



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARTICIPATIVO DEL MUNICIPIO DE LIBORINA - ANTIOQUIA

NANCY AMPARO AVENDAÑO MORENO
ALCALDESA MUNICIPAL
2024-2027

JOSÉ LUIS ESCUDERO URREGO
SECRETARIO DE DESPACHO
SECRETARÍA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL, EDUCACIÓN, CULTURA,
RECREACIÓN Y DEPORTES

DIANA MARCELA HERNÁNDEZ RESTREPO
ADMINISTRADORA EN SALUD
TECNÓLOGA EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN
CONTRATISTA ASIS

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE LIBORINA - ANTIOQUIA
2025



Tabla de contenido

Introducción	10
Metodología	11
Agradecimientos	12
Siglas	13
Capítulo I: Configuración Del Territorio	14
1.1 Contexto Territorial	14
1.1.1 Localización	14
1.1.2 Relaciones de la Sociedad y el Ambiente en el Territorio	15
1.1.3 Accesibilidad Geográfica	18
1.2 Contexto Poblacional y Demográfico	20
1.2.1 Estructura Demográfica	23
1.2.2 Dinámica Demográfica	26
1.2.3 Movilidad Forzada	27
1.2.4 Población LGBTIQ+	27
1.2.5 Dinámica Migratoria	28
1.2.6 Población Campesina	28
1.3 Contexto Institucional de Protección Social y Sectorial en Salud	29
1.3.1 Servicios Habilitados IPS	29
1.3.2 Capacidad Instalada	31
1.3.3 Otros Indicadores de Sistema Sanitario	31
1.3.4 Caracterización EAPB	32
1.4 Gobierno y Gobernanza en el Sector Salud	34
1.4.1 Políticas Públicas Municipales	34
1.4.2 Agenda Antioquia 2040	36
1.5 Reconocimiento del Territorio Desde la Cartografía Social	39
1.6 Conclusiones del Capítulo	40
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	42
2.1 Procesos Económicos y Condiciones de Trabajo del Territorio	42
2.1.1 Ocupación/Empleo	42
2.1.2 Economía	44
2.2 Condiciones de Vida del Territorio	44
2.2.1 Condiciones de Vida	44



2.2.2 Seguridad Alimentaria.....	45
2.2.3 Cobertura de Educación	45
2.2.4 Coberturas de Vacunación PAI	46
2.2.5 Pobreza (NBI o IPM)	46
2.3 Dinámicas de Convivencia en el Territorio.....	48
2.3.1 Factores Psicológicos y Culturales	48
2.4 Análisis de la Población en Condición de Discapacidad	48
2.4.1 Pirámide de la Población en Condición de Discapacidad	48
2.4.2 Distribución de las Alteraciones Permanentes	49
2.5 Condiciones Sociales, Económicas y de la Vida Desde la Cartografía Social	49
2.5.1 Condiciones Sociales	50
2.5.2 Condiciones Económicas	50
2.5.3 Condiciones de la Vida y el Entorno	50
2.5.4 Implicaciones para la salud y el bienestar	51
2.5.5 Recomendaciones orientadas desde la comunidad	51
2.6 Conclusiones del Capítulo	51
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	52
3.1 Análisis de la Mortalidad	52
3.1.1 Mortalidad General por Grandes Causas:	52
3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo.....	57
3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	67
3.1.4 Mortalidad Relacionada con Salud Mental	75
3.1.5 Conclusiones de mortalidad.....	77
3.2 Análisis de la Morbilidad.....	77
3.2.1 Principales Causas de Morbilidad	77
3.2.2 Morbilidad Específica por Subgrupo	81
3.2.3 Morbilidad Específica Salud Mental.....	86
3.2.4 Morbilidad de Eventos de Alto Costo	88
3.2.5 Morbilidad de Eventos Precursores.	89
3.2.6 Morbilidad de Eventos de Notificación Obligatoria.....	90
3.2.7 Morbilidad Población Migrante.	92
3.2.8 Conclusiones de morbilidad.....	93



3.3 Análisis de la Cartografía Social en la Priorización de los Efectos de Salud	94
3.3.1 Priorización de los Efectos de Salud	94
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.	98
4.1 Mapeo de Actores	98
4.1.1 Respuestas de la Comunidad	98
4.1.2. Respuestas del Sector Salud	98
4.1.3. Respuestas del Sector Educación	98
4.1.4. Respuestas del Sector Social y Comunitario	99
4.1.5. Respuestas del Sector Ambiental y de Servicios Públicos	99
4.1.6. Respuestas del Sector Productivo y Agrícola	99
Capítulo V: Priorización de los Problemas y Necesidades Sociales de la Salud en el Territorio.....	100
5.1. Priorización de los Problemas y Necesidades Sociales de la Salud en el Territorio.....	100
5.2. Núcleo de inequidades	100
5.2.1. Inequidades en Condiciones de Vida y Bienestar.	100
5.2.2. Inequidades en el Acceso a Servicios de Salud y Protección Social.	101
5.2.3. Inequidades Económicas y Laborales.	101
5.2.4. Inequidades Ambientales.....	101
5.2.5. Inequidades Socioculturales y de Convivencia.	101
5.2.6. Inequidades Institucionales.	101
Capítulo 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..	105
6.1. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS).....	105
6.2. Acción Intersectorial y Determinantes Sociales	105
6.3. Salud y Protección del Ambiente	105
6.4. Seguridad Alimentaria y Desarrollo Rural.....	105
6.5. Salud Mental Comunitaria	106
6.6. Vigilancia en Salud Pública y Gestión de Brotes.....	106
6.7. Fortalecimiento de la Gobernanza y la Presencia Institucional	106



Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución por extensión territorial y área de residencia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025.....	14
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en KM. municipio de Liborina - Antioquia a municipio de Medellín - Antioquia, 2025.....	18
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros hasta cabecera de Liborina, 2025	19
Tabla 4. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en KM. Municipio de Liborina – Antioquia hacia los municipios vecinos	20
Tabla 5. Población Total. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025.....	21
Tabla 6. Densidad poblacional. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025	21
Tabla 7. Población por área de residencia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025	21
Tabla 8. Grado de urbanización. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025.....	22
Tabla 9. Número de viviendas. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025.....	22
Tabla 10. Número de hogares. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025.....	22
Tabla 11. Población por pertenencia étnica Municipio de Liborina – Antioquia, 2025	23
Tabla 12. Otros indicadores de estructura demográfica. Municipio de Liborina – Antioquia, 2020-2025-2030	24
Tabla 13. Proporción de la población por ciclo vital. Municipio de Liborina - Antioquia, 2025.....	25
Tabla 14. Tasas específicas de fecundidad 10 a 14, 15 a 19, 10 a 19. Municipio de Liborina, 2014-2024.....	27
Tabla 15. Servicios habilitados IPS. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024	31
Tabla 16. Capacidad Instalada. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024	31
Tabla 17. Otros indicadores de sistema sanitario. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024	32
Tabla 18. Caracterización EAPB. Municipio de Liborina – Antioquia.....	32
Tabla 19. Preguntas orientadoras. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025.....	40
Tabla 20. Tasa de desempleo estimada. Municipio de Liborina – Antioquia, 2021	44
Tabla 21. Condiciones de vida. Municipio de Liborina – Antioquia, 2023	45
Tabla 22. Seguridad alimentaria (Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer). Municipio de Liborina – Antioquia, 2005-2024	45
Tabla 23. Cobertura de educación. Municipio de Liborina – Antioquia,2005-2022.....	46
Tabla 24. Coberturas de Vacunación PAI. Municipio de Liborina – Antioquia,2005-2022.....	46
Tabla 25. Pobreza (NBI o IPM) Total. Municipio de Liborina – Antioquia, 2018.....	47
Tabla 26. Pobreza (NBI o IPM) Cabecera. Municipio de Liborina – Antioquia, 2018.....	47
Tabla 27. Pobreza (NBI o IPM) Resto. Municipio de Liborina – Antioquia, 2018	47
Tabla 28. Factores psicológicos y culturales. Municipio de Liborina – Antioquia, 2023	48
Tabla 29. Distribución de las alteraciones permanentes. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025	49
Tabla 30. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024	67
Tabla 31. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en niños de 1 a 4 años. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024	68
Tabla 32. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024	69
Tabla 33. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024	69
Tabla 34. Morbilidad ciclo vital general. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024.....	78



Tabla 35. Morbilidad ciclo vital hombres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024	79
Tabla 36. Morbilidad ciclo vital mujeres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024	81
Tabla 37. Morbilidad específica por subgrupo total. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024.....	82
Tabla 38. Morbilidad específica por subgrupo hombres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024.....	84
Tabla 39. Morbilidad específica por subgrupo mujeres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024.....	85
Tabla 40. Morbilidad específica salud mental total. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024.....	86
Tabla 41. Morbilidad específica salud mental hombres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024	87
Tabla 42. Morbilidad específica salud mental mujeres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024.....	88
Tabla 43. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos. Municipio de Liborina – Antioquia, 2017 - 2024	89
Tabla 44. Morbilidad de eventos precursores. Municipio de Liborina – Antioquia, 2017 - 2024.....	90
Tabla 45. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria. Municipio de Liborina – Antioquia, 2016 - 2023	91
Tabla 46. Letalidades. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2023.....	92
Tabla 47. Atenciones en salud de la población migrante. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025	92
Tabla 48. priorización de los efectos de salud. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025.....	97
Tabla 49. Priorización de los Problemas y Necesidades Sociales de la Salud en el Territorio. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025	100
Tabla 50. Núcleo de inequidades con problemáticas priorizadas. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025.....	102
Tabla 51. Propuestas por eje estratégico del PDSP según tabla del núcleo de inequidades. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025	107



Lista de Figuras

Figura 1. Pirámide poblacional. Municipio de Liborina – Antioquia, 2020-2025-2030	23
Figura 2. Población por sexo y grupo de edad. Municipio de Liborina - Antioquia, 2025	25
Figura 3. Tendencia grupo edad. Municipio de Liborina - Antioquia, 2025.....	26
Figura 4. Tasa de crecimiento natural, tasa bruta de natalidad y tasa bruta de mortalidad. Municipio de Liborina, 2014-2024.....	26
Figura 5. Pirámide población víctima. Municipio de Liborina, 2024.....	27
Figura 6. Pirámide Población Migrante. Municipio de Liborina - Antioquia, 2025.....	28
Figura 7. ¿Cómo nos reconocemos hoy? Municipio de Liborina – Antioquia.....	36
Figura 8. ¿Cómo queremos reconocernos en el 2040? Municipio de Liborina – Antioquia	36
Figura 9. ¿Cómo Nos Sentimos? Municipio de Liborina – Antioquia	37
Figura 10. Prioridades de Inversión. Municipio de Liborina – Antioquia	37
Figura 11. Demandas Sociales. Municipio de Liborina – Antioquia	38
Figura 12. Acciones Estratégicas. Municipio de Liborina – Antioquia	38
Figura 13. Pirámide poblacional de distribución de discapacidad. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025.....	49
Figura 14. Tasas ajustadas total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	52
Figura 15. Tasas ajustadas hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	53
Figura 16. Tasas ajustadas mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	53
Figura 17. AVPP total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	54
Figura 18. AVPP hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	55
Figura 19. AVPP mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	55
Figura 20. Tasas ajustadas de AVPP Total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	56
Figura 21. Tasas ajustadas de AVPP hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	56
Figura 22. Tasas ajustadas de AVPP Mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	57
Figura 23. Transmisibles total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	58
Figura 24. Transmisibles hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	58
Figura 25. Transmisibles mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	59
Figura 26. Neoplasias total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	59
Figura 27. Neoplasias hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	60
Figura 28. Neoplasias mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	60
Figura 29. Sistema circulatorio total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	61
Figura 30. Sistema circulatorio hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	61
Figura 31. Sistema circulatorio mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	62
Figura 32. Periodo perinatal total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	62
Figura 33. Periodo perinatal hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	63
Figura 34. Periodo perinatal mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	63
Figura 35. Causas externas total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	64
Figura 36. Causas externas hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	64
Figura 37. Causas externas mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024	65
Figura 38. Las demás enfermedades total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	65
Figura 39. Las demás enfermedades hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	66
Figura 40. Las demás enfermedades mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024.....	66



Figura 41. Mortalidad materna. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024.....	70
Figura 42. Mortalidad neonatal. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024.....	70
Figura 43. Mortalidad infantil. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024.....	71
Figura 44. Mortalidad <5 años. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024.....	71
Figura 45. Mortalidad EDA. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024.....	72
Figura 46. Mortalidad IRA. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024.....	72
Figura 47. Mortalidad Desnutrición. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024.....	73
Figura 48. Mortalidad Materna por Etnia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2009 - 2024.....	73
Figura 49. Mortalidad Neonatal por Etnia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2009 - 2024.....	74
Figura 50. Mortalidad Materna por área de residencia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024.....	74
Figura 51. Mortalidad Neonatal por área de residencia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024.....	75
Figura 52. Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024.....	75
Figura 53. Mortalidad por epilepsia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024.....	76
Figura 54. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024.....	76
Figura 55. Progresión de la enfermedad renal crónica. Municipio de Liborina – Antioquia, 2024.....	89
Figura 56. Afiliación en salud de la población migrante. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025.....	93



Lista de Mapas

Mapa 1. División Política y Administrativa y Límites. Municipio de Liborina – Antioquia.....	15
Mapa 2. Altitud y Relieve. Municipio de Liborina – Antioquia.....	16
Mapa 3. Hidrografía. Municipio de Liborina – Antioquia	17
Mapa 4. Zona de Riesgo de Liborina. Municipio de Liborina – Antioquia.....	18
Mapa 5. Sistema Vial. Municipio de Liborina – Antioquia.	19



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.

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.



Metodología

Para la elaboración del **documento ASIS del municipio de Liborina - Antioquia**, 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 MSPS. 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 fue posible gracias al compromiso, la colaboración y el acompañamiento permanente de diversas instituciones y actores que aportaron su conocimiento, experiencia y dedicación para consolidar un documento riguroso y orientado a la gestión efectiva del riesgo en salud.

Expresamos un especial agradecimiento a la Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia, por su orientación técnica, la disposición para el suministro de información y el apoyo institucional brindado a lo largo del proceso. Su liderazgo y compromiso con el fortalecimiento de las capacidades territoriales fueron fundamentales para avanzar en el análisis integral de la situación de salud del municipio.

Nuestro reconocimiento también a la ESE Hospital San Lorenzo, por su valioso aporte en la entrega de datos, la actualización de información clínica y epidemiológica, y la disponibilidad de su equipo asistencial y administrativo, cuya dedicación permitió enriquecer el diagnóstico situacional con una mirada cercana al comportamiento real de los eventos de salud en la comunidad.

A la señora alcaldesa, por su respaldo institucional, su visión orientada al bienestar de la población y su compromiso con la planeación participativa y basada en evidencia, que hacen posible avanzar hacia un modelo de salud centrado en las personas, las familias y los territorios.

De igual manera, extendemos nuestro reconocimiento a los funcionarios de la Secretaría de Salud, Bienestar Social, Educación, Cultura, Recreación y Deportes, quienes con profesionalismo, responsabilidad y entrega aportaron tiempo, insumos, conocimientos técnicos y acompañamiento directo en la recolección, sistematización y validación de la información. Su labor fue esencial para garantizar la calidad, pertinencia y coherencia del ASIS.

A todas las instituciones, equipos y personas que hicieron parte de este ejercicio, nuestro más profundo agradecimiento por sus valiosos aportes, compromiso y trabajo articulado, que permiten avanzar hacia la mejora continua de las condiciones de salud y la consolidación de estrategias integrales para el bienestar de toda la población.



Siglas

ASIS:	Análisis de la situación de salud
AVPP:	Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC:	Cuenta de Alto Costo
CIE10:	Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dpto:	Departamento
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
EDA:	Enfermedad Diarreica Aguda
ESI:	Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI:	Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC:	Enfermedad Renal Crónica
ETA:	Enfermedades de Transmisión por Alimentos
ETS:	Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV:	Enfermedades Transmitidas por Vectores
HTA:	Hipertensión Arterial
IC95%:	Intervalo de Confianza al 95%
IRA:	Infección Respiratoria Aguda
IRAG:	Infección Respiratoria Aguda Grave
LI:	Límite Inferior
LS:	Limite Superior
MEF:	Mujeres en Edad Fértil
Mpio:	Municipio
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
NBI:	Necesidades Básicas Insatisfechas
Nº:	Número
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de Salud
RIPS:	Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP:	Riesgo Atribuible Poblacional
PIB:	Producto Interno Bruto
SISBEN:	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO:	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA:	Sistema de Vigilancia en Salud Publica
TB:	Tuberculosis
TGF:	Tasa Global de Fecundidad



Capítulo I: Configuración Del Territorio

1.1 Contexto Territorial

Las tierras que hoy componen este municipio estuvieron habitadas al momento de la conquista por comunidades Nutabes y Tahamíes, que se defendieron furiosamente de los invasores españoles.

Tras la llegada de los ibéricos y la derrota de los indígenas, no sucedió allí nada de mayor importancia histórica. Se sabe que por 1541, Jorge Robledo pasó con sus demás conquistadores por la comarca, pero siguieron de paso.

Las tierras de Liborina fueron capituladas a don Francisco López de Rue en el año de 1582, posteriormente éste las vendió a Francisco Arce y este último las vendió a un capitán español de nombre Juan García de Ordaz y Mancilla, dueño también de los territorios de Sacaójal (Olaya), quien en el año 1628 recibió otra adjudicación de tierras dadas por el gobernador Juan Clemente de Chávez. Algunos de los parajes de esta circunscripción todavía llevan el nombre de Juan García.

Liborina se fundó el 7 de marzo de 1832, el 25 de septiembre del mismo año se realizaron los trámites para la creación de la parroquia y su escisión de Sacaójal. Fue erigido municipio en el año de 1833, cuando el entonces gobernador de Antioquia Juan de Dios Aranzazu, ordenó la creación del municipio en los terrenos del actual Liborina.

Don Vicente Londoño, uno de los fundadores del municipio, fue el primer alcalde y comisario, con sus propios recursos económicos contribuyó a la construcción de casas y la feria de mercado. El primer cura fue el presbítero Manuel Tirado Villa.

1.1.1 Localización

Liborina es un municipio de Colombia, localizado en la subregión Occidente del departamento de Antioquia. Limita por el norte con los municipios de Sabanalarga, San Andrés de Cuerquia y San José de la Montaña; por el este con los municipios de San José de la Montaña y Belmira, por el sur con el municipio de Santa Fe de Antioquia y Olaya, y por el oeste con el municipio de Buriticá. Su cabecera municipal se localiza en la zona sur del territorio.

Tiene una extensión de 217 kilómetros cuadrados. Se comunica por carretera con los municipios de Sabanalarga, San José de la Montaña, Belmira, Olaya y Buriticá.

Tabla 1. Distribución por extensión territorial y área de residencia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Municipio	Extensión Urbana		Extensión Rural		Extensión Total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Liborina - Antioquia	1.10	0.51	215.90	99.49	217.00	100.0

Fuente: Secretaría de Planeación

División Político-Administrativa.

Además de su Cabecera municipal. Liborina tiene bajo su jurisdicción los siguientes corregimientos (de acuerdo con la Gerencia departamental):

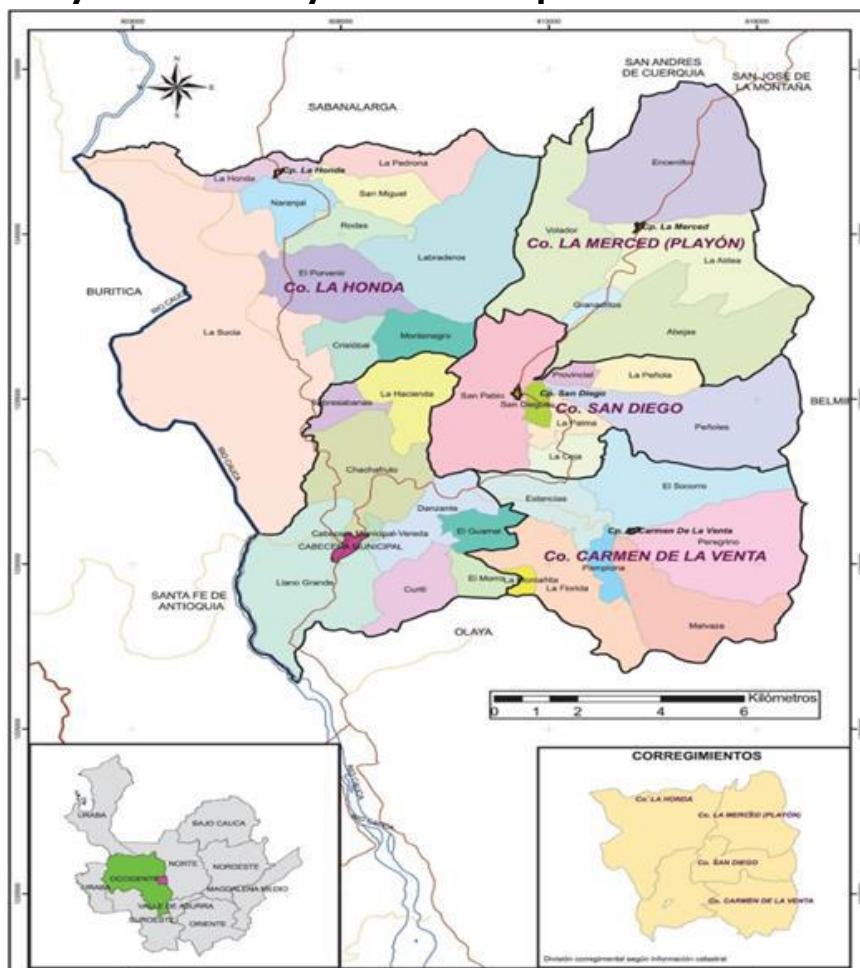
- El Carmen de la Venta
- La Honda
- La Merced del Playón
- San Diego

El municipio cuenta con 34 veredas que son las siguientes:



El Socorro, Estancias, La Florida, Malvazá, Pamplona, Peregrino, La Ceja, La Palma, La Peñola, Peñoles, Provincial, San Dieguito, San Pablo, Chachafruto, Curití, Danzante, El Guamal, El Morro, La Hacienda, La Montañita, Llano Grande, Sobrebasanas, Rodas, Cristóbal, Montenegro, Porvenir, San Miguel, Los Recuerdos, Barrio Nuevo, La Abisinia, Las Abejas, El Cardal, La Hondura y La Lanada.

Mapa 1. División Política y Administrativa y Límites. Municipio de Liborina – Antioquia



Fuente: Secretaría de Planeación

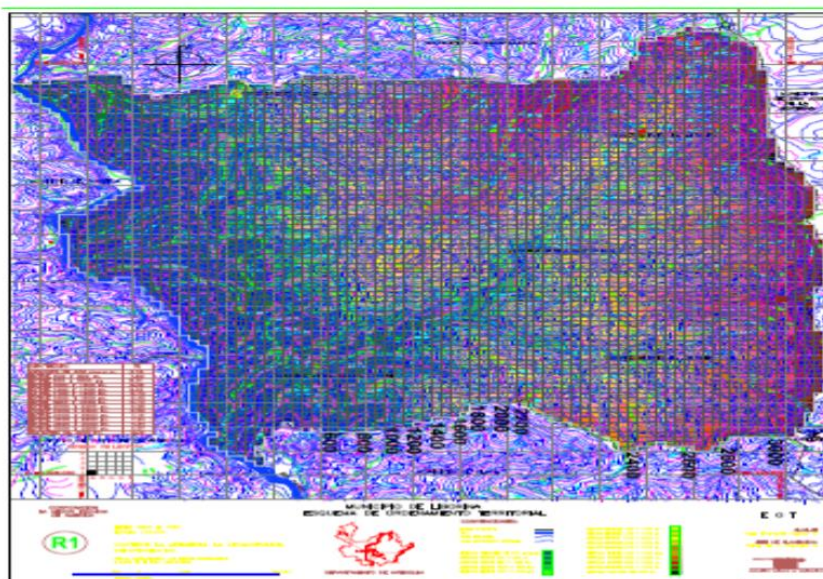
1.1.2 Relaciones de la Sociedad y el Ambiente en el Territorio

Altitud y Relieve.

Liborina, Antioquia, tiene una altitud de 700 metros sobre el nivel del mar en su cabecera, aunque el rango de altitud del municipio es amplio, desde los 364 m hasta los 3.255 m. Su relieve es montañoso, correspondiendo a las vertientes occidentales de la Cordillera Central de los Andes, con una topografía compleja marcada por valles y estribaciones que se extienden hacia el occidente y terminan cerca del río Cauca.



Mapa 2. Altitud y Relieve. Municipio de Liborina – Antioquia



Fuente: Secretaría de Planeación

Hidrografía.

La hidrografía de Liborina - Antioquia, está dominada por la quebrada Juan García, que recorre el municipio de noreste a suroeste. Esta quebrada principal está alimentada por numerosos afluentes, como las quebradas La Pava, El Volador, La Peñola, La Porquera y la Juan Barriga.

Principal cuerpo hídrico: La quebrada Juan García es la arteria hídrica más importante del municipio.

Afluentes: Otras quebradas importantes que alimentan la cuenca de la Juan García incluyen:

- La Pava
- El Volador
- La Peñola
- La Porquera
- La Juan Barriga

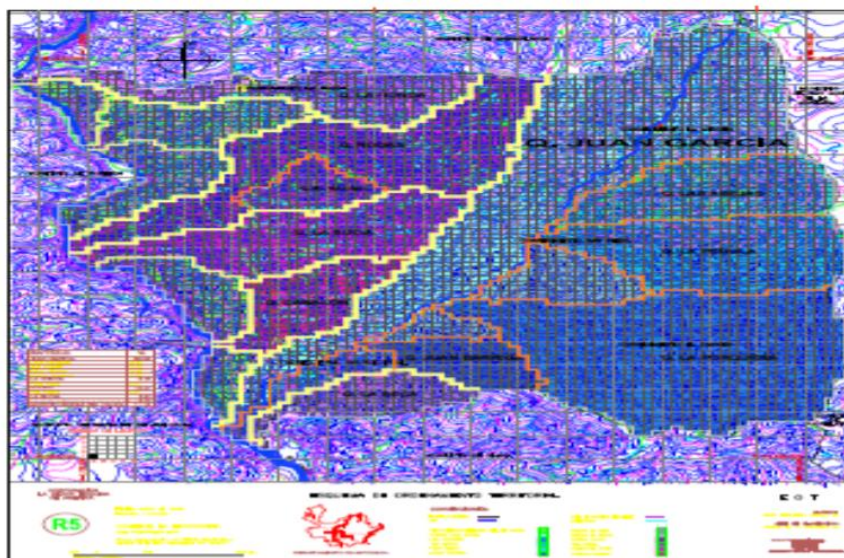
Afluentes adicionales: Se mencionan otras quebradas como La Porqué y La Venta, que también desembocan en el sistema y llegan hasta el municipio de Belmira.

Río que atraviesa la zona: Liborina está cerca del río Cauca, y la quebrada Juan García desemboca en él.

Parque natural: El páramo de Santa Inés, que abarca parte del occidente de Antioquia, también contribuye a la diversidad hídrica y de flora y fauna del municipio.



Mapa 3. Hidrografía. Municipio de Liborina – Antioquia



Fuente: Secretaría de Planeación

Zonas de Riesgo.

Las principales zonas de riesgo en Liborina - Antioquia, están relacionadas con la susceptibilidad a deslizamientos de tierra, especialmente en zonas con viviendas vulnerables o ubicadas en laderas, como lo demuestra un evento ocurrido en junio de 2021. Además, el municipio, al hacer parte de la subregión Occidente, podría estar expuesto a los riesgos generales que afectan a este sector del departamento, como las variaciones climáticas y fenómenos de remoción en masa.

Tipos de riesgo

Movimientos en masa (deslizamientos): Este es el riesgo más documentado para Liborina.

El casco urbano presenta vulnerabilidad debido a la morfología del terreno y la tipología de las construcciones.

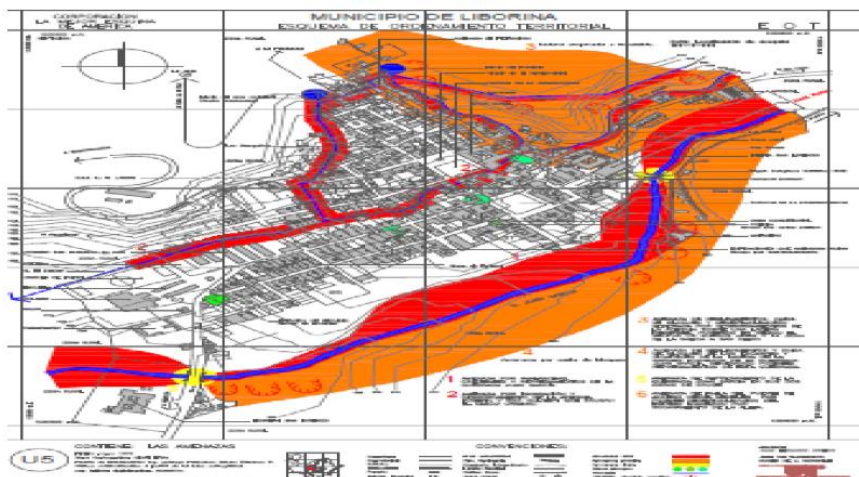
Un deslizamiento en 2021 causó daños significativos a varias viviendas y obligó a la evacuación preventiva de otras familias.

Riesgos relacionados con el clima: Aunque no son específicos de Liborina, el municipio hace parte de la subregión de Occidente, donde se han documentado riesgos generales.

Las zonas de Antioquia con mayor afectación por altas temperaturas y reducción de precipitaciones incluyen el Magdalena Medio, Bajo Cauca, Urabá y Occidente. Esto puede generar condiciones de riesgo para la zona, como deslizamientos.



Mapa 4. Zona de Riesgo de Liborina. Municipio de Liborina – Antioquia



Fuente: Secretaría de Planeación

Temperatura y Humedad.

La temperatura actual en Liborina, Antioquia, es de aproximadamente 26°C y la humedad relativa es del 86%, con temperaturas máximas alrededor de 27°C - 29° y mínimas de 18°C – 21°C.

Cuenta con una precipitación anual de 1000 mm. Su clima es variable, abarcando desde cálido hasta frío, lo que contribuye a la diversidad de sus zonas de vida, incluyendo páramos. Estas características ambientales hacen de Liborina un entorno único con una rica biodiversidad y variados ecosistemas.

1.1.3 Accesibilidad Geográfica

El municipio de Liborina se encuentra estratégicamente ubicado en el Occidente antioqueño y mantiene una comunicación directa con la capital departamental. Su cabecera municipal se localiza a aproximadamente 80 kilómetros de Medellín por la vía Sopetrán y a 77 kilómetros por la ruta que conduce a Santa Fe de Antioquia, esta última habilitada solo para motocicletas.

El recorrido que toma cerca de dos horas siguiendo la ruta principal que cruza el Túnel de Occidente y continúa hacia los municipios de San Jerónimo, Sopetrán y Olaya. Además, Liborina cuenta con conexión vial directa con Sabanalarga, Olaya y Santa Fe de Antioquia, lo que facilita la articulación territorial y el acceso a servicios y mercados regionales.

El municipio también dispone de una ruta alterna hacia el norte de Antioquia, a través de San José de la Montaña, la cual permite comunicar el territorio con zonas de montaña y corredores rurales. Este trayecto tiene una duración aproximada de tres horas, debido a las condiciones topográficas y al tipo de vía.

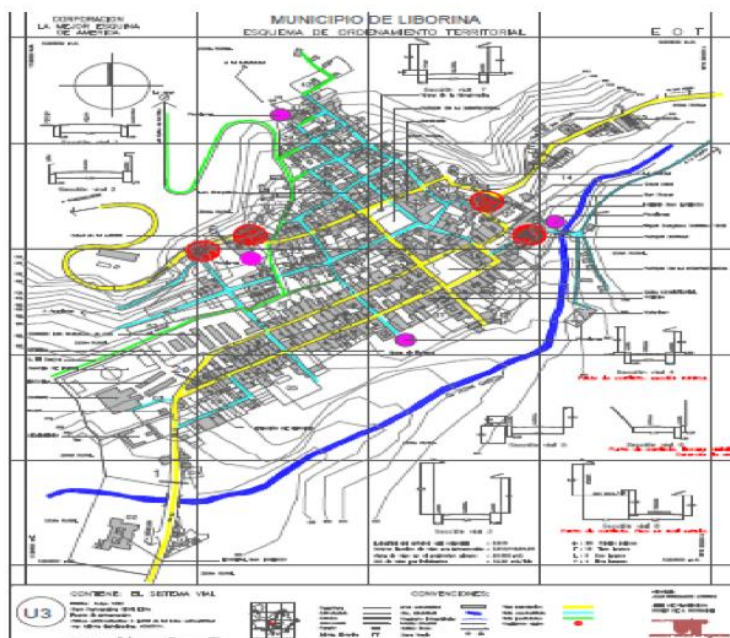
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en KM. municipio de Liborina - Antioquia a municipio de Medellín - Antioquia, 2025

Municipio	Tiempo de llegada desde Liborina a Medellín en minutos	Distancia en Km desde Buriticá a Medellín	Tipo de transporte desde Buriticá a Medellín
Liborina - Antioquia	120	72.4	Carro

Fuente: Elaboración Propia



Mapa 5. Sistema Vial. Municipio de Liborina – Antioquia.



Fuente: Secretaría de Planeación

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros hasta cabecera de Liborina, 2025

Corregimiento	Vereda	Distancia en tiempo vehículo automotor desde zona urbana	Distancia en tiempo tracción animal u otro medio desde zona urbana
Corregimiento Carmen de la Venta	El Socorro	60 min	180 min
	Estancias	25 min	90 min
	La Florida	90 min	180 min
	Malvazá	90 min	240 min
	Pamplona	90 min	180 min
	Peregrino	90 min	180 min
	La Ceja	150 min	250 min
	La Palma	150 min	250 min
	La Peñaola	150 min	250 min
Corregimiento de San Diego	Peñoles	150 min	250 min
	Provincial	30 min	75 min
	San Dieguito	30 min	65 min
	San Pablo	150 min	250 min
	Chachafruto	150 min	250 min
	Curty	25 min	60 min
	Danzante	10 min	30 min
	El Guamal	40 min	90 min
	El Morro	150 min	250 min
Cabecera Municipal	La Hacienda	150 min	250 min
	La Montañita	150 min	250 min
	Llano Grande	10 min	20 min
	Sobrebassanas	20 min	70 min
	Rodas	25 min	80 min
	Cristóbal	40 min	120 min
	Montenegro	50 min	150 min
	Porvenir	45 min	180 min
	San Miguel	160 min	360 min
	Los Recuerdos	150 min	260 min
	Barrio Nuevo	150 min	260 min
	La Abisinia	40 min	80 min
	Las Abejas	130 min	210 min
Corregimiento La Honda	El Cardal	150 min	400 min
	La Hondura	60 min	120 min
	La Lanada	80 min	120 min
	Corregimiento San Diego	25 min	60 min
	Corregimiento La Merced	150 min	250 min
	Corregimiento El Carmen De La Venta	50 min	120 min
	Corregimiento La Honda	60 min	140 min

Fuente: Secretaría de Planeación



Tabla 4. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en KM. Municipio de Liborina – Antioquia hacia los municipios vecinos

Municipio vecino	Distancia (km)	Tipo de transporte	Tiempo (horas)	Tiempo (minutos)
Olaya	7	Terrestre	0	15
Sabanalarga	34	Terrestre	2	0
Santa Fe de Antioquia	17	Terrestre	0	35
San José de la Montaña	45	Terrestre	3	0

Fuente: Secretaría de Planeación

Vías de Comunicación.

Las principales vías de comunicación con Liborina son la carretera principal desde Medellín a través de San Jerónimo, Sopetrán y Olaya, y una vía alterna que conecta con San José de la Montaña. Existen proyectos de mejoramiento vial, como un nuevo puente que mejorará la conectividad regional, y se han entregado tramos de vías terciarias para beneficiar a las comunidades rurales.

Vía Principal

Ruta: Medellín – Túnel de Occidente – San Jerónimo – Sopetrán – Olaya – Liborina.

Distancia: Aproximadamente 76km, con un tiempo de viaje estimado de 1 hora y 33 minutos, dependiendo del tráfico.

Vías Alternas

Hacia el norte: Existe una vía que comunica a Liborina con San José de la Montaña.

Vía a San Diego: Para llegar al corregimiento de San Diego en Liborina, se puede tomar la misma vía desde Medellín, pasar el Puente de Occidente y continuar hacia el centro poblado Sucre, para luego seguir la ruta especificada.

Mejoras y Proyectos

Nuevo puente: Se está trabajando en un nuevo puente alterno al Puente de Occidente que conectará Santa Fe de Antioquia, Olaya, Liborina y Sabanalarga para mejorar la movilidad regional.

Vías terciarias: Se han entregado tramos de vías terciarias, como 900metros de vía en pavimento rígido en el corregimiento La Merced del Playón, que benefician a comunidades rurales.

Puente de Occidente: Actualmente el Puente de Occidente solo permite el paso de peatones, motocicletas y motocarros, lo que genera desvíos y un impacto en la movilidad de la región.

1.2 Contexto Poblacional y Demográfico

Población Total

Liborina cuenta con 10.709 habitantes, de los cuales la mayoría vive en áreas rurales, lo que confirma su carácter predominantemente rural. Esta distribución plantea retos para la planificación en salud, debido a las barreras de acceso, la dispersión geográfica y la menor disponibilidad de servicios en las veredas y corregimientos. Por ello, el municipio requiere fortalecer las estrategias de Atención Primaria en Salud, priorizando acciones extramurales, la presencia de talento humano en zonas dispersas y mecanismos de evacuación y atención adecuados a las particularidades del territorio rural.



Tabla 5. Población Total. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Municipio	Total	Cabecera municipal		Resto	
		Nº	%	Nº	%
Liborina - Antioquia	10,709	3,040	28.4	7,669	71.6

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Densidad Poblacional por km2

Liborina cuenta con 217 km² de extensión y presenta una densidad poblacional baja, lo que evidencia un territorio disperso. Aunque la densidad ha aumentado ligeramente entre 2022 y 2025, este crecimiento es lento y coherente con las bajas tasas de natalidad y la estabilidad migratoria. La dispersión territorial representa desafíos para la prestación de servicios de salud, especialmente en las zonas rurales, por lo que se requieren estrategias diferenciales de Atención Primaria en Salud, fortalecimiento de la atención extramural y un sistema de referencia y contrarreferencia más eficiente.

Tabla 6. Densidad poblacional. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Municipio	Extensión Territorial Km	Densidad Poblacional 2022	Densidad Poblacional 2023	Densidad Poblacional 2024	Densidad Poblacional 2025
Liborina - Antioquia	217	47.95	48.65	49.07	49.35

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Población por Área de Residencia

En 2025, Liborina presenta una población mayoritariamente rural, ya que más de dos tercios de sus habitantes residen en veredas y corregimientos. Esta condición genera importantes desafíos para la planificación en salud, debido a las barreras de acceso geográfico, la dispersión poblacional y la necesidad de transporte y atención oportuna. Por ello, se requiere fortalecer las acciones extramurales y el enfoque de Atención Primaria en Salud, así como una mayor articulación interinstitucional para garantizar continuidad del cuidado, promoción, prevención y respuesta adecuada ante emergencias en zonas alejadas. La cabecera municipal, aunque funciona como centro de servicios, concentra menos del 30% de la población y no representa la principal carga demográfica del territorio.

Tabla 7. Población por área de residencia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Municipio	Cabecera municipal		Resto		Total
	Nº	%	Nº	%	
Liborina - Antioquia	3040	28.4	7,669	71.6	10709

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Grado de Urbanización

En 2025, Liborina presenta un bajo grado de urbanización y una marcada concentración de población en áreas rurales, lo que confirma su carácter predominantemente rural. Esta dispersión territorial genera importantes retos para la gestión en salud pública, especialmente en accesibilidad, tiempos de desplazamiento y provisión oportuna de servicios, lo que exige fortalecer las estrategias de Atención Primaria en Salud y la presencia extramural del talento humano. Aunque la cabecera municipal concentra la infraestructura institucional, alberga menos de un tercio de la población, por lo que actúa como centro de servicios, pero no como el principal foco de residencia del territorio.



