente igual que en el sexo masculino.

Tabla 27. Morbilidad por subcausas en hombres, de Zaragoza 2009 – 2021.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													Δ pp 2020-	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
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)	29.20	26.82	25.61	31.29	39.79	38.35	50.80	40.68	43.14	48.18	44.42	56.50	58.22	1.72	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	66.81	72.69	72.66	66.46	57.14	57.18	47.19	55.28	54.00	48.03	50.88	40.19	37.66	-2.53	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3.98	0.49	1.73	2.25	3.07	4.47	2.01	4.04	2.86	3.79	4.71	3.31	4.12	0.81	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	26.67	30.00	66.67	17.65	3.41	11.00	#DIV/0!	#DIV/0!	0.00	0.00	2.10	4.45	5.14	0.69	
	Condiciones derivadas durante el período perinatal (P00-P96)	73.33	70.00	33.33	82.35	96.59	89.00	#DIV/0!	#DIV/0!	100.00	100.00	97.90	95.55	94.86	-0.68	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	3.08	1.92	1.60	3.87	0.57	1.86	2.77	4.81	6.03	0.81	2.25	3.92	4.16	0.25	
	Otras neoplasias (D00-D48)	4.37	0.18	0.55	0.44	0.32	0.78	1.29	1.06	0.19	0.37	0.97	1.04	0.86	-0.18	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.57	1.56	2.03	2.22	3.25	2.07	2.38	3.89	2.88	2.31	3.16	3.03	3.69	0.66	
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3.08	1.59	1.44	2.96	1.31	1.62	2.51	1.13	1.54	1.83	2.55	2.65	1.97	-0.68	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5.14	5.72	3.51	4.23	9.52	11.83	4.63	5.73	6.09	8.39	4.27	6.16	8.01	1.86	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	4.11	4.60	3.34	4.91	4.32	4.54	8.94	4.60	4.81	5.95	3.61	4.27	7.67	3.40	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10.80	17.10	28.72	27.20	26.64	19.73	21.94	41.44	29.68	27.49	23.48	21.58	17.97	-3.61	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	6.43	5.51	3.93	4.28	4.21	5.06	9.01	4.03	3.01	2.88	3.42	2.58	3.11	0.53	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6.68	5.94	6.76	5.24	5.84	8.16	8.43	5.73	5.26	8.44	6.27	9.95	9.01	-0.94	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11.05	15.69	13.43	10.87	12.70	15.97	13.00	7.00	10.58	7.47	9.40	13.59	12.18	-1.41	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	14.40	13.04	9.50	8.32	5.27	6.35	7.66	5.30	6.67	4.59	6.92	8.54	6.89	-1.65	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	16.45	19.02	14.61	14.63	13.94	11.50	11.65	7.99	15.06	12.21	8.98	9.18	10.28	1.10	
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1.29	0.51	1.01	0.33	0.71	0.71	0.97	0.28	0.26	0.50	0.58	0.47	1.13	0.67		
Condiciones orales (K00-K14)	10.54	7.61	9.59	10.49	11.43	9.85	4.83	7.00	7.95	16.77	24.16	13.03	13.06	0.03		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2.75	2.14	1.74	2.45	2.10	4.78	6.06	6.94	2.27	5.95	5.51	4.59	4.57	-0.02	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.00	0.15	0.97	0.16	0.84	1.16	0.83	0.32	0.00	0.33	1.57	0.20	0.59	0.39	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	1.83	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.18	0.00	0.05	0.05	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95.41	97.70	97.30	97.39	97.06	94.06	93.11	92.74	97.73	93.72	92.75	95.22	94.79	-0.42	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00		

Fuente: SISPRO -RIPS

Morbilidad específica por subgrupo mujeres

Tabla 28. Morbilidad por subcausas en mujeres, de Zaragoza 2009 – 2021.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
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)	23.56	30.53	29.82	27.15	34.90	46.21	57.63	46.70	35.56	42.62	49.17	60.84	65.68	4.84	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	74.14	66.57	65.98	68.96	60.83	49.35	36.45	46.24	55.56	49.05	45.22	34.48	31.00	-3.48	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.30	2.89	4.21	3.89	4.27	4.44	5.92	7.06	8.89	8.33	5.61	4.68	3.32	-1.36	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	97.95	97.64	93.66	93.49	90.72	94.31	98.57	100.00	99.23	99.46	89.33	91.11	90.97	-0.15	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	2.05	2.36	6.34	6.51	9.28	5.69	1.43	0.00	0.77	0.54	10.67	8.89	9.03	0.15	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	2.87	0.73	0.64	1.08	1.63	4.03	3.70	1.62	0.34	0.83	1.47	3.16	2.13	-1.03	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.91	0.61	1.20	0.86	1.33	1.80	1.48	1.20	1.40	0.84	1.27	2.04	1.54	-0.50	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.02	0.94	1.20	1.95	1.69	2.33	1.99	4.11	1.91	3.67	2.14	2.56	3.65	1.10	
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1.38	2.89	1.76	3.52	3.32	3.76	4.01	3.63	4.24	2.91	3.69	3.01	3.97	0.97	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	2.87	7.17	3.74	3.61	3.34	3.31	7.62	3.48	4.44	4.49	5.35	5.16	6.15	1.00	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	1.59	2.90	2.80	2.70	3.30	4.01	6.17	2.59	5.31	4.09	2.95	3.06	5.58	2.52	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	7.11	14.56	31.03	30.73	33.98	25.64	26.93	46.29	35.99	32.72	25.50	20.85	19.32	-1.52	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3.50	2.19	2.32	2.40	1.94	2.89	4.05	2.22	2.08	1.86	1.82	2.63	2.20	-0.43	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	4.56	6.89	4.72	6.41	6.72	7.40	6.07	4.58	6.49	4.64	5.70	7.61	7.47	-0.13	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9.02	28.31	23.90	20.63	19.24	23.75	18.73	11.56	13.73	12.37	15.70	17.77	15.96	-1.82	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4.56	6.73	4.94	5.23	5.20	4.69	3.95	3.19	5.11	3.80	4.43	5.71	4.56	-1.14	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	5.73	19.55	15.36	11.83	10.46	9.07	9.98	9.75	12.89	10.19	9.13	10.04	11.96	1.92	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.53	0.05	0.14	0.26	0.51	0.31	0.89	0.24	0.17	0.35	0.40	0.34	0.95	0.60	
	Condiciones orales (K00-K14)	52.34	6.49	6.24	8.81	7.34	7.02	4.43	5.54	5.92	17.24	20.43	16.07	14.54	-1.53	
	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2.44	3.24	2.93	3.39	5.14	2.45	7.21	4.69	7.62	3.10	5.91	4.20	4.29	0.10	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.00	2.06	1.30	2.09	1.37	0.82	0.90	0.52	2.32	1.38	1.68	2.20	2.04	-0.16	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	97.56	94.71	95.77	94.52	93.49	96.73	91.89	94.79	90.07	95.34	92.41	93.60	93.67	0.06	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00		

Fuente: SISPRO -RIPS

2.2.3 Morbilidad específica por sub-causa en salud mental

Para el análisis de morbilidad en salud mental se tomó como referencia el periodo 2009 – 2021, el cual, inicia por primera vez en la actualización ASIS 2019.

En el municipio de Zaragoza durante el periodo evaluado por salud mental el 53.1% de la población que consulta son hombres y el 46.9% restantes son mujeres. Los trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia son las causas de mayor uso de los servicios de salud.

Para el ciclo vital de la juventud el principalmente uso de los servicios de salud se da por los trastornos mentales y del comportamiento con el 84.52%. Mientras que en la adolescencia es el 54.87% siendo este el porcentaje más bajo en todo el ciclo vital por esta causa.

Tabla 29. Morbilidad específica por subcausas en salud mental total 2009 – 2021.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	17.65	2.70	36.36	28.57	36.43	100.00	84.62	90.91	100.00	56.76	67.92	69.72	1.80	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	14.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	38.51	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	100.00	82.35	97.30	63.64	57.14	63.57	0.00	15.38	9.09	0.00	4.73	32.08	30.28	-1.80	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100.00	42.86	43.75	27.27	60.00	38.46	76.19	88.89	80.00	69.05	60.38	75.47	78.79	3.32	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	0.00	57.14	56.25	72.73	33.33	61.54	23.81	11.11	20.00	30.95	39.62	24.53	21.21	-3.32	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	50.00	60.00	41.67	50.00	52.61	86.67	100.00	100.00	66.67	56.82	65.25	54.87	-10.38	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	40.63	0.00	0.00	48.06	41.71	0.00	0.00	0.00	26.39	17.05	28.37	37.83	9.86	
	Epilepsia	100.00	9.38	40.00	58.33	1.94	5.69	13.33	0.00	0.00	6.94	26.14	6.38	7.30	0.82	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	53.33	53.33	71.05	53.85	65.38	49.62	67.74	50.00	45.24	57.14	43.05	65.22	87.52	22.30	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	12.00	0.00	23.08	34.62	38.35	16.13	21.67	26.19	27.04	8.94	2.54	7.10	4.56	
	Epilepsia	46.67	34.67	28.95	23.08	0.00	12.03	16.13	28.33	28.57	15.82	48.01	32.25	5.39	-26.86	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	90.91	55.25	51.52	55.56	67.53	72.29	65.52	70.93	81.48	70.20	73.38	57.14	75.71	18.57	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	17.13	5.05	7.64	1.30	2.41	6.90	3.49	1.23	3.03	4.23	2.78	0.00	-2.78	
	Epilepsia	9.09	27.62	43.43	36.81	31.17	25.30	27.59	25.58	17.28	26.77	22.39	40.08	24.29	-15.79	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	89.47	92.86	88.89	69.23	96.43	100.00	68.42	77.78	40.30	86.55	71.68	93.75	22.07	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.58	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	0.00	10.53	7.14	11.11	30.77	3.57	0.00	31.58	22.22	59.70	12.87	28.32	6.25	-22.07	

Fuente: SISPRO –RIPS

Morbilidad específica por sub-causa en salud mental hombres

En el año 2021 para los hombres, en el ciclo vital de la juventud, el uso de los servicios de salud principalmente se da por los trastornos mentales y del comportamiento con el 88.79% de las atenciones.

Tabla 30. *Morbilidad específica por subcausas en salud mental hombres 2009 – 2021.*

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	0.00	3.45	33.33	40.00	36.72	100.00	80.00	100.00	100.00	50.00	63.16	69.32	6.16	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	100.00	100.00	96.55	66.67	40.00	63.28	0.00	20.00	0.00	0.00	50.00	36.84	30.68	-6.16	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	42.86	46.67	27.27	54.55	40.63	28.57	100.00	77.78	66.67	72.86	70.97	60.00	-10.97	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	0.00	57.14	53.33	72.73	45.45	59.38	71.43	0.00	22.22	33.33	27.14	29.03	40.00	10.97	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	53.57	100.00	66.67	49.50	51.71	100.00	100.00	100.00	67.65	50.38	57.01	50.00	-7.01	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	46.43	0.00	0.00	49.50	42.93	0.00	0.00	0.00	27.94	20.30	32.24	17.24	-15.00	
	Epilepsia	0.00	0.00	0.00	33.33	1.00	5.37	0.00	0.00	0.00	4.41	29.32	10.75	32.76	22.01	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	31.03	88.46	50.00	55.56	50.47	53.33	52.27	42.11	56.55	44.51	52.38	88.79	36.41	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	27.59	0.00	44.44	44.44	46.73	33.33	29.55	28.95	30.95	14.29	4.76	6.73	1.96	
	Epilepsia	100.00	41.38	11.54	5.56	0.00	2.80	13.33	18.18	28.95	12.50	41.21	42.86	4.48	-36.37	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	88.89	45.65	31.25	40.58	25.00	44.44	15.38	50.00	85.29	65.06	57.25	48.31	61.90	13.60	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	27.17	10.42	14.49	8.33	0.00	0.00	0.00	0.00	2.41	12.98	5.93	0.00	-5.93	
	Epilepsia	11.11	27.17	58.33	44.93	66.67	55.56	84.62	50.00	14.71	32.53	29.77	45.76	38.10	-7.67	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	80.00	100.00	91.67	33.33	94.44	100.00	14.29	60.00	82.35	84.00	67.24	95.77	28.53	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	0.00	20.00	0.00	8.33	66.67	5.56	0.00	85.71	40.00	17.65	12.00	32.76	4.23	-28.53	

Fuente: SISPRO -RIPS

Morbilidad específica por sub-causa en salud mental mujeres

En el año 2021 para las mujeres, en el ciclo vital de la infancia, el uso de los servicios de salud principalmente se da por los trastornos mentales y del comportamiento con el 94.44% de las atenciones.

