

**Análisis de Situación de Salud participativo del municipio de La Ceja
del Tambo**

MARIA ILBED SANTA SANTA
Alcaldesa Municipal

WILFER ALBERTO OTALVARO PÉREZ
Secretario de Salud

LUZ STELLA RUIZ MÚNERA
Realizado por:

Municipio La Ceja del Tambo, Antioquia, Colombia
2025

Tabla de contenido

1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO – 20 PAGINAS	11
1.1 Contexto territorial	11
1.1.3 Accesibilidad geográfica	14
1.2 Contexto poblacional y demográfico.....	16
1.2.1 Estructura demográfica.....	19
1.2.2 Dinámica demográfica.....	22
1.2.3 Movilidad forzada.....	23
1.2.4 Población LGBTIQ+	24
1.2.5 Dinámica migratoria	24
1.2.6 Población Campesina	25
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	25
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud	31
1.4.1 Políticas Públicas Municipales	31
1.4.2 Agenda Antioquia 2024.....	32
1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social	32
1.6 Conclusiones del capítulo	35
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 – 20 PAGINAS.	36
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	36
2.2 Condiciones de vida del territorio	37
2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio	38
2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad.....	39
2.5 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social	40
2.6 Conclusiones del capítulo	42
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	43
3.1 Análisis de la mortalidad	43
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas:	43
3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo	49



3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	63
3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental	74
3.1.5 Conclusiones de mortalidad.....	76
3.2 Análisis de la morbilidad.....	77
3.2.1 Principales causas de morbilidad.....	77
3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo	78
3.2.3 Morbilidad específica salud mental	81
3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo	83
3.2.5 Morbilidad de eventos precursores.....	84
3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	84
3.2.7 Morbilidad población migrante	86
3.2.8 Conclusiones de morbilidad	88
3.3 Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud.....	89
3. 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 PAGINAS	92
4. CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO – 15 PAGINAS	95
5. 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	96



Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución del Municipio de La Ceja por Extensión Territorial según Área Urbana y Rural.....	12
Tabla 2. Tiempo de traslado, distancia en kilómetros desde el municipio de La Ceja hacia sus veredas.	14
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el Municipio de La Ceja hacia los municipios vecinos, 2025.....	15
Tabla 4. Población por área de residencia Municipio de La Ceja, 2025.....	17
Tabla 5. Población por pertenencia étnica Municipio de La Ceja, 2025	18
Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de La Ceja, 2020, 2025, 2030.....	20
Tabla 7. Otros indicadores de la dinámica de la población del Municipio de La Ceja, 2024.....	23
Tabla 8. Servicios Habilitados IPS municipio de La Ceja año 2024.....	25
Tabla 9. Otros indicadores de sistema sanitario en el Municipio de La Ceja, 2006-2024.....	29
Tabla 10. Afiliación población pobre y vulnerable Municipio de La Ceja, 2006-2024	30
Tabla 11. Políticas Públicas Municipales	31
Tabla 12. Políticas Públicas Municipales	37
Tabla 13. Seguridad alimentaria, municipio de La Ceja, 2024.....	37
Tabla 14. Cobertura de educación, municipio de La Ceja, 2022	38
Tabla 15. factores psicológicos y culturales del Municipio de La Ceja	39
Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad infantil por sexo, según la lista de las 67 causas Municipio de La Ceja, 2015 – 2024.....	64
Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años por sexo, según la lista de las 67 causas Municipio de La Ceja, 2015 – 2024	65
Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad en la niñez por sexo, según la lista de las 67 causas Municipio de La Ceja, 2015 – 2024	66
Tabla 19. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Municipio de La Ceja 2015 – 2024*	67



Lista de Gráficos

Figura 1. Pirámide poblacional del municipio La Ceja 2020,2025, 2030.	20
Figura 2. Población por sexo y grupo de edad de La Ceja, 2025	22
Figura 3. tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad y migrantes	23
Figura 4. Pirámide población víctima de desplazamiento por grupo de edad, sexo, Municipio La Ceja, 2024	23
Figura 5. Pirámide población migrante por grupo de edad, sexo, Municipio de La Ceja.....	25
Figura 6. Población afiliada al régimen subsidiado, Municipio de La Ceja.....	30
Figura 7. Pirámide poblacional de las personas con alteraciones permanentes municipio de La Ceja, 2025	39
Figura 8. Tasas ajustadas de mortalidad del Municipio La ceja, 2015 – 2024	43
Figura 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Municipio de La Ceja – 2015-2024	46
Figura 10. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres del Municipio de La Ceja 2015-2024.....	50
Figura 11. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres del Municipio de La Ceja 2015-2024	50
Figura 12. Tasa de mortalidad para las neoplasias en hombres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024	52
Figura 13. Tasa de mortalidad para las neoplasias en mujeres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024	52
Figura 14. Tasa de mortalidad para el Sistema Circulatorio en hombres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024	55
Figura 15. Tasa de mortalidad para el Sistema Circulatorio en mujeres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024	56
Figura 16. Defunciones para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del Municipio de La Ceja, 2015-2024	57
Figura 17. Defunciones para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Municipio de La Ceja, 2015-2024.....	58
Figura 18. Tasa de mortalidad para las causas externas en hombres del municipio de La Ceja, 2015– 2024.	59
Figura 19. Tasa de mortalidad para las causas externas en mujeres del municipio de La Ceja, 2015– 2024.	60
Figura 20. Tasa de mortalidad para las demás causas en hombres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024	61
Figura 21. Tasa de mortalidad para las demás causas en mujeres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024	63
Figura 22. Mortalidad Materna	69
Figura 23. Mortalidad Neonatal	69
Figura 24. Mortalidad Infantil.....	69
Figura 25. Mortalidad en menores de 5 años.....	70
Figura 26. Mortalidad por IRA en menores de 5 años	70



Figura 27. Mortalidad por EDA en menores de 5 años	70
Figura 28. Mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años.....	70
Figura 29. Tasa de mortalidad materna por etnia Municipio de La Ceja, 2009 – 2024	71
Figura 30. Tasa de mortalidad neonatal por etnia Municipio de La Ceja, 2009 – 2024	72
Figura 31. Tasa de mortalidad materna por área Municipio de La Ceja, 2009 – 2024	73
Figura 32. Tasa de mortalidad neonatal por área Municipio de La Ceja, 2009 – 2024	73
Figura 33. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, 2015 – 2024*	74
Figura 34. Mortalidad por Epilepsia, 2015 – 2024*	75
Figura 35. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, 2015 – 2024*	76



INTRODUCCIÓN – 1 PAGINA

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.

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 – 1 PAGINA

Para la elaboración del **documento ASIS del municipio de La Ceja del Tambo**, 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.

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

Al grupo de trabajo de la Secretaría de Salud y Protección Social, que con su colaboración se logró la construcción del Análisis de Situación de Salud con Enfoque de Determinantes de Salud del municipio de La Ceja del Tambo – Antioquia, y a todas las personas e instituciones que hicieron posible la culminación del documento:

MARIA ILBED SANTA SANTA

Alcaldesa Municipal 2024-2027

WILFER ALBERTO OTÁLVARO PÉREZ

Secretaria de Salud y Protección Social

LUZ OMAIRA MORALES DIEZ

Líder de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - DANE

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

EQUIPO DE TRABAJO SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE LA CEJA - ANTIOQUIA



SIGLAS

ASIS:	Análisis de la Situación de Salud
AVPP:	Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC:	Cuenta de Alto Costo
CIE10:	Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
EDA:	Enfermedad Diarreica Aguda
ESI:	Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI:	Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC:	Enfermedad Renal Crónica
ETA:	Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS:	Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV:	Enfermedades de Transmisión por Vectores
HTA:	Hipertensión Arterial
IC95%:	Intervalo de Confianza al 95%
INS:	Instituto Nacional de Salud
IRA:	Infección Respiratoria Aguda
IRAG:	Infección Respiratoria Aguda Grave
LI:	Límite inferior
LS:	Límite superior
MEF:	Mujeres en edad fértil
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
NBI:	Necesidades Básicas Insatisfechas
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de Salud
RIPS:	Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP:	Riesgo Atribuible Poblacional
PIB:	Producto Interno Bruto
SISBEN:	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO:	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB:	Tuberculosis
TGF:	Tasa Global de Fecundidad
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humano



1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO – 20 PAGINAS

1.1 Contexto territorial

Nombre del municipio: Municipio de La Ceja del Tambo

NIT: 890.981.207-5

Código Dane: 05376

Gentilicio: Cejeños

Otros nombres que ha recibido el municipio: Santamaría y el Tambo de La Ceja, La Ceja de Rionegro, la Ceja de Arma.

Categoría del municipio: 2

11

1.1.1 Localización

El municipio de La Ceja del Tambo presenta una configuración geográfica claramente diferenciada entre sus zonas norte y sur, lo que determina sus condiciones climáticas, productivas y de ocupación del suelo. La zona norte, conformada por el valle donde se localiza la cabecera municipal, se caracteriza por un clima frío y suelos de alta fertilidad, favorables para la agricultura intensiva y la floricultura, concentrando las veredas La Milagrosa, San Nicolás, San Miguel, Guamito, El Tambo y Las Lomitas. En contraste, la zona sur está compuesta por veredas como San José, El Higuerón, Llanadas, San Gerardo, Fátima, Piedras, Colmenas, San Rafael, La Loma, La Miel y La Playa, con diversos pisos térmicos (templado y cálido) y una topografía más irregular, lo que genera mayor heterogeneidad ambiental y productiva.

El territorio se localiza a una altitud promedio de 2.143 m s. n. m. (en el parque principal), con una extensión total de 133,6 km², de los cuales 6 km² corresponden al área urbana. Se ubica a los 6° 01' 14" de latitud norte y 75° 25' 39" de longitud oeste de Greenwich, con coordenadas polares 850.100 m Este y 1'158.800 m Norte (origen Bogotá). Limita al norte con Rionegro, al nororiente con El Carmen de Viboral, al oriente con La Unión, al sur con Abejorral, al suroccidente con Montebello y al occidente con El Retiro, ubicándose estratégicamente en el corredor económico y logístico del Oriente antioqueño.

Administrativamente, el municipio se divide en zona urbana y rural.

La zona urbana, de 5 km², agrupa siete veredas de la zona norte y concentra la mayor parte de la población y la infraestructura institucional.

La zona rural, constituida por 17 veredas, se organiza en torno al corregimiento de San José, del cual dependen 11 veredas: Colmenas, Llanadas, Piedras, San Rafael, La Loma, El Higuerón, La Miel, San José, La Playa, San Gerardo y Fátima. Las seis restantes mantienen dependencia directa de la cabecera municipal.

El suelo rural incluye áreas suburbanas y de protección ambiental, mientras que el suelo de parcelación se define en zonas de pendiente entre 0% y 15%,



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

principalmente en El Tabor, San Miguel, Guamito y San Nicolás, integrando terrenos receptores de recursos hídricos y de uso residencial y agropecuario controlado.

La Ceja ocupa el puesto 15 entre los 125 municipios del departamento, destacándose por su área urbana predominantemente plana y área rural montañosa, condiciones que influyen directamente en la accesibilidad, la vocación productiva y la planificación territorial sostenible.

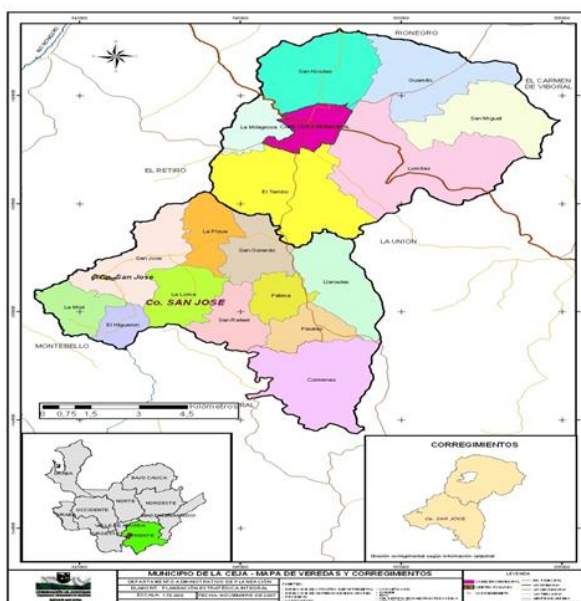
Tabla 1. Distribución del Municipio de La Ceja por Extensión Territorial según Área Urbana y Rural

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
La Ceja	2,9 km ²	2,2%	130,7	97,8%	133,6	100%

Fuente: Planeación Municipal

12

Mapa 1. División política administrativa y límites, Municipio de La Ceja - 2025



Fuente: Planeación Municipal

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

Altitud y relieve

El municipio de La Ceja del Tambo, ubicado sobre la cordillera Central de los Andes, presenta un relieve predominantemente quebrado. Su altitud promedio es de 2.143 metros sobre el nivel del mar, alcanzando en algunos sectores rurales los 2.800 m s. n. m..



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.

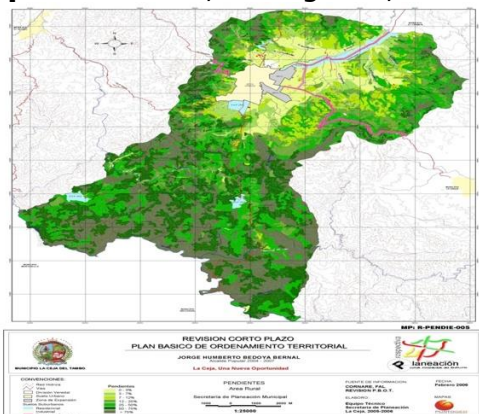
La topografía presenta terrenos planos y fértiles de origen aluvial, aptos para la floricultura y la producción hortícola intensiva en unas zonas y las laderas y zonas montañosas del sur, con pendientes pronunciadas, vocación forestal y ganadera, donde se ubican las principales microcuencas abastecedoras. Estas condiciones geográficas determinan no solo la distribución del uso del suelo, sino también la susceptibilidad diferencial a procesos erosivos, movimientos en masa y riesgo hídrico, aspectos clave para la gestión ambiental y territorial del municipio.

Hidrografía

La red hídrica de La Ceja es amplia y estructuralmente integrada. El municipio está atravesado por los ríos Buey, Piedras, Miel, Pantanillo y Pereira, y por múltiples quebradas menores como El Tambo, La Cristalina, San Joaquín, Payuco, La Oscura, Manzanares y Las Palmas, que conforman un sistema interconectado de drenaje natural.

El territorio cuenta con 17 microcuencas identificadas, entre ellas Pereira Alta, Pereira Media, El Higuerón, Payuco, Los Terribles, Pantanillo, La Miel y Buey Medio, todas bajo jurisdicción de CORNARE, que las clasifica como estratégicas para el abastecimiento y regulación hídrica del valle del Capiro.

Mapa 2. Relieve, hidrografía, Municipio de La Ceja, 2025



Fuente: Planeación Municipal

Zonas de riesgo

La Ceja del Tambo presenta riesgo moderado a alto frente a eventos naturales y antrópicos, debido a su topografía, lluvias intensas y expansión urbana sobre suelos aluviales. Los principales riesgos identificados son inundaciones, movimientos en masa, avenidas torrenciales, sismos e incendios, además de accidentes y aglomeraciones. Las inundaciones afectan especialmente los sectores cercanos a las quebradas La Grande y La Pereira, pese a obras de mitigación recientes. Los movimientos en masa se concentran en las veredas del sur (Colmenas, Piedras, Llanadas y La Loma), mientras que las avenidas

torrenciales y la erosión son frecuentes en las microcuencas El Higuerón y Pantanillo.

El municipio dispone de una zonificación de amenazas y vulnerabilidades elaborada por CORNARE y la UNGRD, y cuenta con un Plan Municipal de Gestión del Riesgo, una Estrategia de Respuesta a Emergencias y un Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) activos, con mapas de riesgo actualizados semestralmente y coordinación intersectorial trimestral, lo que evidencia una adecuada articulación entre la gestión del riesgo y la salud pública.

Temperatura y humedad

El clima del municipio corresponde al piso térmico frío, con temperaturas promedio anuales entre 14 °C y 18 °C y humedad relativa superior al 80%, influenciada por su altitud y régimen de lluvias bimodal. La Ceja presenta una alta pluviosidad media anual, superior a 2.000 mm, lo que garantiza disponibilidad hídrica para la agricultura, pero incrementa la susceptibilidad a deslizamientos e inundaciones.

Estas condiciones climáticas, sumadas al relieve y tipo de suelo, determinan el patrón de riesgo ambiental y sanitario del municipio, incidiendo en la transmisión de enfermedades vectoriales en zonas cálidas y en la estacionalidad de afecciones respiratorias en la cabecera municipal.

1.1.3 Accesibilidad geográfica

La Ceja del Tambo cuenta con una accesibilidad vial eficiente y funcional, destacándose como un municipio estratégicamente conectado en el Oriente antioqueño. Dispone de una carretera pavimentada de 41 km hacia Medellín, en buen estado, aunque con deficiencias de iluminación que afectan la seguridad vial. Su red vial pavimentada enlaza con todos los municipios vecinos y el corregimiento de San José, garantizando movilidad continua para el transporte de personas y bienes.

El sistema de transporte urbano y regional ofrece amplia cobertura mediante empresas locales y una central integradora que facilita la conectividad subregional. Las veredas rurales presentan buenas condiciones de acceso, con desplazamientos promedio de 30 a 60 minutos hacia la cabecera municipal, lo que favorece el acceso a servicios básicos y la integración territorial. A nivel regional, el municipio tiene vínculos viales sólidos con Rionegro, El Retiro, La Unión y Abejorral, consolidándose como un nodo logístico y de servicios del Oriente antioqueño, aunque persisten desafíos en mantenimiento vial, transporte rural en invierno y conexión directa con El Carmen de Viboral.



Tabla 2. Tiempo de traslado, distancia en kilómetros desde el municipio de La Ceja hacia sus veredas.

Veredas	Tiempo de llegada desde el la vereda más alejada al Municipio.	Distancia en Kilómetros desde vereda al municipio.	Tipo de transporte desde vereda al Municipio.
V. Colmenas	43 minutos	16 km	Terrestre
V. la Miel	45 minutos	17 km	Terrestre
V. San Rafael	30 min	12 km	Terrestre
V. El Higuierón	1 hora	23 km	Terrestre
C. San José	36min	15 km	Terrestre

Fuente: Departamento de Comunicaciones Transportes Unidos La Ceja

15

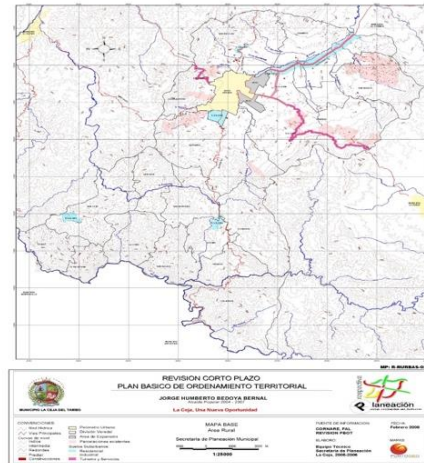
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el Municipio de La Ceja hacia los municipios vecinos, 2025

Municipio	Municipio vecino	Distancia en Kilómetros 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
La Ceja	Medellín	41 Km	Colectivo de 4 pasajeros y bus de 35 pasajeros	1	30
	Rionegro	19 Km	Taxi y bus		20
	El Carmen	14 Km	Sin ruta directa	-	-
	El Retiro	20 Km	Bus		20
	Abejorral	42 Km	Bus	1	15
	La Unión	16 km	Colectivo de 4 pasajeros y Bus		20

Fuente: Departamento de Comunicaciones Transportes Unidos La Ceja

Mapa de Vías de comunicación

Mapa 3. Mapa de vías de comunicación, Municipio de La Ceja, 2025



Fuente: Planeación Municipal



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.

1.2 Contexto poblacional y demográfico

Población total

Según proyecciones del DANE 2025, el municipio de La Ceja del Tambo cuenta con una población estimada de 70.878 habitantes, de los cuales 34.478 (48,6%) son hombres y 36.390 (51,4%) son mujeres.

En relación con el Censo 2005 (46.268 habitantes), la población ha crecido un 53,2%, impulsada por la expansión urbana, la inmigración regional y el desarrollo de actividades industriales y de servicios que han consolidado al municipio como polo de atracción demográfica dentro del Oriente antioqueño. El equilibrio por sexo se mantiene estable, con una ligera mayoría femenina, consistente con las tendencias departamentales y nacionales.

16

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

La Ceja presenta una densidad poblacional promedio de 531 habitantes por kilómetro cuadrado, resultado de dividir la población total (70.878 hab.) entre la extensión territorial (133,6 km²).

Esta densidad refleja una alta concentración poblacional en el área urbana y un patrón de ocupación intensivo en el valle central.

Área urbana: 62.617 hab. / 2,9 km² → 21.592 hab/km².

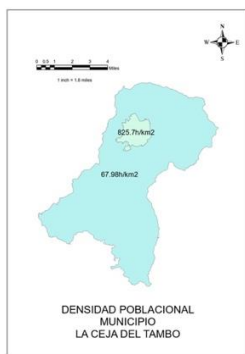
Área rural: 8.251 hab. / 130,7 km² → 63 hab/km².

Este contraste evidencia el proceso de urbanización acelerado y la presión creciente sobre el suelo urbano, que exige fortalecer la planificación del territorio, el saneamiento básico y la provisión equitativa de servicios públicos.

Mapa de densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El municipio de La Ceja cuenta con un mapa donde se identifica la distribución de la población por kilómetro cuadrado, el cual se muestra a continuación:

Mapa 4. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado del Municipio de la Ceja, 2025



Fuente: Planeación Municipal



Población por área de residencia urbano/rural

El 88,4% de la población reside en el área urbana, reflejando la consolidación de La Ceja como municipio urbano intermedio. El 11,6% restante permanece en el área rural, dedicada principalmente a actividades agropecuarias, forestales y de servicios complementarios. Esta concentración urbana está estrechamente vinculada con el crecimiento de vivienda nueva, el desarrollo industrial y el acceso a servicios educativos y de salud.

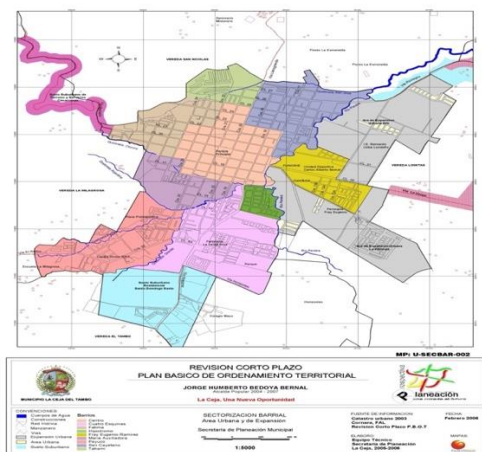
Tabla 4. Población por área de residencia Municipio de La Ceja, 2025

Municipio	Población cabecera		Población rural		Población total	
	Población municipal					
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
La Ceja	62.617	88,4%	8.251	11,6%	70.878	100%

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE

Mapa de Población por área de residencia

Mapa 5. Población por área Municipio de La Ceja, 2025



Fuente: Tránsito Municipal

Grado de urbanización

El grado de urbanización ha aumentado de 82,7% en 2005 a 88,4% en 2025, lo que evidencia una urbanización progresiva de más del 4% en 15 años. Este fenómeno obedece a la expansión del perímetro urbano y al desplazamiento de población proveniente de otros municipios y del área metropolitana de Medellín. La disminución relativa del crecimiento en los últimos años se explica por la preferencia de constructores e inversionistas hacia el área rural, donde se desarrollan proyectos de vivienda campestre, parcelaciones y turismo ecológico. Este patrón urbano-rural plantea desafíos en la regulación del uso del suelo y la protección de ecosistemas estratégicos.

Número de viviendas

En 2025, La Ceja del Tambo cuenta con aproximadamente 24.120 viviendas, de las cuales el 81% están construidas en bloque o adobe, reflejando una

infraestructura habitacional generalmente adecuada gracias a los programas municipales de mejoramiento de vivienda. El 78% de las viviendas están habitadas y el 66% corresponden a casas, aunque cerca del 40% de los hogares presenta vulnerabilidad estructural o hacinamiento, principalmente en zonas rurales o periféricas.

Número de hogares

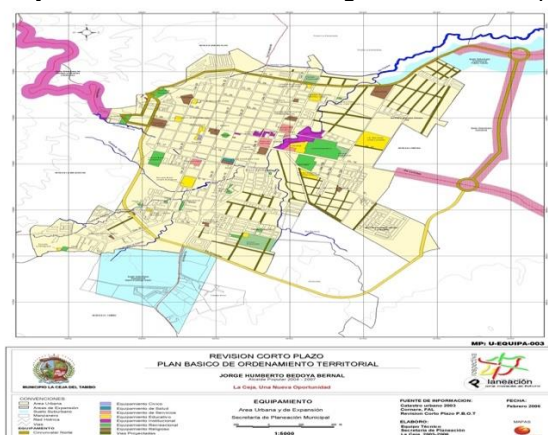
Se proyectan 24.727 hogares, con un promedio de 3,1 personas por hogar, lo que evidencia una tendencia a hogares más pequeños por cambios demográficos y laborales. Aun así, persisten desafíos relacionados con la falta de vivienda propia, condiciones de arrendamiento y déficit en servicios básicos, lo que motiva la continuidad de estrategias de vivienda digna y equidad social orientadas a mejorar la salud ambiental y el bienestar de la población.

18

Mapa de Ubicación de los hogares

El municipio de La Ceja cuenta con un mapa de ubicación de hogares, el cual se muestra a continuación:

Mapa 6. Ubicación de los hogares del Municipio de La Ceja, 2025



Fuente: Planeación Municipal

La Ceja del Tambo presenta baja diversidad étnica, con apenas 17 personas indígenas, 1 raizal, 1 gitana y 203 afrodescendientes (0,28%), mientras que el 98,7% de la población se identifica como mestiza o sin grupo étnico específico. Esta homogeneidad se debe a un proceso histórico de poblamiento por familias tradicionales. A pesar del reducido número de minorías, el municipio impulsa su inclusión en la planeación y atención en salud a través de espacios como la Mesa de Afrodescendientes, promoviendo un enfoque intercultural y de equidad en la gestión pública local.

La composición etnográfica² del municipio es:



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

Tabla 5. Población por pertenencia étnica Municipio de La Ceja, 2025

Autoreconocimiento étnico	Casos	%
Gitano(a) o Rom	1	0.001
Indígena	17	0.023
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	203	0.277
Palenquero(a) de San Basilio	0	0.00
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1	0.001
Ningún grupo étnico	70.656	99.69
Total	70.878	100

Fuente: Departamento de Planeación Nacional

1.2.1 Estructura demográfica

19

Pirámide poblacional

La estructura poblacional del municipio de La Ceja del Tambo para el año 2025 refleja un modelo regresivo, característico de territorios en transición demográfica avanzada, con un estrechamiento en la base y un ensanchamiento en los grupos adultos y mayores. La población total proyectada asciende a 70.868 habitantes, con 34.478 hombres (48,6%) y 36.390 mujeres (51,4%), lo que confirma una ligera predominancia femenina, más evidente en las cohortes de mayor edad.

El grupo de 20 a 29 años concentra el mayor número de habitantes, lo que refleja el peso de la población económicamente activa y el impacto de la migración laboral y educativa. Paralelamente, los grupos de 40–49 y 60–69 años muestran un incremento sostenido, resultado del envejecimiento progresivo de las cohortes en edad media y de las mejoras en los determinantes sociales y en el acceso a servicios de salud.

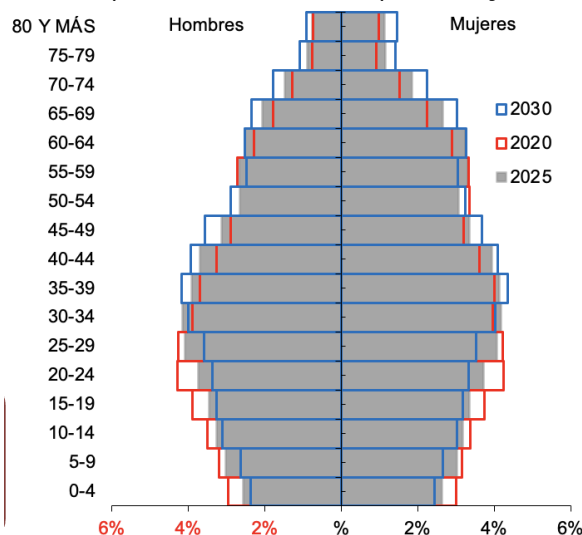
El descenso sostenido de la fecundidad y natalidad, junto con la reducción de la mortalidad general, ha favorecido la mayor supervivencia de la población adulta y adulta mayor, que ya representa el 16% del total municipal. Si esta tendencia continúa, se proyecta para 2030 un aumento de las cohortes mayores de 70 años y una base aún más reducida, consolidando el proceso de envejecimiento poblacional. Las mujeres en edad fértil (15–44 años) representan el 45,3% del total femenino (16.541 mujeres), lo que indica una capacidad reproductiva estable, aunque en un contexto de fecundidad controlada. El descenso del índice de juventud, en curso desde 2020, se asocia a la educación sexual integral, la postergación de la maternidad y las oportunidades educativas y laborales, pero también a factores estructurales como la migración y los desplazamientos que afectan a la población joven.

