



Análisis de Situación de Salud participativo del municipio de Girardota

Kevin René Bernal Morales
Alcalde Municipal

Gladiz Cenet Arias Londoño
Secretaría de Salud

Realizado por:
Diana Carolina Estrada Castro
Erica Bejarano Avendaño

Girardota, Antioquia, Colombia
2025

Tabla de contenido

1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	15
1.1 Contexto territorial	15
1.1.3 Accesibilidad geográfica	17
1.2 Contexto poblacional y demográfico	19
Población Total	19
Densidad poblacional por kilómetro cuadrado.....	19
Población por área de residencia Urbano/Rural	20
Grado de Urbanización	20
Número de viviendas	20
Número de Hogares.....	21
Población por pertenencia étnica.....	21
1.2.1 Estructura demográfica	22
Otros indicadores demográficos	23
1.2.2 Dinámica demográfica.....	26
Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad	26
1.2.3 Movilidad forzada	28
1.2.4 Población LGBTIQ+	29
1.2.5 Dinámica migratoria	30
1.2.6 Población Campesina	31
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	34
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud	40
1.4.1 Políticas Públicas Municipales	40
1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores relacionados.....	42
1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social	43
1.6 Conclusiones del capítulo.....	45
2. CAPITULO II: CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES	46
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio	46
Ocupación y empleo	46



2.2 Condiciones de vida del territorio	47
Cobertura de Educación	51
Pobreza (NBI).....	52
2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio.....	53
2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad.....	54
2.5 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social	55
2.6 Conclusiones del capítulo	57
3. CAPITULO III: SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO – 30 PAGINAS	58
3.1 Análisis de la mortalidad	58
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas:	58
3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo	60
3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	71
3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental	77
3.1.5 Conclusiones de mortalidad	78
3.2 Análisis de la morbilidad	79
3.2.1 Principales causas de morbilidad	79
3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo	82
3.2.3 Morbilidad específica salud mental	84
3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo.....	86
3.2.5 Morbilidad de eventos precursores	87
3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	88
3.2.7 Morbilidad población migrante	91
3.2.8 Conclusiones de morbilidad.....	93
3.3 Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud	94
4. CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO – 8 PAGINAS	96
5. CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO – 15 PAGINAS	97



6. CAPITULO VI: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – APS – 5 PAGINAS	100
---	-----



Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución de Girardota por extensión territorial y área de residencia, 2018.....	15
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros en Girardota, 2025	18
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde Girardota hacia los municipios vecinos, 2025	18
Tabla 4. Población total DANE proyectada.....	19
Tabla 5. Densidad Poblacional por Kilómetro Cuadrado.....	19
Tabla 6. Tabla de Población por área de residencia, Girardota 2025	20
Tabla 7. Grado de urbanización, Girardota 2025.....	20
Tabla 8. Número de Viviendas ocupadas, Girardota 2025	20
Tabla 9. Número de hogares, Girardota 2025.	21
Tabla 10. Población por pertenencia étnica, municipio de Girardota a 2025.....	22
Tabla 11. Otros indicadores de estructura demográfica municipio de Girardota, 2020, 2025 y 2030.....	24
Tabla 12. Otros indicadores: Tasas específicas de fecundidad 10 a 14 y 15 a 19. y de 10 a 19 de Girardota, 2014 – 2024	27
Tabla 13. Organizaciones Sociales Relacionadas con Procesos Productivos Específicos de Girardota	32
Tabla 14. Organizaciones Sociales Relacionadas con Procesos Productivos Específicos, Girardota 2023	34
Tabla 15. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud en el municipio de Girardota, 2024.....	35
Tabla 16. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del municipio de Girardota, 2024	36
Tabla 17. Cobertura de la afiliación al SGSSS, Girardota septiembre 2025.....	38
Tabla 18. Caracterización de la población por EAPB y régimen, Girardota 2023.....	39
Tabla 19. Cobertura de Servicios Públicos por zonas en el municipio de Girardota, 2022 - 2023	47
Tabla 20. Determinantes intermedios de la salud- Seguridad alimentaria y nutricional del municipio de Girardota, 2007-2024.....	48
Tabla 21. Gerencial de vacunación del municipio de Girardota, 2024.....	50



Tabla 22. Tasa de Cobertura bruta de educación en el municipio de Girardota, 2005-2022	51
Tabla 23. NBI Censo DANE 2018, Girardota.	52
Tabla 24. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del municipio de Girardota, 2023	53
Tabla 25. Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Girardota, septiembre 2025	54
Tabla 26. Tasas específicas de mortalidad infantil según sexo Niños menores de 1 año, Municipio de Girardota 2015-2024	71
Tabla 27. Tasas específicas de mortalidad infantil según sexo Niños de 1 a 4 años, Municipio de Girardota 2015-2024	72
Tabla 28. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según sexo en menores de 5 años, Municipio de Girardota 2015-2024	73
Tabla 29. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez Municipio de Girardota 2015-2024	74
Tabla 30. Razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal por etnia, Municipio de Girardota 2009-2024	75
Tabla 31. Tasa de mortalidad neonatal por etnia Municipio de Girardota 2009-2024	75
Tabla 32. Razón de mortalidad materna por área de residencia 2009-2024	76
Tabla 33. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia 2009-2024	76
Tabla 34. Morbilidad atendida Total General, Girardota, 2015-2024	79
Tabla 35. Morbilidad atendida Total hombres, Girardota, 2015-2024	80
Tabla 36. Morbilidad atendida Total mujeres, Girardota, 2015-2024	80
Tabla 37. Morbilidad específica, Total General, Girardota 2015 – 2024	82
Tabla 38. Morbilidad específica, Total General, Girardota 2015 – 2024	84
Tabla 39. Eventos de alto costo, municipio de Girardota 2017 - 2024	86
Tabla 40. Eventos precursores del municipio de Girardota, 2017 – 2024	88
Tabla 41. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria (ENOS) del municipio de Girardota, 2023	89
Tabla 42. Atención en salud a la población migrante según tipo de atención, Girardota 2024.	91
Tabla 43. Tabla de núcleo de inequidades con problemáticas priorizadas	99



Lista de Mapas

Mapa 1. Mapa de División política administrativa y limites, Girardota a 2025.	15
Mapa 2. Mapa de zonas de riesgo por avenidas torrenciales del municipio de Girardota	17
Mapa 3. Vías de comunicación del municipio de Girardota, 2025	19



Lista de Figuras

Figura 1. Pirámide poblacional municipio de Girardota, comparativo 2020, 2025 y 2030	22
Figura 2. Población por sexo y grupo de edad municipio de Girardota, 2025 .	25
Figura 3. Comparación entre la tasa bruta de natalidad y mortalidad del municipio de Girardota, 2014 a 2024.....	26
Figura 4. Pirámide población víctima del municipio de Girardota según sexo, 2025.....	28
Figura 5. Población diversa identificada en el municipio de Girardota 2024 ...	29
Figura 6. Pirámide población migrante, Girardota 2025.	30
Figura 7. Pirámide de la población en situación de discapacidad. Girardota, septiembre 2025.....	55
Figura 8. Tasas ajustadas de Mortalidad Municipio de Girardota	58
Figura 9. Distribución porcentual de AVPP según grandes causas Municipio de Girardota 2015-2024	59
Figura 10. Mortalidad por enfermedades transmisibles en población masculina Municipio de Girardota 2015 - 2024	60
Figura 11. Mortalidad por enfermedades transmisibles en población femenina Municipio de Girardota 2015 - 2024	61
Figura 12. Mortalidad por neoplasias en población masculina Municipio de Girardota 2015-2024	62
Figura 13. Mortalidad por neoplasias en población femenina Municipio de Girardota 2015-2024	63
Figura 14. Mortalidad sistema circulatorio en población masculina Municipio de Girardota 2015 – 2024.....	64
Figura 15. Mortalidad sistema circulatorio en población femenina Municipio de Girardota 2015 – 2024.....	65
Figura 16. Mortalidad Periodo Perinatal en población masculina Municipio de Girardota 2015 – 2024.....	66
Figura 17. Mortalidad Periodo Perinatal en población masculina Municipio de Girardota 2015 – 2024.....	67
Figura 18. Mortalidad por Causas externas en población masculina Municipio de Girardota 2015-2024	68
Figura 19. Mortalidad por Causas externas en población masculina Municipio de Girardota 2015-2024	69
Figura 20. Mortalidad por todas las demás causas en población masculina Municipio de Girardota 2015-2024	70
Figura 21. Mortalidad por todas las demás causas en población femenina Municipio de Girardota 2015-2024	71
Figura 22. Mortalidad por Trastornos Mentales y de Comportamiento 2015-2024.....	77
Figura 23. Mortalidad por Epilepsia Municipio de Girardota 2015-2024	78
Figura 24. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Girardota, 2024.....	87



Figura 25. Atención en salud a la población migrante según régimen de afiliación, Girardota 2025. 92

INTRODUCCIÓN

El **Análisis de Situación de Salud (ASIS)** es una herramienta clave para comprender y responder a las necesidades sanitarias de una población. En el año 2025, este ejercicio se desarrolla en un contexto global marcado por desafíos emergentes, con el propósito de ofrecer una visión integral, participativa y territorial de la salud. A través de un enfoque colaborativo, el ASIS permite identificar prioridades, evaluar recursos disponibles y proponer estrategias efectivas orientadas a mejorar el bienestar colectivo.

10

Los ASIS son procesos analítico-sintéticos que posibilitan **caracterizar, medir y explicar** el contexto salud-enfermedad de una población. Incluyen la descripción de daños y problemas de salud, así como de sus determinantes, sean estos de competencia del sector salud o de otros sectores. Además, facilitan la identificación de necesidades y prioridades sanitarias, así como el diseño de intervenciones, programas y proyectos en el marco de la evaluación de su impacto en salud.

Los resultados y conclusiones de estos análisis ofrecen una **visión integral de la situación sanitaria del territorio**, constituyéndose en insumos esenciales para la toma de decisiones, la formulación de políticas y la gestión eficiente de recursos. De este modo, el ASIS se convierte en un instrumento estratégico para la comunidad científica, técnica y los tomadores de decisiones, al orientar la planeación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos desde la gestión territorial en salud.

En concordancia, el **Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031** establece una hoja de ruta para avanzar en el mejoramiento de la salud de la población en un contexto atravesado por inequidades y retos emergentes. Bajo este marco, el análisis de situación de salud adquiere especial relevancia como herramienta que permite reconocer las necesidades específicas de las comunidades y diseñar intervenciones efectivas, promoviendo un enfoque integral que prioriza la prevención, la promoción de la salud y el acceso equitativo a servicios de calidad.



METODOLOGIA

Para la elaboración del **documento ASIS del municipio de Girardota**, se adoptó la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), complementada con fuentes de información oficiales y propias, que permiten establecer un diagnóstico integral de la situación de salud en el marco de la participación social. El documento se estructuró en seis capítulos, siguiendo la organización sugerida por el MSPS.

11

En cuanto a las **fuentes de información**, se utilizaron las estimaciones y proyecciones poblacionales derivadas del Censo Nacional de 2018, actualizadas con la serie poblacional 2023 (postpandemia), así como los indicadores demográficos para el análisis del contexto poblacional. Para el estudio de la **mortalidad en el departamento de Antioquia**, se empleó la información del periodo 2014-2023, proveniente de las estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Respecto a la **morbilidad**, se analizaron los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del periodo 2011-2023, dispuestos en el visor suministrado por el Ministerio. Asimismo, se incorporaron los datos de **eventos de alto costo y eventos precursores**, actualizados a 2023, y los **Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)**, reportados entre 2007 y 2023, a partir de los indicadores calculados y entregados por el MSPS al ente territorial.

La presentación de la situación de salud e indicadores se realizó mediante un análisis descriptivo de persona, lugar y tiempo, utilizando como herramienta de apoyo hojas de cálculo en Excel.

En el **componente participativo**, se desarrollaron escenarios orientados a consolidar e integrar información cuantitativa y cualitativa, con el propósito de explicar los principales problemas y necesidades en salud del territorio. Para ello, se aplicó la técnica de investigación acción-participativa bajo la metodología de **cartografía social**, lo que permitió construir un panorama desde la realidad de las comunidades y priorizar los efectos en salud identificados en el proceso.



AGRADECIMIENTOS

Los más sinceros agradecimientos al MSPS por ser el autor de la Guía metodológica ASIS, de igual manera a la Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia por ser claves en el acompañamiento a los municipios para el desarrollo de este, a la secretaria de salud y protección social Gladiz Cenet Arias Londoño y al señor alcalde Kevin René Bernal Morales.

12



SIGLAS

AIEPI: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

CMGRD: Consejo Municipal para la Gestión del Riesgo de Desastres

CSPA: Consumo de Sustancias Psicoactivas

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

DSSA: Dirección Seccional de Salud de Antioquia

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

EGI-ETV: Estrategia de Gestión Integral Enfermedades Transmitidas por Vectores

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza

ESE: Empresa Social del Estado

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ERI: Equipo de Respuesta Inmediata

ET: Entidad Territorial

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores

ERC: Enfermedad Renal Crónica

FNSP: Facultad Nacional de Salud Pública

GOTIS: Grupos Organizados de Trabajo Informal

HTA: Hipertensión Arterial

IAMI: Institución Amiga de la Mujer y la Infancia

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

LGBTI: Lesbianas, Gays, Bisexuales y personas Transgénero

LI: Límite inferior

LS: Límite superior



MEF: Mujeres en edad fértil
MEN: Ministerio de Educación Nacional
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
M.S.N.M: Metros Sobre el Nivel del Mar
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PTS: Plan Territorial de Salud
RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
RN: Recién Nacido
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
PIB: Producto Interno Bruto
PBOT: Plan Básico de Ordenamiento Territorial
SIIS: Sistema Integral de Información en Salud
SSPD: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SGSST: Sistema General de seguridad y Salud en el Trabajo
SRAG: Síndrome Respiratorio Agudo Grave
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SSR: Salud Sexual y Reproductiva
SPA: Sustancias Psicoactivas
TB: Tuberculosis
TEF: Tasa Específica de Fecundidad
UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
 $\mu\text{g}/\text{m}^3$: Microgramos por metro cúbico
PM 2.5: partículas de diámetro inferior a 2,5 micras
PM10: partículas de diámetro inferior a 10 micras
O3: Ozono troposférico
CO: Monóxido de carbono
NO2: Dióxido de nitrógeno



1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

El Municipio de Girardota se encuentra ubicado al occidente del Departamento de Antioquia y al norte del Área Metropolitana del Valle de Aburrá a una distancia de Medellín de 26 kilómetros, lo que se traduce a 30 minutos aproximadamente; con coordenadas geográficas 06°22'32" latitud Norte y una longitud Este 75°27'08". Limita por el norte con el Municipio de **Barbosa**; por el oriente con los Municipios de **Guarne** y **San Vicente**; por el occidente con los Municipios de **San Pedro de los Milagros** y **Don Matías** y por el sur con el Municipio de **Copacabana**.

15

Tabla 1. Distribución de Girardota por extensión territorial y área de residencia, 2018

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
GIRARDOTA	4.1Km ²	5%	77.9Km ²	95%	82 Km ²	100%

Fuente: Planeación Municipal – PBOT

Mapa 1. Mapa de División política administrativa y límites, Girardota a 2025



Fuente: Secretaría de Planeación municipal

En la zona urbana cuenta con los siguientes barrios: La Ceiba, Centro, El Llano, El Paraíso, El Salado, La Ferrería, La Florida, Girardota La Nueva, Guaduales,



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

Guayacanes, Juan XXIII, Montecarlo, Naranjal, Nuevo Horizonte, Santa Ana, San José y Aurelio Mejía. Es de anotar que, aunque los barrios son 17 por Acuerdo Municipal, falta inventariar Palmas del Llano, el cual fue fundado en 1997. La zona rural cuenta con 25 veredas: Vereda El Barro, Vereda El Palmar, Vereda El Socorro, Vereda El Yarumo, Vereda Jamundí, Vereda La Mata, Vereda Las Cuchillas Arriba, Vereda Mercedes Abrego, Vereda Portachuelo, Vereda San Andrés, Vereda San Diego, Vereda San Esteban, Vereda El Cano, Vereda El Paraíso, Vereda El Totumo, Vereda Encenillos, Vereda Juan Cojo, Vereda La Calera, Vereda La Holanda, Vereda La Matica, Vereda La Meseta, Vereda La Palma, Vereda Loma de los Ochoa, Vereda Manga Arriba, Vereda Potrerito. El PBOT determina los siguientes centros poblados para el Municipio de Girardota: Las Cuchillas, San Esteban, La Calle, Jamundí, Cabildo.

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

Altitud y Relieve

El territorio del Municipio es montañoso y su relieve corresponde a la cordillera Central. El río Medellín recorre el Municipio de Girardota. Su principal altura es el Alto de Las Cruces con 2.550 m.s.n.m.

Hidrografía

Comparte con el Municipio de Copacabana y los principales accidentes geográficos son el río Medellín, quebrada El Salado, quebrada La Silva, quebrada La Correa, quebrada El Tigre, Alto de la Sepultura y el Cerro.

Zonas de riesgo

En términos generales, en la vertiente norte, las zonas con condición de riesgo por movimiento en masa se encuentran en los sectores de La Holanda, San Esteban, La Matica, parte de Mercedes Abrego, San Andrés y La Palma. En la vertiente sur, los sectores que presentan zonas con condición de riesgo son Jamundí, Encenillos, parte de La Calera, Juan Cojo, Manga Arriba, La Meseta y El Cano.

Otras zonas que representan un riesgo por movimiento en masa son las orillas y zonas pendientes aledañas a la Quebrada El Salado sobre el sector El Paraíso y los drenajes que cruzan cerca de la Unidad deportiva Municipal. Estos drenajes en épocas de lluvias cuando sufren crecientes aumentan la capacidad de erosión lateral y socavamiento de orillas, provocando movimientos en masa. En la vereda San Diego se encuentran zonas con condición de riesgo por inundación

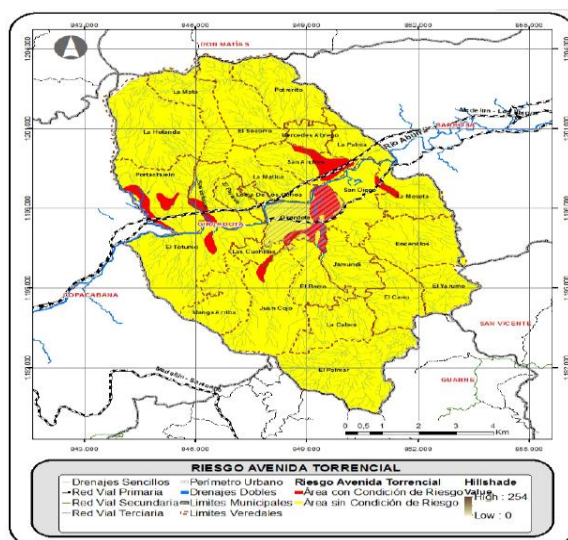


por la confluencia del Río Aburra con las corrientes que bajan por las vertientes del municipio, en especial con la Quebrada El Barbascal. También se encuentra influenciada por la llanura de inundación del Río Aburrá. En esta zona se han registrado eventos de inundación en el pasado. El sector de La Palma se encuentra afectado por los procesos de inundación en su parte bajo en la confluencia de la Quebrada El Caimito con la Llanura aluvial.

17

Teniendo en cuenta el análisis de las amenazas por movimientos en masa en las laderas de las dos vertientes, las observaciones e indagaciones de campo, así como el procesamiento de mapas temáticos con herramientas SIG, se logró el resultado observado en siguiente mapa. En dicho mapa se muestran las cuencas de las Quebradas La Ortega, El Caimito, El Barbascal, Juan Cojo, La Correa y El Salado con zonas con condición de riesgo por avenidas torrenciales.

Mapa 2. Mapa de zonas de riesgo por avenidas torrenciales del municipio de Girardota



Fuente: Secretaría de Planeación municipal

Temperatura y Humedad

El Municipio tiene una temperatura promedio de 22 °C, una altura de 1.425 m.s.n.m. y un área total de 82 kilómetros cuadrados.

1.1.3 Accesibilidad geográfica

Dentro del transporte público se cuenta con los siguientes servicios:



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.

- Buses. Existe en la localidad un sistema privado de buses urbanos que comunican a Girardota y a Medellín.
- Taxis. Hay numerosas empresas de taxis que cubren toda el área metropolitana. El servicio de pedido de taxi por teléfono es el más usual y seguro. Algunas empresas prestan servicios intermunicipales.
- Colectivos. La misma empresa que presta el servicio de transporte en Buses y Taxis, presta el servicio interveredal de colectivos, actualmente conocida como Expreso Girardota S.A.
- Servicio informal de moto-taxis: Servicio que prestan de manera informal y es muy utilizado en el municipio.

18

Desde la planeación en salud, el municipio de Girardota cuenta con red para la remisión, referencia y contrareferencia con municipios cercanos como Medellín el cual cuenta con instituciones de salud de mayor nivel de complejidad, garantizando el acceso a los servicios de salud para la población que lo requiere.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros en Girardota, 2025

Girardota	Tiempo de llegada desde la vereda más alejada a la cabecera municipal de Girardota, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde la vereda mas alejada a la cabecera municipal	Tipo de transporte desde la vereda mas alejada a la cabecera municipal
Medellín-Caberera municipal Girardota	45 minutos	23 Km	Vehículo automotor
Medellín-Vereda el Palmar	130 minutos (2 horas +10 minutos)	40.5 Km	Vehículo automotor
Vereda el palmar	1 hora + 25 minutos	17.5 Km (8 Km pavimentados)	Vehículo automotor
Vereda Potrerito	55 minutos	16 Km (todos pavimentados)	Vehículo automotor

Fuente: Planeación Municipal – PBOT

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde Girardota hacia los municipios vecinos, 2025

Municipio	Municipio vecino	Distancia en metros entre el municipio y su municipio vecino*	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino*	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino*	
				horas	minutos
Girardota	Barbosa	21,985	Vehículo Automotor	0	20
	Copacabana	7,853		0	15
	Donmatías	26,196		0	30

Fuente: Estudio de Geografía Sanitaria – MSPS



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



Mapa 3. Vías de comunicación del municipio de Girardota, 2025



Fuente: Ortofoto Google Maps

19

1.2 Contexto poblacional y demográfico

Población Total

Como se observa en la tabla 4, se muestra la distribución poblacional según proyección DANE en el municipio de Girardota comparativo desde 2014 a 2025 proyectado.

Tabla 4. Población total DANE proyectada

Tamaño de la población	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Población Total	53006	54240	55490	56755	58030	59319	54439	55294	56148	55483	55902	56312

Fuente: DANE

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El municipio de Girardota tiene una densidad poblacional elevada que aumenta cada año. Esto ha generado problemáticas asociadas a la alta ocupación en el área urbana, hacinamiento y una demanda elevada de recursos naturales. A nivel rural, la estructura ecológica principal y la oferta ambiental en general se han visto presionadas por el asentamiento de población, fincas de recreo, industrias y agroindustrias.

A continuación, se presenta la descripción de la densidad poblacional desde 2005 a 2025(p)

Tabla 5. Densidad Poblacional por Kilómetro Cuadrado

Densidad Poblacional	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Densidad de la población (Hab/Km2)	400	539	610.45	766.7	674.3	684.7	676.6	681.7	686.7

Fuente: DANE



Población por área de residencia Urbano/Rural

Según el censo DANE del año 2018, se observa la distribución de la población por zonas en el municipio con una mayor población en la zona urbana comparativamente con la zona rural y que ha crecido a través del tiempo. A través de los años se ha observado que, el porcentaje de población en la zona urbana es mayor a la zona rural a pesar de que la extensión de esta zona es mucho mayor, lo que puede verse reflejado a futuro en un mayor déficit de vivienda urbana y la necesidad de una aceleración en la construcción de nuevas viviendas.

20

Tabla 6. Tabla de Población por área de residencia, Girardota 2025

Cabecera municipal		Resto		Total
Nº	%	Nº	%	
33900	60.2	22412	39.8	56312

Fuente: DANE

Grado de Urbanización

Como se comenta anteriormente, el municipio ha presentado un incremento del grado de urbanización año tras año, el municipio de Girardota ha sido receptor de personas tanto nacionales como de países vecinos con asentamiento en los diferentes barrios, generando así, una mayor concentración de población en la zona urbana. Además, la presencia del corredor industrial en el territorio ha traído consigo un crecimiento demográfico asociado a la oferta laboral y la centralización de servicios en la cabecera urbana.

Tabla 7. Grado de urbanización, Girardota 2025

Grado de Urbanización
60.2

Fuente: DANE

Número de viviendas

Según Fuente Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE las viviendas del municipio se concentran en un mayor porcentaje en el área urbana en concordancia con una mayor población residente en los barrios del municipio.

Tabla 8. Número de Viviendas ocupadas, Girardota 2025

	Viviendas ocupadas		
	Cabecera	Resto	Total
Girardota	12056	7528	19584

Fuente: DANE



Número de Hogares

Tabla 9. Número de hogares, Girardota 2025.

HOGARES			
	URBANO	RURAL	TOTAL
2018	8749	6962	15711
2019	9252	7135	16387
2020	9756	7275	17031
2021	10292	7283	17575
2022	10784	7347	18131
2023	11274	7436	18710
2024	11684	7547	19231
2025	12093	7663	19756

Fuente: SISBEN

21

Según la información del DANE en el municipio a 2018 se realizó un censo en el cual se identificaron **15.711 hogares**, a 2025 esta cifra aumentó a 19.756 de los cuales, del total de los hogares del municipio, el 61.2% pertenecen a la zona urbana y el resto a la zona rural.

Población por pertenencia étnica

En el municipio de Girardota, la configuración poblacional según autorreconocimiento étnico muestra una predominancia de personas que no se identifican con ningún grupo étnico-racial específico, representando el 93,9% del total (52.891 personas). Este comportamiento es consistente con los procesos históricos de mestizaje y urbanización propios del Valle de Aburrá, donde las dinámicas socioculturales han favorecido la consolidación de identidades mayoritariamente mestizas.

Sin embargo, Girardota cuenta con una presencia significativa de población negra, mulata, afrodescendiente o afrocolombiana, equivalente al 6,0% (3.363 personas). Esta población mantiene organización comunitaria activa a través del Consejo Comunitario Afrodescendiente de la vereda San Andrés, el cual constituye un referente territorial y cultural para el reconocimiento de derechos, la preservación de prácticas tradicionales y la participación social. La existencia de este Consejo fortalece las posibilidades de articulación comunitaria en los procesos de Promoción de la Salud y Gestión Territorial del Riesgo, especialmente en acciones dirigidas a salud mental, salud familiar, protección de la identidad cultural y acceso equitativo a servicios.



Por su parte, la población indígena representa el 0,1% (53 personas). No obstante, se identifica una limitación importante en la información disponible, dado que no existe actualmente una base de datos local que permita ubicar geográficamente a esta población ni caracterizar su situación sociodemográfica y de salud. Esta ausencia de información dificulta la planeación focalizada y la incorporación efectiva del enfoque diferencial indígena en la oferta institucional. Se requiere, en consecuencia, avanzar en procesos de caracterización territorial y comunitaria, preferiblemente a través de estrategias de APS y cartografía social participativa, garantizando el respeto a la autodeterminación cultural y la confidencialidad.