Tabla 31. Morbilidad específica por subcausas en salud mental mujeres 2009 – 2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	33.33	0.00	40.00	0.00	0.00	100.00	87.50	90.00	100.00	57.35	70.59	71.43	0.84	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	41.91	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	0.00	66.67	100.00	60.00	100.00	100.00	0.00	12.50	10.00	0.00	0.74	29.41	28.57	-0.84	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100.00	0.00	0.00	#DIV/0!	75.00	35.00	85.71	80.00	100.00	70.37	36.11	81.82	94.44	12.63	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	0.00	0.00	100.00	#DIV/0!	0.00	65.00	14.29	20.00	0.00	29.63	63.89	18.18	5.56	-12.63	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	25.00	42.86	33.33	66.67	83.33	60.00	100.00	100.00	50.00	76.74	73.68	55.58	-18.10	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6.98	24.40	40.86	16.86	
	Epilepsia	100.00	75.00	57.14	66.67	33.33	16.67	40.00	0.00	0.00	50.00	16.28	1.91	3.55	1.84	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100.00	67.39	33.33	57.14	87.50	46.15	81.25	43.75	75.00	60.71	40.83	79.84	81.76	1.91	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	2.17	0.00	4.76	12.50	3.85	0.00	0.00	0.00	3.57	0.83	0.00	8.78	8.78	
	Epilepsia	0.00	30.43	66.67	38.10	0.00	50.00	18.75	56.25	25.00	35.71	58.33	20.16	9.46	-10.70	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100.00	65.17	70.59	69.33	75.38	80.00	80.00	77.27	78.72	73.91	81.18	64.93	82.55	17.62	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	6.74	0.00	1.33	0.00	3.08	8.89	4.55	2.13	3.48	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	0.00	28.09	29.41	29.33	24.62	16.92	11.11	18.18	19.15	22.61	18.82	35.07	17.45	-17.62	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	92.86	88.89	83.33	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	26.00	86.99	76.36	91.78	15.42	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	0.00	7.14	11.11	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	74.00	13.01	23.64	8.22	-15.42	

Fuente: SISPRO -RIPS

2.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

Para los eventos de alto costo en Zaragoza se encontró que la prevalencia de la ERC en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal la prevalencia es de 69.49, presentado para el año 2021 una diferencia estadísticamente significativa con respecto al Departamento de Antioquia, es decir, el riesgo de morir en el municipio por esta causa es significativamente inferior que la del Departamento.

En la tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados el municipio presenta una tasa algo mayor que la del Departamento, pero no es significativa.

Para la tasa de incidencia de VIH notificada Zaragoza tiene un indicador significativamente más bajo que el Departamento de Antioquia.

Tabla 32. *Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del municipio de Zaragoza, 2006-2021.*

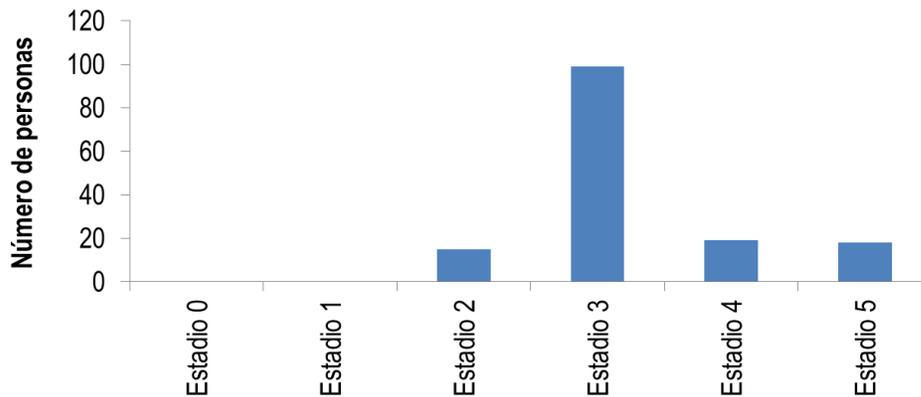
Evento	Antioquia 2021	Zaragoza 2021	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	110.00	69.49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	9.39	11.58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de VIH notificada	24.14	11.98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0.80	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	2.91	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: SISPRO -RIPS

La morbilidad por enfermedad renal crónica es un problema de Salud Pública, el cual, se evidencia que el estadio 3 es el que tiene la mayor carga de la enfermedad. Se espera que estos casos permuten a los siguientes estadios para los próximos años. Es importante reducir y controlar factores de riesgo como diabetes e hipertensión de manera eficaz y antecedentes familiares de ERC.

Hay que tener en cuenta ERC son las que más le cuesta al sistema.

Figura 43. *Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Zaragoza, 2021.*



Fuente: SISPRO

2.2.5 Morbilidad de eventos precursores

Para la prevalencia de diabetes mellitus y de hipertensión arterial, el municipio de Zaragoza no presenta una diferencia estadística significativa con respecto a la del departamento de Antioquia, teniendo en cuenta que la del Municipio es un poco más baja.

Tabla 33. *Semaforización de eventos precursores. Zaragoza, 2006 - 2021.*

Evento	Antioquia 2021	Zaragoza 2021	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Prevalencia de diabetes mellitus	3.63	1.57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	11.54	8.25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: SISPRO

2.2.6 Morbilidad por eventos de notificación

Se realizó un análisis descriptivo de letalidad e incidencia del municipio de Zaragoza en el que se evidencia que la peor situación está dada en las tasas de incidencia. Zaragoza es un municipio del Bajo Cauca que por su condición climática y geográfica posee un clima que favorece la aparición de vectores causantes de enfermedades que afectan la salud pública del municipio como es el Dengue que tiene una tasa de incidencia de 568.67 casos por cada cien mil habitantes, adicionalmente se debe tener en cuenta que el municipio no es certificado en agua potable, el servicio no llega a todos los barrios lo que hace que los hogares tengan que hacer recolección de agua en recipientes sin tapa ocasionando la aparición del vector.

A pesar de tener el programa de vectores que es liderado por el Departamento los casos nuevos por este evento continuaran hasta no culminar con la adecuación del acueducto municipal, y que la población pueda hacer adecuadamente la recolección de residuos.

Tabla 34. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria del municipio de Zaragoza, 2006-2020.

Causa de muerte	Antioquia 2020	Zaragoza 2020	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Letalidad de accidente ofídico	1.95	0.00	-	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-
Letalidad de dengue	0.14	3.03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0.61	0.34	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	28.72	50.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘
Letalidad de intoxicaciones	0.97	0.00	-	-	↗	↘	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de leptospirosis	83.33	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Malaria	0.02	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de malaria asociada	1.52	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Meningitis Neisseriameningitidis (Nm)	7.69	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Meningitis Streptococpneumoniae (Spn)	14.29	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de meningitis tuberculosa	8.45	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de parotiditis	0.15	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de sífilis congénita	0.56	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	↗
Letalidad de tétanos accidental	66.67	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	6.81	0.00	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	7.50	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de tuberculosis pulmonar	7.01	0.00	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	-
Letalidad de Varicela	0.10	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasas de incidencia PDSP																	
Tasa de incidencia de chagas	0.11	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de dengue	95.41	568.67	↗	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de incidencia de dengue grave	1.56	17.23	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	-	-	-	↗
Tasa de incidencia de leptospirosis	0.20	0.00	-	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	↗	↘	↘	-	-
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2.00	0.00	↗	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	-	↗	↘

Fuente: DANE

2.2.6.1 IRA Por Virus Nuevo

Los coronavirus (CoV) son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan Infección Respiratoria Aguda (IRA), es decir gripa, que pueden llegar a ser leve, moderada o grave.⁴

El nuevo Coronavirus (COVID-19) ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII). Se han identificado casos en todos los continentes y, el 6 de marzo se confirmó el primer caso en Colombia. ⁴

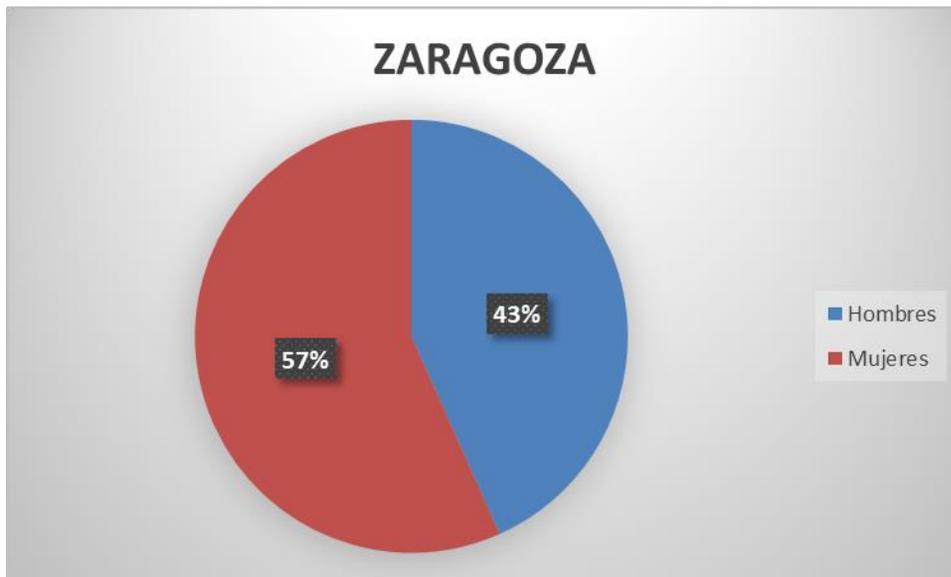
La infección se produce cuando una persona enferma tose o estornuda y expulsa partículas del virus que entran en contacto con otras personas. ⁴

Se conoce que cualquier persona puede infectarse, independientemente de su edad, pero hasta el momento se han registrado relativamente pocos casos de COVID-19 en niños. La enfermedad es mortal en raras ocasiones, y hasta ahora las víctimas mortales han sido personas de edad avanzada que ya padecían una enfermedad crónica como diabetes, asma o hipertensión. ⁴

El nuevo Coronavirus causa una Infección Respiratoria Aguda (IRA), es decir una gripa, que puede ser leve, moderada o severa. Puede producir fiebre, tos, secreciones nasales (mocos) y malestar general. Algunos pacientes pueden presentar dificultad para respirar. ⁴

El municipio de Zaragoza se ha visto afectado por la pandemia y al 14 de septiembre de 2021 datos del cubo de SegCovid, se reportaban 711 casos positivos, En la distribución de sexo las mujeres tienen un 57% y los hombres un 43%

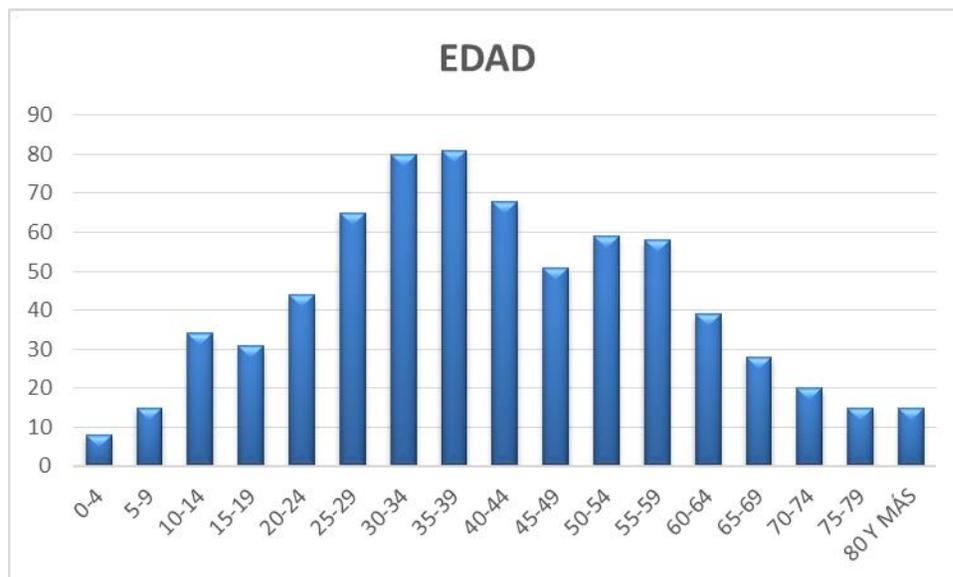
Figura 44. IRA por virus nuevo por sexo. Zaragoza, 2021



Fuente: Cubo SegCovid

Por edades se puede observar que el grupo que se encuentra entre los 35-39 años son los más afectados en el municipio seguido de los de 30-34, la afectación de estos grupos de edad se debe a la falta de compromiso de la población para seguir con las medidas de protección sugeridas por el ministerio de salud y protección social, la dirección seccional de salud de Antioquia y la administración Municipal. A pesar de los esfuerzos realizados por la administración municipal en educación sobre los protocolos de bioseguridad.

Figura 45. IRA por virus nuevo por edad. Zaragoza, 2021



Fuente: Cubo SegCovid

En el Zaragoza para el año 2021 por cada 76 casos de COVID -19 en hombres, había 100 mujeres con casos de COVID - 19, mientras que para el departamento Antioquia en el año 2021 por cada 89 casos de COVID-19 en hombres, había 100 mujeres con COVID-19.

Para el año 2021 por cada 3 niños y niñas (0-4 años) con COVID-19, había 100 casos de COVID-19 en mujeres en edad fértil (15-49 años), en contraste el departamento Antioquia para el año 2021 por cada 4 niños y niñas (0-4años) con CONVID-19, había 100 mujeres CON COVID-19 en edad fértil.

