

Análisis de Situación de Salud participativo del municipio de Cocorná

1

David Alejandro Gómez HOYOS
Alcalde Municipal

GLADIS YANETH GIRALDO VÁSQUEZ
Secretaría de Salud

Realizado por:
DIANA CAROLINA PÉREZ TORRES
Coordinación de Salud Pública

Municipio Cocorná, Antioquia, Colombia
2025



Tabla de contenido

1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	11
1.1 Contexto territorial	11
1.1.1 Localización	11
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio.....	12
1.1.3 Accesibilidad geográfica.....	16
1.2 Contexto poblacional y demográfico	20
1.2.1 Estructura demográfica	23
1.2.2 Dinámica demográfica.....	26
1.2.3 Movilidad forzada	28
1.2.4 Población LGBTIQ+	29
1.2.5 Dinámica migratoria	29
1.2.6 Población Campesina	30
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	30
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud	35
1.4.1 Políticas Públicas Municipales.....	35
1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores relacionados.....	36
1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social.....	36
1.6 Conclusiones del capítulo.....	37
2. CAPÍTULO 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	39
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio	39
2.2 Condiciones de vida del territorio.....	39
2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio	42
2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad.....	43
2.5 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social	44
3. CAPÍTULO 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.	46
3.1 Análisis de la mortalidad	46
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas:	46



3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo	52
3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	56
3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental	64
3.1.5 Conclusiones de mortalidad	65
3.2 Análisis de la morbilidad	66
3.2.1 Principales causas de morbilidad	66
3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo	69
3.2.3 Morbilidad específica salud mental	72
3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo.....	74
3.2.5 Morbilidad de eventos precursores	75
3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	76
3.2.7 Morbilidad población migrante.....	78
3.2.8 Conclusiones de morbilidad.....	79
3.3 Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud	80
4. CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	82
5. CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	87
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.....	98



Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia	11
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros a la capital.....	18
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros a la capital Antioquia/Cocorná, 2024	19
Tabla 4. Población total, Cocorná 2025.....	21
Tabla 5. Densidad poblacional por km2, Cocorná 2025.....	21
Tabla 6. Población por área de residencia	22
Tabla 7. Población por pertenencia étnica	23
Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica	24
Tabla 9. Tasas específicas de fecundidad 10 a 14, 15 a 19, 10 a 19	28
Tabla 10. Servicios habilitados IPS	30
Tabla 11. Otros indicadores de sistema sanitario	32
Tabla 12.2 Otros indicadores de sistema sanitario	33
Tabla 13. Condiciones de vida	40
Tabla 14. Seguridad alimentaria	41
Tabla 15. Cobertura de educación	41
Tabla 16. Factores psicológicos y culturales	43
Tabla 17. tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año.....	57
Tabla 18. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en niños de 1 a 4 años.....	59
Tabla 19. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años.....	61
Tabla 20. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez.....	63
Tabla 21. Morbilidad específica por subgrupos y curso de vida (2015–2024)	67
Tabla 22. Condiciones transmisibles y nutricionales.....	70
Tabla 23. Condiciones materno-perinatales.....	70
Tabla 24. Enfermedades no transmisibles	71
Tabla 25. Lesiones.....	72
Tabla 26. Morbilidad en salud mental por cursos de vida (2015–2024) ..	73
Tabla 27. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos.....	75
Tabla 28. Morbilidad de eventos precursores.....	75
Tabla 29. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria	76
Tabla 30. Atenciones en salud de la población migrante.....	78
Tabla 31 Actores (Respuesta cartografía social).....	85
Tabla 32. Problemáticas con la puntuación: Magnitud, Severidad, Efectividad, Severidad y ordenadas de mayor a menor.....	89
Tabla 33. Núcleo de inequidades con problemáticas priorizadas	92
Tabla 34. Propuestas por eje estratégico del PDSP según tabla de núcleo de inequidades.....	99



Lista de Gráficos o Figuras

Figura 1. Pirámide poblacional Cocorná	24
Figura 2. Población por sexo y grupo de edad	26
Figura 3. Tendencia grupo edad	26
Figura 4. Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad y migrantes	27
Figura 5. Pirámide población víctima.....	28
Figura 6. Pirámide población migrante	29
Figura 7. Caracterización EAPB de Cocorná	35
Figura 8. Población en condición de discapacidad	44
Figura 9. Tasas ajustadas total	46
Figura 10. Tasas de mortalidad ajustadas por edad en hombres.....	47
Figura 11. Tasas de mortalidad ajustadas por edad en mujeres	48
Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)	49
Figura 13. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en Hombres ..	50
Figura 14. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en Mujeres	50
Figura 15. Tasas Ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) Total.....	51
Figura 16. Tasas Ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) hombres.....	51
Figura 17. Tasas Ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) mujeres.....	52
Figura 18. Mortalidad por subgrupos de Enfermedades Transmisibles ...	53
Figura 19. Mortalidad por subgrupos de Neoplasias.....	53
Figura 20. Mortalidad por subgrupos de Enfermedades del sistema circulatorio	54
Figura 21. Mortalidad por subgrupos de Causas externas.....	55
Figura 22. Mortalidad por subgrupos de Las demás enfermedades.....	56
Figura 23. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia.....	64
Figura 24. Mortalidad relacionada con Salud Mental 2005-2024	65
Figura 25. Afiliación en salud de la población migrante	79

Lista de Mapas

Mapa 1. División política administrativa y límites.....	12
Mapa 2. Mapa de relieve, hidrografía, zonas de riesgo del municipio de Cocorná.....	15
Mapa 3. Mapa de Flujos torrenciales	15
Mapa 4. Zona de riesgos – Deslizamientos	16
Mapa 5. Vías de comunicación	20
Mapa 6. Planeación Cocorná	22



INTRODUCCIÓN

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

6

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

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

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



METODOLOGIA

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

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

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

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

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



AGRADECIMIENTOS

La elaboración del **Análisis de Situación de Salud (ASIS) del municipio de Cocorná** fue posible gracias al compromiso, dedicación y colaboración de múltiples actores que aportaron desde sus conocimientos, experiencias y responsabilidades institucionales. Agradecemos de manera especial al **Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)** por la orientación metodológica y la disposición de las fuentes oficiales que sirvieron como base para el desarrollo del documento.

Nuestro reconocimiento se extiende a la **Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia**, por su acompañamiento técnico y la entrega oportuna de información que facilitó el análisis departamental y municipal. De igual manera, expresamos gratitud a los **profesionales de la Secretaría de Salud Municipal de Cocorná**, quienes contribuyeron activamente en la recolección, sistematización y validación de los datos, así como en la construcción participativa del diagnóstico.

A las **instituciones de salud, educativas, comunitarias y sociales**, y a los **habitantes del municipio**, gracias por su valiosa participación en los espacios de cartografía social y diálogo comunitario, donde se identificaron las principales problemáticas, percepciones y necesidades en salud del territorio. Su voz fue esencial para consolidar un documento que refleja la realidad local y orienta la toma de decisiones en pro del bienestar colectivo.



SIGLAS

- ASIS:** Análisis de la Situación de Salud
- AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos
- CAC:** Cuenta de Alto Costo
- DANE:** Administrativo Nacional de Estadística
- Dpto:** Departamento
- DSS:** Determinantes Sociales de la Salud
- EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda
- ESI:** Enfermedad Similar a la Influenza
- ETA:** Enfermedades Transmitidas por Alimentos
- ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual
- ETV:** Enfermedades Transmitidas por Vectores
- HTA:** Hipertensión Arterial
- IRA:** Infección Respiratoria Aguda
- RAG:** 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
- OPS:** Organización Panamericana de Salud
- RIPS:** Registro Individual de la Prestación de Servicios
- RAP:** Riesgo Atribuible Poblacional
- PIB:** Producto Interno Bruto



SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano



1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

El Análisis de Situación de Salud del municipio de Cocorná caracteriza el territorio en sus contextos territorial y demográfico, utilizando la información más reciente disponible. Este análisis permite comprender la relación entre la población, el territorio, el ambiente y la sociedad, con el propósito de identificar los factores determinantes que influyen en el estado de salud de la comunidad.

11

1.1.1 Localización

Cocorná es un municipio colombiano ubicado en el departamento de Antioquia, dentro de la subregión del Oriente antioqueño. Limita al norte con el municipio de El Santuario, al sur con San Francisco y Sonsón, al oriente con San Luis y Granada, y al occidente con El Carmen de Viboral. La cabecera municipal se encuentra a 79 kilómetros de Medellín, capital departamental. Cocorná posee una extensión total de 210 km², de los cuales 0,8 km² corresponden a la zona urbana y 209,2 km² a la zona rural. Esta última está conformada por 73 veredas, de las cuales 64 se encuentran habitadas y 9 deshabitadas.

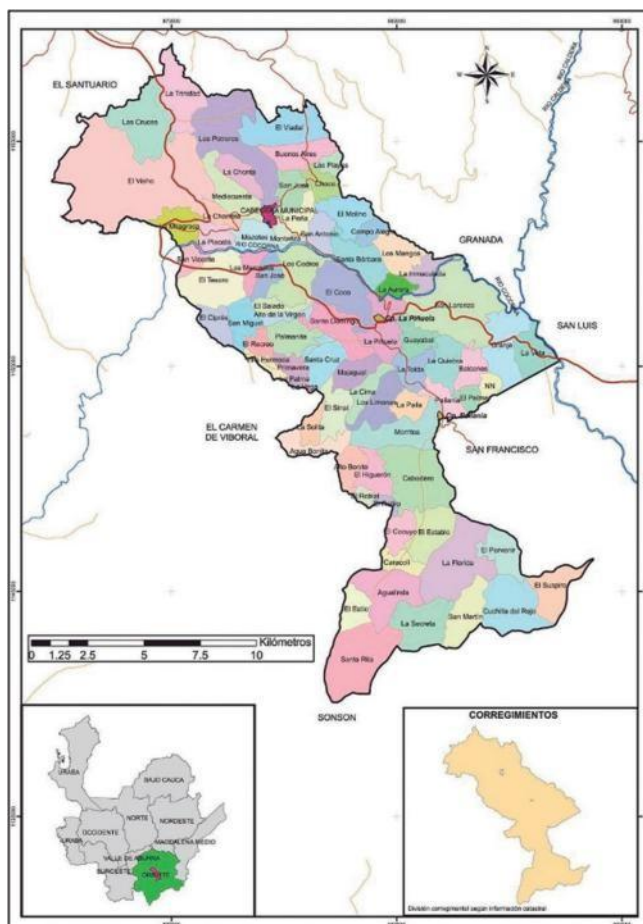
Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Cocorná	0.8 km ²	0.4 %	209.2 km ²	99.6%	210 km ²	100%

Fuente: DANE

A continuación, se muestra el mapa del municipio de Cocorná en el cual se visualiza su distribución político-administrativa.





12

1.400 metros sobre el nivel del mar, lo que le confiere un clima templado húmedo y condiciones propicias para diversas actividades agrícolas.

Hidrografía

Cocorná cuenta con una notable riqueza hídrica, conformada por una amplia red de ríos, quebradas y riachuelos que recorren su territorio. El río Cocorná, principal afluente, atraviesa el municipio de occidente a oriente y recibe múltiples tributarios. De la quebrada La Guayabal, uno de sus afluentes más importantes, se capta el agua que abastece el acueducto de la cabecera municipal; además, en esta quebrada se localiza uno de los balnearios naturales más visitados por residentes y turistas.

13

Entre los afluentes de la cuenca del río Cocorná se destacan las quebradas La Hundida, La Cascada, La Guayabal, El Coco, La Peña, San Juan y La Rumbona. Asimismo, los ríos San Matías y Caldera conforman el límite oriental con el municipio de Granada. El río San Matías es el principal afluente del río Cocorná, de gran caudal, en cuya confluencia se forman varios meandros. A partir de esta unión, el río continúa su curso hasta encontrarse con el río Caldera, en límites con el municipio de San Luis, conformando atractivos turísticos naturales como los baños de Caldera y los de la vereda Las Playas.

El río Santo Domingo también tiene gran relevancia hidrográfica. Cruza el municipio de occidente a oriente, procedente de El Carmen de Viboral, y en su trayecto marca límite con el municipio de San Francisco. Recibe las aguas de las subcuencas de los ríos Melcocho, La Quebradona, El Cementerio, La Tolda, Peñones, Morritos y El Tigre. A lo largo de su cauce se encuentran balnearios naturales de interés turístico, como Pailania, La Vega y El Sinaí, este último reconocido por su cascada y formaciones rocosas con grabados indígenas.

Otros cursos de agua de menor caudal que enriquecen el sistema hídrico del municipio son las quebradas La Paila, La Cuentona, Cruce, Reventones, Culebra, Veneno, Luisita, La Cascada, La Chonta, Santa Bárbara, El Salado y Bagamiento, entre otras. También se destacan varios saltos de agua de gran belleza paisajística, como San Matías, San Martín, La Trinidad, Cabellera de Venus, El Sinaí y Las Perlas.

Zonas de riesgo

En el área urbana de Cocorná se han identificado sectores con amenaza por movimientos en masa o deslizamientos de tierra, especialmente en Media Cuesta, Barrio Nuevo, San Juan, La Esperanza, finca SAMA (sector La Estancia)



y en la vía que conduce al sector El Ocho. Estas zonas requieren monitoreo permanente y acciones de mitigación para reducir la vulnerabilidad de las viviendas y la población asentada en dichas áreas.

Temperatura y humedad

En cuanto a las condiciones agroecológicas, el municipio de Cocorná se caracteriza por presentar una alta pluviosidad, con precipitaciones anuales que oscilan entre los 4.500 y 5.000 milímetros. En la cabecera municipal, ubicada a una altitud promedio de 1.300 metros sobre el nivel del mar, la temperatura media es de 23 °C y la humedad relativa promedio alcanza el 82%.

14

Se estima que el brillo solar es de aproximadamente 2.200 horas de luz al año, valor similar al de zonas con menor régimen de lluvias. Esta característica se explica por la predominancia de las precipitaciones durante las horas nocturnas, mientras que en las mañanas se presenta una alta radiación solar.

El territorio de Cocorná comprende tres zonas de vida: bosque muy húmedo tropical (bmh-T), bosque pluvial premontano (bp-PM) y bosque pluvial montano (bp-MB). Los suelos del municipio presentan una fertilidad natural de media a baja y son altamente susceptibles a procesos erosivos, lo que plantea la necesidad de implementar prácticas sostenibles de manejo del suelo y conservación ambiental.

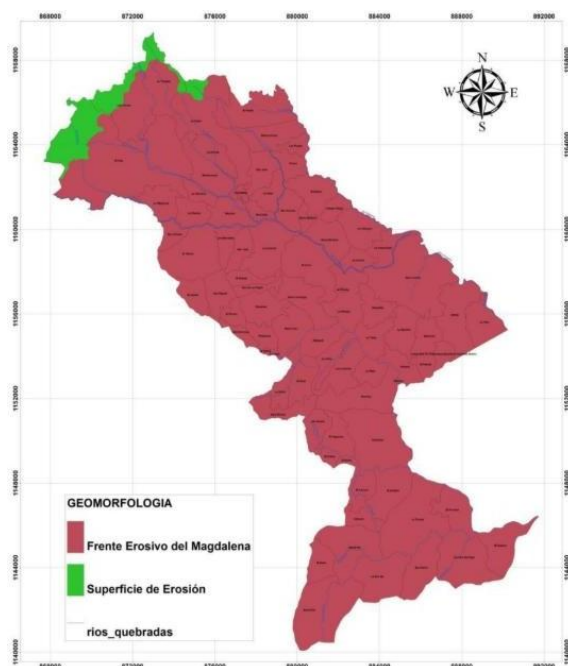
Mapa de relieve

En la Cordillera Central, en el sector donde se ubica el municipio de Cocorná, se encuentra el eje montañoso que sirve de límite natural con el municipio de El Santuario, culminando en el Alto de Las Cruces, uno de los puntos más elevados del territorio. Al sur, sobre una de las estribaciones de esta cordillera, entre las cuencas de los ríos Cocorná y Santo Domingo y cerca de las cabeceras de las quebradas Los Cedros y Guinea, se localiza el Cerro El Picacho, límite con el municipio de El Carmen de Viboral.

El relieve de esta zona y la presencia de múltiples formaciones montañosas explican la gran riqueza hídrica que caracteriza al municipio. Esta abundancia de afluentes naturales constituye un factor clave en la economía local, al impulsar el desarrollo agrícola, turístico, cultural y social de Cocorná.

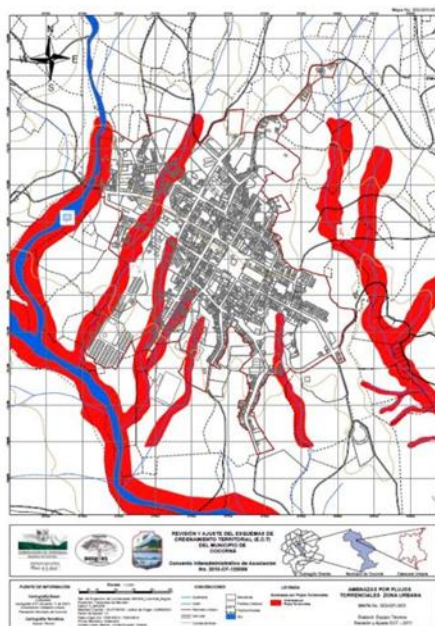


Mapa 2. Mapa de relieve, hidrografía, zonas de riesgo del municipio de Cocorná



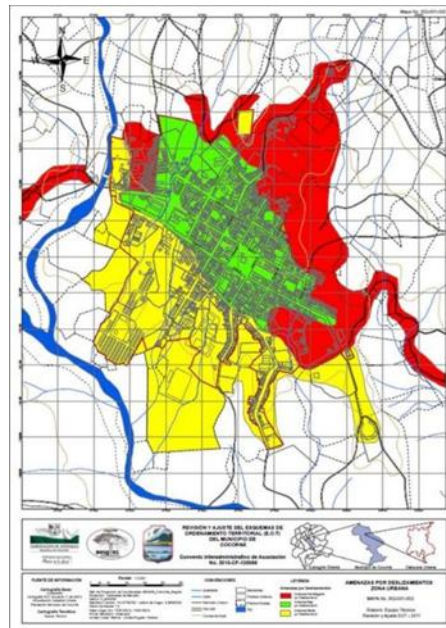
15

Mapa 3 Mapa de Flujos torrenciales



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

Mapa 4. Zona de riesgos – Deslizamientos



1.1.3 Accesibilidad geográfica

El municipio de Cocorná se caracteriza por un relieve predominantemente montañoso, con laderas pronunciadas, alta pluviosidad y abundantes fuentes hidrográficas. Estas condiciones naturales, sumadas a la conformación del suelo, generan un deterioro constante de las vías y caminos, lo que afecta directamente a las comunidades rurales al aumentar los tiempos de desplazamiento y repercutir negativamente en la calidad y transporte de los productos agrícolas.

Se evidencian deficiencias en los sistemas de drenaje tanto en el área urbana como rural, y no se cuenta con un programa permanente de mantenimiento preventivo. La red vial del municipio está conformada por vías primarias, secundarias y terciarias, que presentan las siguientes características:

Vías primarias: La Autopista Medellín–Bogotá, que atraviesa el territorio, divide el municipio en dos grandes zonas: la parte norte, mejor dotada de vías y servicios de transporte, y la parte sur, menos favorecida debido a factores como la topografía y la localización de la cabecera municipal como centro de servicios.

Vías secundarias: Conectan a Cocorná con los municipios vecinos de El Santuario, Granada, San Francisco, San Luis y El Carmen de Viboral, permitiendo la comunicación intermunicipal y el acceso a servicios básicos y comerciales.



Vías terciarias: Corresponden a las vías rurales y caminos de herradura que enlazan las veredas. Son transitadas principalmente por vehículos livianos, peatones o animales de carga, constituyendo un elemento fundamental para la interacción social, económica y productiva de las comunidades campesinas.

En la zona sur del municipio se observan dificultades de articulación vial, lo que limita la movilidad y la comercialización de los productos agrícolas, afectando la economía local. El acceso a veredas como Alto Bonito, El Roblal, Santa Rita, La Secreta, San Martín, El Porvenir, La Cuchilla del Rejo, El Suspiro y La Florida, entre otras, debe realizarse por caminos en mal estado, debido a la falta de mantenimiento, de obras con especificaciones técnicas adecuadas y a las condiciones climáticas que deterioran rápidamente la infraestructura.

17

En contraste, hacia el norte del territorio se presenta una mayor articulación vial con la zona urbana, con tres principales vías de acceso a la cabecera municipal, complementadas por caminos de herradura que conectan diversas veredas. Estas vías son:

- Ramal nuevo de acceso desde la Autopista Medellín–Bogotá.
- Carretera que comunica con el municipio de Granada.
- Vía Cocorná–La Piñuela–San Francisco.

Durante los últimos años (2016–2020) se han logrado avances en la mejora de la red vial terciaria, especialmente a través de la construcción de placas huella, mejorado la movilidad y el acceso de la población rural a sus veredas, facilitando el transporte de productos agrícolas hacia la cabecera municipal y el abastecimiento de víveres.

Entre las veredas beneficiadas con estos proyectos se encuentran Santo Domingo, Palmirita, Los Potreros, La Aurora, Los Limones, Morritos, El Coco, San Antonio, Buenos Aires, La Placeta, El Jordán, San José, Santa Cruz, La Chorrera, Los Cedros y La Chonta. Asimismo, se tienen proyectadas placas huella en las veredas Alto de la Virgen, El Higuerón y Mazotes. Estas obras han sido ejecutadas mediante la articulación entre la Gobernación de Antioquia, la Alcaldía Municipal y las comunidades, que han contribuido activamente con su mano de obra. La vereda Guayabal también resultó beneficiada con una obra de este tipo, financiada a través de recursos de regalías nacionales.

El municipio de Cocorná se encuentra a 79 kilómetros de la ciudad de Medellín. La cabecera municipal está ubicada a una altitud aproximada de 1.300 metros sobre el nivel del mar y presenta una temperatura media de 23 °C. Su principal acceso es la vía Medellín–Bogotá, que bordea la cabecera municipal y de la cual se desprenden los ramales de Guayabal y La Piñuela. Adicionalmente, existe una vía de comunicación con el municipio de Granada a través del sector de La Arboleda.



Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros a la capital

Municipio	Tiempo de traslado entre el municipio y Cocorná	Distancia en kilómetros entre Cocorná y el municipio vecino	Tipo de transporte entre Cocorná y el municipio vecino	Tiempo
Santuario	40 min	14 km	Terrestre	40 mn
Granada	90 min	18 km	Terrestre	1hr 30mn
Marinilla	60 min	26,8 km	Terrestre	1hr 5mn
Rionegro	75 min	60 km	Terrestre	1hr 15mn
San Luis	90 min	40,1 km	Terrestre	1hr 30mn
El Carmen de Viboral	95 min	60 km	Terrestre	1hr 35mn
San Francisco	60 min	27 km	Terrestre	1hr

Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial



Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros a la capital Antioquia/Cocorná, 2024

Municipio/destino	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos	Distancia en kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
Medellín	120	79	Terrestre vía primaria
Choco - Molino - Campo alegre - Los mangos	30	6	Terrestre y caminando vía secundaria
Cabecera municipal - La Piñuela	30	11	Vía primaria, autopista Medellín Bogotá
La Piñuela - Pailania	20	9	Vía secundaria (acceso a San Francisco)
El Molino - Las Playas	20	2,5	Vía terciaria
Cabecera - Los Potreros	15	2	Vía terciaria
Piñuela - La Vega	40	9	Vía terciaria
Pailania - Retiro	40	9	Vía terciaria y caminando
Autopista - Palmirita	50	6	Vía de penetración
Pailania - La Cima	50	5	Vía de penetración
Cabecera - Vereda La Chonta	20	1,5	Vía terciaria
Autopista - Coco	30	3	Vía terciaria
Autopista - El Suelo	30	4	Vía terciaria
Autopista - Media cuesta	30	6	Vía terciaria
La Piñuela - Mañosa	20	6	Vía secundaria
Autopista - La Veta - Tagual	40	4,5	Vía terciaria
Vía Cocorná La Piñuela - San Antonio	15	2	Vía terciaria
Vía Cocorná La Piñuela - Santa Bárbara	15	1,5	Vía terciaria
Vía Cocorná Autopista vereda Mazotes	15	1,2	Vía terciaria
Autopista vereda Cruces y Trinidad	40	6	Vía terciaria

Fuente: Esquema de Ordenamiento Territorial

Acceso Veredal: Estas son las veredas que tienen acceso por vías primarias, secundarias y terciarias; las demás, solo tienen accesos por transporte semoviente.

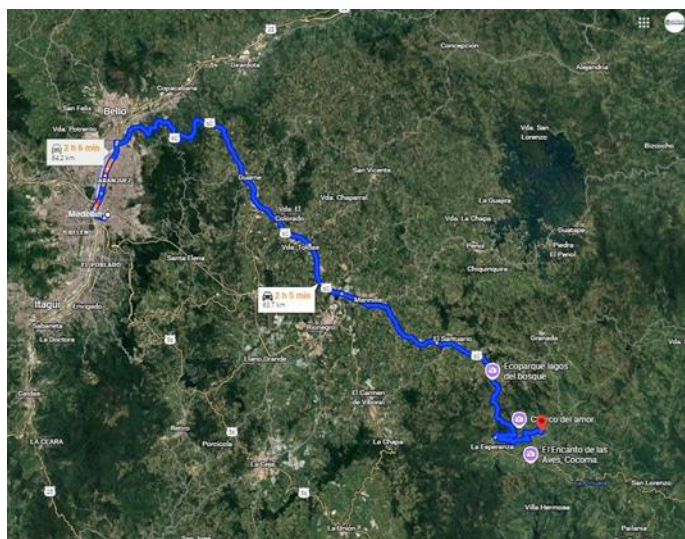
Acceso Urbano: La red vial urbana del municipio de Cocorná está conformada por calles estrechas, aunque en su mayoría accesibles al tránsito vehicular. No obstante, las condiciones de movilidad son limitadas, especialmente durante los días festivos y las temporadas vacacionales, cuando se incrementa



notablemente el flujo de vehículos. Esta situación se ve agravada por la insuficiencia de parqueaderos para atender la demanda existente.

Además, muchas calles del municipio no se encuentran en buen estado, presentando deterioro en la infraestructura vial, con rupturas, baches y daños en la capa asfáltica, lo que dificulta la circulación y aumenta el riesgo de accidentalidad.

Mapa 5. Vías de comunicación



20

1.2 Contexto poblacional y demográfico

Población total

El análisis poblacional de Cocorná muestra una tendencia al envejecimiento progresivo de la población entre 2020 y 2030. Mientras que los grupos de edad jóvenes (0 a 14 años) presentan una disminución constante, los grupos mayores de 60 años evidencian un aumento significativo, especialmente en los mayores de 75 años, indicando un incremento en la esperanza de vida y una transición demográfica hacia una población más adulta. Asimismo, la proporción de mujeres continúa siendo ligeramente superior a la de hombres, particularmente en los grupos de edad avanzada. Esta dinámica sugiere la necesidad de fortalecer las políticas públicas en salud, cuidado y protección social orientadas a la población adulta mayor.



Tabla 4. Población total, Cocorná 2025

Grupo de edad	Año					
	2020		2025		2030	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	7,828	8,101	8,238	8,448	8,480	8,760
0-4	726	690	669	624	633	592
5-9	677	668	679	659	609	600
10-14	618	638	613	628	599	621
15-19	592	614	557	578	543	569
20-24	564	587	522	538	480	500
25-29	508	555	518	557	467	500
30-34	489	534	554	588	550	587
35-39	497	533	556	575	611	624
40-44	439	478	527	544	572	584
45-49	397	457	451	496	528	565
50-54	425	496	410	472	458	515
55-59	448	485	461	498	440	474
60-64	408	408	473	476	485	496
65-69	342	321	416	397	485	471
70-74	274	243	336	310	411	391
75-79	195	175	241	235	302	305
80 Y MÁS	229	219	255	273	307	366

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Densidad poblacional por km²

El municipio de Cocorná, cuenta con una extensión territorial de 221 km² y una población proyectada para el año 2025 de 16.686 habitantes. Esto se traduce en una densidad poblacional aproximada de 75,5 habitantes por kilómetro cuadrado, lo que evidencia una distribución demográfica moderada, con predominio de áreas rurales dispersas y una cabecera urbana de menor concentración. Esta característica territorial influye directamente en la planificación y prestación de los servicios de salud, educación y saneamiento básico, los cuales deben adaptarse a una población distribuida en un amplio territorio.

Tabla 5. Densidad poblacional por km2, Cocorná 2025

Municipio	Extensión Km2	Población 2025	Densidad poblacional 2025
COCORNÁ	221	16,686	75.5

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tabla 6. Población por área de residencia

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
Nº	%	Nº	%		
8,214	49.2	8,472	50.8	16,686	49.2

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Número de viviendas, hogares y Mapa

Actualmente, Cocorná cuenta con un total de 6.930 viviendas y 6.989 hogares, lo que refleja una relación cercana entre ambos indicadores. Esta correspondencia sugiere una ocupación habitacional estable y un uso eficiente del espacio residencial.

22

Mapa 6 Planeación Cocorná



Población por pertenencia étnica

El análisis del autorreconocimiento étnico en el municipio de Cocorná evidencia una marcada homogeneidad poblacional, con el 99.3% de los habitantes que no



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

se identifican con ningún grupo étnico-racial. Solo el 0.7% de la población se reconoce como afrodescendiente, mientras que la presencia de comunidades indígenas, gitanas, raizales o palenqueras es prácticamente nula. Estos datos reflejan una baja diversidad étnica en el territorio. La mínima representación de grupos étnicos sugiere una limitada expresión cultural diferenciada y un contexto predominantemente mestizo.

Tabla 7. Población por pertenencia étnica

Autorreconocimiento étnico	Casos	%
Indígena	0	0.0%
Gitano(a) o Rrom	0	0.0%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0.0%
Palenquero(a) de San Basilio	1	0.0%
Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	115	0.7%
Ningún grupo étnico-racial	16,570	99.3%
Total	16,686	100%

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

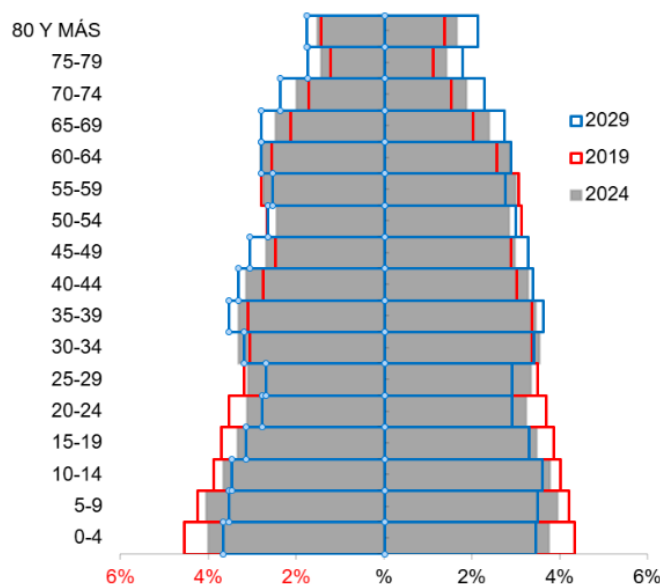
23

1.2.1 Estructura demográfica

Pirámide poblacional

La pirámide poblacional de Cocorná muestra una tendencia de envejecimiento gradual entre los años 2019 y 2029. Se observa una reducción en la base, correspondiente a los grupos de edad infantil y juvenil, lo que indica una disminución en las tasas de natalidad. En contraste, los grupos de adultos mayores presentan un ensanchamiento progresivo, reflejando un aumento en la esperanza de vida. Esta transición demográfica sugiere una estructura poblacional más envejecida y plantea la necesidad de ajustar las políticas sociales y de salud hacia la atención de enfermedades crónicas y el cuidado del adulto mayor.

Figura 1. Pirámide poblacional Cocorná



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

24

Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2019 por cada 97 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2024 por cada 98 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2019 por cada 38 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2024 por cada 33 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2019 de 100 personas, 25 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 23 personas
Índice de juventud	En el año 2019 de 100 personas, 21 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 20 personas
Índice de vejez	En el año 2019 de 100 personas, 13 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 15 personas

Índice de envejecimiento	En el año 2019 de 100 personas, 50 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 64 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2019 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 61 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 61 personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2019, 41 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2024 fue de 37 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2019, 20 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2024 fue de 24 personas
Índice de Friz	Con base en la pirámide poblacional, se observa que la población infantil (0 a 14 años) representa aproximadamente el 20 % del total, evidenciando una reducción frente al pasado (en 2019 era cercana al 25 %). La población en edad productiva (15 a 64 años) concentra cerca del 68 % , mientras que los adultos mayores (65 años y más) alcanzan un 12 % , mostrando un aumento progresivo de este grupo. Estos cambios elevan el índice de Friz (relación de adultos mayores sobre niños) a un valor cercano a 0.6 , señal de un proceso de envejecimiento poblacional moderado en Cocorná.

25

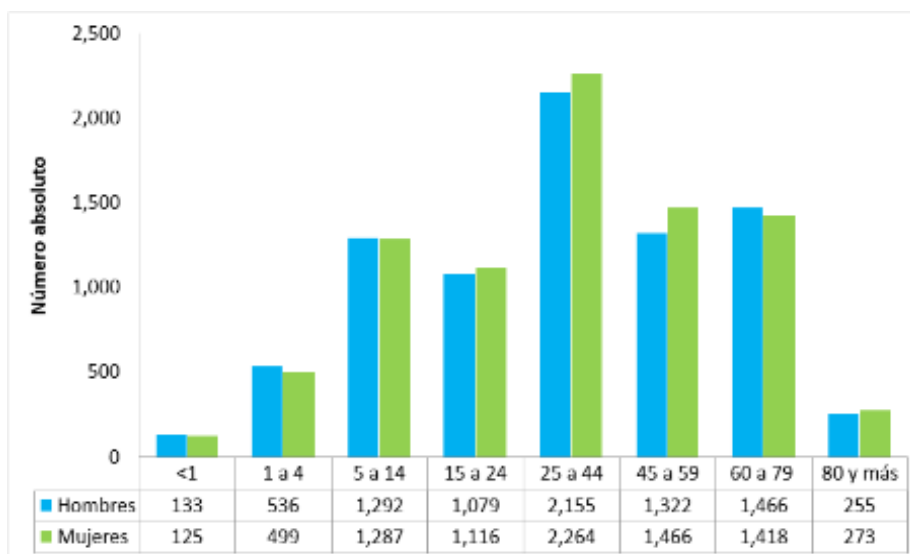
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Población por sexo y grupo de edad

La gráfica muestra que la mayor concentración poblacional se encuentra en los grupos de 25 a 44 años, con más de 4,400 personas, lo que evidencia una población principalmente joven y en edad productiva. Los grupos de 5 a 14 años y 45 a 59 años también presentan cifras significativas, mientras que los mayores de 80 años representan menos del 2 % del total. En general, la población de Cocorná presenta una base moderada y un leve ensanchamiento en edades adultas, lo que indica una transición demográfica hacia el envejecimiento.

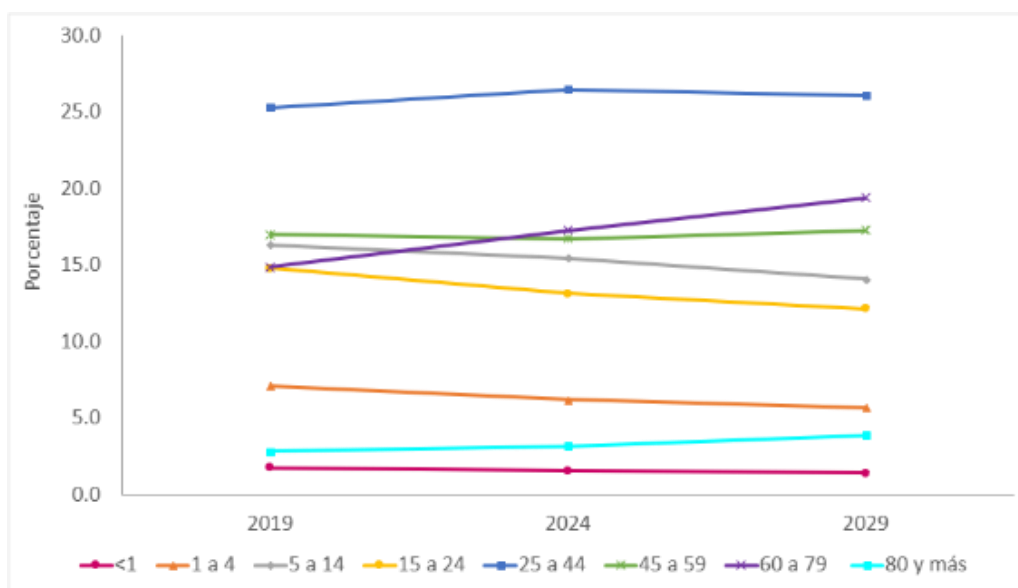


Figura 2. Población por sexo y grupo de edad



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 3. Tendencia grupo edad



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.2 Dinámica demográfica

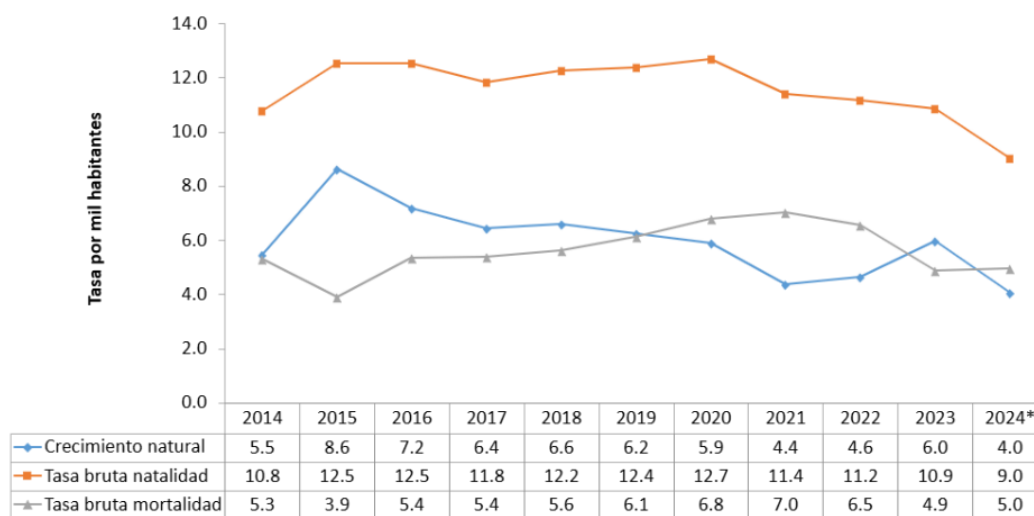
Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad y migrantes

La gráfica muestra que la población total de Cocorná presenta un crecimiento sostenido hasta 2015, seguido de una leve disminución hacia 2025. La población



rural se mantiene estable con predominio sobre la urbana, que muestra fluctuaciones leves. En general, el municipio muestra tendencias hacia la estabilidad demográfica con ligera reducción en el ritmo de crecimiento poblacional.

Figura 4. Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad y migrantes



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasas específicas de fecundidad

La tasa de fecundidad específica en Cocorná muestra una tendencia general a la disminución entre 2014 y 2024, especialmente en el grupo de 15 a 19 años, que pasa de 65.6 a 37.6 nacimientos por cada mil mujeres. En el grupo de 10 a 14 años, los valores se mantienen bajos y con variaciones leves, disminuyendo en los últimos años. En conjunto, el grupo de 10 a 19 años reduce su tasa de 36.4 a 19.0, evidenciando un cambio positivo en el comportamiento reproductivo adolescente. Esta disminución podría estar relacionada con las intervenciones desarrolladas por las ESE, los planes del PIC y las acciones lideradas por la Secretaría de Salud Municipal.

Tabla 9. Tasas específicas de fecundidad 10 a 14, 15 a 19, 10 a 19

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	4.9	8.5	3.5	1.8	1.8	0.0	3.3	3.3	0.0	0.0	1.6	
De 15 a 19	65.6	77.0	69.3	71.3	61.7	59.4	65.1	48.1	33.6	59.5	37.6	
De 10 a 19	36.4	43.8	36.8	36.2	30.9	29.3	33.6	25.3	16.3	28.7	19.0	

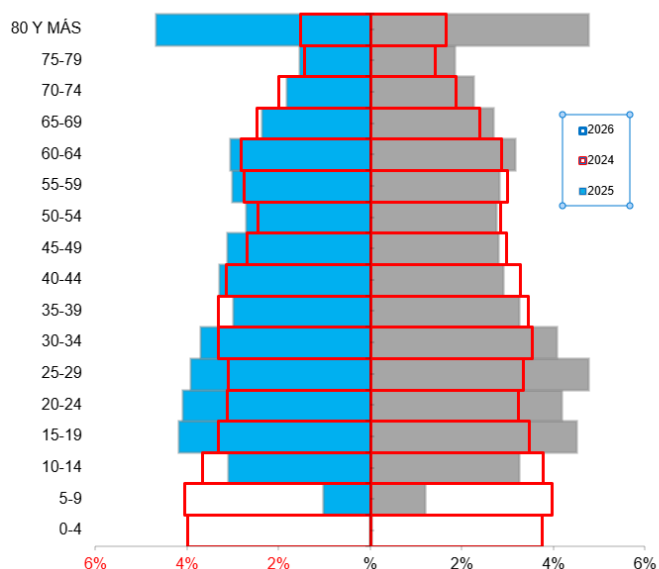
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.3 Movilidad forzada

Pirámide población víctima

La pirámide poblacional de Cocorná muestra una base moderada y una estructura que tiende a estrecharse, reflejando una disminución en los grupos jóvenes y un aumento en la población adulta. Esto indica una reducción en la natalidad y un proceso gradual de envejecimiento demográfico. La distribución entre hombres y mujeres se mantiene equilibrada en la mayoría de los grupos etarios.

Figura 5. Pirámide población víctima



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



1.2.4 Población LGBTIQ+

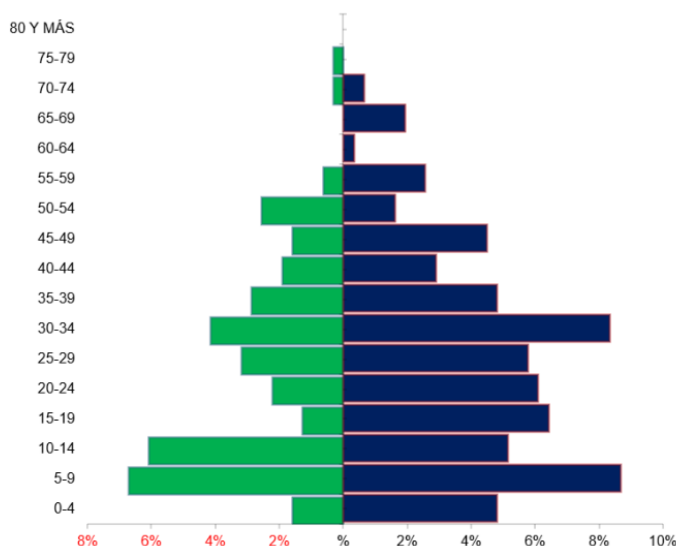
En Cocorná se cuenta con un colectivo denominado Cocorná Convive Diversa, conformado por personas de la comunidad LGBTIQ+ que trabajan por la inclusión y el respeto a la diversidad. Este grupo ha manifestado diversas problemáticas relacionadas con la falta de continuidad del enlace municipal, las limitaciones en el acceso a servicios de salud y la exclusión en la entrega de preservativos. Además, solicitan la realización de brigadas de salud integrales y la creación de una ruta de atención con enfoque diferencial. También han propuesto proyectos productivos y de turismo incluyente, así como una mayor participación en programas sociales, de vivienda y reparación con enfoque diferencial.

29

1.2.5 Dinámica migratoria

La poblacional migratoria asentada en Cocorná se caracteriza por una base joven, con predominio de personas entre los 5 y 34 años, lo que refleja un municipio en crecimiento y con alta dinámica social. Se evidencia una leve reducción en la población infantil y adolescente, acompañada de un aumento en adultos jóvenes, posiblemente asociado a la migración de personas que llegan por actividades agrícolas, turísticas y de servicios. A partir de los 50 años la población disminuye gradualmente, mostrando un bajo peso de los adultos mayores. En conjunto, la pirámide mantiene un perfil expansivo, pero con signos de transición demográfica y movilidad poblacional propias del contexto local.

Figura 6. Pirámide población migrante



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



1.2.6 Población Campesina

De acuerdo con la información del DANE, la población campesina del municipio de Cocorná asciende a 8.459 personas, de las cuales 4.467 son hombres y 3.992 son mujeres, lo que evidencia una ligera predominancia masculina en el sector rural. Esta distribución puede estar asociada a dinámicas históricas y productivas del territorio, donde las actividades agropecuarias tradicionalmente han concentrado mayor participación de hombres. No obstante, la alta proporción de mujeres campesinas resalta su papel fundamental en la economía rural, el sostenimiento de los hogares y la seguridad alimentaria del municipio.

30

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

En el municipio de Cocorná se cuenta con tres Entidades Promotoras de Salud (EPS): Sura, Savia Salud y Nueva EPS, las cuales garantizan la prestación de los servicios de salud a la población. Nueva EPS administra afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado, mientras que Sura y Savia Salud operan únicamente en el régimen subsidiado. Estas entidades articulan la atención con la red de prestación local, asegurando el acceso a los diferentes servicios habilitados en el municipio.