Tabla 8. Grado de urbanización. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Municipio	Cabecera		Resto		Total	Grado de urbanización
	Nº	%	Nº	%		
Liborina - Antioquia	3,040	28.39	7,669	71.61	10709	28.39

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Número de Viviendas

La distribución de viviendas en Liborina confirma su carácter predominantemente rural, pues la mayoría de los hogares se ubican en veredas y corregimientos. Esta dispersión territorial genera retos importantes para la planificación y prestación de servicios de salud, debido a las dificultades de acceso, la necesidad de fortalecer la cobertura extramural, la búsqueda activa y la atención domiciliaria, así como los mayores costos operativos asociados. Aunque la cabecera municipal concentra la infraestructura institucional, alberga menos de un tercio de las viviendas, lo que hace necesario mantener una presencia constante en las zonas rurales para garantizar atención oportuna y equitativa.

Tabla 9. Número de viviendas. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Municipio	Total Población	Total Viviendas Cabecera	Total Viviendas Resto	Total Viviendas Municipio
Liborina - Antioquia	10709	1158	2493	3651

Fuente: DANE

Número de Hogares

La distribución de hogares en Liborina evidencia un marcado predominio rural, ya que la mayoría se encuentra en veredas y corregimientos. Esta situación genera desafíos para la gestión en salud pública, especialmente en términos de acceso, oportunidad y continuidad de la atención, así como en la ejecución de actividades de promoción y prevención que requieren mayor presencia extramural. Por ello, el territorio demanda fortalecer la Atención Primaria en Salud, mejorar las rutas de evacuación y transporte asistencial, y articular acciones intersectoriales que permitan garantizar condiciones adecuadas de habitabilidad y conectividad en las zonas rurales, donde se concentra la mayor parte de los hogares.

Tabla 10. Número de hogares. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Municipio	Total Población	Total Hogares Cabecera	Total Hogares Resto	Total Hogares Municipio
Liborina - Antioquia	10709	1186	2546	3732

Fuente: DANE

Población por Pertenencia Étnica

En el municipio de Liborina, la mayoría de la población no se identifica con ningún grupo étnico reconocido, lo que refleja una composición social relativamente homogénea. Solo un número muy reducido de habitantes manifiesta pertenencia a comunidades específicas como población gitana, indígena o afrodescendiente. No se reporta presencia de población palenquera ni raizal, y tampoco se registran personas sin información sobre este aspecto.

Aunque la diversidad étnica en el municipio es limitada, resulta fundamental garantizar que quienes sí se reconocen como parte de grupos étnicos reciban una atención respetuosa, con enfoque diferencial y culturalmente pertinente. Su visibilización es esencial para asegurar que sus necesidades particulares sean tenidas en cuenta en la planificación



territorial y en las acciones del sector salud. La disponibilidad de información completa y sin vacíos contribuye a fortalecer la caracterización poblacional y a orientar intervenciones sensibles a la diversidad cultural presente en el territorio.

Tabla 11. Población por pertenencia étnica Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Autoreconocimiento étnico	Casos	%
Gitano(a) o Rrom	2	0.02
Indígena	1	0.01
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	11	0.10
Ningún grupo étnico	10695	99.87
No informa	0	0.00
Palenquero(a) de San Basilio	0	0.00
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0.00
Total	10 709	100

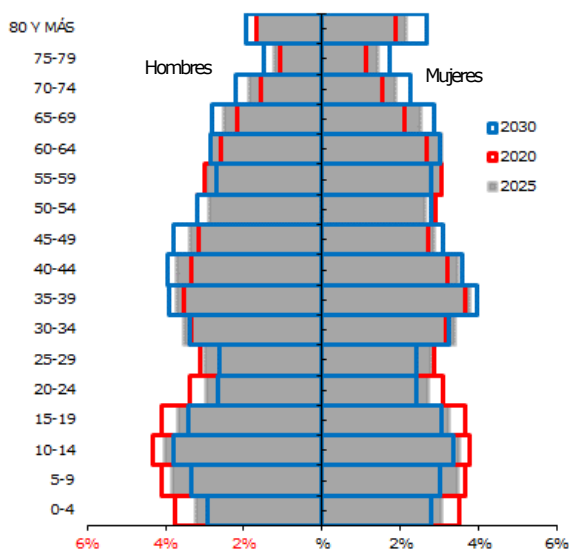
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.1 Estructura Demográfica

Pirámide poblacional.

La pirámide poblacional evidencia un proceso de envejecimiento demográfico, con una base cada vez más estrecha por la disminución de nacimientos y un aumento progresivo de la población adulta y mayor. Mientras los grupos juveniles se mantienen relativamente estables, los adultos medios y mayores crecen de forma sostenida hacia 2030. Se observa el patrón habitual de mayor presencia masculina en edades tempranas y predominio femenino en edades avanzadas. En conjunto, la estructura poblacional refleja una transición hacia un municipio más envejecido, lo que plantea desafíos para la planificación en salud relacionados con enfermedades crónicas, dependencia funcional y la necesidad de fortalecer los servicios dirigidos a personas mayores.

Figura 1. Pirámide poblacional. Municipio de Liborina – Antioquia, 2020-2025-2030



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Otros indicadores de estructura demográfica.

Relación hombres/mujer: En el año 2020 por cada 106 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2025 por cada 104 hombres, había 100 mujeres.

Razón niños mujer: En el año 2020 por cada 33 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2025 por cada 28 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil.



Índice de infancia: En el año 2020 de 100 personas, 23 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 21 personas.

Índice de juventud: En el año 2020 de 100 personas, 20 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 18 personas.

Índice de vejez: En el año 2020 de 100 personas, 18 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 21 personas.

Índice de envejecimiento: En el año 2020 de 100 personas, 79 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 100 personas.

Índice demográfico de dependencia: En el año 2020 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 57 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 57 personas.

Índice de dependencia infantil: En el año 2020, 36 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 33 personas.

Índice de dependencia mayores: En el año 2020, 21 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 24 personas.

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

Tabla 12. Otros indicadores de estructura demográfica. Municipio de Liborina – Antioquia, 2020-2025-2030

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Poblacion total	10,313	10,709	11,008
Poblacion Masculina	5,305	5,463	5,615
Poblacion femenina	5,008	5,246	5,393
Relación hombres:mujer	105.93	104.14	104
Razón niños:mujer	33	28	26
Indice de infancia	23	21	19
Indice de juventud	20	18	17
Indice de vejez	18	21	24
Indice de envejecimiento	79	100	124
Indice demografico de dependencia	56.80	57.00	59.19
Indice de dependencia infantil	36.26	33.13	30.61
Indice de dependencia mayores	20.54	23.87	28.58
Indice de Friz	118.14	100.67	88.94

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Población Ciclo Vital.

La distribución de la población por ciclo vital evidencia una transición demográfica hacia el envejecimiento. Los grupos de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud reducen progresivamente su participación entre 2020 y 2030, lo que refleja una disminución en la fecundidad y en el número de nacimientos.

En contraste, los grupos de adultez y persona mayor incrementan su proporción, especialmente la población de 60 años y más, que muestra un crecimiento sostenido a lo largo del periodo analizado. La adultez continúa siendo el grupo más numeroso, pero el aumento del grupo mayor confirma el avance hacia una estructura poblacional más envejecida. En conjunto, la tendencia muestra un territorio con menor peso de la población infantil y juvenil y mayor presencia de adultos y personas mayores, lo que implica retos importantes para la planificación en salud, como la atención de enfermedades crónicas, la dependencia funcional y la adaptación de servicios a una población que envejece.



Tabla 13. Proporción de la población por ciclo vital. Municipio de Liborina - Antioquia, 2025

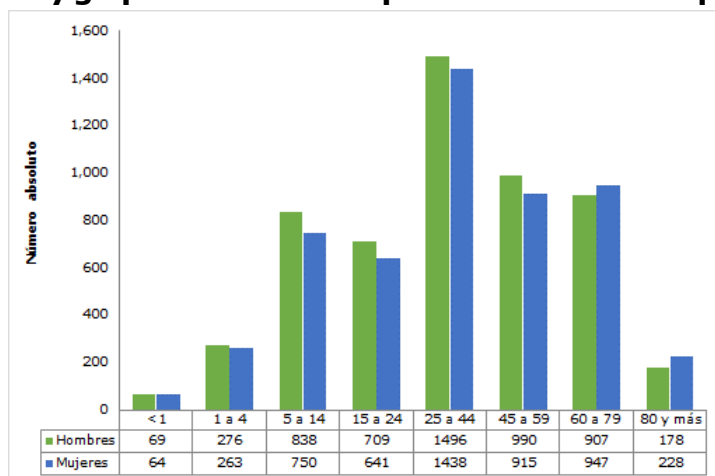
Ciclo vital	2020		2025		2030	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	903	8.8	821	7.7	760	6.9
Infancia (6 a 11 años)	980	9.5	959	9.0	882	8.0
Adolescencia (12 a 18)	1151	11.2	1086	10.1	1061	9.6
Juventud (19 a 26)	1066	10.3	983	9.2	898	8.2
Adultez (27 a 59)	4320	41.9	4600	43.0	4786	43.5
Persona mayor (60 y más)	1893	18.4	2260	21.1	2621	23.8
TOTAL	10313	100	10709	100	11008	100

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Población por sexo y grupo de edad.

La distribución por edad y sexo muestra una población predominantemente adulta, con mayor concentración en los grupos de 25 a 44 años y 45 a 59 años. Los grupos infantiles y juveniles tienen menor participación, mientras que la población mayor es significativa, indicando un proceso de envejecimiento. Se mantiene el patrón usual: más hombres en edades tempranas y más mujeres en edades avanzadas. Esta estructura plantea retos en salud relacionados con enfermedades crónicas y atención a personas mayores.

Figura 2. Población por sexo y grupo de edad. Municipio de Liborina - Antioquia, 2025



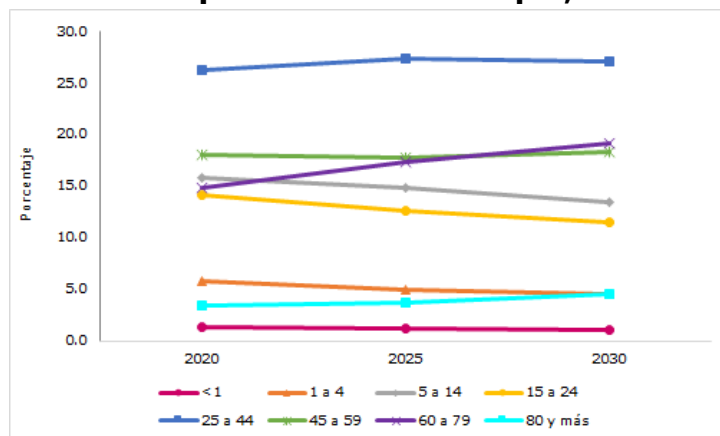
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tendencia grupo edad.

La población del municipio muestra una disminución progresiva de los grupos infantiles y juveniles, reflejando una menor natalidad y fecundidad. Los grupos adultos jóvenes se mantienen relativamente estables, mientras que los grupos de personas mayores son los que más crecen a lo largo del periodo analizado.

En conjunto, la tendencia evidencia un proceso de envejecimiento poblacional, con una base cada vez más estrecha y un aumento sostenido de la población adulta y mayor. Este cambio implica retos en salud relacionados con enfermedades crónicas, dependencia funcional y necesidad de servicios orientados al cuidado de largo plazo.

Figura 3. Tendencia grupo edad. Municipio de Liborina - Antioquia, 2025



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

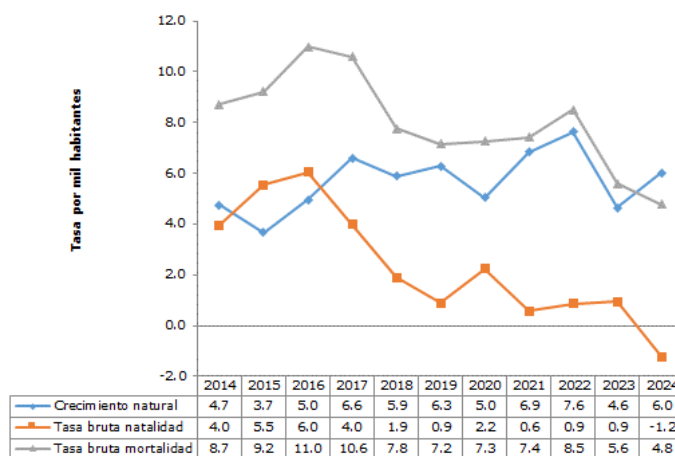
1.2.2 Dinámica Demográfica

Tasa de Crecimiento Natural, Tasa de Mortalidad, Natalidad.

El municipio de Liborina - Antioquia presenta entre 2014 y 2024 una tendencia demográfica estable, pero con bajo crecimiento natural.

En conjunto, estas tendencias indican que Liborina experimenta una transición demográfica avanzada, caracterizada por baja natalidad, leve incremento de la mortalidad y crecimiento natural reducido, lo que plantea retos futuros en sostenibilidad poblacional y en la atención de una población que tiende al envejecimiento.

Figura 4. Tasa de crecimiento natural, tasa bruta de natalidad y tasa bruta de mortalidad. Municipio de Liborina, 2014-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Otros indicadores: Tasas Específicas de Fecundidad 10 a 14 y 15 a 19. y de 10 a 19.

La fecundidad en adolescentes muestra una tendencia general a la disminución, especialmente en el grupo de 15 a 19 años, donde se observan picos altos en años anteriores y una reducción sostenida en el periodo reciente. En el grupo de 10 a 14 años, los embarazos son esporádicos y prácticamente nulos. En conjunto, los datos evidencian una caída progresiva del embarazo adolescente en el municipio.



Tabla 14. Tasas específicas de fecundidad 10 a 14, 15 a 19, 10 a 19. Municipio de Liborina, 2014-2024

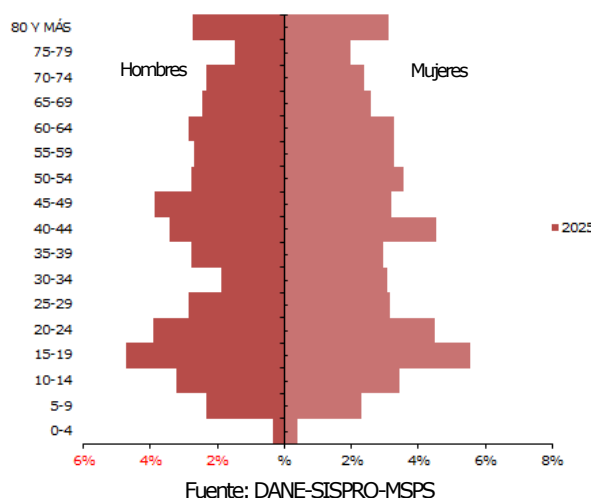
Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	2.5	2.8	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	0.0	0.0	
De 15 a 19	38.5	46.3	79.0	67.9	66.0	44.3	42.4	47.6	49.9	27.7	36.7	
De 10 a 19	21.8	27.0	45.7	38.1	36.4	21.9	20.8	23.3	25.5	13.4	17.7	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.3 Movilidad Forzada

Las víctimas del conflicto armado en el municipio afectan a personas de todas las edades, con mayor impacto en jóvenes y adultos, quienes suelen enfrentar desplazamiento, pérdida de medios de vida y afectaciones a su salud física y mental. Las mujeres presentan riesgos diferenciados, especialmente relacionados con violencia sexual y sobrecarga de cuidados. Niños, niñas y adolescentes pueden experimentar traumas emocionales, interrupción educativa y riesgos de reclutamiento. En las personas mayores, el conflicto agrava situaciones de dependencia y vulnerabilidad. En conjunto, las consecuencias son prolongadas y requieren acciones integrales en salud, protección y apoyo psicosocial.

Figura 5. Pirámide población víctima. Municipio de Liborina, 2024



1.2.4 Población LGTBQI+

La Administración Municipal reafirma su compromiso con la garantía de los derechos fundamentales de la población LGTBQI+, promoviendo su inclusión plena y la eliminación de cualquier forma de discriminación por orientación sexual o identidad de género. Desde los procesos de atención ciudadana, se trabaja para asegurar que todas las personas reciban un trato digno, respetuoso y equitativo, reconociendo la diversidad como un componente esencial del desarrollo social y comunitario.

En esta línea, se han implementado políticas, programas y acciones orientadas a atender las necesidades particulares de la población LGTBQI+, así como a enfrentar los desafíos que históricamente han afectado su bienestar, su seguridad y el ejercicio pleno de sus derechos. Estas iniciativas incluyen la promoción de la tolerancia y el respeto por la diversidad sexual, así como estrategias para prevenir y sancionar actos de discriminación o violencia motivados por prejuicios de orientación sexual o identidad de género.

Asimismo, la Administración incorpora de manera activa las voces, experiencias y perspectivas de la población LGTBQI+ en los procesos de planificación y toma de decisiones. Esto se refleja en mecanismos de participación



ciudadana, como la Agenda 2040 y otros espacios de diálogo, donde se garantiza que sus aportes sean escuchados, valorados e integrados en la construcción de políticas públicas más incluyentes.

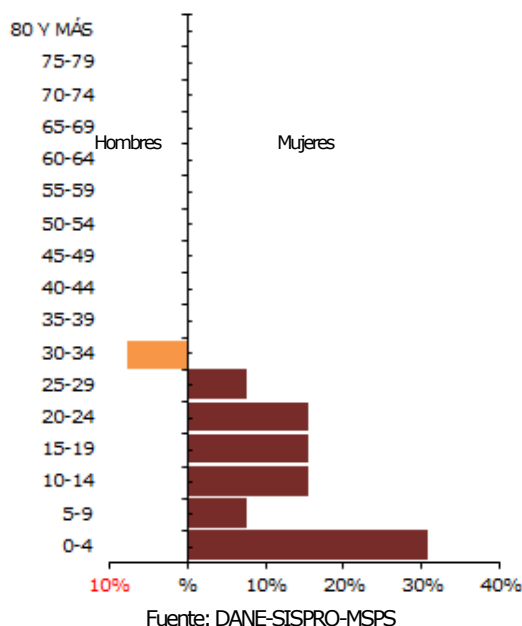
El municipio continúa avanzando hacia la consolidación de un territorio que respeta y celebra la diversidad, donde todas las personas puedan vivir libres de discriminación y acceder a oportunidades en igualdad de condiciones. La Administración Municipal mantiene su compromiso de trabajar de manera articulada con la comunidad LGTBIQ+ para fortalecer una cultura de inclusión, garantizar entornos seguros y construir un municipio donde la igualdad y el respeto sean principios fundamentales para todos y todas.

1.2.5 Dinámica Migratoria

Población Migrante.

La población migrante en Liborina es reducida y está compuesta principalmente por mujeres jóvenes y adultas, lo que refleja movilidades asociadas a búsqueda de oportunidades y condiciones socioeconómicas cambiantes. Aunque pequeña, esta población enfrenta vulnerabilidades importantes, como barreras en el acceso a los servicios de salud, riesgos psicosociales, inestabilidad económica y, en el caso de las mujeres, exposición a violencia de género y dificultades en salud sexual y reproductiva. Los pocos menores migrantes también pueden ver afectado su desarrollo y continuidad en servicios básicos. Estas condiciones requieren acciones diferenciadas de atención, acompañamiento y protección en salud.

Figura 6. Pirámide Población Migrante. Municipio de Liborina - Antioquia, 2025



1.2.6 Población Campesina

Contexto General.

La Administración Municipal ha mantenido un compromiso permanente con el bienestar y desarrollo del campesinado, reconociendo su papel fundamental en la economía local y en la identidad rural del territorio. En este marco, se han implementado diversas acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida, productividad y sostenibilidad del sector agrícola.



Una de las principales apuestas ha sido el fortalecimiento de la infraestructura vial rural. Conscientes de la importancia estratégica de las vías terciarias para la movilidad de productos y el desarrollo económico, se han ejecutado obras de rehabilitación y mantenimiento de carreteras, así como la construcción de puentes y pasos vehiculares que facilitan el acceso hacia las zonas de producción agrícola. Estas intervenciones contribuyen a mejorar la conectividad, reducir los costos de transporte y garantizar que los productos locales lleguen de manera eficiente a los centros de comercialización.

De forma complementaria, la Administración ha impulsado programas de capacitación y asistencia técnica dirigidos a los productores locales, con el propósito de fortalecer sus capacidades en temas de transporte, logística y manejo eficiente de la producción. Estas acciones permiten mejorar la competitividad del sector, dinamizar la economía y promover el desarrollo sostenible de las comunidades rurales, generando nuevas oportunidades de empleo y una mejor calidad de vida para las familias campesinas.

Asimismo, se lleva a cabo el **"Mercado Campesino"**, un espacio mensual de comercialización directa que fortalece el emprendimiento rural y permite a los campesinos ofrecer sus productos sin intermediarios.

Estas acciones integrales no solo impulsan la economía campesina, sino que también fortalecen el sentido de pertenencia, la identidad cultural y el reconocimiento de las raíces rurales del municipio. La Administración Municipal continuará trabajando de manera articulada con el campesinado para promover su desarrollo, mejorar sus condiciones de vida y consolidar un modelo de crecimiento sostenible para el territorio.

1.3 Contexto Institucional de Protección Social y Sectorial en Salud

1.3.1 Servicios Habilitados IPS

El municipio de Liborina cuenta con la ESE Hospital San Lorenzo, institución de primer nivel de complejidad, que históricamente ha mantenido habilitada una oferta básica pero completa de servicios esenciales orientados a la atención primaria, consulta externa general, promoción y prevención y algunos servicios de apoyo diagnóstico.

Se evidencia que la mayoría de los servicios habilitados se mantienen estables en el tiempo (2015-2024), sin variaciones significativas. Esto refleja una capacidad instalada constante, adecuada para la resolución de eventos de baja complejidad y para las funciones propias del primer nivel, como:

- Medicina general
- Enfermería
- Atención prenatal
- Citologías
- Programas de protección específica y detección temprana
- Vacunación
- Procesos de esterilización
- Psicología
- Pediatría (presencia parcial)
- Toma de muestras de laboratorio
- Servicios de apoyo diagnóstico básicos

No obstante, la ESE no dispone de servicios especializados ni de atención de mediana o alta complejidad, situación esperable para un municipio con hospital de nivel I. Por tanto, la continuidad del cuidado depende directamente de la articulación con la red de referencia, especialmente:



Acceso a Servicios de Segundo Nivel.

El municipio se apoya principalmente en la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, institución de segundo nivel, que garantiza acceso a:

- Medicina interna
- Ginecobstetricia
- Pediatría especializada
- Urgencias de mayor complejidad
- Imagenología avanzada
- Hospitalización de mediana complejidad

Este centro es el referente habitual para la mayor parte de las derivaciones de pacientes provenientes de Liborina.

Acceso a Tercer y Cuarto Nivel

Para patologías complejas, intervenciones de alta especialidad o procedimientos de alto costo, la población debe remitirse a instituciones del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, principalmente en Medellín, donde se concentran servicios como:

- Unidades de cuidados intensivos
- Oncología
- Cardiología y cirugía cardiovascular
- Neurocirugía
- Nefrología y diálisis
- Especialidades pediátricas avanzadas

Liborina cuenta con una oferta estable de servicios de primer nivel, suficiente para abordar la mayoría de las condiciones trazadoras y actividades de APS.

No se observan ampliaciones o reducciones significativas en la habilitación de servicios entre 2015 y 2024, lo que indica continuidad, pero también poca diversificación de la oferta.

La prestación de servicios de mayor complejidad depende de una red funcional de referencia, donde Santa Fe de Antioquia es el nodo principal y Medellín el nodo complementario para patologías de alta complejidad.

Esta estructura implica retos en traslado asistencial, oportunidad en la atención y seguimiento de pacientes crónicos, especialmente para la población dispersa rural.

Se requiere fortalecer el sistema de transporte asistencial básico, la gestión del riesgo y la articulación interinstitucional para garantizar continuidad del cuidado.



Tabla 15. Servicios habilitados IPS. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
APOYO DIAGNÓSTICO COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NO DEFINIDO PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
PROTECCION ESPECIFICA DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.3.2 Capacidad Instalada

La capacidad instalada del municipio es limitada y con tendencia a la reducción, especialmente en número de camas. La ausencia de ambulancias medicalizadas y de camas de mayor complejidad refuerza la dependencia de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia y de la red metropolitana para la atención de casos moderados y graves. Esto exige fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia, optimizar el transporte asistencial y robustecer la estrategia de Atención Primaria en Salud para evitar la saturación del nivel hospitalario.

Tabla 16. Capacidad Instalada. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0.21	0.21	0.21	0.21	0.21	0.20	0.78	0.19	0.19	0.19
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0.21	0.21	0.21	0.21	0.21	0.20	0.78	0.19	0.19	0.19
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0.42	0.42	0.42	0.42	0.31	0.30	0.29	0.29	0.28	0.28
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Razón de camas por 1.000 habitantes	0.84	0.84	0.84	0.84	0.63	0.59	0.39	0.38	0.38	0.38

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.3.3 Otros Indicadores de Sistema Sanitario

Liborina presenta avances importantes en salud materna, con coberturas del 100% en parto institucional y atención por personal calificado, así como un buen acceso a controles prenatales. Sin embargo, persisten brechas significativas en vacunación especialmente en BCG y triple viral y en aseguramiento, con una cobertura del SGSSS inferior al



promedio departamental. Además, el municipio tiene mayores barreras de acceso a los servicios de salud que Antioquia, lo que afecta principalmente a la población rural. En conjunto, los datos reflejan fortalezas en la atención materno-infantil, pero también desafíos importantes en acceso, vacunación y aseguramiento.

Tabla 17. Otros indicadores de sistema sanitario. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Liborina	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE) 2019	7.3	1.0																			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE) 2019	2.6	9.4																			
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103.4	81.4																			
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS) 2024	88.6	6.9																			
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	89.0	86.1																			
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88.8	86.1																			
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	91.7	72.8																			
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) 2024	92.9	90.2																			
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2024	99.4	100.0																			
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE) 2024	99.4	100.0																			

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.3.4 Caracterización EAPB

La caracterización de las EAPB del Régimen Subsidiado en Liborina muestra diferencias importantes entre Nueva EPS y Savia Salud en disponibilidad de información, perfil poblacional y comportamiento epidemiológico. Savia Salud aporta la mayor cantidad de datos y concentra la mayoría de la afiliación, mientras Nueva EPS agrupa una población más joven y con mayor presencia de grupos étnicos.

En morbilidad, Savia Salud registra alto bajo peso al nacer, posibles subregistros en enfermedades crónicas y baja incidencia de eventos prevenibles, pero con vacíos de reporte. En mortalidad no se evidencian muertes maternas ni perinatales, aunque esto puede reflejar inconsistencias en la notificación; destaca una mayor mortalidad por cáncer de mama en Savia Salud.

Los determinantes sociales muestran altos porcentajes de población desplazada, buena cobertura prenatal y tratamientos antirretrovirales, pero persistentes fallas en captación de crónicos y registro de enfermedad renal avanzada.

Demográficamente, Savia Salud presenta una población envejecida con alta dependencia, mientras Nueva EPS concentra población infantil y juvenil. Ambas EPS presentan crecimiento negativo, reflejando baja natalidad, migración y envejecimiento.

Los hallazgos señalan la necesidad de mejorar la calidad del reporte, fortalecer la gestión del riesgo según el perfil de cada EPS y potenciar la articulación intersectorial para enfrentar determinantes sociales y brechas en acceso a servicios de salud.

Tabla 18. Caracterización EAPB. Municipio de Liborina – Antioquia

RÉGIMEN SUBSIDIADO				
	Indicador	NUEVA EPS SA	SAVIA SALUD	Análisis
Caracterización de la morbilidad	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer - 2025	0,00	14,71	Savia Salud presenta un valor elevado (14,71%), lo que sugiere riesgos asociados a controles prenatales insuficientes, condiciones maternas adversas o determinantes sociales críticos. La ausencia de datos en otras EPS limita la comparación.
	Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH a 18 meses	SD	SD	El no reporte por parte de todas las EPS impide evaluar la efectividad del programa PPTMI. Se requiere fortalecimiento en vigilancia y reporte.
	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años - 2012	SD	1,10	El dato de Savia Salud (1,10%) es inferior a la prevalencia esperada, indicando posible subdiagnóstico. Las demás EPS no reportan.



	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal - 2012	SD	0,02	El valor reportado por Savia Salud (0,02%) es muy bajo, posiblemente por dificultades de acceso a nefrología o subregistro de casos.
	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años - 2012	SD	4,35	El valor (4,35%) en Savia Salud es bajo frente a la prevalencia estimada; sugiere baja tamización para enfermedades crónicas.
	Prevalencia registrada de VIH/Sida - 2013	SD	0,08	El valor de Savia Salud (0,08%) evidencia probable subregistro, considerando factores territoriales de riesgo.
	Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15 a 49 años - 2013	SD	0,14	El dato (0,14%) continúa mostrando niveles bajos y sugiere deficiencias en detección temprana.
	Tasa de incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae - 2023	0,00	0,00	La ausencia de casos es coherente con la efectividad del PAI. No obstante, falta reporte de COOSALUD.
	Tasa de incidencia de sífilis congénita - 2023	0,00	0,00	La tasa en cero puede ser resultado positivo de la atención prenatal, pero también podría reflejar subnotificación.
	Tasa de incidencia de tétanos neonatal - 2023	0,00	0,00	No se presentan casos, coherente con la eliminación del tétanos neonatal. La vigilancia debe mantenerse.
Caracterización de la mortalidad	Razón de mortalidad materna a 42 días - 2024	0,00	0,00	No se reportan muertes maternas. Este resultado es favorable, aunque el "0" en algunas EPS puede indicar fallas de notificación.
	Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (Lista 6/67) - 2024	SD	18,39	Savia Salud presenta una tasa relevante (18,39), que evidencia carga significativa de cáncer de mama y necesidad de fortalecer detección temprana.
	Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (Lista 6/67) - 2024	SD	SD	No hay datos reportados. Este vacío limita evaluar un evento crítico y de alta relevancia en salud pública.
	Tasa de mortalidad perinatal - 2024	0,00	0,00	Reporte en cero para dos EPS. Dado que este evento suele presentarse incluso en territorios pequeños, es posible subregistro.
Caracterización de los Determinantes Sociales de la Salud	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años - 2012	SD	31,46	Savia Salud reporta 31,46%, lo cual indica búsqueda activa. La falta de datos de otras EPS evidencia debilidad de registro.
	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años - 2012	SD	19,06	Savia Salud reporta 19,06%, inferior a lo esperado, lo que sugiere baja tamización.
	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida - 2013	SD	100,00	Savia Salud alcanza 100%, lo cual es óptimo. No hay datos de otras EPS.
	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida de 15 a 49 años - 2013	SD	100,00	Savia Salud mantiene cobertura del 100%. Se requiere que otras EPS reporten para evaluar continuidad del tratamiento.
	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal - 2025	100,00	88,24	Nueva EPS (100%) y Savia Salud (88,24%) muestran buen desempeño. COOSALUD no reporta.
	Porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal - 2012	SD	0,00	Savia Salud (0,00%) es ideal. Falta información restante.
	Porcentaje de partos institucionales - 2021	100,00	97,06	Nueva EPS (100%) y Savia Salud (97,06%) presentan altas coberturas.
Caracterización territorial y demográfica	Número de personas afiliadas por pertenencia étnica - 2023	378	7	Nueva EPS registra la mayor población étnica (378), Savia Salud solo 7. Esto evidencia distribución desigual.
	Porcentaje de afiliados que declaran ser desplazados - 2024	31,15	37,35	Valores altos en Nueva EPS (31,15%) y Savia Salud (37,35%) reflejan condiciones de alta vulnerabilidad social.
	Porcentaje de la población del departamento afiliada por EAPB - 2021	SD	SD	No hay datos disponibles. Limita evaluación del aseguramiento global.
	Porcentaje de la población del municipio afiliada por EAPB - 2024	3,54	66,10	Savia Salud domina la cobertura (66,10%). Nueva EPS tiene baja participación (3,54%).
	Tasa bruta de mortalidad - 2024	0,00	0,73	Savia Salud (0,73) muestra registro bajo pero presente. Nueva EPS aparece en cero, lo que podría ser subregistro.
	Tasa bruta de natalidad - 2024	5,05	3,65	Ambas EPS presentan tasas bajas, coherentes con tendencia nacional.
	Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años - 2024	0,00	0,00	Ambas EPS reportan 0, lo cual es positivo, aunque debe verificarse ausencia de subregistro.



	Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años - 2024	50,00	10,31	Nueva EPS reporta un valor alto (50,0), lo que indica mayor riesgo en salud sexual y reproductiva. Savia Salud registra tasa menor (10,31%).
	Tasa General de Fecundidad - 2024	10,00	13,36	Tasas bajas en ambas EPS; Savia Salud presenta un valor ligeramente superior, posiblemente por mayor población femenina en edad fértil.
Estructura demográfica	Índice de dependencia - 2024	100,00	51,79	Nueva EPS presenta un índice de dependencia muy elevado (100%), lo que indica que por cada persona en edad productiva hay una persona dependiente. Savia Salud muestra un nivel moderado (51,79). Estas diferencias reflejan estructuras poblacionales contrastadas y una mayor carga social en la población afiliada a Nueva EPS.
	Índice de dependencia del adulto mayor - 2024	5,88	25,45	Savia Salud concentra una mayor proporción de adultos mayores dependientes, lo que sugiere una población más envejecida. Nueva EPS presenta un valor bajo, reflejando menor presencia de personas mayores entre sus afiliados.
	Índice de dependencia infantil - 2024	16,72	26,34	Savia Salud tiene un mayor peso de población infantil dependiente, lo cual implica necesidad de mayor oferta de servicios materno-infantiles. Nueva EPS presenta una estructura más equilibrada.
	Índice de envejecimiento - 2024	35,19	96,64	Savia Salud presenta un índice significativamente alto (96,64), indicando que casi existe paridad entre personas mayores y menores de 15 años, lo que evidencia una población envejecida. En Nueva EPS el índice es moderado (35,19).
	Índice de Friz - 2024	57,72	104,40	El índice de Friz confirma que Savia Salud tiene una población con predominio de personas mayores, mientras que Nueva EPS mantiene una estructura más joven.
	Índice de infancia - 2024	50,00	15,78	Nueva EPS posee una proporción mucho mayor de niños, lo que indica una población joven, mientras Savia Salud tiene niveles bajos, compatibilizando con su proceso de envejecimiento.
	Índice de juventud - 2024	50,00	21,52	Nueva EPS concentra más población joven, lo que significa un mayor potencial productivo. Savia Salud presenta menor proporción en este grupo etario.
	Índice de vejez - 2024	0,00	16,77	Mientras Nueva EPS no reporta población adulta mayor, Savia Salud evidencia presencia significativa de este grupo etario, reforzando la tendencia de envejecimiento poblacional.
	Razón hombres mujer - 2024	0,00	110,56	Savia Salud muestra mayor proporción de hombres (110 por cada 100 mujeres). Nueva EPS no reporta. Estos datos pueden influir en riesgo diferencial por sexo.
	Razón niños mujer - 2024	0,00	19,59	Savia Salud registra un nivel moderado de niños por cada mujer, en correspondencia con su baja proporción de infancia. Nueva EPS no reporta.
	Tasa de crecimiento total por EAPB - 2024	-0,66	-1,76	Ambas EPS presentan crecimiento poblacional negativo, siendo más marcado en Savia Salud. Esto puede deberse a: Migración hacia otros regímenes, Disminución de natalidad, Envejecimiento, Depuración de bases de datos. Este comportamiento sugiere una población que se está contrayendo, especialmente en Savia Salud.

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.4 Gobierno y Gobernanza en el Sector Salud

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

El municipio de Liborina cuenta con un conjunto amplio y diverso de políticas públicas orientadas a garantizar el bienestar social, la inclusión y el ejercicio de derechos de diferentes grupos poblacionales. Estas políticas evidencian un compromiso institucional con el enfoque diferencial, la equidad y la protección social.



Enfoque Poblacional y Diferencial.

Las políticas públicas adoptadas abarcan ciclos vitales (primera infancia, adolescencia, juventud, adultez y envejecimiento), condiciones específicas (discapacidad, salud mental) y grupos de especial protección (mujeres, familias). Esto demuestra un avance significativo hacia la gestión pública con enfoque diferencial, alineada con lineamientos nacionales y departamentales.

Fortalecimiento de la Protección Social.

Las políticas de mujer, familia, infancia, juventud, discapacidad y vejez permiten estructurar rutas, programas y acciones que protegen a las poblaciones más vulnerables. Su actualización reciente (2022–2023) sugiere un interés municipal por mantenerlas vigentes y ajustadas al contexto local.

Institucionalidad y Gobernanza Social.

El Decreto 028 de 2018, que actualiza el COMPOS, fortalece la gobernanza territorial y permite coordinar efectivamente la implementación de las políticas públicas. Esto garantiza una articulación intersectorial más robusta entre salud, educación, cultura, deporte, protección social y otras dependencias.

Seguridad y Bienestar Familiar.

La creación de la estampilla para justicia familiar (Acuerdo 008 de 2023) constituye un mecanismo innovador para financiar acciones de protección y atención a conflictos familiares, fortaleciendo la capacidad institucional para responder a problemáticas sociales prioritarias.

Avances en Salud Pública.

El municipio cuenta con políticas sólidas en salud mental (2014) y discapacidad (2008), que se articulan con los nuevos enfoques del Plan Decenal de Salud Pública. Sin embargo, algunas requieren actualización para responder a los retos contemporáneos en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y atención integral a personas con discapacidad.

Retos Identificados.

Aunque existe un marco normativo amplio, los desafíos se concentran en:

- Operativización efectiva de los planes de acción.
- Fortalecimiento de indicadores de seguimiento.
- Recursos financieros y técnicos limitados para garantizar su implementación.
- Baja articulación comunitaria y limitada participación social en algunos procesos.
- Necesidad de actualizar políticas de más de 10 años (como juventud y discapacidad) para garantizar pertinencia y coherencia con la realidad actual.

Liborina cuenta con un robusto marco de políticas públicas dirigidas a mujeres, familias, primera infancia, juventud, discapacidad, salud mental y personas mayores, así como mecanismos institucionales para su implementación como el COMPOS. Estas políticas demuestran un enfoque integral y diferencial orientado a garantizar derechos y mejorar la calidad de vida. No obstante, persisten retos en su implementación efectiva, seguimiento y actualización, especialmente en áreas como juventud, discapacidad y salud mental, donde es necesario fortalecer recursos, articulación intersectorial y participación comunitaria.

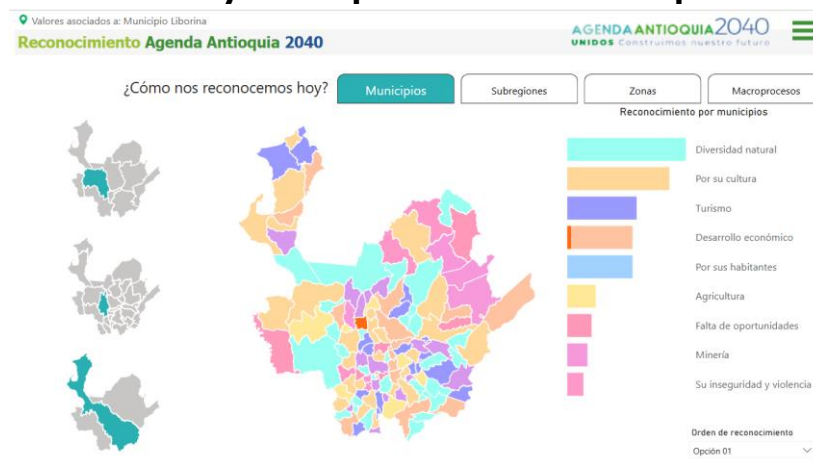


1.4.2 Agenda Antioquia 2040

¿Cómo Nos Reconocemos Hoy?

El reconocimiento territorial de la Agenda Antioquia 2040 muestra que Liborina se identifica principalmente por su diversidad natural y su cultura, lo que refleja un fuerte arraigo a sus recursos ambientales y tradiciones. También aparece el turismo como valor asociado, mientras que aspectos económicos o problemáticas sociales no predominan en su identidad. Esto posiciona a Liborina como un territorio con potencial para el desarrollo sostenible, el turismo y la protección del patrimonio natural y cultural.

