



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARTICIPATIVO DEL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO

DONALDO FERNAN VIVARES GALLEGO
Alcalde Municipal

LAURA MARCELA GÓNZALEZ LÓPEZ
Secretaría de Salud

Realizado por:

LORENA ANDREA GÓMEZ GALLEGO

Municipio San Jerónimo, Antioquia, Colombia
2025





TABLA DE CONTENIDO

1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	12
1.1 Contexto territorial	12
1.1.1 Localización	12
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio	13
1.1.3 Accesibilidad geográfica	14
1.2 Contexto poblacional y demográfico	15
1.2.1 Estructura demográfica	17
1.2.2 Dinámica demográfica.....	23
1.2.3 Movilidad forzada	25
1.2.4 Población LGBTIQ+.....	26
1.2.5 Dinámica migratoria	27
1.2.6 Población Campesina	28
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	29
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud	35
1.4.1 Políticas Públicas Municipales	37
1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores	38
1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social.....	39
1.6 Conclusiones del capítulo	41
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	43
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	43
2.2 Condiciones de vida del territorio	43
2.3 Dinámica de convivencia en el territorio	46
2.4 Análisis de la población con discapacidad	47
2.5 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social	48
2.6 Conclusiones del capítulo	49
3. CAPITULO III: SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	51
3.1 Análisis de la mortalidad	51
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas.....	51
3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo	57
3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	67





3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental	77
3.1.5 Conclusiones de mortalidad	79
3.2 Análisis de la morbilidad.....	79
3.2.1 Principales causas de morbilidad	79
Morbilidad por ciclo vital	79
3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo	82
3.2.3 Morbilidad específica salud mental	84
3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo	87
3.2.5 Morbilidad de eventos precursores.....	87
3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	88
3.2.7 Morbilidad población migrante.....	89
3.2.8 Conclusiones de morbilidad.....	91
3.3 Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud	92
4. CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	93
5. CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO	96
6. CAPITULO VI: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – APS.	100





LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, San Jerónimo, Antioquia 2025.....	12
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2025.....	14
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, 2025.	14
Tabla 4. Población por área de residencia Municipio de San Jerónimo, Antioquia 2025.....	16
Tabla 5. Población por pertenencia étnica del Municipio de San Jerónimo, Antioquia 2005.....	17
Tabla 6. Indicadores de estructura demográfica en el Municipio de San Jerónimo Antioquia. 2020, 2025, 2030.....	21
Tabla 7. Población por grupos etarios por ciclo vital, municipio de San Jerónimo 2020, 2025 y 2030.	23
Tabla 8. Tasa específica de fecundidad, San Jerónimo, 2014 a 2024.	25
Tabla 9. Actividad económica del municipio de san Jerónimo, 2025.....	29
Tabla 10. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud Municipio San Jerónimo, 2024.	31
Tabla 11. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario Municipio de San Jerónimo, Antioquia 2006 -2024.	33
Tabla 12. Índice de envejecimiento por EAPB, San Jerónimo 2024.....	33
Tabla 13. Tasa bruta de mortalidad y natalidad por EAPB, San Jerónimo 2024.	34
Tabla 14. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, San Jerónimo 2024.	34
Tabla 15. porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, San Jerónimo 2024.	35
Tabla 16. Tasa ajusta de mortalidad por enfermedad del sistema circulatorio, sexo y EAPB, San Jerónimo 2024.....	35
Tabla 17. Relación del acuerdo por el cual se crean las políticas públicas municipio San jerónimo.	37
Tabla 18. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida	44
Tabla 19. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida 2007 al 2024	45
Tabla 20. Tasa de cobertura bruta de educación del Municipio San Jerónimo, Antioquia 2005 – 2022	46
Tabla 21. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales 2024*.....	46
Tabla 22. Distribución de las alteraciones discapacitados certificados, 2025.	48
Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 año por grupo de causas, San Jerónimo Antioquia, 2017 al 2024*.	68
Tabla 24. Tasa de mortalidad en hombres menores de 1 año, por grupo de causas Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2017 al 2024*.	68
Tabla 25. Tasa de mortalidad en Mujeres menores de 1 año, por grupo de causas Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2017 a 2024*.	69





Tabla 26. Tasa de mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años, Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2017 a 2024*.....	69
Tabla 27. Tasa de Mortalidad en hombres menores de 1 a 4 años, Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2017 a 2024*.....	70
Tabla 28. Tasa de mortalidad en Mujeres menores de 1 a 4 años, Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2017 a 2024*.....	70
Tabla 29. Tasa de mortalidad en menores de 5 años, municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*.....	71
Tabla 30. Tasa de mortalidad en hombres menores de 5 años, por grupo de causas municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*.....	71
Tabla 31. Tasa de mortalidad en Mujeres menores de 5 años, por grupo de causas municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*.....	72
Tabla 32. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Municipio de San Jerónimo, Departamento de Antioquia, 2015 a 2024.	72
Tabla 33. Razón de mortalidad materna por etnia. Municipio de San Jerónimo, 2009 al 2023.....	76
Tabla 34. Indicadores de Razón de mortalidad neonatal por área de residencia. Municipio de San Jerónimo de Antioquia, 2014– 2024*.....	76
Tabla 35. Indicadores de Razón de mortalidad neonatal por etnia Municipio de San Jerónimo de Antioquia, 2014– 2024*.....	77
Tabla 36. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, Municipio de San Jerónimo Antioquia 2015 -2024*.....	82
Tabla 37. Distribución porcentual de los subgrupos de morbilidad, Municipio de San Jerónimo Antioquia 2015 – 2024*.....	84
Tabla 38. Distribución porcentual morbilidad salud mental, Municipio de San Jerónimo Antioquia 2015 a 2024.....	86
Tabla 39. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del Municipio de San Jerónimo 2017 al 2024*.....	87
Tabla 40. Eventos precursores, municipio de San Jerónimo 2017 – 2024.....	88
Tabla 41. Semaforización de letalidades por eventos de notificación obligatoria, San Jerónimo 2023.....	88
Tabla 42. Semaforización eventos de notificación obligatoria, San Jerónimo 2023.....	89
Tabla 43. Migrantes atendidos por tipo de atención. Municipio San Jerónimo, 2024.....	90
Tabla 44. Migrantes atendidos por país de procedencia. Municipio San Jerónimo, 2024.....	90





LISTA DE GRÁFICOS

Figura 1. Pirámide poblacional San Jerónimo Antioquia, 2020, 2025, 2030. .	19
Figura 2. Población por sexo y grupo de edad del Municipio de San Jerónimo, 2025.	22
Figura 3. Tasa de crecimiento natural y las tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad Municipio de San Jerónimo, 2014 al 2024*.....	24
Figura 4. Pirámide víctimas del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2024*.....	26
Figura 5. Pirámide poblacional Atención en salud migrantes del Municipio de San Jerónimo Antioquia 2024*.....	28
Figura 6. Como nos reconocemos y queremos ser reconocidos, Agenda Antioquia 2040.....	38
Figura 7. Inversión/demanda, Agenda Antioquia 2040, San Jerónimo.	39
Figura 8. Tasa de mortalidad general según población total del Municipio de San Jerónimo, 2015 – 2024*	53
Figura 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/6. Municipio de San Jerónimo, Antioquia 2015 al 2024*	55
Figura 10. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del Municipio de San Jerónimo, 2015 – 2024*	57
Figura 11. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024.	58
Figura 12. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024.	59
Figura 13. Tasa de mortalidad por neoplasias en hombres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024.	60
Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada por neoplasias en mujeres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*	61
Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada según enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*	62
Figura 16. Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024*.....	63
Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por causas externas en hombres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024*.....	64
Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por causas externas en mujeres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024*.....	65
Figura 19. Tasa de mortalidad por las demás causas en hombres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024*.....	66
Figura 20. Tasa de mortalidad por las demás causas en mujeres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*	67
Figura 21. Tasa de mortalidad neonatal, Departamento de Antioquia y Municipio de San Jerónimo, 2014 -2024*.....	73
Figura 22. Tasa de mortalidad infantil, Departamento de Antioquia y Municipio de San Jerónimo, 2014-2024*	74
Figura 23. Tasa de mortalidad en la niñez, Antioquia Municipio de San Jerónimo, 2014 – 2024*	75





Figura 24. Número de defunciones del Trastornos mentales y del comportamiento. Municipio de San Jerónimo, 2015 – 2024*.	78
Figura 25. Número de defunciones por epilepsia. Municipio de San Jerónimo, 2015- 2024*.	78
Figura 26. Atenciones en salud población migrante según régimen de afiliación, municipio San Jerónimo, 2024.	91





INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación de salud es una herramienta fundamental para comprender y abordar las necesidades sanitarias de una población. Este análisis se enmarca en un contexto global marcado por desafíos emergentes que tienen como objetivo ofrecer una visión integral y participativa de la salud del territorio. A través de un enfoque colaborativo, que busca identificar las prioridades de salud, evaluar los recursos disponibles y proponer estrategias efectivas para mejorar el bienestar de la población.

Los Análisis de Situación de Salud (ASIS) son procesos analítico-sintéticos que permiten caracterizar, medir y explicar el contexto de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean competencia del sector salud o de otros sectores; también facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones, programas y proyectos en el marco de la evaluación de su impacto en salud.

Los resultados y conclusiones del ASIS ofrecen una visión completa de la situación de salud del territorio, proporcionando insumos claves para la toma de decisiones, la elaboración de políticas y la gestión efectiva de los recursos. Este documento se convierte en un instrumento esencial para la comunidad científica, técnica y los tomadores de decisiones, guiando el desarrollo y evaluación de políticas públicas, así como la implementación de planes, programas y proyectos desde la planificación y gestión territorial en salud.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece una hoja de ruta para mejorar la salud de la población en un contexto de inequidades y desafíos emergentes. En este marco, el análisis de situación de salud del territorio se convierte en una herramienta esencial para identificar las necesidades específicas de la comunidad y diseñar intervenciones efectivas, promoviendo un enfoque integral que prioriza la prevención, la promoción de la salud y el acceso equitativo a servicios de calidad.





METODOLOGIA

Para la construcción del documento ASIS del municipio de San Jerónimo, se adopta la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), así como fuentes de información dispuestas por dicha entidad, y fuentes propias que permitan establecer un diagnóstico de salud en el marco de la participación social. Este documento fue diseñado con la estructura propuesta, basada en 6 capítulos.

Se usa como fuentes de información las estimaciones y proyecciones de la población del censo 2018 con actualización de la serie población año 2025 y los indicadores para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la mortalidad se utiliza la información del período entre 2015 al 2024* último año información preliminar, de acuerdo con las bases de datos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Para el análisis de morbilidad se utiliza la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios -RIPS- dispuesta en un visor suministrado por el Ministerio, los datos de los eventos de alto costo y precursores, así como los Eventos de Notificación Obligatoria -ENOS, corresponden a indicadores calculados por el Ministerio y suministrados al ente territorial. El período del análisis para los RIPS es del 2015 al 2024* último año información preliminar; para los eventos de alto costo y los eventos precursores actualizados a 2024*. Se realiza una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud a través de la hoja de cálculo Excel.

Con respecto al componente participativo, se desarrollaron escenarios para consolidar e integrar la información cualitativa y cuantitativa buscando explicar los problemas y necesidades en salud. Para ello, se hizo uso de la técnica de investigación acción participativa bajo la metodología de cartografía social, desarrollando preguntas orientadoras para la comunidad en los relacionado con las problemáticas en el entorno económico, cultural, ambiental y político, permitiendo generar un panorama desde la realidad de los territorios a través de la priorización de los efectos en salud.





AGRADECIMIENTOS

Se expresa un agradecimiento a todas las personas y actores que contribuyeron a la construcción del Análisis de situación de Salud (ASIS) y en especial a:

Ministerio de Salud y Protección Social

por la recopilación y almacenamiento en la bodega SISPRO y por la guía metodológica implementada para la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS).

Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Al grupo de Sistemas de información por el apoyo brindado en la elaboración de los anexos, fuentes de información y demás paquetes estadísticos como insumo importante para la realización del documento ASIS.

A la Administración municipal en cabeza del alcalde y secretarios de despachos

Por la información brindada en los diferentes temas para la actualización y generando importancia a los determinantes sociales y la priorización de los problemas en salud de los Jeronimitas.

A los grupos organizados de salud y a la **comunidad Jeronimita** por el compromiso e información brindada frente a los problemas y necesidades de cada vereda o sector con el fin de buscar una mejor calidad de vida de sus comunidades.





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
COVID 19: Enfermedad por coronavirus SARS COV2 19
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DM: Diabetes Mellitus
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
EOT: Esquema de ordenamiento territorial
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 Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
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
PP: Puntos porcentuales
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TGF: Tasa Global de Fecundidad





1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

Municipio de San Jerónimo, Occidente Antioqueño, Ruta del Sol y el agroturismo, conectado con la ciudad de Medellín por una de las obras de ingeniería más grande de Suramérica como lo es el Túnel de Occidente Fernando Gómez Martínez y la Conexión Vial Guillermo Gaviria Correa, a 34 minutos de la ciudad capital Medellín.

1.1.1 Localización

El Municipio de San Jerónimo está situado a nivel geográfico sobre los 6° 26' 36" de Latitud Norte, y Longitud 75° 43' 18", al occidente del departamento de Antioquia. Su extensión territorial aproximada es de 157 kms² teniendo a nivel urbano una superficie de 2.88 kms², y una extensión rural de 154.1 kms² cubriendo parte de la vertiente Oriental de la Cordillera Central.

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, San Jerónimo, Antioquia 2025.

Municipio	Extensión urbana		Extensión Rural		Extensión total	
	extensión	%	extensión	%	extensión	%
San Jerónimo	2.88	1.8	154.12	98.2	157	100

Fuente: EOT Municipal

Mapa 1. División política administrativa y limites, Municipio de San Jerónimo, Antioquia.



Fuente: Elaboración Universidad Nacional, fuente: IGA





El Municipio de San Jerónimo de acuerdo con la Ordenanza Departamental limita con Sopetrán, San Pedro de Los Milagros, Medellín y con el Municipio de Ebéjico. San Jerónimo municipio del occidente Antioqueño actualmente cuenta con 32 veredas, el mapa 2 solo describe 30 faltando el calvario y el cedral, La vereda de mayor extensión territorial es Loma hermosa.

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

La altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar) es de 750, cuenta con una temperatura media de 25 C).

Altitud y relieve

El Municipio de San Jerónimo se ubica en la base de una ramificación de la cordillera central, presenta un paisaje variado con ondulaciones moderadas y altas, al descender sobre la parte de las estribaciones de la Cordillera, se encuentra el Casco Urbano de San Jerónimo. San con una Altitud media: 1.417 m, Altitud mínima: 471 m, Altitud máxima: 3.058 m Se encuentra a 750 metros sobre el nivel del mar y tiene una temperatura promedio de 25°C.

Hidrografía

La cuenca del Río Aurra (que recibe todas las aguas del territorio municipal) nace en la vereda Llanos de Ovejas en el Municipio de San Pedro de los Milagros. La Quebrada La Muñoz, tiene muchos tributarios y desemboca en el río Aurra, nace en la parte alta de la vereda Alto Frío. De ella se abastecen dos acueductos veredales y el de la cabecera municipal de San Jerónimo. La Quebrada La Grande y Los Cedros nacen en la parte alta de la vereda el Chocho, en límites con el municipio de Belmira y desemboca en el río Aurra. La Quebrada La Sucia nace en Boquerón y desemboca en el río Cauca. Su nacimiento está bien protegido y bordea el límite entre San Jerónimo y Ebéjico. La Quebrada Tafetanes nace en la vereda El Mestizo, en límites con Sopetrán y es afluente del Río Aurra. Esta Quebrada, se seca totalmente en verano. Es importante a resaltar, la gran oferta hídrica que hay en el territorio municipal de San Jerónimo lo que debiera redundar en una mayor protección de los nacimientos y las cuencas en general

Zonas de riesgo

Entre los registros históricos se encuentran avenidas torrenciales, inundación, movimientos en masa, incendios de cobertura vegetal, vendavales y sismos. Con base en los registros y la recurrencia de los fenómenos, se levantó un mapa





preliminar de amenaza del municipio. El evento de mayor registro en diferentes veredas como Poleal, Buenos Aires, Alto colorado Monte frio, Estancias, Llano de San Juan, El Berrial, Pesquinal y Mestizar por movimiento en masa, siendo esta última vereda la más afectada.

1.1.3 Accesibilidad geográfica

San Jerónimo está localizado en la subregión Occidente del departamento de Antioquia. Su cabecera dista 35 kilómetros de la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia. El municipio se ha beneficiado a través de proyectos de placa huellas lo que ha mejorado la accesibilidad.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2025.

Municipio	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital de Departamento, en minutos	Distancia en kilómetros entre el Municipio más alejado a la ciudad capital del Departamento	Tipo de transporte desde el Municipio más alejado a la ciudad capital del Departamento
San Jerónimo	105	35	Terrestres carretable

Fuente: Secretaria de planeación y obras públicas Municipal.

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

Municipio	Tiempo de traslado entre el Municipio y su Municipio vecino*	Distancia en Kilómetros entre el Municipio y su Municipio vecino*	Tipo de transporte entre el Municipio y el Municipio	Tiempo estimado entre el Municipio y el Municipio vecino	
				Horas	minutos
Sopetrán	20 minutos	10.7	Bus, colectivo	0	20
San Pedro de los	1.45 horas	53.4	Bus, colectivo	1	45
Medellín	1:00 horas	34	Bus, colectivo	1	0
Ebéjico	1 hora y 40 minutos	36.62	Bus, colectivo	1	40

Fuente: secretaria de planeación y obras públicas Municipal.

La siguiente información emitida por la Secretaría de Planeación y obras pública del municipio información tomada desde la zona urbana parque principal de cada cabecera municipal, con trayectos por las vías principales y que no necesariamente corresponde al tramo más corto. En promedio las velocidades están entre 30 y 60 km/h debido a la geografía del territorio Antioqueño.

Vías de Orden Local

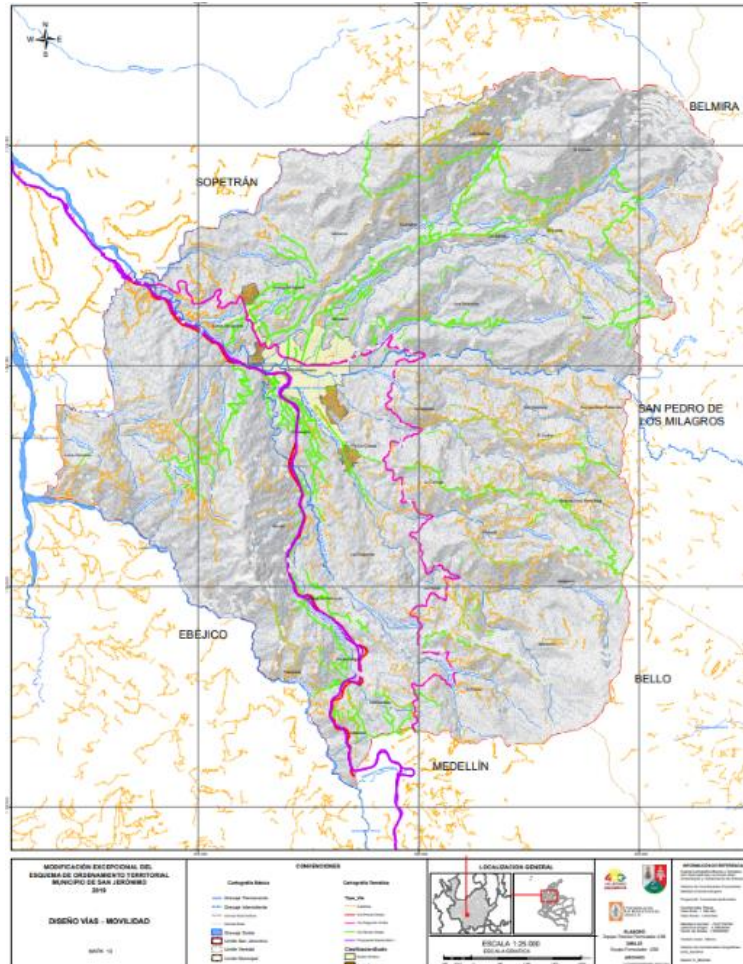
Corresponde a las vías de orden urbano que conforman la malla vial del casco urbano y aquellas que permiten los diferentes desplazamientos y movimientos de flujos locales entre la zona urbana y las diferentes veredas. Encontramos en





este nivel la vía a Loma Hermosa, vía a Llano Arriba, vía a El Rincón, vía a Las Acacias, entre otras que cumplen la misma función en el municipio.

Mapa 2. Vías de acceso y comunicación Municipio de San Jerónimo.



Fuente: Plan de ordenamiento territorial Municipio de San Jerónimo

1.2 Contexto poblacional y demográfico

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

Población total

El Municipio de San Jerónimo, Antioquia, según información del DANE al año 2025 es de 16.609 habitantes, se presenta su mayor población en la zona rural con 8.450 habitantes. Existe en el municipio población flotante en los últimos años, debido a la crisis dada por la migración de población venezolana la cual se





ha acentuado en el municipio, en busca de mejores condiciones de vida. La población tiene un leve predominio del sexo femenino (8.491), que equivale a un 51.12% de la población; el sexo masculino (8.118) equivale a un 48.87%.

Densidad poblacional por km²

La densidad poblacional para San Jerónimo es de 105.8 habitantes por km², lo que indica que en promedio por cada kilómetro cuadrado de superficie viven 105 personas. Habitualmente las zonas urbanas presentan una densidad de población más alta que las zonas rurales, sin embargo, en el municipio de San Jerónimo, se observa lo contrario, la densidad poblacional es mayor en la zona rural, indicando mayor construcción de casa en la zona rural.

Tabla de Población por área de residencia

El porcentaje de la población por área de residencia, expresa el peso relativo de la población urbana o rural con respecto a la población total. La población por área de residencia para el municipio de San Jerónimo en el año 2024, muestra una distribución de 8'049 personas que residen en la zona urbana o cabecera municipal, equivalente al 48.8% de la población total y 8'450 personas residentes de la zona rural o resto poblado, equivalente a 51.2%. El municipio presenta una densidad rural mayor que la urbana, dado a que su grado de urbanización está por debajo del 50%.

Tabla 4. Población por área de residencia Municipio de San Jerónimo, Antioquia 2025

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
Nº	%	Nº	%		
8.159	49.1	8.450	50.9	16.609	49.1

Fuente: Estimación y proyecciones de población - DANE

Grado de urbanización

Con relación al grado de urbanización el Municipio de San Jerónimo, tiene un grado 49.1% el cual muestra una concentración menor en la zona urbana compara con la zona rural, con una buena perspectiva de desarrollo económico, por lo que es necesario construir políticas agronómicas que incentiven a toda la población rural y urbana del municipio a construir una economía sostenible.





Número de viviendas

Según la base de datos del SISBEN el Municipio de San Jerónimo presentaba una distribución de 5.294 viviendas, distribuidas 2.405 zona urbana y 2.889 zona rural.

Número de hogares

El Municipio de San Jerónimo según base de datos SISBEN, presenta para la zona urbana 2.460 hogares y para la zona rural 2.938, para un total de 5.398 hogares.

Tabla de Población por pertenencia étnica

Con relación a la pertenencia étnica no se cuenta con información actualizada, el municipio de San Jerónimo presentaba una población indígena de 12 casos, correspondiente a un asentamiento en la vereda el mestizo de familias de indígenas que llegaron a trabajar. La población negra, mulata y afrocolombiana registrada es de 46 personas, equivalente a un 0.3% de la población. El mayor porcentaje con 16.551 no presentan ningún grupo étnico.

Mapa no disponible en ninguna fuente de información.

Tabla 5. Población por pertenencia étnica del Municipio de San Jerónimo, Antioquia 2005

Autorreconocimiento étnico	Casos	%
Indígena	12	0,1%
Gitano(a) o Rom	0	0,0%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0,0%
Palenquero(a) de San Basilio	0	0,0%
Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	46	0,3%
Ningún grupo étnico-racial	16.551	99,7%
Total	16.609	100%

Fuente: DANE – SISPRO

1.2.1 Estructura demográfica

Pirámide poblacional

La estructura poblacional representa la proporción de habitantes por grupo de edades quinquenales y de género, el análisis permite identificar cambio en el comportamiento de la población. La pirámide poblacional de San Jerónimo para





los años 2020, 2025 y 2030 muestra un proceso claro de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población. En 2020 (línea roja) se observaba una estructura aun relativamente joven, con una base ancha correspondiente a los grupos de 0 a 19 años, que refleja una fecundidad moderada. Sin embargo, en las proyecciones para 2025 (gris) y 2030 (azul) la base tiende a estrecharse, evidenciando una disminución progresiva en los nacimientos y un incremento en la proporción de adultos y personas mayores, indicando una pirámide regresiva.

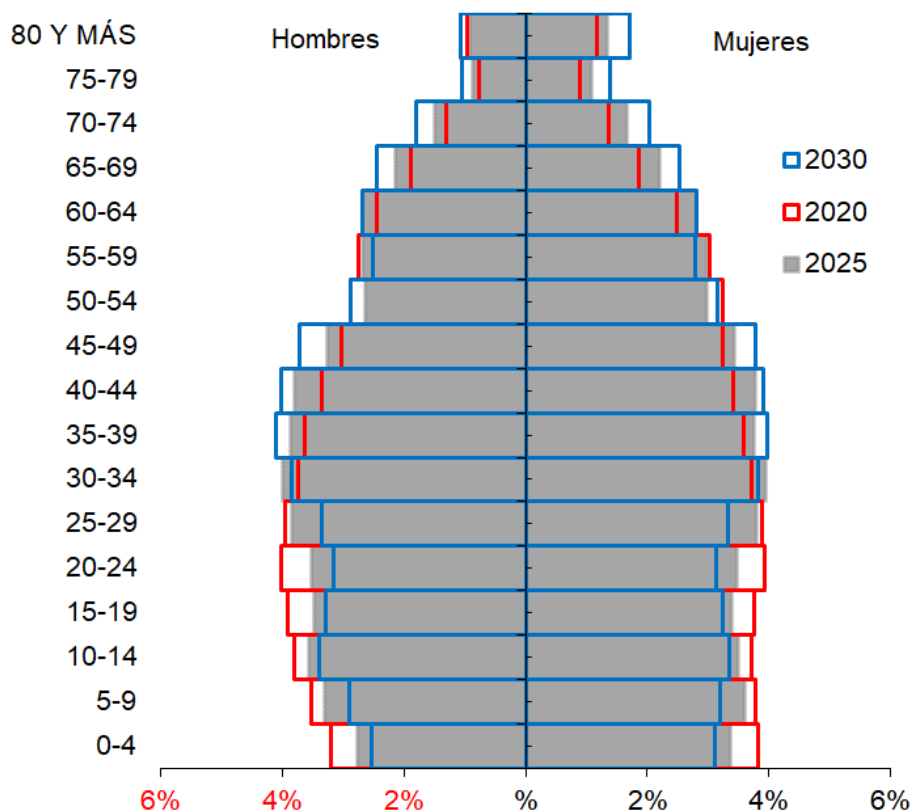
La parte media de la pirámide (25 a 54 años) se amplía en los tres periodos, indicando una mayor concentración de población en edad productiva, lo que sugiere una ventana demográfica aprovechable para el desarrollo social y económico, por lo que el municipio debe mejorar las fuentes de ingreso, teniendo en cuenta las oportunidades de empleo y de educación, evitando la migración a ciudades capitales. Por otro lado, los grupos de 60 años y más se ensanchan gradualmente, especialmente hacia 2030, lo que confirma el proceso de envejecimiento poblacional. Este fenómeno implica una transición epidemiológica en la que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como hipertensión, diabetes y cáncer, tenderán a aumentar, mientras las patologías infecciosas disminuirán, fenómeno que conllevaría trabajar en el fortalecimiento de los programas, planes y proyectos para la población adulta mayor.

En síntesis, la pirámide poblacional de San Jerónimo entre 2020 y 2030 muestra una población que pasa de ser predominantemente joven a una más madura y envejecida, reflejando una transición demográfica avanzada. Este cambio demanda fortalecer la atención primaria, la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de un envejecimiento activo, con el fin de mantener la calidad de vida y la sostenibilidad del sistema de salud en el mediano y largo plazo.





Figura 1. Pirámide poblacional San Jerónimo Antioquia, 2020, 2025, 2030.



Fuente: Estimación y proyecciones de población DANE – SISPRO – MSPS

Otros indicadores demográficos

Relación hombre: mujer: La relación hombre/ mujer indica que para San Jerónimo en el año 2020 por cada 97 hombres había 100 mujeres, mientras que para el año 2025, por cada 96 hombres había 100 mujeres

Razón de niños: mujer: En el año 2020 por cada 28 niños y niñas (0 – 4 años), había 100 mujeres en edad fértil (15 - 49 años), mientras que para el año 2025 por cada 24 niños y niñas (0 - 4 años), había 100 mujeres en edad fértil, según proyección el indicador continúa bajando como efecto del control de la natalidad.

Índice de infancia: En el año 2020 de 100 personas, 22 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 20 personas menores de 14 años población dependiente.