Tabla 10. Servicios habilitados IPS

Grupo Servicio	Indicador	2024
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	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	1
	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-uterinas	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	1



	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	1
INTERNACION	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
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	1
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	1



	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	1
	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 planificación familiar hombres y mujeres	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	1
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

32

Los determinantes intermedios de la salud en Cocorná muestran un desempeño favorable en la atención materno-infantil, con altas coberturas en control prenatal (98 %) y partos institucionales (99.3 %). Sin embargo, se evidencian desafíos en la cobertura de afiliación al SGSSS (89.7 %), inferior al promedio departamental, lo que indica brechas en el acceso al sistema de salud. Aunque la vacunación presenta buenos resultados, se observa una baja cobertura en BCG (1.9 %), posiblemente por fallas en el registro o disponibilidad del biológico. En general, el municipio mantiene buenos indicadores en atención calificada del parto y vacunación infantil, pero requiere fortalecer la afiliación y la cobertura efectiva en inmunización.

Tabla 11. Otros indicadores de sistema sanitario

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Cocorná	2024
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE) 2019	7.3	1.3	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE) 2019	2.6	5.4	
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103.4	89.7	89.7



Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS) 2024	88.6	1.9	1.9
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	89.0	85.1	85.1
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88.8	85.7	85.7
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	91.7	96.4	96.4
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) 2024	92.9	98.0	98.0
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2024	99.4	99.3	99.3
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE) 2024	99.4	99.3	99.3

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El análisis de los determinantes intermedios de salud en Cocorná muestra un panorama mixto. Aunque el municipio mantiene altos niveles de atención prenatal (98 %) y partos institucionales y calificados (99.3 %), las coberturas de vacunación presentan una tendencia descendente en los últimos años, especialmente en biológicos como BCG y DPT, lo que evidencia posibles dificultades en la disponibilidad de vacunas o en el seguimiento a la población infantil. La afiliación al SGSSS, aunque cercana al 90 %, se mantiene por debajo del promedio departamental, reflejando retos en acceso y continuidad del aseguramiento. En contraste, las barreras para el acceso a servicios de salud y atención a la primera infancia son relativamente bajas, lo que indica una oferta institucional estable, aunque con desafíos en la cobertura efectiva y sostenida.

Tabla 12.2 Otros indicadores de sistema sanitario

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Cocorná	Comportamiento				
			2020	2021	2022	2023	2024
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la	7.3	1.3					



primera infancia (DNP-DANE) 2019							
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE) 2019	2.6	5.4					
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103.4	89.7	↗	↗	↘	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS) 2024	88.6	1.9	↗	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	89.0	85.1	↘	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88.8	85.7	↘	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	91.7	96.4	↘	↗	↘	↘	↗
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) 2024	92.9	98.0	↘	↗	↘	↗	↗
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2024	99.4	99.3	↘	↗	↘	↘	↗
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE) 2024	99.4	99.3	↘	↗	↘	↘	↗

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

34

Caracterización EAPB

En 2024, el municipio de Cocorná registró un total de 14.415 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, concentradas principalmente



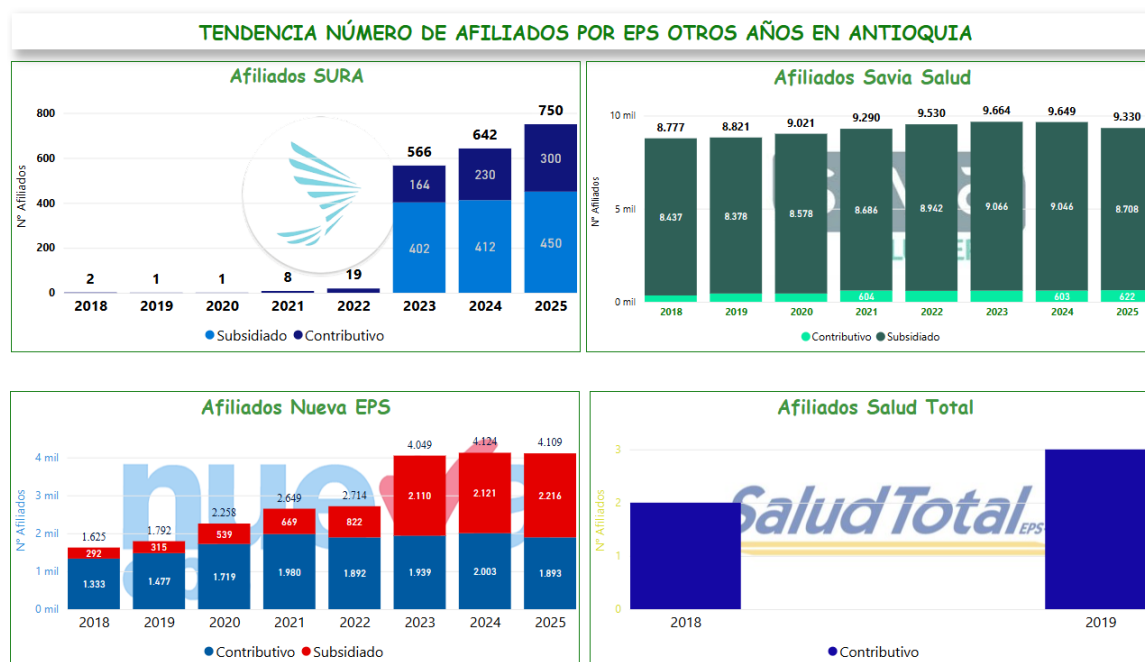
Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

en **Savia Salud (9.649 afiliados)**, seguida de **Nueva EPS (4.124)** y **SURA (642)**. Del total municipal, 11.579 personas pertenecen al régimen subsidiado y 2.836 al régimen contributivo, lo que evidencia una marcada predominancia del aseguramiento subsidiado.

Figura 7. Caracterización EAPB de Cocorná



Fuente: Secretaría de Salud e Inclusión Social

<https://dssa.gov.co/OSSA/Aseguramiento%20General.html>

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

Desde el año 2023 a la fecha, en el municipio de Cocorná solo se logra identificar una política pública adoptada formalmente, correspondiente a la Política Pública de Envejecimiento y Vejez 2023–2033. Los demás acuerdos municipales revisados corresponden principalmente a modificaciones presupuestales, autorizaciones al ejecutivo, adopciones de planes de desarrollo, alivios tributarios, vigencias futuras y disposiciones administrativas relacionadas con la gestión fiscal y organizativa del municipio. Esto evidencia que, durante el periodo analizado, la producción normativa se ha centrado en la gestión financiera y operativa de la administración, con menor desarrollo de instrumentos de política pública sectorial.



1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores relacionados

El análisis de los indicadores de la Agenda Antioquia 2040 muestra que el municipio de Cocorná presenta un panorama mixto en materia de bienestar y desarrollo social. Según los datos de percepción ciudadana, el 27,3 % de la población expresa sentimientos positivos frente al futuro, con predominio de la confianza (13,8 %) y la alegría (10,4 %). Sin embargo, estos valores se sitúan por debajo del promedio departamental, donde el optimismo alcanza el 35,4 %. En Cocorná, la presencia de sentimientos negativos como el miedo (7,1 %), el enfado (5,9 %) y la tristeza (4,4 %) es más notoria que en el conjunto de Antioquia, lo que podría reflejar preocupaciones locales relacionadas con el acceso a oportunidades, la seguridad y la estabilidad económica. Las palabras asociadas a los sentimientos expresados por la comunidad —como turismo, sostenibilidad, recursos, violencia y víctimas— evidencian tanto el valor del territorio como sus retos sociales.

36

En cuanto al indicador K21 sobre educación de calidad e inclusiva, Cocorná registra para 2022 una tasa de deserción escolar del 4,87 %, inferior al 6,98 % de 2021, lo que sugiere una recuperación gradual del sistema educativo después de las afectaciones derivadas de la pandemia. A lo largo de la última década se observan fluctuaciones notorias, con picos en años críticos y descensos en periodos de fortalecimiento institucional. En comparación con otras subregiones, el Oriente antioqueño mantiene una de las tasas más bajas del departamento, lo que demuestra avances en la retención escolar y el acceso a la educación básica y media. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la calidad educativa, la permanencia de los estudiantes rurales y la equidad territorial. En conjunto, los indicadores reflejan que Cocorná avanza hacia un territorio más educado y participativo, aunque requiere fortalecer sus estrategias de inclusión y bienestar social para sostener estos logros y cerrar brechas con el promedio departamental.

1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social

Desde la aplicación de la cartografía social en el municipio de Cocorná se evidenciaron hallazgos significativos relacionados con la organización territorial, la participación ciudadana y la articulación interinstitucional en torno al acceso y garantía del derecho a la salud. El ejercicio permitió identificar una amplia red



de actores sociales e institucionales, entre los que destacan las Juntas de Acción Comunal como estructuras comunitarias sólidas con presencia en la mayoría de las veredas, así como los programas y estrategias en salud que operan en el territorio. Dentro de estos, se resalta el papel de los equipos básicos de salud como medio esencial para acercar los servicios a la población rural, favoreciendo la atención integral, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De igual manera, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) se consolida como una oportunidad para mitigar problemáticas de salud pública y fortalecer los procesos de educación, participación y autocuidado comunitario. Programas como PAPSIVI y Salud para el Alma amplían el alcance de la atención psicosocial y emocional, especialmente en contextos de vulnerabilidad y afectación del bienestar mental. La cartografía permitió reconocer que el trabajo articulado entre la administración municipal y diferentes instituciones, como las educativas, la parroquia, el centro de bienestar del adulto mayor y otras entidades locales, constituye un mecanismo clave para que la comunidad y la población rural accedan a los servicios de salud y bienestar social integral.

1.6 Conclusiones del capítulo

Cocorná presenta una estructura poblacional predominantemente joven, con una base amplia y tendencia hacia el envejecimiento moderado, reflejo de dinámicas migratorias y de crecimiento demográfico sostenido.

El municipio cuenta con tres EPS (Savia Salud, SURA y Nueva EPS), en 2024, el aseguramiento en salud en Cocorná se caracterizó por una alta concentración en el régimen subsidiado (80,3 %) frente al 19,7 % del régimen contributivo, lo que demanda una gestión eficiente de recursos y del riesgo en salud. Savia Salud concentra el 66,9 % de la afiliación municipal, seguida de Nueva EPS (28,6 %) y SURA (4,5 %), configurando una carga operativa significativa para la principal EAPB del territorio. Este escenario obliga a fortalecer la gestión del riesgo poblacional, el seguimiento a cohortes priorizadas y la articulación con la red prestadora local para garantizar continuidad, oportunidad y calidad en la atención.

Los determinantes intermedios de salud muestran avances en indicadores como control prenatal y parto institucional, pero también rezagos en coberturas vacunales y afiliación al sistema de salud, lo que refleja desigualdades territoriales y necesidad de fortalecer las acciones de promoción y prevención.

En materia de percepción social, Cocorná evidencia sentimientos positivos moderados frente al futuro (27,3 %), por debajo del promedio departamental, con presencia significativa de emociones negativas asociadas a inseguridad y



dificultades económicas, aunque se destaca el orgullo local por el turismo y la sostenibilidad.

En el ámbito educativo, la tasa de deserción escolar (4,87 %) muestra una mejora tras la pandemia, ubicando a Cocorná dentro del promedio favorable del Oriente antioqueño; no obstante, se requiere seguir fortaleciendo la calidad educativa y la permanencia estudiantil, especialmente en zonas rurales.



2. CAPÍTULO 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

En el municipio de Cocorná, los determinantes estructurales relacionados con los ingresos, el nivel educativo y la ocupación reflejan un panorama socioeconómico en proceso de recuperación tras los efectos de la pandemia. Según el Boletín Económico Municipal de la Universidad de Antioquia (2021), la economía local experimentó una contracción del 5,06% en el 2020, una caída menor que la observada en el Oriente antioqueño y el departamento, sugiriendo mayor resiliencia productiva. La estructura económica continúa sustentada en la actividad agrícola, aunque en los últimos años se ha evidenciado un crecimiento progresivo en los sectores de servicios, comercio y turismo, generando nuevas oportunidades de desarrollo económico local.

En el ámbito laboral, la tasa de desempleo pasó del 4,31% en 2019 al 7,53% en 2020, reduciéndose a 6,67% en 2021 y estimándose en alrededor del 7% para el periodo 2023-2024, lo que refleja una recuperación parcial del empleo. No obstante, la informalidad se mantiene como uno de los principales desafíos estructurales, con niveles cercanos al 90%, lo que limita el acceso de la población a la seguridad social y a condiciones laborales estables. Asimismo, entre 2019 y 2021 se perdieron cerca de 284 empleos, principalmente en la zona rural (7,42%), mientras que en la urbana la reducción fue del 1,45%, evidenciando una mayor vulnerabilidad del campo frente a las crisis económicas.

Por ramas de actividad, se observan incrementos en sectores como electricidad, gas, agua y alcantarillado, mientras que servicios, agricultura y transporte permanecen rezagados. De acuerdo con la base de datos del SISBEN, el municipio cuenta con 6.989 hogares, de los cuales el 30,4% recibe subsidios del Estado, lo que refleja una dependencia considerable de las ayudas públicas. Solo el 6,2% de la población se encuentra afiliada a fondos de pensiones, lo que evidencia la baja formalización del empleo. Además, la mayoría de personas mayores de siete años se dedica a estudiar u oficios del hogar, mientras solo el 22% reporta estar trabajando activamente. Esta distribución ocupacional, caracterizada por una alta proporción de población sin ingresos laborales, repercute directamente en las condiciones de vida, el acceso a bienes y servicios, y en última instancia, en el bienestar general y la salud de los habitantes de Cocorná.

2.2 Condiciones de vida del territorio



En Cocorná se reflejan una marcada desigualdad en el acceso a servicios públicos básicos entre la zona urbana y la rural del municipio. Mientras que la cabecera municipal alcanza coberturas altas en electricidad (94,6%), acueducto (96,5%) y alcantarillado (95,9%), el área rural presenta una cobertura nula en los dos últimos servicios, evidenciando una brecha significativa en infraestructura sanitaria. Esta disparidad indica que las condiciones de vida en el campo son mucho más precarias, afectando directamente la salud y el bienestar de sus habitantes. Aunque el acceso a energía eléctrica es universal, la ausencia de redes de acueducto y alcantarillado en el sector rural plantea retos importantes en materia de equidad territorial y salud pública, demandando inversiones sostenidas para garantizar condiciones básicas de salubridad y calidad de vida en todo el municipio.

40

Tabla 13. Condiciones de vida

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%
Cobertura de servicios de electricidad 2023 (índice de cobertura de energía eléctrica ICEE Unidad de Planeación Minero Energética - UPME 2025)	94.6	100.0	1.0572	0.8690	1.2861
Cobertura de acueducto (DNP - TerriData) 2022	96.5	0.0	0.0003	0.0000	25.5381
Cobertura de alcantarillado (DNP - TerriData) 2022	95.9	0.0	0.0003	0.0000	25.6952

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en Cocorná (10,7%) se encuentra ligeramente por debajo del promedio departamental (11,3%), cifras favorables en términos de salud materno-perinatal. Este resultado indica que las gestantes del municipio han tenido, en general, un adecuado control prenatal y mejores condiciones de nutrición y atención durante el embarazo. Sin embargo, la cifra sigue siendo un indicador de alerta, ya que el bajo peso al nacer continúa asociado a factores como la pobreza, la ruralidad y las limitaciones en el acceso a servicios especializados, lo que demanda mantener acciones de promoción de la salud materna e infantil y de prevención de riesgos durante la gestación.



Tabla 14. Seguridad alimentaria

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	Cocorná
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE) 2024*	11.3	10.7

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

41

Cocorná presenta una tasa de analfabetismo significativamente superior al promedio departamental (10,4% frente a 4,5%), reflejando brechas persistentes en el acceso y permanencia educativa, especialmente en zonas rurales.

No obstante, el municipio muestra coberturas altas en los niveles de primaria (118,0%) y secundaria (118,4%), sugiriendo una amplia matrícula, incluso con posibles repitencias o inclusión de población fuera del rango escolar esperado. En contraste, la cobertura en educación media (80,1%) es inferior al promedio departamental (94,2%), indicando dificultades en la transición hacia los grados superiores y en la culminación del ciclo educativo, asociadas a factores económicos, migratorios o de acceso geográfico a instituciones de educación media.

Tabla 15. Cobertura de educación

Indicadores	Antioquia	Cocorná
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE) 2018	4.5	10.4
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN) 2022	103.3	118.0
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN) 2022	115.4	118.4
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN) 2022	94.2	80.1

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Entre 2018 y 2020, Cocorná presentó variaciones significativas en las condiciones de vida de su población, según los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). En 2018, el 14,31% de los habitantes tenían NBI y



el 1,67% vivía en miseria extrema, con problemas asociados al hacinamiento (3,73%) y la dependencia económica (10,11%). En 2019, los indicadores mejoraron, reduciéndose el NBI al 9,26% y la miseria extrema al 0,93%, reflejando avances en vivienda y acceso a servicios básicos. Sin embargo, en 2020 se evidenció un retroceso marcado, posiblemente por los efectos de la pandemia del COVID-19, con un aumento del NBI al 17,72% y la miseria extrema al 2,18%. También se incrementaron el hacinamiento y la dependencia económica, lo que deterioró la calidad de vida. Estos datos evidencian la necesidad de fortalecer estrategias sostenibles que reduzcan la vulnerabilidad social y promuevan el bienestar de la población cocornenses.

42

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

Los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) para 2023 muestran que Cocorná presenta tasas significativamente menores de violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer en comparación con el promedio departamental de Antioquia. La tasa de violencia intrafamiliar en Cocorná es de 6,1 por cada 100.000 habitantes, frente a 47,5 en Antioquia, mientras que la violencia contra la mujer registra 12,0 casos por cada 100.000 habitantes, frente a 52,2 a nivel departamental.

Estas cifras reflejan un contexto comunitario más cohesionado, con redes de apoyo social más fuertes, aunque, también podría explicarse a menor denuncia de casos, hecho que también debe considerarse como una posible limitación en la interpretación. Aunque los valores parecen favorables, es necesario fortalecer los mecanismos locales de detección, prevención y atención de la violencia desde el modelo de vigilancia basada en comunidad, ya que la subnotificación puede ocultar la magnitud real del problema. En general, los indicadores sugieren una situación relativamente estable, pero que requiere vigilancia y acompañamiento institucional constante para garantizar la protección integral de las mujeres y las familias cocornenses.



Tabla 16. Factores psicológicos y culturales

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Cocorná
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	47.5	6.1
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	52.2	12.0

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

43

2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad

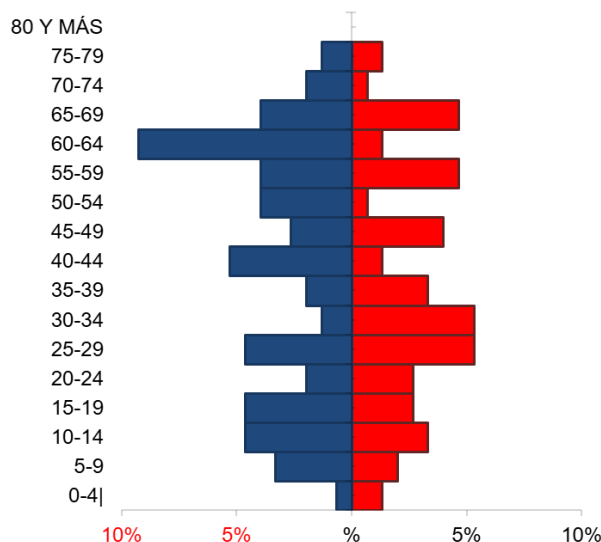
Los datos de distribución por edad y sexo correspondientes al año 2025 muestran un total de 84 casos reportados, con una mayor proporción de hombres (67) frente a mujeres (17), lo que evidencia una marcada diferencia por sexo. Esta disparidad podría estar asociada a factores ocupacionales, sociales o de exposición diferencial a riesgos según el grupo etario y el género.

Al analizar por edades, se observa una mayor concentración de casos en los grupos de 60 a 64 años (14 hombres), 25 a 29 años (15 casos en total) y 55 a 59 años (13 casos), lo que sugiere que tanto la población adulta joven como la adulta mayor son las más afectadas. En los grupos menores de 15 años se registran pocos casos, lo que indica menor afectación en la infancia y adolescencia.

Este comportamiento etario y de género refleja la necesidad de orientar las estrategias de salud hacia la población adulta, con especial énfasis en hombres mayores de 25 años, promoviendo la prevención de enfermedades crónicas, accidentes laborales y otras causas de morbilidad, así como reforzar la atención integral y el seguimiento en edades avanzadas para reducir riesgos y mejorar la calidad de vida.



Figura 8. Población en condición de discapacidad



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

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

Cocorná enfrenta una realidad compleja desde los ámbitos económico, social y de la vida cotidiana, marcada por desigualdades, limitaciones en el acceso a servicios básicos y una constante búsqueda de desarrollo sostenible. En el aspecto económico, gran parte de las familias depende de la agricultura principalmente del cultivo de café, plátano y caña, actividades que no siempre garantizan ingresos estables por las variaciones del mercado y la falta de acceso a tecnologías o canales comerciales. Los indicadores de pobreza, como el IPM y las NBI, evidencian carencias en vivienda, empleo y servicios, mientras que la falta de oportunidades para los jóvenes impulsa la migración y la dependencia de subsidios. Aun así, el turismo ecológico y cultural representa una alternativa sólida para diversificar la economía y mejorar la calidad de vida.

En el ámbito social, el municipio está conformado por unas 74 veredas caracterizadas por la cooperación comunitaria y el trabajo solidario. Grupos como las mujeres rurales, las personas mayores y con discapacidad han visibilizado, a través de procesos participativos, las brechas que aún existen en el acceso a salud, educación y vivienda. Si bien se han logrado avances en la cobertura educativa y en programas de salud, persisten desigualdades en las zonas rurales. La labor de los Equipos Básicos en Salud ha sido fundamental para garantizar atención en los territorios más alejados.



En cuanto a la vida cotidiana, la población de Cocorná encuentra en su entorno natural tanto una fortaleza como un desafío. La seguridad alimentaria depende en gran medida de la producción agrícola familiar, vulnerable ante fenómenos climáticos o económicos. Programas como el PAI han contribuido a mejorar los indicadores de salud, aunque aún existen dificultades para lograr una cobertura total. La educación y la recreación también son pilares del bienestar local, pero se requiere fortalecer la infraestructura y los espacios culturales. Pese a los retos, la comunidad cocornense mantiene un fuerte sentido de pertenencia y resiliencia, que le permite enfrentar las adversidades y aprovechar las oportunidades que ofrece su territorio.

45

2.6 Conclusiones del capítulo

Cocorná presenta avances significativos en la cobertura de servicios básicos en su zona urbana, sin embargo, persisten brechas importantes en el área rural, especialmente en acueducto y alcantarillado, lo que refleja desigualdades territoriales que inciden directamente en la calidad de vida y en la salud pública.

La estructura económica del municipio sigue dependiendo en gran medida del sector agrícola, caracterizado por la informalidad y bajos ingresos, aunque se vislumbran oportunidades de diversificación a través del turismo ecológico y cultural como motor de desarrollo sostenible.

