



Medellín, 20/12/2019

Doctora  
**SANDRA LORENA GIRÓN VARGAS**  
Directora  
Dirección de epidemiología y demografía  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Carrera 13 # 32-76 piso 17 código postal 110311

Asunto: Aval documento Análisis de Situación de Salud ASIS – Cocorna 2019

Cordial saludo.

De conformidad con lo establecido en la resolución 1536 de 2015, me permito informarle que se ubicó en el servidor SFTP dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, el documento ASIS 2019 del municipio de Cocorna, el cual fue elaborado y actualizado de acuerdo con los lineamientos técnicos y metodológicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y que ya cuenta con el aval de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Atentamente,

LILIAM GABRIELA CANO RAMÍREZ  
Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Avaló Documento:	Revisó:	Aprobó:
Martha Londoño Baez Profesional Universitario - Despacho	Patricia Elena Pamplona Amaya Profesional Especializado - Despacho	Dr. Mauricio José Jaramillo Cuartas Subsecretario de Salud y Protección Social





**Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud  
ASIS – MUNICIPIO DE COCORNÁ**

**Secretaría de salud y Bienestar Social municipio de Cocorná**

**Elaborado por:  
Municipio de Cocorná  
Secretaria de Salud y Bienestar Social**

**Cocorná, 2019**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	11
METODOLOGÍA .....	12
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES .....	14
SIGLAS .....	15
1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO .....	16
1.1 Contexto territorial .....	16
1.1.1 Localización .....	16
1.1.2 Características físicas del territorio .....	16
1.1.3 Accesibilidad geográfica .....	19
1.2 Contexto demográfico .....	23
1.2.1 Estructura demográfica .....	25
1.2.2 Dinámica demográfica .....	33
1.2.3 Movilidad forzada .....	35
1.2.4 Pirámide poblacional Migrantes .....	37
2. CAPÍTULO II: ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES .....	42
2.1 Análisis de la mortalidad .....	42
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas .....	42
2.1.1 mortalidad general por grandes causas en hombres .....	45
2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo .....	69
2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez .....	92
2.1.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez .....	95
2.1.5 Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno –infantil .....	102
2.2 Análisis de la morbilidad .....	106
2.2.1 Principales causas de morbilidad .....	106
2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo .....	115
2.2.3 Morbilidad en salud mental .....	122
2.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo .....	127
2.2.4. Morbilidad de eventos precursores .....	128
2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria .....	128

2.2.6	Análisis de la población con discapacidad 2019 .....	129
2.2.7	Identificación de prioridades principales en la morbilidad .....	132
2.2.8	Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS .....	135
3.	CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD .....	142
3.1.	Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente .....	142
3.2.	Priorización de los problemas de salud .....	142

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, 2018 .....	16
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Antioquia/ Cocorná, 2008.....	21
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Cocorná hacia los municipios vecinos, 2012 .....	22
Tabla 4. Población por área de residencia Cocorná 2019 .....	23
Tabla 5. Proporción de la población por ciclo vital, municipio de Cocorná, 2005, 2019 y 2020. ....	28
Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Cocorná, 2005, 2019, 2020 .....	31
Tabla 7. Tasa de fecundidad específica 2005 – 2017, Municipio de Cocorná.....	34
Tabla 8. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad en municipio de Cocorná, 2019.....	36
Tabla 9. Tipo de atención a Población migrante, Municipio de Cocorná; 2018 .....	38
Tabla 10. Total de atenciones en salud, según país de procedencia de los migrantes, Municipio de Cocorná 2018.....	39
Tabla 11. Régimen de afiliación de migrantes, Cocorná - 2018 .....	40
Tabla 12. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas municipio de Cocorná, 2005-2017 .....	90
Tabla 13. Número de muertes específicas por 16 grandes grupos, ciclo vital, H y M: menores de 1 año, municipio de Cocorná, periodo 2005-2017. ....	93
Tabla 14. Número de muertes específicas por 16 grandes grupos, ciclo vital, H y M: Menores de 1 a 4 años, municipio de Cocorná, periodo 2005-2017. ....	94
Tabla 15. Número de muertes específicas por 16 grandes grupos, ciclo vital, H y M: Menores de 5 años, municipio de Cocorná, periodo 2005-2017. ....	94
Tabla 16. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de Cocorná, 2006 – 2017 .....	96
Tabla 17. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por etnia, 2016 – 2017 .....	101
Tabla 18. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, 2016 – 2017 .....	102
Tabla 19. Identificación de prioridades frente a las causas de mortalidad en el municipio de Cocorná durante el periodo 2005-2017. ....	103

Tabla 20. Principales causas de morbilidad por ciclo vital, municipio de Cocorná 2009 – 2018 .....	108
Tabla 21. Principales causas de morbilidad en mujeres municipio de Cocorná 2009 – 2018 .....	111
Tabla 22. Principales causas de morbilidad en hombres, municipio de Cocorná 2009 – 2018 .....	114
Tabla 23. Morbilidad por subgrupos de causas, en la población general del municipio de Cocorná, 2009-2018 .....	117
Tabla 24. Morbilidad por subgrupos de causas, en la población de hombres del municipio de Cocorná, 2009-2018.....	119
Tabla 25. Morbilidad por subgrupos de causas, en la población de mujeres del municipio de Cocorná, 2009-2018.....	122
Tabla 26. Morbilidad en salud mental para el municipio de Cocorná-2009-2018. ....	123
Tabla 27. Morbilidad en salud mental en las mujeres de Cocorná-2009-2018. ....	125
Tabla 28. Morbilidad en salud mental en las mujeres de Cocorná-2009-2018. ....	126
Tabla 29. Semaforización y tendencia de eventos de alto costo, municipio de Cocorná, 2006-2018 .....	127
Tabla 30. Semaforización morbilidad eventos percusores, 2018 .....	128
Tabla 31. Semaforización eventos de notificación obligatoria, 2017 .....	129
Tabla 32. Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Cocorná, 2019. ....	131
Tabla 33. Prioridades identificadas frente a la morbilidad en el municipio de Cocorná durante el periodo 2009 – 2018.....	132
Tabla 34. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida municipio de Cocorná, 2018.....	136
Tabla 35. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del municipio de Cocorná, 2005-2017 .....	136
Tabla 36. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del municipio de Cocorná, 2017 .....	137
Tabla 37. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del municipio de Cocorná,2018.....	137
Tabla 38. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud en el municipio de Cocorná, 2018 .....	138
Tabla 39. Otros indicadores de sistema sanitario en el municipio de Cocorná, 2018.....	140
Tabla 40. Otros indicadores de ingreso, Municipio de Cocorná 2012.....	141
Tabla 41. Tasa de cobertura bruta de educación, municipio de Cocorná, 2005 – 2018.....	141
Tabla 42. Priorización de los problemas de salud del municipio de Cocorná, 2019 .....	143

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional para años 2005, 2019, 2020.....	26
Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, municipio de Cocorná 2005, 2019 y proyecciones 2020.....	29
Figura 3. Población por sexo y grupo de edad del municipio de Cocorná, 2019 .....	30
Figura 4. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad del municipio de Cocorná, 2005 al 2017 .....	33
Figura 5. Pirámide Población Extranjera - Cocorná, 2019.....	37
Figura 6. Tasa de mortalidad ajustada del municipio de Cocorná, 2005 - 2017 .....	43
Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada para los hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017.....	47
Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada para las mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	49
Figura 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 municipio de Cocorná, 2005 – 2017.....	51
Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	55
Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio, 2005 – 2017.....	60
Figura 12. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	64
Figura 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio, de Cocorná 2005 – 2017.....	66
Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017.....	68
Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades transmisibles del municipio de Cocorná, 2005 – 2017.....	70
Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades transmisibles en hombres del departamento del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	71
Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades transmisibles en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	72
Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada para las neoplasias la población general del municipio de Cocorná, 2005 – 2017.....	73

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada para las neoplasias en hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	74
Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada para las neoplasias en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	75
Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en la población general del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	76
Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	77
Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	78
Figura 24. Mortalidad por ciertas afecciones en el periodo perinatal población general, Cocorná 2015-2017 .	80
Figura 25. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres, Cocorná, 2005 – 2017 .....	81
Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	82
Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada para las causas externas en la población general del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	83
Figura 28. Tasa de mortalidad ajustada para las causas externas en hombres municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	84
Figura 29. Tasa de mortalidad ajustada para las causas externas en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	86
Figura 30. . Tasa de mortalidad ajustada para las demás enfermedades en la población general del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	87
Figura 31. Tasa de mortalidad ajustada para las demás enfermedades en hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	88
Figura 32. Tasa de mortalidad ajustada para las demás enfermedades en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017 .....	89
Figura 33. Razón de mortalidad materna, municipio de Cocorná, 2005 -2017 .....	96
Figura 34. Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Cocorná, 2005- 2017 .....	97
Figura 35. Tasa de mortalidad infantil municipio de Cocorná, 2005- 2017 .....	98
Figura 36. Tasa de mortalidad en la niñez, municipio, 2005- 2017 .....	98



Figura 37. Tasa de mortalidad por EDA, municipio de Cocorná, 2005- 2017 .....	99
Figura 38. Tasa de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA, municipio de Cocorná, 2005- 2017	100
Figura 39. <b>Progresión ERC Cocorná, 2016</b> .....	128
Figura 40. Pirámide poblacional de personas con discapacidad, municipio de Cocorná, 2019.....	130

## LISTA DE MAPAS

MAPA 1. ANTIOQUIA, MUNICIPIO DE COCORNÁ 2012 .....	17
MAPA 2. RELIEVE, HIDROGRAFÍA, ZONAS DE RIESGO, DEL MUNICIPIO DE COCORNÁ, 2012.....	19
MAPA 3. VÍAS DE COMUNICACIÓN DEL MUNICIPIO DE COCORNÁ 2012.....	22
MAPA 4. POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA DEL MUNICIPIO DE COCORNÁ, 2009 .....	25

## PRESENTACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP), es el Análisis de Situación de la Salud- ASIS. Razón por la cual, el Ministerio elaboró la Guía conceptual y metodológica con el modelo de Determinantes Sociales de la Salud – DSS, y la plantilla para la construcción del documento que da cuenta del ASIS.

Se llevó a cabo la ejecución de este documento con la guía conceptual y metodológica y sus anexos y la plantilla constituyen el material básico del taller de capacitación para la elaboración del ASIS con el modelo conceptual de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Este documento contiene orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas para facilitar a las Entidades Territoriales de Salud como la secretaria de salud y bienestar social del municipio de Cocorná para el desarrollo.

La plantilla para la construcción del ASIS en el municipio de Cocorná, está estructurada en tres partes, la primera, la caracterización de los contextos territorial y demográfico del municipio; la segunda parte es, el abordaje de los efectos de la salud y sus determinantes y la tercera corresponde a la priorización de los efectos de salud de acuerdo a los lineamientos dados en la guía.

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, la guía, sus anexos y la plantilla se concretan como un medio para estandarizar la mínima información a contener en el documento de ASIS del municipio de Cocorná. Adicionalmente, identifica las desigualdades en salud, que servirán de insumo para la formulación de los Planes Territoriales de salud en los ámbitos departamental, distrital y municipal.

La guía y sus anexos y la plantilla para la construcción del ASIS en el municipio de Cocorná, será un material de primera mano y de consulta para los profesionales involucrados en la elaboración del ASIS, investigadores, la academia y todos aquellos actores interesados en conocer el estado de salud de la población de dicho municipio.

Respecto a lo antes mencionado y siguiendo la estructura propuesta, orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas se realizará el ASIS del municipio de Cocorná con la inclusión de las salidas de información (tablas, mapas y figuras) y la interpretación de las mismas.

## INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación en salud del municipio de Cocorná, es de considerable importancia para tener una visión de las necesidades y potencialidades que presentan la situación en salud de los habitantes del municipio, y así dar cuenta de la realidad actual que permitirá aclarar las medidas que se deben tomar para suplir dichas necesidades enmarcándolas principalmente en la construcción del Plan de Desarrollo Territorial y Planes Territoriales de Salud Pública, y así orientar los respectivos planes y medidas ya referenciados de una manera acorde a la realidad presentada. Para posteriormente ajustar las directrices, dirigir presupuestos, realizar actividades, implementar proyectos, tomar decisiones, orientar líneas bases para la elaboración de políticas públicas entre muchas otras acciones de regulación e inspección, vigilancia y control en pro de atender las necesidades que presenta la población. Para este análisis, se implementaron diferentes procesos del acervo estadístico para establecer los hallazgos de los aspectos requeridos en los lineamientos establecidos por el Ministerio de la protección Social, es decir, para los aspectos territoriales, demográficos, de mortalidad, morbilidad y socioeconómico del municipio de Cocorná; y con base en dichos hallazgos realizar el análisis descriptivo de la situación en salud de la población Cocornense, donde se llega a conclusiones y resultados revelados durante este trabajo, como: el clima, la humedad y su influencia como uno de los determinantes de la salud en el sentido del contexto territorial del municipio; la estructura poblacional demarcada por la baja natalidad y envejecimiento de la población Cocornense; las principales causas de mortalidad (establecidas por de la OPS) como las enfermedades en el sistema circulatorio que relacionadas con el contexto territorial y la estructura poblacional, han afectado significativamente a los habitantes del municipio; las principales causas de morbilidad (establecidas por de la OPS) que afecta y expone a los habitantes del municipio a riesgos de salud como las enfermedades no transmisibles y sus sub-categorías; los determinantes intermedios de tipo social en generación de factores de riesgo en la salud; además de la capacidad y su oportunidad de acuerdo a la dotación evidenciada en el municipio para las atenciones a, emergencias, necesidades y otros tipos de riesgos que afecten la salud del municipio de Cocorná.

## METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la realización del Análisis de Situación en Salud del municipio de Cocorná y los resultados expuestos en este documento corresponden a:

La información recolectada y utilizada en este trabajo corresponde a datos primarios, obtenidos directamente de los instrumentos que posee el municipio a través de los diferentes sistemas de información del respectivo contexto y la observación científica de estos; además de datos secundarios tanto internos como externos publicados y exigidos por los diferentes entes de control que intervienen, dirigen y controlan la dinámica de la descentralización administrativa del Estado.

A continuación, se describen las fuentes a utilizar en cada uno de los capítulos contenidos en este análisis, donde se usó como fuentes de información, las estimaciones y proyección de la población (2019) de los censos 1985, 1993 y 2005 y los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico publicados por el DANE. Para el análisis de la mortalidad del municipio, se utilizó la información del periodo entre el 2005 al 2017, de acuerdo con las bases de datos de Estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, las bases de datos de los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional; el periodo del análisis para los RIPS fue del 2009 al 2018; para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo comprendido entre el 2011 al 2018 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2017. Para las desigualdades sociales como determinantes en la salud del municipio se utilizaron los diferentes sistemas de información consolidados igualmente por el DANE en sus estadísticas sociales.

Con respecto al acervo estadístico para la obtención de los datos fuentes de este análisis, se realizó una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, tasa específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., todo esto a través de hojas de cálculo Excel.

Para el análisis de las desigualdades en salud y sociales en salud, se estimó las diferencias relativas, tales como el cociente de tasas extremas, cociente ponderado de tasas extremas, el riesgo atribuible poblacional, el riesgo atribuible poblacional relativo (%) y las diferencias absolutas a través de la diferencia de tasas extremas, diferencia ponderada de tasas extremas, según el caso empleando el paquete estadístico Epidat versión 4.0.

Para el análisis de morbilidad; se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o Proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad para

estas medidas se les estimó los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., para las estimaciones se utilizó la hoja de cálculo Excel.

Para el realizar la priorización de los efectos en salud se utilizó la matriz propuesta por el MSPS, a través de la hoja electrónica de Excel y se estimó el Índice de Necesidades en Salud a través del software estadístico Epidat versión 3.1.

## AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Agradecimientos al Ministerio de Salud y Protección Social, a los funcionarios de la Secretaría de salud y algunas instancias de la Administración Municipal por el suministro de la información para la construcción del documento.

## 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 Transmitidas por Alimentos  
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual  
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores  
HTA: Hipertensión Arterial  
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%  
INS: Instituto Nacional de Salud  
IRA: Infección Respiratoria Aguda  
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave  
LI: Límite inferior  
LS: Límite superior  
MEF: Mujeres en edad fértil  
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social  
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas  
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 Pública  
TB: Tuberculosis  
TGF: Tasa Global de Fecundidad  
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano Haga clic aquí para escribir texto.



## 1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

En esta primera parte del análisis de la situación de salud del municipio de Cocorná se caracteriza el territorio en los contextos territorial y demográfico, se utiliza la información reciente disponible para conocer la relación entre la población, territorio, su ambiente y la sociedad, lo cual permite identificar los factores determinantes del estado de la salud de la población.

### 1.1 Contexto territorial

#### 1.1.1 Localización

Cocorná es un Municipio de Colombia, Departamento de Antioquia, localizado en la subregión Oriente. Limita por el Norte con el Municipio de El Santuario, por el Sur con los Municipios de San Francisco y Sonsón, por el Oriente con San Luis y Granada y por el Occidente con El Carmen de Viboral. Su cabecera municipal dista 79 Kilómetros de la Ciudad de Medellín, Capital del Departamento de Antioquia. El Municipio de Cocorná posee una extensión total de 210 Kilómetros cuadrados en el que un 0,8% pertenece a la zona urbana y el 99,2% perteneciente a la zona rural la cual está compuesta por 73 veredas de las cuales 64 están habitadas y 9 deshabitadas.

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

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Cocorná	0.8 km2	0.4 %	209.2 km2	99.6%	210 km2	100%

Fuente: DANE

#### 1.1.2 Características físicas del territorio

El relieve Cocornense participa en términos generales del relieve antioqueño, plegamiento terciario y relieve de llanura en sus sinclinales de tipo cuaternario cubierto por una vegetación de tipo de selva y praderas tropicales. De acuerdo con la observación de mapas elaborados por los censos nacionales, vemos como las curvas de nivel son más sinuosas hacia el centro y hacia el occidente del territorio haciéndose más suave hacia el oriente.

Como punto culminante del relieve tenemos el cerro de las cruces, límites con El Santuario a más de 2000 metros de altura. La cabecera municipal está situada entre 1300 y 1400 metros sobre el nivel del mar. Algunas de sus cordilleras son:

Cordillera de Perico cuyo eje sirve de límites entre Cocorná y Santuario, teniendo a la vez su culminación en el alto de las Cruces. Al sur de Cocorná y sobre una de las estribaciones de la cordillera central colombiana entre las hoyas de los Ríos Cocorná y Santo Domingo y cerca de las cabeceras de las quebradas Los Cedros

Mapa 1. Antioquia, municipio de Cocorná 2012



### Hidrografía:

Cocorná es un municipio de una gran riqueza hídrica, pues cuenta en su territorio con numerosos ríos, riachuelos y quebradas. Entre ellos:

El Río Cocorná: atraviesa al municipio de occidente – oriente tiene gran número de afluentes, esta cuenca es de gran importancia, porque de la quebrada Guayabal uno de sus afluentes se toma el agua que abastece el acueducto de la cabecera municipal, también en esta quebrada se encuentra uno de los balnearios más visitados.

Otros afluentes de esta cuenca son: quebrada la hundida, la cascada, guayabal y otros como el coco, la peña, San Juan y la Rumbona.

Río San Matías y caldera: es el límite oriental de Cocorná con el municipio de Granada, es el principal afluente del río Cocorná, de gran caudal y en cuya unión se forman varios meandros. A partir de este punto continúa el río Cocorná hasta unirse al río Caldera límites con el municipio de San Luis formando sitios turísticos como Los baños de Caldera y los de la Vereda Las Playas.

Río Santo Domingo: atraviesa al municipio en sentido occidente – oriente partiendo del municipio de El Carmen de Viboral y continuando por el oriente, marca límite con el municipio de San Francisco, recibe las aguas de las subcuencas del río melcocho, la quebradona, el cementerio, la tolda, peñones, moritos y el tigre. Se destacan los balnearios naturales de pailania y la vega, el Sinaí una bellísima cascada y las piedras con grabaciones indígenas.

Otros riachuelos, la paila, la cuentona, cruce, reventones, culebra, veneno, luisita, la cascada, la chonta, santa bárbara, el salado y bagamiento etc.

Salto de agua: San Matías, San Martín, cascada de las Perlas, cascada Cabellera de Venus, cascada de El Sinaí, cascada La Trinidad.

Respecto a las condiciones agroecológicas de Cocorná, este se caracteriza por una elevada precipitación, con valores que fluctúan entre los 4500 y los 5000 mm anuales; en la cabecera municipal (1300 m.s.n.m.) la temperatura media es 23° C y la humedad relativa promedio es de 82%. Se estima que el brillo solar es de 2200 horas de luz al año, valor muy similar a localidades con un régimen climático menos lluvioso, esto explica porque predomina las lluvias durante las horas de la noche y a la presencia de una fuerte radiación solar desde las primeras horas de la mañana. Cocorná posee tres zonas de vida: bosque muy húmedo tropical (bmh-T), bosque pluvial pre montano (bp-PM) y bosque pluvial montano (bp-MB); los suelos son de fertilidad natural de media a baja y muy susceptibles a procesos erosivos.

Mapa 2. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, del municipio de Cocorná, 2012



Fuente: google maps

### 1.1.3 Accesibilidad geográfica

El Municipio de Cocorná, es en esencia montañoso con predominio de laderas pronunciadas, abundantes lluvias y numerosas fuentes hidrográficas. Debido a la conformación de suelo y a la prevaencia de lluvias, el deterioro de las vías y caminos es constante, afectando directamente a las comunidades en cuanto al tiempo de viajes y negativamente a la calidad de los productos.

Se tienen deficiencias en el sistema de drenajes en ambos frentes y se carece de un programa de mantenimiento rutinario preventivo.

Actualmente la red vial del Municipio de Cocorná está integrada por vías primarias, secundarias y terciarias, las cuales presentan la siguiente situación.

**Vías Primarias:** La Autopista Medellín –Bogotá la que con su trazado dividió el territorio en dos grandes áreas, la zona norte mejor servida de vías y transporte, y la zona sur desfavorecida incidiendo factores como la topografía y la ubicación de la cabecera municipal como centro de servicios.

**Vías Secundarias:** Las cuales conectan el Municipio de Cocorná con otros municipios como Santuario, Granada, San Francisco, San Luis, y el Carmen de Viboral.

Vías Terciarias: Corresponden a las diferentes vías y caminos de herradura que integran veredas, son aptas para recorridos de tráfico liviano, peatonal o en mula, siendo estos elementos de fortalecimiento de las relaciones sociales y económicas.

Existe algunas zonas al sur de poca articulación vial lo que afecta la movilidad y la comercialización de productos agrícolas y en general la economía de los asentamientos rurales. El acceso a veredas como Alto Bonito, El Roblal, Santa Rita, La Secreta, San Martín, El Porvenir, La Cuchilla del Rejo, El Suspiro y La Florida entre otras, debe hacerse por trochas difíciles de transitar por la falta de mantenimiento, la falta de construcción de vías de mejores especificaciones y la alta pluviosidad.

Situación diferente se presenta en dirección norte con una amplia articulación vial con la zona urbana con tres vías de acceso a la cabecera que vinculan con gran número de veredas y otros caminos de herradura complementarios. Estas son:

Vía de acceso de la Autopista a la Cabecera Municipal. “El Ramal Nuevo.”

Vía de acceso a la Cabecera, Carretera por Granada.

Vía de acceso a la Cabecera. Comunica directamente con la cabecera de San Francisco; Cocorná –La Piñuela –San Francisco.

Vías y caminos de herradura que conectan las veredas al interior del territorio municipal.

En materia de vías terciarias se han venido haciendo grandes avances. Durante los últimos años se ha fortalecido (2016-2019) se ha fortalecido en el municipio la ejecución de los proyectos de placas huella, que han posibilitado una mayor capacidad de acceso a la población campesina a sus veredas; así como también la facilidad para transportar productos tanto para su comercialización en la zona urbana, como para llevar de manera más fácil los víveres que les son necesarios para su labor diaria en sus veredas. Durante el periodo mencionado se vieron beneficiadas las veredas Santo Domingo, Palmirita, Los Potreros, La Aurora, Los Limones, Morritos, El Coco, San Antonio, Buenos Aires, La Placeta, El Jordán, San José, Santa Cruz, La Chorrera, Los Cedros y La Chonta. Además, se tienen proyectadas también placa huellas para las veredas: Alto de la virgen, El Higerón y Mazotes. Estas importantes obras se han realizado en conjunto con la Gobernación de Antioquia, la Alcaldía municipal y el importante aporte de las comunidades quienes aportaron con mano de obra. Otra beneficiaria de los proyectos de placa huella fue la vereda Guayabal, esta con un proyecto de regalías nacionales.

El municipio de Cocorná dista de 79 kilómetros de la ciudad de Medellín, la cabecera Municipal se encuentra a una altura de 1.300 m.s.n.m. con una temperatura media de 23°C. Su principal acceso es la vía Medellín-Bogotá, vía que toca la cabecera municipal de manera tangencial, de la cual se desprenden dos ramales (Guayabal y La Piñuela), que conducen a ésta. Además, existe otra vía de acceso que comunica con el Municipio de Granada (La Arboleda).

**Tabla 2.** Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Antioquia/ Cocorná, 2008

Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
Medellín	120 minutos	79 KM	Terrestres vía primaria
Choco – molino – campo alegre - los mangos.	30 minutos del ramal del municipio de granada.	6 km	Terrestre y caminando. Vía secundaria
Cabecera municipal – la piñuela	30 minutos.	11 km	Vía primaria, autopista Medellín Bogotá.
La piñuela- pailania.	20 minutos	9 km	Vía secundaria, (acceso a sanfrancisco)
El molino – las playas.	20 minutos	2.5 km	Vía terciaria
Cabecera- v. los potreros	15 minutos	2 km	Vía terciaria
Piñuela – la vega	40 minutos	9 km	Vía terciaria
Pailania- retiro	40 minutos	9 km	Vía terciaria y caminando
Autopista- Palmirita	50 minutos	6 km	Vía de penetración
Pailania – la cima	50 minutos	5 km	Vía de penetración
Cabecera – vereda la chonta	20 minutos	1.5	Vía terciaria
Autopista- coco	30 minutos	3 km	Vía terciaria
Autopista – el sueldo	30 minutos	4 km	Vía terciaria
Autopista – media cuesta	30 minutos	6 km	Vía terciaria
La Piñuela – mañosa	20 minutos	6 km	Vía secundaria
Autopista – la veta - tagual	40 minutos	4.5 km	Vía terciaria
Vía Cocorná la piñuela – san Antonio	15 minutos	2 km	Vía terciaria
Vía Cocorná la piñuela – santa bárbara	15 minutos	1.5 km	Vía terciaria
Vía Cocorná autopista vereda mazotes	15 minutos	1.2 km	Vía terciaria
Autopista vereda cruces y trinidad	40 minutos	6 km	Vía terciaria

**Fuente:** Esquema de Ordenamiento Territorial

Estas son las veredas que tienen acceso por vías primaria, secundaria y terciaria. Las demás solo tienen accesos por transporte semoviente y las vías son muy malas lo cual hace que se retarde más la llegada a dicha vereda.

La red Vial urbana está formada por calles estrechas pero accesibles al tránsito vehicular, se encuentra en condiciones, sin desconocer las limitaciones que en ocasiones se presentan para su recorrido por alta ocupación de ellas con vehículos ya que el municipio no cuenta con parqueaderos para la ubicación de estos, haciéndose más difícil la situación en días festivos.



**Tabla 3.** Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Cocorná hacia los municipios vecinos, 2012

Municipio	Tiempo de traslado entre el municipio y su municipio	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino*	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino*	Tiempo	
				horas	minutos
Santuario	40 minutos	14 km	terrestre		40
Granada	90 minutos	18 km	terrestre	1	30
Marinilla	60 minutos	26.8 km	terrestre	1	5
Rionegro	75 minutos	60 Km	terrestre	1	15
San Luis	90 minutos	40.1 km	terrestre	1	30
El Carmen de Viboral	95 minutos	60 km	terrestre	1	35
San francisco	60 minutos	27 km	terrestre	1	0

Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial

Mapa 3. Vías de comunicación del municipio de Cocorná 2012



Fuente: Google Maps

## 1.2 Contexto demográfico

### Población total

La población total del municipio de Cocorná al inicio del periodo del año 2019 es de 14.909 habitantes, donde 7.549 de estos son hombres, lo equivalente al 50,7% de la población y 7.360 son mujeres; estas representando el 49,3% de sus habitantes. Según las proyecciones del DANE (2005), se observa un cambio demográfico en el periodo comprendido entre el 2005 y el 2019, que implica variaciones en la distribución poblacional según el rango de edades, manifestándose un decrecimiento en la población menor de 19 años y un crecimiento de la población mayor de 50 años. Cocorná con respecto al año 2005 ha presentado dichas variaciones demográficas debido a diferentes factores como son por ejemplo la movilidad poblacional generada por factores socioeconómicos y políticos, entre los que se pueden encontrar aquellos relacionados con los años de confrontación armada en el territorio, en la que confluyeron fuerzas del estado, guerrillas y grupos de paramilitares e incluso grupos armados que emergieron tras las desmovilizaciones y continuaron bajo otras dinámicas su actuar delictivo, cuyo máximo impacto fue el desplazamiento forzado de gran parte de la población; Adicional a este fenómeno tan marcado en el municipio, se pueden identificar otros factores generadores de movilidad poblacional como son la falta de oportunidades laborales, y la carencia de ofertas para la educación superior.

### Población por área de residencia urbano/rural

Para el inicio del periodo del año 2019, la población total del municipio es de 14.909 habitantes, donde el 26,6% (3.970 habitantes) de la población se localiza en la zona urbana específicamente en la cabecera municipal; y el 73,4% (10.939 habitantes) habita en la zona rural.

**Tabla 4.** Población por área de residencia Cocorná 2019

Municipio	Población cabecera		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
<b>Municipio 1</b>	3.970	26,6%	10.939	73,4%	14.909	26,6%

Fuente: DANE

### Densidad Poblacional y grado de urbanización

En el municipio de Cocorná en promedio, en cada kilómetro cuadrado de superficie viven 71 personas; sin embargo, como es de esperar, la distribución de la población municipal se aglomera en mayor medida en el área urbanizada. Ahora bien, si se hace el ejercicio dividiendo la zona urbana y el área rural, se encuentra que para el año 2019 en el área urbana de 0,8 Km<sup>2</sup>, la densidad poblacional sería de 4.962,5 personas por kilómetro cuadrado; mientras que en la zona rural habitan tan sólo 52,2 personas por kilómetro cuadrado.



El grado de urbanización para el año 2019 es del 26,6%; según las estimaciones y proyecciones de la población realizadas por el DANE (2005). Cabe anotar que con base a estas proyecciones la población en el municipio, durante los años correspondientes al periodo 2005-2019, tiende a la disminución tanto en el área urbana como rural. En base a esto, se entrevé una disminución de la población en general, que vislumbra movilizaciones fuera del territorio municipal. En Cocorná se han identificado algunos factores que ocasionan la migración de pobladores, especialmente en edad productiva. Dentro de estos factores se destacan los altos índices de pobreza, el déficit de fuentes de empleo y las pocas posibilidades de acceso a la educación superior. Sumado a lo anterior y en menor medida, se presentan algunas migraciones a causa de amenazas por parte de actores armados relacionados con el microtráfico.

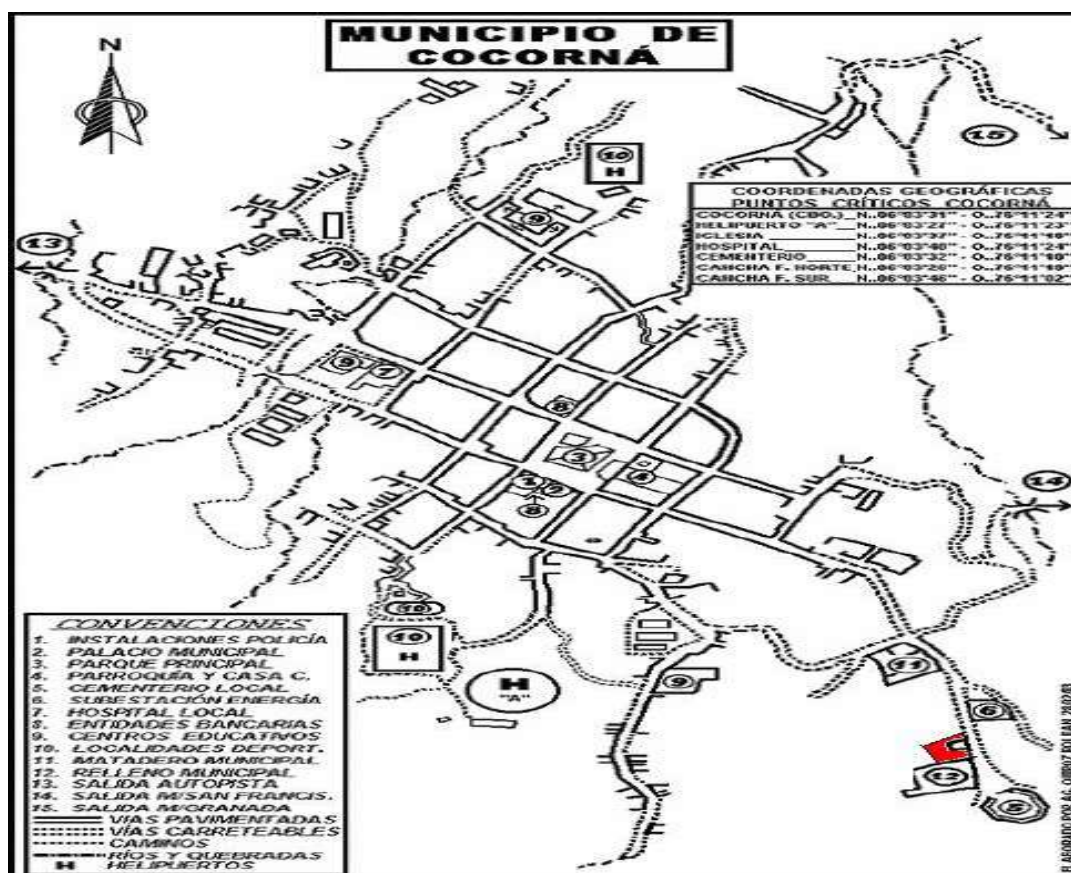
### **Número de viviendas**

En el municipio de Cocorná hay aproximadamente 14.789 viviendas, en la zona urbana hay 4.628 viviendas y en la zona rural 10.161 viviendas la mayoría de las viviendas están en mal estado, especialmente en sus techos, baños, paredes.

### **Número de hogares**

El municipio tiene en total aproximadamente 4.164 hogares, en la zona urbana hay 1.239 hogares que equivale a un 29,75% y en la zona rural 2.925 hogares que equivale a un 70,24%, existen muy pocas viviendas en donde hay dos o más familias conformadas en la zona urbana, solo hay 13 viviendas en donde hay dos hogares y en la zona rural solo hay 52 viviendas conformada por dos hogares.

Mapa 4. Población por área de residencia del municipio de Cocorná, 2009



Fuente: planeación municipal

## Población por pertenencia étnica

El municipio no cuenta con población diferencial por etnias (indígena, raizal y gitana)

### 1.2.1 Estructura demográfica

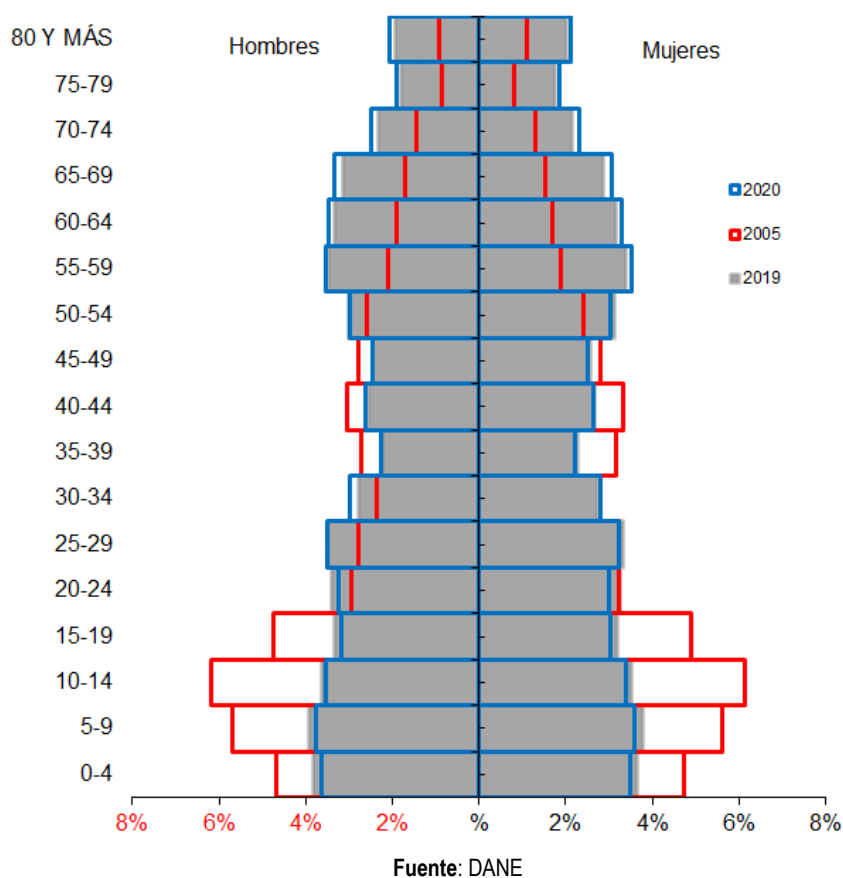
Para la estructura demográfica se analizó la pirámide poblacional del municipio, donde se puede observar que la población masculina representa el 50,7%, mientras que la femenina el 49,3% del total de la población. Con respecto a la pirámide poblacional<sup>1</sup> observamos que en el año 2005 la estructura poblacional estaba caracterizada por una población joven entre los 0 y 19 años que representaban el 42,64 %. En dicho rango de edades existía una mayor prevalencia en la población de 10 a 14 años. Cabe mencionar que, dentro de este

<sup>1</sup> Figura 1, Pirámide poblacional del municipio de Cocorná para los periodos 2005 - 2018 y proyecciones a 2020.

intervalo (0 y 19 años), el rango de edad de 0-4 años aportaba sólo el 9,37%, un porcentaje menor en comparación con los otros rangos de edad pertenecientes a dicho intervalo, pero mayor a los otros rangos de edad superiores a los 19 años. Para el año 2005, las personas entre los 55-80 años y más, representaba solo el 17,23%.