Figura 7. ¿Cómo nos reconocemos hoy? Municipio de Liborina – Antioquia

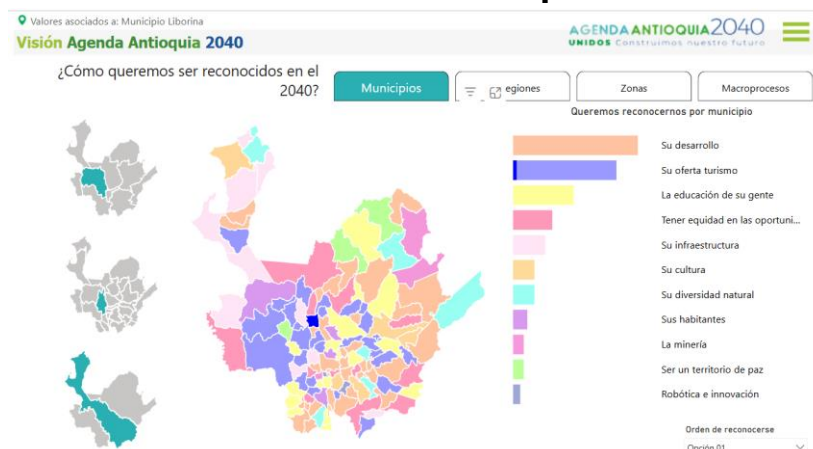


Fuente: Agenda 2040

¿Cómo queremos reconocernos en el 2040?

La visión de Liborina hacia 2040 destaca el deseo de ser reconocido por su desarrollo, seguido por una fuerte oferta turística y por la educación de su gente. La comunidad también aspira a un futuro con mayor equidad, mejor infraestructura, y fortalecimiento de su cultura y diversidad natural. En conjunto, Liborina proyecta un territorio más próspero, sostenible e inclusivo.

Figura 8. ¿Cómo queremos reconocernos en el 2040? Municipio de Liborina – Antioquia



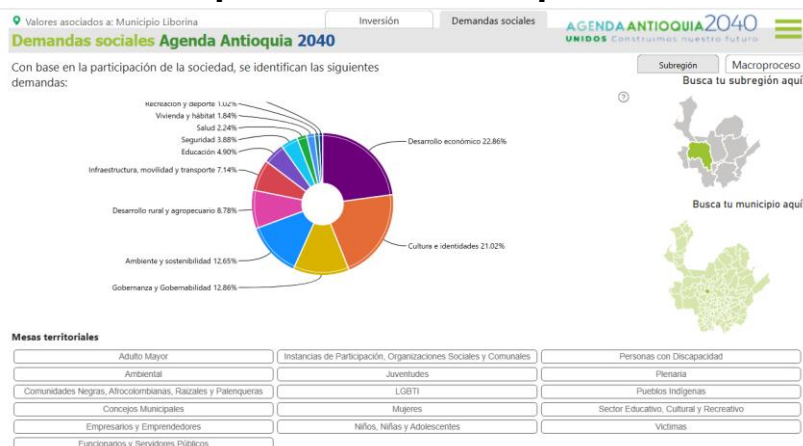
Fuente: Agenda 2040



Demandas Sociales

Las principales demandas sociales de Liborina son el desarrollo económico y el fortalecimiento de la cultura e identidades, seguidas por la necesidad de mejorar la gobernanza, proteger el medio ambiente y fortalecer el desarrollo rural. También se identifican requerimientos en infraestructura, educación, seguridad y salud, aunque con menor prioridad. Estas demandas reflejan un territorio que busca más oportunidades económicas, sostenibilidad y una gestión institucional más efectiva.

Figura 11. Demandas Sociales. Municipio de Liborina – Antioquia



Fuente: Agenda 2040

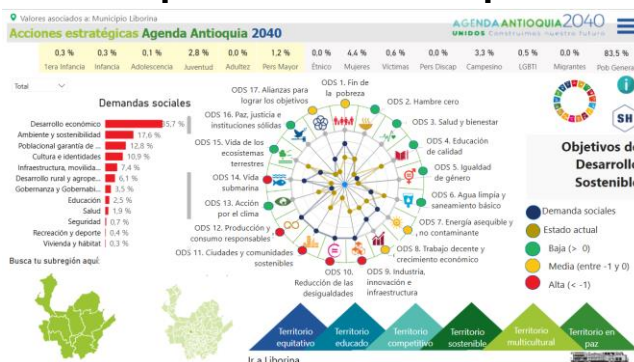
Acciones Estratégicas

Las prioridades de Liborina en la Agenda Antioquia 2040 se centran en desarrollo económico, seguido de ambiente y sostenibilidad, lo que evidencia la necesidad de fortalecer oportunidades productivas, cuidado ambiental y mejores condiciones de vida.

Al comparar estas demandas con los ODS, el municipio presenta mayores rezagos en empleo digno, sostenibilidad ambiental, protección de ecosistemas, infraestructura comunitaria y reducción de desigualdades. Otros ámbitos como salud, educación, agua potable e igualdad de género muestran avances intermedios, mientras que la seguridad alimentaria y la reducción de pobreza presentan un mejor desempeño.

En conjunto, las acciones estratégicas orientan a Liborina hacia un territorio más equitativo, educado, competitivo, sostenible, multicultural y en paz, respondiendo a los principales desafíos identificados.

Figura 12. Acciones Estratégicas. Municipio de Liborina – Antioquia



Fuente: Agenda 2040



1.5 Reconocimiento del Territorio Desde la Cartografía Social

La Cartografía Social realizada en los micro territorios rurales del municipio de Liborina (Las Abejas, La Hondura-Yuyal, Los Sauces, Cristóbal, La Honda-Guayabal, Los Recuerdos-Barrio Nuevo y Montenegro) permitió identificar el conocimiento profundo que las comunidades tienen sobre su territorio, su estructura social y las condiciones que determinan su bienestar.

El ejercicio evidencia un municipio predominantemente rural, con fuerte arraigo cultural, prácticas tradicionales arraigadas, dificultades históricas de acceso a servicios públicos y presencia limitada de la institucionalidad en zonas dispersas.

Las comunidades reconocen como elementos centrales del territorio: las vías terciarias, las quebradas, los cultivos de pancoger, los lugares de encuentro comunitario y las rutas de acceso a la cabecera municipal. Sin embargo, estos mismos elementos se constituyen en factores de riesgo debido a su deterioro, la falta de mantenimiento y la ausencia de servicios básicos como agua potable, recolección de basuras y sistemas de tratamiento de excretas.

La cartografía confirma que el territorio se configura sobre una base económica agrícola vulnerable, con hogares mayoritariamente informales, altos niveles de dependencia económica y brechas sustantivas en seguridad social, habitabilidad y salud ambiental. La identidad comunitaria es fuerte y existe alta disposición a la participación, pero los problemas sociales y ambientales superan las capacidades locales, por lo cual se requiere una intervención articulada del sector salud con otros sectores del desarrollo territorial.



Tabla 19. Preguntas orientadoras. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Preguntas Frecuentes							
Componentes de análisis del territorio	¿Cuáles son las principales problemáticas en salud?	¿Los oficios u ocupaciones generan afectaciones en salud a la población?	¿Qué factores están afectando la salud de los pobladores?	¿Qué riesgos se identifican en el territorio que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?	¿Qué actores (beneficiarios, cooperantes, perjudicados, oponentes) se involucran en la problemática?	¿Cuál es la contribución de los actores para dar respuesta a la problemática?	¿Qué propondría para mejorar dichas problemáticas?
Cultural	Prácticas tradicionales que ponen en riesgo la salud (quemar de basura, disposición artesanal de excretas). Normalización de riesgos ("así se ha hecho siempre"). Baja cultura de prevención y autocuidado. Barreras actitudinales frente a la institucionalidad y a la adopción de tecnologías.	Actividades agrícolas que se realizan sin medidas de protección, reforzadas por costumbres tradicionales. Manejo inadecuado de residuos en los hogares, aprendizaje de prácticas generacionales. Uso de métodos artesanales para quemar, disposición de desechos y manejo de sustancias. Persistencia de hábitos no saludables que se integran a trabajo y la vida cotidiana. Estas prácticas aumentan el riesgo de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, dérmicas y accidentes.	Transmisión intergeneracional de prácticas riesgosas que se mantienen por costumbre. Falta de información clara y accesible sobre prevención y salud pública. Desconfianza o limitaciones para relacionarse con instituciones y programas de salud. Resistencia al cambio y baja apropiación de tecnologías o alternativas más seguras. Ausencia de espacios comunitarios permanentes para educación y sensibilización.	Persistencia de enfermedades prevenibles y resistencia a modificar prácticas dañinas. Aumento de riesgos ambientales por quemar y disposición inadecuada de residuos. Mayor exposición a vectores y contaminación del agua por manejo inapropiado de excretas. Reproducción de comportamientos que afectan la salud de futuras generaciones. Limitación para implementar el modelo de APS por baja adherencia comunitaria.	Beneficiarios: Comunidades rurales, familias, niños y adultos mayores que mejoran su salud si se transforman estas prácticas. Cooperantes: ESE Hospital San Lorenzo, Secretaría de Salud Municipal, Juntas de Acción Comunal, Instituciones educativas, Líderes comunitarios, Programas de APS y PIC. Perjudicados: Hogares expuestos a riesgos ambientales y sanitarios. Población vulnerable que sufre más los efectos (niños, adultos mayores). Oponentes o resistentes al cambio: Grupos o personas que defienden prácticas tradicionales por costumbre. Hogares que perciben la intervención institucional como invasiva o innecesaria.	Secretaría de Salud y ESE Hospital San Lorenzo: educación en salud, brigadas, promoción del autocuidado, implementación de APS extramural, vigilancia sanitaria. Juntas de Acción Comunal: movilización social, convocatoria comunitaria, fortalecimiento de acuerdos para eliminar prácticas riesgosas. Instituciones educativas: incorporación de prácticas de salud ambiental y autocuidado desde la infancia. Líderes comunitarios: mediación cultural para facilitar la adopción de nuevas prácticas. Familias y comunidad: participación activa en procesos educativos y de cambio cultural.	Programas permanentes de educación comunitaria sobre residuos, agua segura, manejo de excretas y riesgos ambientales. Implementación de procesos de APS que incluyan demostraciones prácticas y acompañamiento casa a casa. Desarrollo de estrategias pedagógicas con líderes veredales para promover el cambio cultural. Sustitución progresiva de prácticas peligrosas por alternativas seguras, sostenibles y culturalmente aceptadas. Campañas de sensibilización sobre salud ambiental, prevención de enfermedades y autocuidado. Fortalecimiento del trabajo intersectorial con educación, medio ambiente y servicios públicos.
Social	Bajo acceso a servicios de salud por dispersión geográfica. Debilidad en redes de apoyo comunitario. Violencias intrafamiliares y barreras para la denuncia. Consumo de sustancias psicoactivas en población joven. Desigualdades en condiciones de vida entre cabecera y ruralidad. Estigmas hacia grupos diferenciales (LGBTIQ+, migrantes, víctimas).	Labores agrícolas con exposición a químicos sin protección adecuada. Carga física excesiva en actividades del campo y oficios informales. Cuidados no remunerados (mujeres) que generan sobrecarga física y mental. Riesgos asociados al transporte informal y trabajos temporales.	Falta de acceso oportuno a servicios de salud y demoras en la atención. Brechas socioeconómicas y educativas. Deficiencias en saneamiento básico en veredas. Violencias basadas en género y problemáticas psicosociales. Aislamiento y baja participación comunitaria.	Incremento de enfermedades crónicas y salud mental deteriorada por falta de atención oportuna. Aumento de violencias intrafamiliares y consumo de sustancias. Mayor vulnerabilidad de niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres. Riesgo de exclusión social de grupos diferenciales.	Beneficiarios: familias, jóvenes, mujeres, víctimas, adultos mayores. Cooperantes: ESE San Lorenzo, Secretaría de Salud, Comisaría de Familia, ICBF, Policía, JAC. Perjudicados: población rural dispersa, hogares con bajos ingresos. Oponentes: actores que minimizan las violencias o rechazan el acompañamiento institucional.	Secretaría de Salud: atención, prevención y programas psicosociales. Comisaría de Familia: protección a víctimas y activación de rutas. ICBF: protección de infancia/adolescencia. Líderes/JAC: identificación de casos y acompañamiento comunitario. Entidades educativas: fortalecimiento de habilidades sociales y prevención.	Fortalecer rutas de atención psicosocial y de violencia. Incrementar estrategias extramurales y de APS en zonas dispersas. Programas de prevención de consumo de SPA en jóvenes. Grupos de apoyo comunitario y trabajo con familias. Acciones intersectoriales para reducir brechas sociales y mejorar convivencia.
Ambiental	Contaminación por quemar y mala disposición de residuos. Uso de fuentes de agua no tratadas. Manejo inadecuado de excretas en viviendas rurales. Riesgos por deslizamientos, inundaciones y variabilidad climática. Convivencia con vectores y plagas.	Actividades agrícolas con uso de agroquímicos sin protección. Exposición a polvos, humo y pesticidas en labores rurales. Actividades de minería artesanal donde exista presencia. Trabajo en áreas con riesgo de derrumbes o crecientes.	Falta de infraestructura para manejo de residuos y saneamiento. Limitaciones en acceso a agua potable. Presión sobre ecosistemas por prácticas tradicionales. Falta de educación ambiental comunitaria. Deforestación y erosión del suelo que afectan la seguridad alimentaria.	Aparición de enfermedades transmitidas por agua y vectores. Enfermedades respiratorias por humo de quemar. Aumento de eventos asociados al cambio climático. Degradación progresiva del ambiente con afectación directa a la salud.	Beneficiarios: familias rurales, agricultores, comunidad educativa. Cooperantes: Secretaría de Medio Ambiente, UMATA, ESE San Lorenzo, JAC, Corantioquia. Perjudicados: hogares que dependen de fuentes hídricas vulnerables. Oponentes: personas que mantienen prácticas tradicionales de quema o disposición inadecuada.	UMATA/Medio Ambiente: educación, manejo de residuos educativa. Corantioquia: control y regulación ambiental. ESE San Lorenzo: promoción en salud ambiental. JAC: apoyo comunitario en campañas y vigilancia ambiental.	Programas educativos sobre manejo de residuos, agua segura y quema cero. Fortalecer sistemas de saneamiento básico rural. Implementar tecnologías apropiadas (composteras, baños secos, filtros). Acciones intersectoriales para restauración ambiental. Planes de gestión del riesgo comunitario.
Político	Desconfianza institucional en algunas comunidades. Baja participación ciudadana en la toma de decisiones. Dificultad para articular instituciones en zonas rurales. Debilidad en el seguimiento de políticas públicas.	No directamente, pero la debilidad institucional afecta la capacidad de respuesta en salud y bienestar.	Falta de presencia institucional en veredas distantes. Baja apropiación de programas de salud. Dificultades para ejecutar acciones del PIC y APS por barreras culturales y geográficas. Limitaciones en recursos y personal.	Persistencia de prácticas no saludables por falta de acompañamiento. Pérdida de confianza en instituciones. Limitación en la continuidad de programas públicos. Debilitamiento de la gobernanza local.	Beneficiarios: comunidad en general. Cooperantes: Alcaldía, Secretaría de Salud, ESE San Lorenzo, JAC, líderes sociales. Perjudicados: población rural sin acceso a programas. Oponentes: grupos o personas que rechazan o politizan la gestión institucional.	Alcaldía: liderazgo y coordinación intersectorial. Secretaría de Salud: planeación y ejecución en salud. JAC/líderes: puente entre comunidad e instituciones. ESE: ejecución operativa y fortalecimiento del APS.	Fortalecer la participación comunitaria en salud (COPACOS, JAC, mesas). Mejora del acceso institucional en veredas con APS extramural. Transparencia y rendición de cuentas. Fortalecer la articulación intersectorial y el seguimiento de políticas públicas. Capacitar líderes veredales en gestión comunitaria.
Económico	Limitadas oportunidades laborales, principalmente en el campo. Dependencia de agricultura de subsistencia. Ingresos bajos e inestabilidad laboral. Baja diversificación productiva. Migración por falta de oportunidades.	Carga física intensa, exposición a riesgos laborales. Exposición a agroquímicos y sustancias sin protección. Condiciones laborales informales sin garantías. Riesgos ergonómicos y factores de sobrecarga.	Falta de acceso a mercados competitivos. Infraestructura vial limitada. Escasas oportunidades de formación técnica. Altos costos de transporte desde veredas. Falta de asociatividad productiva.	Aumento de pobreza rural. Continuidad de prácticas informales e insalubres. Reducción de la economía local y aumento de migración. Desigualdades socioeconómicas entre territorio urbano y veredal.	Beneficiarios: agricultores, emprendedores, hogares rurales. Cooperantes: Secretaría de Desarrollo, UMATA, Cámara de Comercio, proyectos regionales, ESE San Lorenzo. Perjudicados: población joven que no encuentra empleo. Oponentes: resistencia al cambio productivo o adopción tecnológica.	UMATA: apoyo técnico a productores. Desarrollo Económico: fomento al emprendimiento rural y mercados campesinos. Cámara de Comercio: formalización y acompañamiento. ESE: salud laboral y promoción del autocuidado.	Fortalecer la economía campesina y los circuitos cortos de comercialización. Capacitación en buenas prácticas agrícolas y emprendimiento. Incentivos para diversificación productiva sostenible. Asistencia técnica continua. Programas de empleo local y formación laboral.

Fuente: Elaboración propia

1.6 Conclusiones del Capítulo

El municipio de Liborina presenta una configuración territorial marcada por su carácter predominantemente rural, con amplia dispersión geográfica y limitaciones históricas en el acceso a bienes y servicios básicos. La relación entre población, ambiente y territorio evidencia una estrecha dependencia de actividades agrícolas de subsistencia y un sistema productivo vulnerable, lo que condiciona las oportunidades de desarrollo y las condiciones de vida de la población.



Desde el punto de vista poblacional, el municipio experimenta un proceso de transición demográfica avanzada, con disminución progresiva de los grupos infantiles y juveniles, estabilidad en los grupos adultos y crecimiento acelerado de la población mayor. Este envejecimiento poblacional plantea retos crecientes para el sistema de salud, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas, dependencia funcional y necesidad de servicios de cuidado a largo plazo.

Las condiciones de vivienda y distribución de hogares confirman la dispersión rural y la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud mediante estrategias extramurales, búsqueda activa y transporte asistencial oportuno. La limitada infraestructura y el difícil acceso geográfico generan brechas en oportunidad, continuidad del cuidado y cobertura efectiva en salud pública.

En el ámbito institucional, aunque el municipio cuenta con una red mínima de servicios habilitados, persisten restricciones en capacidad instalada, disponibilidad de camas, oferta especializada y recursos para atención diferenciada. La gobernanza en salud requiere mayor articulación intersectorial, participación comunitaria e implementación de políticas públicas que respondan a las particularidades del territorio.

Los ejercicios de Cartografía Social permitieron comprender el territorio desde la perspectiva de las comunidades, destacando un fuerte arraigo cultural, prácticas tradicionales persistentes y problemáticas ambientales relacionadas con agua potable, disposición de residuos, deterioro de vías terciarias y escasa presencia institucional. La población reconoce sus recursos comunitarios, pero identifica que las problemáticas superan la capacidad local, lo que demanda acciones coordinadas entre salud, infraestructura, ambiente, educación y desarrollo económico.

Finalmente, los insumos de participación ciudadana reflejados en la Agenda Antioquia 2040 muestran que la comunidad desea un territorio con mayor desarrollo económico, sostenibilidad ambiental, fortalecimiento cultural y mejor infraestructura social. Las principales demandas sociales evidencian rezagos en empleo digno, cuidado ambiental, protección de ecosistemas, gobernanza y reducción de desigualdades, lo cual coincide con los desafíos identificados durante el análisis territorial.



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

2.1.1 Ocupación/Empleo

El mercado laboral en el municipio de Liborina refleja las dinámicas económicas de la subregión Occidente y del departamento de Antioquia. De acuerdo con el boletín económico municipal elaborado por el grupo de investigación de Macroeconomía Aplicada de la Universidad de Antioquia, el departamento registró para noviembre de 2021 una disminución del 1,46% en el nivel de ocupación respecto al mismo periodo de 2019, lo que corresponde a una pérdida aproximada de 40.581 empleos.

En este contexto, la subregión Occidente a la cual pertenece Liborina presentó una caída aún más marcada, con una disminución del 1,68% en la ocupación, equivalente a 1.391 puestos de trabajo que no habían sido recuperados para dicha fecha. Aunque la magnitud absoluta de la pérdida es menor frente a subregiones más pobladas, en territorios pequeños como Liborina este comportamiento tiene efectos significativos debido a la estructura laboral predominantemente rural y al peso de actividades económicas informales.

La tasa de desempleo en la subregión Occidente aumentó del 5% en 2019 al 5,8% en 2021, cifra que, si bien se mantiene muy por debajo del promedio departamental (11,11% para 2021), refleja la vulnerabilidad de las economías locales ante choques externos, especialmente en sectores como agricultura, comercio minorista y oficios varios, que son pilares del empleo en Liborina.

Para el municipio, la estructura laboral se caracteriza por:

- Predominio de actividades agropecuarias como principal fuente de ingresos, con alta dependencia de cultivos de café, caña, maíz y producción pecuaria menor.
- Segmentos importantes de empleo informal, asociados a jornalería, comercio no formal y oficios de baja cualificación.
- Baja participación laboral de mujeres y jóvenes, debido a limitaciones en oferta educativa, capacitación técnica y presencia de roles tradicionales de género.
- Limitada diversificación económica, lo que incrementa la vulnerabilidad ante variaciones climáticas, precios agrícolas y ciclos económicos regionales.
- Migración laboral temporal, especialmente de jóvenes y adultos hacia municipios más industrializados o hacia el área metropolitana del Valle de Aburrá.

La recuperación del empleo en Liborina depende de la capacidad para fortalecer encadenamientos productivos rurales, mejorar la conectividad vial para facilitar acceso a mercados, promover la formalización laboral y generar espacios de formación técnica y emprendimiento que permitan ampliar las oportunidades económicas locales.

Población Económicamente Activa (PEA).

La Población Económicamente Activa en Liborina está conformada por las personas en edad de trabajar que se encuentran ocupadas o en búsqueda activa de empleo. En el municipio, cuya estructura demográfica es predominantemente rural y envejecida, la PEA tiende a ser proporcionalmente menor frente a municipios más urbanizados.

La participación laboral se concentra en adultos entre los 25 y 59 años, grupos que históricamente han sostenido las principales actividades agropecuarias y comerciales.

La participación de jóvenes (15-28 años) es limitada debido a la migración hacia centros urbanos en búsqueda de educación, empleo y mejores oportunidades.





La participación femenina en la PEA sigue siendo baja, condicionada por:

- Cargas domésticas no remuneradas.
- Falta de oferta laboral formal.
- Baja disponibilidad de servicios de cuidado.

Ocupación.

El empleo en Liborina está fuertemente asociado a la economía primaria y actividades de baja productividad:

- La agricultura y la ganadería representan la principal fuente de empleo, especialmente en cultivos de frijol, café, caña panelera, maíz y en la ganadería de pequeña escala.
- El comercio minorista y los oficios varios constituyen la segunda fuente de ocupación, aunque con alto nivel de informalidad.
- La recuperación del empleo posterior a la pandemia ha sido lenta, coherente con la tendencia de la subregión Occidente, que aún mantenía una pérdida aproximada del 1,68% de los empleos frente a 2019.

Informalidad Laboral.

La informalidad es uno de los rasgos estructurales del mercado laboral del municipio.

- Se estima que la mayoría de las personas ocupadas trabajan en condiciones informales, sin contrato laboral, seguridad social ni estabilidad económica.
- La informalidad se concentra especialmente en:
 - Jomalería agrícola.
 - Pequeños comercios familiares.
 - Transporte informal.
 - Servicios domésticos.

La informalidad afecta principalmente a mujeres, jóvenes y adultos mayores, aumentando la vulnerabilidad económica y los riesgos asociados a seguridad social en salud y pensiones.

Dependencia Económica

El municipio muestra una estructura de dependencia marcada debido a su pirámide poblacional en proceso de envejecimiento y a la alta proporción de niños, adolescentes y personas mayores.

- La relación de dependencia se incrementa a medida que disminuye la población económicamente activa.
- La migración de jóvenes hacia otras ciudades reduce aún más el grupo en edad productiva, lo que presiona a la población ocupada para sostener a más dependientes.
- Esta dinámica debilita la capacidad del municipio para generar ingresos y limita la disponibilidad de mano de obra para procesos productivos.

Los indicadores laborales de Liborina evidencian un mercado laboral rural, con fuerte dependencia del sector agropecuario, alta informalidad y una estructura demográfica que incrementa la carga de dependencia económica. Estas condiciones demandan acciones orientadas a fortalecer la empleabilidad, dinamizar la economía local, mejorar la formalización laboral y promover oportunidades para mujeres, jóvenes y población rural dispersa.



Tabla 20. Tasa de desempleo estimada. Municipio de Liborina – Antioquia, 2021

Variable	Total
Tasa de desempleo (2019)	5%
Tasa de desempleo (2020)	8,06%
Tasa de desempleo (agosto 2021)	5,80%

Fuente: Boletín Económico municipal Antioquia 2021.

2.1.2 Economía

El municipio de Liborina presenta una marcada vocación agropecuaria, derivada de su estructura poblacional predominantemente rural y del amplio uso productivo del suelo. Más de 1.300 hectáreas están destinadas al cultivo de café, 731 hectáreas a una diversidad de productos agrícolas y más de 2.600 hectáreas a pastos para la alimentación de aproximadamente 7.800 cabezas de ganado y 1.800 équidos. Esta configuración confirma que el sector agropecuario constituye el principal eje económico del territorio, articulando la subsistencia de la mayoría de los hogares y dinamizando el comercio local.

Si bien otros sectores productivos aportan al desarrollo económico del municipio, el desarrollo rural continúa siendo el motor central de la economía local y el componente estratégico para la sostenibilidad territorial. En los últimos años, las iniciativas impulsadas desde la Secretaría de Agricultura se han consolidado como referentes subregionales, lo que reafirma la necesidad de fortalecer de manera continua este sector mediante inversión, asistencia técnica y acompañamiento institucional.

En la actividad agrícola sobresalen cultivos como frijol, panela, café, banano, hortalizas y plátano, todos fundamentales para la economía campesina y la seguridad alimentaria. Del mismo modo, la ganadería de multipropósito orientada tanto a la producción de carne como de leche constituye una de las actividades económicas más relevantes y complementarias del sistema productivo municipal.

2.2 Condiciones de Vida del Territorio

2.2.1 Condiciones de Vida

En Liborina se evidencian brechas marcadas entre la cabecera municipal y las zonas rurales en el acceso y calidad de los servicios básicos. Mientras el área urbana dispone de condiciones adecuadas en electricidad, agua potable y saneamiento, en los sectores rurales persisten limitaciones significativas, especialmente relacionadas con la disponibilidad de agua segura y la ausencia de sistemas efectivos para el manejo de aguas residuales. Esta situación incrementa la exposición de la población rural a enfermedades transmitidas por el agua y a riesgos ambientales que afectan directamente su bienestar.

Superar estas desigualdades requiere fortalecer los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento rural, promover alternativas comunitarias de tratamiento, y desarrollar estrategias de educación en higiene y uso seguro del agua. La articulación entre instituciones, actores locales y comunidad es fundamental para mejorar las condiciones de vida y reducir las inequidades territoriales. De lo contrario, las deficiencias actuales continuarán afectando la salud pública, limitando el desarrollo y perpetuando vulnerabilidades en las zonas más apartadas del municipio.



Tabla 21. Condiciones de vida. Municipio de Liborina – Antioquia, 2023

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad 2023 (índice de cobertura de energía eléctrica ICEE Unidad de Planeación Minero Energética - UPME 2025)	100.00	100.00
Cobertura de acueducto (DNP - TerriData) 2022	100.00	31.04
Cobertura de alcantarillado (DNP - TerriData) 2022	99.91	4.81

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.2.2 Seguridad Alimentaria

El bajo peso al nacer en Liborina muestra un comportamiento estable y relativamente favorable, lo que sugiere avances en el acceso y calidad del control prenatal. Sin embargo, persisten factores que pueden mantener este evento, especialmente en zonas rurales, como dificultades de acceso a los servicios, control prenatal tardío, condiciones nutricionales deficientes y determinantes sociales que afectan la gestación.

Para mejorar la situación, se requiere fortalecer la captación temprana de gestantes, garantizar controles prenatales continuos y de calidad, reforzar el seguimiento nutricional, mejorar las rutas de transporte para la atención oportuna y articular acciones intersectoriales que apoyen a las mujeres durante el embarazo.

Si no se interviene adecuadamente, podrían aumentar los riesgos de morbilidad y mortalidad neonatal, alteraciones en el crecimiento y desarrollo y mayores cargas para los servicios de salud y las familias. En conjunto, aunque el municipio presenta un comportamiento positivo, el bajo peso al nacer sigue siendo un determinante que exige vigilancia continua y fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.

Tabla 22. Seguridad alimentaria (Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer). Municipio de Liborina – Antioquia, 2005-2024

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	Liborina	Comportamiento																			
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*		
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE) 2024*	11.30	9.80	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.2.3 Cobertura de Educación

Liborina presenta avances en los niveles de secundaria y media, pero persisten dificultades en la educación primaria y en el analfabetismo, especialmente en las zonas rurales. Estas brechas reflejan barreras de acceso, limitaciones económicas familiares y dificultades para garantizar la permanencia escolar.

Esta situación afecta el desarrollo de habilidades básicas, reduce oportunidades laborales futuras y limita la apropiación de prácticas de autocuidado y uso adecuado de los servicios de salud.

Se recomienda fortalecer estrategias de permanencia escolar, ampliar los programas de alfabetización para adultos, mejorar apoyos como transporte y alimentación escolar y promover acciones comunitarias que impulsen la educación desde edades tempranas.



Tabla 23. Cobertura de educación. Municipio de Liborina – Antioquia, 2005-2022

Indicadores	Antioquia	Liborina	Comportamiento																	
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	4.5	8.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	103.3	81.8	-	-	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	115.4	106.5	-	-	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	94.2	88.7	-	-	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.2.4 Coberturas de Vacunación PAI

Las coberturas de vacunación del municipio muestran comportamientos diferenciados según el biológico. La vacuna BCG presenta una cobertura baja; sin embargo, este resultado no refleja necesariamente fallas locales en la prestación del servicio, ya que su aplicación y registro se realizan en el municipio donde ocurre el nacimiento. Debido a que Liborina tiene un número muy reducido de nacimientos y muchas gestantes acuden a instituciones de mayor complejidad en otros municipios, la carga administrativa de la BCG queda asociada a esos territorios, disminuyendo artificialmente la cobertura local.

En contraste, las coberturas de DPT y Polio en menores de un año muestran desempeños más favorables, lo que indica una adecuada capacidad del municipio para completar esquemas durante el primer año de vida. No obstante, la cobertura de triple viral presenta rezagos que pueden deberse a dificultades en el seguimiento del esquema, barreras de acceso en áreas rurales, o inconsistencias en el registro oportuno de las dosis.

- La baja cobertura de BCG no necesariamente implica fallas del programa de vacunación, sino una distorsión asociada al lugar de nacimiento.
- Las brechas en triple viral pueden aumentar el riesgo de enfermedades inmunoprevenibles y generar acumulación de susceptibles.
- Las diferencias entre biológicos sugieren la necesidad de fortalecer el seguimiento nominal de niños y niñas, especialmente en zonas rurales dispersas.

Tabla 24. Coberturas de Vacunación PAI. Municipio de Liborina – Antioquia, 2005-2022

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Liborina	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	88.6	6.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	89.0	86.1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	88.8	86.1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	91.7	72.8	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.2.5 Pobreza (NBI o IPM)

Pobreza (NBI o IPM) Total.

Liborina muestra un nivel moderado de necesidades básicas insatisfechas, destacándose como principales retos el hacinamiento en los hogares y la alta dependencia económica, especialmente en zonas rurales. Aunque la mayoría de las viviendas cuentan con servicios básicos adecuados, las condiciones de habitabilidad y la limitada capacidad de generación de ingresos siguen afectando el bienestar de muchas familias.

La situación educativa es relativamente favorable, con baja inasistencia escolar, pero persisten riesgos asociados a la pobreza rural y a la informalidad laboral.



Se recomienda priorizar acciones para mejorar las condiciones de vivienda, fortalecer programas de empleo y emprendimiento rural, y mantener estrategias que garanticen la permanencia escolar y la protección social de las familias más vulnerables.

Tabla 25. Pobreza (NBI o IPM) Total. Municipio de Liborina – Antioquia, 2018

Total						
Necesidades Basicas Insatisfechas por Categorías %						
Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
13,86	1,72	0,22	0,16	5,81	0,94	8,50

Fuente: DANE-Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018

Pobreza (NBI o IPM) Cabecera.

La cabecera de Liborina presenta bajos niveles de Necesidades Básicas Insatisfechas, lo que evidencia mejores condiciones de vida respecto a la zona rural. La mayoría de los hogares cuentan con servicios básicos adecuados y buena integración educativa.

Los principales desafíos se relacionan con hacinamiento leve, algunas necesidades de mejoramiento en vivienda y alta dependencia económica dentro de los hogares.

En general, el área urbana muestra un contexto socioeconómico más favorable, aunque requiere mantener acciones para fortalecer oportunidades laborales y mejorar las condiciones habitacionales.

Tabla 26. Pobreza (NBI o IPM) Cabecera. Municipio de Liborina – Antioquia, 2018

Cabecera						
Necesidades Basicas Insatisfechas por Categorías %						
Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
5,44	0,00	0,32	0,23	0,95	0,14	3,81

Fuente: DANE-Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018

Pobreza (NBI o IPM) Resto.

La zona rural de Liborina concentra los mayores niveles de Necesidades Básicas Insatisfechas del municipio. Las principales carencias se relacionan con hacinamiento y alta dependencia económica, lo que evidencia hogares con mayores presiones sociales y menor capacidad para sostener su bienestar. Además, persisten algunos casos de pobreza extrema, lo que refuerza la vulnerabilidad del territorio rural. Aunque los componentes de vivienda, servicios e inasistencia escolar muestran menor afectación, las brechas con respecto a la cabecera municipal siguen siendo amplias y requieren acciones focalizadas.

Tabla 27. Pobreza (NBI o IPM) Resto. Municipio de Liborina – Antioquia, 2018

Resto						
Necesidades Basicas Insatisfechas por Categorías %						
Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
17,12	2,39	0,18	0,14	7,69	1,25	10,32

Fuente: DANE-Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018

2.3 Dinámicas de Convivencia en el Territorio

2.3.1 Factores Psicológicos y Culturales

En Liborina, las tasas de violencia intrafamiliar y de violencia contra la mujer son bajas en comparación con el promedio departamental, lo que indica un territorio con menor registro de estos hechos. Sin embargo, esto podría estar influenciado por subnotificación, especialmente en áreas rurales donde persisten barreras culturales y de acceso para denunciar.

Aunque los niveles son bajos, la situación exige continuar fortaleciendo la prevención, la detección oportuna y el acompañamiento a posibles víctimas, así como acciones comunitarias para reducir la tolerancia social frente a cualquier forma de violencia.

Tabla 28. Factores psicológicos y culturales. Municipio de Liborina – Antioquia, 2023

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Liborina
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	47.5	9.5
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	52.2	19.4

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.4 Análisis de la Población en Condición de Discapacidad

2.4.1 Pirámide de la Población en Condición de Discapacidad

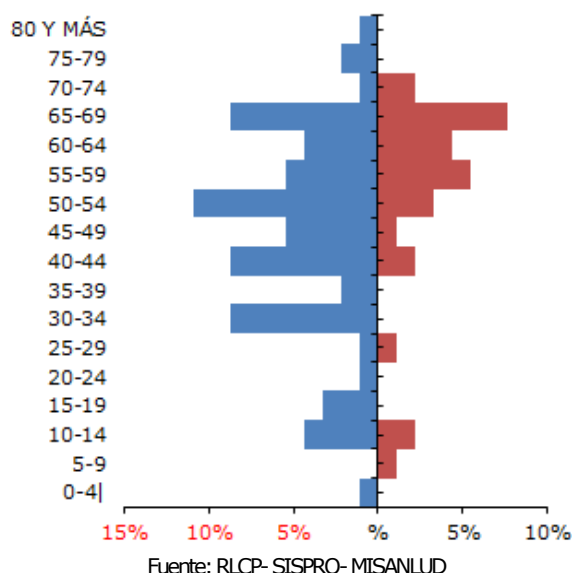
En 2025, Liborina registra 92 personas en situación de discapacidad, según las cifras reportadas oficialmente. La mayoría corresponde a hombres (64 casos), mientras que 28 son mujeres, manteniendo una clara predominancia masculina. La discapacidad se concentra principalmente en la población adulta y adulta mayor, especialmente entre los 50 y 79 años, lo que refleja la influencia de enfermedades crónicas, deterioro asociado al envejecimiento y posibles secuelas de condiciones de salud no tratadas oportunamente.

En la infancia y adolescencia (0 a 14 años), así como en la juventud (15 a 29 años), el número de casos es reducido. Esto podría sugerir baja prevalencia de discapacidad en edades tempranas, aunque también podría reflejar un subregistro.

Es importante resaltar que los datos corresponden únicamente a personas con certificación oficial de discapacidad, proceso que depende del cumplimiento de lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. Por ello, la cifra real de personas con discapacidad en el municipio puede ser mayor, dado que existen habitantes que aún no han sido evaluados o no han completado el trámite.

En este contexto, es fundamental fortalecer y continuar el proceso de certificación en articulación con el Ministerio, las EPS y la ESE municipal, para garantizar una caracterización completa que permita planear adecuadamente la oferta de servicios, programas de rehabilitación, accesibilidad y acciones diferenciales para esta población.

Figura 13. Pirámide poblacional de distribución de discapacidad. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025



2.4.2 Distribución de las Alteraciones Permanentes

La población certificada con discapacidad en Liborina se concentra principalmente en tres tipos: discapacidad física, intelectual y múltiple, siendo las más frecuentes tanto en hombres como en mujeres.

En las mujeres predomina especialmente la discapacidad física, mientras que en los hombres se observa también una alta presencia de discapacidad intelectual y múltiple. Las discapacidades visual, auditiva y psicosocial presentan menor representación, aunque esta última es más visible en mujeres.

Es importante resaltar que estas cifras solo incluyen a las personas certificadas, por lo que la magnitud real de la discapacidad en el municipio podría ser mayor. Esto evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo el proceso de certificación con el Ministerio de Salud, para garantizar una caracterización completa y un mejor acceso a servicios y apoyos.

Tabla 29. Distribución de las alteraciones permanentes. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres**	Mujeres	Proporción Mujeres**
Física	39	60.9	23	82.1
Visual	5	7.8	1	3.6
Auditiva	8	12.5	0	0.0
Intelectual	25	39.1	6	21.4
Psicosocial (Mental)	15	23.4	7	25.0
Sordoceguera	0	0.0	0	0.0
Múltiple	24	37.5	8	28.6
Total	64		28	

Fuente: RLCP- SISPRO- MISANLUD

2.5 Condiciones Sociales, Económicas y de la Vida Desde la Cartografía Social

La Cartografía Social realizada con las comunidades de Liborina permite comprender, desde la voz de sus habitantes, las dinámicas sociales, económicas, culturales y ambientales que configuran la vida cotidiana en el territorio. Este ejercicio participativo revela percepciones, problemáticas y potencialidades que complementan la información estadística y enriquecen el análisis territorial del ASIS.



2.5.1 Condiciones Sociales

La comunidad reconoce que existe un tejido social fuerte, caracterizado por la solidaridad, el sentido de pertenencia y las prácticas tradicionales que forman parte de la identidad local. No obstante, también se identifican desafíos importantes:

- Débil acceso a servicios sociales en veredas alejadas, lo que dificulta la atención en salud, educación y programas de apoyo comunitario.
- Normalización de prácticas culturales que pueden ser riesgosas (manejo de residuos, uso de fogones de leña, quema de basuras).
- Problemas de convivencia asociados al consumo de sustancias psicoactivas, conflictos familiares y algunas expresiones de violencia intrafamiliar.
- Limitado acceso a oportunidades para jóvenes, lo que incrementa el riesgo de deserción escolar, migración y vinculación a actividades informales.
- Baja participación comunitaria en procesos institucionales y de planeación, especialmente en sectores rurales.

Estas condiciones evidencian la necesidad de fortalecer la organización social, el liderazgo comunitario y los espacios de participación ciudadana.

2.5.2 Condiciones Económicas

La población reconoce que la economía local se sustenta principalmente en la agricultura y la ganadería, actividades que, aunque arraigadas culturalmente, presentan limitaciones:

- Dependencia de cultivos tradicionales (café, frijol, plátano) con baja tecnificación y limitada diversificación.
- Bajos ingresos laborales y alta informalidad en la actividad agropecuaria y comercial.
- Dificultades para la comercialización debido a problemas de vías terciarias, costos de transporte y debilidad en la asociatividad.
- Escasas alternativas de empleo formal, lo que obliga a muchos habitantes a desplazarse a municipios cercanos o al área metropolitana.
- Falta de formación técnica y oportunidades de emprendimiento rural, especialmente para jóvenes y mujeres.