Los indicadores de pobreza y Necesidades Básicas Insatisfechas muestran una tendencia variable en los últimos años, con avances en algunos periodos y retrocesos en otros, lo que evidencia la vulnerabilidad socioeconómica del territorio ante crisis externas como la pandemia.

En el ámbito educativo, el municipio presenta una alta cobertura en primaria y secundaria, pero desafíos en la educación media y en la reducción del analfabetismo, especialmente en zonas rurales, donde las barreras económicas y de acceso limitan la continuidad educativa.

A pesar de las dificultades económicas y sociales, la comunidad cocornense mantiene una fuerte cohesión social y capacidad de resiliencia, apoyada en la solidaridad rural y en los esfuerzos institucionales por mejorar la salud, la educación y la inclusión social, sentando bases para un desarrollo más equitativo y sostenible.



3. CAPÍTULO 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.

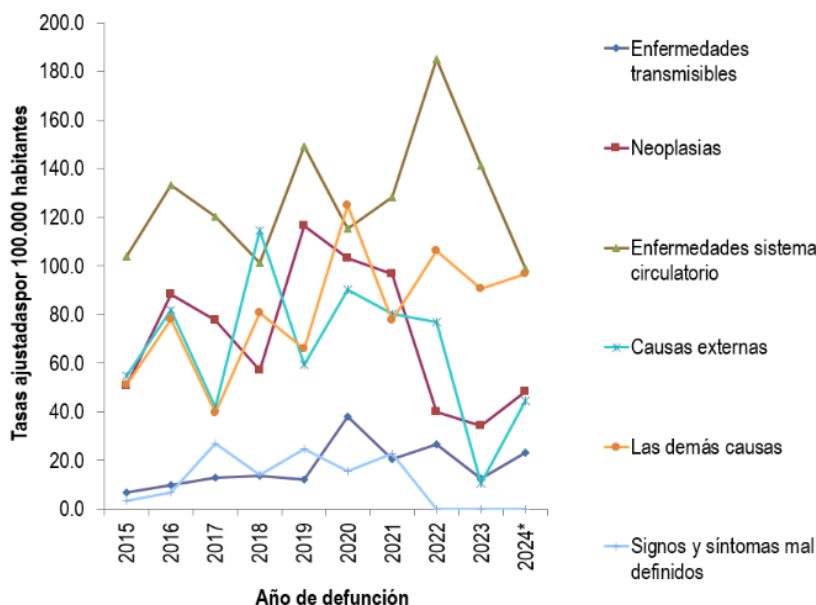
3.1 Análisis de la mortalidad

3.1.1 Mortalidad general por grandes causas:

En el año 2024, la mortalidad en Cocorná muestra diferencias notables entre hombres y mujeres según las principales causas de muerte. En los hombres, las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como la principal causa, con una tasa de 142,3, seguidas por las demás causas (62,6), las neoplasias (20,7) y las enfermedades transmisibles (25,9). También se destaca una alta incidencia de muertes por causas externas (84,8), lo que sugiere una mayor exposición a accidentes o eventos violentos. En las mujeres, el panorama es distinto: las principales causas corresponden a las demás enfermedades (130,9) y las neoplasias (74,4), seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio (55,5) y las transmisibles (20,9). Aunque las causas externas (7,5) son menos frecuentes en comparación con los hombres, representan un incremento respecto a años anteriores. En conjunto, los datos del 2024 reflejan que los hombres presentan mayor mortalidad por causas externas y cardiovasculares, mientras que en las mujeres se observa una mayor carga por enfermedades crónicas y neoplásicas, lo que evidencia diferencias en los perfiles de riesgo y en los determinantes de salud entre ambos grupos.

46

Figura 9. Tasas ajustadas total



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

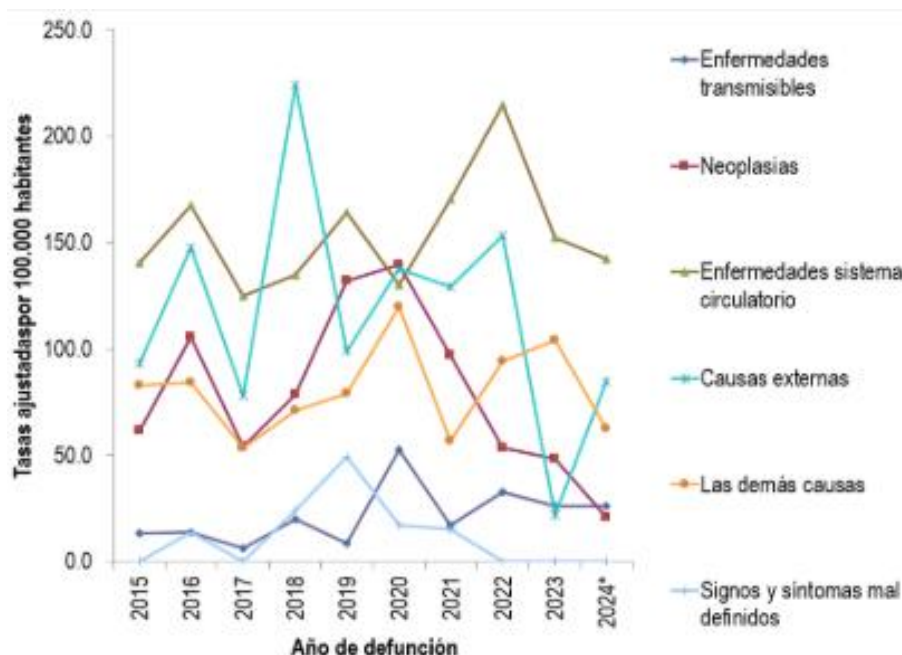


Tasas de mortalidad ajustadas por edad en hombres

En 2024, el panorama de mortalidad en hombres muestra variaciones importantes respecto al año anterior. Las enfermedades transmisibles se mantienen relativamente estables, con una ligera disminución de 26,2 a 25,9 defunciones por cada 100.000 habitantes. Las neoplasias presentan una reducción notable, pasando de 48,1 a 20,7, al igual que las enfermedades del sistema circulatorio, que disminuyen de 152,2 a 142,3. Por el contrario, las causas externas muestran un aumento considerable, de 21,9 a 84,8, lo que indica un cambio significativo en los factores de riesgo asociados. Otras causas de mortalidad también presentan descenso, de 104,0 a 62,6, mientras que los signos y síntomas mal definidos permanecen en cero, lo que refleja un buen registro en la clasificación de las causas de muerte.

47

Figura 10. Tasas de mortalidad ajustadas por edad en hombres



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

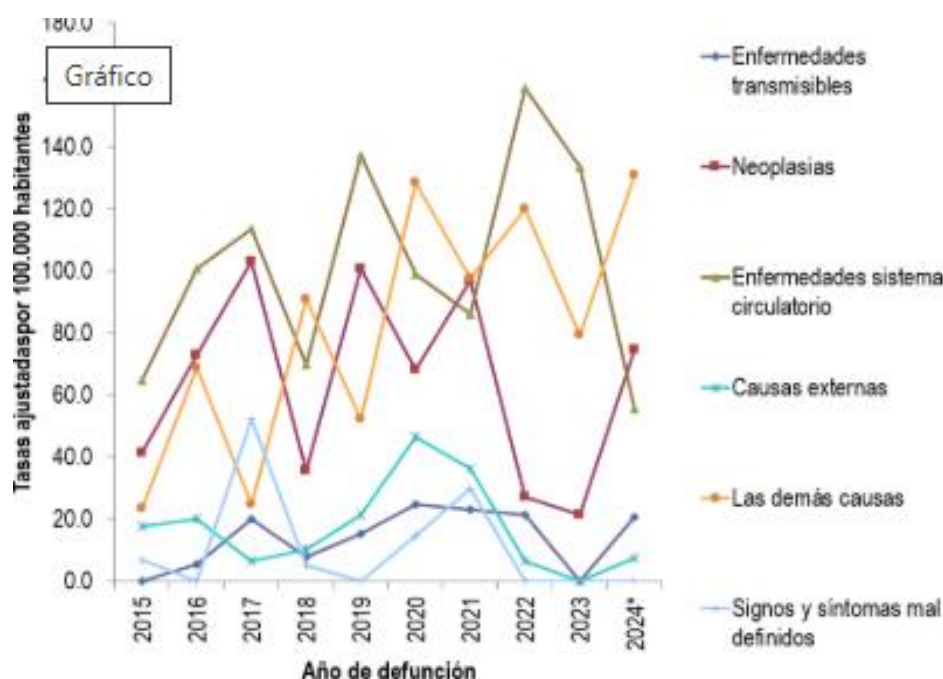
Tasas de mortalidad ajustadas por edad en mujeres

En las mujeres, la mortalidad entre 2023 y 2024 muestra cambios importantes en la salud del municipio. Las enfermedades transmisibles, que no se habían registrado el año pasado, aumentaron a 20,9 por cada 100.000 habitantes, lo



que podría estar relacionado con brotes o un mejor registro de estos casos. Las neoplasias también subieron considerablemente, de 21,3 a 74,4, mientras que las enfermedades del sistema circulatorio disminuyeron de 133,5 a 55,5, lo que sugiere avances en su prevención y manejo. Las causas externas, que antes no se habían registrado, aparecieron con 7,5, y otras causas aumentaron de 79,3 a 130,9, mostrando cambios en cómo se distribuye la mortalidad. Los signos y síntomas mal definidos se mantienen en cero, lo que refleja un registro confiable de las causas de muerte. En general, estos datos evidencian transformaciones en la salud y en los factores que afectan a la población femenina del municipio.

Figura 11. Tasas de mortalidad ajustadas por edad en mujeres



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

Durante el periodo 2015–2024, las principales causas de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en la población del municipio estuvieron relacionadas con las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias (cáncer) y, en algunos años, con las enfermedades transmisibles. Estas causas reflejan tanto muertes prematuras por violencia o accidentes, como fallecimientos por enfermedades crónicas que afectan la calidad y la expectativa de vida.

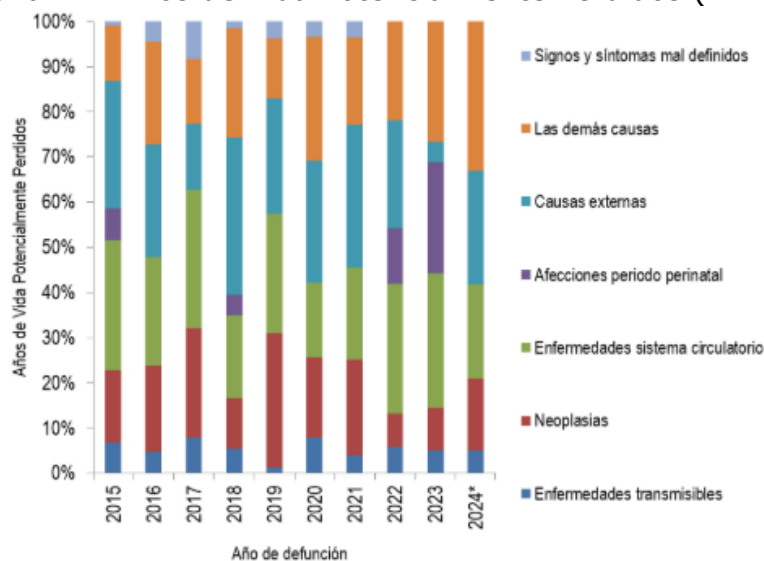


En el análisis general, las causas externas presentaron picos importantes en 2018 y 2021, evidenciando un alto impacto en personas jóvenes, especialmente hombres. Las enfermedades del sistema circulatorio (infartos, derrames y afecciones cardíacas) se mantienen como una de las causas más constantes de mortalidad temprana, mientras que las neoplasias conservan una tendencia estable, con un peso significativo en ambos sexos. Las enfermedades transmisibles mostraron incrementos en 2019 y 2024, posiblemente asociados a brotes o a la afectación indirecta por la pandemia.

Al desagregar por sexo, se observa que en los hombres las causas externas son la principal fuente de años de vida perdidos, seguidas por las enfermedades del corazón y el cáncer, lo que indica la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención de la violencia, los accidentes y el riesgo cardiovascular. En las mujeres, en cambio, predominan las enfermedades crónicas no transmisibles y las del sistema circulatorio, junto con una carga importante por neoplasias, principalmente cáncer de mama y cuello uterino. Las causas externas tienen menor peso en este grupo.

En conclusión, los datos muestran que el municipio enfrenta un doble desafío en salud pública: por un lado, reducir las muertes tempranas por violencia y siniestros viales, y por otro, fortalecer la prevención y control de enfermedades cardiovasculares y cáncer. Se recomienda mantener el enfoque diferencial por sexo y edad, e integrar las acciones de seguridad, estilos de vida saludables y detección temprana de enfermedades crónicas dentro de las estrategias territoriales de salud. A continuación, las gráficas plasman la información descrita.

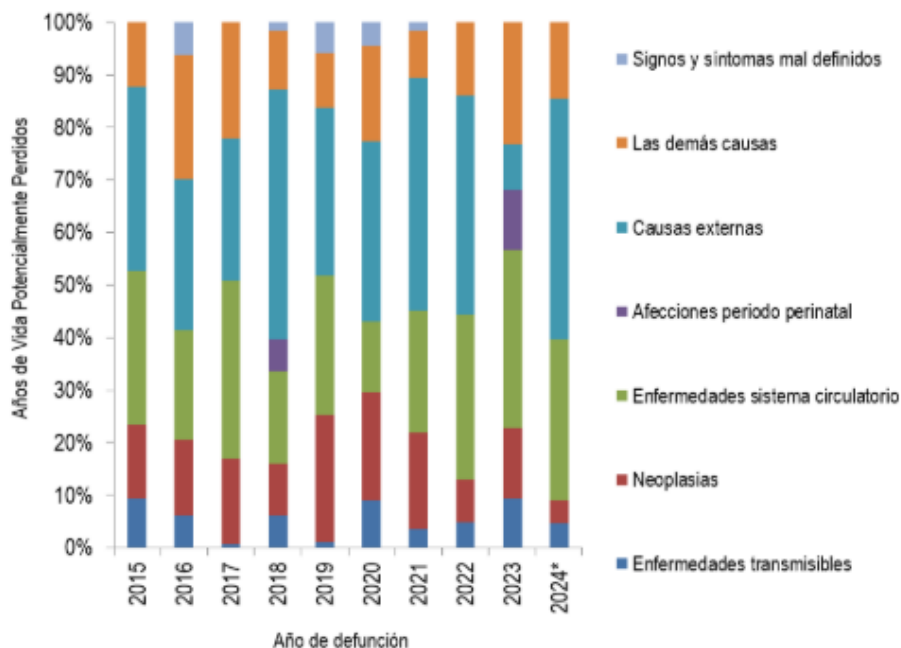
Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

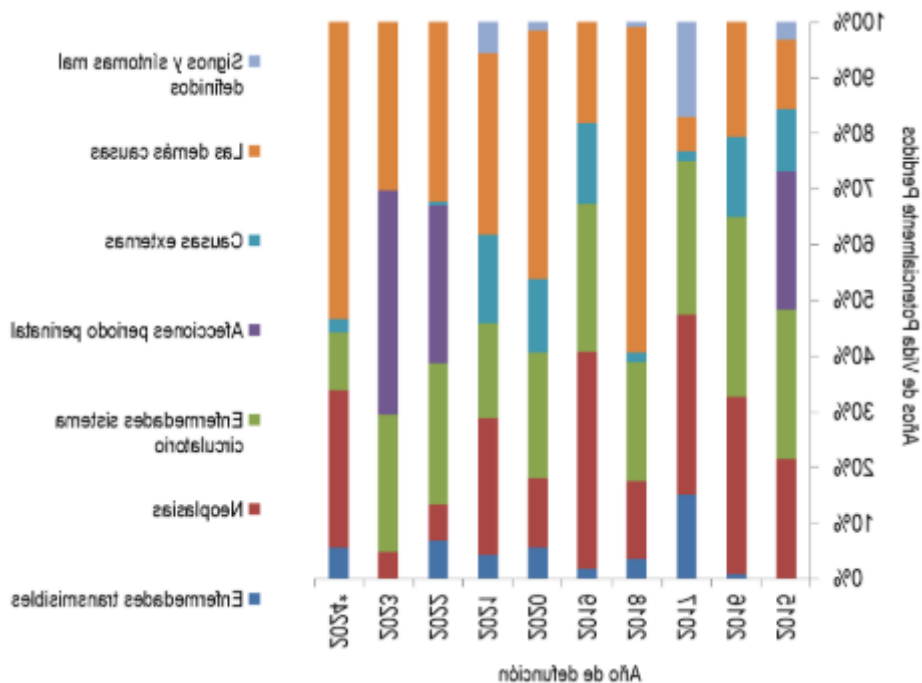


Figura 13. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en Hombres



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 14 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en Mujeres

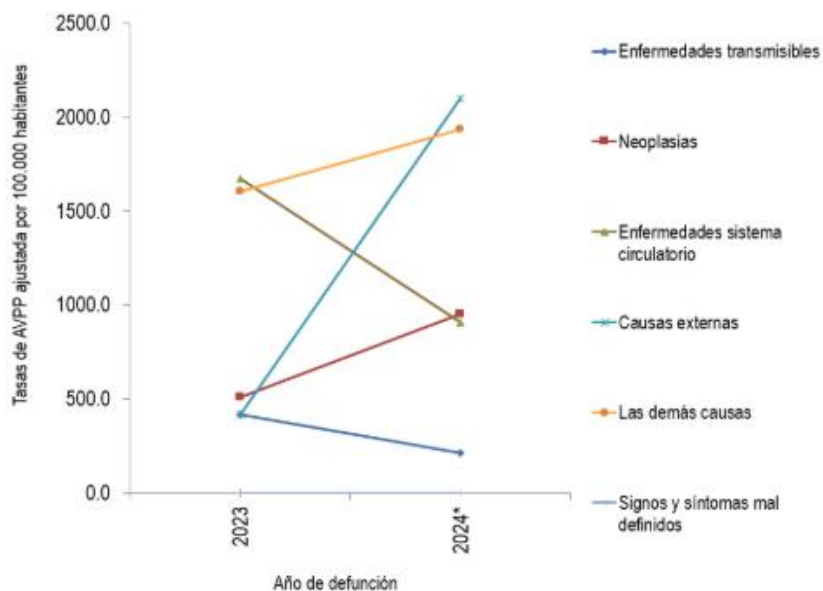


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



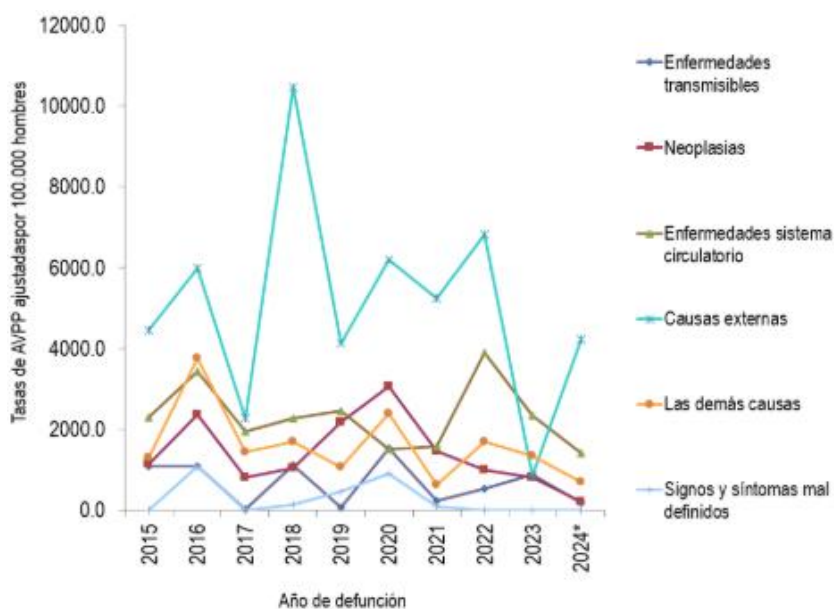
Tasas Ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

Figura 15. Tasas Ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) Total



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

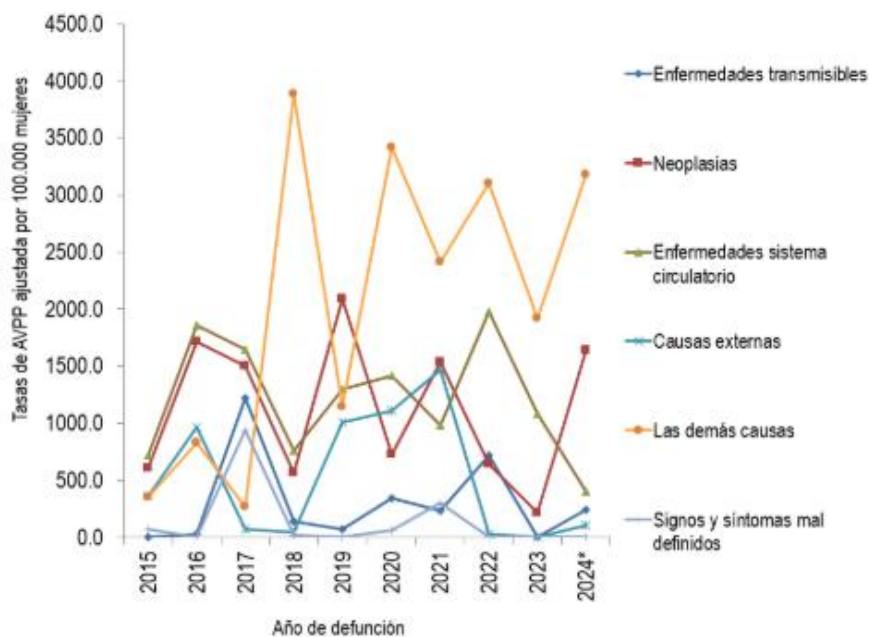
Figura 16. Tasas Ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) hombres



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Figura 17. Tasas Ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) mujeres



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

52

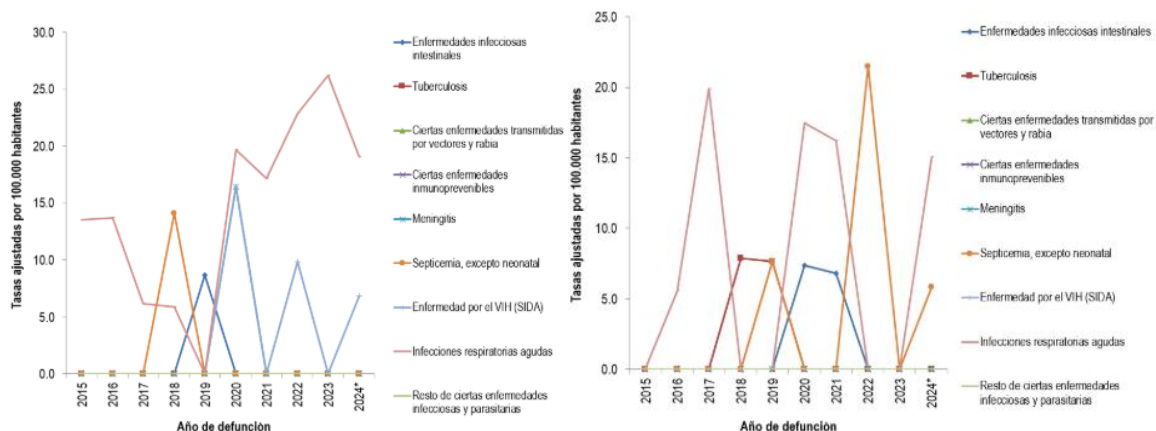
3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

Mortalidad por subgrupos de Enfermedades Transmisibles en Hombres y Mujeres

Entre 2015 y 2024, las enfermedades infecciosas y parasitarias mostraron bajas tasas de mortalidad, aunque con aumentos en algunos años por brotes o condiciones epidémicas. En los hombres, la tuberculosis fue la principal causa de muerte infecciosa, con picos entre 2019 y 2022, mientras que en las mujeres predominó la septicemia. Las infecciones respiratorias agudas también presentaron incrementos temporales en ambos sexos. En general, estas enfermedades reflejan la necesidad de fortalecer el control de la tuberculosis, la detección oportuna de infecciones graves y la atención primaria, especialmente en la población masculina.