Índice de juventud: En el año 2020 de 100 personas, 23 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 22 personas

Índice de vejez: El índice de vejez muestra una tendencia a aumentar a través de los años analizados ya que para el año 2020 de cada 100 personas, 10 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 12, para el año 2030 por cada 100 persona, 14 corresponderán a la población de 65 años y más, indicando que el municipio de San Jerónimo tiene una tendencia al envejecimiento de la población, la cual es dependiente y vulnerable, y es debido a esto que se debe brindar enfoques y actividad específicas.

Índice de envejecimiento: En el año 2020 por cada 100, había 47 habitantes en el grupo de población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 58 personas, según proyección al 2030 por cada 100 personas mayores de 15 años, habitarán en el municipio 75 personas de 65 años y más, indicando el aumento de la población envejeciente y la disminución de la población económicamente activa.

Índice demográfico de dependencia: En el año 2020 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 47 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 47 personas.

Índice dependencia infantil: En el año 2020, 32 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 30 personas, con una tendencia a la disminución de la dependencia infantil y aumento de la población económicamente activa y productiva.

Índice de dependencia de mayores: En el año 2020, 15 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. Este indicador se proyecta con un aumento para años futuros.

Índice de friz: Según el índice de Friz para el municipio de San Jerónimo en el año 2025 la población se consideraba madura dado que existía un índice 90, es decir la población no esta joven ni envejecida, sin embargo, existe una tendencia a través del tiempo de una población envejecida.





Al analizar los indicadores anteriores de manera general, se puede deducir que la población adulta mayor va en aumento, tanto el índice demográfico de dependencia, como el índice de dependencia infantil tienen una disminución entre los años 2019 a 2025, causada por el descenso de la población menor de 15 años. Contrario a lo que sucede con el índice de dependencia de mayores, el cual incrementa en los años analizados.

Por último, el comportamiento del índice de Friz muestra en el año 2020, 2025 y 2030 una población en una edad media, ni joven ni vieja dado a que el índice está entre 60 y 160, para el año 2020, un índice de 106, año 2025 índice de 90 y una proyección para el año 2030, un índice de 80, y tendiente a una población vieja a través del tiempo; es por esto que se deben fortalecer los programas dirigidos a esta población, promoviendo los estilos y hábitos de vida saludable, brindando una mejor calidad de vida y que esta población llegue a su edad adulta sana, abonando esfuerzo en la política pública de vejez.

Tabla 6. Indicadores de estructura demográfica en el Municipio de San Jerónimo Antioquia. 2020, 2025, 2030.

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Poblacion total	15.905	16.609	17.053
Poblacion Masculina	7.818	8.118	8.316
Poblacion femenina	8.087	8.491	8.737
Relación hombres:mujer	96,7	95,6	95,2
Razón niños:mujer	27,5	24,0	22,5
Indice de infancia	21,8	20,1	18,5
Indice de juventud	23,5	21,5	19,5
Indice de vejez	10,2	11,8	14,0
Indice de envejecimiento	46,7	58,5	75,8
Indice demografico de dependencia	47,1	46,9	48,2
Indice de dependencia infantil	32,1	29,6	27,4
Indice de dependencia mayores	15,0	17,3	20,8
Indice de Friz	106,6	90,6	80,2

Fuente: Estimación y proyecciones de población DANE – SISPRO – MSPS

La figura poblacional por sexo y grupo de edad para el Municipio de San Jerónimo, muestra una población predominantemente joven-adulta, con mayor número de mujeres en edades avanzadas, lo que sugiere una transición demográfica intermedia, esto dado a que presenta un mayor autocuidado, acuden con mayor frecuencia a servicios de salud, y presentan una mayor adherencia a los tratamientos, al igual que una mayor participación en grupos organizados, donde permanece el cuidado y estilos de vida saludable manifestando entonces la diferencia entre la expectativa de vida entre hombres



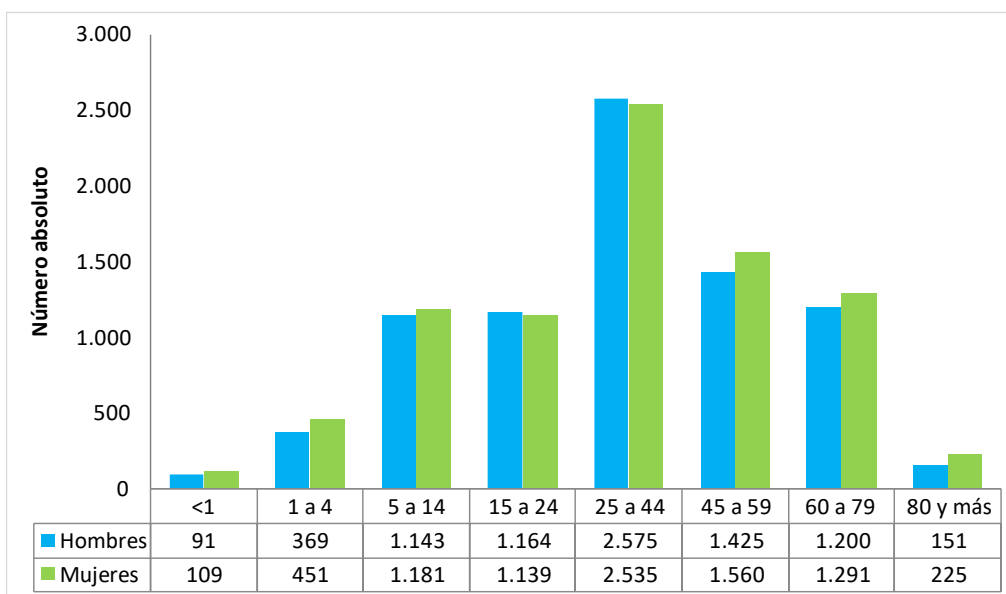


y mujeres, lo que ha permitido una planificación y priorización de intervenciones en salud.

El grupo más numeroso es el de 25 a 44 años, tanto en hombres (2,575) como en mujeres (2,535), lo que indica una alta proporción de población en edad productiva. En la mayoría de los grupos etarios, las cifras son similares entre hombres y mujeres, aunque se observa una ligera predominancia femenina en los grupos de mayor edad (45 años y más).

La presencia creciente de personas mayores sugiere la necesidad de fortalecer la atención a enfermedades crónicas no transmisibles, rehabilitación y cuidados geriátricos.

Figura 2. Población por sexo y grupo de edad del Municipio de San Jerónimo, 2025.



Fuente: DANE – SISPRO

La gráfica muestra la proyección porcentual de la población del municipio de San Jerónimo por grupos de edad para los años 2020, 2025 y 2030, se observa una tendencia de envejecimiento poblacional, con un aumento progresivo en los grupos de mayor edad y una disminución relativa en los grupos más jóvenes.

Grupo de 25 a 44 años: Es el grupo más numeroso, lo que indica una población predominantemente adulta joven, en edad productiva y reproductiva.





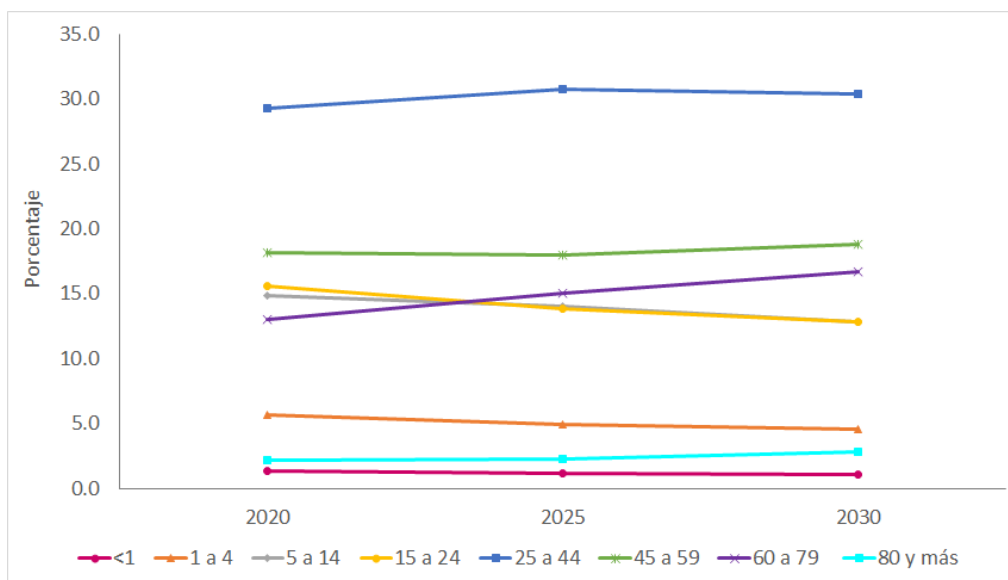
Grupo de 45 a 59 años: Presenta una tendencia al aumento, lo que sugiere una transición demográfica hacia el envejecimiento.

Grupo de 60 a 79 años y de 80 y más: También muestra una ligera tendencia al incremento, reflejando una mejora en las condiciones de vida y mayor esperanza de vida, pero implica mayores necesidades en atención a enfermedades crónicas, y servicios para el adulto mayor

Grupos de menores de 15 años: Evidencian una reducción paulatina, lo que refleja baja fecundidad y natalidad, coherente con el envejecimiento poblacional.

Grupo de 15 a 24 años: Presenta una leve disminución, lo que puede relacionarse con migración por motivos educativos o laborales.

Tabla 7. Población por grupos etarios por ciclo vital, municipio de San Jerónimo 2020, 2025 y 2030.



Fuente: DANE – SISPRO

1.2.2 Dinámica demográfica

La tasa bruta de Natalidad para el municipio de San Jerónimo muestra una tendencia descendente a lo largo del periodo, con algunas fluctuaciones: sube levemente entre 2016 y 2019, alcanzando su punto más alto en 2019 (9,9%), para luego caer de forma sostenida hasta 6,7% en 2024. Esto indica que cada vez nacen menos personas en el municipio, lo cual podría estar relacionado con factores como la migración, el envejecimiento poblacional o cambios en las decisiones reproductivas

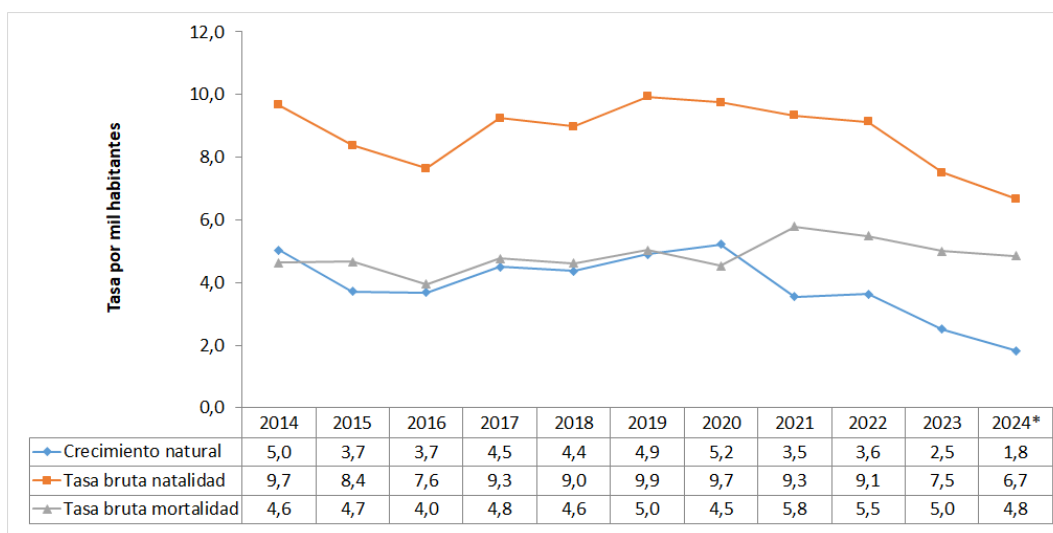




Respecto a la tasa bruta de mortalidad, se mantiene relativamente estable entre 2014 y 2019 (alrededor de 4,6 a 5,0 muertes por mil habitantes). A partir de 2020 se observa un aumento, alcanzando su punto máximo en 2021 (5,8%), posiblemente relacionado con los efectos de la pandemia de COVID-19. Luego desciende ligeramente y se estabiliza en torno a 4,8% en 2024 dato preliminar.

La dinámica demográfica para el Municipio de San Jerónimo presenta un crecimiento natural en descenso, para el año 2024 fue bajo (1,8%), con baja natalidad (6,7 %) y mortalidad moderada (4,8 %), indicando un crecimiento poblacional mínimo y una población envejecida, lo que implica fortalecer programas de atención al adulto mayor y enfermedades crónicas, mantener la prevención de la mortalidad prematura (cardiovascular, cáncer, accidentes) y promover políticas que atraigan o retengan población joven, evitando la migración a ciudades capitales.

Figura 3. Tasa de crecimiento natural y las tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad Municipio de San Jerónimo, 2014 al 2024*.



Fuente: Estadísticas vitales DANE-SISPRO-MPS

Tasas específicas de fecundidad 10 a 14, 15 a 19, 10 a 19

En el municipio de San Jerónimo, la tasa de fecundidad en el grupo de 10 a 14 años ha sido muy baja o nula durante la mayoría de los años, con valores puntuales que no superan 5 nacimientos por mil adolescentes, encontrándose inclusive durante 5 años seguidos una tasa encero. En el año 2024, datos preliminares se observa un leve aumento, sin embargo, sigue siendo una frecuencia mínima y esporádica, lo que indica baja ocurrencia de embarazos en niñas menores de 15 años, dado a las políticas y programas implementados





frente al tema de embarazo en adolescentes, maternidad responsables y proyectos de vida en adolescentes.

En el grupo de 15 a 19 años, la tasa desciende de 69 en 2014 a 21 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, en el año 2024, dato preliminar, lo que representa una reducción de más del 65% en la fecundidad adolescente.

Este comportamiento se evidencia dado a los avances en la educación sexual, acceso a métodos anticonceptivos y atención integral en salud sexual y reproductiva, aunque persisten fluctuaciones que evidencian la necesidad de mantener estrategias preventivas continuas, esta tendencia también se ha evidenciado en la tasa de fecundidad de 10 a 19 años.

Tabla 8. Tasa específica de fecundidad, San Jerónimo, 2014 a 2024.

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	1.8	0.0	5.3	0.0	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	
De 15 a 19	69.4	51.2	46.7	63.5	58.6	48.9	45.7	35.9	56.8	36.6	21.1	
De 10 a 19	35.9	25.7	25.9	31.4	31.6	24.7	23.0	18.0	28.3	18.1	12.2	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.3 Movilidad forzada

San Jerónimo no ha presentado problemas en materia de orden público de gran magnitud, hay hechos aislados que han ocurrido pero que no han significado un problema grande de movilidad forzada, es un municipio que presenta poco desplazamiento interno, sin embargo ha sido un municipio receptor de población víctima de conflicto armado, con una alta proporción en condición de desplazamiento, muchos de ellos residen en la zona rural donde se han acentuado y han logrado conseguir trabajo en fincas de recreo, como mayordomos.

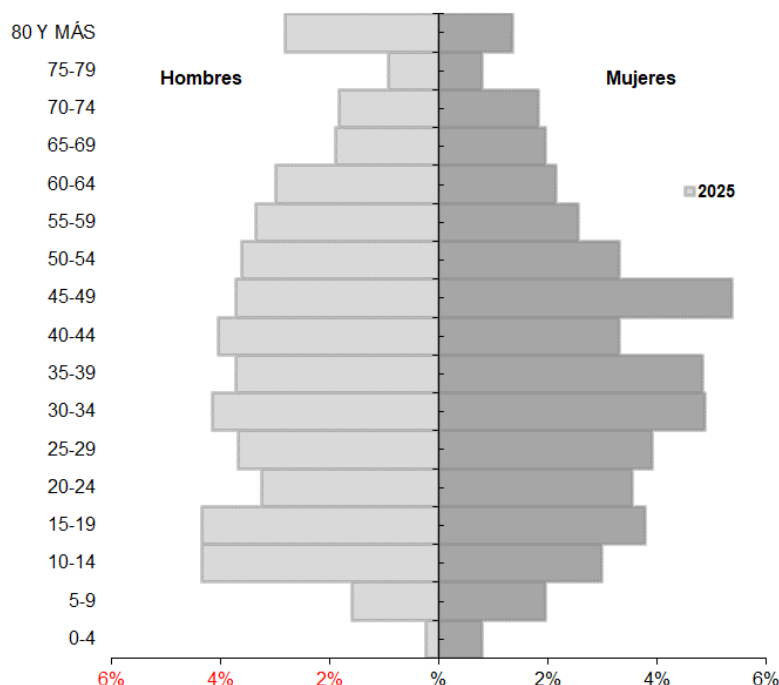
Según base de datos extraída de RUV- SISPRO-MSPS para el año 2025, en el municipio de San Jerónimo aparecen registrados 1.633 víctimas del conflicto armado siendo el desplazamiento forzado el mayor hecho victimizaste, con 1.200 casos, seguido de homicidios con 483 víctimas reportadas, es importante resaltar que una persona puede tener varios hechos victimizaste. Del total de víctimas registrada el 51% son hombres y el 49% mujeres, según grupo de edad y sexo el mayor número de víctimas se ha dado en el grupo de 45 a 49 años con 88 mujeres Y 61 hombres.





En la población víctima reportada para el municipio se observa pocos hombres y mujeres de 0 a 4 años con un total de 17 víctimas y en los adultos de 80 y más se observa un total de 68 víctimas siendo más hombres que mujeres.

Figura 4. Pirámide víctimas del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2024*.



Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD

1.2.4 Población LGBTIQ+

Desde la administración municipal se han generado puntos de escucha con la población LGBTIQ+, en los diferentes procesos, actividades y programas, generado espacios para su participación y auto reconocimiento, sin embargo, de los cuales muy poco se han identificado como población LGBTIQ+.

Se ha logrado la participación en la Asamblea Departamental de la población LGTBIQ+ de dos jóvenes representantes del municipio donde se dieron a conocer los mecanismos para cuidar la vida y abrazar la diversidad desde la convicción de una Antioquia diversa en la que todos y todas se pueden estar a salvo para poder avanzar hacia mejores condiciones de igualdad y equidad de género.

A su vez se participó en el proyecto de ordenanza para la política pública para la garantía y ejercicio pleno de los derechos humanos, los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas con orientaciones sexo-afectivas, identidades de género, expresiones de género, y características sexuales no





hegemónicas. Y se creó a través de formularios expuestos en las redes sociales con el fin de conocer iniciativas o elementos desde la sociedad civil y la administración que se puedan trabajar en el tema como ruta de partida para los próximos años sin respuesta asertiva.

Según la base de datos se han reconocido tres hombres homosexuales, y 2 mujeres transexual, en edades comprendidas entre 20 a 55 años de edad y participan en grupo convocados, en el programa del adulto mayor se encuentra un hombre, reconocido e identificado como mujer.

1.2.5 Dinámica migratoria

El municipio de San Jerónimo no es ajeno a la situación que está viviendo el país en general frente al fenómeno migratorio, todo este fenómeno es debido a la crisis política, económica y social; crisis financiera, escasez de productos básicos y medicinas, el aumento del desempleo por el cierre de empresas privadas y la migración masiva hacia otros países de la región.

Según información departamental San Jerónimo, es el municipio de la región occidente que tiene el mayor número de migrantes venezolanos los cuales se han desplazado forzosamente por la cuestión económica- política del país vecino, afectando a estas personas económica, social y psicológicamente; por lo tanto, es una población muy vulnerable en términos del conflicto.

Según los RIPS reportados en circular 029, atenciones en salud de los migrantes con un total de 212, la pirámide poblacional muestra una mayor distribución proporcional en las mujeres con un total de 152, siendo el grupo poblacional de 20 a 24 años las de mayor distribución en el municipio, seguido del grupo poblacional de 30 a 39 con una mayor distribución en las mujeres, fenómeno posiblemente dado por la migración de madres gestantes en busca de una adecuada atención del parto y cuidados de su bebe en los primeros años de vida, respecto a los hombres del total de 60 la mayor distribución se da en el grupo de 0 a 4 años, con un total 12 migrantes.

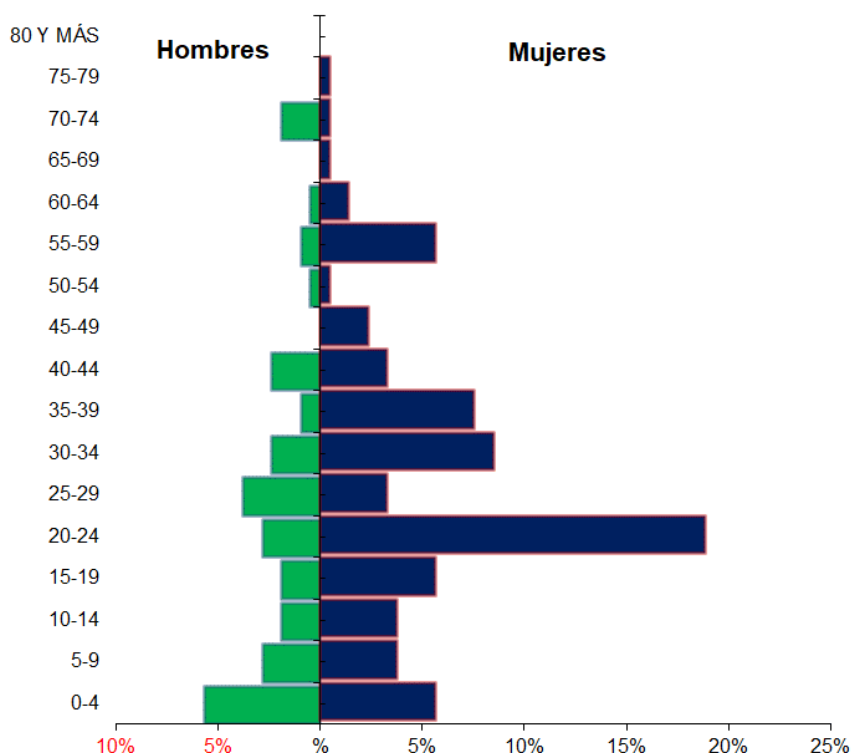
Por otro lado, se observa que la población adulta de 78 y más, tiene la distribución más baja, indicando que en su mayoría la población joven fue la que migro y en particular al municipio buscando fuentes de empleo y formas de supervivencia; sin embargo, esta dinámica migratoria aumenta el requerimiento en servicios de salud, educación, vivienda, empleo, trayendo un desequilibrio entre la oferta y la demanda provocando problemáticas sociales como hacinamiento, convivencia y problemas de salud no prevenibles.





La pirámide poblacional de atención en salud se observa progresiva de base ancha mostrando más hombres y cima pequeña, lo que indica una población con menos desarrollo y muy joven.

Figura 5. Pirámide poblacional Atención en salud migrantes del Municipio de San Jerónimo Antioquia 2024*.



Fuente: RIPS- Circular 029. Bodega de datos del SISPRO.

1.2.6 Población Campesina

San Jerónimo es un municipio donde predomina la ruralidad, encontrando que el 51% es zona rural, la población campesina se ocupa de gran parte de la agricultura, ganadería u otras ocupaciones similares, en muchas de las veredas se producen y realizan actividades como forma de sobrevivencia para su propio consumo o forma de subsistir económicamente. Según información de la Secretaria de Desarrollo Económico en el municipio existe veredas que cuenta con asociaciones legalmente constituida como lo son la Asociación de Aromáticas, también existen actividades económicas reconocidas en el municipio de las cuales forman partes varios pobladores de varias veredas los cuales los reconocen como campesinados, se observa una mayor participación de los hombres.





Tabla 9. Actividad económica del municipio de san Jerónimo, 2025

PRODUCTO	SEXO	NUMERO DE PERSONAS	VEREDAS
Aromáticas	Masculino	5	Poleal
	Femenino	11	
	Total	16	
Apicultura	Masculino	18	Cienaga, El Berial, Los cedros, La palam, Llano de Aguirre, Buneos Aires, El Altico, Cedral, Matasano, El chocho
	Femenino	4	
	Total	22	

Fuente: Secretaria de Desarrollo Económico

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

El municipio de San Jerónimo cuenta con instituciones de protección social como comisaria de familia, personería Municipal, casa de la mujer, centro vida, cajas de compensación familiar, en el caso del sector salud, cuenta con oficinas de EAPB como los son Savia salud, SURA y Nueva EPS, una ESE de primer nivel, dos consultorios particulares, un laboratorio particular, una IPS Odontológica, 4 consultorios odontológicos, una optometría, una fundación y el cuerpo de bomberos voluntarios.

A su vez el municipio cuenta con la implementación y el desarrollo de la política de participación social en salud, con la implementación fortaleciendo el comité de participación comunitaria (COPACO) y el Consejo territorial de seguridad social en salud (CTSSS) y las veedurías y líderes comunitarios fortaleciendo la confianza y el trabajo articulado entre las instituciones y las comunidades.

El equipamiento institucional del sector educativo para el año 2025 contaba con 26 instituciones educativas, a nivel urbano y rural. A nivel urbano, posee 4 instituciones educativas que son la Escuela Normal Superior "Genoveva Díaz", la I.E. Rural Agrícola, La I.E. Benigno Mena González y la CER el Altico A nivel rural, existen 16 centros educativos que, en su mayoría, ofrecen cobertura a estudiantes de los grados de preescolar, básica primaria, básica secundaria y media vocacional; la Normal con 2 sedes y La Institución Educativa Rural con 5 sedes - cuatro rurales y una urbana.

- **Servicios habilitados IPS**

San Jerónimo cuenta con los servicios de la ESE Hospital San Luis Beltrán, tiene habilitados los servicios para primer nivel de atención; además de los





relacionados en la tabla siguiente, también se cuenta con servicios como planificación familiar, urgencias, medicina general y transporte asistencial básico.

El municipio más cercano para la atención del segundo nivel esta aproximadamente 20 minutos, en el año 2024 se abrió el servicio de imagenología la cual en la actualidad se encuentra contratado con las aseguradoras, con los programas del plan de intervenciones colectiva y las acciones atención primaria en salud, los equipos básicos de salud, se brindar acompañamiento y educación a la comunidad, desde las diferentes dimensiones se trabaja en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La ESE Hospital también desarrolla la estrategia hospital en su vereda, donde realiza el desplazamiento de profesionales en enfermería, médicos, odontología, laboratorio y farmacia para atender los pacientes de las diferentes zonas rurales del municipio. y en acompañamiento con el programa adulto mayor y discapacidad se realizan atención en casa a pacientes con movilidad reducida.





Tabla 10. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud Municipio San Jerónimo, 2024.

Grupo Servicio	Indicador	2024
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	2
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	2
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1

Fuente: Base de datos Ministerio Indicadores RES y capacidad instalada 2024.





En el municipio de San Jerónimo según los indicadores del **sistema sanitario**, se muestran un comportamiento favorable, el porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios es de 1.2%, este no presenta diferencia significativa con relación al indicador departamental, el cual está en 7.3% de hogares con barreras de acceso; en cuanto a las **barreras de acceso a los servicios de salud** se evidencia para el municipio que el 1.7 % de los hogares tienen barreras, indicadores bajo comparado con el departamental.

Respecto a la **cobertura de afiliación al SGSSS** para el municipio de San Jerónimo en el año 2024 fue de 79% según los determinantes intermedios en comparación con el departamento de Antioquia, presenta diferencia significativa, sin embargo, se evidencia la población cubierta con salud, la población flotante y una pequeña muestra de población que no cumplen con los requisitos para afiliarse al régimen subsidiado, y no realizan afiliación al contributivo o contribución solidaria. Se ha logrado a través de campañas masivas y educativa aumentar la cobertura de afiliación y sensibilización a la población no afiliada.

La distribución porcentual de la **vacunación por biológico BCG para nacidos vivos** muestra una cobertura crítica para el municipio de San Jerónimo, para el año 2024 se observó una cobertura de 7.2% coberturas bajas, con una diferencia significativa en comparación al departamento, indicador bajo por la falta de partos en la institución de salud del municipio, dado a que es un primer nivel de atención muchas madres buscan la atención del parto en la ciudad de Medellín o en el municipio de Santa Fe de Antioquia buscando una atención de especialista para el cuidado de ellas y de su bebé.

Para las **Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año** se observa para el año 2024 una cobertura del 76.5%, la **vacuna de polio 3 dosis en menores de 1 año** que presenta una cobertura del 77.3%, La **cobertura de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año**, porcentaje de 83.9% coberturas sin diferencia estadísticamente significativa entre el indicador departamental y el municipal, lo ideal es encontrar cobertura por encima del 95% sin embargo por escasez de biológicos o niños con migración no se ha logrado coberturas completas, el municipio realiza estrategias de captación y jornadas de vacunación.

El Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal, la Cobertura de parto institucional y el porcentaje de partos atendidos por personal calificado no presentaron diferencia estadísticamente significativa entre el indicador departamental. Estos dos últimos están por encima del 99%. El municipio cuenta con un 89.1% de nacidos vivos con más de 4 controles prenatales, se debe fortalecer la demanda inducida y la capacitación a





madres gestantes para que se aumente el porcentaje de embarazadas con controles prenatales y así evitar riesgo en el embarazo y parto.