La cartografía social también resalta el potencial del territorio para el turismo rural y cultural, si se fortalecen las capacidades locales y la infraestructura.

2.5.3 Condiciones de la Vida y el Entorno

Los habitantes identifican factores del entorno que impactan directamente su calidad de vida:

Aspectos positivos

- Riqueza natural y paisajística.
- Acceso a fuentes de agua en la mayoría de las veredas.
- Tranquilidad del territorio y fuerte identidad rural.

Problemáticas ambientales

- Contaminación por quema de residuos, disposición inadecuada de excretas y basuras.
- Deterioro de fuentes hídricas por malas prácticas agrícolas y ganaderas.
- Riesgos de deslizamientos y remoción en masa en zonas de ladera.
- Manejo deficiente de residuos sólidos en áreas rurales.



Condiciones de infraestructura

- Deficiencias en vías rurales que limitan el acceso a salud, educación y comercio.
- Viviendas con condiciones de hacinamiento y materiales inadecuados en algunas veredas.
- Conectividad limitada, lo que restringe el acceso a información, educación virtual y oportunidades económicas.

2.5.4 Implicaciones para la salud y el bienestar

La interacción entre los determinantes sociales y económicos identificados se traduce en:

- Dificultades para el acceso oportuno a servicios de salud.
- Persistencia de enfermedades prevenibles por condiciones del entorno.
- Riesgos nutricionales asociados a bajos ingresos y acceso limitado a alimentos variados.
- Vulnerabilidad social en poblaciones específicas: niños, mujeres, personas mayores y familias rurales dispersas.
- Barreras para la continuidad educativa y proyectos de vida de adolescentes y jóvenes.

2.5.5 Recomendaciones orientadas desde la comunidad

A partir de los aportes de la cartografía social, la comunidad propone:

- Fortalecer la infraestructura vial terciaria y mejorar el transporte rural.
- Impulsar programas de educación, formación agropecuaria y emprendimiento.
- Desarrollar estrategias de cuidado ambiental y prácticas sostenibles.
- Aumentar la presencia institucional en zonas rurales con acciones extramurales.
- Promover la organización comunitaria y los procesos de participación.
- Impulsar proyectos productivos y cadenas de valor rurales.
- Mejorar el acceso a servicios públicos, conectividad y equipamientos comunitarios.

La Cartografía Social evidencia que Liborina es un territorio con fuerte identidad rural y vocación agropecuaria, pero también con importantes desigualdades entre la cabecera y la zona rural. Las condiciones sociales, económicas y del entorno influyen directamente en la calidad de vida y en los resultados de salud de la población, por lo que se requiere una acción intersectorial que fortalezca el desarrollo rural, la educación, la infraestructura y la participación comunitaria.

2.6 Conclusiones del Capítulo

El análisis de las condiciones sociales, económicas y de calidad de vida en Liborina muestra un municipio predominantemente rural, con una economía basada en actividades agropecuarias y marcado por brechas entre la cabecera y las veredas. La informalidad laboral y las limitadas oportunidades para jóvenes y mujeres afectan la estabilidad y autonomía de los hogares. Las zonas rurales presentan mayores rezagos en vivienda, saneamiento, acceso al agua, movilidad y conectividad, lo que condiciona el acceso efectivo a servicios de salud y programas institucionales.

Aunque se observan avances educativos, persisten desafíos en alfabetización, permanencia escolar y cobertura rural. Las coberturas vacunales presentan comportamientos heterogéneos, con buenos resultados en algunos biológicos, pero con posibles subregistros. La baja notificación de violencias y el registro limitado de discapacidad sugieren subreportes que afectan la lectura real de estas problemáticas.

La cartografía social confirma las desigualdades territoriales y las necesidades expresadas por la comunidad en infraestructura vial, presencia institucional, oportunidades económicas y protección ambiental. En conjunto, el municipio requiere fortalecer el desarrollo rural, reducir brechas internas, ampliar oportunidades educativas y laborales, robustecer la salud pública en zonas dispersas y mejorar los sistemas de información para una gestión más efectiva del riesgo en salud.





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:

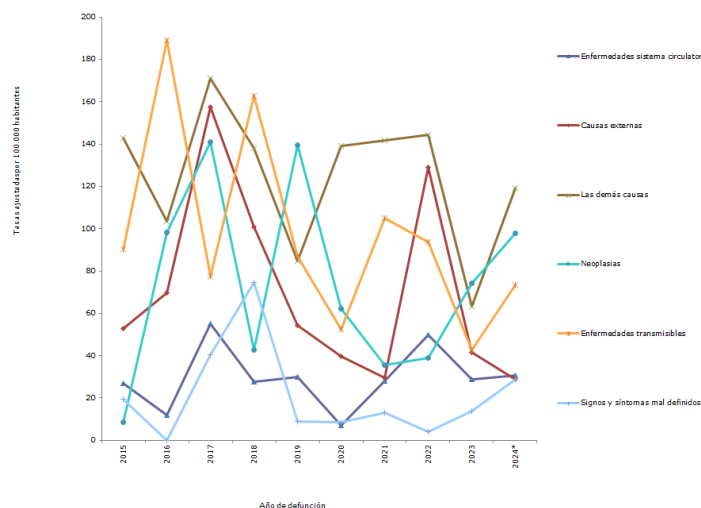
Tasas Ajustadas Total.

Las tasas ajustadas de mortalidad en Liborina muestran un comportamiento variable a lo largo del tiempo, reflejando un perfil epidemiológico mixto. Se observan fluctuaciones en las muertes por enfermedades crónicas (como las circulatorias y las neoplasias), así como variaciones importantes en las causas externas y en las enfermedades transmisibles.

La presencia de fallecimientos clasificados como signos y síntomas mal definidos evidencia dificultades en la calidad del registro, sobre todo en zonas rurales.

En conjunto, los datos indican la necesidad de fortalecer la prevención de enfermedades crónicas, mejorar la vigilancia de causas externas y transmisibles, y avanzar en la certificación adecuada de causas de muerte.

Figura 14. Tasas ajustadas total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



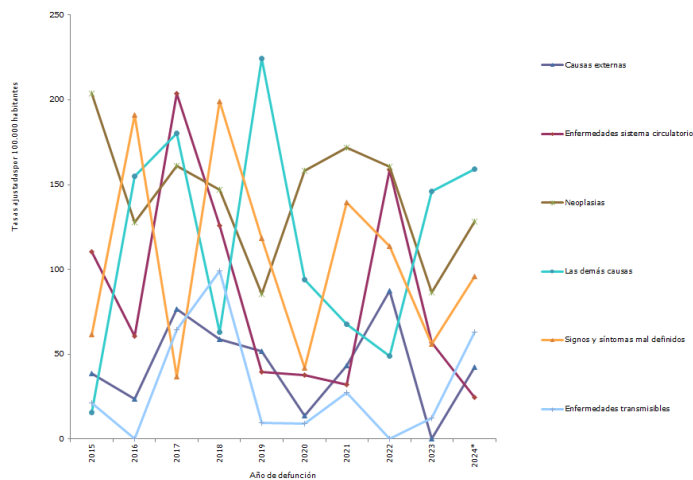
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasas Ajustadas Hombres.

La mortalidad en los hombres del municipio muestra que las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio son las principales causas a lo largo del tiempo. Las causas externas también destacan por su peso, con incrementos en algunos años, reflejando riesgos asociados a accidentes y violencias. Las enfermedades transmisibles y los signos y síntomas mal definidos presentan variaciones importantes, lo que podría indicar tanto eventos puntuales como posibles fallas en el registro. En conjunto, el comportamiento evidencia la necesidad de fortalecer la prevención de enfermedades crónicas, la seguridad y la calidad del diagnóstico.



Figura 15. Tasas ajustadas hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

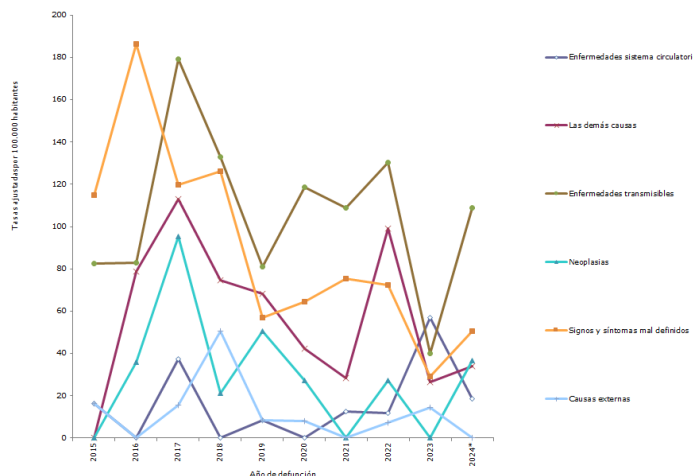
Tasas Ajustadas Mujeres.

En las mujeres del municipio, la mortalidad presenta un patrón marcado por la variabilidad entre años y por el predominio de enfermedades transmisibles y signos y síntomas mal definidos, lo que sugiere tanto una carga de enfermedad asociada a infecciones como limitaciones en la oportunidad o precisión diagnóstica. Aunque en varios años no se registran muertes por enfermedades del sistema circulatorio o neoplasias, en otros aparecen incrementos que indican la presencia intermitente de estas condiciones crónicas en la población femenina.

Las causas externas se presentan con menor magnitud respecto a los hombres, pero muestran incrementos en algunos periodos, reflejando vulnerabilidades específicas.

En conjunto, el comportamiento evidencia la necesidad de fortalecer la detección oportuna de enfermedades crónicas en mujeres, mejorar la calidad del registro y consolidar acciones de promoción y prevención dirigidas a grupos de mayor riesgo.

Figura 16. Tasas ajustadas mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



AVPP Total.

El análisis de los AVPP en Liborina muestra que las muertes prematuras provienen de una combinación de enfermedades crónicas, transmisibles y causas externas, con variaciones importantes entre los años evaluados.

Las causas que más aportan a la pérdida de años de vida son las enfermedades del sistema circulatorio, que de manera constante generan un alto volumen de AVPP, evidenciando muertes tempranas relacionadas con infartos, hipertensión y otras patologías cardiovasculares.

Las causas externas (accidentes, violencias y otros eventos no intencionales) presentan picos muy altos en algunos años, lo que refleja un impacto considerable en población joven y productiva.

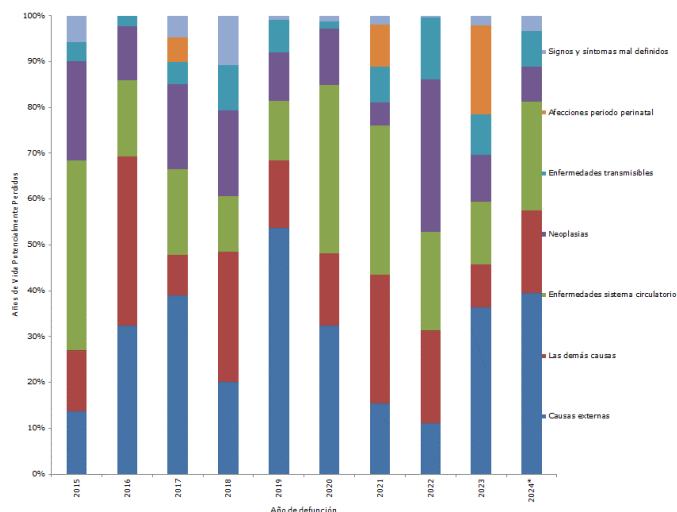
Las neoplasias también representan una carga significativa y sostenida de AVPP, indicando dificultades en detección temprana y acceso a tratamiento oportuno.

Las enfermedades transmisibles muestran un comportamiento fluctuante, pero en varios años aportan una cifra importante de pérdidas, lo que sugiere brechas en prevención, vacunación y atención primaria.

Las categorías de "las demás causas" y "signos y síntomas mal definidos" registran aportes relevantes en ciertos años, lo que puede estar asociado a fallas en el diagnóstico y registro de las causas de muerte.

Por su parte, las afecciones del período perinatal aparecen con valores altos en algunos años específicos, lo que señala la necesidad de fortalecer la atención materno-infantil y el control prenatal.

Figura 17. AVPP total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



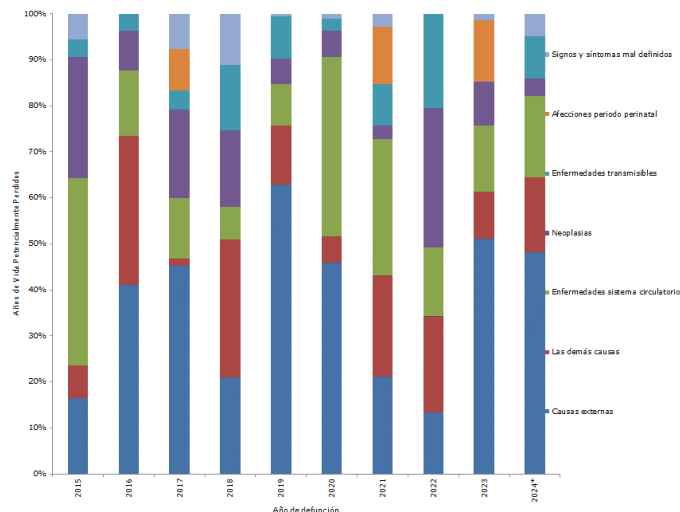
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

AVPP Hombres.

En los hombres de Liborina, los AVPP se concentran principalmente en las causas externas, seguidas de las enfermedades cardiovasculares, neoplasias y, en menor proporción, enfermedades transmisibles. Esto evidencia que la mortalidad prematura masculina está fuertemente asociada a la violencia, la accidentalidad y enfermedades crónicas, lo que exige intervenciones integrales en convivencia, seguridad, prevención de traumas y fortalecimiento de la atención en salud para enfermedades crónicas.



Figura 18. AVPP hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

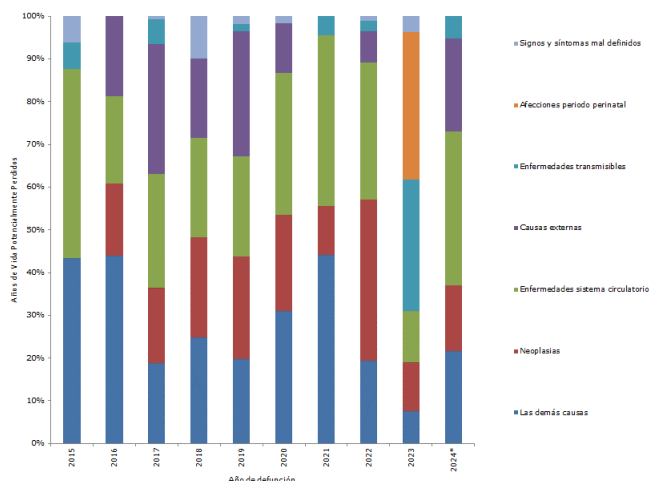


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

AVPP Mujeres.

En las mujeres de Liborina, la pérdida de años de vida se asocia principalmente con enfermedades cardiovasculares y neoplasias, reflejando una carga predominante de enfermedades crónicas. En menor medida, contribuyen las causas externas, las enfermedades transmisibles y otros eventos aislados. Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer la prevención de enfermedades no transmisibles, promover estilos de vida saludables, garantizar el acceso a diagnósticos oportunos y fortalecer las estrategias de protección frente a violencias basadas en género.

Figura 19. AVPP mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

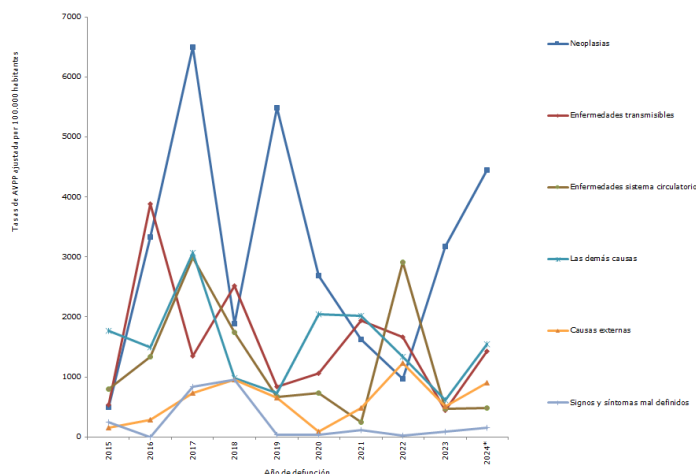
Tasas Ajustadas de AVPP Total.

La carga de AVPP ajustados por edad en Liborina está dominada por una mezcla de causas transmisibles y no transmisibles, con una proporción relevante atribuible a violencias y lesiones externas. La elevada presencia de causas "mal definidas" limita la capacidad analítica para orientar intervenciones. Los hallazgos demandan el fortalecimiento de



la atención primaria, la gestión del riesgo en enfermedades crónicas, la prevención de violencias y la mejora en la calidad de los sistemas de información en salud.

Figura 20. Tasas ajustadas de AVPP Total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

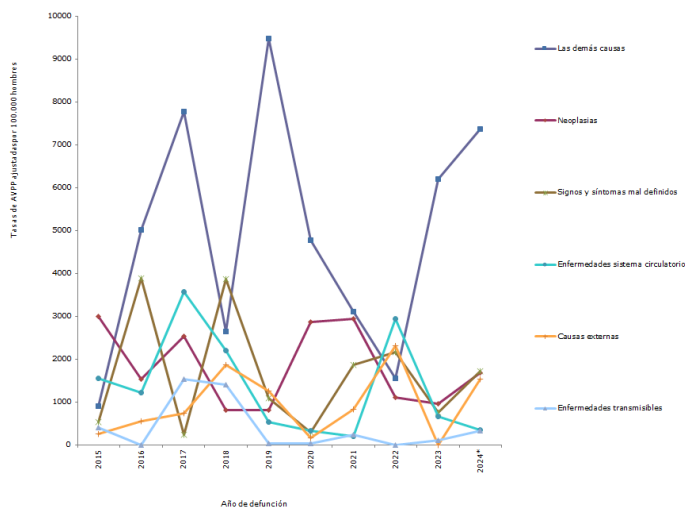


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasas Ajustadas de AVPP Hombres.

La mortalidad prematura masculina en Liborina está marcada por lesiones, enfermedades crónicas y neoplasias, junto con debilidades en la calidad de los registros de defunción. Este patrón exige acciones diferenciales dirigidas a prevención de violencias, control de enfermedades crónicas y fortalecimiento de la vigilancia y calidad del dato.

Figura 21. Tasas ajustadas de AVPP hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

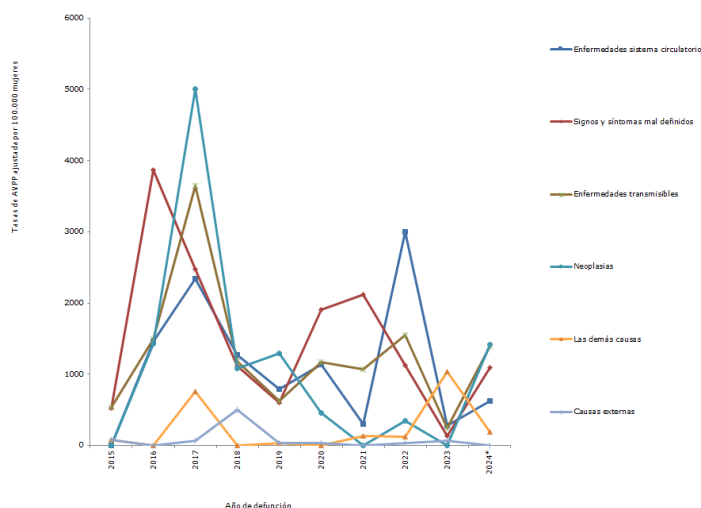
Tasas Ajustadas de AVPP Mujeres.

La tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) ajustada por edad en mujeres de Liborina muestra una alta variabilidad anual, pero con un patrón claro donde predominan como principales aportantes las enfermedades transmisibles, las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y los signos y síntomas mal definidos, lo que



evidencia tanto la carga de enfermedad crónica y transmisible como debilidades en la calidad del registro de defunciones. Aunque las causas externas tienen un peso menor, siguen contribuyendo a la mortalidad prematura femenina. En conjunto, el comportamiento indica la necesidad de fortalecer el control de enfermedades crónicas, mejorar la prevención y el manejo oportuno de infecciones, así como optimizar la certificación y clasificación de causas de muerte para un análisis más preciso.

Figura 22. Tasas ajustadas de AVPP Mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

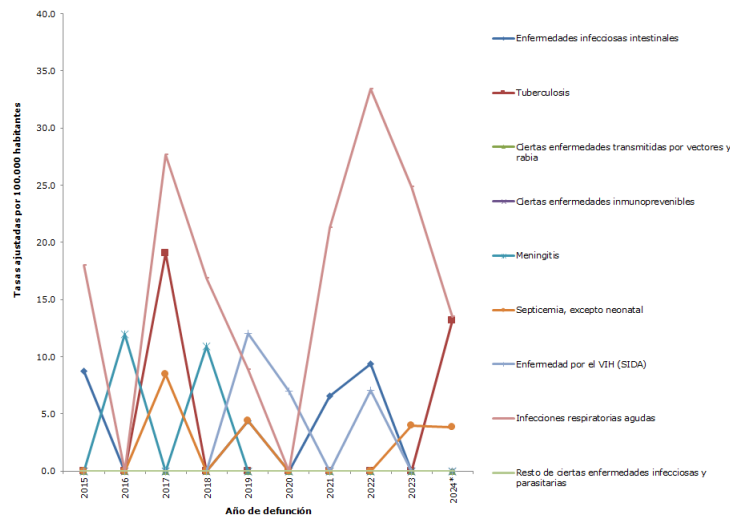
La mortalidad en Liborina muestra una distribución concentrada principalmente en enfermedades transmisibles, neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio, causas externas y otras causas, con variaciones relevantes entre años que reflejan tanto cambios epidemiológicos como posibles fluctuaciones en el registro.

Transmisibles Total.

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha sido variable, destacándose episodios relacionados principalmente con infecciones intestinales, infecciones respiratorias agudas, septicemia y algunos casos de tuberculosis. Aunque su frecuencia no es constante, continúan representando un riesgo importante, especialmente en contextos de vulnerabilidad social, baja oportunidad diagnóstica y barreras de acceso a servicios de salud. El comportamiento sugiere la necesidad de fortalecer vigilancia, vacunación y atención primaria.



Figura 23. Transmisibles total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

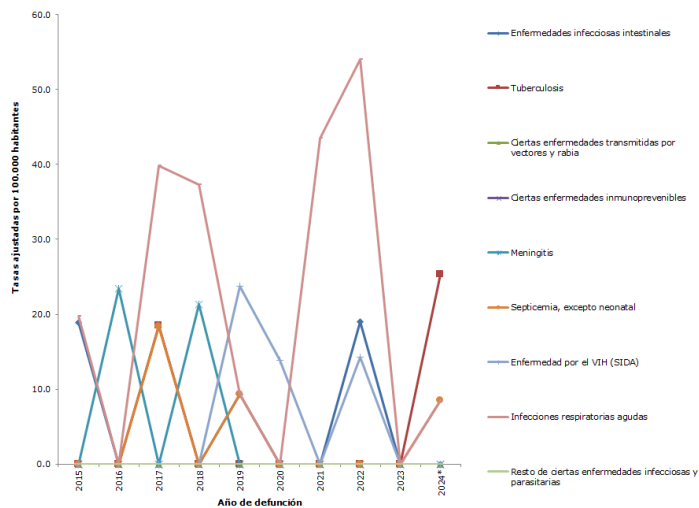


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Transmisibles Hombres.

Las causas transmisibles mantienen presencia constante, especialmente las infecciones intestinales, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis y algunos episodios de septicemia. Aunque su magnitud fluctúa entre los años, estas muertes reflejan vulnerabilidades persistentes en saneamiento básico, condiciones de vida y oportunidad de la atención. La ocurrencia reiterada indica la necesidad de fortalecer las acciones extramurales, la detección temprana y la adherencia al tratamiento.

Figura 24. Transmisibles hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

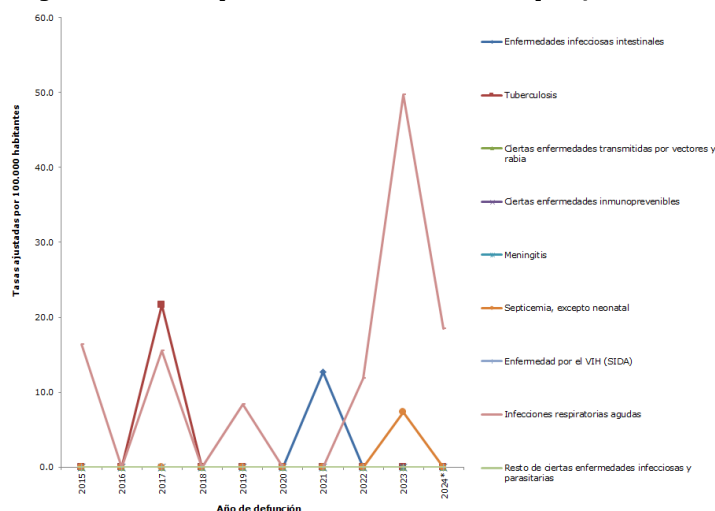
Transmisibles Mujeres.

La mortalidad femenina por enfermedades transmisibles en Liborina es baja y de presentación esporádica, concentrándose principalmente en infecciones respiratorias agudas y algunos episodios aislados de tuberculosis. Este patrón sugiere que, aunque el impacto global es limitado, persisten vulnerabilidades asociadas a condiciones



ambientales, comorbilidades y barreras en el acceso oportuno a servicios de atención, especialmente en mujeres adultas mayores.

Figura 25. Transmisibles mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

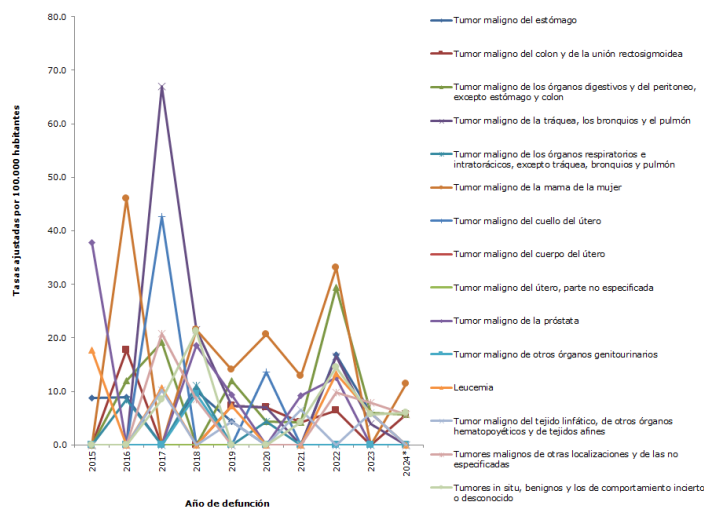


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Neoplasias Total.

Las neoplasias constituyen un grupo relevante y persistente de mortalidad. Los eventos más comunes corresponden a cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, colon y recto, mama, cuello uterino y tejido linfático y hematopoyético. El patrón revela la presencia continua de cánceres asociados tanto a factores ambientales como a estilos de vida y a oportunidades limitadas de detección temprana, especialmente para cáncer de mama y cuello uterino. Esto refuerza la importancia de ampliar tamizajes, fortalecer la ruta de cáncer y mejorar el acceso diagnóstico y terapéutico.

Figura 26. Neoplasias total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



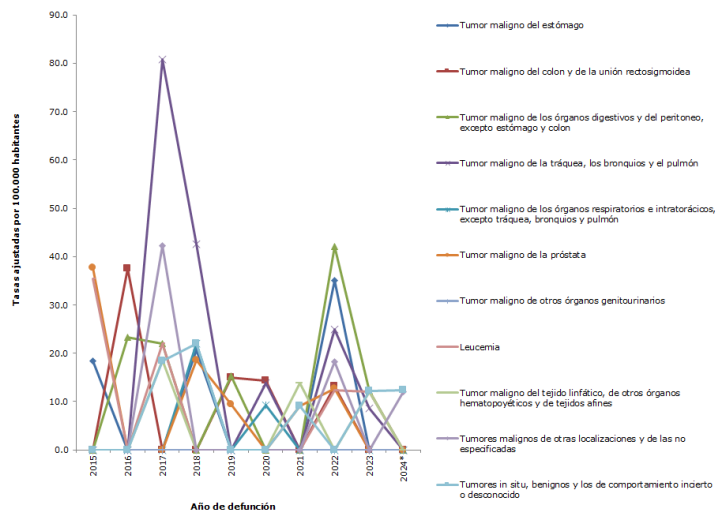
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Neoplasias Hombres.

En neoplasias, se observan muertes asociadas a cáncer gástrico, colorrectal, de pulmón y de próstata, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la detección temprana y el control de factores de riesgo.

Figura 27. Neoplasias hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

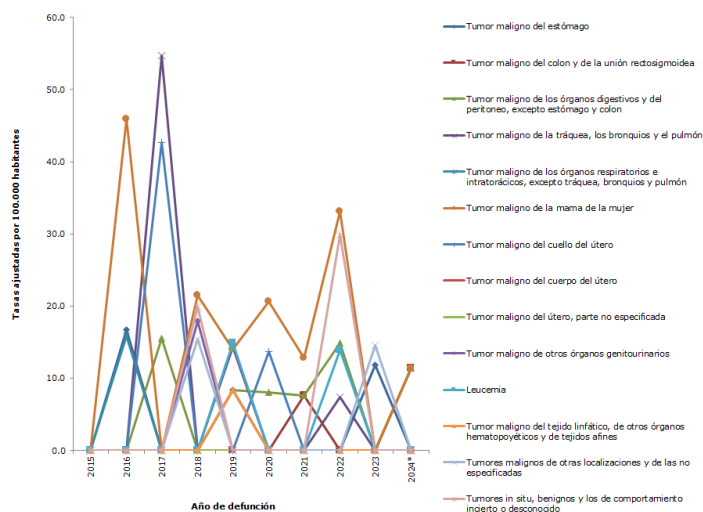


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Neoplasias Mujeres.

Las neoplasias representan un subgrupo significativo en la mortalidad femenina, con registros recurrentes de cáncer de mama, cuello uterino, colon y pulmón, junto a algunos casos de tumores ginecológicos y del sistema linfático. La persistencia de estos eventos evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de promoción, prevención y tamizaje oportuno, especialmente en cáncer de mama y cérvix, cuya detección precoz es determinante para mejorar la supervivencia.

Figura 28. Neoplasias mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



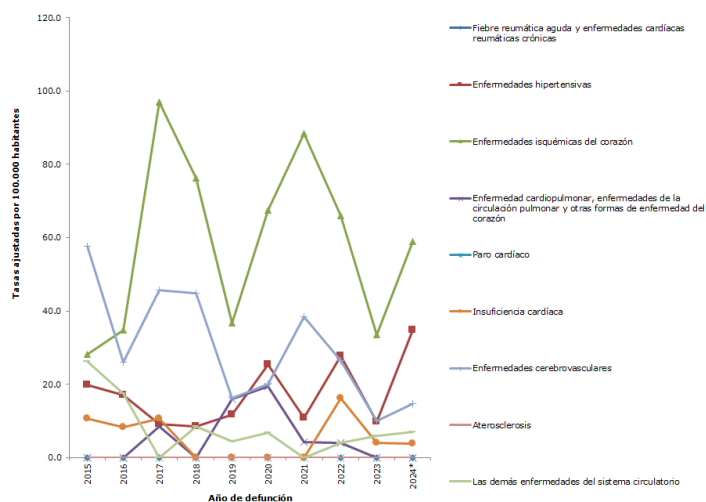
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Sistema Circulatorio Total.

Este subgrupo se mantiene como uno de los más significativos, con predominio de enfermedades hipertensivas, cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares y aterosclerosis. La carga elevada de estas patologías evidencia una transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas a envejecimiento poblacional, hábitos alimentarios, sedentarismo y baja adherencia a controles. Se requiere un fortalecimiento sostenido de la gestión del riesgo cardiovascular.

Figura 29. Sistema circulatorio total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

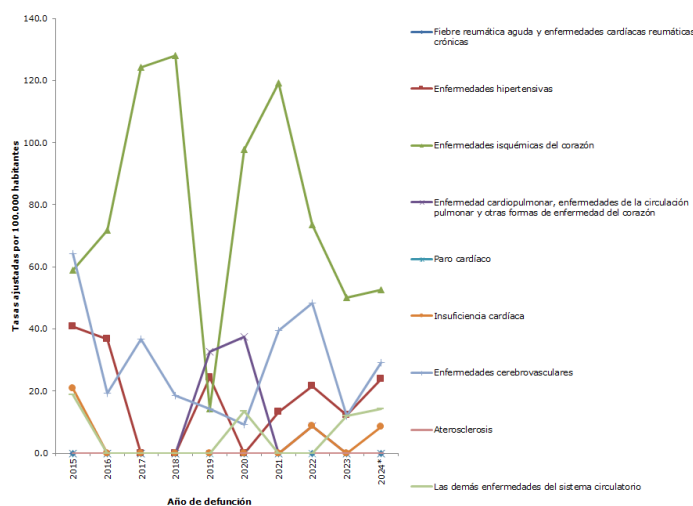


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Sistema Circulatorio Hombres.

Las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo relevantes, con hipertensión, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca como causas recurrentes, reflejando estilos de vida poco saludables y baja adherencia al control

Figura 30. Sistema circulatorio hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



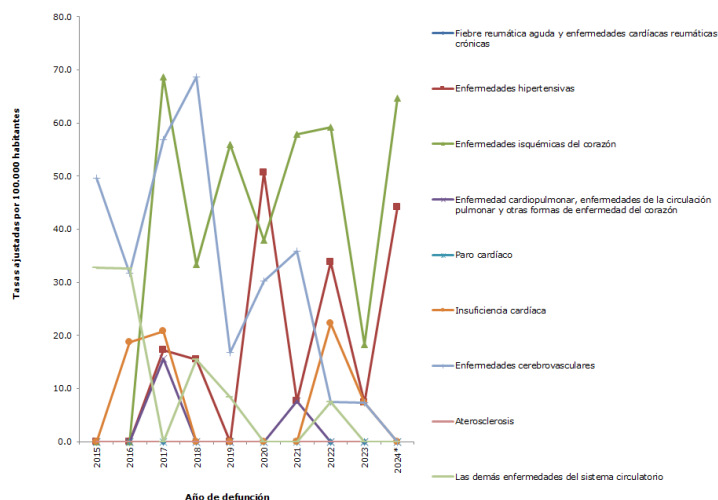
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Sistema Circulatorio Mujeres.

En este subgrupo se destaca la relevancia continua de la hipertensión arterial, las cardiopatías isquémicas y los eventos cerebrovasculares como causas de muerte en mujeres. Estos patrones están asociados a factores de riesgo como la obesidad, sedentarismo, hábitos alimentarios, envejecimiento y baja adherencia al control de enfermedades crónicas, lo que refuerza la importancia de un abordaje integral del riesgo cardiovascular.

Figura 31. Sistema circulatorio mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

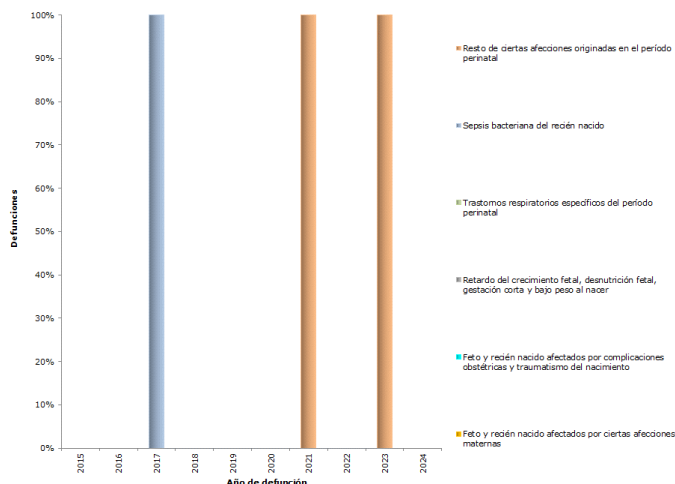


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Periodo Perinatal Total.

En Liborina, la mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal es baja y de presentación esporádica. Los registros disponibles muestran casos aislados de trastornos respiratorios específicos del período neonatal, sepsis bacteriana del recién nacido y otras afecciones perinatales no especificadas. La ocurrencia intermitente de estas muertes indica vulnerabilidades asociadas al control prenatal, atención del parto, cuidados inmediatos del recién nacido y factores de riesgo materno-infantiles, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la atención prenatal oportuna, el seguimiento a embarazos de riesgo y la capacidad resolutoria en la atención del recién nacido.

Figura 32. Periodo perinatal total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



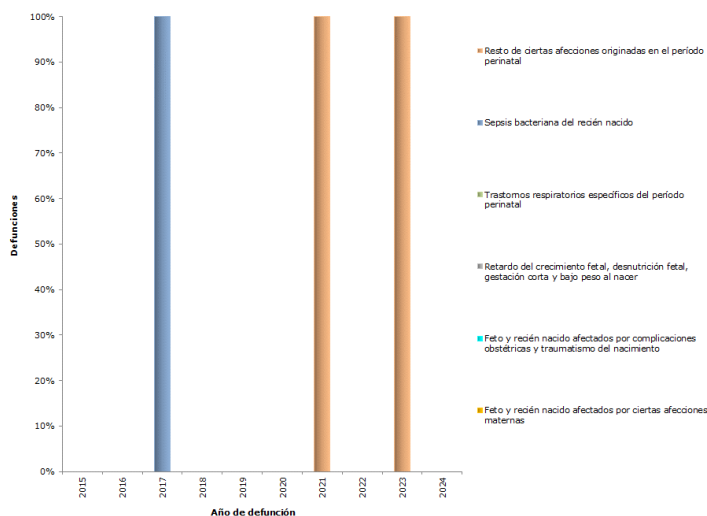
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Periodo Perinatal Hombres.

Entre los hombres se observan algunos eventos aislados relacionados con afecciones perinatales, especialmente sepsis neonatal y trastornos respiratorios. Aunque los casos son pocos, su presencia refleja la susceptibilidad de los recién nacidos a complicaciones que requieren atención inmediata y cuidados especializados. Esto evidencia la importancia de mantener vigilancia sobre embarazos de alto riesgo, fortalecer la detección temprana de complicaciones y garantizar una adecuada atención neonatal.

Figura 33. Periodo perinatal hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

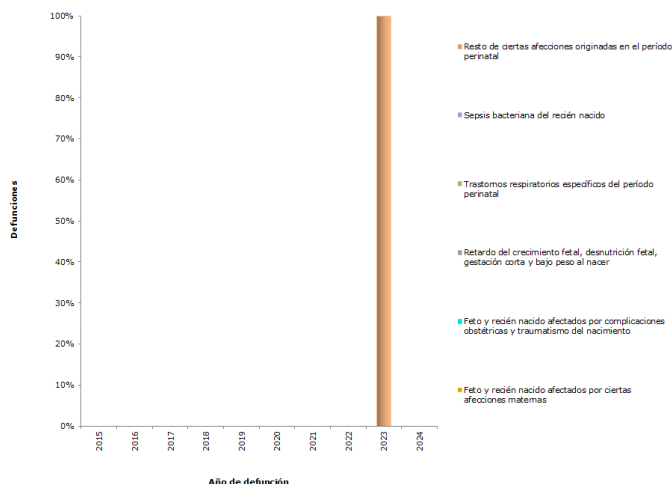


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Periodo Perinatal Mujeres.

En el caso de las mujeres, también se registran muertes ocasionales por afecciones del período perinatal, concentradas en sepsis del recién nacido y otras condiciones no especificadas. Estos eventos, aunque poco frecuentes, subrayan la necesidad de mejorar la calidad del control prenatal, promover prácticas de parto seguro y fortalecer los cuidados neonatales, especialmente en los primeros días de vida, cuando se concentran la mayoría de los riesgos.