Figura 18. Mortalidad por subgrupos de Enfermedades Transmisibles



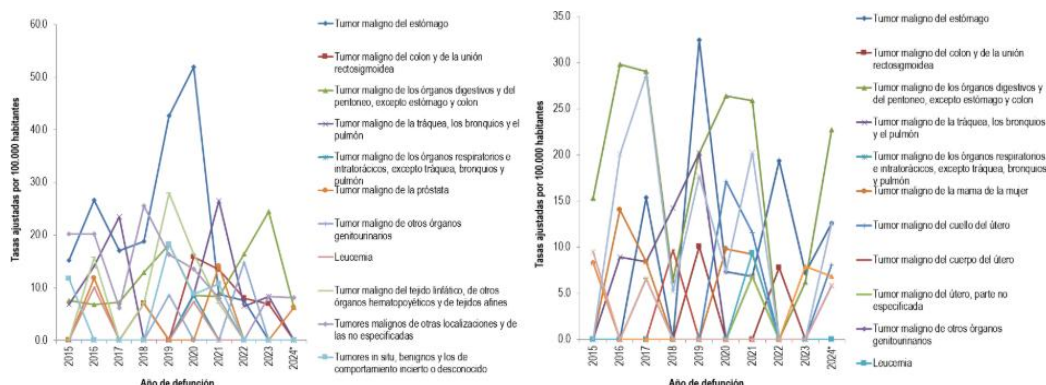
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

53

Mortalidad por subgrupos de Neoplasias en Hombres y Mujeres

En 2024, las neoplasias en Cocorná mostraron diferencias notables entre hombres y mujeres tanto en magnitud como en tipo de cáncer predominante. En los hombres, se observó mayor mortalidad por tumores malignos de órganos digestivos y del peritoneo (22,7), seguidos por cáncer de estómago (12,6) y tumores de localización no especificada (12,6), evidenciando predominio de neoplasias del aparato digestivo. En las mujeres, la carga principal también correspondió a los tumores digestivos (14,5), aunque con relevancia adicional del cáncer de cuello uterino (8,1) y los tumores de localización inespecífica (10,6). En ambos sexos, la tendencia muestra persistencia de neoplasias asociadas a factores de riesgo comunes como la alimentación, el consumo de alcohol y el acceso limitado a detección temprana. Lo que plantea la necesidad de fortalecer los programas de tamizaje y promoción de la salud oncológica, especialmente enfocados en la prevención de cánceres digestivos y ginecológicos.

Figura 19. Mortalidad por subgrupos de Neoplasias



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

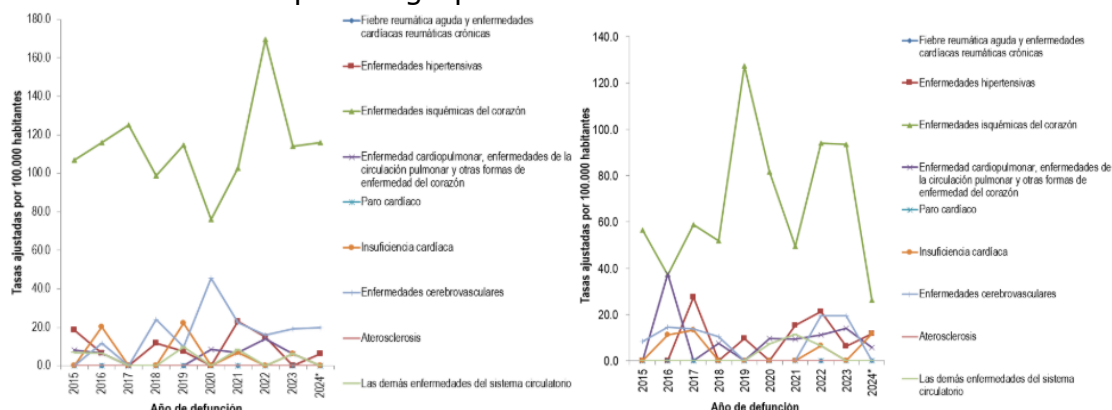


Mortalidad por subgrupos de Enfermedades del sistema circulatorio en Hombres y Mujeres

En 2024, las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo una causa relevante de mortalidad en Cocorná, con diferencias marcadas entre hombres y mujeres. En los hombres, predominan las enfermedades isquémicas del corazón (116.1), seguidas de las cerebrovasculares (19.9) y las hipertensivas (6.3), evidenciando un patrón asociado a factores de riesgo cardiovascular clásicos como hipertensión y hábitos no saludables. En las mujeres, aunque las enfermedades isquémicas también destacan (26.3), se observa un aumento en las enfermedades hipertensivas (11.7) y la insuficiencia cardíaca (11.7), lo que sugiere vulnerabilidad en edades medias y mayores. En conjunto, los datos reflejan una carga significativa de enfermedad cardiovascular en ambos sexos, con mayor impacto en los hombres, lo que demanda fortalecer la detección temprana y el control de factores de riesgo en atención primaria.

54

Figura 20. Mortalidad por subgrupos de Enfermedades del sistema circulatorio



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad por Periodo Perinatal

El municipio de Cocorná no ha presentado casos de mortalidad en el período perinatal, lo cual representa un indicador positivo en materia de salud pública. Esta situación evidencia un adecuado seguimiento y atención durante el embarazo, el parto y los primeros días de vida del recién nacido, así como el compromiso de los servicios de salud y de la comunidad en general. La ausencia de mortalidad perinatal refleja también la importancia de los controles



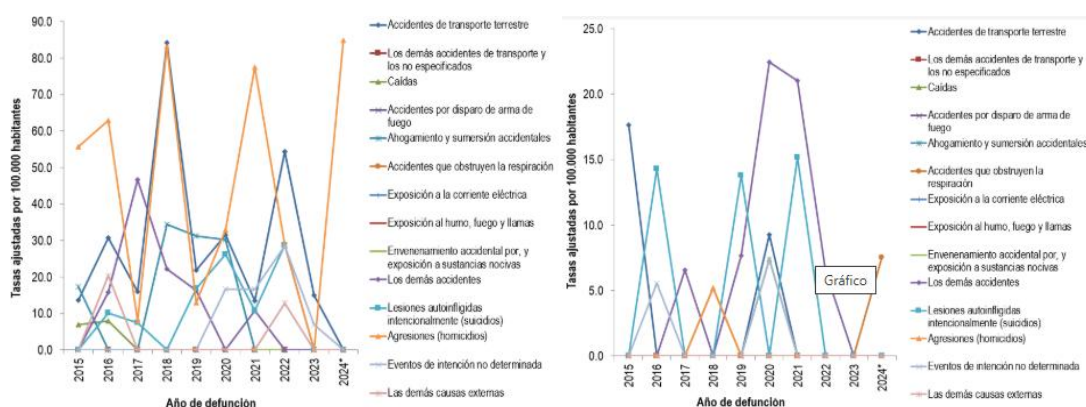
prenatales oportunos, el acceso a atención médica de calidad y las acciones de prevención y promoción de la salud materno-infantil en el municipio.

Mortalidad por subgrupos de Causas externas en Hombres y Mujeres

En 2024, las causas externas de mortalidad en Cocorná muestran una marcada diferencia entre hombres y mujeres. En los hombres, la principal causa fueron las agresiones (84.8), reflejando un aumento significativo respecto a años anteriores y evidenciando problemas asociados con la violencia interpersonal. En las mujeres, el único evento registrado fue la obstrucción respiratoria accidental (7.5), lo que muestra menor exposición a hechos violentos o traumáticos. En el total municipal, las agresiones (41.1) se consolidan como la principal causa externa, seguidas por accidentes y caídas con valores mínimos. En conjunto, los datos de 2024 evidencian que la mortalidad por causas externas afecta principalmente a los hombres, especialmente por hechos violentos, lo cual demanda fortalecer las estrategias de convivencia, seguridad y prevención de violencia en el territorio.

55

Figura 21. Mortalidad por subgrupos de Causas externas



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

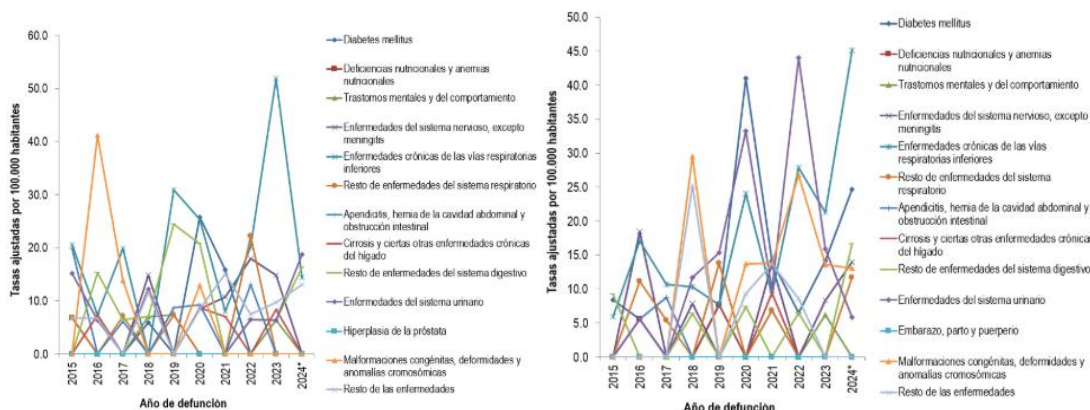
Mortalidad por subgrupo de las demás enfermedades en Hombres y Mujeres

En 2024, los hombres presentaron mortalidad por otras enfermedades principalmente asociada a las vías respiratorias inferiores (14.4) y al sistema urinario (18.8), seguidas por afecciones digestivas (16.3) y diabetes mellitus (0.0), evidenciando predominio de patologías respiratorias y urinarias. En las mujeres, las principales causas fueron las enfermedades respiratorias crónicas



(45.1), seguidas de las del sistema nervioso (13.9) y digestivo (16.6), mostrando mayor afectación respiratoria y neurológica. En el total municipal, se observa que las enfermedades respiratorias crónicas (29.9) continúan siendo la principal causa dentro de este grupo, seguidas de las del sistema digestivo (16.4) y urinario (12.1), reflejando que los trastornos respiratorios crónicos son un problema común que afecta a ambos sexos, aunque con mayor intensidad en mujeres.

Figura 22. Mortalidad por subgrupos de Las demás enfermedades



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

56

3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

El siguiente apartado presenta el análisis de las tasas específicas de mortalidad por 16 grandes grupos de causas, desagregadas por sexo, en menores de 1 año, niños de 1 a 4 años y población menor de 5 años del municipio de Cocorná. Se describen los principales comportamientos observados durante los años 2023 y 2024, así como las variaciones entre ambos periodos. Este análisis permite identificar patrones de mortalidad y orientar acciones de vigilancia y atención en salud infantil.

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año

La mortalidad infantil en menores de 1 año fue baja, con registros en 2023 concentrados en afecciones originadas en el periodo perinatal y malformaciones congénitas, principalmente en el sexo femenino. En 2024 no se reportaron muertes en ninguno de los grupos analizados, ni de hombres, como de mujeres. Este comportamiento evidencia una disminución total de la mortalidad infantil en el último año observado. Es fundamental sostener las acciones de atención integral materno-infantil y vigilancia epidemiológica.



Tabla 17. tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año

Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año		2023	2024
Grupo	Sexo	Valor Tasa	Valor Tasa
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
06 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	32,61	0,00
	MASCULINO	11,63	0,00



	TOTAL	22,47	0,00
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	10,87	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	5,62	0,00
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

58

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en niños de 1 a 4 años

En el análisis por sexo, los datos muestran que durante 2024 solo se registraron muertes en el grupo de enfermedades del sistema nervioso, con una tasa de 226,76 en mujeres, mientras que en hombres la tasa fue de 0,00. Esto evidencia que las muertes en este grupo etario (1 a 4 años) se concentraron exclusivamente en niñas. En todos los demás grupos de causas (infecciosas, circulatorias, respiratorias, perinatales, etc.) no se reportaron defunciones en ninguno de los dos sexos, lo que refleja un comportamiento estable y sin presencia de mortalidad en la mayoría de las categorías durante el año analizado.



Tabla 18. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en niños de 1 a 4 años

Menores de 1 a 4 años		2023	2024
Grupo	Sexo	Valor Tasa	Valor Tasa
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	0,00	226,76
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	111,48
06 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00



	TOTAL	0,00	0,00
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

60

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años

En Cocorná, la tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) muestra una reducción significativa entre 2023 y 2024, pasando de valores altos a cero en la mayoría de causas. En 2023, las principales causas fueron afecciones perinatales (297,18) y malformaciones congénitas (74,29). En 2024 solo se registró mortalidad femenina por enfermedades del sistema nervioso (183,82). No se evidencian muertes por enfermedades infecciosas, respiratorias ni causas externas en ninguno de los dos años. Esto sugiere una mejora en la atención prenatal y neonatal, aunque se requiere seguimiento a las patologías neurológicas infantiles.



Tabla 19. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años

Tasa de mortalidad en la niñez		2023	2024
Grupo	Sexo	Valor Tasa	Valor Tasa
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	0,00	183,82
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	90,09
06 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	460,83	0,00
	MASCULINO	143,88	0,00
	TOTAL	297,18	0,00



12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	153,61	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	74,29	0,00
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	0,00	0,00
	MASCULINO	0,00	0,00
	TOTAL	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

62

Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez

En 2024, Cocorná no reportó muertes maternas, neonatales, infantiles ni por enfermedades prevenibles como IRA, EDA o desnutrición en menores de cinco años, esto refleja un panorama favorable en la salud materno-infantil. En comparación con los promedios departamentales, el municipio presenta indicadores significativamente mejores, reflejando un adecuado control prenatal, atención oportuna del parto y fortalecimiento de los programas de crecimiento y desarrollo. La única tasa registrada fue la mortalidad en la niñez (6.7), menor que la departamental (11.5), sugiriendo un buen acceso y calidad en los servicios de salud infantil. En conjunto, estos resultados muestran tendencias descendentes y positivas en la mortalidad evitable en primeras etapas de vida.



Tabla 20. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez

Causa de muerte	Antioquia	Cocorná	Comportamiento
			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	6.7	↘
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

63

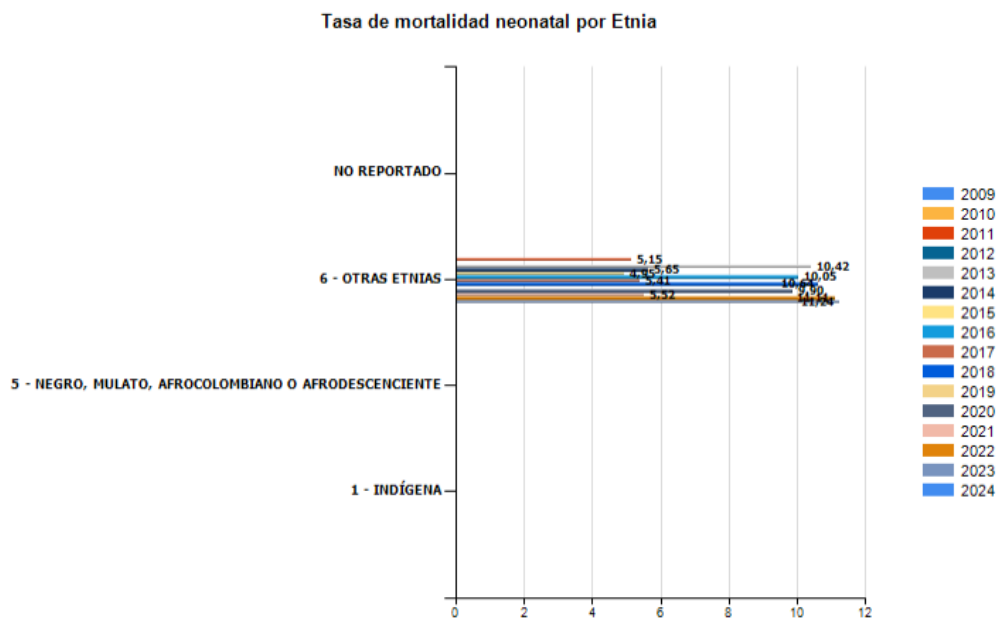
Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia

Durante el periodo de análisis no se registró población indígena en estado de gestación en el municipio de Cocorná. Esta ausencia de casos indica que no hubo mujeres gestantes pertenecientes a comunidades indígenas asentadas en el territorio.

La razón de mortalidad materna en Antioquia entre 2014 y 2024 presenta un comportamiento fluctuante, con picos importantes en 2016 (52.0) y 2021 (59.8), seguidos de una reducción progresiva hasta 30.7 en 2024. Esta tendencia refleja avances en la atención obstétrica y en los programas de salud materna del departamento, aunque aún se observan variaciones que indican posibles brechas en la cobertura o calidad del control prenatal y la atención del parto. En contraste, Cocorná mantiene una razón de mortalidad materna de 0.0 durante todo el periodo analizado.



Figura 23. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia

Durante el período analizado, el municipio de Cocorná no registró casos de mortalidad materna ni de mortalidad neonatal en ninguna de las áreas de residencia, tanto en la zona urbana como en la rural. Este resultado constituye un indicador altamente favorable del estado de salud materno-infantil en el municipio y refleja la efectividad de las acciones de prevención, promoción y atención integral en salud. La ausencia de estos eventos evidencia el acceso oportuno a los servicios de salud, el adecuado seguimiento del embarazo, el acompañamiento durante el parto y la atención segura del recién nacido, así como el compromiso de las instituciones de salud y de la comunidad en la protección de la vida y el bienestar de las madres y los niños.

3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental

Hasta el año 2024 se evidencia una baja frecuencia de casos, con una ocurrencia esporádica y sin patrones sostenidos en el tiempo. No se registraron muertes atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas durante el periodo analizado. En cuanto a la epilepsia, se notificó un solo caso en hombres en 2022 y uno en mujeres en 2024. Respecto a los trastornos mentales y del comportamiento, se

reportaron casos aislados en 2018, 2019, 2021 y 2023, distribuidos entre ambos sexos. En general, la mortalidad por causas relacionadas con la salud mental se mantiene en niveles muy bajos. Aunque, se recomienda fortalecer la vigilancia y el seguimiento de la salud mental en la población.

Figura 24. Mortalidad relacionada con Salud Mental 2005-2024

Año	Muertes por trastornos mentales, debido al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19)		Epilepsia (G40-G41)		Trastornos mentales y de comportamiento (F00-F99)	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
2015	0	0	0	0	0	0
2016	0	0	0	0	0	0
2017	0	0	0	0	0	0
2018	0	0	0	0	1	0
2019	0	0	0	0	1	0
2020	0	0	0	0	0	0
2021	0	0	0	0	0	1
2022	0	0	1	0	0	0
2023	0	0	0	0	1	1
2024*	0	0	0	1	0	0

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

65

3.1.5 Conclusiones de mortalidad

La mortalidad en el municipio de Cocorná se está manteniendo en niveles bajos y estables, reflejando fortalecimiento continuo en las acciones de prevención y atención en salud.

Se observa que las enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares, respiratorias y las neoplasias, siguen siendo las principales causas de muerte, demostrando la importancia de mantener estrategias de control de factores de riesgo y promoción de hábitos saludables.

Las cifras reflejan ausencia de muertes maternas, neonatales y por causas prevenibles en menores de cinco años durante el periodo analizado, demostrando la efectividad de los programas de salud materno-infantil y la vigilancia permanente.



Se ha identificado que la mortalidad relacionada con trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas continúa siendo baja, aunque se está resaltando la necesidad de seguir fortaleciendo la atención en salud mental y las estrategias de prevención del suicidio.

En general, se está consolidando una mejora sostenida en la calidad de la atención, la respuesta institucional y la vigilancia epidemiológica, lo que reduce las muertes evitables y fortalece el bienestar de la población cocornense.

3.2 Análisis de la morbilidad

3.2.1 Principales causas de morbilidad

El análisis de la morbilidad por curso de vida de Cocorná muestra un comportamiento similar a años anteriores, con un claro predominio de las enfermedades no transmisibles en todos los grupos etarios, alcanzando los porcentajes más altos en la adultez (70.9 %) y la vejez (81.3 %). En la primera infancia, aunque estas enfermedades también ocupan el primer lugar (42.9 %), las condiciones transmisibles y nutricionales siguen teniendo un peso considerable (27.8 %), reflejando la persistencia de determinantes sociales y sanitarios asociados a infecciones y carencias nutricionales. En la infancia y adolescencia, la morbilidad se concentra en patologías no transmisibles y en lesiones, con una proporción importante de registros mal clasificados, indicando subregistro o limitaciones en el diagnóstico.

Durante la juventud, además de las enfermedades crónicas, destacan las condiciones maternas (11.7 %), mostrando la importancia de fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva. En la adultez, las enfermedades crónicas son la principal carga de morbilidad, especialmente las de origen cardiovascular, metabólico y respiratorio, mientras que las lesiones, aunque disminuyen en comparación con etapas previas, siguen siendo relevantes. En la vejez, las patologías no transmisibles, principalmente las cardiovasculares y respiratorias, dominan el panorama sobre el impacto del envejecimiento poblacional. En general, se observa una transición epidemiológica consolidada, con predominio de enfermedades crónicas y una reducción progresiva de las causas transmisibles. Se recomienda reforzar los programas de control de enfermedades crónicas y de promoción de estilos de vida saludables a lo largo de todo el curso de vida.