Tabla 11. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario Municipio de San Jerónimo, Antioquia 2006 -2024.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	San Jerónimo	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE) 2019	7.3	1.2																
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE) 2019	2.6	1.7																
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103.4	79.0																
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS) 2024	88.6	7.2																
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	89.0	76.5																
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88.8	77.3																
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	91.7	83.9																
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) 2024	92.9	89.1																
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2024	99.4	99.0																
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE) 2024	99.4	99.1																

Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

• **Caracterización EAPB**

Respecto a la estructura demográfica y de acuerdo al análisis municipal, se analiza el índice de envejecimiento dado a que la población del municipio a través del tiempo tiene a envejecer, para el régimen subsidiado la EPS SURA es quien tiene mayor población longeva, por cada 100 habitantes había 91 personas de 65 años y más, en el régimen contributivo la mayor longevidad la aporta la Nueva EPS, con 59 personas entre 65 años y más, indicando una disminución de la población económicamente activa.

Tabla 12. Índice de envejecimiento por EAPB, San Jerónimo 2024.

EAPB	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
NUEVA EPS	33.74	59.25
SAVIA SALUD	65.64	22.37
EPS SURA	91.67	34.95

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)





La EPAB que mayor mortalidad aporta es savia salud y sura EPS, por cada mil habitantes murieron 2 en el régimen subsidiado. Respecto a la mayor tasa bruta de natalidad se presentó mayor tasa de natalidad en la EAPB nueva EPS, por cada mil nacidos vivos se presentaron 7 en el régimen Subsidiado y 2 en el contributivo.

Tabla 13. Tasa bruta de mortalidad y natalidad por EAPB, San Jerónimo 2024.

EAPB	Tasa bruta de mortalidad		Tasa bruta de Natalidad	
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO
SURA	0.00	1.58	1.86	3.15
NUEVA EPS	0.00	0.00	2.82	7.40
SAVIA SALUD EPS	0.00	1.56	1.56	3.90

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

• Caracterización de los determinantes de salud

El porcentaje de nacidos vivos para para todas las EAPB del régimen contributivo es el 100%, para el régimen subsidiado están en el 100% para sura y el 90% de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales para nueva EPS y Savia salud.

Tabla 14. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, San Jerónimo 2024.

EAPB	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO
SURA	100	100
NUEVA EPS	100	90.91
SAVIA SALUD EPS	100	90.0

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

• Caracterización de la morbilidad

Según el indicador de porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer se evidencia un indicador más positivo en el régimen contributivo dado a que no se presentaron nacidos vivos con bajo peso, para el régimen subsidiado el mayor porcentaje lo aportó savia salud con un 25% nacidos vivos con bajo peso, dado también es que tiene la mayor afiliación.





Tabla 15. porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, San Jerónimo 2024.

EAPB	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO
SURA	0,0	0.0
NUEVA EPS	0.0	9.09
SAVIA SALUD EPS	0,0	25.0

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

- **Caracterización de la mortalidad.**

Una de las principales causas de mortalidad en el municipio es dada por las enfermedades del sistema circulatorio, al analizar la caracterización por EAPB, se observa mayores tasas de mortalidad para ambos sexos del régimen contributivo y del régimen subsidiado la mayor tasa se observa en los hombres afiliados a savia salud que reporta una tasa de 203 muertes por 100.000 hombres.

Tabla 16. Tasa ajusta de mortalidad por enfermedad del sistema circulatorio, sexo y EAPB, San Jerónimo 2024.

Enfermedades del sistema circulatorio	R. CONTRIBUTIVO		R. SUBSIDIADO	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
SURA		1962.00	58.08	69.06
SAVIA SALUD EPS	755.00		14.66	203.66
NUEVA EPS		137.27		

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

En el tema de salud se han desarrollado estrategia intersectorial que han aportado al bienestar de la Población tales como:

Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC

El municipio de San Jerónimo cuenta con el programa plan de salud pública de intervenciones colectivas PIC el cual se define en la resolución 518 del 2015, buscando impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de acciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud, desarrolladas a lo largo del curso de la vida en el marco del derecho a la salud y de los definido en el plan decenal de salud pública, el cual ofrece los servicios de promoción, prevención y mitigación del riesgo a través de 8 dimensiones prioritarias y 2 transversales.





Equipos básicos de salud

Profesionales y técnicos dedicados a llevar atención en salud a las comunidades, asegurando que todos y todas puedan acceder a servicios de salud sin importar dónde vivan. Sus objetivos son: promover el cuidado, prevenir enfermedades detectarlas y tratarlas a tiempo.

Programa de Atención Integral a la Población con Discapacidad

En el marco de la política pública de discapacidad e inclusión social del Municipio de San Jerónimo (2017-2027), la cual concibe la necesidad de fomentar acciones en favor de la atención integral de esta población vulnerable, se desglosan una serie de estrategias y actividades las cuales, a su vez, constituyen el plan de acción para los diferentes gobiernos municipales durante la vigencia de la misma. Actualmente, la política pública de discapacidad se encuentra legalizada bajo Acuerdo Municipal 010 de 2017, el cual establece como de obligatorio cumplimiento, la garantía de derechos constitucionales en favor de este grupo poblacional.

Programa de atención a la población adulta mayor

El programa de atención a los adultos mayores desarrolla planes, programas, proyectos y estrategias que propendan al mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de las personas mayores para el fomento del Envejecimiento saludable, consiente, incluyente y activo como cultura para el buen vivir en la población envejeciente del Municipio de San Jerónimo.

Programa mujeres

El ente territorial cuenta con la Casa de la Mujer Empoderada, espacio físico que surge, posteriormente de adquirir un bien inmueble que ha sido confiscado, producto de alguna actividad ilícita, a través de la SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S – SAE. Con el cual se establece un espacio que permite converger y promover la garantía de derechos humanos de las mujeres jeronimitas desde un abordaje integral reconociendo y materializando la importancia de la mujer en nuestra sociedad; con la implementación de espacios para su formación, educación y recreación, que propicie y contribuya a su realización personal, social e intersectorial.





Juventud

El municipio cumple con la Resolución 4369 de la Registradora Nacional del Estado Civil por la cual se fija la fecha para la realización de las Elecciones de Consejos Municipales de Juventud, participando como candidatos jóvenes representantes de los diferentes partidos políticos. A través de acto de Posesión queda conformado el Consejo Municipal de Juventud de San Jerónimo, integrado por jóvenes con edades de 14 a 25 años.

Programa Alimentación Escolar PAE

Programa de alimentación escolar: El municipio a través de convenio interadministrativos realiza la alimentación a los escolares matriculados tanto de la zona urbana como rural, desde el nivel territorial se apoyando a su vez con la mano de obra directa, menaje y transporte vehicular de los alimentos a las respectivas veredas donde hay sedes educativas ejerciendo la escolaridad.

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

El seguimiento, monitoreo y la evaluación de las Políticas Públicas, en el municipio tienen un carácter participativo, intersectorial e interinstitucional, se relacionan las políticas con que cuenta el municipio.

Tabla 17. Relación del acuerdo por el cual se crean las políticas públicas municipio San Jerónimo.

Acuerdo	N	Fecha aprobación	Nombre o título
Acuerdo	016	2010	Por medio del cual se crean hogares de paso para proteger y salvaguardar los derechos de los niños, niñas y adolescentes del municipio de San Jerónimo.
Acuerdo	001	2014	Por medio del cual se institucionaliza en el municipio de San Jerónimo, el mes de la niñez y la recreación y el día del niño, la niña y la recreación
Acuerdo	015	2015	"Por medio del cual se adopta la política pública de equidad de género para las mujeres del municipio de San Jerónimo y se dictan otras disposiciones"
Acuerdo	023	2016	"Por el cual se adopta la política pública de infancia, adolescencia y familia del municipio de San Jerónimo, Antioquia y se derogan unas disposiciones"
Acuerdo	010	2017	"Por el cual se adopta la política pública de discapacidad e inclusión social en el municipio de San Jerónimo, Antioquia y se derogan unas disposiciones"
Acuerdo	011	2017	"Por medio del cual se actualiza e implementa la política pública de envejecimiento y vejez del municipio de San Jerónimo"
Acuerdo	017	2017	"Por el cual se adopta la política pública en seguridad alimentaria y nutricional del municipio de san jerónimo 2017 – 2027 y se adoptan otras disposiciones"





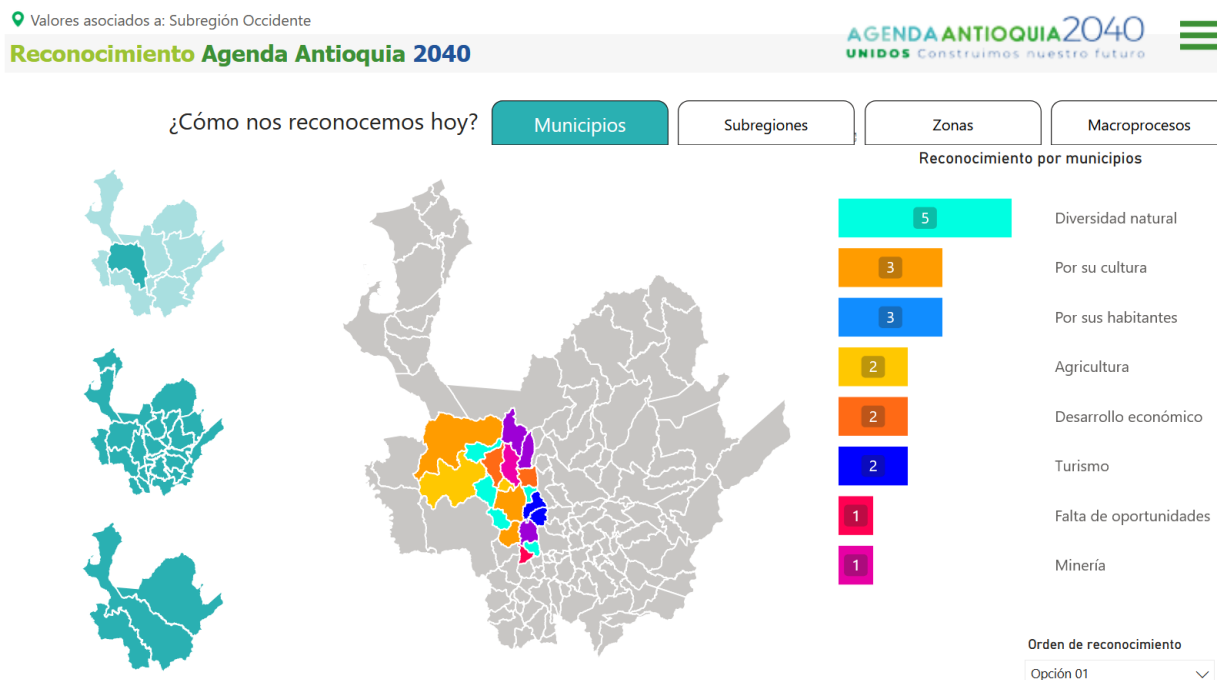
Acuerdo	018	2017	"Por el cual se actualiza y adopta la política pública de juventud del municipio de San Jerónimo Antioquia 2017 – 2027, y se dictan otras disposiciones"
Acuerdo	006	2022	"Por medio del cual Se actualiza la Política Pública de Salud Mental, Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y ruta futuro del Municipio de San Jerónimo – Antioquia, para el periodo 2022-2031"

Fuente: Informe de rendición pública de cuentas primera infancia, infancia adolescencia y juventud 2020 – 2024.

1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores

Según la Agenda Antioquia 2040 a nivel municipal San Jerónimo contiene una oferta amplia de actividad turística como el comercio, hoteles, restaurantes, bares y similares la cual ocupa un gran porcentaje de ocupación de sus habitantes, con la cercanía a la ciudad capital y la promoción del turismo hace que el municipio sea visitado por una gran cantidad de turistas y que este sea proyectado turísticamente con actividades como: Gruta al santo, Angostura quebrada la Guaracú, caficultor por un día, entre miel y abejas, ruta del aroma, experiencia en la hacienda Loma hermosa, y bañeros y cascadas, es por esto que es reconocido un municipio turístico a nivel de occidente.

Figura 6. Como nos reconocemos y queremos ser reconocidos, Agenda Antioquia 2040.



Fuente: Agenda Antioquia 2040.

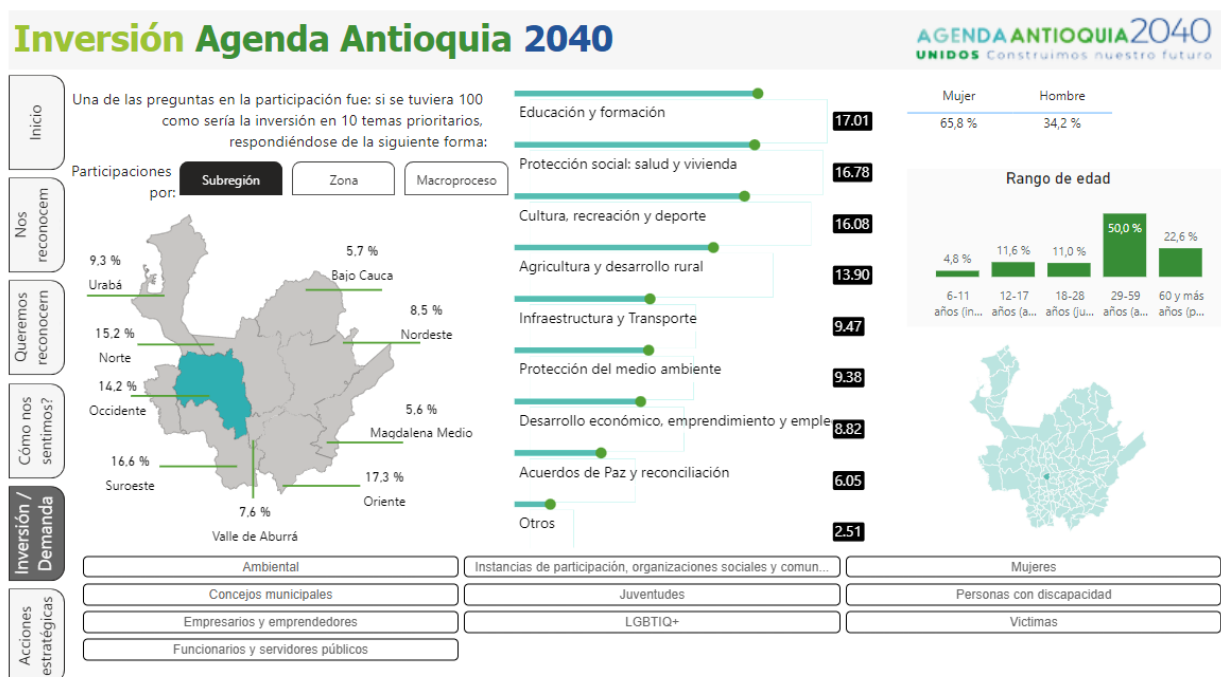
A nivel municipal la población invertiría en educación y formación con un 17.01%, seguido de protección social en salud y vivienda con un 16.78%, en





tercer lugar, se pide inversión por parte de la comunidad en cultura. Otro de los sectores importante para invertir es en la agricultura y desarrollo rural, ya que este municipio cuenta con su mayor población en la zona rural, y a través de esta inversión se puede lograr que los campesinos produzcan y comercializar sus productos agrícolas.

Figura 7. Inversión/demanda, Agenda Antioquia 2040, San Jerónimo.



Fuente: Agenda Antioquia 2040.

1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social

Se realizó el reconocimiento del territorio a través de encuentros participativo en la comunidad y con apoyo de los equipos básicos de salud, logrando evidenciar problemáticas y necesidades dentro territorio, que puede ser resultas a corto o mediano plazo. se explicó detalladamente en qué consiste el mapeo comunitario, destacándolo como una herramienta clave para reconocer, desde la perspectiva de los propios habitantes, los recursos disponibles, las problemáticas existentes, los actores sociales y las fortalezas del territorio.

Se puntualizó cómo se desarrollaría esta actividad durante la jornada, haciendo énfasis en el enfoque participativo y en la relevancia de la colaboración activa de todos los miembros de la comunidad en este proceso colectivo de construcción y análisis territorial.





La conexión continua entre el equipo de salud y la comunidad fue gestionada por la psicosocial, quien asumió el rol de enlace comunitario. Su labor fue informar a los miembros de la comunidad sobre el avance del mapeo y promover la inclusión de quienes no pudieron asistir, garantizando así que el proceso fuera transparente y accesible para todos.

se llevó a cabo la actividad de cartografía y mapeo a cargo del profesional en psicología donde las personas que acudieron al encuentro ubicaron sus casas y la de sus vecinos en un croquis de la vereda suministrado por el EBS, donde además, marcaron los números telefónicos con el fin de tener una comunicación constante con ellos, posteriormente se continuo ubicando en el mapa lugares característicos y de referencia para la comunidad, ubicando tiendas, las cuales se encargan de suplir las necesidades en cuestión de abarrotes de los hogares, se pasaron quebradas y caminos característicos del territorio.

La comunidad identificó y representó en el mapa los siguientes elementos:

- Vías principales y caminos secundarios.
- Viviendas agrupadas y dispersas.
- Fuentes de agua de uso doméstico.
- Zonas de riesgo por deterioro de infraestructura vial.
- Espacios simbólicos como la tienda, casetas comunales, placas deportivas, reconocidos como puntos de encuentro comunitario.

La población en general cuenta con una adecuada accesibilidad está dada por el mejoramiento vial de las carreteras, dado a través de los proyectos de placas huellas lo que acorta distancia y medios de trasportes adecuado para el acceso a la cabecera municipal, lo que conlleva una buena disponibilidad de acceso a la oferta local e institucional que oferta la zona urbana, sin embargo existe una necesidad sentida desde las veredas altas del municipio, las cuales aproximadamente se encuentra a una distancia de 2 horas, presentando dificultad económica a la hora de acceder a los servicios de manera frecuente, a su vez el transporte es escaso ya que se utilizan vehículos ofrecidos para el servicio de forma particular.

Por otro lado, se evidencia comunidades que aún no tiene percepción del riesgo y conciencia del autocuidado, trayendo con esto un riesgo en la salud y mayor carga de la enfermedad por demora oportuna de la atención.

Por otra parte, la salud como eje fundamental dentro del territorio, hay comunidades que solicita mayor atención médica dado a la alta demanda y población flotante y difícil acceso a las citas, acciones que se han fortalecido con





las atenciones en la vereda por parte de la ESE Hospital y los equipos básicos de salud. Una necesidad sentida es la falta de entrega de medicamento.

1.6 Conclusiones del capítulo

Al finalizar el primer capítulo según el contexto territorial y demográfico del municipio de San Jerónimo, se observa varios cambios poblacionales y territoriales; contexto que determinan la distribución de los recursos a nivel local.

San Jerónimo está situado al occidente del departamento de Antioquia, su extensión territorial aproximada es de 157 kms². Su separación de Medellín es de 34 kilómetros. Para acceder al municipio desde la capital del departamento de Antioquia, Medellín, se toma la vía hacia Urabá, pasando por el túnel de occidente Fernando Gómez Martínez, vía de doble calzada la cual fue entregada en el año 2022, diseñada para una velocidad promedio de 60 Km/h, actualmente se encuentra en construcción las autopistas para la prosperidad, Mar 1 y Mar 2, con el fin de mejorar la conectividad con el occidente antioqueño, y el Urabá.

El municipio presenta mayor población rural que urbana, los mejoramientos de las vías terciarias a través de las placas huellas han permitido el acceso y mejor calidad de vida de los pobladores, mejor acceso a los servicios de salud y a la oferta municipal. Es importante resaltar, la gran oferta hídrica que hay en el territorio lo que debiera redundar en una mayor protección de los nacimientos y las cuencas en general.

San Jerónimo cuenta para el año 2025 con 16.609 habitantes, la población muestra una leve diferencia entre sexo, con una leve predominación de las mujeres, lo que indica de acuerdo a la estructura poblacional un equilibrio entre hombres y mujeres, se observa que la mayor distribución de la población es joven y en edad productiva. La pirámide poblacional es de aumento progresivo a excepción de sus extremos, más estrecha en la base (0-4 años) y con un leve aumento en la población mayor (65 y más), según la proyección al año 2030 San Jerónimo tendrá más población longeva que joven, lo que implica fortalecer programas de atención al adulto mayor y enfermedades crónicas, mantener la prevención de la mortalidad prematura en enfermedades cardiovascular, cáncer y accidentes y promover políticas para la población joven, evitando la migración a ciudades capitales.

El Municipio de San Jerónimo presenta un crecimiento natural bajo para el último año analizado, con baja natalidad y mortalidad moderada, esto ubica al municipio en una etapa avanzada de transición demográfica, donde el





crecimiento poblacional es mínimo y la estructura etaria tiende al envejecimiento.

Ha sido un municipio receptor de población en condición de víctima de conflicto con un porcentaje alto por desplazamiento, mostrando un leve incremento en población masculina, el grupo de edad que presenta un mayor número de población víctima en mujeres es el correspondiente al de 15 a 49 años y en hombre de 10 a 19 años, jóvenes en busca de empleo y mejores condiciones de vida.

Al igual que la población víctima, San Jerónimo ha sido un municipio receptor de población migrante de nacionalidad venezolana en busca de oportunidades y mejores condiciones de vida, según la pirámide poblacional de atención a migrantes las mujeres jóvenes de 20 a 24 años y en edad adulta de 30 a 39 años son las que mayor atención en servicios de salud demandan, según el tipo de atención la consulta externa es el servicio que mayor acceso se ha presentado con un 34%, seguido de los procedimientos con 27%.

En general el crecimiento de la población evidencia un ritmo diferente a través de los años, donde se ve reflejado la reducción de la natalidad y el aumento de la población económicamente activa y población adulta mayor, el municipio viene trabajando a través de la política de envejecimiento y vejez garantizando una adecuada calidad de vida en la población envejecete Jeronimita.

La actividad turística del Municipio ha crecido en los últimos años principalmente por la construcción de hosterías, hoteles, urbanizaciones y fincas de recreo, esto dadas las condiciones climáticas, la cercanía a la ciudad de Medellín, la seguridad de la zona, la forma del paisaje, la abundancia de fuentes hídricas y la cercanía a otros centros turísticos de gran importancia en la región, cambiado su vocación y generado cambios en el uso del suelo, que antes eran destinados a la agricultura, ahora son empleados en fincas de recreo, parcelaciones, centros recreativos, ganadería y otras actividades en menor escala.





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

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

Ocupación

Respecto a las condiciones de trabajo se conoce que el municipio de San Jerónimo presenta gran cantidad de empleos informales, tales como obreros de construcción, servicios domésticos, ventas ambulantes, servicios asistenciales a clientes en hoteles y restaurantes, muchos de ellos no se encuentran afiliados al sistema de seguridad social, es importante resaltar que en los últimos años se ha trabajado por ampliar la cobertura de la población afiliada a riesgos profesionales y al sistema de salud, logrando asociar a algún sector informal como los moto taxistas, peluqueros entre otros. El municipio cuenta con algunas empresas que han acogido personal tanto del municipio como de municipios cercanos logrando una vinculación a través de contratos formales con todas las prestaciones sociales conllevando una adecuada vinculación al sistema de seguridad social y trayendo economía y ocupación laboral a los habitantes del municipio.

2.2 Condiciones de vida del territorio

Los determinantes sociales de la salud se constituyen en un factor importante para la población jeronimita ya que mide las circunstancias en las que nace, crecen, trabajan, viven y envejecen; Estas condiciones pueden ser diferentes entre los grupos poblacionales, sin embargo, se deben crear políticas y estrategias que aumenten la equidad en toda la población. Para el caso de San Jerónimo algunos de los indicadores de determinantes se evidencian con un comportamiento desfavorable lo que puede indicar un factor de riesgo para la salud de la población.

Respecto a la **cobertura de servicios de electricidad** para el municipio de San Jerónimo en el año 2023, última información disponible la cobertura fue de 91% para la cabecera y un 100% para el resto indicando que la mayoría de la población cuenta con cobertura de los servicios eléctricos trayendo con esto un progreso y equidad en las comunidades Jeronimitas.

Según la **Cobertura de acueducto** información para el año 2022 se evidencia para la cabecera o zona urbana un porcentaje de 87,6% cobertura adecuada, sin embargo, en el resto de la población es crítica con un 11.3%, encontrando una





diferencia estadísticamente significativa entre el nivel departamental y entre las comunidades de la zona rural y urbana, la gran mayoría de las veredas no cuentan con un acueducto lo que puede generar una inequidad y problemas de salud.

En cuanto a la **Cobertura de alcantarillado** el cual muestra un comportamiento similar al acueducto en la zona urbana se evidencia una cobertura del 87% de la población cubierta con alcantarillado, sin embargo, en el resto del municipio su porcentaje es bastante crítico con el 8,0%, encontrando un indicador en riesgo con relación al nivel departamental, el municipio continúa atendiendo la necesidad a través de los pozos sépticos, los cuales a través del tiempo se han construido con adecuación correctas siguiendo la normatividad.

Tabla 18. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad 2023	90.6	100.0
Cobertura de acueducto (DNP - TerriData) 2022	87.6	11.3
Cobertura de alcantarillado (DNP - TerriData) 2022	87.6	8.0

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

- **Disponibilidad de alimentos**

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer para el Municipio es de (11,8 %) dato preliminar para el año 2024, sin evidencia significativa frente al promedio departamental, es importante continuar con el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención en salud materno-perinatal, enfocadas en el control prenatal temprano, nutrición materna y atención integral durante la gestación, con el fin de mejorar dicha situación se ha fortalecido con la ESE Hospital y la entidad territorial a través del plan de intervenciones colectivas, el curso de maternidades, paternidades seguras vínculo familiar y cuidadores de vida en acompañamiento de enfermera, nutricionista, odontóloga, psicóloga y educadora física, educación a las madres gestantes sobre hábitos y estilos de vida saludables, alimentación en el embarazo, ejercicios prenatales, depresión posparto, lactancia materna, cuidados del recién nacido, crianza humanizada, ejercicios de relajación y respiración al momento del parto e higiene oral de recién nacido.





Tabla 19. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida 2007 al 2024

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	San Jerónimo	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	11.8	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

• Cobertura Bruta de educación

En el municipio de San Jerónimo, existe la plena conciencia sobre la importancia del componente de educación, como eje fundamental del desarrollo y como el espacio donde la población infantil, adolescente y juvenil, construye sus experiencias diarias, establecen vínculos y encuentran elementos que les permite afianzar la búsqueda de nuevas posibilidades.

Respecto a los determinantes sociales a nivel educativo se evidencia un indicador de hogares con analfabetismo, último dato 2022, indicando un 7.1% de analfabetismo, a pesar de que es un poco más alto que el del nivel departamental no se observa diferencia significativa, la tendencia muestra a reducir este porcentaje, aspecto positivo para el municipio ya que apunta y va encaminado a superar las brechas en alfabetización para mejorar sustancialmente el acceso a las oportunidades de desarrollo integral de las poblaciones, generan un retorno social y apuntan al bienestar común.

Respecto a la tasa de cobertura bruta de educación primaria se observa una tasa para el Municipio de San Jerónimo del 97.1 por 100.000 niños y niñas menores de 6 años un indicador logrando el municipio una cobertura adecuada, la cobertura a nivel Departamental está un poco por encima del municipio sin embargo no se evidencia diferencia significativa.

La tasa de cobertura bruta de educación secundaria se encuentra para el municipio en el 98% por 100.000 niños y niñas entre los 7 y 11 años de edad, tasa que se encuentra por encima de la del nivel departamental. La tasa de cobertura bruta de educación media es de 85% por 100.000 niños y niñas entre los 16 y 17 años de edad, no se observa una diferencia significativa para el Municipio comparado con el indicador departamental, el municipio cuenta con instituciones que ofrecen media técnica en agropecuaria y normalista aportando calidad educativa a las jóvenes jeronimitas.





Tabla 20. Tasa de cobertura bruta de educación del Municipio San Jerónimo, Antioquia 2005 – 2022

Indicadores	Antioquia	San Jerónimo	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	7.1	-														↗					
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN) 2022	103.3	97.1	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘			
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN) 2022	115.4	98.1	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘			
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN) 2022	94.2	84.7	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗			

Fuente: Pagina Web Ministerio de Educación

Pobreza (NBI)

El índice de pobreza multidimensional para el Municipio de San Jerónimo indica que el 7,03% de las personas carecen en alguno de estos cinco aspectos básicos; educación, salud, trabajo, niñez y nivel de vida; al analizar dicho indicador por zona urbana y rural, la población rural pobre por IMP es 5.982 y de la zona urbana 1.242.

2.3 Dinámica de convivencia en el territorio

Los factores, psicológicos y culturales del municipio de san Jerónimo han variado a través del tiempo, en el municipio se han reportado varios casos de violencia intrafamiliar, para el año 2024 información preliminar se observa un comportamiento más favorable a otros años atrás, sin diferencia significativa en comparación al nivel departamental, que tiene una mayor afectación y riesgo que el municipio.

La violencia se constituye en una problemática de salud pública, que afectan en todo su entorno a los hogares, por lo anterior el municipio desarrolla acciones en caminata a la salud mental de la población, estrategias para la no violencia, resolución de conflictos y poder así evitara la violencia en todas sus formas, el municipio también cuenta con la política pública de la mujer.