Figura 34. Periodo perinatal mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

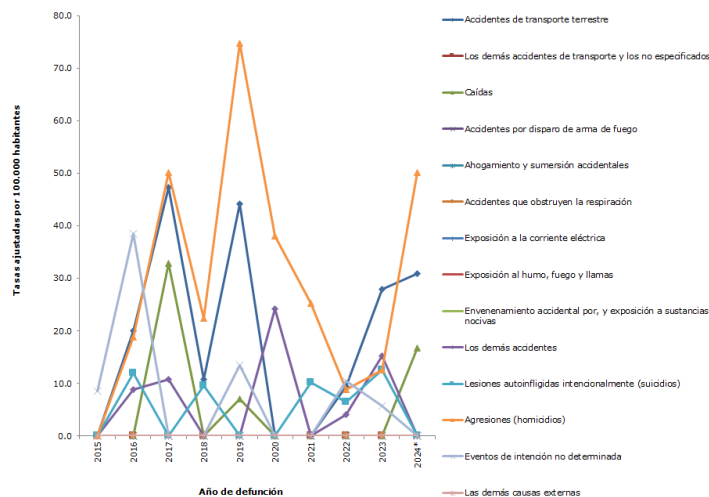




Causas Externas Total.

Las causas externas presentan un comportamiento fluctuante, donde destacan los accidentes de transporte, caídas, ahogamientos, exposición al humo/fuego, y en menor grado, lesiones autoinfligidas y agresiones. Aunque la magnitud es menor comparada con otros subgrupos, representan muertes evitables fuertemente influenciadas por factores ambientales, sociales y de seguridad. Su presencia sugiere la necesidad de acciones intersectoriales en seguridad vial, prevención de violencias y promoción de entornos seguros.

Figura 35. Causas externas total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

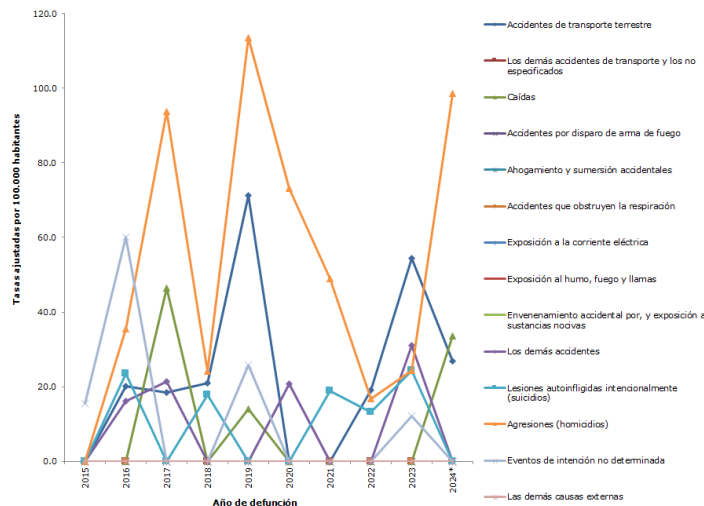


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Causas Externas Hombres.

En causas externas, sobresalen accidentes de transporte, caídas, agresiones y suicidios, asociados a dinámicas sociales, consumo de alcohol y riesgos ocupacionales.

Figura 36. Causas externas hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



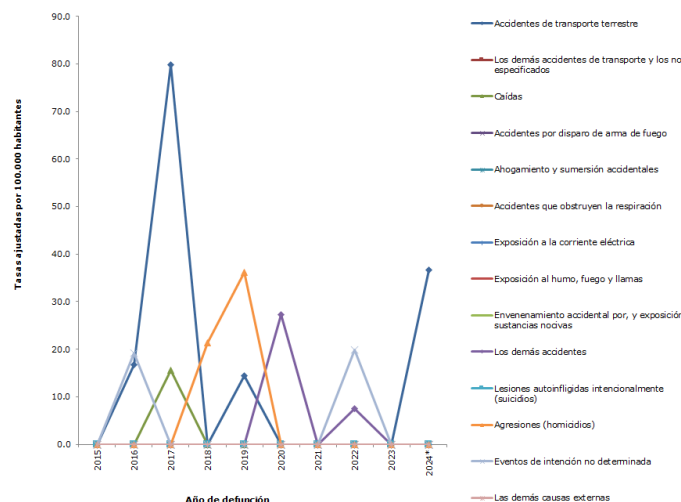
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Causas Externas Mujeres.

Las causas externas generan un número menor pero relevante de muertes, principalmente asociadas a accidentes de transporte terrestre y caídas. De manera ocasional aparecen casos por eventos violentos o autolesiones. Este comportamiento indica la necesidad de fortalecer las acciones intersectoriales de seguridad vial, prevención de violencia y protección de mujeres adultas mayores, especialmente en entornos domésticos y comunitarios.

Figura 37. Causas externas mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

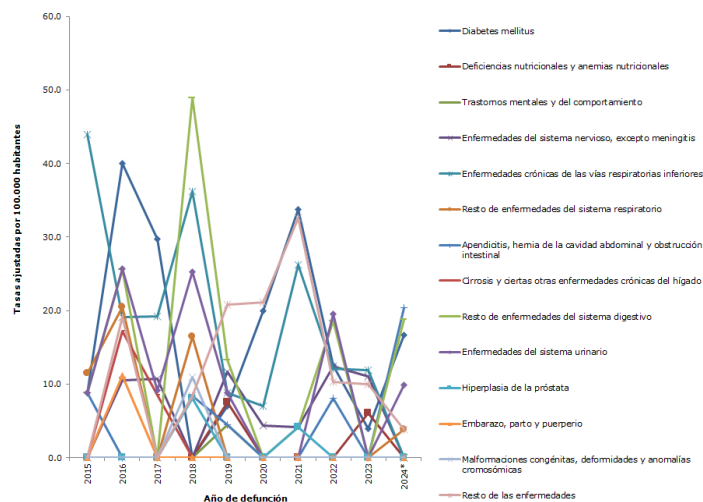


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Las Demás Enfermedades Total.

Este grupo integra diversas patologías crónicas y agudas, incluyendo diabetes mellitus, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades respiratorias crónicas, cirrosis y enfermedades hepáticas, enfermedades digestivas, alteraciones congénitas y causas perinatales, entre otras. Su comportamiento indica una amplia heterogeneidad de diagnósticos y la necesidad de mejorar el acceso a controles, tratamiento de enfermedades crónicas, salud mental y detección temprana de condiciones complejas que requieren mayor precisión diagnóstica.

Figura 38. Las demás enfermedades total. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



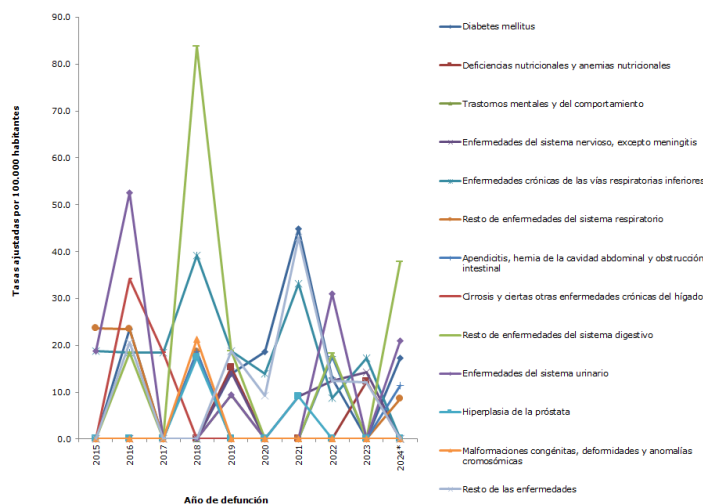
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Las Demás Enfermedades Hombres.

En las demás causas, aparecen muertes por diabetes, enfermedades del sistema respiratorio, trastornos mentales y condiciones digestivas, que evidencian la transición epidemiológica y la necesidad de intervenciones integrales de APS y promoción de la salud.

Figura 39. Las demás enfermedades hombres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024

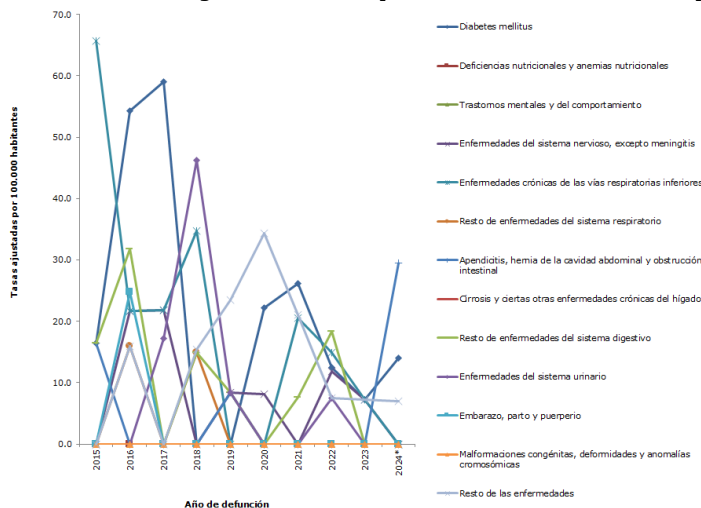


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Las Demás Enfermedades Mujeres.

Dentro de las demás causas, la mortalidad femenina se relaciona con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, afecciones respiratorias crónicas, trastornos mentales, cirrosis hepática y enfermedades digestivas. Este subgrupo refleja la transición epidemiológica del territorio y evidencia la necesidad de fortalecer la gestión del riesgo, el control de enfermedades crónicas y la atención integral con enfoque en determinantes sociales y estilos de vida saludables.

Figura 40. Las demás enfermedades mujeres. Municipio de Liborina - Antioquia, 2015-2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Tasas Específicas 16 Grandes Grupos por Sexo en Menores De 1 Año: Infantil.

Análisis Total

La mortalidad infantil en Liborina es baja y caracterizada por eventos esporádicos concentrados principalmente en afecciones originadas en el período perinatal, especialmente trastornos respiratorios del recién nacido, bajo peso al nacer y complicaciones propias del parto y la gestación. Se observan también casos aislados relacionados con malformaciones congénitas y, en menor medida, enfermedades del sistema respiratorio y endocrinas. La ausencia de patrones sostenidos y la baja magnitud sugieren que los eventos fatales corresponden principalmente a condiciones de alto riesgo gestacional o complicaciones inmediatas del recién nacido, lo cual hace necesario fortalecer el control prenatal, la atención oportuna del parto y el manejo neonatal.

Análisis en Hombres

En los niños se observa la presencia de muertes concentradas en dos grandes grupos:

- Afecciones originadas en el período perinatal, con episodios asociados a trastornos respiratorios específicos del período neonatal y otras complicaciones del nacimiento.
- Malformaciones congénitas, en menor frecuencia, pero presentes en algunos años.

También se registra de manera aislada mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, lo cual puede estar relacionado con condiciones neurológicas graves desde el nacimiento. La ocurrencia intermitente señala factores individuales de riesgo más que un patrón poblacional sostenido.

Análisis en Mujeres

En las niñas la mortalidad también es muy baja y se concentra casi exclusivamente en:

- Afecciones perinatales, especialmente síndrome de dificultad respiratoria, alteraciones derivadas del bajo peso al nacer y otras complicaciones del nacimiento.
- Algunos eventos aislados por malformaciones congénitas, aunque con menor frecuencia que en los hombres.

El comportamiento es igualmente esporádico y dependiente de riesgos obstétricos y neonatales específicos.

Tabla 30. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tumores (neoplasias)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del sistema nervioso	0.0	0.0	0.0	28.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del sistema circulatorio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del sistema respiratorio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del sistema digestivo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del sistema genitourinario	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0.0	0.0	18.9	0.0	0.0	0.0	30.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.0	0.0	0.0	28.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Todas las demás enfermedades	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasas Específicas 16 Grandes Grupos por Sexo en Niños de 1 a 4 Años.

Análisis Total

La mortalidad entre los niños de 1 a 4 años en Liborina es muy baja y se presenta de manera esporádica. Los pocos eventos registrados corresponden principalmente a causas externas de morbilidad y mortalidad y, en menor proporción, a malformaciones congénitas y otras afecciones específicas. La ausencia de patrones persistentes sugiere



que estas muertes están asociadas más a eventos aislados, accidentes o condiciones individuales de salud que a problemas estructurales del municipio. No obstante, estos eventos resaltan la necesidad de mantener acciones de prevención de accidentes, vigilancia del desarrollo infantil y control de riesgos en el entorno doméstico y comunitario.

Análisis en Hombres

En los hombres se observa que los pocos casos reportados se concentran en:

- Causas externas, especialmente en un año con un valor notoriamente alto, lo que sugiere un evento accidental de gran impacto (por ejemplo, ahogamiento, caídas o lesiones).
- Un evento aislado relacionado con malformaciones congénitas.

El comportamiento es irregular y sin repetición anual, lo cual indica episodios puntuales y no un patrón sostenido de riesgo.

Análisis en Mujeres

En las niñas no se registran muertes por la mayoría de las causas durante el periodo analizado, lo que refleja un nivel de mortalidad prácticamente nulo en este grupo etario.

La ausencia de muertes sugiere que no hay factores de riesgo recurrentes asociados a salud, entorno o accidentalidad en niñas de esta edad.

Tabla 31. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en niños de 1 a 4 años. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tumores (neoplasias)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del sistema nervioso	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del sistema circulatorio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del sistema respiratorio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del sistema digestivo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades del sistema genitourinario	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Todas las demás enfermedades	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasas Específicas 16 Grandes Grupos por Sexo en Menores de 5 Años: Niñez.

Análisis Total

La mortalidad en menores de 5 años en Liborina es muy baja y esporádica, concentrándose principalmente en afecciones del periodo perinatal y, de forma puntual, en causas externas asociadas a eventos accidentales. Se observan casos aislados en enfermedades del sistema nervioso, sin registros de muertes por causas infecciosas, respiratorias o digestivas, lo que confirma la ausencia de patrones estructurales y la naturaleza aislada de estos eventos en el municipio.

Análisis en Hombres

Las muertes en niños menores de 5 años en Liborina son pocas y esporádicas. Se concentran principalmente en afecciones perinatales, que aparecen en varios años; un caso aislado asociado a enfermedades del sistema nervioso y otro por malformaciones congénitas; además de un evento accidental registrado en 2024. La variabilidad es mayor en los niños que en las niñas, en línea con la tendencia nacional de ligera mayor mortalidad infantil masculina.



Análisis en Mujeres

En las niñas, la mortalidad es muy baja y se limita a eventos esporádicos. Solo se registra una muerte por afecciones perinatales en 2023, sin casos por causas externas ni por enfermedades metabólicas, sanguíneas, digestivas o respiratorias. Esto indica que la mortalidad femenina en menores de 5 años está principalmente asociada a condiciones del nacimiento, sin relación con factores traumáticos o ambientales.

Tabla 32. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Tumores (neoplasias)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Enfermedades del sistema nervioso	0.0	0.0	0.0	241.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	123.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Enfermedades del sistema circulatorio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Enfermedades del sistema respiratorio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Enfermedades del sistema digestivo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Enfermedades del sistema genitourinario	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.0	0.0	241.0	0.0	0.0	0.0	261.8	0.0	278.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	291.5	0.0	0.0	0.0	123.8	0.0	0.0	0.0	136.1	0.0	284.9	0.0	0.0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.0	0.0	0.0	241.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	123.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Todas las demás enfermedades	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	283.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	145.3	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

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

La mortalidad materna, neonatal e infantil en Liborina se mantiene en niveles muy bajos, sin registros recientes que indiquen eventos críticos. Esto refleja un adecuado acceso a los servicios de atención materna y del recién nacido, así como un seguimiento oportuno durante el embarazo y el parto.

En la semaforización, la mayoría de los indicadores permanecen en cero, señalando estabilidad y ausencia de eventos relevantes. La excepción es la mortalidad en la niñez, que presenta un comportamiento atípico en un año específico, ubicándose en alerta roja, asociado a un caso aislado que no representa una tendencia sostenida.

No se evidencian defunciones por causas prevenibles como enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas o desnutrición, lo que sugiere buenas condiciones de atención primaria y acciones efectivas de vigilancia en salud pública.

En conjunto, la tendencia histórica muestra que Liborina mantiene bajo riesgo en la mortalidad materno-infantil, con registros esporádicos y no repetitivos. Las alertas identificadas corresponden a eventos aislados, más que a fallas estructurales del sistema de salud, aunque requieren vigilancia continua para garantizar que no se conviertan en problemas recurrentes.

Tabla 33. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024

Causa de muerte	Antioquia	Liborina	Comportamiento											
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
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	19.6	🟢	-	🟢	🟢	🟢	-	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
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	🟢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

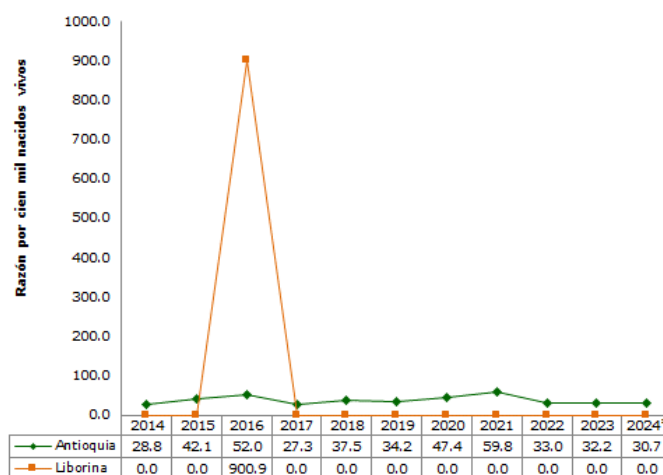
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Materno -Infantil. Mortalidad Materna.

La mortalidad materna en Liborina se mantiene en cero durante casi todo el periodo, evidenciando un buen desempeño del municipio en la atención prenatal, del parto y puerperio. Solo en 2016 aparece un valor atípico y aislado, sin repetición en otros años, por lo que no representa una tendencia ni un problema estructural. En general, Liborina muestra un riesgo materno muy bajo, con mejores resultados que el promedio departamental.

Figura 41. Mortalidad materna. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024

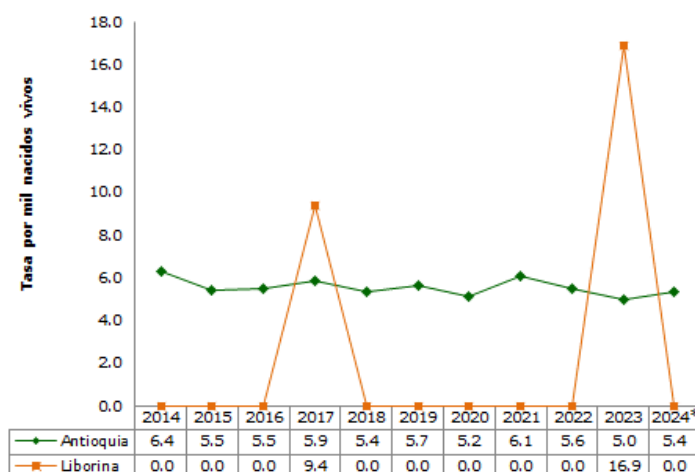


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad Neonatal.

La mortalidad neonatal en Liborina es muy baja y esporádica, con solo dos casos aislados en todo el periodo (2017 y 2023). No muestra tendencia creciente y se mantiene por debajo del promedio departamental, indicando un buen desempeño en la atención materno-perinatal.

Figura 42. Mortalidad neonatal. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024



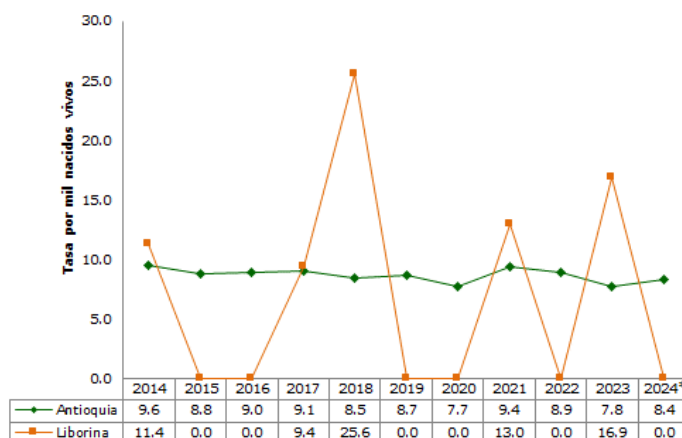
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Mortalidad Infantil.

La mortalidad infantil en Liborina muestra un comportamiento inestable, pero de muy baja frecuencia, con incrementos puntuales en algunos años (2014, 2017, 2018, 2021, 2023), todos asociados a casos aislados. No se observa una tendencia sostenida al alza y, en general, las tasas permanecen por debajo o dentro del rango esperado para municipios de baja ocurrencia. El patrón confirma que la mortalidad infantil en el territorio es esporádica, sin concentración de eventos, y depende de situaciones aisladas más que de fallas estructurales del sistema de salud.

Figura 43. Mortalidad infantil. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024

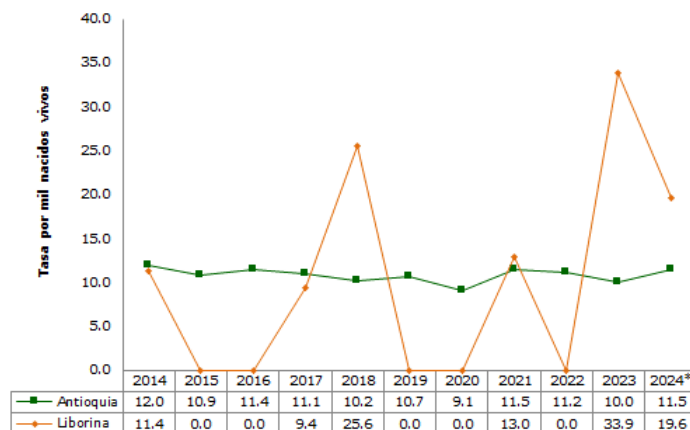


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad <5 años.

La mortalidad en menores de cinco años en Liborina se mantiene baja y sin un patrón continuo, caracterizándose por eventos aislados que aparecen solo en algunos años del periodo analizado. Los incrementos observados corresponden a situaciones puntuales relacionadas principalmente con condiciones perinatales, malformaciones congénitas o eventos accidentales, más que a un comportamiento sostenido. En la mayoría de los años no se registran defunciones, lo que confirma que, en este municipio, la mortalidad infantil y en la niñez es esporádica y de baja ocurrencia, típica de territorios con población pequeña.

Figura 44. Mortalidad <5 años. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024



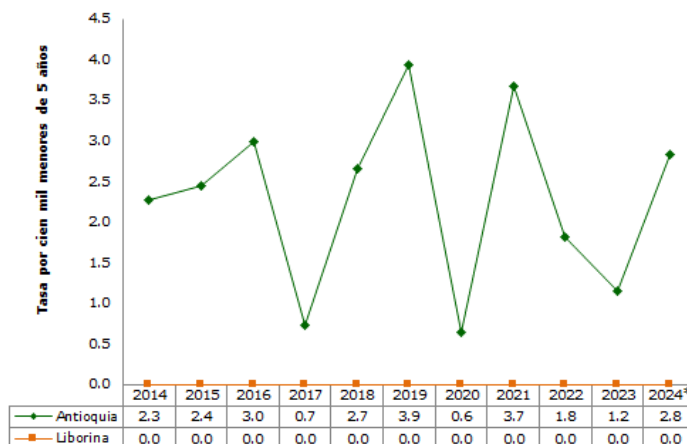
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Mortalidad EDA.

La mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años en Liborina se ha mantenido en cero durante todo el periodo analizado, sin registro de defunciones. Esto indica un control efectivo de las enfermedades diarreicas, posiblemente asociado a buenas prácticas de higiene, acceso a agua segura, atención oportuna y acciones de salud pública sostenidas. El comportamiento contrasta con la variabilidad departamental, reforzando que en Liborina este evento no representa un problema significativo de mortalidad infantil.

Figura 45. Mortalidad EDA. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024

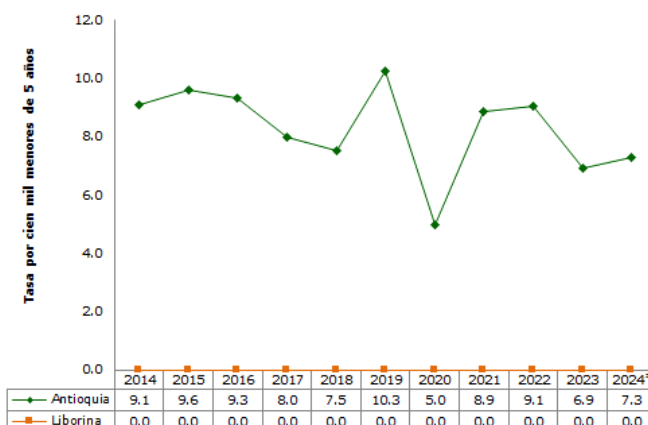


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad IRA.

La mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años en Liborina no registra defunciones durante todo el periodo analizado, lo que evidencia un control adecuado de las enfermedades respiratorias graves en el municipio. Este comportamiento sugiere acceso oportuno a servicios de salud, adecuada cobertura de vacunación y efectividad de las acciones de vigilancia y prevención. En comparación con la dinámica departamental, donde la mortalidad por IRA presenta variaciones anuales, Liborina mantiene un patrón estable y sin impacto en la mortalidad infantil, consolidándose como un evento sin carga letal en los últimos años.

Figura 46. Mortalidad IRA. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024



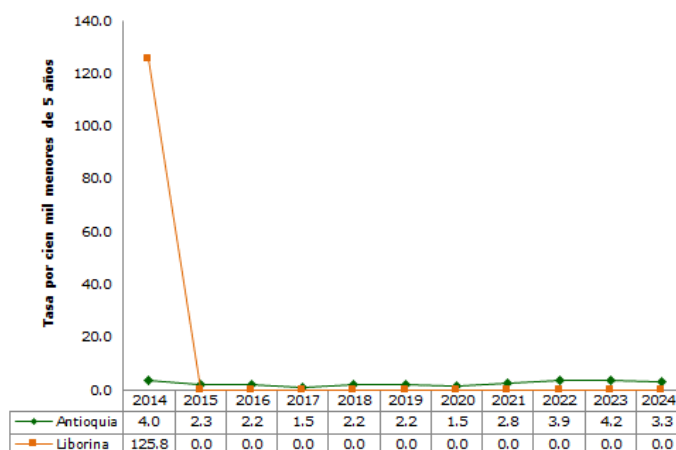
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Mortalidad Desnutrición.

La mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en Liborina es prácticamente inexistente durante todo el periodo analizado, con un único evento registrado hace varios años y sin recurrencia posterior. Esto indica que la desnutrición aguda no representa una causa de muerte frecuente en el municipio, reflejando avances en la identificación temprana, el seguimiento nutricional y las estrategias de seguridad alimentaria. En contraste, a nivel departamental la mortalidad por desnutrición muestra fluctuaciones anuales, mientras que Liborina mantiene un comportamiento estable y sin impacto sostenido en la mortalidad infantil, lo que evidencia una adecuada respuesta institucional ante el riesgo nutricional en la primera infancia.

Figura 47. Mortalidad Desnutrición. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024

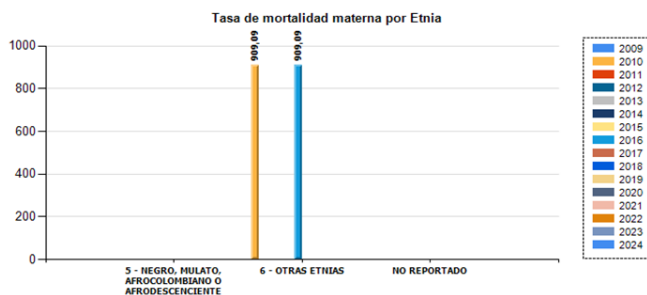


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad Materna por Etnia.

Durante todo el periodo analizado, no se registran muertes maternas asociadas a grupos étnicos específicos en Liborina. Los registros muestran únicamente un caso aislado clasificado en la categoría de "otras etnias/no reportado", sin repetición en los años posteriores. Esto indica que no existen patrones diferenciales de riesgo materno por pertenencia étnica en el municipio, lo cual puede estar relacionado con la baja ocurrencia de mortalidad materna en general y con la composición demográfica mayoritariamente no étnica del territorio.

Figura 48. Mortalidad Materna por Etnia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2009 - 2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



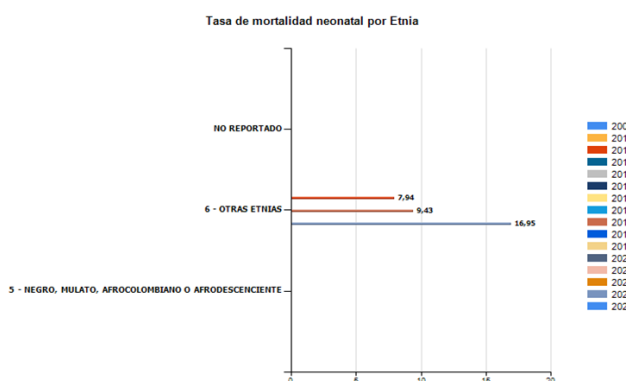
Mortalidad Neonatal por Etnia.

La mortalidad neonatal en Liborina muestra una ocurrencia muy baja y sin distribución étnica definida. Los registros disponibles indican que los pocos eventos reportados se clasifican en la categoría de "otras etnias / no reportado", sin casos asignados a grupos indígenas, afrodescendientes, ROM, raizales o palenqueros.

Esto sugiere que la mortalidad neonatal en el municipio no presenta patrones diferenciales por pertenencia étnica, lo cual es consistente con la baja frecuencia general de muertes en recién nacidos. La ausencia de registros en grupos étnicos específicos también puede reflejar la estructura demográfica del municipio, caracterizada por una población mayoritariamente no étnica y con poca presencia de comunidades diferenciadas.

Finalmente, la concentración de los casos en "no reportado" evidencia la necesidad de fortalecer el registro étnico en la atención perinatal y neonatal, garantizando un enfoque diferencial efectivo en la vigilancia epidemiológica.

Figura 49. Mortalidad Neonatal por Etnia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2009 - 2024

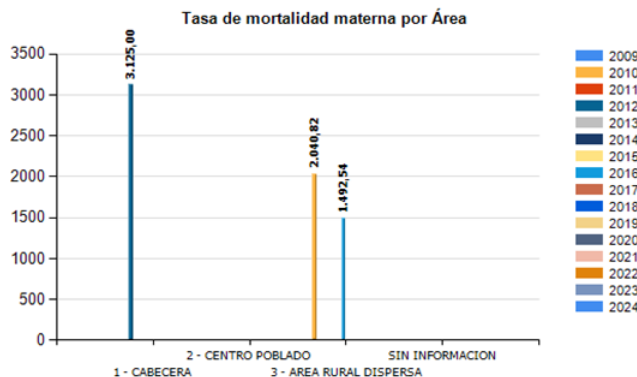


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad Materna por Área de Residencia.

La mortalidad materna en Liborina es muy baja y esporádica, con los pocos casos registrados concentrados en zonas rurales dispersas y un solo evento histórico en cabecera. No se observan casos recientes ni en centros poblados. Esto indica un riesgo materno bajo en el municipio, pero evidencia que las gestantes rurales siguen siendo las más vulnerables debido a barreras de acceso y oportunidad en la atención.

Figura 50. Mortalidad Materna por área de residencia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024



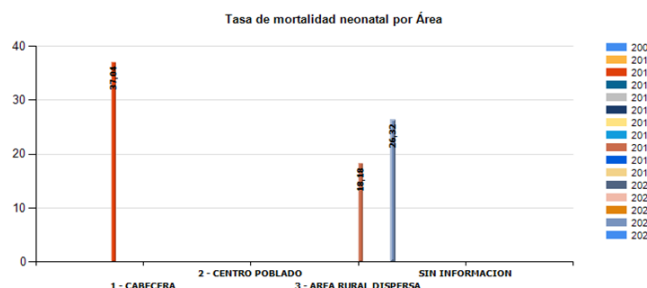
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Mortalidad Neonatal por Área de Residencia.

La mortalidad neonatal en Liborina presenta muy baja frecuencia y ocurre de manera aislada, con casos puntuales distribuidos principalmente entre la cabecera municipal y el área rural dispersa. No se evidencian patrones persistentes ni concentraciones sostenidas en ninguna zona. Esto sugiere que los eventos corresponden a situaciones individuales relacionadas con condiciones propias del nacimiento y no a fallas estructurales del territorio. Sin embargo, la aparición de casos en el área rural dispersa resalta la necesidad de fortalecer el acceso oportuno a controles prenatales y atención del parto en zonas de difícil acceso.

Figura 51. Mortalidad Neonatal por área de residencia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2014 - 2024



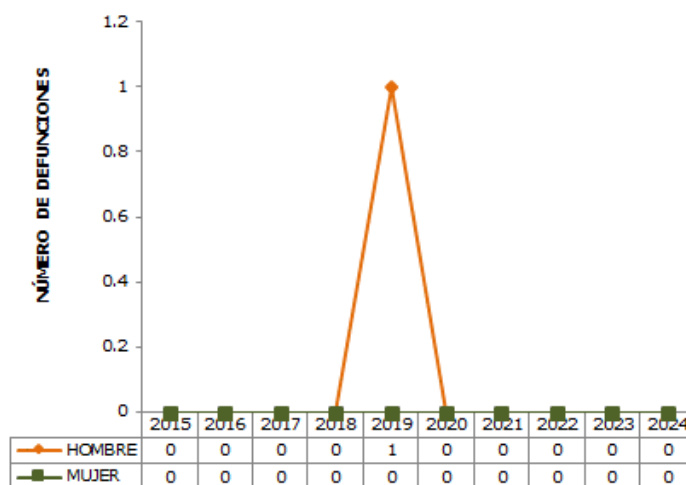
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.4 Mortalidad Relacionada con Salud Mental

Mortalidad por Trastornos Mentales y de Comportamiento

Este subgrupo muestra algunos eventos dispersos a lo largo del periodo. Se observan casos en hombres en el año 2019, sin registro de muertes en mujeres. La tendencia refleja una mortalidad muy baja, pero con aparición ocasional, generalmente asociada a causas específicas como trastornos neurodegenerativos o alteraciones severas del comportamiento.

Figura 52. Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024



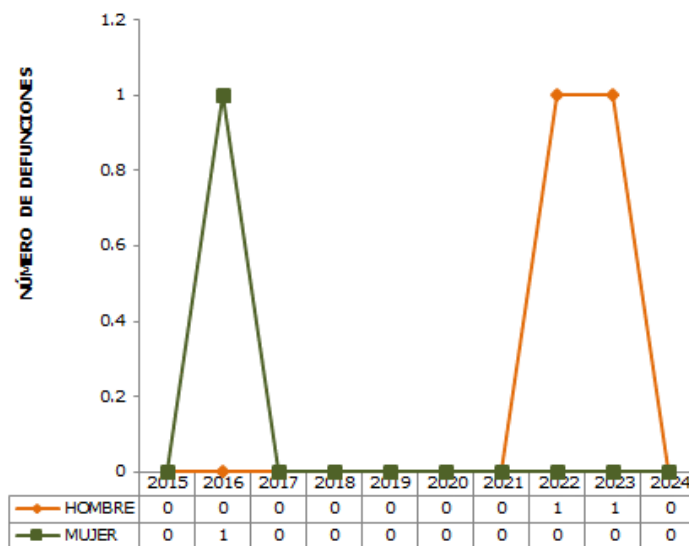
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Mortalidad por Epilepsia

La mortalidad por epilepsia es baja y esporádica. Se registra un solo caso en hombres en el año 2022, sin eventos adicionales en el resto del periodo ni en población femenina. Esto indica que las muertes por crisis epilépticas son eventos aislados y no un patrón recurrente en el municipio.

Figura 53. Mortalidad por epilepsia. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024

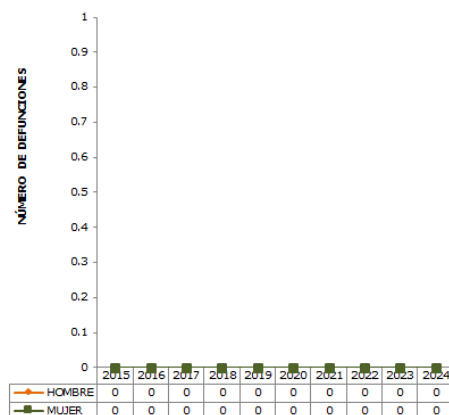


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad por Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Consumo de Sustancias Psicoactivas

Durante el periodo analizado no se registraron fallecimientos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en Liborina, tanto en hombres como en mujeres. Esto sugiere una baja letalidad por esta causa, aunque no necesariamente implica ausencia de consumo problemático, sino que no ha derivado en muertes clasificadas dentro de este grupo.

Figura 54. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



3.1.5 Conclusiones de mortalidad

La mortalidad en Liborina presenta un comportamiento de baja frecuencia, con eventos aislados y sin patrones persistentes en la mayoría de los grupos analizados. Predominan como causas principales las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las del sistema circulatorio y las neoplasias, lo cual refleja la transición epidemiológica del territorio y la necesidad de fortalecer la gestión del riesgo cardiovascular, metabólico y oncológico. Las causas externas aparecen de manera fluctuante y asociadas a eventos puntuales, revelando vulnerabilidades sociales y ambientales, especialmente en población masculina.

La mortalidad por enfermedades transmisibles es intermitente y se relaciona con infecciones respiratorias, intestinales y septicemia, lo que evidencia brechas en saneamiento básico, acceso oportuno y vigilancia en salud pública. Persiste además una proporción de muertes clasificadas como causas mal definidas, que señala oportunidades de mejora en la certificación y calidad del dato.

En el componente materno-infantil, la mortalidad es mínima y esporádica, centrada en afecciones perinatales y sin evidencia de fallas estructurales del sistema. No se observan eventos por IRA, EDA o desnutrición, indicando un adecuado desempeño de la atención primaria y de las acciones de vigilancia. Tampoco se identifican patrones diferenciales de mortalidad asociados a etnia o área de residencia, aunque sí se reconoce mayor vulnerabilidad de la población rural dispersa por barreras de acceso.

La mortalidad relacionada con salud mental es muy baja, con casos aislados en trastornos del comportamiento y epilepsia, y sin registros asociados al consumo de sustancias psicoactivas. En conjunto, el perfil epidemiológico del municipio continúa siendo mixto, con predominio de condiciones crónicas y eventos externos, y con baja ocurrencia de muertes en la primera infancia y maternas.

De acuerdo con lo anterior se recomienda fortalecer la Atención Primaria en Salud mediante la detección temprana de enfermedades crónicas, el incremento de acciones extramurales en zonas rurales y la promoción comunitaria de estilos de vida saludables. Se requiere mejorar la calidad del dato y la vigilancia epidemiológica, incluyendo la adecuada certificación de causas de muerte. En prevención de violencias y accidentes se proponen acciones intersectoriales de seguridad vial, convivencia y protección de la población joven. El componente materno-perinatal debe reforzarse con mejor control prenatal, atención segura del parto y transporte asistencial oportuno, mientras que para la primera infancia se enfatiza la vigilancia del crecimiento, vacunación y prevención de EDA, IRA y accidentes. Se recomienda fortalecer la salud mental comunitaria mediante detección y acompañamiento integral y, finalmente, avanzar en una gestión intersectorial que articule educación, saneamiento, infraestructura y protección social para reducir desigualdades y mejorar los determinantes de salud en Liborina.

3.2 Análisis de la Morbilidad

3.2.1 Principales Causas de Morbilidad

La morbilidad en Liborina muestra patrones diferenciados por etapa del curso de vida. Predominan las enfermedades no transmisibles (ENT) en la población adolescente, adulta y mayor; las condiciones transmisibles y nutricionales en la niñez; y las lesiones en adolescencia, juventud y adultez. Las condiciones mal clasificadas disminuyen progresivamente, lo que indica una mejora en la calidad del registro.

Morbilidad Ciclo Vital General

La morbilidad en Liborina muestra un comportamiento diferenciado según el curso de vida, reflejando necesidades específicas en cada etapa. En la primera infancia y la infancia, predominan las enfermedades transmisibles, nutricionales



y las condiciones asociadas al desarrollo temprano, lo que evidencia la importancia del cuidado prenatal, la vacunación, el seguimiento del crecimiento y las intervenciones de saneamiento básico.

Durante la adolescencia, comienzan a ganar peso las enfermedades no transmisibles y, adicionalmente, se incrementan las atenciones por lesiones, lo que se asocia a cambios en los comportamientos, actividades escolares y recreativas, así como a riesgos propios de esta etapa.

En la juventud, se observa un marcado aumento de las lesiones y de las enfermedades no transmisibles, reflejando exposición a riesgos laborales, de movilidad y conductuales, así como el inicio de hábitos que impactan la salud a largo plazo. Este grupo representa uno de los mayores aportes a la carga de morbilidad del municipio.

En la adultez, las enfermedades crónicas no transmisibles pasan a ser la causa predominante, relacionadas con estilos de vida, envejecimiento, condiciones laborales y factores ambientales. Aunque las lesiones siguen presentes, disminuyen en comparación con la juventud.