22

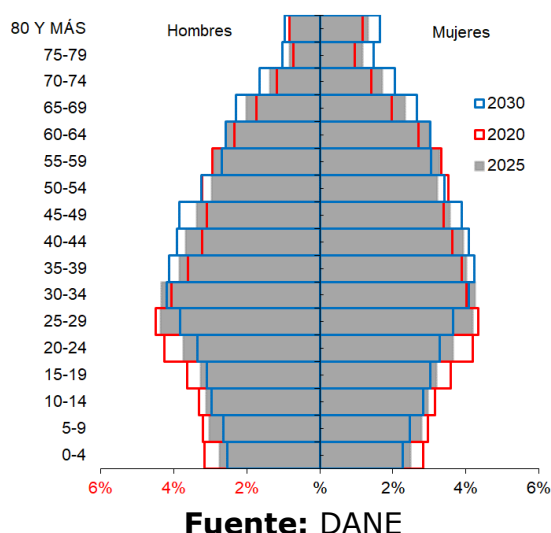
Tabla 10. Población por pertenencia étnica, municipio de Girardota a 2025

Autoreconocimiento étnico	Casos	%
Indígena	53	0,1%
Gitano(a) o Rrom	0	0,0%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	4	0,0%
Palenquero(a) de San Basilio	1	0,0%
Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	3.363	6,0%
Ningún grupo étnico-racial	52.891	93,9%
Total	56.312	100%

Fuente: Ministerio de Salud

1.2.1 Estructura demográfica

Figura 1. Pirámide poblacional municipio de Girardota, comparativo 2020, 2025 y 2030



La pirámide poblacional de Girardota evidencia una estructura demográfica que tiende hacia la transición poblacional, con una base que se estrecha progresivamente y una concentración mayor de población en los grupos de edad correspondientes a jóvenes y adultos jóvenes. Los grupos etarios más representados se encuentran entre los 20 y 39 años, lo cual sugiere un municipio con alta participación de población económicamente activa y en etapas reproductivas y laborales activas.

La reducción proporcional en los grupos de 0 a 14 años indica una disminución sostenida de la natalidad, fenómeno consistente con los patrones demográficos del Valle de Aburrá y con los cambios socioculturales asociados a mayor acceso a educación, planificación familiar y participación laboral femenina. Este comportamiento impacta directamente la demanda futura de servicios como educación inicial, atención materno-infantil y programas de crianza saludable, que deberán ajustarse a una población infantil proporcionalmente menor.

En contraste, se aprecia un ensanchamiento gradual de los grupos de edad de 55 años y más, lo que refleja un proceso de envejecimiento progresivo de la población. Si bien aún no se trata de un envejecimiento acelerado, la tendencia sugiere la necesidad de fortalecer estrategias relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles, cuidado de personas mayores, salud mental, rehabilitación y redes de apoyo comunitario y familiar.

La pirámide presenta una distribución relativamente equilibrada entre hombres y mujeres en la mayoría de los grupos etarios, aunque se evidencia una mayor proporción de mujeres en los grupos de mayor edad, lo cual es consistente con la mayor esperanza de vida femenina. Esta diferencia tiene implicaciones sociales y de salud relevantes, como el incremento de mujeres mayores en riesgo de soledad, dependencia funcional y barreras en el acceso a cuidadores o redes familiares.

Otros indicadores demográficos

El comportamiento de los indicadores demográficos de Girardota confirma una transformación poblacional gradual hacia el envejecimiento. La población total presenta un crecimiento moderado entre 2020 y 2030, con una distribución por sexo relativamente equilibrada, aunque con una mayor presencia de mujeres en los grupos de edad avanzada debido a su mayor esperanza de vida. La razón niños:mujer y los índices de infancia y juventud muestran una disminución



continúa, lo que evidencia una reducción de la fecundidad y un estrechamiento de la base de la pirámide poblacional. Este patrón se relaciona con factores como el acceso a educación, la inserción laboral femenina, la planificación familiar y las dinámicas propias del contexto metropolitano. Este proceso es coherente con lo planteado en el Plan Territorial de Salud 2024–2027, que reconoce la transición demográfica como determinante de la organización de la oferta de servicios de salud en el territorio.

24

Paralelamente, los indicadores de envejecimiento presentan incrementos significativos: el índice de vejez y el índice de envejecimiento aumentan durante el periodo analizado, lo cual indica una proporción creciente de personas mayores en la estructura poblacional. Esto supone un cambio en el perfil de necesidades en salud y en protección social, dado que se incrementa la prevalencia esperada de enfermedades crónicas, dependencia funcional, necesidad de rehabilitación y cuidados familiares y comunitarios. Esta situación encuentra coherencia estratégica en la Política Pública de Envejecimiento y Vejez (2016), que orienta la promoción del envejecimiento activo, y en la línea estratégica de Justicia e Inclusión Social y Bienestar Ciudadano del Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027, que prioriza la atención integral y el cuidado digno de las personas mayores.

Tabla 11. Otros indicadores de estructura demográfica municipio de Girardota, 2020, 2025 y 2030

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Población total	53,781	56,312	57,836
Población Masculina	26,342	27,582	28,289
Población femenina	27,439	28,730	29,547
Relación hombres:mujer	96.0	96.0	95.7
Razón niños:mujer	22.2	19.5	18.3
Índice de infancia	18.6	17.1	15.7
Índice de juventud	24.5	22.4	20.2
Índice de vejez	9.9	11.6	13.8
Índice de envejecimiento	53.4	67.7	87.7
Índice demográfico de dependencia	39.9	40.2	41.7
Índice de dependencia infantil	26.0	24.0	22.2
Índice de dependencia mayores	13.9	16.2	19.5
Índice de Friz	89.3	76.0	67.4

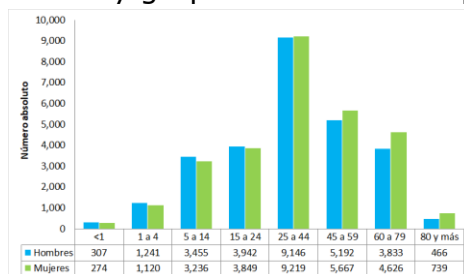
Fuente: DANE

Finalmente, el índice de dependencia demográfica muestra una transición en la carga social: disminuye la dependencia infantil mientras aumenta la dependencia asociada a personas mayores. Este desplazamiento implica que, en los próximos años, la planificación municipal deberá fortalecer los programas de cuidado, apoyo a cuidadores y redes comunitarias de soporte, articulados desde la Atención Primaria en Salud y la participación social. De igual manera, la reducción relativa de la población infantil y juvenil requiere ajustes en la



proyección de servicios educativos y materno-infantiles, pero con un énfasis mayor en la calidad, la continuidad del cuidado y la protección de entornos seguros, en coherencia con la Política Pública de Juventud (2007) y la Política Pública de Salud Mental y Adicciones (2016), ambas relevantes para el curso de vida y la promoción de bienestar emocional en la población joven.

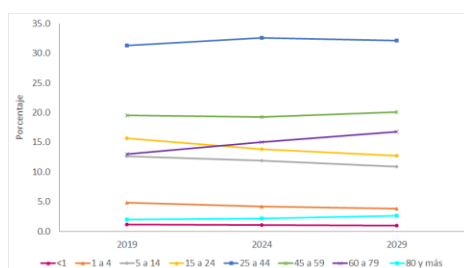
Figura 2. Población por sexo y grupo de edad municipio de Girardota, 2025



Fuente: DANE

En la figura 2, se identifica que para el año 2025 el mayor número de población en el municipio se encuentra entre las edades de 25 a 44 años, la cual es población en edad productiva, seguida de los grupos de edad de 45 a 59 años. En cuanto a la población por sexo según grupo etario, se observa que en los primeros años de vida y hasta los 24 años se presenta una mayor proporción de hombres que de mujeres, contrario a esto, en la población mayor a los 25 años existe aumento progresivo en la proporción de mujeres en cada grupo etario por ciclo vital, esto podría atribuirse a los estilos de vida, el autocuidado y las actividades laborales, los cuales han influido en la morbi-mortalidad de la población. Aunque para el total de la población a nivel mundial se evidenciándose tendencia de una mayor proporción de mujeres comparativamente con los hombres, en el municipio de Girardota se observa una tendencia al equilibrio entre la población de ambos sexos.

Figura. 1 Tendencia por grupo de edad municipio de Girardota, 2025



Fuente: DANE



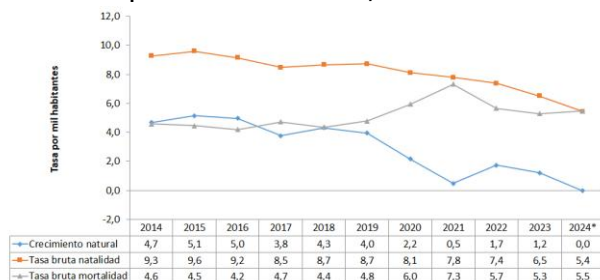
1.2.2 Dinámica demográfica

Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad

En Girardota, la tasa de natalidad ha mostrado una tendencia a la disminución durante la última década, coherente con la transición demográfica observada en el municipio. Este comportamiento se refleja de manera clara en la reducción sostenida de la fecundidad adolescente, especialmente en el grupo de 15 a 19 años, cuya tasa pasa de valores superiores al 30‰ en años previos a cifras cercanas al 13,2‰ en 2024, evidenciando avances en educación sexual, acceso a anticoncepción y mayor presencia institucional en entornos comunitarios y escolares. El descenso prácticamente a valores mínimos en el grupo de 10 a 14 años también confirma progresos en la prevención del embarazo infantil, en línea con las acciones de promoción desarrolladas desde Atención Primaria en Salud y con los principios de la Política Pública Municipal de Juventud (2007), que orienta la protección de proyectos de vida saludables para adolescentes y jóvenes.

26

Figura 3. Comparación entre la tasa bruta de natalidad y mortalidad del municipio de Girardota, 2014 a 2024



Fuente: DANE

En paralelo, la tasa de mortalidad se mantiene relativamente estable, con variaciones asociadas al envejecimiento poblacional y al comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, lo que influye directamente en el crecimiento natural de la población, el cual continúa siendo positivo, pero con una pendiente menor que en años anteriores. Es decir, aunque nacen más personas de las que fallecen, la diferencia entre nacimientos y defunciones se reduce progresivamente, lo que refleja un crecimiento natural moderado. Esta dinámica demográfica está alineada con los retos identificados en el Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027 – Decencia en lo Público y en el Plan Territorial



de Salud 2024–2027, que priorizan el fortalecimiento de estrategias para la salud materno-infantil, la salud sexual y reproductiva, y la atención integral del adulto mayor, considerando que la estructura poblacional se desplaza hacia edades más avanzadas y que la sostenibilidad del bienestar comunitario exige acciones preventivas y acompañamiento a lo largo del curso de vida.

Tabla 12. Otros indicadores: Tasas específicas de fecundidad 10 a 14 y 15 a 19. y de 10 a 19 de Girardota, 2014 – 2024

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	1,3	0,8	0,8	0,8	0,0	1,2	0,6	1,1	1,2	0,0	2,4	
De 15 a 19	27,3	30,0	33,0	27,0	33,6	37,8	35,8	23,9	24,7	18,0	13,2	
De 10 a 19	14,5	15,5	17,0	13,9	16,8	20,7	19,3	13,2	13,6	9,4	8,0	

Fuente: DANE

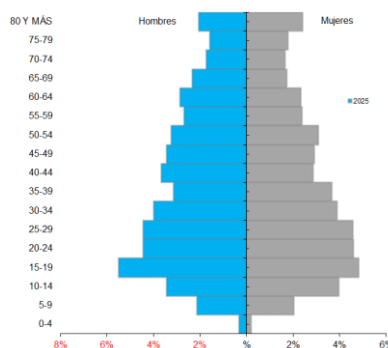
Las tasas específicas de fecundidad en adolescentes en Girardota evidencian una tendencia a la disminución progresiva durante el período 2014–2024, con comportamientos diferenciados entre los grupos de edad. En el caso del grupo de 10 a 14 años, la fecundidad se ha mantenido históricamente en valores bajos, alcanzando incluso años con registro de 0,0‰, aunque en 2024 se observa un ligero repunte a 2,4‰, lo que indica la necesidad de mantener acciones de vigilancia y prevención del embarazo infantil, el cual se reconoce como una vulneración de derechos que debe ser abordada desde la Protección Social y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal. Por su parte, el grupo de 15 a 19 años muestra una disminución marcada, pasando de tasas superiores al 30‰ en los años 2014–2019 a 13,2‰ en 2024, lo que refleja avances en educación sexual y reproductiva, acceso a anticoncepción y acompañamiento territorial en entornos educativos y comunitarios. Este resultado es consistente con el enfoque de curso de vida y con las acciones definidas en el Plan Territorial de Salud 2024–2027, así como con la implementación de la Política Pública Municipal de Juventud (2007), orientada a la prevención de embarazos que interrumpen proyectos de vida.

Al observar el indicador consolidado de fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años, la tendencia descendente refleja una eficaz articulación intersectorial entre salud, educación y participación ciudadana, especialmente a través del trabajo con establecimientos educativos, zonas rurales y procesos de acompañamiento comunitario liderados desde Atención Primaria en Salud. Este comportamiento se alinea con las metas del Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027 – Decencia en lo Público, en su propósito de bienestar ciudadano y protección de los derechos sexuales y reproductivos, así como con los lineamientos de la Política

Pública de Mujer y Género (2023), que promueve la autonomía, la toma de decisiones informadas y la prevención de violencias basadas en género. No obstante, el repunte registrado en 2024 para el grupo de 10 a 14 años alerta sobre la necesidad de reforzar acciones de detección temprana de violencias, fortalecimiento familiar, educación afectiva y acompañamiento psicosocial, especialmente en zonas rurales y entornos de mayor vulnerabilidad social.

1.2.3 Movilidad forzada

Figura 4. Pirámide población víctima del municipio de Girardota según sexo, 2025.



Fuente: DANE

La pirámide poblacional de la población víctima de movilidad forzada en Girardota presenta una estructura distinta a la pirámide general del municipio, mostrando una mayor concentración en los grupos de edad jóvenes y adultos jóvenes, particularmente entre los 15 y 34 años. Esta distribución indica que la movilidad forzada afecta de manera significativa a personas en etapas productivas y de construcción de proyectos de vida, lo que refleja los impactos sociales, económicos y emocionales que el desplazamiento genera en el núcleo familiar y comunitario. Asimismo, se observa presencia importante de niños, niñas y adolescentes, lo que evidencia procesos de desplazamiento que afectan a grupos familiares completos y que requieren acciones específicas de protección, acompañamiento psicosocial y garantía de derechos.

En los grupos de mayor edad, si bien la proporción es menor, la presencia de personas víctimas mayores de 60 años revela dinámicas de desarraigo prolongado, pérdida de redes familiares y dificultades en la inserción social y económica en el territorio receptor. La distribución entre hombres y mujeres

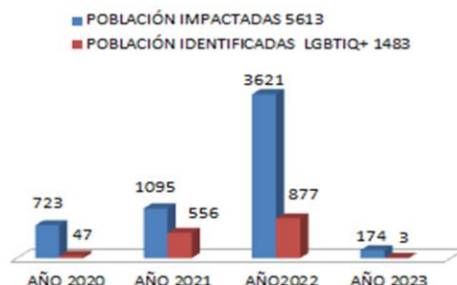


mantiene una estructura equilibrada, aunque en los grupos adultos y mayores se identifica mayor proporción femenina, consistente con los impactos diferenciados de la violencia y el desplazamiento sobre las mujeres, quienes asumen frecuentemente el rol de cuidadoras y sostenedoras de hogar. Este análisis se articula con la línea estratégica de Justicia e Inclusión Social y Bienestar Ciudadano del Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027 – Decencia en lo Público, que reconoce la necesidad de fortalecer rutas de atención, prevención de violencias, acompañamiento comunitario y reconstrucción del tejido social; así como con la implementación de la Ley 1448 de 2011 y el Plan Territorial de Salud 2024–2027, desde un enfoque de reparación integral, autocuidado, acompañamiento psicosocial y restablecimiento de derechos.

1.2.4 Población LGBTIQ+

En el municipio de Girardota, entre los años 2020 y 2023 se han identificado 1.483 personas que se autorreconocen como población LGBTIQ+, a partir de procesos de registro voluntario, participación en actividades comunitarias y atención institucional desde el programa de Diversidad Sexual. Esta cifra, sin embargo, representa una estimación parcial, dado que muchas personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas no realizan su autorreconocimiento en espacios institucionales por temor a discriminación familiar, comunitaria o laboral. Por lo tanto, se reconoce la existencia de una subdeclaración significativa, lo que implica que el número real de personas diversas en el municipio es probablemente mayor al registrado. La población identificada se encuentra en un rango amplio de edad, entre los 11 y 65 años, lo que evidencia que la diversidad sexual y de género se manifiesta en todas las etapas del curso de vida, con necesidades diferenciadas de acompañamiento en cada una de ellas.

Figura 5. Población diversa identificada en el municipio de Girardota 2024



Fuente: Subsecretaría de Protección Social

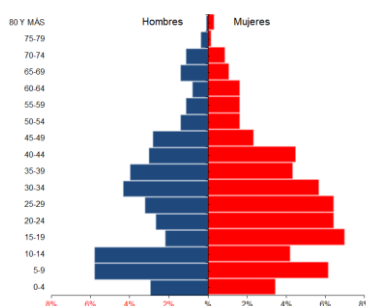


A partir de esta identificación parcial, el municipio ha avanzado en estrategias de acompañamiento desde un enfoque de derechos y no discriminación. Entre 2020 y 2023, se realizaron atenciones, asesorías jurídicas y psicosociales, así como acompañamientos en el acceso a servicios de salud, educación, empleo y orientación familiar. Asimismo, se han desarrollado acciones de sensibilización en instituciones educativas y espacios comunitarios, con énfasis en la Ley 1482 de 2011, que sanciona actos de discriminación por orientación sexual o identidad de género. La Semana de la Diversidad Sexual se ha consolidado como un espacio de reconocimiento identitario, visibilización y fortalecimiento del tejido comunitario, contribuyendo a la reducción del estigma y promoviendo el respeto por las expresiones de género diversas.

No obstante, persisten desafíos importantes relacionados con la discriminación estructural, los imaginarios culturales restrictivos y las barreras para el acceso pleno a la salud mental, la educación y la participación comunitaria, especialmente entre adolescentes y jóvenes. En este sentido, el acompañamiento desde la Atención Primaria en Salud y la articulación con el Plan Territorial de Salud 2024–2027 y la Política Pública de Mujer y Género (2023) se orienta hacia la promoción de entornos seguros y libres de violencias, el fortalecimiento del apoyo psicosocial y familiar, la prevención del suicidio y la promoción de proyectos de vida. La consolidación de una caracterización integral y participativa de la población LGBTIQ+ continúa siendo una necesidad prioritaria para el municipio, con el fin de orientar de manera más precisa la planificación social, las estrategias de inclusión y la garantía progresiva de derechos.

1.2.5 Dinámica migratoria

Figura 6. Pirámide población migrante, Girardota 2025.



Fuente: SISPRO-MSPS



La pirámide poblacional de la población migrante en Girardota evidencia una estructura marcadamente joven, con predominio de personas entre los 15 y 39 años, especialmente en los grupos 20–24, 25–29 y 30–34 años. Esta distribución refleja que la migración hacia el municipio se encuentra asociada principalmente a búsqueda de oportunidades laborales, reagrupación familiar y movilidad económica, factores propios del contexto metropolitano del Valle de Aburrá. Asimismo, se observa una presencia importante de niños, niñas y adolescentes, lo cual indica que la migración ocurre a nivel de grupos familiares completos y no únicamente de migración individual. La proporción entre hombres y mujeres se muestra relativamente equilibrada en los grupos jóvenes y adultos, aunque entre mujeres la presencia es ligeramente mayor en edades asociadas al rol de cuidado y maternidad, lo que se corresponde con dinámicas de sostenimiento familiar y redes de apoyo.

31

En los grupos de mayor edad, la presencia es significativamente menor, lo que refuerza la idea de que la migración hacia Girardota es predominantemente económica y laboral, impulsada por la ocupación en sectores de servicios, comercio, construcción y cuidado doméstico. Este patrón demográfico implica retos específicos en términos de acceso al sistema de salud, afiliación al aseguramiento, continuidad de tratamientos, salud mental y acompañamiento psicosocial, especialmente para las personas migrantes que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica. En coherencia con el Plan Territorial de Salud 2024–2027, la atención a la población migrante debe fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) como puerta de entrada efectiva, asegurar orientación en derechos y rutas, y promover estrategias de acompañamiento comunitario, reducción del estigma, tamizajes en salud mental y prevención de violencias. De esta manera, la estructura demográfica de la población migrante se convierte en un elemento central para la planificación territorial en salud y para el diseño de intervenciones inclusivas y culturalmente pertinentes.

1.2.6 Población Campesina

En el municipio de Girardota los suelos rurales son utilizados para vivienda campesina tradicional, vivienda campestre, explotaciones agrícolas y pecuarias diversas y tradicionales en su gran mayoría. Adicional, hay presencia de actividades industriales y comerciales principalmente en el sector urbano y en el corredor vial de la troncal del caribe.



Tabla 13. Organizaciones Sociales Relacionadas con Procesos Productivos
Específicos de Girardota

Denominación	Producto	Observaciones
Cooperativa de Caficultores de Antioquia	Café	Comercialización del Café e interlocutor ante la Federación Nacional de Cafeteros de Colombia.
ASOPLÁTANO	Plátano y Banano	Organiza a los productores de plátano del municipio de Girardota y representa sus intereses ante instituciones públicas y privadas. Su propósito es brindar apoyo a la producción y comercialización.
CORCUCGIR	Caña y Panela	Contribuye al desarrollo, competitividad y sostenibilidad del sector agro-industrial de la caña de azúcar en el municipio de Girardota, mediante la generación de conocimiento, la innovación de tecnologías apropiadas, la investigación y servicios especializados.
ASOPANELEROS	Caña y Panela	Representa a pequeños campesinos productores de caña, procesadores de panela y mieles vírgenes de caña en todas sus ramas de producción.
AGROCEBOLLEROS	Cebolla	Gestiona servicios y recursos para que sus asociados mejoren la productividad, las condiciones ambientales, económicas y culturales.
ASOFIAGIR	Fique y Subproductos	Actividades de Fomento, promoción, transformación, mercadeo y asesoría técnica, del cultivo del Fique y sus subproductos, como también la producción de cultivos de pan-coger.
ASHOFRUG	Mora, Frutas y Hortalizas	Organiza a los productores de frutas y hortalizas del Municipio de Girardota y representar sus intereses ante instituciones públicas y privadas. Su propósito es elevar la productividad y facilitar la comercialización.
Comité Municipal de Caficultores de Girardota CMC	Café	Sus principales funciones están enmarcadas en ser voz de los productores y gestionar servicios de extensión agropecuaria.

FUENTE: Plan Agropecuario de Girardota 2023

El Municipio de Girardota está dividido en dos (2) vertientes, delimitadas por el Rio Medellín y la vía troncal que conduce a la costa atlántica de Colombia. En posición norte, se tiene al lado izquierdo la vertiente occidental hacia la vereda la Holanda y los límites con el Municipio de San Pedro de los Milagros y al lado derecho la vertiente oriental hacia la vereda El Palmar en los límites con el Municipio de Guarne. En ambas vertientes existen ecosistemas estratégicos constituidos por comunidades de organismos vivos, zonas de bosques, cobertura vegetal y fuentes hídricas. Dichos ecosistemas representan riquezas naturales no renovables.

Las condiciones de temperatura, humedad y propiedades fisicoquímicas del suelo son diferentes entre vertientes y al interior de las vertientes dependiendo de la altura y el grado de cobertura vegetal. En las zonas colindantes con la cuenca del Rio Medellín, en ambas vertientes donde se localiza la mayor parte



del área urbanizada, la cobertura vegetal es baja y se denomina Zona de Bosque Húmedo Premontano.

Los Bosques Húmedos Premontanos, están ubicados entre los 1400 y 1700 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura que oscila entre los 18 y 24 grados y, un rango de precipitaciones entre 1000 y 2000 mm. La presión urbanística trae consigo la deforestación en esta zona, se observan escasos cultivos, pequeñas áreas de pastoreo y explotaciones pecuarias.

33

En zonas de altura media, entre los 1700 y 1900 m.s.n.m, donde en nivel de cobertura vegetal y humedad aumentan, se tiene un rango de precipitaciones de 2000 a 4000 mm. El uso del suelo se ve destinado a vivienda campestre, pastoreo de ganado bovino, granjas avícolas, porcicultura y cultivos a baja escala.

En las zonas de más altura y mayor humedad por mayor cobertura de bosques en ambas vertientes, zona La Holanda al occidente y zona El Palmar al oriente, se registran temperaturas hasta de 12 grados. En estas zonas se ubican fuentes de agua que surten acueductos veredales. Estos suelos, además de presentar belleza paisajística, son aptos para cultivos de clima frío y la ganadería bovina tipo leche, lo que pone en peligro las cadenas de bosques y el suministro de agua.

En la mayoría de las explotaciones agrícolas se utilizan prácticas de producción tradicionales de baja productividad, sin embargo, se evidencian avances en la adopción de tecnología. Productos agrícolas en los que se evidencian avances en productividad, se caracterizan por una concentración de la oferta en pocos productores.

En las granjas pecuarias predominan las prácticas de producción tradicional frente a las granjas de producción tecnificada, pero la productividad de estas últimas es notablemente superior. Nótese en la tabla 13, sobre producción porcina, que el número de granjas tradicionales es 15 veces el número de granjas tecnificadas, sin embargo, la producción de las granjas tecnificadas es 9.6 veces mayor. La evidencia que arroja el subsector pecuario del Municipio de Girardota es un claro ejemplo de que la tecnificación de los procesos de producción conlleva a incrementos sustanciales en la productividad. Esto, arroja luces acerca de la necesidad de capitalización y capacitación a los pequeños y medianos productores para emprender mejoras en sus procesos productivos.



La producción agrícola y pecuaria va hacia puntos de venta minoristas locales y de los municipios aledaños, sin embargo, gran parte de la producción agropecuaria va hacia los grandes centros mayoristas de Medellín. Las falencias en la asociatividad para configurar una oferta en grupo y permanente restan poder de negociación. El bajo poder de mercado de los productores agropecuarios implica bajos precios para sus productos y baja rentabilidad. Los intermediarios y comercializadores concentran gran parte de la rentabilidad.

34

Tabla 14. Organizaciones Sociales Relacionadas con Procesos Productivos Específicos, Girardota 2023

Denominación	Producto	Observaciones
ACUPAG	Papa	Organiza y representa intereses de los cultivadores de papa y productos alternativos del Municipio de Girardota.
Asociación de Mujeres Rurales ASOMUR	Transformación de productos agropecuarios, capacitación y representación de mujeres rurales	Promueve espacios de participación, actividades agroambientales, logísticas, empresariales, educativas, sociales, políticas y culturales en busca de solidez, reconocimiento, empoderamiento y mejoramiento de la calidad de vida de sus asociadas
Asociación del Hato Aromas y Sabores	Extracción de aceites esenciales hidrolatos naturales, jugo de naranja Asesorías Agroindustriales	Produce aceites y subproductos naturales de plantas aromáticas, condimentarias y cítricos; a partir de cultivos implementados con un manejo orgánico para proveer materias primas de excelente calidad a la industria cosmética, medicinal y al sector gastronómico nacional. Además, brindar asesorías agroindustriales en todo el proceso de las plantas condimentarias, aromáticas y cítricas
Asociación de Porcicultores de Girardota APORGIR	Carne de Cerdo	Asocia y representa a los productores de ganado porcino de Girardota, para desarrollar actividades productivas, educativas, tecnológicas y ambientales. Busca facilitar la Comercialización.
Cooperativa Agropecuaria de Girardota CAMPOGIR	Comercialización	Promueve la obtención de productos agropecuarios de alta calidad, con énfasis de sistemas de producción limpia. Comercialización de productos.