Tabla 21. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales 2024*

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	San Jerónimo
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2024	47.5	36.7
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2024	52.2	35.9

Fuente: Forensis



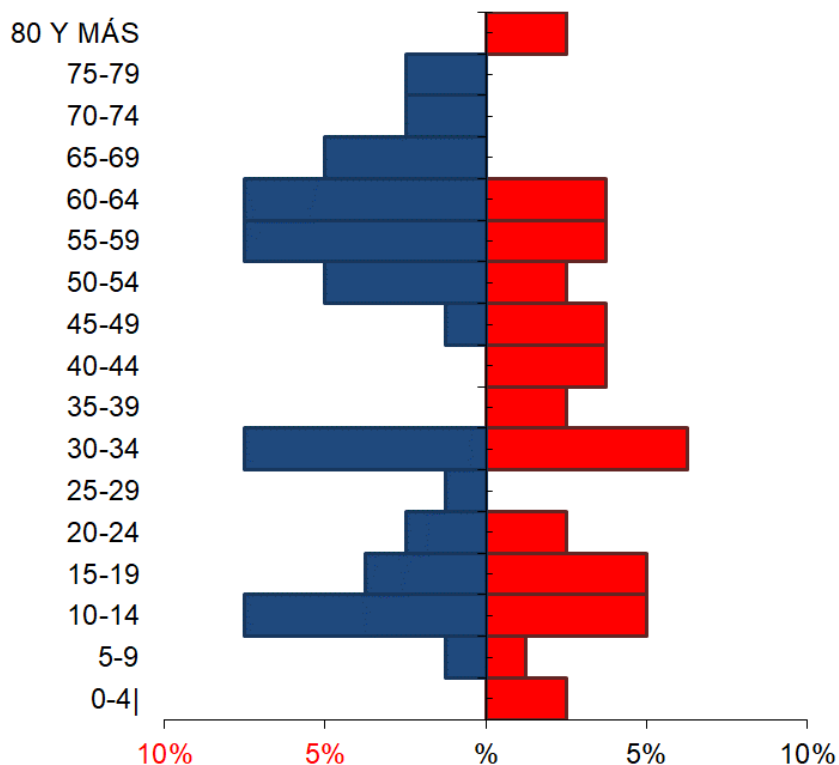


2.4 Análisis de la población con discapacidad

La pirámide poblacional muestra la distribución de la población con discapacidad para el año 2025, desagregada por grupos de edad y sexo. Se observa un total de 80 personas con discapacidad, de las cuales 44 son hombres, equivalente al 55% y 36 son mujeres, equivalente al 45%, lo que indica una ligera predominancia del sexo masculino.

Al analizar por grupos etarios, se evidencia que la mayor concentración de personas con discapacidad se presenta en los grupos de 55 a 64 años, donde se agrupan 18 personas (22,5% del total), lo que sugiere una mayor prevalencia en edades adultas mayores, relacionada con enfermedades crónicas, degenerativas o condiciones adquiridas a lo largo del ciclo vital. En contraste, los grupos de menores de 15 años registran cifras bajas (solo 14 personas, equivalente al 17,5%), lo que podría reflejar una menor detección o notificación de discapacidad infantil. Da esta situación se debe de fortalecer las estrategias de promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas y atención integral a las personas con discapacidad, con enfoque diferencial por sexo y edad.

Figura 8. Pirámide de la población certificada con discapacidad, San Jerónimo, 2025.



Fuente: Registro de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, 2025





La distribución de las alteraciones evidencia un predominio de las limitaciones físicas e intelectuales, con una ligera mayor afectación en hombres.

Al analizar por categoría, se evidencia que la discapacidad física es la más prevalente, representando el 65,9% en hombres y el 36,1% en mujeres, lo que sugiere que esta condición afecta principalmente al sexo masculino. Seguido están la discapacidad intelectual, con proporciones similares entre hombres (40,9%) y mujeres (50%).

La discapacidad múltiple ocupa el tercer lugar (38,6% en hombres y 30,6% en mujeres), reflejando la existencia de más de una limitación funcional, lo que plantea mayores retos en la atención integral. Por su parte, las discapacidades psicosocial o mental (18,2% en hombres y 22,2% en mujeres) y visual (18,2% en hombres y 11,1% en mujeres) tienen menor proporción, mientras que las discapacidades auditiva y sordoceguera no presentan registros significativos.

Tabla 22. Distribución de las alteraciones discapacitados certificados, 2025.

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres**	Mujeres	Proporción Mujeres**
Física	29	65.9	13	36.1
Visual	8	18.2	4	11.1
Auditiva	0	0.0	4	11.1
Intelectual	18	40.9	18	50.0
Psicosocial (Mental)	8	18.2	8	22.2
Sordoceguera	0	0.0	0	0.0
Múltiple	17	38.6	11	30.6
Total	44		36	

Fuente: SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, 2025

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

En la actualidad San Jerónimo es el Municipio de la subregión occidente mayor receptor de población migrante de nacionalidad venezolana en busca de oportunidades y mejores condiciones de vida, se observan en algunos sectores el hacinamiento de dicha población, problemas entre propietarios de las viviendas arrendadas y compra de terrenos sin permisos donde construyen sus viviendas de manera ilegal.





Aún existe población migrante sin acceso al sistema de seguridad social en salud debido a la falta de legalización de su estancia en el país Colombia, ya que ingresaron al territorio después del cierre por parte de migración Colombia para obtener su permiso especial de permanencia. Y los que se encuentran en el territorio no tiene la conciencia de realizar su acreditación de permanencia en el territorio donde viven con el fin de dar cumplimiento a la normatividad en el tema de salud y no ser retirados del aseguramiento.

Para la población campesina el mejoramiento de vías a través de las placas huellas permite tener una mayor accesibilidad y distribución adecuada de sus productos agrícolas, se observa un fortalecimiento en la comercialización de productos en la plaza de mercado y en los mercados campesinos estrategia que desde la administración municipal se promueven mensualmente y que genera ingresos y economía al sector campesino.

La escasez económica para cubrir diversas necesidades de accesibilidad hace que a nivel económico las familias se sientan abrumadas.

En el entorno ambiental el uso de agua no potable es una necesidad sentida en varias de las veredas, lo que puede llevar a un riesgo de enfermedades gastrointestinales y de la piel por el uso del agua no potable.

2.6 Conclusiones del capítulo

Como conclusión principal dentro de las condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales respecto a la ocupación, existe gran cantidad de empleos informales como obreros de construcción, servicios domésticos, ventas ambulantes, servicios asistenciales a clientes en hoteles y restaurantes, moto taxista de dos llantas y en el último año se incrementó el servicio de domicilios aplicado en las motos de dos llantas, en estos empleo no se encuentran afiliados al sistema de seguridad social y riesgo laborales.

Respecto a la cobertura de acueducto y alcantarillado, la zona urbana del municipio se encuentra con una cobertura optima, sin embargo, existe una diferencia significativa para el área rural la cual se encuentra con una cobertura critica, actualmente se trabajan en proyectos multiveredales para mejorar este aspecto importante que afecta la calidad de vida de las comunidades.

En el municipio de San Jerónimo se evidencia un avance sostenido en el acceso y permanencia educativa, reflejado en altas tasas de cobertura bruta en los niveles de primaria (97,1%) y secundaria (98%), así como en una cobertura





media del 85%, que, aunque menor, sigue siendo representativa y coherente con las dinámicas poblacionales del territorio, frente a este último indicador actualmente el municipio ha logrado conseguir diversas carreras técnicas, tecnológicas y profesionales, hasta con matrícula cero que permitirán lograr una cobertura más óptima de educación media superior. Estos logros, junto con la reducción progresiva del analfabetismo (7,1%), demuestran un compromiso institucional y comunitario por fortalecer la educación como pilar del desarrollo social. El municipio cuenta con un sistema educativo sólido, inclusivo y con tendencia a la equidad, que favorece la formación integral de niños, adolescentes y jóvenes, generando un impacto positivo en los determinantes sociales de la salud y en la construcción de un territorio con mayores oportunidades.

Respecto a las coberturas de vacunación para el biológico BCG, se presenta pocos nacimientos dentro del primer nivel de salud, lo que conlleva a la baja cobertura, esta situación se ha visto relegada durante varios meses y para esto años atrás se ha fortalecido la institución de primer nivel con proyectos para el mejoramiento de la sala de parto y el acompañamiento en los diferentes programas a las maternas para una adecuada atención del parto en el municipio, sin embargo muchas prefieren buscar otra institución de segundo nivel.

Se observa una reducción de la violencia intrafamiliar y contra la mujer comparada con años anteriores donde se han presentado tasas altas inclusive por encima del nivel departamental, se cuenta con la casa de la mujer empoderada y se trabaja a través del reconocimiento y la escucha de las necesidades por parte de los profesionales en los diferentes grupos de mujeres en las zonas rurales y colectivos de mujeres en la zona urbana con el fin de llevar a cabo acciones para avanzar en el cierre de brechas de género. Descentralización de procesos con grupos de mujeres que buscan la formación y empoderamiento de mujeres rurales, a través de talleres formativos, procesos en salud, psicosociales y de sano esparcimiento.

Por último, se concluye que el municipio cuenta con 80 personas certificadas por el Ministerio con discapacidad, se evidencia en el territorio un trabajo articulado y la realización de actividad física, recreativa y lúdica para personas con discapacidad en los escenarios deportivos municipales, educación en sistemas de información TICS y el aprendizaje de nuevas habilidades para adolescentes con diagnósticos cognitivos. Programa de Hidroterapia para rehabilitación funcional y promoción de hábitos y estilos de vida saludable, programa de cuidadores para las personas que realizan labores de cuidado de pacientes con discapacidad y visitas de atención domiciliarias con priorización de casos y por demanda, en las cuales se hace revisión de signos vitales, terapia física, educación en salud y mitigación de factores de riesgo.





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

3.1 Análisis de la mortalidad

3.1.1 Mortalidad general por grandes causas

Las enfermedades del sistema circulatorio representan una de las principales causas de mortalidad durante la mayor parte del periodo, en el año 2018 se presentó la tasa más alta con un pico en 2018 con 200 muertes por 100.000 habitantes seguido de una tendencia descendente hacia 2024 año con información preliminar, estas enfermedades están derivadas posiblemente por los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo, el consumo de alcohol y la mala alimentación, respecto a las Neoplasias (cáncer) se evidencian fluctuaciones importantes, con un incremento notorio entre 2022 y 2024*, donde alcanzan niveles similares a los de las enfermedades circulatorias. Las causas externas (accidentes, Homicidios) se mantienen relativamente elevadas, pero con tendencia ligeramente descendente en los últimos años.

Las demás causas presentan una tendencia ascendente desde 2019, superando incluso algunas categorías principales hacia 2023–2024*, lo que podría reflejar un incremento en otras enfermedades crónicas o condiciones no clasificadas previamente. Y por último las enfermedades transmisibles y signos y síntomas mal definidos mantienen tasas bajas durante todo el periodo, lo cual indica un buen control de enfermedades infecciosas, por último, es importante mejorar la clasificación diagnóstica de causas de muerte.

La mortalidad en hombres en el periodo 2015–2024 en el municipio muestra una doble carga epidemiológica: persistencia de muertes violentas y accidentes, junto con un incremento de patologías crónicas degenerativas. Esto refleja tanto problemas sociales como cambios en los patrones de salud y envejecimiento. Las Causas externas (accidentes, homicidios, suicidios), con las tasas más elevadas entre 2015 y 2019, aunque con una tendencia descendente en el año 2021 de 83 muertes y un repunte en el año 2023 con 162 muertes por 100.000 hombres, muertes evitables, vinculada con determinantes sociales (violencia, consumo de alcohol, accidentalidad vial y laboral). El segundo lugar, lo preside las Enfermedades del sistema circulatorio (infarto, hipertensión, ECV), que muestran un comportamiento oscilante, con picos altos en 2018 con 283.9 muertes y el año 2021 con 223 muertes por cada 100.000 hombres, manteniéndose como una de las principales causas de muerte.





Las neoplasias presentan una variabilidad marcada, con un incremento hacia 2018 y 2023. Y las otras causas (enfermedades respiratorias, metabólicas u otras crónicas) se mantienen en niveles intermedios, sin tendencia ascendente pronunciada. Las enfermedades presentan tasas bajas de mortalidad en hombres dado a la prevención, inmunización y atención primaria.

La mortalidad en mujeres durante el periodo 2015–2024 está precedida por las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente las del sistema circulatorio y las neoplasias. Este comportamiento es consistente con el perfil epidemiológico de poblaciones adultas y mayores, donde influyen factores como sedentarismo, alimentación inadecuada, obesidad, hipertensión arterial y falta de tamizaje oportuno.

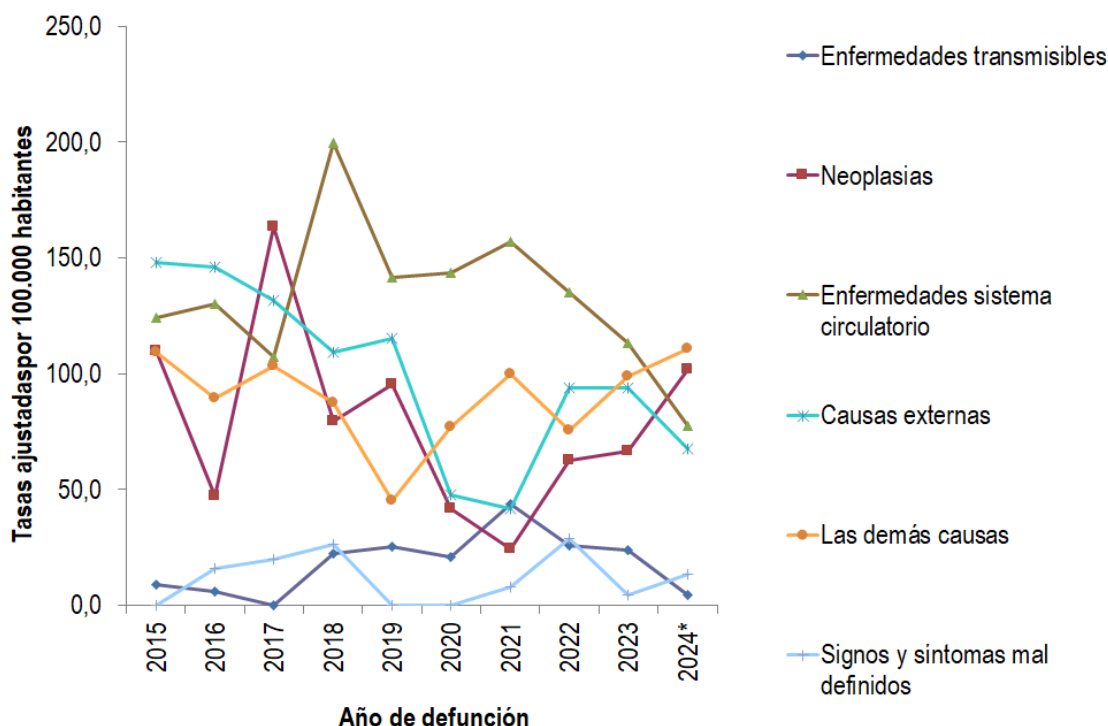
Las enfermedades del sistema circulatorio (hipertensión, enfermedad isquémica del corazón, accidente cerebrovascular), que se mantienen entre las primeras causas, con picos significativos en 2020, 2022 con 140 y 161 muertes por cada 100.000 mujeres y una disminución hacia 2024 de 28 muertes por 100.000 mujeres. Las demás causas se mantienen con una tendencia estable, ubicándose entre las de mayor frecuencia con tasas altas de mortalidad, inclusive en el año 2023 por encima del sistema circulatorio, con 122 muertes por cada 100.000 mujeres. La mortalidad por neoplasia en mujeres presenta un comportamiento variable, con un pico marcado en 2017 de 222 muertes por cada 100.000 mujeres, y un leve aumento en el año 2024* lo cual sugiere la persistencia del cáncer como causa relevante de muerte femenina y una alerta para un adecuado diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad.

Las causas externas tienen tasas menores comparadas con los hombres, lo cual refleja menor exposición a factores de riesgo externos, pero muestran algunos incrementos puntuales en 2017 y 2022.





Figura 8. Tasa de mortalidad general según población total del Municipio de San Jerónimo, 2015 – 2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Entre los años 2015 y 2024, los Años de Vida Potencialmente Perdidos se concentran en causas externas, enfermedades circulatorias y neoplasias. La pérdida de años de vida en edades tempranas y productivas tiene un impacto social y económico importante, y subraya la necesidad de intervenciones preventivas intersectoriales.

Durante casi todo el periodo, las causas externas, representan la mayor proporción de AVPP, muertes ocurridas principalmente por homicidios y accidentes de tránsito. La mortalidad prematura afecta principalmente a población joven, en edades productivas, y se asocia con determinantes sociales y conductuales (violencia, accidentes de tránsito, consumo de alcohol, etc.). En el segundo lugar las enfermedades del sistema circulatorio ganan relevancia progresivamente, aportando AVPP en varios años, las neoplasias también han aportado varios años perdidos, mostrando un aumento en el año 2024* con 466 años de vida potencialmente perdidos, lo que reflejan el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), asociadas a estilos de vida poco





saludables, envejecimiento y falta de control de factores de riesgo como hipertensión, obesidad o tabaquismo.

La gráfica evidencia una alta carga de mortalidad prematura por causas evitables, especialmente externas, lo que representa un problema de salud pública prioritario. Las enfermedades crónicas no transmisibles se consolidan como las principales responsables de los años perdidos en la adultez y vejez temprana.

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres

La principal causa asociada con los años de vida potencialmente perdidos en hombres durante todo el periodo, está precedida por las causas externas (accidentes y homicidios), este patrón refleja una alta carga de mortalidad en edades jóvenes y productivas, asociada a comportamientos de riesgo, conflictos interpersonales y consumo de alcohol o sustancias.

Las enfermedades del sistema circulatorio, representan la segunda causa más frecuente de AVPP en la población masculina, con un incremento hacia los últimos años del periodo analizado. Esto se asocia a enfermedades cardiovasculares prematuras en adultos jóvenes, muertes relacionadas con estilos de vida poco saludables (tabaquismo, sedentarismo, hipertensión no controlada) y baja percepción del riesgo en esta población. En cuanto a las neoplasias, aunque su proporción es menor que las anteriores, muestran una tendencia creciente, lo que refleja el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en hombres y la necesidad de fortalecer la detección temprana y promoción de hábitos saludables.

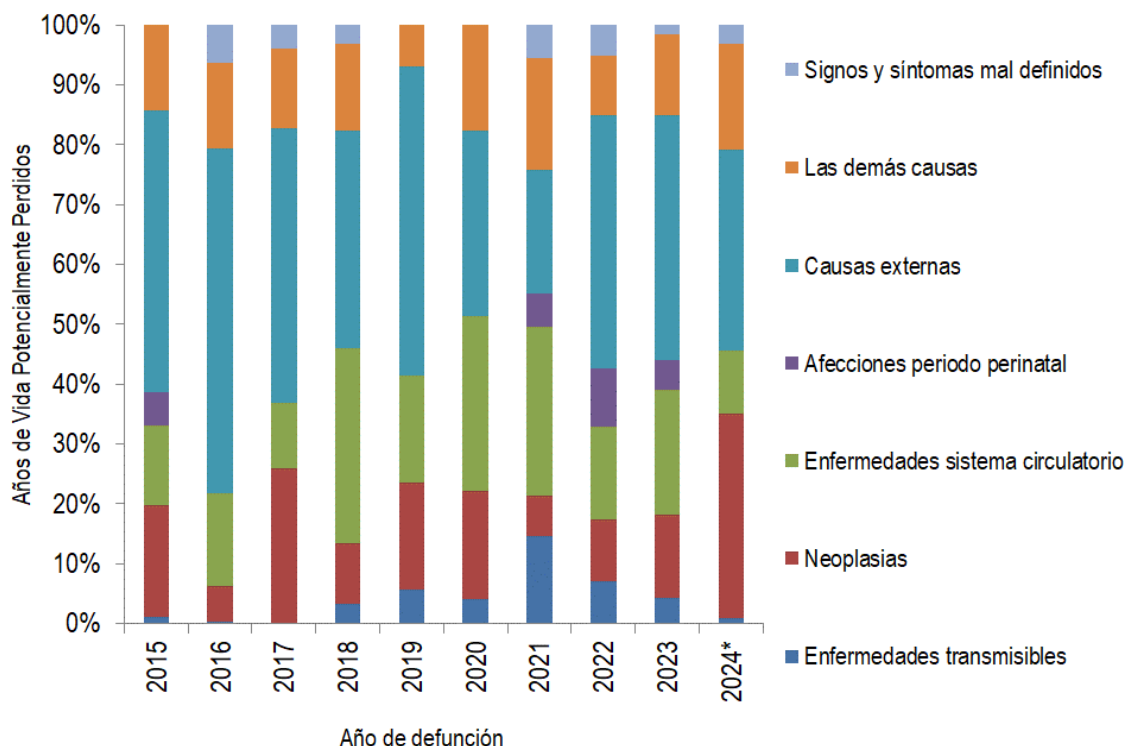
Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en mujeres

La principal causa asociada con los AVPP en mujeres de toda la serie analizada son la neoplasias con aumento significativo para el año 2024 información preliminar, la segunda causa está precedida por las enfermedades del sistema circulatorio aportando muerte prematuras a pesar que son ellas las que mayor percepción del riesgo tiene, mayor consultan y mayor adherencia de tratamientos y estilos de vida saludables, y en tercer lugar de años perdido en mujeres lo aportan las demás causas mostrando una tendencia al aumento en los últimos años





Figura 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/6.
Municipio de San Jerónimo, Antioquia 2015 al 2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

En San Jerónimo las causas externas representan la principal causa de AVPP en casi todos los años analizados, con la tasa más alta en el año 2016, estas altas tasas se incrementan en su gran mayoría por los homicidios y accidentes de transporte terrestre, problemática que hoy en día se evidencia principalmente en la vía al mar, la cual es un corredor vial para la zona de Urabá y es una vía rápida y de alto flujo vehicular; evidenciando una alta mortalidad prematura por causas prevenibles, asociadas a factores de riesgo sociales, conductuales y de seguridad vial o ciudadana. La segunda causa que aporta altas tasas de mortalidad en el municipio son las enfermedades del sistema circulatorio aportando muerte prematura al municipio, encontrándose para el año 2018 en el primer lugar con una tasa de AVPP de 4044.3 muertes por cada 100.000 habitantes, posiblemente asociado a eventos cardiovasculares agudos no controlados y aunque disminuyen en los años siguientes, mantienen tasas elevadas, lo que refleja la persistencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y la necesidad de fortalecer programas de prevención y control de enfermedades como la hipertensión. Respecto a las neoplasias se





observa una tendencia creciente en los últimos años, con un fuerte aumento en la tasa de AVPP en el año 2024 (2596,3). Las enfermedades transmisibles en general, las tasas son bajas, con picos altos 2021, posiblemente vinculados a la pandemia por COVID-19.

Tasa de Años de vidas potencialmente perdidas (AVPP) en hombres

En el municipio de san jerónimo, las causas externas fueron las responsables de ocasionar las tasas más altas de AVPP en hombres, siendo la de mayor aporte en el año 2016 con una tasa de años potencialmente perdidos 12287.4 AVPP en producto de las agresiones u homicidios, Aunque se observa una reducción progresiva después de 2020, siguen representando una importante carga de mortalidad prematura. A nivel general la segunda causa de muertes que mayor aportan años perdido en hombre son las enfermedades del sistema circulatorio, aportando la mayor tasa en el año 2018, lo que indica un aumento en muertes cardiovasculares tempranas. Aun cuando descienden en años posteriores, persisten valores altos, lo que sugiere la persistencia de factores de riesgo crónicos como tabaquismo, sedentarismo y dieta inadecuada. En los hombres las neoplasias muestran una tendencia ascendente hacia 2024 después de varios años de fluctuación. Esto refleja un incremento de la mortalidad por cáncer en edades productivas, posiblemente asociado a diagnóstico tardío y baja adherencia a programas de detección temprana.

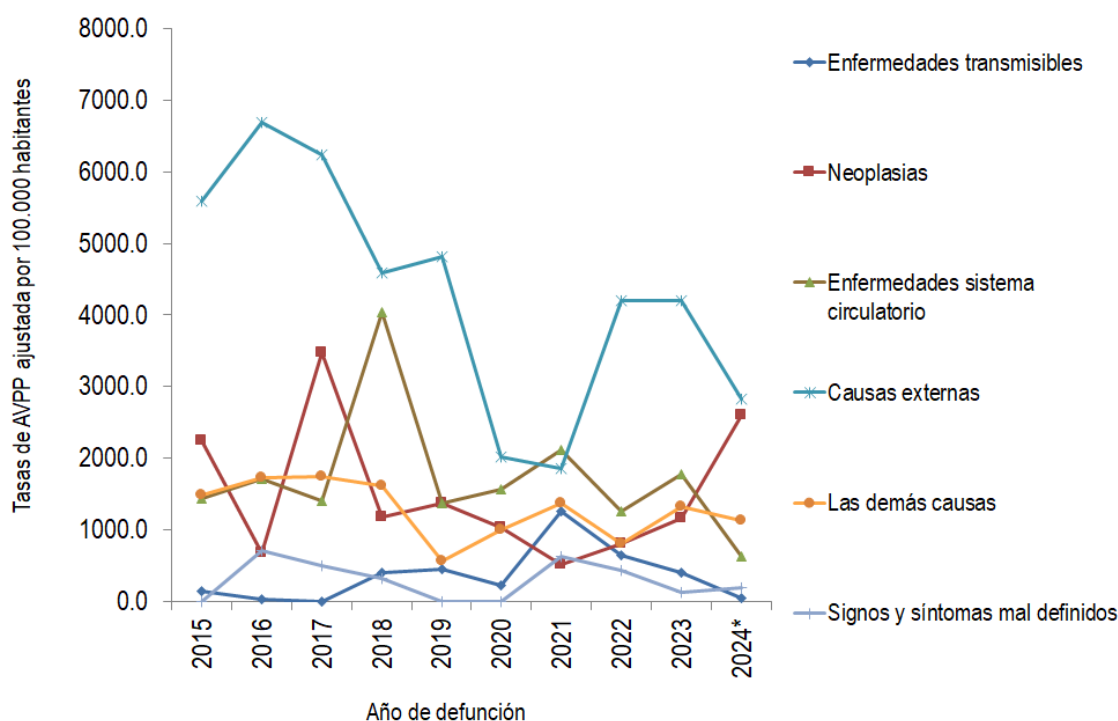
Tasa de Años de vida potencialmente perdida (AVPP) en mujeres

Durante la década analizada, las mujeres presentan tasas de AVPP notablemente menores que los hombres, lo que indica una menor mortalidad prematura en este grupo poblacional, se evidencian variaciones por tipo de causa analizando toda la serie, las neoplasias constituyen la principal causa de años de vida perdidos en mujeres durante la mayor parte del periodo, se observan picos altos en 2017 con tasa de 5865.7 y nuevamente en 2024 (2665.2) AVPP por 100.000 mujeres, lo que refleja una elevada carga de mortalidad prematura por cáncer, posiblemente de mama, cuello uterino u otros relacionados con factores hormonales y estilos de vida. Las enfermedades del sistema circulatorio muestran incrementos importantes, especialmente en 2018 (3507.5), con tendencia variable en los años siguientes, reflejan la creciente contribución de las enfermedades cardiovasculares en la mortalidad femenina, asociadas a envejecimiento, obesidad, hipertensión y estrés. Y por otro lado las causas externas mantienen valores más bajos en comparación con los hombres, aunque con aumentos puntuales en 2017 y 2022, indicando que las muertes violentas y accidentes son menos frecuentes en mujeres, pero siguen contribuyendo a la pérdida de años de vida en edades productivas.





Figura 10. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del Municipio de San Jerónimo, 2015 – 2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

Enfermedades transmisibles e infecciosas en Hombres

Durante el período analizado, las enfermedades transmisibles representan una tasa baja de mortalidad, mostrando que la mortalidad prematura por causas infecciosas ha disminuido considerablemente, sin embargo, persisten algunos eventos puntuales que evidencian riesgos reemergentes y brechas en la vigilancia y control epidemiológico. Según el grupo de enfermedades trasmisibles para los hombres en el periodo analizado se observaban altas tasa de mortalidad a causa de infecciosas respiratorias agudas, la tasa más alta se observó en los años 2018 y 2021 con 34 muertes por cada 100.000 hombres para cada año, afección producto de la pandemia COVID 19 y sus complicaciones respiratorias.