En conjunto, esta configuración demográfica implica un cambio en la demanda de servicios sociales y sanitarios, con un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer,



osteoarticulares) y una necesidad creciente de servicios de cuidado y rehabilitación integral.

Figura 1. Pirámide poblacional del municipio La Ceja 2020,2025, 2030.



Fuente: Censo DANE 2018

Otros indicadores de estructura demográfica

Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de La Ceja, 2020, 2025, 2030

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Poblacion total	67,628	70,868	72,828
Poblacion Masculina	32,726	34,132	35,071
Poblacion femenina	34,902	36,736	37,757
Relación hombres:mujer	93.8	92.9	92.9
Razón niños:mujer	22.1	19.5	18.3
Índice de infancia	19.2	17.7	16.2
Índice de juventud	24.6	22.4	20.3
Índice de vejez	10.2	12.0	14.3
Índice de envejecimiento	53.2	67.7	87.9
Índice demografico de dependenci:	41.6	42.1	43.8
Índice de dependencia infantil	27.1	25.1	23.3
Índice de dependencia mayores	14.4	17.0	20.5
Índice de Friz	94.0	80.2	71.2

Fuente: DANE

Relación hombres/mujer: En el año 2020 por cada 94 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2025 por cada 93 hombres, había 100 mujeres.

Razón niños mujer: En el año 2020 por cada 22 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2025 por cada 19 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil.

Índice de infancia: En el año 2020 de 100 personas, 19 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 18 personas.

Índice de juventud: En el año 2020 de 100 personas, 25 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 22 personas.

Índice de vejez: En el año 2020 de 100 personas, 10 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 12 personas.

Índice de envejecimiento: En el año 2020 de 100 personas, 53 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 68 personas.

Índice demográfico de dependencia: En el año 2020 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 42 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 42 personas.

Índice de dependencia infantil: En el año 2020, 27 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 25 personas.

Índice de dependencia mayores: En el año 2020, 14 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 17 personas.

Índice de Frizz: La población del municipio de La Ceja para el año 2025 tiene un índice de Frizz de 80.2, lo que permite considerarla como una población medianamente mayor con tendencia al envejecimiento. Este índice representa la relación entre la población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto a la población entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. En el caso del municipio de La Ceja, este índice va en disminución pasando de 148 en 2005 a 80,2 en 2025 y de espera que para 2030 llegue a 71,2, evidenciando el proceso de envejecimiento de la población cejeña.

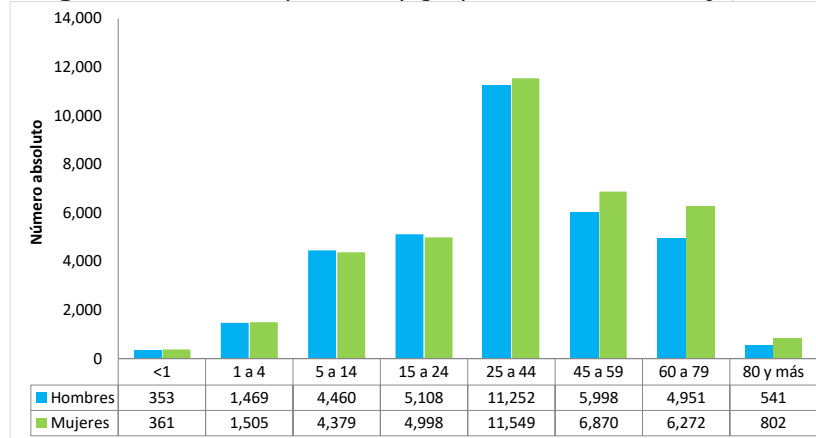
Muchos de los indicadores que vienen en disminución pueden deber su resultado al control de la natalidad que va haciendo efecto y se refleja en la pirámide poblacional, mientras que los que aumentan le pueden atribuir el resultado a las políticas municipales y a los niveles de calidad de vida que tiene el municipio para ofrecer a su población.

Población por sexo y grupo de edad

La estructura poblacional de La Ceja del Tambo en 2025 muestra una tendencia regresiva y envejecida, con solo 17% de menores de 15 años y un fuerte peso de los adultos entre 25 y 44 años (32,2%), que constituyen el núcleo productivo del municipio. Se evidencia un mayor número de mujeres en edades avanzadas,

reflejo de la feminización del envejecimiento. La reducción de la infancia confirma la disminución de la fecundidad y la efectividad de las políticas de salud sexual y reproductiva. Este perfil demográfico demanda enfoques diferenciales de género y edad, así como el fortalecimiento de programas de salud mental, prevención de enfermedades crónicas, salud ocupacional y promoción de estilos de vida saludables.

Figura 2. Población por sexo y grupo de edad de La Ceja, 2025



Fuente: Censo DANE 2018

1.2.2 Dinámica demográfica

La dinámica demográfica del municipio de La Ceja del Tambo (2014–2024) evidencia un proceso avanzado de transición poblacional, caracterizado por el descenso sostenido de la natalidad y fecundidad, la estabilización de la mortalidad y un crecimiento natural moderado, influenciado por los flujos migratorios y el envejecimiento poblacional.

Tasa de Crecimiento Natural

La tasa de crecimiento natural (TCN) se mantiene positiva durante todo el periodo, con valores entre 4,6 y 7,0 por mil habitantes, lo que indica que los nacimientos aún superan a las defunciones.

Tasa Bruta de Natalidad

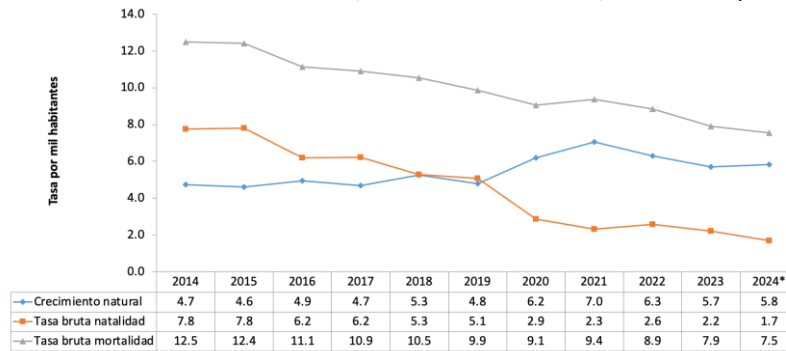
La tasa bruta de natalidad (TBN) pasó de 7,8% en 2014 a 1,7% en 2024, lo que representa una disminución del 78% en una década. Este comportamiento sitúa a La Ceja en un modelo demográfico de baja fecundidad, característico de territorios urbanizados con altos niveles de bienestar y cobertura sanitaria.

Tasa bruta de mortalidad (TBM)

La tasa bruta de mortalidad (TBM) disminuyó de 12,5% en 2014 a 7,5% en 2024, confirmando mejoras sostenidas en las condiciones de vida, la atención en salud y la gestión de enfermedades crónicas.



Figura 3. tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad y migrantes



Fuente: SISPRO-DANE-MPS

23

Tasas específicas de fecundidad

El análisis de la fecundidad muestra una reducción sostenida en todos los grupos de edad, especialmente en adolescentes y jóvenes:

De 10 a 14 años: la tasa cae de 4,4% (2014) a 0,0% (2024), eliminando prácticamente el embarazo infantil, logro atribuible a la educación sexual integral y detección temprana de vulneraciones.

De 15 a 19 años: disminuye de 60,1% (2014) a 15,0% (2024), pese a un leve repunte entre 2020–2022 por las limitaciones de la pandemia.

De 10 a 19 años (conjunto): pasa de 33,3% a 7,8%, una reducción del 76,6%, resultado de la consolidación de las estrategias locales y departamentales de prevención del embarazo adolescente y acceso equitativo a métodos anticonceptivos.

Estos indicadores posicionan a La Ceja como un municipio con alto control de la fecundidad adolescente, reflejo de políticas sostenidas de promoción de derechos sexuales y reproductivos.

Tabla 7. Otros indicadores de la dinámica de la población del Municipio de La Ceja, 2024

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	4.4	3.5	0.4	3.9	1.3	0.9	2.2	1.3	0.4	0.4	0.0	
De 15 a 19	60.1	61.7	53.0	43.0	41.6	32.6	27.4	30.5	31.0	25.6	15.0	
De 10 a 19	33.3	33.6	27.4	23.8	21.7	17.7	15.4	16.6	16.3	13.5	7.8	

Fuente: DANE

1.2.3 Movilidad forzada

Pirámide población víctima

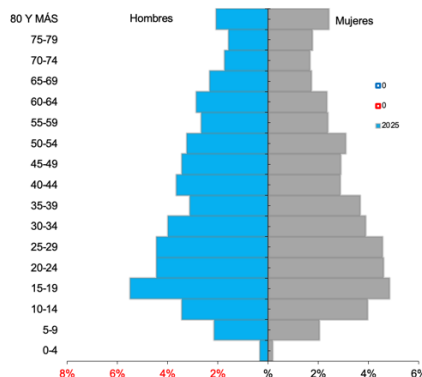
Figura 4. Pirámide población víctima de desplazamiento por grupo de edad, sexo, Municipio La Ceja, 2024



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



Fuente: SISPRO-DANE

El municipio registra 11.492 personas víctimas del desplazamiento forzado, de las cuales el 51,1% son hombres y el 48,9% mujeres. El grupo etario más afectado es el de 15 a 19 años, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad en la población joven frente a los fenómenos de violencia y conflicto armado. La atención a esta población requiere mantener los programas de apoyo psicosocial, inserción educativa y recuperación de medios de vida, articulados al Plan Territorial de Salud y al Comité de Justicia Transicional.

1.2.4 Población LGBTIQ+

Aunque no existe una caracterización censal oficial, se estima que alrededor del 10% de la población (7.272 personas) se identifica como parte de los sectores sociales LGBTIQ+. El municipio avanza en la visibilización y promoción de derechos de esta población a través de acciones lideradas por la Secretaría de Salud y Protección Social, orientadas a reducir la discriminación, barreras de acceso a salud y violencias basadas en orientación sexual o identidad de género.

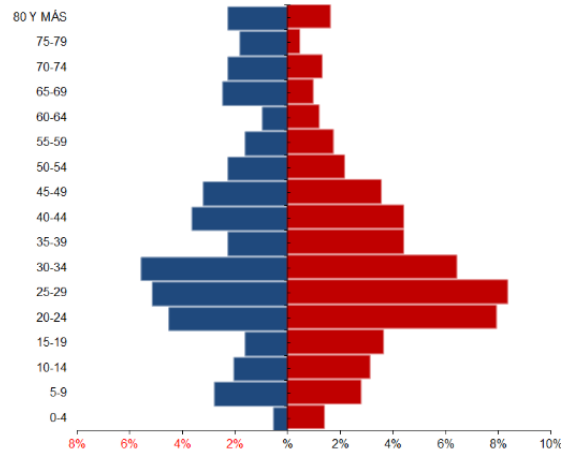
Se recomienda fortalecer la caracterización nominal, la inclusión de enfoque diferencial en los servicios públicos y la participación en espacios de planeación local.

1.2.5 Dinámica migratoria

Pirámide población migrante

Para 2025, La Ceja del Tambo reporta 754 personas migrantes internacionales, de las cuales 380 son hombres y 374 mujeres, según los registros oficiales de población en situación migratoria regular. La migración está compuesta principalmente por personas provenientes de Venezuela y países andinos, con inserción laboral en sectores agrícolas, de servicios y construcción. Aunque numéricamente moderada, esta población requiere seguimiento sanitario y social diferenciado, especialmente en aseguramiento, control prenatal y vacunación, en el marco de la Política Nacional de Migración y Salud.

Figura 5. Pirámide población migrante por grupo de edad, sexo, Municipio de La Ceja



Fuente: DANE-SISPRO

25

1.2.6 Población Campesina

La Ceja mantiene una importante población campesina, estimada en 8.251 habitantes que residen en centros poblados y áreas rurales dispersas, según el DANE (2025). Este grupo es esencial en la producción agrícola y floricultura, sostén de la seguridad alimentaria local y regional.

A pesar de su contribución económica, persisten brechas en acceso a servicios de salud, educación y tecnología, lo que demanda acciones integrales de desarrollo rural y salud campesina, articuladas a la Política Nacional de Agricultura Familiar y al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031.

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

Servicios habilitados IPS

El municipio cuenta con una amplia red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), con oferta en todos los niveles de complejidad y adecuada capacidad de remisión hacia la red hospitalaria del Valle de San Nicolás y la ciudad de Medellín.

Esta estructura facilita la continuidad asistencial, mejora la resolutive local y fortalece la atención en salud primaria y especializada.

Tabla 8. Servicios Habilitados IPS municipio de La Ceja año 2024

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



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

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	2	4	4	6	6	6	6	6	6	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar		1	1	1	1	1	1	1	1	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	3	5	6	6	5	5	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa con filtros	1	1	1	1	1	1				
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	3	5	8	9	7	7	7	8	8	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	6	6	6	7	7	8	7	7	7	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax								1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial			1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	2	4	4	4	6	6	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	1									
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	3	4	4	5	5	5	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	3	3	3	3	3	3	6	6	6	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología							1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	4	5	6	7	6	6	5	5	5	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral		3	3	3	3	3	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar			1	1						
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	1	1								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	8	9	10	11	9	9	9	9	9	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	3	3	3	4	5	5	5	5	5	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía			1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	1	1	1	1	1	1				
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	1	1	1	1	1	1				
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología							1	1	1	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	5	6	9	9	8	8	7	7	7	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	9	10	11	11	10	10	8	8	8	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	4	6	6	6	6	6	5	5	5	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	4	6	6	7	7	7	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	4	5	6	6	5	5	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	3	4	4	4	5	5	4	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	6	8	10	10	9	9	8	8	8	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado agudo en salud mental o psiquiatría	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediatría	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas				1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas					1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			9							
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	7	8		9	9	10	8	8	8	7
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	4	4	4	4	2	2	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	4	5	6	6	5	5	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	4	5	6	6	5	5	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	4	5	6	6	5	5	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	4	4	5	5	4	4	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	4	5	6	6	5	5	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	4	5	6	6	5	5	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	3	4	5	5	4	4	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	4	5	6	6	5	5	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	3	4	5	7	7	7	6	6	6	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	3	3	4	4	4	4	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax								1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejido osteomuscular					1	1	1	1	1	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Otros indicadores de sistema sanitario

El sistema sanitario presenta a nivel municipal indicadores similares en comparación con las del departamento, sin diferencias estadísticamente significativas a excepción de las coberturas de vacunación con BCG para nacidos vivos, la cual presenta diferencias estadísticamente significativas, en donde el municipio tiene mejores coberturas en vacunación con BCG que las del departamento para el año 2024; igualmente la cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) tiene una mejor cobertura en el municipio que en el departamento.

Tabla 9. Otros indicadores de sistema sanitario en el Municipio de La Ceja, 2006-2024

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	La Ceja	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	1.4																				
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE) 2019	2.6	2.1																				
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103.4	116.9																				
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS) 2024	88.6	108.1																				
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	89.0	95.6																				
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88.8	95.6																				
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	91.7	91.7																				
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 (FEVV-DANE) 2024	99.4	100.0																				

Caracterización EAPB

Análisis de afiliación

Para 2025, La Ceja presenta 80.639 afiliados a la seguridad social (cobertura del 113,79%, considerando población flotante y trabajadores no residentes).

Régimen contributivo: 63.833 afiliados (90,07%)

Régimen subsidiado: 15.692 afiliados (22,14%)



Excepción y fuerza pública: 1.114 afiliados (1,57%)

La estructura afiliatoria refleja un predominio del régimen contributivo, indicador de alta formalidad laboral y buen acceso a servicios de salud. Existen 15 personas clasificadas como pobres y vulnerables no aseguradas, y 401 en el Grupo D (no pobres ni vulnerables sin afiliación), lo que representa una brecha mínima en aseguramiento.

Del total de afiliados, 40.408 son cotizantes, 23.269 beneficiarios y 156 afiliados adicionales, evidenciando una estructura poblacional activa y sostenida por empleo formal. El municipio mantiene acciones de depuración y actualización del aseguramiento, articuladas con las EAPB y la Dirección Local de Salud, para garantizar la universalización de la cobertura efectiva.

30

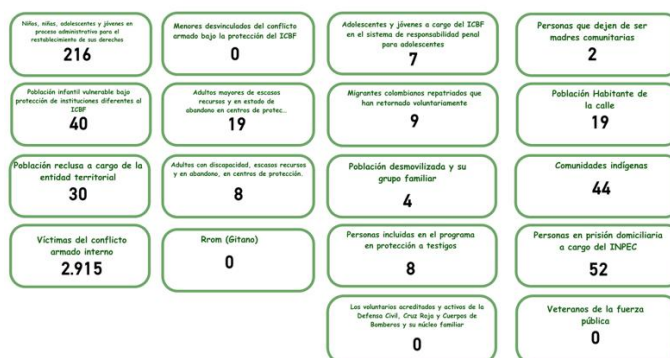
La población afiliada al régimen subsidiado (15.692 personas) se clasifica por niveles así:

Tabla 10. Afiliación población pobre y vulnerable Municipio de La Ceja, 2006-2024

Listado censal con Sisbén	3.119
Listado censal sin Sisbén	668
Población sin Sisbén	1.141
Nivel I A	2.135
Nivel I B	3.957
Nivel II C	4.369
Grupo D	303

El total de población afiliada al régimen subsidiado es de 3.373 personas. Esta población se distribuye por tipo de población así:

Figura 6. Población afiliada al régimen subsidiado, Municipio de La Ceja



Fuente: https://dssa.gov.co/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=2177&Itemid=466



1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

En el municipio de La Ceja del Tambo, se teje una red de políticas públicas que buscan transformar la realidad y garantizar el bienestar de sus habitantes. Estas políticas, diseñadas con visión y propósito, abordan diversas esferas de la vida comunitaria. A continuación, se observan las principales políticas que moldean el presente y futuro de este municipio, que se controlan a través de un COMPOS operante y con mesas en muchas de ellas para su control y gestión.

Tabla 11. Políticas Públicas Municipales

NOMBRE DE LA POLÍTICA O PLAN	OBJETO	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN	OBSERVACIONES	ACUERDO MUNICIPAL	HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO
Política Pública de Discapacidad	Reconocer y reconocer a personas en situación de discapacidad para el Municipio de La Ceja del Tambo. La cual tiene como finalidad la Generar acciones afirmativas para que las niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres adultas y mujeres adultas mayores, tengan mejores oportunidades para su desarrollo integral, sin discriminación y sin violencia, dentro de nuestro Municipio La Ceja Del Tambo.	Acuerdo 003 de abril de 2017	En la actualidad se realiza la caracterización y localización de las personas con discapacidad.	ANEXO 1 Acuerdo 003/2017	En construcción
Política Pública para las mujeres del municipio de La Ceja del Tambo	Garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas en el Municipio de La Ceja, entendiendo en el marco de la construcción y fortalecimiento del Estado Social de Derecho en Colombia a partir de la Constitución Política de 1991.	Acuerdo No. 015 de 2023	Aprobada la actualización de la política pública para las mujeres del Municipio de La Ceja, el 27 de noviembre de 2023	ANEXO 1 Acuerdo No. 015 del 27 de noviembre del 2023	ANEXO 2 Plan de acción Pública de Género para las mujeres del municipio de La Ceja de Tambo
Política Pública para la garantía del ejercicio pleno de los derechos de los sectores sociales LGBTI y las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas en el municipio de La Ceja del Tambo	Garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas en el Municipio de La Ceja, entendiendo en el marco de la construcción y fortalecimiento del Estado Social de Derecho en Colombia a partir de la Constitución Política de 1991.	Acuerdo No.010 de 2022		ANEXO 1 Acuerdo No.010 de 2022	ANEXO 2 Plan de acción pública para la garantía del ejercicio pleno de los derechos de los sectores sociales LGBTI y las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas en el municipio de La Ceja del Tambo
Política Pública de Protección animal	Por medio del cual se establece una Política Pública para la protección de la fauna del Municipio de La Ceja y se declara Municipio protector y defensor de los animales.	Acuerdo 015/2012	Se encuentra en proceso de actualización	ANEXO 1 Acuerdo 015/2012	N/A
Política Pública de Movilidad	Por medio del cual se adopta la Política Pública en movilidad segura, saludable y sostenible a 2030 del Municipio de La Ceja del Tambo, Antioquia.	Acuerdo 003/2016	Se encuentra en proceso de actualización	ANEXO 1 Acuerdo 003/2016	N/A
POLITICA PÚBLICA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL Y SE ESTABLECE EL PLAN LOCAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA 2017-2025 EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO.	GENERAR CONDICIONES QUE SEAN SOSTENIBLES EN EL TIEMPO EN CUANTO A LA DISPONIBILIDAD, ACCESO Y CONSUMO DE ALIMENTOS DE MANERA PERMANENTE Y OPORTUNA, EN SUFICIENTE CANTIDAD, VARIEDAD, CALIDAD E INOCUIDAD A TRAVÉS DEL EMPODERAMIENTO Y GENERACIÓN DE CAPACIDADES DE AUTOGESTIÓN EN LAS POBLACIONES VULNERABLES, QUE PERMITAN EL MEJORAMIENTO CONSTANTE DE LA SITUACIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LA POBLACIÓN EN GENERAL.	ACUERDO MUNICIPAL 005 DE 2017	SE CUMPLE CON EL DECRETO 167 DEL 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2020 "POR EL CUAL SE DELEGA LA COORDINACIÓN DE LA MESA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO. RESOLUCION No. 09 DEL 22 DE SEPTIEMBRE DE 2020, POR MEDIO DE LA CUAL SE CONFORMA LA MESA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO.	ANEXO 1 Acuerdo 005 de 2017 ANEXO 2 DECRETO 167 DE 2020 ANEXO 3, RESOLUCION 09 DE 2020	ANEXO 4 PLAN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
Política Pública de Juventud	Por medio del cual se adopta la Política Pública de Juventud del municipio de La Ceja.	Acuerdo 02 de 2023		ANEXO 1 Acuerdo 02 de 2023	En construcción
Política Pública de Turismo	Por medio del cual se adopta como Política Pública el plan local de turismo para el Municipio de La Ceja del Tambo	Acuerdo 012/2017	Se encuentra en proceso de actualización	ANEXO 1 Acuerdo 012/2017	N/A
Política Pública de Primer Empleo	Por medio del cual se adopta la Política Pública del primer empleo juvenil para el Municipio de La Ceja del Tambo.	Acuerdo 013/2017	En el Compos de marzo 17 se presentó la Política pública para la empleabilidad y el trabajo decente en el marco de la inclusión y la integralidad, la cual se encuentra pendiente por aprobación ante el concejo y derogaría la política anterior.	ANEXO 1 Acuerdo 013/2017	N/A
Política Pública de Salud Mental	Por medio del cual se adopta "La política Pública de salud mental, prevención y reducción de conductas adictivas" para el Municipio de La Ceja del Tambo	Acuerdo 010/2023		ANEXO 1 Acuerdo 010/2023	En construcción
Política Pública de Vivienda	Por medio del cual se actualiza la Política Pública de vivienda del Municipio de La Ceja	Acuerdo 027/2017	Se encuentra en proceso de actualización	ANEXO 1 Acuerdo 027/2017	N/A
Política Pública Comunitaria	Por medio del cual se crea la Política Pública comunal en El Municipio de La Ceja Antioquia.	Acuerdo 002/2019	Se encuentra en proceso de actualización	ANEXO 1 Acuerdo 002/2019	En actualización
Política Pública de Cultura	Por medio del cual se adopta la Política Pública de Cultura de La Ceja del Tambo. "La cultura como factor de desarrollo".	Acuerdo 016/2019		ANEXO 1 Acuerdo 016/2019	ANEXO 2 Plan de acción
Política Pública y plan de Educación	Por medio del cual se adopta la Política Pública de Educación Municipal 2020-2030 "Hacia una educación humana para la vida, la paz, la equidad y el desarrollo sostenible".	Acuerdo 025/2020		ANEXO 1 Acuerdo 025/2020	ANEXO 2 Plan de acción
Política Primera infancia, infancia y adolescencia.	Por medio de la cual se actualiza la Política pública de Desarrollo, Atención y Protección Integral, a la primera infancia, infancia y adolescencia y se aprueba el Plan en La Ceja del Tambo " Por una niñez que sueña, juega y es feliz".	Acuerdo 003/2021		ANEXO 1 Acuerdo 003/2021	ANEXO 2 Plan de acción
Política Pública para el Empoderamiento y Protección de las Familias en La Ceja	Por el cual se adopta la Política Pública para el Empoderamiento y Protección de las Familias en La Ceja.	Acuerdo 015/2021		ANEXO 1 Acuerdo 015/2021	ANEXO 2 Plan estratégico
Política Pública de Libertad Religiosa y de cultos	Por medio del cual se adopta la política pública integral de libertad religiosa y de cultos en el municipio de La Ceja del Tambo.	Acuerdo 04 de 2023		ANEXO 1 Acuerdo 04 de 2023	En construcción
Política de Participación Social en Salud	Adopción de la política de participación social en salud reglamentada por la resolución 2063 del 2017.	Decreto 13 de 2021		ANEXO 1 Decreto 13 de 2021	ANEXO 2 Plan de implementación anual
Política Pública de Envejecimiento y Vejez del Adulto mayor en el Municipio de La Ceja	Facilitar procesos que conlleven a un envejecimiento activo, satisfactorio y saludable para los adultos mayores y demás habitantes de la Ceja.	Acuerdo 010 de 2011 Donde se crea la Política Pública y Acuerdo 05 de 2020 por el medio del cual se actualiza	En la actualidad se está a la espera de las directrices a nivel nacional para realizar un nuevo ajuste a la política.	ANEXO 1: Acuerdo 010 de 2011 ANEXO 2: Acuerdo 05 de 2020	ANEXO 2 Plan de acción

Fuente: Elaboración propia



1.4.2 Agenda Antioquia 2024

La Agenda Antioquia 2040 – “Unidos construimos nuestro futuro”, liderada por la Gobernación de Antioquia, define la visión departamental hacia 2040 mediante un ejercicio participativo de planeación prospectiva. La Ceja del Tambo participó activamente en este proceso, aportando su visión de desarrollo sostenible, bienestar social y fortalecimiento del capital humano.

La comunidad se autodefine por su cultura, naturaleza, turismo y dinamismo económico, y proyecta un futuro basado en la innovación, la educación, la sostenibilidad ambiental y la robótica, sin perder su identidad cultural. El 90,4% de los habitantes manifestó sentimientos positivos hacia su municipio, destacando su calidad de vida, seguridad y sentido de pertenencia.

Entre los temas prioritarios de inversión, sobresalen la educación (17,3%), la salud, la vivienda, el medio ambiente y el empleo, evidenciando una orientación hacia el bienestar humano más que hacia la infraestructura. Las mujeres, juventudes y empresarios coincidieron en la relevancia de la educación, la salud y la sostenibilidad como ejes del desarrollo.

El análisis de brechas frente a los ODS identifica retos en salud, educación, igualdad de género, reducción de desigualdades y sostenibilidad ambiental, mientras que muestra avances en pobreza, energía, trabajo decente y gobernanza. Estas brechas demandan una mayor articulación entre el Plan de Desarrollo 2024–2027 y la Agenda 2030.

Las demandas territoriales más relevantes se concentran en el desarrollo económico sostenible, la protección ambiental y la participación ciudadana, pilares de la visión de un municipio innovador, equitativo y responsable. Finalmente, la proyección poblacional al 2040 anticipa un aumento de la población urbana y el envejecimiento demográfico, lo que exigirá fortalecer los servicios de salud, educación, vivienda y políticas de envejecimiento activo y movilidad sostenible.