Para el año 2019, se presenta un decrecimiento en la población joven entre los 0-19 años que pasó de un 42,6% en 2005 a representar el 28,9% de la población en el año 2019 (una disminución porcentual del 32,4%), mientras que la población de edades superiores a 50 años, que pasó de un 22% en el año 2005 al 37,4% en el 2019, indicando un aumento porcentual del 70%. Esto visibiliza un decrecimiento de la población más joven y un crecimiento de la población adulta. Para el año 2020 se proyecta un comportamiento similar reflejado en la disminución de la población perteneciente a los 0-19 años que se espera llegue al 27,6%, además del aumento de la población perteneciente a los 55-80 años y más, que pasaría a representar el 38,9% de la población total.

Figura 1. Pirámide poblacional para años 2005, 2019, 2020



## Población por grupo de edad

Al observarse el comportamiento demográfico del municipio de Cocorná en el periodo 2005-2019, se encuentran variaciones que son de gran importancia para la implementación de políticas futuras que contemplen la priorización de acciones en pro de grupos de edad específicos. En base a la pirámide poblacional, podría decirse que la dinámica demográfica municipal viene dando un giro que al año 2019 se hace un poco más evidente. En el año 2005 el municipio de Cocorná contaba con una población mayormente concentrada entre los 0 y los 14 años de edad, que representaba el 33% de la población. Le seguían en proporción la población entre los 30 y 59 años de edad que constituía el 32%; seguidamente estaba la población joven entre los 15 y 29 años de edad con el 22% y finalmente las personas mayores a 60 años, que sólo representaban el 13% de la población en el año 2005. Para el año 2019 como se mencionó anteriormente el panorama demográfico evidencia una disminución de la proporción poblacional de los grupos de edad de la infancia, adolescencia y juventud. En 2019 la población entre los 0 y 14 años de edad representa 22% y la población joven entre los 15-29 años de edad el 20% del total de la población; mientras que se visualiza un incremento de la proporción de las personas mayores de 60 años que a 2019 alcanza a ser el 24% de la población cocornense con un incremento de 11 puntos porcentuales en comparación con el año 2005.

Son muchas las apreciaciones que podrían generarse a partir del panorama presentado por la dinámica demográfica municipal durante el periodo observado (2005-2019). Esto implica factores relacionados con aspectos históricos, políticos, sociales, económicos e incluso culturales, que podrían estar implicados en la particularidad de como vienen presentándose la estructura de la población y sus características. Un primer factor que podría contemplarse para tal particularidad de la pirámide poblacional, está relacionado con el impacto del conflicto armado en el territorio cocornense y la estela que dejó en años posteriores generando claramente variaciones en la estructura demográfica poblacional.

En el año 2005 el municipio de Cocorná empezaba a superar el fenómeno del conflicto armado en su territorio, que tuvo su punto más intenso de confrontación en los años anteriores a éste (1995-2004). Durante esa algidez del conflicto armado en el municipio se presentaron un total de 24.750 hechos victimizantes que contribuyeron al desplazamiento de gran parte de la población cocornense a otros sitios del territorio nacional. Es de resaltar que este fenómeno del conflicto armado generó alteraciones en el municipio, de orden social, comunitario y económico, que a su vez propiciaron variaciones demográficas por la cantidad de desplazamientos motivados por los hechos violentos y el incremento de carencias económicas inherentes a dicho fenómeno. Para dicho año se observa un adelgazamiento notable en la población de los 15 a los 39 años de edad y una disminución en la natalidad que contrasta con el periodo de casi 9 años de mayor actividad de los grupos armados en el territorio. Es claro que la población más joven era más susceptible en base a su edad, a estar en una condición de vulnerabilidad, tanto por el riesgo del reclutamiento, como por ser una edad de recelo por parte de los actores armados, que operaban y procedían frente a un individuo, con base a sospechas nutridas de los estereotipos fijados en la guerra sobre los combatientes. Adicional a ello, podría pensarse que la

población joven por estar en un curso vital donde era mayormente productiva, se veía en la obligación de migrar porque adicional al riesgo de perder la vida, el conflicto armado aminoraba de manera más marcada las oportunidades para trabajar o estudiar de esta población.

Tras la disminución del conflicto armado en el territorio, la estructura poblacional y sus características tienden a tomar nuevas formas a partir de su base; claramente, también influenciadas por aspectos socio-económicos y políticos. A 2019 puede observarse que se mantiene una disminución de la natalidad en comparación a años anteriores y un incremento de la población de adultos mayores a 60 años.

**Tabla 5.** Proporción de la población por ciclo vital, municipio de Cocorná, 2005, 2019 y 2020.

Ciclo vital	2005		2019		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	1734	11,5	1350	9,1	1279	8,6
Infancia (6 a 11 años)	2149	14,2	1354	9,1	1302	8,7
Adolescencia (12 a 18)	2320	15,3	1405	9,4	1348	9,1
Juventud (19 a 26)	1543	10,2	1601	10,7	1512	10,2
Adulthood (27 a 59)	5368	35,5	5553	37,2	5591	37,5
Persona mayor (60 y más)	2005	13,3	3646	24,5	3859	25,9
<b>TOTAL</b>	<b>15119</b>	<b>100</b>	<b>14909</b>	<b>100</b>	<b>14891</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Proyecciones de población DANE 2005.

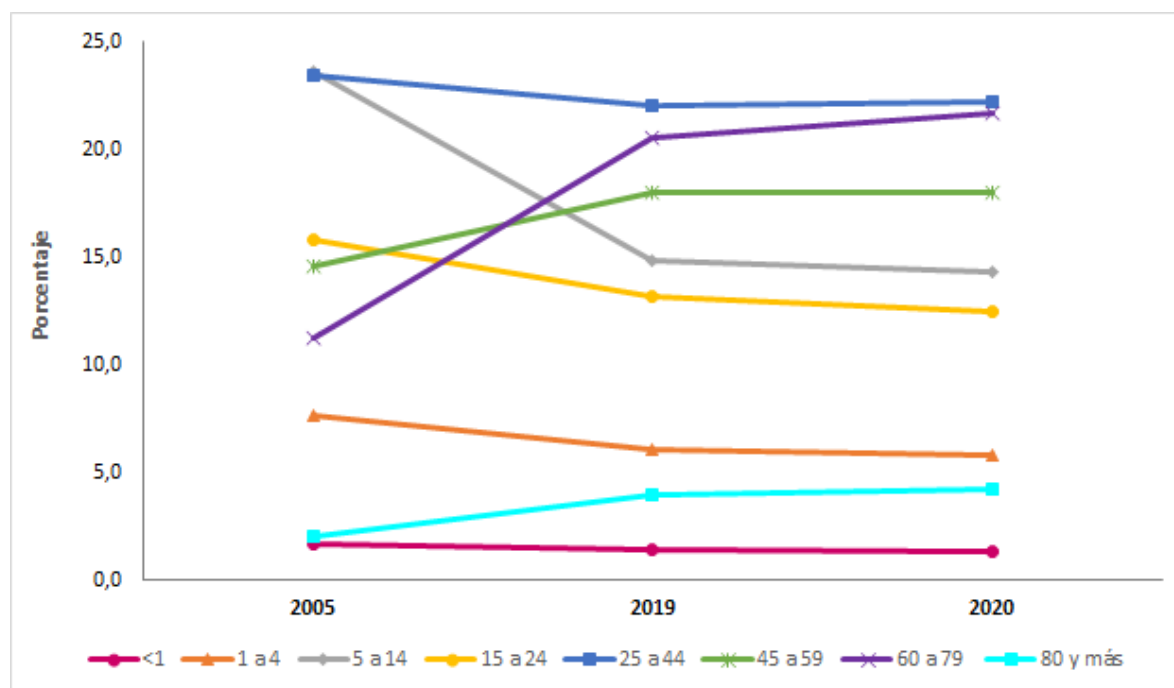
A partir del año 2005, en el municipio de Cocorná se dan cambios en la dinámica del conflicto armado, presentando una atenuación que generó variaciones en la movilidad poblacional, permitiéndose así el surgimiento de condiciones para el retorno de algunos pobladores; aunque aún seguían presentándose desplazamientos forzados.

Según las proyecciones DANE (2005), para el año 2019 se da un cambio estructural de la población, observándose en comparación con el año 2005 una disminución en puntos porcentuales del 13,4 en la población menor de edad, y un incremento de 11,2 puntos porcentuales en la población mayor de 60 años. El ciclo vital de la adultez (27 y 59 años), al igual que en el año 2005, se mantiene como el rango de edades con mayor proporción de población. En lo que respecta al ciclo vital de jóvenes (19-26 años), se observa un incremento poblacional. Situación que da cuenta de un panorama mejor para la dinamización económica municipal, por ser esta una población en edad productiva; aunque, cabe señalar que los miembros de este ciclo vital aún siguen presentando movilidad poblacional, esto especialmente relacionado con la búsqueda de oportunidades de trabajo o estudio. Ello indica que, desde los diferentes estamentos municipales, se deben generar acciones orientadas a propiciar el incremento de escenarios participativos de la población joven, así como mayores posibilidades de acceso al mundo laboral y el incremento de la oferta educativa en los rangos de formación, técnica, tecnológica y profesional.

Por otra parte, la tendencia al incremento de la población que se encuentra en el ciclo vital mayor de los 60 años, genera la necesidad de visibilizar a futuro el panorama de una población envejecida. Ello probablemente ha de conllevar a una mayor demanda de atención, así como variaciones en las causas de mortalidad y morbilidad municipal, por lo que han de tenerse presente estrategias que permitan responder de forma adecuada a las necesidades de este grupo poblacional y que, de igual modo, estén orientadas al fortalecimiento de acciones de promoción y gestión del riesgo en salud. Esto especialmente frente al grupo de enfermedades no transmisibles, las cuales son las que afectan en mayor medida a la población de mayor edad.

Los cambios en la proporción de la población por grupos etarios se pueden observar en la Figura 2. Esta gráfica, permite observar las tendencias decrecientes y crecientes en la estructura poblacional durante el periodo 2005 – 2019 e incluso las proyecciones a 2020. Tal y como se venía mencionando en apartados anteriores, el municipio por sus carencias de tipo económico y educativo, tiende a dinámicas migratorias especialmente en la población de adolescentes y jóvenes. En la actualidad en el municipio de Cocorná se viene dando un retorno paulatino de personas que se desplazaron en el periodo fuerte del conflicto armado; generalmente son personas adultas que una vez regresan encuentran pocas ofertas laborales formales e informales, por lo que aquellas en la edad más joven y productiva, se ven forzadas a buscar mejorar sus condiciones de vida en otros lugares.

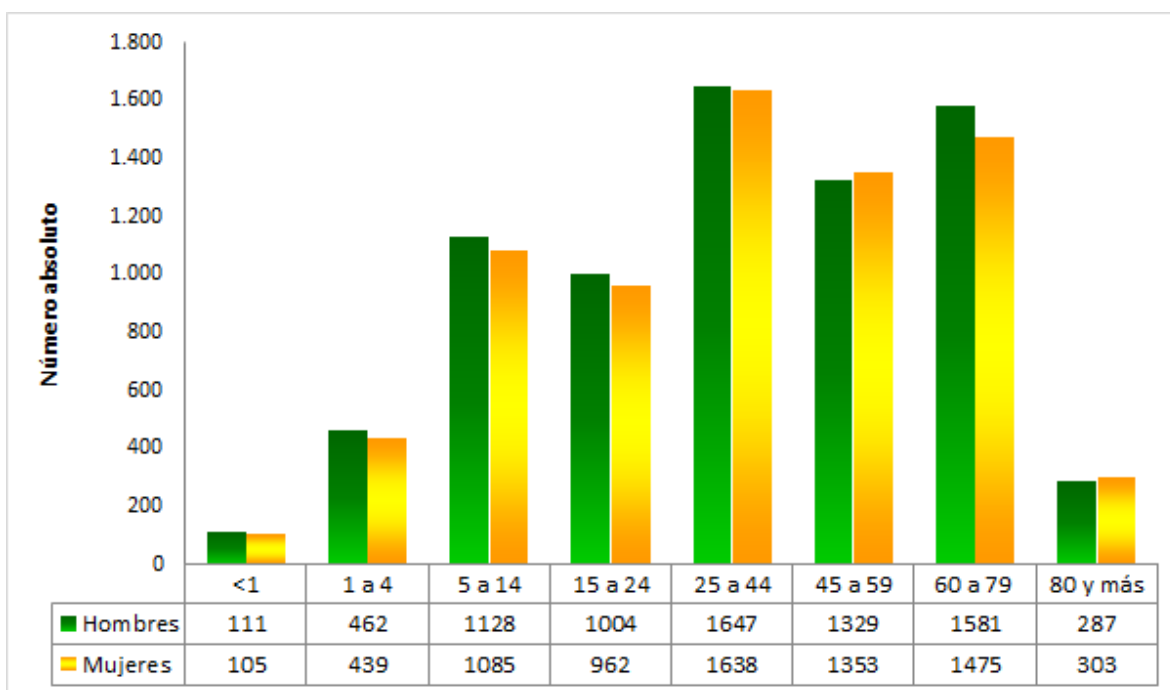
Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, municipio de Cocorná 2005, 2019 y proyecciones 2020



Fuente: Proyecciones de población DANE 2005.

La Figura 3, permite observar el comportamiento de la población por sexo y grupo de edad para el año 2019. tal como se ha mencionado antes, la población masculina es mayor en el municipio y femenina del municipio ha demostrado un comportamiento proporcional en lo que respecta a la cantidad; sin embargo, es posible observar que hay variaciones a nivel de grupos de edad, que pueden estar indicando aspectos claves de la dinámica poblacional que enmarcan las dimensiones biológica, social y cultural del territorio. Según las proyecciones DANE (2005), dentro de tales variaciones (aunque leves) se puede observar que la población masculina se mantiene con mayor proporción en los grupos de edades inferior a los 24 años; siendo a partir de esta edad donde se da un mayor acercamiento en la proporción hombre mujer e incluso las mujeres con mayor proporción en la población adulta agrupada en los rangos de edades entre los 45 y 59 años de edad. Esta variación da pie a algunas interpretaciones entre las cuales se encuentra que los hombres entre los 25 y 59 años del municipio, pueden tener menores diferencias en proporción con las mujeres en los mencionados rangos de edades, porque vienen siendo más susceptibles a la mortalidad por causas externas, entre las que se destaca la accidentalidad en las vías, las lesiones mortales ocasionadas en los escenarios de trabajo y las muertes por homicidio. De igual manera otro elemento que tiene peso para encontrar una menor proporción de hombres en estos rangos de edades son las necesidades socioeconómicas que les invitan a desplazarse a otras regiones a falta de oportunidades laborales en el contexto municipal. Cabe resaltar, que la población de hombres tiene mayor proporción frente a las mujeres y esto puede observarse de forma más amplia en cada uno de los grupos de edades relacionados en la figura 3.

Figura 3. Población por sexo y grupo de edad del municipio de Cocorná, 2019



Fuente: DANE



### Otros indicadores demográficos

En este punto del análisis se revisarán una serie de indicadores que permiten describir la estructura poblacional por edades y/o por distribución geográfica de los distintos ámbitos territoriales. Los cuales se reflejan en la Tabla 6, Esto es:

**Tabla 6.** Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Cocorná, 2005, 2019, 2020

Índice Demográfico	Año		
	2005	2019	2020
Poblacion total	15.119	14.909	14.891
Poblacion Masculina	7.473	7.549	7.590
Poblacion femenina	7.646	7.360	7.301
Relación hombres:mujer	97,74	102,57	104
Razón niños:mujer	40	37	37
Indice de infancia	33	22	21
Indice de juventud	22	20	19
Indice de vejez	13	24	26
Indice de envejecimiento	40	109	121
Indice demografico de dependencia	74,42	67,48	68,26
Indice de dependencia infantil	57,60	37,41	36,01
Indice de dependencia mayores	16,82	30,07	32,25
Indice de Friz	185,90	142,67	134,88

Fuente: DANE

- **Razón hombre/mujer:**

En el municipio de Cocorná para el año 2005 por cada 98 hombres había 100 mujeres, esta tendencia varía al año 2019 donde por cada 103 hombres hay 100 mujeres. Este indicador da cuenta de que hay una propensión al aumento de la proporción de hombres en relación a las mujeres.

- **Razón de niños/mujer:**

En este indicador se puede observar la disminución antes mencionada de la natalidad durante el periodo observado (2005-2019). En el 2005 por cada 40 niños y niñas en edades de 0-4 años, había 100 mujeres en edad fértil; mientras que a 2019 por cada 37 niños y niñas en edades de 0-4 años, hay 100 mujeres en edad fértil. Esto puede obedecer al éxito de los programas de planificación familiar; así como también a la tendencia actual de consolidar familias menos numerosas.



- **Índice de infancia:**

La tendencia de la población en el ciclo de la infancia muestra una disminución que podría dar cuenta de problemáticas que a futuro que comprometerían la economía municipal tras contar con una población en edad productiva disminuida. La población infantil (hasta los 14 años) en el año 2005 era de 33 por cada 100 personas, mientras que para el 2019 es de 22 por cada 100.

- **Índice de Juventud:**

Este índice ha variado un poco menos presentado que al año 2005 de 100 personas 22 pertenecían al rango de edades entre los 15 a los 29 años. Para el año 2019 de 100 personas 20 corresponden a este grupo poblacional.

- **Índice de vejez:**

Este indicador posee una tendencia creciente caracterizada por un incremento significativo en el valor del 2019 con respecto al 2005. Lo que indica un aumento importante en la población que tiene 65 o más años. En el año 2005 por cada 100 personas, 13 correspondían a la población de mayores de 65 años; mientras que para el 2019 de cada 100 personas 24 personas corresponden a la población de 65 o más años.

- **Índice de envejecimiento**

Este índice, al igual que el anterior, posee un amplio incremento. Sin embargo, este es más marcado, dada la baja natalidad y el aumento de la población de 65 años y más. En el año 2005 por cada 100 menores de 15 años, había 40 personas mayores de 65 años. Para el año 2019, varía correspondiendo a 109 personas de 65 años y más, por cada 100 personas menores de 15 años.

- **Índice demográfico de dependencia:**

En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 74 personas (entre menores de 15 años y personas de 65 años y más) en edad improductiva. Para el año 2019 se presenta que este grupo poblacional fue de 67 personas en edad improductiva.

- **Índice dependencia infantil:** Este índice ha disminuido para el año 2005, 58 personas menores de 15 años dependían de 100 personas en edades de 15 a 64 años; mientras que al año 2019, la cifra baja a 37 personas menores de 15 años dependientes de 100 personas en las edades de 15 a 64 años.

- **Índice de dependencia de mayores:**

En el año 2005 eran 17 las personas 65 años y más las que dependían de 100 personas de edades entre los 15 y 64 años. Esta cifra es plenamente superada para el año 2019, son 30 personas mayores de 65 años las dependientes de 100 personas en edades entre los 15 y 64 años.

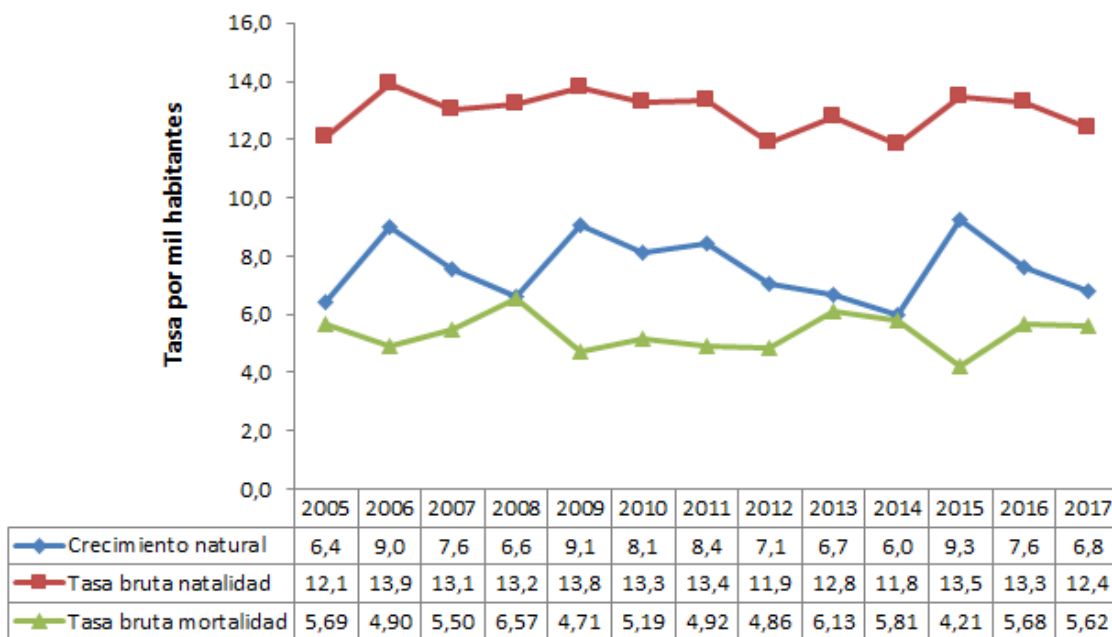
- **Índice de Friz:**

Para el año 2019 el índice Friz de 142,67 lo que básicamente indica que la población cocornense es una población madura.

## 1.2.2 Dinámica demográfica

A continuación, se presenta la dinámica demográfica del municipio y su comportamiento para el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017, donde se analizarán los indicadores de la tasa bruta de crecimiento natural, la tasa bruta de natalidad y la tasa de mortalidad. Para describir el comportamiento de cada uno de estos indicadores, desde una perspectiva histórica, y encontrar posibles relaciones entre ellos, se hará uso de la Figura 4 que se presenta a continuación.

Figura 4. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad del municipio de Cocorná, 2005 al 2017



Fuente: DANE

Como se puede observar en la Figura 4, tanto la tasa bruta de natalidad como la tasa bruta de mortalidad han variado durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017, con una tendencia fluctuante. Sin embargo, los cambios han sido más pronunciados para la tasa bruta de mortalidad, en comparación, a los cambios presentados por la tasa bruta natalidad, que se podría decir es más estable. En cuanto a la trayectoria de la tasa de crecimiento natural, (que indica si está aumentando o disminuyendo la población del municipio en un determinado año), se puede observar que a partir del 2006 se presentó un decrecimiento hasta el año 2008, causado por un mayor aumento de la tasa bruta de mortalidad y una disminución de la tasa bruta de natalidad para el año 2007 y un aumento leve para el 2008. Además, se presenta una tendencia decreciente para el periodo comprendido entre el año 2011 y 2014, causada por los mismos factores descritos anteriormente. En el año 2015 se registra un aumento de la tasa de natalidad y una disminución de la tasa de mortalidad, lo que lleva a que la tasa del crecimiento natural tenga un incremento con una tasa de 9,3 por cada mil habitantes. Esta decae posteriormente terminando al año 2017 con una tasa de 6,8.

#### Otros indicadores de la dinámica de la población

Las tasas específicas de fecundidad de mujeres entre los rangos de edades de 10 y 14 años y de 15 y 19 años, han tenido un comportamiento fluctuante durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017. En lo que respecta a la tasa de fecundidad en la población de mujeres de 10 a 14 años, se observa el pico más alto en el año 2015 con una tasa de 8,53 nacidos vivos de madres entre los 10 y 14 años de edad; sin embargo, en los años subsiguientes se presenta una disminución, finalizando al año 2017 con una tasa de 1,75 nacidos vivos de madres entre dicho rango de edad. En lo que respecta a la población de mujeres entre los 15 y 19 años de edad, puede observarse mayores tasas de fecundidad específica; siendo este grupo de edad en el que se presenta la mayor parte de los embarazos adolescentes. Tal y como se observa en la tabla 7, la tendencia ha sido también fluctuante; sin embargo, se puede observar que desde el año 2014 a 2017 las tasas de fecundidad específica en las mujeres en edades de 15 a 19 años, se conservan un poco más altas.

Este panorama resalta que persiste la necesidad de seguir fortaleciendo las acciones colectivas e individuales para la prevención del embarazo adolescente, esto en vista de que muchos de estos embarazos son no deseados, se presentan por desconocimiento del tema o por un querer experimentar de los adolescentes frente a las relaciones sexuales; de igual modo, estos embarazos también pueden ser consecuencias de violaciones; por lo que es importante brindar espacios de apoyo, consejería y capacitación a la población adolescente e incluso a los padres de familia o cuidadores; socializando además de manera reiterativa con la comunidad la importancia de la denuncia ante los sectores de protección y justicia, cuando se identifican casos de abuso sexual y violaciones.

**Tabla 7.** Tasa de fecundidad específica 2005 – 2017, Municipio de Cocorná

Tasa de fecundidad específica	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 10 a 14	0,00	2,21	0,00	2,42	1,27	1,34	2,83	2,99	0,00	4,93	8,53	3,48	1,75
De 15 a 19	58,19	53,81	52,63	57,11	73,42	59,20	48,88	50,89	52,17	65,65	77,05	69,26	71,30

Fuente: DANE

### 1.2.3 Movilidad forzada

El conflicto interno armado colombiano golpeo de manera directa y dramática al municipio de Cocorná, teniendo como punto álgido de afectación a los años comprendidos entre 1998 y 2006. Las confrontaciones armadas en este territorio se dieron entre las fuerzas del estado, ejército y policía; los grupos guerrilleros de las FARC con los bloques 9 y 47; el ELN con el frente Carlos Alirio Buitrago y el frente Bernardo López Arroyave, y por parte de los paramilitares, hicieron presencia los grupos de autodefensas de la magdalena medio, el bloque Metro, y el bloque Cacique Nutibara. Adicional a ello, el municipio también se ha visto afectado con hechos victimizantes por parte de las denominadas BACRIM que emergen a posteriori de la desmovilización de actores armados y la desarticulación de los grupos ilegales que predominaban en el territorio.

El Registro Nacional de Información en base a los datos brindados por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, para inicios del año 2015 presento un informe en el cuál se podía visibilizar el gran impacto del conflicto interno armado colombiano focalizado en el municipio de Cocorná. En ese Informe se identificaban 23.284 hechos victimizantes, de los cuales un 39,5% de estas vulneraciones se atribuían a personal no identificado, un 23% a las guerrillas, 15% a los grupos de paramilitares, 0,7% a las BACRIM y un 0,2% a la fuerza pública. Es claro que queda un gran vacío frente a los mayores perpetradores de hechos victimizantes en este informe, puesto que aquellos actores armados en los que se recarga la mayor parte de dichos hechos están dentro de la categoría de personal no identificado; siendo esta una situación de gran contrariedad, máxime cuando a estos se le atribuyen el 81% de los homicidios, el 66% de las desapariciones forzadas y el 67% de los actos terroristas.

Según el reporte del Registro Único de Víctimas (RUV) actualizado al año 2019, es posible identificar que el desplazamiento forzado es el hecho victimizante más vivenciado para el municipio de Cocorná durante el periodo de conflicto armado en el territorio. En el municipio se presentaron según el reporte del RUV 14.285 casos de movilidad forzada (ver tabla 8). De estos casos el 51,7 % corresponde a la población de mujeres y el 47,8% a la población de hombres, adicional a ello se reporta un 0,5% de casos en la categoría “no reportados” que está constituida por miembros de la población que fueron víctimas de desplazamiento forzado, pero que en su registro no se logró reconocer información sobre su sexo o ciclo vital. Ciertamente la cifra de 14.285 casos reportados de desplazamiento forzado en el municipio es exorbitante; de hecho, dentro

de las estadísticas manejadas en el RUV, el municipio de Cocorná Antioquia es uno de los 9 municipios del país con una gran proporción de su población afectada por el conflicto.

**Tabla 8.** Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad en municipio de Cocorná, 2019

Edad	Femenino	%	Masculino	%	No Reportado	%
De 0 a 04 años	121	1,6	108	1,6	0	0,0
De 05 a 09 años	530	7,2	533	7,8	3	4,5
De 10 a 14 años	671	9,1	683	10,0	41	62,1
De 15 a 19 años	793	10,7	782	11,5	5	7,6
De 20 a 24 años	1.024	13,9	979	14,3	1	1,5
De 25 a 29 años	635	8,6	536	7,9	0	0,0
De 30 a 34 años	448	6,1	410	6,0	0	0,0
De 35 a 39 años	434	5,9	389	5,7	0	0,0
De 40 a 44 años	386	5,2	285	4,2	0	0,0
De 45 a 49 años	360	4,9	295	4,3	0	0,0
De 50 a 54 años	385	5,2	294	4,3	0	0,0
De 55 a 59 años	363	4,9	308	4,5	0	0,0
De 60 a 64 años	293	4,0	274	4,0	0	0,0
De 65 a 69 años	217	2,9	208	3,0	0	0,0
De 70 a 74 años	191	2,6	205	3,0	0	0,0
De 75 a 79 años	165	2,2	176	2,6	0	0,0
De 80 años o más	366	5,0	356	5,2	0	0,0
No Reportado	9	0,1	7	0,1	16	24,2
<b>Total</b>	<b>7.391</b>	<b>100,0</b>	<b>6.828</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>

Fuente: RUV

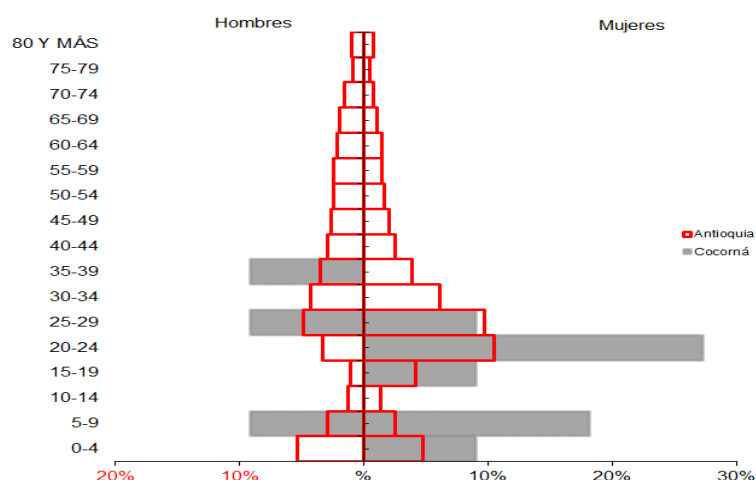
Como se observa en la tabla anterior, con relación al ciclo vital la población en rangos de edades entre 20 y 24 años presentó mayor prevalencia en movilidad forzada; de ahí que este rango de edad representa para el total de la población afectada un 14 %; le siguen en orden descendente el ciclo vital de 15 a 19 años con el 11%; entre 10 y 14 años con el 9,5%; entre 25 y 29 años con el 8,2% y el rango de edades comprendidos entre 5 y 9 años con el 7,4% de los casos. Por ende, podría decirse que, según el RUV, existe una mayor congregación de víctimas de desplazamiento forzado en la población de niños niñas, adolescentes y jóvenes. Esta población registrada entre los rangos de edad de 0 a 29 años el 52 % de los casos; mientras que la población adulta en rangos de edades de los 30 y 64 años representa el 35 % y la población de 65 años y más el 13% del total de las víctimas por desplazamiento armado.

Es de resaltar, que tales desplazamientos en el municipio de Cocorná tuvieron características individuales y colectivas; es decir que algunos de ellos se dieron con el desplazamiento de un solo individuo miembro de una familia, y otros desplazamientos conllevaron a la movilización de todo un grupo familiar e incluso de migraciones de comunidades rurales enteras. Otro aspecto fundamental de las movilizaciones forzadas dadas en el municipio, está relacionado con aquellas que se daban fuera del territorio municipal (generalmente hacia distintas ciudades del territorio nacional o poblaciones de mayor presencia institucional de fuerzas del estado) y las que se presentaban dentro del mismo entorno municipal denominadas intra-urbanas, en donde miembros de la población en aras de evitar la proximidad a zonas que eran foco del conflicto (cercana a puestos militares y de policía, o áreas de mayor predominio de combates entre actores armados), realizaban cambios de residencia para evitar el riesgo de ser víctimas del fuego cruzado.

Es claro que los actos violentos perpetrados por los grupos armados han generado en la población variaciones demográficas; y adicional a ello, afectaciones en la dimensión cultural, económica, política y psicológica del colectivo; ocasionando además el deterioro y la transformación del tejido social. Este aspecto histórico de la población cocornense frente a la vivencia del conflicto armado en su territorio, debe ser siempre tenido en cuenta en pro de identificar plenamente el nivel de afectación generado y los cambios que a nivel de comunidad se fueron incorporando al punto de comprometer el sentido de comunidad, de familia y de pertenencia en la percepción de los pobladores. Para el municipio de Cocorná, es necesario entender tales variaciones a fin de generar acciones que contrarresten las secuelas y los factores de riesgo enraizados en cada una de las dimensiones mencionadas. Tales intervenciones también con el fin de conllevar a la población cocornense a tener el máximo de bienestar alcanzable que contribuya a su prosperidad social.

#### 1.2.4 Pirámide poblacional Migrantes

Figura 5. Pirámide Población Extranjera - Cocorná, 2019.



Fuente: RIPS, ESE San Juan de Dios de Cocorná

La población extranjera en el municipio de Cocorná se ha caracterizado durante mucho tiempo por tener un interés netamente turístico. Esto les hace ser poco captables, puesto que generalmente su estancia es de periodos cortos. De hecho, son pocos los extranjeros que en materia de salud han hecho uso de los recursos municipales, sin embargo, a causa de la migración de población venezolana a Cocorná la dinámica de la migración ha venido cambiando.

La migración de venezolanos se viene presentando a nivel general en Colombia. Dicha situación, ha presentado grandes dificultades en los diferentes sectores nacionales, uno de ellos el sector salud, quien ha tenido que responder a todas esas vicisitudes en salubridad que se desprenden en la dinámica de la migración; puesto que algunas de estas ponen en riesgo tanto la salud de los venezolanos como la salud de los colombianos, ya que la situación en salud de la república de Venezuela ha propiciado que se den serias falencias que posibilitan la reaparición de enfermedades capaces de afectar la salud del colectivo.

En el municipio de Cocorná, se ha venido observando el paso de estos migrantes venezolanos. Algunos se han establecido en el municipio; no obstante, la mayoría de ellos se han caracterizado por la alta movilidad, siendo esta una situación que dificulta conocer a fondo la evolución de algunos pacientes de esta nacionalidad, puesto que constantemente están cambiando de municipio o ciudad. Podría decirse, que, a nivel local, una de las situaciones en salud que más preocupación ha generado, es la presencia de mujeres venezolanas en estado de embarazo. Estas mujeres generalmente no tienen solucionada su situación de estadía en Colombia e igualmente persisten en una alta movilidad, por lo que en muchas ocasiones una vez han migrado del municipio no se vuelve a tener noticia de ellas y por ende del desarrollo del embarazo.

La atención recibida por la población migrante para el año 2018, se dio en su mayoría por consulta externa, por prescripción de medicamentos y procedimientos. Como se puede observar en la tabla 9, las consultas externas se dieron en mayor proporción; cabe decir, que estas se presentaron en su mayoría por valoraciones a gestantes. En lo que respecta a los procedimientos realizados en la ESE San Juan de Dios de Cocorná a esta población, se encuentra que en su mayoría estuvieron relacionados con inmunizaciones frente a varias enfermedades e igualmente con valoraciones y supervisión del embarazo.

**Tabla 9.** Tipo de atención a Población migrante, Municipio de Cocorná; 2018



Tipo de atención	Total Migrantes atendidos Cocorná		Total Migrantes atendidos		Concentración Cocorná
	2018	Distribución	2018	Distribución	2018
Consulta Externa	10	37%	20.866	32%	0,0%
Servicios de urgencias	1	4%	6.519	10%	0,0%
Hospitalización	1	4%	2.927	4%	0,0%
Procedimientos	9	33%	22.978	35%	0,0%
Medicamentos	5	19%	11.288	17%	0,0%
Nacimientos	1	4%	1.139	2%	0,1%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>65.717</b>	<b>100%</b>	<b>0,0%</b>

Fuente: Circular 029 de 2017

En la tabla 10 se puede observar que la mayor parte de atenciones registradas a población extranjera se dio en venezolanos. Siendo solamente 2 las atenciones a personas de países diferentes.

**Tabla 10.** Total de atenciones en salud, según país de procedencia de los migrantes, Municipio de Cocorná 2018

País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Antioquia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Concentración de la atención población migrante
	2018	Proporción			2018	Distribución	2018
Brasil	0	0%	Antioquia	Brasil	204	1%	0,0%
Ecuador	0	0%		Ecuador	321	1%	0,0%
Nicaragua	0	0%		Nicaragua	16	0%	0,0%
Otros	1	9%		Otros	7212	21%	0,0%
Panamá	0	0%		Panamá	226	1%	0,0%
Perú	1	9%		Perú	245	1%	0,4%
República Bolivariana de Venezuela	9	82%		República Bolivariana de Venezuela	14347	43%	0,1%
Sin identificador de país	0	0%		Sin identificador de país	11087	33%	0,0%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>		<b>Total</b>	<b>33658</b>	<b>100%</b>	<b>0,0%</b>

Fuente: Circular 029 de 2017

En lo que respecta a la situación de afiliación de las personas atendidas, se encuentra que 7 fueron personas atendidas por vinculado, 2 personas estaban afiliadas al régimen contributivo, 1 persona al régimen subsidiado y 1 persona que consulto de modo particular.



**Tabla 11. Régimen de afiliación de migrantes, Cocorná - 2018**

Regimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud en la entidad territorial Cocorná	%	Total de migrantes con atenciones en salud en Antioquia	%	Concentración
Contributivo	2	18,2	8722	25,0	0,0%
Subsidiado	0	0,0	1573	4,5	0,0%
No afiliada	7	63,6	11181	32,1	0,1%
Particular	1	9,1	7357	21,1	0,0%
Otro	0	0,0	5959	17,1	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	0	0,0	22	0,1	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	1	9,1	14	0,0	7,1%
En desplazamiento no asegurado	0	0,0	45	0,1	0,0%
<b>Total de migrantes atendidos</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>34873</b>	<b>100</b>	<b>0,0%</b>

Fuente: Circular 029 de 2017

## Conclusiones

Cocorná es un municipio montañoso rico en recursos naturales, de abundantes fuentes hídricas, ubicado en el oriente de Antioquia, hace parte de la región bosques, que es bosque húmedo tropical; por lo que hay prevalencia de lluvias. El área urbana está ubicada a una altura de 1.300 m.s.n.m. con una temperatura media de 23°C. Las características geográficas del municipio le hacen atractivo para el turismo y un terreno apto para la reforestación y preservación; sin embargo, también estas características le hacen vulnerable a movimientos de masa que en ocasiones afectan estructuras de viviendas, vías y caminos; y adicional a ello, existen riesgos relacionados con el desbordamiento de afluentes. Estos riesgos implican la necesidad de generar acciones de vigilancia, control y mitigación a fin de prevenir emergencias o desastres.