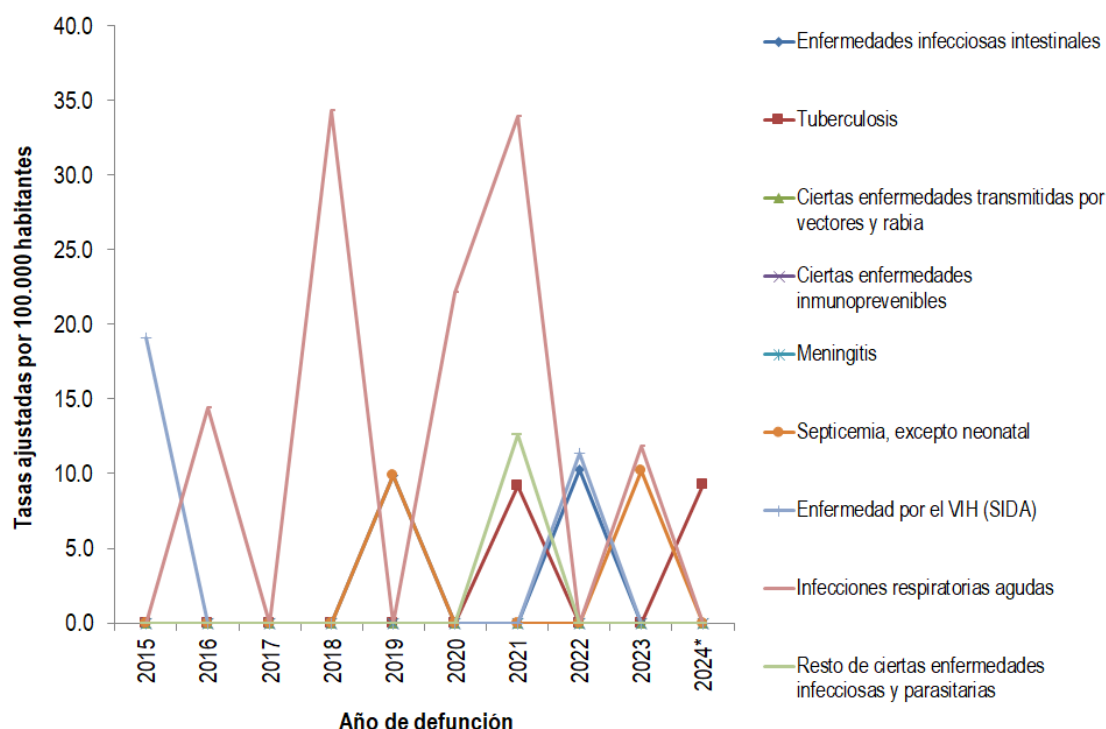
En los hombres durante el periodo analizado también se han presentado mortalidad por VIH en el año 2015 con una tasa de 19 muerte por 100.000 hombres, en el año 2014 mortalidad por tuberculosis con una tasa específica 39 muerte por cada 100.000 hombres, tasa que se redujo para los años siguientes





a cero, indicando el fortalecimiento de las actividades de captación, seguimiento y adecuado tratamiento evitando muertes por dicha causa. Para el año 2023 continuaba en primero lugar las muertes por infecciones respiratorias seguido de las septicemias, excepto neonatal.

Figura 11. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

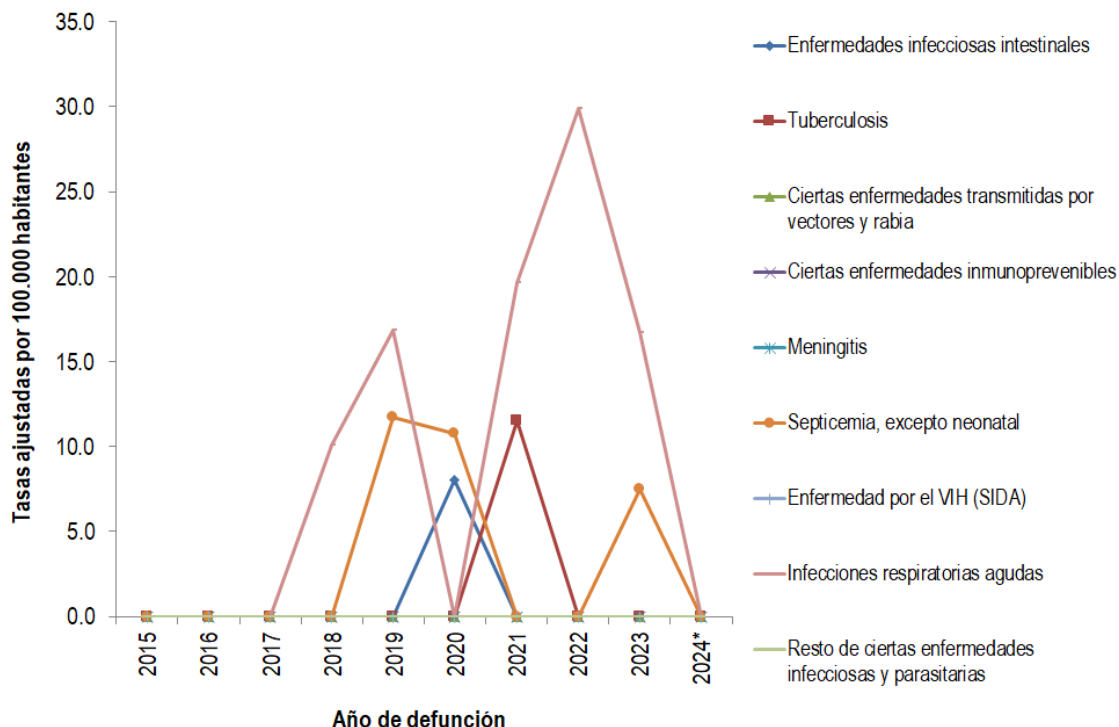
Enfermedades transmisibles mujeres

En relación a las mujeres también se observa en varios años de la serie analizada mortalidad por Infección respiratoria con una tasa elevada en el año 2022 con una tasa de 30 muertes por cada 100.000 mujeres, producto al igual que los hombres por la pandemia COVID 19, las mujeres han presentado muertes por septicemia, excepto neonatal, al igual que muertes por enfermedades infecciosas intestinales en el año 2020 y por tuberculosis en el año 2021, todas estas enfermedades transmisibles representan una tasa baja de mortalidad en las mujeres al igual que en los hombres.





Figura 12. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024.



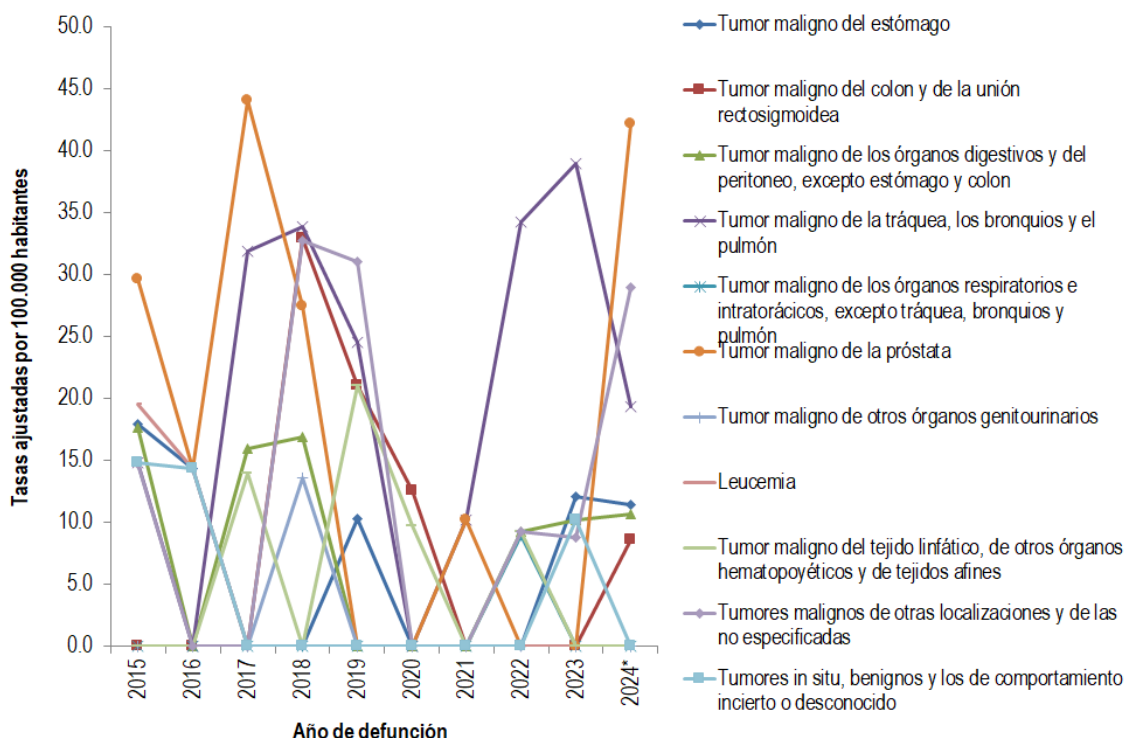
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Neoplasias Hombres

Al analizar todo el periodo evaluado, se observa un comportamiento oscilante en las causas de muerte por neoplasia para los hombres en los inicios y el final del periodo, la tasa de mortalidad en hombres se vio impactada por el tumor maligno de próstata, reflejando un incremento de la mortalidad prematura por cánceres asociados a factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, la dieta inadecuada y la falta de tamizaje oportuno, durante la serie analizada se evidencia mortalidad en hombres por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón presentándose en el año 2023 una tasa de 39 muertes por cada 100.000 hombres la tasa más alta de toda la serie analizada, pero con una tendencia a la reducción para el año 2024 encontrándose en el tercer lugar y con aumento para la mortalidad por tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas.



Figura 13. Tasa de mortalidad por neoplasias en hombres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024.



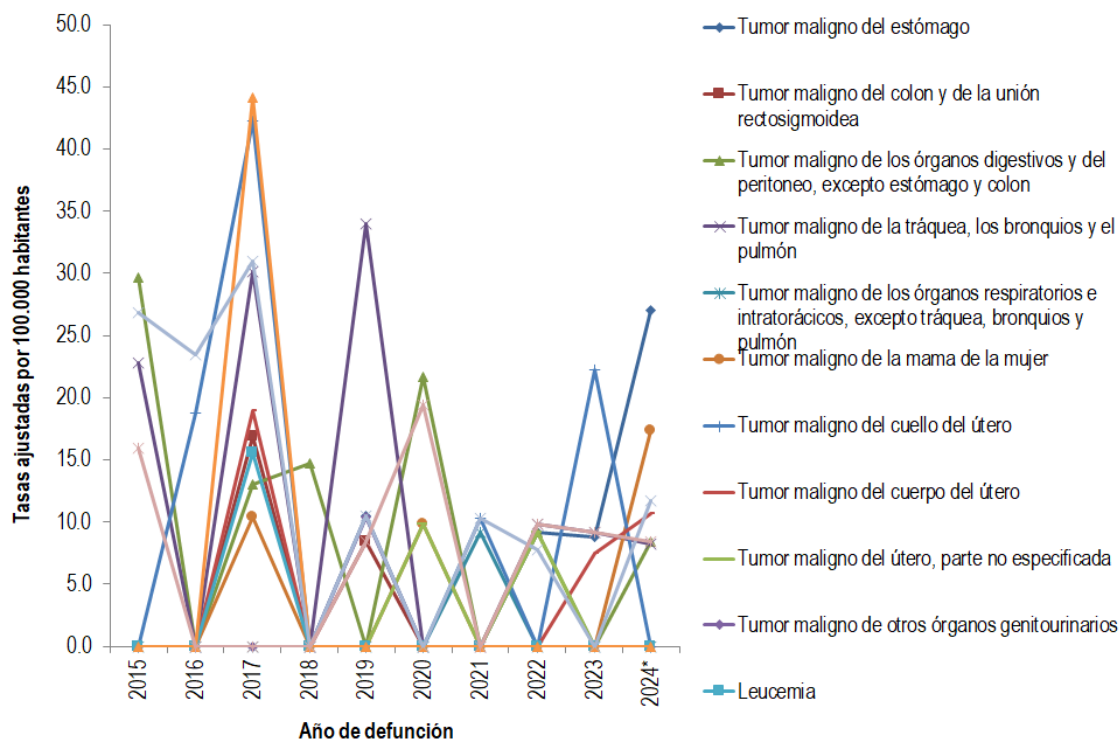
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Neoplasias Mujeres

Durante el período 2015–2024, la mortalidad por tumores malignos en mujeres muestra una tendencia variable, con predominio de neoplasias del aparato reproductor femenino (cuello uterino, mama y cuerpo del útero), así como de tumores de pulmón, estómago y órganos digestivos, para el año 2017 se evidencio una tasa alta de mortalidad por tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines con 44 muertes por cada 100.000 mujeres, muy seguido para ese mismo año lo presidio el tumor maligno del cuello del útero con 42 muertes por 100.000 mujeres. En el año 2019 la tasa más alta fue por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón con tendencia a la disminución, se observa u aumento en la mortalidad por tumores de estómago en mujeres, se evidencian muertes evitables mediante detección temprana y acceso oportuno al tratamiento a través de los programas de detención temprana y protección específica.



Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada por neoplasias en mujeres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

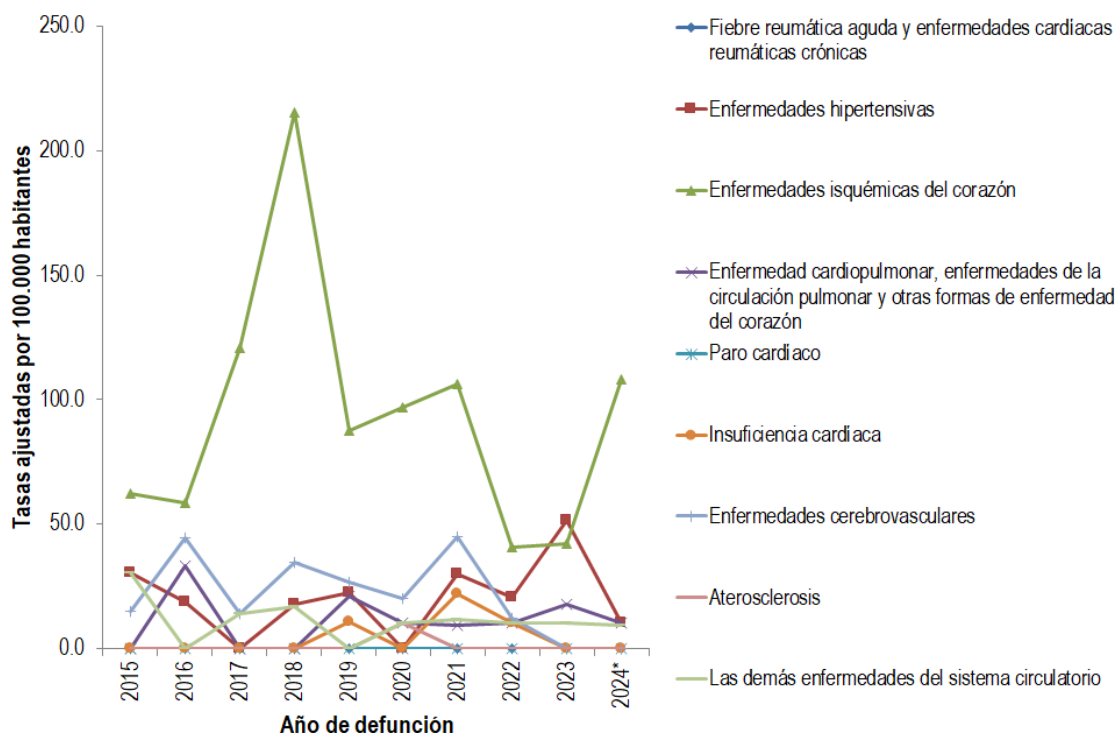
Enfermedades del sistema circulatorio Hombres

Durante el período 2015–2024, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres muestra una carga importante y sostenida, con predominio de las enfermedades isquémicas del corazón y, en menor medida, de las enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares. En el año 2018 se presentaron 215 muertes por cada 100.000 hombres por enfermedades isquémicas del corazón. Aunque se observa una leve reducción hacia 2023, la tendencia general evidencia que las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo una causa relevante de mortalidad prematura masculina, asociada a estilos de vida no saludables y diagnóstico tardío, se debe reforzar la prevención y el control de la hipertensión arterial, promover hábitos de vida saludables y garantizar un manejo oportuno de los eventos cardiovasculares agudos para reducir la carga de muerte evitable en esta población. En el municipio se observa baja participación de los hombres en programas de promoción como la actividad física.





Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada según enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

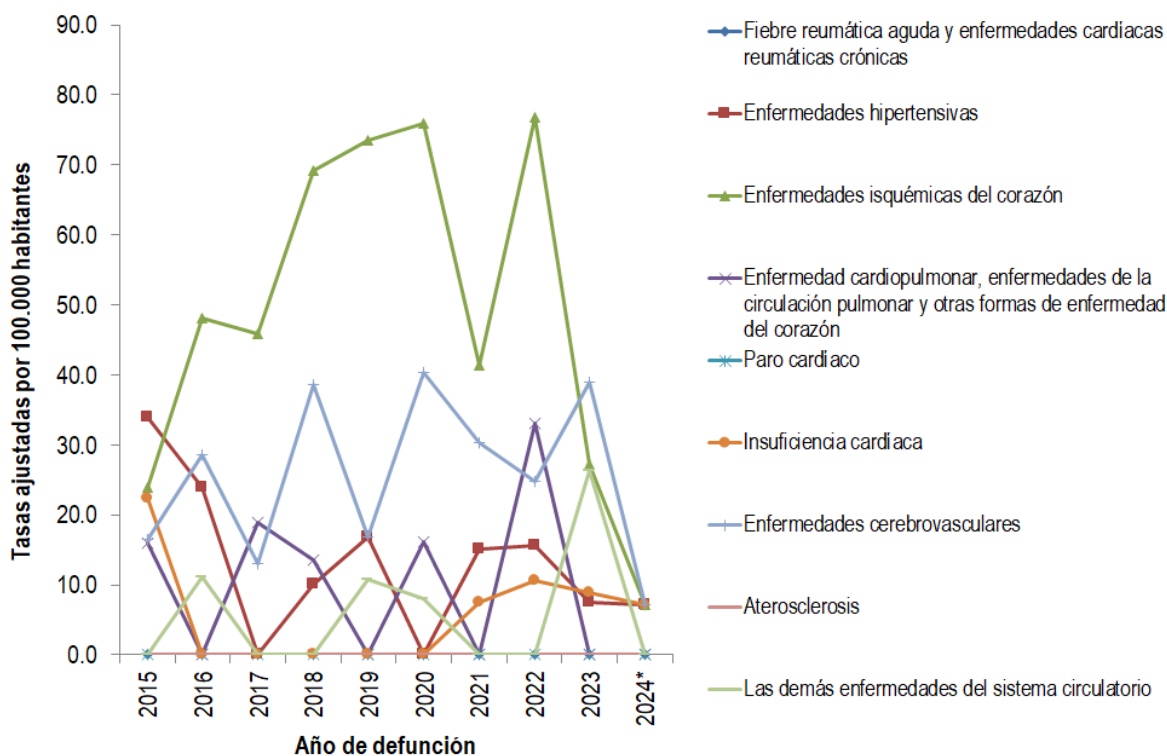
Enfermedades del sistema circulatorio Mujeres

Al igual que los hombres la principal causa de mortalidad en las mujeres está precedida por las enfermedades isquémicas del corazón y segunda causa las enfermedades cerebrovasculares. En el año 2014 se observó la tasa más alta de muerte por enfermedades isquémicas del corazón con 86 muertes por 100.000 mujeres, a partir de allí tuvo un comportamiento fluctuante, a partir del 2022 se observó una reducción con tasas bajas para el periodo. La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se presentó en menor medida, para el año 2023 estuvo como primera causa con 39 muertes por 100.000 mujeres, se debe continuar con el trabajo de estilo de vida saludable, tener un mayor autocuidado y más adherencia a los tratamientos.





Figura 16. Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Causas externas en Hombres

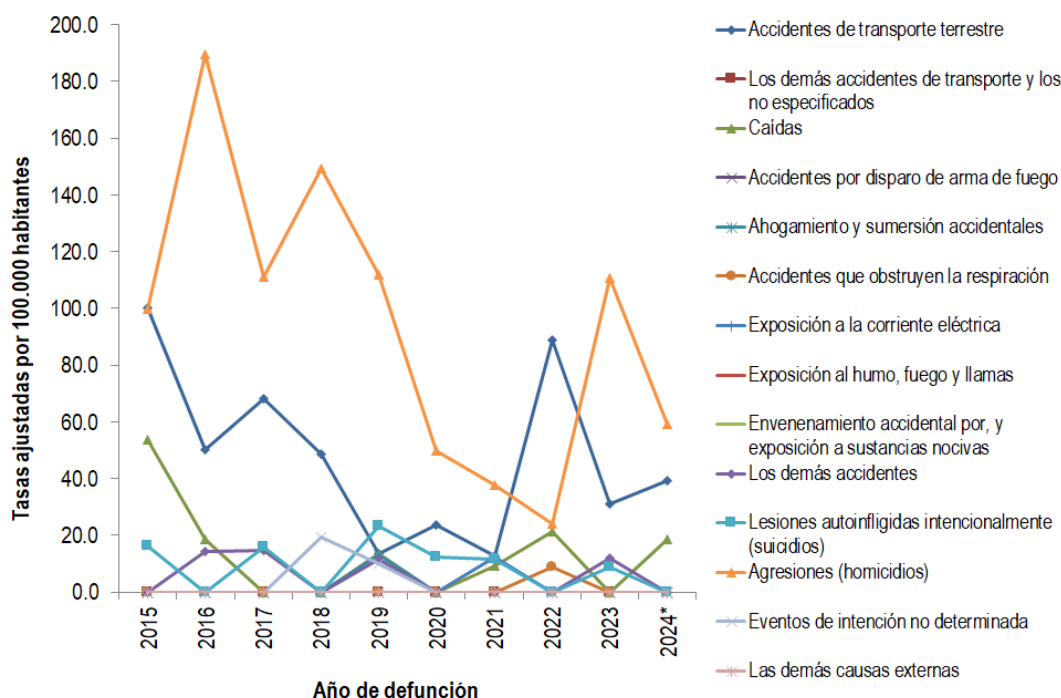
En los hombres la principal causa de muerte externas está asociada por las agresiones (homicidios), causa que ha aportado las mayores tasas de mortalidad en 7 años de toda la serie analizada, en el año 2016 se reportó la tasa más alta por homicidios con 189 muertes por cada 100.000 hombres, desde allí fue disminuyendo hasta llegar al año 2022 donde se evidencio la tasa más baja de todo el periodo con una tasa de 24 muertes por cada 100.000 hombres y encontrándose por debajo de los accidentes de transporte terrestre con una tasa de 89 muerte por 100.000 hombres la cual ocupo el primer lugar para ese año. Como segunda causa de muerte en hombres se observa los accidentes de transporte terrestres es una problemática que se ha visto agudizada con el desarrollo vial que se ha dado en nuestro territorio, la mayoría de los accidentes se ha presentado en la vía nacional la cual es de alto flujo vehicular dado a que es una vía que conecta la entrada al municipio de occidente y del Urabá antioqueño.





Otra de las causas externas que han aportado mortalidad en hombres ha sido las lesiones auto infligidas, la cuales en los últimos años se ha evidenciado mayores casos; estado en algunos años en tercera lugar y en otros como 2019 en segundo lugar, se requiere fortalecer las estrategias, crear planes, programas y proyectos de prevención de la violencia, seguridad vial y salud mental, orientadas a reducir estos eventos.

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por causas externas en hombres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Causas externas en mujeres

La mortalidad por causas externas en mujeres durante el periodo 2015–2024 se caracteriza por una baja frecuencia general, aunque con presencia intermitente de eventos que reflejan situaciones prevenibles y de impacto social relevante.

Los accidentes de transporte terrestre aparecen como la principal causa externa de muerte femenina, en el año 2017 se presentó la tasa más alta de mortalidad por accidente terrestre con una tasa de 33 y 2023 con 26 muertes por 100.00 mujeres dado esto posiblemente por el alto flujo vehicular. En segundo lugar, se observan casos aislados de lesiones autoinfligidas (suicidios), con valores más altos en 2017 y 2019, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de

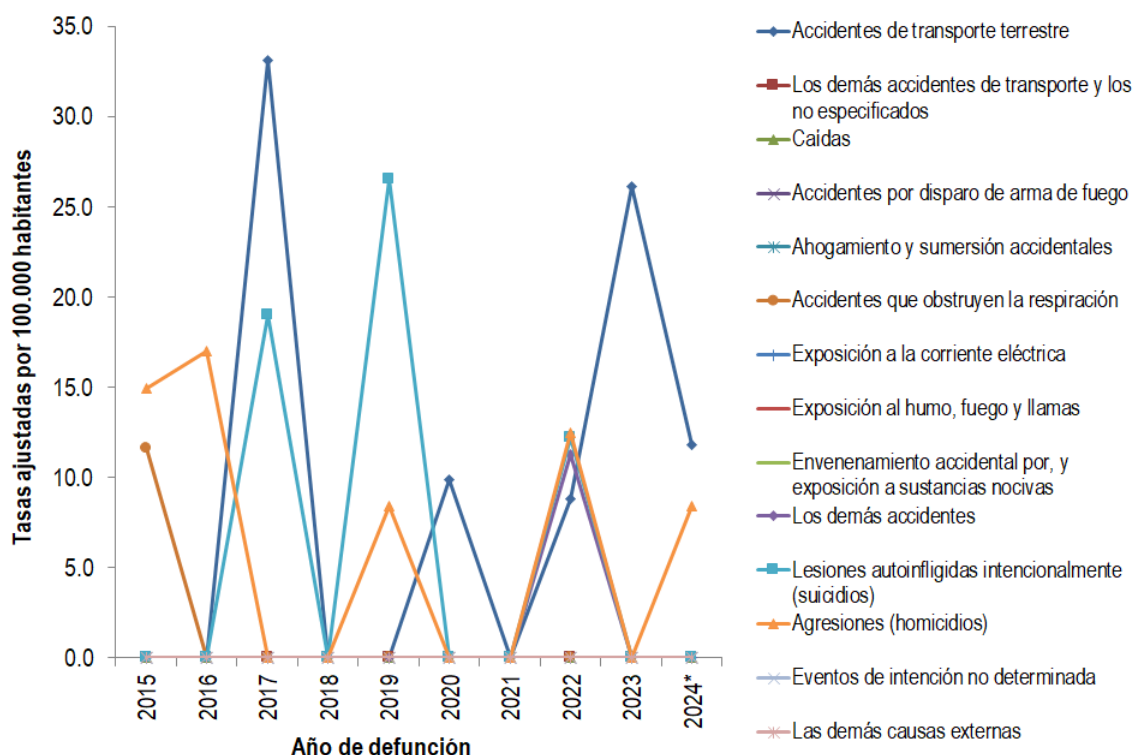




salud mental y detección temprana de riesgo suicida. Asimismo, se registran episodios de agresiones (homicidios) en algunos años, lo que podría estar vinculado a situaciones de violencia de género o del entorno social,

En conjunto, el comportamiento de la mortalidad por causas externas en mujeres muestra una baja magnitud, pero con relevancia epidemiológica por tratarse de eventos evitables, es por esto que es importante mantener la vigilancia intersectorial en seguridad vial, salud mental y violencia de género.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por causas externas en mujeres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Demás causas en hombres

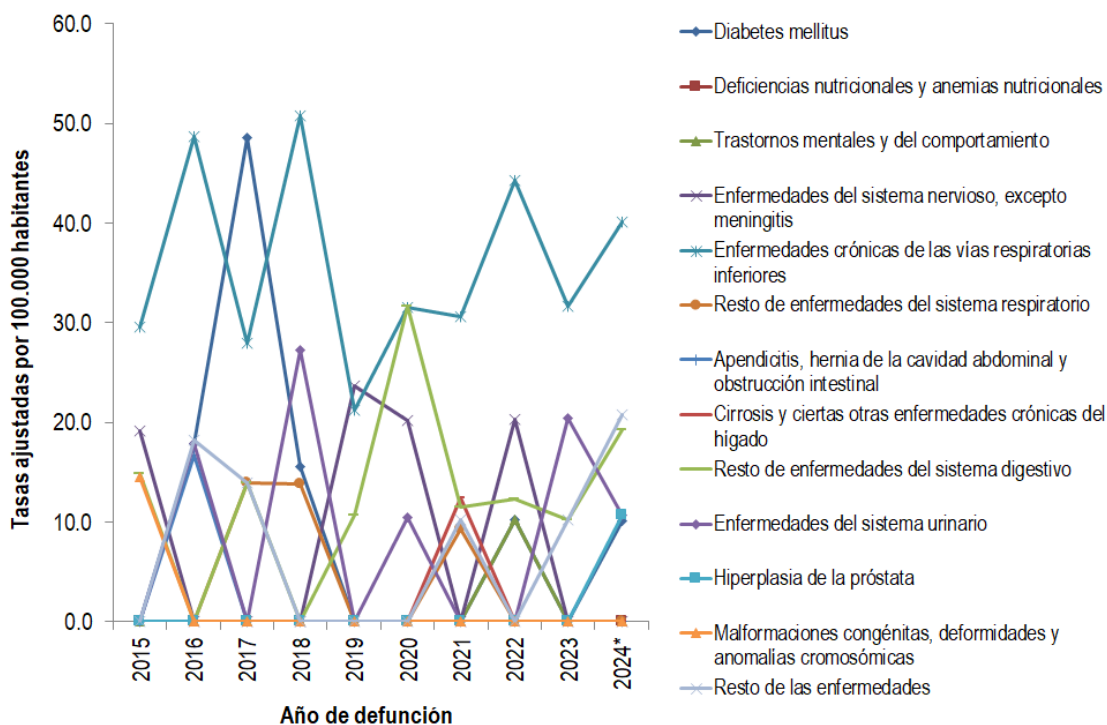
Al analizar la mortalidad por demás causas en los hombres del municipio, la mayor tasa la aporta las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, presentando mayor incidencia en los últimos años del periodo evaluado, la mayor tasa de mortalidad se presentó en el año 2018 con 50 muertes por cada 100.000 hombres, los últimos analizados 2021 al 2023 tuvo un comportamiento fluctuante con una leve reducción en al año 2023, con tendencia al aumento en el año 2024*. La mortalidad por otras enfermedades ha presentado un comportamiento fluctuante mostrando en unos años





mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del sistema urinario y del 2019 a 2024 se ha presentado un aumento en la mortalidad por enfermedades del sistema digestivo ocupando el segundo lugar en el año 2020 con 32 muertes por 100.000 hombres y en los siguientes años ocupando el tercer lugar en las causas de muerte

Figura 19. Tasa de mortalidad por las demás causas en hombres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 al 2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

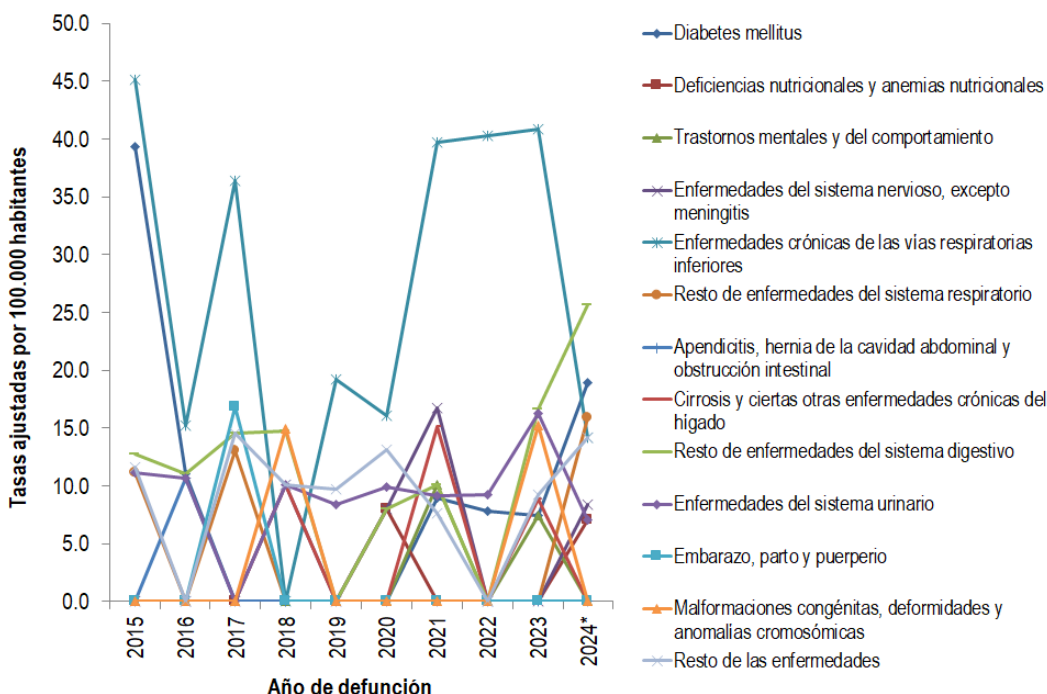
Demás causas en mujeres

En las mujeres al igual que los hombres las enfermedades crónicas de las vías respiratorias aportaron la mayor tasa de mortalidad, mostrando altas tasa en los años 2015 y 2023 con 45 y 40 muertes respectivamente por cada 100.000 mujeres, mostrando una tendencia al aumento, factores que pueden asociarse con la exposición al humo, contaminación ambiental o antecedentes de tabaquismo. En los años 2015 y 2014 se observó mortalidad alta por diabetes mellitus, dado posiblemente por factores metabólicos y estilos de vida poco saludables. Las enfermedades del sistema digestivo y urinario también aportan casos de manera aislados.