1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social

El reconocimiento del territorio desde la cartografía social y la priorización de los problemas involucró la participación de representantes de los diferentes grupos poblacionales existentes en el municipio, los cuales fueron convocados previamente, y quienes participaron de la convocatoria fueron:

Organizaciones Sociales y Comunitarias	Actor Institucional
Veeduría	Secretaría de Salud
JAC	EPS Sura



Organizaciones Sociales y Comunitarias	Actor Institucional
Asociación de Usuarios	

El 6 de noviembre de 2025, se realizó en el municipio de La Ceja un encuentro clave para el diagnóstico colectivo de la situación de salud local. Este ejercicio tuvo como objetivo principal recopilar información estratégica que sirviera de base para la toma de decisiones y la definición de prioridades en la mejora de la salud comunitaria. A través de una metodología participativa, se buscó fomentar la colaboración entre los diversos sectores y comunidades del municipio. Se organizaron grupos de trabajo representativos, a quienes se les proporcionó un cuestionario diseñado para identificar y priorizar las principales necesidades de salud en sus respectivos contextos. A partir de las respuestas obtenidas, cada grupo destacó los problemas más urgentes y las preocupaciones que afectan su bienestar.

33

Tras la recopilación de datos, cada equipo presentó sus hallazgos en un espacio de socialización, promoviendo el intercambio abierto de ideas y el análisis profundo de las causas subyacentes de las necesidades identificadas. Esta fase permitió un entendimiento compartido de los retos actuales y las aspiraciones de la comunidad, reflejando tanto la situación presente como los escenarios deseados para el futuro. Los resultados finales se plasmaron en mapas, que proporcionaron una visión integral de los desafíos de salud, así como de las metas colectivas.

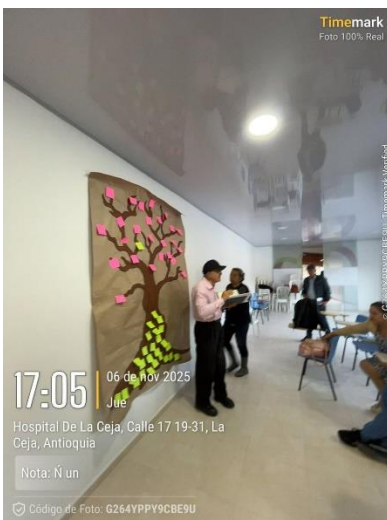
Sin embargo, es importante señalar que la participación fue limitada, tanto por parte de la comunidad como de las instituciones locales. Este bajo nivel de involucramiento evidencia una desconexión entre los habitantes y las iniciativas para mejorar la calidad de vida en el municipio. La falta de compromiso comunitario e institucional subraya la urgencia de desarrollar estrategias que fortalezcan el sentido de pertenencia y promuevan una visión compartida de desarrollo. Sin un enfoque participativo más activo, será complicado alcanzar avances sostenibles y significativos en los objetivos de salud y bienestar que la comunidad necesita.

Figura 7. Arbol de problemas y soluciones municipio La Ceja 2025





Evidencias Fotográficas de la Participación Comunitaria e Institucional



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

1.6 Conclusiones del capítulo

El municipio de La Ceja del Tambo ocupa una posición estratégica en el Oriente antioqueño, configurándose como un centro articulador de servicios y un territorio de equilibrio entre productividad rural y desarrollo urbano. Su cercanía con el Valle de Aburrá, su red vial y su conectividad intermunicipal le otorgan ventajas competitivas para el desarrollo económico, la prestación de servicios de salud, educación y turismo. Pese a ello, persisten retos asociados al mantenimiento vial e iluminación rural, especialmente en las zonas veredales más distantes. El territorio mantiene una clara vocación agroindustrial y floricultora, aunque los procesos de expansión urbana y parcelación han modificado el uso del suelo, generando una concentración poblacional del 88,4% en el área urbana frente al 11,6% rural. Este patrón de urbanización sostenida ha incrementado la densidad demográfica (531 hab/km²) y la presión sobre los servicios públicos, la vivienda y la infraestructura social, lo que plantea la necesidad de estrategias de ordenamiento y sostenibilidad territorial.

35

Desde el punto de vista demográfico, La Ceja atraviesa una fase avanzada de transición poblacional. Con una población estimada en 70.868 habitantes (2025), su estructura regresiva evidencia un estrechamiento de la base poblacional y un ensanchamiento en los grupos adultos y mayores, producto de la reducción sostenida de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. Las mujeres (51,4%) predominan, especialmente en edades productivas y adultas mayores, acentuando la feminización del envejecimiento. El índice de envejecimiento, que pasó de 53 a 68 entre 2020 y 2025, confirma un proceso de madurez poblacional que redefine las prioridades sanitarias. La atención a enfermedades crónicas no transmisibles, los programas de salud mental, rehabilitación funcional y envejecimiento saludable adquieren protagonismo, sin desatender la prevención en infancia y adolescencia.

La tasa bruta de natalidad disminuyó de 7,8‰ en 2014 a 1,7‰ en 2024, mientras la tasa de fecundidad adolescente (15–19 años) descendió de 60,1 a 15,0‰, consolidando un modelo de control reproductivo efectivo y evidenciando el impacto de la educación sexual integral, la cobertura educativa y los programas intersectoriales de salud sexual y reproductiva. Por su parte, la tasa bruta de mortalidad pasó de 12,5‰ en 2014 a 7,5‰ en 2024, aunque se mantiene elevada respecto a municipios similares debido al incremento de la población mayor. El crecimiento natural (5,8‰ en 2024) continúa siendo positivo, aunque su sostenibilidad dependerá de los flujos migratorios internos y de la estabilidad económica local.

En el componente institucional, La Ceja dispone de un sistema sanitario fortalecido, con una red amplia de IPS en todos los niveles de complejidad y cobertura superior al promedio departamental en afiliación al SGSSS y vacunación BCG. Su modelo organizativo integra la gestión del riesgo, la promoción de la salud y la atención con enfoque diferencial, consolidando al



municipio como referente subregional en servicios de salud. En materia de vulnerabilidad y gestión del riesgo, el territorio presenta amenazas naturales y antrópicas recurrentes —inundaciones, movimientos en masa, avenidas torrenciales e incendios forestales—, mitigadas por la actualización del Plan Municipal de Gestión del Riesgo y la acción interinstitucional. No obstante, se requiere fortalecer la vigilancia ambiental, la educación comunitaria y el control del uso del suelo, frente al avance del cambio climático y la urbanización no planificada.

En conclusión, La Ceja del Tambo combina altos niveles de desarrollo humano y social con desafíos emergentes derivados del envejecimiento, la urbanización acelerada y la sostenibilidad ambiental. Su panorama demográfico y sanitario demanda ajustes en la planificación territorial y de salud pública, con énfasis en la prevención de enfermedades crónicas, la promoción del envejecimiento activo, la salud mental comunitaria y la protección del entorno natural, garantizando la equidad territorial y la cohesión social como pilares de su desarrollo sostenible hacia 2030 y 2040.

36

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 – 20 PAGINAS

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

El municipio de La Ceja del Tambo presenta una estructura laboral dinámica y diversificada, con un predominio de la ocupación en los sectores de servicios, comercio, agricultura y floricultura, los cuales constituyen la base económica local. Su proximidad al Valle de Aburrá y su integración con el corredor del Oriente antioqueño facilitan la movilidad laboral y el acceso a oportunidades en municipios vecinos como Rionegro y Medellín. Según datos recientes del DANE y del Observatorio del Mercado Laboral del Oriente antioqueño, La Ceja mantiene niveles de empleo superiores al promedio departamental, impulsados por el crecimiento de la industria floricultora, el comercio formal y los servicios educativos y de salud. El autoempleo y el emprendimiento han ganado relevancia, especialmente en mujeres y jóvenes, gracias al apoyo de programas locales de innovación y desarrollo empresarial.

No obstante, persisten desafíos relacionados con la informalidad laboral rural, la brecha de género en ingresos y la precarización del empleo juvenil, que requieren políticas sostenidas de formación técnica, inclusión productiva y fortalecimiento de la economía verde y del cuidado. En general, La Ceja avanza hacia un modelo de ocupación sostenible e inclusiva, orientado al bienestar, la equidad y la productividad territorial.



2.2 Condiciones de vida del territorio

En términos generales el municipio de la Ceja cuenta con mejores condiciones de vida ya que en la actualidad es un centro de veraneo, el lugar de retiro escogido por muchos jubilados del departamento por su ubicación por su tranquilidad y relativa cercanía a la capital del departamento; y también es productor de flores de exportación, condiciones que han mediado para mejorar el empleo y el sustento económico de los pobladores, igualmente el mejoramiento de condiciones sanitarias y la calidad del agua han contribuido a que sus habitantes dispongan de servicios de mejor calidad y en mejores condiciones, sumándole la accesibilidad vial que facilita la constante comunicación con el resto del departamento.

37

Condiciones de vida

La Ceja cuenta con infraestructura de servicios públicos robusta y cobertura casi universal, consolidándose como un territorio con baja vulnerabilidad sanitaria asociada a servicios básicos. Sin embargo, las brechas rurales en acueducto y alcantarillado demandan inversión en infraestructura, fortalecimiento comunitario y acompañamiento técnico, para garantizar el acceso equitativo y sostenible en todo el territorio.

Tabla 12. Políticas Públicas Municipales

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad 2023 (índice de cobertura de energía eléctrica ICEE Unidad de Planeación Minero Energética - UPME 2025)	100.0	100.0
Cobertura de acueducto (DNP - TerriData) 2022	97.4	91.3
Cobertura de alcantarillado (DNP - TerriData) 2022	96.8	91.3

Fuente: Unidad de Planeación Minero Energética - DNP - TerriData

Seguridad alimentaria

El comportamiento del bajo peso al nacer en La Ceja es estable pero sensible a determinantes sociales y de atención perinatal. Se recomienda fortalecer la captación temprana antes de la semana 12 de gestación, promover la nutrición materna, la intervención oportuna de factores de riesgo obstétrico y mantener la articulación intersectorial con programas de seguridad alimentaria y desarrollo infantil temprano para evitar retrocesos.

Tabla 13. Seguridad alimentaria, municipio de La Ceja, 2024

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	La Ceja	Comportamiento																	
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE) 2024*	11.3	11.3	-	📉	📉	📉	📈	📈	📈	📈	📈	📈	📈	📈	📈	📈	📈	📈	📈	📈



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.



Fuente: SISPRO MSPS 2024

Cobertura de educación

los datos confirman que La Ceja del Tambo presenta un sistema educativo inclusivo y robusto, con bajos niveles de analfabetismo y altas tasas de cobertura. No obstante, las fluctuaciones leves en primaria y secundaria señalan la necesidad de monitorear la deserción escolar y garantizar la permanencia, especialmente en zonas rurales o de mayor movilidad poblacional.

El porcentaje de hogares con analfabetismos es 2,5%, una cifra que, aunque no está fuera del rango departamental, si debe ser atacada para disminuir su porcentaje cada vez más.

38

Tabla 14. Cobertura de educación, municipio de La Ceja, 2022

Indicadores	Antioquia	La Ceja	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	2.5	-																		
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN) 2022	103.3	98.2																			
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN) 2022	115.4	110.5																			
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN) 2022	94.2	126.4																			

Fuente: Terridata 2022

Pobreza (NBI o IPM)

La Ceja del Tambo exhibe un perfil de pobreza bajo y en reducción sostenida, con indicadores de desarrollo humano superiores al promedio departamental. Los desafíos actuales se centran en cerrar las brechas territoriales urbano-rurales, garantizar la equidad digital y fortalecer la movilidad social, consolidando un modelo de desarrollo inclusivo, sostenible y con enfoque territorial. El municipio presenta un NBI inferior al 10%, lo que indica que menos de una de cada diez personas vive con alguna necesidad básica insatisfecha, especialmente en vivienda inadecuada o carencia de servicios públicos en áreas rurales dispersas.

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

Factores psicológicos y culturales

Los indicadores de violencia intrafamiliar y de violencia contra la mujer en La Ceja del Tambo presentan niveles considerablemente superiores al promedio departamental, lo que alerta sobre una problemática social prioritaria que impacta directamente los determinantes de la salud y el bienestar comunitario y que se asocia en gran medida a la intolerancia de la relación de pareja y la infidelidad. Los datos revelan que la violencia intrafamiliar y de género constituye un determinante crítico de la salud pública local, con repercusiones



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

en la salud mental, física y social de las víctimas que se asocia con el consumo de sustancias psicoactivas y otros factores psicosociales.

Se requiere fortalecer la articulación interinstitucional entre salud, justicia, educación y desarrollo social, ampliar los programas de prevención primaria, consolidar rutas de atención con enfoque de género y diferencial y promover la educación comunitaria en resolución pacífica de conflictos y equidad de género.

Aunque La Ceja cuenta con instituciones activas y mecanismos de denuncia, los datos demuestran la necesidad de acciones sostenidas y coordinadas que aborden las causas estructurales de la violencia y garanticen entornos seguros, protectores y saludables para todas las personas.

39

Tabla 15. factores psicológicos y culturales del Municipio de La Ceja

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	La Ceja
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	47.5	127.5
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	52.2	141.0

Fuente: Forenses - INMLCF 2023

2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad

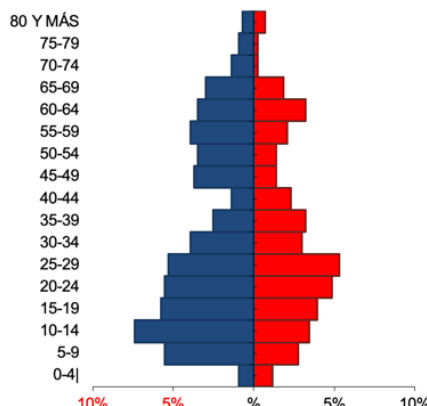
La distribución por grupos de edad muestra una estructura demográfica predominantemente joven-adulta, con mayor concentración entre los 10 y 34 años, lo que representa el núcleo productivo y educativo del municipio. Se cuenta con 433 personas con discapacidad de acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud, 58,9% hombres (255) y 41,1% mujeres (178), lo que indica predominio masculino en la muestra, especialmente en edades jóvenes y medias.

La estructura evidencia un perfil demográfico en transición, con reducción de la base juvenil, predominio masculino y creciente peso de la población mayor, lo que plantea retos en salud pública, envejecimiento activo y cobertura de servicios sociales, especialmente para la atención integral de adultos mayores y personas en edad productiva.

Figura 8. Pirámide poblacional de las personas con alteraciones permanentes municipio de La Ceja, 2025



Pirámide de la población en condición de discapacidad



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

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

La cartografía social realizada en el municipio de La Ceja del Tambo permitió reconocer, desde la voz de la comunidad, las condiciones que determinan la salud, el bienestar y la calidad de vida en los distintos territorios. El ejercicio evidenció que, pese a los avances en cobertura de servicios y desarrollo urbano, persisten desigualdades estructurales entre la zona urbana y la rural, y entre los grupos sociales según su nivel de ingreso, educación y acceso a oportunidades.

Condiciones sociales

Desde la perspectiva comunitaria, las principales problemáticas sociales identificadas giran en torno a la fragmentación del tejido social, la pérdida de confianza institucional y la debilidad en las redes de apoyo familiar y comunitario. Los líderes locales resaltaron el incremento de conflictos intrafamiliares, violencia de género y consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes, fenómenos que se asocian con el desempleo, la sobrecarga económica de los hogares y la escasa oferta de espacios de integración cultural y deportiva.

Se evidencia una transición sociocultural en el municipio: mientras la cabecera urbana presenta estilos de vida modernos y mayor acceso a educación, conectividad y servicios, la zona rural mantiene una identidad tradicional centrada en el trabajo agrícola, pero con limitaciones en formación y participación. La pérdida de sentido de comunidad y el debilitamiento del liderazgo veredal fueron señalados como factores que obstaculizan la cohesión social y la corresponsabilidad en la gestión del bienestar colectivo.

Los grupos poblacionales priorizados —niñez, juventud, adultos mayores, mujeres, población campesina y migrante— manifestaron percepciones

diferenciadas frente a la seguridad, el acceso a servicios y la participación social. Se destacó que los jóvenes perciben pocas oportunidades de empleo formal y participación ciudadana, mientras los adultos mayores enfrentan aislamiento y dificultades para acceder a actividades recreativas o de autocuidado.

Condiciones económicas

En el ámbito económico, los hallazgos de la cartografía social reflejan una economía local dual, con un sector formal en crecimiento (comercio, servicios, floricultura, manufactura y turismo) y un sector informal significativo que concentra la vulnerabilidad social.

Las familias participantes reportaron preocupaciones por el aumento del costo de vida, la inestabilidad laboral, los bajos salarios y la dependencia del trabajo por cuenta propia, especialmente en mujeres y jóvenes.

El empleo informal y temporal en la industria floricultora, el comercio minorista y los servicios personales se reconoce como uno de los principales determinantes de inequidad, por su relación con la falta de seguridad social, los riesgos laborales y la inestabilidad de ingresos. En la zona rural, los campesinos enfrentan la variabilidad de precios agrícolas, el alto costo de insumos y el acceso limitado a crédito y asistencia técnica, factores que amenazan la sostenibilidad económica y la seguridad alimentaria local.

Asimismo, la comunidad identificó una desigual distribución de los beneficios del desarrollo urbano: mientras en el centro municipal se concentra la inversión en infraestructura y servicios, los barrios periféricos y veredas continúan con menor cobertura en saneamiento básico, conectividad digital y transporte público. Esto refuerza un modelo de desarrollo asimétrico que amplía las brechas de oportunidad y bienestar.

Condiciones de vida y entorno

En cuanto a las condiciones de vida, la cartografía social evidenció una alta valoración por la tranquilidad, la seguridad y la calidad ambiental del municipio, aunque también se manifestaron preocupaciones por la contaminación del agua y del aire, el manejo inadecuado de residuos sólidos, y la pérdida de zonas verdes por la expansión urbanística.

La población rural señaló riesgos por uso intensivo de agroquímicos y por la deforestación en zonas de recarga hídrica, lo que afecta no solo la salud sino también la productividad agrícola.

Los participantes resaltaron, además, las dificultades en el acceso oportuno a servicios de salud, educación y transporte en sectores rurales, lo cual condiciona la equidad territorial. En las veredas más alejadas —como Colmenas, Llanadas, El Higuerón y San José— persisten problemas de conectividad vial, cobertura de



acueducto y acceso a redes de gas y alcantarillado, que impactan directamente las condiciones de salubridad y bienestar.

En el ámbito urbano, la comunidad expresó preocupación por el incremento del tránsito vehicular, la accidentalidad vial y el ruido, así como por el aumento de la población migrante y la consecuente presión sobre los servicios públicos. También se identificaron nuevos determinantes emergentes relacionados con la salud mental urbana, la violencia de pareja, y la falta de espacios recreativos seguros para la juventud.

Factores protectores y activos comunitarios

La cartografía también permitió reconocer activos sociales y culturales que funcionan como factores protectores: la organización comunitaria en las JAC, el trabajo intersectorial entre instituciones locales, la presencia de grupos culturales, deportivos y ambientales, y la vocación solidaria de la población cejeña. Estos elementos constituyen el capital social sobre el cual puede fortalecerse la acción en salud pública y la participación ciudadana.

Las condiciones sociales, económicas y de vida identificadas en el ejercicio de cartografía social confirman que el municipio de La Ceja del Tambo atraviesa un proceso de modernización y urbanización acelerada, acompañado de tensiones entre el desarrollo económico y la equidad social. Las principales brechas se concentran en la disparidad urbano-rural, la precarización laboral, la debilidad de las redes de apoyo social y las desigualdades ambientales.

Estos hallazgos reafirman la necesidad de fortalecer el enfoque intersectorial de los determinantes sociales, promoviendo estrategias de participación comunitaria, inclusión económica, equidad territorial y sostenibilidad ambiental, como base para mejorar la salud y el bienestar de toda la población cejeña.

2.6 Conclusiones del capítulo

El municipio de La Ceja del Tambo presenta avances sostenidos en educación, servicios públicos y desarrollo económico, consolidándose como un territorio con alta calidad de vida en el contexto departamental. Sin embargo, persisten brechas sociales y territoriales que reflejan inequidades estructurales entre la zona urbana, altamente desarrollada, y la rural, donde aún se evidencian limitaciones en acceso a agua potable, saneamiento, conectividad y servicios sociales.

El mercado laboral, aunque dinámico, continúa marcado por la informalidad, la temporalidad y los bajos ingresos, condiciones que afectan principalmente a mujeres y jóvenes y que se traducen en vulnerabilidad económica y social. Estas desigualdades repercuten en la seguridad alimentaria de los hogares, afectada además por el aumento del costo de vida y la pérdida de hábitos alimentarios saludables.



En materia educativa, las coberturas son amplias y la tasa de alfabetización supera el 97 %, pero persisten riesgos de deserción en adolescentes rurales, lo que exige fortalecer la articulación entre formación y empleo. En cuanto a pobreza, los índices de NBI e IPM son favorables, aunque se mantienen focos de pobreza relativa en sectores rurales y urbanos periféricos, asociados al empleo informal y la insuficiencia de ingresos.

Los factores psicológicos y culturales muestran una transición social compleja: aunque la identidad y la solidaridad cejeña son fortalezas comunitarias, el estrés económico, la fragmentación familiar y la violencia intrafamiliar impactan la salud mental y las relaciones sociales. La población con discapacidad continúa enfrentando barreras de accesibilidad, inclusión y atención especializada, especialmente en la ruralidad.

43

La cartografía social evidencia que las inequidades locales tienen una expresión territorial clara: la concentración de oportunidades en el casco urbano contrasta con la vulnerabilidad rural, donde las comunidades reclaman equidad en inversión, participación y servicios. No obstante, se reconoce un fuerte capital social, expresado en el liderazgo comunitario y en la vocación agrícola del territorio, como base para la acción intersectorial en salud y desarrollo humano.

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

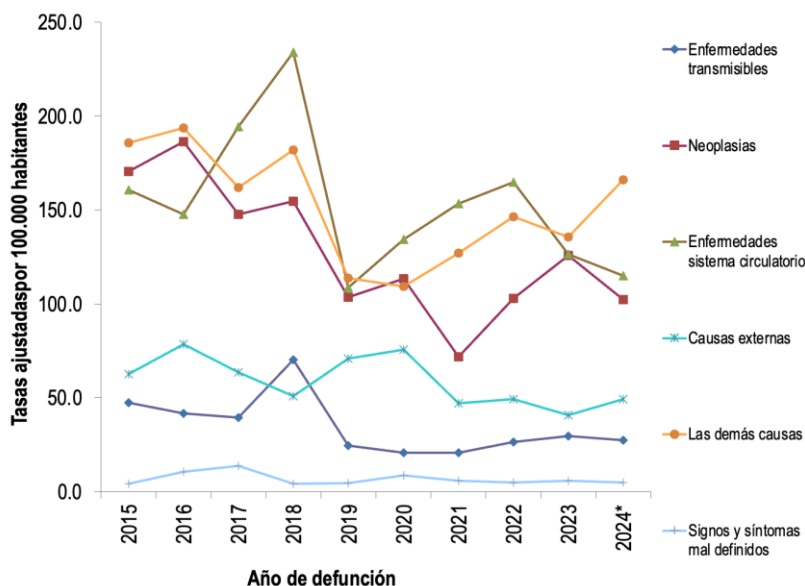
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas:

Ajuste de tasas por edad

El análisis de mortalidad por grandes causas se realizó por la estimación y ajuste de tasas por edad según el método directo; se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud en Antioquia en el período de 2005 a 2021. El análisis se desagregó por quinquenios y sexo en el periodo evaluado.

Figura 9. Tasas ajustadas de mortalidad del Municipio La ceja, 2015 – 2024





Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Hombres

El análisis de la mortalidad ajustada por edad en hombres del municipio de La Ceja del Tambo durante el período 2015–2024* evidencia un patrón de mortalidad dominado por las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y las demás causas crónicas, que en conjunto representan más del 75 % de las muertes masculinas.

El comportamiento de las enfermedades del sistema circulatorio muestra tasas consistentemente elevadas, con un máximo de 300,7 por 100.000 habitantes en 2018 y una reducción gradual hasta 129,0 en 2024, manteniéndose como la principal causa de muerte a lo largo del período. Este comportamiento confirma el impacto de los factores de riesgo cardiovascular —hipertensión, dislipidemia, tabaquismo, consumo de alcohol y sedentarismo— sobre la población masculina, especialmente en edades productivas y adultas mayores.

Las neoplasias ocuparon el segundo lugar en frecuencia, con un comportamiento oscilante entre 210,7 y 83,1 por 100.000. La reducción sostenida posterior a 2016 sugiere avances en la detección temprana y tratamiento, aunque persisten tumores de alta letalidad como los de pulmón, próstata y estómago. El repunte observado en 2023 (146,2 por 100.000) podría estar asociado a la reactivación de los servicios oncológicos tras las limitaciones impuestas durante la pandemia.

Las demás causas crónicas (enfermedades respiratorias, metabólicas y digestivas) muestran tendencia irregular, con un incremento importante a partir de 2021, alcanzando 172,7 por 100.000 en 2024, lo que refleja tanto el efecto



acumulativo de las enfermedades no transmisibles como la influencia de los estilos de vida poco saludables.

Las causas externas se mantienen como un componente crítico de la mortalidad masculina, con tasas elevadas en todo el período (máximo de 142,4 en 2016). Aunque se observa una disminución posterior, los valores de 2023 y 2024 (78,4 y 85,8 por 100.000 respectivamente) indican una persistencia de la mortalidad evitable vinculada a accidentes de tránsito, violencias y lesiones laborales. Este patrón confirma que los hombres jóvenes y adultos siguen siendo los más afectados, requiriéndose políticas sostenidas de seguridad vial, control del consumo de alcohol y fortalecimiento de la convivencia ciudadana.

Las enfermedades transmisibles mantienen tasas inferiores en magnitud pero con variaciones notorias: de 59,9 en 2015 a 25,3 en 2024, con picos intermitentes (44,7 en 2018 y 41,9 en 2023). Este comportamiento podría estar asociado a brotes respiratorios y a la disminución temporal de la cobertura de vacunación durante la pandemia.

La mortalidad por signos y síntomas mal definidos es baja, aunque fluctuante, alcanzando 23,9 por 100.000 en 2017, lo cual sugiere la necesidad de fortalecer la calidad del registro de defunciones, en especial en zonas rurales donde persisten limitaciones en certificación y codificación de causas de muerte.

Mujeres

En la población femenina, el comportamiento de la mortalidad ajustada por edad durante el período 2015–2024* presenta una distribución semejante, aunque con menor magnitud de las tasas y con diferencias en el peso relativo de algunas causas.

Las enfermedades del sistema circulatorio encabezan las causas de muerte en mujeres, con tasas entre 103,0 y 176,0 por 100.000, alcanzando su punto máximo en 2018. Aunque se observa una tendencia descendente en los años más recientes, el riesgo cardiovascular en mujeres continúa siendo elevado, asociado a la edad, el sedentarismo, la obesidad y los cambios hormonales del ciclo vital.

Las neoplasias malignas ocupan el segundo lugar, con un comportamiento estable y tasas entre 141,0 y 62,6 por 100.000. Las principales causas identificadas corresponden a cáncer de mama, cuello uterino y colon, lo que subraya la importancia de mantener coberturas altas en tamizaje citológico, mamografía y colonoscopia, así como la promoción del autocuidado en salud femenina.

Las demás causas crónicas también presentan una participación significativa, con valores entre 101,4 y 217,3 por 100.000, manteniéndose dentro del grupo



de las tres primeras causas de muerte. Este comportamiento confirma la transición hacia enfermedades crónicas vinculadas con hábitos de vida, nutrición y envejecimiento.

Las enfermedades transmisibles registran tasas moderadas y estables, con un pico atípico en 2018 (89,1 por 100.000), posiblemente relacionado con brotes respiratorios o gastrointestinales. Su control efectivo depende de la sostenibilidad de los programas de vigilancia epidemiológica, inmunización y saneamiento básico.

Las causas externas en mujeres mantienen una magnitud baja en comparación con los hombres, con tasas entre 6,7 y 24,8 por 100.000, pero su impacto social sigue siendo relevante, especialmente en casos asociados a violencia intrafamiliar y accidentes domésticos o de tránsito.