En el año 2021 de 100 personas con COVID-19, 8 correspondían a casos de COVID-19 en población hasta los 14 años, mientras que en el Antioquia para el año 2021 este grupo poblacional fue de 5 casos de COVID -19.

En el Zaragoza en el año 2021 de 100 casos de COVID - 19, 20 correspondían casos en población de 15 a 29 años, mientras que en el Antioquia en el año 2021 en este grupo poblacional fue de 27 casos de COVID -19.

En el año 2021 de 100 personas con casos de COVID -19, 16 correspondían a población de 65 años y más, mientras que en el Antioquia en el año 2021 este grupo poblacional fue de 14 casos de COVID -19.

En el año 2021 de 100 personas con COVID - 19, 205 correspondían a población de 65 años y más, mientras que en el Antioquia en el año 2021 este grupo poblacional fue de 273 personas con COVID – 19.

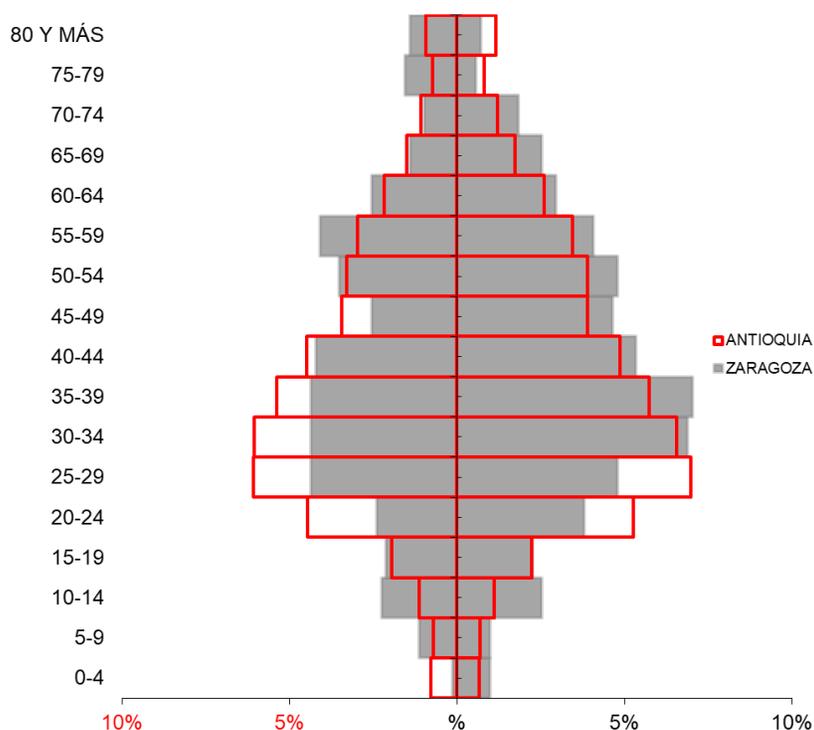
De 100 personas con COVID - 19 entre los 15 a 64 años, hubo 23 personas con COVID - 19 menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que en el Antioquia este grupo poblacional fue de 17 personas con COVID – 19.

En Zaragoza, 10 personas menores de 15 años con COVID - 19, dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años que tenían COVID -19, mientras que en el Antioquia fue de 6 personas.

También, 14 personas de 65 años y más con COVID - 19, dependían de 100 personas con COVID - 19 entre los 15 a 64 años, mientras que en el Antioquia fue de 11 personas con COVID – 19.

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

Figura 46. Pirámide poblacional de la morbilidad por COVID – 19, 2021



Fuente: Cubo SegCovid

2.2.7 Análisis de la población en condición de discapacidad

A través del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se priorizó la población en condición de discapacidad como mecanismo para priorización del Plan de Gobierno actual (Plan de Desarrollo y el Plan Territorial en Salud). Se estableció un enlace municipal con el fin de realizar el registro de identificación y caracterización para las personas en situación de discapacidad. Para esta población el municipio ha venido realizando acciones de seguridad alimentaria, actividades lúdicas recreativas, dotación de ayudas técnicas, jornadas de salud con enfoque diferencial y empoderamiento productivo.

Zaragoza presenta la mayor carga en discapacidad por movimientos del cuerpo, manos, brazos y piernas con un 37.34%, seguido por el sistema nervioso con el 21.49% y en tercer lugar voz y habla con 14.57%. La discapacidad menos frecuente es de la piel con 0.36%.

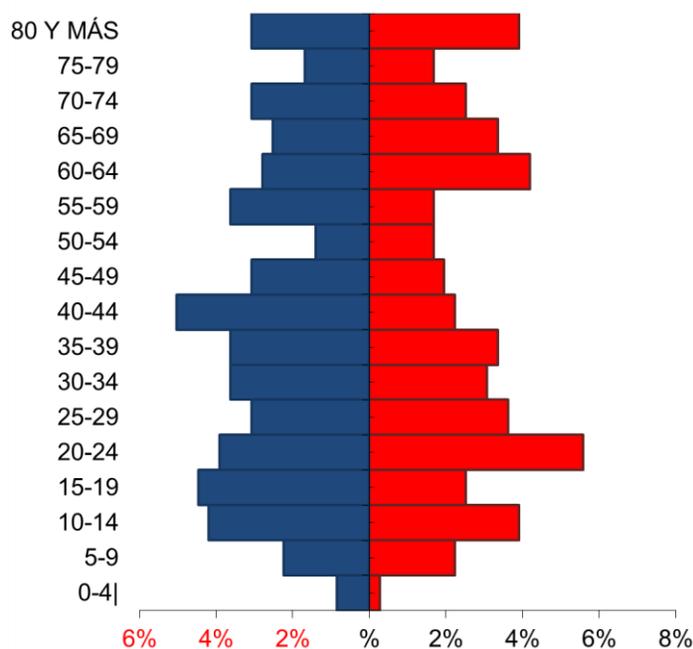
Tabla 35. *Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Zaragoza, 1 de agosto de 2022.*

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	205	37.34
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	20	3.64
El sistema genital y reproductivo	13	2.37
El sistema nervioso	118	21.49
La digestión, el metabolismo, las hormonas	3	0.55
La piel	2	0.36
La voz y el habla	80	14.57
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	3	0.55
Los oídos	42	7.65
Los ojos	63	11.48
Ninguna	0	0.00
Total	549	100.00

Fuente: RLCP – SISPRO - MINSALUD

La población total más afectada por alteraciones permanentes son las edades entre 10 a 44 años. El grupo de las mujeres de 80 años y más son las que reportan mayor número de casos mientras que los hombres reportan el mayor número en el quinquenio de 40 a 44 años. En general, la población de hombres presenta mayores reportes en cuanto a discapacidad.

Figura 47. Pirámide de la población en condición de discapacidad. Municipio de Zaragoza, 1 agosto de 2022.



Fuente: RLCP – SISPRO - MINSALUD

2.2.8 Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Las prioridades en la morbilidad se basa principalmente en la tasa encontrada durante el último año evaluado, esto para poder definir los planes, programas y proyectos que se dirigen a la población por medio del plan de intervenciones colectivas que se ejecuta durante la vigencia siguiente a la actualización de este documento, se realiza la comparación con la tasa del departamento para verificar el estado general y se busca la tendencia para compararla con el año inmediatamente anterior, por este motivo se busca priorizar aquellos eventos que tengan una incidencia alta en el municipio, como por ejemplo en la enfermedades transmisibles como el dengue y la malaria, por subcausas la enfermedades cardiovasculares, este proceso se verifica con los referentes municipales y se programan las actividades que puedan impactar más a la población del Municipio.

Tabla 36. *Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo y eventos de notificación obligatoria municipio de Zaragoza. 2021.*

Morbilidad	Prioridad	Valor del indicador de la ET (2021)	Valor del indicador de la ET de referencia (2021)	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles "Vejez (60 años y más)"	84.21	78.61	Aumento	0
	2. Condiciones mal clasificadas "Adolescencia (12 - 17 años)"	16.4	23.36	Disminuye	0
	3. Condiciones transmisibles y nutricionales "Primera infancia (0 - 5 años)"	22.25	24.92	Aumento	0
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades cardiovasculares	18.11	25.01	Aumento	1
	2. Enfermedades respiratorias	36.66	34.1	Disminuye	1
	3. Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	91.57	94.34	Disminuye	12
Alto Costo	Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	110	69.49	Aumento	1
Precursores	1. Prevalencia de diabetes mellitus	3.63	1.57	Aumento	1
	2. Prevalencia de hipertensión arterial	11.54	8.25	Aumento	1
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0.61	0.34	Aumento	9
	2. Tasa de incidencia de dengue según municipio de ocurrencia	95.41	568.67	Aumento	9
Discapacidad	1. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	50.26	37.34	Igual	15
	2. El sistema nervioso	53.7	21.49	Igual	15
	3. La voz y el habla	21.82	14.57	Igual	15

Fuente: Cuenta alto Costo-RIPS-SIVIGILA

2.2.9 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

El análisis de los Determinantes Sociales de Salud se basó en el trabajo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, que contiene tres elementos principales: el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica y los factores intermediarios; que busca identificar desigualdades en salud, para generar políticas públicas en este sector tendientes a cerrar brechas de inequidades. Los determinantes intermedios o factores intermediarios son aquellos que determinan las condiciones de la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia, los factores psicosociales, conductuales y biológicos, así como los servicios de salud; para algunos, los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades.

2.2.9.1 Análisis de los Determinantes intermedios de la salud

Condiciones de vida

Con respecto al determinante intermedio de condiciones de vida tal como se refleja en el siguiente semáforo encontramos que la cobertura de energía eléctrica es el único indicador que se encuentra estable con respecto al departamento con una cobertura de 97.4%. El resto de los indicadores como alcantarillado y acueducto se encuentran en estado crítico, lo que quiere decir, que existen coberturas muy bajas de servicios públicos. El IRCA, hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y hogares sin eliminación de excretas coloca a la población en riesgo de adquirir enfermedades transmisibles y epidemias.

Según zona urbana o rural, las condiciones empeoran ya que carecen de servicios básicos como acueducto y alcantarillado. Servicios básicos que permiten mejorar calidad de vida, evita que las personas se enfermen por patologías que se derivan de estas condiciones. Este indicador revela la desigualdad social que existe entre los que viven en la zona urbana versus rural.

Tabla 37. *Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida municipio de Zaragoza, 2020.*

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	Zaragoza
Cobertura de servicios de electricidad	99.4	97.4
Cobertura de acueducto	90.3	35.5
Cobertura de alcantarillado	80.9	35.5
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	6.7	42.6
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	13.1	30.5
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	14.3	42.2

Fuente: DANE y Reporte de Estratificación y Coberturas certificado por las alcaldías al Sistema Único de Información SUI, 2020.

Desagregación según urbano-rural

En el municipio de Zaragoza hay dos sistemas de acueducto. Sistema la Temperatura, de acuerdo al IRCA el agua es potable se ubica en un rango de 0 a 5 sin riesgo. Preocupa la no continuidad en la prestación del servicio lo que impide los muestreos para análisis a laboratorio por parte de la empresa de servicios. El total de usuarios beneficiados con este sistema es de 2721 usuarios en el sector de San Gregorio y otros barrios aledaños.

Sistema la Balsita, el agua se toma directamente sin tratamiento, se clasifica en un riesgo alto, de 0 a 95, no potable, no acta para el consumo humano se clasifica en nivel de alto riesgo. En épocas de invierno el agua se vuelve turbia y llega a las viviendas con mucho sedimento. Este sistema suministra agua a todo el centro de la cabecera municipal. El total de usuarios beneficiados con este sistema es de 2980 usuarios. El resto de población que no tiene continuidad con el servicio en cualquiera de estos dos sistemas se abastece con los pozos o con el carro que periódicamente entra a barrios donde no es posible obtener el recurso hídrico. El corregimiento de El pato, tiene sistema de tratamiento, pero no se realiza muestras para conocer el sistema de potabilización. Las veredas no tienen agua potable, algunas tienen sistemas artesanales

construidos por la misma comunidad apoyados con recursos del municipio como son; Vegas de Segovia, El Saltillo, La Porquera, La Estrella, Limón Afuera y Los Veinte sistemas de acueducto sin ningún tipo de tratamiento.

En las zonas rurales el servicio es prestado por las juntas de acciones comunales o juntas de acueductos. No se tiene a la fecha información de la población servida, tampoco están registrados ante la superintendencia de servicios públicos domiciliarios.

En el casco urbano se encuentran varias invasiones en los sectores de San Gregorio y La Esmeralda, sin servicios básicos de saneamiento.

En cuanto al servicio de alcantarillado, cuando llueve se colapsan las redes de alcantarillado. Para la zona rural hay pozos sépticos que no cuentan con normas mínimas de construcción o aire libre y para las aguas negras en algunas veredas se conectan mangueras para desagües.