FUENTE: Plan Agropecuario de Girardota 2023

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

El análisis de la habilitación de servicios en Girardota a 2024 evidencia una tendencia de fortalecimiento progresivo de la capacidad instalada, especialmente en los servicios de consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. Se observa un incremento sostenido en la disponibilidad de servicios como laboratorio clínico, imagenología, consulta general, odontología, promoción y mantenimiento de la salud, terapia física y rehabilitación funcional, lo que ha permitido ampliar la cobertura de atención en



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



el municipio y disminuir la necesidad de remisión hacia otros territorios del Valle de Aburrá. Este crecimiento refleja la intención de consolidar una red local de servicios orientada al primer nivel de complejidad, en concordancia con los lineamientos del Modelo de Atención Primaria en Salud y con las metas del Plan Territorial de Salud 2024–2027.

Tabla 15. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud en el municipio de Girardota, 2024

35

Grupo Servicio	Indicador	2015	2024
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	1	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonología y/o terapia del lenguaje	0	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	2	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	0	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	2	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	2	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	4	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	1	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	1	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	4	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	0	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	0	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	0	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	5	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	1	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	1	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - naturopatía	1	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	6	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	4	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	2	2
INTERVENCIÓN	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	0	0
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor	0	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	1	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	5	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	4	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza	4	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	2	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	2	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación	5	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en	4	2
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	0	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	2	2
QUIRÚRGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de urgencias	1	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL			
URGENCIAS			

Fuente: SIRPSS- Sistema de Información de Registro de Prestadores de Servicios de Salud.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

Un hito clave en la expansión de la oferta de servicios fue la reforma y entrega de la infraestructura de la ESE Hospital San Rafael de Girardota durante el año 2025, proceso que permitió mejorar las condiciones físicas, tecnológicas y operativas del servicio. Esta modernización fortaleció la prestación de servicios de consulta externa, urgencias, laboratorio, odontología, imágenes diagnósticas y rehabilitación, así como la reorganización de flujos, mayor accesibilidad, cumplimiento del estándar de condiciones de habitación y consolidación del enfoque de atención centrada en la persona. La adecuación de la infraestructura contribuyó, además, a la disminución de tiempos de espera, el mejoramiento de la experiencia del usuario y la ampliación de la capacidad resolutoria en el territorio.

La habitación y fortalecimiento de servicios se articula con acciones del Plan de Acción 2025, orientadas a garantizar acceso efectivo, humanización del servicio y oportunidad en la atención, especialmente en las áreas de salud familiar, salud mental, salud materno-infantil, cuidado de personas mayores y rehabilitación funcional. Así, el avance en servicios no se traduce únicamente en aumento de oferta, sino también en mejoramiento de las rutas de atención, en el fortalecimiento de la red de prestadores y en la consolidación del municipio como territorio con mayor capacidad de respuesta sanitaria local, reduciendo barreras geográficas, económicas y administrativas de acceso.

Sistema sanitario

Tabla 16. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del municipio de Girardota, 2024

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Girardota	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE) 2019	7.3	1.7																			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE) 2019	2.6	3.5																			
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103.4	98.1																			
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS) 2024	88.6	1.9																			
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	89.0	95.1																			
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88.8	95.4																			
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	91.7	95.9																			
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) 2024	92.9	97.0																			
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2024	99.4	100.0																			
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE) 2024	99.4	100.0																			

Fuente: DANE- SISPRO-MSPS



El municipio de Girardota evidencia buenas condiciones de acceso al sistema sanitario en comparación con el promedio departamental, destacándose por un bajo porcentaje de hogares con barreras para acceder a servicios de salud y cuidado de la primera infancia (1,7% frente al 7,3% departamental) y un porcentaje igualmente reducido de hogares con barreras de acceso a servicios de salud en general (3,5% frente al 2,6% departamental). Esto sugiere que el territorio cuenta con rutas de acceso consolidadas, redes familiares de apoyo y oferta institucional cercana, particularmente fortalecida por el modelo de Atención Primaria en Salud y el acceso geográfico favorecido por la proximidad al área metropolitana del Valle de Aburrá. Sin embargo, estos indicadores no excluyen la presencia de barreras de tipo administrativo y cultural, especialmente en población migrante, rural dispersa, víctimas de violencia y población LGBTIQ+, quienes pueden experimentar dificultades para el reconocimiento de derechos y continuidad de tratamientos.

37

En cuanto al aseguramiento, Girardota presenta una cobertura cercana a la universalidad (98,1%), lo que garantiza el ingreso formal de la mayoría de la población al sistema de salud. Las coberturas de vacunación en menores de 1 año para DPT, polio y triple viral en 1–4 años se mantienen por encima del 95%, lo cual demuestra una gestión eficiente del PAI municipal, con fortalecimiento de estrategias extramurales, seguimiento nominal y operación territorial desde equipos de APS, en coherencia con las líneas del Plan De Acción 2025.

Finalmente, los indicadores de atención prenatal, parto institucional y atención del parto por personal calificado muestran resultados cercanos al 100%, lo cual evidencia una ruta materno-perinatal fortalecida, suficiente oferta de servicios y articulación estable entre la red pública y privada. Estos logros se relacionan directamente con la mejora en la oportunidad, acceso y calidad en la atención en salud para la población. No obstante, el avance logrado debe complementarse con acciones orientadas a detectar tempranamente riesgos obstétricos, salud mental perinatal, violencias basadas en género y acompañamiento familiar, en línea con la Política Pública de Mujer y Género (2023) y el Plan Territorial de Salud 2024–2027, que priorizan el enfoque preventivo, predictivo y comunitario a lo largo del curso de vida.



Caracterización EAPB

Tabla 17. Cobertura de la afiliación al SGSSS, Girardota septiembre 2025.

EAPB	AFILIADOS	RÉGIMEN			
		CONTRIBUTIVO	%	SUBSIDIADO	%
SURA	33786	29558	77.9	4228	25.4
SAVIA SALUD	12491	1732	4.6	10759	64.7
NUEVA	5247	4347	11.4	900	5.4
SALUD TOTAL	2980	2232	5.9	748	4.5
EPM	65	65	0.2	0	0.0
FERROCARRIL	33	33	0.1	0	0.0
TOTAL	54602	37967	100	16635	100

Fuente: Aseguramiento en Salud DLS

38

La cobertura de afiliación al SGSSS del municipio de Girardota para el año 2025 se encuentra en el 97.80%, en la tabla anterior podemos observar que, el 61.8% de las personas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado y contributivo de la EAPB SURA, seguido por la población afiliada a Savia Salud con un 22.8%, en tercer y cuarto lugar y con una menor población a cargo se encuentran Nueva EPS y Salud Total. Es importante para los mandatarios locales, continuar con la búsqueda de personas no aseguradas, y fortaleciendo indicadores como la oportunidad en la atención ya que la capacidad instalada no es suficiente para el total de la población, acceso a los servicios de salud y prestación de servicios con calidad.

Actualmente la única EAPB que cuenta con oficina de atención de sus afiliados es Savia Salud, en cuanto a las otras como SURA, Nueva EPS y Salud Total, sus servicios deben ser tramitados en otros municipios o de manera virtual lo que representa dificultades para algunos grupos poblacionales como adultos mayores, personas del área rural y personas sin acceso a medios digitales. En cuanto al servicio de laboratorio y entrega de medicamentos, se identifica que es la principal queja de los afiliados ya que deben trasladarse a municipios vecinos para lograr tener acceso a los mismos. Lo que se convierte en una barrera para el acceso a los servicios de salud.

En cuanto al análisis de la caracterización del estado de salud por EAPB para el año 2023 se encuentra la población por régimen subsidiado y contributivo para SURA y el total para Salud Total como se muestra en la imagen anterior, lo que refleja además un resultado de priorización para las acciones concentradas en la población a cargo para cada una de ellas. Para las EAPB Savia Salud y Nueva EPS no se encontraron datos disponibles por parte del MSPS.



Tabla 18. Caracterización de la población por EAPB y régimen, Girardota 2023

EAPB	REGIMEN/TOTAL	INDICADOR DE RESULTADO	POBLACIÓN OBJETO
SURA	CONTRIBUTIVO	1. Número de afiliados con consultas por Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera 2. Número de afiliados con Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas 3. Número de afiliados con Síndrome convulsivo 4. Número de afiliados con Asma 5. Número de afiliados con Diabetes 6. Número de afiliados con Violencia intrafamiliar 7. Número de afiliados con Tuberculosis 8. Número de afiliados con Hipertensión y Hemorragias asociadas al embarazo 9. Número de afiliados con Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH) 10. Número de afiliados con Bajo peso al nacer 11. Número de afiliados con Fiebre reumática 12. Número de afiliados con Infección Respiratoria Aguda Grave (menores de cinco años) 13. Número de afiliados con Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico-calórica y obesidad)	1. Población con consultas por Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera 2. Población con Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas 3. Población con Síndrome convulsivo 4. Población con Asma 5. Población con Diabetes 6. Población con Violencia intrafamiliar 7. Población con Tuberculosis 8. Población con Hipertensión y Hemorragias asociadas al embarazo 9. Población con Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH) 10. Población con Bajo peso al nacer 11. Población con Fiebre reumática 12. Población con Infección Respiratoria Aguda Grave (menores de cinco años) 13. Población con Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico-calórica y obesidad)
	SUBSIDIADO	1. Número de afiliados con Hipertensión 2. Número de afiliados con Paliativo 3. Número de afiliados con VIH 4. Número de afiliados con Diabetes 5. Número de afiliados con Cáncer 6. Número de afiliados con Asma 7. Número de afiliados con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica 8. Número de afiliados con Enfermedades Hereditarias de la Coagulación 9. Número de afiliados con Autoinmunes	1. Población con Hipertensión 2. Población con Paliativo 3. Población con VIH 4. Población con Diabetes 5. Población con Cáncer 6. Población con Asma 7. Población con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica 8. Población con Enfermedades Hereditarias de la Coagulación 9. Población con Autoinmunes
SALUD TOTAL	TOTAL	1. Porcentaje de menores de 10 años con consulta para crecimiento y desarrollo de primera vez. Porcentaje de jóvenes de 10 a 29 años con consulta de Primera vez para la consulta de detección de alteraciones del Joven. 2. Razón de mortalidad materna 3. Porcentaje de pacientes con atención en salud para condición de salud mental 4. Incidencia de insuficiencia renal crónica en menores de 60 años 5. Porcentaje de pacientes con artritis con remisión de la actividad de la enfermedad 6. Oportunidad de la atención en cáncer adultos: mama, cérvix, gástrico, colon y recto y próstata, y de leucemia aguda en niños (Tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento en días). 7. Porcentaje de pacientes prevalentes en hemodiálisis con Kt/v $\geq 1,2$	1. Protegidos menores de 15 años 2. Protegidas en gestación, hombres y mujeres en edad fértil. 3. Protegidos con diagnóstico de enfermedad mental, farmacodependencia, víctimas de violencia de cualquier índole. 4. Protegidos con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus. 5. Protegidos con diagnóstico confirmado de artritis 6. Protegidos con diagnóstico confirmado de cáncer (en cualquiera de sus estadios o localizaciones) 7. Protegidos con insuficiencia renal crónica que requieren terapia de reemplazo renal

Fuente: Repositorio MSPS

En el régimen contributivo, SURA concentra sus acciones en enfermedades crónicas y transmisibles de alta carga, tales como hipertensión arterial, diabetes, asma, VIH/Sida y tuberculosis, además de eventos como bajo peso al nacer, enfermedades diarreicas y violencia intrafamiliar. Esta priorización evidencia un abordaje integral del riesgo, que combina la atención de enfermedades crónicas no transmisibles con la prevención de eventos infecciosos y sociales, garantizando la continuidad del cuidado. En el régimen subsidiado, la EPS mantiene un enfoque similar, pero reforzando la atención a patologías de alto costo (cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hereditarias de la coagulación y autoinmunes), donde el reto principal es la adherencia al tratamiento y la cobertura de servicios especializados. En ambos regímenes se observa una estructura de riesgo alineada con las problemáticas del municipio, especialmente el aumento de enfermedades crónicas y los determinantes sociales asociados al autocuidado, la alimentación y la salud mental.

Salud Total, que agrupa tanto el régimen contributivo como subsidiado, prioriza condiciones de salud mental, salud materna y enfermedades crónicas. Se



destacan los indicadores de mortalidad materna, insuficiencia renal crónica, cáncer, hipertensión y diabetes, así como la atención en salud mental, donde se incluyen personas con diagnóstico de enfermedad mental y víctimas de violencia. Este enfoque amplía la perspectiva hacia la integralidad del cuidado, incorporando tanto los determinantes clínicos como los psicosociales. Además, se incluyen grupos poblacionales específicos como menores de 15 años, gestantes, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas o discapacidad funcional, coherente con las metas del Plan Territorial de Salud 2024–2027, que busca fortalecer la atención primaria y el seguimiento predictivo de los casos crónicos en el municipio.

40

Ambas EAPB presentan un reto común: fortalecer la articulación intersectorial y comunitaria para el abordaje de los determinantes sociales, la promoción del autocuidado y la continuidad del tratamiento, especialmente en el régimen subsidiado. La complementariedad entre sus líneas de acción aporta evidencia clave para la planeación municipal, orientando la priorización de intervenciones dentro del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo basado en APS, con énfasis en la prevención de enfermedades crónicas, el fortalecimiento del bienestar mental y la atención integral de grupos en situación de vulnerabilidad.

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

El municipio de Girardota cuenta con las siguientes políticas públicas:

- Acuerdo 006 2022: Política Pública de mujer y género de Girardota
- Acuerdo 014 de 2016: Política Pública de Salud Mental y Adicciones
- Acuerdo 012 de 2016: Política Pública de Envejecimiento y Vejez
- Acuerdo 015 de 2015: Sistema Municipal de Discapacidad
- Acuerdo 029 de 2014: Política Pública para el presupuesto participativo en el municipio de Girardota
- Acuerdo 083 de 2007: Política Pública Municipal de Juventud
- Acuerdo 131 de 2003: Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Girardota cuenta con un marco robusto de políticas públicas orientadas al bienestar social y la garantía de derechos, las cuales han sido formuladas en diferentes momentos históricos en respuesta a necesidades territoriales específicas. La Política Pública de Mujer y Género (2022) constituye un avance



significativo en la incorporación de los enfoques de igualdad, prevención de violencias basadas en género y autonomía económica, social y corporal de las mujeres. Esta política se articula con acciones de acompañamiento psicosocial, asesoría jurídica, fortalecimiento de redes de apoyo y promoción de entornos seguros, integrándose de manera directa con el enfoque de Salud Mental, Derechos Sexuales y Reproductivos y atención a violencias, priorizados también en el Plan Territorial de Salud 2024–2027.

41

La Política Pública de Salud Mental y Adicciones (2016) establece una base estratégica para la promoción de bienestar emocional, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y atención integral desde una perspectiva comunitaria. Si bien ha permitido fortalecer la presencia institucional en escuelas, familias y entornos barriales, el crecimiento de las demandas asociadas a depresión, ansiedad, violencias intrafamiliares y consumo problemático plantea la necesidad de actualizar la política, reforzándola con el Modelo de APS y las acciones desarrolladas en 2025 desde equipos territoriales. En diálogo complementario, la Política Pública de Envejecimiento y Vejez (2016) reconoce el envejecimiento progresivo de la población y orienta estrategias para el envejecimiento activo, la participación social y el cuidado digno; sin embargo, el incremento sostenido de la dependencia funcional y la carga de enfermedades crónicas demanda ampliar capacidades locales para rehabilitación, acompañamiento a cuidadores y redes comunitarias de cuidado.

Por su parte, el Sistema Municipal de Discapacidad (2015) ha permitido estructurar mecanismos de identificación y acompañamiento a personas con discapacidad, garantizando acceso a servicios básicos y espacios de participación. No obstante, aún persisten barreras para la inclusión laboral, educativa y cultural, lo que requiere reforzar estrategias de accesibilidad física, tecnológica y actitudinal. La Política Pública de Presupuesto Participativo (2014) posiciona a la ciudadanía como actor decisor de la inversión local, fortaleciendo la democracia deliberativa y la gestión comunitaria de proyectos, incluyendo iniciativas de salud. Asimismo, la Política Pública Municipal de Juventud (2007) orienta la protección de proyectos de vida y la participación juvenil, aunque su actualización es necesaria para responder a problemáticas actuales como salud mental, consumo, desempleo y violencias en entornos digitales. Finalmente, la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2003) constituye uno de los instrumentos más antiguos, orientado a garantizar acceso y aprovechamiento adecuado de alimentos; sin embargo, el contexto actual de transformación socioeconómica y cambios en patrones familiares y de consumo



exige su modernización para integrar acciones contra la malnutrición, sobrepeso, enfermedades crónicas y desigualdades territoriales en alimentación, esta política pública se encuentra actualmente en proceso de actualización según la normatividad y necesidades del municipio.

Estas políticas públicas reflejan un municipio con trayectoria institucional y compromiso con la garantía de derechos, pero también ponen de manifiesto la necesidad de actualización, articulación intersectorial y fortalecimiento operativo. La integración de estas políticas con el Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027, el Plan Territorial de Salud y el enfoque preventivo y predictivo desde APS, permitirá avanzar hacia una atención más integral, diferencial y orientada al curso de vida, garantizando que la planificación municipal responda a las transformaciones demográficas, sociales y culturales que hoy configuran la salud y la vida en Girardota.

42

1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores relacionados

El diagnóstico social y participativo realizado en Girardota muestra que la comunidad se auto-reconoce como un municipio en crecimiento, con una identidad fuertemente vinculada al desarrollo económico, a la diversidad natural, al patrimonio cultural, al turismo religioso y ecológico, y a los valores relacionales entre sus habitantes. Las personas reconocen en su territorio capacidades colectivas relacionadas con el trabajo, la resiliencia y el arraigo comunitario, lo que configura una identidad local cohesionada y orientada al progreso social. Esta percepción local coincide con la proyección establecida en la Agenda Antioquia 2040, que plantea a los municipios del Valle de Aburrá, incluidos los de transición como Girardota, como territorios con potencial para consolidar economías sostenibles basadas en la innovación, el ordenamiento ambiental y la calidad de vida.

En cuanto a la visión de futuro, la comunidad expresa el deseo de que Girardota sea reconocido por el fortalecimiento productivo, el desarrollo tecnológico, la educación de su población, la cultura y la equidad en las oportunidades. Esta expectativa se articula con la línea “Antioquia educada, incluyente y solidaria” de la Agenda 2040, que resalta la necesidad de consolidar territorios donde el bienestar, la participación social y la diversidad sean principios estructurales del desarrollo. La población valora principalmente características como la familiaridad, la amabilidad y la perseverancia, pero reconoce que la



consolidación de una sociedad cohesionada depende de avanzar en la disminución de brechas sociales y territoriales.

No obstante, el relato comunitario señala también eventos negativos persistentes en la memoria colectiva, tales como la violencia, la inseguridad, la contaminación ambiental, las dificultades económicas y las brechas en acceso a servicios públicos en zonas rurales. Estos elementos reflejan tensiones propias de un municipio que transita desde una identidad semirural hacia un modelo de integración metropolitana, donde los procesos de industrialización y urbanización generan impactos sociales y ambientales relevantes. La Agenda 2040 plantea precisamente que el desarrollo regional debe avanzar hacia la transición ecológica justa, priorizando territorios saludables, ambientalmente sostenibles y con gestión comunitaria del riesgo.

43

En términos de prioridades para la acción pública, la comunidad identifica como esenciales la educación y formación, el desarrollo rural y agrícola, la protección social en salud y vivienda, el desarrollo económico local y la protección ambiental. Se destaca especialmente la preocupación territorial por el acceso pleno a agua potable, donde la zona rural presenta acueductos veredales sin garantías completas de potabilización. También se prioriza la cobertura energética, la mejora de vías de comunicación y la necesidad de control de la contaminación ambiental asociada a corredores industriales, señalando riesgo para la salud de niños, niñas y personas mayores. Estas preocupaciones se alinean directamente con los ejes “Antioquia Vital” y “Antioquia Verde y Biodiversa” de la Agenda 2040, que llaman a proteger el agua como bien estratégico y a reducir los impactos ambientales sobre la salud comunitaria.

Finalmente, la comunidad plantea un compromiso social activo: fortalecer la participación ciudadana en la toma de decisiones, promover el liderazgo comunitario, fortalecer la cultura local y fomentar la educación como herramienta de transformación. Esta visión corresponde al enfoque de territorios que se gobiernan desde lo local, promovido por la Agenda 2040, donde la planificación participativa y el reconocimiento de la diversidad social y cultural son pilares para construir el futuro colectivo del municipio.

1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social

La cartografía social permitió comprender que el territorio de Girardota no es solo un espacio físico, sino un tejido relacional construido desde la memoria, las



experiencias, las desigualdades y las expectativas de bienestar. Para la población adulta mayor, el territorio es concebido como un patrimonio compartido, donde las tradiciones, la religiosidad y las festividades comunitarias refuerzan la identidad municipal. Sin embargo, también existe una percepción marcada de transformación de las dinámicas de convivencia, asociada al aumento del consumo de sustancias psicoactivas entre jóvenes, el deterioro de normas de cuidado colectivo y la disminución de la presencia de redes comunitarias estables. Para esta población, “sentirse parte del territorio” implica poder transmitir sus valores, ser escuchados y permanecer en espacios comunitarios sin sentirse desplazados por cambios sociales acelerados.

44

Para la población campesina, el territorio se vive desde la relación íntima con el suelo, el agua y el paisaje. La tierra no es solo un medio de producción sino una extensión de la vida familiar y cultural. La ruralidad es valorada como espacio de autonomía, tranquilidad y transmisión de saberes tradicionales; sin embargo, la comunidad identifica riesgos claros: disminución del agua disponible y segura, presión sobre los nacimientos y quebradas, expansión urbana hacia suelos agrícolas, y dificultades para lograr una comercialización justa de sus productos. Esta lectura territorial sitúa la defensa del agua y del suelo no como demandas ambientales aisladas, sino como condiciones para sostener la permanencia campesina y la seguridad alimentaria municipal.

La población LGBTIQ+ reconoce el territorio como un lugar donde se mezcla el encuentro social, la búsqueda de afectividad y la experiencia de riesgo. Si bien se identifican avances en visibilidad y participación, persisten barreras simbólicas y materiales para habitar los espacios públicos sin ser objeto de discriminación o señalamientos. La posibilidad de “estar y ser” en la calle, en el parque, en el barrio o en instituciones públicas se configura como un indicador directo de calidad de vida. La demanda principal es el derecho a la presencia segura, a la participación cultural sin censura y a la garantía de una vida libre de violencias y estigmas.

La cartografía con mujeres, evidencia que el territorio se vive desde el tiempo cotidiano de la supervivencia: la administración de los recursos del hogar, la crianza, el trabajo formal o informal, la búsqueda de alimentos y la gestión emocional de la familia. La casa es un espacio de cuidado, pero también puede ser un lugar de sobrecarga y riesgo cuando existe violencia intrafamiliar, dependencia económica o ausencia de redes de apoyo. Las mujeres describen



un territorio donde ellas sostienen la estabilidad del hogar, pero no siempre cuentan con condiciones para sostenerse a sí mismas.

1.6 Conclusiones del capítulo

La configuración territorial de Girardota revela un municipio en transición entre lo rural y lo urbano, donde la integración con el Valle de Aburrá ha dinamizado procesos económicos, productivos y socioculturales que transforman de manera acelerada la estructura espacial y la vida comunitaria. El territorio mantiene un fuerte arraigo identitario basado en la agricultura, las tradiciones religiosas y la relación con el paisaje natural, al tiempo que incorpora dinámicas industriales, expansión urbana y crecimiento de proyectos de vivienda. Esta condición híbrida genera oportunidades para el desarrollo, pero también plantea tensiones asociadas al uso del suelo, presión sobre fuentes hídricas y transformaciones en la cohesión social.

La población reconoce su territorio como espacio de progreso y calidad de vida, resaltando atributos como la cultura, la naturaleza y el turismo; sin embargo, también identifica problemáticas que afectan directamente las condiciones de bienestar, tales como la contaminación ambiental asociada al corredor industrial, la inequidad en el acceso a servicios públicos rurales (particularmente agua potable y energía), y la persistencia de condiciones de vulnerabilidad social en ciertos sectores poblacionales. Estas percepciones se articulan con la Agenda Antioquia 2040, que plantea la necesidad de avanzar hacia territorios ambientalmente sostenibles, con enfoque de cuidado del agua, transición productiva y fortalecimiento comunitario.

La distribución demográfica muestra una población predominantemente joven y adulta activa, pero en proceso de envejecimiento progresivo, lo cual impacta la demanda de servicios sociales y de salud en el territorio. La llegada de población migrante y víctima de desplazamiento agrega diversidad cultural, pero también requiere estrategias de acompañamiento, inclusión y acceso efectivo a servicios. Asimismo, la presencia de comunidades afrodescendientes organizadas y una población LGBTIQ+ visibilizada de manera gradual, demanda consolidar políticas y acciones con enfoque diferencial y de derechos, garantizando reconocimiento, participación y no discriminación.

Finalmente, la comunidad expresa una visión de futuro orientada al desarrollo educativo, la participación ciudadana, el cuidado ambiental y la equidad en las



oportunidades, lo cual coincide con las apuestas estratégicas del Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027 y su alineación con la Agenda 2040. Para avanzar hacia esa visión, será necesario fortalecer la planificación territorial participativa, proteger los bienes comunes ambientales, cerrar brechas urbano-rurales, consolidar la Atención Primaria en Salud como estrategia comunitaria y promover la corresponsabilidad social en el cuidado del territorio y de la vida.

2. CAPITULO II: CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

Ocupación y empleo

Girardota presenta una estructura económica diversificada que combina actividades agrícolas tradicionales con un crecimiento sostenido del sector industrial, comercial y de servicios. Históricamente, el municipio ha sido reconocido por su vocación agropecuaria, especialmente en la producción de hortalizas, frutas y lácteos que abastecen los mercados de Medellín y municipios vecinos del Valle de Aburrá. Esta actividad continúa siendo relevante, especialmente en la zona rural, donde persisten unidades productivas familiares y asociaciones campesinas que sostienen la identidad agrícola del territorio. No obstante, en las últimas dos décadas, Girardota ha enfrentado un proceso de transformación productiva vinculado a su inserción en el corredor industrial del norte, lo cual ha impulsado cambios en la ocupación laboral y en el perfil formativo de su población.

Actualmente, Girardota alberga un conjunto importante de empresas de mediana y gran escala, entre las cuales se destacan Enka de Colombia, Abracol, Colcerámica S.A., Incolmotos Yamaha, Pigmentos S.A., Interquim, Productos Químicos Panamericanos, Zeuss Petroleum, Textiles Balalaika, Bodegas Familia, Agregados del Norte y Transmetano, entre otras. La presencia de esta plataforma industrial ha consolidado al municipio como un polo regional de empleo, generando oportunidades laborales para población local y migrante, especialmente en actividades relacionadas con manufactura, logística, metalmecánica, química, transporte y distribución. Esta dinámica se articula con el crecimiento de la zona comercial urbana y el desarrollo de proyectos turísticos



y de ecoturismo en la zona rural, que amplían la oferta laboral hacia servicios, gastronomía, comercio y actividades culturales.

Sin embargo, este proceso económico también ha generado retos en términos de equidad laboral. Aunque existe oferta de empleo, gran parte de los cargos industriales y técnicos requiere formación especializada, por lo que la inserción de jóvenes y mujeres en empleos formales estables aún presenta brechas. Se observa, además, la persistencia de formas de empleo informal, especialmente en el comercio minorista, servicios domésticos, transporte y trabajos no calificados. En la ruralidad, los ingresos agrícolas continúan siendo variables y estacionales, lo que impacta la estabilidad económica de los hogares campesinos. Estas desigualdades refuerzan la necesidad de fortalecer procesos de educación para el trabajo, formación técnica y tecnológica, apoyo al emprendimiento y articulación entre instituciones educativas y sector productivo, que proyecte el territorio con economía sostenible, innovación productiva y empleo digno.