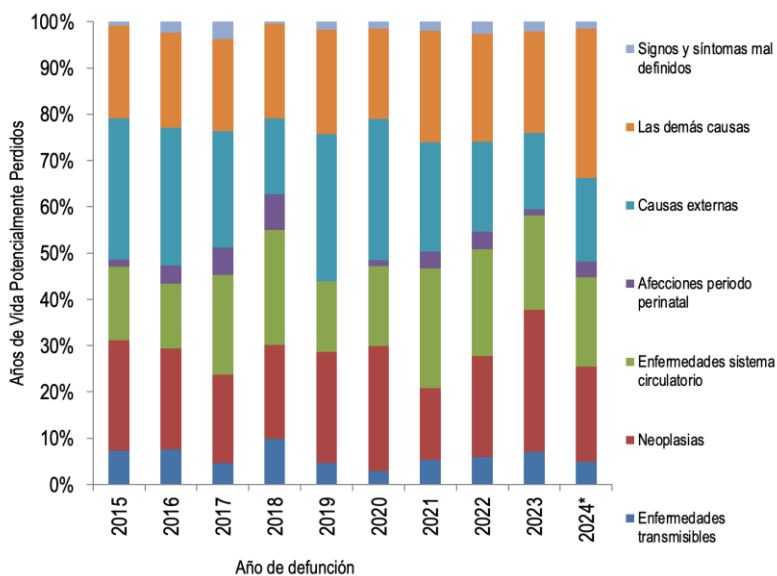
La mortalidad por signos y síntomas mal definidos se ha mantenido prácticamente nula en los últimos años, evidenciando una mejor calidad en los registros de defunción en la población femenina.

En síntesis, el comportamiento de la mortalidad general en La Ceja del Tambo reafirma la transición hacia un perfil crónico-degenerativo consolidado, donde predominan las enfermedades cardiovasculares, oncológicas y metabólicas. El descenso sostenido de las enfermedades transmisibles y la estabilización de las causas externas muestran avances en prevención y control, aunque el incremento de las patologías asociadas al envejecimiento y los estilos de vida demanda una respuesta integral del sistema de salud, orientada a la promoción, la prevención y la atención oportuna de las ECNT.

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

El análisis de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en el municipio de La Ceja del Tambo entre los años 2015 y 2024* permite identificar los eventos de mortalidad prematura que generan mayor impacto en la esperanza de vida y en la productividad social, especialmente entre hombres jóvenes y adultos. Los resultados muestran que los AVPP están dominados por las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y las demás causas crónicas, lo que confirma la carga dual de mortalidad evitable —por violencia y accidentes— y mortalidad asociada a enfermedades no transmisibles.

Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Municipio de La Ceja – 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Hombres

En la población masculina analizando el período, los AVPP por causas externas son consistentemente los más altos durante todo el período, reflejando el peso de la violencia y la accidentalidad vial en las muertes tempranas. Las cifras fluctuaron entre 964 y 1.708 años perdidos, con picos en 2016 (1.693) y 2019 (1.708), seguidos de una reducción moderada en 2022–2023 y un repunte en 2024 (1.135). Este comportamiento reafirma que los hombres jóvenes continúan siendo los principales afectados por causas evitables, lo cual exige intervenciones de prevención de violencias, control del consumo de alcohol y promoción de movilidad segura.

Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el segundo lugar en carga de años perdidos, con una tendencia ascendente a partir de 2017 y máximos en 2021 (868) y 2023 (854). Este incremento está asociado al envejecimiento poblacional y a la persistencia de factores de riesgo como la hipertensión, la obesidad y la inactividad física, que adelantan la mortalidad cardiovascular en edades medias.

Las neoplasias muestran un comportamiento variable, con valores entre 509 y 984 AVPP, destacándose aumentos en 2019 y 2023, lo que evidencia la importancia del diagnóstico oportuno y la continuidad en los tratamientos oncológicos, especialmente tras los rezagos observados durante la pandemia de COVID-19.

Las demás causas crónicas mantienen una participación importante, con un crecimiento sostenido desde 2015 (371) hasta 2024 (1.163), posiblemente vinculado al aumento de enfermedades metabólicas y respiratorias crónicas.



Las enfermedades transmisibles presentan un peso menor pero con fluctuaciones intermitentes (87–332), asociadas a brotes infecciosos localizados y a la recuperación de la vigilancia epidemiológica pospandemia.

Se destaca además la recurrencia de AVPP por afecciones del periodo perinatal, con valores intermitentes (80–320), que si bien son bajos en magnitud, representan un indicador sensible de inequidades en la atención materno-perinatal y en la calidad de los servicios de salud.

Mujeres

En las mujeres, la carga total de AVPP es menor en magnitud, pero con un patrón más diversificado. Las demás causas crónicas y las neoplasias se alternan como las principales fuentes de años perdidos. En 2024, ambas alcanzaron los valores más altos del periodo (1.205 y 877, respectivamente), reflejando el incremento de enfermedades metabólicas y oncológicas en mujeres adultas y mayores.

Las enfermedades del sistema circulatorio muestran una tendencia ascendente, con picos en 2021 (821) y 2022 (787), lo que confirma el aumento del riesgo cardiovascular en mujeres, especialmente postmenopáusicas.

Las causas externas mantienen valores moderados pero relevantes en términos sociales (61–357 AVPP), asociadas principalmente a accidentes domésticos, caídas y violencia intrafamiliar, aspectos que requieren un enfoque de género en las estrategias de prevención.

Las enfermedades transmisibles y las afecciones del periodo perinatal presentan variaciones intermitentes, con picos en 2018 (381) y 2024 (165), lo que evidencia la vulnerabilidad en la atención oportuna de la salud infantil y materna.

Al igual que en los hombres, los signos y síntomas mal definidos tienden a desaparecer en los últimos años, lo que refleja una mejora progresiva en la calidad de los registros de mortalidad.

El análisis de los AVPP en La Ceja del Tambo evidencia un doble desafío sanitario: por un lado, la prevención de muertes evitables por causas externas en población joven masculina; y por otro, la reducción de muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de ambos sexos. Las causas externas continúan siendo la principal fuente de pérdida de años de vida en hombres, mientras que en mujeres se observa un aumento sostenido de la carga por neoplasias y enfermedades cardiovasculares, coherente con el envejecimiento y la feminización de las enfermedades crónicas.

Estos hallazgos reafirman la necesidad de fortalecer la promoción de estilos de vida saludables, la detección temprana de ECNT, la atención integral de la mujer



y del adulto mayor, y el fortalecimiento de las estrategias de seguridad vial y prevención de la violencia, con un enfoque de equidad territorial y de género. En conjunto, el comportamiento de los AVPP confirma que la reducción de la mortalidad prematura en el municipio dependerá de la capacidad institucional para articular acciones preventivas sostenidas, intersectoriales y basadas en evidencia, orientadas a mejorar la calidad y la esperanza de vida de la población cejeña.

3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

Enfermedades Trasmisibles

la mortalidad específica por enfermedades transmisibles en el municipio de La Ceja del Tambo durante el período 2015–2024* evidencia una baja carga general de mortalidad atribuible a causas infecciosas, en coherencia con el proceso de transición epidemiológica del territorio. Sin embargo, persisten eventos que mantienen relevancia en salud pública, particularmente las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades infecciosas intestinales, con comportamientos cíclicos que sugieren brotes estacionales y variaciones en la cobertura de vacunación y vigilancia.

Hombres

En los hombres, la mortalidad por enfermedades transmisibles se caracteriza por la predominancia de las infecciones respiratorias agudas, las cuales presentaron los mayores valores en 2015 (36,1 por 100.000) y 2018 (39,5), seguidas de un descenso sostenido hasta 2024 (7,5). Este patrón refleja tanto la efectividad de las estrategias de vacunación y atención primaria, como el impacto de la pandemia en 2020–2021, que modificó los patrones de exposición y registro.

La mortalidad por VIH/SIDA mostró fluctuaciones entre 3,1 y 8,5 por 100.000, con una reducción importante desde 2019, pero con un leve repunte en 2024 (5,6). Esto sugiere que, aunque el diagnóstico y tratamiento antirretroviral han mejorado, aún existen brechas en detección temprana, adherencia y seguimiento clínico, especialmente en población masculina joven.

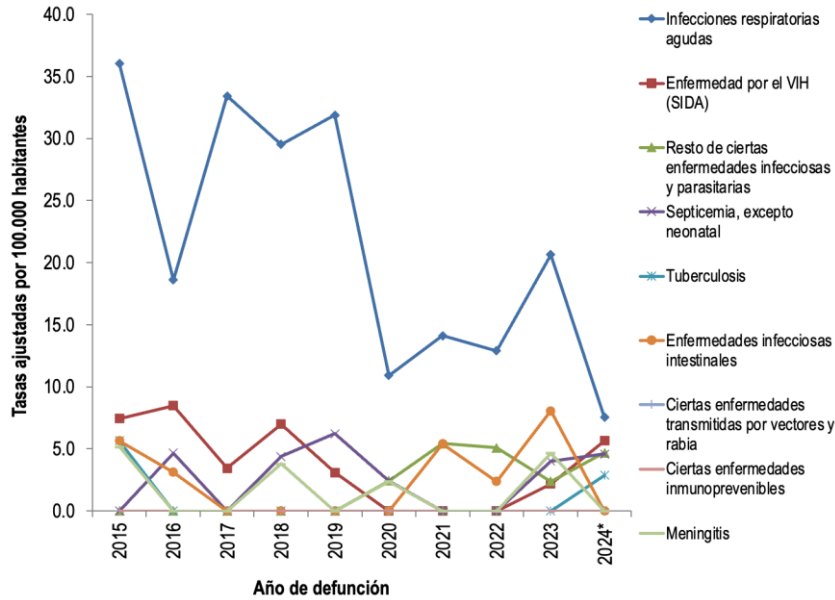
Las enfermedades infecciosas intestinales tuvieron baja incidencia, con tasas máximas en 2015 (5,7) y 2023 (8,1), lo que refleja el efecto de las condiciones de saneamiento básico y el acceso desigual a agua segura en la zona rural. De manera similar, la meningitis y la septicemia registran valores intermitentes y de baja magnitud, con picos en 2016 (4,7) y 2017 (3,8), asociados a casos aislados más que a brotes sostenidos.

La tuberculosis presenta tasas marginales, sin registros durante varios años y con reaparición en 2024 (2,9), lo que podría indicar casos esporádicos o mejoras en la detección. No se registraron defunciones por enfermedades transmitidas



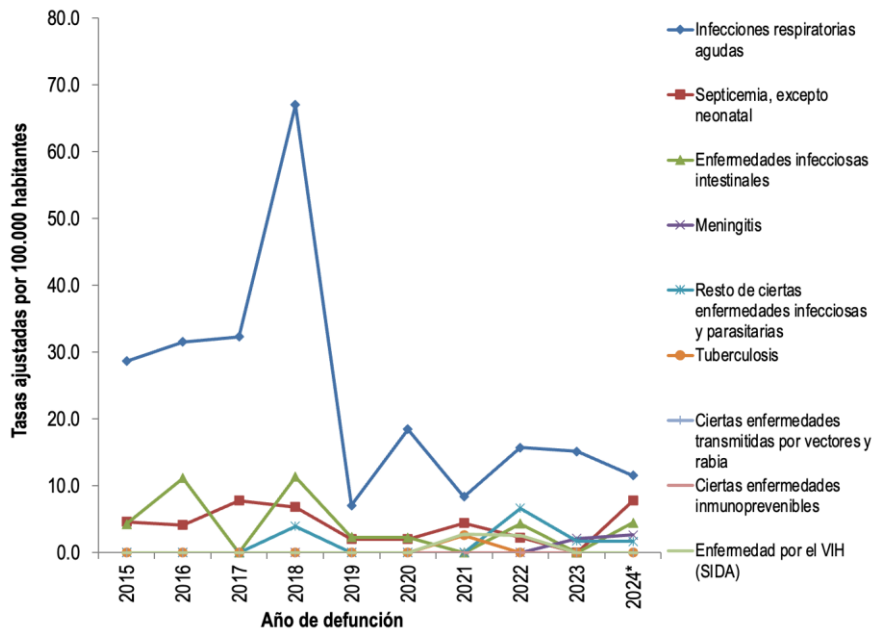
por vectores ni inmunoprevenibles, lo cual confirma un adecuado control de estas patologías en el municipio.

Figura 11. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres del Municipio de La Ceja 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 12. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres del Municipio de La Ceja 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Neoplasias

El comportamiento de la mortalidad por neoplasias en el municipio de La Ceja del Tambo durante el período 2015–2024* refleja el avance de la transición epidemiológica hacia un perfil predominantemente crónico-degenerativo. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad confirman que los cánceres del sistema digestivo, respiratorio y reproductivo son los de mayor impacto en ambos sexos, aunque con diferencias marcadas según localización anatómica y comportamiento temporal.

Hombres

En los hombres, las neoplasias malignas constituyen una de las tres primeras causas de muerte por enfermedades no transmisibles, con tasas variables entre 70,0 y 210,7 muertes por cada 100.000 habitantes a lo largo del período. El tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón presenta los valores más elevados, alcanzando 64,0 muertes por 100.000 hombres en 2015, con descensos paulatinos hasta 10,0 en 2024, lo que refleja una tendencia descendente probablemente asociada a la reducción del tabaquismo y al diagnóstico más temprano. Sin embargo, el cáncer de vías respiratorias sigue representando una causa relevante de mortalidad masculina, vinculada a exposiciones ocupacionales y contaminación ambiental.

Los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, registran tasas entre 14,1 y 31,4 muertes por cada 100.000 hombres, con un repunte en 2023 (31,1), lo que mantiene a los cánceres gastrointestinales como un problema persistente. El tumor maligno del estómago también muestra variabilidad, con picos en 2017 (43,4) y 2024 (21,1 muertes por cada 100.000 hombres), lo que sugiere una disminución sostenida tras alcanzar niveles altos en años anteriores.

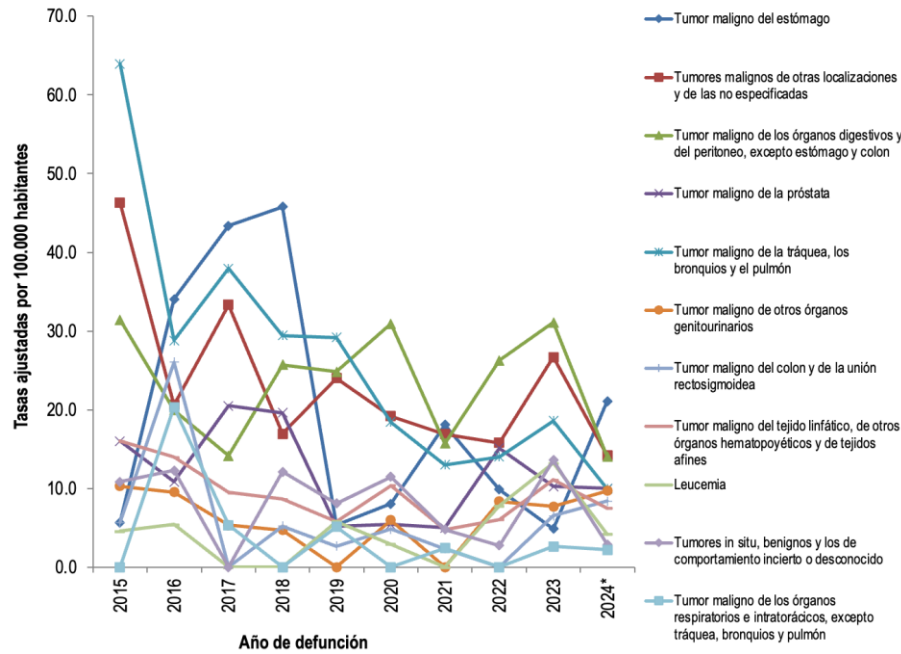
El cáncer de próstata, una de las principales causas de mortalidad masculina, presenta una tendencia estable con tasas entre 5,0 y 20,5 muertes por 100.000, con leve disminución en los últimos años, lo que podría relacionarse con la expansión del tamizaje mediante PSA y diagnóstico precoz.

Las neoplasias hematopoyéticas y del tejido linfático (como linfomas y leucemias) mantienen una contribución menor pero constante, con tasas promedio de 8,0 a 14,0 muertes por cada 100.000 hombres. La leucemia, en particular, ha mostrado picos en 2022 (13,2) y descensos posteriores.

Finalmente, los tumores malignos de localización no especificada presentan un comportamiento irregular, con tasas entre 16,9 y 46,3 muertes por cada 100.000 hombres, indicando posibles limitaciones en la precisión diagnóstica o en la codificación de causas de muerte.



Figura 13. Tasa de mortalidad para las neoplasias en hombres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024



52

Mujeres

Figura 14. Tasa de mortalidad para las neoplasias en mujeres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024

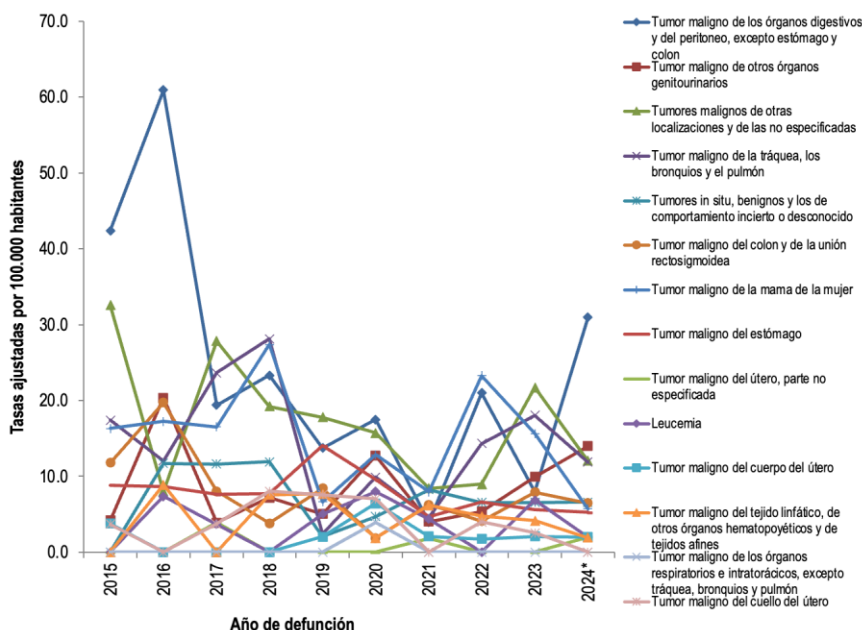


Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En las mujeres, la mortalidad por neoplasias malignas muestra un comportamiento sostenido con tasas que oscilan entre 60 y 140 muertes por cada 100.000 mujeres, con predominio de los cánceres del sistema digestivo, respiratorio y reproductivo.

El cáncer de mama constituye la principal causa oncológica femenina, con tasas que varían entre 6,6 y 27,4 muertes por 100.000 mujeres, con un pico en 2018 (27,4) y descensos progresivos hacia 2024 (5,7). Estos datos evidencian los efectos positivos de los programas de detección temprana, aunque persisten desigualdades en acceso al diagnóstico oportuno y continuidad del tratamiento, especialmente en mujeres de zonas rurales.

Le sigue en magnitud el cáncer del colon y la unión rectosigmoidea, con tasas entre 3,8 y 19,7 muertes por cada 100.000 mujeres, con una ligera tendencia a la reducción.

Las neoplasias digestivas distintas al estómago y colon también registran valores relevantes (13,7–60,9), reflejando el impacto de los factores dietarios, la infección por *Helicobacter pylori* y los estilos de vida sedentarios.

El tumor maligno del estómago presenta tasas estables entre 5,2 y 14,0 por 100.000, y el cáncer de cuello uterino, aunque con valores bajos (2,5–8,0), mantiene su importancia como causa prevenible de mortalidad femenina, asociada a la cobertura desigual en tamizaje citológico y vacunación contra el VPH.



Otras neoplasias ginecológicas —como los tumores malignos del cuerpo y del útero en parte no especificada— mantienen tasas entre 1,8 y 6,4, sin tendencia ascendente clara. Las neoplasias de los órganos respiratorios y del tejido hematopoyético (linfomas y leucemias) registran cifras bajas pero estables, con valores inferiores a 9,0 muertes por 100.000 mujeres.

Enfermedades del Sistema Circulatorio

El comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el municipio de La Ceja del Tambo durante el período 2015–2024* evidencia la consolidación de un patrón crónico no transmisible, reflejo del envejecimiento poblacional y de la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Las tasas ajustadas por edad muestran un comportamiento fluctuante con tendencia a la estabilización en los últimos años, manteniéndose entre las principales causas de defunción tanto en hombres como en mujeres.

54

Hombres

En la población masculina, las enfermedades isquémicas del corazón constituyen la principal causa de mortalidad dentro del grupo, con tasas que varían entre 65,8 y 188,5 muertes por cada 100.000 hombres, registrando su pico máximo en 2017 (134,9) y nuevamente un ascenso significativo en 2021 (109,3). A pesar de la reducción posterior hasta 2024 (65,8), el nivel sigue siendo alto, lo que confirma la persistencia de los riesgos asociados al sedentarismo, la hipertensión arterial y el consumo de tabaco.

Las enfermedades cerebrovasculares representan la segunda causa más relevante, con tasas entre 16,5 y 52,8 por 100.000 hombres, y una reducción sostenida desde 2018, reflejando un control relativo de la hipertensión y mayor cobertura de atención primaria en salud.

Por su parte, las enfermedades cardiopulmonares y de la circulación pulmonar presentan variabilidad interanual con picos en 2022 (30,0), lo que sugiere posibles complicaciones post-COVID-19 y efectos del envejecimiento en la función respiratoria y circulatoria.

La insuficiencia cardíaca muestra tasas moderadas (4,7–17,3 por 100.000), con valores más altos en 2017 y 2022, asociada a la descompensación de patologías cardiovasculares crónicas no controladas.

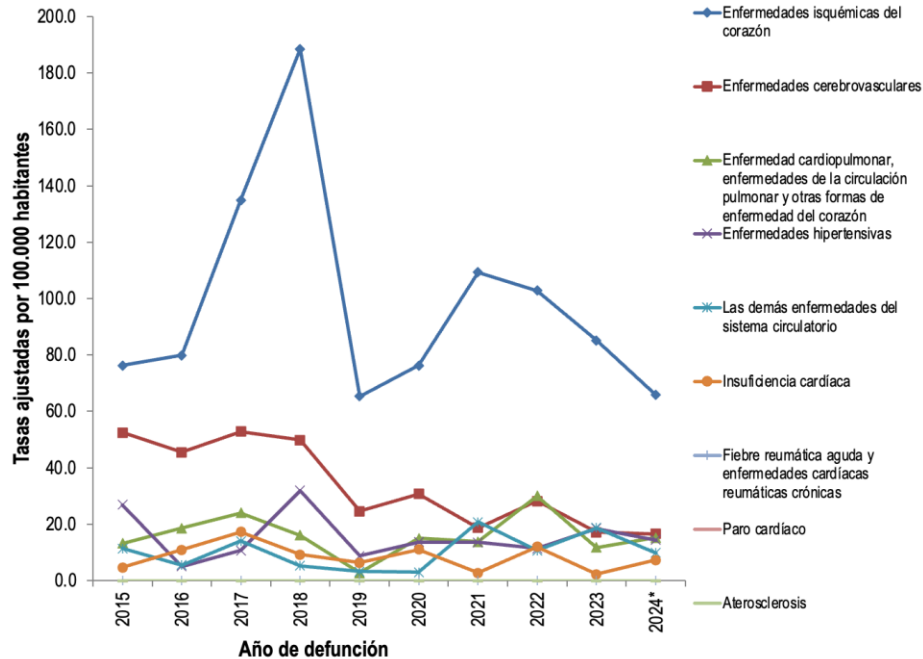
Las enfermedades hipertensivas presentan un comportamiento descendente tras su máximo en 2015 (26,8), estabilizándose entre 11,0 y 18,5 por 100.000 en los últimos años.

En conjunto, el patrón masculino refleja una mortalidad cardiovascular alta y sostenida, estrechamente relacionada con factores de riesgo modificables —



como el tabaquismo, la dieta hipercalórica y el estrés laboral— y no modificables como el envejecimiento. El control oportuno de la presión arterial y la adherencia al tratamiento continúan siendo determinantes críticos en este grupo.

Figura 15. Tasa de mortalidad para el Sistema Circulatorio en hombres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mujeres

En las mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio mantienen un comportamiento similar en estructura pero con tasas ligeramente menores, aunque con una tendencia más constante y sin grandes oscilaciones. Las enfermedades isquémicas del corazón se sitúan como la principal causa, con tasas que fluctúan entre 40,3 y 97,5 muertes por cada 100.000 mujeres, alcanzando su punto máximo en 2018 (97,5). A partir de 2019 se observa una disminución sostenida, lo que sugiere avances en la atención preventiva y en el manejo farmacológico.

Las enfermedades cerebrovasculares son la segunda causa predominante, con tasas que oscilan entre 16,0 y 42,4 muertes por cada 100.000 mujeres, manteniendo un patrón cíclico con repuntes en 2021 (30,2) y 2024 (21,5), lo que indica la necesidad de fortalecer los programas de prevención secundaria y control de factores de riesgo metabólicos en mujeres mayores.

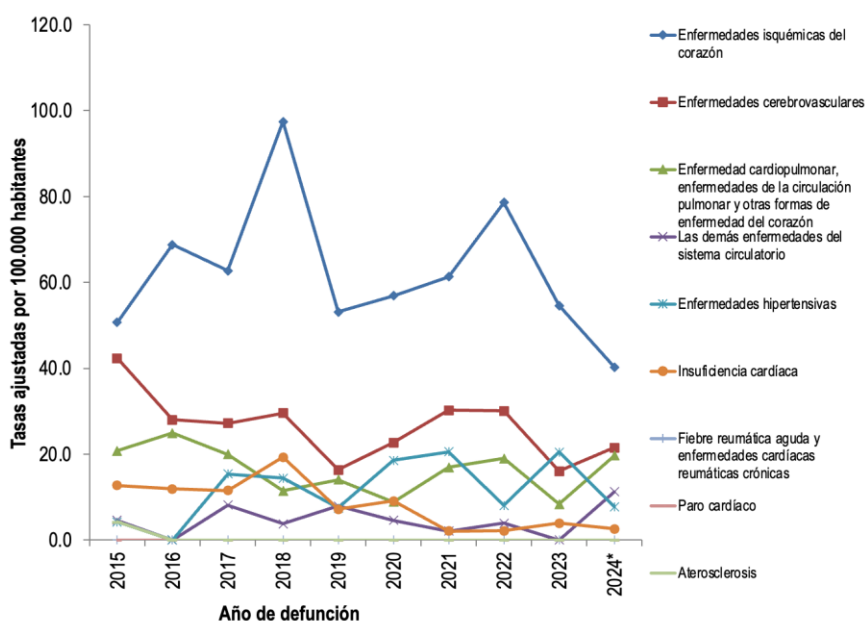
La enfermedad cardiopulmonar y de la circulación pulmonar muestra un comportamiento variable (8,3–24,9 muertes por cada 100.000 mujeres), con

picos en 2016 y 2024, posiblemente vinculados a complicaciones respiratorias crónicas.

Las enfermedades hipertensivas reflejan un aumento sostenido entre 2015 y 2021, alcanzando 20,5 muertes por cada 100.000 mujeres, para luego estabilizarse, lo que evidencia que la hipertensión femenina requiere un abordaje diferencial, especialmente en la etapa posmenopáusica. La insuficiencia cardíaca, aunque de menor magnitud que en hombres, mantiene presencia constante con tasas entre 2,1 y 19,3, sugiriendo un incremento de casos en mujeres mayores, probablemente asociado a mayor supervivencia y comorbilidades cardiovasculares.