Según los datos de la tabla el servicio de electricidad es del 100% para zona urbana y 95.3% en la zona rural algunas veredas alejadas del casco urbano no tienen el servicio por falta de redes.

Por lo anterior, estos determinantes intermedios, dan cuenta de las enfermedades prevalentes del municipio como son EDA, IRA, problemas de la piel, dengue y malaria.

Tabla 38. *Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida municipio de Zaragoza, 2019.*

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100	95.3
Cobertura de acueducto	64.1	0
Cobertura de alcantarillado	64.1	0

Fuente: DANE y Reporte de Estratificación y Coberturas certificado por las alcaldías al Sistema Único de Información SUI, 2020.

Disponibilidad de alimentos

En total, se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año. El objetivo para 2025 es reducir un 30% el número de niños con un peso al nacer inferior a 2500 gr. Esto supondría una reducción anual del 3% entre 2012 y 2025, con lo que el número anual de niños con bajo peso al nacer pasaría de unos 20 millones a unos 14 millones (3). Al comparar a Zaragoza (8.4 nacidos vivos con bajo peso al nacer) con Antioquia (9.2 nacidos vivos con bajo peso al nacer) no hay diferencia significativa. A pesar de que el indicador de bajo peso al nacer está estable es importante fortalecer la nutrición del bebe y estado de salud de la madre debido a que esta condición aumenta el riesgo de enfermar y puede afectar aun en la edad adulta.

Tabla 39. *Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del municipio de Zaragoza, 2006-2020.*

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	Zaragoza	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	9.2	8.4	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘

Fuente: DANE

Condiciones factores, psicológicos y culturales

Según el semáforo las tasas de violencia intrafamiliar y contra la mujer comparada con las tasas del departamento de Antioquia existe un riesgo significativamente mayor en el departamento con respecto al municipio. Es de aclarar, que estos indicadores no muestran la realidad del municipio porque existe un subregistro enorme del dato ya que el evento no se notifica regularmente a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA por las instituciones prestadoras de servicios de salud y por comisaria de familia que es la mayor captadora de casos para este evento.

Tabla 40. *Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Municipio de Zaragoza, 2005 – 2019.*

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Zaragoza
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2020	144.9	7.93
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2019	210.4	15.84

Fuente: SIVIGILA

Sistema sanitario

Según resultados del semáforo de los determinantes intermedios en salud los indicadores que se encuentran en estado crítico son las coberturas de vacunación por BCG nacidos vivos con una cobertura de 43.2%, esto debido a que la IPS del municipio es de primer nivel y muchos de los nacimientos se dan en IPS de segundo y tercer nivel de complejidad, y comparándolo con el Municipio de Cauca que es el principal receptor de la subregión tiene una cobertura de 228%. Para las Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) el Municipio tiene una cobertura superior a la del Departamento teniendo como factor protector este punto en el municipio. El resto de los indicadores se encuentran estables, es importante reforzar en las madres las consecuencias que tiene la no aplicación de vacunas para los menores de 5 años y como pueden estas fortalecer las defensas de los niños permitiendo garantizar el derecho a los servicios de salud desde el núcleo familiar. Dentro del análisis respectivo de los datos que se tienen para el año 2021 se encuentra que el único indicador que favorece al municipio es la cobertura de aseguramiento que aumenta, los 4 indicadores restantes disminuyen en comparación al año inmediatamente anterior. Para destacar del municipio durante el año 2021 se cumplió con el esquema para la polio (109%) y la triple viral (103%), superando la cobertura departamental, esto a causa de la intervención que se realizó en el municipio donde incorporó un equipo de vacunadores para buscar la población y poder ampliar la cobertura.

Tabla 42. *Indicadores del sistema sanitario en el municipio de Zaragoza, 2015-2021.*

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	3	0	0	0	0	0	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	0	0	0	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	1	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnosticas	0	0	0	0	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	1	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	2	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	3	4	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	1	1	0	0	1	1	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	1	0	0	0	0	0	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	1	2	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	1	0	0	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	3	4	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	0	0	0	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	0	1	0	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	1	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	0	1	0	0	0	0	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	0	0	0	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	1	1	0	1	1	1	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1	1	1	1	1	1	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	0	0	2	0	0	0	0
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	1	2	0	2	2	2	2
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	3	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	3	4	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio	3	4	2	2	2	2	2

	de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)							
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	3	4	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	3	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	3	4	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	3	3	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	3	4	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	3	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	1	2	2	2	2	2	2
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	1	1	1	1	1	1	1
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: REPS

Tabla 43. Oferta de prestadores – Capacidad Instalada, 2021.

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0	0.03	0.03	0.03	0.03	0.16	0.61
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0	0	0	0	0	0	0
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0	0.03	0.03	0.03	0.03	0.16	0.61
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0.23	0.19	0.13	0.28	0.28	0.35	1.38
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0	0	0	0	0	0	0
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0	0	0	0	0	0	0
Razón de camas por 1.000 habitantes	0.59	0.45	0.25	0.5	0.5	0.62	1.99

Fuente: REPS

Cobertura vacunación por COVID19

Para el análisis de la cobertura de vacunación en el Municipio se revisa la información suministrada en el POWERBI y se encuentra la siguiente información.

El 58.87% de la población Zaragozana se ha aplicado la primera dosis o dosis única, esto equivale a 15.369 vacunas aplicadas, con esquema completo solo se tiene el 36.11% de la población objeto, este porcentaje equivale a 9.428 dosis aplicadas.

Tabla 44. Seguimiento meta de vacunación, Zaragoza, 2022

SEGUIMIENTO META DEL 70% DE LA POBLACIÓN ANTIOQUEÑA CON 1° DOSIS + DOSIS ÚNICAS APLICADAS			
SUBREGION	META 15 DE NOVIEMBRE POBLACIÓN CON 1° DOSIS + DOSIS UNICA	POBLACIÓN CON 1° DOSIS + DOSIS UNICA	% CUMPLIMIENTO META 15 DE NOVIEMBRE
BAJO CAUCA	18.274	15.369	58,87 %
Zaragoza	18.274	15.369	58,87 %
Total	18.274	15.369	58,87 %

Para el municipio de Zaragoza se tiene un porcentaje de vacunación por debajo de lo esperado, según el criterio Nacional que para el fecha ya se debería tener el 70% de la población vacunada, Zaragoza no cumple con este lineamiento, pese a todas la actividades realizadas para aumentar la cobertura, esta no se ve reflejada en un porcentaje adecuado, dentro de las dificultades que se tienen en el municipio para cumplir con la vacunación se tiene que, la desinformación de las diferentes comunidades afecta la percepción y aceptación de toda la población para poder cumplir con el esquema, el principal punto por el cual la población no se vacuna es la desconfianza que genera en la comunidad, dado que no tienen todos los conocimientos técnicos de la vacuna, la rechazan solo por lo que han visto en las redes sociales o los diferentes medios de comunicación.

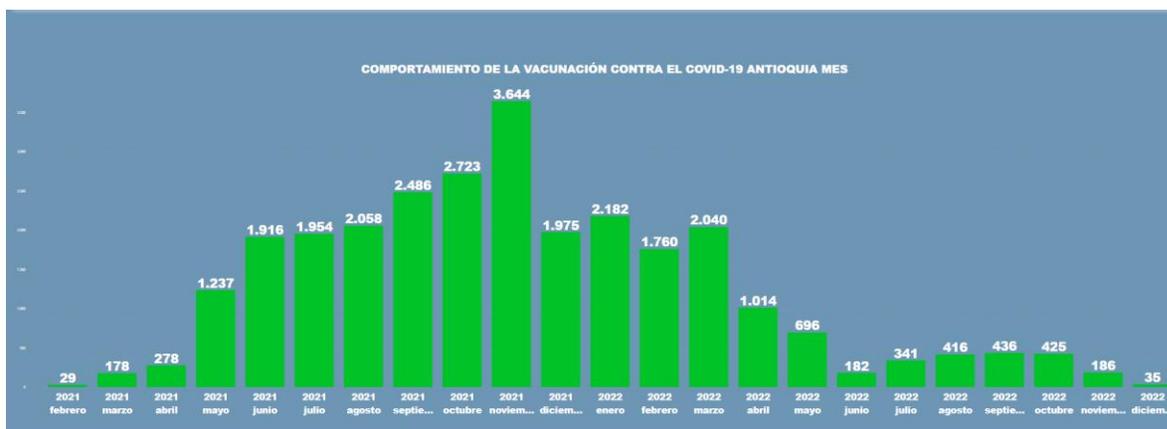
Tabla 45. Dosis aplicadas, Zaragoza, 2022

SUBREGION	DOSIS APLICADAS COVID-19 DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA											
	TOTAL POBLACIÓN ANTIOQUEÑA CON 1° DOSIS	% POBLACION VACUNADA 1° DOSIS	TOTAL POBLACIÓN ANTIOQUEÑA CON DOSIS ÚNICA	% POBLACION VACUNADA DOSIS ÚNICA	TOTAL POBLACIÓN ANTIOQUEÑA CON 2° DOSIS	% POBLACION VACUNADA ESQUEMA COMPLETO	TOTAL DOSIS REFUERZO	TOTAL 2° DOSIS DE REFUERZO	% POBLACION VACUNADA CON 2° DOSIS DE REFUERZO	TOTAL DOSIS APLICADAS	COBERTURA PLAN DE VACUNACIÓN - ESQUEMA COMPLETO + DOSIS ÚNICAS	N° DISERTIMIENTOS
BAJO CAUCA	12.685	48,59 %	2.684	10,28 %	9.428	36,11 %	3.143	251	7,99 %	28.191	46,40 %	156
Total	12.685	48,59 %	2.684	10,28 %	9.428	36,11 %	3.143	251	7,99 %	28.191	46,40 %	156

Dentro del esquema de vacunación, que ya es bajo para el municipio, se tiene un porcentaje aún más bajo con el esquema completo, es decir por lo menos la aplicación de la segunda dosis, y si

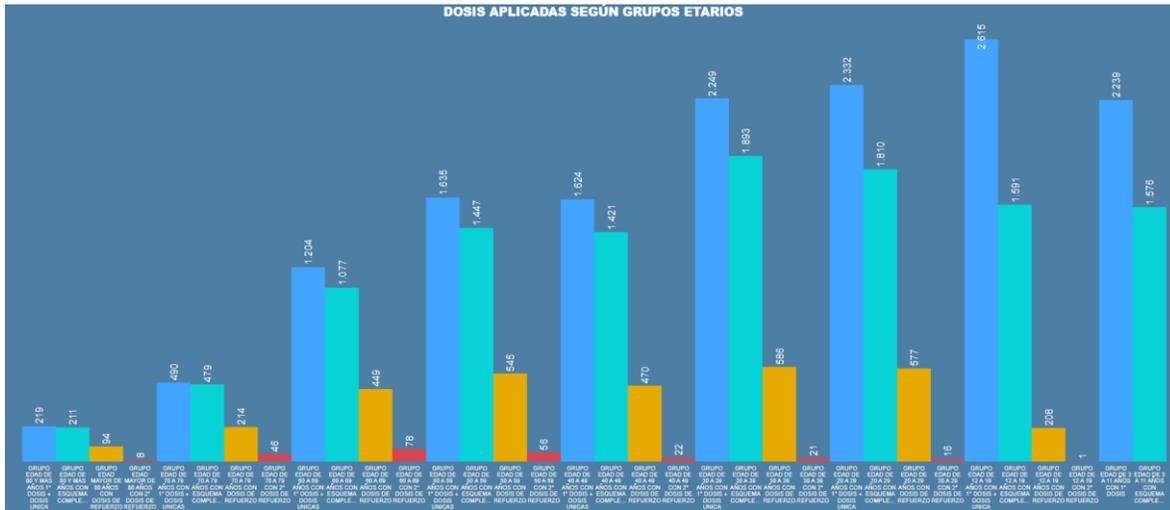
se revisa las dosis de refuerzos estas tienen menor aceptación en el municipio, esto en su momento se verificó con la referente de vacunación del municipio y explica que muchos usuarios que se aplicaron la primera dosis, no se pudieron ubicar para asignarle la fecha de la segunda dosis, explicando que en el carnet entregado a cada uno se les ponía la fecha de la posible aplicación de la segunda dosis, en este también la misma comunidad, por los cuidados pedidos al momento de aplicar la vacuna, explicaban que no se la querían aplicar porque pensaban salir a divertirse y que la vacuna los ponía mal y no podrían salir.

Figura 48. Comportamiento de la vacunación, Zaragoza, 2022



El comportamiento de la aplicación de la vacuna en el municipio evidencia que para noviembre de 2021 se tiene el mayor número de dosis aplicadas, esto en parte se debe a que la población estudiantil salía a vacaciones y para poder desplazarse a diferentes partes en el territorio nacional se pedía la aplicación de por lo menos la primera dosis, esto ayudó un poco con el aumento de las coberturas en el municipio, pero este comportamiento disminuyó después de marzo de 2022.