2.2 Condiciones de vida del territorio

Condiciones de vida

Tabla 19. Cobertura de Servicios Públicos por zonas en el municipio de Girardota, 2022 - 2023

Determinantes intermedios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad 2023 (Índice de cobertura de energía eléctrica ICÉE Unidad de Planeación Minero Energética -	100,0	100,0
Cobertura de acueducto (DNP - TerriData) 2022	100,0	100,0
Cobertura de alcantarillado (DNP - TerriData) 2022	100,0	24,7

Fuente: SISPRO-MSPS-RUAF

Girardota presenta altos niveles de cobertura en servicios públicos básicos en la zona urbana, con 100% de cobertura en energía eléctrica y acueducto, lo que refleja una infraestructura consolidada y una gestión estable del suministro de servicios esenciales. Sin embargo, cuando se observa la zona rural, si bien la cobertura de energía y acueducto también alcanza el 100%, su aseguramiento se encuentra mediado por acueductos veredales comunitarios, cuya capacidad de potabilización varía y requiere acompañamiento técnico continuo. Esto se confirma en la Certificación Sanitaria Municipal 2024, que reporta un Índice de Riesgo de la Calidad del Agua municipal (IRCAm) de 13.6, clasificando el agua



con riesgo bajo, y un Índice de Riesgo por Abastecimiento (IRABAm) de 6.0, indicando que los sistemas requieren mejoras sostenidas para garantizar estabilidad y calidad, especialmente en distribución rural.

La principal brecha territorial identificada se presenta en el acceso al sistema de alcantarillado, donde mientras la cabecera municipal alcanza el 100% de cobertura, en el área rural solo se registra una cobertura del 24,7%, lo que obliga a buena parte de las viviendas rurales a recurrir a sistemas individuales de manejo de aguas residuales, pozos sépticos o vertimientos a fuentes superficiales. Esta situación genera impactos ambientales y sanitarios relevantes, con mayor riesgo en la vereda dispersa y en zonas de ladera, afectando especialmente a niños, niñas y personas mayores debido a la mayor exposición a enfermedades transmitidas por agua y saneamiento deficiente. La Certificación Sanitaria Municipal 2025 emitió una calificación favorable con requerimiento, lo que significa que, aunque el municipio cumple condiciones básicas, debe continuar fortaleciendo la vigilancia, la gestión comunitaria del agua y el acompañamiento técnico a los acueductos rurales para garantizar calidad y sostenibilidad del recurso hídrico.

48

Estas condiciones reflejan un desafío estructural en la equidad urbano-rural, que se cruza con los determinantes sociales de la salud. A pesar de que el municipio avanza hacia una visión de desarrollo sostenible y bienestar en coherencia con la Agenda Antioquia 2040, la priorización de inversiones en saneamiento básico, abastecimiento de agua potable, tratamiento de aguas residuales y fortalecimiento de gobernanza comunitaria del agua es fundamental para reducir desigualdades territoriales y garantizar entornos saludables. El fortalecimiento de la infraestructura rural, acompañado de educación sanitaria, participación comunitaria y soporte técnico municipal, será clave para el cumplimiento del derecho humano al agua y para la prevención de enfermedades de origen hídrico en la población.

Seguridad Alimentaria y Nutricional

Tabla 20. Determinantes intermedios de la salud- Seguridad alimentaria y nutricional del municipio de Girardota, 2007-2024

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Girardota	Comportamiento															
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEV-DANE) 2024*	11,3	11,2	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗

Fuente: SISPRO-MSPS-RUAF



El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en Girardota (11,2%), cercano al promedio departamental, indica una situación estable, pero que requiere atención prioritaria dentro del modelo de cuidado materno-infantil. Este indicador no solo refleja el estado nutricional de la gestante, sino también condiciones de vida, acceso a alimentos saludables, estabilidad económica y redes de apoyo, especialmente en los hogares urbanos que representan la mayor proporción de la población municipal. Aunque los controles prenatales y la atención institucional del parto alcanzan coberturas óptimas, el desafío se concentra en el acompañamiento nutricional y psicosocial durante la gestación, donde influyen condiciones como empleo informal, jornadas laborales extensas, estrés emocional y prácticas alimentarias basadas en productos procesados o de bajo aporte nutricional.

49

En coherencia con el Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027, que prioriza el cuidado de la vida, el fortalecimiento del bienestar familiar y la reducción de brechas sociales, se reconoce la necesidad de garantizar acceso efectivo a alimentos nutritivos y entornos alimentarios saludables. Esto se articula con las líneas del Plan Territorial de Salud 2024–2027, que promueve intervenciones en curso de vida, acompañamiento integral a gestantes y acciones colectivas orientadas a la educación alimentaria y nutricional. Durante el Plan de Acción 2025, se han avanzado estrategias como:

- Seguimiento nutricional y psicosocial a gestantes y familias con niños menores de 5 años, desde equipos de APS.
- Promoción y protección de la lactancia materna en instituciones de salud y centros educativos.
- Escuelas de cuidado y educación en alimentación saludable en articulación con instituciones educativas y familias.
- Mercados campesinos y huertas urbanas y comunitarias, facilitando acceso a alimentos frescos a la población urbana.

Estas acciones se orientan a mejorar no solo la disponibilidad y el acceso a alimentos, sino también los hábitos de consumo y la autonomía alimentaria, especialmente en hogares urbanos que dependen del ingreso monetario para su alimentación diaria. No obstante, la Política Pública Municipal de Seguridad



Alimentaria y Nutricional (2003) se encuentra en proceso de actualización para alinearla con la normatividad y las dinámicas actuales del territorio, donde predominan los hogares urbanos empleados en industrias, comercio sector informal y servicios, y donde la seguridad alimentaria depende en mayor medida de la capacidad adquisitiva, la educación nutricional y la protección social.

Cobertura de la vacunación PAI

50

Tabla 21. Gerencial de vacunación del municipio de Girardota, 2024.

CÓDIGO:	05308	SUBREGIÓN:	Valle de Aburrá
NOMBRE:	Girardota		

COBERTURAS EN RECIÉN NACIDOS				COBERTURA ESPERADA:	
	BCG RN	HB RN			95.0%
VACUNADOS	8	6		POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO:	432
COB. MUNICIPIO	1.9%	1.4%		POBLACIÓN DE UN AÑO:	466
COB. DEPARTAMENTO	87.7%	88.8%		POBLACIÓN DE CINCO AÑOS:	532
COB. SUBREGIÓN	110.2%	111.9%		NIÑAS DE NUEVE AÑOS:	323
				NIÑOS DE NUEVE AÑOS:	345
				GESTANTES:	432

COBERTURAS EN MENORES DE UN AÑO									
	BCG U	POLIO 3a	DPT 3a	HB 3a	Hib 3a	RV 2a	NC 2a	AG 2a	
VACUNADOS	8	412	411	411	411	384	391	315	
COB. MUNICIPIO	1.9%	95.4%	95.1%	95.1%	95.1%	88.9%	90.5%	145.8%	
COB. DEPARTAMENTO	89.5%	88.8%	89.0%	89.0%	89.0%	87.6%	90.2%	116.3%	
COB. SUBREGIÓN	111.8%	91.0%	91.4%	91.3%	91.4%	91.7%	93.6%	124.4%	

COBERTURAS EN UN AÑO									
	SRP U	HA U	VAR U	FA U	AG 2a+Ref	POLIO RFI	PENTA RFI	NC RFI	SRP RFI
VACUNADOS	447	434	462	402	437	413	406	438	395
COB. MUNICIPIO	95.9%	93.1%	99.1%	86.3%	93.8%	88.6%	87.1%	94.0%	84.8%
COB. DEPARTAMENTO	91.7%	88.5%	86.0%	82.8%	80.9%	82.5%	83.5%	89.9%	82.9%
COB. SUBREGIÓN	92.5%	90.3%	85.1%	80.8%	82.7%	80.9%	82.4%	90.8%	81.9%

COBERTURAS EN CINCO AÑOS									
	POLIO RFI	DPT RFI	VAR RFI	VPH Niños	VPH Niños	dPaT Ops	AG Ops	AG 60A U	
VACUNADOS	494	490	426	169	160	281	252	1.806	
COB. MUNICIPIO	92.9%	92.1%	80.1%	52.3%	46.4%	65.0%	77.8%	64.6%	
COB. DEPARTAMENTO	87.6%	86.0%	75.6%	50.2%	41.4%	74.9%	97.9%	67.9%	
COB. SUBREGIÓN	85.4%	83.9%	73.8%	42.0%	32.3%	79.5%	78.2%	69.0%	

Fuente: PAI Girardota

El comportamiento del esquema de vacunación en Girardota durante el 2024 muestra resultados diferenciados según grupo poblacional. Las coberturas de BCG y Hepatitis B al nacimiento aparecen bajas; sin embargo, esto no corresponde a una falla en la vacunación, sino a que la mayoría de los nacimientos de mujeres residentes en Girardota ocurren en Medellín y otros municipios del área metropolitana, donde se aplican estas dosis y se registran en esos territorios.

En los menores de un año y en la población de un año, las coberturas de Polio, DPT, Hepatitis B, Hib, Rotavirus, SRP, Hepatitis A y Varicela se encuentran por encima del 95%, cumpliendo la meta nacional y evidenciando una gestión sólida del PAI municipal, con estrategias efectivas de búsqueda activa, nominalización, visitas extramurales y articulación entre servicios de APS. No obstante, en la población de cinco años se identifica una ligera disminución en los refuerzos, lo cual señala la necesidad de fortalecer la coordinación con instituciones educativas y el seguimiento a familias en tránsito entre zonas urbanas y rurales.



La principal alerta sanitaria se encuentra en las coberturas de VPH en niñas y niños de 9 años, que permanecen significativamente por debajo de la meta esperada, debido a resistencias culturales, desinformación y baja aceptación familiar, lo que requiere reforzar estrategias de educación en salud y trabajo territorial en entornos escolares. En contraste, las gestantes presentan coberturas altas, lo que refleja una adecuada articulación con el control prenatal; mientras que la población mayor de 60 años requiere intensificación de estrategias comunitarias y extramurales para aumentar la cobertura de influenza. Este panorama confirma la necesidad de mantener la fortaleza operativa del PAI y, al mismo tiempo, focalizar acciones diferenciadas según grupo de edad y barreras identificadas.

Cobertura de Educación

Tabla 22. Tasa de Cobertura bruta de educación en el municipio de Girardota, 2005-2022

Indicadores	Antioquia	Girardota	Comportamiento																	
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE) 2018	4,5	3,4	-																	
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN) 2022	103,3	98,4																		
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN) 2022	115,4	115,8																		
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN) 2022	94,2	93,3																		

Fuente: DNP-DANE-MEN

La tasa de cobertura bruta en educación en Girardota refleja un comportamiento favorable en los niveles de básica y media, lo que indica una adecuada capacidad institucional para la atención de la población en edad escolar. En el nivel primario, la cobertura se sitúa en 98,4%, ligeramente por debajo del promedio departamental, pero aún dentro de los valores esperados para garantizar acceso oportuno a la educación en la primera etapa formativa. Esto sugiere que la mayor parte de los niños y niñas se encuentra vinculada al sistema educativo, con pocas barreras de ingreso, lo cual se relaciona con el acompañamiento institucional y familiar, así como con la disponibilidad de instituciones educativas en la zona urbana del municipio.

En el nivel secundario, la tasa de cobertura bruta es de 115,8%, cifra que supera el 100% debido a la presencia de estudiantes por fuera del rango de edad esperado, ya sea por ingresos tardíos, repitencias o reintegraciones escolares.

Este resultado puede interpretarse como un esfuerzo positivo de permanencia y reinserción educativa, especialmente en adolescentes y jóvenes que, por condiciones familiares, laborales o sociales, interrumpieron temporalmente su trayectoria escolar. Al mismo tiempo, este indicador señala la importancia de reforzar estrategias de acompañamiento psicosocial y orientación vocacional, para favorecer continuidades académicas sin repitencias prolongadas.

52

Por su parte, la cobertura bruta en educación media (93,3%) presenta una leve disminución respecto a los niveles anteriores, lo cual indica que no todos los jóvenes culminan la secundaria o continúan hacia el grado 11, situación común en municipios en transición urbano-industrial donde algunos adolescentes se vinculan tempranamente a actividades laborales del sector servicios, comercio o industria. Este comportamiento plantea un desafío para la política social local: fortalecer la permanencia escolar, la formación técnica y tecnológica, y los programas de educación flexible, tal como lo propone el Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027, con miras a asegurar mejores condiciones de empleabilidad, movilidad social y bienestar familiar para la juventud del municipio.

Pobreza (NBI)

Girardota presenta una proporción total de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del 5,05%, lo cual representa un desempeño favorable frente al promedio departamental y nacional. Sin embargo, se evidencia una desigualdad territorial significativa, pues mientras la zona urbana registra un NBI de 2,96%, en la zona rural asciende a 7,91%, reflejando mayores dificultades en acceso a servicios públicos, vivienda adecuada y conectividad en veredas y asentamientos dispersos. Estas diferencias están relacionadas con modelos de ocupación del territorio, condiciones geográficas y menor infraestructura instalada en áreas rurales, lo que influye directamente en la calidad de vida y en el riesgo social de los hogares.

Tabla 23. NBI Censo DANE 2018, Girardota.

	NBI		Prop total de Personas en NBI (%)
	URB	RUR	
GIRARDOTA	2.96%	7.91%	5.05%

Fuente: DANE

Aunque la mayoría de la población está vinculada a actividades económicas urbanas (industria, comercio y servicios), persisten hogares vulnerables en



transición socioeconómica, particularmente familias jóvenes con empleos informales y adultos mayores con redes de apoyo limitadas. El Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027 prioriza la reducción de estas brechas mediante acciones orientadas al mejoramiento de vivienda rural, expansión de servicios públicos, fortalecimiento del acompañamiento social y promoción de oportunidades educativas y laborales. Por tanto, el reto central para el municipio no es únicamente mantener buenos indicadores de cobertura, sino garantizar equidad territorial y sostenibilidad en las condiciones de vida, especialmente en la ruralidad y en grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad.

53

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

Condiciones factores psicológicos y culturales

En Girardota, las tasas de violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer se encuentran ligeramente por debajo de los promedios departamentales, lo que sugiere un comportamiento menos crítico que en otros municipios de Antioquia. Sin embargo, estas cifras no deben interpretarse como ausencia del problema, sino como un indicador de que la violencia basada en relaciones familiares y de género continúa siendo una realidad significativa en el territorio. Estas situaciones se relacionan con factores culturales, patrones de socialización basados en roles tradicionales, dificultades para el manejo emocional, dependencia económica y limitaciones en las redes de apoyo.

Tabla 24. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del municipio de Girardota, 2023

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Girardota
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	47,5	43,3
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	52,2	42,4

Fuente: SISPRO-MSPS

Los factores psicológicos asociados a estas violencias incluyen estrés crónico, sobrecarga emocional en el cuidado familiar, consumo de alcohol y otras sustancias, conflictos relacionales y problemas de salud mental no atendidos, los cuales se han intensificado tras los cambios sociales derivados de la pandemia y del contexto urbano-industrial del municipio. Frente a este escenario, el Plan de



Desarrollo Territorial 2024–2027 y la Política Pública de Mujer y Género priorizan el fortalecimiento de rutas de atención, acompañamiento psicosocial, trabajo comunitario y educación en habilidades emocionales, junto con la Política Pública de Salud Mental y Adicciones, que orienta intervenciones preventivas y de atención especializada. El reto central es avanzar hacia una atención territorializada, con presencia en barrios y veredas, que favorezca la detección temprana, la protección de víctimas y la transformación cultural hacia relaciones familiares basadas en el respeto y el cuidado mutuo.

2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad

Girardota cuenta con una población registrada en condición de discapacidad compuesta por 132 hombres y 117 mujeres, observándose una distribución relativamente equilibrada por sexo. Sin embargo, al analizar los tipos de discapacidad, se identifican diferencias importantes: las discapacidades intelectual y psicosocial son las de mayor prevalencia, especialmente en mujeres, 64,1% y 61,5% respectivamente, lo que indica la necesidad de fortalecer estrategias de salud mental, acompañamiento familiar y redes comunitarias de apoyo. En hombres se observa mayor proporción de discapacidad múltiple y física, lo que puede asociarse a actividades laborales de riesgo, mayor exposición a accidentes y condiciones de esfuerzo físico. Estas características reflejan la necesidad de intervenciones diferenciadas según sexo, edad y contexto de desarrollo social.

Tabla 25. Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Girardota, septiembre 2025

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres**	Mujeres	Proporción Mujeres**
Física	59	44,7	47	40,2
Visual	15	11,4	16	13,7
Auditiva	5	3,8	18	15,4
Intelectual	70	53,0	75	64,1
Psicosocial (Mental)	74	56,1	72	61,5
Sordoceguera	1	0,8	0	0,0
Múltiple	77	58,3	82	70,1
Total	132		117	

Fuente: MSPS

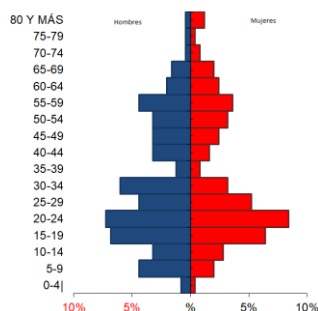
La pirámide poblacional de personas con discapacidad muestra una mayor concentración en jóvenes y adultos entre los 20 y 39 años, lo cual contrasta con territorios donde la discapacidad se concentra principalmente en población mayor. Esto señala factores asociados a accidentes laborales, violencias, trastornos de desarrollo y condiciones de salud mental, más que al envejecimiento. No obstante, también se observa presencia de discapacidad en



adultos mayores, quienes requieren atención integral, acompañamiento al cuidador y accesibilidad física y urbana. La distribución por grupos de edad evidencia que la discapacidad en Girardota no es únicamente un fenómeno asociado a la vejez, sino que afecta personas en etapa productiva y educativa, con impacto directo en la inclusión laboral, continuidad escolar y participación social.

55

Figura 7. Pirámide de la población en situación de discapacidad. Girardota, septiembre 2025



Fuente: MSPS

La implementación del Sistema Municipal de Discapacidad ha permitido avances en identificación y orientación de servicios; sin embargo, persisten barreras estructurales en accesibilidad arquitectónica, inclusión educativa plena, oportunidades laborales estables y apoyo psicosocial continuo a familias cuidadoras. El Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027 plantea la necesidad de fortalecer las rutas de atención intersectorial, promover la educación inclusiva, ampliar programas de rehabilitación funcional y habilitación laboral, y consolidar espacios comunitarios accesibles. El reto principal no solo es garantizar atención en salud, sino garantizar la participación social, autonomía y calidad de vida, reconociendo a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y actores activos del territorio.

2.5 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social

Las condiciones sociales, económicas y de la vida identificadas a través de la cartografía social permiten comprender cómo las desigualdades y las capacidades colectivas del municipio se expresan en la salud de manera cotidiana, territorializada y diferenciada según grupo poblacional. La cartografía muestra que la calidad de vida en Girardota no es homogénea, sino que se encuentra condicionada por el lugar que se ocupa en la estructura social, el



territorio que se habita (urbano-rural) y las responsabilidades y roles asignados culturalmente.

En el entorno urbano, las mujeres son quienes sostienen el equilibrio doméstico, económico y emocional del hogar. Sin embargo, este rol se encuentra atravesado por barreras estructurales como la escasez de ingresos, la inestabilidad laboral, el cuidado de hijos y personas mayores, y la carga del trabajo doméstico no remunerado. Estas dinámicas generan tensión permanente entre supervivencia económica y bienestar emocional, lo que puede traducirse en fatiga crónica, ansiedad, depresión y dificultades para la participación comunitaria. Además, la toma de decisiones alimentarias se ve condicionada por el precio de los alimentos, el tiempo disponible para cocinar y la oferta del mercado local, que prioriza productos ultra procesados y de preparación rápida. Como resultado, se configura un entorno alimentario que no favorece la salud, especialmente en los hogares de mujeres cabeza de familia, donde es frecuente que se priorice la saciedad sobre el valor nutricional. Esta situación contribuye a la aparición de sobrepeso, obesidad infantil, hipertensión y diabetes, configurando un patrón de riesgo metabólico creciente.

56

En la ruralidad, las condiciones de vida se estructuran alrededor de la relación con la tierra y el agua. Los campesinos reconocen la riqueza del territorio, pero también expresan preocupación por la disminución de la disponibilidad de agua segura, el deterioro de nacimientos, la presión urbanizadora sobre áreas agrícolas y la fragilidad de los acueductos veredales que no aseguran potabilización permanente. Esta realidad afecta directamente a la salud, generando enfermedades gastrointestinales, afecciones dérmicas y vulnerabilidad en niños, niñas y adultos mayores, especialmente en temporadas de lluvias o turbiedad del agua. A su vez, los costos económicos de desplazamiento en algunas zonas limitan el acceso oportuno a servicios de salud, lo que favorece diagnósticos tardíos y progresión de enfermedades crónicas. La población campesina también enfrenta inestabilidad económica, pues la venta de productos agrícolas depende de intermediarios que fijan precios desiguales, situación que reduce los ingresos y debilita la sostenibilidad de la vida rural.

Para la población LGBTIQ+, las condiciones de vida están atravesadas por el acceso desigual a oportunidades educativas, laborales y culturales, así como por la persistencia de estigmas y prácticas discriminatorias que limitan la participación social plena. La falta de espacios seguros para reunirse y fortalecerse como comunidad afecta la salud mental, generando sentimientos de



aislamiento, ansiedad y autocensura. La seguridad del espacio público es interpretada como un indicador directo de bienestar, si el territorio no se puede habitar sin temor, no se puede pertenecer a él plenamente. De este modo, el territorio no solo es físico, sino también emocional y simbólico.

En la población adulta mayor, las condiciones de vida están marcadas por la disminución de ingresos, las dificultades en la movilidad, la dependencia de terceros y, en algunos casos, la soledad y la pérdida de redes familiares. La salud física se entrelaza con la salud emocional, cuando disminuye el contacto social, se reduce la motivación para el autocuidado, la actividad física y la participación comunitaria. Además, los adultos mayores perciben el cambio del territorio como una transformación de los valores de convivencia, lo que genera sentimientos de duelo cultural y distanciamiento afectivo con la comunidad.

57

2.6 Conclusiones del capítulo

El análisis de las condiciones sociales y económicas de Girardota muestra un municipio con niveles favorables de acceso a educación, servicios públicos básicos y aseguramiento en salud, lo que contribuye a un entorno general de bienestar. Sin embargo, persisten diferencias territoriales urbano-rurales, especialmente en el acceso a saneamiento básico, donde la cobertura de alcantarillado rural es limitada, y en la seguridad alimentaria y nutricional, que afecta de manera diferencial a gestantes, niños menores de cinco años y hogares con ingresos variables o empleo informal. La calidad de vida en el municipio, por tanto, no se define únicamente por el acceso a servicios, sino por la capacidad de sostenibilidad socioeconómica y acompañamiento familiar y comunitario.

En el ámbito educativo y laboral, Girardota presenta altas tasas de cobertura escolar y una economía diversificada con presencia de industria, comercio y servicios, lo cual ha consolidado oportunidades de empleo y movilidad social. No obstante, se identifican retos en la permanencia escolar en la educación media, así como en la inclusión laboral de jóvenes y mujeres, especialmente en contextos de informalidad. Estas dinámicas repercuten en las condiciones de salud mental, estabilidad familiar y participación comunitaria, reforzando la importancia de programas educativos flexibles, formación técnica, acompañamiento psicosocial y articulación entre instituciones educativas y sector productivo.



El análisis de las violencias y la salud mental evidencia que, aunque las tasas de violencia intrafamiliar y contra la mujer son inferiores a las departamentales, estas siguen representando un problema estructural asociado a factores culturales, desigualdades económicas, sobrecarga del cuidado y dificultades en la gestión emocional. Del mismo modo, la situación de la población en condición de discapacidad requiere acciones que trasciendan la atención en salud, orientándose a la inclusión educativa, accesibilidad urbana, rehabilitación funcional, apoyo al cuidador y garantía de participación social, de acuerdo con el enfoque de derechos establecido en el Sistema Municipal de Discapacidad.

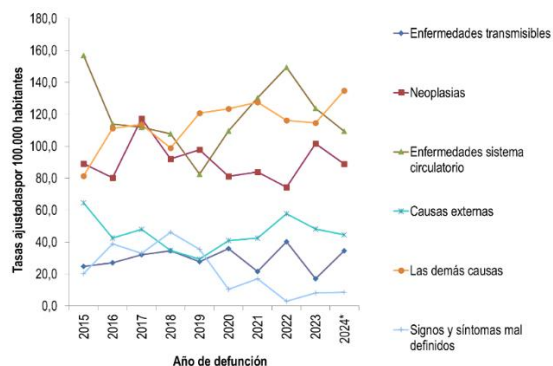
Girardota se encuentra en un proceso de consolidación de un modelo de bienestar territorial, donde la clave no es únicamente mantener coberturas, sino reducir brechas internas, fortalecer redes de apoyo comunitario y garantizar la inclusión de grupos en mayor vulnerabilidad como mujeres, niños, jóvenes, población rural, migrante, personas con discapacidad y personas con trastornos de salud mental. El municipio dispone de capacidad institucional y estructura comunitaria para avanzar en ello; el desafío es asegurar continuidad, articulación intersectorial y enfoque preventivo como pilares de la acción en salud pública.

3. CAPITULO III: SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO – 30 PAGINAS

3.1 Análisis de la mortalidad

3.1.1 Mortalidad general por grandes causas:

Figura 8. Tasas ajustadas de Mortalidad Municipio de Girardota



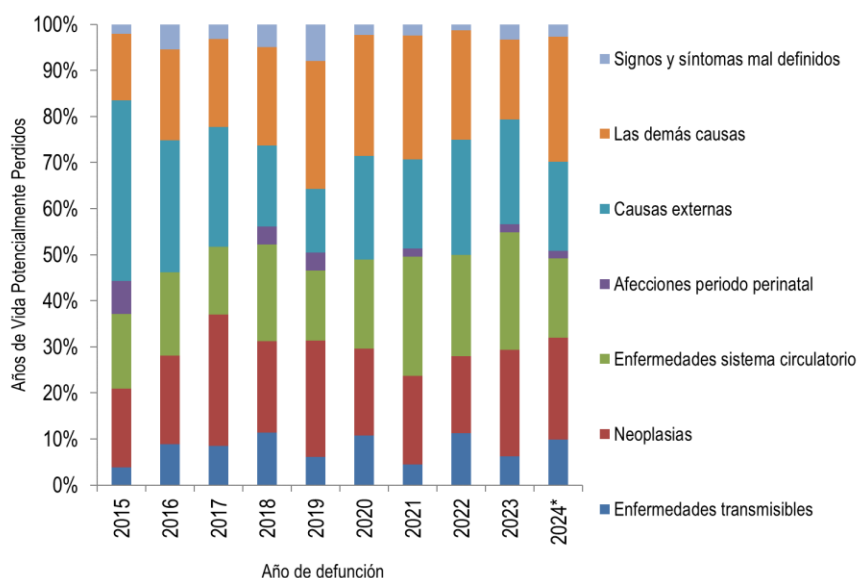
Fuente: MSPS



Al discriminar la mortalidad según género, el comportamiento es similar en lo que respecta a las tres primeras causas, observando que las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores y neoplasias se destacan a lo largo del tiempo, situación que se asemeja al perfil de mortalidad departamental. De otro lado, si bien las causas externas, son más altas en la población masculina, el porcentaje en mujeres ha ido incrementando en los últimos 4 años.

Como estrategias municipales se tiene: campañas educativas en el tema de hábitos y estilos de vida saludable, conformación del club de la salud para promover la actividad física y alimentación saludable, campañas de detección temprana de cáncer de mama y próstata, articulación con las instituciones y otros sectores para ejecución de actividades colectivas, entre otras.