Tabla 21. Morbilidad específica por subgrupos y curso de vida (2015–2024)

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	HOMBRES		MUJERES		Total 2015-2024	
		Total 2015-2024	% 2015-2024	Total 2015-2024	% 2015-2024	Total 2015-2024	% 2015-2024
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	2139	28.93	1823	26.55	3962	27.78
	Condiciones perinatales	366	4.95	452	6.58	818	5.74
	Enfermedades no transmisibles	3225	43.62	2896	42.17	6121	42.92
	Lesiones	486	6.57	403	5.87	889	6.23
	Condiciones mal clasificadas	1178	15.93	1293	18.83	2471	17.33
	Total	7394	100.00	6867	100.00	14261	100.00
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	403	8.77	382	9.25	785	9.00
	Condiciones maternas	8	0.17	7	0.17	15	0.17
	Enfermedades no transmisibles	2842	61.88	2458	59.54	5300	60.77
	Lesiones	595	12.95	411	9.96	1006	11.54
	Condiciones mal clasificadas	745	16.22	870	21.08	1615	18.52
	Total	4593	100.00	4128	100.00	8721	100.00
Adolescencia (12 -17 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	321	4.61	591	5.64	912	5.23
	Condiciones maternas	8	0.11	718	6.86	726	4.16
	Enfermedades no transmisibles	4150	59.64	6046	57.72	10196	58.49
	Lesiones	1330	19.11	587	5.60	1917	11.00
	Condiciones mal clasificadas	1149	16.51	2532	24.17	3681	21.12
	Total	6958	100.00	10474	100.00	17432	100.00
Juventud (18 - 28 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	529	7.21	835	5.22	1364	5.84

57



	Condiciones maternas	47	0.64	2677	16.73	2724	11.67
	Enfermedades no transmisibles	3745	51.01	8472	52.94	12217	52.33
	Lesiones	1817	24.75	827	5.17	2644	11.33
	Condiciones mal clasificadas	1203	16.39	3193	19.95	4396	18.83
	Total	7341	100.00	16004	100.00	23345	100.00
Adulthood (29 - 59 years)	Condiciones transmisibles y nutricionales	1075	4.92	1962	4.26	3037	4.48
	Condiciones maternas	1	0.00	1367	2.97	1368	2.02
	Enfermedades no transmisibles	14245	65.26	33848	73.57	48093	70.89
	Lesiones	3513	16.09	1887	4.10	5400	7.96
	Condiciones mal clasificadas	2994	13.72	6945	15.09	9939	14.65
	Total	21828	100.00	46009	100.00	67837	100.00
Older age (60 years and more)	Condiciones transmisibles y nutricionales	844	2.90	1232	3.26	2076	3.11
	Condiciones maternas	0	0.00	5	0.01	5	0.01
	Enfermedades no transmisibles	23232	79.96	31092	82.33	54324	81.30
	Lesiones	1881	6.47	1564	4.14	3445	5.16
	Condiciones mal clasificadas	3097	10.66	3872	10.25	6969	10.43
	Total	29054	100.00	37765	100.00	66819	100.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En el análisis de la morbilidad por curso de vida según sexo para el año 2024, se observa que tanto en hombres como en mujeres predominan las enfermedades no transmisibles, aunque con diferencias en su magnitud y causas asociadas. En los hombres, estas enfermedades representan el principal motivo de atención en todos los grupos de edad, alcanzando el 79.9% en la vejez y el 65.3% en la adultez, seguidas por las lesiones (16.1%), que tienen mayor peso en etapas jóvenes y adultas, especialmente entre los 18 y 28 años. Las condiciones transmisibles y nutricionales mantienen relevancia en la infancia temprana (28.9%) y disminuyen con la edad, mientras que las causas mal clasificadas representan un porcentaje estable que podría indicar subregistro o deficiencias diagnósticas.



En las mujeres, las enfermedades no transmisibles también lideran la morbilidad, con un peso aún mayor que en los hombres, especialmente en la adultez (73.6 %) y la vejez (82.3 %), evidenciando una mayor carga de enfermedades crónicas, metabólicas y cardiovasculares. Destacan además las condiciones maternas, que alcanzan porcentajes significativos en la adolescencia (6.9 %) y la juventud (16.7 %), reflejando la importancia del control prenatal, la atención del parto y la prevención de complicaciones obstétricas. Las lesiones tienen menor participación que en los hombres, aunque persisten como causa relevante en etapas tempranas. En conjunto, la morbilidad femenina está más asociada a enfermedades crónicas y maternas, mientras que la masculina se caracteriza por mayor exposición a lesiones y causas externas, evidenciando diferencias de género en los perfiles de salud que requieren estrategias diferenciadas de promoción y prevención.

3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales:

En 2024, las condiciones transmisibles y nutricionales muestran un comportamiento similar entre hombres y mujeres, con predominio de las infecciones respiratorias como principal causa de morbilidad (entre 55% y 65% del total del grupo). Las enfermedades infecciosas y parasitarias presentan una ligera disminución frente a 2023, más marcada en los hombres (-5.1 pp) que en las mujeres (-3.5 pp). Las deficiencias nutricionales mantienen una baja participación global, aunque son más frecuentes en mujeres (8.6%) que en hombres (5.1%). En conjunto, las infecciones respiratorias continúan siendo el componente más relevante dentro de este grupo, evidenciando un aumento respecto al año anterior.



Tabla 22. Condiciones transmisibles y nutricionales

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad		
		2024	Δ pp 2024-2023
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	30.26	-5.12
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	64.59	4.87
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	5.16	0.25

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Condiciones maternas y perinatales:

En 2024, las condiciones maternas y perinatales presentan un comportamiento diferenciado entre sexos. En los hombres, los casos corresponden exclusivamente a condiciones derivadas del periodo perinatal (100 %), mientras que en las mujeres predomina la morbilidad materna (92.6 %), con un leve incremento respecto al año anterior. En el total, las condiciones maternas representan el 79.6 % de este grupo, aunque con una disminución de 4.8 puntos porcentuales frente a 2023. Las afecciones perinatales ganan relevancia, aumentando su proporción tanto en mujeres como en el total. Esto evidencia una reducción de las complicaciones maternas y un ligero repunte de las patologías asociadas al periodo neonatal.

Tabla 23. Condiciones materno-perinatales

Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	79.58	-4.85
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	20.42	4.85

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Enfermedades no transmisibles:

En 2024, las enfermedades no transmisibles continúan concentrando la mayor carga de morbilidad en Cocorná, con predominio de las cardiovasculares, musculoesqueléticas y orales. En los hombres, las enfermedades cardiovasculares y las musculoesqueléticas son las más frecuentes, mientras que en las mujeres destacan las genitourinarias, endocrinas y neuropsiquiátricas. Se observa una ligera reducción en las neoplasias malignas y las condiciones neuropsiquiátricas, lo que podría reflejar mejoras en la detección y el control. Sin embargo, las enfermedades respiratorias, digestivas y de la piel presentan incrementos moderados. En conjunto, la tendencia evidencia un envejecimiento poblacional y estilos de vida que siguen impactando la salud crónica de los habitantes.

71

Tabla 24. Enfermedades no transmisibles

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)	4.52	-0.49
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.50	-0.11
	Diabetes mellitus (E10-E14)	5.01	-0.64
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4.24	0.43
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9.98	-0.90
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7.05	-0.39
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	17.93	-1.30
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4.99	0.02
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6.71	0.59
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9.68	-0.63
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5.33	0.71
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13.10	1.20
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.84	-0.13
	Condiciones orales (K00-K14)	9.13	1.63

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Lesiones:

Durante 2024, las lesiones en Cocorná se mantienen principalmente asociadas a traumatismos, envenenamientos y otras causas externas, que representan el 89,36% del total y muestran un leve incremento respecto al año anterior. Las lesiones no intencionales, como caídas y accidentes de tránsito, siguen siendo las más comunes con un 10,33%, evidenciando estabilidad en su comportamiento. Las lesiones intencionales presentan un ligero aumento (0,27%), lo que puede relacionarse con hechos de violencia o autolesiones. Por su parte, las de intencionalidad indeterminada disminuyen notablemente. En conjunto, el patrón sugiere que la accidentalidad continúa siendo el principal factor de morbilidad por lesiones en el municipio.

72

Tabla 25. Lesiones

Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	10.33	-0.06
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.27	0.11
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.05	-0.78
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	89.36	0.73

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.3 Morbilidad específica salud mental

En 2024, los trastornos mentales y del comportamiento representan la principal causa de morbilidad en todos los grupos etarios de Cocorná, con mayor predominio en la primera infancia (96,77%) y la adultez (64,11%). La ansiedad muestra incrementos notables en la adolescencia (28%) y la adultez (22,26%), reflejando un aumento de las problemáticas emocionales en etapas productivas y de transición. La depresión presenta leves disminuciones en la mayoría de los ciclos, aunque se mantiene como un diagnóstico relevante en juventud y vejez. La epilepsia conserva presencia en todos los grupos, destacándose en la infancia (11,22%) y la vejez (7,93%). No se registran casos de trastornos asociados al



consumo de sustancias psicoactivas en los grupos más jóvenes, lo que sugiere un posible subregistro o control efectivo en estas edades.

Tabla 26. Morbilidad en salud mental por cursos de vida (2015–2024)

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad		
		2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	96.77	20.58
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00
	Epilepsia	3.23	-20.58
	Depresión	0.00	0.00
	Ansiedad	0.00	0.00
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	78.57	6.24
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	-13.67
	Epilepsia	11.22	4.56
	Depresión	0.51	-1.16
	Ansiedad	9.69	4.03
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	60.00	8.03
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	-2.89
	Epilepsia	5.33	-9.89
	Depresión	6.67	-3.83
	Ansiedad	28.00	8.58
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	63.74	3.98
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1.58	-0.13
	Epilepsia	6.53	3.60



	Depresión	9.91	-8.38
	Ansiedad	18.24	0.93
Adulterez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	64.11	8.95
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1.73	-2.70
	Epilepsia	6.05	-5.62
	Depresión	5.85	-3.48
	Ansiedad	22.26	2.85
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	67.99	-3.39
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.28	-0.97
	Epilepsia	7.93	-1.82
	Depresión	6.52	2.74
	Ansiedad	17.28	3.44

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

74

3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

En 2024, Cocorná presenta una prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco inferiores al promedio departamental (60,7 frente a 88,2 por 100.000 habitantes), aunque su incidencia es ligeramente mayor (12,1 frente a 10,9), lo que indica un aumento reciente en nuevos casos. La tendencia ascendente sugiere la necesidad de fortalecer las acciones preventivas frente a factores de riesgo como hipertensión y diabetes. En cuanto al VIH, la tasa de incidencia (18,3 por 100.000 afiliados) es menor que la de Antioquia, mostrando un comportamiento descendente y posible control del evento. No se registran casos de leucemia aguda pediátrica en Cocorná durante el periodo analizado, reflejando estabilidad en estos diagnósticos de baja frecuencia.



Tabla 27. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos de alto costos

Evento	Antioquia	Cocorná	Comportamiento
			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	60.7	↗
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	12.1	↗
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39.0	18.3	↘
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	

75

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.5 Morbilidad de eventos precursores

Tabla 28. Morbilidad de eventos precursores

Evento	Antioquia	Cocorná	Comportamiento
			2024
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4.5	4.0	↘
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	14.7	9.7	↘

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Durante el periodo 2016-2023, Cocorná muestra un comportamiento epidemiológico variable con predominio de eventos transmisibles y de salud pública prioritaria. Se observa persistencia de notificaciones por agresiones de animales potencialmente transmisores de rabia y un aumento intermitente en intentos de suicidio e intoxicaciones por fármacos, reflejando desafíos en salud mental y control de accidentes. Las enfermedades como dengue, cáncer de mama y cuello uterino, y morbilidad materna extrema mantienen una tendencia fluctuante, lo que demanda continuidad en las acciones preventivas y de vigilancia. Eventos como malaria, leptospirosis y hepatitis presentan escasa o nula incidencia, evidenciando control sostenido. En general, el municipio conserva un perfil epidemiológico estable, aunque con alertas en salud mental, zoonosis y condiciones crónicas.

76

Tabla 29. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria

Evento	Antioquia	Cocorná	Comportamiento								
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
100 - ACCIDENTE OFIDICO	744	6	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	-	
110 - BAJO PESO AL NACER	0	0	↘	↗	↘	-	↘	↗	↘	↘	
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2168	2	-	-	↗	↗	↘	↗	-	-	
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	2516	5	↗	↘	↗	↗	-	↘	↘	↗	
210 - DENGUE	5241	2	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	
217 - CHIKUNGUNYA	5	0	-	↘	-	-	-	-	-	-	
220 - DENGUE GRAVE	81	0	↗	↘	-	-	-	-	-	-	
228 - EXPOSICIÓN A FLÚOR	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	19051	49	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
330 - HEPATITIS A (BROTE)	684	0	↘	-	-	-	-	-	↗	↘	
340 - HEPATITIS B	275	1	-	-	-	-	-	-	-	↗	
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	12	↗	-	↘	-	↗	↘	↗	↘	
356 - INTENTO DE SUICIDIO	6286	6	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	



357 - INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS	0	0	↗	↘	-	-	-	-	-	-
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	819	0	-	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	4284	5	↗	-	↗	↗	↘	↗	-	↘
380 - INTOXICACIÓN POR METANOL	28	0	-	↗	↘	-	-	-	-	-
390 - INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	12	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	1	-	-	-	↗	-	↘	↗	-
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1031	1	↘	↗	↗	↘	↗	-	↘	-
430 - LEISHMANIASIS MUCOSA	14	0	-	-	-	-	↗	↘	-	-
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	199	1	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	-
455 - LEPTOSPIROSIS	40	0	↗	-	↘	-	-	↗	↘	-
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	55	0	-	↗	↘	-	-	-	-	-
457 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE	14	0	-	-	-	-	-	-	-	-
458 - LESIONES POR POLVORA	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
459 - CANCER INFANTIL	153	1	-	↗	↘	↗	↘	-	↗	-
460 - MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	145	0	-	-	-	-	-	-	-	-
470 - MALARIA FALCIPARUM	1743	0	-	-	↗	↘	-	-	-	-
490 - MALARIA VIVAX	14867	0	-	-	↗	↘	-	↗	↘	-
495 - MALARIA COMPLICADA	299	1	-	-	-	-	-	-	-	↗
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCO	58	1	-	-	-	-	-	-	-	↗
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	72	0	-	-	-	-	-	-	-	-
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	3780	5	↘	-	↘	-	↗	↗	↗	↘
550 - MORTALIDAD MATERNA	37	0	-	-	-	-	-	-	-	-
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	800	2	↘	↗	↘	↘	-	-	-	↗
600 - MORTALIDAD POR IRA	21	0	-	-	↘	-	-	-	-	-
620 - PAROTIDITIS	744	0	↗	-	↗	↘	↘	-	-	-
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	1446	7	-	↘	-	↘	↗	↘	↗	↗
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	156	0	-	↗	-	↘	↗	↗	↘	-
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	1237	1	-	↗	-	↘	-	↗	↘	↘
760 - TÉTANOS ACCIDENTAL	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-



800 - TOSFERINA	6	0	-	-	-	-	-	-	-	-
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	625	2	-	↗	↗	↘	-	↗	↘	↗
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	3312	3	↘	↘	↗	-	-	↗	↘	↗
831 - VARICELA INDIVIDUAL	2895	1	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	2976	1	-	↗	-	-	↘	-	↗	↘
875 - VCM, VIF, VSX	24602	13	↘	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗
895 - ZIKA	5	0	-	↘	-	-	-	-	-	-

Fuente: SIVIGILA

78

3.2.7 Morbilidad población migrante

El régimen de afiliación en población migrante atendida en 2024 muestra que en Cocorná predomina la afiliación al régimen subsidiado, con un 67.4% de los casos, lo cual refleja la alta dependencia del sistema público de salud. El régimen contributivo representa solo el 14.1%, indicando una baja vinculación laboral formal entre la población migrante. Un 6.2% no está afiliado a ningún régimen, lo que evidencia brechas en aseguramiento y acceso a servicios. Además, se observa un 4.7% de migrantes en condición de desplazamiento sin aseguramiento, lo que aumenta su vulnerabilidad. En comparación con Antioquia, Cocorná concentra apenas el 0.2% del total de migrantes atendidos, lo que sugiere una menor presión migratoria sobre su sistema local de salud.

Tabla 30. Atenciones en salud de la población migrante

Régimen de afiliación	Antioquia	%	Municipio	%	Concentración
Contributivo	45302	29.0	48	14.1	0.1%
Subsidiado	45083	28.9	229	67.4	0.5%
No afiliada	16177	10.4	21	6.2	0.1%
Particular	29906	19.2	10	2.9	0.0%
Otro	17207	11.0	11	3.2	0.1%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	569	0.4	5	1.5	0.9%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	348	0.2		0.0	0.0%
En desplazamiento no asegurado	1518	1.0	16	4.7	1.1%
Sin dato	0	0.0		0.0	#iDIV/0!
Total de migrantes atendidos	156110	100	340	100	0.2%

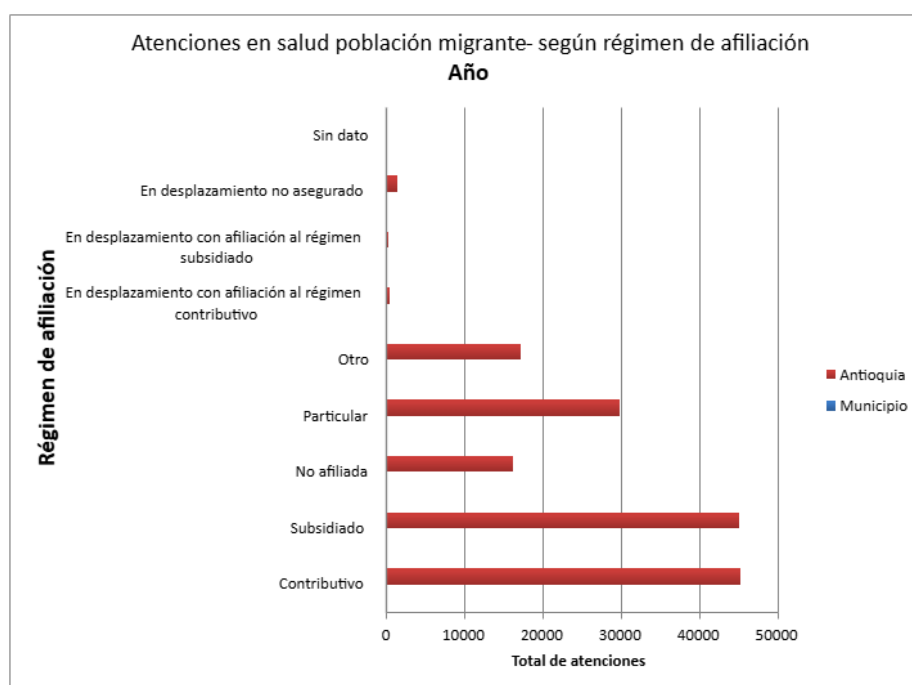
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Adicionalmente, la mayoría de atenciones en salud a población migrante se concentran en el régimen subsidiado, seguido del contributivo, lo que evidencia la dependencia de los migrantes hacia el sistema público. En Cocorná, las atenciones son significativamente menores en todos los regímenes en comparación con el promedio departamental. Los regímenes particular y no afiliado presentan una participación reducida, indicando baja capacidad de pago y posibles barreras de acceso. Los casos de migrantes en desplazamiento o sin aseguramiento son mínimos, pero reflejan vulnerabilidad social. En conjunto, la distribución confirma que la cobertura del régimen subsidiado es el principal soporte para la atención migrante en el municipio.

79

Figura 25. Afiliación en salud de la población migrante



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.8 Conclusiones de morbilidad

Los trastornos mentales y del comportamiento continúan posicionándose como una de las principales causas de morbilidad en todos los grupos etarios, especialmente en la infancia, adolescencia y adultez. Indicando una creciente demanda de atención en salud mental, relacionada con factores sociales, familiares y económicos.



Las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica en fase avanzada, mantienen una carga importante de morbilidad en la población adulta y mayor. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción de estilos de vida saludables, diagnóstico temprano y adherencia al tratamiento, para reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Aunque las enfermedades infecciosas muestran una tendencia a la disminución en comparación con años anteriores, continúan siendo un reto en poblaciones rurales y con limitaciones en acceso a servicios de salud. La reducción observada puede atribuirse al fortalecimiento de los programas de vacunación, la mejora en las condiciones de saneamiento básico y el fortalecimiento de la atención primaria en salud.

80

En los menores de cinco años, persiste la presencia de afecciones como las respiratorias y neurológicas, especialmente la epilepsia, que sigue siendo una causa relevante de morbilidad. Este patrón refleja la necesidad de mantener una vigilancia activa en la primera infancia, garantizando una atención oportuna, un control adecuado de los factores de riesgo y el acceso a servicios especializados.

Al analizar las diferencias por sexo, se observa que las mujeres presentan una mayor prevalencia de morbilidad asociada a trastornos emocionales, depresión y ansiedad, mientras que en los hombres predominan las lesiones y causas externas. Estas diferencias sugieren la importancia de implementar intervenciones en salud pública con enfoque de género y ciclo vital, que respondan a las particularidades de cada grupo y promuevan la equidad en el acceso a los servicios.

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

La cartografía social permitió identificar, de manera participativa, las principales problemáticas que afectan la salud de la población, organizadas en cuatro componentes de análisis: cultural, ambiental, político y económico. Este ejercicio se orientó mediante siete preguntas guía que abordaron los problemas existentes, factores determinantes, riesgos, actores involucrados, sus aportes y las posibles estrategias de mejora.

En el componente cultural, se reconoció la influencia de factores como el ruido, las creencias religiosas y ancestrales, el consumo de bebidas alcohólicas, el uso de hierbas tradicionales, los malos hábitos y la falta de educación. Estas condiciones inciden en el aumento de ansiedad, estrés, depresión, conflictos sociales y familiares, así como en la transmisión de enfermedades. La



comunidad, identificada como principal actor, manifestó su compromiso en los procesos de cambio, destacándose la necesidad de fortalecer la educación y las acciones de sensibilización comunitaria.

En el componente ambiental, se evidenciaron problemáticas relacionadas con los accidentes rábicos por falta de tenencia responsable de mascotas, las enfermedades diarreicas agudas por deficiente manipulación de alimentos y agua, y la proliferación del dengue por aguas estancadas y mala disposición de residuos. Estos factores implican riesgos de brotes epidémicos y muertes prevenibles. La comunidad es el actor principal en este proceso, con responsabilidades directas en la vacunación y cuidado de mascotas, la higiene alimentaria y la adecuada disposición de basuras. Como propuestas se destacan la educación ambiental, campañas informativas a través de medios locales y la aplicación de sanciones a quienes incumplan la tenencia responsable.

81

En el componente político, se identificaron dificultades en la coordinación interinstitucional, problemas en los procesos de autorización de servicios de salud, la necesidad de recurrir a tutelas para acceder a derechos básicos y la falta de comunicación entre instituciones. Estas falencias generan desarticulación y desconfianza en la población. Se plantea como respuesta la gestión estratégica desde cada área institucional, la construcción de alianzas interinstitucionales, la mejora de los canales de comunicación y la promoción de una participación ciudadana más activa y responsable.

Finalmente, en el componente económico, se resaltaron problemáticas vinculadas al turismo (proxenetismo, consumo de sustancias psicoactivas e infecciones de transmisión sexual), la falta de educación, las limitaciones económicas y de transporte que dificultan el acceso a los servicios de salud, así como la pobreza y el desempleo. Estas condiciones aumentan los riesgos de ITS, enfermedades crónicas y desnutrición. Se identificaron como actores clave la comunidad, las instituciones educativas, las iglesias y los entes gubernamentales. Entre las propuestas se subraya la necesidad de modificar los determinantes sociales de la salud mediante programas de educación, promoción y prevención, articulados interinstitucionalmente en todo el territorio.