Figura 20. Tasa de mortalidad por las demás causas en mujeres del Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Durante el periodo analizado, 2017 al 2024* periodo donde se evidencia datos para el Municipio, se observa que las principales causas de mortalidad infantil y del niño han sido por afecciones originadas en el periodo perinatal, presentándose mortalidad en los años 2021 al 2023, siendo el año 2022 el de con mayor mortalidad infantil con 14 muertes por 100.000 mil menores de un año, convirtiéndose en la principal causa, posiblemente asociada a deficiencias en la atención prenatal, neonatal, para el año 2023, esta causa continúa presente aunque con una reducción y con tendencia a la disminución.

En el año 2021, emergen casos asociados afecciones perinatales y signos o hallazgos clínicos anormales lo que podría estar relacionado con complicaciones obstétricas, bajo peso al nacer o prematuridad.

En el año 2024* no se registran muertes, lo que podría deberse a un periodo parcial de registro o a un impacto positivo de las intervenciones en salud materno-infantil.





Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 año por grupo de causas, San Jerónimo Antioquia, 2017 al 2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	6.67	13.51	8.13	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	7.25	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	6.67	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad infantil menores de un año hombres

Durante el periodo analizado, la mortalidad infantil en los hombres muestra para el año 2022, las afecciones originadas en el periodo perinatal 30 muertes por 100.000 hombres y en menor proporción los signos y hallazgos clínicos anormales con 11 muertes por 100.000 mil hombres. Entre 2017 y 2021, así como en 2023 y 2024*, no se registran muertes. La mortalidad infantil masculina es baja en general, pero el aumento en el año 2022 evidencia la necesidad de mantener acciones sostenidas en control prenatal, atención del recién nacido y seguimiento posnatal para prevenir muertes evitables.

Tabla 24. Tasa de mortalidad en hombres menores de 1 año, por grupo de causas Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2017 al 2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	29.85	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
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	11.49	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad infantil menores de un año mujeres

Durante el periodo analizado, la mortalidad infantil femenina presenta eventos esporádicos, concentrándose en tres años específicos 2018, 2021 y 2023. En el año 2018, la causa principal fue las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, lo que sugiere posibles factores genéticos que afectaron el desarrollo fetal. Posteriormente, en el año 2021 y en el año 2023 se evidencia un aumento de muertes por afecciones originadas en el periodo perinatal, causa asociada con complicaciones del embarazo, el parto y el periodo neonatal.





Tabla 25. Tasa de mortalidad en Mujeres menores de 1 año, por grupo de causas
Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2017 a 2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	15.87	0.00	16.39	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	14.49	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

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años

Durante el periodo analizado 2017–2024*, los eventos por mortalidad infantil son bajos, con casos en años aislados. En el año 2017, se evidencia una tasa elevada por causas externas de morbilidad y mortalidad, posiblemente asociadas a accidentes o eventos no intencionales. Posteriormente, entre 2018 y 2022, no se registran muertes. Sin embargo, en 2023 se observa un aumento por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 116 muertes por 100.000 mil niños y niñas de 1 a 4 años y en 2024* surge una nueva causa asociada a tumores (neoplasias), lo que representa un cambio hacia las causas de tipo congénito.

Tabla 26. Tasa de mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años, Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2017 a 2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	119.33
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	116.55	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	104.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad infantil menores de un 1 a 4 años hombres.

Según el número de muerte en menores de 1 a 4 años para los hombres, la causas que aporoto muertes fue producto de causas externas, presentándose en el año 2017 una tasa de 205 muertes por 100.000 hombres. A partir de este año y hasta el 2023 no se reportó más mortalidad en hombres de 1 a 4 años, sin embargo, en el año 2024 se produjo el reporte de muerte por tumor.





Tabla 27. Tasa de Mortalidad en hombres menores de 1 a 4 años, Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2017 a 2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	263.85
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	204.92	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad infantil menores de un 1 a 4 años mujeres.

Respecto a las mujeres durante el periodo 2017 a 2022 no se presentó mortalidad por ninguna causa, el único año donde presento muertes fue en el 2023 debido a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías con una tasa de 213 muertes por cada 100.00 mujeres.

Tabla 28. Tasa de mortalidad en Mujeres menores de 1 a 4 años, Municipio de San Jerónimo Antioquia, 2017 a 2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Tumores (neoplasias)	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	213.22	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad en la niñez

Durante el periodo analizado, la mortalidad en menores de cinco años presenta fluctuaciones, con predominio de causas perinatales y congénitas, asociado a condiciones prevenibles y a la calidad de la atención materno-infantil. Las afecciones originadas en el período perinatal se consolidó como la primera causa, con una tasa de 184 muertes por 100.000 niños y niñas menores de 5 años en el año 2022, muertes posiblemente relacionadas con parto prematuro, bajo peso al nacer, asfixia o sepsis neonatal. Las malformaciones congénitas y signos clínicos anormales también aparecen en 2021 y 2022 con tasas menores, pero relevantes, reflejando problemas de desarrollo fetal o diagnósticos tardíos, se debe continuar fortaleciendo los programas materno infantil, estrategias de cuidado en la primera infancia para la reducción de la morbilidad y mortalidad.





Tabla 29. Tasa de mortalidad en menores de 5 años, municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	96.15
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	87.95	184.67	94.16	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	83.13	0.00	0.00	0.00	0.00	94.16	0.00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	87.95	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	83.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad infantil en la niñez hombres.

Respecto a la tasa de mortalidad en los hombres, la mayor tasa se presentó en el año 2022, con una tasa de 408 muertes por cada 100.000 hombres menores de cinco años producto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, constituyéndose en la principal causa de mortalidad en menores de cinco años. Los hombres también presentaron mortalidad en el año 2021 por signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio con una tasa de 192 muertes por cada 100.000 hombres menores de cinco años. En el año 2017, se evidencia una tasa elevada por causas externas de morbilidad y mortalidad, posteriormente, entre 2018 al 2024*, no se registran muertes por esta causa.

Tabla 30. Tasa de mortalidad en hombres menores de 5 años, por grupo de causas municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	212.77
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	408.16	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
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.00	0.00	0.00	0.00	192.31	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	163.40	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad infantil en la niñez mujeres.

Durante el periodo analizado, la mortalidad infantil para las mujeres se evidencian casos aislados, concentrados principalmente en los años 2018, 2021 y 2023, con predominio de causas perinatales y congénitas. En 2018, las muertes estuvieron relacionadas con malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (168.92), lo que podría reflejar factores genéticos o ambientales que afectaron el desarrollo fetal.





En el año 2023, se repite la presencia de ambas causas con tasas de 172.12 tanto para afecciones perinatales como para malformaciones congénitas. No se reportan defunciones en el resto de años (2017, 2019, 2020, 2022, 2024*), lo que indica una baja ocurrencia, pero con tasas altas impacto en años específicos.

Tabla 31. Tasa de mortalidad en Mujeres menores de 5 años, por grupo de causas municipio de San Jerónimo Antioquia, 2015 a 2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Tumores (neoplasias)	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	162.07	0.00	172.12	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	168.92	0.00	0.00	0.00	0.00	172.12	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
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez

Al analizar la mortalidad materno infantil y la niñez según la semaforización se observa para el municipio aspecto positivo probablemente por la adherencia a programas de control y desarrollo, accesibilidad a los servicios y programas enfocados a la primera infancia e infancia. Para los años 2014 al 2024* no se han presentado mortalidad materna, mortalidad neonatal, infantil, mortalidad por IRA, EDAD y desnutrición.

Respecto a la mortalidad en la niñez para el año 2024* la tasa fue de 9 muertes por cada 1000 nacidos vivos y la del departamento de 11, indicador que no representa un riesgo de morir por esta causa en relación al nivel departamental.

Tabla 32. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Municipio de San Jerónimo, Departamento de Antioquia, 2015 a 2024.

Causa de muerte	Antioquia	San Jerónimo	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	0.0	↗	↘	-	↗	↘	-	↗	↗	↗	↘		
Tasa de mortalidad infantil	8.4	0.0	↗	↘	-	↗	↘	-	↗	↘	↘	↘		
Tasa de mortalidad en la niñez	11.5	9.1	↗	↘	↗	↗	↘	-	↗	↘	↗	↘		
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





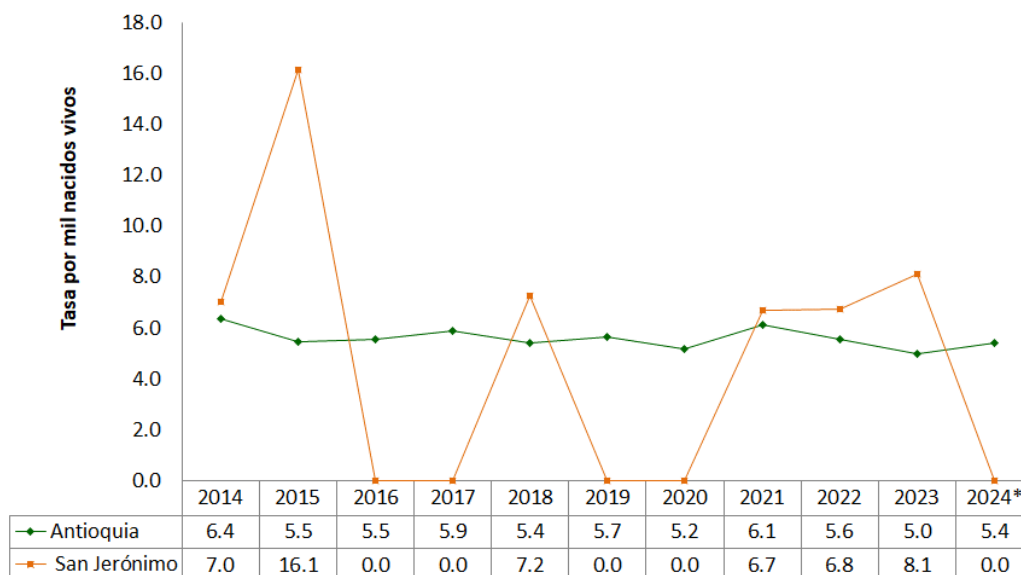
Mortalidad Materna

El municipio de San Jerónimo no ha reportado mortalidad materna desde el año 2014 al 2024*, aspecto positivo en los temas de maternidad segura. A nivel Departamental en los inicios del periodo evaluado se observaban las tasas más altas con tendencia fluctuante a través de los años, a partir del año 2022 presenta una tendencia a la disminución.

Mortalidad Neonatal

El comportamiento de la mortalidad infantil en San Jerónimo entre 2014 y 2024 refleja oscilaciones importantes, con años de incremento abrupto y otros sin casos reportados, lo cual es típico de municipios pequeños donde pocos eventos modifican significativamente la tasa. Aunque en los últimos años se observa una tendencia hacia la estabilidad y valores cercanos al promedio departamental, persisten riesgos asociados a la calidad de la atención prenatal, al parto y al cuidado neonatal temprano. En 2015 se presentó el pico más alto con 16 muertes por mil nacidos vivos, indicando un año crítico en mortalidad infantil. En varios años (2016, 2019 y 2024*) la tasa fue 0, lo cual puede reflejar ausencia de muertes infantiles registradas, en años recientes, entre 2021 y 2023, las tasas se mantienen entre 6,1 y 8,1, lo que sugiere una estabilización del indicador en valores similares al promedio departamental

Figura 21. Tasa de mortalidad neonatal, Departamento de Antioquia y Municipio de San Jerónimo, 2014 -2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSP

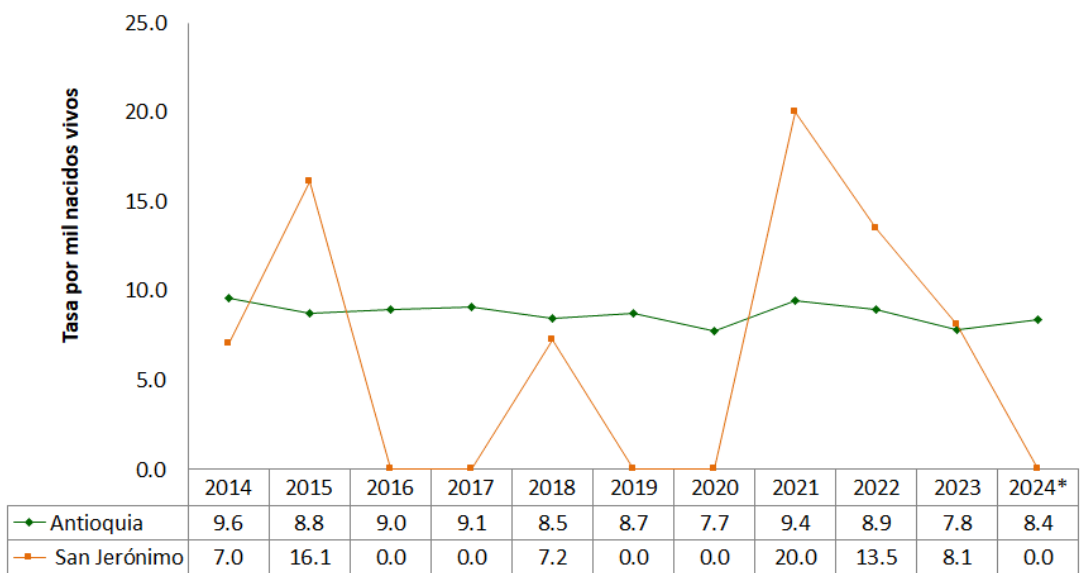




Mortalidad infantil

El análisis muestra que la mortalidad perinatal en San Jerónimo presenta un comportamiento irregular y sensible a las variaciones demográficas, con tasas críticas en algunos años, pero con una tendencia general hacia la mejora en los últimos años. En 2015 y 2021 se registran las tasas más altas con 16 y 20 por mil nacidos vivos, respectivamente, lo que evidencia años críticos en mortalidad perinatal posiblemente asociados a problemas en la atención obstétrica o neonatal. En varios años (2016, 2019, 2020 y 2024) la tasa fue 0, lo que podría reflejar ausencia de muertes perinatales, pero también puede estar influenciado por el bajo número de nacimientos en el municipio, donde un solo evento modifica de forma notable el indicador. En los años 2022 y 2023, las tasas descienden a 13,5 y 8,1, mostrando una tendencia favorable.

Figura 22. Tasa de mortalidad infantil, Departamento de Antioquia y Municipio de San Jerónimo, 2014-2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

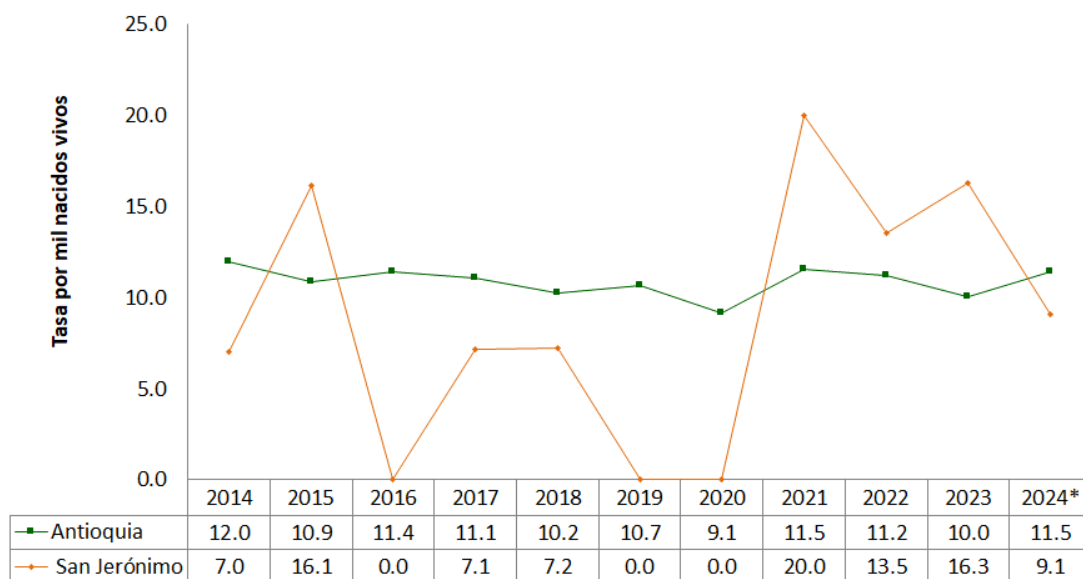
Mortalidad en la niñez

El municipio muestra una variabilidad considerable en las tasas a lo largo de los años, característica común en territorios con baja densidad poblacional y pocos nacimientos anuales, donde un solo evento puede alterar significativamente el indicador. Los años 2015, 2021 y 2023 presentan los valores más altos 16,1; 20,0 y 16,3 por mil nacidos vivos, respectivamente, evidenciando altas tasas críticas en la mortalidad infantil, en contraste, con los años 2016, 2019 y 2020 donde la tasa fue 0, en el año 2024*, la tasa se ubica en 9 muertes por mil nacidos vivos, lo que representa una reducción notable frente a los años anteriores.





Figura 23. Tasa de mortalidad en la niñez, Antioquia Municipio de San Jerónimo, 2014 – 2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

El municipio de San Jerónimo para los años 2014 a 2024* no presentó muertes por enfermedad diarreica aguda – EDA, aspecto positivo para el municipio comparado con otros municipios del departamento que aportan mortalidad. A nivel departamental se observa una tendencia fluctuante.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

Desde el año 2014 a 2024* no ha presentado casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años, a pesar de que en el municipio presenta incidencia de la IRA, esta ha sido diagnosticada y tratada oportunamente, evitando muertes en los menores de 5 años, el departamento ha presentado tasas altas 2019 y 2021 este último año dado posiblemente por la pandemia del COVID 19.

Mortalidad por desnutrición crónica

En el municipio de San Jerónimo para los años 2014 a 2024* no se presentaron muertes por desnutrición crónica en menores de 5 años, encontrándose aspecto positivo para el municipio en comparación con el indicador departamental, el cual se ha visto con una tendencia al incremento de los desde el año 2020, el año 2023 presentó la tasa más alta de toda la serie analizada.

Determinantes estructurales





Etnia

La razón de **mortalidad materna** por etnia en el Municipio de San Jerónimo en los años 2009 al 2024 no presentaron casos. En cuanto a la **mortalidad neonatal** desagregarla por etnia, se registraron defunciones en otras etnias, la mayor razón de mortalidad neonatal se dio en el año 2015 con 16 defunciones por cada cien mil nacidos vivos, en las etnias negros(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente y ROM no se presentaron mortalidad.

Tabla 33. Razón de mortalidad materna por etnia. Municipio de San Jerónimo, 2009 al 2023

Etnia	2009	2010	2013	2014	2015	2018	2021	2022	2023
1 - INDÍGENA									
2 - ROM (GITANO)									
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE									
6 - OTRAS ETNIAS	8.40	14.08	7.46	7.04	16.13	7.30	6.76	6.80	8.20
NO REPORTADO									
Total General	7.46	13.61	7.35	7.04	16.13	7.25	6.67	6.76	8.13

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Área de residencia

La razón de **mortalidad materna** por área de residencia en el Municipio de San Jerónimo en los años 2014 al 2024 no se presentaron casos. Según la **Mortalidad neonatal** muestra variaciones a lo largo del periodo analizado, en la cabecera municipal se observan los valores más altos, alcanzando una razón de 27 muertes por mil nacidos vivos, en el año 2013, en el área rural dispersa, la razón de mortalidad neonatal es más bajas entre 10 y 14 muertes por mil nacidos vivos.

Tabla 34. Indicadores de Razón de mortalidad neonatal por área de residencia. Municipio de San Jerónimo de Antioquia, 2014– 2024*.

Area Geográfica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1 - CABECERA	26,32	21,28			19,61					26,32	
2 - CENTRO POBLADO											
3 - AREA RURAL DISPERSA		13,70						11,24	10,00		
SIN INFORMACION											
Total General	7,04	16,13			7,25			6,67	6,76	8,13	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Etnia

En el Municipio de San Jerónimo en los años 2014 al 2024 no se presentó **mortalidad materna** por Etnia. Según la **Mortalidad neonatal por etnia** muestra variaciones a lo largo del periodo analizado, para otras etnias se





observan los valores altos en el año 2015, alcanzando 16 muertes por mil nacidos vivos.

Tabla 35. Indicadores de Razón de mortalidad neonatal por etnia Municipio de San Jerónimo de Antioquia, 2014– 2024*.

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1 - INDÍGENA																
2 - ROM (GITANO)																
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE																
6 - OTRAS ETNIAS	8,40	14,08			7,46	7,04	16,13			7,30			6,76	6,80	8,20	
NO REPORTADO																
Total General	7,46	13,61			7,35	7,04	16,13			7,25			6,67	6,76	8,13	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental

Respecto a la mortalidad relacionada con salud mental en el municipio de san jerónimo para los años analizados 2015 al 2024, último año con información preliminar, no se evidencia presencia de muertes por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, aspecto positivo para el municipio ya que la actualidad se percibe mayor consumo de sustancias psicoactivas.

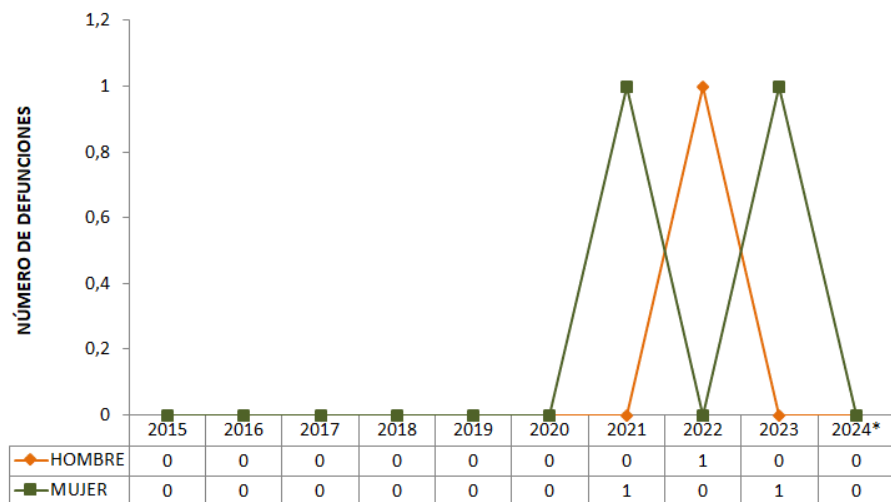
Respecto a la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en los años (2015 al 2020, 2022 y 2024*) no se presentaron muertes por esta causa, en los años 2021 y 2023 se registraron una muerte para cada año en mujeres y el año 2022 una muerte en hombres

El comportamiento de la mortalidad muestra una baja ocurrencia de defunciones, con eventos esporádicos a partir de 2021, lo cual refleja en general una situación favorable en salud mental por trastornos mentales. No obstante, la aparición de casos aislados en años recientes destaca la necesidad de mantener la vigilancia activa en el tema de salud mental.





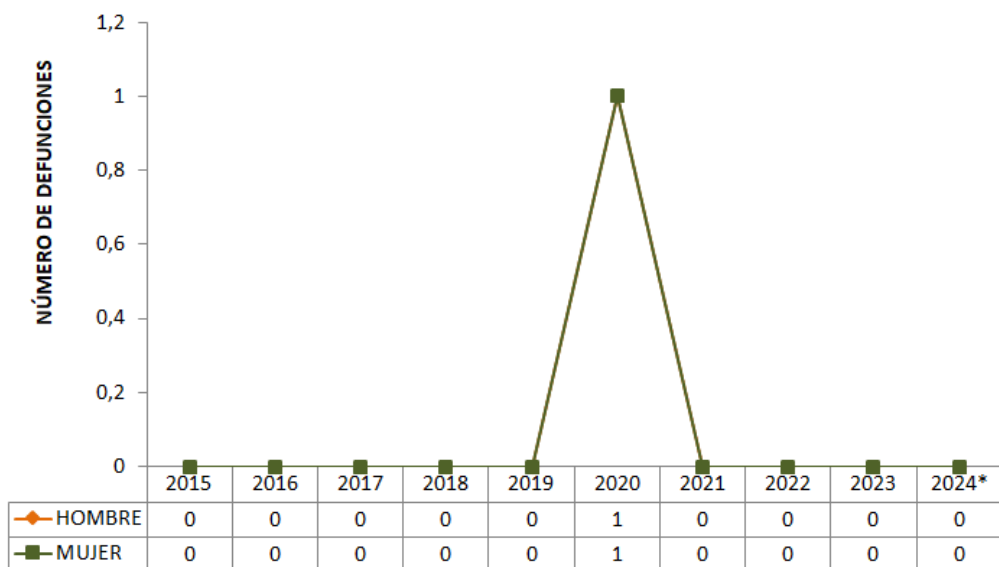
Figura 24. Número de defunciones del Trastornos mentales y del comportamiento. Municipio de San Jerónimo, 2015 – 2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En el año 2020 fue un año atípico de toda la serie analizada 2015 al 2024*, para ese año se reportó mortalidad a causa de epilepsia con dos defunciones una femenina y un masculino. En el municipio de San Jerónimo para los demás años no se reportaron muertes por esta causa, mostrando un comportamiento favorable.

Figura 25. Número de defunciones por epilepsia. Municipio de San Jerónimo, 2015-2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS





3.1.5 Conclusiones de mortalidad

Las enfermedades del sistema circulatorio mantienen tasas elevadas y una contribución significativa a los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), lo que sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción de hábitos saludables, control de factores de riesgo como la hipertensión, obesidad y sedentarismo, e implementación de programas de atención primaria con enfoque preventivo. Las neoplasias, por su parte, muestran un incremento sostenido, especialmente en mujeres, donde el cáncer de mama y cuello uterino continúan siendo causas relevantes de muerte, lo cual resalta la importancia de reforzar los programas de tamizaje, diagnóstico temprano y acceso oportuno al tratamiento.