56

Figura 16. Tasa de mortalidad para el Sistema Circulatorio en mujeres del municipio de La Ceja, 2015 - 2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Periodo perinatal Hombres y Mujeres

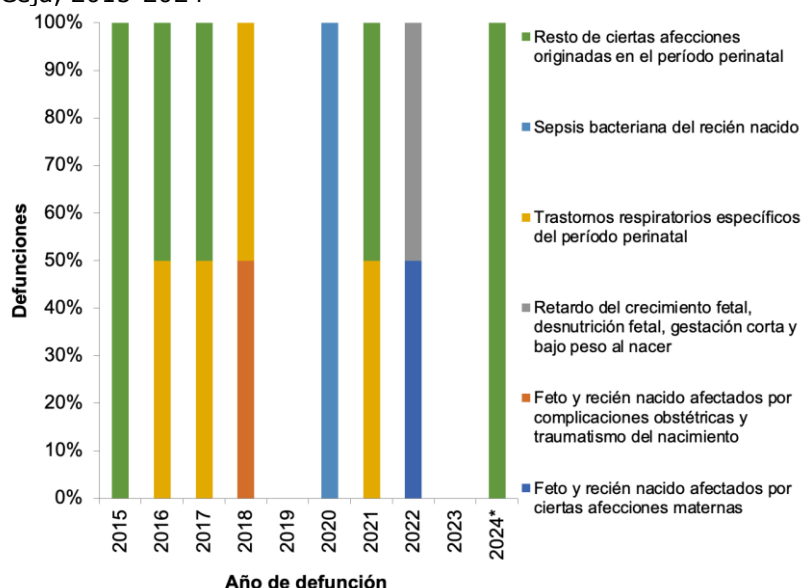
Las afecciones perinatales constituyen un indicador sensible del nivel de desarrollo sanitario y del acceso oportuno a los servicios materno-infantiles. Aunque en el municipio de La Ceja del Tambo su magnitud es baja, los eventos registrados entre 2015 y 2024* reflejan inequidades persistentes en la atención prenatal, el control obstétrico y las condiciones de salud neonatal, especialmente en zonas rurales. Durante el periodo analizado se observan tasas bajas y poco variables de mortalidad perinatal, con una ocurrencia intermitente de casos tanto en hombres como en mujeres recién nacidos. Los años 2018, 2020 y 2024* muestran repeticiones de los mismos subtipos de causas, evidenciando que, aunque el número absoluto de defunciones es reducido, las causas estructurales permanecen constantes.



Las defunciones reportadas corresponden principalmente a trastornos respiratorios específicos del período perinatal, complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, y resto de afecciones perinatales, que en conjunto concentran la mayoría de los eventos fatales. No se registran muertes por retardo del crecimiento fetal o desnutrición fetal en el periodo, lo que sugiere un adecuado control de peso al nacer en la mayoría de los casos, aunque persisten desafíos en la identificación temprana de riesgo obstétrico.

Hombres

Figura 17. Defunciones para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del Municipio de La Ceja, 2015-2024



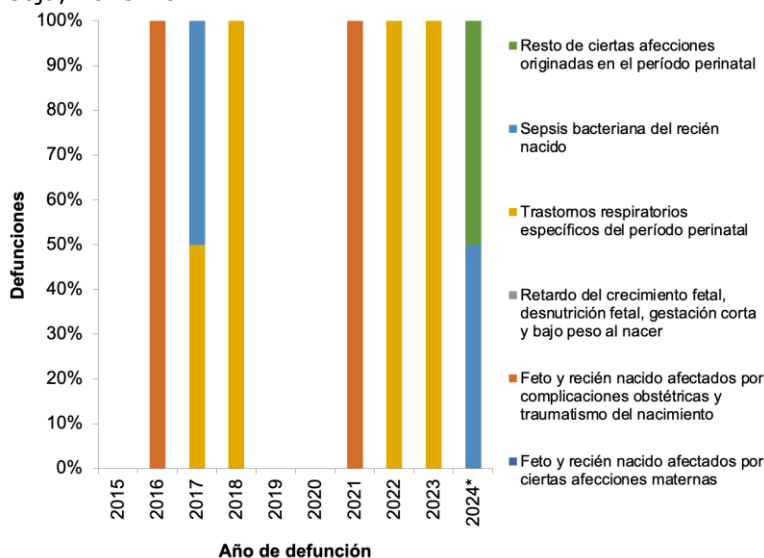
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En los recién nacidos hombres, los principales eventos de mortalidad se asocian con trastornos respiratorios específicos del período perinatal, sepsis neonatal bacteriana y resto de afecciones originadas en el período perinatal. La presencia constante, aunque de baja frecuencia, de causas respiratorias y sépticas indica la necesidad de fortalecer la capacidad resolutoria del servicio de atención inmediata neonatal (UCI neonatal y UCIN) y la vigilancia del parto en instituciones de mediana complejidad.

Los registros muestran picos de ocurrencia entre 2018 y 2022, coincidiendo con periodos de mayor presión sobre los servicios de salud y variaciones en la capacidad instalada del hospital local, lo cual podría haber influido en la oportunidad de atención y remisión.

Mujeres

Figura 18. Defunciones para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Municipio de La Ceja, 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En las recién nacidas mujeres, las causas son similares, destacando los trastornos respiratorios del período perinatal, complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, y algunos casos aislados de sepsis bacteriana del recién nacido.

El comportamiento es intermitente, con eventos reportados en 2016, 2018, 2021, 2022, 2023 y 2024, lo que sugiere que la mortalidad femenina neonatal ha sido esporádica pero persistente, principalmente en partos con complicaciones o en neonatos pretérmino.

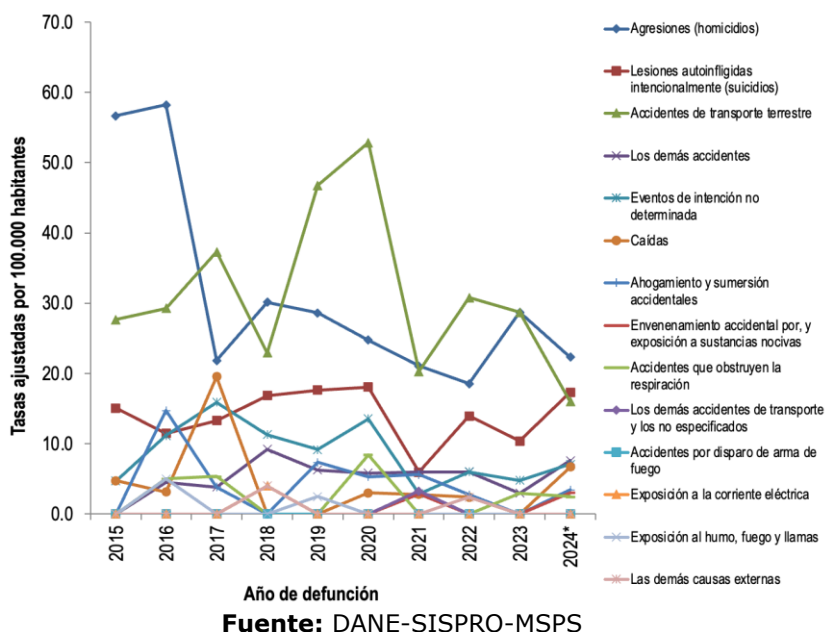
Aunque las cifras son bajas, la recurrencia de las mismas causas refleja la necesidad de reforzar las acciones preventivas y de detección oportuna de riesgos durante el embarazo, en especial en mujeres adolescentes o con acceso limitado a servicios de control prenatal.

Causas Externas

El análisis de la mortalidad por causas externas en el municipio de La Ceja del Tambo evidencia la persistencia de eventos prevenibles que impactan de manera significativa la carga de mortalidad, especialmente en población joven y adulta. Las tasas ajustadas por edad muestran variaciones importantes a lo largo del período 2015-2024*, con predominio de los accidentes de transporte terrestre, los homicidios y los suicidios, que en conjunto constituyen los principales mecanismos de muerte violenta en el territorio.

Hombres

Figura 19. Tasa de mortalidad para las causas externas en hombres del municipio de La Ceja, 2015– 2024.



En los hombres, las causas externas representan una de las categorías de mortalidad más relevantes dentro del perfil general del municipio, con tasas que superan en varios años las 100 muertes por cada 100.000 habitantes.

Las agresiones (homicidios) encabezan el grupo, con tasas que fluctuaron entre 18,5 y 58,2 muertes por cada 100.000 hombres, con picos en 2015 y 2016, coincidiendo con un periodo de recrudecimiento de la violencia interpersonal en la subregión del Oriente antioqueño. A partir de 2020 se observa una reducción sostenida, llegando a 22,3 muertes por 100.000 hombres en 2024, aunque aún por encima del promedio departamental.

Las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) muestran una tendencia fluctuante con leves incrementos hacia 2024 (17,3 muertes por 100.000 hombres), reflejando un aumento de los trastornos de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Este indicador requiere fortalecimiento de los programas de prevención del suicidio y atención psicosocial oportuna.

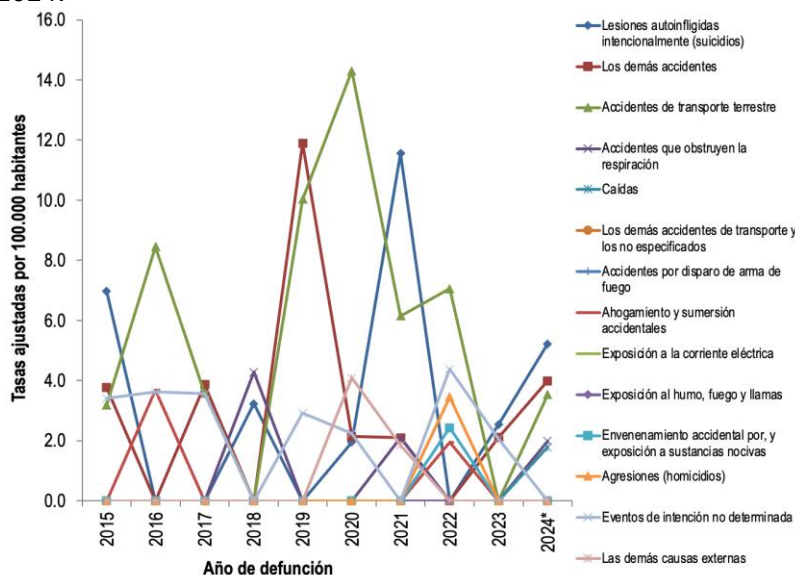
Los accidentes de transporte terrestre ocupan el tercer lugar, con tasas altas y sostenidas, alcanzando 52,8 muertes por 100.000 hombres en 2020 —el valor más elevado de la década— y manteniéndose entre 16,0 y 30,8 en los últimos años. Este comportamiento confirma la magnitud del riesgo vial, asociado al incremento del parque automotor, la conducción imprudente, el consumo de alcohol y la ausencia de control preventivo en zonas urbanas y rurales.



Otras causas externas, como las caídas accidentales, ahogamientos y exposición a sustancias nocivas, presentan menor incidencia pero evidencian la vulnerabilidad en contextos domésticos, recreativos y laborales. Los eventos de intención no determinada mantienen valores bajos (entre 2,8 y 15,9 muertes por 100.000 habitantes), pero su presencia constante sugiere deficiencias en la clasificación de la causa básica de defunción.

Mujeres

Figura 20. Tasa de mortalidad para las causas externas en mujeres del municipio de La Ceja, 2015– 2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En las mujeres, las causas externas presentan una magnitud mucho menor, aunque con patrones preocupantes en ciertos subgrupos. Las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) son la principal causa, con tasas que varían entre 0,0 y 11,6 muertes por cada 100.000 mujeres, con picos en 2021 (11,6) y un leve aumento proyectado para 2024 (5,2). Esto pone de manifiesto el impacto del aislamiento social, los conflictos intrafamiliares y los trastornos depresivos no tratados en mujeres adultas y jóvenes.

Las agresiones (homicidios) ocupan el segundo lugar, con tasas inferiores a 5,0 muertes por 100.000 mujeres, aunque con repentes en 2022 y 2023, lo que evidencia que la violencia de género sigue siendo una problemática estructural. Los accidentes de transporte terrestre también figuran entre las causas principales, con tasas de 3,2 a 14,3 muertes por cada 100.000 mujeres, destacándose los años 2020 y 2021 con los mayores registros. Este patrón

coincide con el aumento de la movilidad motorizada y la incorporación de las mujeres en actividades de transporte laboral y recreativo.

Las caídas accidentales, los ahogamientos y los eventos de intención no determinada presentan tasas muy bajas (0,0–4,4 muertes por cada 100.000 mujeres), reflejando un comportamiento estable y controlado, mientras que otras causas como exposición al fuego o corriente eléctrica son esporádicas y no relevantes estadísticamente.

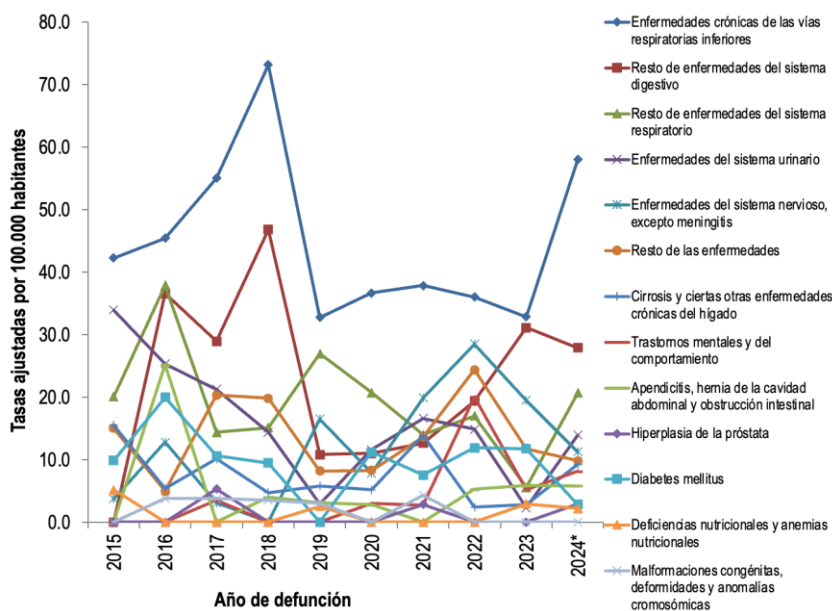
Las Demás Causas

El análisis de la mortalidad por otras enfermedades crónicas no transmisibles en el municipio de La Ceja del Tambo muestra un patrón estable con variaciones interanuales y predominio de las afecciones respiratorias crónicas, digestivas, metabólicas y urinarias. Estas causas reflejan el impacto de los estilos de vida, las condiciones ambientales y el envejecimiento poblacional, así como el acceso desigual a servicios de atención y control de enfermedades crónicas.

61

Hombres

Figura 21. Tasa de mortalidad para las demás causas en hombres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En la población masculina, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores son las principales causas dentro de este grupo, con tasas elevadas y persistentes que oscilan entre 32,7 y 73,2 muertes por cada 100.000 hombres, con un repunte significativo en 2024 (58,0 por 100.000). Este comportamiento



refleja la exposición ocupacional a contaminantes y agroquímicos, el consumo de tabaco y el antecedente de enfermedades respiratorias post-COVID-19.

Las enfermedades del sistema digestivo presentan tasas moderadas (10,8–46,8 muertes por cada 100.000 hombres), con tendencia creciente desde 2020, posiblemente asociada al consumo de alcohol, la dieta alta en grasas y los trastornos gastrointestinales crónicos.

Las enfermedades del sistema urinario se mantienen como causa relevante de muerte, con tasas entre 11,0 y 33,9 muertes por cada 100.000 hombres, en concordancia con el envejecimiento y la prevalencia de patologías prostáticas.

Los trastornos mentales y del comportamiento registran un incremento notorio a partir de 2021 (2,8 a 20,1 muertes por cada 100.000 hombres), lo que refleja el impacto del estrés psicosocial, el consumo de sustancias psicoactivas y la atención insuficiente de la salud mental masculina.

La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado mantienen tasas entre 4,7 y 15,5 muertes por cada 100.000 hombres, con repuntes esporádicos asociados al consumo problemático de alcohol y al diagnóstico tardío.

Otras causas como la diabetes mellitus y las deficiencias nutricionales muestran tasas menores (2,8–11,2 muertes por cada 100.000 hombres), pero reflejan inequidades en los hábitos alimentarios y en el acceso al seguimiento médico. La hiperplasia prostática y las malformaciones congénitas tienen un peso menor pero estable.

Mujeres

En las mujeres, la mortalidad por otras enfermedades crónicas no transmisibles presenta un patrón más diversificado, con un peso importante de las enfermedades respiratorias, digestivas, urinarias y metabólicas. Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores se mantienen como la principal causa, con tasas entre 31,0 y 75,9 muertes por 100.000 mujeres, con tendencia ascendente hacia 2024 (34,0), lo que confirma la persistencia del riesgo ambiental y la exposición pasiva al humo de tabaco y combustibles domésticos.

Las enfermedades del sistema digestivo muestran tasas elevadas en los últimos años (13,3–24,4 muertes por 100.000 mujeres), mientras que las enfermedades del sistema urinario mantienen valores medios (12,5–44,6 muertes por 100.000 mujeres), reflejando la alta prevalencia de infecciones urinarias crónicas y enfermedades renales, especialmente en mujeres mayores.

Las enfermedades del sistema nervioso registran un aumento progresivo hasta 36,0 muertes por 100.000 mujeres, posiblemente asociado a trastornos



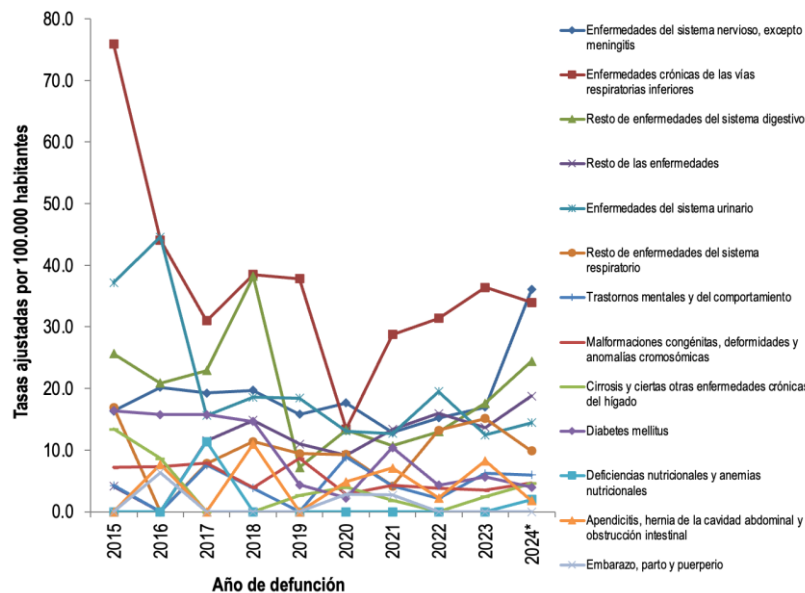
neurodegenerativos (como Alzheimer o demencia senil) derivados del envejecimiento poblacional.

Por su parte, la diabetes mellitus mantiene tasas constantes (4,0–16,4 muertes por 100.000 mujeres), confirmando su papel como uno de los principales determinantes de mortalidad femenina, junto con la cirrosis hepática (4,0–13,4 muertes por 100.000 mujeres) y los trastornos mentales (4,3–8,8 muertes por 100.000 mujeres).

Otras causas como las malformaciones congénitas, las deficiencias nutricionales y las enfermedades obstétricas tienen tasas bajas o esporádicas, pero reflejan la necesidad de mantener la vigilancia en salud materna y nutricional.

63

Figura 22. Tasa de mortalidad para las demás causas en mujeres del municipio de La Ceja, 2015 – 2024



3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez en el municipio de La Ceja del Tambo revela un patrón de baja frecuencia, pero con una concentración significativa de los casos en los menores de un año, lo que coincide con el comportamiento nacional y departamental. Esta tendencia se explica por la vulnerabilidad biológica propia de esta etapa, la inmadurez inmunológica y la alta dependencia de los cuidados familiares y de la atención médica oportuna.

Infantil (menores de 1 año)



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

Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad infantil por sexo, según la lista de las 67 causas
Municipio de La Ceja, 2015 – 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres									
	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	3.65	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
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
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
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	0.00	2.99	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.87	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.00	3.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.99	2.87	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	0.00	0.00	0.00	3.05	0.00	0.00	0.00	2.95	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
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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2.62	5.83	5.62	11.98	0.00	3.26	5.87	5.90	0.00	3.50	0.00	2.87	5.97	5.73	0.00	0.00	3.32	3.65	8.85	8.16
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	2.92	2.81	0.00	0.00	0.00	2.93	0.00	0.00	0.00	2.66	2.87	5.97	2.87	6.04	0.00	3.32	0.00	0.00	4.08
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	3.05	0.00	2.93	2.95	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
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.00	0.00	0.00	2.99	0.00	0.00	0.00	0.00	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: DANE-SISPRO-MSPS

64

En los niños, se observa mayor mortalidad en todos los años del periodo analizado, con predominio de las afecciones perinatales —principalmente trastornos respiratorios específicos y complicaciones obstétricas o del nacimiento—, que en conjunto explican las tasas más elevadas (entre 5,6 y 11,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos).

En segundo lugar, aparecen las malformaciones congénitas y enfermedades metabólicas, con tasas menores pero constantes, y algunos casos aislados de enfermedades del sistema respiratorio y digestivo.

En las niñas, las tasas son ligeramente inferiores y muestran menor variabilidad anual. Las causas predominantes son igualmente las afecciones perinatales (entre 2,9 y 6,0 muertes por 1.000 nacidos vivos) y las malformaciones congénitas. En los últimos años (2022–2023), se observa la aparición de casos por enfermedades del sistema nervioso y del aparato respiratorio, posiblemente asociadas a nacimientos pretérmino o a patologías neurológicas congénitas.

La mortalidad infantil en La Ceja del Tambo refleja un perfil epidemiológico controlado pero con desafíos estructurales en la atención materno-perinatal. El fortalecimiento del modelo de atención integral materno-infantil, la consolidación de la ruta materno-perinatal, la detección temprana de riesgos obstétricos y la garantía de atención neonatal oportuna y especializada son acciones clave para mantener la tendencia descendente y avanzar hacia la mortalidad infantil evitable cero en el municipio.

En niños de 1 a 4 años

En los niños, las principales causas de defunción fueron las causas externas de morbilidad y mortalidad, con tasas de hasta 61,4 muertes por cada 100.000 niños en 2019 y picos significativos en 2015 (54,1 por 100.000).



Estas causas incluyen principalmente accidentes de tránsito, caídas, ahogamientos o lesiones domésticas, todas ellas evitables mediante estrategias de prevención y educación comunitaria.

También se observan casos aislados de enfermedades del sistema circulatorio (2017: 53,6 muertes por cada 100.000 niños) y digestivo (2024*: 66,5 muertes por cada 100.000 niños), además de un registro por enfermedades del sistema nervioso (2023: 64,9 muertes por cada 100.000 niños), lo que sugiere la presencia de eventos de carácter agudo o de enfermedades congénitas que evolucionaron tras el primer año de vida.

En las niñas, la mortalidad también es baja y esporádica, con un patrón distinto: se destacan las enfermedades infecciosas y parasitarias (2018: 55,5 muertes por cada 100.000 niños) y las neoplasias (2020: 59,9 muertes por cada 100.000 niños) como causas relevantes, seguidas por las enfermedades respiratorias (2016: 56,0 muertes por cada 100.000 niños). Estos registros, aunque aislados, reflejan tanto la exposición a riesgos biológicos como posibles demoras en el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades crónicas en población infantil femenina.

La mortalidad en niños de 1 a 4 años en La Ceja del Tambo es baja y predominantemente evitable. Los accidentes, las enfermedades crónicas no transmisibles y los eventos infecciosos aislados son las principales causas. La continuidad de estrategias de salud pública y vigilancia epidemiológica permitirá mantener la tendencia descendente y asegurar la supervivencia infantil como indicador esencial del bienestar y desarrollo del municipio.

Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años por sexo, según la lista de las 67 causas Municipio de La Ceja, 2015 – 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres									
	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	55.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	53.48	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	59.88	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
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
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	64.94	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del 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
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	53.62	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	56.02	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	66.53	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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	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
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
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
Causas externas de morbilidad y mortalidad	54.08	0.00	0.00	0.00	61.43	0.00	0.00	0.00	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: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad en la niñez (menores de 5 años)

En los niños, la mortalidad es mayor en frecuencia y magnitud. Las afecciones perinatales son la principal causa en la mayoría de los años, alcanzando valores de 170,6 muertes por 100.000 niños en 2018 y 97,2 muertes por 100.000 niños

en 2021, seguidas por las malformaciones congénitas y las causas externas. Destacan además los registros de enfermedades del sistema circulatorio (49, muertes por 100.000 niños en 2019) y del sistema nervioso (52,7 muertes por 100.000 niños en 2023), que podrían asociarse a alteraciones congénitas o complicaciones de enfermedades neuro metabólicas.

En las niñas, el patrón muestra menor variabilidad, aunque con comportamientos destacados en enfermedades infecciosas y parasitarias (44,4 muertes por 100.000 niños en 2018 y 50,5 en 2022) y malformaciones congénitas (97,6 muertes por 100.000 niñas en 2019). También se registran tasas importantes en afecciones perinatales (105,0 muertes por 100.000 niñas en 2024*), lo que sugiere que, aunque la mortalidad global ha disminuido, la vulnerabilidad neonatal sigue siendo un reto transversal.

66

El análisis comparado evidencia que, mientras en los niños las muertes se asocian con eventos agudos y externos, en las niñas predominan las enfermedades infecciosas y las alteraciones congénitas, lo que requiere enfoques diferenciados en la atención y promoción de la salud infantil.

La mortalidad en menores de 5 años en La Ceja del Tambo presenta un comportamiento bajo y estable, concentrándose en tres grandes grupos de causas:

- Afecciones originadas en el período perinatal,
- Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, y
- Causas externas y accidentes prevenibles.

Aunque el municipio muestra avances sostenidos, la mortalidad infantil y en la niñez continúa siendo un indicador prioritario para la gestión intersectorial y la vigilancia epidemiológica. Fortalecer la atención preconcepcional, el control prenatal, la educación a las familias y la articulación de los sectores salud, educación y bienestar permitirá sostener los logros alcanzados y avanzar hacia la meta de cero muertes evitables en la primera infancia.

Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad en la niñez por sexo, según la lista de las 67 causas Municipio de La Ceja, 2015 – 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres									
	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	55,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	53,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	59,88	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
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
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del 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
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	53,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	56,02	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	66,53	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
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
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
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
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
Causas externas de morbilidad y mortalidad	54,08	0,00	0,00	0,00	61,43	0,00	0,00	0,00	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: DANE-SISPRO-MSPS



Análisis de la semaforización y tendencia de la mortalidad materno-infantil y en la niñez (2015–2024*)

Tabla 19. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Municipio de La Ceja 2015 – 2024*

Causa de muerte	Antioquia	La Ceja	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	7.5												
Tasa de mortalidad infantil	8.4	9.4												
Tasa de mortalidad en la niñez	11.5	11.3												
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	7.3	0.0	-			-			-			-		
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: DANE-SISPRO-MSPS

67

Razón de mortalidad materna. Durante el periodo 2015–2024* no se reportaron muertes maternas en el municipio, situando la tasa en 0,0 por 100.000 nacidos vivos, frente a 30,7 en el departamento de Antioquia. Este comportamiento representa una diferencia estadísticamente significativa positiva, asociada al fortalecimiento de la Ruta Integral de Atención en Salud Materna (RIAS Materno–Perinatal), el seguimiento activo a gestantes de alto riesgo, y la consolidación de redes de referencia y contrarreferencia oportunas con hospitales de mayor complejidad en el Oriente antioqueño. La tendencia general muestra una línea de estabilidad con ligeras fluctuaciones, propias del comportamiento esperado en municipios con baja frecuencia de casos.

Tasa de mortalidad neonatal. El indicador evidencia una tasa de 7,0 por 1.000 nacidos vivos, ligeramente superior al promedio departamental (5,4), aunque sin representar diferencias estadísticamente significativas. La tendencia muestra oscilaciones leves, que podrían explicarse por factores relacionados con condiciones perinatales, prematurez o complicaciones obstétricas. El municipio mantiene una mortalidad neonatal controlada, favorecida por la atención institucional del parto, el control prenatal con cobertura superior al 95 % y la aplicación de protocolos de atención al recién nacido. Se recomienda fortalecer la vigilancia de las muertes perinatales evitables y la adherencia a los programas de IAMI y AIEPI neonatal.

La tasa de mortalidad infantil (11,2 por 1.000 nacidos vivos), aunque superior al promedio departamental (8,4), se mantiene dentro de los límites esperados para municipios de tamaño intermedio y evidencia una tendencia global descendente en los últimos años sin representar diferencias estadísticamente significativas. Las variaciones observadas sugieren fluctuaciones puntuales,



influenciadas por causas específicas de tipo perinatal, infeccioso o congénito. El comportamiento general es favorable y refleja los efectos de la mejora en el seguimiento del niño sano, el control del crecimiento y desarrollo, y la detección temprana de riesgos en la primera infancia.