Figura 49. Dosis aplicadas según grupo etario, Zaragoza, 2022



Se puede observar en la gráfica que el grupo etario, que aunque la población infantil tiene un alto número de aplicaciones de primera y segunda dosis, esta es la que menos se ha vacunado, ya que según los datos programados para el municipio en este población se tiene aproximadamente 5000 menores, y de estos solo 2.239 se han aplicado la vacuna, en este grupo se han realizado diferentes actividades en las instituciones educativas del Municipio, para tratar de aumentar la cobertura, sin embargo ha sido muy complicado que los padres de los menores dieran el consentimiento de la aplicación, y aunque los menores solicitaban que les fuera aplicada, sin el consentimiento de los padres no se podía realizar.

2.2.9.2 Análisis de los Determinantes estructurales de las inequidades en la salud

Proporción de población con necesidades básicas insatisfechas: el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) para el municipio de Zaragoza en el año 2018 fue de un 45.77%.

Proporción de población en miseria: La Proporción de población en miseria del municipio es de 16.75%

Proporción de población en hacinamiento: La proporción de hacinamiento en el municipio de Zaragoza es de 7.04% para el 2018. El hacinamiento refleja condiciones de pobreza y calidad de la vivienda.

Tabla 46. *Otros indicadores de ingreso, municipio de Zaragoza 2008-2012*

AREA	INDICADOR	RESULTADO	
TOTAL	Necesidades Básicas Insatisfechas por Categorías %	Prop de Personas en NBI (%)	45.77
		Prop de Personas en miseria	16.75
		Componente vivienda	33.39
		Componente Servicios	11.05
		Componente Hacinamiento	7.04
		Componente Inasistencia	2.85
		Componente dependencia económica	12.86
Cabeceras	Necesidades Básicas Insatisfechas por Categorías %	Prop de Personas en NBI (%)	23.37
		Prop de Personas en miseria	5.12
		Componente vivienda	7.68
		Componente Servicios	4.36
		Componente Hacinamiento	5.89
		Componente Inasistencia	2.02
		Componente dependencia económica	9.73
Centros Poblados y Rural Disperso	Necesidades Básicas Insatisfechas por Categorías %	Prop de Personas en NBI (%)	64.91
		Prop de Personas en miseria	26.68
		Componente vivienda	55.35
		Componente Servicios	16.77
		Componente Hacinamiento	8.02
		Componente Inasistencia	3.56
		Componente dependencia económica	15.53

Fuente: CNPV-2018-NBI.

Cobertura Bruta de educación

En general se puede observar que la cobertura de educación en la categoría de primaria en el municipio de Zaragoza es buena; mientras que la educación secundaria y educación media se

encuentra en estado estable, no se encuentra diferencia significativa entre el Departamento y el municipio de Zaragoza.

El municipio presenta un porcentaje de hogares con analfabetismo superior a la del departamento, lo que aumenta la posibilidad siendo del municipio de Zaragoza, la tasa bruta es de 24.4 mientras que la del departamento está en 8.5%.

Tabla 47. Tasa de cobertura bruta de educación del municipio de Zaragoza 2005 – 2021.

Eventos de Notificación Obligatoria	Antioquia	Zaragoza	Comportamiento																		
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	8.5	24.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	105.4	131.6	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	119.6	139.0	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	90.7	96.6	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	

Fuente: Observatorio Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que para el año 2022 la población de 5 a 18 años del Municipio de Zaragoza era de 8267, se puede concluir que en este panorama se tenía una cobertura del 95% en la matrícula en general, si verificamos estos datos encontramos que para la zona rural se tenía una cobertura del 106%, se debe de tener en cuenta que el porcentaje se saca con la proyección del DANE, ahora para la zona urbana se tiene una cobertura del 95%, teniendo en general un buen porcentaje de estudiantes en las diferentes instituciones educativas del Municipio.

Se debe de tener en cuenta la cultura del Municipio, ya que esta afecta de forma directa en la cobertura de educación, ya que los menores en ciertas ocasiones se ven con la necesidad de realizar trabajos remunerados para poder subsistir, y es en este sentido donde la explotación minera juega un papel importante, ya que muchos jóvenes se van a trabajar como peones en las minas, y este tipo de trabajos que en algunos casos es muy bien remunerado hace que los menores se dedique de tiempo completo, abandonando sus estudios y aspiraciones profesionales.

Tabla 48. *Estudiantes matriculados en el Municipio de Zaragoza 2022*

Institución Educativa	Rural		Urbana		Total General
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
C.E.R Codero Icacales	160	214			374
C.E.R El Saltillo	115	150			265
C.E.R Vegas De Segovia	179	155			334
C.E.R San Antonio	122	130			252
Colegio Adventista De Zaragoza			134	127	261
I.E. Francisco De Paula Santander			783	751	1534
I.E. Luis Fernando Restrepo Restrepo			460	451	911
E.R. Santo Cristo De Zaragoza			659	674	1333
I.E.R Nancy Rocio García	590	506			1096
I.E.R La Pajula	286	307			593
I.E.R.I Pablo Muera	136	134			270
I.E.R Simón Bolívar	321	312			633
TOTAL GENERAL	1909	1908	2036	2003	7856

Fuente: SIMIT

Ocupación

Según los datos del Plan de Desarrollo – Unidos Construimos del Municipio de Zaragoza se tiene: las Variables Económicas: empleo, turismo, desarrollo agrícola y minero

Según el DNP la fuerza laboral del municipio de Zaragoza al año 2016 oscilaba en un total de 812 trabajadores cotizantes al sistema general de seguridad social, de los cuales el mayor grupo población se encontraba entre los 29 y 40 años con un 33%, seguido de los 18 y 28 años con un

23% y los 41 y 50 años con un 20%. De dicha fuerza laboral el 55% son hombres y el 44% son mujeres.

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda, la tasa global de participación para las mujeres de Zaragoza fue de 20,4% y para los hombres de 63,5% durante 2018. Este indicador mide la presión en el mercado de trabajo, lo cual indica que solo 20 de 100 mujeres tiene un empleo o están buscando uno. Las mujeres que habitan Medellín, tienen una tasa global de participación 24,3 puntos porcentuales superior a la que registran las mujeres de Zaragoza lo cual tiene que ver con el tamaño del mercado y de la economía en la capital antioqueña.

Según la información registrada por el DNP el porcentaje de personas ocupadas formalmente con respecto a la población total es del 4,4% un dato muy bajito, que demuestra que se debe trabajar fuertemente en la productividad e intermediación laboral.

La tasa de desempleo en Zaragoza es de 15,6% para las mujeres y 9,8% para los hombres. Los datos revelan que es más alta en las mujeres más jóvenes de 15 a 19 años (40%) y de 20 a 24 años (29,6%). La cifra de desempleo de las mujeres de Zaragoza es superior que la reportada en Nechí (6,3%) pero inferior a la de El Bagre (17,5%).

Tabla 49. *Resumen de estadísticas del mercado laboral en Zaragoza, según sexo, 2018*

Variables	Mujeres	Hombres
Tasa global de participación	20.4	63.5
Tasa de ocupación	17.2	57.3
Tasa de desempleo	1.6	9.8
Población total	12,320	12,331
Población en edad de trabajar	9,596	9,548
Población económicamente activa	1,955	6,064
Ocupados	1,650	5,468
Desocupados	305.0	596.0

Fuente: DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018- Cálculos del diagnóstico Mujeres de Oro.

El principal producto minero de Antioquia es el oro, cuyos yacimientos se encuentran principalmente en Zaragoza lo que representa un crecimiento en pro del desarrollo industrial

minero, pero también representa un deterioro ambiental especialmente con la presencia de minería informal, razón por la cual la gobernabilidad del municipio y demás entidades estatales se deben basar en tres reglas fundamentales: facilitar la actividad minera con seguridad, promover el desarrollo sostenible de la minería y fiscalizar el aprovechamiento del recurso minero. Para el logro de estas reglas, al año 2019, se ha venido implementando la política pública de recuperación de los terrenos explotados y degradados por la acción minera, se avanzó en el control a los sistemas de captura de emanaciones de mercurio en la quema de amalgama y se adelantaron programas para la protección a los humedales, bosques naturales y lagunas. Sin embargo, persiste la informalidad de los contratos de concesión minera, la falta de ordenamiento y planificación de la exploración y explotación de los recursos mineros, sigue en aumento la deforestación por parte de la acción antrópica en la cuenca que abastece el acueducto municipal y otras áreas producto de las actividades mineras, aumentar las campañas para mejorar las técnicas para la extracción de los minerales.

El principal problema de los pequeños y medianos mineros del municipio de Zaragoza radica en la dificultad de obtener títulos mineros debido a que ya están otorgados.

Otra debilidad del sector es que los propietarios de las minas no poseen esquema empresarial, es decir, no les pagan un sueldo fijo a los trabajadores, no les pagan prestaciones sociales, los empleados no poseen ARL, no pagan impuestos, entre otros.

Otra dificultad está en la carencia de proyección de las minas que poseen título y están legalmente constituidas, pues no transforman el producto para que les sea más rentable, no exportan y no hacen inversiones en sus entables para generar más empleo y mayor productividad.

Uno de los limitantes a este último problema está en que un alto porcentaje de mineros en la región y en Zaragoza son personas con nivel académico bajo (analfabeta, primaria y secundaria), esto hace que la visión de negocio rentable se limite a vender la producción a las compras de oro existentes en el municipio. (PDM

2016-2019)

Otra limitante es que los dueños de los títulos mineros no los explotan

Después de la economía del oro, el Municipio de Zaragoza se basa en la agricultura con cultivos permanentes principalmente de caucho con un 31%, cacao con un 45%, yuca 13% seguido del plátano con el 8% y con cultivos transitorios como el arroz tecnificado con un 16%, arroz tradicional con un 21% seguido del maíz con un 5%

Agenda 2040

La Gobernación de Antioquia respondió a esta coyuntura, convocando a las y los antioqueños a un gran diálogo social constructivo y plural, en torno a la situación que vive el país y el Departamento. En donde la escucha activa, el respeto, y el reconocimiento, dieron pie al fortalecimiento de la confianza y la generación de consensos e iniciativas, para responder conjunta y corresponsablemente a los retos que enfrentamos como sociedad.

El diálogo es la herramienta esencial por naturaleza para tejer puentes en medio de la polarización y las diferencias. Es justamente dentro de los diálogos que se logra la resolución de conflictos, el reconocimiento del otro y de sus situaciones particulares, y por supuesto, la posibilidad de crear de cara a un objetivo común.

Espacios de diálogo social realizados entre el 13 y 14 de mayo de 2021, donde se dispuso tanto de la plataforma conversacional de la Agenda Antioquia 2040, como de las emisoras locales y el canal regional Teleantioquia, para la realización de una conversación con la ciudadanía.

Con una participación cercana a las 3.000 personas, la Agendatón abordó los temas:

¿Qué está pasando en Antioquia?

Cartas por la vida y Buzón de los sueños.

Maestros ¿cómo estamos construyendo futuro?

Consejos municipales promotores de diálogo en su territorio.

Voces culturales arte y cultura en primera línea.

Diálogo sectorial: deportes. • Industria creativa.

Diálogo sectorial: mujeres.

Movilización social de las y los jóvenes antioqueños en los territorios.

Microempresarios y emprendedores.

Voces y sentires de la niñez y la adolescencia en Antioquia.

Sostenibilidad y cuidado de nuestro planeta.

Relatos de las y los marchantes.

Diálogo sectorial: indígenas.

No violencia y cambio social.

Las familias como agentes de transformación y cambio

Los siguientes fueron los resultados de la agenda en donde el 35,4% de los encuestados respondió POSITIVO a la pregunta ¿cómo nos sentimos? Y el 6% respondió NEGATIVO.

Figura 50. Participación Agenda Antioquia 2040



Fuente: Agenda 2040.

Las siguientes palabras fueron asociadas a los sentimientos expresados por los encuestados en Antioquia: AMOR, EDUCACION, SOSTENIBLE, AMBIENTE entre otras.

Figura 51. Como nos sentimos Agenda Antioquia, Palabras asociadas 2040



Fuente: Agenda 2040.

Para Zaragoza las principales palabras asociadas a los diferentes sentimientos fueron: MUJERES, ABUELOS, COMUNIDAD, CAMPO entre otros. Ahora con respecto a los sentimientos que se generó en la comunidad el 33.5% respondió que se sentía POSITIVO y el 7.9% negativo.