En la vejez, la morbilidad está dominada casi por completo por enfermedades no transmisibles, especialmente aquellas asociadas a hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y condiciones propias del deterioro funcional. La carga de atención en este grupo es la más alta del municipio, reflejando el proceso de envejecimiento de la población y la necesidad de fortalecer el cuidado continuo y el manejo de enfermedades crónicas.

En conjunto, el perfil de morbilidad del ciclo vital en Liborina muestra una transición epidemiológica marcada, donde las enfermedades crónicas predominan en la vida adulta y en la vejez, mientras que en los primeros años persisten condiciones transmisibles y nutricionales. Esto exige un enfoque de salud pública diferenciado, continuo y con acciones integrales que respondan a las necesidades específicas de cada etapa del curso de vida.

Tabla 34. Morbilidad ciclo vital general. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	40.07	22.51	31.54	27.45	28.51	11.33	17.63	23.09	22.31	20.22	-2.10
	Condiciones perinatales	1.72	19.91	2.22	0.16	0.80	1.33	15.08	16.12	7.92	7.37	-0.55
	Enfermedades no transmisibles	39.27	41.56	46.91	45.59	44.48	57.33	26.45	31.37	48.70	49.96	1.26
	Lesiones	5.63	3.46	5.07	9.89	7.70	13.00	25.06	8.93	6.05	9.78	3.73
	Condiciones mal clasificadas	13.32	12.55	14.26	16.91	18.51	17.00	15.78	20.48	15.02	12.68	-2.34
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17.57	5.88	13.93	6.93	5.99	7.22	9.88	8.63	11.05	13.81	2.76
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.41	0.00	0.00	0.32	0.00	0.00	0.00
	Enfermedades no transmisibles	54.50	56.62	53.48	49.72	55.18	47.15	24.69	49.52	60.28	55.56	-4.72
	Lesiones	14.86	29.41	16.29	27.06	18.80	20.91	55.25	19.49	7.60	10.63	3.04
	Condiciones mal clasificadas	13.06	8.09	16.29	16.28	19.62	24.71	10.19	22.04	21.07	20.00	-1.07
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12.52	1.70	12.04	4.33	6.03	4.35	0.76	5.98	9.52	7.38	-2.14
	Condiciones maternas	1.13	2.55	3.71	2.99	2.39	3.39	4.53	5.62	0.80	3.51	2.70
	Enfermedades no transmisibles	53.82	60.85	43.25	48.94	50.82	44.68	30.06	44.82	46.11	54.26	8.15
	Lesiones	15.42	23.83	16.48	22.57	16.71	16.61	48.19	20.39	17.83	12.28	-5.55
	Condiciones mal clasificadas	17.11	11.06	24.52	21.17	24.05	30.97	16.47	23.20	25.74	22.57	-3.17
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.35	5.87	7.74	6.22	6.64	6.65	5.79	7.69	6.04	8.50	2.46
	Condiciones maternas	6.11	9.57	8.09	7.90	8.17	11.79	10.74	15.75	8.75	7.13	-1.62
	Enfermedades no transmisibles	53.51	49.35	53.89	58.42	56.03	44.42	37.27	41.51	54.29	57.96	3.67
	Lesiones	13.24	26.52	11.22	8.62	8.94	13.68	26.54	16.12	12.35	7.94	-4.42
	Condiciones mal clasificadas	17.80	8.70	19.06	18.84	20.22	23.46	19.66	18.93	18.56	18.47	-0.09
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7.47	5.36	7.72	4.54	4.66	4.30	4.83	6.78	4.31	5.54	1.23
	Condiciones maternas	1.10	1.22	1.49	1.57	1.23	1.17	3.96	2.91	1.00	0.93	-0.07
	Enfermedades no transmisibles	71.02	73.77	72.66	72.29	73.29	73.74	66.78	66.32	69.69	70.24	0.55
	Lesiones	7.33	10.94	5.66	5.84	6.39	6.15	11.35	9.95	10.27	9.28	-0.99
	Condiciones mal clasificadas	13.08	8.72	12.47	15.77	14.43	14.64	13.08	14.05	14.73	14.00	-0.73
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5.90	2.43	5.01	3.03	2.80	1.85	6.21	1.17	3.46	3.27	-0.20
	Condiciones maternas	0.04	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	-0.02
	Enfermedades no transmisibles	78.25	81.61	81.67	81.68	82.04	83.31	79.92	83.02	80.47	81.48	1.01
	Lesiones	4.83	11.36	4.82	4.67	4.49	3.84	4.64	5.08	6.09	6.04	-0.04
	Condiciones mal clasificadas	10.98	4.60	8.50	10.62	10.63	11.00	9.23	10.73	9.96	9.21	-0.75

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Morbilidad Ciclo Vital Hombres

En los hombres de Liborina, el patrón de morbilidad a lo largo del curso de vida muestra una transición clara desde enfermedades propias de la infancia hacia condiciones crónicas y lesiones en etapas posteriores. En la primera infancia, predominan las enfermedades transmisibles, nutricionales y los eventos respiratorios, reflejando una mayor vulnerabilidad a infecciones y a condiciones asociadas al desarrollo temprano. En la infancia se mantiene este patrón, aunque comienzan a aparecer de manera más visible las enfermedades no transmisibles, relacionadas con alergias, problemas digestivos y otros trastornos comunes en la niñez.

Durante la adolescencia, aumenta la atención por enfermedades no transmisibles y por lesiones, lo cual viene asociado a cambios fisiológicos, actividades deportivas, movilidad y riesgo conductual. Las atenciones por lesiones se vuelven aún más relevantes en la juventud, etapa en la que los hombres presentan la mayor carga por causas externas, accidentes y trauma, así como mayor demanda por enfermedades no transmisibles y problemas de salud mental.

En la adultez, los hombres concentran una parte importante de la morbilidad, caracterizada por la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y trastornos osteomusculares. Los accidentes y lesiones continúan representando un riesgo significativo, especialmente en hombres en edad productiva expuestos a actividades laborales de alto riesgo.

Finalmente, en la vejez, la morbilidad está dominada por enfermedades no transmisibles, principalmente cardiovasculares, respiratorias crónicas, trastornos metabólicos y condiciones degenerativas. Este grupo refleja la acumulación de riesgos a lo largo de la vida y demuestra la necesidad de cuidados continuos y seguimiento clínico permanente.

En conjunto, el perfil de morbilidad masculina evidencia que los hombres presentan mayor carga por lesiones en edades tempranas y productivas, y una alta concentración de enfermedades crónicas en la vida adulta y la vejez. Esto resalta la necesidad de fortalecer acciones de prevención de lesiones, estilos de vida saludables, control de enfermedades crónicas y atención diferencial por curso de vida.

Tabla 35. Morbilidad ciclo vital hombres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres												Δ pp 2024 2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024			
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	39.96	27.03	33.18	31.62	29.24	14.87	13.75	22.79	20.80	27.57	6.77		
	Condiciones perinatales	2.84	6.31	2.69	0.00	0.00	1.54	20.96	12.56	4.00	11.03	7.03		
	Enfermedades no transmisibles	36.92	50.45	45.50	41.74	44.49	57.44	16.49	34.42	56.60	38.78	-17.82		
	Lesiones	7.71	3.60	3.95	6.85	8.69	9.23	31.62	14.42	16.20	19.32	3.12		
	Condiciones mal clasificadas	12.58	2.61	4.69	19.78	17.58	16.92	17.18	15.81	12.40	13.31	0.91		
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21.30	3.49	2.44	7.76	8.36	4.23	10.26	5.04	12.79	15.59	2.79		
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00		
	Enfermedades no transmisibles	40.24	54.65	52.33	41.65	49.28	52.82	31.79	39.10	56.23	50.88	-5.35		
	Lesiones	23.08	36.05	18.39	32.94	20.46	19.01	46.67	21.80	17.74	14.71	-6.96		
	Condiciones mal clasificadas	15.38	5.81	16.84	17.65	21.90	23.90	11.28	23.31	23.23	18.82	-4.41		
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11.58	1.60	16.62	4.68	7.04	4.02	0.90	4.68	7.25	6.77	-0.48		
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		
	Enfermedades no transmisibles	45.66	54.40	37.87	45.26	52.62	46.59	29.41	44.68	40.41	51.54	11.12		
	Lesiones	27.49	32.00	24.40	31.61	22.15	23.69	57.01	30.64	23.14	22.77	-0.37		
	Condiciones mal clasificadas	15.27	12.00	21.11	18.46	18.18	25.70	12.67	20.00	29.19	18.92	-10.27		
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.51	8.67	8.67	6.42	8.02	5.81	4.49	8.97	7.04	10.51	3.47		
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.15	0.00	0.00	0.32	0.00	0.64	0.00	0.00	0.00		
	Enfermedades no transmisibles	46.25	41.04	50.77	63.77	58.64	47.10	30.87	39.10	52.54	55.43	2.88		
	Lesiones	29.98	41.62	25.54	16.44	17.90	29.35	50.66	36.54	23.80	14.20	-9.60		
	Condiciones mal clasificadas	14.26	8.67	4.86	13.37	5.43	7.42	13.98	14.74	16.62	19.86	3.14		
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7.39	5.79	8.85	5.56	5.17	5.23	6.19	12.32	4.96	7.34	2.38		
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.16	0.16		
	Enfermedades no transmisibles	66.61	66.99	68.39	69.77	70.07	73.61	61.31	58.39	64.48	64.55	0.07		
	Lesiones	15.90	19.88	10.32	10.76	11.79	19.83	20.35	16.29	16.68	15.75	-0.93		
	Condiciones mal clasificadas	10.10	7.34	12.45	13.91	12.96	11.33	12.14	13.00	13.88	12.20	-1.68		
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4.26	1.65	5.02	3.21	2.75	1.87	4.49	1.18	3.53	3.65	0.13		
	Condiciones maternas	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		
	Enfermedades no transmisibles	80.21	77.39	79.76	79.54	81.36	81.41	81.77	81.89	78.59	77.35	-1.24		
	Lesiones	5.07	16.91	6.08	6.45	4.65	5.72	4.22	6.37	18.13	7.90	-10.23		
	Condiciones mal clasificadas	10.38	4.04	9.14	10.81	11.24	11.00	19.52	10.56	19.75	11.10	1.35		

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Morbilidad Ciclo Vital Mujeres

El comportamiento de la morbilidad en mujeres de Liborina muestra una transición progresiva a lo largo del ciclo vital, con un peso importante de las enfermedades no transmisibles y una carga considerable de eventos propios de la salud reproductiva y materna.

En la primera infancia, las patologías más frecuentes corresponden a enfermedades infecciosas, nutricionales y no transmisibles comunes en los primeros años de vida, mientras que las condiciones perinatales y los eventos clasificados como mal definidos aparecen de forma esporádica. En la infancia se mantiene un patrón similar, con predominio de enfermedades no transmisibles, asociado a problemas respiratorios, alergias, infecciones leves y otras condiciones pediátricas frecuentes.

Durante la adolescencia, la morbilidad femenina se concentra en enfermedades no transmisibles, que incluyen trastornos digestivos, respiratorios, endocrinos y otros problemas de salud propios de esta etapa. Las lesiones continúan presentes, aunque en menor proporción que en los hombres, reflejando una menor exposición a riesgos traumáticos. En esta etapa empieza a observarse la aparición de atenciones por condiciones maternas, debido al inicio de la edad fértil.

En la juventud, las mujeres presentan una mayor carga por enfermedades no transmisibles y un incremento visible de atenciones maternas, propio de la gestación y el parto. Las lesiones siguen siendo un problema, aunque menos destacadas que en hombres. Esta etapa evidencia la importancia del control prenatal y la vigilancia de complicaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

En la adultez, las mujeres concentran una alta carga de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, trastornos osteomusculares y enfermedades cardiovasculares, acompañadas de morbilidad materna residual y lesiones relacionadas con actividades cotidianas o laborales. En esta etapa, las enfermedades no transmisibles predominan como principal causa de consulta y atención.

Finalmente, en la vejez, la morbilidad femenina está determinada principalmente por enfermedades crónicas y degenerativas, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, trastornos metabólicos y osteoarticulares, propias del envejecimiento. Las lesiones continúan siendo un problema, especialmente las asociadas a caídas y fragilidad.

En conjunto, el perfil de morbilidad en mujeres evidencia una trayectoria marcada por enfermedades infecciosas en los primeros años, aumento de condiciones maternas en la juventud y predominio de enfermedades crónicas en la adultez y la vejez. Esto subraya la necesidad de fortalecer la atención primaria, priorizar la salud sexual y reproductiva, y consolidar programas de prevención y control de enfermedades crónicas con enfoque diferencial por ciclo vital.



Tabla 36. Morbilidad ciclo vital mujeres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	40.21	18.33	29.89	22.85	27.64	4.76	25.71	23.36	23.97	14.54	-9.43
	Condiciones perinatales	0.26	32.50	1.75	0.34	1.76	0.95	2.86	19.26	12.20	4.55	-7.65
	Enfermedades no transmisibles	42.33	33.33	48.33	49.83	44.47	57.14	47.14	28.69	40.09	58.59	18.50
	Lesiones	2.91	3.33	6.20	13.23	6.53	20.00	11.43	4.10	5.88	10.13	4.25
	Condiciones mal clasificadas	14.29	12.50	13.83	13.75	19.60	17.14	12.86	24.59	17.86	12.19	-5.68
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13.72	10.00	15.18	6.20	3.88	10.74	9.30	3.89	9.22	11.72	2.50
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.78	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Enfermedades no transmisibles	69.21	60.00	54.45	56.82	60.47	40.50	13.95	57.22	64.54	61.03	-3.50
	Lesiones	6.40	18.00	14.53	21.90	17.31	23.14	68.22	17.78	7.45	5.86	-1.58
	Condiciones mal clasificadas	10.67	12.00	15.84	15.08	17.57	25.62	8.53	21.11	18.79	21.38	2.58
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13.26	1.82	9.28	4.09	5.21	4.58	0.68	6.89	10.95	7.78	-3.18
	Condiciones maternas	2.02	5.45	5.95	5.04	4.29	5.66	6.80	9.58	1.31	5.78	4.47
	Enfermedades no transmisibles	60.23	68.18	46.49	51.48	49.39	43.40	30.39	44.91	49.73	56.03	6.31
	Lesiones	5.93	14.55	11.71	16.35	12.37	11.86	43.76	13.17	14.46	5.48	-8.97
	Condiciones mal clasificadas	18.56	10.00	26.58	23.04	28.73	34.50	18.37	25.45	23.55	24.93	1.38
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.27	4.18	7.27	6.12	5.95	7.19	6.89	6.90	5.45	7.11	1.66
	Condiciones maternas	9.09	15.33	12.02	11.96	12.21	19.10	19.78	25.05	13.90	12.07	-1.83
	Enfermedades no transmisibles	57.04	54.36	55.44	55.67	54.73	42.71	42.67	43.00	55.32	59.71	4.39
	Lesiones	5.08	17.42	4.13	4.60	4.50	3.70	6.22	3.55	5.63	3.60	-2.03
	Condiciones mal clasificadas	19.52	8.71	21.13	21.65	22.60	27.31	24.44	21.50	19.70	17.51	-2.19
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7.51	5.11	7.11	4.02	4.34	3.54	3.81	3.33	3.92	4.36	0.44
	Condiciones maternas	1.64	1.93	2.30	2.37	1.98	2.13	6.95	4.72	1.61	1.45	-0.16
	Enfermedades no transmisibles	73.20	77.75	74.99	73.57	75.27	73.84	70.88	71.26	72.84	73.98	1.14
	Lesiones	3.10	5.68	3.12	3.33	3.08	3.16	4.57	5.99	6.38	5.02	-1.36
	Condiciones mal clasificadas	14.54	9.53	12.48	16.71	15.33	17.33	13.80	14.70	15.25	15.19	-0.06
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7.19	3.19	5.01	2.90	2.85	1.83	7.41	1.16	3.41	2.96	-0.46
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00	-0.04
	Enfermedades no transmisibles	76.70	85.66	83.17	83.24	82.60	84.82	78.63	83.92	81.94	84.82	2.88
	Lesiones	4.65	6.02	3.82	3.38	4.37	2.36	4.94	4.06	4.49	4.54	0.06
	Condiciones mal clasificadas	11.46	5.13	7.99	10.48	10.12	10.99	9.02	10.86	10.12	7.68	-2.44

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.2 Morbilidad Específica por Subgrupo

Morbilidad Específica por Subgrupo Total.

El perfil de morbilidad de Liborina está dominado por enfermedades no transmisibles, seguido de condiciones infecciosas y nutricionales, lesiones, y en menor medida por condiciones maternas y perinatales. La presencia de diagnósticos mal definidos resalta la necesidad de fortalecer la calidad del dato. Este comportamiento refleja un municipio con una doble carga de enfermedad: persistencia de condiciones prevenibles junto con un incremento sostenido de enfermedades crónicas.

Condiciones transmisibles y nutricionales.

Este grupo reúne principalmente enfermedades infecciosas, respiratorias y deficiencias nutricionales. Su comportamiento refleja que Liborina continúa enfrentando infecciones comunes y condiciones relacionadas con el estado nutricional, más frecuentes en edades tempranas y en zonas rurales. Aunque muestran variabilidad anual, siguen siendo un componente importante de la demanda de servicios, lo que indica la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, control de infecciones y vigilancia nutricional.



Condiciones materno-perinatales.

Las atenciones por causas maternas y por complicaciones del periodo perinatal persisten, aunque en menor volumen frente a otras causas. Esto evidencia la importancia de mantener un control prenatal oportuno, seguimiento de embarazos de riesgo y cuidados especializados del recién nacido. Las fluctuaciones muestran momentos de mayor vulnerabilidad materno-infantil, especialmente en áreas rurales donde el acceso a servicios es más limitado.

Enfermedades no transmisibles.

Este es el grupo de mayor peso en la morbilidad del municipio, abarcando enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, trastornos endocrinos, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, digestivas y musculoesqueléticas. Su comportamiento confirma la transición epidemiológica del municipio hacia un predominio de ENT, asociadas al envejecimiento poblacional, estilos de vida, factores metabólicos y condiciones laborales. También destacan casos importantes de enfermedades mentales, neurológicas y de la piel. Las ENT requieren respuestas integrales orientadas a promoción, detección temprana y control continuo.

Lesiones.

Las lesiones constituyen un grupo relevante, dominado principalmente por accidentes, traumatismos y algunos episodios de violencia. Aunque no presentan un patrón sostenido de incremento, su presencia indica riesgos asociados a la seguridad vial, actividades laborales y el entorno doméstico. Las lesiones por violencia interpersonal o autoinfligida, aunque menos frecuentes, demandan vigilancia y acciones preventivas.

Signos y síntomas mal definidos

Este grupo, que reúne consultas por diagnósticos imprecisos, sugiere retos en la calidad del registro clínico y en la clasificación correcta de los motivos de consulta. Su presencia indica la necesidad de mejorar la certificación diagnóstica y la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

Tabla 37. Morbilidad específica por subgrupo total. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total											Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48.50	61.66	45.46	43.08	41.53	54.45	32.96	48.75	44.99	55.47	10.48	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47.52	21.76	49.51	52.57	54.84	40.41	58.17	45.80	50.87	38.93	-11.94	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	3.98	16.58	5.03	4.35	3.63	5.14	8.86	5.44	4.14	5.60	1.46	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	87.77	59.29	91.93	99.43	100.00	97.37	75.10	76.11	74.67	71.99	-2.68	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	12.23	40.71	8.07	0.57	0.00	2.63	24.90	23.89	25.33	28.01	2.88	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	2.55	8.06	3.75	2.55	3.13	2.52	7.74	6.13	2.21	1.32	-0.88	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.93	1.98	1.65	1.60	1.20	1.12	1.87	3.06	1.64	1.57	-0.07	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.66	4.52	3.19	4.83	4.82	5.35	5.56	3.87	4.84	4.15	-0.70	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5.43	6.29	6.33	6.69	4.94	4.12	5.12	5.35	5.92	6.70	0.77	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7.87	13.19	6.62	5.97	6.70	7.21	7.62	7.71	7.42	6.63	-0.78	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10.13	9.88	4.72	4.58	6.78	6.83	6.81	7.31	7.09	8.71	1.62	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12.80	10.44	25.73	27.23	27.26	27.32	21.27	20.05	24.71	19.97	-4.74	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4.76	4.31	4.56	4.33	3.93	5.15	2.95	5.35	4.04	3.40	-0.64	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8.15	7.26	5.64	6.16	5.94	6.62	5.30	6.49	6.19	7.21	1.02	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	16.10	11.61	11.49	11.02	9.99	10.37	11.10	12.19	11.79	13.14	1.35	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6.13	6.13	5.32	4.52	3.87	4.71	6.10	5.41	4.30	4.44	0.14	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13.00	13.59	10.01	10.42	10.37	10.35	10.86	10.86	9.75	10.08	0.33	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.96	1.57	0.81	0.37	0.53	0.25	1.07	1.06	0.68	0.86	0.18	
	Condiciones orales (K00-K14)	8.55	1.17	10.18	9.73	10.54	8.06	6.63	5.18	9.42	11.82	2.39	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-Y59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3.32	1.19	4.39	3.30	4.30	5.91	1.52	2.96	4.30	4.52	0.22	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1.85	0.20	0.91	0.35	1.71	0.18	0.09	1.35	0.07	0.00	-0.07	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.00	0.20	0.15	0.06	0.00	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94.83	98.42	94.55	96.29	93.99	93.73	98.39	95.69	95.62	95.48	-0.14	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



Morbilidad Específica por Subgrupo Hombres

El perfil de morbilidad masculina en Liborina muestra un claro predominio de enfermedades no transmisibles, seguidas por lesiones asociadas a riesgos laborales y de movilidad. Persisten afecciones transmisibles en edades tempranas y se evidencian necesidades importantes en salud mental. Además, se observan limitaciones en la calidad del registro clínico. En conjunto, este patrón refleja la influencia de condiciones rurales, trabajos físicos, estilos de vida y barreras en el acceso a los servicios de salud.

Condiciones transmisibles y nutricionales.

En los hombres, este grupo está dominado por enfermedades infecciosas, afecciones respiratorias y algunos casos asociados a deficiencias nutricionales. Su comportamiento refleja la exposición diferencial de los hombres a actividades laborales y ambientales que facilitan infecciones respiratorias y gastrointestinales. Aunque no constituyen la principal carga de morbilidad masculina, se mantienen como causas frecuentes de consulta, especialmente en edades tempranas y en zonas rurales dispersas.

Condiciones materno-perinatales.

Como corresponde, este grupo tiene una participación mínima en los hombres y está relacionada exclusivamente con la atención de eventos perinatales registrados durante el periodo neonatal masculino. Representa un volumen muy bajo dentro del total de consultas, sin impacto significativo en la tendencia general de morbilidad masculina.

Enfermedades no transmisibles.

Este grupo constituye el núcleo principal de la carga de enfermedad en la población masculina. Las patologías crónicas como hipertensión, diabetes, trastornos endocrinos y enfermedades cardiovasculares representan la mayor proporción de consultas. A esto se suman enfermedades respiratorias crónicas, digestivas, musculoesqueléticas y alteraciones de los órganos de los sentidos, que mantienen una demanda elevada de atención.

Asimismo, las condiciones neuropsiquiátricas tienen una participación relevante, evidenciando necesidades significativas en salud mental. También se registran consultas por anomalías congénitas, patologías orales y enfermedades genitourinarias, lo que refleja una morbilidad amplia y diversa.

En conjunto, las enfermedades no transmisibles constituyen el principal motivo de atención en los hombres, especialmente en la adultez y la vejez, asociadas a estilos de vida, riesgos ocupacionales, procesos de envejecimiento y factores metabólicos.

Lesiones.

Las lesiones representan un componente significativo de la morbilidad masculina, predominando los accidentes no intencionales asociados a actividades laborales, de movilidad y tareas cotidianas, junto con un menor número de lesiones intencionales relacionadas con violencia interpersonal o conductas de autoagresión. Este patrón refleja la mayor exposición de los hombres a entornos y actividades de riesgo físico, así como a situaciones que incrementan la probabilidad de sufrir traumas o eventos violentos.

Signos y síntomas mal definidos

El volumen significativo de atenciones clasificadas en esta categoría indica:

- Necesidad de fortalecer la precisión diagnóstica durante la atención.
- Brechas en el registro clínico y en la codificación CIE-10, que deben ser abordadas.



Esta situación puede estar ocultando diagnósticos reales, especialmente en el primer nivel de atención, y limita la capacidad para orientar adecuadamente las intervenciones en salud pública.

Tabla 38. Morbilidad específica por subgrupo hombres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48.06	65.17	49.80	43.22	43.55	43.84	41.61	62.10	44.78	51.59	6.82
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49.12	22.47	47.22	51.65	52.01	48.63	44.10	31.85	51.49	42.04	-9.45
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.83	12.36	2.99	5.13	4.44	7.53	14.29	6.05	3.73	6.37	2.63
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	0.00	0.00	5.56	####	####	25.00	1.64	6.67	0.00	6.45	6.45
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	100.00	100.00	94.44	####	####	75.00	98.36	93.33	100.00	93.55	-6.45
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	3.61	12.57	6.58	3.10	3.42	3.21	11.39	9.43	2.98	1.15	-1.83
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.65	0.79	1.38	1.10	0.92	1.18	2.10	2.53	1.02	0.89	-0.13
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.25	1.78	2.56	3.62	4.14	4.96	7.26	4.26	5.07	4.71	-0.36
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3.03	3.86	4.61	4.90	3.14	2.27	2.76	5.61	5.88	3.68	-2.20
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9.55	12.67	6.70	5.70	9.41	6.52	8.93	7.06	6.14	7.15	1.01
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10.09	9.41	5.40	5.45	7.03	7.08	6.60	6.58	7.39	8.30	0.91
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12.44	12.08	23.42	28.20	25.97	25.78	19.30	20.11	25.62	19.58	-6.05
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	6.82	4.75	5.81	5.10	4.57	8.40	1.23	5.77	4.33	3.68	-0.65
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8.35	9.90	5.42	6.28	6.13	6.70	6.39	6.09	6.67	7.70	1.01
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11.80	12.67	8.33	8.57	7.93	8.07	10.09	11.11	11.49	12.03	0.54
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7.43	6.04	6.15	5.23	3.76	5.00	4.57	5.71	4.18	5.08	0.90
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12.68	10.00	10.26	10.43	11.01	10.01	11.25	9.65	7.56	9.66	2.09
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1.02	1.68	0.59	0.45	0.76	0.38	1.60	1.51	0.92	1.47	0.55
	Condiciones orales (K00-K14)	10.26	1.78	12.78	11.86	11.83	10.43	6.53	4.58	10.75	14.92	4.17
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2.98	0.58	4.54	3.20	3.94	4.04	1.01	2.48	4.37	4.69	0.32
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.00	0.29	0.00	0.40	2.46	0.00	0.00	1.45	0.12	0.00	-0.12
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.00	0.29	0.25	0.00	0.00	0.27	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	97.02	98.83	95.21	96.40	93.60	95.69	98.99	96.07	95.51	95.31	-0.20
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Morbilidad Específica por Subgrupo Mujeres

En conjunto, la morbilidad femenina en Liborina refleja una combinación de enfermedades crónicas, condiciones infecciosas, riesgos materno-perinatales y lesiones, influenciada por factores biológicos, sociales y ambientales, y demanda un enfoque integrado de Atención Primaria, salud materna, salud mental y mejoramiento del acceso y la calidad diagnóstica.

Condiciones transmisibles y nutricionales.

Las condiciones transmisibles y nutricionales tienen una presencia relevante, especialmente las infecciones respiratorias y parasitarias, así como los déficits nutricionales. Estas afectan principalmente a niñas, mujeres jóvenes y mujeres expuestas a ambientes vulnerables o con menor acceso a servicios básicos.

Condiciones materno-perinatales.

Las condiciones maternas y perinatales mantienen una carga significativa, concentrándose en mujeres en edad reproductiva y evidenciando la necesidad de fortalecer el control prenatal, la atención oportuna del embarazo, parto y puerperio, así como el acceso a servicios especializados.



Enfermedades no transmisibles.

El perfil de morbilidad en las mujeres de Liborina muestra un predominio claro de las enfermedades no transmisibles (ENT), que abarcan patologías crónicas como hipertensión, diabetes, trastornos endocrinos, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas, musculoesqueléticas y neuropsiquiátricas. Este conjunto de condiciones constituye la mayor carga de enfermedad y refleja factores asociados al envejecimiento, estilos de vida, condiciones laborales, responsabilidades de cuidado y determinantes sociales que afectan particularmente a las mujeres.

Lesiones.

En cuanto a lesiones, aunque representan una proporción menor frente a otros grupos, se observa la presencia de accidentes no intencionales relacionados con actividades domésticas, laborales o de movilidad, y en menor medida lesiones intencionales. Esto evidencia riesgos asociados tanto al hogar como al entorno comunitario.

Signos y síntomas mal definidos

Los signos y síntomas mal definidos indican brechas en la calidad del registro clínico y posibles limitaciones diagnósticas, que pueden ocultar problemas de salud no identificados, especialmente en el primer nivel de atención.

Tabla 39. Morbilidad específica por subgrupo mujeres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48.83	58.65	41.88	42.95	39.69	65.07	26.00	31.61	45.16	59.71	14.55
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46.34	21.15	51.40	53.40	57.42	32.19	69.50	63.73	50.39	35.53	-14.86
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4.83	20.19	6.72	3.65	2.89	2.74	4.50	4.66	4.46	4.76	0.30
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	95.38	63.21	96.66	99.43	100.00	99.32	97.96	83.45	80.00	85.76	5.76
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	4.62	36.79	3.34	0.57	0.00	0.68	2.04	16.55	20.00	14.24	-5.76
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1.94	4.97	2.04	2.22	2.94	1.96	5.19	4.00	1.70	1.43	-0.28
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.09	2.79	1.82	1.90	1.39	1.08	1.71	3.41	2.06	2.02	-0.04
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.89	6.39	3.56	5.55	5.29	5.66	4.39	3.61	4.70	3.79	-0.91
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6.80	7.96	7.38	7.75	6.19	5.62	6.76	5.18	5.95	8.63	2.68
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6.90	13.54	6.58	6.13	4.84	7.78	6.71	8.13	8.26	6.30	-1.95
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10.15	10.20	4.31	4.06	6.60	6.63	6.96	7.78	6.90	8.98	2.07
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	13.00	9.32	27.14	26.66	28.15	28.58	22.64	20.01	24.11	20.23	-3.89
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3.58	4.01	3.80	3.87	3.49	2.50	4.14	5.07	3.84	3.22	-0.63
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8.04	5.44	5.77	6.09	5.80	6.55	4.54	6.74	5.87	6.89	1.02
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	18.57	10.88	13.40	12.49	11.41	12.25	11.80	12.89	11.98	13.85	1.87
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5.38	6.19	4.82	4.09	3.94	4.47	7.16	5.21	4.38	4.03	-0.35
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13.18	16.05	9.87	10.41	9.94	10.63	10.59	11.64	11.18	10.35	-0.83
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.92	1.50	0.94	0.32	0.37	0.15	0.71	0.76	0.52	0.47	-0.05
	Condiciones orales (K00-K14)	7.57	0.75	8.60	8.45	9.66	6.12	6.71	5.56	8.56	9.82	1.26
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4.18	2.45	4.17	3.44	4.86	9.63	2.35	3.86	4.20	4.20	0.00
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	6.43	0.00	2.27	0.28	0.56	0.53	0.24	1.16	0.00	0.00	0.00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.00	0.00	0.00	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	89.39	97.55	93.56	96.14	94.58	89.84	97.41	94.98	95.80	95.80	0.00
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



3.2.3 Morbilidad Específica Salud Mental

Morbilidad Específica Salud Mental Total.

La morbilidad en salud mental en Liborina afecta a todas las etapas del curso de vida, con mayor concentración en la adolescencia, juventud y adultez, donde se registran más consultas por trastornos mentales y del comportamiento, ansiedad y depresión. En la infancia y primera infancia se observan casos aislados, pero significativos en términos de alerta, especialmente relacionados con dificultades emocionales emergentes. En la vejez, las atenciones se mantienen elevadas debido al aumento de trastornos depresivos, ansiosos y condiciones neuropsiquiátricas propias del envejecimiento. En conjunto, el comportamiento muestra una demanda creciente y sostenida de atención en salud mental, evidenciando la necesidad de fortalecer la prevención, detección temprana y atención comunitaria.

Tabla 40. Morbilidad específica salud mental total. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total											Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	25.00	25.00	14.29	24.14	70.00	14.29	85.71	100.00	66.67	###	33.33	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	50.00	75.00	85.71	75.86	20.00	85.71	14.29	0.00	33.33	0.00	-33.33	
	Depresión	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Ansiedad	25.00	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	60.00	100.00	65.79	71.43	95.00	###	100.00	14.29	77.78	82.14	4.37	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	5.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	40.00	0.00	5.26	0.00	5.00	0.00	0.00	85.71	11.11	17.86	6.75	
	Depresión	0.00	0.00	10.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Ansiedad	0.00	0.00	13.16	28.57	0.00	0.00	0.00	0.00	11.11	0.00	-11.11	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	52.78	56.76	62.50	75.89	73.08	68.42	59.62	61.82	55.06	63.04	7.99	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	3.13	3.57	3.30	13.16	0.00	0.00	2.25	0.00	-2.25	
	Epilepsia	16.67	0.00	7.81	0.00	1.65	2.63	9.62	1.82	3.37	0.00	-3.37	
	Depresión	13.89	21.62	12.50	8.04	8.79	0.00	1.92	3.64	32.58	10.87	-21.71	
	Ansiedad	16.67	21.62	14.06	12.50	13.19	15.79	28.85	32.73	6.74	26.09	19.35	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	73.40	67.12	61.70	70.14	68.12	62.96	57.58	75.00	50.97	51.77	0.81	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2.13	0.00	0.00	2.37	6.76	1.85	0.00	0.00	10.97	6.38	-4.58	
	Epilepsia	4.26	8.22	6.38	9.95	9.18	7.41	9.09	0.00	2.58	19.15	16.57	
	Depresión	13.83	10.96	9.57	3.32	8.21	12.96	0.00	5.00	18.71	6.38	-12.33	
	Ansiedad	6.38	13.70	22.34	14.22	7.73	14.81	33.33	20.00	16.77	16.31	-0.46	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	42.65	75.88	61.72	65.91	64.63	63.60	67.36	66.99	61.13	58.93	-2.20	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.88	0.00	0.89	8.08	8.71	4.98	1.39	0.00	6.54	14.39	7.85	
	Epilepsia	36.76	3.02	9.20	3.55	3.27	6.90	0.00	0.96	3.89	9.28	5.39	
	Depresión	14.41	13.07	9.79	9.85	11.29	6.90	9.03	7.18	10.78	5.57	-5.21	
	Ansiedad	5.29	8.04	18.40	12.60	12.11	17.62	22.22	24.88	17.67	11.83	-5.83	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	70.83	76.56	72.96	68.68	90.50	83.08	65.96	78.13	71.17	73.08	1.91	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	8.81	0.00	0.00	0.00	0.00	2.08	6.31	0.77	-5.54	
	Epilepsia	0.00	0.00	0.00	13.19	2.71	4.62	0.00	1.04	4.05	4.62	0.56	
	Depresión	19.44	14.06	7.55	7.69	2.71	3.08	12.77	11.46	4.50	13.85	9.34	
	Ansiedad	9.72	9.38	10.69	10.44	4.07	9.23	21.28	7.29	13.96	7.69	-6.27	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Morbilidad Específica Salud Mental Hombres.

En los hombres, la mayor carga de morbilidad en salud mental se concentra en la adolescencia y juventud, donde predominan los trastornos del comportamiento, episodios de agresividad, dificultades emocionales y un número relevante de consultas por ansiedad. Durante la adultez continúa una alta demanda, especialmente por síntomas emocionales asociados al estrés laboral, consumo de sustancias psicoactivas y cargas socioeconómicas. En edades avanzadas persisten atenciones relacionadas con ansiedad y deterioro emocional, aunque en menor medida. La primera infancia e infancia presentan casos esporádicos, reflejando la emergencia de dificultades emocionales



incipientes. El perfil masculino evidencia una alta exposición a factores de riesgo psicosocial, baja búsqueda de ayuda y presencia de consumos problemáticos que pueden intensificar los trastornos.

Tabla 41. Morbilidad específica salud mental hombres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	25.00	14.29	50.00	83.33	50.00	80.00	100.00	100.00	###	0.00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Epilepsia	100.00	75.00	85.71	50.00	16.67	50.00	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Depresión	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Ansiedad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	59.38	100.00	60.61	87.50	93.33	100.00	100.00	100.00	68.18	###	31.82
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	6.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Epilepsia	40.63	0.00	6.06	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00	9.09	0.00	-9.09
	Depresión	0.00	0.00	12.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Ansiedad	0.00	0.00	15.15	12.50	0.00	0.00	0.00	0.00	22.73	0.00	-22.73
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	46.67	83.33	62.96	74.07	76.82	70.00	33.33	88.89	57.14	62.50	5.36
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	7.41	7.41	3.97	25.00	0.00	0.00	2.86	0.00	-2.86
	Epilepsia	40.00	0.00	14.81	0.00	1.99	5.00	41.67	0.00	5.71	0.00	-5.71
	Depresión	0.00	0.00	0.00	16.67	9.27	0.00	8.33	5.56	28.57	25.00	-3.57
	Ansiedad	13.33	16.67	14.81	1.85	7.95	0.00	16.67	5.56	5.71	12.50	6.79
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	84.38	69.39	69.81	70.15	70.81	63.27	57.14	77.78	50.82	60.49	9.67
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3.13	0.00	0.00	0.00	8.70	2.04	0.00	0.00	9.84	4.94	-4.90
	Epilepsia	0.00	2.04	7.55	15.67	10.56	8.16	10.71	0.00	4.92	9.88	4.96
	Depresión	6.25	16.33	9.43	0.00	6.21	14.29	0.00	0.00	24.59	6.17	-18.42
	Ansiedad	6.25	12.24	13.21	14.18	3.73	12.24	32.14	22.22	9.84	18.52	8.68
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	35.05	94.52	60.87	66.18	67.34	71.15	79.71	71.43	64.55	56.23	-8.32
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.22	0.00	2.61	14.45	14.41	10.58	2.90	0.00	15.34	22.64	7.30
	Epilepsia	50.97	1.37	21.74	4.34	3.15	12.50	0.00	2.86	11.64	12.83	1.19
	Depresión	12.26	0.00	1.74	6.07	7.88	0.96	8.70	8.57	0.53	4.53	4.00
	Ansiedad	1.51	4.11	13.04	8.96	7.21	4.81	8.70	17.14	7.94	3.77	-4.16
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	100.00	90.91	64.44	88.68	96.72	92.59	81.82	75.76	75.27	84.75	9.48
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	31.11	0.00	0.00	0.00	0.00	3.03	8.60	1.69	-6.91
	Epilepsia	0.00	0.00	0.00	1.89	0.00	3.70	0.00	3.03	5.38	1.69	-3.68
	Depresión	0.00	0.00	0.00	3.77	0.82	0.00	18.18	18.18	0.00	0.00	0.00
	Ansiedad	0.00	9.09	4.44	5.66	2.46	3.70	0.00	0.00	10.75	11.86	1.11

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Morbilidad Específica Salud Mental Mujeres.

En las mujeres, las consultas en salud mental también se concentran en la adolescencia, juventud y adultez, pero con un patrón más marcado hacia trastornos depresivos y ansiosos, asociados a condiciones de estrés emocional, cargas de cuidado y situaciones de violencia intrafamiliar o comunitaria. En la infancia se observan dificultades emocionales que suelen manifestarse como ansiedad, miedos o cambios conductuales, mientras que en la primera infancia solo aparecen casos aislados. En la vejez, se evidencia un aumento de síntomas depresivos y ansiosos vinculados al deterioro funcional, la soledad o enfermedades crónicas. El comportamiento femenino muestra mayor sensibilidad a condiciones emocionales persistentes y a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad en distintas etapas del ciclo vital.