La mortalidad en niños de 1 a 4 años presenta una tasa de 16,7 por 100.000 habitantes, mayor a la departamental (11,5), con una tendencia de variabilidad sin incrementos sostenidos y sin representar diferencias estadísticamente significativas. La mayor parte de las defunciones se asocian a malformaciones congénitas, accidentes domésticos y enfermedades del sistema nervioso, lo cual señala la necesidad de mantener estrategias de prevención de lesiones no intencionales y de fortalecer los servicios de urgencias pediátricas. A pesar de la ligera diferencia frente al departamento, el municipio mantiene indicadores de bajo riesgo epidemiológico en comparación con territorios de similar complejidad.

68

No se reportaron muertes por infección respiratoria aguda (IRA) durante el periodo analizado, en contraste con la tasa departamental de 7,3 por 100.000 menores de cinco años, situando al municipio en riesgo bajo (semaforización verde). Este logro es atribuible al fortalecimiento del programa AIEPI comunitario, al acceso a servicios de urgencias pediátricas y a las coberturas de vacunación superiores al 95 % en biológicos como neumococo e influenza. La vigilancia activa de síndromes respiratorios agudos graves (SRAG) ha contribuido también a la detección temprana y manejo oportuno de casos.

La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) fue 0,0 durante el periodo 2015–2024*, frente a 2,8 por 100.000 menores en el departamento. Este comportamiento favorable evidencia los avances en acceso a agua segura, saneamiento básico y educación sanitaria a las familias. El municipio ha mantenido una vigilancia activa de brotes, fortaleciendo las acciones de control de alimentos y la promoción del lavado de manos, lo cual ha contribuido a la reducción sostenida de los eventos gastrointestinales graves.

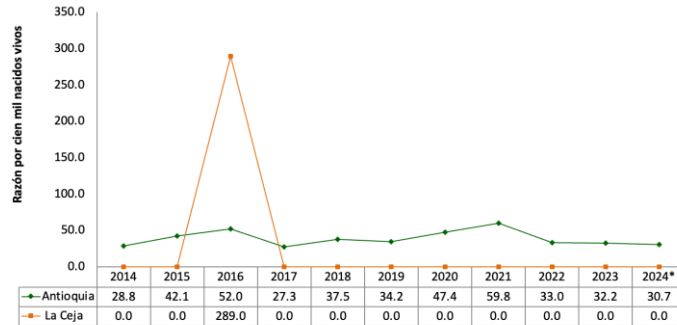
Durante todo el periodo analizado no se registraron muertes por desnutrición en el municipio, en contraste con el promedio departamental (3,3 por 100.000 menores). Este resultado representa un comportamiento óptimo y se asocia al fortalecimiento de los programas de seguridad alimentaria y nutricional, los proyectos de huertas familiares y escolares, y la articulación intersectorial con el ICBF y la Secretaría de Agricultura para la provisión de alimentos saludables. La tendencia sugiere una estabilidad estructural en el control del riesgo nutricional, aunque se recomienda mantener la vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa, especialmente en población migrante y rural dispersa.



Gráficas Materno – Infantil

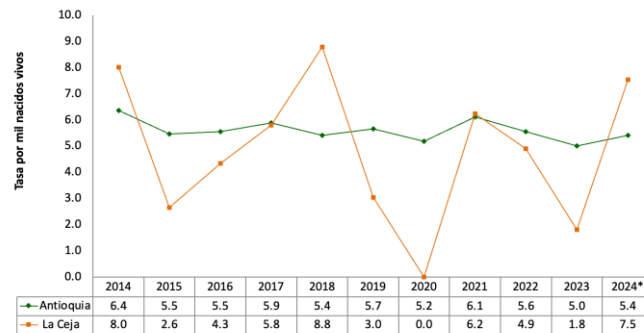
Mortalidad Materna

Figura 23. Mortalidad Materna



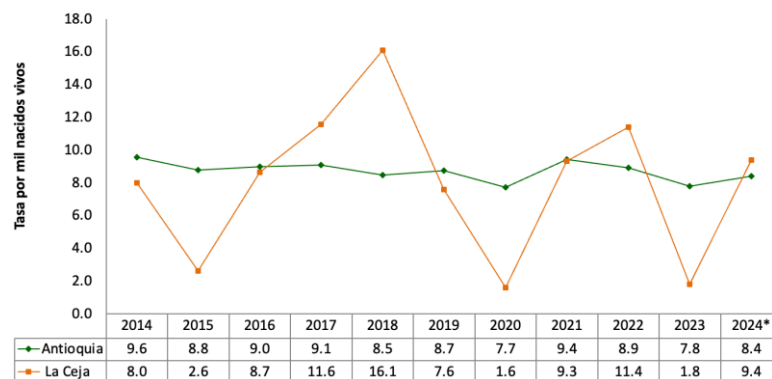
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 24. Mortalidad Neonatal



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

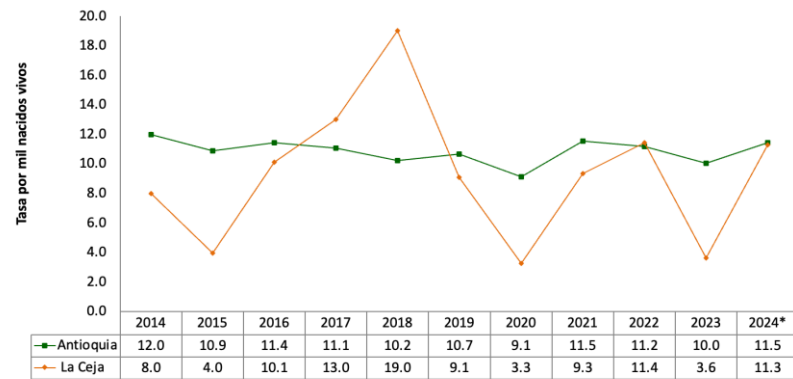
Figura 25. Mortalidad Infantil



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

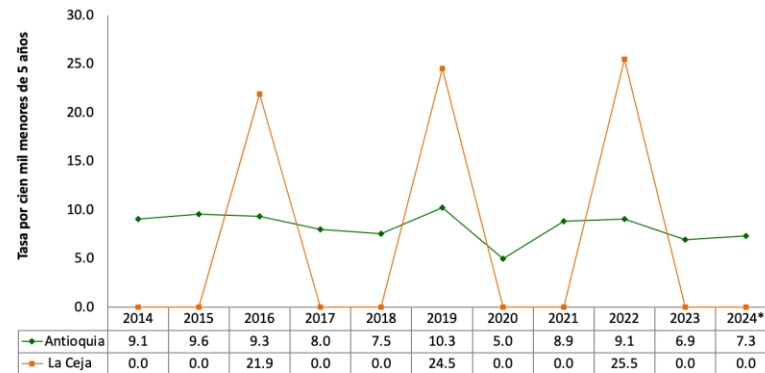


Figura 26. Mortalidad en menores de 5 años



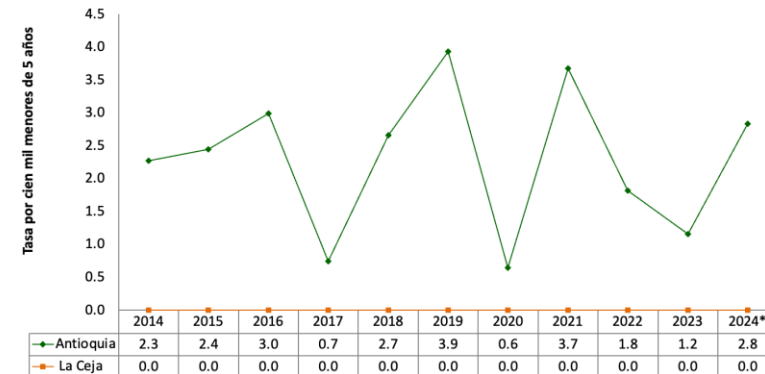
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 27. Mortalidad por IRA en menores de 5 años



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

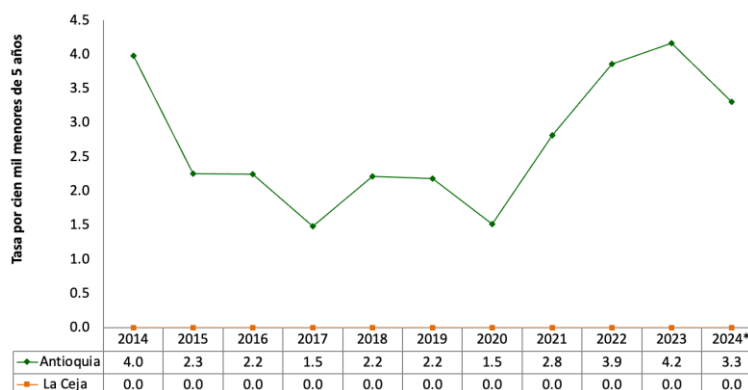
Figura 28. Mortalidad por EDA en menores de 5 años



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



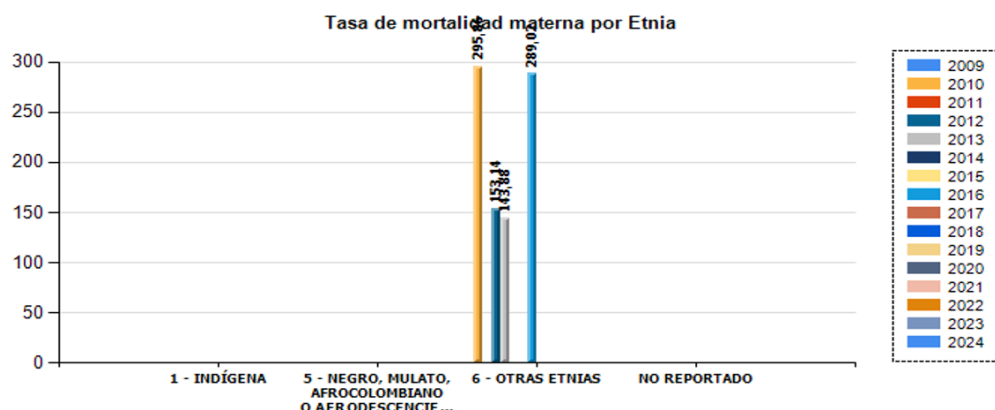
Figura 29. Mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia

Figura 30. Tasa de mortalidad materna por etnia Municipio de La Ceja, 2009 – 2024

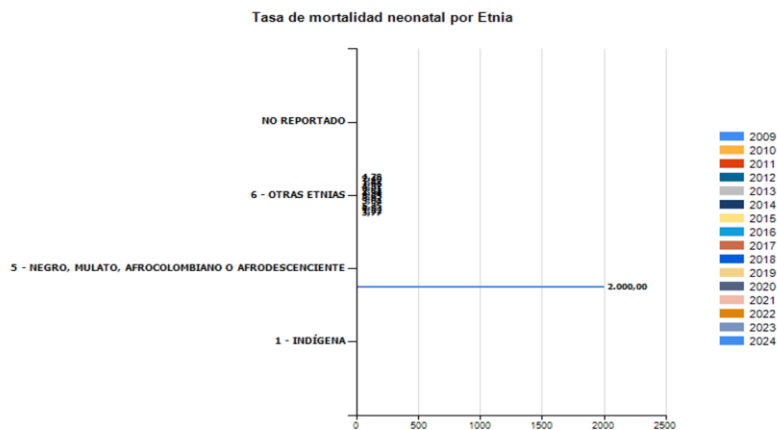


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El comportamiento sostenido sin casos durante más de una década refleja una gestión eficaz del riesgo obstétrico, sustentada en la cobertura universal de control prenatal, la atención institucional del parto y el fortalecimiento de las rutas de referencia obstétrica hacia hospitales de segundo y tercer nivel. Asimismo, el municipio no presenta registro de mujeres pertenecientes a grupos étnicos priorizados (indígenas, afrodescendientes, raizales o ROM), lo cual limita el análisis diferencial por pertenencia étnica. Aun así, se mantiene el compromiso institucional de aplicar un enfoque diferencial y culturalmente pertinente en la atención a gestantes, especialmente para población migrante o proveniente de otras regiones.



Figura 31. Tasa de mortalidad neonatal por etnia Municipio de La Ceja, 2009 – 2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En cuanto a la tasa de mortalidad neonatal por etnia, los datos históricos muestran un comportamiento variable pero controlado, con una tendencia general a la baja y sin evidencia de incrementos sostenidos en el tiempo.

El promedio general en el municipio se mantiene entre 4,0 y 7,5 muertes por 1.000 nacidos vivos, cifras similares al promedio departamental y dentro de los márgenes esperados para territorios con cobertura asistencial plena.

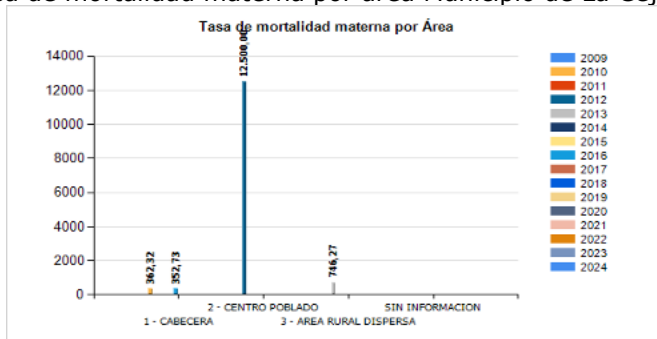
En el año 2023, se registró un valor de 1,82 muertes por 1.000 nacidos vivos en el grupo clasificado como otras etnias, único registro diferencial disponible en el periodo, mientras que en los años previos (2021 y 2022) las tasas fueron de 6,25 y 4,93, respectivamente. Este comportamiento, aunque basado en pocos casos, indica una disminución progresiva del riesgo neonatal y la eficacia de las intervenciones en salud perinatal.

Para el año 2024 el dato vuelve a mostrarse al alza con 7,53 muertes por 1.000 nacidos vivos manteniendo encendidas las alarmas para continuar trabajando para garantizar el impacto de las estrategias IAMI, AIEPI neonatal, seguimiento al recién nacido de alto riesgo y la vigilancia permanente de eventos perinatales.

Se recomienda mantener la vigilancia activa de muertes maternas y neonatales evitables, el fortalecimiento de la educación prenatal, la detección temprana del riesgo obstétrico y la formación continua del talento humano en atención perinatal, asegurando así la sostenibilidad de los logros alcanzados en equidad y calidad de atención.

Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por área

Figura 32. Tasa de mortalidad materna por área Municipio de La Ceja, 2009 – 2024



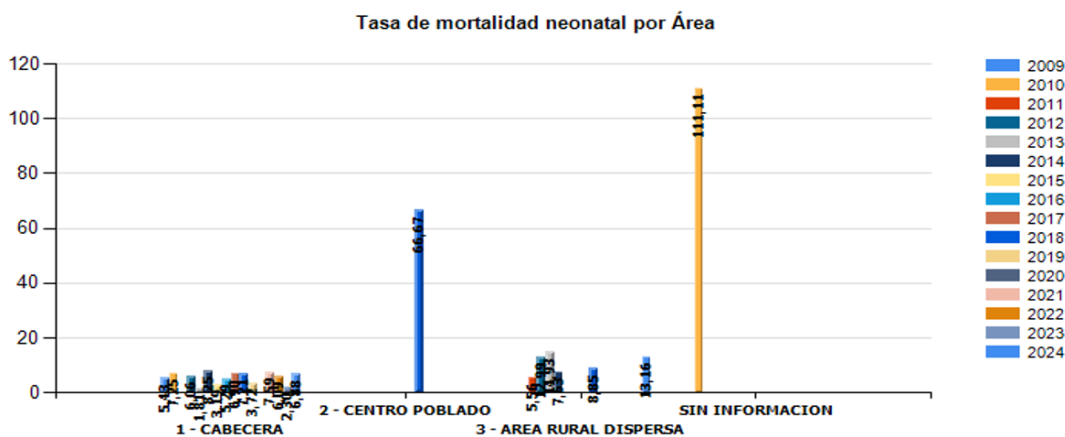
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

73

En el análisis desagregado por área geográfica (cabecera, centro poblado y área rural dispersa), se evidencia que no se reportaron casos de mortalidad materna durante el periodo analizado. Este resultado es atribuible al fortalecimiento de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP), al seguimiento activo de gestantes de alto riesgo a través de los comités de vigilancia epidemiológica (COVE), y a la articulación efectiva entre las ESE locales y los hospitales de referencia del Oriente antioqueño y el acompañamiento de la Secretaría municipal de salud.

La ausencia de casos en áreas rurales dispersas sugiere una adecuada cobertura del control prenatal y un acceso efectivo a servicios de emergencia obstétrica, reduciendo la brecha tradicional entre zona urbana y rural.

Figura 33. Tasa de mortalidad neonatal por área Municipio de La Ceja, 2009 – 2024



Fuente: DANE-SISPRO-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.

La tasa de mortalidad neonatal presenta un comportamiento fluctuante pero controlado entre 2009 y 2024*, con valores que oscilan entre 3,1 y 8,8 por 1.000 nacidos vivos, sin tendencias crecientes sostenidas.

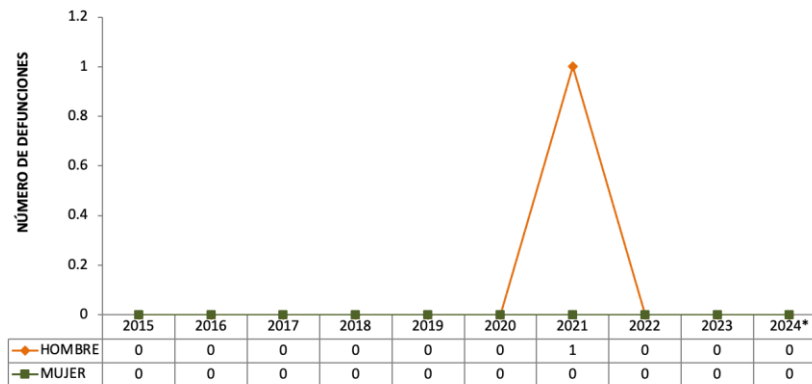
El análisis espacial evidencia que las defunciones neonatales se concentran en la cabecera municipal, donde se encuentran los principales servicios de salud, mientras que las áreas rurales y centros poblados presentan registros esporádicos o nulos.

En los años 2014 y 2018, se observaron incrementos puntuales (8,25 y 7,21 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente), que coinciden con variaciones en los nacimientos institucionales o con reportes únicos de casos aislados. Posteriormente, las tasas retornaron a niveles bajos (2,30 en 2023 y 6,88 en 2024*), manteniendo una tendencia general descendente y sin riesgo epidemiológico significativo.

En la zona rural dispersa, los registros son bajos y discontinuos, con algunos años sin notificación de eventos y otros con valores altos derivados de un bajo número de nacidos vivos (por ejemplo, 14,9 en 2013 o 13,1 en 2024*).

3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental

Figura 34. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, 2015 – 2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El comportamiento de la mortalidad asociada a causas de salud mental en el municipio de La Ceja del Tambo durante el periodo 2015–2024* muestra un panorama de baja ocurrencia y concentración de casos aislados, con predominio en hombres y causas relacionadas principalmente con trastornos mentales y del comportamiento, seguidos por epilepsia.

En términos generales, la magnitud del evento es baja y no representa un problema de salud pública de alta incidencia, aunque requiere seguimiento y



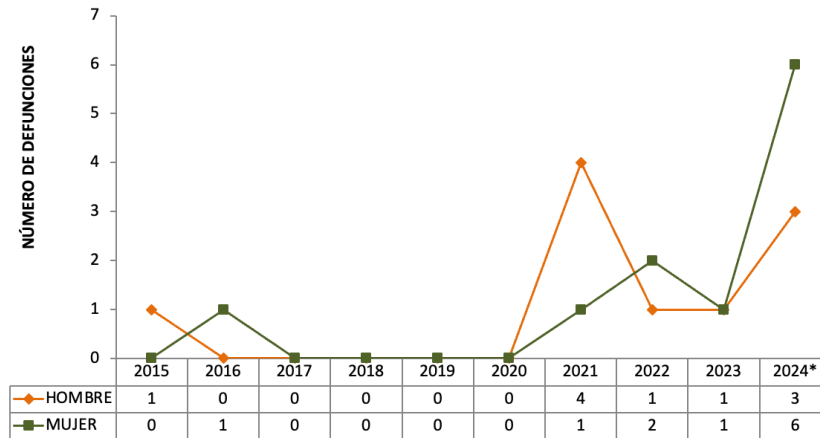
vigilancia por su vínculo con factores psicosociales, consumo de sustancias y condiciones neurológicas crónicas.

Durante todo el periodo 2015–2024* solo se reporta una muerte en el año 2021 correspondiente a un hombre. La ausencia de casos en los demás años evidencia una baja captación de casos o captura de información bajo otros códigos diagnósticos que no permiten evidenciar la realidad.

La Ceja, al ser un municipio con población joven y dinámica, mantiene riesgo de consumo experimental y problemático, lo cual resalta la importancia de fortalecer las estrategias de prevención del uso de SPA, el acceso a servicios de salud mental comunitarios y el abordaje de comorbilidades psiquiátricas y adicciones duales.

75

Figura 35. Mortalidad por Epilepsia, 2015 – 2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Las defunciones por epilepsia presentan un comportamiento fluctuante y mayor en hombres, con picos en los años 2021 y 2024*. En 2021 se registraron cinco casos (cuatro hombres y una mujer), mientras que en 2024* se notifican nueve casos (tres hombres y seis mujeres), constituyéndose en el año con mayor registro del periodo. Entre 2015 y 2020, las cifras fueron muy bajas (entre 0 y 1 caso anual).

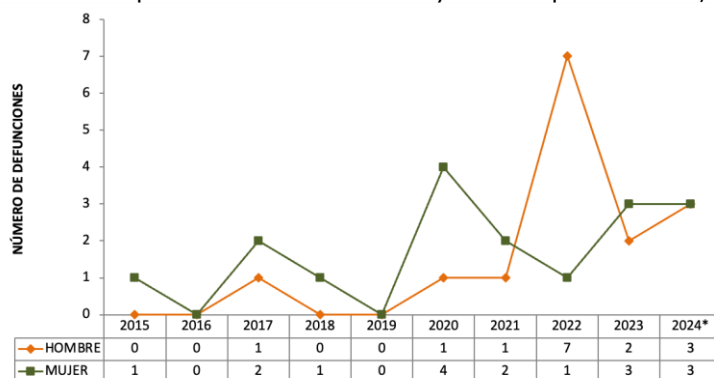
El aumento observado podría estar relacionado con mejoras en la notificación de causas neurológicas subyacentes más que con un incremento real de la enfermedad, dado que la epilepsia es una patología de curso crónico con mortalidad asociada principalmente a eventos convulsivos prolongados (estatus epiléptico) o accidentes durante crisis.

No obstante, este comportamiento sugiere la necesidad de mantener



seguimiento especializado y adherencia al tratamiento anticonvulsivo, especialmente en población rural y de difícil acceso a servicios de neurología.

Figura 36. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, 2015 – 2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.5 Conclusiones de mortalidad

El análisis de la mortalidad en el municipio de La Ceja del Tambo evidencia un comportamiento epidemiológico estable y controlado, con predominio de causas crónicas no transmisibles y una tendencia sostenida a la disminución de los eventos evitables.

Las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como la principal causa de muerte, seguidas por las neoplasias y las demás enfermedades crónicas; estos grupos reflejan el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica del territorio. Las causas externas, aunque con presencia intermitente, muestran reducción en los últimos años, asociada a estrategias de seguridad vial y convivencia ciudadana.

En materia de mortalidad infantil, neonatal y en la niñez, el municipio presenta tasas inferiores a los promedios departamentales, sin registro reciente de muertes maternas, lo que demuestra la efectividad de las acciones de vigilancia, control prenatal y atención institucional del parto. La semaforización de los indicadores mantiene a La Ceja en nivel de riesgo bajo, destacando la cobertura de programas AIEPI e IAMI como factores protectores.

Por su parte, la mortalidad por causas relacionadas con salud mental presenta una baja incidencia, con eventos aislados por epilepsia y trastornos del comportamiento en los últimos años, sin constituir un problema de magnitud poblacional, pero sí un tema de seguimiento y prevención psicosocial.

En conjunto, los resultados reflejan un perfil de mortalidad dominado por enfermedades crónicas y degenerativas, característico de poblaciones con

adecuada cobertura sanitaria y mayor expectativa de vida. No obstante, se mantiene el reto de fortalecer la prevención de factores de riesgo cardiovascular, oncológico y psicosocial, así como la vigilancia oportuna de muertes evitables para sostener los logros alcanzados en salud pública y equidad territorial.

3.2 Análisis de la morbilidad

3.2.1 Principales causas de morbilidad

El análisis de la mortalidad según el ciclo vital y sexo en el municipio de La Ceja del Tambo muestra un perfil epidemiológico coherente con el envejecimiento poblacional y la carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), acompañado de una reducción general de las causas transmisibles y las condiciones perinatales en las edades tempranas.

77

Tabla 20. Morbilidad atendida por ciclo vital La Ceja, 2011 – 2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δpp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	2.12	28.60	31.53	32.45	30.10	16.82	26.08	1.53	26.84	24.07	2.77
	Condiciones perinatales	3.72	4.09	4.17	5.27	6.02	9.75	3.38	5.88	5.20	4.07	1.13
	Enfermedades no transmisibles	47.53	54.80	49.89	47.76	50.46	59.03	48.42	42.03	46.67	38.15	8.52
	Lesiones	3.29	2.86	3.01	2.88	3.85	5.90	5.10	4.86	6.95	7.78	0.83
	Condiciones mal clasificadas	13.34	10.16	11.40	11.85	9.57	14.50	17.02	16.10	14.34	25.93	11.59
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15.06	13.43	14.67	14.62	14.50	8.26	9.08	12.35	13.41	8.63	4.78
	Condiciones maternas	0.35	0.04	0.09	0.11	0.09	0.00	0.09	0.00	0.07	0.00	0.07
	Enfermedades no transmisibles	68.98	71.95	66.37	66.84	69.10	70.60	68.65	62.66	62.85	69.92	7.07
	Lesiones	3.91	3.80	4.62	4.86	4.77	6.61	7.65	9.17	8.50	9.02	0.52
	Condiciones mal clasificadas	11.70	10.78	12.24	13.57	11.55	14.53	14.53	15.82	15.17	13.33	1.84
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.87	9.48	10.98	9.87	8.60	5.33	5.00	5.21	6.91	3.77	3.14
	Condiciones maternas	2.12	0.88	1.50	1.76	1.94	2.29	1.24	1.82	2.12	0.00	2.12
	Enfermedades no transmisibles	69.27	71.94	68.55	67.96	71.24	70.77	70.70	68.69	68.98	70.64	1.66
	Lesiones	6.33	5.77	6.53	7.99	6.36	5.86	10.20	13.27	10.99	9.58	1.41
	Condiciones mal clasificadas	12.41	12.17	12.42	13.03	11.85	14.46	12.87	12.80	13.60	16.01	2.41
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17.82	16.91	17.84	16.36	13.46	10.26	10.15	6.59	9.97	8.40	1.58
	Condiciones maternas	5.31	2.38	3.80	4.87	5.19	6.98	5.72	7.34	3.84	2.06	5.28
	Enfermedades no transmisibles	66.72	68.82	69.05	69.46	69.26	68.80	68.46	62.06	64.95	64.73	0.22
	Lesiones	6.52	7.35	8.08	8.06	8.34	9.99	11.37	15.81	14.52	24.28	9.76
	Condiciones mal clasificadas	13.62	13.84	11.43	11.22	10.75	14.18	14.29	16.21	17.51	10.53	6.98
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.44	8.90	8.97	9.15	7.82	5.79	5.97	4.63	6.52	6.58	0.06
	Condiciones maternas	1.23	0.45	0.94	0.98	1.13	1.80	1.69	1.93	1.18	0.25	1.93
	Enfermedades no transmisibles	76.00	77.01	76.55	76.45	76.78	76.58	74.67	68.51	68.47	62.92	5.56
	Lesiones	4.14	4.53	5.10	5.22	5.43	5.75	6.30	10.03	10.60	19.12	8.52
	Condiciones mal clasificadas	9.14	9.12	8.44	8.20	8.84	11.08	11.37	14.91	13.23	11.24	2.69
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5.11	4.10	4.12	4.00	3.78	3.17	2.46	3.83	3.38	3.82	0.44
	Condiciones maternas	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.02	0.00	0.02
	Enfermedades no transmisibles	85.69	87.30	86.55	87.06	86.99	85.05	85.83	80.28	82.23	79.65	2.57
	Lesiones	2.91	2.93	3.31	2.81	2.86	3.24	3.66	4.69	4.44	5.36	0.83
	Condiciones mal clasificadas	6.29	5.87	6.02	6.13	6.47	8.55	8.06	11.19	9.94	11.16	1.23

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En el grupo masculino, la mortalidad más alta se concentra en la adultez y la vejez, principalmente por enfermedades no transmisibles, con una tendencia estable y leves incrementos en los últimos años. Durante la juventud (14–26 años), las lesiones y causas externas mantienen relevancia, aunque con una disminución progresiva desde 2020. En la adolescencia, los valores son bajos y estables, predominando causas evitables. En la infancia y primera infancia, persisten casos aislados por condiciones



perinatales y enfermedades transmisibles, pero sin tendencia al alza. La persona mayor (más de 60 años) concentra la mayor carga de mortalidad, especialmente por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias, evidenciando el impacto del envejecimiento y la cronicidad.