A nivel demográfico, podría decirse que el municipio de Cocorná está conformado por una población de 14.909 habitantes de los cuales 26,6% residen en el área urbana y 73,4% en el área rural (DANE 2005). Esto indica que Cocorná es un municipio rural; puesto que la mayor parte de su población está concentrada allí. La población rural del municipio se encuentra diseminada en sus 73 veredas; sin embargo, algunas de ellas no están totalmente habitadas a causa de los desplazamientos masivos vividos en el municipio por cuenta del conflicto interno colombiano. De ahí que, una vez disminuye la confrontación armada y se desarticulan los grupos alzados en armas que hacían presencia en la región, se dieron cambios que posibilitaron el retorno de muchas familias de Cocorná, quienes nuevamente poblaron las veredas abandonadas; unas veredas fueron habitadas totalmente y otras (algunas de las más alejadas) habitadas parcialmente, puesto que sólo algunas personas decidieron regresar.

La población de Cocorná para el año 2019, presenta una mayor proporción de habitantes en hombres (50,7%) que en mujeres (49,3). Con respecto al ciclo vital se observa un decrecimiento en la población de la primera

infancia, infancia y adolescencia y un aumento paulatino de la población en el ciclo vital de la adultez y las personas de 65 años y más. El índice Friz para el año 2019 es de 142,67, lo que habla de una población madura. Con relación a los cambios o variaciones que se vienen dando en la estructura poblacional podría decirse que Cocorná es un municipio con mucha movilidad poblacional, en donde los más jóvenes tienden a migrar en busca de trabajo, o acceso a la educación superior. Es de resaltar que, frente a tales retos, a nivel institucional se vienen realizando diversas gestiones municipales, como lo es, por ejemplo, el establecimiento de una sede del SENA en el municipio, que en esencia se orienta a formar jóvenes en áreas profesionales afines a las necesidades actuales del mercado y orientadas a fortalecer y potenciar el sector productivo de la región en pro del desarrollo económico municipal. De igual manera, se vienen realizando convenios con distintas universidades. Todo ello, con el fin de mejorar las condiciones y calidad de vida de ésta población en aras de disminuir las brechas de la pobreza.

Con respecto a la tasa de crecimiento natural, se observa que esta presenta una tendencia fluctuante en el periodo comprendido entre el año 2005 y 2017. Entre el año 2015 y 2017 se da leve caída en la tasa de crecimiento natural a causa de la disminución de la tasa bruta de natalidad y el aumento de la tasa bruta de mortalidad. En lo que respecta a la tasa de fecundidad específica en las mujeres de los 10 a los 19 años, se observa que la capacidad reproductiva está concentrada en las mujeres de edades entre los 15 y 19 años. Dicho grupo poblacional mantiene en el periodo estudiado (2005-2017) una tendencia fluctuante; sin embargo, en los tres últimos años (2015 y 2017) las tasas de fecundidad específica en esta población han sido altas. En la población con rango de edad entre los 10 y 14 años se observa igualmente una tendencia fluctuante, sin embargo, en este grupo poblacional, se puede visualizar a partir del año 2015 una disminución en la tasa de nacidos vivos por cada 1000 mujeres en ese rango de edad. Lo dicho hasta aquí supone que en el municipio existe la necesidad imperante de fortalecer acciones colectivas e individuales, que estén orientadas a la prevención del embarazo adolescente y la promoción de una sexualidad sana y responsable.

Frente a la situación de la población migrante venezolana a pesar de las nuevas directrices en salud, se sigue en la cotidianidad con gran incertidumbre, puesto que preocupa la situación en salud de esta población en el municipio, muchos de ellos no se han legalizado; situación que limita la posibilidad de habilitar de manera más adecuada las rutas de atención en salud; No obstante, se ha logrado con el apoyo de los diferentes estamentos en salud, brindar asesoría y atención para algunos. De dicha población, claramente preocupa que se están presentando situaciones relacionadas con su salud mental, además de que se mantiene la alta movilidad que trae consigo el desarraigo, la desescolarización de los menores, entre otras situaciones el orden psicosocial que comprometen la salud mental de estas personas.

Finalmente, la contextualización del municipio de Cocorná no debe dejar de lado su historia marcada por el impacto del conflicto interno armado colombiano en su territorio. El Registro Nacional de Información en base a los datos reportados por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, para inicios del año 2015, presentó un informe en el cual se podía visibilizar el gran impacto del conflicto focalizado en el municipio de Cocorná. En ese Informe se identificaban 23.284 hechos victimizantes, de los cuales un 39,5% de estas vulneraciones se atribuían a personal no identificado, un 23% a las guerrillas, 15% a los grupos de paramilitares, 0,7% a las BACRIM (bandas criminales) y un 0,2% a la fuerza pública. Dentro de los hechos

victimizantes estaban los actos terroristas, las amenazas, los delitos contra la integridad y la libertad sexual, la desaparición forzada, el desplazamiento forzado, el homicidio, el secuestro, la tortura; así como también las lesiones y muertes por minas antipersonales, la presencia de artefactos explosivos sin explotar, la vinculación en los grupos armados de niños, niñas y adolescentes, y la pérdida de bienes muebles e inmuebles. Frente a estos datos es claro que queda un gran vacío frente a los mayores perpetradores de hechos victimizantes en este informe; puesto que los grupos categorizados como personal no identificado, registran en total 9.190 hechos victimizantes, atribuyéndosele a estos el 81% de los homicidios, el 66% de las desapariciones forzadas y el 67% de los actos terroristas.

Cabe mencionar que el Registro Único de Víctimas categorizó al municipio de Cocorná como uno de los 9 municipios del país con más del 75% de sus pobladores víctimas del conflicto armado. Siendo el desplazamiento forzado el hecho victimizante más prominente. Podría decirse que el fenómeno del conflicto armado en Cocorná cambió el rumbo del municipio, impulsándolo a un decrecimiento económico, y un cambio social que dejó serias afectaciones en la población. Entre ellas se hace visible la pobreza acompañada de la dependencia de muchos pobladores a subsidios del gobierno, el poco interés de estos hacia la productividad y la desesperanza frente al futuro; de igual manera se percibe la desarticulación familiar, la desconfianza comunitaria y afectaciones en el sentido de comunidad. Sin lugar a duda en el municipio de Cocorná hay mucho camino por recorrer en lo que respecta a la atención y reparación integral a las víctimas y ha de ser siempre un objetivo encontrar nuevas formas de aportar para que ello se dé, y aunque sea una tarea difícil es necesario ampliar el panorama de abordaje a las víctimas tanto a nivel individual como colectivo.

## **2. CAPÍTULO II: ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES**

Se realizará el análisis de mortalidad por las grandes causas, específica por subgrupo y materno – infantil y de la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales. El análisis incorporará variables que causen gradientes como el género.

### **2.1 Análisis de la mortalidad**

Para el análisis de mortalidad se tomarán como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, esto es, las muertes causadas por: signos, síntomas y afecciones mal definidas; enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del sistema circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedades. Este análisis se desagregará por cada quinquenio y sexo, en el periodo comprendido del 2005 al año 2017.

#### **2.1.1 Mortalidad general por grandes causas**

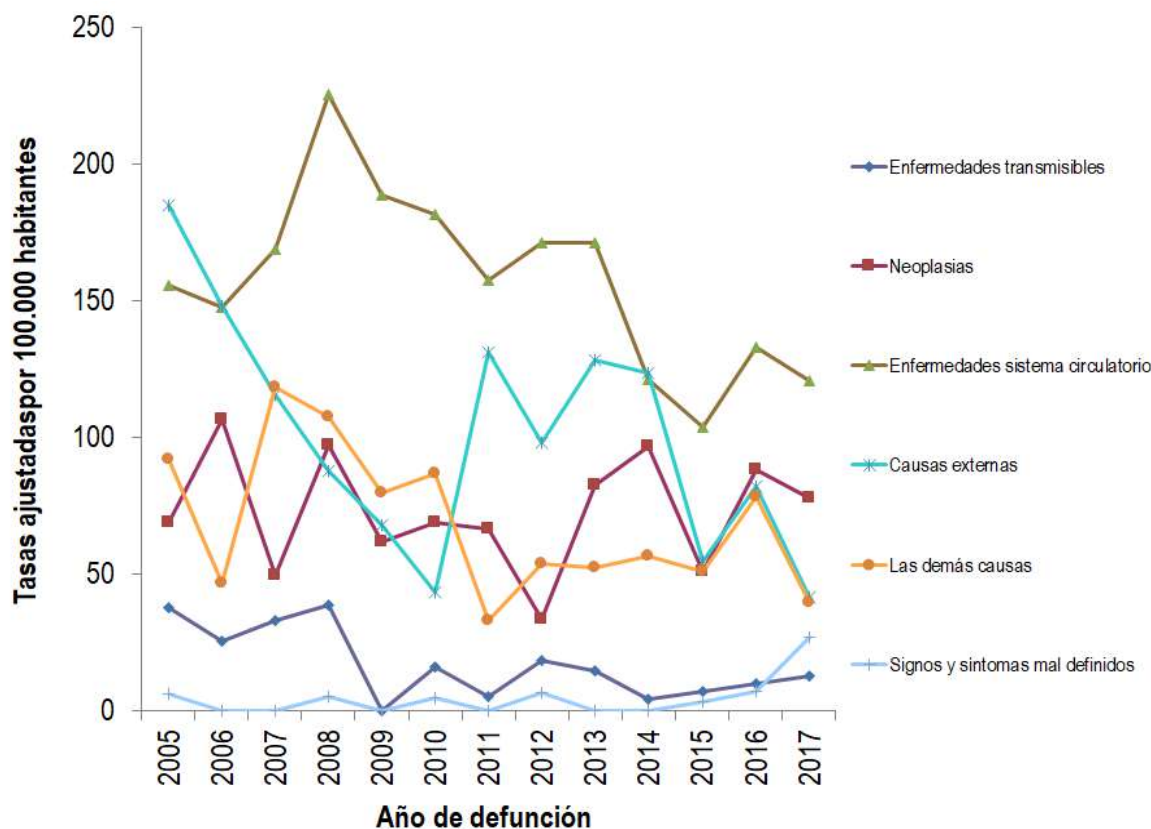
En el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017, las principales causas de la mortalidad en el municipio de Cocorná se presentaron en los grandes grupos de causas denominadas: enfermedades del sistema

circulatorio, causas externas, neoplasias y las enfermedades agrupadas en la categoría de las demás causas, que contemplan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, las enfermedades del sistema digestivo y la diabetes mellitus. De acuerdo a lo observado en el periodo 2005-2017, estas grandes causas de mortalidad mencionadas mantuvieron tendencias oscilantes; siendo de todas ellas, las enfermedades del sistema circulatorio las de más alta mortalidad en la población desde el año 2007, después de estar en el segundo lugar, entre los años 2005 y 2006, periodo en el cuál la región venía disminuyendo el accionar de grupos armados ilegales, siendo para entonces las causas externas la principal causa de mortalidad.

El comportamiento de las enfermedades del sistema circulatorio en el municipio, como se dijo anteriormente ha sido oscilante, alcanzando la tasa más alta en el año 2008 con 225,4 muertes por cada cien mil habitantes. En los años posteriores, la tasa de mortalidad presenta una disminución, observándose en el año 2015 una tasa de 103,9; siendo ésta la más baja del periodo estudiado. Para el año 2017 la tasa de mortalidad presentada por las enfermedades del sistema circulatorio es de 120,5 muertes por cada 100.000 habitantes. Podría decirse que, a pesar de la tendencia fluctuante de estas enfermedades, puede observarse que desde el año 2014 se han presentado las tasas más bajas de los 12 años observados.

La segunda gran causa de mortalidad en el municipio son las causas externas, el comportamiento de dicha variable observada es fluctuante durante el periodo 2005-2017. Generalmente las fluctuaciones más marcadas dentro del grupo de causas externas obedecen a alteraciones de orden público relacionados con la seguridad como son las agresiones (homicidios) que presenta las tasas más altas de mortalidad por causa externa entre los años 2005 y 2017, siguiéndole la accidentalidad en el cordón de la autopista Medellín-Bogotá correspondiente al territorio cocornense y las muertes por caídas. En la figura 6, puede observarse que en los años 2005 y 2006 se dieron las tasas más altas de mortalidad por causa externa en el periodo estudiado, las muertes por homicidio en estos dos años representaron el 62% de los casos. En el año 2005 la tasa de mortalidad por causa externa fue de 185 muertes por cada 100.000 habitantes y para el año 2006 de 148,2. Para dicha época aun persistía el accionar de grupos armados en el municipio, por lo que la muerte por homicidio era más alta; una vez se fortalece el dominio institucional en el territorio y los grupos armados son menguados en su poderío o se desarticulan, disminuyen las tasas de mortalidad por causas externas; De ahí que se observa una tendencia decreciente de este gran grupo desde el año 2005 hasta el año 2010, en donde la tasa de mortalidad por cada cien mil habitantes es de 43,3.

Figura 6. Tasa de mortalidad ajustada del municipio de Cocorná, 2005 - 2017



Fuente: DANE

En el año 2011, la tasa de muertes por causas externas presentó un crecimiento con 131,0 muertes por cada 100.000 habitantes y situaciones similares se presentaron en los años 2013 y 2014. En dichos años el incremento se da por aumentos en las tasas de homicidios y de accidentalidad del transporte terrestre. Ahora bien, no se debe desconocer que la desarticulación de grupos armados de paramilitares y guerrilleros, también generó la conformación de bandas criminales relacionadas con el micro tráfico y otras acciones delictivas, que también generaron actos violentos en el municipio, por lo que se siguieron presentando homicidios relacionados con ajuste de cuentas por venganzas o luchas por el dominio de negocios ilícitos. En lo que respecta a los accidentes de tránsito, el riesgo en el tramo de la autopista Medellín-Bogotá que atraviesa el municipio, es siempre latente, siendo la población más afectada la de motociclistas. A partir del año 2015 se empiezan a observar tasas bajas de mortalidad por causas externas, en dicho año la tasa de mortalidad fue de 54,6 muertes por cada cien mil habitantes, finalizando al año 2017 con una tasa de 39,6 muertes por cada cien mil habitantes. Este comportamiento observado de las causas externas en el municipio, como se dijo anteriormente, durante todo el periodo (2005-2017) es fluctuante y las variables que determinan en mayor proporción el comportamiento de la mortalidad por causas externas son las sub-causas agresiones y accidentes del transporte terrestre; es decir, que pese a la existencia de otras sub-causas, estas son las que presentan un comportamiento más activo.

Otra de las grandes causas de mortalidad en la población cocornense, son las neoplasias, estas siempre se han mantenido en un nivel más bajo que la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y se han alternado durante los diferentes años entre la segunda y tercera causa de mortalidad con las causas externas. El comportamiento de las neoplasias ha sido fluctuante en lo que corresponde al periodo estudiado (2005-2017). En lo que respecta a esta gran causa de mortalidad para el municipio de Cocorná, podría decirse que las causas de aparición de neoplasias son difíciles de identificar, unas son inciertas, algunas surgen a causa de mutaciones hereditarias (se identifican antecedentes en la familia), y otras están relacionadas con conductas de riesgo que ocasionan daños al organismo o ponen obstáculos para valoraciones tempranas que puedan detectar a tiempo un cáncer y brindar mayores oportunidades de tratamiento a las personas afectadas. Dentro de las conductas de riesgo frente a las neoplasias que se pueden identificar en la población cocornense se encuentran el consumo de alcohol y cigarrillo, los malos hábitos alimentarios, las prácticas sexuales de riesgo, la negación de algunas personas a realizarse exámenes para la detección temprana a causa de mitos o creencias religiosas (esto identificado especialmente frente a la citología, el examen de próstata, la mamografía y la colonoscopia) e incluso los obstáculos de orden administrativo que dificultan el acceso a algunos tipos de exámenes de valoración preventiva a la población con mayor carencia económica.

En lo que respecta al gran grupo de las demás causas de enfermedad, se encuentra que durante todo el periodo estudiado también presenta comportamiento oscilante durante todo el periodo estudiado. Siendo las sub-causas más representativas, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, enfermedades del sistema digestivo y la diabetes mellitus. A las enfermedades contempladas en el conjunto las demás causas le siguen con el mismo comportamiento fluctuante las afecciones del periodo perinatal, las enfermedades transmisibles y los signos y síntomas mal definidos.

Una vez analizadas las diferentes grandes causas de mortalidad para la población total de Cocorná, se continua con la valoración del comportamiento de las causas de mortalidad, que afectan a la población por grupo de sexo. Esto con el fin de visibilizar cuales son las causas de mortalidad que afectan en mayor medida a la población de hombres y mujeres, e ir definiendo factores de riesgo o vulnerabilidad que puedan estar presentes en dichas poblaciones.

### **2.1.1 mortalidad general por grandes causas en hombres**

En la Figura 7, se observa que en los hombres del municipio de Cocorná en el periodo comprendido entre 2005 y 2017, el mayor riesgo de morir lo aportaron las causas externas. Registrando la tasa más alta en el año 2005 con 359,2 muertes por cada 100.000 hombres, seguida de una tasa de 308,2 para el año 2006. Se debe resaltar que desde el año 2005 hasta el año 2010 se da una tendencia decreciente de la mortalidad por causas externas en el municipio, ello concuerda con el periodo de desarticulación de los grupos armados que predominaban en el territorio; Sin embargo, en los años posteriores (2011-2014), se observa de nuevo un incremento en la mortalidad por causas externas, siendo nuevamente las agresiones la mayor causa de mortalidad; la mayoría por el accionar de grupos delincuenciales remanentes de los grupos armados ilegales que en el auge del conflicto armado predominaron en el territorio. Debe decirse también, que entre los años



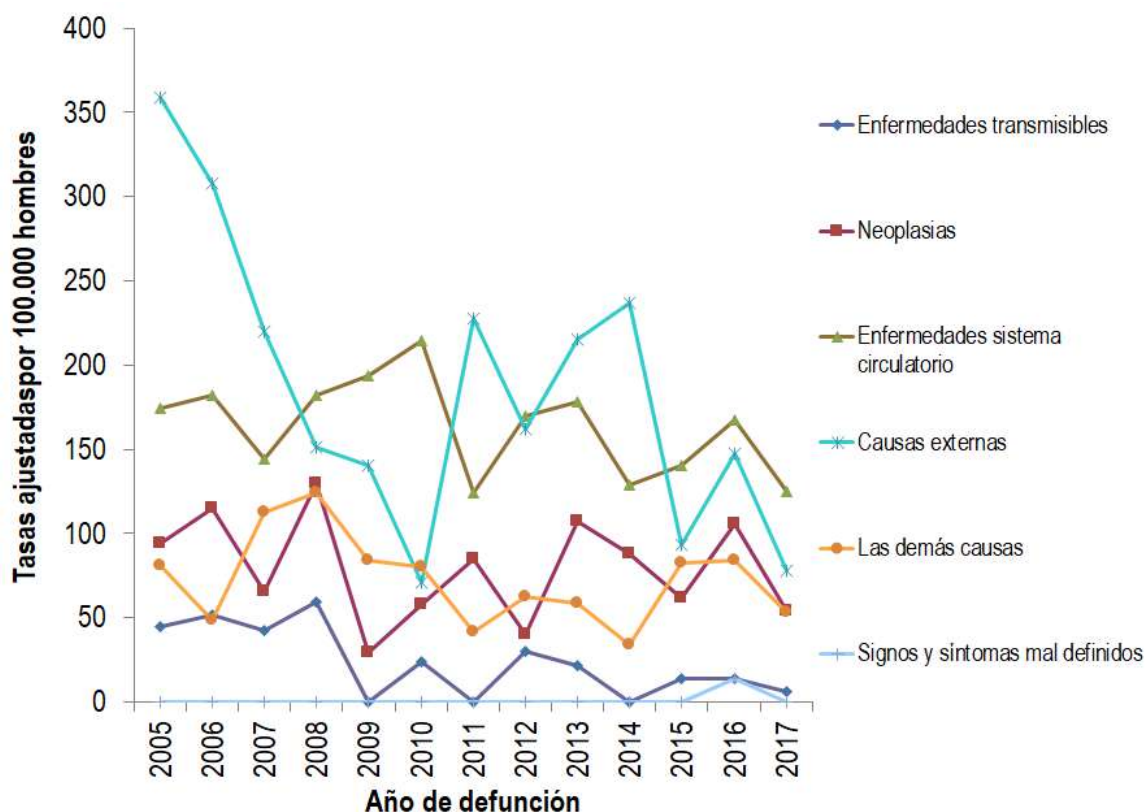
2011 y 2014 los accidentes del transporte terrestre tuvieron también un incremento similar al de las agresiones; siendo estas dos sub-causas las principales causas de mortalidad en el grupo de causas externas.

En el año 2015 la tasa de mortalidad por grandes causas, relacionada con las causas externas es de 93,3 muertes por cada 100.000 hombres, para este año se visibiliza una disminución en comparación a años anteriores exceptuando el año 2010 donde la tasa de mortalidad fue menor. La tendencia fluctúa en el año 2016, dándose un nuevo incremento de la mortalidad por causas externas (147,6 muertes por cada 100.000 hombres), que traen al escenario el incremento de las tasas de mortalidad en los subgrupos de causas de las lesiones auto-infligidas intencionalmente (esta tasa se mantenía en cero desde el año 2014), y las demás causas de accidentes (que desde el 2012 se mantenía en 0); adicional a ello, nuevamente se da un incremento de la sub-causa agresiones, presentándose 4 homicidios. El periodo finaliza al año 2017 con una disminución de la tasa de mortalidad a 78,1 muertes por cada cien mil hombres, para este año la mayor causa de mortalidad fueron las demás causas de accidentes.

Con base a lo anterior, podría decirse que la mortalidad en hombres por causas externas en el municipio de Cocorná, ha tenido una tendencia fluctuante entre los años 2005 y 2017, dicha tendencia presenta cambios bruscos en comparación a las otras variables. Ello debido al carácter circunstancial y accidental de este tipo de causa de muerte, que como se ha venido mencionando para el municipio de Cocorná, en la mayoría de veces ha dependido del comportamiento de los actuales actores armados (reacomodación, ajuste de cuentas, lucha por el dominio de plazas de vicio y control del micro tráfico, etc.), y de las probabilidades de muerte accidental en el cordón vial de la autopista Medellín-Bogotá. En esta última, convergen algunos riesgos entre los que se pueden observar comportamentales (imprudencia de los conductores), estructurales (una sola calzada, en la que adelantar otro automotor implica un riesgo) y de movilidad (alto flujo vehicular).

Como segunda gran causa de las muertes en hombres en el periodo estudiado, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, que presentan una tendencia fluctuante; manteniéndose además por encima de las grandes causas de mortalidad como las neoplasias, el grupo de las demás causas de enfermedad y las enfermedades transmisibles. En necesario recalcar que las enfermedades del sistema circulatorio se han posicionado como la principal causa de mortalidad en los últimos tres años del periodo estudiado, ello a causa del decrecimiento de la mortalidad por homicidios; sin embargo, pese a esto, si se toma todo el periodo comprendido entre 2005 y 2017, permanecen en segundo lugar, puesto que la mortalidad por causas externas le superan.

Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada para los hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Fuente: DANE

Las enfermedades del sistema circulatorio tienen variaciones anuales menos bruscas en sus fluctuaciones si se les compara con las causas externas, indicando que esta causa de mortalidad se mantiene más constante, develándose así una mayor regularidad en su manifestación, que implica la necesidad de abordar en la población aquellos aspectos comportamentales que les hacen proclives a padecer de alguna afectación del sistema circulatorio. La tasa de mortalidad más alta en el periodo estudiado se dio en el año 2010 con 214,4 defunciones por cien mil hombres y la más baja se presentó en el año subsiguiente (2011) con una tasa de 124,6 muertes por cada 100.000 hombres. En relación al total de muertes presentadas por este gran grupo de causas se encuentra que entre los años 2005 y 2017 el 51% de las muertes correspondieron a hombres; siendo la mayor causa de muerte las enfermedades isquémicas del corazón. Ahora bien, si se observa el comportamiento de la mortalidad por este gran grupo de causas, se aprecia que es más alta la mortalidad en hombres por enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón y las cardio pulmonares. A esto podría asociarse que a nivel municipal se ha ido observando un comportamiento más renuente de la población masculina hacia los programas de promoción y prevención ofertados por las diferentes instancias municipales. A manera de ejemplo podría tomarse el programa de hipertensos de la ESE San Juan de Dios



de Cocorná en donde sólo el 38,4% son hombres; mientras que las mujeres tienen una participación del 61,6% siendo en su mayoría más afines a vincularse con los seguimientos y valoraciones periódicas. Todo lo contrario, a los hombres que en efecto presentan menor adherencia a los tratamientos y poca participación en actividades educativas.

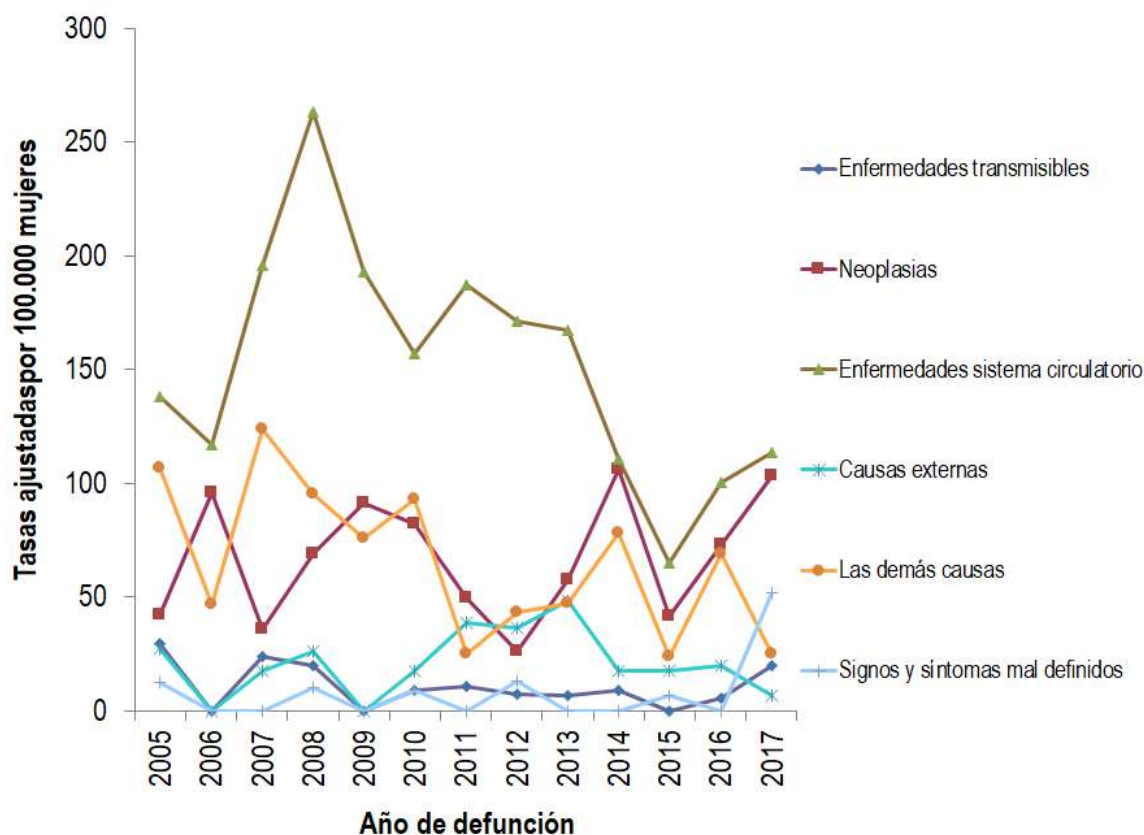
Como tercera gran causa de muerte para la población masculina de Cocorná están las neoplasias que registran una tasa de 53,8 muertes por cada 100.000 hombres para el año 2017. El comportamiento de esta gran causa es fluctuante durante el periodo de análisis 2005 y el 2017. Cabe resaltar que el tumor maligno de estómago es la causa de mortalidad por neoplasia que presenta mayor frecuencia de aparición en la población de hombres del municipio.

La cuarta causa de mortalidad en el municipio son las enfermedades categorizadas en el gran grupo denominado demás causas. Esta causa de mortalidad al igual que las ya mencionadas tiene un comportamiento fluctuante entre 2005 y 2017. Para el último año observado la tasa de mortalidad fue de 53,6 muertes por cada 100.000 hombres. Dentro de las demás causas de enfermedad, se observa que los subgrupos frente a los que se tiene mayor riesgo de mortalidad son las enfermedades crónicas del sistema respiratorio y enfermedades del sistema digestivo. Tal como se puede observar en la figura 7, el grupo de neoplasias y el de las demás causas de enfermedad, se entrecruzan en varios de los años del periodo analizado, ocupando el tercer o cuarto lugar en las causas de mortalidad para los hombres del municipio de Cocorná. Estas dos grandes causas de mortalidad también tienen una alta vinculación con una serie de conductas de riesgo que presenta la población de hombres en el municipio. Podría decirse que el padecimiento de tales enfermedades en muchas ocasiones se debe a malos hábitos y prácticas que esta población realiza de forma voluntaria e involuntaria. Todo ello, en relación con aspectos culturales, socioeconómicos e individuales.

Finalmente, en relación con las muertes causadas por enfermedades transmisibles, las afecciones en el periodo perinatal y los signos y síntomas mal definidos, podría decirse que presentan en el grupo poblacional de hombres una afectación baja durante todo el periodo. Para el año 2017, las enfermedades transmisibles presentan una tasa de mortalidad de 6,1 por cada 100.000 hombres; mientras que para el grupo de signos y síntomas mal definidos no presentaron casos.

Una vez observado el comportamiento de las causas de mortalidad a nivel general y las causas de mortalidad en la población de hombres del municipio, se procede a realizar el mismo análisis a la tasa de mortalidad para la población de mujeres.

Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada para las mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Con respecto a la población de mujeres (ver figura 8) se encuentra que, a diferencia de los hombres, en estas la primera causa de mortalidad entre los años 2005 y 2017 son las enfermedades del sistema circulatorio. Esta gran causa de mortalidad tiene para dicho periodo mantiene una tendencia fluctuante; sin embargo, a partir del año 2008, cuando presenta la tendencia más alta en todo el periodo observado con una tasa de 263,0 muertes por cada cien mil mujeres, se empieza a observar una tendencia decreciente ostentando al año 2015 la tasa más baja con 64,8 muertes por cada 100.000 mujeres; sin embargo, en los años subsiguiente la tasa de mortalidad tiene un incremento en esta población, finalizando al año 2017 con una tasa de 113,4 muertes por cada 100.000 mujeres. Una tasa inferior a los años comprendidos entre los años 2005 y 2013. Ahora bien, desde lo observado en la dinámica municipal en lo que respecta a los programas de promoción y prevención, podría relacionarse las tasas más bajas con la receptividad que tiene la población de mujeres en la adherencia a tratamientos de enfermedades crónicas y su participación mayoritaria en programas orientados a la promoción de estilos de vida saludable y la prevención del riesgo frente a enfermedades cardiovasculares.

La segunda causa de mortalidad en la población de mujeres son las neoplasias que vienen presentando desde el año 2005 al 2017 una tendencia fluctuante. Las neoplasias presentan su tasa más baja en el año 2012 con 26,3 defunciones por cien mil mujeres y la más alta en el año 2014 con una tasa de 106,3 muertes por cada cien mil mujeres. Esta causa de mortalidad al igual que las demás causas de enfermedad y las enfermedades del sistema circulatorio tienen como componente importante para su aparición, además de características biológicas (predisposición genética, causas ambientales u otras), el comportamiento humano; de ahí que tanto para las mujeres, como para los hombres cocornenses terminan siendo factores de riesgo sus propias conductas; Siendo los riesgos más visibilizados en la población el sedentarismo, la alimentación malsana, consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, y las prácticas sexuales de riesgo. Las neoplasias que manifiestan una mayor frecuencia de aparición en la población de mujeres cocornenses son el tumor de los órganos digestivos, el tumor maligno de estómago, el tumor maligno del colon, el tumor maligno de otras localizaciones y de las no específicas, así como también el cáncer de cuello uterino.

Como tercera causa de mortalidad en las mujeres se encuentra el gran grupo denominado Las demás causas, que al igual que las demás causas de mortalidad, presentan una tendencia fluctuante durante todo el periodo estudiado (2005-2017). En dicho periodo las enfermedades que se manifiestan como mayor propensión a la mortalidad en las mujeres dentro de esta gran causa de mortalidad son las enfermedades de los órganos digestivos, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la diabetes mellitus.

Siguiendo lo representado en la figura 8, la cuarta causa de mortalidad en las mujeres del municipio son las causas externas, que para el año 2017 presenta una de las tasas más bajas de todo el periodo observado, con 24,8 por cada cien mil mujeres. La mortalidad por causa externa en las mujeres, es más baja en comparación a los hombres, representando sólo el 11,4% del total de casos presentados en el municipio durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017.

Para finalizar este apartado sobre las causas de mortalidad en la población de mujeres para el municipio de Cocorná; podría decirse que las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y el grupo de las demás enfermedades, mantienen un papel protagónico en la mortalidad de la población de mujeres. Si se analiza la trayectoria de estas tasas, se puede observar como durante la gran parte del periodo estudiado, las neoplasias y el grupo de las demás enfermedades intercambian su posición, ocupando anualmente el segundo o tercer lugar en las causas de mortalidad para las mujeres. Las causas externas, las enfermedades transmisibles, y los signos y síntomas mal definidos mantienen un comportamiento; sin embargo, llama la atención que para el final del periodo observado (2017) este último grupo alcanzara una tasa de 52,1 muertes por cada 100.000 mujeres, siendo para dicho año la tercera causa de mortalidad.

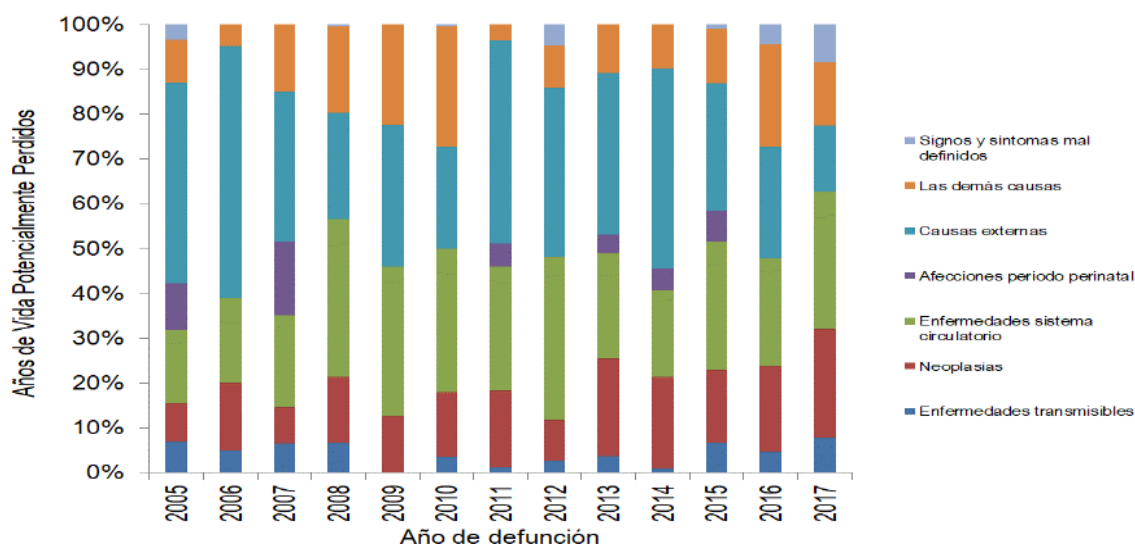
#### **Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP**

El municipio de Cocorná en lo corrido del año 2005 al 2017 se suma 20.959 años de vida potencialmente perdidos (AVPP). La principal causa de mortalidad que ha dejado mayores pérdidas son las causas externas con 7.394 AVPP, representando el 35,2% del total de AVPP del periodo observado. Esta gran causa de

mortalidad se caracteriza en el municipio por generar pérdidas en su mayoría de personas jóvenes, las cuales entre los años 2005 y 2017 fueron principalmente víctimas de homicidios y accidentes del transporte terrestre; también se dieron en menor medida, accidentes de tipo ocupacional y accidentes generados a nivel doméstico. A las causas externas le siguen las enfermedades del sistema circulatorio con 5.380 AVPP que representan el 25,6% del total de pérdidas de años de vida potenciales para la población cocornense. En orden descendente continúan las neoplasias con 3.193 AVPP siendo el 15,2% de estas pérdidas; las demás causas con 2.825 AVPP (13,4%) las enfermedades transmisibles con 927 AVPP (4,4%), las afecciones originadas en el periodo perinatal con 892 AVPP (4,2%) y finalmente la mortalidad dada en el grupo de signos síntomas y afecciones mal definidas con 349 AVPP (1,6). Este indicador nos expresa especialmente la pérdida sufrida por la sociedad cocornense por fallecimientos prematuros; si bien, en apartados anteriores resaltan las enfermedades del sistema circulatorio como la principal causa de mortalidad, en lo que respecta a este indicador las causas externas toman el primer lugar, puesto que en este gran grupo la mayor parte de muertes se dan en personas en edad productiva.

En la figura 9, las barras apiladas indican cada una de las grandes causas de mortalidad en lo que respecta a su comportamiento con base a los años de vida potencialmente perdidos para la población de Cocorná. En dicha figura se hace bastante visible a nivel general que durante todo el periodo estudiado (2005-2017) se ha mantenido una mayor prevalencia en el aporte de AVPP por cuenta de los grandes grupos de las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y el grupo de las demás causas; así como también se puede observar que las afecciones del periodo perinatal, las enfermedades transmisibles y los signos y síntomas mal definidos tuvieron una menor participación en dichas pérdidas. Cabe resaltar, que la ayuda visual de las barras apiladas también posibilita observar año tras año la naturaleza de estas muertes prematuras de la población cocornense.