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

El análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales permite comprender de manera integral cómo las condiciones estructurales de inequidad, pobreza y exclusión inciden en la salud y el bienestar colectivo. Este apartado no se orienta a la evaluación de las instituciones en sí mismas, sino a la comprensión del entramado social, económico, cultural y político que condiciona las capacidades del territorio para garantizar una vida digna, saludable y con oportunidades equitativas.

82

En este proceso participaron representantes de diversos sectores e instituciones: la Comisaría de Familia, los Equipos Básicos de Salud, el programa de Vacunación PAI, la Secretaría de Educación, la Secretaría de Salud, la ESE Hospital, la Enfermera del componente comunitario y la Técnica en Atención en Salud (TAS). A través de mesas de trabajo, análisis participativos y revisión de la información local, se generó una lectura compartida de la realidad territorial y se identificaron los núcleos de inequidad sociosanitaria que expresan las principales tensiones del desarrollo humano y social.

El presente análisis parte del reconocimiento de que las desigualdades en salud no son el resultado de decisiones individuales, sino de un sistema estructural que reproduce condiciones de pobreza multidimensional, exclusión social y desigual distribución de los recursos. Así, las respuestas de los actores se interpretan como manifestaciones de resistencia, adaptación o acción frente a esas inequidades históricas.

Contexto estructural de las inequidades sociales y su relación con la salud

El territorio analizado presenta un conjunto de condiciones que reflejan las múltiples dimensiones de la pobreza y la desigualdad. Factores como el desempleo, la informalidad laboral, las barreras de acceso a la educación superior, la precariedad de la vivienda, las deficiencias en saneamiento básico y la limitada cobertura de servicios públicos conforman un escenario donde la salud se ve afectada por determinantes que van más allá del sistema sanitario.

La pobreza multidimensional, entendida como la privación simultánea de ingresos, educación, servicios básicos, vivienda adecuada y oportunidades de desarrollo, constituye el eje central de la inequidad. Estas carencias generan un círculo vicioso donde la enfermedad se convierte tanto en consecuencia como en causa de la pobreza. Las familias con menores recursos enfrentan mayores riesgos de enfermar, menos posibilidades de prevenir o tratar las enfermedades, y un impacto económico más severo ante cualquier evento de salud.



En este contexto, la salud no puede analizarse como un resultado aislado, sino como la síntesis de un conjunto de procesos estructurales. Los patrones de inequidad se expresan en la distribución del poder, los recursos y las oportunidades, lo que se traduce en diferencias sistemáticas y evitables en el estado de salud de distintos grupos poblacionales. La falta de oportunidades laborales dignas, el bajo acceso a la educación técnica y profesional, la desigualdad de género y la débil movilidad social son determinantes que condicionan de manera profunda la posibilidad de ejercer plenamente el derecho a la salud.

El modelo de desarrollo local, centrado en dinámicas económicas inestables, con escasa diversificación productiva y una débil economía rural, limita las alternativas de generación de ingresos. Esto repercute directamente en el acceso a una alimentación adecuada, a servicios de transporte y a condiciones de vivienda saludable. Así, los problemas de salud observados —enfermedades transmitidas por vectores, desnutrición, consumo de alcohol, embarazos no planeados, entre otros— son síntomas visibles de un sistema social desigual que restringe la capacidad de los individuos y las comunidades para decidir sobre su bienestar.

Frente a este panorama, las respuestas de los actores sociales e institucionales deben entenderse como intentos de adaptación ante un sistema que impone restricciones estructurales. Las comunidades, las familias y las instituciones locales no operan desde la ausencia de voluntad o gestión, sino dentro de un marco de limitaciones materiales y simbólicas que determinan lo que es posible hacer.

Los Equipos Básicos de Salud, el programa PAI, la Secretaría de Educación y los demás participantes han desempeñado roles fundamentales al intentar mitigar los efectos de la inequidad mediante acciones educativas, preventivas y de atención. Sin embargo, el alcance de estas acciones se ve condicionado por la magnitud de los determinantes estructurales: la pobreza, la falta de transporte rural, la precariedad en la vivienda, las brechas digitales y las condiciones de aislamiento geográfico que dificultan la continuidad de los procesos de salud comunitaria.

De igual manera, las respuestas comunitarias expresan una importante capacidad de resiliencia. En contextos de carencia, las redes familiares, los grupos vecinales y las organizaciones de base suplen, en la medida de lo posible, la ausencia de servicios o la debilidad institucional. Las prácticas culturales, las formas de ayuda mutua y los espacios de socialización se convierten en mecanismos de soporte social y emocional que, aunque no reemplazan las políticas públicas, muestran la fortaleza de los lazos comunitarios.

Sin embargo, muchas de estas respuestas se desarrollan desde la informalidad y la sobrevivencia, reproduciendo en algunos casos patrones de inequidad. Por ejemplo, la persistencia del consumo de alcohol en espacios públicos, la falta de planificación familiar o el manejo inadecuado de residuos no son únicamente



comportamientos individuales, sino reflejos de contextos donde la educación sanitaria, las oportunidades recreativas y los recursos comunitarios son limitados.

En síntesis, las respuestas observadas —institucionales y sociales— revelan una tensión permanente entre el esfuerzo local por garantizar condiciones mínimas de bienestar y la fuerza estructural de un sistema que mantiene las desigualdades. Los actores no fallan por omisión, sino porque actúan dentro de un marco social y económico que no ofrece las condiciones para superar de raíz las causas de la inequidad.

A partir del trabajo participativo con los distintos actores se identificaron los núcleos de inequidad sociosanitaria, entendidos como concentraciones de factores que reflejan y reproducen desigualdades. Estos núcleos no surgen de manera aislada, sino como consecuencia de las condiciones históricas y estructurales que limitan el desarrollo humano. Su análisis permite reconocer que los problemas de salud son, en realidad, expresiones visibles de procesos más amplios de exclusión social.

El **núcleo cultural**, por ejemplo, evidencia cómo las creencias religiosas o tradicionales pueden restringir la búsqueda de atención médica, la vacunación o la planificación familiar. Este fenómeno no responde a una falta de conocimiento, sino a la ausencia de diálogo intercultural y de procesos educativos sostenidos que reconozcan las identidades locales. El sistema cultural dominante ha invisibilizado las formas propias de comprender la salud, generando desconfianza hacia las instituciones.

El **núcleo ambiental**, refleja el impacto directo de la desigualdad en las condiciones materiales de vida. La inadecuada disposición de basuras, la presencia de aguas estancadas y el manejo deficiente de alimentos no son simples problemas de conducta, sino consecuencias de la falta de infraestructura, educación ambiental y gestión pública efectiva. Estas condiciones perpetúan ciclos de enfermedad, especialmente en comunidades de bajos ingresos donde el entorno inmediato se convierte en un factor de riesgo constante.

En el **núcleo político**, la inequidad se manifiesta en la falta de articulación interinstitucional, la débil participación ciudadana y la escasa capacidad de incidencia de las comunidades sobre las decisiones que afectan su vida. Las desigualdades de poder limitan la construcción de políticas públicas inclusivas y participativas, lo que reproduce la distancia entre el Estado y la ciudadanía.

Finalmente, los **núcleos económicos** expresan de forma contundente la raíz de la inequidad: la falta de empleo digno, la precariedad laboral, el turismo asociado a la explotación sexual y el limitado acceso a servicios por bajos ingresos son componentes de una economía local desigual que afecta directamente la salud física, mental y social. La pobreza no solo restringe el acceso material a bienes



y servicios, sino también la posibilidad de elegir, participar y construir proyectos de vida saludables.

Hacia un modelo de salud que responda a las causas estructurales de la inequidad

El análisis de las respuestas de los diferentes actores permite concluir que las problemáticas de salud no pueden resolverse exclusivamente desde el sistema sanitario. Los núcleos de inequidad sociosanitaria evidencian la necesidad de avanzar hacia un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, que parta del reconocimiento de los determinantes sociales y promueva la acción intersectorial.

85

Este modelo debe entender la salud como un derecho y no como un servicio, articulando las políticas públicas de educación, ambiente, empleo, cultura y desarrollo comunitario con los procesos de atención primaria en salud. La clave está en fortalecer las capacidades locales, promover la autonomía comunitaria y garantizar la redistribución equitativa de los recursos y oportunidades.

La prevención implica anticiparse a los riesgos sociales que generan enfermedad; la predicción, utilizar la información territorial y social para identificar patrones de vulnerabilidad; y la resolución, brindar respuestas integrales que transformen las causas estructurales y no solo los síntomas. Esto supone transitar de un modelo asistencialista a uno basado en la justicia social, la equidad y la sostenibilidad.

En conclusión, las respuestas de los actores locales, lejos de ser insuficientes, representan esfuerzos valiosos en medio de un sistema estructuralmente desigual. Sin embargo, el desafío no radica únicamente en fortalecer programas o servicios, sino en transformar las condiciones que originan las inequidades: la pobreza, la exclusión, la falta de oportunidades y la desigual distribución del poder. Solo mediante una acción colectiva, intersectorial y con enfoque territorial será posible avanzar hacia un desarrollo humano integral y una salud verdaderamente equitativa para todas las personas.

Tabla 31 Actores (Respuesta cartografía social)

Componente	Problemas y Factores Afectantes (1,2,3)	Riesgos Identificados (4)	Actores Involucrados (5)	Contribución de Actores (6)	Propuestas de Mejora (7)
Cultural	Ruido, creencias ancestrales y religiosas, consumo de alcohol, uso de hierbas tradicionales, malos hábitos, falta de educación.	Ansiedad, estrés, depresión, conflictos sociales y familiares, transmisión de enfermedades.	Comunidad en general.	Compromiso ciudadano.	Fortalecer la educación y la sensibilización comunitaria.



Ambiental	Accidentes rábicos por falta de tenencia responsable de mascotas; EDA por manejo inadecuado de alimentos y agua; dengue por aguas estancadas y mala disposición de basuras.	Incremento de accidentes rábicos y riesgo de rabia; aumento de EDA y deshidratación; epidemias de dengue.	Comunidad en general.	Vacunación oportuna, uso de bozal y trailla, higiene alimentaria, disposición adecuada de basuras.	Educación y sensibilización en instituciones y medios locales; comparendos por tenencia irresponsable de mascotas.
Político	Falta de coordinación institucional; dificultades para acceder a servicios de salud (autorizaciones y tutelas); ausencia de articulación interinstitucional; falta de asunción de responsabilidades.	Rupturas en la gobernanza institucional y pérdida de confianza en las instituciones.	Comunidad, agentes y entidades institucionales.	Gestión estratégica desde cada área o nivel de influencia.	Fortalecer alianzas interinstitucionales, comunicación y participación responsable.
Económico	Turismo (proxenetismo, consumo de SPA, ITS); falta de educación; escasez de transporte y recursos para acceder a servicios de salud; mitos culturales; pobreza y desempleo.	Epidemias de ITS, aumento de enfermedades crónicas y problemas nutricionales.	Comunidad, instituciones educativas, iglesias, entes gubernamentales.	Implementar programas educativos y articulación institucional.	Coordinación intersectorial para programas de formación y promoción de la salud.

Fuente: Dirección Local de Salud



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

El proceso de priorización de las problemáticas y núcleos de inequidad sociosanitaria se desarrolló mediante la metodología Hanlon, una herramienta ampliamente utilizada en salud pública para determinar de manera objetiva y participativa cuáles problemas requieren mayor atención e intervención. Esta metodología permite valorar cuantitativa y cualitativamente la magnitud, trascendencia, pertinencia social, factibilidad y viabilidad de las problemáticas identificadas en un territorio, de modo que las decisiones sobre la planificación en salud respondan a criterios técnicos, sociales y comunitarios.

87

En el desarrollo de este ejercicio participaron diversos actores institucionales y comunitarios, entre ellos la Comisaría de Familia, los Equipos Básicos de Salud, representantes del programa de Vacunación PAI, la Secretaría de Educación, la Secretaría de Salud Municipal, la ESE Hospital, la Enfermera comunitaria y la Técnica de Atención en Salud (TAS). La inclusión de estos actores permitió garantizar una mirada integral y multisectorial de las condiciones de salud y de los determinantes sociales que influyen en el bienestar de la población.

El proceso inició con la identificación de los problemas y necesidades sociosanitarias a partir del análisis situacional, la revisión de indicadores de morbilidad y mortalidad, las causas de consulta y los eventos priorizados por el sistema de vigilancia en salud pública. Posteriormente, mediante talleres participativos y sesiones de diálogo, se agruparon las problemáticas por núcleos de inequidad (cultural, ambiental, político y económico), considerando sus interrelaciones y efectos sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

Una vez definidos los núcleos, se aplicó la metodología Hanlon a través de una matriz de priorización. Para cada problemática, los actores participantes valoraron cinco criterios fundamentales:

1. **Magnitud:** se estimó el número de personas afectadas, la prevalencia o incidencia de los eventos en salud y la extensión del problema dentro de la población.
2. **Pertinencia social:** se analizó la percepción comunitaria del problema, el reconocimiento social de la situación como una necesidad en salud, la existencia de brechas de desigualdad y su inclusión en políticas públicas locales o nacionales.



3. **Trascendencia:** se evaluó el impacto del problema en la calidad de vida, la convivencia social, la productividad y el bienestar de la población, así como su potencial efecto en generaciones futuras.
4. **Factibilidad:** se determinó la posibilidad técnica, económica, institucional y social de intervenir con éxito sobre la problemática, considerando los recursos y capacidades locales disponibles.
5. **Viabilidad:** se revisó si el abordaje de la problemática hacía parte del plan de gobierno territorial o si existía interés por parte de los actores sociales y comunitarios en su tratamiento.

88

Cada criterio fue calificado de acuerdo con una escala de valoración predefinida, donde las categorías “muy alto”, “alto”, “medio” y “bajo” se asignaron con puntajes numéricos diferenciados, que posteriormente fueron sumados para obtener un puntaje total de priorización. De esta manera, los problemas con mayores puntajes se ubicaron en el nivel de intervención prioritaria.

El proceso fue acompañado por análisis deliberativos en los que se discutieron los resultados de la puntuación, garantizando la validez participativa del ejercicio y la coherencia entre los datos cuantitativos y la percepción cualitativa de los actores. Este diálogo permitió ajustar los resultados de la priorización a la realidad territorial, evitando que la interpretación técnica se desvinculara del contexto social y comunitario.

Finalmente, los resultados de la metodología Hanlon permitieron identificar los núcleos de inequidad sociosanitaria priorizados que constituyen el eje de acción del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo. Estos núcleos sintetizan las principales expresiones de desigualdad del territorio y orientan la planificación de estrategias intersectoriales, con enfoque en determinantes sociales y en la reducción de brechas en salud.



Tabla 32. Problemáticas con la puntuación: Magnitud, Severidad, Efectividad, Severidad y ordenadas de mayor a menor

Criterios Problemas	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Viabilidad del problema o necesidad en salud	Puntaje total priorización	Nivel de priorización
Aumento del consumo de bebidas alcohólicas en espacios comunitarios, influenciada por factores sociales, familiares y culturales, junto con la falta de alternativas recreativas, programas preventivos y control institucional, que favorecen conductas de riesgo, deterioran la convivencia y aumentan la violencia, las lesiones y las enfermedades asociadas, afectando el bienestar de la población, especialmente de los jóvenes.	5	5	4	4	4	22	Muy Alto
Condiciones geográficas, económicas y de movilidad, sumadas a la precariedad económica, la falta de transporte público adecuado y las grandes distancias en zonas rurales y veredas de Cocorná, limitan el acceso oportuno y continuo a servicios de salud, educación, agua potable y transporte, generando retrasos en controles, abandono de tratamientos y aumento de la mortalidad prevenible.	4	5	5	4	4	22	Muy Alto
Condiciones de vivienda inadecuadas, cambios climáticos y barreras administrativas y de acceso al sistema de salud, en un contexto de limitada capacidad de respuesta institucional, retrasan diagnósticos y tratamientos, incrementando la incidencia, las complicaciones y la mortalidad por infecciones respiratorias, con mayor impacto en población rural y de bajos recursos.	4	4	5	4	4	21	Muy Alto
Presencia de aguas estancadas, deficiente disposición de residuos sólidos, limitada cobertura de servicios públicos y escasa educación ambiental favorecen la proliferación de vectores, incrementando el riesgo de	4	4	4	5	4	21	Muy Alto



Criterios Problemas	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Viabilidad del problema o necesidad en salud	Puntaje total priorización	Nivel de priorización
dengue y otras enfermedades transmitidas por mosquitos, especialmente en poblaciones vulnerables.							
Uso de agua no tratada, manejo inadecuado de alimentos, deficiencias en saneamiento básico y prácticas de higiene inadecuadas, en un contexto de acceso limitado a agua potable y baja educación sanitaria, aumentan la incidencia de enfermedades diarreicas y parasitarias, afectando principalmente a niños, niñas y personas adultas mayores.	4	4	4	4	4	20	Muy Alto
Escasez de empleo formal, limitada oferta de formación técnica y profesional y condiciones de pobreza restringen el acceso a ingresos estables, alimentación adecuada, servicios de salud y educación, deteriorando la calidad de vida y aumentando el riesgo de desnutrición, afectaciones en salud mental y exclusión social, especialmente en jóvenes.	4	5	4	3	4	20	Muy Alto
Falta de educación comunitaria, control sanitario y acceso a servicios veterinarios públicos favorece la tenencia inadecuada y el abandono de animales, incrementando el riesgo de enfermedades zoonóticas, mordeduras y transmisión de rabia, y afectando la convivencia y la salud pública del territorio.	3	4	3	4	4	18	Alto
Aumento de las actividades comerciales, tránsito y eventos sociales con niveles elevados de ruido, en un contexto de limitada regulación y control ambiental, afectan el descanso, la salud mental y física, generan estrés, alteraciones auditivas y deterioran la convivencia ciudadana.	3	3	3	3	3	15	Medio

90



Criterios Problemas	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Viabilidad del problema o necesidad en salud	Puntaje total priorización	Nivel de priorización
Incremento de actividades turísticas sin planificación ni control suficiente, asociado a vulnerabilidad económica y social, incrementa los impactos ambientales, el deterioro de los recursos naturales y los riesgos de problemáticas sociales como consumo de sustancias psicoactivas, violencia e infecciones de transmisión sexual, afectando a la población local y visitante.	3	3	4	3	3	16	Medio
Prácticas culturales y creencias arraigadas, junto con barreras culturales y limitada apropiación de la medicina moderna, influyen negativamente en la búsqueda de atención en salud y en la participación en programas de vacunación, planificación familiar y prevención, aumentando enfermedades prevenibles y embarazos no planificados, especialmente en mujeres, niños y niñas.	3	3	4	3	3	16	Medio
Procesos administrativos complejos, trámites burocráticos excesivos, falta de información clara y barreras tecnológicas, sumados a la débil articulación institucional, dificultan el acceso oportuno a programas y beneficios del Estado, limitan la continuidad de acciones de promoción y prevención y afectan la confianza de la ciudadanía en las instituciones.	3	3	4	3	3	16	Medio

Fuente: Dirección Local de Salud



Tabla 33. Núcleo de inequidades con problemáticas priorizadas

I D	Núcleo de Inequidad socio-sanitaria	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	Respuesta Institucional		Respuesta organizaciones no gubernamentales		Identificación de posibles conflictos		
				Dependencia o institución	Respuesta actual o a desarrollar en el marco del PDT	Nombre de organización	Respuesta actual o a desarrollar	Actor	Posible beneficio o afectación negativa	Personas u organizaciones que permiten la resolución de los posibles conflictos
1	Aumento del consumo de bebidas alcohólicas en espacios comunitarios, influenciada por factores sociales, familiares y culturales, junto con la falta de alternativas recreativas, programas preventivos y control institucional, que favorecen conductas de riesgo, deterioran la convivencia y aumentan la violencia, las lesiones y las enfermedades asociadas, afectando el bienestar de la población, especialmente de los jóvenes.	Reducir el consumo de alcohol y sus efectos en la convivencia y salud pública Desarrollar estrategias intersectoriales para disminuir el consumo problemático de alcohol en espacios públicos y comunitarios, mediante campañas educativas, fortalecimiento del control local y promoción de alternativas de recreación saludable. Fomentar la participación de las juntas de acción comunal, instituciones educativas y sectores productivos en la construcción de entornos protectores que reduzcan los conflictos asociados al consumo. Estas acciones contribuyen a mejorar la convivencia, prevenir la violencia intrafamiliar y disminuir las enfermedades relacionadas con el abuso de alcohol.	Intersectorial	Secretaría de Salud Y Secretaría de Gobierno	Estrategias de prevención y atención en salud mental y adicciones	Policía Nacional	Control de expendio de alcohol y acompañamiento en campañas preventivas	Comerciantes y comunidad	Posibles beneficios: Disminución de la violencia intrafamiliar y comunitaria. Menor incidencia de accidentes y enfermedades asociadas al consumo de alcohol. Mejora del bienestar social y de la convivencia. Posibles afectaciones negativas: Rechazo por parte de sectores económicos dependientes de la venta de alcohol. Conflictos sociales si las restricciones no son concertadas con la comunidad.	Comité de convivencia y programas de prevención



2	Condiciones geográficas, económicas y de movilidad, sumadas a la precariedad económica, la falta de transporte público adecuado y las grandes distancias en zonas rurales y veredas de Cocorná, limitan el acceso oportuno y continuo a servicios de salud, educación, agua potable y transporte, generando retrasos en controles, abandono de tratamientos y aumento de la mortalidad prevenible.	Facilitar el acceso a servicios esenciales mediante subsidios y transporte rural Diseñar e implementar mecanismos de apoyo económico y logístico para garantizar el acceso de comunidades rurales y dispersas a servicios básicos de salud, educación y abastecimiento. Establecer rutas de transporte subsidiado y convenios interinstitucionales que reduzcan las barreras geográficas y económicas. Estas acciones permiten una mayor equidad territorial y aseguran la atención oportuna en salud, contribuyendo a la reducción de la mortalidad prevenible.	Intersectorial	Secretaría de Movilidad y Salud	Implementación brigadas de salud en zonas rurales de alta dispersión.	Juntas de Acción Comunal	Coordinación de transporte solidario en zonas rurales	Población rural	Facilitar el acceso a servicios esenciales mediante subsidios y transporte rural Posibles beneficios: Incremento de la asistencia a controles médicos y educativos. Disminución de la mortalidad y morbilidad prevenible en zonas rurales. Equidad territorial en el acceso a servicios básicos. Posibles afectaciones negativas: Dependencia prolongada de subsidios sin desarrollo de soluciones sostenibles. Dificultades logísticas o financieras para mantener el transporte subsidiado.	Alcaldía y líderes comunitarios
3	Condiciones de vivienda inadecuadas, cambios climáticos y barreras administrativas y de acceso al sistema de salud, en un contexto de limitada capacidad de respuesta institucional, retrasan diagnósticos y tratamientos, incrementando la incidencia, las complicaciones y la mortalidad por infecciones respiratorias, con mayor impacto en población rural y de bajos recursos.	Garantizar la oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud Optimizar los procesos administrativos y logísticos que afectan la atención oportuna en salud, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso. Implementar estrategias como brigadas móviles, telemedicina y fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia. Estas acciones contribuyen a reducir las demoras en autorizaciones, mejorar la atención integral y garantizar el derecho a la salud de poblaciones históricamente excluidas.	Intersectorial	ESE Hospital San Juan de Dios de Cocorná - Secretaría de Salud	Implementación de ruta de atención oportuna y prioritaria	EPS	Apoyo en descentralización de trámites y atención al usuario	Usuarios del sistema de salud	Posibles beneficios: Atención oportuna y reducción de complicaciones médicas. Disminución de la mortalidad evitable. Mayor confianza de la comunidad en el sistema de salud. Posibles afectaciones negativas: Sobrecarga de la red hospitalaria si no se ajustan los recursos humanos y técnicos. Incremento temporal en los costos de transporte o logística sanitaria.	Superintendencia de Salud y Personería Asociación de Usuarios