Figura 9. Distribución porcentual de AVPP según grandes causas Municipio de Girardota 2015-2024



Fuente: MSPS

En cuanto a la población masculina, la causa que mayor impacto ha tenido sobre los años de vida potencialmente perdidos a lo largo del tiempo, son las externas, principalmente los homicidios y accidentes de tránsito, mientras que en las mujeres las muertes tempranas son atribuidas en mayor proporción a las neoplasias.



En materia de accidentalidad, la Secretaría de Tránsito y Transporte, continúa con la realización de campañas educativas y control vehicular en las vías municipales, garantizando el uso adecuado de elementos de Protección y cumplimiento de normas.

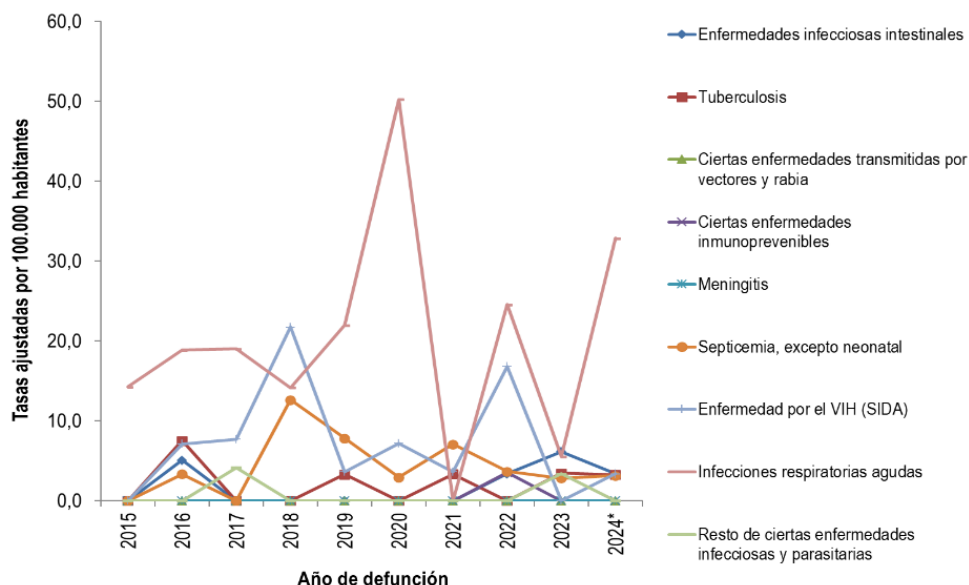
En lo referente a las neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio, desde el Plan de Intervenciones Colectivas y en articulación con las IPS, el municipio de Girardota ejecuta frecuentemente, campañas educativas de prevención, detección temprana y hábitos saludables.

Las muertes por afecciones en el periodo perinatal, también son causa representativa en los AVPP. Frente a ello, las instituciones Prestadoras de servicios de salud desarrollan diferentes estrategias, para mejor la calidad de la atención y garantizar la asistencia de las maternas a los controles prenatales.

60

3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

Figura 10. Mortalidad por enfermedades transmisibles en población masculina
Municipio de Girardota 2015 - 2024



Fuente: MSPS

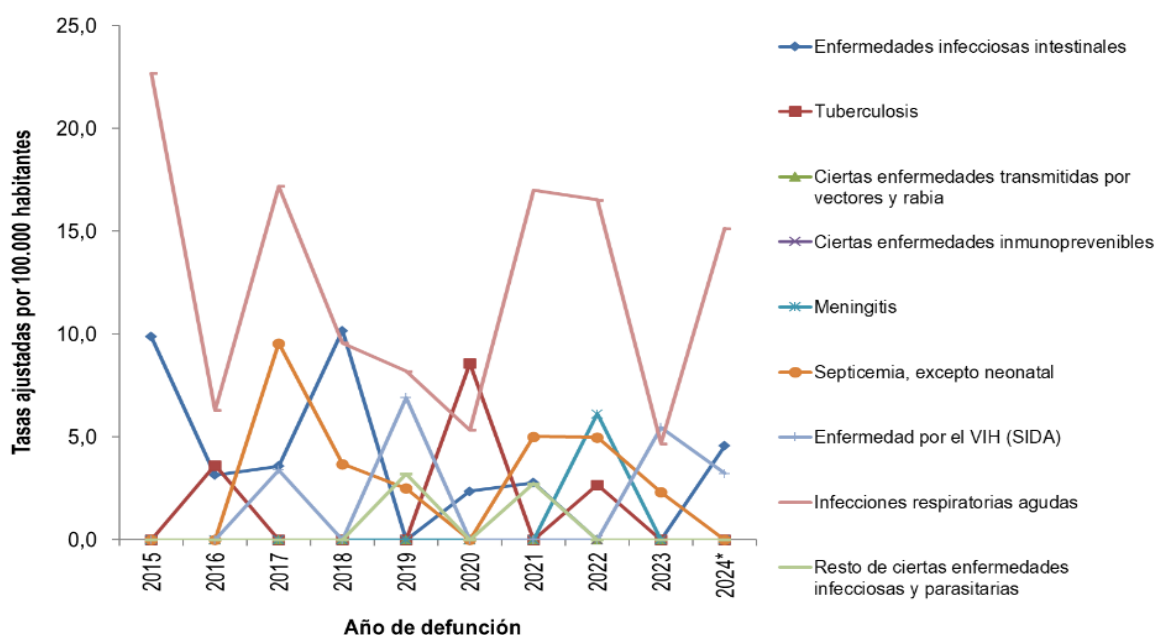


En la población masculina, las infecciones respiratorias agudas, el VIH y la septicemia, representan las primeras causas de mortalidad por enfermedades transmisibles, a través del tiempo.

El Municipio continúa con la implementación de campañas educativas de sensibilización y prevención de infecciones, mediante carruseles de la salud y material educativo, a través del PIC. Así mismo se realiza educación al personal salud para la aplicación correcta de las guías de práctica clínica de IRA.

61

Figura 11. Mortalidad por enfermedades transmisibles en población femenina
Municipio de Girardota 2015 - 2024

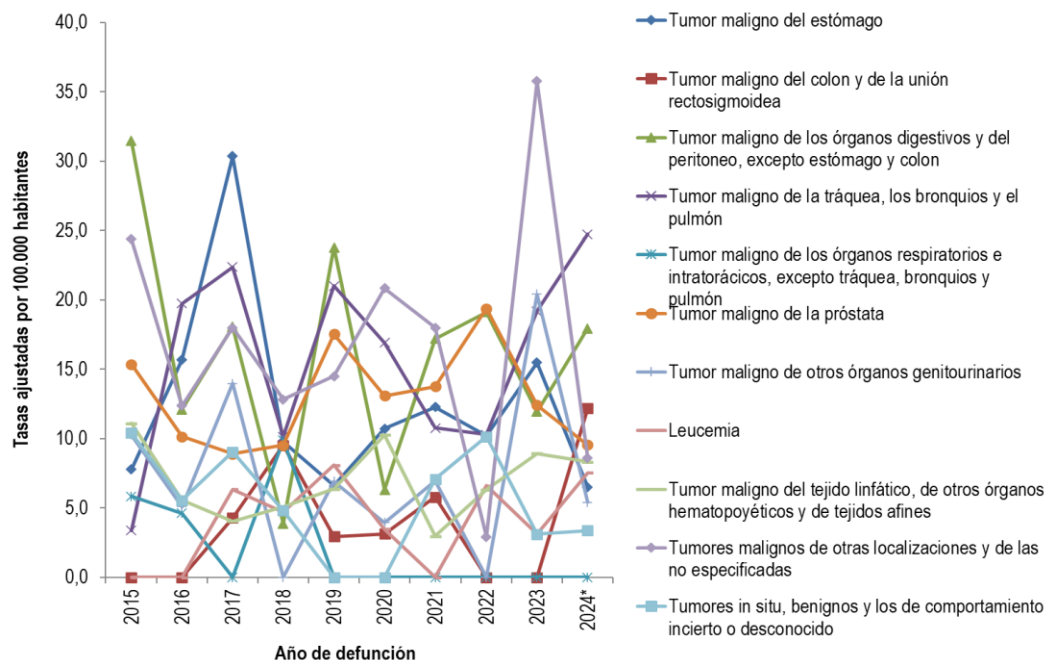


Fuente: MSPS

La mortalidad por enfermedades transmisibles en la población femenina, sigue un comportamiento similar a la de los hombres. Como estrategias de intervención, en el municipio se realizan talleres lúdicos y educativos de autocuidado y prevención de infecciones, además de talleres de salud sexual y reproductiva dirigidos a los diferentes grupos de población.



Figura 12. Mortalidad por neoplasias en población masculina Municipio de Girardota 2015-2024



62

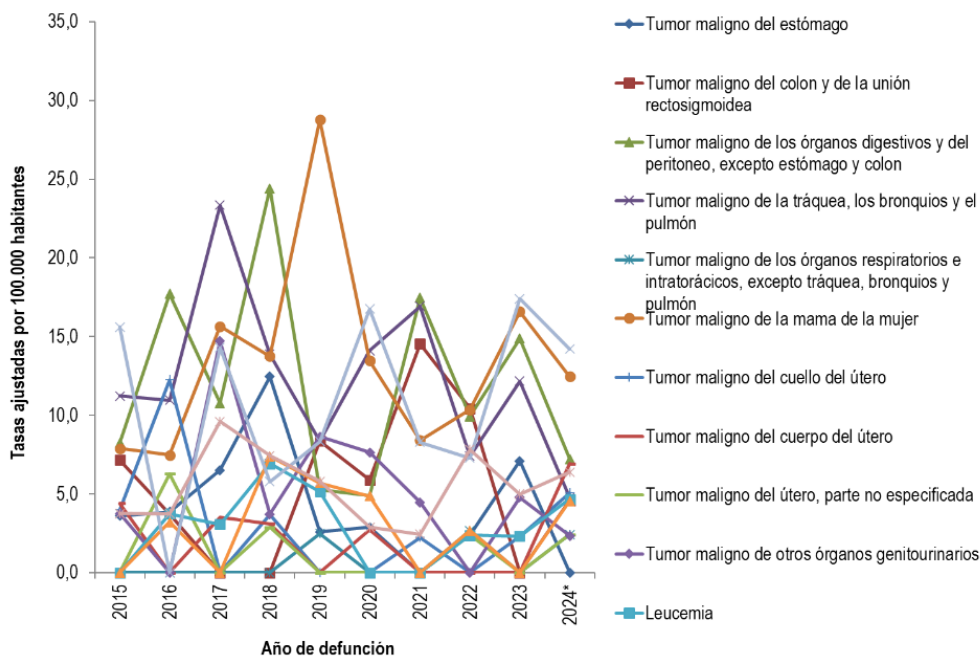
Fuente: MSPS

Con respecto a la mortalidad según localización del tumor, en la población masculina se observa una variación a través del tiempo. Entre los más representativos, se encuentran: tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo y tumor maligno de colon y tumor maligno de la próstata.

Como estrategia para impactar este indicador, el municipio implementará campañas de promoción de hábitos y estilos de vida saludables, así como campañas educativas de detección temprana de cáncer de próstata en articulación con las IPS municipales.



Figura 13. Mortalidad por neoplasias en población femenina Municipio de Girardota 2015-2024

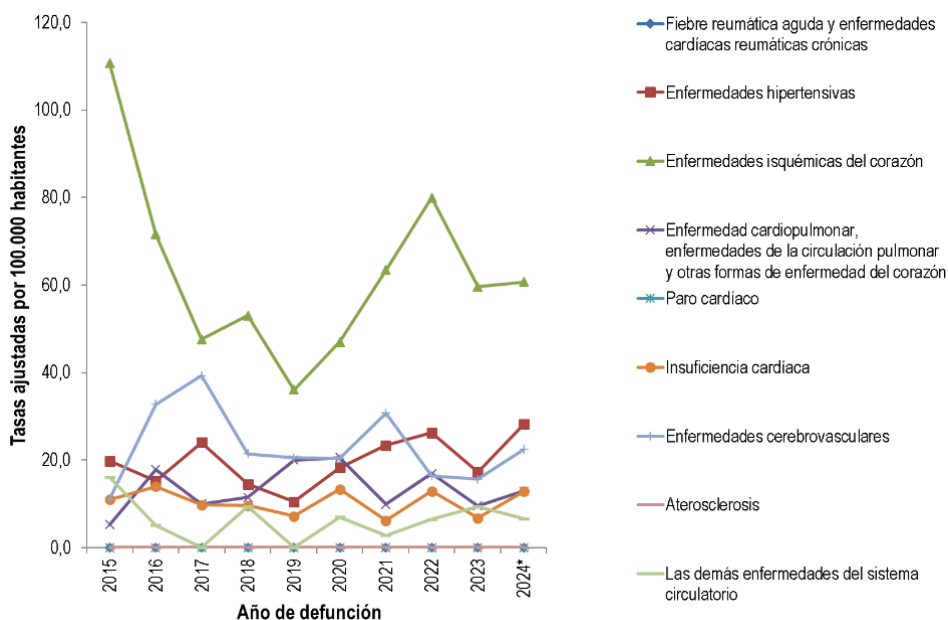


Fuente: MSPS

Según las causas de mortalidad por tumor maligno, en la población femenina se identifican varios tipos de tumor, destacando: tumor maligno de la mama, el cual presentó un ligero descenso entre 2023 y 2024 y, tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón notándose también un descenso del 7,4% en los dos últimos años. Las acciones contempladas por el municipio para la esta población, contemplan la educación para la detección temprana de cáncer de mama y de cuello uterino (campañas educativas autoexamen de mama, toma de mamografías, toma de citologías), así como la articulación con otros organismos para actividades referentes a los otros tipos de tumores presentes.



Figura 14. Mortalidad sistema circulatorio en población masculina Municipio de Girardota 2015 – 2024



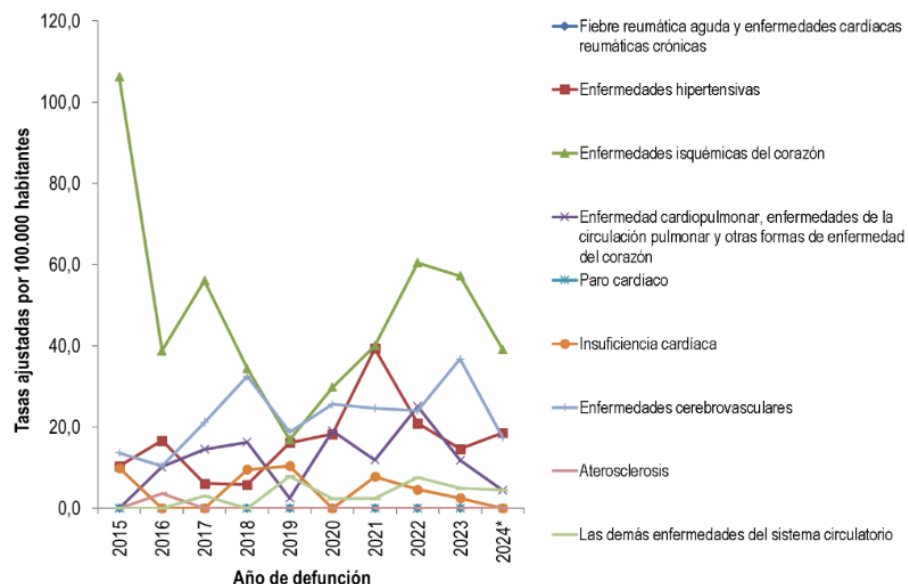
Fuente: MSPS

La principal causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio a través del tiempo corresponde a enfermedades isquémicas del corazón, notándose una diferencia muy marcada, con respecto al resto de enfermedades, las cuales mantienen un comportamiento similar en los diferentes periodos.

Como acciones para disminuir el riesgo cardiovascular, el municipio realiza actividades grupales desde el plan de intervenciones colectivas, enfocadas en la promoción de hábitos y estilos de vida saludable como: actividad física, cuidados nutricionales y manejo del estrés.



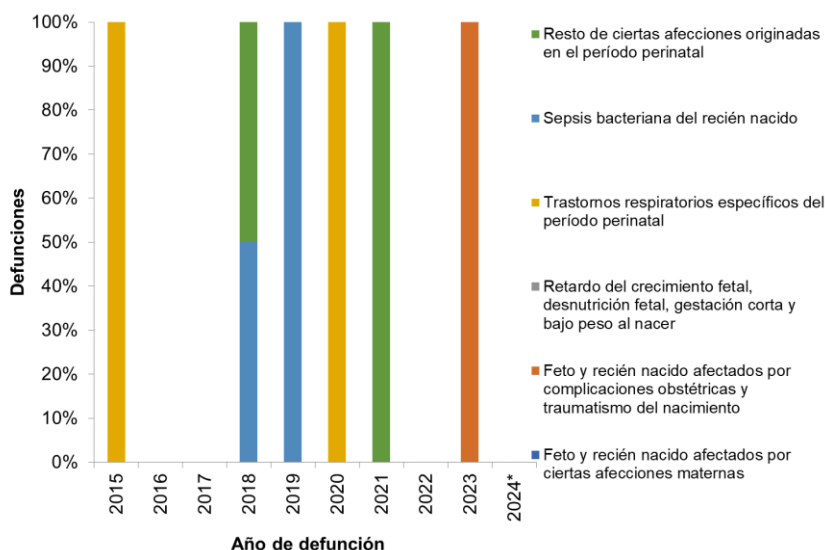
Figura 15. Mortalidad sistema circulatorio en población femenina Municipio de Girardota 2015 – 2024



Fuente: MSPS

Teniendo en cuenta que el comportamiento es similar al de los hombres, las estrategias municipales utilizadas son las mismas, en articulación con las tres instituciones prestadoras de servicios de salud, quienes realizan demanda inducida para los programas de riesgo cardiovascular.

Figura 16. Mortalidad Periodo Perinatal en población masculina Municipio de Girardota 2015 – 2024

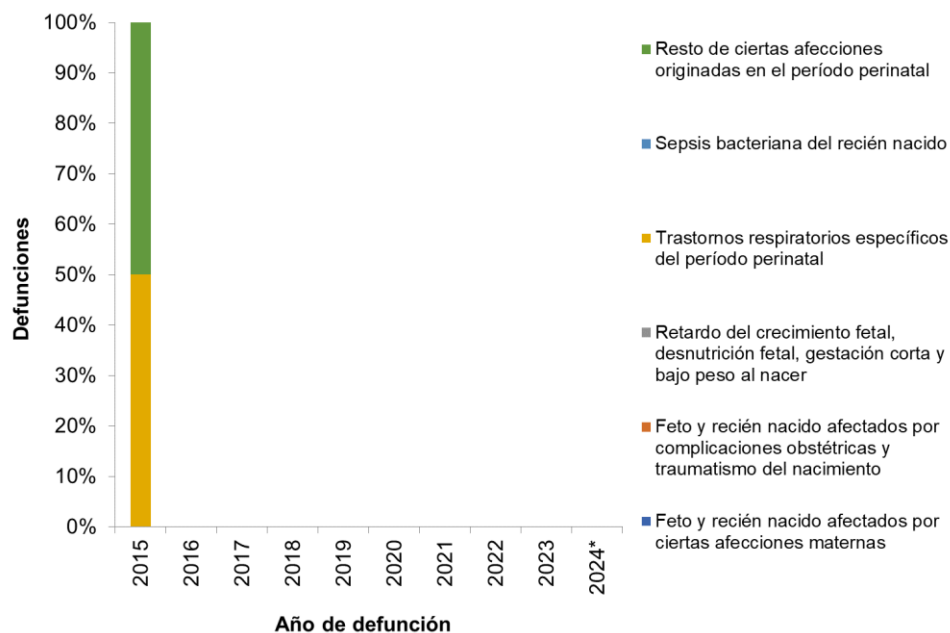


Fuente: MSPS

Se pueden evidenciar las variaciones de las principales causas a lo largo del tiempo. Entre los años 2015 y 2021; predominan los trastornos respiratorios específicos del período perinatal y la sepsis bacteriana del recién nacido, lo que sugiere posibles deficiencias en la atención oportuna y/o inmediata al neonato y adecuadas prácticas de prevención y control de infecciones.

En los años 2023 y 2024, las defunciones se asociaron a afecciones maternas y complicaciones obstétricas, evidenciando la necesidad de fortalecer la atención prenatal, el control del riesgo obstétrico y la vigilancia del trabajo de parto, lo que sugiere mayor vigilancia por parte del personal médico y de enfermería encargados de llevar a cabo las atenciones prenatales y la identificación oportuna de las condiciones que ponen en riesgo el binomio madre hijo.

Figura 17. Mortalidad Periodo Perinatal en población masculina Municipio de Girardota 2015 – 2024



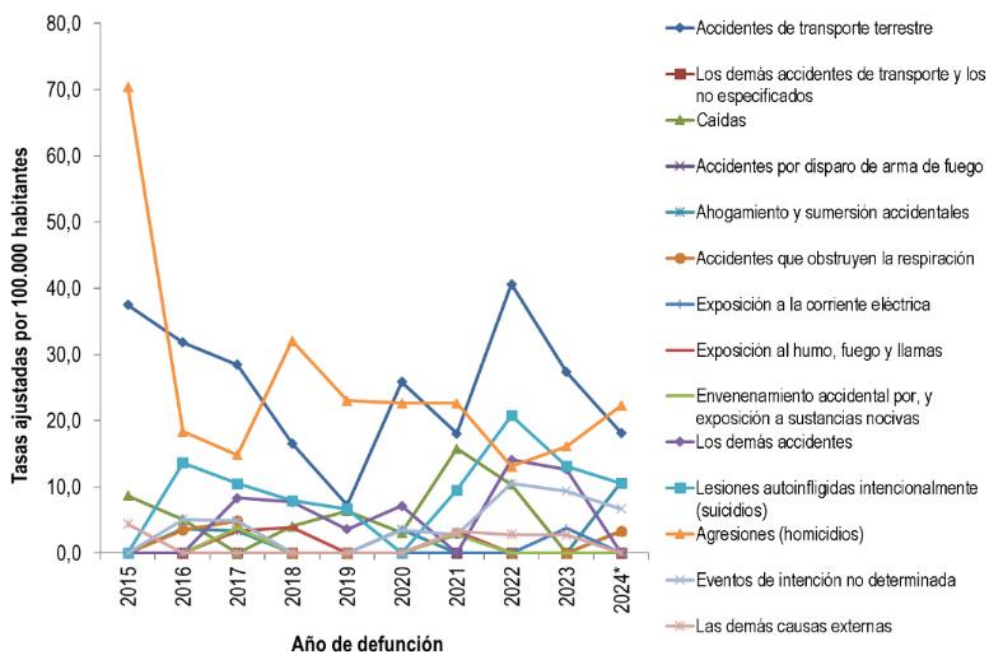
Fuente: MSPS

Para el año 2015, las principales causas de muerte fueron los trastornos respiratorios específicos del período perinatal y el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, lo que sugiere la presencia de condiciones relacionadas con la adaptación del recién nacido al ambiente extrauterino y posibles limitaciones en la atención inmediata oportuna.

Este comportamiento resalta la importancia de fortalecer las acciones de promoción y prevención desde el control prenatal, con énfasis en la detección temprana del riesgo perinatal, la preparación para el parto seguro y el fortalecimiento de las competencias del personal de salud en la atención del recién nacido, especialmente en reanimación neonatal y vigilancia de las IRA.



Figura 18. Mortalidad por Causas externas en población masculina Municipio de Girardota 2015-2024



Fuente: MSPS

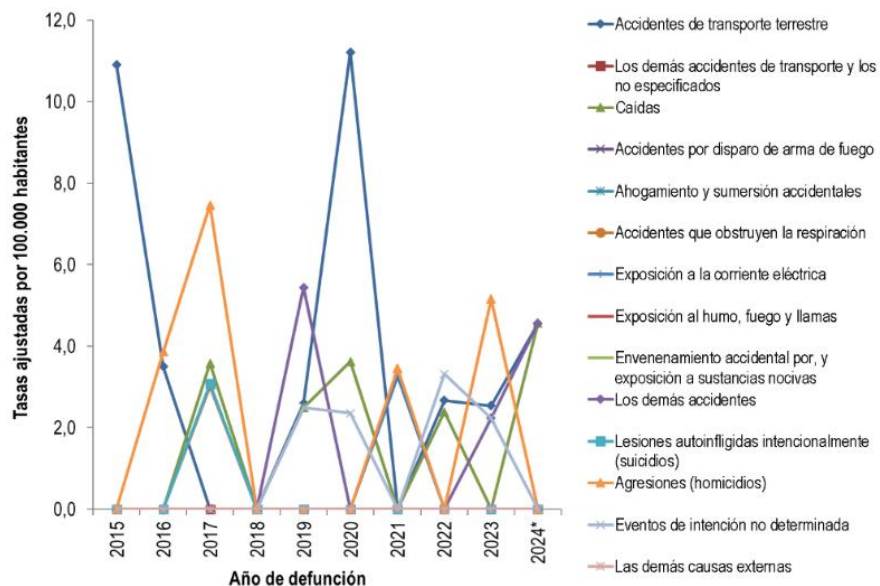
De acuerdo al panorama observado, el municipio actúa a través de campañas educativas de seguridad vial, dirigidas a todos los grupos de población, entre ellos: escolares y trabajadores, con estrategias lúdicas y participativas. Así mismo, se cuenta con puestos de control pedagógico y educación vial constantes en los puntos estratégicos del municipio.

En relación con la seguridad ciudadana, la secretaría de gobierno ejecuta un plan de seguridad y convivencia articulado con otras secretarías el cual aplica para toda la población.

Otro aspecto relevante en mortalidad por causas externas en los hombres, tiene que ver con los suicidios, para ello, se cuenta con acciones que específicamente serán mencionadas en el tema de salud mental.



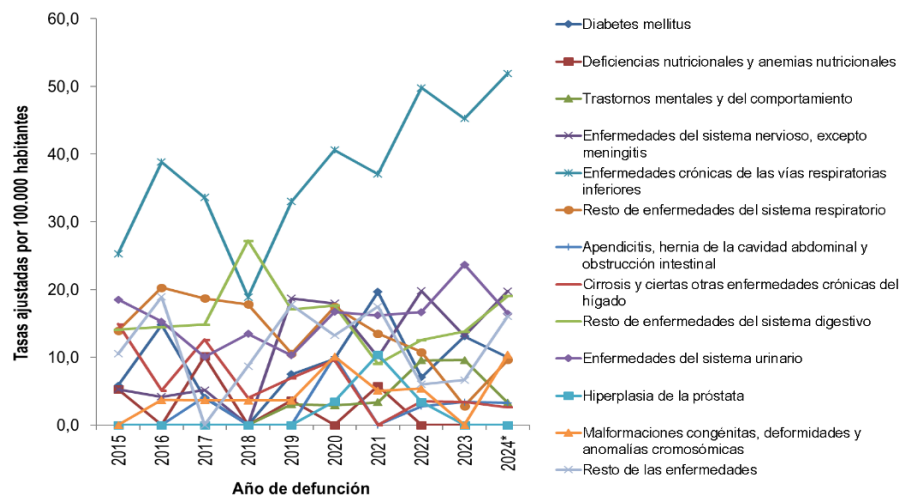
Figura 19. Mortalidad por Causas externas en población masculina Municipio de Girardota 2015-2024



Fuente: MSPS

Teniendo en cuenta que la mortalidad por causas externas en la población femenina, presenta un comportamiento similar a la de los hombres, las estrategias de intervención definidas para disminuirla, siguen la misma línea que las implementadas para los hombres, y son ejecutadas por los diferentes actores involucrados con la seguridad ciudadana y la salud mental.