Figura 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

A continuación, se realizará un abordaje por cada uno de estos años del comportamiento de las causas de mortalidad ya relacionadas anteriormente.

En el año 2005 se presentaron 2.343 años de vida potencialmente perdidos, siendo una de las causas más representativas en estas pérdidas las muertes por “Causas externas”, que para dicho año constituyeron el 44,82% del total AVPP, lo que implica la pérdida de 1.050 años. Ocupó el segundo lugar la muerte por enfermedades del sistema circulatorio con 384 AVPP representando el 16,39%, esta gran causa es una de las que más muertes aporta a la estadística de mortalidad municipal, afectado especialmente en mayor proporción a la población adulta. En dicho año las afecciones originadas en el periodo perinatal representaron el 10,34% de los AVPP. Por esta causa se dieron 3 muertes prematuras que sumaron al municipio un total de 242 AVPP. En lo que respecta a las demás causas de enfermedad se reportó un total de 222 AVPP (9,47%); las neoplastias aportaron 201 AVPP siendo el 8,59% de las pérdidas para el 2005. Ambas casusas de mortalidad afectaron en mayor medida a la población más adulta. Finalmente, se observan aparecen las enfermedades transmisibles con el 6,94% y los signos y síntomas mal definidos con el 3,43% del total de años perdidos para el año 2005. Frente a esta última causa, sólo se reportó el caso de la muerte de una menor de 1 año de edad representando así 80,4 AVPP.

De las 74 muertes reportadas en la población en los diferentes grupos de edad para el año 2006, nos permite estimar un total de 1.615 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Para este año las muertes causadas por enfermedades transmisibles presentan una ocurrencia de 4 muertes en el año observado, lo que representa 80 AVPP en la población contribuyendo en un 4,96% del total de años que se perdieron en el año observado. Las muertes causadas por neoplastias para el 2006 fueron 18, lo que representa una pérdida de 244 AVPP en los habitantes, y que contribuye en un 15,13 % los años que se perdieron en total en dicho año observado. Las enfermedades del sistema circulatorio afectaron mayormente a la población más adulta y representaron 306 años de AVPP, contribuyendo en un 18,94 % a la suma total de los años que se perdieron en el año observado. Las muertes causadas por la gran causa de mortalidad “Causas externas”, fue la que más aportó 907 a la cantidad de años perdidos para la población, contribuyendo en un 56.16% a la suma total de años perdidos en el 2006; y las muertes causadas por las demás causas de mortalidad, representan pérdida de 77 años en la población, contribuyendo en un 4.79 % a la suma total de años perdidos en el 2006. Finalmente, el gran grupo de signos y síntomas mal definidos no aportó ningún caso para este año.

El año 2007 culminó presentando 83 muertes, las cuales sumaron 2.011 AVPP para el municipio, siendo nuevamente las causas externas las tuvieron mayor incidencia. Estas aportaron en dicho año el 33,5% AVPP, seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio con el 20,4% y las afecciones originadas en el periodo perinatal con el 16,2%.

En el año 2008 se presentaron en el municipio 98 muertes que representaron una pérdida total de 1.575 AVPP, siendo las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas, las demás causas y las neoplastias las que más aportaron años de vida potencialmente perdidos. Las enfermedades del sistema

circulatorio presentaron 41 muertes con una pérdida de 555 AVPP, siendo el 35,2% del total de la estadística de los años que se perdieron en el 2008. Las causas externas con 14 muertes aportaron 372 AVPP, que corresponden al 23,64%. Las neoplasias con 17 muertes aportaron 233 AVPP y determinaron el 14,7%. El grupo de las demás causas con 19 muertes representó el 19,4% aportando 306 AVPP. En último lugar, estuvieron las enfermedades transmisibles con 104,7 AVPP, y los signos y síntomas mal definidos aportaron 4,5 AVPP en un equivalente de 0.28% del total de los años perdidos.

Para el 2009, las 70 muertes que se reportaron representaron 1.311 AVPP para la población cocornense, las grandes causas de mortalidad que más contribuyen a esta estadística son las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y las demás causas. Las 37 muertes causadas por enfermedades del sistema circulatorio representaron una pérdida de 436 AVPP, siendo esta una de las más altas, y contribuyendo con un 33,25% al total de la estadística de los años que se perdieron en el 2009. Por causas externas fueron reportadas 9 muertes que representaron una gran cantidad de años de vida perdidos, debido a que estas muertes se dieron en mayor medida en población joven, siendo 415 los AVPP, que significaron el 31,62% del total. Así mismo, las demás causas constituyeron con el 22,3% de los AVPP y las neoplasias con 12,78%. Las enfermedades transmisibles, las afecciones perinatales y los signos y síntomas mal definidos no reportaron ningún caso en año 2009.

Seguidamente, en el año 2010 se presentaron 78 muertes equivalentes a una pérdida de 1.231,7 AVPP. Del total de estas muertes reportadas, 37 fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio lo que representó un total de 393 AVPP; es decir, el 31,86% del total de los años perdidos en el 2010. Por otra parte, al grupo de las demás causas se le atribuyeron en dicho año 16 muertes que constituyeron una pérdida de 330 AVPP. En lo que respecta a los demás grandes grupos, se encontró que las causas externas con 6 muertes constituyeron 282 AVPP, que las neoplasias con 15 muertes aportaron 180 AVPP y que las enfermedades transmisibles con 3 muertes generaron 42 AVPP. Cabe resaltar que para las afecciones del periodo perinatal no se registraron casos.

Al año 2011, se presentaron 74 muertes que constituyeron una pérdida total de 1.555 AVPP, donde las causas externas se establecieron como la principal fuente de aporte en años de vida perdidos, debido a que esta se presentó en la población más joven, generando así 704 AVPP, lo que constituyó el 45,25% del total de la de años que se perdieron en el 2011; a esta gran causa le siguieron las enfermedades del sistema circulatorio representaron una pérdida de 431 AVPP. Con respecto al grupo de las demás causas de enfermedad, para dicho año se reportaron 56 AVPP y para el caso de las neoplasias 266 AVPP. Finalmente, las muertes causadas por las enfermedades transmisibles y las afecciones periodo perinatal registran un total 98 AVPP con un equivalente del 6,31% del total para este año. En lo que respecta a los signos y síntomas mal definidos para el año 2011, no se registraron muertes.

Para el año 2012, se presentó una pérdida de 1.484 AVPP, donde de las grandes causas de mortalidad que se contemplan en el análisis, las que más años de vida perdidos aportan, fueron las muertes causadas por las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas las demás causas y las neoplasias. Las causas



externas representaron un 37,67% para un total de 559 AVPP; Mientras que las enfermedades del sistema circulatorio representaron un 36,28% con 539 AVPP; por otra parte, las muertes causadas por las demás causas, generaron un 9,41% de los años perdidos para el 2012, lo que implica 140 AVPP. Las muertes generadas por las neoplasias, representan una pérdida de 134 AVPP, aportando un 9,04% y las enfermedades transmisibles generaron 42 AVPP, es decir el 2,83% del total. A sí mismo el grupo de signos síntomas y afecciones mal definidos generaron 71 AVPP representados en un 4,74% del total presente para el año 2012. En el caso de las afecciones del periodo perinatal no registraron casos.

Al año 2013 la mayor pérdida de años la aportaron las causas externas representan un 36% con 715 AVPP, seguido por las enfermedades del sistema circulatorio con un 23,57% para un total de 468 AVPP y las neoplasias con un 21,83% y 434 años de vida potencialmente perdidos. Las enfermedades transmisibles con un 3,74% con 74 AVPP, las afecciones originadas en el periodo perinatal con 80 AVPP, siendo el 4,02% de los años y las demás enfermedades con 215 años, lo que implica un 10,83% de los AVPP para el año de 2013. En este año no se presentaron muertes relacionadas con el grupo de signos síntomas y afecciones mal definidas.

En el año 2014, se da una pérdida total de 1.716 AVPP, las grandes causas de mortalidad que más contribuyen a los AVPP fueron las causas externas, enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas, donde las muertes causadas por causas externas representan una pérdida de 769 AVPP, siendo esta la más alta, y contribuyendo con un 38,71% al total de los años que se perdieron en el 2014. Las neoplasias son la segunda causa 354 AVPP, lo que significa un 17,82% del total; seguidamente las enfermedades del sistema circulatorio con un total de años de vida potencialmente perdidos de 332 un 16,69%. Las muertes causadas por las demás causas representan una cantidad considerable de AVPP, en el sentido de que esta gran causa de mortalidad refleja una pérdida de 167 AVPP, contribuyendo en un 8,40% a la suma total de años de vida perdidos en el 2014. Las afecciones del periodo perinatal y las enfermedades transmisibles sumaron un total de 94 AVPP aportando estas un 4,74% del total de los años potencialmente perdidos para los cocornenses. Para el año de 2014, los signos y síntomas mal definidos no registraron AVPP.

A partir del año 2015 el año 2015 se dan en total 1178 años de vida potencialmente perdidos para el municipio de Cocorná. En este año las enfermedades del sistema circulatorio se posicionan como la mayor causa pérdidas representando el 28,66% del total de los años perdidos para este año, sumando 338 AVPP; seguidamente se encuentran las causas externas con 333 años, siendo el 28,29% del total de AVPP. En orden descendente están las neoplasias generando la pérdida de 189 AVPP, lo que equivale a un 16,07%; las demás causas de enfermedad con 144 AVPP, 12,25%; Las afecciones del periodo perinatal con 82 AVPP un 7%; las enfermedades transmisibles con 80 AVPP un 6,79% y los signos y síntomas mal definidos que para este año si presentaron casos con 11 años de vida potencialmente perdidos que representaron el 0,90% del total de los AVPP para el 2015. Para el año 2016 el total de años de vida potencialmente perdidos es de 1.778, siendo nuevamente las causas externas y las enfermedades del sistema respiratorio las que generan una mayor proporción de estas pérdidas. Del total de los AVPP, para dicho año ambas causas generaron el

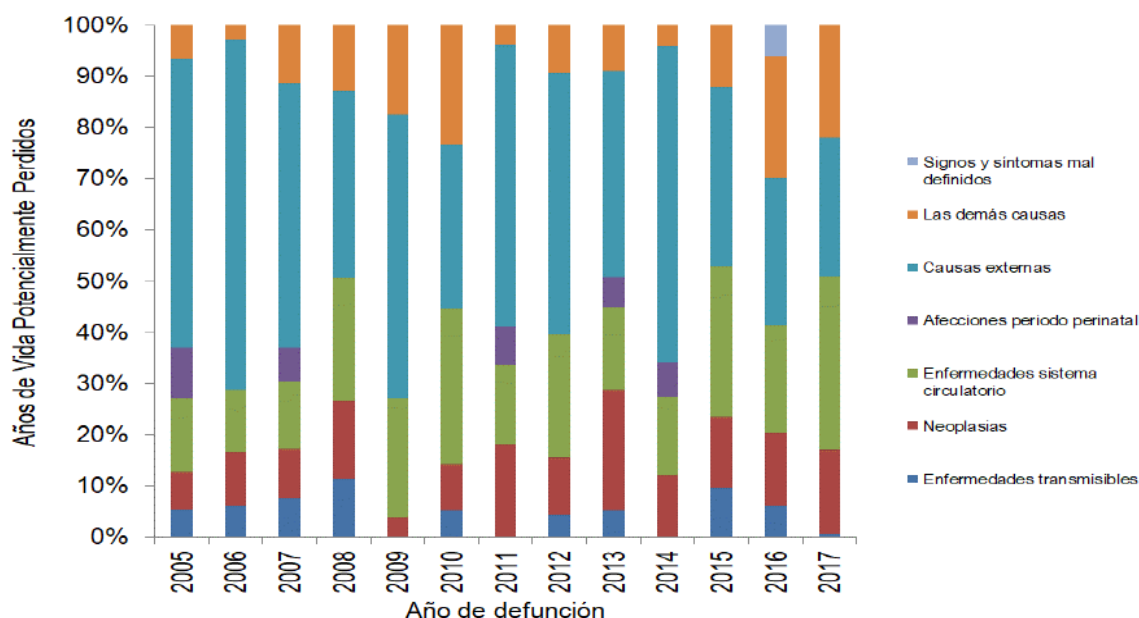
48,8%; le siguen el grupo de las demás causas de enfermedad con el 22,7% de AVPP, las neoplasias con el 19,1%.

Finalmente, el año 2017, se presenta con 1173 años de vida potencialmente perdidos, siendo esta la cantidad más baja de todo el periodo. En dicho año se da una dinámica similar a la presentada desde el año 2015, en donde las enfermedades del sistema circulatorio se imponen como las primeras aportantes de AVPP para el municipio de Cocorná. Tal dinámica se relaciona con la disminución de la mortalidad por causas externas las cuales claramente tienden a elevar este indicador, máxime cuando las defunciones por dicha causa son generalmente de personas jóvenes.

Una vez abordado el periodo 2005-2017, para conocer los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) a causa de las grandes causas de mortalidad de la población en general; se pasa a realizar el mismo análisis haciendo la desagregación por sexo. A continuación, se abordan los datos desagregados de años vida potencialmente perdidos por grandes causas, en la población de hombres del municipio de Cocorná.

En la población de hombres del municipio el total de años de vida potencialmente perdidos durante el periodo 2005-2017 es de 13.705 años. Esto indica que la mayor cantidad de AVPP para el municipio de Cocorná se ha dado por el deceso de hombres, puesto que tal cifra corresponde al 65,38% del total de AVPP. Ello tiene íntima relación con lo expuesto anteriormente sobre el predominio de las causas externas como la mayor causa de mortalidad en hombres y la mayor causa de años de vida potencialmente perdidos para Cocorná.

Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017





Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Las causas externas son las mayores generadoras de años de vida potencialmente perdidos en la población de hombres; de ahí que las dimensiones observadas en las barras apiladas dan cuenta de un predominio sostenido durante todo el periodo 2005-2017. Esto no es de extrañar puesto que esta población es la que tiene índices más elevados de mortalidad por causas externas como el homicidio y los accidentes de tránsito, que ciertamente en el municipio han comprometido en mayor medida hombres jóvenes. Ahora bien, las causas externas durante el periodo estudiado para la población de hombres han representado el 47,8% del total de años de vida potencialmente perdidos, acumulando para dicho periodo una pérdida total de 6.558 AVPP. A esta gran causa de mortalidad le siguen las enfermedades del sistema circulatorio, que se presentan como la segunda gran causa de mortalidad generadora de años de vida potencialmente perdidos en el municipio, con 2.644 AVPP representando el 19,2% del total de AVPP para el periodo 2005-2017.

Podría decirse entonces que, con relación a los años de vida potencialmente perdidos, tanto en la valoración de la población general, como en la población de hombres, las causas externas y las enfermedades del sistema circulatorio son aquellas que generan en mayor medida la pérdida que sufre la sociedad cocornense como consecuencia de la muerte de personas jóvenes. Aunque es de aclarar que si se observa solamente la población de hombres existe una gran diferencia en AVPP entre ambas causas, ello indudablemente está relacionado con esa historia de guerra vivenciada en el municipio y los casos de agresión homicida, que siguieron estando latentes, en los años posteriores al 2005 con los grupos armados emergentes que operaban como bandas criminales dedicadas especialmente al microtráfico e incluso en los años más recientes con dinámicas distintas en donde aún hay problemas de narcomenudeo y por ende riesgo de nuevos escenarios de confrontación por hegemonías en el control de la venta de estupefacientes; de igual modo, también se deben considerar otros escenarios de riesgo como son las riñas que son más comunes en la población de hombres, máxime cuando están bajo efectos del alcohol u otras sustancias psicoactivas.

A continuación, se realizará un abordaje por cada uno de estos años del comportamiento de las muertes por cada grupo se causas.

Para el año 2005, por causas externas se registró una pérdida de 914 AVPP lo que implica un 56,54% de lo perdido para dicho año; siendo este grupo de causas el que aporta más años de vida perdidos en la población masculina. Se debe tener en cuenta que esta causa de mortalidad afecta en gran medida a la población joven y tiene poca incidencia en la población masculina adulta mayor. Ahora bien, la otra causa de mortalidad que predominó para el 2005, fue la de las muertes relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio que aportó 232 AVPP en los habitantes, con una marcada diferencia frente a la primera gran causa de mortalidad entre los hombres. Cabe resaltar que en esta población tuvieron menor incidencia las enfermedades transmisibles, neoplastias, afecciones en el periodo perinatal, las demás causas y los signos y síntomas mal definidos.

Al año 2006, la población masculina nuevamente, la gran causa de mortalidad son las denominadas dentro del grupo de causas externas, representaron una pérdida de 907 AVPP esta vez con una proporción de

68,46% en el total de AVPP para dicho año. La otra causa de mortalidad sigue siendo las relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio, reportando un total de 160 AVPP representados en un 12,10%. Por otra parte, y en menor incidencia se presentaron las neoplasias con un 10,56%, las enfermedades transmisibles con un 6,05% y demás enfermedades con un 2,83%. Los signos y síntomas mal definidos representaron de 37 AVPP en la población masculina del municipio.

Posteriormente en el año 2007, la mortalidad por “causas externas” propicia la pérdida de 619 AVPP podría decirse que decrece en relación a los totales para el indicador y en porcentaje en relación años anteriores, sin embargo, dicha causa se sigue sosteniendo en primer lugar frente a las demás causas de mortalidad con una proporción, del 51,42% para el 2007. El resto de grandes causas de mortalidad, reportan 584 AVPP representando un 48,54% del total donde se resaltan en este grupo, las muertes generadas por enfermedades en el sistema circulatorio, las neoplasias y las demás causas y en menor incidencia las enfermedades trasmisibles, las afecciones en el periodo perinatal y los signos y síntomas mal definidos.

En el 2008, las causas externas siguen siendo de mayor magnitud que las enfermedades del sistema circulatorio en lo que respecta a Años de vida potencialmente perdidos. Las causas externas representan el 36,64% para un total de 309 años AVPP, mientras que las enfermedades del sistema circulatorio representan un 23,86 con un valor en años de vida perdidos de 201. Las otras causas de mortalidad, las cuales reportan un total de 27 defunciones para el 2008, reflejan una pérdida de 333 AVPP a la estadística de los años perdidos en la población masculina, donde se resaltan en este grupo, las muertes generadas por neoplasias y las demás causas y en menor incidencia las enfermedades trasmisibles y los signos y síntomas mal definidos, en tanto que las afecciones del periodo perinatal no registraron pérdidas en años de vida para la población de Cocorná.

El año 2009, con 37 defunciones reportadas en la población masculina, al igual que los años anteriores, la gran causa de mortalidad “causas externas” con 9 defunciones, las cuales representan una pérdida de 415 AVPP en los habitantes, siendo ésta la gran causa de mortalidad que aporta más años de vida perdidos en la población masculina, teniendo en cuenta que esta causa de mortalidad afecta en gran medida a la población masculina joven y con poca incidencia en la población masculina adulta. Las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas influyeron representativamente en este año con 173 y 130 AVPP respectivamente y en menor incidencia las neoplastias con 29 AVPP, las demás grandes causas no reportaron casos para este año.

Para el año 2010 se observa en la figura 10, que la causa de mortalidad por “causas externas”, representa 231 AVPP, siendo ésta la que más años de vida perdidos genera en la población masculina. Las otras causas de mortalidad que más afectaron la estimación de AVPP para los cocornenses fueron las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio y las demás causas generando respectivamente 218 y 167 AVPP para los habitantes de este municipio, las cuales reportan un total de 27 defunciones para el 2010. La incidencia de las demás grandes causas: enfermedades trasmisibles, neoplastias, afecciones en el periodo perinatal y los signos y síntomas mal definidos fue mínima.

Al año 2011, la situación no varía considerablemente, pues se observa en la figura 10 la gráfica es prácticamente la misma. Donde de las 42 defunciones reportadas en la población masculina para este año, la gran causa de mortalidad “causas externas”, representa 587 AVPP (54.98%). Las otras causas de mortalidad que más afectaron la estimación de AVPP para los cocornenses fueron las neoplasias que tienen un incremento considerable con 193 AVPP, siendo este un 18,11% del total de los años de vida perdidos para la población durante el año mencionado. Las neoplasias se ponen en este año en segundo lugar, dejando de tercero a las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio con un 15,47% que representa 165 AVPP.

En los años 2012, 2013, 2014 y 2015 la causa de pérdida potencial de vida en la población masculina sigue siendo la mortalidad relacionada con el grupo de causas externas con 458 AVPP en el año 2012, 551 AVPP a 2013; 741 AVPP a 2014 y 296 AVPP en el año 2015. La enfermedad que le sigue es la asociada a enfermedades del sistema circulatorio con 539 AVPP para el 2012, 468 AVPP para el 2013; 182 AVPP a 2014 y 247 AVPP en el año 2015. Le preceden la neoplasia con 134 AVPP en el año 2012, 434 AVPP en 2013, 146 AVPP al año 2014 y 118 AVPP para el año 2015.

En el año 2016, igualmente continua la gran causa de mortalidad “causas externas” como la mayor generadora de años de vida potencialmente perdidos para nuestro municipio. En 2016, se registró una pérdida de 371 AVPP lo que implica un 28,8% de los AVPP registrados para dicho año. Se debe tener en cuenta que esta causa de mortalidad afecta en gran medida a la población joven y tiene poca incidencia en la población masculina adulta mayor, lo que posibilita que se mantengan los niveles altos de AVPP. En lo que respecta a los otros grandes grupos de causas de mortalidad, en el año 2016 el segundo grupo que generó mayores años de vida potencialmente perdidos fue el grupo denominado las demás causas con 304 AVPP, siguiéndole las muertes relacionadas con las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias; la primera generó 268 AVPP y la segunda aportó 184 AVPP en esta población. El grupo de las enfermedades transmisibles y el de los signos y síntomas mal definidos presentaron ambos el 6.2% del total de los AVPP; mientras que el grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal no se registró casos.

Finalmente, para el 2017 se presentan como las primeras aportantes de AVPP las enfermedades del sistema circulatorio con 201 AVPP, siguiéndole las causas externas que para este año presentan la cifra más baja de aportes en años perdidos de todo el periodo con 160 AVPP. Es necesario recalcar que la tendencia de la mortalidad por grandes causas en el municipio ha mantenido en todos los grupos un comportamiento fluctuante, por lo que no es posible leer una disminución anual como la tendencia que ha de continuar; si bien, las causas externas para este año se presentan un poco más bajas, pueden dispararse a razón de que aún persisten los riesgos de la accidentalidad en el tramo de la autopista, así como también se mantienen el riesgo de agresiones, claramente en un nivel inferior en comparación a los primeros años del periodo. En lo que respecta a las causas externas es importante tener en cuenta que se vienen haciendo notar las lesiones auto-inflingidas en el municipio, por lo que es un fenómeno que quizás tienda a presentarse de manera más marcada a futuro; siendo estas muy dadas a presentarse en personas jóvenes.

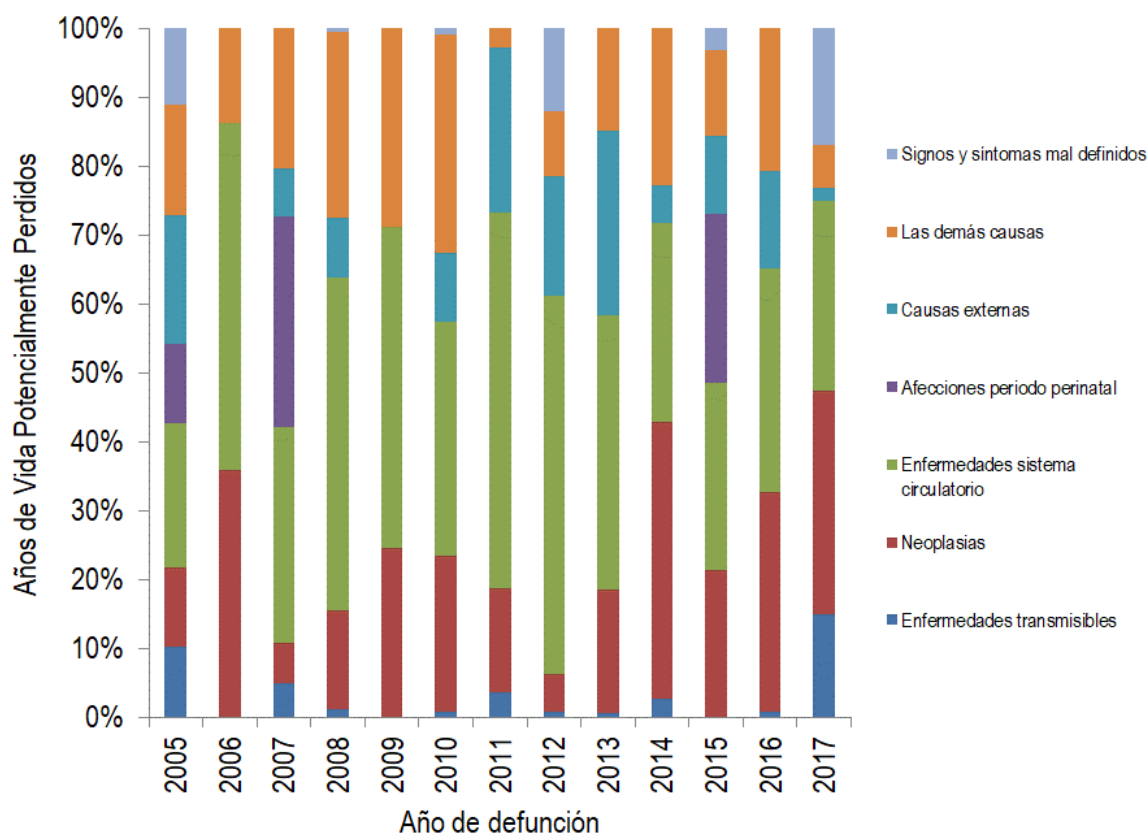
Como puede observarse las causas externas representan cifras elevadas con respecto años de vida potencialmente perdidos para la población de hombres en el municipio. Podría decirse, que durante el periodo analizado se logra visibilizar en la población de hombres un gran riesgo relacionado con las situaciones de violencia y los diferentes tipos de accidentalidad, lo que representa claramente para el municipio de Cocorná consecuencias de tipo social y económico; Puesto que dichas causas de mortalidad afectan a la población de hombres en edad más productiva.

A continuación, se realiza la valoración de los años de vida potencialmente perdidos en la población de mujeres del municipio de Cocorná.

Esta población representa el 34,6% de los AVPP en el municipio de Cocorná durante el periodo 2005-2017 con un total de 7254 años; siendo este porcentaje mucho menor al de la población de hombres en la que indudablemente las causas externas incrementan de forma considerable los AVPP. Frente a la población de mujeres, podría decirse que presentan una dinámica muy diferente, siendo las enfermedades del sistema circulatorio aquellas que se posicionan como la causa de mortalidad que genera la mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos en este sexo. Estas enfermedades en el periodo observado suman 2.736 años AVPP lo que implica el 37,7% del total para este grupo poblacional; le siguen las neoplasias con 1.434 AVPP (18,8%), el grupo de causas de mortalidad denominado las demás causas con 1.304 AVPP (18%); las causas externas con 836 AVPP (11,2%); las afecciones del periodo perinatal con 412 AVPP (5,7%); los signos y síntomas mal definidos con 269 AVPP (3, 7%) y las enfermedades transmisibles con 262 AVPP (3, 6%).

La figura 11, de barras apiladas permite visualizar las proporciones de afectación de las grandes causas de mortalidad durante el periodo 2005 y 2017. Allí es plenamente identificable lo antes mencionado sobre el predominio en la población de mujeres de años de vida potencialmente perdidos a causa de enfermedades del corazón o vasculares; de igual modo se visibilizan los comportamientos de cada una de las causas de mortalidad, siendo bastante llamativo el comportamiento del grupo denominado las demás causas con un protagonismo de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, las enfermedades del sistema digestivo y la diabetes mellitus; por otra parte, también genera interés el comportamiento de las neoplasias específicamente frente a los tumores de estómago y del sistema digestivo que tuvieron mayor participación en la mortalidad por dicha causa.

Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio, 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Se puede observar como a 2005 las causas externas con un 18,87% tienen una prevalencia en años de vida potencialmente perdidos muy cercano a las enfermedades del sistema circulatorio que presentan el 21,02%. Estas pérdidas en años potenciales para la población de mujeres fueron generadas por causas externas relacionadas con accidentes. Una situación muy diferente a la que experimentaba la población de hombres para dicho año; puesto que estos, en 2005 presentaban un alto número de AVPP por causas externas; pero a causa de los homicidios, generados por el conflicto armado. El año 2005 deja para el municipio de Cocorná una pérdida de 726 años de vida potencialmente perdidos.

Para el 2006, se mantienen las causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio como la primera causa de años de vida potencialmente perdidos, representando el 50,24%. El comportamiento de las otras grandes causas de mortalidad en las mujeres cambia para las posiciones subsiguientes, visibilizándose

un incremento mayor en las neoplasias que pasa de generar 83 AVPP en el año 2005 a 104 AVPP, representando el 35,99% de las pérdidas totales para el año 2006. En lo que respecta a las demás grandes causas, se observa que el grupo de las demás causas de enfermedad también tienen participación con un 13,77%; mientras que para las causas externas, las enfermedades del periodo perinatal y los signos y síntomas mal definidos no se presentan casos.

El comportamiento es similar para los años posteriores hasta el año 2013, presentándose siempre en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio manteniéndose por debajo las otras grandes causas de mortalidad. Durante el periodo comprendido entre 2007 y 2013 la pérdida para la población de mujeres fue de 4.315 años. En el año 2014 se presentaron en total 518 AVPP, apareciendo las neoplasias como la causa de mortalidad que generó más pérdidas con un 40,10% (208 AVPP), sobrepasando a los reportados para las enfermedades del sistema circulatorio que para dicho año fueron del 28,86% (150 AVPP). Sin embargo, en el año 2015 las enfermedades del sistema circulatorio presentan el mayor número de AVPP (90), seguidas de las neoplasias que presentan para dicho año 72 AVPP. En el año 2016 se mantiene la misma tendencia erigiendo las enfermedades del sistema circulatorio como la principal causa de años de vida potencialmente perdidos en la población de mujeres cocornenses con 158 AVPP (32,8%). En dicho año, las neoplasias presentan un porcentaje similar de AVPP con 156 (31,8%), esto podría estar indicando el deceso de mujeres de menor a causa de neoplasias, ya que el número de muertes por enfermedades del sistema circulatorio es más alto que el de las neoplasias.

Para el año 2017 se presentan dan más años de vida potencialmente perdidos a causa de las neoplasias que generaron 188 AVPP, representando el 32,4% del total reportado para dicho año. A esta gran causa le siguieron las enfermedades del sistema circulatorio con 160 AVPP, los signos y síntomas mal definidos con 98 AVPP y las enfermedades transmisibles con 87 AVPP. También aportaron las demás causas con 36 AVPP y las causas externas con 11AVPP; en lo que se refiere a las afecciones del periodo perinatal no se registraron casos.

Podría decirse entonces que el protagonismo frente a los años de vida potencialmente perdidos en la población de mujeres se los lleva la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, siendo un fenómeno que se mantiene constante en la población de mujeres; de hecho, no es de extrañar tal comportamiento de estas causas, puesto que en el apartado de las grandes causas de mortalidad las enfermedades del sistema circulatorio se aprecian como la causa mayor con cifras que superan en gran medida a las otras grandes causas de mortalidad. De ahí que se puede pensar que muchas de estos años de vida potencialmente perdidos para el municipio de Cocorná están relacionados con el comportamiento o conductas insanas, que como se ha venido manifestando se han visibilizado en la población, siendo las principales el sedentarismo y una mala alimentación generalmente rica en grasas, sales y azúcares. Esto igualmente aplica para los casos de neoplasias que si bien es complicado pesquisar su origen, en muchas ocasiones la manifestación de las mismas están relacionadas con la conducta humana que propicia escenarios de riesgo para que se presenten o se compliquen; verbigracia el consumo de alcohol y cigarrillo,



la práctica de relaciones sexuales sin protección, los malos hábitos alimenticios y el desinterés por realizarse exámenes de control y detección temprana como es el caso de la mamografía y la citología entre otros.

### **Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP**

Para dar una visión más amplia del número de AVPP en el municipio de Cocorná, se analizarán las tasas ajustadas por edad de los Años de Vida Potencialmente Perdidos durante el periodo observado 2005-2017. Para tal fin, se analizarán la magnitud y la tendencia de dichas tasas, generadas por cada una de las grandes causas de mortalidad.

Partiendo desde una perspectiva general tal como se aprecia en la figura 12, la gran causa de mortalidad que más AVPP aporta al municipio, son las muertes ocurridas por causas externas. Estas causas de mortalidad presentan durante el periodo comprendido entre 2005 y 2017 un comportamiento fluctuante con variaciones bruscas si se le compara con el comportamiento de las otras grandes causas de mortalidad. Tal y como se ha venido mencionando, el municipio de Cocorná sufre estas pérdidas en mayor medida a causa del accionar violento de actores armados y por la accidentalidad que se presenta en el cordón vial de la autopista Medellín-Bogotá, correspondiente al territorio cocornense. Ambas situaciones son de difícil control y mantienen un riesgo latente. En primer lugar, porque los actores armados siguen persistiendo a pesar de que las confrontaciones armadas del conflicto interno colombiano cesaron en el territorio. Como nadie ignora, la desarticulación de las guerrillas y los paramilitares dejaron una estela de células armadas no dispuestas a dejar las armas, que optaron por organizarse como bandas criminales dedicándose al narcotráfico y al control territorial de la venta de drogas. Esta situación es caldo de cultivo para actos violentos como los homicidios que se generan por dicho control territorial y ajuste de cuentas. Ahora bien, en lo que respecta a la accidentalidad del transporte terrestre el riesgo siempre es latente sobre la autopista puesto que la movilidad es constante.

Estas causas externas tienen las tasas más altas de años de vida potencialmente perdidos en casi todos los años del periodo estudiado; siendo la excepción los años 2008 y 2010 donde la tasa de AVPP por enfermedades del sistema circulatorio le superaron; sin embargo, si se observa el periodo comprendido entre 2005 y 2017 es indudable que las causas externas son por la principal causa de AVPP. El comportamiento de las tasas de AVPP durante todo este periodo mantiene una tendencia fluctuante. En el año 2005 las causas externas expusieron la tasa de AVPP más alta para todo el periodo estudiado con 8.609,5 AVPP por cada 100.000 habitantes, la cual en los años 2006 y 2007 decreció hasta llegar a una tasa ajustada por edad de 5.290,1 AVPP por cada 100.000 habitantes. Para el 2008, continuo con su descenso, donde alcanzó una tasa ajustada por edad de 2.626,8 AVPP por cada 100.000 habitantes; pero a partir de este punto tuvo un leve incremento, en 2009 registró 3122,1. En el año 2010, alcanzó el nivel más bajo del periodo con una tasa ajustada por edad de 2.122,2 AVPP por cada 100.000 habitantes.

En el año 2011 nuevamente empieza un incremento equiparado al año 2007, generando una tasa ajustada de 5.226,5 AVPP por cada 100.000 habitantes, siendo este un aumento propiciado por el incremento de

homicidios en el municipio y la expresión de una nueva problemática de seguridad relacionada con grupos emergentes de actores armados dedicados al micro tráfico en el municipio. En el año 2012, se observa un descenso de los homicidios y un aumento de los accidentes de tránsito expresando una tasa de AVPP ajustada para de 4.694,6; en el año 2013 las causas externas presentan una tasa de 4.694,6 AVPP observándose una manifestación igual de accidentes del transporte terrestre y homicidios y en el 2014 se da una tasa de AVPP ajustada para la edad de 5.644,2 por cada 100.000 habitantes, existiendo los mismos factores determinantes, esta vez con un aumento de los homicidios. En el año 2015 las causas externas manifiestan un decrecimiento presentando una tasa de AVPP ajustada para la edad de 2.364,9 habitantes, siendo tal decrecimiento motivado por la disminución de las dos variables antes mencionadas. Para dicho año se presentaron 4 homicidios de hombres y 3 accidentes de tránsito en los que fallecieron 2 mujeres y 1 hombre. Para el 2016 es de 3.380,6 y corresponde a las causas externas; Si comparamos las tasas de mortalidad ajustadas para la edad para el año 2016, con el número de muertes presentadas en Cocorná para el mismo año (2016) se encuentra que el número muertes por causas externas (12 casos) es igual a las muertes presentadas por neoplasias (12 casos), e inferior al número de muertes ocasionadas por enfermedades del sistema circulatorio (32 muertes) y las demás causas de enfermedad (19 muertes). Esto indica que los casos de muertes por causas externas, en los casos como el homicidio, la mortalidad por accidentes del transporte terrestre, el ahogamiento y otros accidentes se dan en población mucho más joven. Por ende, es más elevada la tasa de AVPP en esta gran causa de mortalidad.

En el año 2017 la tasa de AVPP por causas externa continúan disminuyendo, manteniéndose en un descenso que inicia tres años atrás. Si se observa la cantidad de muertes por causa externa para este año fueron 7; sin embargo, 5 de éstas muertes se presentaron en población mayor de 60 años, y los dos restantes se dieron en personas entre los 35 y 45 años. La tasa para dicho año fue de 1.131,9 AVPP por cada 100.000 habitantes, siendo esta la tasa más baja por causas externas presentada entres los años 2005 y 2017.