4	Presencia de aguas estancadas, deficiente disposición de residuos sólidos, limitada cobertura de servicios públicos y escasa educación ambiental favorecen la proliferación de vectores, incrementando el riesgo de dengue y otras enfermedades transmitidas por mosquitos, especialmente en poblaciones vulnerables.	Prevenir brotes de dengue y enfermedades transmitidas por vectores Implementar campañas sostenidas de eliminación de criaderos, recolección adecuada de residuos y educación ambiental, en articulación con los programas de ETV (Enfermedades Transmitidas por Vectores). Fomentar la participación comunitaria a través de jornadas de limpieza y control en espacios domésticos y públicos. Asimismo, fortalecer la capacidad de respuesta institucional mediante vigilancia entomológica y monitoreo de casos, para reducir la morbilidad y prevenir emergencias sanitarias.	Intersectorial	Secretaría de Planeación y Salud - ESE Hospital San Juan de Dios	Campañas de recolección y educación ambiental	Empresas de aseo y reciclaje	Apoyo en jornadas de limpieza y disposición adecuada de residuos	Comunidad rural y urbana	Posibles beneficios: Disminución de casos de dengue, zika y chikunguña. Mayor participación comunitaria en la gestión ambiental. Reducción de gastos en atención médica por enfermedades prevenibles. Posibles afectaciones negativas: Dificultad para el mantenimiento continuo de las acciones de control. Riesgo de apatía comunitaria si las jornadas no son constantes.	COVE y líderes veredales
5	Uso de agua no tratada, manejo inadecuado de alimentos, deficiencias en saneamiento básico y prácticas de higiene inadecuadas, en un contexto de acceso limitado a agua potable y baja educación sanitaria, aumentan la incidencia de enfermedades diarreicas y parasitarias, afectando principalmente a niños, niñas y personas adultas mayores.	Disminuir las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) mediante educación sanitaria Fortalecer los procesos de educación y vigilancia sanitaria en torno al manejo higiénico de los alimentos, la potabilización del agua y el saneamiento básico. Promover la participación comunitaria en la identificación y solución de riesgos asociados al consumo de agua contaminada. Estas acciones deben acompañarse de la articulación con las empresas de servicios públicos y el sector educativo para reducir la incidencia de EDA y mejorar la calidad de vida de la población, especialmente de niños y niñas.	Intersectorial	Secretaría de Salud - ESE Hospital San Juan de Dios - TAS - Secretaría de educación. Empresas públicas	Capacitaciones en manipulación de alimentos y saneamiento básico	Instituciones educativas	Incorporación de contenidos de higiene en programas escolares	Manipuladores de alimentos	Posibles beneficios: Reducción significativa de EDA en población infantil. Mejora de la calidad del agua y las prácticas de higiene alimentaria. Fortalecimiento de la educación sanitaria en hogares y escuelas. Posibles afectaciones negativas: Baja sostenibilidad si no se garantiza seguimiento institucional. Posible desinterés comunitario ante la falta de infraestructura básica.	Centros educativos y comités de salud



6	Escasez de empleo formal, limitada oferta de formación técnica y profesional y condiciones de pobreza restringen el acceso a ingresos estables, alimentación adecuada, servicios de salud y educación, deteriorando la calidad de vida y aumentando el riesgo de desnutrición, afectaciones en salud mental y exclusión social, especialmente en jóvenes.	Generar estrategias de empleo digno y formación para el trabajo Desarrollar programas de capacitación técnica y emprendimiento dirigidos a población en situación de pobreza o desempleo, priorizando jóvenes y mujeres cabeza de hogar. Fomentar alianzas con el sector privado y entidades educativas para promover el empleo formal y sostenible. Estas estrategias buscan mejorar los ingresos familiares, reducir la vulnerabilidad social y contribuir al bienestar integral, impactando positivamente los determinantes económicos de la salud.	Intersectorial	Secretaría de Desarrollo Económico	Programas de emprendimiento y capacitación	SENA y ONG locales	Formación técnica y orientación ocupacional	Población desempleada	Generar estrategias de empleo digno y formación para el trabajo Posibles beneficios: Reducción de la pobreza y mejora en la calidad de vida. Mayor estabilidad económica y bienestar psicosocial. Disminución de la informalidad laboral y fortalecimiento del desarrollo local. Posibles afectaciones negativas: Baja sostenibilidad si no hay acompañamiento o a los emprendimientos. Riesgo de frustración o abandono de programas si no se generan resultados rápidos.	Comité de empleo local y entes de apoyo social
7	Falta de educación comunitaria, control sanitario y acceso a servicios veterinarios públicos favorece la tenencia inadecuada y el abandono de animales, incrementando el riesgo de enfermedades zoonóticas, mordeduras y transmisión de rabia, y afectando la convivencia y la salud pública del territorio.	Fomentar la tenencia responsable mediante educación y control sanitario Desarrollar programas comunitarios de educación sobre tenencia responsable de mascotas, vacunación antirrábica, desparasitación y control reproductivo. Implementar jornadas interinstitucionales que integren salud pública, bienestar animal y gestión ambiental, promoviendo la convivencia segura entre personas y animales. Con estas acciones se busca reducir el riesgo de enfermedades zoonóticas y mejorar las condiciones de salubridad en los hogares y espacios públicos.	Intersectorial	Secretaría de Salud Y Secretaría de Gobierno Inspección	Campañas de vacunación y esterilización canina y felina	Protectoras de animales	Difusión y apoyo logístico en jornadas de salud animal	Propietarios de mascotas	Posibles beneficios: Reducción de enfermedades zoonóticas y mordeduras. Mayor bienestar animal y convivencia segura. Fortalecimiento de la corresponsabilidad ciudadana. Posibles afectaciones negativas: Posible resistencia a las campañas de esterilización o control animal. Costos adicionales para las familias en servicios veterinarios.	Inspección de Policía y comunidad educativa



8	Aumento de las actividades comerciales, tránsito y eventos sociales con niveles elevados de ruido, en un contexto de limitada regulación y control ambiental, afectan el descanso, la salud mental y física, generan estrés, alteraciones auditivas y deterioran la convivencia ciudadana.	Fortalecer la regulación y control de actividades ruidosas Impulsar la implementación y vigilancia de normativas que regulen la contaminación sonora generada por eventos sociales, establecimientos comerciales y actividades recreativas. Promover la educación ciudadana sobre los efectos del ruido en la salud mental y auditiva, y fomentar la convivencia pacífica en los espacios comunitarios. Asimismo, fortalecer la coordinación entre autoridades ambientales, de salud y de seguridad para garantizar el cumplimiento de las normas y prevenir afectaciones al bienestar colectivo.	Intersectorial	Secretaría de Salud Y Secretaría de Gobierno Inspección	Aplicación de normatividad ambiental y de convivencia	Juntas de Acción Comunal	Participación en el control social y mediación comunitaria	Organizadores de eventos	Posibles beneficios: Mejora del descanso, la salud mental y la convivencia vecinal. Disminución de trastornos auditivos y estrés. Posibles afectaciones negativas: Inconformidad en sectores comerciales o culturales afectados por las restricciones. Dificultad para la implementación del control por limitaciones institucionales.	Secretaría de Gobierno y comunidad organizada
9	Incremento de actividades turísticas sin planificación ni control suficiente, asociado a vulnerabilidad económica y social, incrementa los impactos ambientales, el deterioro de los recursos naturales y los riesgos de problemáticas sociales como consumo de sustancias psicoactivas, violencia e infecciones de transmisión sexual, afectando a la población local y visitante.	Promover un turismo responsable y saludable Fomentar prácticas turísticas sostenibles que respeten los derechos humanos y promuevan la salud pública, mediante campañas de sensibilización y control de actividades de riesgo como el proxenetismo y el consumo de sustancias psicoactivas. Impulsar la articulación entre autoridades locales, el sector hotelero y la fuerza pública para garantizar entornos turísticos seguros. Estas acciones buscan prevenir la explotación sexual, reducir las infecciones de transmisión sexual y fortalecer la imagen saludable del territorio.	Intersectorial	Secretaría de educación / turismo y Salud	Vigilancia y control	Policía de Turismo y Salud Pública	Apoyo logístico y control de establecimientos	Turistas y empresarios	Promover un turismo responsable y saludable Posibles beneficios: Reducción de la explotación sexual y el consumo de SPA. Promoción de la salud y la seguridad en entornos turísticos. Posicionamiento del territorio como destino sostenible. Posibles afectaciones negativas: Resistencia del sector turístico informal ante la regulación. Pérdida de ingresos a corto plazo si se restringen actividades lucrativas ilegales.	Turismo y autoridades locales



10	Prácticas culturales y creencias arraigadas, junto con barreras culturales y limitada apropiación de la medicina moderna, influyen negativamente en la búsqueda de atención en salud y en la participación en programas de vacunación, planificación familiar y prevención, aumentando enfermedad s prevenibles y embarazos no planificados, especialmente en mujeres, niños y niñas.	Fortalecer la articulación entre líderes comunitarios, instituciones religiosas y el sector salud para fomentar prácticas culturales que favorezcan la salud colectiva. Implementar procesos de educación y sensibilización sobre la importancia de la vacunación, la planificación familiar y la atención médica oportuna, respetando las creencias, pero garantizando el derecho a la salud. Estas acciones buscan reducir las barreras culturales y promover la confianza de la comunidad en los servicios de salud, impulsando la participación activa de la población en programas de prevención y promoción.	Intersectorial	Secretaría de Salud	Campañas de sensibilización y educación en salud con enfoque intercultural	Iglesia - Juntas de Acción Comunal	Apoyo en campañas de educación y sensibilización comunitaria	Comunidad	Posibles beneficios: Mayor aceptación comunitaria de los programas de salud. Incremento en las coberturas de vacunación y planificación familiar. Reducción de enfermedades prevenibles y embarazos no deseados. Posibles afectaciones negativas: Resistencia inicial por parte de grupos religiosos tradicionales. Riesgo de tensiones comunitarias si no se maneja con enfoque intercultural.	Líderes religiosos y comunitarios
11	Procesos administrativos complejos, trámites burocráticos excesivos, falta de información clara y barreras tecnológicas, sumados a la débil articulación institucional, dificultan el acceso oportuno a programas y beneficios del Estado, limitan la continuidad de acciones de promoción y prevención y afectan la confianza de la ciudadanía en las instituciones.	Fortalecer las alianzas y mesas de trabajo intersectoriales Consolidar espacios de coordinación entre el sector salud, educación, ambiente, bienestar social y actores comunitarios, con el fin de diseñar e implementar estrategias integrales que aborden los determinantes sociales de la salud. Promover mesas técnicas territoriales que faciliten la toma de decisiones conjuntas, la planificación participativa y la gestión eficiente de recursos. Este fortalecimiento intersectorial busca mejorar la cobertura y efectividad de los programas de salud pública, evitando duplicidades y vacíos institucionales.	Intersectorial	Entidades territoriales del municipio	Creación de mesa de articulación institucional	Organizaciones sociales	Participación en espacios de planeación local	Instituciones públicas	Posibles beneficios: Mejor articulación institucional y aprovechamiento de recursos. Incremento de la cobertura y eficacia en programas de salud pública. Fortalecimiento de la gobernanza local. Posibles afectaciones negativas: Posible duplicidad de funciones o conflictos de liderazgo entre entidades. Lentitud en la toma de decisiones por exceso de burocracia.	Consejo Territorial de Salud

Fuente: Dirección Local de Salud



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

La siguiente tabla consolida la articulación entre los núcleos de inequidad socio sanitaria priorizados en el Capítulo V y las acciones estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (PDSP). En ella se relacionan las transformaciones esperadas o actividades sectoriales, su carácter sectorial o intersectorial, el eje estratégico del PDSP al que se vinculan, los objetivos y resultados esperados para el logro de metas en salud pública y los pilares del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo. Este ejercicio busca orientar la gestión territorial hacia la reducción de brechas sociales y sanitarias, promoviendo la articulación entre actores institucionales y comunitarios. La tabla constituye una herramienta técnica para la planificación, seguimiento y evaluación de acciones que fortalezcan la equidad, la participación y la sostenibilidad del sistema de salud desde un enfoque integral y territorial.

98



Tabla 34. Propuestas por eje estratégico del PDSP según tabla de núcleo de inequidades

ID	NÚCLEO DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA (SEGÚN PRIORIZACIÓN DEL CAPITULO V)	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD SECTORIAL	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PILARES DEL MODELOS DE SALUD PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN
1	Aumento del consumo de bebidas alcohólicas en espacios comunitarios, influenciada por factores sociales, familiares y culturales, junto con la falta de alternativas recreativas, programas preventivos y control institucional, que favorecen conductas de riesgo, deterioran la convivencia y aumentan la violencia, las lesiones y las enfermedades asociadas, afectando el bienestar de la población, especialmente de los jóvenes.	Reducir el consumo de alcohol y sus efectos en la convivencia y salud pública Desarrollar estrategias intersectoriales para disminuir el consumo problemático de alcohol en espacios públicos y comunitarios, mediante campañas educativas, fortalecimiento del control local y promoción de alternativas de recreación saludable. Fomentar la participación de las juntas de acción comunal, instituciones educativas y sectores productivos en la construcción de entornos protectores que reduzcan los conflictos asociados al consumo. Estas acciones contribuyen a mejorar la convivencia, prevenir la violencia intrafamiliar y disminuir las enfermedades relacionadas con el abuso de alcohol.	Intersectorial	Eje_1._Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Pública_	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización



2	Condiciones geográficas, económicas y de movilidad, sumadas a la precariedad económica, la falta de transporte público adecuado y las grandes distancias en zonas rurales y veredas de Cocorná, limitan el acceso oportuno y continuo a servicios de salud, educación, agua potable y transporte, generando retrasos en controles, abandono de tratamientos y aumento de la mortalidad prevenible.	Facilitar el acceso a servicios esenciales mediante subsidios y transporte rural Diseñar e implementar mecanismos de apoyo económico y logístico para garantizar el acceso de comunidades rurales y dispersas a servicios básicos de salud, educación y abastecimiento. Establecer rutas de transporte subsidiado y convenios interinstitucionales que reduzcan las barreras geográficas y económicas. Estas acciones permiten una mayor equidad territorial y aseguran la atención oportuna en salud, contribuyendo a la reducción de la mortalidad prevenible.	Intersectorial	Eje_3_Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
3	Condiciones de vivienda inadecuadas, cambios climáticos y barreras administrativas y de acceso al sistema de salud, en un contexto de limitada capacidad de respuesta institucional, retrasan diagnósticos y tratamientos, incrementando la incidencia, las complicaciones y la mortalidad por infecciones respiratorias, con mayor impacto en población rural y de bajos recursos.	Garantizar la oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud Optimizar los procesos administrativos y logísticos que afectan la atención oportuna en salud, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso. Implementar estrategias como brigadas móviles, telemedicina y fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia. Estas acciones contribuyen a reducir las demoras en autorizaciones, mejorar la atención integral y garantizar el derecho a la salud de poblaciones históricamente excluidas.	Intersectorial	Eje_3_Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización



4	Presencia de aguas estancadas, deficiente disposición de residuos sólidos, limitada cobertura de servicios públicos y escasa educación ambiental favorecen la proliferación de vectores, incrementando el riesgo de dengue y otras enfermedades transmitidas por mosquitos, especialmente en poblaciones vulnerables.	Prevenir brotes de dengue y enfermedades transmitidas por vectores Implementar campañas sostenidas de eliminación de criaderos, recolección adecuada de residuos y educación ambiental, en articulación con los programas de ETV (Enfermedades Transmitidas por Vectores). Fomentar la participación comunitaria a través de jornadas de limpieza y control en espacios domésticos y públicos. Asimismo, fortalecer la capacidad de respuesta institucional mediante vigilancia entomológica y monitoreo de casos, para reducir la morbilidad y prevenir emergencias sanitarias.	Intersectorial	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
5	Uso de agua no tratada, manejo inadecuado de alimentos, deficiencias en saneamiento básico y prácticas de higiene inadecuadas, en un contexto de acceso limitado a agua potable y baja educación sanitaria, aumentan la incidencia de enfermedades diarreicas y parasitarias, afectando principalmente a niños, niñas y personas adultas mayores.	Disminuir las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) mediante educación sanitaria Fortalecer los procesos de educación y vigilancia sanitaria en torno al manejo higiénico de los alimentos, la potabilización del agua y el saneamiento básico. Promover la participación comunitaria en la identificación y solución de riesgos asociados al consumo de agua contaminada. Estas acciones deben acompañarse de la articulación con las empresas de servicios públicos y el sector educativo para reducir la incidencia de EDA y mejorar la calidad de vida de la población, especialmente de niños y niñas.	Intersectorial	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización



6	Escasez de empleo formal, limitada oferta de formación técnica y profesional y condiciones de pobreza restringen el acceso a ingresos estables, alimentación adecuada, servicios de salud y educación, deteriorando la calidad de vida y aumentando el riesgo de desnutrición, afectaciones en salud mental y exclusión social, especialmente en jóvenes.	Generar estrategias de empleo digno y formación para el trabajo Desarrollar programas de capacitación técnica y emprendimiento dirigidos a población en situación de pobreza o desempleo, priorizando jóvenes y mujeres cabeza de hogar. Fomentar alianzas con el sector privado y entidades educativas para promover el empleo formal y sostenible. Estas estrategias buscan mejorar los ingresos familiares, reducir la vulnerabilidad social y contribuir al bienestar integral, impactando positivamente los determinantes económicos de la salud.	Intersectorial	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
7	Falta de educación comunitaria, control sanitario y acceso a servicios veterinarios públicos favorece la tenencia inadecuada y el abandono de animales, incrementando el riesgo de enfermedades zoonóticas, mordeduras y transmisión de rabia, y afectando la convivencia y la salud pública del territorio.	Fomentar la tenencia responsable mediante educación y control sanitario Desarrollar programas comunitarios de educación sobre tenencia responsable de mascotas, vacunación antirrábica, desparasitación y control reproductivo. Implementar jornadas interinstitucionales que integren salud pública, bienestar animal y gestión ambiental, promoviendo la convivencia segura entre personas y animales. Con estas acciones se busca reducir el riesgo de enfermedades zoonóticas y mejorar las condiciones de salubridad en los hogares y espacios públicos.	Intersectorial	Eje_1._Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
8	Aumento de las actividades comerciales, tránsito y eventos sociales con niveles elevados de ruido, en un contexto de limitada regulación y control ambiental, afectan el descanso, la salud mental y física, generan estrés, alteraciones auditivas y deterioran la convivencia ciudadana.	Fortalecer la regulación y control de actividades ruidosas Impulsar la implementación y vigilancia de normativas que regulen la contaminación sonora generada por eventos sociales, establecimientos comerciales y actividades recreativas. Promover la educación ciudadana sobre los efectos del ruido en la salud mental y auditiva, y fomentar la	Intersectorial	Eje_4._Atencion_Primeria_en_Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos	Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	ii) Redes Integrales e Integradas



		convivencia pacífica en los espacios comunitarios. Asimismo, fortalecer la coordinación entre autoridades ambientales, de salud y de seguridad para garantizar el cumplimiento de las normas y prevenir afectaciones al bienestar colectivo.			desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	
9	Incremento de actividades turísticas sin planificación ni control suficiente, asociado a vulnerabilidad económica y social, incrementa los impactos ambientales, el deterioro de los recursos naturales y los riesgos de problemáticas sociales como consumo de sustancias psicoactivas, violencia e infecciones de transmisión sexual, afectando a la población local y visitante.	Promover un turismo responsable y saludable Fomentar prácticas turísticas sostenibles que respeten los derechos humanos y promuevan la salud pública, mediante campañas de sensibilización y control de actividades de riesgo como el proxenetismo y el consumo de sustancias psicoactivas. Impulsar la articulación entre autoridades locales, el sector hotelero y la fuerza pública para garantizar entornos turísticos seguros. Estas acciones buscan prevenir la explotación sexual, reducir las infecciones de transmisión sexual y fortalecer la imagen saludable del territorio.	Intersectorial	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.
						i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización



10	Prácticas culturales y creencias arraigadas, junto con barreras culturales y limitada apropiación de la medicina moderna, influyen negativamente en la búsqueda de atención en salud y en la participación en programas de vacunación, planificación familiar y prevención, aumentando enfermedades prevenibles y embarazos no planificados, especialmente en mujeres, niños y niñas.	Fortalecer la articulación entre líderes comunitarios, instituciones religiosas y el sector salud para fomentar prácticas culturales que favorezcan la salud colectiva. Implementar procesos de educación y sensibilización sobre la importancia de la vacunación, la planificación familiar y la atención médica oportuna, respetando las creencias, pero garantizando el derecho a la salud. Estas acciones buscan reducir las barreras culturales y promover la confianza de la comunidad en los servicios de salud, impulsando la participación activa de la población en programas de prevención y promoción.	Intersectorial	Eje_1._Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Pública_	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
11	Procesos administrativos complejos, trámites burocráticos excesivos, falta de información clara y barreras tecnológicas, sumados a la débil articulación institucional, dificultan el acceso oportuno a programas y beneficios del Estado, limitan la continuidad de acciones de promoción y prevención y afectan la confianza de la ciudadanía en las instituciones.	Fortalecer las alianzas y mesas de trabajo intersectoriales Consolidar espacios de coordinación entre el sector salud, educación, ambiente, bienestar social y actores comunitarios, con el fin de diseñar e implementar estrategias integrales que aborden los determinantes sociales de la salud. Promover mesas técnicas territoriales que faciliten la toma de decisiones conjuntas, la planificación participativa y la gestión eficiente de recursos. Este fortalecimiento intersectorial busca mejorar la cobertura y efectividad de los programas de salud pública, evitando duplicidades y vacíos institucionales.	Intersectorial	Eje_1._Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Pública_	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización

Fuente: Dirección Local de Salud

Anexos.

Carpeta comprimida

1. Cartografía Social: fotos, bitácora
2. Infografía



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



SC4887-1