Figura 20. Mortalidad por todas las demás causas en población masculina
Municipio de Girardota 2015-2024

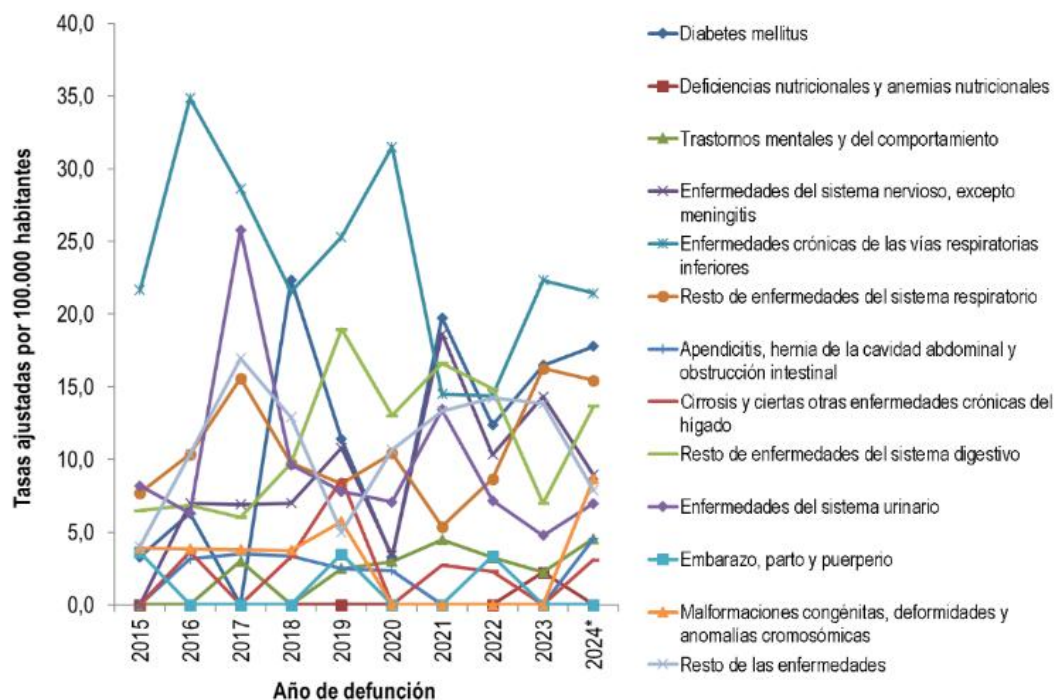


Fuente: MSPS

Con excepción del año 2018, en los últimos 10 años, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, han permanecido en el nivel más alto de mortalidad dentro del subgrupo de “las demás causas”, en la población masculina. Para lo anterior, se implementan actividades educativas de autocuidado e higiene, desde los programas institucionales y el PIC municipal.



Figura 21. Mortalidad por todas las demás causas en población femenina
Municipio de Girardota 2015-2024



Fuente: MSPS

En lo que respecta a las dos primeras causas, la tendencia es similar a la situación de mortalidad en este subgrupo en la población masculina. Se realizarán actividades educativas sobre alimentación saludable, autocuidado y sistema de alertas dirigidas a toda la población.

3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Tabla 26. Tasas específicas de mortalidad infantil según sexo Niños menores de 1 año, Municipio de Girardota 2015-2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total																
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*							
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	2,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	62,03	126,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 período perinatal	86,35	0,00	0,00	61,33	115,67	0,00	67,01	0,00	62,03	68,33	87,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	1,63	11,12	10,67	113,95	67,01	60,72	0,00	0,00	13,94	0,00	2,84	2,39	19,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Fuente: MSPS



Históricamente, la principal causa de mortalidad en menores de un año ha sido "malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas". El pico más alto se registró en 2020, con una tasa de 60.31 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en ambos sexos. Cabe destacar que esta situación se ha presentado con mayor frecuencia en el sexo masculino a lo largo de los diferentes períodos. Esta causa ha estado presente en todos los períodos entre 2015 y 2024, a excepción de 2023.

La segunda causa más frecuente ha sido "ciertas afecciones originadas en el período perinatal", presentándose en seis períodos no consecutivos. Para 2024, se registró una tasa total de 33.33, impulsada por casos en el sexo masculino (33.33 en hombres). Para el período 2024, la causa más predominante fue "enfermedades del sistema respiratorio", con una tasa máxima de 126.6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos para el sexo masculino y cero muertes para el sexo femenino.

Para disminuir la mortalidad en menores de un año, nuestras acciones deben centrarse en el cuidado preconcepcional, prenatal e inmediato del recién nacido, así como en el manejo de infecciones respiratorias agudas (IRA) mediante una vigilancia activa. En el municipio, hemos estado fortaleciendo estas acciones a través de campañas en las IPS, intervenciones directas en el plan de intervenciones colectivas y acciones continuas para la entrega oportuna y vigilancia del consumo de suplementos en el embarazo, así como la promoción intensiva de la lactancia materna exclusiva, que es un factor protector clave contra las infecciones respiratorias.

Tabla 27. Tasas específicas de mortalidad infantil según sexo Niños de 1 a 4 años, Municipio de Girardota 2015-2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 *	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 *	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 *	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	154,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apofisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	153,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	86,98	0,00	25,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40,36	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40,36	4,34	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,34	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37,69	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	53,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,34

Fuente: MSPS

Como aspecto relevante de la mortalidad de niños de 1 a 4 años de género masculino, se ha notado un incremento en la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias, pasando de 76.86 en 2023 a 78.74 en 2024. Este



evento no se presenta en el sexo femenino. Una posible explicación para esta susceptibilidad en el sexo masculino es el menor tamaño y madurez de sus vías respiratorias, una condición que persiste hasta la pubertad.

Para el mismo período de 2024, también se registra una tasa de 78.74 por cada 1.000 nacidos vivos debido a causas externas de morbilidad y mortalidad, un fenómeno que no se había presentado en períodos anteriores para este grupo. En el género femenino, las enfermedades del sistema circulatorio mostraron una tasa de 84.96 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2023, reduciéndose a cero en el período actual. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, por su parte, registraron una tasa de 87.03 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2024.

73

Para disminuir la mortalidad infantil por estas causas, desde el municipio se ha venido fortaleciendo las campañas de vacunación, así como la garantía de la atención en salud a la población, fortalecimiento del AIEPI clínico y comunitario en los diferentes entornos.

Tabla 28. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según sexo en menores de 5 años, Municipio de Girardota 2015-2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apofisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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	4,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,29
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 período perinatal	8,30	0,00	0,00	9,36	9,28	0,00	8,59	0,00	5,62	6,76	8,8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,35	0,00	0,00	4,46	4,31	0,00	2,35	0,00	2,77	3,29
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	4,41	4,07	4,65	0,00	9,57	8,59	5,05	0,00	0,00	4,41	0,00	4,49	4,29	4,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,14	2,20	4,67	4,46	2,16	4,59	2,35	2,46	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,77
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: MSPS

La principal causa de mortalidad en la población infantil menor de 5 años, para ambos sexos, han sido las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Esta causa ha sido consecutiva entre 2015 y 2022, siendo más prevalente en el sexo masculino.

Con respecto a las afecciones originadas en el periodo perinatal, estas sugieren muertes tardías por secuelas o complicaciones de diversas condiciones. Esta es la causa más persistente y con mayor tasa en algunos años, observándose en 2015, 2018, 2019, 2021, 2023 y 2024. La tasa más reciente 2024 es de 3.29, impulsada por la tasa de 6.76 en hombres. Ambas causas mencionadas se consideran no evitables



Se evidencia, además, presencia de muertes por enfermedades respiratorias, causa exclusiva de la población masculina en este grupo de edad, presentándose en el 2024 una tasa de 6.76 muertes por cada 1.000 nacidos vivos

Dado que las causas principales están ligadas a riesgos prenatales y a infecciones, desde el municipio se han realizado acciones en atención primaria en salud y promoción, donde se realiza un seguimiento a las RIAS materno perinatales, la implementación de la estrategia de EBS (equipos básicos de salud) en los territorios y micro territorios, fortalecimiento del PAI y se ha realizado énfasis en el cuidado preconcepcional (toma de suplementos) para prevenir malformaciones congénitas.

74

Tabla 29. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez Municipio de Girardota 2015-2024

Causa de muerte	Antioquia	Girardota	Comportamiento											
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Razón de mortalidad materna	30,7	0,0	↗	↘	-	-	-	-	-	↗	↘	-		
Tasa de mortalidad neonatal	5,4	3,3	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad infantil	8,4	6,6	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad en la niñez	11,5	16,4	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	7,3	66,6	↗	↘	-	-	-	-	-	-	↗	↗		
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,8	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	3,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

Fuente: MSPS

El Municipio de Girardota, presenta tasas de mortalidad neonatal y mortalidad infantil por debajo de las departamentales, mientras que la tasa de mortalidad en la niñez se encuentra relativamente mayor.

Con respecto a La tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años se observa un resultado crítico representado por una muerte en los años 2023 y 2024, respectivamente.

Como estrategias, el municipio implementa acciones contempladas en la guía de práctica clínica para IRA y actividades dentro del PIC



Tabla 30. Razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal por etnia, Municipio de Girardota 2009-2024

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1 - INDÍGENA																
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE																
6 - OTRAS ETNIAS	220,75						214,59							246,91		
NO REPORTADO																
Total General	207,04						213,68							246,31		

Fuente: MSPS

Los casos de muerte materna ocurridos entre 2009 y 2022 (última muerte registrada), han sido en mujeres de otras etnias.

Para mantener actualmente el indicador en cero, se han implementado estrategias de educación desde el cuidado prenatal, identificación de alertas y aplicación de los protocolos enfocados en maternidad segura desde las IPS. El municipio realiza seguimiento al cumplimiento de lo establecido en las rutas de atención integral para la población maternoperinatal a través de implementación de listas de chequeo basada en los lineamientos nacionales, análisis de los 5 indicadores maternoperinatal, con sus respectivos planes de mejoramiento para cada una de las IPS. Además, a través del plan de intervenciones colectivas, se llevan a cabo actividades de promoción y sensibilización para la captación de gestantes al control prenatal, antes de la semana diez.

Tabla 31. Tasa de mortalidad neonatal por etnia Municipio de Girardota 2009-2024

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1 - INDÍGENA																
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE																
6 - OTRAS ETNIAS	6,62	6,68	5,10	2,36	6,94	4,51	8,58	2,21		8,93	6,51	4,61	2,38		2,79	3,31
NO REPORTADO																
Total General	6,21	6,44	4,99	2,36	6,86	4,49	8,55	2,20		8,93	6,47	4,59	2,35		2,77	3,29

Fuente: MSPS

El municipio de Girardota cuenta con el grupo étnico de afrodescendientes; sin embargo, las muertes neonatales han ocurrido en población clasificada en otras etnias.



Las acciones implementadas para evitar la ocurrencia del evento, están enfocadas en la atención e identificación oportuna de alertas en el binomio madre e hijo con el fin de prevenir la incidencia del evento.

Tabla 32. Razón de mortalidad materna por área de residencia 2009-2024

Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1 - CABECERA	416,67						395,26							510,20		
2 - CENTRO POBLADO																
3 - AREA RURAL DISPERSA																
SIN INFORMACION																
Total General	207,04						213,68							246,31		

Fuente: MSPS

Si bien, los casos de mortalidad materna han sido en mujeres residentes en zona urbana, las actividades de prevención descritas en la tabla (razón de mortalidad materna por etnia), se aplican en todo el territorio municipal.

Tabla 33. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia 2009-2024

Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1 - CABECERA	4,17		4,95		9,13	4,17	11,86	4,35		8,73	13,33	9,17	5,21		6,41	7,94
2 - CENTRO POBLADO	19,23															
3 - AREA RURAL DISPERSA	5,81	16,57	5,32	5,41	4,65	4,93	4,78			9,76						
SIN INFORMACION																
Total General	6,21	6,44	4,99	2,36	6,86	4,49	8,55	2,20		8,93	6,47	4,59	2,35		2,77	3,29

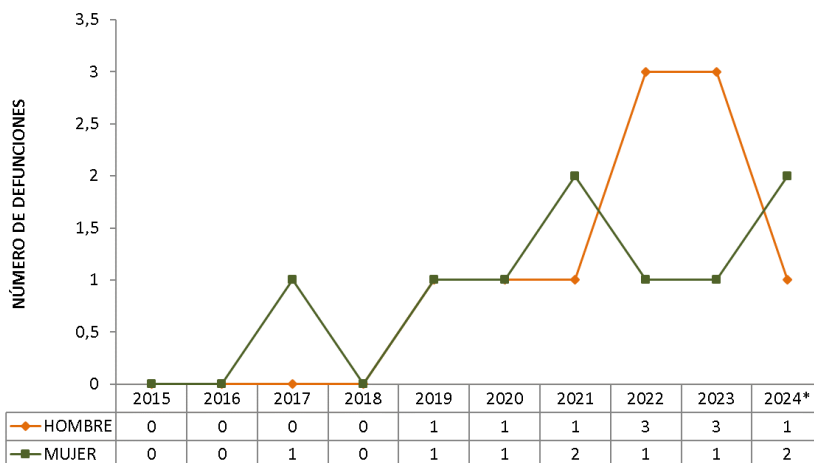
Fuente: MSPS

Los casos de mortalidad neonatal, se han presentado en las diferentes zonas geográficas del municipio de Girardota, por lo tanto, las estrategias de atención e identificación oportuna de alertas, así como la educación a nivel comunitario, se realizan en todo el territorio.



3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental

Figura 22. Mortalidad por Trastornos Mentales y de Comportamiento 2015-2024

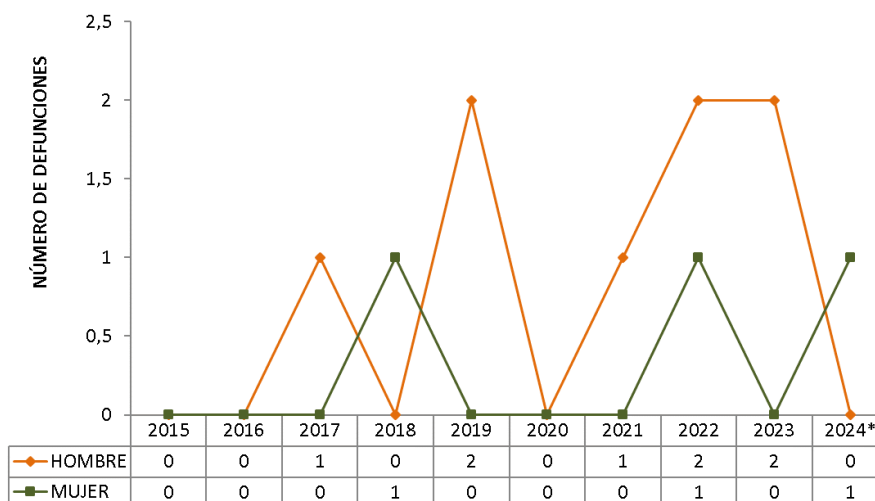


Fuente: MSPS

Las muertes por trastornos mentales y de comportamiento en ambos sexos en el municipio de Girardota ha presentado una elevación este último año en el sexo femenino y un notorio descenso en el sexo masculino. Como medida preventiva, en el municipio se han venido implementando a treves del proyecto "Entornos protectores y dispositivos comunitarios para la atención integral en Salud Mental" estrategias de promoción de la salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y trastornos mentales, por medio de algunos dispositivos comunitarios como escuchaderos, Zonas de Orientación Escolar (ZOE), grupos de apoyo y redes protectoras. Unido a esto se han realizado en diferentes entornos intervenciones grupales, abordando temas como habilidades para la vida, involucramiento parental, Educación en la detección temprana de violencias y prevención de factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.



Figura 23. Mortalidad por Epilepsia Municipio de Girardota 2015-2024



Fuente: MSPS

En Girardota para el periodo 2015-2024, del total de fallecimientos por epilepsia (11 casos), ocho (72.7%) corresponden al sexo masculino y tres (27.2%) al sexo femenino. Se observan intervalos de tiempo sin presencia de fallecimientos por esta causa. Desde el programa de salud mental, se desarrollan diferentes estrategias orientadas a la prevención del estigma y autoestima que se genera hacia las personas con diagnóstico de epilepsia

3.1.5 Conclusiones de mortalidad

Las causas de mortalidad general en el municipio de Girardota han presentado un comportamiento constante a través del tiempo, siendo las enfermedades del sistema circulatorio y tumores y neoplasias las principales causas, situación similar a lo observado en el departamento. La tasa de mayor impacto en AVPP en población masculina, corresponde a causas externas, mientras que, en la femenina, corresponde a tumores y neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio.

En cuanto a la muerte materna, se mantiene en cero desde el 2022.

Las acciones desarrolladas a nivel municipal, se enfocan en la mortalidad para cada grupo de población y se ejecutan en articulación con los diferentes sectores.



3.2 Análisis de la morbilidad

3.2.1 Principales causas de morbilidad

Tabla 34. Morbilidad atendida Total General, Girardota, 2015-2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	A pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8.92	8.13	8.94	8.50	7.40	19.30	24.64	8.81	27.73	21.50	4.23
	Condiciones perinatales	3.80	3.38	3.87	5.36	2.27	6.05	9.84	6.31	12.16	4.99	5.85
	Enfermedades no transmisibles	28.46	29.26	28.98	28.49	24.72	28.99	28.76	28.34	28.84	29.29	0.45
	Lesiones	6.20	5.84	5.04	4.25	5.84	8.63	7.40	8.07	6.90	4.61	-2.29
	Condiciones mal clasificadas	17.62	13.60	12.27	13.37	13.98	16.12	17.47	14.47	10.78	11.52	0.74
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20.60	18.91	21.02	19.06	19.63	9.44	7.25	16.37	13.01	11.58	-1.42
	Condiciones maternas	0.17	0.02	0.09	0.03	0.00	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Enfermedades no transmisibles	20.89	20.89	20.14	18.99	20.28	20.44	20.38	20.60	20.39	20.47	0.08
	Lesiones	7.52	7.39	12.41	10.30	7.52	8.84	10.78	10.24	12.08	8.84	-3.24
	Condiciones mal clasificadas	18.03	15.89	14.34	16.01	15.20	16.15	16.58	17.40	11.53	10.64	-0.89
Adolescencia (12 - 17 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10.35	9.95	11.50	10.49	9.90	7.51	4.53	6.78	8.52	4.93	-3.59
	Condiciones maternas	1.67	1.81	0.83	1.57	1.20	2.33	1.65	3.35	1.19	1.23	0.05
	Enfermedades no transmisibles	17.98	14.79	15.85	18.33	14.14	16.98	16.40	12.56	22.71	17.74	-5.00
	Lesiones	9.36	9.43	18.45	19.22	13.08	7.47	9.92	22.86	10.10	8.74	-1.36
	Condiciones mal clasificadas	17.23	14.02	14.17	15.09	14.01	16.73	15.50	14.44	12.86	8.07	-4.79
Juventud (18 - 28 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15.42	18.56	16.48	17.30	15.83	10.74	9.48	10.83	8.61	6.09	-2.52
	Condiciones maternas	4.45	3.17	2.87	3.14	3.12	5.48	4.46	9.00	5.55	3.20	-2.85
	Enfermedades no transmisibles	20.85	20.89	20.85	20.78	20.88	20.88	20.88	20.84	20.84	20.88	0.04
	Lesiones	8.05	8.18	7.86	7.54	7.57	9.95	10.63	18.07	17.89	21.91	4.02
	Condiciones mal clasificadas	16.43	13.27	14.63	14.04	14.66	15.77	17.36	17.36	12.59	9.74	-2.65
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.90	10.79	10.07	11.12	9.10	5.85	5.33	5.61	5.58	5.92	0.35
	Condiciones maternas	0.85	0.53	0.65	0.61	0.49	0.81	1.22	1.59	1.00	1.10	0.09
	Enfermedades no transmisibles	20.88	20.88	20.88	20.88	20.88	20.88	20.88	20.88	20.88	20.88	0.00
	Lesiones	5.65	5.71	5.50	4.65	4.87	6.06	6.82	11.75	11.52	12.61	1.09
	Condiciones mal clasificadas	12.48	9.46	11.43	11.29	10.67	11.87	12.34	13.92	9.50	7.59	-1.91
Vejez (60 años y más)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4.90	4.06	4.79	5.70	4.28	3.22	2.14	4.43	2.61	4.48	1.87
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00	-0.04
	Enfermedades no transmisibles	18.08	18.08	18.08	18.08	18.08	18.08	18.08	18.08	18.08	18.08	0.00
	Lesiones	3.30	3.05	3.76	3.48	3.11	3.08	3.61	5.13	3.10	4.64	1.54
	Condiciones mal clasificadas	8.74	6.28	9.23	8.23	7.97	7.68	7.98	12.65	4.13	7.05	-2.08

Fuente: RIPS-Ministerio de Salud y Protección Social

La morbilidad atendida en Girardota presenta variaciones significativas entre hombres y mujeres a lo largo del curso de vida. En la primera infancia y la infancia, los niños registran una mayor atención por enfermedades transmisibles, especialmente infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas, lo que puede relacionarse con una mayor exposición en actividades de juego y socialización, así como con la dependencia del cuidado adulto y las prácticas de higiene del hogar y entornos educativos. Las niñas, aunque también presentan estas patologías, lo hacen en menor proporción, lo cual sugiere diferencias en los patrones de comportamiento y protección familiar. Asimismo, se reconoce que algunas áreas rurales del municipio mantienen brechas en infraestructura de saneamiento básico y acceso a agua segura, lo cual puede influir en la incidencia de infecciones gastrointestinales.



Tabla 35. Morbilidad atendida Total hombres, Girardota, 2015-2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	38,92	38,85	37,33	35,14	35,22	19,12	23,95	37,29	37,20	16,78	-10,42
	Condiciones perinatales	3,34	4,77	4,80	7,33	2,31	4,27	13,74	6,06	10,02	6,38	-3,64
	Enfermedades no transmisibles	35,37	40,17	41,47	39,19	41,24	51,55	37,36	32,77	43,10	52,42	19,32
	Lesiones	7,03	6,08	4,35	4,21	5,83	8,93	6,85	8,30	7,89	3,02	-4,87
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones mal clasificadas	17,44	12,13	12,05	13,13	14,40	16,43	18,10	15,59	11,48	11,41	-0,07
	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,37	17,89	21,30	19,43	18,77	8,00	7,46	19,31	13,38	9,23	-4,15
	Condiciones maternas	0,26	0,05	0,15	0,03	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	53,14	58,35	56,30	57,86	56,36	69,18	62,70	54,81	52,76	75,36	22,60
Adolescencia (12 - 17 años)	Lesiones	8,02	7,98	7,57	8,05	7,19	7,94	9,76	11,15	12,03	9,23	-2,80
	Condiciones mal clasificadas	17,51	15,55	14,68	14,61	15,11	14,32	17,00	14,71	11,83	6,15	-5,67
	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,57	11,50	14,41	13,20	11,53	7,64	5,07	7,55	8,66	4,80	-3,86
	Condiciones maternas	0,13	0,00	0,00	0,08	0,06	0,00	0,00	0,00	1,29	0,85	-0,43
Juventud (18 - 28 años)	Enfermedades no transmisibles	59,32	62,81	57,36	61,40	64,65	67,14	68,02	52,45	52,57	75,14	22,67
	Lesiones	15,50	12,69	12,76	10,28	11,17	9,82	12,31	25,40	18,75	9,89	-8,86
	Condiciones mal clasificadas	13,28	13,19	14,88	15,04	12,63	14,80	14,60	14,59	8,74	9,32	0,59
	Condiciones transmisibles y nutricionales	17,69	21,82	19,79	20,91	18,83	12,99	12,10	13,29	11,40	6,86	-4,44
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones maternas	0,11	0,05	0,04	0,02	0,00	0,50	0,02	0,17	1,65	0,29	-1,36
	Enfermedades no transmisibles	54,23	52,40	54,79	54,36	56,87	54,36	53,25	43,12	50,54	49,20	-1,34
	Lesiones	14,79	14,96	13,37	13,07	12,87	17,27	18,68	29,50	27,19	37,81	10,62
	Condiciones mal clasificadas	13,18	10,77	12,00	11,03	11,64	14,66	15,96	13,92	9,21	5,84	-3,07
Viejez (60 años y más)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,05	12,66	11,69	13,10	11,23	7,00	6,37	7,48	7,14	8,31	1,16
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,00	0,00	0,05	0,00	-0,05
	Enfermedades no transmisibles	68,63	69,41	68,78	69,12	71,70	71,74	69,58	61,25	65,56	64,52	-0,94
	Lesiones	8,83	9,30	9,08	7,52	7,77	10,11	11,80	18,71	18,48	21,02	2,54
	Condiciones mal clasificadas	11,48	8,63	10,45	10,26	9,30	11,12	11,85	12,56	8,77	5,76	-3,01
	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,67	4,15	4,83	5,30	4,72	3,47	2,28	5,00	3,19	6,55	3,35
	Condiciones maternas	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	82,75	85,23	80,77	82,40	84,01	84,61	85,39	77,34	86,91	80,50	-6,41
	Lesiones	3,71	3,54	4,73	3,98	3,48	3,66	4,55	5,49	3,79	5,22	1,44
	Condiciones mal clasificadas	8,87	7,09	9,67	8,32	7,78	8,26	7,79	12,17	46,51	7,73	-38,78

Fuente: RIPS-Ministerio de Salud y Protección Social

Tabla 36. Morbilidad atendida Total mujeres, Girardota, 2015-2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,02	8,76	8,70	8,36	8,61	19,52	25,29	35,92	35,35	27,80	-7,54
	Condiciones perinatales	4,27	1,59	2,69	2,91	2,21	8,11	4,89	6,62	14,67	3,14	-11,54
	Enfermedades no transmisibles	35,55	38,09	40,14	42,16	42,31	48,02	48,06	35,63	41,30	50,87	9,57
	Lesiones	5,36	5,07	5,92	4,31	5,41	8,28	8,10	7,78	5,73	6,73	1,00
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones mal clasificadas	17,80	15,49	12,55	13,67	13,45	15,77	16,67	13,04	9,95	11,66	1,71
	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,06	19,21	20,74	18,67	20,58	11,13	7,03	12,79	12,59	13,60	1,01
	Condiciones maternas	0,07	0,00	0,04	0,04	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	54,09	57,80	58,01	58,14	58,23	60,55	65,00	57,92	64,00	64,91	0,92
Adolescencia (12 - 17 años)	Lesiones	7,15	6,71	17,22	12,67	7,90	9,90	11,82	9,13	12,12	7,62	-4,50
	Condiciones mal clasificadas	18,63	16,27	14,00	17,49	15,29	16,28	16,16	20,66	11,20	14,47	3,27
	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,54	8,86	9,76	8,97	8,74	7,39	4,15	6,30	8,42	5,02	-3,40
	Condiciones maternas	2,67	3,07	1,32	2,41	2,01	4,25	2,84	5,43	1,12	1,49	0,36
Juventud (18 - 28 años)	Enfermedades no transmisibles	59,39	60,32	60,19	60,75	60,98	64,98	66,84	59,82	62,67	79,25	16,58
	Lesiones	4,68	7,15	21,85	24,26	14,45	15,54	8,03	21,29	12,56	7,59	-4,97
	Condiciones mal clasificadas	19,81	14,61	13,75	15,12	15,00	18,32	16,15	14,35	15,82	7,25	-8,58
	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,07	16,37	14,47	15,20	14,09	9,26	7,83	9,24	6,39	5,48	-0,91
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones maternas	7,04	5,26	4,58	4,95	4,97	8,75	7,27	14,70	8,64	5,48	-3,16
	Enfermedades no transmisibles	59,49	60,90	60,19	60,75	60,11	64,98	67,29	49,04	60,61	66,76	6,15
	Lesiones	4,03	3,62	4,52	4,33	4,42	5,16	5,37	7,42	9,09	9,47	0,38
	Condiciones mal clasificadas	18,36	14,95	16,23	15,78	16,44	16,49	18,25	19,57	15,27	12,79	-2,48
Viejez (60 años y más)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,23	9,59	9,11	9,95	7,83	5,13	4,67	4,25	4,38	4,18	-0,21
	Condiciones maternas	1,34	0,87	1,04	0,97	0,78	1,29	2,00	2,76	1,73	1,90	0,17
	Enfermedades no transmisibles	72,57	76,13	74,46	74,24	76,77	77,69	77,04	71,41	77,82	78,54	0,72
	Lesiones	3,80	3,41	3,38	2,95	3,12	3,55	3,64	6,66	6,21	6,45	0,24
	Condiciones mal clasificadas	13,05	9,99	12,02	11,89	11,50	12,33	12,66	14,92	10,06	8,93	-1,02
	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,04	4,01	4,77	5,98	3,96	3,02	2,03	3,95	2,20	3,18	0,99
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,06	0,00	-0,06
	Enfermedades no transmisibles	83,24	87,45	83,17	82,72	85,09	87,13	86,97	78,15	87,87	88,91	1,04
	Lesiones	3,05	2,75	3,12	3,13	2,85	2,62	2,88	4,83	2,61	4,28	1,66
	Condiciones mal clasificadas	8,66	5,79	8,94	8,17	8,10	7,23	8,13	13,06	49,87	6,63	-43,23

Fuente: RIPS-Ministerio de Salud y Protección Social

En la adolescencia y juventud, se evidencian diferencias marcadas entre sexos: las mujeres presentan un incremento en consultas vinculadas a la salud mental, tales como ansiedad, síntomas depresivos y conflictos emocionales relacionados con la identidad, la autoimagen y las exigencias sociales. Por su parte, los



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

hombres muestran mayor prevalencia de lesiones y eventos externos, asociados a mayor participación en actividades físicas de riesgo, conducción de motocicletas y oficios laborales con alta demanda física. Este contraste refleja formas distintas de enfrentar el estrés y expresar el malestar, así como disposiciones socioculturales hacia el cuidado personal y la búsqueda de ayuda.