Tabla 42. Morbilidad específica salud mental mujeres. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015-2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	30.00	#DIV/0!	####	14.29	50.00	8.33	100.00	100.00	50.00	100.00	50.00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	#DIV/0!	####	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Epilepsia	40.00	#DIV/0!	####	85.71	25.00	91.67	0.00	0.00	50.00	0.00	-50.00
	Depresión	0.00	#DIV/0!	####	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Ansiedad	30.00	#DIV/0!	####	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	66.67	100.00	100.00	65.00	###	100.00	100.00	10.00	86.96	70.59	-16.37
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Epilepsia	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	90.00	13.04	29.41	16.37
	Depresión	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Ansiedad	0.00	0.00	0.00	35.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	57.14	51.61	62.16	77.59	54.84	66.67	67.50	48.65	53.70	63.16	9.45
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.85	0.00	-1.85
	Epilepsia	0.00	0.00	2.70	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	1.85	0.00	-1.85
	Depresión	23.81	25.81	21.62	0.00	6.45	0.00	0.00	2.70	35.19	7.89	-27.29
	Ansiedad	19.05	22.58	13.51	22.41	38.71	33.33	32.50	45.95	7.41	28.95	21.54
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	50.00	62.50	51.22	70.13	58.70	60.00	60.00	69.23	51.06	40.00	-11.06
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	6.49	0.00	0.00	0.00	0.00	11.70	8.33	-3.37
	Epilepsia	13.33	20.83	4.88	0.00	4.35	0.00	0.00	0.00	1.06	31.67	30.60
	Depresión	30.00	0.00	9.76	9.09	15.22	0.00	0.00	15.38	14.89	6.67	-8.23
	Ansiedad	6.67	16.67	34.15	14.29	21.74	40.00	40.00	15.38	21.28	13.33	-7.94
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	59.07	65.08	62.16	65.57	60.48	58.60	56.00	64.75	59.42	63.25	3.84
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2.33	0.00	0.00	0.00	0.00	1.27	0.00	0.00	2.12	1.20	-0.92
	Epilepsia	6.05	3.97	2.70	2.56	3.44	3.18	0.00	0.00	0.00	3.61	3.61
	Depresión	19.07	20.63	13.96	14.65	16.49	10.83	9.33	6.47	15.92	7.23	-8.69
	Ansiedad	13.49	10.32	21.17	17.22	19.59	26.11	34.67	28.78	22.55	24.70	2.15
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	66.13	73.58	76.32	60.47	82.88	76.32	61.11	79.37	68.22	63.38	-4.84
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.59	4.65	0.00	-4.65
	Epilepsia	0.00	0.00	0.00	17.83	6.06	5.26	0.00	0.00	3.10	7.04	3.94
	Depresión	22.58	16.98	10.53	9.30	5.05	5.26	11.11	7.94	7.75	25.35	17.60
	Ansiedad	11.29	9.43	13.16	12.40	6.06	13.16	27.78	11.11	16.28	4.23	-12.05

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.4 Morbilidad de Eventos de Alto Costo.

Semaforización y Tendencia de los Eventos de Alto Costos.

El comportamiento de los eventos de alto costo en Liborina muestra un perfil estable y con baja carga para el municipio. La enfermedad renal crónica en fase cinco es el único evento que registra valores relevantes, con una prevalencia alta en comparación con la incidencia, lo que sugiere la presencia de casos crónicos ya instalados, pero sin aumentos marcados en nuevos diagnósticos durante los años evaluados. No se observan tendencias de incremento sostenido ni alertas por crecimiento reciente.

Los demás eventos (VIH y leucemias pediátricas) se mantienen sin registro durante todo el periodo analizado, lo que indica ausencia de casos o posibles cifras mínimas sin variaciones significativas. La semaforización refleja estabilidad, sin señales de deterioro epidemiológico, aunque la ausencia de casos también puede estar influenciada por subdiagnóstico o baja oportunidad en la pesquisa.

En conjunto, Liborina presenta un panorama de baja carga y sin cambios relevantes en los eventos de alto costo, con énfasis en la vigilancia de la enfermedad renal crónica para garantizar detección temprana y continuidad en los procesos de referencia, contrarreferencia y seguimiento clínico.



Tabla 43. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos. Municipio de Liborina – Antioquia, 2017 - 2024

Evento	Antioquia	Liborina	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	88.2	84.9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	10.9	9.4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓
Tasa de Incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39.0	0.0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) (año 2023)	1.3	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años) (años 2023)	4.4	0.0	✓	✓	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

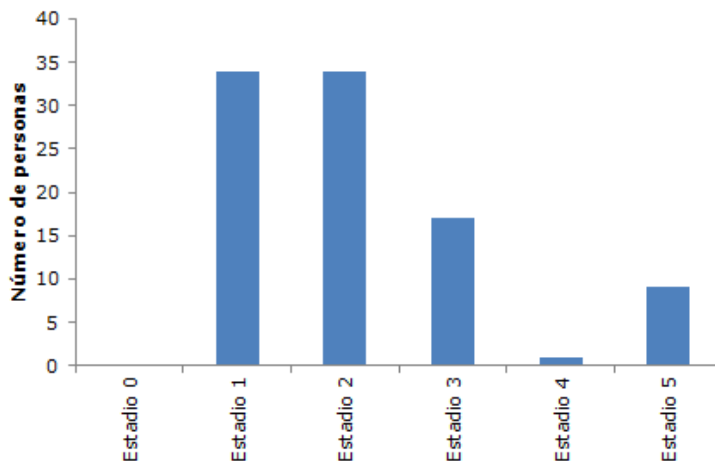
Progresión de la Enfermedad Renal Crónica.

La distribución de los estadios de ERC en Liborina durante 2024 muestra que la mayoría de los casos se concentran en los estadios tempranos (1 y 2), lo cual indica detección oportuna y una oportunidad importante para intervenir antes de que la enfermedad avance. Los estadios 1 y 2 agrupan el mayor número de personas, mientras que los estadios 3 y 4 presentan una frecuencia mucho menor, reflejando un tránsito reducido hacia fases más avanzadas.

El estadio 5, que corresponde a la fase crítica con necesidad de terapia de reemplazo renal, registra un número bajo de personas, lo que es consistente con la baja incidencia municipal reportada y sugiere que la carga de enfermedad avanzada es limitada. Sin embargo, la presencia de casos en este estadio evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento clínico, la adherencia al tratamiento y la detección de factores de progresión, especialmente en áreas rurales donde las condiciones de acceso pueden dificultar el control adecuado.

En conjunto, el patrón sugiere una progresión lenta y controlable, con predominio de estadios tempranos y baja concentración en fases graves, lo que constituye una oportunidad para reforzar acciones de prevención secundaria y manejo integral en el primer nivel de atención.

Figura 55. Progresión de la enfermedad renal crónica. Municipio de Liborina – Antioquia, 2024



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.5 Morbilidad de Eventos Precursores.

La prevalencia de diabetes mellitus y de hipertensión arterial en Liborina se mantiene por debajo del promedio departamental, lo que sugiere una carga de enfermedad relativamente baja en comparación con otros municipios de



Antioquia. Sin embargo, estos eventos siguen siendo condiciones crónicas de alto impacto y actúan como precursores clave de complicaciones mayores como enfermedad renal crónica, eventos cardiovasculares y deterioro de la salud metabólica.

Aunque las cifras registradas reflejan un panorama controlado, es posible que exista subdiagnóstico, especialmente en áreas rurales donde las barreras de acceso a servicios de salud y los controles periódicos son menos frecuentes. Esto refuerza la importancia de mantener y fortalecer acciones extramurales, el tamizaje sistemático y la promoción de estilos de vida saludables en todos los grupos de edad.

El comportamiento de estos eventos precursores indica que Liborina tiene una oportunidad favorable para profundizar en la prevención primaria y secundaria, evitando la progresión hacia enfermedades crónicas más severas y reduciendo su impacto futuro en la carga de morbilidad del municipio.

Tabla 44. Morbilidad de eventos precursores. Municipio de Liborina – Antioquia, 2017 - 2024

Evento	Antioquia	Liborina	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4.5	3.9	▲	▲	▼	▼	▲	▼	▲	▲
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	14.7	8.6	▲	▼	▼	▼	▲	▼	▲	▲

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.6 Morbilidad de Eventos de Notificación Obligatoria.

Eventos de Notificación Obligatoria

El análisis de la semaforización y la tendencia de los eventos de notificación obligatoria en Liborina evidencia un comportamiento epidemiológico estable, sin señales de alerta sostenida y con la mayoría de los eventos dentro del comportamiento esperado para un municipio rural de baja población. La carga de enfermedad reportada es principalmente esporádica, con predominio de eventos asociados a condiciones ambientales, ocupacionales y zoonóticas.

Los eventos con mayor frecuencia de notificación corresponden a accidentes ofídicos, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y casos esporádicos de dengue, lo que refleja la interacción permanente de la población con entornos naturales y actividades agrícolas. Asimismo, se observan notificaciones intermitentes de IRA grave inusitada, intoxicaciones por sustancias químicas o psicoactivas y registros de morbilidad materna extrema, eventos que requieren vigilancia continua pero que no muestran aumentos sostenidos en el tiempo.

La mayoría de los eventos transmisibles (hepatitis, meningitis, leptospirosis, varicela, tuberculosis, enfermedades zoonóticas y otros) presentan notificación baja o nula, sin evidencia de brotes ni patrones de transmisión comunitaria persistente. Igualmente, los eventos materno-perinatales (sífilis gestacional y congénita, mortalidad perinatal y neonatal) muestran valores mínimos y con variabilidad atribuible al tamaño poblacional.

En conjunto, el comportamiento epidemiológico del municipio se caracteriza por la ausencia de eventos de alto impacto, la baja ocurrencia de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria y la existencia de registros que responden a factores propios del contexto rural, como accidentes con fauna, exposición ambiental y riesgos laborales. Esto evidencia un sistema de vigilancia funcional, aunque con margen para fortalecer la oportunidad y calidad del reporte. Liborina debe mantener acciones de vigilancia activa, control vectorial, educación comunitaria, prevención de intoxicaciones y seguimiento del riesgo materno-infantil, garantizando la sostenibilidad de estas tendencias y minimizando la ocurrencia de eventos evitables.



Tabla 45. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria. Municipio de Liborina – Antioquia, 2016 - 2023

Evento	Antioquia	Liborina	Comportamiento										
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023			
100 - ACCIDENTE OFIDICO	744	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
110 - BAJO PESO AL NACER	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
112 - MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	19	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2168	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	2516	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
210 - DENGUE	5241	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
220 - DENGUE GRAVE	81	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
228 - EXPOSICIÓN A FLUOR	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
298 - EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION	38	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	19051	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
330 - HEPATITIS A (BROTE)	684	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
340 - HEPATITIS B	275	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
342 - ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
345 - ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	728	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
348 - INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	6818	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
356 - INTENTO DE SUICIDIO	6286	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
357 - INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	819	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	4284	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	801	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
414 - INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1188	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1031	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	199	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
455 - LEPTOSPIROSIS	40	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA LINFOIDE	55	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
458 - LESIONES POR POLVORA	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
490 - MALARIA VIVAX	14867	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
495 - MALARIA COMPLICADA	299	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCCO	58	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	3780	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
550 - MORTALIDAD MATERNA	37	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	800	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
600 - MORTALIDAD POR IRA	21	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
620 - PAROTIDITIS	744	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	156	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	1237	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	625	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	3312	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
825 - TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	145	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
831 - VARICELA INDIVIDUAL	2895	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	2976	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
875 - VCM, VIF, VSX	24602	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
895 - ZIKA	5	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Letalidades

El análisis de las letalidades asociadas a los eventos de notificación obligatoria muestra que Liborina no presenta fallecimientos atribuibles a la mayoría de los eventos vigilados, lo que corresponde al comportamiento esperado en un municipio de baja población y con baja carga de enfermedad transmisible. La letalidad registrada en el departamento no se replica en el municipio, lo que indica ausencia de brotes graves, baja circulación de agentes infecciosos de alto impacto y adecuada capacidad de respuesta frente a los casos reportados.

Los eventos de mayor vigilancia como dengue, infecciones respiratorias agudas graves, hepatitis, intoxicaciones, enfermedades zoonóticas, eventos asociados a vacunación y enfermedades prevenibles por vacuna no registran defunciones en Liborina durante el periodo analizado. Esto sugiere un adecuado acceso a la atención en salud, una detección oportuna y un comportamiento epidemiológico estable sin progresión a formas letales.

Las letalidades reportadas a nivel departamental como las asociadas a infecciones graves, leptospirosis, IRAG, meningitis o tuberculosis no muestran expresión local, lo que indica que Liborina mantiene un riesgo bajo para estos eventos y no presenta condiciones epidemiológicas que favorezcan su gravedad. La ausencia de letalidad en eventos maternos, perinatales y en enfermedades prevenibles por vacuna refuerza la estabilidad del perfil sanitario municipal. El comportamiento de la letalidad evidencia que Liborina presenta un perfil epidemiológico controlado, con ausencia de eventos fatales por enfermedades transmisibles o zoonóticas y sin señales de alerta en términos de severidad. No obstante, se requiere mantener la vigilancia activa, garantizar la notificación oportuna y fortalecer la capacidad diagnóstica para evitar subregistro y asegurar la detección temprana de cualquier evento que pudiera elevar el riesgo de letalidad.



Tabla 46. Letalidades. Municipio de Liborina – Antioquia, 2015 - 2023

Evento	Antioquia	Liborina	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Casos de Ébola	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de accidente ofídico	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Cólera	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de dengue	0.2	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Dengue grave	1.2	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Difteria	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Encefalitis	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de hepatitis A	0.2	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de hepatitis B, C y infección B-D	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0.5	2.3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	1.1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de intoxicaciones	0.4	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de leishmaniasis	0.1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de leishmaniasis cutánea	0.1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de leptospirosis	12.2	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de lesiones por pólvora y explosivos	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Malaria	0.1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de malaria vivax	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Meningitis Streptococpneumoniae (Spn)	3.5	0.0	-	-	✓	✓	-	-	-	-	-
Letalidad de parotiditis	0.3	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Peste (bubónica/neumónica)	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de sarampión	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Sífilis gestacional	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Síndrome de rubeola congénita	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Tifus	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de tosferina	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	4.6	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Tuberculosis farmacoresistente	9.7	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de tuberculosis pulmonar	6.1	0.0	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Varicela	0.1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.7 Morbilidad Población Migrante.

Atenciones en Salud de la Población Migrante.

El análisis de las atenciones en salud brindadas a la población migrante en Liborina muestra que el volumen de servicios prestados es muy bajo, lo que indica una escasa presencia de población migrante demandante de servicios de salud en el municipio. La distribución de los tipos de atención evidencia que los migrantes acceden principalmente a hospitalización, medicamentos, urgencias y procedimientos, lo cual sugiere que los contactos con el sistema ocurren mayormente en situaciones de necesidad clínica específica más que por uso regular del sistema de salud.

Las atenciones relacionadas con nacimientos y consulta externa también son mínimas, lo que reafirma que la migración en Liborina es más transitoria que asentada, y que no corresponde a población gestante o familias con fuerte permanencia en el territorio.

Al comparar el comportamiento local con el panorama departamental, se observa que Liborina concentra una proporción marginal de las atenciones migrantes de Antioquia, lo cual coincide con la baja densidad poblacional, la ruralidad marcada y la ausencia de corredores migratorios importantes en el municipio.

En síntesis, la demanda de servicios de salud por parte de población migrante en Liborina es puntual, esporádica y de baja magnitud, sin impacto significativo sobre la oferta local. Sin embargo, se recomienda mantener estrategias de acceso garantizado, enfoque diferencial y articulación con redes de apoyo institucional, especialmente para urgencias, gestantes migrantes y población con condiciones crónicas que pueda requerir continuidad en el tratamiento.

Tabla 47. Atenciones en salud de la población migrante. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Liborina		Liborina		Antioquia		Concentración Liborina
		2025	Distribución	2025	Distribución	Año
Liborina	Consulta Externa	6	15%	105,359	36%	0.0%
	Hospitalización	7	18%	9,601	3%	0.1%
	Medicamentos	7	18%	49,017	17%	0.0%
	Procedimientos	9	23%	108,447	37%	0.0%
	Nacimientos	4	10%	1,927	1%	0.2%
	Urgencias	7	18%	15,586	5%	0.0%
	Total	40	100%	289,937	100%	0.0%

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



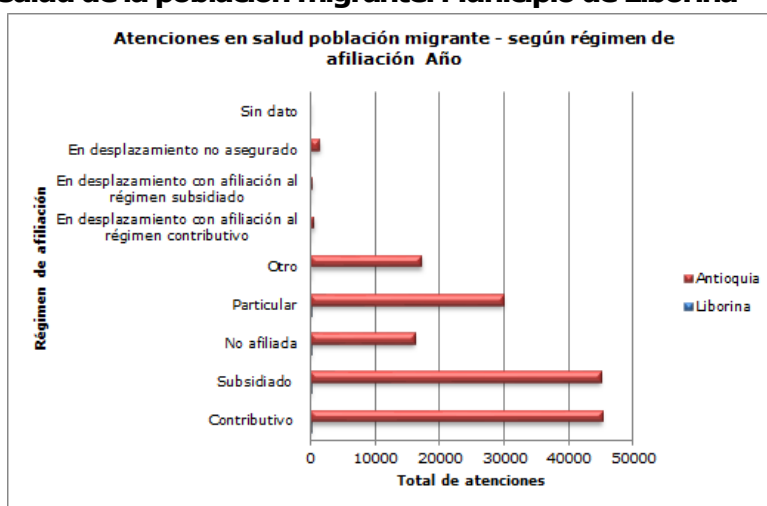
Afiliación en Salud de la Población Migrante.

El perfil de afiliación de la población migrante atendida en Liborina muestra un acceso limitado y heterogéneo al aseguramiento en salud, reflejando la condición de vulnerabilidad típica de los flujos migratorios en territorios rurales. La mayoría de los migrantes registrados en el municipio se encuentran afiliados al régimen subsidiado, lo que indica que quienes demandan servicios de salud son principalmente personas con baja capacidad de pago y que requieren apoyo del sistema para garantizar su acceso.

En menor medida, se observan casos en régimen contributivo, particular y no afiliados, lo cual evidencia una mezcla de situaciones laborales, niveles de vinculación económica y permanencias diversas. La presencia de personas no afiliadas refuerza la necesidad de fortalecer procesos de aseguramiento oportuno, especialmente en población migrante transitoria o con dificultades de documentación.

No se registran migrantes en modalidades de desplazamiento con afiliación activa, lo que sugiere que la movilidad que llega al municipio es principalmente voluntaria y no asociada a emergencias humanitarias. En conjunto, el patrón indica que Liborina atiende un número reducido de migrantes, con un marcado carácter asistencial y con necesidades asociadas a acceso, regularización y continuidad en la atención.

Figura 56. Afiliación en salud de la población migrante. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.8 Conclusiones de morbilidad

El perfil de morbilidad de Liborina confirma una transición epidemiológica avanzada, en la cual las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal carga en adolescentes, adultos y personas mayores, especialmente hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y trastornos osteomusculares. Persisten enfermedades transmisibles y condiciones nutricionales en la primera infancia e infancia, asociadas a factores ambientales, determinantes sociales y brechas en saneamiento básico. Las lesiones representan un componente relevante en hombres jóvenes y adultos, vinculadas a riesgos laborales, de movilidad y actividades productivas.

La salud mental evidencia una demanda sostenida y en aumento, concentrada en adolescencia, juventud y adultez, con presencia marcada de ansiedad, depresión y trastornos del comportamiento, así como consultas por consumo de SPA en población masculina. Se observan además diagnósticos mal definidos, que sugieren oportunidades de mejora en los registros clínicos y en la capacidad resolutoria del primer nivel.



Los eventos de alto costo presentan baja carga y estabilidad, con relevancia particular en la enfermedad renal crónica en fase avanzada, pero sin crecimiento sostenido. Los eventos precursores (hipertensión y diabetes) presentan prevalencias inferiores al promedio departamental, pero con riesgo de subdiagnóstico en zonas rurales. Los eventos de notificación obligatoria muestran un comportamiento estable, con predominio de eventos zoonóticos, ambientales y casos esporádicos de IRA grave, intoxicaciones y agresiones por animales, sin evidencia de brotes significativos ni letalidades.

La morbilidad en población migrante es baja y de carácter asistencial, con uso puntual de servicios y predominio de afiliación al régimen subsidiado. En conjunto, la morbilidad del municipio refleja un territorio con baja carga de eventos agudos, pero con un aumento sostenido de enfermedades crónicas, riesgos asociados a la ruralidad, vulnerabilidades sociales y necesidades crecientes de atención integral a lo largo del curso de vida.

Se recomienda para mejorar el perfil de morbilidad en Liborina se orientan a fortalecer la Atención Primaria en Salud mediante equipos extramurales que intensifiquen la búsqueda activa de enfermedades crónicas, eventos precursores y condiciones transmisibles en zonas rurales, así como la promoción de estilos de vida saludable, el control nutricional y la vacunación en la primera infancia. Se requiere reforzar el saneamiento básico, el acceso a agua segura y la educación sanitaria, además de mantener vigilancia activa sobre IRA, EDA y eventos zoonóticos como ofidismo, rabia y leptospirosis. La gestión integral de las ENT demanda la implementación de rutas de atención para adultos y personas mayores, tamizajes regulares para hipertensión, diabetes y riesgo cardiovascular, y programas comunitarios de actividad física. En cuanto a las lesiones, es clave desarrollar estrategias de prevención de accidentes laborales y de tránsito, acciones intersectoriales con educación, transporte y empresas rurales, y programas de convivencia pacífica que reduzcan la violencia. La salud mental debe fortalecerse con oferta comunitaria de apoyo psicosocial para adolescentes, jóvenes y adultos, detección temprana de ansiedad, depresión y consumo de sustancias, y articulación con instituciones educativas y redes locales. Asimismo, es necesario mejorar la calidad del dato mediante formación continua en codificación CIE-10, reducción de diagnósticos mal definidos y auditorías periódicas de historia clínica. Se recomienda sostener la vigilancia epidemiológica de los eventos de notificación obligatoria, reforzar alertas tempranas y garantizar investigación oportuna de los eventos priorizados. Finalmente, la atención a población migrante debe enfocarse en asegurar el acceso oportuno a servicios esenciales, facilitar la afiliación inmediata al sistema de salud y coordinar acciones con el gobierno local para mitigar barreras de acceso y vulnerabilidades sociales.

3.3 Análisis de la Cartografía Social en la Priorización de los Efectos de Salud

3.3.1 Priorización de los Efectos de Salud

El análisis derivado de la cartografía social permitió identificar y priorizar los efectos de salud más relevantes que afectan a las comunidades rurales del municipio de Liborina. La información recogida por los Equipos Básicos de Salud (EBS) evidenció que los problemas de salud no son fenómenos aislados, sino el resultado de la interacción entre factores ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos que configuran un entramado complejo de determinantes de la salud.

El proceso participativo desarrollado en los micro territorios permitió reconocer las percepciones comunitarias y vincularlas con los efectos directos e indirectos sobre la salud física, mental y social. A partir del diálogo orientado, la elaboración de mapas comunitarios y la sistematización de los relatos, se consolidaron patrones que explican el origen de los problemas y su impacto en la vida cotidiana.

Efectos sobre la salud física y las enfermedades crónicas

Los hallazgos muestran que la salud física de la población está afectada principalmente por:





- **Demoras en la entrega de medicamentos y dificultades de acceso a citas médicas**, que interrumpen la continuidad del tratamiento de enfermedades crónicas.
- **Enfermedades respiratorias** asociadas a la quema de basuras, contaminación del aire y uso inadecuado de agroquímicos.
- **Enfermedades osteomusculares y laborales**, producto del trabajo agrícola tradicional sin medidas de bioseguridad.
- **Enfermedades gastrointestinales y riesgos sanitarios**, originados en el vertimiento de aguas residuales, la inadecuada disposición de residuos y el consumo de agua no potable.

Estos factores demuestran que los efectos de salud se relacionan directamente con las condiciones ambientales y de saneamiento básico del territorio, lo que posiciona las enfermedades crónicas y respiratorias como problemáticas prioritarias.

Efectos sobre la salud mental y el bienestar emocional

El análisis de la cartografía reveló un aumento significativo de síntomas como ansiedad, estrés e incertidumbre, especialmente vinculados a la precariedad económica y la falta de estabilidad laboral. La presencia de casos complejos de salud mental en adultos y jóvenes, junto con la **sobrecarga emocional de cuidadores**, refleja un escenario de vulnerabilidad que requiere atención especializada.

La salud mental se posiciona como un efecto de alta prioridad debido a su estrecha relación con conflictos familiares, consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar y ausencia de redes de apoyo comunitario.

Efectos asociados a enfermedades transmisibles

El incremento de casos de dengue identificado en varias veredas resalta las conexiones entre infraestructura deficiente, daños en el alcantarillado y proliferación de vectores. Este efecto se priorizó dada su capacidad de expansión y el riesgo epidemiológico que representa para toda la comunidad.

La falta de medidas sostenibles en saneamiento básico evidencia que la aparición de enfermedades transmisibles es un efecto recurrente y de impacto significativo en el territorio.

Efectos derivados de la inseguridad alimentaria

La inseguridad alimentaria se posiciona como un efecto crítico en salud debido a:

- Contaminación del agua y del suelo por residuos y agroquímicos.
- Baja productividad agrícola.
- Falta de ingresos estables.
- Riesgos ambientales asociados a la continuidad de la producción.

Estos factores afectan la calidad, disponibilidad y acceso a alimentos seguros, generando efectos directos en el estado nutricional y la salud de los habitantes.

Efectos sociales que inciden en la salud

Los problemas de salud identificados se ven agravados por condiciones sociales como:

- Violencia intrafamiliar y maltrato.
- Falta de espacios protectores, recreativos y de participación comunitaria.
- Limitado acceso a educación básica y superior.
- Aislamiento y débil presencia institucional.



La ausencia de estas estructuras sociales genera efectos que profundizan la vulnerabilidad de los grupos más sensibles, como mujeres, jóvenes, adultos mayores y personas con discapacidad.

Efectos derivados de determinantes económicos

La informalidad laboral, el desempleo y los bajos ingresos no solo impiden el acceso a servicios básicos de salud, sino que generan estrés crónico y limitan la capacidad de las familias para sostener su bienestar. Estos determinantes son efectos que repercuten directamente en la aparición y agravamiento de enfermedades crónicas y en el deterioro del bienestar mental.

Integración de los efectos priorizados

El análisis evidencia que la priorización de los efectos de salud surge de la identificación de problemáticas interconectadas:

- **Problemas ambientales:** enfermedades respiratorias y transmisibles
- **Problemas económicos:** problemas de salud mental, crónicos e inseguridad alimentaria
- **Problemas sociales:** violencias, consumo de sustancias y deterioro del bienestar
- **Problemas políticos:** acceso limitado a servicios y fragmentación institucional

Los efectos priorizados se derivan de la combinación de estos factores y explican la persistencia de las problemáticas en el territorio.

La cartografía social permitió comprender que los efectos en salud más relevantes en Liborina no solo responden a condiciones biomédicas, sino a un conjunto de determinantes estructurales que profundizan la desigualdad y la vulnerabilidad. La priorización realizada demuestra la necesidad de intervenciones integrales, continuas e intersectoriales que aborden simultáneamente los factores ambientales, sociales, económicos y políticos que afectan la salud.

Este análisis se convierte en un insumo clave para la planeación integral en salud, la formulación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, y el fortalecimiento del Modelo de Atención Primaria en Salud, orientando acciones directas hacia las problemáticas de mayor impacto comunitario.



Tabla 48. priorización de los efectos de salud. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

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
Demora en la entrega de medicamentos y dificultades para acceder a citas médicas, lo que impide el tratamiento oportuno de enfermedades.	5	5	5	5	5	25
Casos de enfermedades crónicas no atendidas adecuadamente por falta de continuidad en la atención.	5	5	5	5	5	25
Enfermedades Respiratorias	5	5	5	5	5	25
Exposición constante a humo y partículas tóxicas	5	5	5	3	3	21
Enfermedades Osteomusculares y Lesiones Crónicas	5	5	5	5	5	25
Enfermedades gastrointestinales y riesgos sanitarios	5	5	5	5	5	25
Enfermedades asociadas al uso de agroquímicos	5	5	5	5	5	25
Enfermedades laborales crónicas	5	5	5	5	5	25
Aumento de estrés, ansiedad e incertidumbre asociados a condiciones económicas inestables.	5	5	5	5	5	25
Presencia de casos complejos de salud mental en adultos y jóvenes, sin acceso a atención especializada.	5	5	5	5	5	25
Sobrecarga emocional de cuidadores, especialmente en hogares con personas con discapacidad.	5	5	5	5	5	25
Incremento del consumo en jóvenes y adolescentes, con impacto en su salud, convivencia y rendimiento escolar.	5	5	5	5	5	25
Aumento de casos de dengue, relacionado con fallas en el alcantarillado y malas condiciones ambientales.	5	5	5	5	5	25
Afectaciones por contaminación ambiental, baja productividad agrícola, riesgos laborales en el campo.	5	5	5	3	3	21
Precariedad económica, desempleo, bajos ingresos.	5	5	5	3	3	21
Agua no potable, manejo inadecuado de residuos, uso inseguro de agroquímicos, contaminación del suelo y agua.	5	5	5	5	5	25
Enfermedades, riesgos ambientales y sociales que afectan la continuidad de la producción y compra de alimentos.	5	5	5	5	5	25
Se evidencian casos de maltrato y violencia, especialmente en jóvenes y mujeres, afectando directamente su bienestar.	5	5	5	5	5	25
Ausencia de grupos juveniles, actividades recreativas y ofertas deportivas.	5	5	5	5	5	25
Falta de programas para población en condición de discapacidad.	5	5	5	5	5	25
Carencia de profesores en básica secundaria.	5	5	5	3	3	21
Baja oportunidad de acceso a educación superior.	5	5	5	3	3	21
La presencia institucional limitada genera desinformación y baja articulación entre habitantes y entidades.	5	5	5	5	5	25
La mayoría de la población carece de contratos formales y afiliación a seguridad social.	5	5	5	3	3	21
Escaso acceso a servicios médicos	5	5	5	5	5	25
Condiciones laborales informales	5	5	5	3	3	21
Los ingresos insuficientes generan estrés constante y limitan el acceso a servicios de salud, educación y bienestar.	5	5	5	5	5	25
El trabajo rural se realiza con herramientas tradicionales, sin protección y con baja productividad.	5	5	4	3	3	20
Quema de basuras debido a la inexistencia de recolección formal, generando contaminación del aire y enfermedades respiratorias.	5	5	5	5	5	25
Vertimiento de excrementos y aguas residuales directamente a quebradas.	5	5	5	5	5	25
El agua potable no llega a todos los hogares y, en algunos casos, presenta mal sabor y mala calidad.	5	5	5	5	5	25
Falta de programas de prevención, vigilancia en salud y acompañamiento a las familias rurales.	5	5	5	5	5	25
Carencia de alcantarillado, vías adecuadas, redes de saneamiento y suministro constante de agua potable.	5	5	5	5	5	25
Las políticas agrícolas benefician principalmente a grandes agroindustrias, dejando en desventaja a los campesinos.	5	5	4	3	3	20

Fuente: Elaboración propia



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.

4.1 Mapeo de Actores

El ejercicio de cartografía social evidenció que, aunque la comunidad reconoce ampliamente las problemáticas que afectan su salud y bienestar, las respuestas institucionales y sociales han sido insuficientes, fragmentadas y, en muchos casos, reactivas. La articulación entre actores es débil y las acciones no logran una cobertura o continuidad que permita resolver las necesidades estructurales del territorio.

A continuación, se presenta el análisis por tipo de actor:

4.1.1 Respuestas de la Comunidad

La comunidad mostró un alto nivel de conocimiento sobre su territorio y las problemáticas que les afectan. Sus principales respuestas son:

- **Acciones autogestionadas:** combites, limpieza de caminos y quebradas, manejo artesanal de residuos, apoyo entre vecinos.
- **Prácticas de afrontamiento individuales:** manejo del estrés desde la experiencia personal, apoyo emocional entre familias.
- **Baja capacidad de incidencia:** reconocen que sus acciones son limitadas ante problemas estructurales como falta de agua potable, ausencia de alcantarillado, violencia o consumo de SPA.
- **Percepción de abandono institucional:** expresan que las visitas de entidades son esporádicas y focalizadas.

Aunque la comunidad muestra disposición, sus capacidades materiales y técnicas son insuficientes para resolver problemáticas complejas.

4.1.2. Respuestas del Sector Salud

El sector salud, representado por los Equipos Básicos de Salud (EBS) y la Secretaría de Salud, ha desarrollado acciones como:

- Jornadas de cartografía social, acompañamiento psicosocial básico y actividades educativas.
- Identificación de riesgos y sistematización de problemáticas (salud mental, crónicas, transmisibles, ambientales).
- Orientación a familias y canalización de casos críticos.

Sin embargo, el análisis evidencia:

- **Limitaciones en la frecuencia y cobertura territorial.**
- **Falta de servicios especializados**, especialmente en salud mental.
- **Escasa capacidad resolutoria** por barreras administrativas (citas, remisiones, entrega de medicamentos).
- Necesidad de fortalecer acciones de APS, vigilancia y promoción.

4.1.3. Respuestas del Sector Educación

El sector educativo presenta esfuerzos mínimos debido a la escasez de personal docente y recursos:

- Algunas escuelas realizan actividades básicas en convivencia escolar.
- Los docentes reportan casos críticos, pero carecen de acompañamiento psicosocial permanente.

Las principales debilidades:

- Poca articulación con salud para atender consumo de SPA, problemas de conducta y deserción.
- Falta de docentes, baja oferta de programas y limitada infraestructura.





4.1.4. Respuestas del Sector Social y Comunitario

- ICBF tiene presencia puntual (modalidades de primera infancia, visitas limitadas).
- Gestión Social ofrece algunos apoyos, pero no tiene programas sostenidos.
- Grupos comunitarios (juntas, líderes) son activos, pero con recursos escasos.

Faltan estrategias sólidas en:

- Prevención de violencias.
- Programas para discapacidad.
- Trabajo con jóvenes y mujeres.
- Fortalecimiento del tejido social.

4.1.5. Respuestas del Sector Ambiental y de Servicios Públicos

Las respuestas institucionales frente a los problemas ambientales son insuficientes:

- No existe un sistema de recolección de residuos en todas las veredas.
- No se han realizado intervenciones sostenidas en alcantarillado, acueductos o tratamiento de aguas.
- La vigilancia ambiental es mínima, permitiendo el uso indiscriminado de agroquímicos.

4.1.6. Respuestas del Sector Productivo y Agrícola

La respuesta del sector productivo está marcada por:

- Prácticas agrícolas tradicionales sin protección.
- Ausencia de asistencia técnica continua.
- Falta de oportunidades para pequeños productores frente a grandes agroindustrias.

Esto perpetúa la precariedad económica, la inseguridad alimentaria y las enfermedades laborales.

La respuesta ante las problemáticas es **fragmentada, limitada y centrada en la contención**, más que en la solución estructural.

Las comunidades requieren de un enfoque **intersectorial**, con participación de salud, educación, ambiente, agricultura, protección social, cultura, deporte y seguridad alimentaria.

La cartografía mostró que **ningún sector puede resolver por sí solo las necesidades del territorio**, lo que hace indispensable un **mapa de actores articulado**, que se presenta a continuación.

El territorio cuenta con múltiples actores capaces de intervenir en las problemáticas identificadas; sin embargo, la efectividad depende de:

- Una articulación intersectorial sostenida.
- Mesas de trabajo permanentes por micro territorio.
- Rutas unificadas de atención en salud, educación, ambiente y protección.
- Acciones comunitarias fortalecidas.

Este mapeo sirve como base para la planificación del **Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)**, el **Plan de Desarrollo Municipal**, y los componentes de **Atención Primaria en Salud**.



Capítulo V: Priorización de los Problemas y Necesidades Sociales de la Salud en el Territorio

5.1. Priorización de los Problemas y Necesidades Sociales de la Salud en el Territorio

La priorización de problemas de salud en el territorio evidencia profundas inequidades estructurales, expresadas en desigualdades de acceso, condiciones de vida, oportunidades educativas, económicas y ambientales. A partir del ejercicio de cartografía social, se identificaron necesidades críticas que afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables rurales, campesinas, mujeres, jóvenes, cuidadores y personas en condición de discapacidad y que se agrupan en los núcleos básicos de inequidad establecidos por la salud pública:

1. Condiciones de vida y bienestar,
2. Acceso a servicios,
3. Determinantes económicos,
4. Determinantes ambientales,
5. Determinantes socioculturales, y
6. Determinantes institucionales.

Cada uno de estos núcleos actúa como un conjunto de factores que profundizan la desprotección social y sanitaria en el territorio.

Tabla 49. Priorización de los Problemas y Necesidades Sociales de la Salud en el Territorio. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

Criterios Problemas	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Visibilidad del problema o necesidad en salud	Puntaje total priorización
Demora en la entrega de medicamentos y dificultades para acceder a citas médicas, lo que impide el tratamiento oportuno de enfermedades.	5	5	5	5	5	25
Casos de enfermedades crónicas no atendidas adecuadamente por falta de continuidad en la atención.	5	5	5	5	5	25
Enfermedades Respiratorias	5	5	5	5	5	25
Exposición constante a humo y partículas tóxicas	5	5	5	5	5	25
Enfermedades Osteomusculares y Lesiones Crónicas	5	5	5	5	5	25
Enfermedades gastrointestinales y riesgos sanitarios	5	5	5	5	5	25
Enfermedades asociadas al uso de agroquímicos	5	5	5	5	5	25
Enfermedades laborales crónicas	5	5	5	5	5	25
Aumento de estrés, ansiedad e incertidumbre asociados a condiciones económicas inestables.	5	5	5	5	5	25
Presencia de casos complejos de salud mental en adultos y jóvenes, sin acceso a atención especializada.	5	5	5	5	5	25
Intercambio emocional de cuidadores, especialmente en hogares con personas con discapacidad.	5	5	5	5	5	25
Incremento del consumo en jóvenes y adolescentes, con impacto en su salud, convivencia y rendimiento escolar.	5	5	5	5	5	25
Aumento de casos de dengue, relacionado con fallas en el alcantarillado y malas condiciones ambientales.	5	5	5	5	5	25
Afectaciones por contaminación ambiental, baja productividad agrícola, riesgos laborales en el campo.	5	5	5	5	5	25
Precariedad económica, desempleo, bajos ingresos.	5	5	5	5	5	25
Agua no potable, manejo inadecuado de residuos, uso inseguro de agroquímicos, contaminación del suelo y agua.	5	5	5	5	5	25
Enfermedades, riesgos ambientales y sociales que afectan la continuidad de la producción y compra de alimentos.	5	5	5	5	5	25
Se evidencian casos de maltrato y violencia, especialmente en jóvenes y mujeres, afectando directamente su bienestar.	5	5	5	5	5	25
Ausencia de grupos juveniles, actividades recreativas y ofertas deportivas.	5	5	5	5	5	25
Falta de programas para población en condición de discapacidad.	5	5	5	5	5	25
Carencia de profesores en básica secundaria.	5	5	5	5	5	25
Baja oportunidad de acceso a educación superior.	5	5	5	5	5	25
La presencia institucional limitada genera desinformación y baja articulación entre habitantes y entidades.	5	5	5	5	5	25
La mayoría de la población carece de contratos formales y afiliación a seguridad social.	5	5	5	5	5	25
Escaso acceso a servicios médicos	5	5	5	5	5	25
Condiciones laborales informales	5	5	5	5	5	25
Los ingresos insuficientes generan estrés constante y limitan el acceso a servicios de salud, educación y bienestar.	5	5	5	5	5	25
El trabajo rural se realiza con herramientas tradicionales, sin protección y con baja productividad.	5	5	4	3	3	20
Quema de basuras debido a la inexistencia de recolección formal, generando contaminación del aire y enfermedades respiratorias.	5	5	5	5	5	25
Vertimiento de excrementos y aguas residuales directamente a quebradas.	5	5	5	5	5	25
El agua potable no llega a todos los hogares y, en algunos casos, presenta mal sabor y mala calidad.	5	5	5	5	5	25
Falta de programas de prevención, vigilancia en salud y acompañamiento a las familias rurales.	5	5	5	5	5	25
Carencia de alcantarillado, vías adecuadas, redes de saneamiento y suministro constante de agua potable.	5	5	5	5	5	25
Las políticas públicas benefician principalmente a grandes agroindustrias, dejando en desventaja a los campesinos.	5	5	4	3	3	20

Fuente: Elaboración propia

5.2. Núcleo de inequidades

5.2.1. Inequidades en Condiciones de Vida y Bienestar.

Los resultados muestran que muchos hogares enfrentan carencias simultáneas: agua no potable, falta de alcantarillado, residuos a cielo abierto, contaminación ambiental y precariedad habitacional. Esto incrementa el riesgo de enfermedades transmisibles (dengue, gastrointestinales, respiratorias), afectaciones crónicas y deterioro del bienestar.