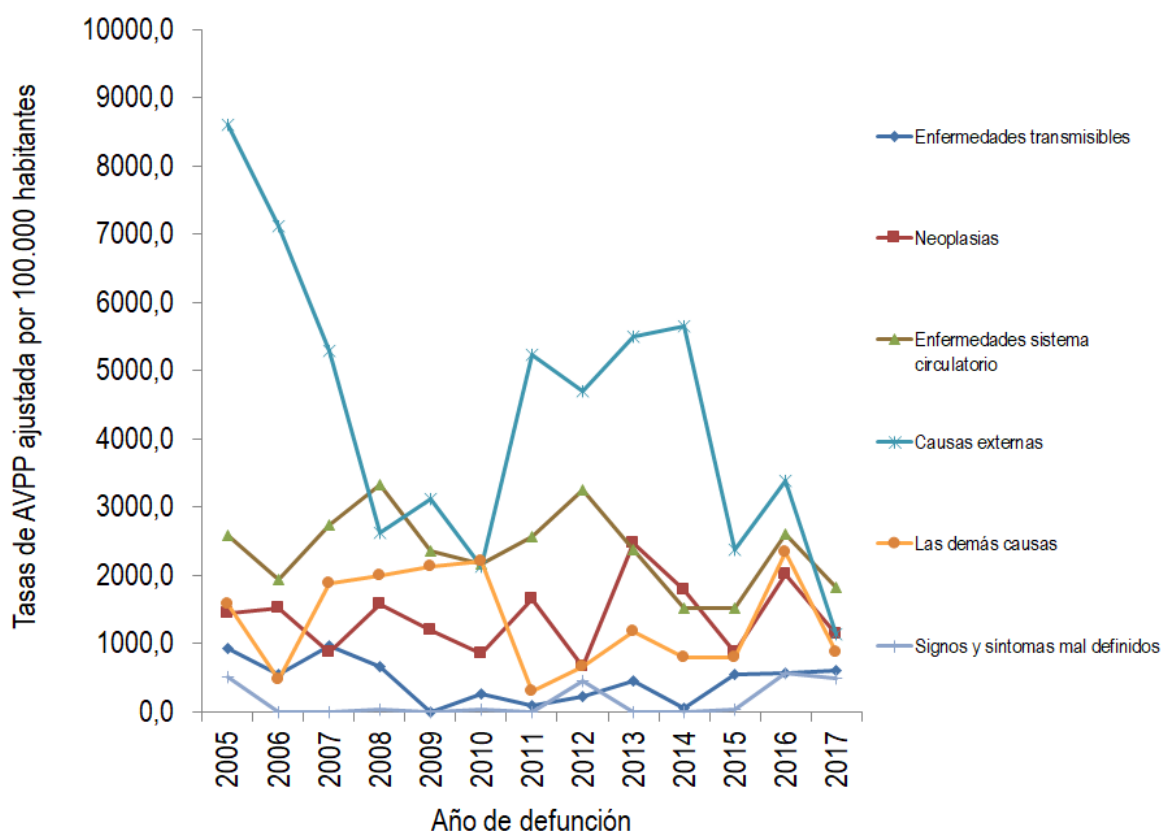
Las enfermedades del sistema circulatorio también se manifiestan durante el periodo estudiado de forma oscilante, iniciando en el periodo 2005 con una tasa ajustada para la edad de 2590,7 AVPP por cada 100.000 habitantes, incrementando a 3321,2 AVPP en el 2008, y siguiendo un comportamiento variable hasta el año 2015 con una tasa de 1511,7 por cada 100.000 habitantes siendo la tasa más baja en el periodo estudiado. Para el año 2016, la tasa es de 2609 AVPP y se finaliza el periodo al año 2017 con una tasa de 1.822,4 AVPP por cada 100.000 habitantes superando para ese mismo año la tasa AVPP de la mortalidad por causas externas.

También se observa en la figura 12, que las muertes causadas por las neoplastias ocupan un lugar relevante en la tasa de AVPP en la población durante el periodo observado. Al inicio del periodo en el año 2005 las neoplasias, aportaban una tasa ajustada por edad de 1439,7 AVPP por cada 100.000 habitantes, decreciendo como en el año 2007 a una tasa ajustada por edad de 874,7 AVPP por cada 100.000 habitantes, y variando como en el año 2008 a una tasa ajustada por edad de 1571,3 AVPP por cada 100.000 habitantes, en el 2009 con una tasa ajustada por edad de 1189,30 AVPP por cada 100.000 habitantes. Este comportamiento variable se sigue presentando hasta el año 2013 donde tiene el mayor incremento presente durante el periodo 2005-



2016 alcanzando una tasa ajustada por edad de 2.476,90. Para el año de 2014 cae a una tasa ajustada de 1784,8 de AVPP y en el año 2015 tiene un decrecimiento más visible con una tasa de AVPP ajustada para la edad de 866,1 por cada 100.000 habitantes; sin embargo, continua su comportamiento fluctuante entre los años 2016 y 2017. Las neoplasias siendo una de las causas más relevantes en lo que respecta a años perdidos para Cocorná.

Figura 12. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Otra gran causa AVPP al municipio durante el periodo observado, fueron aquellas generadas por la gran causa de mortalidad denominada las demás causas, la cual presenta un comportamiento un igualmente fluctuante, se observa que al inicio del periodo comprendido entre los años 2005 y 2016, esta causa de mortalidad aporta en el año 2005 una tasa ajustada por edad de 1577.1 AVPP por cada 100.000 habitantes, la cual como se dijo antes, durante el periodo presenta variaciones, alcanzando el pico más alto en el año 2010 con una tasa ajustada por edad de 2210.49 AVPP por cada 100.000 habitantes, y picos bajos como en el año 2011 con una tasa ajustada por edad de 302.29 AVPP por cada 100.000 habitantes. para el año 2012 empieza a incrementar a una tasa ajustada por edad de 653.97 AVPP, ascendiendo más en el año 2013 con

una tasa ajustada para la edad de 1180.18 AVPP, pero a 2014 decrece presentando una tasa 791,7 AVPP, hasta el año 2015 en el cual tasa ajustada para la edad de años de vida potencialmente perdidos de 787,4 por cada 100.000 habitantes. En el año 2016, la tasa de años de vida potencialmente perdidos por cada 100.000 habitantes, incrementa a 2.329,5; siendo este el incremento más alto en comparación a las tasas presentadas durante todo el periodo estudiado. Al año 2017 fluctúa nuevamente su tendencia disminuyendo a una tasa de 873,4 AVPP por cada 100.000 habitantes.

Finalmente, a nivel general es posible observar que tanto las enfermedades transmisibles, como las afecciones periodo perinatal y los signos y síntomas mal definidos, tienen una menor incidencia en el indicador de AVPP de la población Cocornense.

### **Tasa de AVPP ajustada por edad en mujeres**

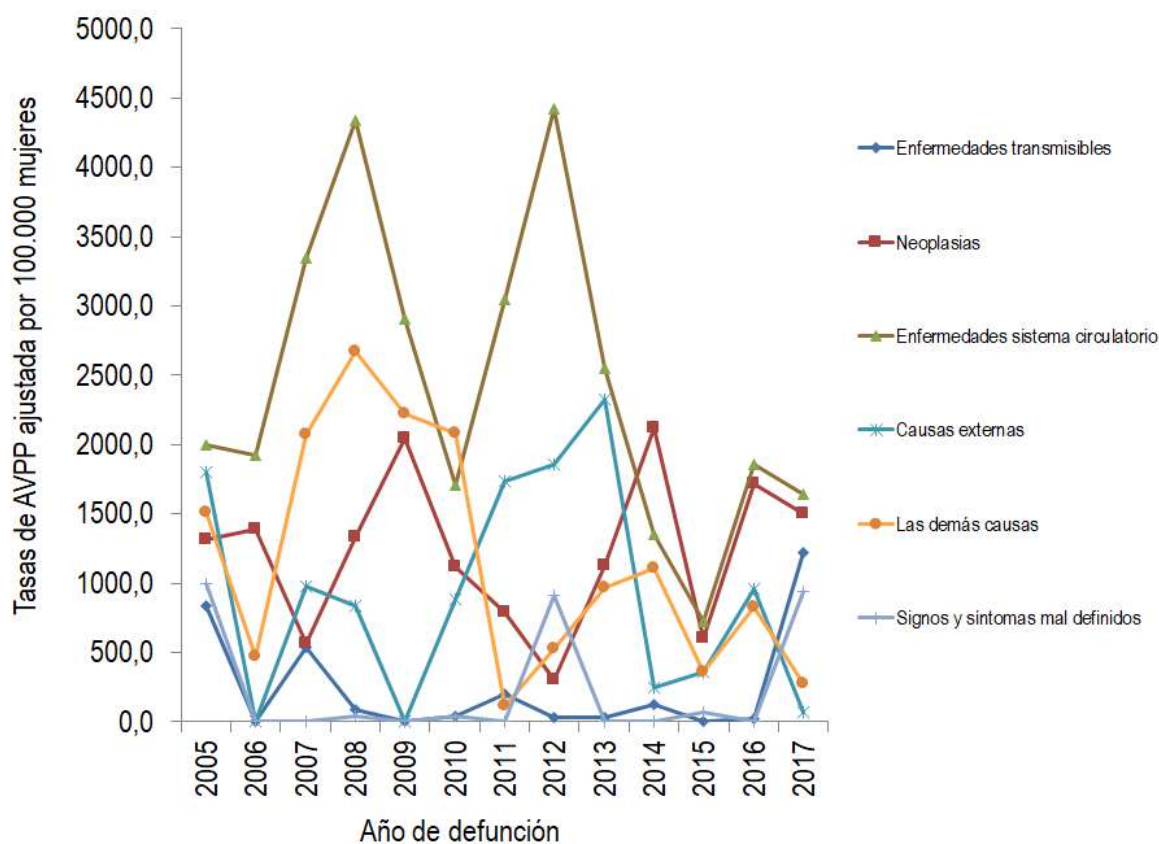
Una vez analizada la tasa ajustada por edad de los AVPP para la población general, analizaremos el comportamiento de las tasas en la población de mujeres en el periodo comprendido entre el año 2005 y 2017. Ahora bien, en esta población persisten grandes causas que durante los últimos doce años han mantenido su hegemonía, pese a mantener una tendencia fluctuante; en otras palabras, en la población de mujeres del municipio de Cocorná, de los 7 grandes grupos de mortalidad, en lo que respecta a la tasa de AVPP sobresalen las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas de enfermedad, las neoplasias y las causas externas.

En el periodo observado el comportamiento de las enfermedades del sistema circulatorio ha sido variable, puede verse que en el 2005 la tasa ajustada por edad era de 2.002,4 AVPP, con una reducción un poco para el 2006 con 1.924,2 AVPP, posteriormente presenta un crecimiento para el año 2007 con 3.345,74 AVPP y continúa generando ese comportamiento variable. Para el año 2010 estas enfermedades presentan una tendencia decreciente con una tasa de 1.712,3 AVPP; incrementando en el año 2011 a 3.046,0 AVPP y para el 2012 alcanza la tasa máxima de AVPP del periodo comprendido 2005-2017, con una tasa para la edad de 4.422,8 AVPP por cada 100.000 mujeres. A partir del año 2013 el comportamiento de las enfermedades del sistema circulatorio es decreciente, pasando de la tasa más alta a una tasa incluso inferior a la presentada en el 2011. Puesto que para el año 2013 la tasa es de 2.552,2 AVPP por cada 100.000 mujeres; no obstante, la tendencia decreciente continúa en 2014 con una tasa de 1.347,9 AVPP y finaliza al año 2015 con una tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos de 720,9 por cada 100.000 mujeres la tasa más baja en todo el periodo. Seguidamente en el año 2016 se da nuevamente un incremento, presentando una tasa de años de vida potencialmente perdidos de 1.885,6 por cada 100.000 mujeres. Finalizando el periodo en el año 2017 con una tasa de 1.644,3 AVPP por cada 100.000 mujeres.

Entre los años 2013 y 2017, los años de vida potencialmente perdidos a causa de las enfermedades del sistema circulatorio en la población de mujeres, han venido siendo inferiores a los presentados por la población de hombres. Esto sugiere que en la población de mujeres de Cocorná se vienen presentando cambios en la incidencia de dichas enfermedades que podrían estar íntimamente relacionados con la

participación más activa de esta población en los programas de promoción y prevención frente a las enfermedades hipertensivas; de igual modo, se viene identificando que la población de mujeres es más participativa en los programas orientados a fortalecer los estilos de vida saludable y en la adherencia a los tratamientos preventivos frente a las enfermedades cardiovasculares.

Figura 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio, de Cocorná 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El grupo de las demás causas, presenta igualmente una tendencia fluctuante durante todo el periodo observado; siendo esta causa de mortalidad relevante en lo que se refiere a pérdidas de años potenciales de vida para la población de mujeres. Para el año de 2005 presenta una tasa ajustada para la edad de 1.509,84 de AVPP por cada 100.000 mujeres; para el año 2010 el grupo de las demás causas tiene el mayor incremento de la tasa ajustada para la edad con 2.083,76 AVPP, sobrepasando incluso a las enfermedades del sistema circulatorio, y para el 2011 decrece a una tasa de 112,37 AVPP, pero para los años posteriores presenta nuevamente un incremento con una tasa de 531,16 AVPP para el año 2012; pasando a una tasa de 970,73 AVPP en el año 2013; luego en el año 2014 escalo a una tasa de 1.108,65 AVPP, que decae en el

año 2015 con una tasa de 355,4 AVPP por cada 100.000 mujeres, fluctuando nuevamente entre los años 2016, con 826,4 AVPP y 2017 con 270,6 AVPP.

Ahora bien, aunque la tendencia general del grupo de las demás causas ha sido oscilante durante el periodo observado, se puede visibilizar una disminución considerable en los años de vida potencialmente perdidos por esta causa de mortalidad, en la que las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, las enfermedades del sistema digestivo y la diabetes mellitus son las que presentan mayor afectación en la población de mujeres. Al respecto se podría argumentarse que al igual que en las enfermedades del sistema circulatorio, aquellas enfermedades relacionadas con las demás causas, especialmente la diabetes viene siendo abordada de manera integral en el municipio desde los programas promoción y prevención en donde al igual, las mujeres se muestran más activas, con mayor participación y adherencia de la mujer a los tratamientos; así como también con una asistencia superior a actividades de tipo educativo.

El comportamiento de los AVPP a causa de las neoplasias varía considerablemente, en el sentido que al inicio del periodo en el año 2005 presenta la mayor cantidad de AVPP con una tasa de 1.313,9 AVPP por cada 100.000 mujeres. En el año 2007, las neoplasias decrecen exponiendo una tasa ajustada para la edad de 569,85 AVPP por cada 100.000 mujeres y posteriormente los tipos de cáncer presentaron un alza acelerada alcanzando en 2009 una tasa de 2045,25 AVPP por cada 100.000 mujeres; sin embargo, al año 2011 presentan un cambio drástico presentando la tasa más baja del periodo estudiado con 302,7 AVPP. En los años subsiguientes presenta nuevamente un incremento hasta el 2014 con una tasa de 2115,12 AVPP; sin embargo, en el año 2015 continúa su tendencia fluctuante presentando una tasa de 604,0 AVPP por cada 100.000 mujeres, y pasando al año 2016 a una tasa de 1.855,6 AVPP, para finalizar en el año 2017 con una tasa de 1505,2 AVPP por cada 100.000 mujeres.

Las enfermedades transmisibles y los signos y síntomas mal definidos presentan a nivel general, durante todo el periodo una baja incidencia en el indicador de años de vida potencialmente perdidos; sin embargo, llama la atención que para la población de mujeres ambas causas de mortalidad presentan un incremento al final del periodo. En el año 2017 las enfermedades transmisibles alcanzan la tasa más alta de todo el periodo observado con 1.221,8 AVPP por cada 100.000 mujeres y el grupo de los signos y síntomas mal definidos alcanzan una tasa de 936,2 AVPP por cada 100.000 mujeres, luego que desde el año 2006 maneja las tasas más inferiores de todos los grupos estudiados.

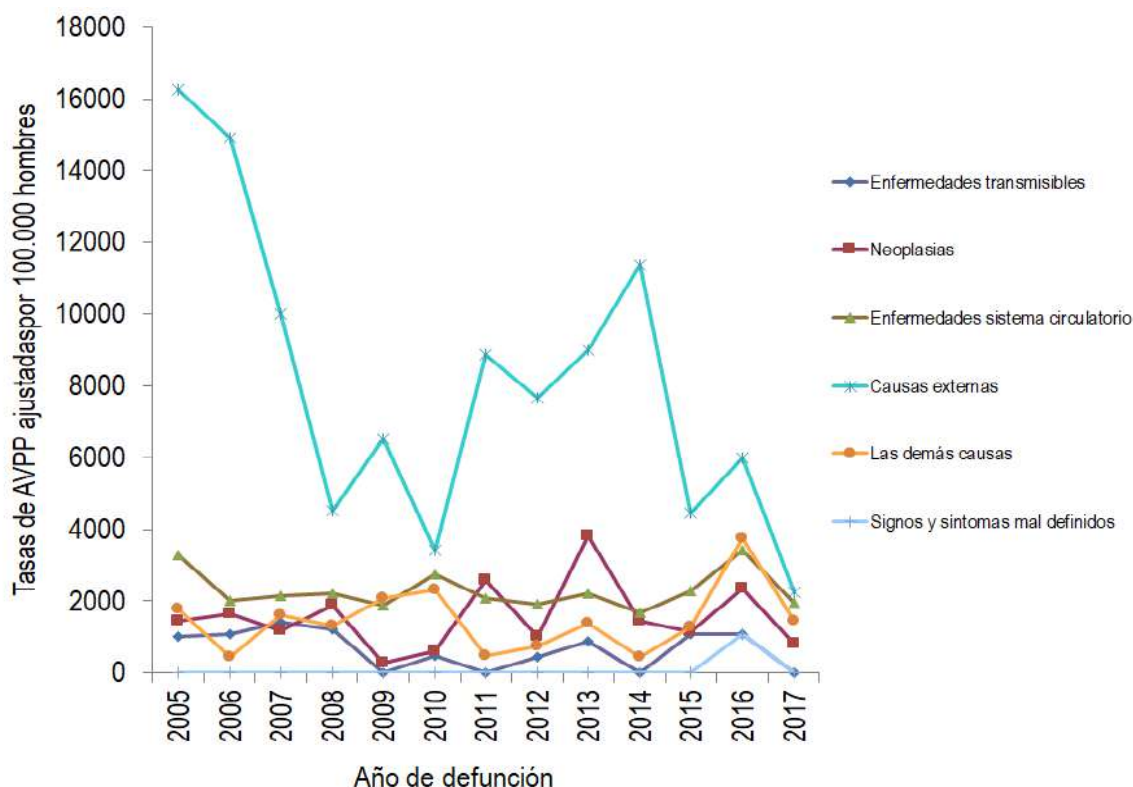
### **Tasa de AVPP ajustada por edad en los hombres**

Ahora pasaremos a analizar el comportamiento de los AVPP generados por las grandes causas de mortalidad en la población de hombres durante el periodo evaluado. Para comenzar, en esta población se identifica claramente que los años de vida potencialmente perdidos son ocasionados en mayor medida por las causas externas. En otras palabras, las causas externas han mantenido la mayor hegemonía entre los años 2005 y 2017 para esta población; siendo el año 2005 aquel que presenta la tasa más alta con 16.264,0 AVPP por cada 100.000 hombres. A partir del año 2006 comienza una tendencia al decreciente hasta el año 2010, con

una tasa de 3.414,9 AVPP. Para el año 2011 se da un cambio de tendencia y las causas externas empiezan con un comportamiento creciente que para ese año es de una tasa de 8.881,82 AVPP, continuando dicho crecimiento hasta el año 2014 con una tasa ajustada para la edad 11.358,0 AVPP; sin embargo, disminuye en los años posteriores en los que las tasas son de 4.465,2 AVPP para el año 2015, de 5.993,9 AVPP para el año 2016 y finaliza con la tasa más baja de todo el periodo con 2.264,5 años de vida potencialmente perdidos por cada 100.000 hombres en el año 2017.

Es claro que, para una población tan pequeña, las tasas expuestas por la mortalidad por causas externas son lamentables; puesto que en la mayoría de estos eventos la conducta humana termina siendo en gran medida la responsable; verbigracia, los casos de accidentalidad, donde el no respetar una norma de tránsito, el adelantar en las curvas, el no utilizar la protección necesaria y los excesos de velocidad son las causas de la mayor parte de los decesos; en lo que respecta a los homicidios en el municipio, la mayor parte de ellos se relaciona con el accionar de grupos criminales dedicados al micro tráfico, una problemática heredada de una historia de violencia, que se presentan en todo el territorio nacional. Esta problemática con grupos criminales se presenta en la actualidad con una dinámica distinta, un poco más tímida, sin pretensiones políticas; pero sostenida como siempre en el negocio de la falsa seguridad (extorsión) y el narcotráfico.

Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Frente a la figura 14 es posible pensar que los otros grandes grupos causas no son tan relevantes; pero ello se debe a que la mayor parte de los decesos por causas externas son en su defecto muertes prematuras; sin embargo, no se puede ignorar el comportamiento de las otras grandes causas de mortalidad; especialmente el de las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y las demás causas.

Las enfermedades del sistema circulatorio en la población de hombres como se mencionó en apartados anteriores han sido responsables de la pérdida de 2.644 años de vida potenciales para el municipio. El comportamiento de estas causas de mortalidad ha sido fluctuante durante todo el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017. En el año 2005 se registra una tasa ajustada para la edad de AVPP de 3.299,2 por cada 100.000 hombres, que termina siendo la más alta de todo el periodo. Los AVPP en lo que respecta a las enfermedades del sistema circulatorio, a pesar de su tendencia oscilante, presentan variaciones más leves en comparación a las neoplasias, las demás causas de enfermedad, las causas externas y las afecciones del periodo perinatal. Esto permite reconocer un aporte más sostenido y estable de AVPP por enfermedades del sistema circulatorio, en la población de hombres, a diferencia de las otras grandes causas.

Las neoplasias y las demás causas durante el periodo comprendido entre 2005 y 2017 aportan en años de vida potencialmente perdidos 1.759 AVPP y 1.521 AVPP respectivamente. Sumando ambas 3.279 AVPP en la población de hombres en el periodo estudiado. La tasa ajustada para la edad de AVPP por neoplasias más baja registrada durante dicho periodo fue de 277,8 en el año 2009; mientras que la más alta fue de 3.826,1 AVPP en el año 2013. En el caso de las demás causas de enfermedad, puede observarse que la tasa más alta, se da en el año 2016 con una tasa ajustada para la edad de 3.760,7 AVPP por cada 100.000 hombres y en el año 2014 la más baja con 451,3 AVPP por cada 100.000 habitantes.

Las enfermedades transmisibles presentan una tendencia fluctuante durante todo el periodo observado y las tasas más bajas de AVPP; mientras que los signos y síntomas mal definidos no generan pérdida de años.

## **2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo**

### **Tasas ajustadas por la edad**

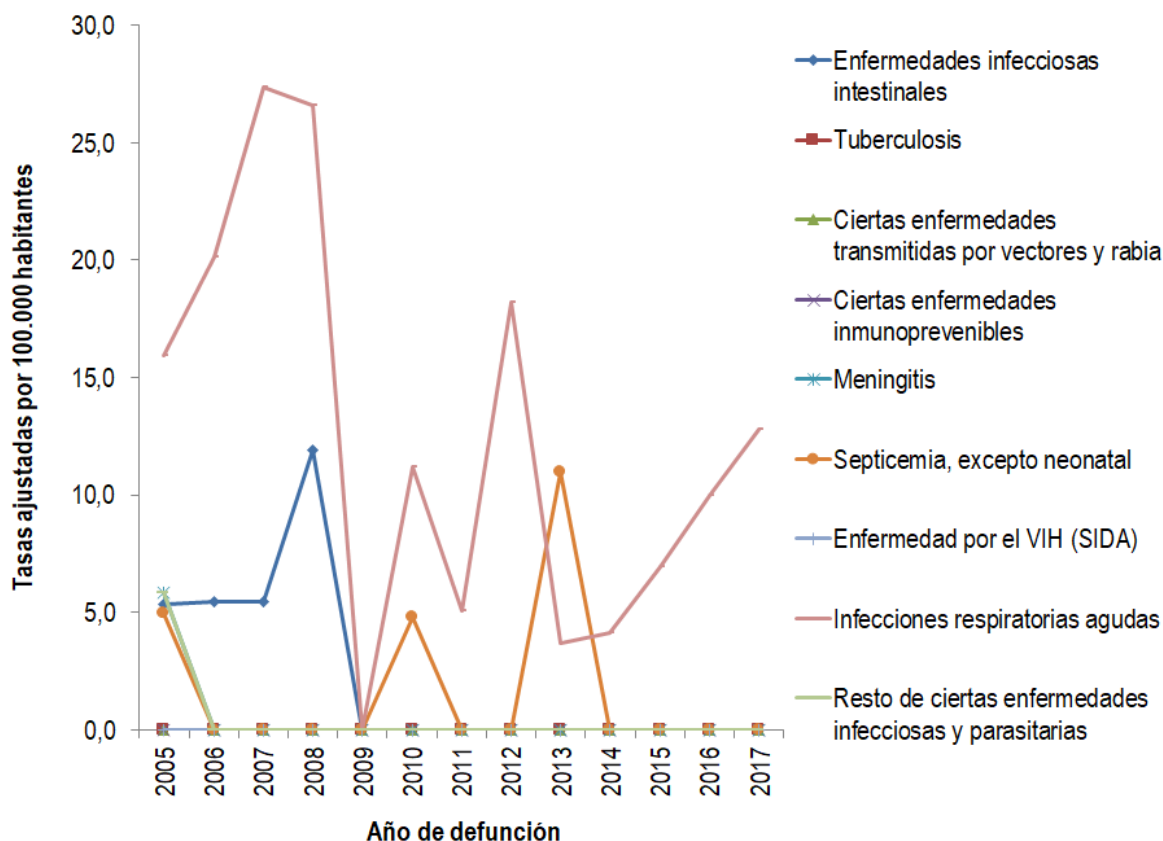
Una vez analizada la situación de mortalidad del municipio con respecto a las grandes causas de mortalidad, se procede a realizar un análisis más detallado identificando la mortalidad específica por subgrupos, teniendo en cuenta las 7 grandes causas de mortalidad: las enfermedades transmisibles; neoplasias (tumores); enfermedades del sistema circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas; todas las demás enfermedades y síntomas, signos y afecciones mal definidas. Para tal fin, se realizará la estimación de las tasas ajustada por la edad y discriminada por sexo, las cuales se reflejarán desde la figura 15 hasta la 26, y la tabla 12.

### **Enfermedades transmisibles**



las tasas de mortalidad en la población general del municipio de Cocorná a causa de las enfermedades transmisibles, están en mayor medida relacionadas con las infecciones respiratorias agudas que como se puede observar en la figura 15, durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017 se mantienen por encima de las demás subcausas del grupo. El comportamiento de esta enfermedad durante el periodo estudiado ha sido fluctuante reportando la tasa más alta en el año 2007; siendo para entonces de 27,4 muertes por cada cien mil habitantes. Podría decirse, que posteriormente las tasas ajustadas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas se han mantenido más bajas en comparación con los años 2006, 2007 y 2008 donde se observaron las tasas más altas de todo el periodo. Ahora bien, en lo que respecta a la mortalidad por las demás afecciones por enfermedades transmisibles, se puede observar que han sido más esporádicas, manteniendo tasas más bajas en lo que respecta a la mortalidad en la población general por esta gran causa de enfermedad.

Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades transmisibles del municipio de Cocorná, 2005 – 2017

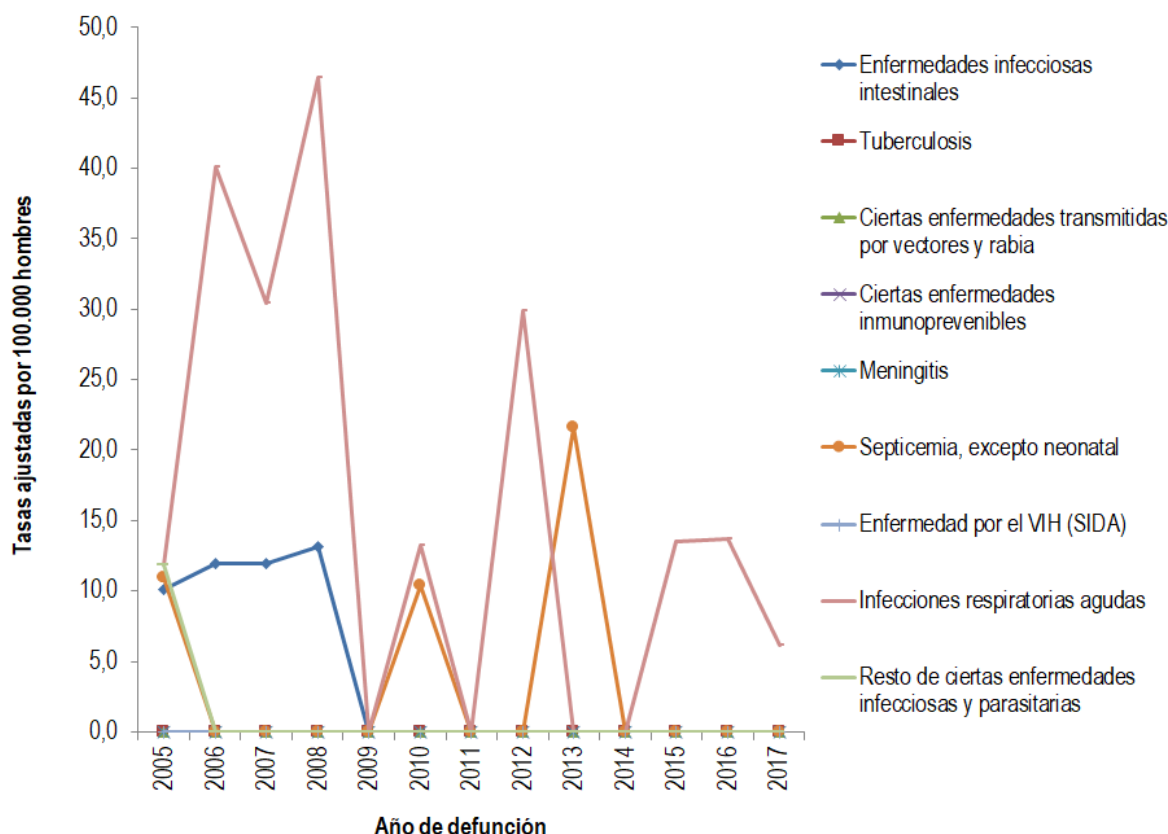


En la figura 16 se presentan las tasas de mortalidad para los hombres del municipio de Cocorná a causas de las enfermedades trasmisibles, estas tasas se presentan para cada una de las enfermedades que componen dicha categoría; de igual modo, se presenta el comportamiento de cada una de ellas durante el periodo



comprendido entre el año 2005 y 2017. Frente a las enfermedades transmisibles lo primero que se puede observar es que las infecciones respiratorias agudas son aquellas que más se han pronunciado durante el periodo estudiado. Se puede decir a demás que su tendencia es fluctuante y que cada una de las variaciones presenta cambios abruptos. Dichas variaciones también se presentan en aquellas enfermedades que más se manifestaron durante el periodo estudiado, como son: la septicemia, excepto neonatal, las enfermedades infecciosas intestinales y el grupo de enfermedades denominado resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades transmisibles en hombres del departamento del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

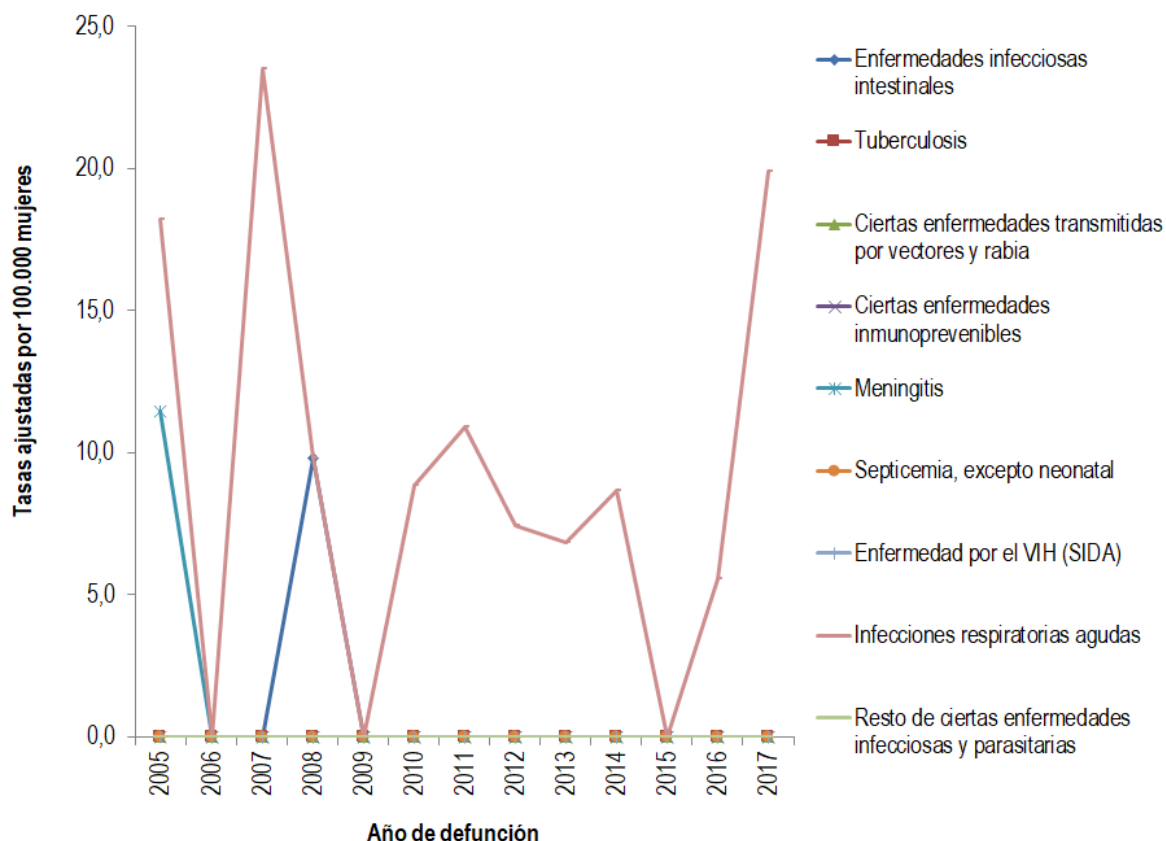
En el 2005 las muertes de hombres a causa de enfermedades transmisibles se debían principalmente a las infecciones respiratorias agudas presentan una tasa de 11,9 muertes por cada 100.000 hombres, seguidos por el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (11,8), septicemia (10,9) y, por último, las infecciones intestinales con una tasa de 10,1 muertes por cada 100.000 hombres. Cabe resaltar que para el periodo 2005-2008 predomina como la principal causa de muerte, por enfermedades transmisibles, las

infecciones respiratorias agudas. Mientras que la segunda causa de muerte, para el periodo entre el año 2006 y 2008, son las infecciones intestinales.

Para los años 2009 y 2011 no se presentan muertes por causa de enfermedades transmisibles, por su parte para el año 2010 se sigue manteniendo como primera causa las infecciones respiratorias con una tasa de 13,3 muertes por cada 100.000 hombres, seguido por la septicemia con 10,4. Para el año 2013 la septicemia aportó la mayor tasa de mortalidad de las enfermedades transmisibles con una tasa de 21,6 por cada 100.000 hombres. En el año 2014 no se presentan muertes por enfermedades transmisibles; mientras que, entre los años 2015 y 2017, vuelven a aparecer las enfermedades infecciosas respiratorias agudas con tasas de 13,5 y 13,7; finalizando con un declive en el año 2017 con una tasa de 6,1 muertes por cada 100.000 hombres.

Para el caso de las mujeres las enfermedades transmisibles muestran un comportamiento más activo en lo que respecta a las infecciones respiratorias agudas, como puede observarse claramente en la figura 17.

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades transmisibles en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



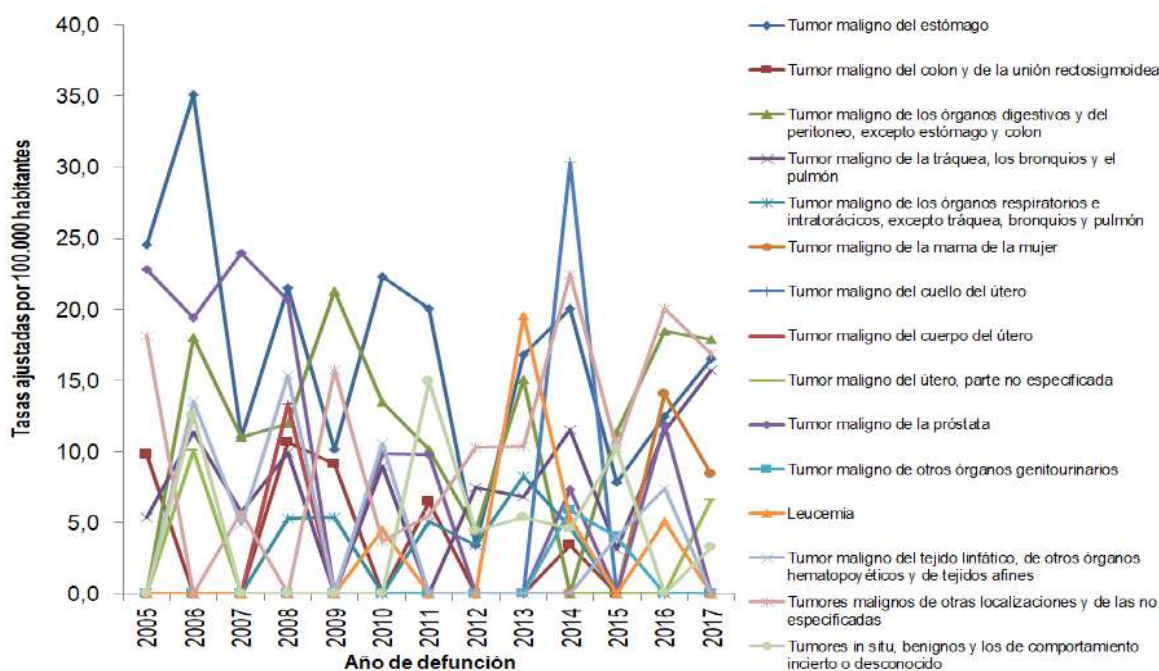
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En dicha población, las muertes causadas por las infecciones respiratorias registraron al inicio del periodo 18,19 muertes por cada 100 mil mujeres, seguida por la meningitis con una tasa de 11,46. Por su parte para los años 2006 y 2009 no se registran muertes por enfermedades transmisibles, mientras que para el 2007 las infecciones respiratorias aparecen nuevamente con una tasa de 23,52 muertes por cada 100.000 mujeres. Sin embargo, presenta un decrecimiento para el año 2008, donde se iguala con la tasa de muertes por infecciones intestinales. A partir del 2009 la causa principal de mortalidad por enfermedades transmisibles nuevamente se da por infecciones respiratorias agudas hasta el año 2014 donde alcanzan una tasa de 8,67 muertes por cada 100.000 mujeres. En el año 2015 no se presentaron casos por enfermedades transmisibles; sin embargo, los años 2016 y 2017 se da un incremento de la mortalidad por la subcausa enfermedades respiratorias agudas con una tasa de 5,6 en el año 2016 y finalizando al año 2017 con una tasa de 19,9 muertes por cada 100.000 mujeres; siendo esta la más alta de todo el periodo.