En la adultez, la morbilidad en mujeres se concentra en enfermedades no transmisibles, especialmente dolor osteomuscular crónico, gastritis, hipertensión arterial y trastornos ansioso-depresivos, lo cual se relaciona con la doble carga laboral: trabajo remunerado y responsabilidades domésticas y de cuidado. En cambio, los hombres adultos mantienen mayor atención por afecciones musculoesqueléticas y respiratorias relacionadas con esfuerzos físicos prolongados y actividades operativas. En los adultos mayores, la morbilidad se orienta hacia condiciones crónicas y degenerativas, predominando en mujeres, dado que presentan mayor esperanza de vida y mayor probabilidad de vivir viudez o dependencia, lo que incrementa la necesidad de redes de cuidado y rehabilitación.

Este comportamiento se articula con los lineamientos del Plan Territorial de Salud 2024–2027, la Política Pública de Mujer y Género y la Política Pública de Salud Mental y Adicciones, que reconocen la necesidad de intervenciones diferenciadas por sexo y etapa vital. Para incidir en estos resultados, es fundamental fortalecer la Atención Primaria en Salud con un enfoque de búsqueda activa, consejería en el autocuidado, apoyo psicosocial y acompañamiento familiar, junto con la promoción de estilos de vida saludables, el desarrollo de estrategias comunitarias de bienestar emocional y la ampliación de programas educativos dirigidos a hombres jóvenes para la reducción de riesgos y lesiones. De igual manera, es prioritario impulsar servicios de rehabilitación y apoyo al cuidador, especialmente para mujeres y personas mayores con dependencia funcional.



3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Tabla 37. Morbilidad específica, Total General, Girardota 2015 – 2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N72, Z00-Z02, Z10-Z18, Z20-Z22, H65-H69, E00-E02, E40-E46, E50, G90-G93, D64.9, E51-E54)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00-G04, N70-N72)	45.11	47.57	42.82	47.41	46.20	50.07	48.16	41.86	47.04	57.15	10.11
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H69)	52.27	45.74	54.60	45.54	50.58	43.95	45.00	52.11	46.58	74.92	28.34
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, G90-G93, D64.9, E51-E54)	2.62	2.89	2.58	3.05	3.23	5.97	6.84	6.03	6.38	8.33	1.95
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P99)	Condiciones maternas (O00-O99)	79.87	82.49	77.04	74.05	80.53	85.69	73.83	82.16	82.04	86.94	4.90
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P99)	21.13	17.51	22.56	25.95	12.47	14.31	26.17	17.84	27.94	9.07	-8.87
Enfermedades no transmisibles (C00-C99, D00-D48, D50-D54 (menor D64.9), D60-D89, E00-E07, E10-E16, E20-E34, E50-E58, F01-F99, G06-G08, H40-H43, H68-H83, K00-K92, K10-K14, K20-K22, N00-N64, N70-N80, L00-L08, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1.47	1.71	1.92	2.22	1.98	3.49	3.14	6.01	4.70	2.92	1.77
	Otras neoplasias (C00-C98)	1.26	1.29	1.34	1.33	1.41	1.48	1.30	1.75	1.50	1.20	-0.30
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.49	2.53	3.03	3.07	4.23	4.84	5.67	5.43	5.08	5.87	0.79
	Trastornos endocrinos (E00-E04 excepto E04.9, D60-D89, E00-E07, E10-E16, E20-E34, E50-E58)	4.72	4.99	5.58	6.37	6.72	8.03	8.97	5.22	4.01	5.30	0.00
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G08)	8.96	10.35	8.49	10.13	10.01	10.74	12.80	11.95	11.17	11.10	-0.07
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H40-H43, H68-H83)	8.59	9.20	9.31	8.17	7.09	6.58	7.66	10.68	10.32	7.55	-2.77
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	14.70	15.48	15.25	14.17	16.24	19.50	16.93	18.44	31.74	29.83	1.91
	Enfermedades respiratorias (J00-J69)	4.40	3.87	4.15	3.98	3.87	3.80	4.29	5.13	4.21	4.00	-0.18
	Enfermedades digestivas (K00-K92)	9.81	5.30	9.74	6.03	5.91	5.86	5.55	5.51	4.49	5.81	1.32
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N70-N80)	10.39	9.82	10.66	10.82	10.38	10.30	10.11	9.33	6.05	7.31	1.26
	Enfermedades de la piel (L00-L99)	6.44	6.75	6.95	6.14	5.36	5.34	5.98	4.79	3.02	3.12	-0.11
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	18.61	17.09	18.70	19.15	17.67	15.70	15.07	13.40	10.05	10.31	0.26
	Accidentes congénitos (Q00-Q99)	0.66	0.69	0.60	0.64	0.63	0.52	0.59	0.83	0.55	0.50	-0.05
	Condiciones orales (K00-K14)	11.58	11.82	9.27	7.76	8.50	3.75	2.26	1.54	2.51	5.14	2.63
Lesiones (S01-Y89, S90-T98)	Lesiones no intencionales (S01-S29, Y40-Y89, Y90, Y99)	3.21	3.72	2.82	2.53	3.48	5.89	4.70	4.08	3.62	6.11	2.49
	Lesiones intencionales (S00-Y09, Y10-Y36, Y87, Y97)	0.39	0.25	0.50	0.51	0.52	0.42	0.71	1.09	0.50	0.56	0.07
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y97)	0.03	0.04	0.11	0.23	0.06	0.01	0.03	0.02	0.06	0.14	0.08
	Traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96.37	96.00	96.58	96.73	96.94	93.88	94.55	94.81	95.82	93.19	-2.63
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	0.00

Fuente: SISPRO-RIPS

En el comportamiento de las **condiciones transmisibles y nutricionales**, se observa que estas causas continúan siendo relevantes en ambos sexos, aunque con variaciones en su magnitud. En las mujeres, las infecciones respiratorias y las enfermedades infecciosas generales mantienen una tendencia estable durante el periodo analizado, con ligeras fluctuaciones anuales, lo que indica un uso regular de los servicios de salud para el manejo de estas patologías. En los hombres, estas mismas condiciones muestran una mayor variabilidad, con incrementos notorios en algunos años, lo que puede vincularse a una mayor exposición en escenarios laborales, prácticas de autocuidado menos sostenidas y una menor consulta temprana frente a síntomas iniciales. Las deficiencias nutricionales presentan cifras bajas en ambos sexos, pero son ligeramente más visibles en mujeres, lo que puede relacionarse con situaciones asociadas a ciclos reproductivos, demandas metabólicas y persistencia de desigualdades en la carga de cuidado y alimentación en algunos hogares.

En cuanto a las **condiciones maternas y perinatales**, estas se observan exclusivamente en mujeres, como corresponde al comportamiento esperado, manteniéndose la atención relacionada con el control prenatal, el seguimiento del embarazo y el puerperio. Si bien la tendencia muestra coberturas y atención sostenida, la variación en algunos años revela la necesidad de fortalecer la



captación temprana de gestantes, el acompañamiento continuo y la educación en signos de alarma, especialmente para reducir complicaciones relacionadas con el periodo perinatal. El comportamiento de estas causas se relaciona directamente con la continuidad y calidad de la ruta materno-perinatal, contemplada en el Plan Territorial de Salud 2024–2027, así como con el rol activo de los equipos de atención primaria desde el PIC y los equipos básicos en salud, los cuales iniciaron intervención en el año 2025 en zona urbana y rural.

83

En relación con las **enfermedades no transmisibles**, se evidencia una diferencia marcada entre sexos. En las mujeres, predomina la atención por trastornos musculoesqueléticos, enfermedades cardiovasculares leves y, especialmente, condiciones relacionadas con la salud mental, como trastornos de ansiedad y depresión, que muestran una tendencia ascendente en los últimos años. Este comportamiento se asocia a la sobrecarga de cuidado, el trabajo doméstico no remunerado y la acumulación de roles sociales. En los hombres, la carga de enfermedades no transmisibles se concentra con mayor fuerza en afecciones osteomusculares y respiratorias, vinculadas al trabajo físico intenso, a la exposición ambiental en actividades operativas y a patrones culturales que retrasan la búsqueda de atención preventiva. En ambos sexos, la presencia de ENT en edades cada vez más tempranas indica la necesidad de reforzar estrategias de prevención primaria, actividad física, alimentación saludable y salud emocional.

Respecto a **lesiones y signos y síntomas mal definidos**, se evidencia un comportamiento diferencial entre sexos. En los hombres las lesiones, especialmente las no intencionales, presentan mayor prevalencia, lo que se asocia a movilidad en motocicleta, prácticas deportivas de esfuerzo y actividades laborales de riesgo. En las mujeres, aunque las lesiones también están presentes, su carga es significativamente menor y, cuando aparecen, se relacionan más con accidentes domésticos o caídas. Los signos y síntomas mal definidos muestran proporciones similares en ambos sexos, reflejando situaciones institucionales inespecíficas que pueden estar vinculadas a consultas iniciales antes de un diagnóstico definitivo, o a la calidad del dato, lo que señala la necesidad de fortalecer la oportunidad diagnóstica, el acceso a exámenes complementarios y la educación para la consulta temprana, así como la continua capacitación del talento humano en salud de las IPS.



3.2.3 Morbilidad específica salud mental

Tabla 38. Morbilidad específica, Total General, Girardota 2015 – 2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total											
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023	
Primera infancia (0 - 1 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,30	69,52	66,94	71,90	84,85	67,33	62,67	73,03	79,91	76,97	6,06	
	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	
	Epilepsia	24,38	26,67	29,30	27,10	6,38	24,24	13,55	18,42	19,87	10,88	9,99	
	Depresión	0,00	0,00	0,00	0,00	3,34	1,98	1,99	0,00	0,64	1,36	0,72	
	Ansiedad	3,13	2,86	5,08	1,40	5,47	3,96	1,99	6,06	8,97	10,88	1,91	
Infancia (1 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	85,17	82,51	83,47	81,99	84,24	79,52	62,24	80,46	83,90	89,91	6,01	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,42	0,00	0,18	0,60	0,00	0,00	2,22	0,22	2,00	
	Epilepsia	8,08	8,64	7,20	6,58	5,46	14,91	8,33	9,25	5,67	4,31	8,35	
	Depresión	4,26	5,14	3,81	5,09	5,28	1,59	1,85	4,79	1,68	1,51	0,83	
	Ansiedad	2,50	3,70	5,08	6,34	4,83	3,38	5,48	5,46	7,14	4,96	2,19	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	70,25	73,35	68,48	69,91	66,48	60,76	64,19	85,52	69,45	69,68	0,23	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,90	6,56	9,32	4,93	3,96	3,57	1,52	6,94	2,70	1,05	6,65	
	Epilepsia	8,71	4,52	5,75	4,07	5,32	14,39	5,68	3,46	5,91	4,48	4,42	
	Depresión	8,62	10,38	9,47	12,05	11,54	12,19	16,79	11,98	12,71	13,37	0,66	
	Ansiedad	5,32	4,78	6,99	9,34	10,30	9,17	11,83	9,72	9,34	11,43	2,09	
Juventud (18 - 29 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	83,49	85,11	86,95	92,49	87,25	88,13	86,13	87,15	83,45	86,7	3,25	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8,07	8,93	6,01	11,86	8,12	8,11	3,92	19,28	7,05	6,77	-2,28	
	Epilepsia	8,66	8,52	9,79	7,09	9,73	9,41	4,01	4,68	4,70	4,94	0,24	
	Depresión	7,38	14,84	15,70	12,74	13,05	13,56	16,55	6,98	6,68	5,58	-1,10	
	Ansiedad	12,40	11,81	13,46	10,72	15,84	13,30	19,39	11,94	15,73	16,34	0,61	
Adultez (30 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,18	62,02	60,67	61,85	66,48	57,43	54,84	68,81	63,28	64,13	0,85	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,87	1,55	4,02	4,59	3,43	4,40	3,31	5,93	6,87	8,72	1,85	
	Epilepsia	4,39	4,15	5,45	6,33	5,79	8,28	6,34	7,95	7,95	6,29	-1,66	
	Depresión	14,67	18,51	17,36	16,51	17,19	14,76	18,48	8,61	7,41	6,64	-0,77	
	Ansiedad	10,56	12,77	13,10	11,73	14,10	15,13	17,23	18,64	14,47	13,40	-1,07	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,71	76,00	68,98	74,71	80,25	69,81	60,85	62,34	67,78	68,53	0,75	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,43	0,69	3,12	3,73	1,51	1,44	0,99	6,81	1,19	3,41	2,22	
	Epilepsia	6,49	5,97	8,73	5,90	7,67	6,96	6,53	14,65	7,02	7,76	0,74	
	Depresión	11,74	9,99	11,50	12,24	13,23	9,44	12,78	5,46	5,44	7,38	1,94	
	Ansiedad	5,63	7,35	7,66	4,32	8,91	12,35	13,86	10,79	14,57	13,32	-1,25	

Fuente: SISPRO-RIPS

La morbilidad en salud mental en el municipio de Girardota muestra un comportamiento diferenciado entre hombres y mujeres, evidenciando tendencias que se mantienen a lo largo del curso de vida. En ambos sexos, los trastornos mentales y del comportamiento constituyen la causa predominante en las consultas relacionadas con salud mental, aunque con manifestaciones y frecuencias distintas según el género. En los niños y niñas de primera infancia y de la infancia, la morbilidad se concentra principalmente en trastornos de comportamiento y dificultades emocionales asociadas a procesos de crianza, escolarización y adaptación social. En este grupo, se observa una mayor expresión conductual y disruptiva en niños, mientras que en las niñas la manifestación tiende a ser más internalizada, con síntomas vinculados a temor, timidez y ansiedad leve, lo cual coincide con patrones culturales de socialización diferenciada.

Durante la adolescencia, las diferencias se intensifican. Las mujeres adolescentes muestran un incremento sostenido en consultas por síntomas depresivos, ansiedad, dificultades en la regulación emocional y conflictos relacionales, lo que refleja la carga que tienen los modelos de autoimagen, las



presiones académicas y sociales, y la expectativa cultural de contención emocional y cuidado. En los hombres adolescentes, si bien los trastornos mentales también están presentes, se observa una mayor proporción de consultas relacionadas con conductas impulsivas y comportamientos asociados a riesgo, incluyendo el uso de sustancias psicoactivas, lo que concuerda con patrones masculinos de afrontamiento a través de la acción, la evitación emocional y la desafectación del vínculo. Esta diferencia señala la necesidad de intervenciones diferenciadas por género en entornos escolares y comunitarios.

85

En la juventud y adultez, las mujeres continúan mostrando un predominio de consultas por ansiedad, depresión y estrés emocional, asociado a la doble carga laboral (empleo y cuidado doméstico), las exigencias afectivas y la responsabilidad extendida en la sostenibilidad del hogar. En los hombres adultos, la morbilidad mental se expresa con mayor frecuencia mediante trastornos del comportamiento y consumo problemático de sustancias, lo que se vincula con modelos culturales de masculinidad que restringen la expresión emocional y postergan la búsqueda de ayuda. Por último, en la vejez, la morbilidad mental persiste con mayores niveles en mujeres, relacionada tanto con la mayor esperanza de vida como con situaciones de soledad, dependencia funcional y disminución del acceso a redes de apoyo, mientras en los hombres la consulta disminuye, pero se asocia de manera más estrecha a deterioro neurológico.

Este comportamiento se enmarca en los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Adicciones de Girardota y la Política Pública de Mujer y Género, que reconocen la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención que aborde la salud mental desde el territorio, el curso de vida y el enfoque de género. Para incidir de forma más efectiva en estos resultados, es fundamental fortalecer la atención en salud con acciones de detección temprana, ampliar la oferta de acompañamiento psicosocial y terapéutica, promover procesos de educación emocional en entornos educativos, consolidar programas de apoyo a cuidadores, y desarrollar espacios comunitarios seguros para la expresión afectiva y el desarrollo de redes de apoyo, especialmente para mujeres, adolescentes y adultos mayores. Asimismo, es clave incorporar abordajes específicos para hombres jóvenes y adultos, orientados en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.



3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

Tabla 39. Eventos de alto costo, municipio de Girardota 2017 - 2024

Evento	Antioquia	Girardota	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	88,2	82,6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	10,9	7,2	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39,0	14,4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) (año 2023)	1,3	0,0	-	-	✓	✓	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años) (años 2023)	4,4	9,5	-	-	-	-	-	-	✓	-

Fuente: Cuenta Alto Costo y SIVIGILA

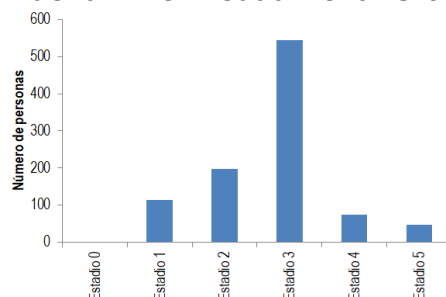
La morbilidad por eventos de alto costo en Girardota muestra un comportamiento relevante en términos de carga y progresión, especialmente en lo relacionado con la enfermedad renal crónica (ERC). Para el año 2024, el municipio reporta una prevalencia de 82,6 personas en estadio cinco por cada 100.000 habitantes, cifra ligeramente inferior al promedio departamental. Así mismo, la tasa de incidencia de enfermedad renal crónica avanzada se ubica en 7,2 casos por 100.000 habitantes, indicando un menor número de nuevos diagnósticos en comparación con Antioquia. Sin embargo, al revisar la distribución de pacientes por estadios, se evidencia una concentración importante en los estadios 3 y 4, lo cual muestra que un número significativo de usuarios se encuentra en riesgo de progresión hacia insuficiencia renal avanzada, representando una carga creciente para el sistema de salud si no se interviene oportunamente. Este comportamiento es coherente con la transición epidemiológica del municipio, donde las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes, tienen una mayor presencia en adultos y adultos mayores.

En relación con el VIH, Girardota registra una tasa de incidencia de 14,4 casos, inferior al promedio departamental, lo que sugiere un comportamiento controlado y posiblemente asociado a procesos de captación temprana, diagnóstico oportuno y disponibilidad de servicios de atención integral. No obstante, la tendencia requiere mantener estrategias continuas de prevención poblacional, educación sexual y reducción de estigma, dado que el subregistro y la demora en el diagnóstico es un desafío constante para el evento. En cuanto a los eventos pediátricos, no se observan casos de leucemia mieloide aguda infantil, pero un valor superior al departamental en leucemia linfoblástica aguda, lo cual resalta la importancia del seguimiento clínico y la articulación oportuna



con servicios de referencia en instituciones de mayor complejidad. Para esta población

Figura 24. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Girardota, 2024



Fuente: Cuenta de alto costo- SISPRO MSPS

El plan territorial de salud 2024–2027 y el plan de acción en salud actual orientan acciones claves para incidir en estos resultados, incluyendo el fortalecimiento del control de hipertensión y diabetes desde la atención primaria en salud, la implementación de modelos educativos comunitarios en autocuidado, la vinculación activa de pacientes en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y el acompañamiento psicosocial para la población diagnosticada. Asimismo, se resalta la necesidad de ampliar estrategias de tamizaje y diagnóstico temprano, mejorar la continuidad del tratamiento a través de la gestión del riesgo en salud, y fortalecer la articulación entre el municipio, EAPB y las IPS de baja, mediana y alta complejidad para garantizar la atención oportuna, seguimiento interdisciplinario y cuidado centrado en el paciente y su familia.

3.2.5 Morbilidad de eventos precursores

El comportamiento de los eventos precursores en Girardota durante 2024 evidencia una situación de transición epidemiológica marcada hacia las enfermedades crónicas. La prevalencia de diabetes mellitus se ubica en 4,5%, equivalente al promedio departamental, lo que indica que el municipio presenta un comportamiento esperado en relación con su contexto regional. Sin embargo, la prevalencia de hipertensión arterial alcanza 15,5%, cifra superior al promedio de Antioquia, lo que señala una mayor carga de enfermedad asociada al envejecimiento poblacional, la presencia de factores de riesgo como estilos de vida sedentarios, alimentación con alto contenido de sodio y alimentos procesados, y el impacto de la doble carga laboral en la población adulta, en especial en mujeres. Este comportamiento también se relaciona con la elevada

proporción de personas en estadios 3 y 4 de enfermedad renal crónica, mostrando una continuidad entre la presencia de estos eventos precursores y la progresión hacia complicaciones cardiovasculares y renales.

Tabla 40. Eventos precursores del municipio de Girardota, 2017 – 2024

Evento	Antioquia	Girardota	Comportamiento									
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4,5	4,5	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗		
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	14,7	15,5	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗		

88

Fuente: Cuenta de Alto Costo- SISPRO MSPS

La identificación de estos eventos precursores exige un abordaje territorial sostenido, que permita fortalecer la detección temprana, la adherencia a los tratamientos y la educación en autocuidado. El plan territorial y el plan de acción contemplan estrategias orientadas a la promoción de hábitos saludables, el acompañamiento individual y familiar, y la consolidación de programas comunitarios de actividad física y alimentación consciente. Para el municipio, el reto no solo consiste en garantizar diagnóstico y tratamiento, sino en disminuir la progresión de los eventos hacia complicaciones, para lo cual es fundamental mejorar la oportunidad en los controles, fomentar el uso adecuado de los medicamentos, fortalecer el rol la atención extramural en la búsqueda activa y articular acciones con escenarios educativos y comunitarios que promuevan el cuidado de la salud.

3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

A continuación, se relacionan los Eventos de Interés en Salud Pública notificados a través del aplicativo SIVIGILA por parte de las UPGD ubicadas en el municipio de Girardota y aquellos casos recibidos por retroalimentación ocurridos en el municipio y/o de personas que residen en el mismo.



Tabla 41. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria (ENOS) del municipio de Girardota, 2023

Evento	Antioquia	Girardota	Comportamiento										
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023			
100 - ACCIDENTE OFIDICO	744	0	✓	-	-	-	-	✓	-	✓			
110 - BAJO PESO AL NACER	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2168	7	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	-			
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	2516	15	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
210 - DENGUE	5241	1	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	-			
217 - CHIKUNGUNYA	5	0	✓	✓	-	-	-	-	-	-			
220 - DENGUE GRAVE	81	0	-	-	-	✓	-	✓	-	-			
228 - EXPOSICIÓN A FLÚOR	0	0	✓	-	-	-	-	-	-	-			
298 - EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION	38	1	-	✓	✓	-	-	✓	✓	✓			
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	19051	203	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
330 - HEPATITIS A (BROTE)	684	3	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
340 - HEPATITIS B	275	2	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	-			
343 - HIPOTIROIDISMO CONGENITO	86	0	-	-	-	-	✓	✓	-	-			
345 - ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	728	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
348 - INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	6818	26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
356 - INTENTO DE SUICIDIO	6286	33	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
357 - INFECCIÓN ASOCIADA A DISPOSITIVOS	0	0	✓	✓	-	-	-	-	-	-			
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	819	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	4284	19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
380 - INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	12	1	-	-	-	-	✓	✓	-	-			
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	92	0	-	✓	✓	-	-	-	-	-			
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	801	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
412 - INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	289	0	-	✓	-	✓	-	✓	-	-			
414 - INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1188	2	✓	✓	-	✓	-	✓	✓	✓			
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1031	1	-	✓	✓	-	-	-	-	✓			
450 - LEPROA	6	1	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓			
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	199	2	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
455 - LEPTOSPIROSIS	40	0	-	-	✓	✓	-	-	-	-			
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA LINFOIDE	55	1	-	-	-	-	-	-	-	✓			
457 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA MIELOIDE	14	0	-	-	-	✓	✓	-	-	-			
458 - LESIONES POR POLVORA	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-			
459 - CÁNCER INFANTIL	153	2	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓			
470 - MALARIA FALCIPARUM	1743	0	✓	-	-	-	-	-	-	-			
490 - MALARIA VIVAX	14867	0	✓	✓	-	-	-	-	-	-			
500 - MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	30	1	-	-	-	-	-	-	-	✓			
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCCO	58	0	-	-	✓	✓	-	-	✓	✓			
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	72	0	-	✓	✓	-	✓	✓	✓	-			
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	3780	13	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
550 - MORTALIDAD MATERNA	37	0	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	-			
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	800	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
620 - PAROTIDITIS	744	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-			
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	1446	9	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓			
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	156	0	-	-	✓	✓	-	-	✓	✓			
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	1237	3	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓			
800 - TOSFERINA	6	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-			
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	625	5	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓			
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	3312	22	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
825 - TUBERCULOSIS FÁRMACORESISTENTE	145	3	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓			
831 - VARICELA INDIVIDUAL	2895	7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	2976	20	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
875 - VCM, VIF, VSX	24602	79	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
895 - ZIKA	5	0	✓	✓	-	-	-	-	-	-			

Fuente: SIVIGILA-SSSA

Durante el último año, Girardota presentó notificaciones relevantes de eventos de interés en salud pública, con predominio de enfermedades transmisibles, eventos asociados a la salud mental y patologías de vigilancia específica. Entre los eventos con mayor número de casos notificados se encuentran las agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia con 203 casos, seguido de la infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAG) con 26 casos, lo cual refleja la continua circulación de agentes respiratorios, la susceptibilidad en



menores de cinco años y adultos mayores, y la posibilidad de descompensación en personas con morbilidad crónica. Estos registros confirman la importancia de mantener estrategias de vigilancia clínica y comunitaria, seguimiento domiciliario y educación en signos de alarma, en coherencia con las líneas del Plan Territorial de Salud 2024–2027.

En el componente de salud mental, el municipio notificó 33 casos de intento de suicidio, cifra que lo posiciona como uno de los eventos de mayor relevancia sanitaria en la población local. Este comportamiento se relaciona directamente con lo identificado en el análisis de morbilidad por salud mental, especialmente en adolescentes, jóvenes y mujeres, quienes concentran mayores manifestaciones de ansiedad, depresión y crisis emocionales. Este evento exige fortalecer la Ruta de Atención en Riesgo de Suicidio, ampliar acciones preventivas en instituciones educativas y generar espacios comunitarios de escucha y acompañamiento. La articulación con la Política Pública de Salud Mental y Adicciones y la Política Pública de Mujer y Género es clave para sostenibilidad y alcance territorial.