En el grupo femenino se observa un comportamiento similar, con predominio de enfermedades no transmisibles como principal causa de muerte en la adultez y en la población mayor.

Las condiciones transmisibles y perinatales mantienen una tendencia descendente en la primera infancia, reflejando mejoras en la atención materno-infantil. En la juventud, el peso de las causas externas es menor que en los hombres, mientras que en la adolescencia se mantienen niveles bajos de mortalidad general.

En mujeres mayores de 60 años, las enfermedades del sistema circulatorio, metabólicas y respiratorias son las más representativas, sin variaciones significativas entre años.

Este comportamiento confirma un perfil de mortalidad predominantemente crónico-degenerativo, asociado a una mayor supervivencia y control de las causas evitables.

3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales

Tabla 21. Morbilidad específica en las condiciones trasmisibles y nutricionales del Municipio La Ceja, 2015 – 2024

		Total											
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	39.14	41.93	38.70	41.22	41.37	53.88	60.68	30.83	36.64	61.76	25.12	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	58.18	55.69	58.41	55.31	55.22	40.10	34.36	64.64	60.23	31.52	-28.71	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.68	2.38	2.89	3.47	3.41	6.02	4.96	4.53	3.13	6.72	3.59	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El comportamiento de la morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales en el municipio de La Ceja del Tambo evidencia una tendencia variable durante la última década, con predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias y las infecciones respiratorias agudas (IRA) como principales causas dentro del grupo. En el año 2024, las enfermedades infecciosas y parasitarias presentan un incremento significativo, alcanzando 61,7 casos por cada 10.000 habitantes, lo que representa un aumento de 25,1 puntos porcentuales frente a 2023, posiblemente relacionado con la mayor notificación posterior al restablecimiento pleno de servicios tras la pandemia y condiciones ambientales favorables para



la transmisión. Por el contrario, las infecciones respiratorias muestran una disminución notable de 28,7 puntos porcentuales, situándose en 31,5, lo que sugiere una menor circulación de virus respiratorios y un mejor control de los determinantes ambientales y conductuales asociados. Las deficiencias nutricionales mantienen una participación baja pero estable, con leve incremento en 2024 (6,7 casos por 10.000 habitantes), lo que refleja la persistencia de desigualdades en la alimentación y posibles efectos de los determinantes sociales.

Condiciones materno perinatales

Tabla 22. Morbilidad específica en las condiciones materno perinatales del Municipio La Ceja, 2015 – 2024

		Total											
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	80.23	65.64	78.40	77.20	80.36	83.76	92.31	81.35	78.18	89.35	11.17	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	19.77	34.36	21.60	22.80	19.64	16.24	7.69	18.65	21.82	10.65	-11.17	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El comportamiento de la morbilidad por condiciones maternas y perinatales en el municipio de La Ceja del Tambo muestra un predominio sostenido de las afecciones maternas (O00–O99) sobre las derivadas del periodo perinatal (P00–P96), reflejando el fortalecimiento de la atención prenatal e institucional del parto, pero también la necesidad de mantener acciones de vigilancia y prevención continua.

En 2024, las condiciones maternas alcanzaron 89,35 casos por cada 10.000 habitantes, lo que representa un incremento de 11,17 puntos porcentuales respecto al 2023. Este aumento puede asociarse a una mejora en los procesos de notificación y detección de complicaciones obstétricas, más que a un deterioro de la salud materna. Por su parte, las condiciones derivadas del periodo perinatal evidenciaron una disminución significativa de 11,17 puntos porcentuales, pasando de 21,82 a 10,65, lo que indica un mejor control de los factores de riesgo durante el embarazo y en la atención neonatal temprana.

Enfermedades no transmisibles

El perfil de morbilidad en La Ceja del Tambo evidencia un predominio sostenido de las enfermedades no transmisibles (ENT), reflejando la transición epidemiológica del municipio hacia patologías crónicas asociadas al envejecimiento y los estilos de vida urbanos. Las enfermedades cardiovasculares se mantienen como la principal causa de morbilidad, alcanzando 18,35 casos por 10.000 habitantes en 2024, con un aumento de 3,36 puntos porcentuales respecto al año anterior, lo que reafirma su peso en la carga sanitaria local. Le siguen las condiciones neuropsiquiátricas, que aunque disminuyen ligeramente



(-0,56 pp), continúan entre las más incidentes, mostrando la necesidad de fortalecer la salud mental y el abordaje integral del estrés, ansiedad y depresión.

Se observan aumentos moderados en las enfermedades de los órganos de los sentidos (+1,72 pp), posiblemente relacionadas con problemas oftalmológicos y auditivos derivados del envejecimiento, y en las condiciones orales (+1,01 pp), que evidencian deficiencias en prevención odontológica. Por otro lado, las neoplasias malignas presentan una leve reducción (-2,02 pp), mientras que las enfermedades metabólicas y endocrinas permanecen estables, destacando la diabetes mellitus, que se mantiene en ascenso leve. Las enfermedades musculoesqueléticas y digestivas muestran estabilidad, aunque representan una causa significativa de discapacidad.

80

Tabla 23. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles del Municipio La Ceja, 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		
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1.46	1.38	1.54	1.56	1.90	2.75	3.35	5.90	5.05	3.03	-2.02	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.23	1.13	1.18	1.16	1.26	1.38	1.60	1.64	1.82	1.65	-0.17	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.58	2.53	3.40	3.98	3.96	4.73	5.19	2.73	3.31	2.91	-0.40	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5.82	5.14	6.37	6.82	6.90	6.87	7.02	3.84	4.39	4.95	0.56	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7.30	7.12	8.71	9.02	10.63	12.86	13.39	14.56	12.49	11.93	-0.56	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6.50	6.41	7.52	6.83	6.74	7.15	6.43	9.53	7.70	9.43	1.73	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	14.05	14.16	15.89	18.94	17.87	18.59	17.43	12.99	14.99	18.35	3.36	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5.03	4.58	4.89	4.87	4.54	4.07	3.70	6.53	5.53	3.87	-1.67	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5.46	5.04	5.24	5.09	5.38	5.94	5.11	7.17	5.62	5.64	0.02	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9.77	8.90	10.19	9.78	9.58	10.65	9.87	9.93	9.89	8.83	-1.05	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5.66	5.27	5.03	5.48	4.94	5.14	5.65	4.09	4.23	4.07	-0.16	
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	14.76	14.91	16.15	15.31	14.93	14.47	14.82	13.01	14.09	13.51	-0.58	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.74	0.81	0.81	0.71	0.73	0.63	0.71	0.81	0.58	0.52	-0.06	
	Condiciones orales (K00-K14)	19.65	22.62	13.10	10.45	10.66	4.78	5.74	7.26	10.30	11.30	1.01	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Lesiones

El comportamiento de la morbilidad por lesiones (V01-Y89, S00-T98) en el municipio de La Ceja del Tambo se mantiene estable durante la última década, predominando ampliamente los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, que representaron el 95,1 % de los casos en 2024, con un leve incremento de 0,82 puntos porcentuales frente al año anterior. Las lesiones no intencionales —principalmente accidentes de tránsito, caídas y golpes domésticos— muestran un aumento moderado (0,37 pp), reflejando una persistencia de comportamientos de riesgo y posibles deficiencias en prevención vial y laboral.

Por su parte, las lesiones intencionales (suicidios y agresiones) disminuyen en 1,21 puntos porcentuales, lo cual podría vincularse con un fortalecimiento de las acciones de salud mental y redes de apoyo psicosocial en el municipio.



Tabla 24. Morbilidad específica de las lesiones del Municipio La Ceja, 2015 – 2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4.14	2.97	3.14	3.22	2.95	3.79	4.30	4.39	3.87	4.24	0.37
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.45	0.18	0.36	0.56	0.69	0.51	1.25	2.41	1.79	0.58	-1.21
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.00	0.00	0.00	0.01	0.04	0.04	0.03	0.04	0.01	0.03	0.02
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95.42	96.85	96.50	96.20	96.32	95.66	94.42	93.16	94.32	95.14	0.82

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.3 Morbilidad específica salud mental

81

El análisis evidencia un incremento sostenido de los trastornos mentales y del comportamiento en todas las etapas del ciclo vital en el municipio de La Ceja del Tambo, con mayor concentración en la primera infancia (0–5 años) y la infancia (6–11 años), donde las tasas alcanzan 88,4 y 87,8 por 10.000 habitantes respectivamente en 2024. Este aumento puede asociarse al fortalecimiento del registro, la mayor detección temprana en entornos escolares y la creciente exposición a factores psicosociales adversos.

En los adolescentes y jóvenes (12–28 años) también se observan incrementos moderados (entre 2,8 y 3,6 puntos porcentuales), vinculados con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico, la presión social y los cambios en las dinámicas familiares y digitales. La depresión y la ansiedad son las causas más frecuentes, seguidas por la epilepsia, que muestra variaciones leves.

Entre la población adulta (29–59 años), las tasas permanecen estables, aunque con un repunte de 8,8 puntos porcentuales en 2024, lo que podría relacionarse con las secuelas emocionales y laborales postpandemia. En contraste, la vejez (60 años y más) presenta una disminución de 6,8 puntos porcentuales, posiblemente por subregistro o menor acceso al diagnóstico especializado.



Tabla 25. Morbilidad específica de los eventos de salud mental del Municipio La Ceja, 2015 – 2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72.75	62.69	54.81	82.17	76.77	82.77	84.30	68.56	84.13	88.41	4.28
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.24	0.00	0.00	0.00	0.49	0.42	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Epilepsia	24.82	34.33	39.94	13.44	16.38	14.29	10.33	29.26	12.70	2.90	-3.80
	Depresión	1.22	0.00	1.75	2.58	3.18	1.68	0.00	0.44	0.00	0.00	0.00
	Ansiedad	0.97	2.99	3.50	1.81	3.18	0.84	5.37	1.75	3.17	8.70	5.53
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80.16	78.90	80.99	80.06	72.33	67.69	72.87	76.89	79.34	87.85	8.51
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.11	0.39	0.00	0.00	0.00	0.00	0.66	0.00	-0.66
	Epilepsia	9.01	10.23	10.31	12.64	16.06	22.89	12.36	13.38	6.59	6.08	-0.42
	Depresión	5.82	4.22	3.55	2.35	5.02	3.25	4.12	0.00	3.52	1.10	-2.41
	Ansiedad	5.02	6.66	5.04	4.55	6.59	6.17	10.65	9.73	9.89	4.97	-4.92
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	64.33	62.41	60.74	62.84	62.43	61.57	57.67	55.91	63.43	67.13	3.69
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6.08	8.36	9.83	10.84	6.99	5.05	3.49	6.60	6.88	4.74	-2.14
	Epilepsia	7.00	4.32	8.51	5.59	6.00	6.12	4.32	3.04	4.74	3.06	-1.68
	Depresión	12.83	14.76	11.24	11.59	12.05	12.24	15.54	10.30	7.77	9.17	1.40
	Ansiedad	9.75	10.15	9.67	9.13	12.54	15.03	18.99	24.16	17.17	15.90	-1.27
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	58.69	55.24	57.94	56.91	56.87	57.99	55.83	61.61	56.59	59.45	2.86
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8.86	5.92	6.66	8.19	8.80	6.49	7.33	10.56	12.75	6.86	-5.89
	Epilepsia	7.89	11.05	10.85	10.84	7.30	6.99	10.96	2.88	6.46	8.82	2.33
	Depresión	12.15	14.25	12.52	13.72	11.76	11.15	8.19	7.23	8.05	6.72	-1.33
	Ansiedad	12.41	13.53	12.03	10.34	15.26	17.38	17.89	17.72	16.15	18.14	1.99
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	53.88	55.78	54.22	55.33	55.15	55.84	56.89	59.12	55.12	54.95	-0.16
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1.85	2.75	4.12	4.86	5.25	4.28	4.96	10.06	10.48	18.74	8.26
	Epilepsia	9.01	6.58	7.17	8.33	7.14	8.23	5.38	4.56	7.88	5.43	-2.45
	Depresión	20.79	19.50	20.00	17.78	15.24	11.07	9.10	11.33	8.95	7.70	-1.25
	Ansiedad	14.47	15.39	14.50	13.69	17.21	20.59	23.68	14.93	17.58	13.19	-4.39
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	65.15	65.30	68.03	71.06	68.88	64.19	62.76	67.90	70.50	64.32	-6.18
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.81	1.18	1.32	1.54	2.95	1.06	1.97	5.88	3.13	3.16	0.03
	Epilepsia	5.19	4.38	2.68	3.01	2.28	3.96	4.73	2.89	4.76	6.39	1.63
	Depresión	18.45	18.85	16.45	15.03	11.10	10.87	9.65	8.16	10.57	10.65	0.08
	Ansiedad	10.39	10.29	11.52	9.36	14.79	19.92	20.89	15.16	11.05	15.49	4.44

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El análisis evidencia un incremento sostenido de los trastornos mentales y del comportamiento en todas las etapas del ciclo vital en el municipio de La Ceja del Tambo, con mayor concentración en la primera infancia (0–5 años) y la infancia (6–11 años), donde las tasas alcanzan 88,4 y 87,8 por 10.000 habitantes respectivamente en 2024. Este aumento puede asociarse al fortalecimiento del registro, la mayor detección temprana en entornos escolares y la creciente exposición a factores psicosociales adversos.

En los adolescentes y jóvenes (12–28 años) también se observan incrementos moderados (entre 2,8 y 3,6 puntos porcentuales), vinculados con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico, la presión social y los cambios en las dinámicas familiares y digitales. La depresión y la ansiedad son las causas más frecuentes, seguidas por la epilepsia, que muestra variaciones leves.



Entre la población adulta (29–59 años), las tasas permanecen estables, aunque con un repunte de 8,8 puntos porcentuales en 2024, lo que podría relacionarse con las secuelas emocionales y laborales postpandemia. En contraste, la vejez (60 años y más) presenta una disminución de 6,8 puntos porcentuales, posiblemente por subregistro o menor acceso al diagnóstico especializado.

3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

Tabla 26. Tabla de semaforización y tendencia de los eventos de alto costo del Municipio La Ceja, 2017 – 2024

Evento	Antioquia	La Ceja	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	79.9	▲	▼	▼	▼	▲	▼	▲	▲
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	14.3	▲	▼	▼	▼	▼	▼	▲	▲
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39.0	27.2	▼	▼	▲	▲	▼	▲	▲	▼
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	0.0	▼	-	▲	▼	▼	-	-	-

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El comportamiento de las enfermedades crónicas y de alto costo en La Ceja del Tambo evidencia un panorama controlado, aunque con algunos aspectos de vigilancia prioritaria.

La prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal se ubicó en 79,9 por 100.000 habitantes, cifra inferior al promedio departamental (88,2), lo que sugiere un adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular y metabólico. Sin embargo, la tasa de incidencia (14,3 por 100.000) supera la de Antioquia (10,9), indicando un incremento reciente en nuevos casos que requiere fortalecer las estrategias de detección temprana, control de hipertensión y diabetes, y seguimiento a pacientes en riesgo renal.

Respecto al VIH, la tasa de incidencia en el municipio (27,2 por 100.000 afiliados) es menor que la departamental (39,0), lo que refleja una situación epidemiológica estable, probablemente asociada al trabajo intersectorial en prevención, diagnóstico oportuno y adherencia al tratamiento antirretroviral.



No se registraron casos de leucemia aguda pediátrica mieloide ni linfóide en menores de 15 años durante 2023, lo cual mantiene el indicador en cero y sugiere una baja carga de enfermedad oncohematológica infantil en el territorio.

3.2.5 Morbilidad de eventos precursores

Tabla 27. Tabla de Semaforización Eventos precursores del Municipio La Ceja, 2017 – 2024

Evento	Antioquia	La Ceja	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4.5	4.8	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	14.7	18.7	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

84

En el municipio de La Ceja del Tambo, la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles evidencia una carga importante y en ascenso, especialmente en relación con la hipertensión arterial.

La prevalencia de diabetes mellitus se estimó en 4,8 %, cifra ligeramente superior al promedio departamental (4,5 %), lo que indica una situación estable pero que requiere mantener los programas de control metabólico, educación nutricional y estilos de vida saludables.

Por su parte, la hipertensión arterial alcanza una prevalencia de 18,7 %, significativamente mayor que el promedio de Antioquia (14,7 %), lo que sugiere un aumento sostenido asociado a factores de riesgo como el sedentarismo, sobrepeso, consumo de sal y estrés.

Estos resultados reflejan la necesidad de reforzar las acciones de prevención primaria —promoción de la actividad física, alimentación balanceada y detección oportuna—, junto con mejorar el seguimiento y adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados, para reducir las complicaciones cardiovasculares y renales derivadas de estas condiciones.

3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

El comportamiento de los ENOS en La Ceja refleja un perfil epidemiológico caracterizado por baja incidencia en enfermedades transmisibles y una mayor presencia de eventos asociados a condiciones crónicas y comportamentales, en coherencia con su transición demográfica y epidemiológica.

Tabla 28. Tabla de Semaforización de los eventos de notificación obligatoria del Municipio La Ceja, 2017 – 2024

Evento	Antioquia	La Ceja	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
100 - ACCIDENTE OFÍDICO	744	0	✓	-	-	-	✓	✓	-	-
110 - BAJO PESO AL NACER	0	0	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2168	18	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
135 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	2516	42	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
205 - CHAGAS	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-
210 - DENGUE	5241	3	✓	✓	-	-	-	-	-	✓
217 - CHIKUNGUNYA	5	0	✓	✓	-	-	-	-	-	-
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE	19051	249	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
330 - HEPATITIS A (BROTE)	684	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓
340 - HEPATITIS B	275	2	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-
341 - HEPATITIS C	247	2	-	-	✓	✓	-	-	✓	-
343 - HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO	86	0	✓	✓	-	-	-	-	✓	✓
345 - ES - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	728	3	✓	✓	-	✓	-	✓	✓	-
348 - INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INICITADA	6818	119	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
356 - INTENTO DE SUICIDIO	6286	81	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
357 - INFECCIÓN ASOCIADA A DISPOSITIVOS	0	0	✓	✓	-	-	-	-	-	-
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	819	6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	4284	47	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
380 - INTOXICACIÓN POR METANOL	28	0	-	-	✓	✓	-	✓	✓	-
390 - INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	12	0	✓	✓	-	-	-	-	✓	✓
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	92	0	✓	✓	-	-	-	-	-	-
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS	801	8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
414 - INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1188	2	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	✓
420 - LESHMANIASIS CUTÁNEA	1031	0	-	✓	✓	-	-	✓	-	✓
450 - LEPTOSPIRIS	6	0	-	-	-	-	-	✓	-	✓
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	199	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
455 - LEPTOSPIRIS	40	0	✓	✓	-	-	-	-	✓	✓
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA LINFÓIDE	55	0	✓	-	✓	✓	-	✓	-	-
457 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA MIELOIDE	14	0	-	-	-	✓	✓	-	✓	✓
459 - CÁNCER INFANTIL	153	1	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
460 - MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	145	1	-	-	-	-	-	-	-	✓
490 - MALARIA VIVAX	14867	1	-	✓	-	✓	✓	-	-	✓
495 - MALARIA COMPLICADA	299	0	-	-	-	✓	✓	-	-	-
500 - MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	30	1	-	-	-	-	-	-	-	✓
510 - MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	7	0	-	-	✓	✓	-	-	-	-
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCCO	58	2	✓	✓	-	-	-	✓	-	✓
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	72	1	✓	✓	-	-	-	-	✓	-
549 - MORTALIDAD MATERNA EXTREMA	3780	38	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
550 - MORTALIDAD MATERNA	37	0	-	✓	-	-	-	✓	✓	-
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	800	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
600 - MORTALIDAD POR IRA	21	0	✓	✓	✓	-	✓	-	✓	✓
620 - PAROTIDITIS	744	7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
735 - ANOMALIAS CONGÉNITAS	1446	16	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	156	1	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	-
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	1237	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
800 - TOSFERINA	6	0	✓	-	-	-	-	✓	✓	-
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	625	1	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	-
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	3312	11	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓
825 - TUBERCULOSIS FÁRMACORESISTENTE	145	1	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓
831 - VARICELA INDIVIDUAL	2895	43	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	2976	16	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
875 - VCM, VIF, VSK	24602	381	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Los eventos con mayor notificación corresponden a:

- Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (249 casos), que continúan siendo el evento más frecuente, asociado al contacto con perros y gatos domésticos.
- Infección respiratoria aguda grave (IRAG) no asociada a vigilancia centinela (119 casos), reflejando un aumento pospandemia que exige fortalecer la vigilancia de síndromes respiratorios.
- Varicela (43 casos) y morbilidad materna extrema (38 casos), que mantienen un comportamiento estable y controlado, con seguimiento oportuno en el marco del sistema de vigilancia epidemiológica.

86

En cuanto a las enfermedades crónicas y de alto costo, se destacan los registros de cáncer de mama y cuello uterino (42 casos) y VIH/SIDA y mortalidad por SIDA (16 casos), los cuales demandan continuidad en los programas de tamizaje, diagnóstico oportuno y adherencia terapéutica.

Respecto a los eventos por intoxicaciones, el municipio reporta 47 casos por fármacos, 6 por plaguicidas y 2 por sustancias psicoactivas, evidenciando la necesidad de fortalecer la salud mental, la farmacovigilancia y la prevención del consumo de sustancias.

Los eventos zoonóticos y vectoriales (dengue, leishmaniasis cutánea, malaria y leptospirosis) presentan baja incidencia, aunque la presencia de 3 casos de dengue y 2 de leishmaniasis indica circulación de vectores y la necesidad de mantener acciones preventivas ambientales.

Finalmente, en el ámbito materno-infantil, se notificaron 38 casos de morbilidad materna extrema y 3 de mortalidad perinatal y neonatal tardía, indicadores que, aunque bajos, requieren mantener la calidad en la atención obstétrica y neonatal.

3.2.7 Morbilidad población migrante

Atenciones en salud de población migrante

Durante el año 2024, el municipio de La Ceja del Tambo registró un total de 1.316 atenciones en salud a población migrante, lo que representa el 0,5 % de las atenciones del departamento de Antioquia. Este porcentaje, aunque bajo, confirma la presencia activa de población migrante que accede al sistema de salud local, evidenciando una respuesta adecuada en términos de acceso y cobertura.

La consulta externa constituye el principal tipo de atención, con 532 registros (40 % del total), seguida de los procedimientos médicos (42 %), lo que refleja



una demanda asociada principalmente a controles, diagnósticos y seguimiento de condiciones de salud comunes o crónicas.

Las atenciones por medicamentos representan el 11 %, mientras que las hospitalizaciones y urgencias alcanzan el 3 % cada una, evidenciando que la mayoría de los casos no corresponden a situaciones graves, sino a consultas ambulatorias o de control.

Por otro lado, los nacimientos reportados (1 %) confirman la atención institucional de partos en mujeres migrantes, lo cual contribuye a la reducción de riesgos materno-perinatales y refleja una adecuada articulación del sistema en la atención obstétrica.

En comparación con el contexto departamental, el municipio mantiene una distribución proporcional de los tipos de atención, con mayor peso en la consulta externa y los procedimientos, y menor incidencia en hospitalizaciones y urgencias.

Tabla 29. Atenciones en salud de Población Migrante al Municipio de La Ceja, 2024

				Antioquia		
Entidad territorial Tipo de atención		Municipio		Antioquia		Concentración Entidad territorial
		Año	Distribución	Año	Distribución	Año
Entidad territorial	Consulta Externa	532	40%	105,359	36%	0.5%
	Hospitalización	41	3%	9,601	3%	0.4%
	Medicamentos	139	11%	49,017	17%	0.3%
	Procedimientos	550	42%	108,447	37%	0.5%
	Nacimientos	12	1%	1,927	1%	0.6%
	Urgencias	42	3%	15,586	5%	0.3%
	Total	1,316	100%	289,937	100%	0.5%

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Afiliación en salud de la población migrante

Durante el año analizado, el municipio de La Ceja del Tambo registró un total de 774 migrantes atendidos en servicios de salud, lo que representa aproximadamente el 0,5 % del total departamental (Antioquia). Este valor refleja una baja concentración de población migrante en el territorio, aunque con una tendencia creciente frente a años anteriores, en línea con los flujos migratorios regionales.

En cuanto al régimen de afiliación, se observa una alta cobertura en el régimen contributivo (67,8 %), muy superior al promedio departamental (29 %), lo que evidencia que la mayoría de los migrantes atendidos en el municipio cuentan con vínculos laborales o capacidad de pago. Le sigue el régimen subsidiado (16,4

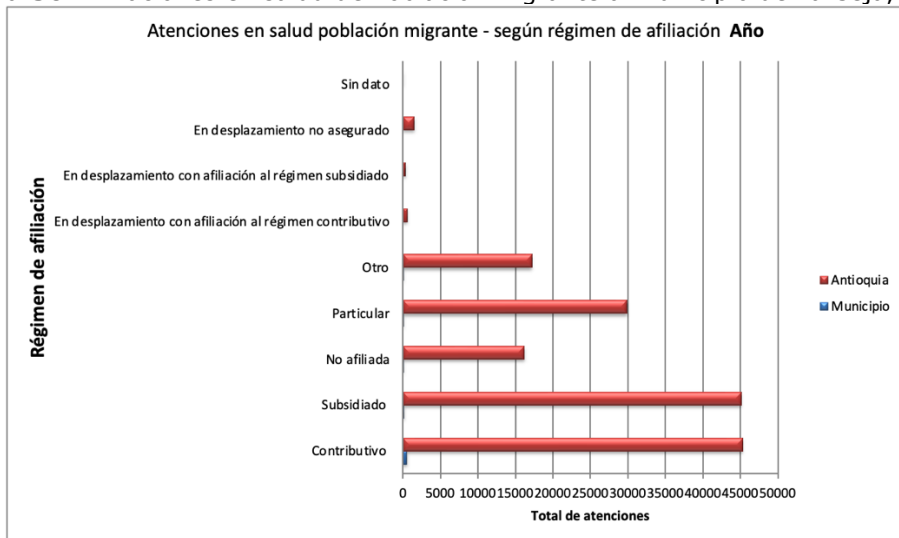
%), que garantiza el acceso a la atención de los migrantes en condiciones de vulnerabilidad.

El 9,6 % de los casos clasificados en la categoría “otro” incluye atenciones por convenios, aseguramiento especial o transitorio, mientras que el 5,2 % accedió a los servicios de forma particular, lo cual puede reflejar dificultades para la afiliación inmediata al sistema.

Solo un 1 % de los migrantes reportados aparece sin afiliación al sistema de salud, y no se evidencian registros de población en condición de desplazamiento o sin aseguramiento, lo que confirma que La Ceja mantiene una adecuada respuesta institucional para garantizar la atención en salud de la población migrante.

88

Tabla 30. Afiliaciones en salud de Población Migrante al Municipio de La Ceja, 2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.8 Conclusiones de morbilidad

Se puede concluir que el perfil de salud local se encuentra en una etapa de transición epidemiológica avanzada, donde predominan las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y las condiciones derivadas del envejecimiento poblacional, aunque persisten algunos eventos transmisibles y de origen ambiental que requieren atención continua.

Las enfermedades no transmisibles continúan siendo las de mayor prevalencia, destacándose la hipertensión arterial (18,7 %) y la diabetes mellitus (4,8 %), valores superiores a los promedios departamentales. Este comportamiento refleja estilos de vida cada vez más sedentarios, alimentación inadecuada y



envejecimiento progresivo, lo que exige reforzar las acciones de promoción de la salud, control del riesgo cardiovascular y detección temprana.