## Neoplasias

Entre los años 2005 y 2017 la mortalidad por neoplasias en el municipio de Cocorná ha mantenido una tendencia fluctuante que a su vez se mantiene estable como una de las causas de mortalidad que representan retos para la salud municipal. Podría decirse que la mortalidad por neoplasias en el municipio se da en mayor medida por tumores malignos de estómago que como se observa en la figura 18 tiene las más altas fluctuaciones y por ende tasas más elevadas. A éste tipo de cáncer (neoplasias) le siguen en nivel de afectación a la población, el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, también el tumor maligno de próstata, los tumores malignos de otras localizaciones y de las no específicas y el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón.

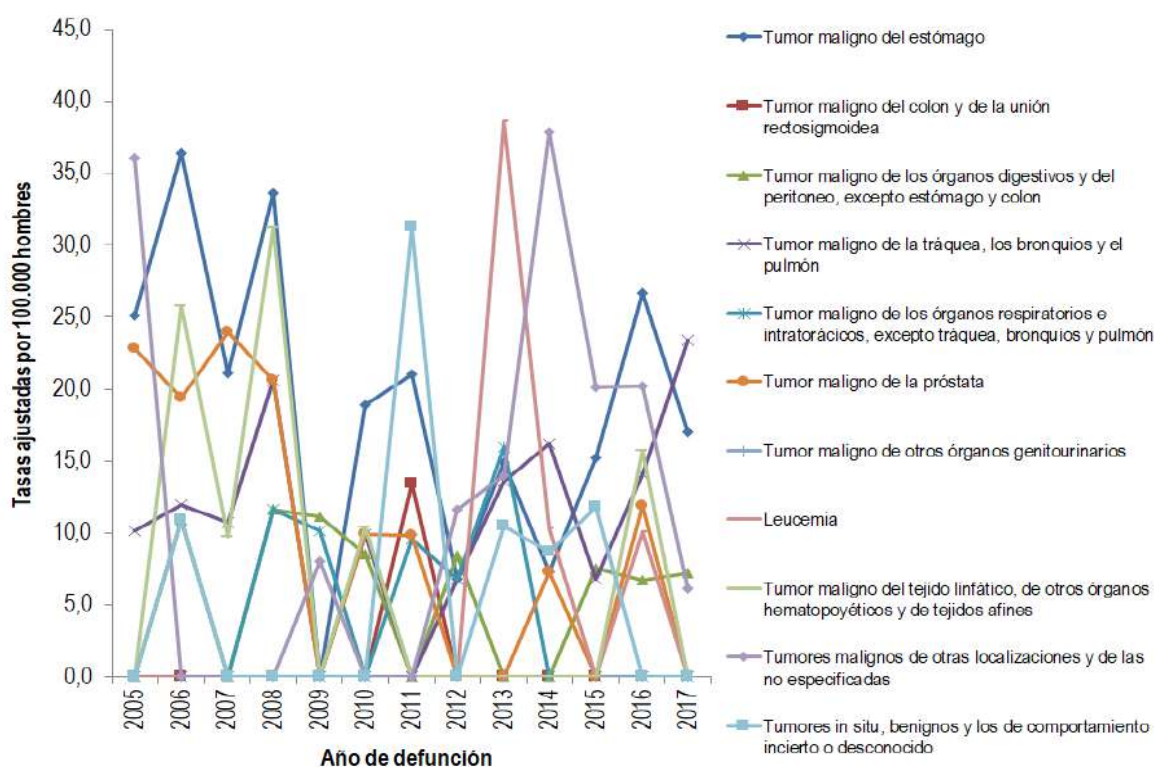
Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada para las neoplasias la población general del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En la población de hombres las neoplasias son la tercera causa de mortalidad durante el periodo comprendido entre el año 2005 y 2017. Sin embargo, cuando se observa el comportamiento de los diferentes tipos de neoplasias durante el periodo estudiando, se encuentra que no hay causas que se mantengan constantes en todos los años, manteniendo una aparición intermitente a través del periodo observado. No obstante, si se analiza el periodo en general se puede visualizar aquellos tipos de neoplasias que más se presentan en la población de hombres del municipio, los cuales son los tumores malignos de estómago, los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, los tumores malignos de la tráquea, los bronquios y el pulmón y el tumor maligno de la próstata. Estos cuatro subgrupos de neoplasias, son los que presenta mayores tasas de mortalidad en la población de hombres en el municipio.

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada para las neoplasias en hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



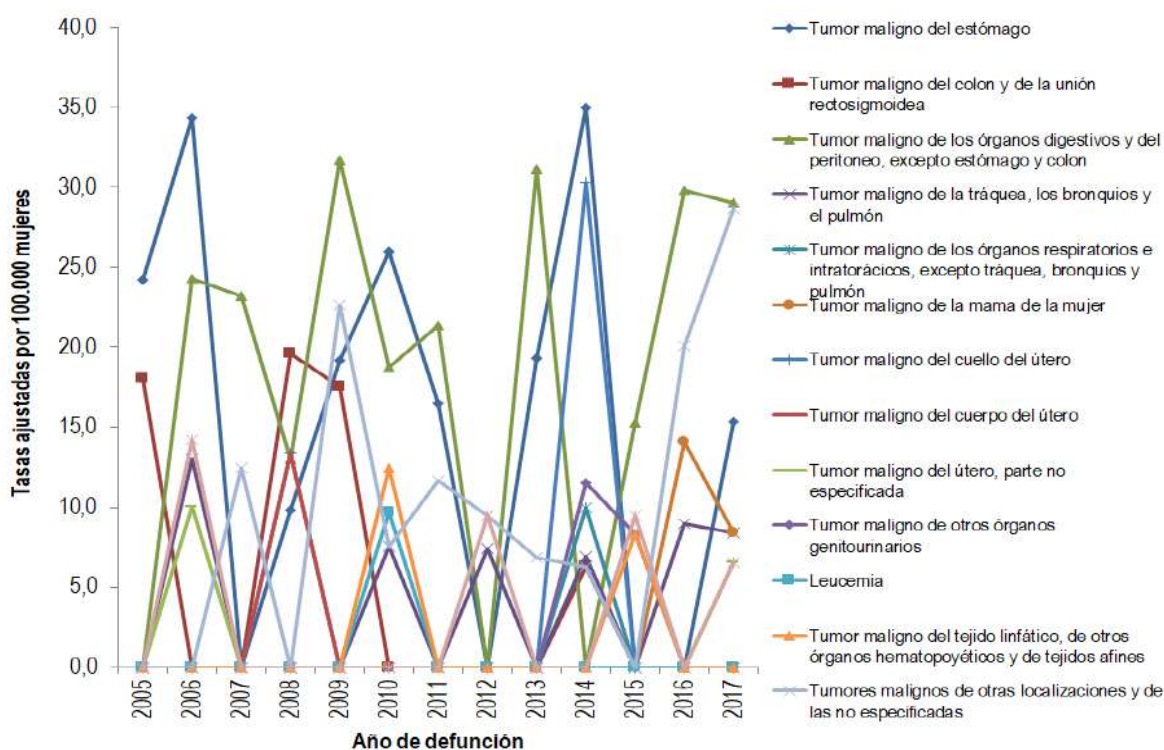
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Según la figura 19, entre los años 2005 y 2012 la causa principal de muertes por neoplasias eran los tumores malignos de otras localizaciones, con una tasa de 36,0 y 11,5 muertes por cada 100.000 hombres. Mientras que para los años 2006, 2008 y 2010 la principal causa de muerte se concentró en el tumor maligno de estómago, con una tasa de 36,3; 33,65 y 18,9 muertes por cada 100.000 hombres, respectivamente. Para el 2009, en dicha población primaron las muertes derivadas del tumor maligno de los órganos digestivos; mientras que para el 2013 las muertes por neoplasias se concentraron en la leucemia con una tasa de 38,63



muerres por cada 100.000. En el año 2014, la principal causa fue los tumores malignos de otras localizaciones con una tasa de 37,85, seguido por la leucemia con una tasa de 10,31. En el año 2015 se presentan como causa principal de mortalidad los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, con una tasa de 15,3 muertes por cada 100.000 hombres; para el año 2016, la tasa más alta de mortalidad en la población de hombres se manifiesta en los tumores malignos de estómago, siendo para este año de 26,7 muertes por cada 100.000 hombres y para el año de 2017 finalizando como principal causa de mortalidad por neoplasias, los tumores malignos de otras localizaciones y de las no específicas, con una tasa de 6,1 muertes por cada 100.000 hombres. Si se observa, el comportamiento de las neoplasias en la población de hombres en el periodo 2005-2017 en general, es posible visibilizar que los tumores malignos de estómago aparecen como la primera causa de mortalidad por cáncer en la población de Cocorná; por ende, podría decirse que en los hombres existe un mayor riesgo de morir a causa de este tipo de neoplasia.

Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada para las neoplasias en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

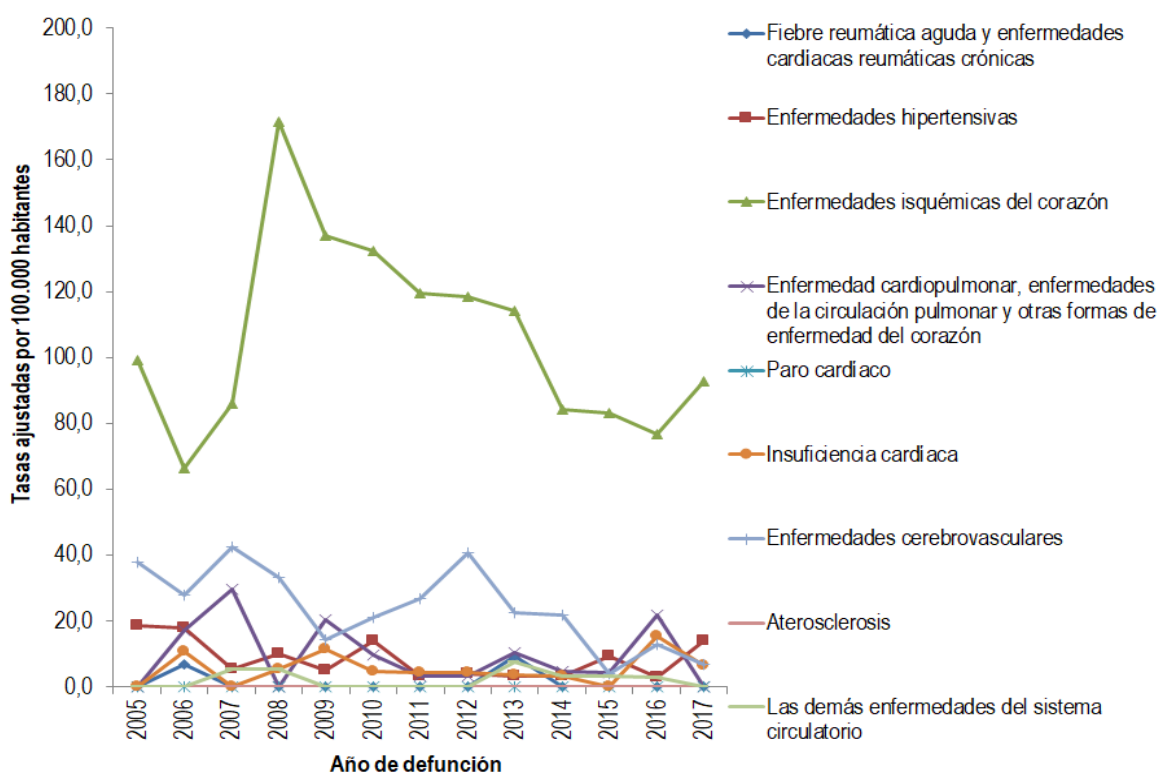
Pasando a la población de mujeres (ver figura 20), se encuentra que las neoplasias se presentan al igual que en los hombres, como la tercera causa de mortalidad. De igual manera que para los hombres, en esta categoría no se encuentra un subgrupo que haga su aparición durante todo el periodo observado (2005-2017); de ahí lo apreciable en la figura 18, que no es más que una serie de apariciones intermitentes y

abruptas. Sin embargo, se resalta la gran influencia del tumor maligno de los órganos digestivos y el tumor maligno de estómago, que son la principal causa de mortalidad por neoplasias en la población de mujeres durante los últimos doce años.

### Enfermedades del sistema circulatorio

Durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017 las primeras causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el municipio de Cocorná se han dado por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas. Es claro con sólo mirar la figura 21 que las tasas más altas de mortalidad corresponden a la primera y que durante todo el periodo observado se ha mantenido por encima de las otras subcausas de mortalidad.

Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en la población general del municipio de Cocorná, 2005 – 2017

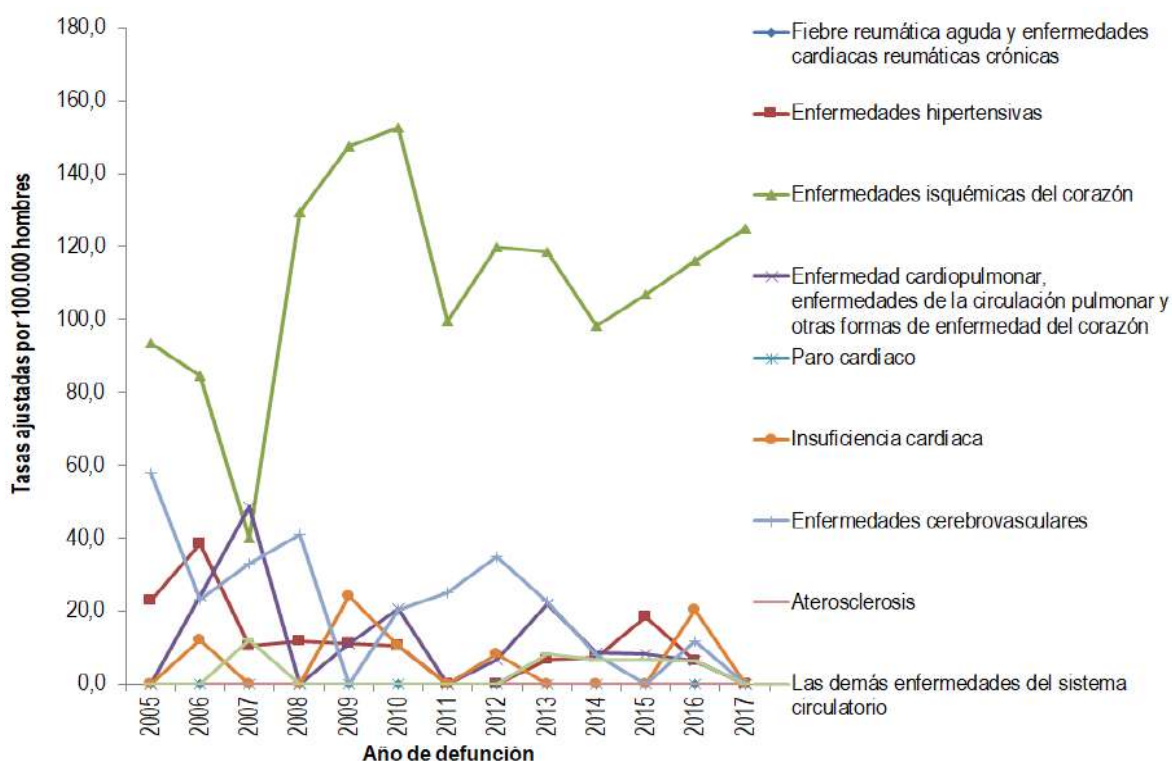


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Las enfermedades isquémicas del corazón presentaron su tasa más alta en el año 2008 con 171,6 muertes por cada 100.000 habitantes, manteniendo una tendencia decreciente desde el año 2009 hasta el 2016 en donde se presenta una tasa de 76,8 muertes por cada 100.000 habitantes; sin embargo, para el año 2017 presenta una fluctuación que finaliza con una tasa de 92,9 muertes por cada 100.000 habitantes, un

incremento en la tasa que aún se mantiene por debajo del periodo comprendido entre el año 2008 y 2013. En lo que respecta a las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas se observa durante todo el periodo 2005-2017, un comportamiento fluctuante que sin embargo se mantiene estable y claramente muy por debajo de las tasas expuestas por las enfermedades isquémicas del corazón.

Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



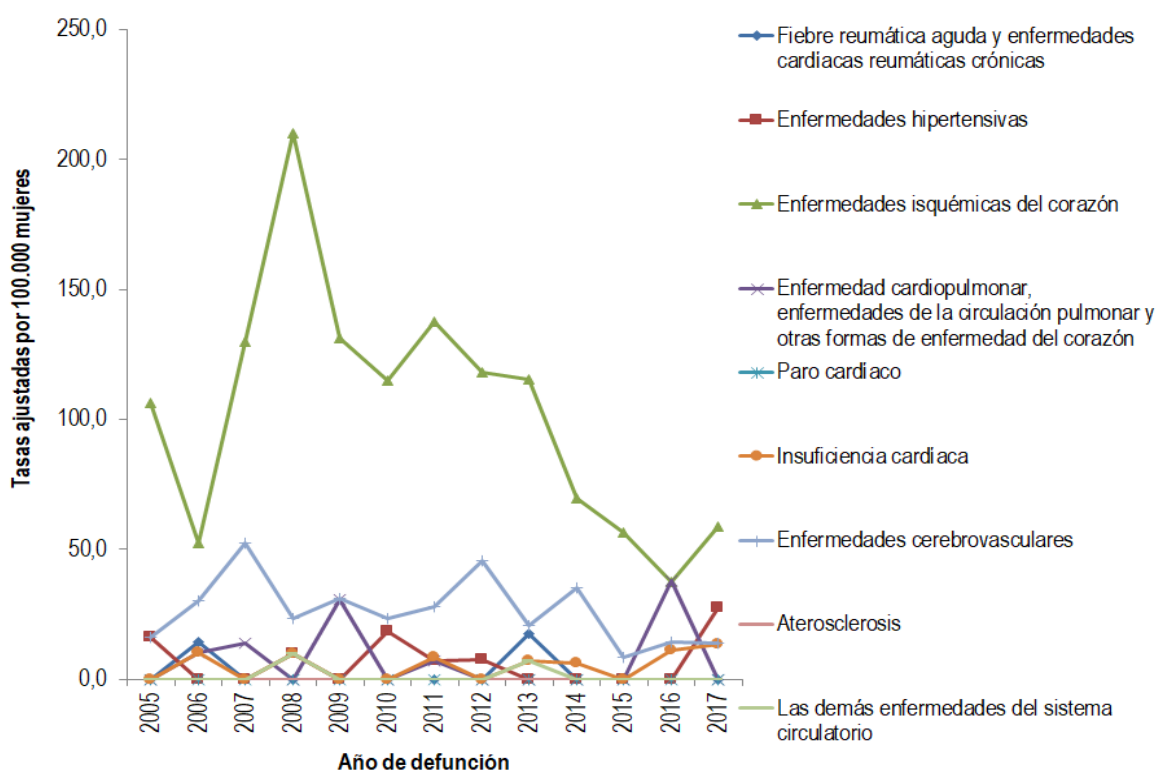
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Para la población de hombres (ver figura 22) las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de mortalidad dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio. Si se observa el comportamiento de esta enfermedad año tras año se encuentra que sólo en el 2007 decreció exponiendo la tasa menor de todo el periodo (2005-2017); sin embargo, en los demás años siguió manifestándose como la principal causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. La mayor tasa mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón se presenta en el año 2010 correspondiente a 152,4 muertes por cada 100.000 hombres, finalizando a 2017 con una tasa de 125,1 muertes por cada 100.000 hombres. Otra subcategoría que tiene una influencia visible son las enfermedades cerebrovasculares que representa la segunda causa de muertes para el periodo estudiado. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades cardiopulmonares que para el año 2007, presentó su tasa de mortalidad más alta con 48,63 muertes por cada 100.000 habitantes; sin embargo, a lo largo del periodo 2005-2017 presenta una tendencia baja en comparación a las dos



subcausas de mortalidad anteriormente mencionadas. Podría decirse que las enfermedades del sistema circulatorio en la población de hombres han de ser objeto de atención especialmente en esta población, puesto que este grupo específicamente es el que se muestra menos participativo de los programas de prevención del riesgo cardiovascular y es notoria su ausencia en los programas y acciones institucionales que se orientan a promocionar los estilos de vida saludable en la población del municipio.

Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

A diferencia de la población de hombres, en la población de mujeres las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de muerte para el periodo comprendido entre 2005 y 2017. Dentro de esta categoría, las enfermedades isquémicas del corazón prevalecen durante todo el periodo, como la principal causa de muertes en dicha población, alcanzando la mayor tasa en el año 2008, con 210,2 muertes por 100.000 mujeres. En la figura 23, se puede visualizar como a partir del año 2008 se viene presentando una tendencia decreciente de las enfermedades isquémicas del corazón hasta el final del periodo observado, terminando al año 2017 con una tasa ajustada de mortalidad de 58,9 muertes por cada 100.000 mujeres.

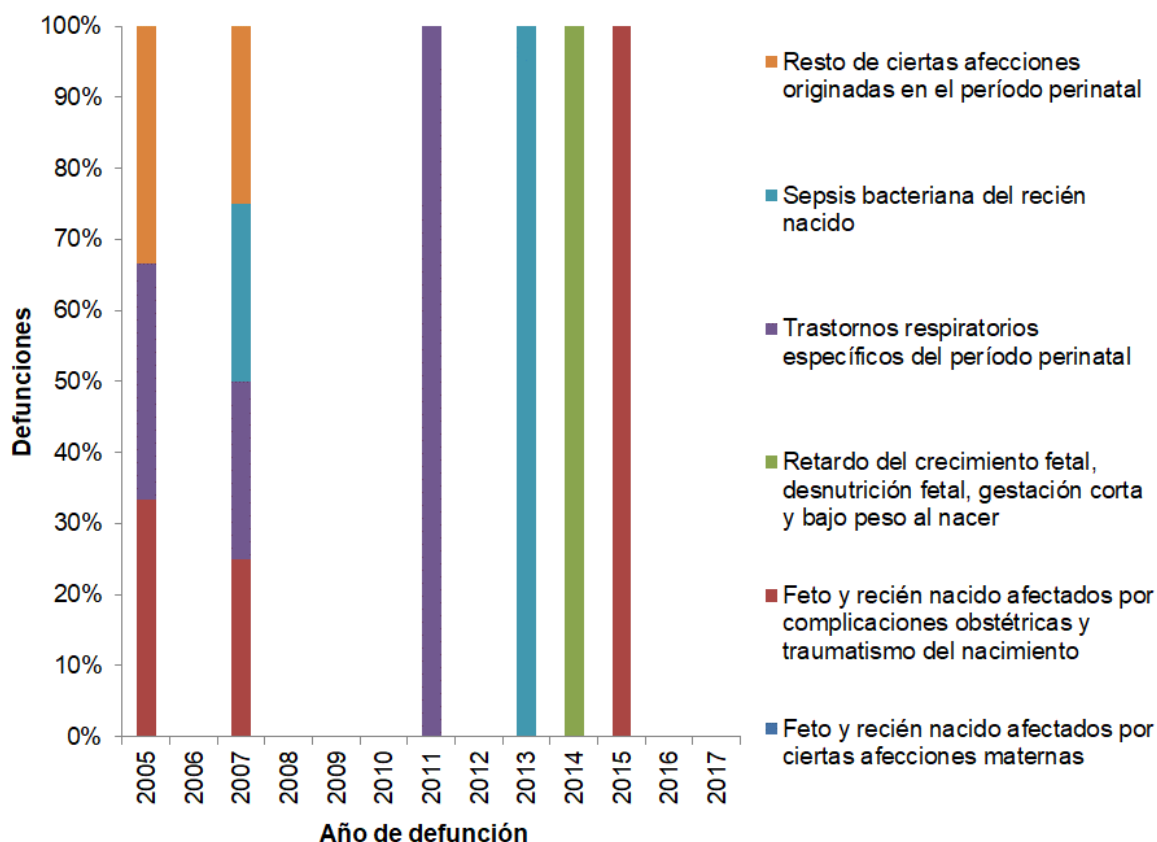
En lo que respecta a las demás enfermedades del subgrupo, se encuentra que las enfermedades cerebro vasculares son la segunda causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres, manteniendo estas una tendencia fluctuante durante todo el periodo estudiado. En tercer lugar, se observan las causas de mortalidad por enfermedades hipertensivas que para el 2017 se vuelven manifestar con una tasa de 27,5 muertes por cada 100.000 mujeres, tras no haberse presentado casos desde el año 2017. Podría decirse que a nivel general frente a las enfermedades del sistema circulatorio en la población de mujeres persiste una tendencia a la disminución en lo que respecta a las enfermedades isquémicas del corazón; siendo dicha disminución más marcada desde el año 2008. Este fenómeno que indica un cambio particular para la población de mujeres, quizás está relacionado con las características descritas en apartados anteriores sobre esta población de mujeres, donde básicamente se resalta un mayor empoderamiento sobre su propia salud y una mayor participación en los programas orientados a la prevención del riesgo cardiovascular y la promoción de estilos de vida saludables.

### **Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal**

Como se analizó anteriormente, las afecciones en el periodo perinatal presentan una baja influencia en la mortalidad de la población del municipio a lo largo del periodo observado, tanto para la mortalidad en los hombres como para la población de mujeres. A continuación, se relacionará el comportamiento de las afecciones originadas en el periodo perinatal, tanto a nivel general como para hombres y para mujeres, teniendo en cuenta el porcentaje de afectación con relación a los casos presentados en este grupo.

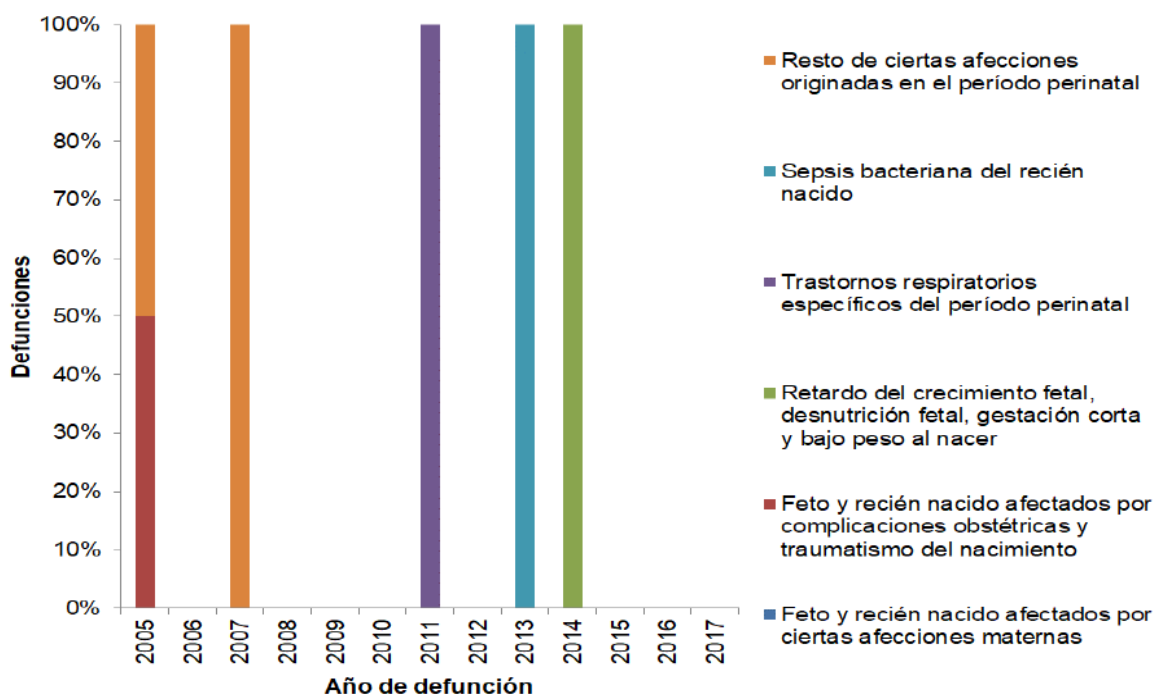
A nivel general la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal entre los años 2005 y 2017 se caracteriza por sus apariciones abruptas, por lo que es más fácil realizar la apreciación del comportamiento de esta causa de mortalidad por las barras apiladas (figura 24). En total, en el municipio de Cocorná entre los años 2005 y 2017 se han presentado 11 defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal, que se han clasificado en las diferentes subcausas de este grupo de grandes causas. Dicho brevemente, se presentaron 3 muertes por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; 2 muertes por la subcausa sepsis bacteriana del recién nacido; 1 muerte por el subgrupo relacionado con el retardo de crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer; 3 muertes por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento y 2 muertes en el subgrupo categorizado como el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Conviene resaltar, que la mayor cantidad de muertes se presentaron en los años 2005 y 2007, con 3 y 4 muertes respectivamente; durante los años 2011, 2013, 2014 y 2015 se presentó anualmente 1 caso. Finalmente, para los años 2016 y 2017 no se presentaron eventos de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal.

Figura 24. Mortalidad por ciertas afecciones en el periodo perinatal población general, Cocorná 2015-2017



Como se puede observar en la figura 25, son pocos los casos de mortalidad presentados en la población de hombres a causa de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Allí básicamente se visualiza que no hay una tendencia identificable, siendo más observable una aparición intermitente de casos, que no da cuenta de un comportamiento específico de la afectación de grupo de enfermedades en la población. Frente a esta gran causa se puede observar que para los años 2005 y 2007 se presentaron 2 eventos de mortalidad causada por el resto de ciertas afecciones en el periodo perinatal. En el año 2011 se presenta un evento relacionado con los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; en el año 2013 el evento presentado de mortalidad fue una sepsis bacteriana del recién nacido y en el año 2014, se presentó un evento que fue categorizado dentro del subgrupo: retardo de crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer. En los años 2006, 2008, 2009, 2010, 2012, 2016 y 2017, no se presentaron casos.

Figura 25. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres, Cocorná, 2005 – 2017

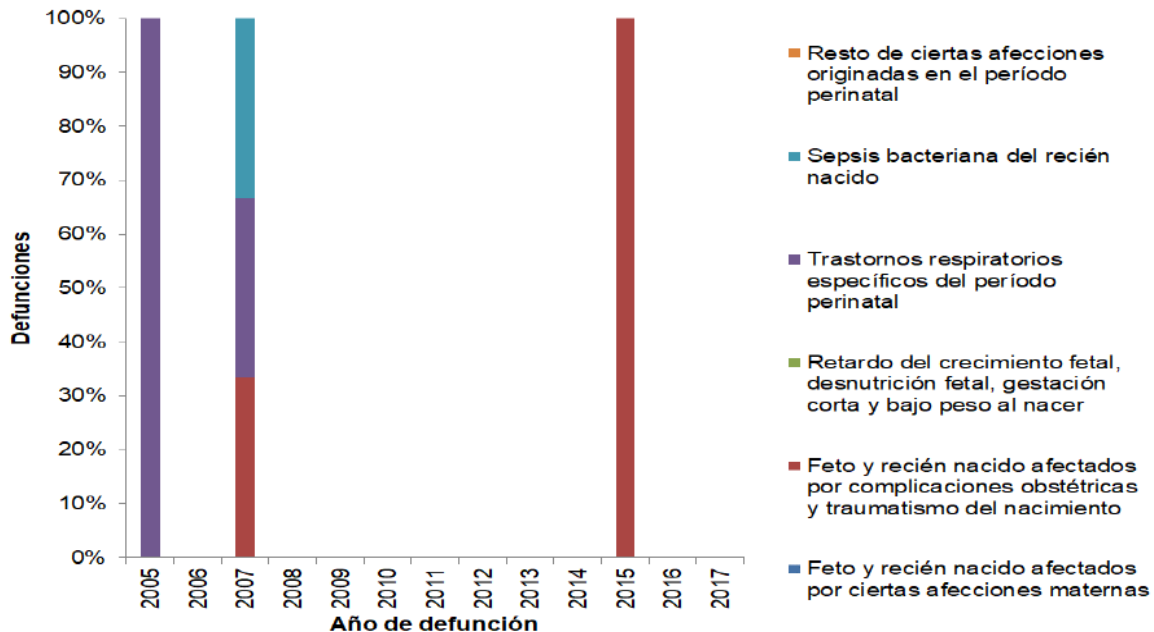


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Durante el periodo 2005-2017 en población de mujeres (figura 26) se presenta casos de muerte por afecciones originadas en el periodo perinatal en los años 2005, 2007 y 2015. En el año 2005, se presenta un evento de mortalidad debida a los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; en el año 2007 se presentan 3 eventos, entre los cuales se presenta un primer caso por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, un segundo caso por sepsis bacteriana del recién nacido y el tercer caso por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. Finalmente, en el año 2015 se presenta un último caso de mortalidad por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento.

A nivel municipal se han identificado diversas dificultades que han conllevado a que se den casos de mortalidad en el periodo perinatal. Uno de los factores que preocupan son las condiciones de alta ruralidad municipal, puesto que se cuenta con veredas que se caracterizan por su difícil acceso. La dificultad de acceso que tienen algunas veredas conlleva igualmente a que las mujeres embarazadas del área rural con dicha falencia, vean afectado el proceso adecuado durante la gestación. A ello se le suma el bajo nivel educativo y a las condiciones económicas. Todo ello se convierte en un causal de riesgo para que ésta población, no tenga una maternidad segura, con un adecuado seguimiento médico, valoración por ginecología e inclusive se corre el riesgo de que no tengan un parto institucional. Cabe resaltar que en la mayor parte de los casos en los cuales se ha presentado la mortalidad perinatal, se encuentra que en las madres existió poca adherencia a los controles prenatales, que son madres multigestantes, añosas con antecedentes de alto riesgo obstétrico.

Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

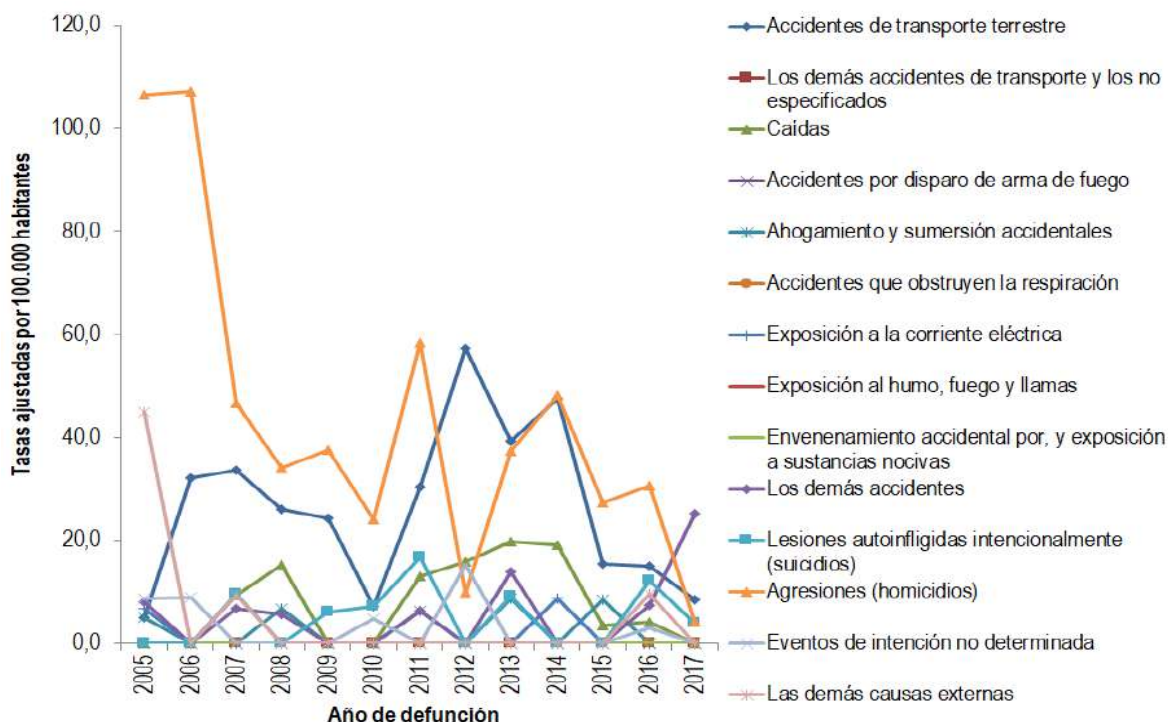
## Causas externas

Durante el periodo 2005 -2017 la primera causa de mortalidad por causas externas fueron las agresiones (homicidios), siguiéndole los accidentes del transporte terrestre, las caídas, las demás causas de accidentes y las lesiones autoinfligidas. Siendo las dos primeras subcausas mencionadas las que en todo el periodo presentaron las tasas más altas de mortalidad y los cambios drásticos (ver figura 27). En lo que respecta a las agresiones se parte de una tasa muy elevada de 106,4 a 107,2 muertes por cada 100.000 habitantes en los años 2005 y 2006 respectivamente, a una tasa de 4,2 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2017. Esto podría indicar que, pese a las fluctuaciones de todo el periodo, la tendencia ha sido decreciente; una situación que concuerda con el fin del conflicto armado y la disminución de actores armados en el municipio durante estos últimos 12 años. Frente a los accidentes del transporte terrestre es posible observar fluctuaciones que hablan de la imprevisibilidad de la accidentalidad, especialmente en el tramo de la autopista Medellín – Bogotá que corresponde al territorio cocornense; sin embargo, esta subcausa después de presentar la tasa más alta del periodo (2005-2017) en el año 2012 de 57,3 muertes por cada 100.000 habitantes, ha venido igualmente teniendo presentando en años posteriores una disminución, terminando al año 2017 con una tasa de 8,4 muertes por cada 100.000 habitantes.

En lo que respecta a las caídas y demás causas de accidentes, así como también a las lesiones autoinfligidas, podría decirse que son variables que se deben ir visualizando, puesto que existen muchos

factores riesgo que pueden posibilitar su aumento. Entre estos riesgos se pueden contar: los altos índices de trabajo informal en el municipio que traen consigo riesgos de prácticas poco convencionales e inseguras, las problemáticas de salud mental que crecen cada día más y que obtienen una pobre respuesta por parte de las EPS; así como también los riesgos psicosociales que emergen del antecedente del conflicto armado, las pocas oportunidades laborales, el consumo de drogas y las violencias al interior del hogar entre otras.

Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada para las causas externas en la población general del municipio de Cocorná, 2005 – 2017

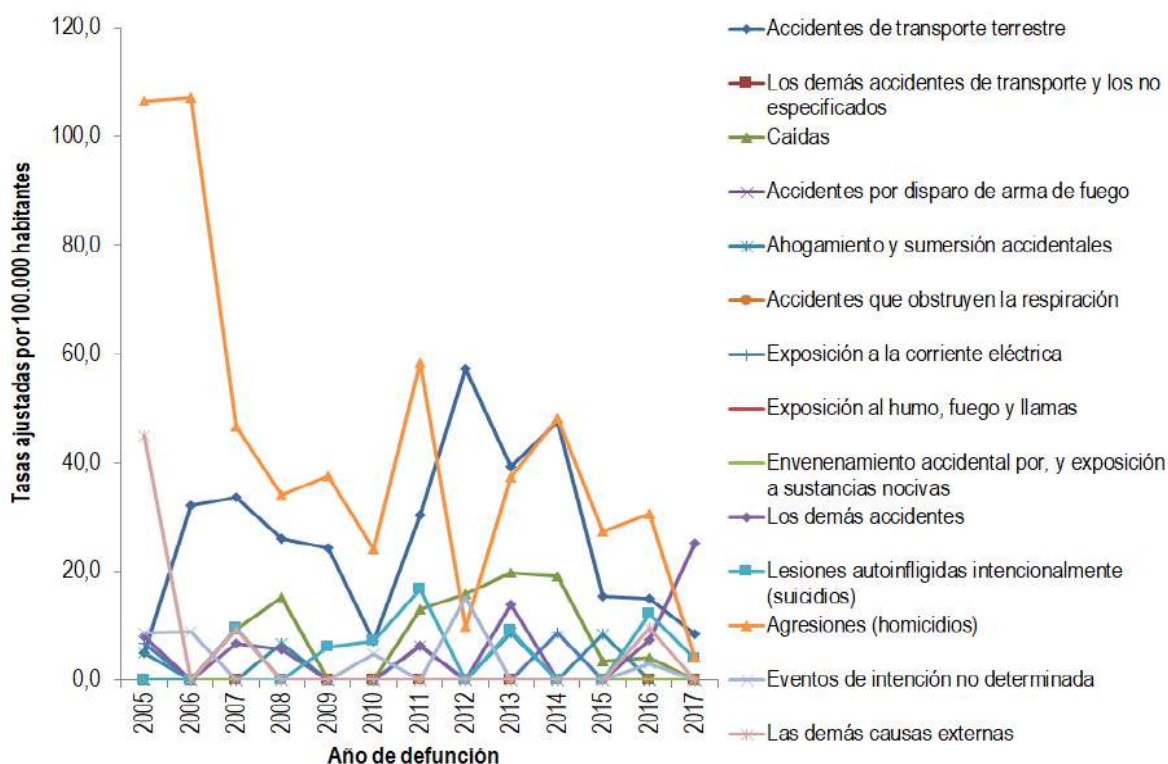


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En la figura 28, se puede apreciar el comportamiento de las tasas de mortalidad para las causas externas en la población de hombres del municipio, en donde resalta claramente que las tasas de homicidios han sido las más altas durante todo el periodo 2005-2017 en comparación con los otros subgrupos de causas.



Figura 28. Tasa de mortalidad ajustada para las causas externas en hombres municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Las tasas más altas registradas para los homicidios se dan en los primeros dos años del periodo, con una tasa 222,2 muertes por cada 100.000 hombres y en el 2006 con una tasa de 225,8 muertes por cada 100.000 hombres. Para estos años la presencia de grupos armados ilegales que dominaban el territorio se mantenía; aunque ya se venía observando mayor presencia institucional (ejército y policía). Posteriormente se observa una tendencia decreciente hasta el año 2010 que presentó una tasa de 31,1 muertes por cada 100.000 hombres; sin embargo, a partir de allí se observa una tendencia fluctuante hasta el año 2017. Estas fluctuaciones están relacionadas con el surgimiento de grupos armados ilegales que se reorganizaron en pro de tener el control del territorio en diferentes actividades ilegales, como el narcotráfico y el dominio de plazas de vicio. Podría decirse que las muertes en hombres a causa de homicidios vuelven a tener una tendencia creciente, aunque de una forma más latente ya que el accionar de estos grupos armados presenta nuevas dinámicas delinuenciales. En el año 2011 se observa el aumento de la tasa de homicidios con 91,3 muertes por cien mil hombres; al 2013 la tasa es de 76,5; a 2014 de 99,3; y para el año 2015 de 55,6 muertes por cada 100.000 mil hombres. El periodo finaliza en 2017 con una tasa de mortalidad por homicidio de 8,8 muertes por cada 100.000 hombres, siendo esta la tasa más baja de todo el periodo. Finalmente, podría decirse que el comportamiento de los homicidios es difícil de predecir; puesto que la presencia expendedores y redes de microtráfico mantiene el riesgo latente, ya que el fenómeno de venta de estupefacientes en



cualquier momento presenta faces de reacomodamiento del poder o luchas por el control de plazas de vicio en el territorio que generan indudablemente actos violentos.

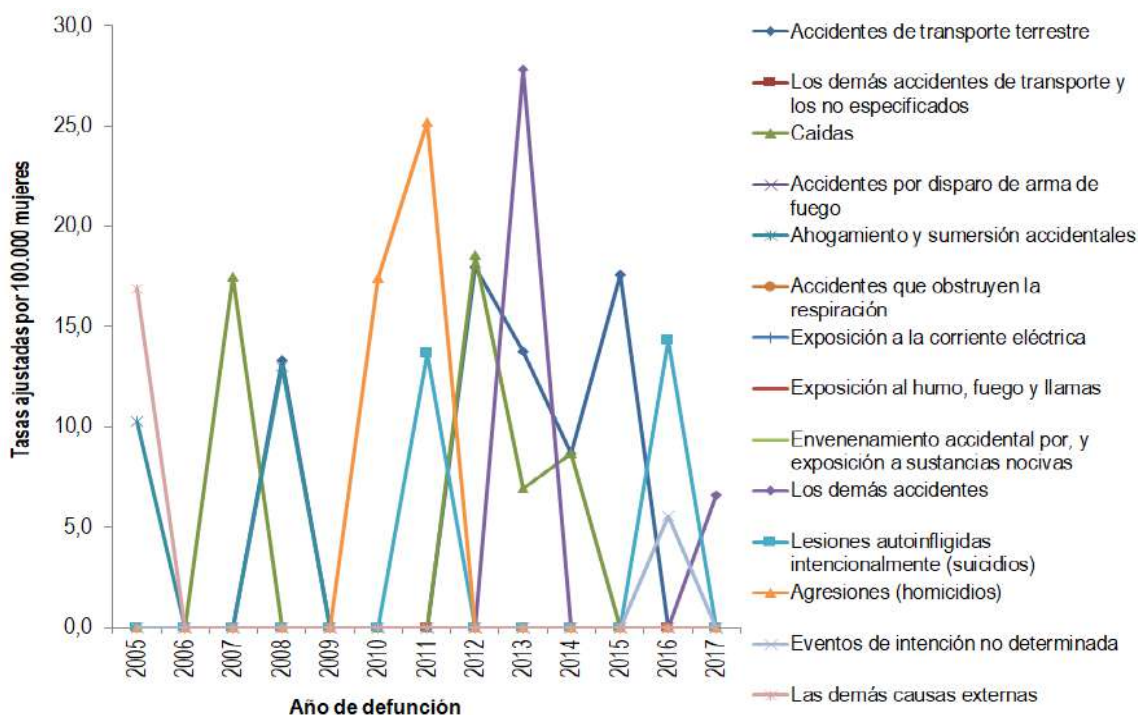
Otro subgrupo de causas son los accidentes de transporte, que como se ha mencionado en reiteradas ocasiones, también generan elevadas tasas de mortalidad en la población de hombres. En la figura 23, se puede observar que éstas fueron incluso la principal causa de muerte para el año 2012, con una tasa de 98,95 muertes por cada 100.000 hombres, y además se constituyeron en la segunda gran causa para los años 2006- 2011 y 2013-2017. Para este último año (2017) la tasa ajustada fue de 16,0 muertes por cada 100.000 hombres.

En la población de hombres la quinta causa de mortalidad en el grupo de causas externas son las lesiones auto-inflingidas, cuya tasa para el 2016 es de 7,5 muertes por cada 100.000 hombres. Son 7 los suicidios que se han presentado en la población de hombres del municipio de Cocorná en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017. Estos eventos, si bien no son la principal causa de mortalidad, generan gran preocupación a nivel municipal, puesto que estos lamentables sucesos indican la pertinencia de fortalecer la salud mental en el territorio; mediante la optimización de las rutas de atención en salud y de los escenarios institucionales de atención y ayuda para la población que presenta afectaciones en su salud mental, ya sea de orden psicosocial, por trastornos psiquiátricos o por los diferentes tipos de consumo y adicciones a sustancias psicoactivas. A sí mismo, es necesario a nivel municipal incrementar las acciones de promoción de factores protectores y prevención del riesgo frente al suicidio.

Para la población femenina (ver figura 29) como se mencionó anteriormente, las causas externas no han tenido predominio en la mortalidad durante el periodo evaluado 2005-2017; siendo en las mujeres la cuarta causa de mortalidad. Podría decirse que en este grupo no existe una causa que determina la tendencia de la mortalidad. Por ejemplo, para el año 2005, las muertes registradas por causas externas en mujeres, se debían principalmente a las demás causas externas que registró una tasa 16,8 muertes por cada 100.000 mujeres, seguida por las muertes causadas por ahogamiento y sumersión accidentales. Mientras que, para los años 2006 y 2009 no se presentan muertes en mujeres por causas externas. Para los años 2007 y 2012 las muertes en mujeres por estas causas son debidas a las caídas y para el año 2008 se deben al ahogamiento y sumersión accidentales. En los años, 2010-2011 priman las agresiones como principal causa de muerte en la población femenina alcanzando para el último año una tasa ajustada de 25,21 muertes por cada 100.000 mujeres. Por otro lado, para el 2013 los demás accidentes se convierten en la principal causa de muerte dentro de esta categoría con una tasa de 27,8 muertes por cada 100.000 mujeres. En el año 2014 las caídas y los accidentes de tránsito se constituyen en la principal causa de muerte dentro de esta categoría con una tasa de 8,6. Y en el año 2015 los accidentes del transporte terrestre presentan una tasa de 17,6 muertes por cada 100.000 mujeres. En el año 2016, como primera causa de mortalidad por causas externas, aparece el subgrupo de lesiones auto-inflingidas intencionalmente con una tasa de 14,3 muertes por cada 100.000 mujeres. Finalmente, en el 2017, por causas externas se presenta una tasa de 6,6 muertes por cada 100.000 mujeres en la subcausa demás accidentes.

Los comportamientos observados por las causas externas dan cuenta de la particularidad circunstancial de este grupo de causas; no obstante, si se observa el periodo en general (2005-2017), se reconoce como la principal causa de mortalidad por causas externas en las mujeres a los accidentes del transporte terrestre; siguiendo en jerarquía las caídas y los homicidios. En Cuarto lugar, de mortalidad por causas externas en las mujeres aparece el suicidio, que, aunque es más baja que en la población de hombres, se convierte en una alerta sobre la situación de salud mental municipal.

Figura 29. Tasa de mortalidad ajustada para las causas externas en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



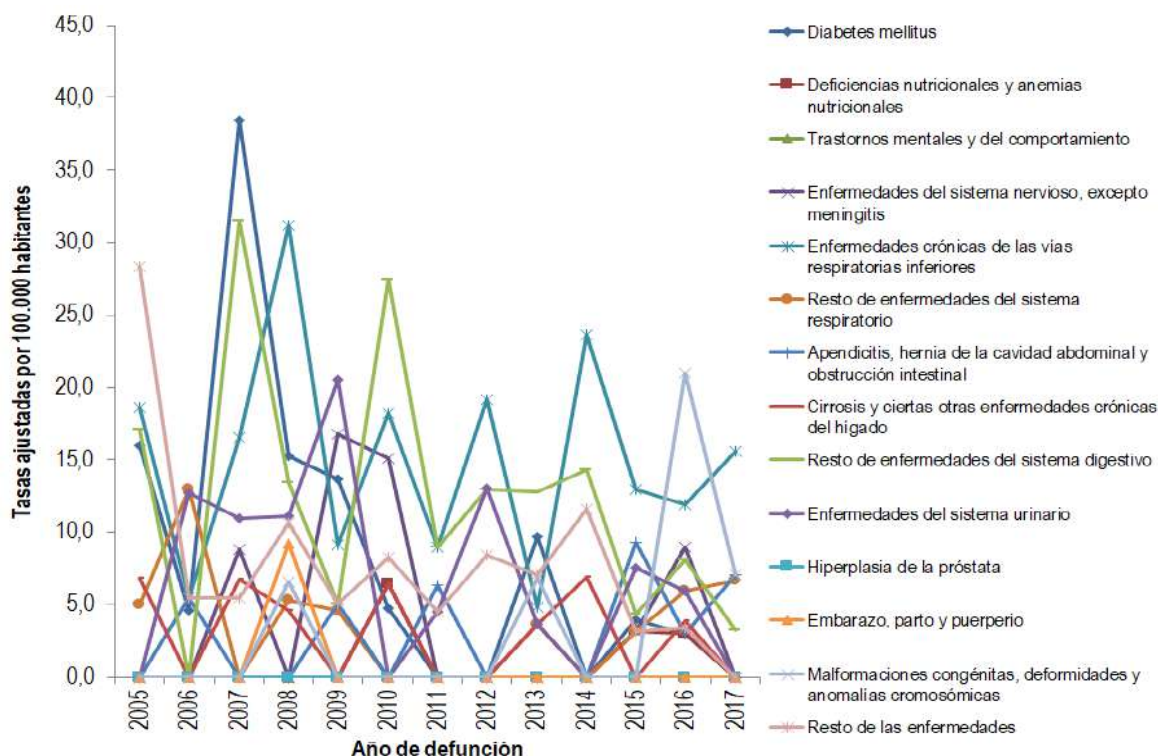
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

### Demás enfermedades

Durante el periodo 2005-2017 en el grupo de las demás causas se mantuvieron como la principal causa de mortalidad en la población general las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, siguiéndole el resto de enfermedades del sistema digestivo y la diabetes mellitus (ver figura 30). En las enfermedades crónicas de las vías respiratorias se observa una tendencia fluctuante durante todo el periodo analizado, indicando un comportamiento estable. Frente al resto de enfermedades del sistema digestivo se puede observar igualmente un comportamiento oscilante, pero con una tendencia a la disminución de esta causa de mortalidad; de ahí que la tasa más alta de mortalidad la presentó en el año 2007 con 35,5 muertes por cada 100.000 habitantes y la tasa más baja de mortalidad la presenta al final del periodo estudiado en el año 2017

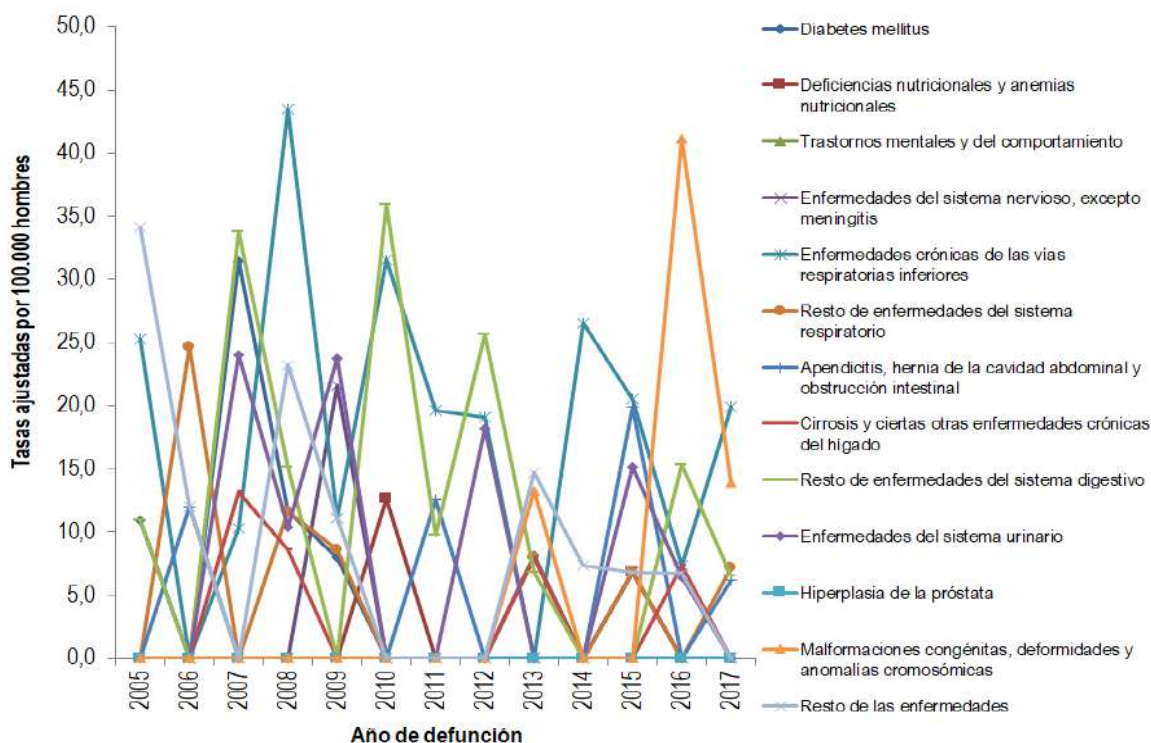
con 3,3 muertes por cada 100.000 habitantes. En lo que respecta a la diabetes mellitus, esta viene presentando tasa más baja durante todo el periodo, para el año 2017 no se reportaron casos.

Figura 30. . Tasa de mortalidad ajustada para las demás enfermedades en la población general del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



Las muertes causadas por las demás enfermedades, representan un peso considerable en la mortalidad del municipio, En el periodo 2005-2017 en los hombres (ver figura 31) en este grupo de causas estuvo determinada por las enfermedades del sistema respiratorio. En segundo lugar, se presentan el resto de enfermedades del sistema digestivo y en tercer lugar el denominado resto de enfermedades. Seguidamente se manifiestan las enfermedades del sistema urinario, la diabetes mellitus, la cirrosis y ciertas enfermedades crónicas el hígado, y las enfermedades del sistema nervioso. Cada una de estas enfermedades, se presentan con una tendencia fluctuante y variaciones abruptas durante todo el periodo.

Figura 31. Tasa de mortalidad ajustada para las demás enfermedades en hombres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017

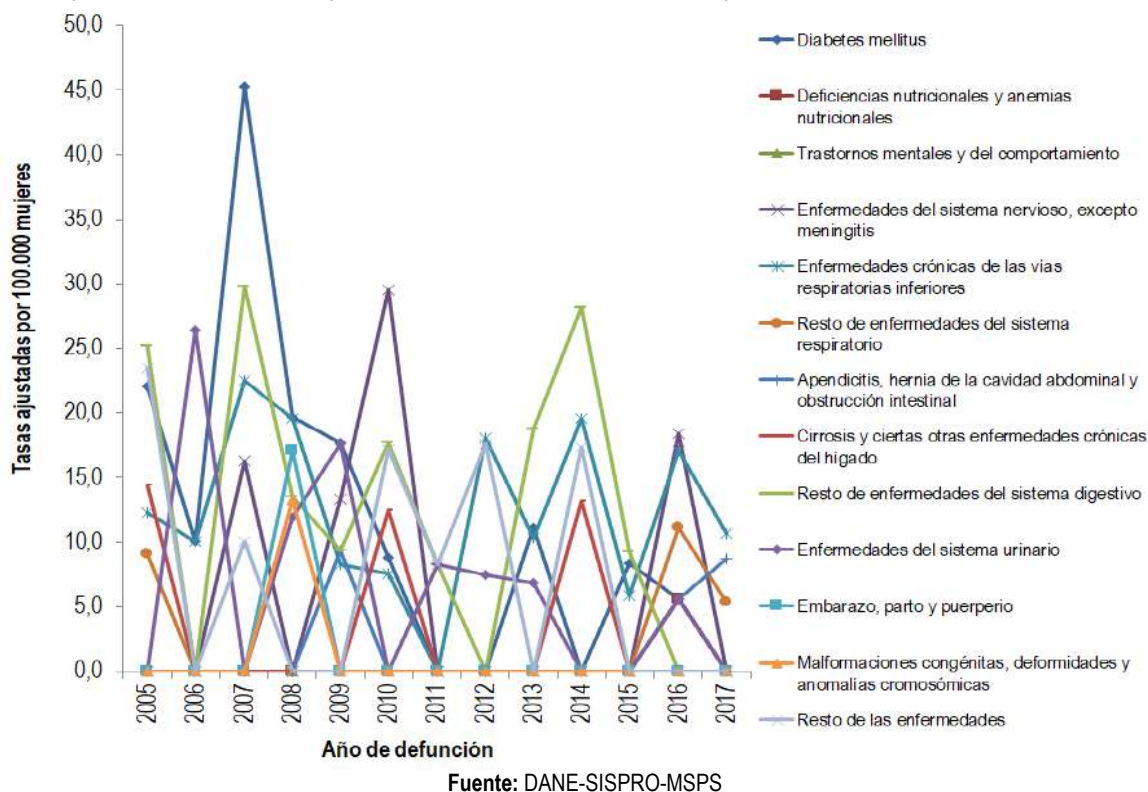


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Si se observa el comportamiento de estas enfermedades por cada año, se reconoce la variabilidad en las muertes presentadas por este grupo de causas. En los años 2007, 2010 y 2012 la causa principal fueron el resto enfermedades del sistema digestivo con una tasa de 33,78, 35,95 y 25,59 muertes por cada 100.000 hombres, respectivamente para cada año. Mientras que las enfermedades crónicas de las vías respiratorias que fueron la principal causa de muerte, dentro de esta categoría, para los años 2008, 2011, 2014 y 2017 con una tasa ajustada de mortalidad de 43,5; 19,6; 26,5; 20,5 y 19,9 muertes por cada 100.000 hombres respectivamente. En el año 2013, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias no se manifiestan y se posiciona como la principal causa de muerte el subgrupo denominado resto de enfermedades con una tasa de 14,7 muertes por cada 100.000 hombres. Para el año 2016, la principal causa de mortalidad por el gran grupo las demás causas, son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con una tasa de mortalidad de 41,1 muertes por cada 100.000 hombres. Finalmente, en el año 2017, como se dijo anteriormente predominaron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, siguiéndoles las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que curiosamente vienen tomando protagonismo en los dos últimos años del periodo estudiado.



Figura 32. Tasa de mortalidad ajustada para las demás enfermedades en mujeres del municipio de Cocorná, 2005 – 2017



En las mujeres (ver figura 32), en el periodo 2005-2017, se encuentra que las primeras causas de mortalidad en mujeres por en el grupo de las demás causas fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, seguidas por el resto de enfermedades del sistema digestivo y siguiéndole en orden jerárquico la diabetes mellitus. Estas enfermedades se caracterizan por presentar las tasas más altas de mortalidad en la población de mujeres, en comparación a las otras enfermedades de este grupo. Ahora bien, si se observa el comportamiento año a año del subgrupo de enfermedades, se encuentra que algunas de ellas sólo se han presentado en un año específico y no durante todo el periodo; mientras que otras se han manifestado de forma más marcada en los últimos doce años. Igualmente se pueden observar variaciones abruptas e intermitentes que generan cambios anuales en la jerarquía de estas causas de mortalidad en la población de mujeres.

La primera causa de mortalidad en mujeres por el gran grupo de las demás causas, son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias que mantiene una tendencia fluctuante, presentando al año 2007 su mayor tasa de mortalidad con 22,5 muertes por cada 100.000 mujeres, finalizando al año 2017 con 10,7 muertes por cada 100.000 mujeres. Le siguen las enfermedades del sistema digestivo que se mantienen presente durante el periodo estudiado, con una tendencia fluctuante; la tasa más alta por esta enfermedad se registró en el

2007 con 29,8 muertes por cada 100.000 mujeres; cabe decir, que la altas tasas de mortalidad presentadas por esta subcausa de enfermedad le mantienen como la segunda causa de mortalidad en el periodo; no obstante, las enfermedades del sistema digestivo no han presentado casos en los últimos dos años (2016 y 2017). Respecto a la diabetes mellitus, podría decirse que es una enfermedad que igualmente se posiciona como una causa de mortalidad notable en la población femenina. Esta presenta su mayor tasa de mortalidad también en el año 2007 con 45,3 muertes por cada 100.000 mujeres; sin embargo, a partir de dicho año ha venido presentando una tendencia decreciente, finalizando al año 2017 con cero casos reportados. Tal comportamiento, podría estar asociado al fortalecimiento del programa de diabetes a nivel municipal; así como también a las acciones educativas de promoción y prevención del riesgo frente a dicha enfermedad.

### **Signos y síntomas mal definidos**

Como se ha mencionado anteriormente existe una baja incidencia de los síntomas, signos y afecciones mal definidas para la población del municipio de Cocorná, tanto para la población masculina como para la femenina. Sin embargo, es en la población de mujeres en donde se registra el mayor número de muertes categorizadas en los síntomas, signos y afecciones mal definidas; siendo 12 las muertes presentadas durante el periodo 2005-2017. Dichos casos se presentaron en los años 2005, 2008, 2010, 2012, 2015 y 2017. En este último año es donde se presenta la mayor cantidad con 7 muertes por esta causa en mujeres. En cuanto a la población de hombres, en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017, se registra una muerte masculina en el 2016 categorizada en esta causa de mortalidad. La tasa de mortalidad por más alta por se da para final del periodo en el año 2017 con una tasa ajustada por edad de 26,9 muertes por cada 100.000 habitantes.

A continuación, se presenta la tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas para el municipio de Cocorná, realizando un comparativo de estas causas de muerte frente al departamento de Antioquia.

**Tabla 12.** Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas municipio de Cocorná, 2005-2017

Causa de muerte	Antioquia 2017	Cocorná 2017	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	15,5	8,4	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	13,6	8,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	5,0	0,0	-	-	↗	↘	-	-	-	-	↗	↘	-	-		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	16,4	0,0	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	-	↗	↘	↗	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11,1	16,5	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	10,8	0,0	↘	↗	↘	↘	↘	↘	-	↗	↘	↗	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infligidas intencionalmente	5,9	4,0	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,6	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	27,8	4,2	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘		
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,5	12,8	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗		
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,5	20,1	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	↗		

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Al realizar el comparativo de las tasas específicas de mortalidad entre el departamento y el municipio de Cocorná se puede observar que la tasa de mortalidad por exposición a fuerzas de la naturaleza presenta en el año 2017 diferencias estadísticamente significativas y desfavorables para el municipio, tal situación, implica la necesidad de fortalecer los equipos municipales de respuesta ante emergencias y desastres; así como también la capacitación a la comunidad frente a la prevención del riesgo ante las situaciones que podrían presentarse en el municipio por sus características geográficas y físicas, con son los riesgos por avenidas torrenciales, vendavales, riesgos de remoción en masa y tormentas eléctricas entre otras. En lo que respecta a las tasas de mortalidad específicas relacionadas con el subgrupo de las causas externas denominado accidentes de transporte terrestre, se observa que para el año 2017 no se presentan diferencias estadísticamente significativas con la tasa departamental.

En la tabla 12, se puede observar lo anotado en apartados anteriores sobre el papel que viene tomando la subcausa lesiones autoinfligidas intencionalmente; si bien para el año 2017 no existen diferencias significativas con el departamento, es motivo de atención puesto que durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017 estas lesiones se han mantenido constantes y aunque no tienen las tasas más elevadas, están dando cuenta de una problemática en salud mental que se tiene que abordar. El registro a nivel municipal es de 9 defunciones por lesiones auto-infligidas en el periodo comprendido entre los años 2005-2017, presentándose 7 de estas muertes en la población de hombres (78%) y 2 en las mujeres (22%). Para el año 2016, se presentaron 2 suicidios en los que se vieron comprometidos un hombre y una mujer que cursaban el ciclo vital de la adultez y en el año 2017 se presentó el suicidio de un adulto mayor.

Respecto a los diferentes tipos de neoplasias como el tumor maligno de mamá, y el tumor maligno de estómago (que es la neoplasia de mayor incidencia en el municipio durante el periodo 2005-2017), se



encuentra que igualmente, estas causas de mortalidad están dentro de un rango estadístico muy similar al departamento; no obstante, conviene decir que para el municipio sería mucho más satisfactorio tener tasas más bajas de mortalidad en la población especialmente frente a este tipo de causas. A propósito de ello, en la tabla 12 se observa que la tasa de mortalidad ajustada por edad para el año 2017 respecto a las agresiones (homicidios) y las enfermedades transmisibles es significativamente más baja que la tasa reportada para el departamento de Antioquia en el año 2017.

### **2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez**

Para el análisis de la muerte infantil y en la niñez se utilizara la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

#### **2.1.3.1 Muerte específica infantil y en la niñez**

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez, se realiza a partir del número de muertes de esta población de acuerdo a la lista de tabulación de las 67 causas, que se agrupa en 67 subgrupos, durante el periodo 2005-2017. Tal análisis se realiza además teniendo en cuenta los grupos menor de 1 año, de 1 a 4 años y menores de 5 años a nivel general e igualmente con cada grupo de edad se realizará la respectiva apreciación según el tipo de sexo.

##### **2.1.3.1.1 Muertes en menores de 1 año**

En el periodo comprendido entre los años 2005-2017, se presentaron 22 muertes en menores de 1 año, siendo la mayor parte de estos decesos a causa de enfermedades categorizadas en el grupo denominado Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96). Estas afecciones han conllevado en los últimos once años al deceso de 11 menores de 1 año. De estas muertes, 6 se presentaron en hombres y 5 en mujeres. Dentro de este grupo de afecciones del periodo perinatal, se dieron: 3 muertes por complicaciones en el embarazo, 2 muertes por afecciones respiratorias en el recién nacido, 1 muerte por sepsis bacteriana del recién nacido, 1 por trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento feta 1 muerte por hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento, y 1 muerte trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido, 1 muerte por resto de afecciones perinatales y 1 muerte por trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido.

A esta causa de muerte en menores de 1 año, les sigue las asociadas a malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas (Q00-Q99), con 6 casos, que implicaron la muerte de 5 hombres y 1 mujer; siendo 2 de estas muertes a causa de malformaciones congénitas del corazón, 2 por síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas, 1 por hidrocefalo congénito y espina bífida y una última muerte por otras malformaciones congénitas. También se generaron muertes en menores de 1 año a causa de enfermedades del sistema respiratorio en dos hombres y 1 muerte por enfermedad del sistema nervioso en una mujer.

**Tabla 13.** Número de muertes específicas por 16 grandes grupos, ciclo vital, H y M: menores de 1 año, municipio de Cocorná, periodo 2005-2017.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enfermedades del sistema respiratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enfermedades del sistema nervioso	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enfermedades del sistema nervioso	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3	0	4	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	1
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

Fuente: DANE-MSPS

### 2.1.3.1.2 Muerte en menores de 1 a 4 años

En la población de menores de 1 a 4 años se presentaron en total 2 muertes durante el periodo 2005-2017, de las cuales 1 se presenta en el año 2008 por una enfermedad infecciosa parasitaria que afectó a un menor de sexo masculino. Dicho deceso se da por diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. En lo que respecta a la otra muerte presentada en esta población, se encuentra que corresponde al fallecimiento de una menor de sexo femenino, cuya causa de mortalidad fue categorizada en el grupo de signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. Frente a esta última causa de mortalidad resulta más difícil proponer acciones preventivas, puesto que no se logra una clara especificación de las enfermedades comprometidas en la muerte de la menor.

**Tabla 14.** Número de muertes específicas por 16 grandes grupos, ciclo vital, H y M: Menores de 1 a 4 años, municipio de Cocorná, periodo 2005-2017.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	0,0	0,0	1,0	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	1,0	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-MSPS

### 2.1.3.1.3 Muertes en menores de 5 años

A nivel general podría decirse que durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2017 se han presentado 24 muertes de la población infantil y en la niñez. En total se generaron 9 fallecimientos de mujeres y 15 de hombres. La mayor causa de mortalidad el grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96), con 11 muertes de las cuales 6 implicaron la población de hombres y 5 a las mujeres. De los 11 casos de muertes por afecciones originadas en el periodo perinatal, se encuentra que 3 casos se generaron de afecciones por factores maternos y complicaciones durante el embarazo; 1 caso por trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal; 1 caso por hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento; 2 casos por otras afecciones respiratorias del recién nacido; 2 casos por sepsis bacteriana del recién nacido; 1 caso por trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido y finalmente, 1 caso categorizado dentro del subgrupo de causas denominado resto de afecciones perinatales.

En la tabla 15, se pueden observar como la segunda causa de muerte en la población de menores de 5 años al grupo de malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas que durante todo el periodo 2005-2017 han ocasionado 6 muertes en la población menor de 5 años. Le siguen en orden las enfermedades del sistema respiratorio con 3 muertes y los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y del laboratorio, cada una con 2 casos durante todo el periodo. Finalmente se encuentran las enfermedades infecciosas y parasitarias con una muerte ocasionada en el año 2008, al igual que las enfermedades del sistema nervioso que causaron la muerte de 1 menor de 5 años en el año 2009.

**Tabla 15.** Número de muertes específicas por 16 grandes grupos, ciclo vital, H y M: Menores de 5 años, municipio de Cocorná, periodo 2005-2017.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	0,0	0,0	1,0	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	1,0	1,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	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	1,0	0,0	0,0	3,0	1,0
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	1,0	0,0
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	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	1,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,0	0,0	0,0	1,0	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	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	0,0	0,0	1,0	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	1,0	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	1,0	1,0	1,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	1,0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0

Fuente: DANE-MSPS

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

Una vez identificadas las causas de muerte que se presentan con mayor frecuencia en la infancia y niñez, en el municipio de Cocorná, se realizó un análisis materno – infantil, en el cual se identificaron los peores indicadores por medio de una tabla de semaforización y tendencia materno –infantil y niñez. Todo ello con el fin de estimar la tasa de mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en la niñez, la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad por EDA, la tasa de mortalidad por IRA y la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años. Se utilizaron los intervalos de confianza al 95% según el método de Rothman y Greenland.

Las tasas de mortalidad infantil, de mortalidad en la niñez y de mortalidad por IRA en menores de 5 años, para el municipio de Cocorná en el año 2017, es mayor a las tasas expuestas para el departamento de Antioquia en el mismo año. Dicha situación, indica una medida estadísticamente significativa que da cuenta de que se ha superado el límite de referencia, siendo esto una alerta que indica al municipio la necesidad de generar respuestas de tipo preventivo, así como de vigilancia y control, tanto a nivel clínico como comunitario, con el fin de minimizar al máximo posible la mortalidad por esta causa.

Ahora bien, en lo que respecta a la tasa de mortalidad neonatal se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la tasa de mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de

mortalidad en la niñez, presentadas por el municipio en comparación con la tasa expuesta para el departamento de Antioquia para el año 2017. Sin embargo, ello no implica que no existen motivos para prestar atención a dicho fenómeno, por el contrario, esto debe ser motivo de alerta y extremo seguimiento, puesto que estas muertes de la población han de considerarse en todo sentido inconcebibles para el municipio; por ende, es necesario tomar las medidas correspondientes para disminuir al máximo los factores de riesgo para la mortalidad infantil y en la niñez.

**Tabla 16.** Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de Cocorná, 2006 – 2017

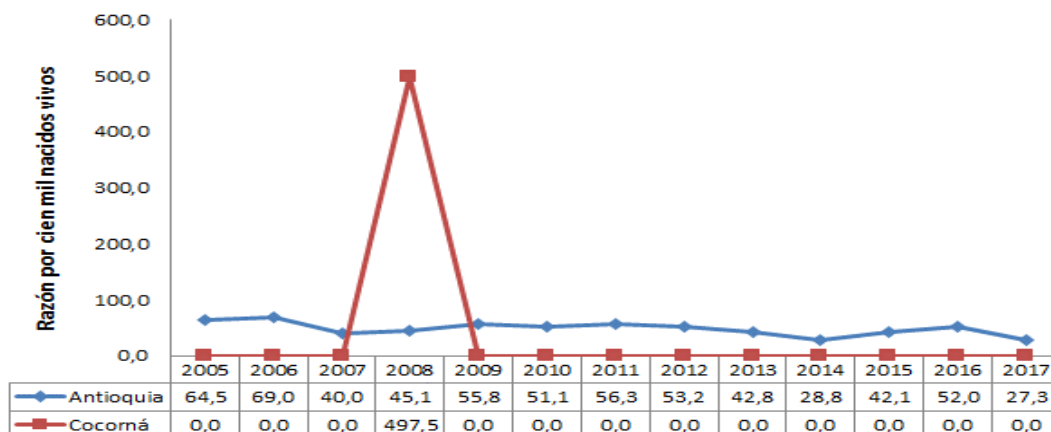
Causa de muerte	Antioquia 2017	Cocorná 2017	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Razón de mortalidad materna	27,3	0,0	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad neonatal	5,9	5,4	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	9,1	10,8	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	11,1	10,8	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,0	80,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,7	0,0	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	1,5	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

### Razón de mortalidad materna

La razón de la mortalidad materna, en el municipio de Cocorná se ha mantenido en cero a lo largo del periodo estudiado, a excepción del año 2008 donde presento una mortalidad materna. Mientras que, para el departamento de Antioquia, la razón de mortalidad materna ha tenido una tendencia fluctuante durante todo el periodo comprendido entre el año 2005 y 2017.