En relación con eventos transmisibles, Girardota registró 1 caso de dengue, 3 casos de hepatitis A, 2 casos de hepatitis B, y 1 caso de meningitis meningocócica, lo que indica circulación intermitente, pero controlada, de estos agentes. Aunque los números son bajos, requieren sostenimiento de acciones de vigilancia, búsqueda activa de contactos y comunicación de riesgo en entornos con agrupación poblacional (instituciones educativas, barrios de mayor densidad y población migrante). Asimismo, se notificaron 7 casos de varicela, lo que señala la persistencia del virus en circulación comunitaria y la necesidad de fortalecer el seguimiento de esquemas de vacunación, especialmente en menores de edad.

Un evento de especial atención es la morbilidad materna extrema, con 13 casos, lo que reafirma la importancia de garantizar captación temprana de gestantes, seguimiento de embarazos de alto riesgo y articulación eficiente entre el nivel básico y el hospitalario. Por otra parte, la notificación de 20 casos de VIH/SIDA refleja que, si bien el municipio mantiene tasas inferiores al promedio departamental, persisten desafíos asociados al diagnóstico oportuno, acompañamiento continuo y reducción de estigma, aspectos que condicionan la adherencia terapéutica.



Finalmente, la tuberculosis pulmonar representó 22 casos, mientras que se notificaron 3 casos de tuberculosis farmacorresistente, lo que indica que la enfermedad continúa presente y requiere estrategias sostenidas de seguimiento domiciliario, apoyo a la adherencia y acciones intersectoriales que aborden determinantes como movilidad, vivienda y permanencia en tratamiento. La presencia de farmacorresistencia señala la importancia del acompañamiento estrecho en el tratamiento individual y colectivo.

91

3.2.7 Morbilidad población migrante

El análisis de la morbilidad en la población migrante atendida en Girardota evidencia que el mayor volumen de atenciones se concentra en consulta externa (38%), seguido por procedimientos (31%) y dispensación de medicamentos (27%), mientras que las hospitalizaciones (2%) y las atenciones por urgencias (2%) representan proporciones menores. Este comportamiento sugiere que la migración en el municipio se expresa principalmente en necesidades de salud de curso ambulatorio, asociadas a patologías comunes, seguimiento de condiciones crónicas, control prenatal en mujeres y atención de sintomatología aguda no grave. La baja proporción de hospitalizaciones y urgencias indica que, a pesar de la movilidad poblacional, no se observan picos significativos de enfermedades severas o de emergencias relacionadas con situaciones humanitarias críticas, lo cual coincide con el perfil de asentamiento urbano y semiurbano observado en Girardota.

Tabla 42. Atención en salud a la población migrante según tipo de atención, Girardota 2024.

Entidad territorial	Tipo de atención	Girardota	
		Año	Distribución
Entidad territorial	Consulta Externa	1.213	38%
	Hospitalización	51	2%
	Medicamentos	856	27%
	Procedimientos	972	31%
	Nacimientos	12	0%
	Urgencias	54	2%
	Total	3.158	100%

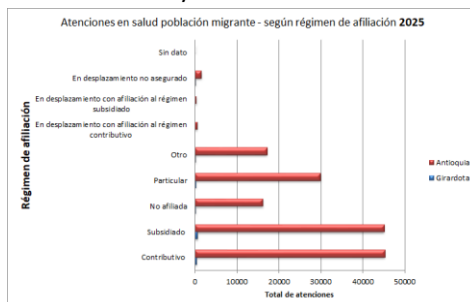
Fuente: SISPRO-MSPS

En cuanto al régimen de afiliación, la población migrante atendida se concentra mayoritariamente en los regímenes subsidiado y contributivo, así como en atenciones particulares, lo cual evidencia que un grupo importante de personas migrantes ha logrado algún grado de inserción en el sistema de aseguramiento o dispone de redes de apoyo que facilitan el acceso. No obstante, persiste una



proporción relevante de personas no afiliadas o en proceso de aseguramiento, lo que implica barreras administrativas, desconocimiento del sistema, inestabilidad laboral y variabilidad en las condiciones de permanencia en el territorio. Esta situación puede generar rezago en la consulta o atención tardía, especialmente en salud mental, control de embarazo y enfermedades transmisibles.

Figura 25. Atención en salud a la población migrante según régimen de afiliación, Girardota 2025.



Fuente: SISPRO-MSPS

El perfil de morbilidad de esta población está influenciado por determinantes como: movilidad continua entre municipios, condiciones de vivienda compartida, redes familiares fragmentadas y experiencias previas de duelo, desarraigo o violencia. Esto se articula con lo identificado en la morbilidad general del municipio, donde los trastornos mentales y emocionales muestran una presencia significativa en adolescentes y mujeres, lo cual puede ser aún más marcado en población migrante debido a la ruptura de redes de apoyo y la adaptación cultural. Asimismo, las necesidades de control de enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión, pueden verse afectadas por la discontinuidad en tratamientos durante los desplazamientos y los cambios de aseguramiento.

En coherencia con el Plan Territorial de Salud 2024–2027, el municipio ha avanzado en estrategias de atención primaria extramural, facilitando orientación en aseguramiento, caracterización familiar y acompañamiento comunitario. No obstante, para mejorar los resultados será necesario: consolidar mecanismos ágiles de afiliación y portabilidad, fortalecer la educación en derechos en salud, ampliar espacios de escucha y apoyo psicosocial, y garantizar el acceso continuo a medicamentos para condiciones crónicas. Asimismo, es fundamental fortalecer la articulación con organizaciones comunitarias y actores territoriales, de manera



que la población migrante no solo acceda a servicios, sino que pueda integrarse en redes locales de apoyo social y comunitario.

3.2.8 Conclusiones de morbilidad

El análisis de la morbilidad en Girardota evidencia un patrón epidemiológico mixto, donde coexisten enfermedades transmisibles propias de la infancia con un incremento sostenido de enfermedades no transmisibles y trastornos de salud mental en adolescentes, jóvenes y adultos. En la primera infancia e infancia predominan las infecciones respiratorias y enfermedades gastrointestinales, lo cual refleja la importancia de las acciones de atención primaria, educación en autocuidado y fortalecimiento de condiciones de saneamiento básico, especialmente en zonas rurales y comunidades con mayor densidad de convivencia. A medida que avanza el curso de vida, los motivos de consulta se desplazan hacia enfermedades crónicas y condiciones asociadas al desgaste físico y emocional.

93

Uno de los hallazgos más relevantes es el crecimiento de la morbilidad en salud mental, especialmente en mujeres adolescentes y jóvenes, quienes concentran consultas asociadas a ansiedad, depresión y trastornos emocionales vinculados a cargas de cuidado, presión social y experiencias relacionales complejas. En los hombres, la morbilidad mental se expresa con mayor frecuencia a través de conductas de riesgo e intentos de suicidio, lo que señala la necesidad de intervenciones diferenciadas por género y edad. El registro de 33 casos de intento de suicidio en el último año confirma la urgencia de fortalecer las rutas de atención, detección temprana en entornos educativos y apoyo psicosocial comunitario, en consonancia con la Política Pública de Salud Mental y Adicciones (2016) y la Política de Mujer y Género (2023).

En la población adulta y adulta mayor, la situación se caracteriza por una alta presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, con un número significativo de personas en estadios 3 y 4 de ERC, lo cual constituye una alerta sobre la progresión a eventos de alto costo si no se garantizan acciones sistemáticas de control, seguimiento y adherencia terapéutica. La presencia de estas enfermedades se relaciona con estilos de vida sedentarios, patrones alimentarios, demandas laborales y disminución del tiempo destinado al autocuidado, aspectos que requieren intervenciones sostenidas desde la Atención Primaria en Salud, en articulación con los programas comunitarios del Plan Territorial de Salud 2024–2027.



Finalmente, la morbilidad en la población migrante muestra un uso predominante de consulta externa y procedimientos ambulatorios, asociado a necesidades de atención cotidiana, control de enfermedades crónicas y apoyo en salud mental. Si bien no se observan picos de gravedad, las barreras de afiliación y continuidad en el tratamiento representan riesgos para la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones. El fortalecimiento de estrategias de aseguramiento, acompañamiento comunitario y corresponsabilidad territorial será fundamental para garantizar la equidad en el acceso y la oportunidad en la atención.

94

3.3 Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud

La integración de los resultados de la cartografía social con mujeres, población campesina, población LGBTIQ+ y personas adultas mayores permite identificar efectos de salud prioritarios que emergen directamente de las condiciones sociales, económicas, culturales y territoriales descritas por las comunidades. Estos efectos no son aislados ni individuales: son el resultado de procesos estructurales que atraviesan la vida cotidiana, las relaciones familiares, la participación comunitaria y el acceso a bienes y servicios esenciales. La información recopilada confirma que las problemáticas de salud en Girardota están estrechamente relacionadas con la configuración social del territorio, sus prácticas comunitarias y las formas en que se construyen la convivencia, el cuidado y la pertenencia.

En primer lugar, se identifica como efecto prioritario el deterioro de la salud mental y las dinámicas de convivencia comunitaria. La presencia de consumo frecuente de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes, sumada a tensiones familiares y barreras para el acceso oportuno a servicios de apoyo emocional, genera un incremento de síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad y aislamiento, especialmente en mujeres jóvenes y población diversa. Los adultos mayores expresan preocupación frente a la pérdida de espacios de encuentro y participación intergeneracional, lo que se traduce en sentimientos de soledad, disminución del sentido de utilidad social y menor motivación para el autocuidado. Estos hallazgos reafirman la necesidad de priorizar estrategias comunitarias de salud mental, con enfoque de curso de vida, género y diversidad, que fortalezcan vínculos protectores, promuevan el



acompañamiento familiar y hagan de los espacios públicos entornos seguros para la interacción.

En segundo lugar, la inseguridad alimentaria y el riesgo cardiometabólico emergen como un efecto de salud central, especialmente en hogares urbanos liderados por mujeres. La dificultad para acceder a alimentos frescos a precios asequibles, la falta de tiempo para preparar comidas nutritivas, la sobreoferta de ultraprocesados y la presión económica constante configuran un entorno alimentario que no favorece la salud. Esta situación se refleja en el incremento de sobrepeso, obesidad infantil, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Además, en la ruralidad, la inestabilidad económica derivada de la comercialización desigual de productos agrícolas limita la capacidad de los hogares campesinos para garantizar una dieta equilibrada. La prioridad, entonces, debe orientarse hacia estrategias que integren oferta alimentaria saludable, fortalecimiento de mercados campesinos, huertas comunitarias y educación nutricional contextualizada.

95

En tercer lugar, la calidad y disponibilidad del agua en la zona rural se consolida como un determinante crítico de la salud. La población campesina señala que los acueductos veredales no siempre aseguran potabilización adecuada, especialmente en época de lluvias o turbiedad. Esta situación tiene efectos directos en la salud de niñas, niños y adultos mayores, quienes presentan mayor vulnerabilidad a diarreas infecciosas, enfermedades dérmicas y deshidratación. La gestión del agua no puede abordarse como una acción puntual, sino como un proceso continuo de protección de nacimientos, mantenimiento de microcuencas, reforestación con seguimiento y fortalecimiento técnico y financiero de los acueductos comunitarios, reconociendo que el agua es el corazón de la sostenibilidad campesina y la permanencia en el territorio.

Finalmente, se prioriza el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, especialmente en población rural y en población diversa. Las barreras identificadas incluyen costos de transporte, tiempos de desplazamiento, disponibilidad limitada de especialistas y experiencias de trato discriminatorio o despersonalizado. La salud, para estas poblaciones, no se define únicamente por la existencia de servicios, sino por la posibilidad real de llegar a ellos, ser escuchados y sentir que la atención corresponde a sus necesidades. Esto exige fortalecer la presencia extramural, la resolución en el primer nivel de atención, la orientación y acompañamiento en rutas de cuidado, y la articulación entre salud, educación, desarrollo social y participación comunitaria.



4. CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO – 8 PAGINAS

El análisis de las respuestas existentes en el territorio frente a las problemáticas sociales y sanitarias muestra que en Girardota se han venido consolidando acciones institucionales, comunitarias e intersectoriales orientadas al bienestar, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La Secretaría de Salud y Protección Social, la ESE Hospital San Rafael, las dependencias del gobierno local y organizaciones comunitarias han desarrollado estrategias que buscan fortalecer la Atención Primaria en Salud, ampliar la participación social y facilitar el acceso a servicios y programas en los diferentes sectores del municipio. Estas acciones están enmarcadas en el Plan de Desarrollo Territorial “Decencia en lo Público” y el Plan Territorial de Salud, que priorizan la articulación con las comunidades y el acompañamiento cercano a los grupos poblacionales.

96

Las respuestas institucionales incluyen iniciativas como las brigadas y jornadas extramurales en veredas y barrios, el acompañamiento psicosocial, programas de salud mental comunitaria, apoyo alimentario para hogares vulnerables, actividades de promoción del autocuidado y seguimiento a enfermedades crónicas. Asimismo, se observa un compromiso por fortalecer la atención con enfoque familiar y comunitario, la detección temprana en cáncer de mama y cuello uterino, el acompañamiento al envejecimiento activo, y la promoción de la convivencia y participación juvenil. Si bien algunas de estas acciones aún requieren consolidación y continuidad en su cobertura, representan avances significativos en el propósito de acercar la salud a los territorios y a las diferentes poblaciones.

De manera complementaria, las organizaciones sociales y comunitarias desempeñan un papel fundamental en el cuidado y acompañamiento cotidiano. Juntas de Acción Comunal, colectivos juveniles, grupos de mujeres, organizaciones religiosas, redes de cuidadores, ligas de pacientes y grupos LGBTIQ+ contribuyen al fortalecimiento de vínculos solidarios, apoyo emocional, dinámicas culturales y construcción colectiva de bienestar. Su presencia ha favorecido la creación de espacios de encuentro, actividades comunitarias y redes de apoyo que complementan la acción institucional y permiten que la respuesta en salud se viva desde lo cotidiano y la cercanía.



Dentro del proceso de respuesta territorial, también se identifican situaciones que requieren diálogo y coordinación continua entre actores para favorecer la armonización de intereses y la sostenibilidad de las acciones. Entre ellas se encuentran aspectos como la diversidad cultural en los modos de cuidado, la necesidad de fortalecer la participación comunitaria en decisiones de salud, la variabilidad en el acceso a servicios según lugar de residencia, y los retos derivados de dinámicas urbanas como el transporte, el uso del espacio público y la movilidad. Estas situaciones no representan obstáculos definitivos, sino oportunidades para profundizar la articulación intersectorial y comunitaria, especialmente entre servicios de salud, educación, desarrollo social, cultura, juventud, vivienda, seguridad alimentaria y movilidad.

97

Girardota actualmente cuenta con capacidades territoriales importantes para el desarrollo de un modelo de salud preventivo y comunitario la existencia de redes sociales, la participación organizada, el compromiso institucional y la disposición de las comunidades para trabajar conjuntamente. La continuidad y fortalecimiento de estas acciones permitirá avanzar en la construcción de un territorio cuidador, donde la salud sea comprendida y vivida desde la participación, la solidaridad y el bienestar colectivo.

5. CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO – 15 PAGINAS

La priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el municipio de Girardota se desarrolló a partir de la integración de los hallazgos epidemiológicos, las condiciones socioeconómicas, los determinantes sociales de la salud y la lectura territorial construida desde las comunidades a través de los ejercicios de cartografía social. Este proceso permitió reconocer que la situación de salud del municipio no se explica únicamente por la presencia de enfermedad o eventos clínicos, sino por la manera en que las condiciones de vida, el acceso a los servicios, las relaciones sociales, los roles de género y las oportunidades económicas inciden directamente en el proceso salud-enfermedad-atención.

A partir de este análisis se identificaron dieciocho núcleos de inequidad socio-sanitaria que expresan problemáticas persistentes en el territorio, tales como barreras en el acceso a servicios para la población rural dispersa, dificultades en la continuidad del cuidado de enfermedades crónicas, inseguridad alimentaria



en hogares urbanos, brechas en el diagnóstico temprano de cáncer en mujeres, consumo problemático de sustancias psicoactivas en jóvenes, aislamiento social en personas adultas mayores, desigualdad en la carga del cuidado asumida por las mujeres, limitaciones en el reconocimiento y participación plena de la población LGBTIQ+, y condiciones ambientales y de vivienda que incrementan el riesgo de infecciones respiratorias y gastrointestinales. Estos núcleos representan situaciones que afectan la calidad de vida y el bienestar emocional, físico y social de diversos grupos poblacionales, generando impactos diferenciados según edad, género, territorio y posición socioeconómica.

98

El ejercicio de priorización se desarrolló bajo los criterios orientadores del Ministerio de Salud y Protección Social: magnitud del problema, pertinencia social, trascendencia del daño, factibilidad institucional y viabilidad política y comunitaria. Este análisis permitió distinguir cuáles problemáticas requieren intervenciones principalmente sectoriales, a través del fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, el seguimiento comunitario, la resolutiveidad de la ESE y la integralidad de las Rutas de Atención; y cuáles requieren abordajes intersectoriales, donde la salud se articula con educación, inclusión social, desarrollo económico, agricultura, vivienda, participación ciudadana, juventud, mujer y cultura.

La lectura comunitaria aportada por la cartografía social fue determinante para esta priorización, pues permitió identificar dimensiones subjetivas y relacionales del daño: el miedo a circular por el espacio público en la población LGBTIQ+, el sentimiento de sobrecarga y agotamiento emocional en mujeres cuidadoras, el vacío de proyectos de vida en jóvenes vinculados al consumo problemático de SPA, la soledad y pérdida de vínculos en adultos mayores, y la preocupación por la calidad del agua y los alimentos en hogares rurales y urbanos. Estas voces territoriales orientan la comprensión de la salud como una experiencia cotidiana, atravesada por condiciones materiales, vínculos comunitarios y oportunidades para vivir con dignidad.

Como resultado, la priorización del municipio de Girardota reconoce que la transformación de la salud requiere fortalecer la territorialización de la APS, consolidar redes comunitarias de cuidado, garantizar continuidad y acompañamiento en el control de enfermedades crónicas, ampliar la oferta psicosocial comunitaria permanente, promover la autonomía económica y el reconocimiento de mujeres y diversidades, asegurar la seguridad alimentaria, y trabajar de manera sostenida en la construcción de convivencia y participación



social. Esta priorización constituye la base estratégica para la formulación de los planes de acción en salud a futuro, asegurando que las acciones estén guiadas no solo por los datos, sino por las realidades y necesidades expresadas por quienes habitan el territorio.

Tabla 43. Tabla de núcleo de inequidades con problemáticas priorizadas

Criterios Problemas	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Viabilidad del problema o necesidad en salud	Puntaje total priorización
Persisten barreras en el acceso oportuno a servicios de salud para algunos sectores de la población rural, debido a distancia, costos de transporte y limitada oferta de servicios especializados, lo que retrasa diagnósticos y agrava el curso de las enfermedades crónicas.	4 (Muy Alto)	5 (Muy Alta)	4 (Muy Alta)	3 (Alta)	2 (Muy Alta)	18
La calidad del agua en los acueductos veredales incrementa el riesgo de enfermedades gastrointestinales, especialmente en primera infancia y adultos mayores, afectando la seguridad sanitaria de los hogares rurales.	4 (Muy Alto)	5 (Muy Alta)	4 (Muy Alta)	3 (Alta)	2 (Muy Alta)	18
El consumo problemático de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes deteriora la convivencia comunitaria, incrementa la violencia intrafamiliar y agrava trastornos de salud mental.	4 (Muy Alto)	5 (Muy Alta)	4 (Muy Alta)	3 (Alta)	2 (Muy Alta)	18
La inseguridad alimentaria en hogares urbanos, especialmente encabezados por mujeres, provoca prácticas alimentarias no saludables y aumento del riesgo en niños, jóvenes y adultos.	3 (Alto)	5 (Muy Alta)	4 (Muy Alta)	3 (Alta)	2 (Muy Alta)	17
Las mujeres enfrentan sobrecarga física y emocional que limita su autonomía económica y deteriora su salud mental, reforzando ciclos de dependencia y vulnerabilidad.	3 (Alto)	5 (Muy Alta)	3 (Alta)	3 (Alta)	2 (Muy Alta)	16
La población LGBTQ+ experimenta barreras simbólicas y sociales para habitar el espacio público sin miedo, situación que afecta su bienestar emocional, acceso a redes de apoyo y oportunidad de participación social plena.	3 (Alto)	5 (Muy Alta)	3 (Alta)	3 (Alta)	2 (Muy Alta)	16
La escasa continuidad en el control de enfermedades crónicas (HTA, DM y ERC) genera complicaciones graves y mayor riesgo de mortalidad evitable, debido a adherencia limitada, dificultades de seguimiento y consultas fragmentadas.	4 (Muy Alto)	4 (Alta)	4 (Muy Alta)	3 (Alta)	1 (Media)	16
La mortalidad por causas externas, especialmente en hombres jóvenes, vinculada a violencia social y consumo de SPA.	4 (Muy Alto)	4 (Alta)	4 (Muy Alta)	2 (Media)	1 (Media)	15
Persisten brechas en el diagnóstico temprano del cáncer en mujeres, particularmente cáncer de mama y cuello uterino, debido a barreras culturales, desinformación, roles de cuidado y limitaciones en el acceso extramural.	3 (Alto)	4 (Alta)	4 (Muy Alta)	3 (Alta)	1 (Media)	15
Las personas adultas mayores presentan aislamiento social y pérdida de redes comunitarias, lo cual incrementa el riesgo de depresión, deterioro cognitivo y disminución de capacidades funcionales.	3 (Alto)	4 (Alta)	3 (Alta)	3 (Alta)	1 (Media)	14
La población migrante enfrenta dificultades para la afiliación y continuidad en tratamientos especializados, lo que agrava condiciones de salud prevenibles y limita la integración de los servicios de salud.	3 (Alto)	4 (Alta)	3 (Alta)	2 (Media)	2 (Muy Alta)	14
Se identifican problemáticas en la convivencia urbana relacionadas con movilidad, espacio público y mototaxismo informal, que afectan la seguridad y la percepción de bienestar colectivo.	3 (Alto)	4 (Alta)	3 (Alta)	2 (Media)	1 (Media)	13
La baja educación y prácticas positivas en salud en diversos grupos poblacionales limita el autocuidado, la adherencia terapéutica y el reconocimiento temprano de signos de alarma en enfermedades agudas y crónicas.	3 (Alto)	4 (Alta)	3 (Alta)	3 (Alta)	1 (Media)	14
Las enfermedades respiratorias continúan siendo prevalentes en infancia y adultos mayores, condicionadas por condiciones de vivienda, autocuidado e infecciones estacionales.	2 (Media)	4 (Alta)	2 (Media)	4 (Muy Alta)	1 (Media)	13
Las mujeres y población diversa enfrentan desigualdad en el acceso a oportunidades económicas, lo cual incrementa su dependencia económica y limita su capacidad para sostener prácticas de cuidado saludable.	3 (Alto)	4 (Alta)	3 (Alta)	2 (Media)	1 (Media)	13
La salud mental no cuenta con suficiente oferta comunitaria continua, lo que deriva en consultas tardías, aumento de crisis emocionales y mayor riesgo de intentos de suicidio.	3 (Alto)	4 (Alta)	3 (Alta)	2 (Media)	1 (Media)	13
La disponibilidad parcial de servicios especializados en el territorio obliga a traslados intermunicipales que retrasan atención y aumentan el desgaste físico y emocional de las familias.	3 (Alto)	3 (Media)	3 (Alta)	2 (Media)	1 (Media)	12
Las prácticas de cuidado de la primera infancia dependen de capacidades familiares no acompañadas, lo que genera riesgo de desnutrición, retrasos en el desarrollo y dificultades en la detección temprana de alteraciones.	2 (Media)	4 (Alta)	3 (Alta)	2 (Media)	1 (Media)	12

Fuente: Elaboración propia



6. CAPITULO VI: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 – 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – APS – 5 PAGINAS

El análisis de los núcleos de inequidad socio-sanitaria de Girardota permitió identificar un conjunto de respuestas estratégicas que orientan la acción territorial hacia la garantía progresiva del derecho a la salud. Las propuestas responden de manera articulada con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, el Plan de Desarrollo Municipal "Decencia en lo Público", el Plan Territorial de Salud 2024–2027, además, serán tenidas en cuenta en el proceso de formulación del Plan de Acción en salud 2026, así como los hallazgos de la cartografía social con grupos poblacionales priorizados. En conjunto, estas recomendaciones buscan fortalecer la gobernanza local cuidando la continuidad del cuidado, la gestión del riesgo colectiva, la participación social incidente y la acción intersectorial como pilares del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo basado en Atención Primaria en Salud (APS).

100

En relación con el acceso a servicios de salud en población rural, se propone consolidar el fortalecimiento de la atención primaria extramural mediante equipos territoriales y transporte sanitario oportuno, facilitando el diagnóstico y seguimiento de enfermedades crónicas. Esta propuesta se basa en el enfoque de redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS) e involucra coordinaciones con la ESE y el nivel departamental para garantizar la accesibilidad, continuidad y longitudinalidad del cuidado.

La seguridad alimentaria y nutricional exige la actualización de la política pública, la cual se encuentra en proceso, así como la ampliación de estrategias comunitarias como huertas urbanas y rurales, mercados campesinos, comedores comunitarios y compras públicas de agricultura local, articulando a la secretaría de agricultura, educación, programa de mujer y la mesa municipal de seguridad alimentaria. Esta línea se complementa con educación nutricional con enfoque de género y ciclo vital, contribuyendo a disminuir el riesgo y la desnutrición en la primera infancia.

Frente a la salud mental, particularmente en adolescentes, jóvenes, cuidadores y adultos mayores, se recomienda el fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo emocional, centros de escucha permanentes y espacios de encuentro



intergeneracional que promuevan vínculos, expresión emocional y afrontamiento.

La atención prioritaria a mujeres y población diversa, incluyendo personas LGBTIQ+, requiere asegurar entornos libres de discriminación, mecanismos de acceso seguro al espacio público y acciones formativas en corresponsabilidad de los cuidados. Aquí se incorpora el enfoque de equidad de género, comunitario y de derechos humanos, en consonancia con las políticas públicas de Mujer y Diversidad Sexual del municipio.

101

En relación con la continuidad del manejo de enfermedades crónicas (HTA, DM, ERC), se plantea fortalecer estrategias de gestión del riesgo clínico individual y comunitario, seguimiento telefónico, adherencia terapéutica, clubes de salud y tecnologías de apoyo a la educación para la vida. Esta propuesta se articula con el eje de Atención Primaria en Salud y con la operación territorial de los equipos básicos de salud.

Para mitigar la persistencia de mortalidad por causas externas, especialmente en hombres jóvenes, se enfatiza la promoción de proyectos de vida, acceso a oportunidades productivas, formación laboral, acompañamiento psicosocial y fortalecimiento del diálogo comunitario con familias, instituciones educativas y colectivos juveniles.

En cuanto a la población migrante, se propone garantizar rutas de afiliación simplificadas y articulación entre salud, bienestar social y organizaciones como Migración Colombia, fortaleciendo la integración territorial y el acceso efectivo al cuidado.

Finalmente, en la primera infancia, se prioriza la consolidación de acciones que acompañen a las familias en prácticas de crianza, seguridad alimentaria, estimulación del desarrollo y reconocimiento temprano de señales de alarma, avanzando hacia la materialización del enfoque de entornos protectores para el desarrollo integral.

Las propuestas conforman una estrategia municipal integral que combina acción institucional, comunitaria e intersectorial, orientada hacia la reducción de inequidades sociales en salud, el bienestar colectivo y la garantía progresiva del derecho a la vida digna en Girardota.



Anexos.

Carpeta comprimida

1. Cartografía Social: fotos, bitácora
2. Infografía

102



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