En los hombres, las causas externas (homicidios, accidentes de tránsito y lesiones autoinfligidas) siguen teniendo un peso considerable, reflejando condiciones de vulnerabilidad social, estos eventos siguen representando muertes evitables y un reto intersectorial que demanda articulación con los sectores de seguridad, movilidad y bienestar social.

En cuanto a la mortalidad materno-infantil, los datos muestran una tendencia positiva, con una reducción sostenida de las muertes en menores de cinco años y ausencia de mortalidad materna en la última década, lo que sugiere avances significativos en la atención prenatal, neonatal y de la primera infancia.

El análisis de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) confirma las muertes prematuras por causas prevenibles, principalmente accidentes, homicidios y enfermedades cardiovasculares, lo cual afecta directamente la población joven y productiva, generando un impacto social y económico significativo para el territorio.

3.2 Análisis de la morbilidad

Conocer la morbilidad es importantes dentro del análisis de situación de salud, permite identificar las causas de enfermedad con el fin de impactar en el estado de salud de la población. Durante el periodo de análisis se estimó la morbilidad para el total de la población por grandes causas en el municipio San Jerónimo en el periodo 2011 al 2023, calculando las proporciones de la morbilidad y la variación porcentual. A nivel general se evidencia mayor causa de consulta en mujeres que en hombres aportando el 61% de las consultas.

3.2.1 Principales causas de morbilidad

Morbilidad por ciclo vital

En el sistema de información SISPRO del MPS se registraron para el Municipio de San Jerónimo durante los años 2015 al 2024* un total de 290.150 consultas, de las cuales las mujeres aportaron 175.337 equivalentes un 60% en la





utilización de los servicios de salud, debido al mayor autocuidado por parte de las mujeres las cuales acuden más a los servicios de salud ante una enfermedad, contra 1148.813 equivalente a un 39% de los hombres. El análisis de las principales causas de morbilidad según ciclo vital evidencia un patrón epidemiológico transicional, donde las enfermedades no transmisibles (ENT) predominan en todas las etapas de la vida, mientras las condiciones transmisibles y nutricionales y las lesiones tienen un comportamiento variable y relevante en etapas tempranas.

Morbilidad grandes causas primera infancia (0 a 5 años)

En el grupo de primera infancia la morbilidad esta predominada por las enfermedades no transmisibles para el año 2024 se observó el 41.52%, con una leve disminución respecto a 2023 de -3.99 puntos porcentuales (pp), los hombres son quienes más consultan por esta causa con 42.52% contra 40.46% de las mujeres. Se observan incrementos en las condiciones perinatales (+1.92 pp) y en las condiciones transmisibles y nutricionales (+2.58 pp), esta última sería la segunda causa de consulta, lo que puede indicar vulnerabilidad en la atención prenatal, nutrición infantil y prevención de enfermedades infecciosas, es importante fortalecer el control prenatal, vacunación y nutrición infantil. Para la infancia las causas de consulta por condiciones perinatales se encuentran por encima de las lesiones, en ambas causas de consulta se evidencia mayor consulta en hombres que en mujeres.

Morbilidad grandes causas Infancia (6 a 11 años)

Según el ciclo vital infancia la principal causa de consulta fue por enfermedades no transmisibles, el representan más de la mitad de la morbilidad, para el año 2024 el porcentaje de consultas fue de 54.57, presentando un leve aumento comparado con el año 2023 (+1.90 pp), para este ciclo vital igual que el anterior consultan más los hombres que las mujeres por esta causa, según la tendencia de los años analizados se observa mayores consultas en los inicios del periodo analizado con una reducción significativa en el año 2021 producto de la pandemia COVID 19, a partir de allí se volvió a presentar un leve aumento sin embargo no sobrepasa las consultas del año 2017 y 2019. Las condiciones transmisibles (10.40 %) muestran una reducción leve, lo que sugiere mejor control de infecciones, aunque persisten riesgos por accidentes escolares o domésticos.

Los signos y síntomas mal definidos generan una segunda causa de consulta en menores de 6 a 11 años, aspecto que se debe mejorar para tener un real cimiento de morbilidad en la infancia. A diferencia del grupo de la primera infancia que las consultas por lesiones aumentaron en el año 2024, para este





grupo disminuyó en un (-0.32 pp) existiendo menos consulta por estas causas en las mujeres que en los hombres.

Morbilidad grandes causas Adolescencia (12 a 18 años)

En la adolescencia al igual que la infancia las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar en consultas, se observa para el año 2024 un aumento en las consultas por dicha causa presentándose 54.68% de consultas con un cambio porcentual de (+2.80 pp), para este grupo población en el año 2024 disminuyeron las consultas por condiciones transmisibles y nutricionales en (- 3.0 pp) y las lesiones en (- 2.53 pp). En el 2024 se aumentaron el porcentaje de las condiciones mal clasificadas el cual debe de mejorarse la calidad del registro de morbilidad con el fin de que se clasifique adecuadamente los diagnósticos e identificar realmente porque consultan los adolescentes. Los hombres adolescentes consultan más por lesiones que las mujeres, sin embargo, en el año 2024 se redujeron las consultas en ambos sexos por esta causa.

Morbilidad grandes causas Juventud (14 a 26 años)

Respecto al ciclo vital de 14 a 26 años, grupo poblacional juventud las Enfermedades No transmisibles, continúan siendo la principal causa, aunque con un descenso en el año 2024 (-3.25 pp), se destaca el aumento en condiciones mal clasificadas (+5.06 pp), lo cual sugiere debilidades en la codificación de diagnósticos. Por otro lado, al evaluar por sexo se observa que en los hombres aumentaron las consultas por lesiones (+ 1.29 pp) y en las mujeres disminuyeron (-2.91pp). A nivel general para el grupo de juventud disminuyeron las consultas por todas las causas excepto las condiciones transmisibles y nutricionales.

Morbilidad grandes causas Adulthood (27 a 59 años)

Las ENT son claramente dominantes, para el año 2024 se presentaron el 68.32% de consultas con un leve aumento (+0.24 pp) en comparación al año 2023, evidenciando la carga de enfermedades crónicas no transmisibles. Las condiciones transmisibles y lesiones presentan leves descensos, mientras las condiciones mal clasificadas aumentan ligeramente (+0.93 pp). Para ambos sexos se evidencia las enfermedades no transmisibles, con un aumento en las mujeres, indicando un mayor conocimiento del riesgo y mayor consulta. Las lesiones al igual que en todos los ciclos vitales se evidencia mayor consulta en los hombres que en las mujeres.

Morbilidad total grandes causas mayores de 60 años





La morbilidad para las personas mayores de 60 años está fuertemente concentrada en las ENT, con 80.54 % para el año 2024, aunque con una reducción de (-2.72 pp). Respecto al sexo se evidencia mayor consulta en mujeres por enfermedades no transmisibles que en los hombres, por otro lado, se observa un aumento de las lesiones (+1.78 pp), probablemente asociadas a caídas y eventos accidentales.

Tabla 36. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, Municipio de San Jerónimo Antioquia 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 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30.49	26.52	33.92	26.58	28.94	21.91	14.37	30.78	19.96	22.54	238
	Condiciones perinatales	0.92	0.89	1.93	0.41	1.40	5.56	4.31	6.73	5.49	7.41	137
	Enfermedades no transmisibles	33.92	42.67	43.09	44.80	43.12	29.63	41.08	38.22	45.51	41.52	-399
	Lesiones	6.53	4.74	4.76	8.11	8.16	25.00	26.23	6.23	8.18	6.86	-132
	Condiciones mal clasificadas	28.14	25.19	16.31	20.10	18.37	17.90	14.01	18.04	20.86	21.67	031
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16.15	11.62	12.89	10.19	7.93	7.33	4.65	9.22	11.66	10.40	-126
	Condiciones maternas	0.10	0.46	0.00	0.00	0.00	0.54	0.00	0.00	0.79	0.00	-079
	Enfermedades no transmisibles	49.98	52.62	65.96	61.21	63.75	50.75	36.71	51.01	52.87	54.57	137
	Lesiones	11.07	12.07	7.56	9.83	13.82	25.24	49.17	21.33	12.15	12.48	032
	Condiciones mal clasificadas	22.71	23.23	13.60	18.77	14.50	16.15	9.47	18.44	22.73	22.56	-017
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11.89	6.08	5.84	6.73	5.01	6.51	3.49	4.58	8.31	5.32	-300
	Condiciones maternas	1.92	4.74	2.58	1.89	2.72	1.27	3.49	4.65	2.82	2.72	-009
	Enfermedades no transmisibles	53.48	46.11	66.99	64.01	56.56	54.72	52.39	53.03	51.89	54.88	290
	Lesiones	8.41	19.27	9.43	9.72	13.66	13.88	19.76	12.97	11.13	8.60	-253
	Condiciones mal clasificadas	24.29	23.80	15.16	17.65	22.05	23.62	20.86	24.77	25.85	28.67	282
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.01	9.60	7.35	7.14	5.95	9.75	4.08	7.36	6.27	6.74	047
	Condiciones maternas	3.75	5.98	7.87	5.73	5.02	13.03	11.66	11.22	8.08	7.59	-049
	Enfermedades no transmisibles	54.76	49.63	50.65	55.93	57.00	45.06	34.19	41.18	49.86	46.41	-325
	Lesiones	9.93	12.77	14.13	9.66	10.42	12.80	32.58	15.03	13.51	11.72	-179
	Condiciones mal clasificadas	22.54	22.02	19.99	21.54	21.61	19.35	17.49	25.21	22.48	27.54	506
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6.17	5.43	6.10	4.55	5.52	9.16	2.21	3.44	5.03	4.63	-040
	Condiciones maternas	0.54	0.58	0.95	0.62	0.80	1.35	2.01	1.73	0.52	1.14	033
	Enfermedades no transmisibles	74.76	73.65	72.98	74.50	73.13	68.04	70.39	69.35	68.07	68.32	024
	Lesiones	5.08	7.97	6.80	6.27	6.61	8.84	10.84	9.60	8.67	7.27	-140
	Condiciones mal clasificadas	13.45	12.37	13.18	14.06	13.94	12.61	14.54	15.87	17.72	18.65	083
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4.92	3.43	3.67	3.12	2.68	2.94	1.91	2.08	2.89	3.26	037
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.18	0.00	0.02	0.10	0.00	-010
	Enfermedades no transmisibles	83.09	84.94	82.02	82.47	83.40	82.43	84.11	83.54	83.26	80.54	-272
	Lesiones	2.89	3.25	3.26	3.84	3.73	3.64	5.29	4.25	4.40	6.18	178
	Condiciones mal clasificadas	9.10	8.39	11.05	10.57	10.19	10.80	8.69	10.11	9.34	10.02	068

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales

Según las atenciones por condiciones transmisibles y nutricionales durante el periodo analizado 2015 a 2024, las enfermedades infecciosas y parasitarias mostraron un incremento significativo (+8.53 pp), lo que podría asociarse con





incremento en las infecciones de vías urinarias o gastrointestinales. Respecto a las infecciones respiratorias agudas (IRA) siguen siendo una causa importante, aunque disminuyen las consultas en el año 2024 en (-8.22 pp), posiblemente por mejores medidas preventivas o menor circulación viral. Deficiencias nutricionales se mantienen estables, con leve reducción (-0.31 pp), pero su persistencia evidencia determinantes sociales de la salud (acceso a alimentos, pobreza, prácticas de alimentación).

Condiciones maternas

Las condiciones maternas disminuyeron en el año 2024 (-2.28 pp), lo que sugiere mejora en el control prenatal, atención del parto y planificación familiar. Por otro las condiciones del periodo perinatal aumentan (+2.28 pp), indicando persistencia de complicaciones neonatales.

Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades trasmisibles es la mayor causa de consulta a nivel general tanto en hombres como mujeres, la mayor proporción de uso de servicios de salud es por enfermedades cardiovasculares aportando el (21.96 %) y con una alta carga, aunque con un descenso notable (-5.83 pp), posiblemente por mejoras en diagnóstico y control. Las condiciones neuropsiquiátricas (+1.60 pp), enfermedades de los órganos de los sentidos (+1.17 pp), digestivas (+0.53 pp), genitourinarias (+1.14 pp) y condiciones orales (+1.69 pp) muestran incrementos, apuntando hacia morbilidades crónicas menos letales, pero de alta demanda de atención.

La diabetes mellitus y trastornos endocrinos permanecen estables, confirmando su condición de enfermedades crónicas controladas, pero con alta prevalencia. Las neoplasias malignas y otras neoplasias disminuyen levemente.





Lesiones

Respecto a las consultas por lesiones, el subgrupo de las causas por traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias son las que mayor aporten de morbilidad se da tanto hombre como mujeres, siendo más notorio en los hombres. A nivel general para el año 2024 se presentó un aumento comparado con el año anterior de (+ 0.38) puntos porcentuales.

Tabla 37. Distribución porcentual de los subgrupos de morbilidad, Municipio de San Jerónimo Antioquia 2015 – 2024*.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-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)	51.62	54.16	41.36	36.91	41.26	57.22	47.62	27.69	43.67	52.20	8.53
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	44.82	39.73	55.16	60.35	54.29	39.72	42.64	63.49	49.95	41.73	-8.22
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	3.56	6.10	3.48	2.73	4.45	3.06	9.74	8.82	6.39	6.07	-0.31
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	89.29	96.17	92.59	97.95	95.33	89.80	91.59	82.98	79.76	77.48	-2.28
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	10.71	3.83	7.41	2.05	4.67	10.20	8.41	17.02	20.24	22.52	2.28
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)	1.16	2.20	1.46	0.89	0.87	2.15	1.90	2.27	2.57	2.21	-0.35
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.84	0.92	1.01	0.86	1.07	0.98	1.01	1.49	1.72	1.35	-0.37
	Diabetes mellitus (E10-E14)	4.28	5.43	3.57	3.59	3.70	4.56	3.34	3.80	3.58	3.65	0.07
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6.32	6.99	4.04	4.12	4.71	5.57	4.99	4.78	5.26	5.39	0.13
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7.12	8.07	6.78	6.34	6.90	8.75	9.67	6.95	7.28	8.87	1.60
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	4.62	4.83	6.17	5.83	7.21	6.50	9.32	8.44	8.79	9.95	1.17
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	22.35	19.37	23.59	22.13	20.57	25.40	25.89	28.48	27.79	21.96	-5.83
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4.09	4.45	4.31	3.18	2.77	3.29	5.23	4.68	3.45	3.87	0.42
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	4.42	6.50	4.36	4.14	4.57	6.13	4.83	5.18	5.91	6.44	0.53
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8.71	8.07	9.46	9.47	9.80	9.60	9.45	8.95	9.37	10.51	1.14
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4.53	4.45	3.90	3.97	4.52	3.38	4.26	3.87	3.92	4.22	0.30
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	11.84	10.93	10.77	10.67	10.87	10.93	11.85	12.58	12.87	12.25	-0.62
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.26	0.26	0.48	0.38	0.33	0.35	0.50	0.88	0.43	0.56	0.13
	Condiciones orales (K00-K14)	19.46	17.49	20.11	24.44	22.11	12.42	7.76	7.63	7.08	8.77	1.69
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2.97	8.24	3.10	4.05	11.12	8.02	3.87	3.97	5.16	4.13	-1.02
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.35	0.53	0.62	0.76	0.46	0.25	0.05	0.16	0.16	0.72	0.56
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.17	0.00	0.00	0.58	0.00	0.80	0.00	0.05	0.00	0.07	0.07
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96.51	91.22	96.28	94.61	88.42	90.94	96.08	95.82	94.69	95.07	0.38
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.3 Morbilidad específica salud mental

El análisis de la morbilidad según ciclo vital evidencia que los trastornos mentales y del comportamiento constituyen la principal causa de atención en





todos los grupos etarios, con variaciones en su magnitud y predominio a lo largo del tiempo.

Primera infancia (0–5 años) Durante el periodo analizado, la morbilidad se concentró en los trastornos mentales y del comportamiento 79.25% en el año 2024, seguidos de epilepsia (18.87%), con una variación mínima (-1.97 pp). Este patrón sugiere una posible persistencia de alteraciones neurológicas tempranas, posiblemente asociadas a causas perinatales o genéticas. La ansiedad es baja, indicando la necesidad de fortalecer la detección temprana y el abordaje psicosocial en el entorno familiar y escolar.

Infancia (6–11 años) Los trastornos mentales y del comportamiento mantienen una prevalencia alta de 87.6% en el año 2024, con un aumento porcentual de (+6.21 pp), mientras que la epilepsia (4.13%) muestra una reducción sostenida. Los cuadros de depresión y ansiedad presentan comportamiento fluctuante, con una leve disminución. Durante la serie analizada no hubo casos relacionados a los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en la infancia.

Adolescencia (12–17 años) Se observa una alta carga de trastornos mentales y del comportamiento con incremento de 10.52 pp respecto a 2023. Los diagnósticos de depresión (9.77%) y ansiedad (12.03%) tienen comportamiento relevante, asociados a factores de vulnerabilidad social y consumo de sustancias. La epilepsia mantiene proporciones menores en el año 2024 (15.79%).

Juventud (18–28 años) La morbilidad general por trastornos mentales y del comportamiento se mantiene estable (56.04%), con incremento importante en los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, lo que sugiere un aumento en conductas de riesgo. Los casos de ansiedad (22.65%) presentan el mayor aumento del ciclo con (+12.42 pp), reflejando impacto de factores sociales y laborales. comunitaria y programas de reducción de consumo de sustancias.

Adulthood (29–59 años) Los trastornos mentales y del comportamiento continúan siendo la principal causa con 58.68% para el año 2024, aunque con leve descenso (-1.84 pp). Aumentan los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas (9.19%), lo cual representa un riesgo para la productividad y salud pública. La ansiedad (15.79%) y la depresión (9.98%) son las alteraciones emocionales más frecuentes.

Vejez (60 años y más) En el grupo de adultos mayores, los trastornos mentales y del comportamiento presentan un repunte importante (74.59%),





+13.94 pp), posiblemente relacionado con deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas. Aunque la epilepsia desciende (-12.37 pp), los cuadros ansiosos y depresivos mantienen prevalencia significativa. Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer programas de atención integral al adulto mayor con enfoque en salud mental, estimulación cognitiva y apoyo familiar.

Tabla 38. Distribución porcentual morbilidad salud mental, Municipio de San Jerónimo Antioquia 2015 a 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 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	35.29	100.00	51.79	90.48	78.26	42.86	32.69	89.47	79.17	79.25	0.08
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	33.93	0.00	2.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Epilepsia	64.71	0.00	14.29	0.00	17.39	57.14	63.46	10.53	20.83	18.87	-1.97
	Depresión	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Ansiedad	0.00	0.00	0.00	9.52	2.17	0.00	3.85	0.00	0.00	1.89	1.89
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	40.94	81.25	58.18	77.11	80.83	68.42	58.82	91.30	81.40	87.60	6.20
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Epilepsia	57.05	18.75	41.82	6.02	7.50	28.95	35.29	0.00	6.98	4.13	-2.84
	Depresión	0.67	0.00	0.00	8.43	0.83	2.63	0.00	8.70	2.33	0.83	-1.50
	Ansiedad	1.34	0.00	0.00	8.43	10.83	0.00	5.88	0.00	9.30	7.44	-1.86
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	47.14	50.00	60.32	56.73	63.62	55.26	48.24	58.72	51.89	62.41	10.52
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2.86	0.00	12.70	7.02	1.29	2.63	0.00	0.00	2.83	0.00	-2.83
	Epilepsia	28.57	38.89	17.46	26.90	18.45	16.67	28.24	8.26	16.04	15.79	-0.25
	Depresión	20.00	11.11	3.17	5.85	12.45	15.79	22.35	14.68	18.87	9.77	-9.09
	Ansiedad	1.43	0.00	6.35	3.51	4.29	9.65	1.18	18.35	10.38	12.03	1.65
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	54.85	51.18	46.32	41.92	60.14	55.62	52.63	50.27	58.38	56.04	-2.34
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	10.82	11.02	7.89	0.87	5.92	17.98	3.51	29.84	5.29	8.79	3.50
	Epilepsia	20.52	14.96	29.47	24.45	8.88	3.93	18.42	2.69	7.23	2.53	-4.70
	Depresión	2.24	14.96	3.16	17.03	13.44	9.55	10.53	8.06	18.87	9.99	-8.89
	Ansiedad	11.57	7.87	13.16	15.72	11.62	12.92	14.91	9.14	10.23	22.65	12.42
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	65.34	62.19	67.31	62.14	60.26	59.22	58.51	52.72	60.52	58.68	-1.84
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2.05	3.44	1.69	4.06	6.25	1.96	8.51	11.02	1.30	9.19	7.89
	Epilepsia	13.48	13.13	11.38	7.70	8.02	4.51	4.96	6.07	7.06	6.36	-0.70
	Depresión	6.38	7.81	7.02	12.83	9.33	14.12	7.45	8.63	11.82	9.98	-1.84
	Ansiedad	12.76	13.44	12.59	13.26	16.14	20.20	20.57	21.57	19.31	15.79	-3.52
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	65.51	71.19	68.71	68.22	67.13	49.25	68.57	65.08	60.65	74.59	13.94
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.85	0.00	0.00	1.60	0.00	0.57	1.06	1.44	2.97	1.43
	Epilepsia	12.66	8.47	14.29	4.37	5.81	25.94	6.86	8.99	16.97	4.59	-12.37
	Depresión	6.33	8.47	4.76	13.70	3.01	3.76	3.43	3.70	1.44	4.86	3.42
	Ansiedad	15.51	11.02	12.24	13.70	22.44	21.05	20.57	21.16	19.49	12.97	-8.62

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS





3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

La siguiente tabla se puede comparar el indicador municipal respecto al departamental, se observa que no hay diferencia significativa, presentando una mejor situación en el municipio respecto al indicador de prevalencia por enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, con una tendencia al aumento. En relación con los demás indicadores como la tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados, no presenta diferencia significativa frente al nivel departamental. Respecto a la tasa de incidencia de leucemia mieloide y linfóide en menores de 15 años en el y la tasa de incidencia de VIH no presentaron casos para el año 2024.

Tabla 39. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del Municipio de San Jerónimo 2017 al 2024*.

Evento	Antioquia	San Jerónimo	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	36,5	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗
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	12,2	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39,0	0,0	↗	↘	↘	↗	↘	-	↗	↘
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: Cuenta de alto costo SISPRO y SIVIGILA, Antioquia

3.2.5 Morbilidad de eventos precursores

La prevalencia por eventos precursores en San Jerónimo no presenta diferencias significativamente comparada con el nivel departamental, la prevalencia de diabetes mellitus para el 2024 fue de 4.1 para este año se observó un tendencia al aumento de la enfermedad, la hipertensión tiene mayor participación en el municipio con una prevalencia de 10.4, encontrándose dentro de las enfermedades circulatorias grupos que más aporta a la mortalidad en el municipio y trayendo complicaciones de tipo orgánico, económico, personal, familiar y social, que repercuten en la calidad de vida de los usuarios; sin embargo muestra una mejor situación que el indicador departamental. Tanto la





diabetes mellitus y la hipertensión arterial para el municipio de San Jerónimo, estuvieron por debajo del indicador departamental, pero con una tendencia al aumento.

Tabla 40. Eventos precursores, municipio de San Jerónimo 2017 – 2024

Evento	Antioquia	San Jerónimo	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4,5	4,1	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	14,7	10,4	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Respecto a la morbilidad según los eventos de notificación obligatoria el municipio de San Jerónimo presenta un comportamiento favorable en relación con el nivel departamental, para el año 2023 el evento de interés en salud pública que mayor se reportó fue eventos de exposición rábica, un total de 61, con una tendencia al aumento, casos debido a que el municipio es de vocación turística y tiene muchas fincas de recreo, estas cuentan con animales para el cuidado, por otro lado la vocación rural hace que sus habitantes convivan con animales domésticos, sin embargo, y a pesar del alto número de estos, no se han presentado letalidad por lesiones ocasionadas por animales potencialmente transmisores de la rabia. En segundo lugar se notificaron 44 casos sospechosos de violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y sexual, el municipio cuenta con política de salud mental y política de mujeres, y desde allí se realizan acciones para mitigar la incidencia de la violencia, este comportamiento puede darse también por la conciencia de la denuncia por parte de la víctima. Se evidencia una notificación de 8 casos por Infección respiratoria aguda grave, con una tendencia al descenso, sin embargo respecto a la letalidad se observa en la siguiente tabla que para el año 2023 se presentó una letalidad de 0.9 por estas causas.

Tabla 41. Semaforización de letalidades por eventos de notificación obligatoria, San Jerónimo 2023.

Evento	Antioquia	San Jerónimo	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,5	0,9	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	1,1	0,0	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-
Letalidad de tuberculosis pulmonar	6,1	0,0	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS





Tabla 42. Semaforización eventos de notificación obligatoria, San Jerónimo 2023.

Evento	Antioquia	San Jerónimo	Comportamiento								
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
100 - ACCIDENTE OFIDICO	744	0	↘	-	↗	↘	-	↗	↘	-	
110 - BAJO PESO AL NACER	0	0	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2168	8	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	-	
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	2516	8	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	
210 - DENGUE	5241	5	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	
217 - CHIKUNGUNYA	5	0	↘	↘	↘	-	↗	↘	-	↗	
220 - DENGUE GRAVE	81	0	-	↘	-	-	-	-	-	↗	
228 - EXPOSICIÓN A FLÚOR	0	0	↘	-	↗	↘	-	-	-	↗	
298 - EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION	38	0	-	↗	↘	-	-	-	-	-	
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	19051	61	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	
330 - HEPATITIS A (BROTE)	684	0	-	-	-	-	↗	↘	-	-	
340 - HEPATITIS B	275	0	-	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
341 - HEPATITIS C	247	0	-	-	-	-	-	-	↗	↘	
343 - HIPOTIROIDISMO CONGENITO	86	0	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘	
345 - ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	728	1	↗	↘	↗	-	↘	↘	↗	-	
348 - INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	6818	8	↘	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
356 - INTENTO DE SUICIDIO	6286	4	↗	↗	↘	↗	↘	↘	-	↘	
357 - INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS	0	0	↗	↘	-	-	-	-	-	-	
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	819	1	↘	↗	↘	↘	-	-	↗	↘	
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	4284	0	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	
380 - INTOXICACIÓN POR METANOL	28	0	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	92	0	↘	↗	↘	-	-	-	-	-	
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	801	0	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	
412 - INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	289	0	-	-	↗	↘	-	-	-	-	
414 - INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1188	0	↘	↗	↘	↘	-	-	↗	↘	
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1031	5	↗	↘	-	-	-	↗	-	↗	
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	199	2	↗	-	↗	↘	-	↘	↘	↗	
455 - LEPTOSPIROSIS	40	0	-	↗	↘	-	-	-	-	-	
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	55	0	↘	-	-	-	↗	↘	-	-	
457 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE	14	0	-	-	-	-	↗	↘	-	-	
458 - LESIONES POR POLVORA	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
470 - MALARIA FALCIPARUM	1743	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
490 - MALARIA VIVAX	14867	1	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	
495 - MALARIA COMPLICADA	299	1	-	-	-	-	-	-	-	↗	
500 - MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	30	0	-	-	↗	-	↘	-	-	-	
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCO	58	0	-	↗	↘	-	-	-	-	-	
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	72	0	-	↗	↘	-	-	-	-	-	
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	3780	7	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	-	
550 - MORTALIDAD MATERNA	37	0	-	↗	↘	-	-	-	-	-	
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	800	1	↗	↗	↘	↘	-	↗	↗	↘	
620 - PAROTIDITIS	744	2	-	↗	↗	↘	-	-	-	↗	
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	1446	2	-	↗	-	↘	-	↗	↗	↘	
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	156	1	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘	
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	1237	0	-	-	↗	↘	-	↗	↗	↘	
800 - TOSFERINA	6	0	-	-	↘	-	-	-	-	-	
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	625	1	↗	-	↘	-	-	↗	↘	↗	
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	3312	4	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
831 - VARICELA INDIVIDUAL	2895	1	↘	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘	
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	2976	2	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	
875 - VCM, VIF, VSX	24602	44	↗	↗	-	↘	↗	↗	↘	↗	
895 - ZIKA	5	0	↗	↘	↘	-	-	-	-	-	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.7 Morbilidad población migrante





Morbilidad población migrante

Respecto al total de migrantes atendidos según tipo de atención, se observa que en el año 2024 se atendieron 536 migrantes, la consulta externa fue el tipo de atención con mayor distribución con un 34%, al igual que al departamento de Antioquia, seguido del 27% con el servicio de procedimientos y el 25% en medicamentos, se ha evidenciado un leve aumento de las consultas en comparación al año anterior.

Tabla 43. Migrantes atendidos por tipo de atención. Municipio San Jerónimo, 2024.

Tipo de atención	San Jerónimo		Antioquia		Concentración Entidad territorial
	Año	Distribución	Año	Distribución	Año
Consulta Externa	181	34%	105.359	36%	0,2%
Hospitalización	39	7%	9.601	3%	0,4%
Medicamentos	132	25%	49.017	17%	0,3%
Procedimientos	143	27%	108.447	37%	0,1%
Nacimientos	3	1%	1.927	1%	0,2%
Urgencias	38	7%	15.586	5%	0,2%
Total	536	100%	289.937	100%	0,2%

Fuente: RIPS- Circular 029 de 2021

Según País de procedencia los migrantes de la república Bolivariana de Venezuela son quienes mayor atención en salud han recibido con un 94% equivalente a 200 migrantes. Existe un 6% equivalente a otra procedencia.