Figura 52. Como nos sentimos Agenda Antioquia, Palabras asociadas, Zaragoza 2040

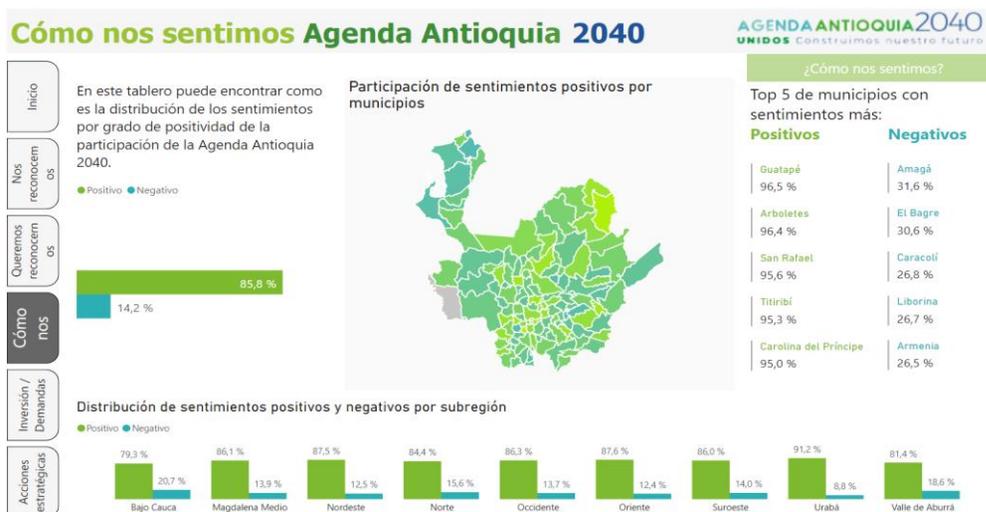


Fuente: Agenda 2040.

Al analizar la distribución de sentimientos por grado de positividad se observó que el Urabá es la subregión con más positividad con el 91,2%, para el caso del valle de aburra se observó que el 81,4 se encuentra positivo y el 18,6% negativo.

El municipio con sentimientos más positivo fue Guatapé con el 96,5% y el más negativo Amagá con el 31,6%.

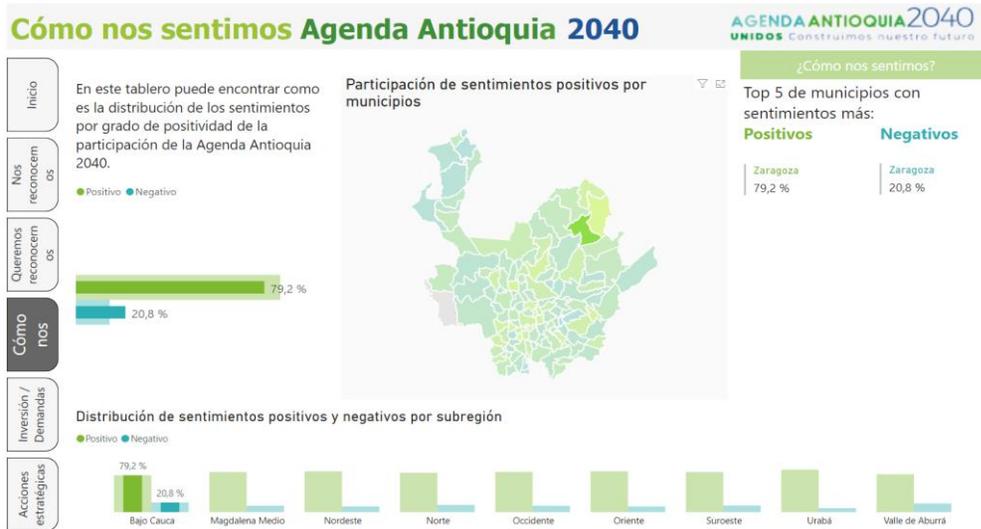
Figura 53. Como nos sentimos Agenda Antioquia, Participación de sentimientos 2040



Fuente: Agenda 2040.

En el municipio de Zaragoza el 79,2% se encontró positivo y el 20,8% negativo

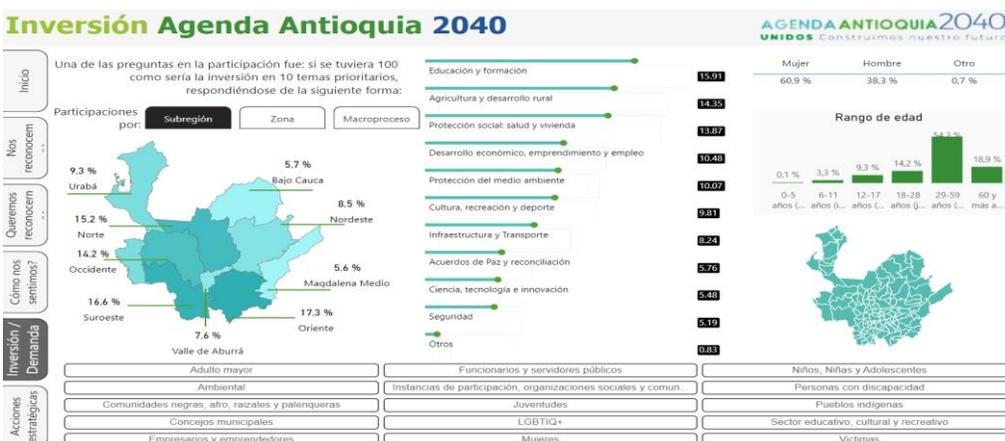
Figura 54. Como nos sentimos Agenda Antioquia, Participación de sentimientos, Zaragoza 2040



Fuente: Agenda 2040.

En cuanto a la inversión la mayoría de los encuestados respondieron que esta debe estar dirigida a la educación y formación (15,9%), seguida de Agricultura y el desarrollo social (14,3%), y como tercera Protección Social: salud y vivienda (13.87%)

Figura 55. Inversión Agenda Antioquia 2040



Fuente: Agenda 2040.

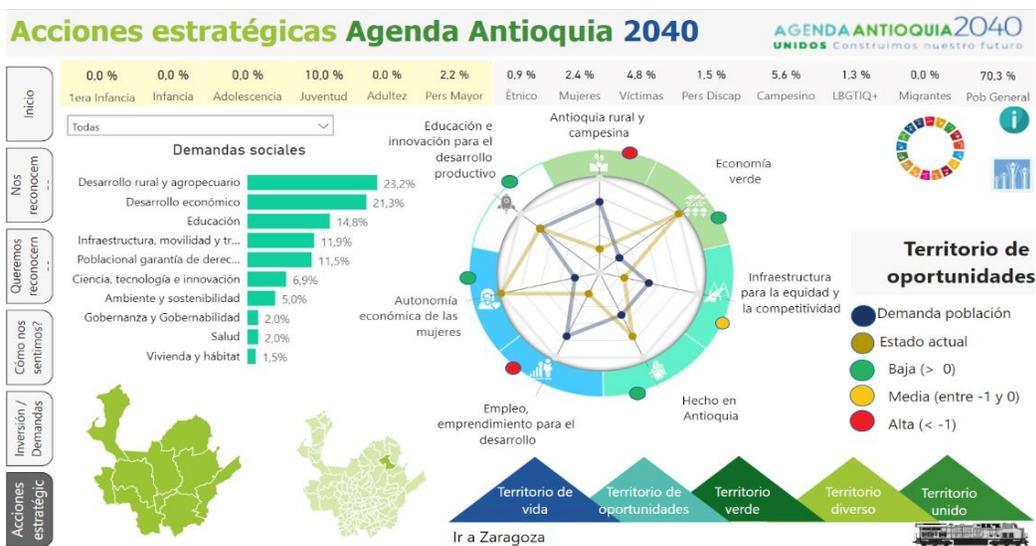
Figura 57. Acciones estratégicas Agenda Antioquia, Territorio de vida 2040



Fuente: Agenda 2040.

Por otro lado, las acciones estratégicas la ciudadanía en la dimensión territorio de oportunidades, demanda para Zaragoza con el 23.2% Desarrollo rural y agropecuario, seguido del desarrollo económico con el 21.3%. Además, la población necesita mayor demanda en empeho, emprendimiento para el desarrollo.

Figura 58. Acciones estratégicas Agenda Antioquia, Territorio de oportunidades 2040



Fuente: Agenda 2040.

En la dimensión territorio vivo, demanda para Zaragoza el 31.2% en infraestructura, movilidad y Transporte, seguido Ambiente sostenible con el 20.3%. Además, la población demanda mayor en Antioquia carbono neutral 2050.

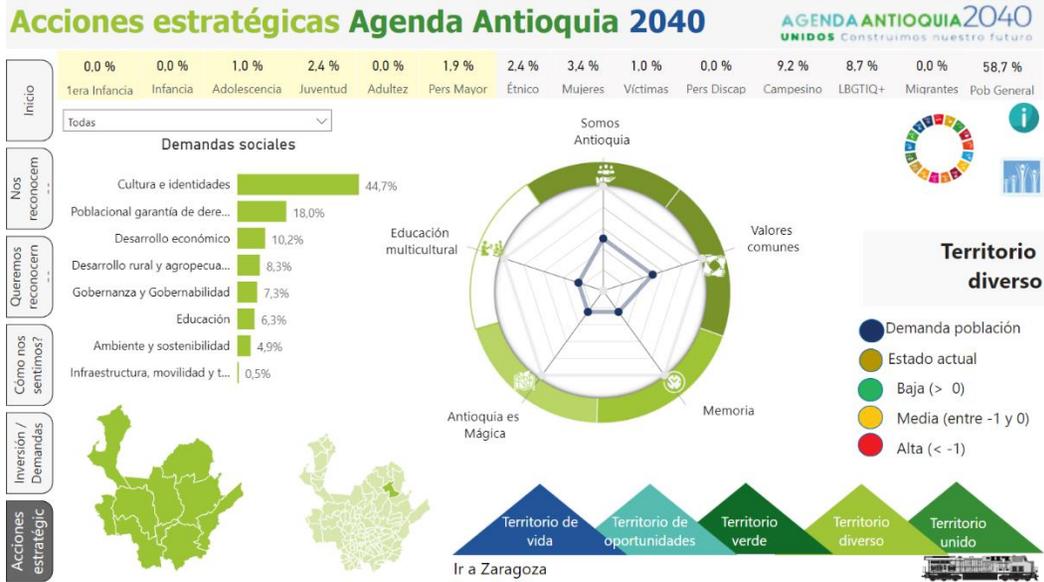
Figura 59. Acciones estratégicas Agenda Antioquia, Territorio Verde 2040



Fuente: Agenda 2040.

Las acciones estratégicas en la dimensión Territorio diverso, la población demanda para Zaragoza el 44.7% en cultura e identidades, seguido de Población garantía de derecho y/o participación el 18%. Además, la población demanda mayor transición hacia valores comunes.

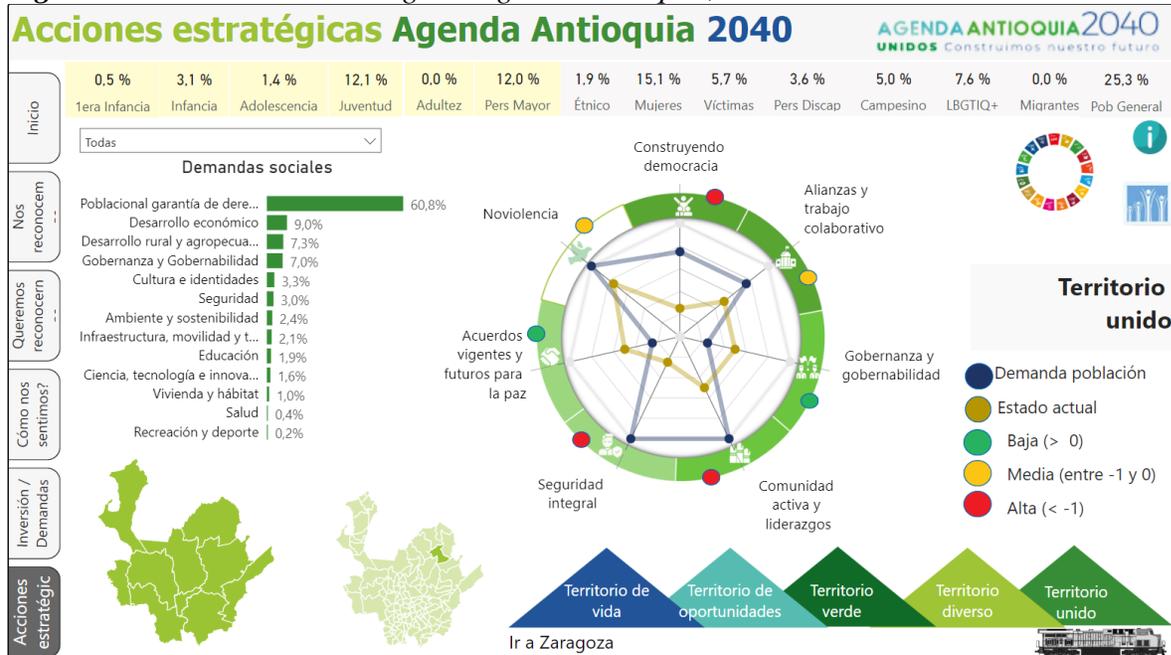
Figura 60. Acciones estratégicas Agenda Antioquia, territorio diverso 2040



Fuente: Agenda 2040.

Finalmente, en la dimensión territorio unido en Zaragoza se demanda mayor seguridad integral, Construyendo democracia, y Comunidad activa y liderazgo.

Figura 61. Acciones estratégicas Agenda Antioquia, Territorio unido 2040



Fuente: Agenda 2040.