La dispersión geográfica y la baja presencia institucional hacen que la prevención y la vigilancia en salud rural sean insuficientes, generando mayor carga para las familias y un riesgo constante de emergencia sanitaria.

5.2.2. Inequidades en el Acceso a Servicios de Salud y Protección Social.

Se identificaron profundas barreras: demoras en citas y entrega de medicamentos, falta de continuidad en tratamientos crónicos, escaso acceso a servicios médicos y ausencia de programas especializados en salud mental y discapacidad. Las veredas más alejadas presentan mayores dificultades por limitaciones en transporte, poca presencia de EBS y trámites engorrosos con EPS. Esto configura un círculo de inequidad donde quienes más necesitan los servicios son quienes menos pueden acceder a ellos.

5.2.3. Inequidades Económicas y Laborales.

La precariedad económica, la informalidad laboral, el desempleo y la inestabilidad de ingresos afectan directamente la salud física y mental.

Los trabajadores rurales operan bajo condiciones riesgosas, con herramientas tradicionales, sin equipos de protección ni afiliación a seguridad social, lo que incrementa el riesgo de enfermedades osteomusculares, lesiones, intoxicaciones y estrés continuo.

La baja productividad agrícola y la desventaja de los campesinos frente a las agroindustrias profundizan la desigualdad y limitan la seguridad alimentaria de las familias.

5.2.4. Inequidades Ambientales.

Las problemáticas ambientales son una de las causas más relevantes de enfermedad y vulnerabilidad en el territorio. Se destacan:

- Quema De Residuos,
- Vertimiento De Aguas Residuales En Quebradas,
- Contaminación Por Agroquímicos,
- Deterioro De Suelos Y Fuentes Hídricas,
- Fallas En Saneamiento Básico.

Estas condiciones generan una doble inequidad: quienes dependen del ambiente para vivir son los más afectados por su deterioro, y tienen menos capacidad para cambiarlo por sí mismos.

5.2.5. Inequidades Socioculturales y de Convivencia.

La violencia intrafamiliar, los conflictos sociales, el consumo creciente de sustancias psicoactivas en jóvenes y la ausencia de espacios recreativos y culturales limitan la posibilidad de construir entornos protectores. La sobrecarga emocional de cuidadores, las dificultades para continuar la educación y la falta de oportunidades para los jóvenes incrementan la vulnerabilidad psicosocial y profundizan los rezagos intergeneracionales.

5.2.6. Inequidades Institucionales.

El análisis revela una **debilidad estructural en la presencia institucional**, expresada en:

- Baja articulación entre entidades,
- Escasa comunicación con la comunidad,
- Insuficiente oferta de programas,
- Falta de continuidad en procesos,
- Trámites lentos y fragmentados.



Estas condiciones generan desconfianza, desinformación y dificultades para garantizar los derechos básicos, especialmente de quienes viven en zonas rurales.

Tabla 50. Núcleo de inequidades con problemáticas priorizadas. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

[illegible]

103



El trabajo rural se realiza con herramientas tradicionales, sin protección y con baja productividad.	Modernizar el trabajo rural mediante la adopción de herramientas prácticas, sostenibles, acceso a personas de protección personal (EPS), aumentando la productividad reduciendo los riesgos laborales en el campo.	Intersectorial: UMATA - Desarrollo Económico - Salud - ARL - Ambiente - Comunalidad. Secretaría de Salud / Secretaría de Salud.	UMATA, Secretaría de Desarrollo Económico, Secretaría de Salud, ARL, SENA, asociaciones campesinas, ESE Hospital.	Capacitación en el uso adecuado de herramientas agrícolas y alternativas más seguras. Promoción del uso de elementos de protección personal (guantes, botas, gafas, tapabocas). Introducción de tecnologías apropiadas y herramientas modernas. Asesoría técnica en prácticas sostenibles que reduzcan el esfuerzo físico. Integración de salud ocupacional rural en la APS y EBS. Acceso a programas de formación técnica del SENA en prácticas seguras.	UMATA, Secretaría de Desarrollo Económico, Secretaría de Salud, ARL, SENA, asociaciones campesinas, ESE Hospital.	UMATA: asistencia técnica diaria, acompañamiento en transición tecnológica y buenas prácticas agrícolas. Desarrollo Económico: apoyo en financiación para adquirir herramientas modernas. ARL: capacitación en riesgos laborales y entrega de EPP. Salud: vigilancia de enfermedades laborales y educación sanitaria. SENA: formación en uso seguro de maquinaria, manejo de herramientas y ergonomía. Asociaciones campesinas: implementación colectiva de prácticas más seguras. ESE Hospital: atención y rehabilitación de lesiones laborales.	Agricultores, jornaleros, campesinos, UMATA, ARL, instituciones de salud, sector económico rural, familias rurales.	Beneficios: - Reducción de lesiones y enfermedades laborales. - Aumento de la productividad y eficiencia del trabajo rural. - Condiciones laborales más seguras y saludables. Afectaciones posibles: - Costo inicial para adquirir herramientas modernas o EPP. - Resistencia cultural a cambiar prácticas tradicionales.	UMATA, asociaciones campesinas, ARL, Secretaría de Desarrollo Económico, Personería Municipal, líderes rurales.
Quema de basuras debido a la inexistencia de recolección formal, generando contaminación del aire y enfermedades respiratorias.	Eliminar la quema de basuras mediante la implementación de un sistema adecuado de recolección de residuos, educación ambiental y fortalecimiento de prácticas comunitarias que protejan la salud y reduzcan las enfermedades respiratorias.	Intersectorial: Servicios Públicos - Ambiente - Salud - Educación - Gestión del Riesgo - Comunidad. Secretaría: Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Ambiente.	Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Salud Municipal, JAC, Instituciones Educativas, Gestión del Riesgo.	Ampliar cobertura y regularidad de la recolección de residuos en zonas rurales y urbanas. Implementar puntos ecológicos y campañas de reciclaje. Fortalecer educación ambiental sobre riesgos de la quema de basuras. Identificar puntos críticos donde la quema es más frecuente y hacer control comunitario. Sanciones y control a quemas, acompañando de alternativas reales. Programa de disposición segura de residuos agrícolas y domésticos.	Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Salud Municipal, JAC, Instituciones Educativas, Gestión del Riesgo.	Familias, agricultores, comerciantes, instituciones educativas, líderes comunitarios, autoridades ambientales y de salud.	Beneficios: - Reducción de enfermedades respiratorias. - Mejora en la calidad del aire y en el entorno comunitario. - Mayor cultura ambiental y participación comunitaria. Afectaciones posibles: - Costos operativos para ampliar la recolección. - Resistencia de población habituada a quemar residuos por falta de alternativas.	Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Ambiente, Personería Municipal, JAC, líderes comunitarios.	
Vertimiento de excrementos y aguas residuales directamente a quebradas.	Eliminar el vertimiento de aguas residuales y excrementos a quebradas mediante la ampliación del alcantarillado, construcción de sistemas de recolección adecuados, fortalecimiento de servicios públicos de saneamiento básico rural y protección de las fuentes hídricas del municipio.	Intersectorial: Servicios Públicos - Ambiente - Salud - Planeación - Gestión del Riesgo - Educación - Comunidad. Sectorial: Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Ambiente.	Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Salud Municipal, JAC, acuerdos verdades.	Construcción y ampliación de redes de alcantarillado donde no existen. Diseño e instalación de sistemas sépticos individuales comunitarios en zonas rurales. Campañas educativas sobre saneamiento básico y cuidado de fuentes hídricas. Control de vertimientos ilegales y aplicación de sanciones. Monitoreo permanente de la calidad del agua en quebradas. Programas de restauración de zonas de ronda hídrica.	Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Salud Municipal, JAC, acuerdos verdades, JAC y líderes comunitarios.	Habitantes rurales, urbanos, acueductos, servicios públicos, autoridades ambientales, sector salud y educativo.	Beneficios: - Reducción de enfermedades gastrointestinales y riesgos sanitarios. - Protección del agua para consumo y riego. - Mejor del entorno y conservación ambiental. Afectaciones posibles: - Costos elevados de infraestructura. - Necesidad de mantener sistemas sépticos para que funcionen adecuadamente.	Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Ambiente, Personería Municipal, JAC, acuerdos verdades, líderes ambientales y comunitarios.	
El agua potable no llega a todos los hogares y, en algunos casos, presenta mal sabor y mala calidad.	Garantizar que toda la población tenga acceso continuo a agua potable de calidad, con sistemas de abastecimiento confiables, monitoreo permanente que aseguren un agua segura, en riesgos sanitarios.	Intersectorial: Servicios Públicos - Salud - Planeación - Gestión del Riesgo - Educación - Comunidad. Sectorial: Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Salud.	Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Salud Municipal, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Planeación, Gestión del Riesgo, JAC, acuerdos verdades.	Ampliación de redes de acueducto a zonas sin cobertura. Mejora de los sistemas de tratamiento de agua potable. Implementación de monitoreo permanente de calidad (olor residual, turbidez, coliformes). Construcción y mantenimiento de tanques de almacenamiento seguros. Articulación con acueductos veredales para fortalecer la gestión técnica y administrativa.	Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Salud Municipal, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Planeación, Acueductos verdades, JAC y líderes comunitarios.	Familias rurales y urbanas, acueductos veredales, autoridades ambientales, servicios públicos, sector salud, líderes comunitarios.	Beneficios: - Reducción de enfermedades gastrointestinales y riesgos sanitarios. - Disminución de gastos en compra de agua o tratamiento doméstico. - Mayor calidad de vida y seguridad hídrica. Afectaciones posibles: - Alta inversión en infraestructura de acueducto y tratamiento. - Dificultades técnicas para llegar a zonas dispersas o de difícil acceso.	Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Salud, Personería Municipal, JAC, acuerdos verdades, líderes ambientales y comunitarios.	
Falta de programas de prevención, vigilancia en salud y acompañamiento a las familias rurales.	Fortalecer la prevención y vigilancia en salud pública, mediante la presencia constante de equipos de salud, seguimiento a familias vulnerables, detección temprana de riesgos y acciones intersectoriales que garanticen una atención continua y oportuna.	Intersectorial: Salud - Educación - Desarrollo Social - Ambiente - UMATA - Gestión del Riesgo - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Salud Municipal / ESE Hospital.	Secretaría de Salud Municipal, ESE Hospital, EPS, Secretaría de Desarrollo Social, Instituciones Educativas rurales, UMATA, JAC y líderes comunitarios.	Consolidar equipos extramurales de APS/EBS permanentes en veredas. Implementar visitas periódicas de seguimiento a familias en riesgo. Intensificar programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo, salud mental, enfermedades crónicas y transmisibles. Capacitar a la comunidad en autocuidado, manejo del agua, saneamiento básico y nutrición. Crear un sistema comunitario de alertas tempranas en salud. Articular acciones con UMATA, Ambiente y Educación para intervenir determinantes sociales.	Secretaría de Salud ESE Hospital, EPS, Secretaría de Desarrollo Social, Instituciones Educativas, UMATA, JAC y líderes comunitarios.	Familias rurales, adultos mayores, niños y niñas, comunidad agrícola, instituciones de salud, líderes comunitarios, docentes rurales.	Beneficios: - Menor incidencia de enfermedades prevenibles. - Mayor acceso a atención en zonas de difícil acceso. - Detección temprana de riesgos y reducción de complicaciones. - Mayor participación comunitaria en salud. Afectaciones posibles: - Requiere recursos humanos y logísticos adicionales para visitas rurales. - Dificultad de sostenimiento si no hay financiación continua.	Secretaría de Salud, Personería Municipal, EPS, ESE Hospital, JAC, líderes rurales, comités comunitarios.	
Carencia de alcantarillado, vías adecuadas, redes de saneamiento y suministro constante de agua potable.	Mejorar las condiciones de saneamiento básico y la infraestructura vial mediante la ampliación del alcantarillado, construcción de vías rurales y urbanas, y fortalecimiento de redes de agua potable que garanticen continuidad, calidad y cobertura para todas las comunidades.	Intersectorial: Servicios Públicos - Planeación - Infraestructura - Ambiente - Salud - Gestión del Riesgo - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Salud, Secretaría de Planeación, Secretaría de Infraestructura, JAC, acuerdos verdades.	Secretaría de Planeación, Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Infraestructura, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Salud, Gestión del Riesgo, JAC, acuerdos verdades.	Ampliar y modernizar las redes de alcantarillado en cabecera y zonas rurales. Construir y mantener vías rurales para garantizar movilidad de personas y productos. Implementar proyectos de saneamiento básico (pozos sépticos, plantas de tratamiento). Mejorar cantidad y calidad en la prestación del servicio de agua potable. Priorizar obras de infraestructura en el presupuesto municipal. Programas de educación comunitaria sobre uso eficiente y cuidado de infraestructura.	Secretaría de Planeación, Empresa de Servicios Públicos, Secretaría de Infraestructura, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Salud, Gestión del Riesgo, Acueductos verdades, JAC y líderes comunitarios.	Familias rurales y urbanas, agricultores, estudiantes, transportadores, comerciantes, servicios públicos, autoridades ambientales y comunitarias.	Beneficios: - Reducción de enfermedades gastrointestinales y respiratorias y demás. - Mejora de movilidad y acceso a salud, educación, mercados. - Reducción de la productividad agrícola y comercial. - Reducción de riesgos por inundaciones y colapsos de vías. Afectaciones posibles: - Altos costos para obras de infraestructura. - Intervenciones que requieren cierres viales temporales. - Posibles conflictos por priorización de sectores o veredas.	Alcalde, Secretaría de Planeación, Empresa de Servicios Públicos, Personería Municipal, JAC, líderes rurales, comités de agua y saneamiento.	
Las políticas agrícolas benefician principalmente a pequeños y medianos grandes agroindustrias, dejando en desventaja a los campesinos.	Garantizar que los pequeños y medianos campesinos accedan a programas agrícolas, créditos, asistencia técnica, mercados y servicios, fortaleciendo la producción local, la seguridad alimentaria y la justicia rural frente a las desigualdades del sistema agropecuario.	Intersectorial: Agricultura - Desarrollo Económico - Comercio - Planeación - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Agricultura, Secretaría de Desarrollo Económico, UMATA.	UMATA, Secretaría de Desarrollo Económico, Secretaría de Ambiente, SENA, Secretaría de Planeación, Asociaciones campesinas, cooperativas, entidades financieras rurales.	Crear incentivos diferenciados para pequeños productores (insumos, semillas, bioinsumos). Fortalecer la asistencia técnica continua desde UMATA. Implementar compras públicas locales para apoyar la economía campesina. Facilitar acceso a créditos rurales y programas financieros con tasas especiales. Implementar mercados campesinos y cadenas cortas de comercialización. Capacitar en agroindustria, transformación y valor agregado. Gestionar proyectos productivos sostenibles con enfoque campesino.	UMATA, Secretaría de Desarrollo Económico, Secretaría de Ambiente, SENA, Secretaría de Planeación, Asociaciones campesinas, cooperativas agrícolas, entidades financieras rurales.	Pequeños productores, familias rurales, agricultores, asociaciones campesinas, UMATA, sector productivo local, autoridades municipales.	Beneficios: - Mayor equidad en el acceso a programas agrícolas. - Incremento de ingresos y fortalecimiento de la economía campesina. - Reducción de pobreza rural y mejora de la seguridad alimentaria. - Crecimiento de la producción local y su competitividad. Afectaciones posibles: - Resistencia de actores que ya reciben beneficios preferenciales. - Requerimiento de inversión significativa en incentivos y asistencia técnica.	UMATA, Secretaría de Desarrollo Económico, Personería Municipal, asociaciones campesinas, líderes rurales, cooperativas, comités agropecuarios.	

Fuente: Elaboración propia



Capítulo 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

En el marco del PDSP 2022–2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo (APS)

El análisis integra las problemáticas priorizadas en el territorio y las orienta hacia respuestas coherentes con los enfoques del PDSP 2022–2031 y el Modelo de Atención Primaria en Salud (APS), centrado en la prevención, la gestión del riesgo y la acción intersectorial.

6.1. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS)

El territorio requiere consolidar un modelo **preventivo, predictivo y resolutivo**, que asegure:

- Equipos extramurales permanentes con presencia en zonas rurales.
- Seguimiento longitudinal a familias vulnerables (niños, crónicos, discapacidad, adultos mayores).
- Rutas de atención operativas en salud física, mental, materno-infantil y enfermedades transmisibles.
- Uso de herramientas predictivas para identificación temprana de riesgos (enfermedades respiratorias, crónicas, dengue, violencia, salud mental).
- Integración con redes comunitarias (JAC, líderes, docentes, UMATA).

6.2. Acción Intersectorial y Determinantes Sociales

Muchas problemáticas identificadas no son exclusivamente sanitarias. Requieren **articulación entre salud, educación, ambiente, desarrollo económico, UMATA, servicios públicos y protección social**.

Acciones recomendadas:

- Mejorar saneamiento básico (alcantarillado, manejo de residuos, potabilización del agua).
- Garantizar acceso educativo (profesores, educación superior, programas juveniles).
- Impulsar trabajo formal, empleo digno, emprendimiento y seguridad social.
- Reducir inequidades entre el área urbana y rural.

6.3. Salud y Protección del Ambiente

El territorio evidencia riesgos por:

- Vertimientos de aguas residuales.
- Contaminación del aire por quemas.
- Manejo inadecuado de agroquímicos.
- Pérdida de calidad del agua.

El PDSP plantea fortalecer la **salud ambiental**, que exige:

- Control de quemas y fortalecimiento de la recolección de basuras.
- Protección de microcuencas y vigilancia de la calidad del agua.
- Capacitación en prácticas agrícolas sostenibles.
- Gestión integral del riesgo ambiental y climático.

6.4. Seguridad Alimentaria y Desarrollo Rural

Las afectaciones a la producción agrícola y alimentos están ligadas a:

- Contaminación ambiental.
- Baja productividad por herramientas tradicionales.



- Inequidad entre pequeños productores y agroindustrias.

Recomendaciones clave:

- Huertas comunitarias, agricultura limpia y diversificación productiva.
- Compras públicas locales y mercados campesinos.
- Capacitación técnica continua desde UMATA y SENA.
- Protección de pequeños productores dentro de políticas agrícolas.

6.5. Salud Mental Comunitaria

Se identifican situaciones de:

- Estrés por pobreza y desempleo.
- Casos severos sin atención especializada.
- Violencia intrafamiliar y consumo problemático de SPA.
- Sobrecarga de cuidadores.

Respuestas en APS y PDSP:

- Rutas completas de salud mental con atención primaria y especializada.
- Equipos psicosociales móviles para zonas rurales.
- Grupos de apoyo a cuidadores y familias.
- Prevención del consumo de SPA desde las escuelas.
- Articulación con Comisaría, ICBF, Policía y Desarrollo Social.

6.6. Vigilancia en Salud Pública y Gestión de Brotes

Problemas como dengue, IRA, EDA y enfermedades crónicas requieren:

- Sistemas de vigilancia comunitaria.
- Monitoreo vectorial permanente.
- Acceso oportuno a diagnóstico y medicamentos.
- Capacitación en signos de alarma en escuelas y veredas.

6.7. Fortalecimiento de la Gobernanza y la Presencia Institucional

El territorio reporta baja articulación y presencia institucional limitada.

Recomendaciones:

- Jornadas institucionales periódicas en veredas.
- Sistemas de comunicación comunitaria (radial, veredal, WhatsApp, carteleros).
- Mesas territoriales de salud con participación de líderes.
- Transparencia y rendición de cuentas sobre proyectos y avances.

El territorio requiere un enfoque de **salud integral**, basado en:

- Prevención y promoción permanente (APS).
- Gestión intersectorial para actuar sobre determinantes sociales.
- Fortalecimiento del sistema de salud y la presencia institucional.
- Protección ambiental y seguridad alimentaria.
- Promoción del bienestar emocional y la convivencia comunitaria.

La articulación de estas acciones con el PDSP 2022–2031 garantiza que el municipio avance hacia un modelo de salud:

- Preventivo



- Predictivo
- Comunitario
- Equitativo
- Intersectorial
- Centrado en las familias y los territorios

Tabla 51. Propuestas por eje estratégico del PDSP según tabla del núcleo de inequidades. Municipio de Liborina – Antioquia, 2025

ID	NÚCLEO DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA (SEGÚN PRIORIZACIÓN DEL CAPÍTULO V)	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD SECTORIAL	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PIELES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO
1	Demora en la entrega de medicamentos y dificultades para acceder a citas médicas, lo que impide el tratamiento oportuno de enfermedades.	Garantizar que la población acceda de manera oportuna y continua a medicamentos y servicios de salud, fortaleciendo la red de atención, mejorando los tiempos de respuesta de EPS y ESE, y asegurando la continuidad de los tratamientos, especialmente en personas con enfermedades crónicas y población rural dispersa.	Intersectorial, con acciones conjuntas entre Salud, Desarrollo Social, ESE, EPS, Personería y JAC. También implica intervenciones sectoriales específicas dentro del área de Salud (ESE, Secretaría de Salud, EPS).	Eje_1_Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión y coadministración con el gobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, las 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
2	Casos de enfermedades crónicas no atendidas adecuadamente por falta de continuidad en la atención.	Garantizar la continuidad integral de la atención a personas con enfermedades crónicas mediante controles periódicos, seguimiento clínico, disponibilidad oportuna de medicamentos y articulación efectiva entre ESE-EPS-Secretaría de Salud.	Sectorial: (Salud - ESE - EPS). Intersectorial: (Salud - Desarrollo Social - Educación - Comunidad).	Eje_4_Atencion Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud; prevenir la enfermedad; recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que integran la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	i) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
3	Enfermedades Respiratorias	Reducir la incidencia de enfermedades respiratorias y sus complicaciones mediante acciones de prevención, control de factores ambientales, educación comunitaria y fortalecimiento de los servicios de salud.	Intersectorial: Salud - Ambiente - Servicios Públicos - Educación - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Salud / ESE Hospital.	Eje_4_Atencion Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud; prevenir la enfermedad; recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que integran la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	i) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
4	Exposición constante a humo y partículas tóxicas	Reducir la exposición de la población al humo, polvo y partículas tóxicas mediante la eliminación de quemados, el fortalecimiento del manejo adecuado de residuos y la implementación de prácticas ambientales seguras que protejan la salud respiratoria y la calidad del aire.	Intersectorial: Ambiente - Servicios Públicos - Salud - Educación - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Ambiente y Empresa de Servicios Públicos.	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 transsectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
5	Enfermedades Osteomusculares y Lesiones Crónicas	Reducir la incidencia y severidad de enfermedades osteomusculares y lesiones crónicas mediante mejoras en las condiciones de trabajo, capacitación en ergonomía, acceso a rehabilitación y promoción de prácticas laborales seguras, especialmente en población rural.	Intersectorial: Salud - Trabajo - UMAT - SENA - ARL - Desarrollo Económico. Sectorial: Secretaría de Salud / Ministerio de Trabajo / ESE Hospital.	Eje_4_Atencion Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud; prevenir la enfermedad; recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que integran la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	i) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
6	Enfermedades gastrointestinales y riesgos sanitarios	Reducir la incidencia de enfermedades gastrointestinales mediante acceso a agua segura, saneamiento básico adecuado, educación en higiene, vigilancia sanitaria y control de riesgos ambientales en hogares y comunidades.	Intersectorial: Salud - Servicio Públicos - Ambiente - Educación - Gestión del Riesgo - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Salud / ESE Hospital.	Eje_4_Atencion Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud; prevenir la enfermedad; recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que integran la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	i) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
7	Enfermedades asociadas al uso de agroquímicos	Disminuir la exposición y los efectos sobre la salud derivados del uso inadecuado de agroquímicos mediante formación técnica, regulación de su uso, prácticas agrícolas seguras y adopción de alternativas sostenibles menos tóxicas.	Intersectorial: UMAT - Salud - Ambiente - Agricultura - Comercio de Insumos - Comunidad. Sectorial: UMAT / Secretaría de Salud / Secretaría de Ambiente.	Eje_4_Atencion Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud; prevenir la enfermedad; recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que integran la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	i) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
8	Enfermedades laborales crónicas	Prevenir y disminuir la incidencia de enfermedades laborales crónicas mediante mejoras en las condiciones de trabajo, identificación de riesgos, acceso a salud ocupacional, capacitación y fortalecimiento de la protección laboral, especialmente para trabajadores rurales e informales.	Intersectorial: Trabajo - Salud - Ambiente - Economía. Sectorial: Ministerio de Trabajo / ARL / Secretaría de Salud.	Eje_7_Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad pública, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud y otros trabajadores del sector	i) Trabajo digno y decente para el talento humano en salud y otros trabajadores del sector
9	Aumento de estrés, ansiedad e incertidumbre asociados a condiciones económicas inestables.	Reducir el impacto del estrés, la ansiedad y la incertidumbre derivados de la precariedad económica mediante apoyo psicosocial, fortalecimiento de redes de apoyo, generación de ingresos, seguridad social y acceso a oportunidades educativas y laborales.	Intersectorial: Salud - Desarrollo Social - Desarrollo Económico - ICBF - SENA - Educación - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Salud / Secretaría de Desarrollo Social.	Eje_4_Atencion Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud; prevenir la enfermedad; recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que integran la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	i) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
10	Presencia de casos complejos de salud mental en adultos y jóvenes, sin acceso a atención especializada.	Garantizar que las personas con trastornos mentales complejos (psicosis, trastornos severos, riesgo suicida, consumo problemático, entre otros) accedan de manera oportuna y continua a servicios especializados en salud mental, reduciendo crisis, hospitalizaciones y riesgos asociados.	Sectorial: Secretaría de Salud, ESE Hospital, EPS. Intersectorial: Salud - ICBF - Comisaría de Familia - Educación - Policía - Desarrollo Social.	Eje_2_Pueblos y comunidades étnicas y campesinas	Contar con elementos para la acción que permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias.	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con enfoque de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y campesinas.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
11	Sobrecarga emocional de cuidadores, especialmente en hogares con personas con discapacidad.	Disminuir la sobrecarga emocional, física y económica de los cuidadores mediante la implementación de apoyos psicosociales, programas de respiro, acompañamiento familiar e inclusión de servicios para personas dependientes (adultos mayores, personas con discapacidad, pacientes crónicos).	Intersectorial: Salud - Desarrollo Social - ICBF - EPS - Educación - ONG - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Salud / Secretaría de Desarrollo Social.	Eje_2_Pueblos y comunidades étnicas y campesinas	Contar con elementos para la acción que permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias.	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con enfoque de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y campesinas.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización



12	Incremento del consumo en jóvenes y adolescentes, con impacto en su salud, convivencia y rendimiento escolar.	Reducir el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en jóvenes mediante prevención comunitaria, fortalecimiento de factores protectores (familia, deporte, cultura, educación) y acceso a rutas integrales de atención para consumo problemático.	Intersectorial: Salud - Educación - ICBF - Policía - Cultura - Deporte - Juventud - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Salud / Secretaría de Educación.	Eje_4_Atencion_Primary_en_Salud_	Desarrollar acciones sectoriales intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, periurbanas, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales RIITS y e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	i) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud
13	Aumento de casos de dengue, relacionado con fallas en el alcantarillado y malas condiciones ambientales.	Reducir la incidencia del dengue mediante el fortalecimiento del control del vector Aedes aegypti, acciones de saneamiento ambiental, educación comunitaria y articulación institucional que permita mantener ambientes libres de criaderos.	Intersectorial: Salud - Ambiente - Servicios Públicos - Gestión del Riesgo - Educación - Sectorial: Secretaría de Salud Municipal.	Eje_6_Coconocimiento_en_Salud_Publica_y_gobernanza_sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud publicasbasadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades,	iv) Soberanía sanitaria y gestión del conocimiento
14	Afectaciones por contaminación ambiental, baja productividad agrícola, riesgos laborales en el campo.	Mejorar la productividad agrícola, reducir las afectaciones en la salud derivadas de la contaminación ambiental, el uso inadecuado de insumos y los riesgos laborales rurales, mediante prácticas sostenibles, tecnificación, protección del ambiente y fortalecimiento de la salud laboral en el campo.	Intersectorial: Ambiente - UMATA - Salud - Agricultura - Desarrollo Económico - ARL - Educación - Comunidad. Sectorial: UMATA / Secretaría de Ambiente / Secretaría de Salud.	Eje_6_Coconocimiento_en_Salud_Publica_y_gobernanza_sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud publicasbasadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades,	iv) Soberanía sanitaria y gestión del conocimiento
15	Precariedad económica, desempleo, bajos ingresos.	Mejorar las condiciones económicas de la población mediante la generación de empleo digno, fortalecimiento de emprendimientos locales, acceso a formación laboral y creación de oportunidades que aumenten los ingresos familiares y reduzcan la vulnerabilidad social.	Intersectorial: Desarrollo Económico - Desarrollo Social - Educación - SENA - Agricultura - Juventud - UMATA - Sector privado. Sectorial: Secretaría de Desarrollo Económico / Secretaría de Desarrollo Social.	Eje_1_Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Publica	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión, 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 que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales RIITS y e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
16	Agua no potable, manejo inadecuado de residuos, uso inseguro de agroquímicos, contaminación del suelo y agua.	Garantizar el acceso a agua potable de calidad, manejo adecuado de residuos sólidos, promover el uso seguro y racional del agroquímicos, y reducir la contaminación del suelo y el agua para proteger la salud humana, los ecosistemas y la seguridad alimentaria.	Intersectorial: Servicios Públicos - Ambiente - Salud - UMATA - Agricultura - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Ambiente y Gestión del Riesgo / Secretaría de Salud.	Eje_1_Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Publica	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión, 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 que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales RIITS y e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
17	Enfermedades, riesgos ambientales y sociales que afectan la continuidad de la producción y compra de alimentos.	Garantizar que la producción y compra de alimentos no se vean afectados por enfermedades, prácticas agrícolas inadecuadas o riesgos sociales, mediante el fortalecimiento de la seguridad alimentaria, prácticas sostenibles y la protección del entorno productivo.	Intersectorial: Agricultura - Desarrollo Económico - Desarrollo Social - Educación - SENA - Comunidad. Sectorial: UMATA / Secretaría de Agricultura / Secretaría de Desarrollo Económico.	Eje_4_Atencion_Primary_en_Salud_	Desarrollar acciones sectoriales intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, periurbanas, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales RIITS y e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	i) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud
18	Se evidencian casos de maltrato y violencia, especialmente en jóvenes y mujeres, afectando directamente su bienestar.	Reducir los casos de maltrato y violencia, especialmente contra mujeres, jóvenes, niñas/os, mediante el fortalecimiento de las rutas de atención, la prevención comunitaria, la protección integral, el acompañamiento psicosocial y la articulación interinstitucional que garantice entornos seguros y libres de violencia.	Intersectorial: Comisaría de Familia - ICBF - Salud - Policía - Justicia - Mujer y Género - Comunidad. Sectorial: Comisaría de Familia / Secretaría de Salud / Secretaría de Desarrollo Social.	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 transsectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio-sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
19	Ausencia de grupos juveniles, actividades recreativas y ofertas deportivas.	Crear y fortalecer espacios de participación juvenil, actividades recreativas, culturales, deportivas y artísticas que permitan el desarrollo integral de jóvenes y adolescentes previniendo riesgos psicosociales y promoviendo el liderazgo, la convivencia y la cohesión comunitaria.	Intersectorial: Cultura - Deporte - Educación - Juventud - Salud - ICBF - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Cultura / Deporte / Secretaría de Educación.	Eje_3_Pueblos_y_comunidades_etnicas_y_campesinas_mujeres_sectores_LGBTIQ_y_otros_poblaciones_por_condicion_yo_situacion.	Contar con elementos para la acción que permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
20	Falta de programas para población en condición de discapacidad.	Garantizar la inclusión social, educativa y sanitaria de las personas con discapacidad mediante programas de atención integral, apoyos técnicos, acompañamiento familiar y eliminación de barreras físicas, sociales y actitudinales.	Intersectorial: Salud - Educación - Desarrollo Social - ICBF - Cultura - Deporte - Infraestructura - ONG - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Desarrollo Social / Secretaría de Salud / Secretaría de Educación.	Eje_3_Pueblos_y_comunidades_etnicas_y_campesinas_mujeres_sectores_LGBTIQ_y_otros_poblaciones_por_condicion_yo_situacion.	Contar con elementos para la acción que permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
21	Carencia de profesores en básica secundaria.	Garantizar que todos los estudiantes de básica secundaria cuenten con docentes suficientes, calificados y estables, fortaleciendo así la calidad educativa, la continuidad académica y la permanencia escolar en el municipio.	Intersectorial: Educación - Planeación - Hacienda - Trabajo Social - Comunidad - ICBF - Juventud. Sectorial: Secretaría de Educación.	Eje_1_Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Publica	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión, 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 que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales RIITS y e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
22	Baja oportunidad de acceso a educación superior.	Aumentar el acceso de los jóvenes a la educación superior mediante becas, convenios con universidades, orientación vocacional, programas de preparación académica y apoyo económico, garantizando oportunidades de movilidad social y desarrollo profesional.	Intersectorial: Educación - Juventud - Desarrollo Social - SENA - Universidades - Sector Privado - Cultura - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Educación / Oficina de Juventud.	Eje_1_Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Publica	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión, 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 que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales RIITS y e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
23	La presencia institucional limitada genera desinformación y baja articulación entre habitantes y entidades.	Fortalecer la presencia institucional en el territorio, mejorar los canales de comunicación entre comunidad y entidades públicas, y garantizar una articulación efectiva que permita respuestas oportunas, participación ciudadana y mayor confianza en las instituciones.	Intersectorial: Gobierno local - Social - Planeación - Cultura - Comunicación - JAC - Comunidad. Sectorial: Alcaldía Municipal / Secretaría de Planeación.	Eje_1_Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Publica	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión, 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 que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales RIITS y e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
24	La mayoría de la población carece de contratos formales y afiliación a seguridad social.	Aumentar la formalización laboral, garantizar la afiliación a seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales) y mejorar la protección social de la población trabajadora mediante estrategias de empleo digno, educación laboral y articulación institucional.	Intersectorial: Desarrollo Económico - Trabajo - Salud - SENA - Educación - Desarrollo Social - Sector Privado - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Desarrollo Económico / Ministerio de Trabajo.	Eje_7_Personal_de_salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud y otros trabajadores del sector	a) Trabajo digno y decente para el talento humano en salud y otros trabajadores del sector



25. Escaso acceso a servicios médicos	Garantizar el acceso oportuno, continuo y equitativo a los servicios médicos para toda la población, fortaleciendo la red de salud, mejorando la disponibilidad de profesionales, aumentando la cobertura rural y resolviendo las barreras administrativas y geográficas.	Intersectorial: Salud - Transporte - Planeación - Desarrollo Social - EPS - ESE - Educación - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Salud Municipal / ESE Hospital.	Eje_1_Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud Pública.	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión, 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.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
26. Condiciones laborales informales	Mejorar las condiciones laborales de la población mediante la transición progresiva hacia empleos formales, protección social, derechos laborales garantizados, acceso a seguridad social y condiciones dignas de trabajo.	Intersectorial: Desarrollo Económico - Trabajo - Salud - Educación - Desarrollo Social - Agricultura - ARL - Comunidad - Sector privado. Sectorial: Secretaría de Desarrollo Económico / Ministerio de Trabajo.	Eje_7_Personal_de_salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública	u) Trabajo digno y decente para el talento humano en salud y otros trabajadores del sector
27. Los ingresos insuficientes generan estrés constante y limitan el acceso a servicios de salud, educación y bienestar.	Mejorar la estabilidad económica de los hogares mediante la generación de oportunidades laborales, apoyos sociales, educación financiera, acceso a subsidios y fortalecimiento de capacidades que reduzcan el estrés económico y permitan una vida digna con acceso a salud, educación y bienestar.	Intersectorial: Desarrollo Económico - Desarrollo Social - Hacienda - Agricultura - Juventud - Mujer - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Desarrollo Social / Secretaría de Desarrollo Económico.	Eje_1_Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud Pública.	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión, 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.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
28. El trabajo rural se realiza con herramientas tradicionales, sin protección y con baja productividad.	Modernizar el trabajo rural mediante la adopción de herramientas seguras, prácticas agrícolas sostenibles, acceso a capacitación técnica y uso de elementos de protección personal (EPP), aumentando la productividad y reduciendo los riesgos laborales en el campo.	Intersectorial: UMATA - Agricultura - Salud - Desarrollo Económico - ARL - SENA - Ambiente - Comunidad. Sectorial: UMATA / Secretaría de Desarrollo Económico / Secretaría de Salud.	Eje_6_Conocimiento_y_gobernanza_de_la_salud pública y sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios de los pueblos y comunidades.	w) Soberanía sanitaria y gestión del conocimiento
29. Quema de basuras debido a la inexistencia de recolección formal, generando contaminación del aire y enfermedades respiratorias.	Eliminar la quema de basuras mediante la implementación de un sistema adecuado, permanente de recolección de residuos, educación ambiental y fortalecimiento de prácticas comunitarias que protejan la salud y reduzcan las enfermedades respiratorias.	Intersectorial: Servicios Públicos - Ambiente - Salud - Educación - Gestión del Riesgo - Comunidad. Sectorial: Empresa de Servicios Públicos / Secretaría de Ambiente.	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 transsectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio-sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
30. Vertimiento de excrementos y aguas residuales directamente a quebradas.	Eliminar el vertimiento de aguas residuales y excrementos a quebradas mediante la ampliación del alcantarillado, construcción de sistemas sépticos adecuados, fortalecimiento del saneamiento básico rural y protección de las fuentes hídricas del municipio.	Intersectorial: Servicios Públicos - Ambiente - Salud - Educación - Gestión del Riesgo - Comunidad. Sectorial: Empresa de Servicios Públicos / Secretaría de Ambiente.	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 transsectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio-sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
31. El agua potable no llega a todos los hogares y, en algunos casos, presenta mal sabor y mala calidad.	Garantizar que toda la población tenga acceso continuo a agua potable de calidad, con sistemas de abastecimiento confiables, tratamiento adecuado y monitoreo permanente que aseguren un agua segura, sin riesgos sanitarios.	Intersectorial: Servicios Públicos - Salud - Ambiente - Planeación - Gestión del Riesgo - Educación - Comunidad. Sectorial: Empresa de Servicios Públicos / Secretaría de Salud.	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 transsectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio-sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
32. Falta de programas de prevención, vigilancia en salud y acompañamiento a las familias rurales.	Fortalecer la prevención y vigilancia en salud pública en las zonas rurales mediante la presencia constante de equipos de APS/EBES, seguimiento a familias vulnerables, educación comunitaria, detección temprana de riesgos y acciones intersectoriales que garanticen una atención continua y oportuna.	Intersectorial: Salud - Educación - Desarrollo Social - Ambiente - UMATA - Gestión del Riesgo - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Salud Municipal / ESE Hospital.	Eje_1_Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud Pública.	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión, 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.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
33. Carencia de alcantarillado, vías adecuadas, redes de saneamiento y suministro constante de agua potable.	Mejorar las condiciones de saneamiento básico y la infraestructura vial mediante la ampliación del alcantarillado, la construcción y mantenimiento de vías rurales y urbanas, y el fortalecimiento de redes de agua potable que garanticen continuidad, calidad y cobertura para todas las comunidades.	Intersectorial: Servicios Públicos - Planeación - Infraestructura - Ambiente - Salud - Gestión del Riesgo - Vivienda - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Construcción y Planeación / Empresa de Servicios Públicos / Secretaría de Infraestructura.	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 transsectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio-sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
34. Las políticas agrícolas benefician principalmente a grandes agroindustrias, dejando en desventaja a los campesinos.	Garantizar que los pequeños y medianos campesinos accedan equitativamente a programas agrícolas, créditos, asistencia técnica, mercados y subsidios, fortaleciendo la producción local, la seguridad alimentaria y la justicia rural frente a las desigualdades del sistema agropecuario.	Intersectorial: Agricultura - Desarrollo Económico - SENA - Ambiente - Planeación - Comercio - Organizaciones campesinas - Comunidad. Sectorial: Secretaría de Desarrollo Económico / UMATA.	Eje_1_Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud Pública.	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión, 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.	v) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización

Fuente: Elaboración propia



Anexos

- Carpeta comprimida
 - Caracterización EAPB
 - Cartografía Social
 - Anexo Mapeo de Actores
 - Anexo Priorización de los Problemas y Necesidades Sociales de la Salud en el Territorio
 - Anexo Núcleo de inequidades con problemáticas priorizadas
 - Anexo Propuestas por eje estratégico del PDSP según tabla del núcleo de inequidades
 - Infografía