Tabla 44. Migrantes atendidos por país de procedencia. Municipio San Jerónimo, 2024

País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia	
	Año	Distribución
Brasil	0	0%
Ecuador	0	0%
Nicaragua	0	0%
Otros	12	6%
Panamá	0	0%
Perú	0	0%
República Bolivariana de Venezuela	200	94%
Sin identificador de país	0	0%
Total	212	100%

Fuente: RIPS- Circular 029 de 2021

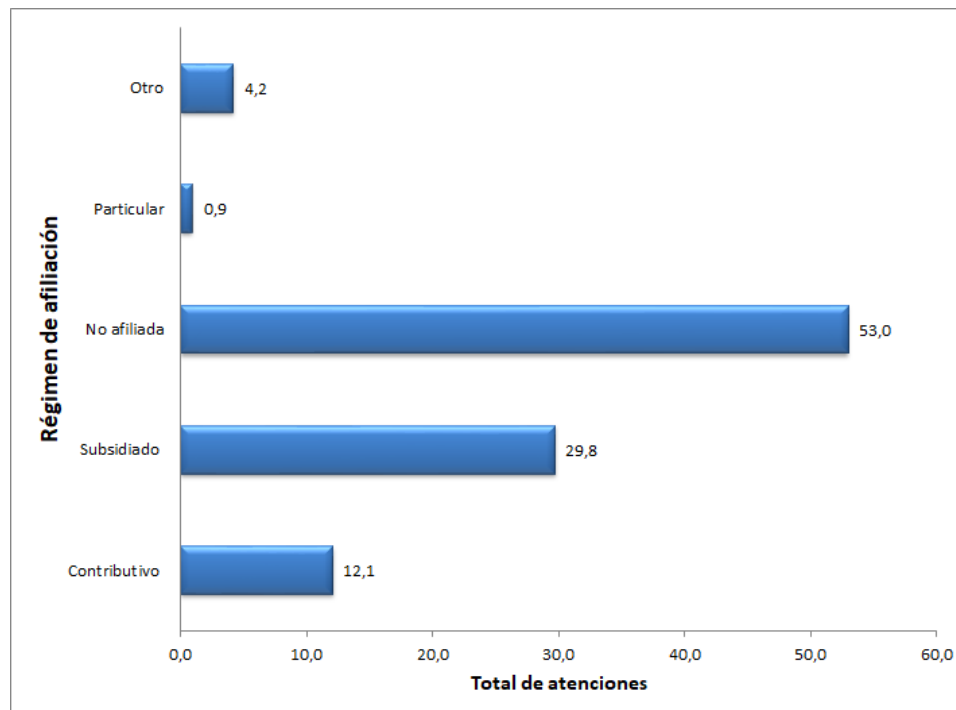
Según el régimen de afiliación en el año 2024 la población migrante con mayor atención fue la no afiliada con un 53%, el municipio aún tiene una gran parte de migrantes sin documentos legales para poder acceder al sistema de salud, lo





cual se ve reflejado en sus atenciones en salud, hay otra población legalizada a través del permiso temporal, logrando obtener su encuesta del Sisbén y acceder al régimen subsidiado con un 29.8% y otro porcentaje que se encuentra trabajando y afiliados al régimen contributivo con una distribución porcentual de 12.1%.

Figura 26. Atenciones en salud población migrante según régimen de afiliación, municipio San Jerónimo, 2024.



Fuente: RIPS- Circular 029 de 2022

3.2.8 Conclusiones de morbilidad

El análisis de la morbilidad en el municipio de San Jerónimo evidencia que las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de consulta en todos los ciclos vitales, desplazando las enfermedades transmisibles, nutricionales y las lesiones. La población vive más años, pero con mayor carga de enfermedades crónicas asociadas a estilos de vida, envejecimiento y determinantes sociales de la salud.

A nivel general, las mujeres aportan el 61% de las consultas, lo que apunta a un mayor autocuidado y uso de los servicios de salud, mientras que en los hombres se observa una mayor participación en causas relacionadas con lesiones y accidentes.





En cuanto a salud mental, los trastornos mentales y del comportamiento se consolidan como una de las principales causas de consulta en todas las etapas del ciclo vital. Los diagnósticos más frecuentes incluyen depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas, con incremento notorio en jóvenes y adultos.

Respecto a los eventos de alto costo, el municipio mantiene indicadores similares o mejores que el nivel departamental, aunque se observa una tendencia al aumento en la enfermedad renal crónica, lo que demanda estrategias preventivas en la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, ambos identificados como eventos precursores.

En el análisis de los eventos de notificación obligatoria, los más relevantes son la exposición rábica y la violencia de género, intrafamiliar y sexual. El primero refleja las condiciones rurales y turísticas del municipio, mientras que el segundo resalta la importancia de continuar con acciones integrales de prevención y atención desde la política de salud mental y de equidad de género.

Finalmente, en relación con la población migrante, se observa un aumento progresivo de la atención en salud, principalmente en consulta externa, donde la mayoría son personas procedentes de Venezuela, mucha de esta población no se encuentra legalizada en el territorio, por ende, no cuenta con afiliación.

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

Según el análisis de situación de salud y las prioridades expuestas por los diferentes actores convocados en la cartografía social permitió que la comunidad participara en la toma de decisiones y contribuya a la creación de un mapa final que refleje las necesidades y potencialidades del municipio de San Jerónimo. Durante el mapeo, se observó que la comunidad expresa sus necesidades y preocupaciones en materia de salud; así mismo se identificaron dinámicas sociales y relaciones entre los miembros de la comunidad siendo muy asertivos y unidos.

El análisis del territorio revela que las principales problemáticas en salud están relacionadas con factores económicos, culturalmente, ambientales y políticos tales como alta preocupación por la escasez de recurso monetarios debido a la lejanía de algunas veredas para acceder a los servicios de salud, la carencia de espacios de autocuidado, prevención y esparcimiento, especialmente para jóvenes y niños, junto con el desconocimiento frente a acciones para mejorar el autocuidado, la presencia de vectores y posibles riesgos sociodemográficos; la





ausencia de políticas públicas efectivas, la falta de regulación en riesgos laborales y ambientales.

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

Dentro del Análisis de la situación de salud en el territorio, es fundamental examinar la respuesta de los diferentes actores tanto institucionales como sociales a las problemáticas y necesidades que se han identificado en el tema de salud, con el fin de generar un impacto positivo través de las acciones y políticas para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

Las inequidades en el territorio están relacionadas principalmente con problemas ambientales, de acceso a los servicios de salud, baja cobertura de saneamiento básico, aumento de enfermedades crónicas y alta siniestralidad vial.

El municipio de San Jerónimo es un municipio de vocación rural, las veredas altas manifiestan mucho su necesidades económicas para la accesibilidad de los servicios de salud dado a su vez a que el transporte es escaso, es necesario implementar estrategias efectivas para mejorar la accesibilidad a los diferentes servicios de la población rural, promover prácticas saludables y proporcionar recursos educativos adecuados para empoderar a la población en la toma de decisiones sobre su salud y signos de alarma.

Por otro lado, se hace necesario trabajar el tema ambiental hacer cumplir la normatividad y la regulación ambiental en cuanto al tema de tenencia adecuada de mascotas con la problemática de sus heces y por la alta incidencia que existe de accidentes rábicos.

Las comunidades rurales manifiestan la baja cobertura de agua potable, lo que conlleva a enfermedades gastrointestinales y de la piel es por esto que es necesario proyectos multiveredales en articulación con las juntas de acción comunal, Secretaria de planeación y Secretaria de salud municipal.

El municipio cuenta con un porcentaje alto de trabajadores informales sin afiliación al sistema general de seguridad social incluyendo riesgos laborales, esta problemática es derivada por el problema migratorio ya que muchos no cuentan con los documentos legales realización tareas informales para su sustento y los que actualmente laboran manifiestan no tener los ingresos suficientes para poder responder con todos los gastos incluyendo la salud; Desde el municipio se ampliado la cobertura y las acciones logrando afiliar al régimen





subsidiado y poder así proteger en su mayoría la población residente, se busca fortalecer estrategias con el sector hotelero y comerciantes en los procesos de evasión y elusión y generando una conciencia en el aseguramiento.

Según el análisis de situación de salud y según la pirámide poblacional se ha reducido la natalidad y aumentado la población longeva, identificado altas tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas siendo más notorio en las enfermedades cardiovasculares, lo que conlleva a implementar estrategias integrales, políticas efectivas y acciones coordinadas para abordar esta problemática y evitar así muertes prematuras por dicha causa.

Se evidencia un esfuerzo institucional orientado al abordaje de los principales núcleos de inequidad socio-sanitaria identificados en el territorio: la accesibilidad a los servicios de salud, la baja cobertura de agua potable y saneamiento básico, el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles y la alta incidencia de accidentes de tránsito. No obstante, persisten brechas estructurales y vacíos de articulación intersectorial y comunitaria que limitan el impacto sostenido de las acciones.

En relación con la accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales, la principal respuesta institucional ha sido la implementación de brigadas de salud, equipos básicos de salud y fortalecimiento de programas del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), así como la promoción de la vigilancia comunitaria a través de las Juntas de Acción Comunal (JAC) y la Red de Vigilancia Comunitaria (REVCOM). Estas estrategias favorecen la equidad en la atención, acercando los servicios a poblaciones dispersas y con limitaciones económicas. Sin embargo, la ausencia de organizaciones no gubernamentales (ONG) en el territorio reduce la posibilidad de fortalecer el componente social y de sostenibilidad comunitaria. Se identifica como potencial conflicto la dependencia institucional y la limitada autonomía de las comunidades rurales para la gestión de su propia salud, siendo los líderes comunales y educadores actores claves en la mediación y resolución de estos desafíos.

En cuanto al saneamiento básico y condiciones ambientales, se evidencia una situación crítica marcada por la baja cobertura de acueducto y alcantarillado (11.3 % en zona rural) y prácticas inadecuadas en el manejo de residuos y aguas residuales, lo que incrementa la incidencia de enfermedades gastrointestinales. Las respuestas institucionales se orientan hacia la mejora de la infraestructura sanitaria y la promoción del uso de agua para el consumo humano, mientras que las JAC juegan un papel fundamental en la administración de acueductos veredales. Sin embargo, la escasa presencia de ONG y la limitada financiación intersectorial generan un rezago en la implementación de proyectos sostenibles.





Los posibles conflictos emergen de la gestión comunitaria del recurso hídrico y el uso de terrenos, donde es necesaria la mediación de las JAC y socios comunitarios para garantizar la equidad y transparencia en el acceso al agua.

Respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles, las estrategias actuales se centran en la promoción de hábitos saludables, educación en riesgo y fortalecimiento del control de crónicos, pero sin acompañamiento comunitario sostenido. La falta de articulación limita la prevención primaria, evidenciando la necesidad de consolidar una política local de salud preventiva con participación comunitaria y acompañamiento del PIC. El beneficio directo se refleja en la reducción de la carga de enfermedad, aunque la afectación negativa puede surgir de la baja continuidad de los programas y la escasa apropiación social del autocuidado.

Finalmente, frente a los accidentes de tránsito, la respuesta sectorial e intersectorial se orienta a la educación vial y al fortalecimiento de la regulación del tránsito, en articulación con la Policía Nacional y la Secretaría de Tránsito. Estas acciones buscan reducir la siniestralidad y la mortalidad por causas externas, especialmente en población joven y económicamente activa. A pesar del avance, aún se requieren mejoras en la infraestructura vial rural y en la sensibilización ciudadana, donde la educación formal y los medios comunitarios podrían tener un rol transformador.

En síntesis, las respuestas analizadas evidencian que el sector salud ha asumido un rol protagónico en la identificación y abordaje de los determinantes sociales de la salud; el fortalecimiento estrategias, planes y proyectos y con la participación comunitaria organizada son acciones prioritarias para transformar de manera estructural las inequidades socio-sanitarias del territorio.





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

El ASIS es un insumo importante para la planificación, gestión de políticas y toma de decisiones en el tema de salud optimizando los recursos disponibles, ya que se dispone información desde los diferentes actores y sectores priorizando las necesidades y enmarcando las dinámicas y territoriales y poblacionales del municipio.

Conocer e interactuar con las comunidades y sectores y a su vez priorizar y asignar participativamente los recursos logrando un mayor bienestar posible en la población. En este apartado se da a conocer las necesidades o problemas identificados en la formulación del ASIS 2024 y la cartografía social realizada en las diferentes veredas y sectores del municipio.

Cartografía social desafíos actuales municipio de San Jerónimo

El proceso participativo se realizó a través encuentros con la comunidad, a través de la herramienta de mapeo y cartografía social recopilando información a través de preguntas orientadoras, percepciones y opiniones de la comunidad para determinar cuáles son las principales problemáticas en salud y que se propondría para mejorar dichas problemáticas a corto o mediano plazo.

Las preguntas orientadoras, junto con sus especificaciones, fueron las siguientes:

1. ¿Cuáles son las principales problemáticas en salud del territorio?

Esta pregunta busco identificar las principales preocupaciones o desafíos en materia de salud que enfrenta la comunidad, esto ayudará a visualizar la distribución geográfica de los problemas de salud y a dirigir los esfuerzos hacia esas áreas.

2. ¿Los oficios u ocupaciones generan afectaciones en salud de la población?
3. ¿Qué factores están afectando la salud de los pobladores?
4. ¿Qué riesgos se identifican en el territorio que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?
5. ¿Que propondría para mejorar dichas problemáticas?

Estas preguntas buscan recopilar ideas y propuestas de la comunidad para abordar las problemáticas de salud identificadas. Las respuestas pueden incluir acciones individuales o comunitarias, intervenciones de salud pública, mejoras en los servicios de salud, cambios en políticas, entre otras medidas.





A través de metodología planteada por el Ministerio de salud y Protección Social, y con la identificación de los núcleos de inequidad socio sanitaria el instrumento permite la clasificación con base a la magnitud, teniendo en cuenta el número de personas afectadas por el problema o la necesidad en salud, al igual que el resultados de los indicadores como asas, razones, casos, proporciones analizados en el documento ASIS, los cuales en su mayoría tenían una puntuación de muy alta de acuerdo a la afectación.

Respecto a la pertinencia social la priorización se basó en los daños e impactos generados por el problema en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas y poblaciones, el grado de reconocimiento que tiene las poblaciones sobre la situación.

La trascendencia del problema o necesidad basada en los daños o impactos en la calidad de vida, el bienestar y la salud afectan en un futuro, si el problema general alto costo al sistema de salud, si impacta de manera negativa la economía o productividad y la convivencia de la población.

La factibilidad de intervenir actuar sobre un problema o necesidad evaluando las condiciones técnicas, económicas, políticas, institucionales o social-comunitaria disponibles.

y por último la viabilidad del problema o necesidad en salud se ha considerado por actores sociales, comunitarios u otras poblaciones afectadas, un aspecto importante si la problemática forma parte del plan de gobierno territorial, el cual fue analizado logrando encontrar indicadores, metas que apuntan a la solución de estas inequidades.

Teniendo en cuenta la información obtenida en los capítulos previos del ASIS se identificaron los principales efectos de salud que aquejan a la población y sus determinantes y además la importancia de las voces de las comunidades, encontrando como resultados los siguientes núcleos de inequidades socio sanitarios.

Núcleos de inequidad socio-sanitaria a nivel territorial

Las inequidades en salud socio-sanitarias representan una grave preocupación para la Organización Mundial de la Salud, ya que reflejan desigualdades injustas y evitables en la distribución de recursos sanitarios, acceso a servicios de salud y determinantes sociales de la salud entre población y territorios geográficos, abordar estas inequidades requiere una atención especial a las necesidades de





los grupos más vulnerables, con el objetivo de garantizar que todos tengan la oportunidad de disfrutar la salud y el bienestar, involucrando los sectores y la comunidad interesada. Es importante que el municipio desarrolle políticas y programas que se centren en mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud, fortalecer la distribución de recursos sanitarios y abordar los determinantes sociales de la salud, para esto es importante el trabajo articulado con comunidad, instituciones educativas, entidades públicas y descentralizadas y actores relevantes para garantizar que se atiendan las necesidades específicas en los grupos más vulnerables, como personas en situación de pobreza, discapacidad, mujeres, jóvenes, niños y personas mayores.

Descripción de los núcleos de inequidad socio-sanitaria identificados

Determinantes Sociales de la Salud: Se destaca la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la falta de acceso a recursos, las condiciones de vivienda precarias y otros factores que influyen en la salud de la población. Estos aspectos socioeconómicos pueden generar inequidades en el acceso a servicios de salud y en los desenlaces de morbilidad y mortalidad.

Acceso a Servicios de Salud: La disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud de calidad son cruciales para garantizar una atención equitativa y oportuna para toda la población. Las disparidades en el acceso a servicios de salud pueden contribuir a inequidades en los resultados de salud.

Desigualdades en la Distribución de Recursos: Las desigualdades en la distribución de recursos sanitarios, como infraestructuras de salud, personal médico, medicamentos y tecnologías sanitarias, pueden generar brechas en la calidad de la atención y en los resultados de salud entre diferentes grupos de la población.

Vulnerabilidad de Grupos Específicos: Se identifican grupos específicos de la población que pueden enfrentar mayores niveles de vulnerabilidad y riesgo de enfermedad, como personas en situación de pobreza, mujeres, niños, personas mayores, población rural, entre otros. La atención a estas poblaciones vulnerables es fundamental para reducir las inequidades socio-sanitarias.

Inequidades en la Distribución de Enfermedades: Se menciona la existencia de inequidades en la distribución de enfermedades, donde ciertas afecciones afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos de la población debido a factores socioeconómicos, geográficos o culturales. Identificar y abordar estas inequidades es crucial para mejorar la equidad en salud.





Tabla 45. Tabla de núcleo de inequidades con problemáticas priorizadas, 2025.

Criterios Problemas	Puntaje total priorización
La limitada accesibilidad a los servicios de salud en las zonas rurales constituye un núcleo de inequidad estructural determinado por factores económicos, geográficos y sociales. La población que habita en estas áreas enfrenta dificultades para desplazarse hacia la ESE Hospital San Luis Beltrán debido a la carencia de recursos económicos, la distancia a los servicios, las deficiencias en transporte público.	16
La baja cobertura de agua potable, inadecuado manejo de aguas residuales y residuos, exposición a humo por quemas de basuras y cocina a leña y deterioran el ambiente y aumentan enfermedades respiratorias agudas y crónicas, enfermedades de origen hídrico como diarreas, parasitosis e infecciones gastrointestinales, collevando un riesgos para la salud de la población especialmente infantil, población zona rural	15
El aumento de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares constituye un núcleo de inequidad vinculado a estilos de vida poco saludables, sedentarismo y baja adherencia a los controles médicos. La inequidad se traduce en mayor carga de enfermedad, discapacidad y mortalidad prematura.	14
Los accidentes de tránsito representan un núcleo de inequidad derivado de la deficiente infraestructura vial, la falta de educación en seguridad vial y la escasa regulación del tránsito en la zona. La población económicamente activa es la más afectada, generando lesiones, discapacidad y muertes evitables.	14

Fuente: construcción propia Secretaría de salud y protección social





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

San Jerónimo tiene como objetivo convertirse en un Municipio modelo de Innovación social, por ello se ha generado una etapa de cambio que permita avanzar hacia los retos de una sociedad que garantice la igualdad de oportunidades para todos, independientemente de su género, religión, etnia y posición social, mediante la gestión, más inversión, es decir, la verdadera inversión social priorizando a los más necesitados, que permita un incremento en la calidad de vida de los Jeronimitas.

Por ello, desde esta línea, se realizan las apuestas por el bienestar y la garantía de derechos de la población desde sus trayectos o ciclos de vida, con acciones integrales, que permitan cerrar brechas de desigualdad y alcanzar estados de inclusión, equidad y calidad de vida, con esfuerzos en la movilidad social desde las dimensiones poblacional, social, el cuidado de la vida, a través de la salud y el desarrollo de hábitat sostenible, bajo un enfoque de intervención social donde se tiene como eje fundamental la familia, para la superación de las vulnerabilidades y prevención de las situaciones de pobreza, por ello, es necesario focalizar los esfuerzos en lograr una articulación interinstitucional e intersectorial para abordar los asuntos inherentes al desarrollo humano y el fortalecimiento de capacidades que dan soporte a la sociedad, entendiendo los cambios en el relacionamiento social, la prioridad en la salud pública, la intensificación en la protección y atención integral de los diferentes grupos humanos, para garantizar que se cumplan los objetivos y propósitos establecidos.

Otra de las líneas está orientada hacia la Gestión Ambiental, la Gestión de Cambio Climático y la Gestión Integral del Riesgo; con énfasis en el desarrollo de modelos de sostenibilidad y la calidad ambiental a fin de disminuir la vulnerabilidad ante la ocurrencia de emergencias y desastres y aumente la resiliencia territorial frente al riesgo y la variabilidad climática.

Protegiendo la vida busca generar las estrategias para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población jeronimita a través de un trabajo intersectorial que permita incidir de forma eficiente sobre factores biológicos, conductuales y culturales que modifiquen positivamente las condiciones de vida, trabajo y





educación para disminuir las desigualdades, alcanzando como resultado el gozo del bienestar físico y social como derecho fundamental del ser humanos.

Las propuestas sectoriales e intersectoriales presentadas abordan los principales núcleos de inequidad socio-sanitaria del territorio (accesibilidad a servicios de salud en zonas rurales; baja cobertura de agua potable y saneamiento; incremento de enfermedades crónicas; y accidentes de tránsito). En términos generales, las acciones propuestas están alineadas con los ejes estratégicos del PDSP (gobernabilidad, determinantes sociales, APS, conocimiento/soberanía sanitaria y gestión de riesgos climáticos). Sin embargo, hay vacíos importantes: escasa articulación intersectorial sostenida, ausencia de ONG y aliados técnicos en el territorio.

El análisis de las propuestas de respuesta presentadas frente a los núcleos de inequidad socio sanitaria priorizados en el territorio evidencia un enfoque articulado con los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y los pilares del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, orientado al cierre de brechas sociales y sanitarias, el fortalecimiento de capacidades territoriales y la transformación de los determinantes sociales de la salud.

Respecto al núcleo de inequidad sociosanitaria: Limitada accesibilidad a los servicios de salud en las zonas rurales constituye un núcleo de inequidad estructural determinado por factores económicos, geográficos y sociales. La población que habita en estas áreas enfrenta dificultades para desplazarse hacia la ESE Hospital debido a la carencia de recursos económicos, la distancia a los servicios, las deficiencias en transporte público.

Este es un problema estructural derivado de factores económicos, geográficos y sociales. La población rural enfrenta barreras económicas (falta de dinero para el transporte o copagos), físicas (distancia a los hospitales) y de infraestructura (deficiente transporte público). Por tanto, es un núcleo de inequidad que afecta el acceso equitativo al derecho a la salud.

La transformación deseada se da a través de cuatro acciones o actividades:

- Accesibilidad a los servicios de salud mediante el desarrollo de Brigadas de salud, responde directamente a llevar servicios a zonas apartadas mediante brigadas móviles o equipos extramurales es una estrategia de acercamiento territorial del sistema de salud, que conlleva a actividades sectoriales y se encuentra dentro del eje 1 del PDSP 2022 -2030 gobernabilidad y gobernanza de la salud pública, que busca que los





gobiernos locales y las comunidades gestionen conjuntamente la salud pública mediante liderazgo territorial y participación social efectiva.

- Fortalecimientos de los programas como el PIC, adulto mayor, discapacidad, jóvenes, mujeres, implica la articulación con otros sectores sociales para reducir las brechas sociales y mejorar la calidad de vida, no solo el acceso a servicios médicos es una tarea intersectorial que se encuentra dentro PDSP 2022-2031 en el Eje 3 Determinantes sociales de la salud, apunta a cambiar las condiciones estructurales que afectan la salud, a través de acciones coordinadas entre distintos sectores.
- Fortalecer la vigilancia comunitaria y los coordinadores de salud de las juntas de acción comunal, mediante acciones sectoriales que promueve la participación social, la vigilancia ciudadana y el control social de la gestión en salud pública. Dentro del PDSP 2022-2031, se encuentra en el eje 6 Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria, y busca fomentar el conocimiento local, la innovación y la investigación aplicada a la salud pública territorial.
- Fortalecer los Equipos de atención primaria en salud y Equipos Básico de Salud, el fortalecimiento implica dotarlos de recursos humanos, tecnológicos y logísticos para garantizar atención continua, preventiva y resolutive en los territorios, actividad intersectorial, que busca consolidar redes integrales de atención basadas en APS, con equipos de salud que actúan con enfoque familiar.

Respecto al núcleo de inequidad sociosanitaria: La baja cobertura de agua potable, inadecuado manejo de aguas residuales y residuos, exposición a humo por quemas de basuras y cocina a leña y deterioran el ambiente y aumentan enfermedades respiratorias agudas y crónicas, enfermedades de origen hídrico como diarreas, parasitosis e infecciones gastrointestinales, conllevando un riesgo para la salud de la población especialmente infantil, población zona rural

Este núcleo refleja un problema ambiental y sanitario estructural derivado de carencias en infraestructura básica. La falta de acceso a agua segura y saneamiento, sumada a la contaminación del aire en los hogares rurales, incrementa la carga de enfermedad respiratoria y gastrointestinal, especialmente en niños y comunidades vulnerables.

La transformación deseada se da a través de cuatro acciones o actividades:





- Mejorar coberturas de acueducto y alcantarillado, acceso a agua para consumo humano y construcción de acueductos multiveredales, actividad intersectorial, que busca desarrollar capacidades y liderazgo territorial para la cogestión y cogobierno con comunidades.
- Reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades respiratorias, busca fomentar liderazgo y articulación con comunidades para mejorar la salud poblacional, actividad sectorial. Estas dos se encuentran Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública.
- Fortalecer la vigilancia comunitaria para la detección de riesgos ambientales, actividad sectorial que priorizar la construcción colectiva de conocimiento y capacidades locales en salud. Dentro del PDSP 2022-2031, se encuentra en el eje 6 Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria, fortaleciendo la gestión del conocimiento en salud pública.
- Mejorar condiciones locativas: adecuación de viviendas, estufas eficientes, eliminación de aguas estancadas y manejo adecuado de residuos, actividad que busca transformar las condiciones injustas y se genera a través de proceso intersectoriales dentro PDSP 2022-2031 en el Eje 3 Determinantes sociales de la salud, apunta a cambiar las condiciones estructurales que afectan la salud.

Para el núcleo referente al aumento de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares constituye un núcleo de inequidad vinculado a estilos de vida poco saludables, sedentarismo y baja adherencia a los controles médicos. La inequidad se traduce en mayor carga de enfermedad, discapacidad y mortalidad prematura.

Este núcleo refleja un problema de salud pública creciente asociado a factores de riesgo modificables: alimentación inadecuada, inactividad física, consumo de tabaco o alcohol y falta de seguimiento médico. Las inequidades se acentúan por baja adherencia a tratamientos, débil educación en autocuidado y condiciones socioeconómicas desiguales, lo que incrementa la mortalidad prematura y la discapacidad.

Las transformaciones deseadas se buscan a través de:

- Reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, busca que las entidades territoriales se fortalezcan para el ejercicio de la rectoría en salud, a través de acciones sectoriales. y se encuentra dentro del eje 1 del PDSP 2022 -2030 gobernabilidad y gobernanza de la salud





pública, que busca que los gobiernos locales y las comunidades gestionen conjuntamente la salud pública mediante liderazgo territorial y participación social efectiva.

- Fortalecer la vigilancia comunitaria para la detección de enfermedades, salud preventiva y conocimiento del riesgo en salud, busca generar capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública, a través de acciones sectoriales. Dentro del PDSP 2022-2031, se encuentra en el eje 6 Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria, fortaleciendo la gestión del conocimiento en salud pública.
- Fortalecer los estilos de vida saludable busca cambiar factores de riesgo modificables a través de acciones sectoriales, apuntando al eje 4 Atención Primaria en Salud del PDSP 22 – 2031.
- Mejorar las accesibilidad y adherencia a control de los programas de crónicos, a través de acciones intersectoriales promover que en el nivel primario de atención se fortalezcan con infraestructura, talento humano y equipos básicos territoriales, trabajando el eje 4 Atención Primaria en Salud.

Por último, respecto al núcleo de los accidentes de tránsito derivado de la deficiente infraestructura vial, la falta de educación en seguridad vial y la escasa regulación del tránsito en la zona. La población económicamente activa es la más afectada, generando lesiones, discapacidad y muertes evitables.

Este núcleo evidencia una inequidad estructural y territorial que afecta la salud y el bienestar de la población.

Las transformaciones deseadas se buscan a través de:

- Reducir la incidencia y mortalidad por accidentes de tránsito, actividad sectorial del Eje 1 Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública, Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión y cogobierno con comunidades, organizaciones sociales y autoridades locales.
- Fortalecer la educación vial acción que impulsar la construcción colectiva de conocimiento y la toma de decisiones basadas en información e investigación, incorporando saberes locales y comunitarios. Dentro del PDSP 2022-2031, se encuentra en el eje 6 Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria, fortaleciendo la gestión del conocimiento en salud pública.





Anexos.

Carpeta comprimida

1. Anexo de los capítulos IV, V y VI
2. Infografía
3. Cartografía Social: fotos
4. Aval firmado