Caracterización EAPB

Cobertura de afiliación municipal

El municipio de Zaragoza cuenta con 4 EPS habilitadas para prestar sus servicios de afiliación a la población, Estas son, COOSALUS EPS, SAVIA SALUD EPS, AIC, NUEVA EPS, estas son las EPS regulares, además de esta también se tienen usuarios de Zaragoza afiliados en el Régimen Especial y de excepción, dado que se tienen fuerza pública y docentes, el mayor porcentaje de afiliación se tiene en el régimen subsidiado, con un 91.48%, seguido por el Régimen contributivo con un 6.83%, R. excepción con 1.60% y R. Especial con el 0.09% del total de la población zaragozana afiliada. Esta información esta con corte a octubre de 2022 y los datos para el porcentaje se toman por las proyecciones del DANE, y el total de afiliados del Municipio, sacando esta información se tiene que el Municipio tiene una cobertura del 100.6% ya que para el año 2022 por DANE el Municipio tiene una población total de 26.510, y los afiliados al corte son 26.679.

Figura 62. Cobertura población activa afiliada al SGSSS, Zaragoza, Octubre 2022



Fuentes: SISPRO-BODEGA DE DATOS OCTUBRE 2022

Afiliación Régimen Subsidiado

De la población afiliada al Régimen Subsidiado, se puede observar que la EPS que mayor cobertura tiene en el Municipio es COOSALUD que tiene un 79% (17,182) de la afiliación, seguido por SAVIA SALUD que tiene un 19% (4,085), continúa AIC con un 11% (2,712), y por ultimo esta NUEVA EPS S con un 2% (428). Esto muestra que el municipio tiene un total de 24.407 afiliados al R. Subsidiado.

Figura 63. Afiliados al Régimen Subsidiado, Zaragoza, Octubre 2022



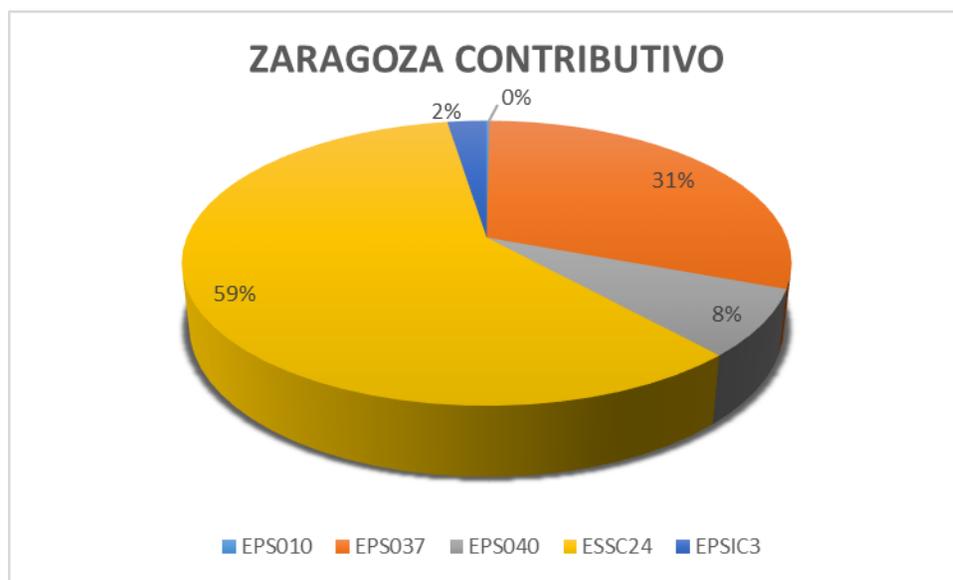
Fuentes: SISPRO-BODEGA DE DATOS OCTUBRE 2022

Afiliación Régimen Contributivo

Para el R. contributivo se tiene una sola EPS habilitada para afiliar a la población del Municipio de Zaragoza, sin embargo, por el decreto 2353 de 2015 en su artículo 55 “Movilidad entre regímenes. La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales”. El Municipio que cuenta con 3 EPS subsidiadas puede realizar el proceso para continuar con su población asegurada en este régimen, por lo tanto se tiene que COOSALUD es la EPS que tiene mayor población afiliada con una 59% (1,079), seguido de la NUEVA EPS con un 31% (556), continua SAVIA SALUD con un 8% (138), sigue AIC con un

2% (45), ahora según el criterio que se tiene en el municipio se debe de verificar la afiliación de 3 usuarios que están en la EPS de SURA, son 3 personas, que dado que la EPS no tiene un contrato vigente con la IPS que presta servicios de salud en el Municipio, se debe de notificar a estos usuarios y a la EPS para que realice el Traslado correspondiente. Ahora tomando el total de afiliados en el R. Contributivo se tiene un total de 1.821 en el Municipio de Zaragoza.

Figura 64. Afiliados al Régimen Contributivo, Zaragoza, Octubre 2022



Fuentes: SISPRO-BODEGA DE DATOS OCTUBRE 2022

Capítulo III: Priorización de los efectos de salud

3.1 Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

De acuerdo al comportamiento de la morbilidad y mortalidad del municipio de Zaragoza y teniendo en cuenta las diez dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se realizó la priorización de los problemas.

Tabla 50. *Priorización de los problemas de salud del municipio de Zaragoza, 2021.*

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1.Salud Ambiental	1. Aumentar coberturas de acueducto y alcantarillado en zona urbana. Para la zona rural hay que establecer los sistemas de acueducto y alcantarillado.	0
	2. Para el servicio de acueducto se debe mejorar la calidad del agua apta para el consumo humano.	0
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	1. Aumentar espacios públicos diseñados para la promoción de la actividad física, la recreación, el deporte, y uso del tiempo libre, que permitan la disminución de las enfermedades no transmisibles como la hipertensión, infarto de miocardio, diabetes, cáncer, insuficiencia renal crónica, y riesgos asociados a las crónicas como el sedentarismo, la obesidad, consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas. El municipio tiene una gran población negra con estilos de vida poco saludables, sedentarismo y gran consumo de alcohol.	0
	2. Disminuir mortalidad neonatal, infantil y la niñez	8
	3. Mantener a las personas sin enfermedad renal o en estadio 1 y 2, a pesar de tener enfermedades precursoras (Hipertensión y Diabetes)	1
	4. Se requiere promoción de la salud y protección específica para en ENT para toda la población en riesgo especialmente a la población joven para evitar la carga de enfermedad en la adultez. Diagnostico precoz y tratamiento oportuno que permita limitar el daño. Aunque la IPS dentro de sus recomendaciones incluye consejos sobre cómo mantener un buen estado de salud es necesario que se establezca programas y espacios que permitan ejercitarse, modificar hábitos y prácticas que permitan el goce efectivo a la salud.	0
3. Convivencia social y salud mental	1. El consumo de SPA y sustancia psicoactiva aumenta la violencia en los adolescentes y jóvenes del municipio adicionalmente no existe suficiente recurso humano e instituciones capacitados que atienda los problemas de salud mental que presenta la población.	4
	2. Disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales que aumenten el acceso a quienes los requieren y permitan prevenir el deterioro y mitigar daños evitables.	4
4.Seguridad alimentaria y	1. Zaragoza no cuenta con agua potable y saneamiento básico en la zona rural y parte urbana afectando directamente la inocuidad de los alimentos, así mismo la producción y el consumo adecuado de alimentos no es equilibrada, por lo cual se presentan casos de desnutrición en niños y adultos mayores.	0

nutricional	2. La principal causa de mortalidad son por las enfermedades del sistema circulatorio, lo cual, está asociado a un mal aprovechamiento de la canasta SAN, por ende, no hay buenos hábitos alimenticios, es decir, dieta balanceada, hay alto consumo alcohol, tabaquismo, alimentos contaminados con mercurio etc. Por lo que se propone garantizar el acceso al grupo de alimentos prioritarios en toda la población en general.	0
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Fortalecer proyecto de vida en la adolescencia y juventud que permita disminuir los embarazos a temprana edad y deserción escolar a través de intervenciones sobre SSR.	8
	2. Promover la calidad en la atención a través de alianzas entre entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios, para eliminar barreras de acceso a la atención obstétrica. Como mecanismo de bajar indicadores de morbilidad materna.	8
	3. Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda temprana hacia los servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR.	8
	4. Aumentar cobertura de mujeres gestantes con 4 o más controles prenatales antes de las doce semanas especialmente en mujeres del área rural.	8
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. Prevención de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita y del VIH.	9
	2. Fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil frente a ITS VIH/SIDA en acciones de tipo comunitario, para la promoción de derechos, la prevención en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, incluyendo la detección temprana y la canalización a los servicios de salud.	8
	3. Gestión integrada para la vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y las Zoonosis	9
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. Inundaciones en épocas invierno denotan poca adherencia a los planes de contingencias de olas invernales y normas del POT y poca gestión de los actores para la gestión de los riesgos municipales.	13
	2. Disminuir invasiones y construcciones a nivel municipal mal planificadas en sitios no autorizados y de alto riesgo que afecta la salud pública e individual.	13
8. Salud y Ámbito laboral	1. Caracterizar las poblaciones laborales vulnerables del sector formal e informal de la economía, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades económicas	11
	2. Fomentar mecanismos para la educación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (EPS, ARL y Pensión). Se desconoce las posibilidades que ofrece el Ministerio de Salud sobre continuidad de los servicios de salud (movilidad) y prestación de servicios en todo el país temporalmente (portabilidad).	11
9. Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	1. Falta de recurso humano especializado para la atención diferencial de la población a nivel institucional	0
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1. Gestión municipal y autoridades ambientales frente al acceso a saneamiento básico, calidad de agua y uso eficiente.	0
	2. Fortalecer la capacidad técnica institucional del municipio	0

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

El municipio de Zaragoza es un refugio que aún no ha sido adecuadamente explorado en cuanto a fauna y flora. Posee gran extensión de suelos fértiles que han sido utilizados en labores de la minería, lo cual ha hecho, que el paisaje cambie radicalmente, creando una nueva asociación vegetal, denominada asociación edáfica estéril, donde la comunidad vegetal allí establecida está compuesta por especies capacitadas para desarrollarse bajo condiciones de mínima fertilidad. Posee varias amenazas a nivel urbano y rural por deslizamientos, inundaciones y deslizamientos que necesitan ser intervenidas oportunamente con el propósito de evitar y minimizar el riesgo a la población. Actualmente, se está tratando de recuperar las áreas que han sido afectados por los trabajos de minería con jornadas de arborización.

Las formas de acceso entre los corregimientos, veredas y municipios se dan en forma fluvial, terrestre y área, con una infraestructura de vías terciarias no pavimentadas en precarias condiciones desde los corregimientos hacia la cabecera municipal. Con distancias que van desde 30 minutos a 8 horas. Lo que significa que las personas asumen un alto costo de movilización. Las condiciones de estas vías se convierten en barreras de acceso para la población en diferentes servicios. Se espera que a través de proyectos que están en ejecución se lleva a cabo la construcción de placa huellas para algunas veredas de difícil de acceso.

El 50.9% de la población se encuentra en zona rural y el 49.1% en zona urbana. La localización de estas personas es decisiva en el municipio porque determina el acceso a ciertos servicios y contribuye a describir las condiciones de vida de la población zaragozana. Esta distribución puede exponer problemas de salud como son barreras de acceso en la oportunidad para los servicios asistenciales y otros de naturaleza socio-económicos, reflejando iniquidad y desigualdad entre las personas que viven en la zona rural y urbana.

La población total del municipio para el 2022 es de 26.510. Con una proporción muy similar para los hombres se tiene un porcentaje de 49.66% y un 50.34% para las mujeres, donde se evidencia que la vejez en el municipio de Zaragoza tiene un rostro mayoritariamente femenino, probablemente porque la esperanza de vida en las mujeres es mayor y los hombres mueren más a

temprana edad. Si bien nacen más hombres que mujeres, la mayor mortalidad masculina provoca que el número de hombres y mujeres sea muy similar a determinada edad.

La situación de embarazos de mujeres entre 10 y 19 años es una situación que ha mejorado notoriamente desde el año 2020. Su incidencia multicausal y los efectos negativos que trae para un adolescente asumir esta responsabilidad. Hay que tener en cuenta que los más afectados en la mayoría de los casos son adolescentes con escasos recursos económicos y bajo nivel de escolarización. Un embarazo precoz trae desvinculación temprana del sistema educativo y restringe el acceso a oportunidades socioeconómicas. El embarazo en adolescentes representa una carga social, económica y sanitaria que impide que el sujeto viva plenamente la adolescencia, es importante seguir fortaleciendo mecanismos de control de fecundidad, habilidades para la vida de los jóvenes que les permitan desarrollar un proyecto de vida planificado para el futuro. Las decisiones que tomen estos adolescentes impactan en todo su entorno ya sea de forma positiva o negativa.

La población total en condición de desplazamiento para Zaragoza al año 2022 según el RUV, es de 8.952 en condición de desplazamiento forzoso. Es de aclarar que esta cifra es superior a la obtenida por el RUV. Es trascendental garantizar y trabajar para mejorar la oferta institucional y canalizar los esfuerzos técnicos y financieros de forma equitativa entre los residentes del municipio que tiene algún hecho victimizante. Además de fortalecer la atención psicosocial.