La enfermedad renal crónica en fase cinco, con una prevalencia de 79,9 por 100.000 habitantes, también se consolida como un problema emergente de salud pública, asociado a la alta carga de enfermedades metabólicas y al acceso desigual a la atención oportuna.

En materia de morbilidad infecciosa, se observan bajas tasas en enfermedades transmisibles como dengue, VIH y tuberculosis, lo que denota una efectiva vigilancia epidemiológica y una adecuada cobertura en los programas de control y prevención. Sin embargo, la tasa de incidencia de VIH (27,2 por 100.000 afiliados), aunque inferior a la departamental, demanda mantener la educación sexual integral y la atención continua en grupos de riesgo.

Los Eventos de Interés en Salud Pública (ENOS) evidencian la importancia de los eventos respiratorios agudos, las agresiones por animales y las intoxicaciones, que aunque no muestran una carga crítica, requieren fortalecer las estrategias de prevención ambiental y educación comunitaria.

En cuanto a la salud mental, los datos reflejan un aumento progresivo de los trastornos mentales y del comportamiento, con mayor impacto en jóvenes y adultos. La tendencia al alza en casos de epilepsia, depresión y ansiedad resalta la necesidad de consolidar la ruta integral de atención en salud mental, promoviendo intervenciones intersectoriales y comunitarias.

La morbilidad materno-perinatal mantiene cifras bajas y controladas, gracias al fortalecimiento de los programas de control prenatal, atención obstétrica y vigilancia de la morbilidad materna extrema, aunque se requiere seguir vigilando los desenlaces en salud neonatal.

Finalmente, la atención a población migrante se desarrolla de manera estable, con predominio del régimen contributivo (67,8 %) y bajo porcentaje de atenciones por urgencias u hospitalización, lo que refleja una integración progresiva al sistema de salud local y un acceso equitativo a los servicios.

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

El ejercicio de cartografía social en salud permitió identificar los principales núcleos de inequidad que condicionan el estado de salud de la población en el municipio de La Ceja del Tambo. Estos hallazgos evidencian que los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales están estrechamente vinculados con los efectos más relevantes en morbilidad, mortalidad y bienestar general.

En primer lugar, el aumento de los trastornos mentales, la ideación suicida y el consumo de sustancias psicoactivas emerge como uno de los problemas más sensibles y transversales. La desintegración familiar, el desempleo, la presión social y la violencia intrafamiliar configuran un entorno emocionalmente vulnerable, agravado por la insuficiencia de servicios especializados en salud mental. Este fenómeno tiene especial incidencia en adolescentes y jóvenes, y refleja la necesidad de consolidar redes comunitarias de apoyo psicosocial, programas de prevención del consumo y promoción de la salud mental en los diferentes entornos sociales y educativos.

De igual forma, la limitada cobertura de agua potable en la zona rural y la contaminación de fuentes hídricas generan inequidades ambientales que afectan directamente la salud infantil y de comunidades rurales. Los brotes de enfermedades gastrointestinales y los riesgos asociados a la exposición prolongada a agua no tratada evidencian la urgencia de fortalecer la infraestructura de acueductos veredales y los programas de saneamiento básico, garantizando equidad territorial en las condiciones sanitarias.

Otro aspecto crítico identificado es la exposición laboral a plaguicidas y fertilizantes en la población rural, producto de la falta de capacitación, control y equipos de protección adecuados. Esta problemática no solo impacta a los trabajadores del campo, sino también a sus familias, aumentando los riesgos de enfermedades respiratorias, dérmicas y neurológicas, por lo que se requiere reforzar la vigilancia en salud ambiental y laboral y promover prácticas agroecológicas seguras.

La violencia intrafamiliar persiste como un factor estructural de inequidad, especialmente hacia mujeres, niñas y adolescentes. Este fenómeno se asocia con el consumo de alcohol, la desigualdad de género y la dependencia económica, derivando en impactos físicos, psicológicos y sociales. Se demanda el fortalecimiento de las rutas de atención integral, la articulación interinstitucional y la educación para la convivencia familiar y la equidad de género.

En el ámbito nutricional, coexisten dos realidades opuestas: desnutrición infantil y malnutrición por sobrepeso y obesidad, ambas asociadas a la pobreza, inseguridad alimentaria y falta de educación nutricional. Esto genera efectos en el desarrollo físico, cognitivo y en la aparición temprana de enfermedades crónicas. La priorización de este núcleo evidencia la necesidad de implementar estrategias de educación alimentaria y seguridad nutricional en entornos escolares, comunitarios y laborales.

Asimismo, se evidencia una alta prevalencia de hipertensión, diabetes y cáncer, vinculada a estilos de vida poco saludables, bajo acceso al diagnóstico temprano y baja adherencia a los tratamientos. Este núcleo demanda un fortalecimiento



de la atención primaria en salud, con enfoque en la detección oportuna, la promoción de hábitos saludables y la gestión de enfermedades crónicas en población adulta y adulta mayor.

Las limitaciones en infraestructura y capacidad de respuesta ante emergencias también fueron priorizadas, especialmente en áreas rurales, donde la lejanía y el déficit de recursos humanos y técnicos dificultan la atención oportuna. Se requiere inversión en equipamiento, transporte asistencial y gestión del riesgo local, para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de urgencias.

En materia de salud ambiental y zoonótica, el incremento de mordeduras por perros y la persistencia de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y zoonóticas reflejan falencias en la tenencia responsable de animales, la vacunación y las condiciones de saneamiento básico. Se propone reforzar la educación sanitaria y la vigilancia epidemiológica comunitaria.

En la dimensión de atención en salud, la población percibe barreras administrativas y demoras en citas, entrega de medicamentos y acceso a especialistas, lo cual afecta especialmente a los pacientes con enfermedades crónicas y adultos mayores. Estas condiciones reflejan un déficit de talento humano, baja empatía en la atención y saturación del sistema, lo que requiere estrategias de humanización, ampliación de la red de servicios y seguimiento domiciliario.

También se identifica el déficit de infraestructura y dotación del centro de salud del corregimiento, lo cual limita la atención equitativa y oportuna de la población rural. Este punto crítico resalta la necesidad de una planeación territorial en salud con enfoque diferencial rural, que garantice equidad en el acceso a los servicios esenciales.

La escasa vinculación ciudadana en procesos de planeación y control social refleja desconfianza y falta de empoderamiento comunitario. Este aspecto limita la sostenibilidad de las acciones de salud pública, por lo que se requiere fomentar la participación social activa y la corresponsabilidad ciudadana en la gestión de la salud local.

Otros núcleos de inequidad emergentes incluyen el aumento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente en jóvenes, asociado a deficiencias en educación sexual y estigma; la siniestralidad vial creciente por consumo de alcohol y prácticas de riesgo; la mortalidad perinatal vinculada a atención prenatal deficiente; y el aumento de enfermedades huérfanas con limitaciones diagnósticas y terapéuticas.



3. 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

PAGINAS

El análisis de las respuestas institucionales, sectoriales y comunitarias frente a los núcleos de inequidad social y ambiental en salud del municipio de La Ceja del Tambo evidencia avances significativos en la articulación interinstitucional, aunque persisten brechas estructurales que limitan la efectividad, cobertura y sostenibilidad de las acciones. En términos generales, las estrategias impulsadas por la Secretaría de Salud y Protección Social, con el acompañamiento de entidades como la Secretaría de Educación, la Secretaría de Medio Ambiente, el Hospital de La Ceja, EPS, Defensa Civil, Cruz Roja, y organizaciones comunitarias (Juntas de Acción Comunal, Veedores en salud, cabildo de adulto mayor), muestran un esfuerzo por integrar enfoques preventivos, de promoción y atención integral. Sin embargo, su impacto se ve condicionado por la limitada capacidad operativa, la dispersión poblacional, la desigual distribución de recursos y la escasa participación ciudadana sostenida.

92

En el caso del aumento de los trastornos mentales, ideación suicida y consumo de sustancias psicoactivas, la respuesta institucional se orienta hacia el fortalecimiento de estrategias de salud mental, con programas de intervención psicosocial, promoción del bienestar emocional y acompañamiento en crisis. No obstante, el acceso a estos servicios sigue siendo restringido en las zonas rurales, debido a la falta de profesionales especializados y a la persistencia del estigma social. Se resalta la labor de instituciones educativas, grupos juveniles y fundaciones locales, que han implementado campañas de prevención y redes de apoyo, aunque se requiere una política territorial más amplia que vincule a familias, escuelas y empleadores en un enfoque comunitario integral.

Frente a la limitada cobertura de agua potable y saneamiento básico, el trabajo intersectorial entre la Secretaría de Salud y Protección Social y la Secretaría de Medio Ambiente ha permitido diagnósticos sobre la calidad del agua, acompañados de intervenciones veredales y planes de educación ambiental. Sin embargo, la falta de inversión estructural en infraestructura de acueductos rurales y la debilidad en los mecanismos de mantenimiento de sistemas veredales siguen generando inequidad territorial. Las organizaciones ambientales y comunitarias han participado en jornadas de limpieza y sensibilización, pero los resultados dependen del fortalecimiento de la gobernanza del agua y de la priorización presupuestal municipal.

Respecto a la exposición a plaguicidas y fertilizantes, la gestión institucional se mantiene en fase preventiva mediante capacitaciones a agricultores, visitas de inspección y campañas de sensibilización lideradas por la Secretaría de Agricultura y la ARL. Sin embargo, la respuesta es insuficiente para garantizar



entornos laborales seguros, pues no existen protocolos de monitoreo continuo ni una supervisión sistemática sobre el uso de productos químicos en la floricultura y la agricultura. La articulación con asociaciones campesinas y cooperativas ha sido puntual, pero no estructural, lo que limita la cobertura real de estas intervenciones.

La violencia intrafamiliar y de género presenta un abordaje multisectorial más consolidado. El Comisariado de Familia, la Secretaría de Salud, la Policía de Infancia y Adolescencia y la Comisaría de la Mujer han articulado rutas de atención y acompañamiento psicosocial y jurídico. No obstante, el número de casos reportados sigue siendo alto, debido a la persistencia de factores estructurales como la dependencia económica, el consumo de alcohol y la falta de refugios o centros de atención temporal. Las organizaciones de base, especialmente los comités de mujeres rurales y grupos comunitarios, cumplen un papel fundamental en la detección temprana y canalización de casos, aunque carecen de apoyo técnico y financiero sostenido.

En relación con la malnutrición y desnutrición infantil, los programas de vigilancia nutricional del Hospital de La Ceja y las acciones de la Secretaría de Salud han logrado identificar casos y ofrecer atención integral. Sin embargo, la educación alimentaria y el acceso a alimentos saludables siguen siendo un reto, especialmente en zonas rurales con inseguridad alimentaria. Los comedores escolares, liderados por la Secretaría de Educación y el Programa de Alimentación Escolar (PAE), han contribuido a la mejora nutricional en la población infantil, aunque requieren de un mayor control en la calidad de los alimentos y continuidad en el suministro.

La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer) es atendida mediante campañas de detección temprana y programas de control de riesgo cardiovascular. Las EPS, el Hospital de La Ceja y la Secretaría de Salud han implementado jornadas de prevención, sin embargo, el bajo cumplimiento de controles y la falta de adherencia terapéutica reflejan una débil cultura de autocuidado y la necesidad de fortalecer el seguimiento domiciliario, especialmente en adultos mayores y población vulnerable.

En cuanto a las limitaciones en infraestructura y atención de emergencias, se evidencia un rezago en la inversión municipal. Aunque se han desarrollado capacitaciones en gestión del riesgo, primeros auxilios y simulacros comunitarios, la dotación de equipos y la disponibilidad de ambulancias no son suficientes. La coordinación con organismos de socorro (Defensa Civil, Bomberos, Cruz Roja) permite una respuesta básica, pero el tiempo de reacción ante emergencias rurales sigue siendo elevado. Este déficit refuerza la necesidad de un sistema local de respuesta integral articulado con el Plan de Desarrollo Municipal.



Las demoras en la atención en salud, entrega de medicamentos y procedimientos siguen siendo una de las problemáticas más persistentes. Las EPS concentran la mayor carga de quejas, relacionadas con las barreras administrativas, la falta de oportunidad en citas de especialistas y la ineficiencia en la red de referencia y contrarreferencia. Si bien la Secretaría de Salud ejerce vigilancia y acompañamiento, los usuarios enfrentan dificultades estructurales que requieren reformas operativas y mayor presencia del ente territorial como garante de la calidad y continuidad del servicio.

El déficit en el centro de salud del corregimiento refleja inequidades territoriales. Las acciones de mantenimiento y dotación realizadas han sido parciales y no logran compensar la falta de personal permanente ni la carencia de equipos para atención básica. Esta situación afecta la oportunidad de diagnóstico, especialmente en salud materno-infantil y enfermedades respiratorias, y demanda una estrategia sostenida de fortalecimiento del primer nivel de atención rural.

La escasa participación ciudadana en planeación y control social limita la apropiación de los programas de salud pública. Los espacios de concertación como el CONPOS, el COMUDE y las veedurías en salud funcionan de manera intermitente, y su efectividad depende del liderazgo de las juntas de acción comunal. Aunque la institucionalidad promueve la participación, la baja capacitación y la falta de incentivos dificultan el empoderamiento comunitario y la veeduría efectiva sobre los recursos en salud.

El incremento de enfermedades de transmisión sexual, especialmente en jóvenes y migrantes, ha sido enfrentado con campañas de educación sexual, prevención y acceso a métodos anticonceptivos lideradas por la Secretaría de Salud y las instituciones educativas. Sin embargo, el impacto es limitado debido a la persistencia del estigma, el desconocimiento y la ausencia de programas sostenidos dirigidos a población vulnerable. Las IPS y las EPS han participado en la toma de pruebas rápidas, pero la cobertura sigue siendo baja en comparación con el aumento de los casos reportados.

Por otro lado, el aumento de la siniestralidad vial ha motivado intervenciones conjuntas entre la Secretaría de Tránsito, la Policía Nacional, y las instituciones educativas, a través de campañas de educación vial y control preventivo. No obstante, el crecimiento del parque automotor, las condiciones de las vías y el comportamiento imprudente de algunos actores viales mantienen una alta incidencia de accidentes, con consecuencias en la salud y la mortalidad de jóvenes motociclistas.

En cuanto a las enfermedades infecciosas y zoonóticas, el municipio ha fortalecido la vigilancia epidemiológica y las jornadas de vacunación, especialmente con apoyo del Hospital y la Red Pública Departamental. Sin



embargo, el flujo migratorio y las condiciones precarias de vivienda continúan favoreciendo la propagación de infecciones respiratorias y gastrointestinales.

Las muertes perinatales y los casos de enfermedades huérfanas reflejan la necesidad de mejorar la calidad del control prenatal, la detección temprana de riesgos y la referencia oportuna a centros de mayor complejidad. Aunque existen esfuerzos institucionales y convenios con hospitales regionales, la capacidad diagnóstica y la cobertura siguen siendo insuficientes.

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

95

Tabla 31. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio, Municipio de La Ceja, 2024

Elementos pedagógicos	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
En el municipio de La Ceja del Tambo persisten inequidades en salud originadas por factores sociales, económicos, ambientales y de acceso a los servicios, que impactan de forma diferenciada a la población urbana y rural. Problemas como el aumento de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar y de género, la baja cobertura de agua potable y la exposición a plaguicidas, reflejan vulnerabilidades estructurales. Asimismo, la malnutrición, las enfermedades crónicas no transmisibles, la mortalidad perinatal, las enfermedades de transmisión sexual y la inequidad en la atención en salud evidencian brechas en prevención, educación y calidad de los servicios. Estas condiciones, sumadas a la débil participación comunitaria y las deficiencias en infraestructura sanitaria rural, profundizan la desigualdad territorial y demandan estrategias integrales orientadas a la equidad, la salud mental, la gestión ambiental y el acceso oportuno a la atención.	Identifique las problemáticas socio-sanitarias que genera la afectación en el proceso de salud-enfermedad-atención	¿Cuál es el número de personas afectadas por el problema o la necesidad en salud? Tasas, razones, casos, proporciones, brechas de desigualdad en salud u otras medidas.	¿Qué daños e impactos ha generado en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas y poblaciones? ¿Las poblaciones reconocen la situación que viven como una problemática o necesidad en salud? ¿Hay demanda específica de algún grupo poblacional por la problemática o necesidad en salud? ¿Hay poblaciones de protección constitucional específica afectadas por la problemática o necesidad en salud? ¿Existen brechas de desigualdad en salud que afecten a grupos poblacionales de manera directa? ¿La problemática o necesidad en salud ha sido priorizada en alguna política pública subnacional, nacional?	De no intervenir ¿Los daños o impactos en la calidad de vida, el bienestar y la salud afectan a generaciones futuras? ¿El problema o necesidad en salud genera un alto costo al sistema de salud? ¿Impacta de manera negativa la economía o productividad de la población o comunidad? ¿Impacta de manera negativa a la convivencia o a la construcción del tejido social?	De manera realista ¿Qué posibilidad existe de actuar sobre un problema o necesidad en salud con éxito, considerando condiciones técnicas, económicas, políticas, institucionales o social-comunitaria disponibles?	¿El abordaje de la problemática ha sido considerado por actores sociales, comunitarios u otras poblaciones afectadas? ¿El abordaje de la problemática forma parte del plan de gobierno territorial?	
	Aumento de trastornos mentales, ideación suicida y consumo de sustancias psicoactivas, asociados a desintegración familiar, desempleo, presión social, violencia intrafamiliar y falta de acceso a servicios especializados en salud mental.	5 (MUY ALTO)	Total = 5 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 2 (MUY ALTO)	20
	Persistencia de violencia intrafamiliar (agresiones físicas, psicológicas y sexuales) especialmente hacia mujeres, niñas y adolescentes, relacionadas con desigualdad de género, consumo de alcohol, dependencia económica y limitada oferta de atención psicosocial y jurídica.	5 (MUY ALTO)	Total = 5 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 2 (MUY ALTO)	20
	Alta prevalencia de hipertensión, diabetes y cáncer por malos hábitos alimentarios, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, con baja detección temprana y deficiente adherencia a tratamientos, especialmente en adultos mayores.	5 (MUY ALTO)	Total = 5 (MUY ALTO)	Total = 3 (ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 2 (MUY ALTO)	19
	Incremento de enfermedades de transmisión sexual, especialmente en jóvenes y adolescentes por carencia de educación sexual integral, aumento en la migración de personas, desinformación sobre métodos de protección, estigma y barreras de acceso a servicios amigables y de diagnóstico.	4 (ALTO)	Total = 5 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 2 (MUY ALTO)	19
	Escasa vinculación ciudadana en los espacios de planeación y control social por falta de empoderamiento, desconocimiento y desconfianza institucional, afectando la sostenibilidad de los programas de salud pública.	3 (MEDIO)	Total = 4 (ALTO)	Total = 1 (BAJO)	Total = 3 (ALTO)	Total = 2 (MEDIO)	18



Elementos pedagógicos	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
	Aumento de casos de enfermedades huérfanas, con diagnóstico y tratamiento limitado por baja capacidad diagnóstica, falta de especialistas, dificultad en la atención y alto costo de medicamentos.	3 (MEDIO)	Total = 5 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 2 (MUY ALTO)	18
	Demoras en citas, procedimientos y entrega de medicamentos por alta demanda, déficit de personal, poca empatía de los profesionales, desplazamiento a otros municipios para la atención, falta de acompañamiento a los adultos mayores y barreras administrativas de EPS, afectando especialmente a pacientes con enfermedades crónicas y población vulnerable.	5 (MUY ALTO)	Total = 5 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 1 (BAJO)	Total = 2 (MUY ALTO)	17
	Casos de desnutrición infantil y malnutrición por sobre peso y obesidad en niños y adultos, asociados a pobreza, hábitos alimentarios inadecuados, inseguridad alimentaria y escasa educación nutricional, que repercuten en el desarrollo y la salud general.	4 (ALTO)	Total = 4 (ALTO)	Total = 2 (MEDIO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 2 (MUY ALTO)	16
	Incremento de mordeduras especialmente por perros por falta de tenencia responsable. Falta de sensibilización y vacunación oportuna genera riesgo sanitario.	3 (MEDIO)	Total = 4 (ALTO)	Total = 3 (ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 2 (MUY ALTO)	16
	Persistencia de infecciones respiratorias, gastrointestinales y zoonóticas, asociadas a migración de personas al municipio, pobreza, hacinamiento, prácticas inadecuadas de higiene y deficiencias en saneamiento básico.	3 (MEDIO)	Total = 5 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 2 (MUY ALTO)	16
	Déficit del centro de salud ubicado en el corregimiento, por falta de dotación de equipos, talento humano, déficit en estructura física limitando la atención oportuna y equitativa de la población rural.	4 (ALTO)	Total = 5 (MUY ALTO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 1 (BAJO)	Total = 1 (MUY ALTO)	15
	Aumento de mortalidad perinatal, vinculado a controles prenatales insuficientes, embarazo adolescente, atención obstétrica inoportuna y fuera del municipio, además de la dificultad en la remisión de casos riesgosos.	4 (ALTO)	Total = 4 (ALTO)	Total = 2 (MEDIO)	Total = 3 (ALTO)	Total = 2 (MUY ALTO)	15
	Limitaciones en infraestructura, equipos y personal para la atención oportuna de emergencias, asociadas al crecimiento urbano y la escasa inversión en gestión del riesgo, afectando comunidades rurales y periféricas.	4 (ALTO)	Total = 3 (MEDIO)	Total = 2 (MEDIO)	Total = 2 (MEDIO)	Total = 2 (MUY ALTO)	13
	Mayor siniestralidad vial asociada al consumo de alcohol, exceso de velocidad, falta de cultura vial, deficiente en las vías, prácticas peligrosas como el gravity bike y la inclusión de nuevos medios de transporte como las patinetas eléctricas. Generando discapacidad desde edad temprana y aumentando la mortalidad.	4 (ALTO)	Total = 2 (BAJO)	Total = 4 (MUY ALTO)	Total = 1 (BAJO)	Total = 2 (MUY ALTO)	13
	Limitada cobertura de agua potable en zona rural del municipio, por deficiencia en infraestructura de acueductos, contaminación de fuentes hídricas, generando enfermedades gastrointestinales y afectando la calidad de vida rural.	4 (ALTO)	Total = 3 (MEDIO)	Total = 1 (BAJO)	Total = 2 (MEDIO)	Total = 2 (MUY ALTO)	12
	Exposición a productos tóxicos como plaguicidas y fertilizantes sin adecuada protección o capacitación, derivada de condiciones laborales precarias y baja supervisión ambiental. Afecta principalmente a trabajadores rurales y sus familias.	3 (MEDIO)	Total = 2 (BAJO)	Total = 2 (MEDIO)	Total = 3 (ALTO)	Total = 2 (MUY ALTO)	12

96

5. 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 la Tabla 6 – Propuesta de respuestas y recomendaciones en el territorio enmarcadas en el PDSP 2022-2031, permite evidenciar una



Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)

2 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000

mbia.



SC4887-1

articulación clara entre los núcleos de inequidad socio-sanitaria priorizados en el municipio de La Ceja del Tambo y los ejes estratégicos y pilares del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública. En su conjunto, la propuesta presenta una visión coherente con los enfoques de determinantes sociales, equidad territorial, gobernanza y fortalecimiento de las redes integrales de servicios de salud, aunque se identifican desafíos significativos para la implementación práctica de las acciones planteadas.

Uno de los aspectos más relevantes es el énfasis en la salud mental y las problemáticas psicosociales, reconocidas como un eje prioritario de intervención. La propuesta sectorial de fortalecer la atención integral en trastornos mentales, ideación suicida y consumo de sustancias psicoactivas se alinea con el Eje 2 del PDSP (Pueblos, comunidades étnicas y sectores poblacionales diversos), que promueve la garantía del bienestar emocional desde un enfoque intercultural y comunitario. La incorporación de acciones orientadas a la promoción de la salud mental en entornos escolares y familiares evidencia una comprensión integral del problema, aunque se requiere reforzar la articulación interinstitucional para ampliar la cobertura y garantizar la sostenibilidad de las estrategias psicosociales.

Otro aspecto relevante es la inclusión de la gestión ambiental y sanitaria rural dentro del enfoque de salud pública territorial. Las respuestas asociadas a la limitada cobertura de agua potable, la exposición a plaguicidas y la contaminación hídrica se articulan con el Eje 3 del PDSP (Determinantes Sociales de la Salud) y el pilar de Soberanía sanitaria y gestión del conocimiento ambiental. La transformación esperada —centrada en el mejoramiento de la calidad del agua, la reducción de riesgos ambientales y la promoción de prácticas agroecológicas seguras— refuerza la necesidad de políticas intersectoriales sostenibles que vinculen salud, ambiente y trabajo rural. Sin embargo, el éxito de estas intervenciones dependerá de la capacidad municipal para gestionar inversiones en infraestructura básica y fortalecer los mecanismos de control ambiental.

En cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer), la propuesta de fortalecer los estilos de vida saludables y la detección temprana se inscribe dentro del Eje 4 (Atención Primaria en Salud) y el pilar de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIITS). Esta orientación es pertinente, dado el incremento sostenido de las patologías crónicas en el municipio y su relación directa con hábitos alimentarios, sedentarismo y factores socioculturales. La propuesta reconoce la importancia de la educación comunitaria y la continuidad del seguimiento médico, aunque el reto sigue siendo la adherencia terapéutica y la reducción de las barreras administrativas en las EPS.



También se destaca el componente de gestión del riesgo y capacidad de respuesta ante emergencias, articulado con el Eje 5 del PDSP (Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias). Las acciones proyectadas —como el fortalecimiento de la infraestructura, la dotación de equipos y la capacitación en emergencias— reflejan la comprensión de las vulnerabilidades del territorio frente a fenómenos naturales, siniestros viales y situaciones de salud pública. Este componente resalta la necesidad de consolidar un sistema local de gestión del riesgo con enfoque preventivo y comunitario, que actualmente constituye una de las debilidades estructurales más notorias.

La propuesta también aborda la violencia intrafamiliar y de género desde un enfoque intersectorial, articulando salud, educación y protección social. Su alineación con el Eje 2 del PDSP enfatiza la garantía de los derechos de mujeres, niñas y adolescentes, así como la necesidad de fortalecer las rutas integrales de atención, la sensibilización comunitaria y la oferta psicosocial. Este enfoque es clave para transformar patrones socioculturales arraigados que perpetúan la inequidad de género y la violencia en el hogar.

En términos operativos, la tabla refleja un esfuerzo por alinear cada problemática con un eje estratégico y un pilar del modelo de salud, demostrando coherencia programática. Los ejes con mayor presencia son el Eje 4 (Atención Primaria en Salud), que concentra la mayoría de las acciones relacionadas con el fortalecimiento del primer nivel de atención, el acceso oportuno a servicios, la vigilancia epidemiológica y la prevención de enfermedades, y el Eje 1 (Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública), que subraya la importancia del liderazgo institucional y la participación social como componentes centrales para la gestión en salud.

La categoría de Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización es la más reiterada en los pilares de acción, lo que evidencia que el municipio reconoce la necesidad de una conducción política y técnica sólida que oriente la gestión territorial de la salud. Sin embargo, también refleja una dependencia de la capacidad institucional local, que en el contexto actual presenta limitaciones en recursos humanos y financieros.

Por su parte, la intersectorialidad se plantea de manera explícita en problemáticas ambientales, educativas y de seguridad alimentaria, lo que constituye un avance conceptual frente a los enfoques tradicionales centrados exclusivamente en la atención médica. No obstante, la efectividad de estas estrategias dependerá de la participación activa de sectores como educación, agricultura, medio ambiente y desarrollo comunitario, cuya presencia en los procesos de planificación sigue siendo débil.

Finalmente, la coherencia con el PDSP 2022-2031 es evidente en la formulación de resultados esperados orientados al fortalecimiento de capacidades locales, la

generación de políticas, planes y programas integrales y el empoderamiento de actores sociales. La propuesta traduce los principios de equidad, territorialidad y participación en líneas de acción concretas, pero su implementación exigirá superar los vacíos históricos de articulación entre los diferentes niveles de gobierno, las entidades prestadoras de servicios y las comunidades. En síntesis, la Tabla 6 constituye una herramienta estratégica que consolida la hoja de ruta para la acción local en salud, priorizando el bienestar integral, la gestión territorial y la reducción de las brechas sociales y ambientales que perpetúan la inequidad en el municipio.



Anexos.

Carpeta comprimida

1. Cartografía Social: fotos, bitácora, anexos capítulos IV, V y VI
2. Infografía