El servicio de salud que se presentaba en el municipio hasta el año 2014 tenía una figura jurídica pública, y a partir de la liquidación del hospital San Rafael se limitaron mucho dichos servicios, ya que desde entonces se empezó a utilizar la metodología de asignación para que este fuera operado por una entidad privada y no fue hasta el 2018 que se estabiliza esta situación cuando ingresa empieza a ser operada por el Centro Medico CUBIS, el cual abre nuevamente los servicios cerrados y se empieza a realizar la notificación de los casos de forma más oportuna, con esto se espera que para los próximos años los indicadores de ciertas enfermedades aumente o reaparezcan algunas que casusas que a la fecha no tenían casos reportados.

Durante los dieciséis años analizados por mortalidad se evidencio que el único indicador que tiene presencia en todo el periodo, en las causas externas, son las agresiones (homicidios), y la población que más se ve afectada por esto, son los hombres que este indicador es mucho mayor que el presentado por las mujeres. Se espera que los homicidios sigan disminuyendo teniendo en cuenta que el país está en el proceso de la firma del tratado de paz, el cual, le podrá fin cinco décadas de muertes en el país. El descenso de los hechos violentos permite que los zaragozanos empiecen a escribir una nueva historia y logren superar la larga etapa de conflicto que permitirá mejorar condiciones de vida y desarrollo socioeconómico para Zaragoza.

En el caso de las mujeres estas mueren más por enfermedades del sistema circulatorio, en específico las Enfermedades isquémicas del corazón sin embargo, y aunque esta es la principal causa en las mujeres la tasa de esta sigue siendo inferior a la de los hombres.

Ahora mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio tienen un importante peso dentro de la mortalidad general teniendo en cuenta que ocuparon por 7 años el primer lugar y en el 2017 fue la primera causa de muerte, lo significa, un gran reto para el municipio y Colombia teniendo en cuenta que dentro de las principales enfermedades del sistema circulatorio en Zaragoza esta la enfermedad isquémica del corazón, cardiovasculares e hipertensivas. Estas enfermedades podrían explicarse por múltiples factores no protectores y factores de riesgo como deficiencias en el sistema de salud en cuanto a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, deficiencia en las intervenciones y tratamientos. La población en general necesita cambios de estilos de vida saludable, entre ellos aumento del deporte, comida balanceada e incrementos de frutas y verduras, disminución del consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. El estado debe fortalecer el sistema de salud y programas a nivel local que asegure la continuidad de la atención. Las enfermedades no transmisibles a futuro se convertirán en la mayor carga y gasto para el sistema sanitario, no intervenirlas significaría más gasto. Según la Organización Mundial de la Salud-OMS “16 millones de muertes son atribuidas a las enfermedades no transmisibles las cuales se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos”. La OMS con el fin de refrenar las ENT implemento un Plan de Acción para la prevención y control de las ENT 2013-2020 que tiene por objeto reducir el número de muertes prematuras por ENT en un 25% a más tardar en

2025 mediante nueve metas mundiales de aplicación voluntaria. Las nueve metas tratan la cuestión en parte de abordar factores como el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, las dietas malsanas y la inactividad física, que incrementan el riesgo de contraer estas enfermedades. Se cree que el 40% de las estas muertes se puede evitar controlando factores de riesgos.

El municipio debe implementar ambientes saludables que incentiven conductas saludables, por ejemplo: ambientes libres de humo, aumento al 100% de impuestos a productos de tabaco y sus derivados, incremento de actividad física y adecuación de espacios. Esto con el fin de disminuir la morbimortalidad.

La razón por la cual se pierden más AVPP según las tasas ajustadas por edad en la población zaragozana es por las causas externas a expensas más de los hombres y la primera causa por la que se pierde más AVPP en el sexo femenino es por las enfermedades del sistema circulatorio. A pesar que la primera causa de AVPP en las mujeres son las enfermedades del sistema circulatorio los hombres tienen una mayor probabilidad de aportar más AVPP por enfermedades del sistema circulatorio lo que denota estilos de vida no saludables, consulta a servicios de salud tardíos y no adherencia al tratamiento.

Entre 2005 y 2020 el municipio de Zaragoza presentó tasas de mortalidad en menores de 5 años que demuestran la condición de vulnerabilidad y abandono estatal de estos menores. Es trascendental disminuir factores de riesgos multicausal asociados a la mortalidad en menores de 5 años como bajo peso al nacer, morbilidad materna extrema, nivel de escolaridad de la madre, disponibilidad de alimentos y manejo de los mismos, condiciones socio económicas y cultural.

Las tasas de mortalidad a las cuales hay que focalizar esfuerzos son: mortalidad neonatal, en la niñez, infantil y desnutrición en menores de 5 años. Se ha comprobado que los niños de hogares pobres tienen el doble de probabilidad de morir que los de hogares que tienen más recursos económicos, también los niños de hogares rurales y padres sin educación básica tiene mayor riesgo, además de contextos de violencia y política. Estos indicadores proponen un desafío para el municipio en mejorar programas eficientes de control, acceso a la salud sin barreras, políticas que ayuden a mejorar el estado de salud y seguimiento permanente de estos menores. Estos

indicadores dejan entre ver el nivel de salud del municipio y las desigualdades sociales existentes.

En el municipio de Zaragoza durante el periodo de análisis la mayor carga de enfermedad, la aportaron las enfermedades no transmisibles, observándose un comportamiento similar en hombres vs mujeres y para todos los ciclos vitales, excepto la primera infancia que predomina las condiciones trasmisibles y nutricionales, se evidencia que dentro de este grupo las enfermedades cardiovasculares son las que presentan el mayor número de consultas. A pesar de que el mayor número de consultas se realiza en población adulta las acciones deben focalizarse desde edades tempranas, dado que en estas edades es más fácil adquirir hábitos de vida cardiosaludables, hasta la vejez.

Los ciclos que más utilizan los servicios de salud son los adultos, juventud y primera infancia. Es importante anotar que este tipo de uso de servicios de salud está dado por estilos de vida y conductas no saludables. De allí, que una de las principales causas de morir sean las enfermedades no transmisibles. En la morbilidad específica por condiciones transmisibles y nutricionales predominan las enfermedades respiratorias, para las condiciones materno perinatales, son las condiciones maternas, esta población que consulta por esta causa tienen barreras de acceso administrativo y geográfico.

Con respecto a las enfermedades no transmisibles la mayor causa son las enfermedades cardiovasculares y enfermedades genitourinarias relacionadas probablemente al inicio temprano de vida sexualmente activa, aseo personal y agua no apta para el uso doméstico, hay que recordar que el municipio no está certificado en agua potable. En lesiones, se observa que los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas son las mayores causas de consulta.

Para las alteraciones permanentes del municipio se encontró que las más frecuentes en el municipio de Zaragoza son todas aquellas que están asociadas a la movilidad del cuerpo manos, brazos, piernas; sistema nervioso, voz y habla. Las alteraciones que menos se presentaron son los relacionados con los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto), la piel y la digestión el

metabolismo y las hormonas. El sexo que reporta mayor cantidad de discapacidad es el masculino. A la fecha el municipio se encuentra realizando el proceso de caracterización de los mismos, por lo que se estima que la población en situación de discapacidad es mucho mayor a la reportada en las fuentes oficiales.

En cuanto a salud mental se encontró que Zaragoza presenta problemas en trastornos mentales y del comportamiento y trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas. Es un patrón principalmente en población joven que no solo consumen, sino que venden la sustancia porque son una población que no es visible ante fuerza pública.

En cuanto a las enfermedades precursoras como diabetes mellitus e hipertensión en primera fase tiene que ver con lo que estamos haciendo día a día, pueden prevenirse y controlarse con actividad física, disminución de consumo de alcohol, alimentación balanceada, etc. Sería importante adoptar políticas públicas internacionales que incentiven opciones de vida saludable. Teniendo en cuenta que son los principales factores de riesgo ERC. El municipio tiene una proporción alta en estadio. La ERC es una patología de alto costo para Colombia por su impacto económico, mal pronóstico clínico, mortalidad y discapacidad.

La pandemia ha golpeado al municipio de dejando un saldo 34 fallecidos al 2021 y con base a la afectación se tiene una letalidad de 3.77 que en comparación a la nacional que es de 2.25 es muy elevada, y esto se debe a la falta de compromiso de la población para seguir con las medidas de protección sugeridas por el ministerio de salud y protección social, la dirección seccional de salud de Antioquia y la administración Municipal.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington D.C: Declaración de Alma Ata; [citado 10 nov 2022]. Disponible en: **<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>**
2. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Bogotá: Análisis de la Situación de Salud; [citado 10 nov 2022]. Disponible en: **<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>**
3. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Bogotá: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; [citado 10 nov 2022]. Disponible en: **<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-Pública-2022-2031.pdf>**
4. Congreso de la República de Colombia [Internet]. Bogotá: Ley 1551 de 2012, de 6 de julio, Por la cual se dictan normas para modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios; [citado 10 nov 2022]. Disponible en: **http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1551_2012.html**
5. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington D:C: Funciones Esenciales de la Salud Pública; [citado 10 nov 2022]. Disponible en: **<https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-Pública>**
6. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Bogotá: Resolución número 968 de 2002 Por la cual se establecen mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al Plan de Atención Básica y el inicio de su ejecución a nivel territorial; [citado 10 nov 2022]. Disponible en: **https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION_0968_de_2002.pdf**
7. Velázquez Pupo, A., Rodríguez Reyes, H., Sánchez Hernández, E., Duconger Danger, M., & Benítez Sánchez, E. (2010). Análisis de la situación de salud en una comunidad especial. MEDISAN, 14(2), 271-278.
8. Ministerio de la Protección Social y la Salud. [Internet]. Bogotá: Análisis de Situación de Salud; [citado 10 nov 2022]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>

9. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington D.C: Funciones esenciales de la salud pública; [citado 10 nov 2022]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4159:que-son-funciones-esenciales-salud-Publicas-fesp&Itemid=3617&lang=es Acceso el 20 de enero de 2013.
10. Organización Panamericana de la salud. [Internet]. Washington D.C. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999, 1-3; [citado 11 nov 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31849/BE_v20n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Bernal O, Forero JC, Villamil MP, Pino R. Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia. [Internet]. 2011 Ago [citado 11 nov 2022]; 31(3):181–7. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/181-187/es>
12. Gutierrez, C., Giedion, Ú., Muñoz, A. L., & Ávila, A. (2012). Series de notas técnicas sobre procesos de priorización de salud: Procesos de priorización explícita en salud: Un enfoque sistémico (No. 70598). Inter-American Development Bank.
13. Breilh J, La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva [Internet]. 2010 mar [citado 11 nov 2022]; 2010;6(1):83-101. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2010.v6n1/83-101/es>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Bogotá. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; [citado 11 nov 2022]. Disponible en: **<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>**
15. Departamento Nacional de Planeación. [Internet]. Bogotá. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: prosperidad para todos. [citado 11 nov 2022] Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/PND-2010-2014>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Bogotá. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; [citado 12 nov 2022]. Disponible en: **<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>**
17. Wong de Liu, C. Determinantes Sociales de la Salud. En: Salud Pública y Epidemiología. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas; [citado 11 nov 2022]. [1 pantalla].

Disponible en: <https://saludPúblicayepi.files.wordpress.com/2012/06/determinantes-sociales-2012.pdf>

18. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of health Discussion Paper 2 (policy and practice); [citado 11 nov 2022].

Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>

19. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Bogotá. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; [citado 12 nov 2022]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

20. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. Bogotá. Estrategia PASE a la Equidad en Salud; [citado 12 nov 2022]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Plegable-Pase%20a%20la%20Equidad%20en%20Salud.pdf>

21. Martínez Navarro Ferran. De la información a la acción: la vigilancia de la salud pública. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2000 Ene [citado 2023 Feb 07] ; 74(mon): 00-00.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000600006&lng=es. Decreto 3518 de 2006 Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud, 06 de octubre de 2006.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

22. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. Bogotá. Decreto 3518 de 2006 Por la cual se crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 09 de octubre 2006; [citado 12 nov 2022]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

23. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. Bogotá. Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, 09 de enero 2007; [citado 12 nov 2022]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley1122-de-2007.pdf>

24. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. Bogotá. Decreto 3039 de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud

Pública, 10 de agosto de 2007; [citado 12 nov 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF

25. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. Bogotá. Resolución 1841 de 2013 Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 04 de junio de 2013; [ciado 12 nov 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

26. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. [Internet]. Bogotá. Resolución 1035 de 2022 Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, 14 de junio de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

27. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de Acción Integral territorial MAITE [Internet]. Bogotá. Resolución 2626 de 2019 Por la cual se adopta el Modelo de Acción Integral territorial, 27 de septiembre de 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

28. Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud - RIAS [Internet]. Bogotá. Resolución 3202 de 2016 Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, 26 de julio de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

29. Agenda Antioquia 2040 Unidos construimos nuestro futuro. <https://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/agenda2040/>