**Figura 33.** Razón de mortalidad materna, municipio de Cocorná, 2005 -2017

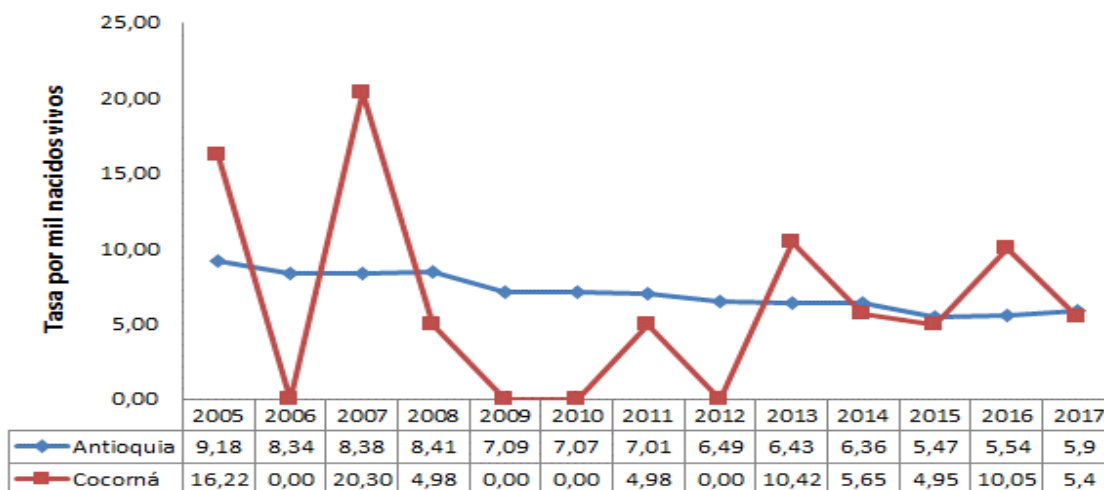


Fuente: Estadísticas vitales, RIPS DANE

## Tasa de mortalidad Neonatal

La tasa mortalidad neonatal municipal ha tenido una tendencia fluctuante a lo largo del periodo comprendido entre los años 2005 y 2017. Para este último año, Cocorná obtuvo una tasa de mortalidad neonatal de 5,4 muertes por mil nacidos vivos, mientras que Antioquia obtuvo una tasa de 5,9. La tasa de mortalidad neonatal del municipio ha estado por encima de la tasa de mortalidad neonatal presentada en el departamento, sólo en los años 2005, 2007, 2013 y 2016; sin embargo, se mantiene dentro de los rangos propios de la tasa de mortalidad neonatal del departamento.

Figura 34. Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Cocorná, 2005- 2017



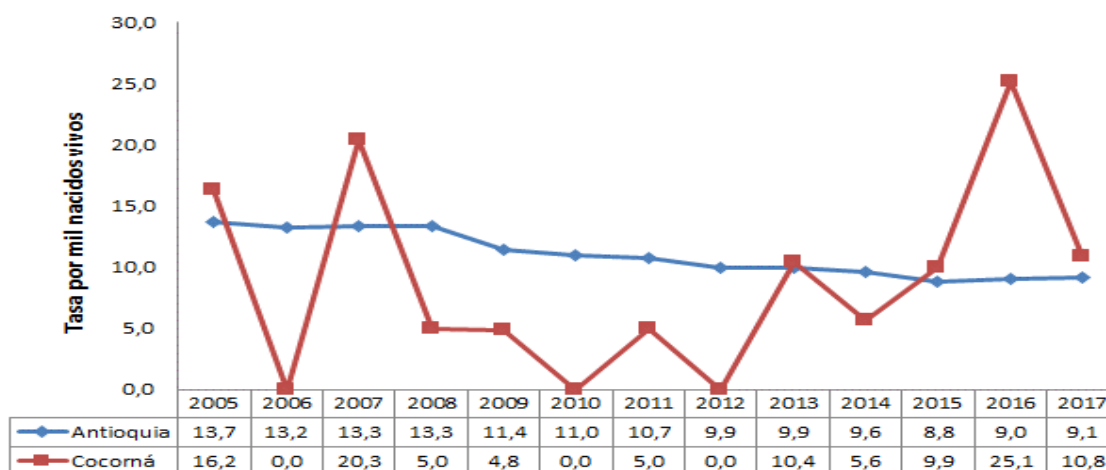
Fuente: Estadísticas vitales, RIPS DANE

## Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil muestra una tendencia fluctuante durante todo el periodo 2005-2017. En el año 2016, se presentó la tasa más alta de mortalidad infantil, siendo ésta de 25,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, dicha tasa superó significativamente el registro del departamento que para el mismo año presentó una tasa de 9,0 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Para el año 2017, la tasa de mortalidad infantil disminuyó presentando una tasa de 10,8 muertes por cada mil nacidos vivos; sin embargo, sigue siendo una tasa un poco más alta que la departamental (ver figura 35). Por otra parte, si se observa la tabla anterior (tabla 16) de semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y la niñez es posible reconocer que no existen diferencias significativas entre la estadística municipal y departamental para el año 2017.



Figura 35. Tasa de mortalidad infantil municipio de Cocorná, 2005- 2017

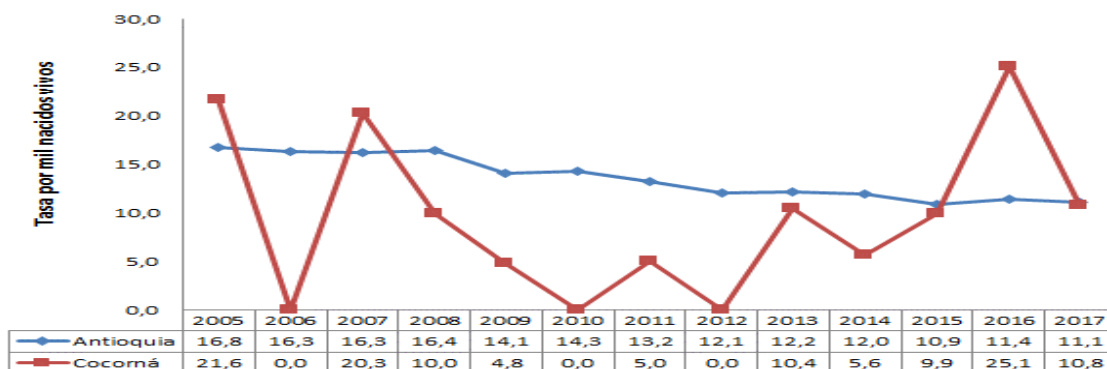


Fuente: Estadísticas vitales, RIPS DANE

### Mortalidad en la niñez

Al igual que la tasa de mortalidad en la infancia, la tasa de mortalidad en la niñez, presenta al año 2016 la tasa más elevada de todo el periodo observado, dicha tasa corresponde a un valor de 25,1 muertes por cada mil nacidos vivos. Para el año 2017, la tasa de mortalidad en la niñez fue de 10,8 muertes por cada 1000 nacidos vivos manteniéndose en los parámetros departamentales para la mortalidad en la niñez. La tendencia de esta tasa municipal ha mantenido entre los años 2005 y 2017 una tendencia fluctuante; ahora bien, cabe resaltar que la mortalidad materno infantil y de la niñez siempre ha venido siendo objeto de atención municipal, siempre ha sido el objetivo mantener lo más bajo posible el número de casos presentados en esta población; No obstante, es claro que se debe continuar con la tarea de incrementar y fortalecer todo tipo de medidas que permitan evitar que se den tales eventos.

Figura 36. Tasa de mortalidad en la niñez, municipio, 2005- 2017

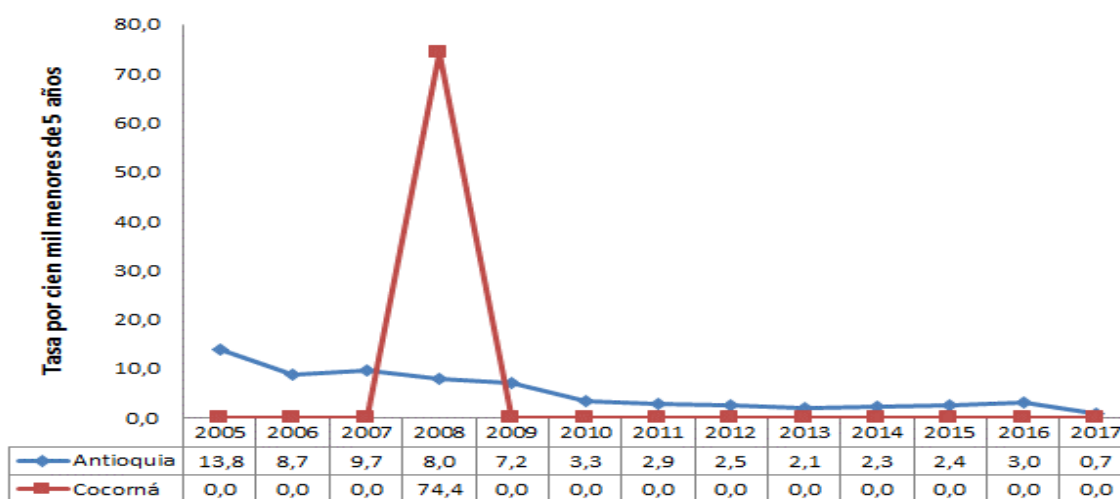


Fuente: Estadísticas vitales, RIPS DANE

### Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

La tasa de mortalidad por EDA del año 2005 al año 2017 se ha mantenido estable en 0 cero casos, a excepción del año 2008 donde se registró una tasa de 74,4 muertes por cada cien mil menores de 5 años (ver figura 37), superando significativamente la tasa registrada para el mismo año del departamento de Antioquia que obtuvo una tasa de 8,0 muertes por cada cien mil menores de 5 años. Cabe resaltar que la tasa de mortalidad por EDA en el municipio se ha mantenido en 0, desde el 2008 hasta el 2017. Esto indica que posiblemente el municipio ha avanzado en el mejoramiento de las condiciones sanitarias y que las acciones en salud han contribuido a tener una comunidad más informada y protegida frente los factores de riesgo en lo que respecta a la enfermedad diarreica aguda.

Figura 37. Tasa de mortalidad por EDA, municipio de Cocorná, 2005- 2017

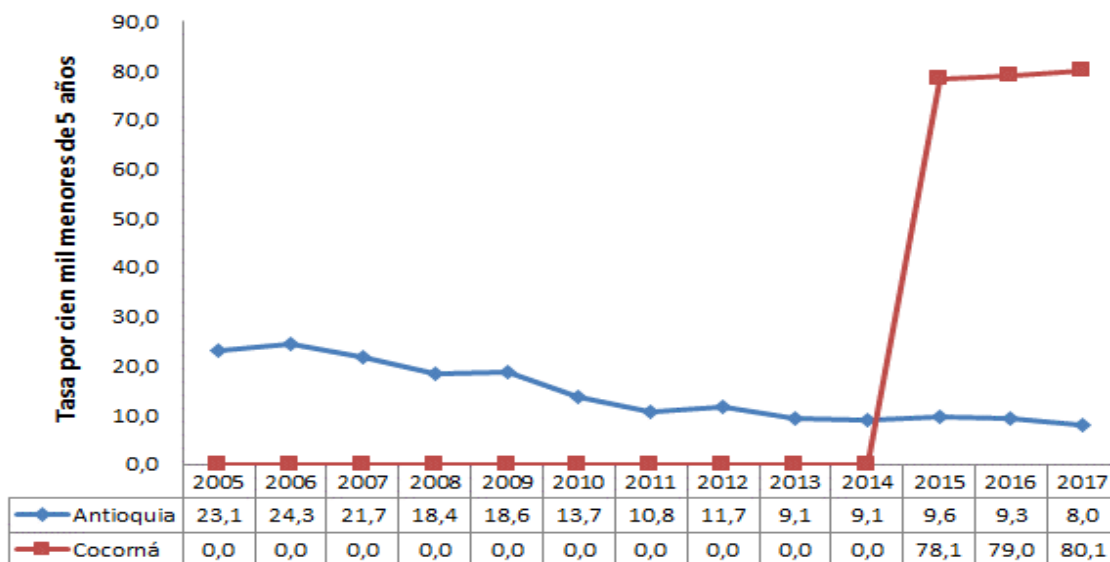


Fuente: DANE

### Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

Como se puede observar en la figura 32, la tasa de mortalidad por IRA se mantuvo en cero desde el año 2005 al año 2014; sin embargo, en los años 2015, 2016 y 2017 se han presentado lamentablemente tres casos de mortalidad por IRA en dos hombres menores y una mujer, todos menor 1 año. Ante el surgimiento sostenido de esta causa de mortalidad, se hace necesario generar acciones que permitan realizar las respectivas implementaciones tanto en el sector hospitalario como en el ámbito comunitario, de las estrategias AIEPI Clínico y Comunitario y la implementación de los protocolos establecidos por el Instituto Nacional de Salud. Esto con el fin de que las atenciones en el municipio frente a estas enfermedades sean atendidas de manera integral y de forma rápida y efectiva; así como también, con la finalidad de que las comunidades estén capacitadas en la detección temprana y la prevención del riesgo.

Figura 38. Tasa de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA, municipio de Cocorná, 2005- 2017



Fuente: Estadísticas vitales, RIPS DANE

### Mortalidad por desnutrición

La tasa mortalidad por desnutrición del 2005 al 2017 se mantuvo en 0 (cero), para el municipio de Cocorná.

### Determinantes estructurales de la mortalidad materna

#### Etnia

Como se observa en la Tabla 17, la razón de mortalidad materna se mantuvo en cero para los años 2016 y 2017 y para cada una de las etnias. En cuanto a la razón de mortalidad neonatal se encuentra que las etnias relacionadas mantienen la tasa en cero para los años 2016 y 2017, a excepción del grupo denominado otras etnias que presentan una tasa de mortalidad neonatal de 10,1 en el año 2016 y de 5,4 en el año 2017 por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente.

**Tabla 17.** Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por etnia, 2016 – 2017

Etnia	2016	2017	Cambio
<b>Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos</b>			
Indígena	0,0	0,0	0,0
Rom (gitano)	0,0	0,0	0,0
Raizal (San Andrés y providencia)	0,0	0,0	0,0
Palenquero de san basilio	0,0	0,0	0,0
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	0,0	0,0	0,0
Otras etnias	0,0	0,0	0,0
No reportado	0,0	0,0	0,0
Total general	0,0	0,0	0,0
<b>Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos</b>			
Indígena	0,0	0,0	0,0
Rom (gitano)	0,0	0,0	0,0
Raizal (San Andrés y providencia)	0,0	0,0	0,0
Palenquero de San Basilio	0,0	0,0	0,0
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	0,0	0,0	0,0
Otras etnias	10,1	5,4	-4,6
No reportado	0,0	0,0	0,0
Total general	0,0	0,0	0,0

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

### Área de residencia

En cuanto a la razón de mortalidad materna por área residencia, se encuentra que para cada una de las áreas y los años 2016 y 2017, esta razón es cero por cada 100.000 nacidos. En lo que respecta a la tasa de mortalidad neonatal se encuentra que, en el área residencial de la cabecera, de 22,5 para el año 2016, mientras que para el año 2017 la tasa es de 13,5 por mil nacidos vivos. En las zonas de centro poblado y el área rural dispersa las tasas de mortalidad se mantienen en cero tanto para el año 2016 como para el 2017.

**Tabla 18.** Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, 2016 – 2017

Área	2016	2017	Cambio
<b>Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos</b>			
Cabecera	0,0	0,0	0,00
Centro Poblado	0,0	0,0	0,00
Área rural dispersa	0,0	0,0	0,00
<b>Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos</b>			
Cabecera	22,5	13,5	-8,96
Centro Poblado	0,0	0,0	0,00
Área rural dispersa	0,0	0,0	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

### 2.1.5 Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno –infantil

Para la identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno infantil, primero se analizan cuáles son las tres grandes causas de muertes en la población Cocornense, para luego dentro de dichas categorías encontrar el subgrupo más relevante, y, por último, se muestra el valor tomado por los indicadores materno-infantiles. Las causas de mortalidad priorizadas en la tabla 19, se priorizaron con base al nivel de afectación que vienen generando en la población cocornense. De ahí que es posible observar que las tasas relacionadas para cada una de las causas de mortalidad priorizadas en su mayoría son inferiores o están en un rango estadísticamente equivalente a las tasas expuestas para el departamento de Antioquia en el año 2017; sin embargo, es la excepción la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, puesto que para dicho año el municipio de Cocorná presentó un incremento de significancia estadística en comparación con la tasa departamental (ver tabla 19).

**Tabla 19.** Identificación de prioridades frente a las causas de mortalidad en el municipio de Cocorná durante el periodo 2005-2017.

Mortalidad	Prioridad	Cocorná 2017	Antioquia 2017	Tendencia 2005 a 2017	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades del sistema circulatorio	120,5	145,46	Fluctuante	001
	2. Neoplasias	77,6	111,29	Fluctuante	007
	3. Causas Externas	4,7	63,93	Fluctuante	012
	3. Las demás causas de Enfermedad	39,6	115,15	Fluctuante	001
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades Isquémicas del corazón	92,9	73,3	Fluctuante	001
	2. Enfermedades cerebrovasculares	6,6	27,74	Fluctuante	001
	3. Accidentalidad en el transporte terrestre	8,4	15,5	Fluctuante	012
	4. Lesiones autoinflingidas intencionalmente	4	5,9	Fluctuante	012
	5. Tumor maligno de estómago	16,5	11,1	Fluctuante	007
	6. Tumor maligno de mama	8,4	13,6	Fluctuante	007
	7. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15,6	35,05	Fluctuante	002
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	11	352	Fluctuante	008
	2. Malformaciones congénicas, deformidades y anomalías cromosómicas	6	222	Fluctuante	008
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años.	80,1	8	Creciente	009
	2. Tasa de mortalidad neonatal	5,4	5,9	Fluctuante	008
	3. Tasa de mortalidad infantil	10,8	9,1	Fluctuante	008
	4. Tasa de mortalidad en la niñez	10,8	11,1	Fluctuante	008

Fuente: SISPRO-MSPS



## Conclusiones

De acuerdo con las tasas de mortalidad general se encuentra que las grandes causas de mortalidad en el municipio de Cocorná son las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas, las neoplasias y las enfermedades categorizadas en el grupo de las demás causas. De todas ellas las enfermedades del sistema circulatorio son las que han causado la mayor cantidad de muertes en el municipio en el periodo comprendido entre el año 2005 y 2017; siendo los subgrupos de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares los mayores protagonistas de la mortalidad en el municipio.

La segunda gran causa de mortalidad general en el municipio son las causas externas que durante todo el periodo observado han generado un número considerable de muertes al tiempo que han aportado el mayor número de AVPP en la población de Cocorná. Las principales causas de mortalidad por causas externas son los homicidios y los accidentes del transporte terrestre. En lo que respecta al homicidio se encuentra que, en los años iniciales del periodo de estudiado, dicha sub-causa de mortalidad presentaba los porcentajes más elevados; sin embargo, tras la disminución del conflicto armado en el territorio se empezó a visibilizar una tendencia decreciente, que posteriormente se trunca tras la aparición de grupos emergentes que controlan y dirigen acciones delincuenciales destinadas al micro tráfico y dominio de plazas de vicio. Esto generó que la tasa de homicidios nuevamente tuviera una participación en los índices de mortalidad en la población. En lo que corresponde a la tasa de mortalidad por accidentes del transporte terrestre, esta ha mantenido una tendencia fluctuante durante todo el periodo estudiado; siendo el principal lugar de accidentalidad el cordón vial de la autopista Medellín-Bogotá que atraviesa el territorio cocornense. Frente a ello podría decirse que el municipio de Cocorná siempre mantendrá un riesgo latente en materia de accidentalidad por transporte terrestre, debido a que dicha vía mantiene constantemente un flujo vehicular por ser una de las principales vías del departamento.

Dentro del grupo de causas externas también llama la atención el subgrupo de lesiones auto-inflingidas intencionalmente, que, si bien no está dentro de las principales causas, viene indicando que existe la necesidad de fortalecer la atención en salud mental, velando por un abordaje integral que posibilite a las personas el acceso sin restricciones, a la atención psiquiátrica y psicológica, así como también que brinde la posibilidad de un acompañamiento institucional a las personas con trastornos mentales del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad o de la conducta alimentaria, a personas con trastornos mentales psicóticos, así como también a aquellas personas que están sumidas en la drogadicción. Dicho abordaje integral debe igualmente velar por un acompañamiento a las familias.

Otra de las causas de mortalidad general por grandes causas en el municipio de Cocorná son las neoplasias, específicamente con el tumor maligno de estómago y el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo. Sin embargo, persisten neoplasias que no han de ser descuidadas y que a manera de atención temprana se han de tener en cuenta en el municipio en las acciones de prevención del riesgo. Entre estos tipos de neoplasias están los tumores malignos de mama, de próstata y de cáncer de cuello de útero (este último ha mantenido su tasa en cero desde el año 2014, pero es necesario continuar incentivando a las

mujeres del municipio para que realicen las acciones preventivas correspondientes, como es el caso de la citología).

En lo que se refiere a las neoplasias, podría decirse que existen factores de riesgo de tipo biológico que comprometen lo genético y lo ambiental; sin embargo, se han venido reconociendo a nivel global correlaciones entre el padecimiento de estas enfermedades y conductas de riesgo que realizan las personas. Entre ellas, están hábitos malsanos de alimentación, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas, la exposición a la radiación ultravioleta solar, y el comportamiento negligente frente a la realización de exámenes de detección temprana. Dichas conductas muchas veces son realizadas por las personas por que desconocen los riesgos; no obstante, se percibe un mayor peso en legados tradicionales y culturales que sostienen las prácticas de riesgo y hacen difícil la depuración de las mismas. Ellas hacen que las personas mantengan las conductas de riesgo pese a ser informadas de que estas conllevan a la posible adquisición de una enfermedad.

En lo correspondiente a las grandes causas de mortalidad segregadas por sexo, se encuentra que la población de hombres del municipio de Cocorná se ha visto mayormente afectada por las causas externas de mortalidad. En efecto, en el municipio de Cocorná son los hombres quienes tienen un mayor número de decesos específicamente por homicidios y accidentes del transporte terrestre. Ahora bien, si se observan las tasas de mortalidad en la población de mujeres se encuentra que en estas la principal causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio. Esto no quiere decir que la mortalidad en las mujeres por enfermedades del sistema circulatorio sea superior a los hombres. De hecho, para ambos sexos la afectación por dichas enfermedades es alta. Sin embargo, si se compara el comportamiento de las tendencias tanto para hombre y mujer se observa que en las mujeres persiste una disminución desde el año 2011 hasta el final del periodo observado, mientras que en los hombres la tendencia de las enfermedades del sistema circulatorio se ha mantenido fluctuante durante todo el periodo (2005-2017). Esto parece tener relación con lo observado a nivel municipal, en lo que respecta a la participación de las personas en los programas de promoción y prevención de la ESE y la secretaría de salud. En donde se ha identificado que son las mujeres en su mayoría las que participan de las actividades colectivas y de los programas de prevención y control del hospital; mientras que la participación de los hombres ha sido muy baja. Razón por la cual se han de generar en el municipio estrategias que logren vincular en mayor medida a la población de hombres en cada uno de los programas de P y P.

En el análisis de mortalidad para el municipio se encuentra también que el total de años de vida potencialmente perdidos para el municipio de Cocorná fue de 20.959 años, siendo las causas externas las que tienen un mayor indicador en las muertes prematuras sumando un total de 7.394 AVPP, número proporcionado en mayor medida por la población de hombres, que por dicha causa generó un total de AVPP de 6.558. Esto quiere decir que estas muertes por causas externas se presentan en población muy joven. Las enfermedades del sistema circulatorio también generaron 5.380 AVPP, de los cuales, las muertes en hombres aportaron 2.644AVPP y las muertes en las mujeres 2.896.

En lo que respecta a la mortalidad materno-infantil se encuentra una mayor mortalidad en los menores de 1 año, siendo las afecciones originadas en el periodo perinatal con 11 muertes, la primera causa de muerte en esta población afectando tanto a hombres como a mujeres en igual proporción. La segunda causa de muerte, se da a causa de malformaciones o anomalías congénitas con 6 muertes en la población menor de 1 año. También en esta población menor de 1 año se presentó 1 muerte por enfermedades del sistema nervioso en el año 2009 y 3 muertes por Infección Respiratoria Aguda, la primera en el 2015, la segunda en el año 2016 y la tercera en el año 2017. En la población de 1 a 4 años, se presentó una muerte por EDA en el año 2008 y dos por signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. Todas estas muertes, generan preocupación y precisan la implementación de acciones preventivas en la población materno infantil, puesto que se han de hacer todos los esfuerzos posibles para que no se presenten en el municipio de Cocorná.

## **2.2 Análisis de la morbilidad**

Para ampliar un poco más la visión con respecto a la morbilidad del municipio de Cocorná, se realizará un análisis de la morbilidad agrupada en, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes de información corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – SIVIGILA, y otra información que contribuye al análisis de la morbilidad en el territorio.

Para tal fin se utilizaron las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, incidencia, letalidad) y medidas de razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad junto con los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., los cuales se reflejan en las siguientes tablas y figuras de este capítulo.

### **2.2.1 Principales causas de morbilidad**

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad, que agrupa los códigos CIE10 y modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas, como son: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones (donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas); y condiciones mal clasificadas.

#### **Morbilidad atendida**

A continuación, se realizará el análisis descriptivo de las frecuencias relativas de las principales causas de morbilidad en el municipio de Cocorná, por ciclo vital y sexo, utilizando la lista adaptada por la Guía ASIS del MSPS y la fuente de información que corresponde a los RIPS a lo largo del periodo 2009-2018, reflejada en la tabla 20. En este apartado se busca realizar una valoración a nivel general del comportamiento de las causas de morbilidad de la población en general, teniendo en cuenta el ciclo vital y posteriormente se procederá a analizar esto mismo en la población de hombres y mujeres, a fin de entender de qué se está enfermando la población y si existen variaciones propias de cada sexo y del ciclo vital, que pudiesen aportar al

reconocimiento de factores de riesgo, susceptibles de ser contrarrestados mediante acciones preventivas (tablas 21 y 22).

Ahora bien, empezando con el ciclo vital de la primera infancia se encuentra que a nivel general la principal causa de morbilidad durante el periodo 2009-2018, fueron las enfermedades no transmisibles con un total de 4.592 casos presentados, lo que corresponde al 42,2% de los casos en los últimos diez años para el ciclo vital de la primera infancia. Conviene decir, que las enfermedades no transmisibles vienen presentando una tendencia fluctuante durante todo el periodo estudiado; no obstante, su porcentaje ha venido creciendo con relación a los primeros años del rango observado. Estas grandes causas de morbilidad representaron para el año 2018 el 47,3% de la morbilidad en la población de primera infancia, con un aumento en puntos porcentuales de 4,13, en comparación al año 2017 cuyo porcentaje fue del 43,19. Hay que mencionar, además, que las enfermedades no transmisibles, pasan a ocupar el primer lugar en las causas de morbilidad en la primera infancia, a partir del año 2012, superando desde ese año a las enfermedades transmisibles y nutricionales.

Consideremos ahora, la segunda de las causas de morbilidad en la población de la primera infancia, que es fácilmente observable en la información expuesta en la tabla 20 y que también sostienen un número considerable de afectaciones a esta población, en el periodo 2009-2018. Estas son las antes mencionadas enfermedades transmisibles y nutricionales, que presentan en el periodo observado 3.502 casos, que representan el 32,2% del total de los casos de morbilidad presentados en este ciclo vital durante todo el periodo 2009-2018.

Podría decirse, que la tendencia de las condiciones transmisibles y nutricional ha sido decreciente desde el año 2010 hasta el año 2018; pasando de un 48,2% de los casos en el 2010 al 28,8% en el año 2018. Para el último año del periodo observado en estas enfermedades se da un aumento porcentual de 0,57 frente al año anterior (2017). A pesar del leve incremento presentado entre el año 2017 y 2018, si se observa el periodo en general, es posible entrever que esta causa de morbilidad viene perdiendo protagonismo y ello podría asociarse al fortalecimiento de programas orientados al desarrollo integral de la primera infancia; así como, a acciones de valoración y seguimiento más efectivas por parte de los prestadores de servicios en salud, y a las acciones de promoción y prevención que se desarrollan constantemente a nivel municipal.

Con respecto a las otras causas de morbilidad identificadas en la tabla 20; se encuentran los signos y síntomas mal definidos (condiciones mal clasificadas) que durante todo el periodo 2009-2018 representan el 15,1% del total de casos de morbilidad en la primera infancia. Estas condiciones mal clasificadas al año 2018 implican el 17,4% de los casos de enfermedad con una disminución porcentual de -4,30 en relación al año 2017. Le siguen en porcentaje de afectación las lesiones (6,1%), y la gran causa de morbilidad denominada condiciones maternas perinatales (4,2%), que vienen presentando a lo largo de todo el periodo estudiado, una tendencia fluctuante con leves variaciones año tras año. Ahora bien, en lo que respecta a las lesiones para el año 2018 su proporción es de 5,7%; mientras que la proporción para las enfermedades relacionadas con las

condiciones maternas perinatales es el 0,62% de las afectaciones presentadas. Ambas causas de morbilidad mantienen las proporciones más bajas en los años comprendidos entre 2009-2018.

**Tabla 20.** Principales causas de morbilidad por ciclo vital, municipio de Cocorná 2009 – 2018

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones maternas perinatales	4,20	4,82	5,86	7,88	5,01	5,65	9,33	1,29	0,85	0,62	0,23
	Condiciones transmisibles y nutricionales	47,52	48,22	37,44	37,34	32,16	25,33	27,61	23,53	28,27	28,84	0,57
	Enfermedades no transmisibles	31,34	34,80	32,93	35,55	43,50	49,12	43,30	48,90	43,19	47,32	4,13
	Lesiones	4,45	3,35	11,88	7,75	6,85	5,29	5,55	7,90	5,89	5,73	0,16
	Signos y síntomas mal definidos	12,50	8,81	11,88	11,48	12,48	14,61	14,21	18,38	21,79	17,49	4,30
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	18,13	4,70	2,15	2,55
	Condiciones transmisibles y nutricionales	29,80	33,80	20,20	14,21	9,00	10,90	11,63	20,99	16,03	14,20	1,83
	Enfermedades no transmisibles	36,80	40,38	55,82	60,52	64,77	60,40	55,16	43,70	48,08	56,11	8,02
	Lesiones	18,20	6,57	8,98	13,47	9,79	10,62	10,33	5,73	8,28	9,09	0,82
	Signos y síntomas mal definidos	15,20	19,25	14,90	11,81	16,43	18,08	22,75	11,45	22,91	18,45	4,46
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones maternas perinatales	10,25	1,71	7,52	5,73	7,21	5,84	11,04	4,14	2,94	1,82	1,12
	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,07	18,12	10,62	7,66	5,25	7,27	5,27	9,08	6,22	6,27	0,05
	Enfermedades no transmisibles	49,81	47,55	50,56	58,52	51,61	50,77	52,20	53,34	52,77	57,94	5,17
	Lesiones	8,44	17,91	11,94	8,60	9,99	12,44	10,01	13,06	12,93	13,16	0,23
	Signos y síntomas mal definidos	16,43	14,71	19,36	19,48	25,93	23,68	21,48	20,38	25,13	20,81	4,33
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas perinatales	15,34	13,69	16,27	17,02	15,49	11,96	13,46	13,74	8,90	10,01	1,12
	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,63	9,74	7,46	8,04	6,25	5,81	4,87	6,60	6,88	4,65	2,23
	Enfermedades no transmisibles	50,61	48,34	50,51	47,99	48,27	53,65	53,83	44,83	48,59	53,39	4,60
	Lesiones	7,29	11,22	8,22	8,04	9,14	9,22	9,51	13,63	11,51	10,78	0,74
	Signos y síntomas mal definidos	18,13	17,02	17,54	18,90	20,86	19,36	18,33	21,19	24,11	21,17	2,94
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas perinatales	3,02	1,87	3,74	2,17	2,41	2,57	2,32	1,84	1,44	2,29	0,85
	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,95	8,24	6,36	6,29	4,06	4,66	5,11	4,21	4,81	3,76	1,05
	Enfermedades no transmisibles	72,19	74,26	69,61	71,92	71,24	74,20	72,52	76,72	67,07	72,19	5,12
	Lesiones	3,75	4,04	6,24	6,20	7,19	6,03	6,15	6,23	7,47	7,21	0,26
	Signos y síntomas mal definidos	13,08	11,60	14,05	13,42	15,10	12,54	13,90	11,00	19,20	14,54	4,66
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,63	6,29	5,48	3,61	3,53	4,06	2,45	1,84	3,44	3,96	0,52
	Enfermedades no transmisibles	83,29	83,82	80,01	83,94	85,66	81,63	82,50	90,12	77,32	80,99	3,67
	Lesiones	2,18	2,82	6,11	4,62	3,21	5,04	5,11	3,13	5,60	4,64	0,96
	Signos y síntomas mal definidos	7,90	7,07	8,39	7,83	7,60	9,27	9,94	4,91	13,64	10,41	3,22

Fuente: RIPS, SISPRO-MSPS

Ahora veamos, las causas de morbilidad en la población infantil del municipio, que comprende el ciclo vital de los 6 a los 11 años. En esta población, al igual que en la población de la primera infancia, las causas de morbilidad que más peso tienen durante el periodo observado son aquellas relacionadas con las enfermedades no trasmisibles; que de acuerdo con la información consignada en la tabla 20, se han mantenido durante todo el periodo 2009-2018 como la primera causa de morbilidad en la infancia, con 3.949 casos reportados, representando el 53,5% de las afecciones presentadas en la infancia en los últimos 10 años. Con respecto a las enfermedades no transmisibles podría decirse, que su tendencia en la población infantil ha sido fluctuante durante el tiempo observado. Se encuentra además que dichas enfermedades presentaron el porcentaje anual más alto en el año 2013 con un 64,7% del total de afecciones generadas en dicho año. Sin embargo, en los años posteriores esta enfermedad decrece levemente, hasta el año 2016 año en el cual representa el 43,7% de las afecciones generadas en dicho año; no obstante, en el año 2017 el

porcentaje tiene un leve incremento, siendo el 48% de los casos para ese año. El periodo culmina al año 2018, también con un incremento, representando el 56,1%, las causas de morbilidad en la infancia para dicho año, lo que implicó un aumento en puntos porcentuales frente al año previo de 8,02.

En segundo lugar, se observan los signos y síntomas mal definidos con 1324 casos presentados en todo el periodo, representando el 17,9% de los casos presentados desde el año 2009 al 2018. Para el final del periodo (2018) tienen una disminución en puntos porcentuales de -4,46. La tercera causa de morbilidad en la población infantil son las enfermedades transmisibles y nutricionales, las cuales tienen un comportamiento oscilante durante todo el periodo, representando el 15,9% del total de casos de morbilidad surgidos en los últimos 10 años. Para el año 2018, las enfermedades transmisibles y nutricionales representan el 14,2% del total de los casos generados, con una disminución porcentual de -1,83% en comparación con el año 2017 (16,03%). A estas enfermedades le siguen las lesiones con el 10% de los casos y las condiciones maternas perinatales con el 2,5% del total de casos presentados durante el periodo observado.

La población adolescente del municipio de Cocorná se ha visto afectada en mayor medida por las enfermedades no trasmisibles, que a lo largo del periodo presentan una tendencia oscilante, con variaciones anuales muy leves. Estas enfermedades se han mantenido siempre por encima de las otras causas de morbilidad representando el 53,9% del total de las afectaciones presentadas entre los años 2009 y 2018. Acorde con ello, se puede observar en la tabla 20 que para el año 2018 estas causas de morbilidad se sostienen como primera causa de afectaciones en la salud de la población adolescente, con un porcentaje del 57,9% de los casos, presentando además un aumento de 5,17 puntos porcentuales en relación al año anterior.

En segundo lugar, se encuentran los signos y síntomas mal definidos, que en la población adolescente exponen 3.248 casos, correspondientes al 21,5% del total de los casos de morbilidad generados en dicha población durante los últimos 10 años. Estas afecciones en las que no se pudieron efectuar los diagnósticos correspondientes, han mantenido la segunda posición durante todo el periodo estudiado, culminando a 2018 con el 20,8% de los casos reportados y una disminución en porcentual del -4,3% con relación al año anterior. En el caso de la gran causa de enfermedad denominada lesiones, se observa que para el año 2018, presenta un aumento en puntos porcentuales de 0,23 en comparación con el año 2017. Finalmente, en lo que respecta a las demás causas de morbilidad valoradas, se encuentra que estas conservaron durante el periodo observado una pequeña proporción y variación.

Para la población joven del municipio, la causa de morbilidad más notoria durante el periodo observado, son al igual que las anteriores las enfermedades no trasmisibles presentando entre los años 2009-2018 una gran prevalencia con respecto a las demás causas de morbilidad, y manteniendo una tendencia fluctuante. Finalizando al año 2018, con una proporción del 53,3% lo que implica un aumento porcentual del 4,80 frente al año previo. Ahora bien, con relación al comportamiento de esta causa durante todo el periodo (2009-2018) se encuentra que en ese rango de años se presentaron 9.142 casos; siendo el 50,6% del total presentados en los últimos 10 años. En lo que respecta a las demás causas de morbilidad, sobresalen nuevamente las condiciones mal clasificadas con el 20,1% de los casos expuestos durante todo el periodo estudiado; mientras



que las condiciones maternas, las lesiones y las enfermedades transmisibles y nutricionales conservaron una tendencia igualmente oscilante, pero representando porcentajes menores y variaciones leves anualmente.

En la población adulta del municipio, la situación tampoco varía mucho con respecto a los ciclos vitales anteriores, pues, nuevamente la causa de morbilidad que más peso tiene durante el periodo observado son las enfermedades no transmisibles, que representan el 71,8% de los casos de morbilidad generados entre los años 2009 y 2018, manteniendo una tendencia fluctuante con pequeñas variaciones año tras año. Esta causa de morbilidad finaliza a 2018, siendo el 72,1% del total de afecciones para dicho año, con un aumento de 5,12 puntos porcentuales en relación al año anterior.

Finalmente, para la población mayor de 60 años el panorama es similar al de los anteriores ciclos vitales relacionados, con un predominio mucho mayor de las enfermedades no transmisibles. Estas enfermedades representan el 82,3% del total de los casos presentados en la población de adultos mayores, durante el periodo comprendido entre los años 2009 y 2018. Estas afecciones representan al año 2018 el 80,9% del total de las causas de morbilidad en la población de personas mayores de 60 años. Observándose así, un aumento en puntos porcentuales de 3,66 en relación al año anterior. En la morbilidad del adulto mayor es posible observar que la gran causa denominada condiciones mal definidas, vienen teniendo una tendencia creciente desde el año 2009 hasta el año 2018.

En conclusión, podría decirse que para la población cocornense en general, las principales causas de morbilidad están relacionadas con la gran causa denominada enfermedades no transmisibles. Dichas enfermedades muestran un predominio superior a las demás grandes causas de morbilidad; siendo esto más visible en la población mayor de 27 años.

A continuación, se realiza el análisis de las grandes causas de morbilidad en la población cocornense según sexo y ciclo vital.

### **Principales causas de morbilidad en Mujeres**

A nivel general, en esta población se encuentra que las principales causas de morbilidad están relacionadas con las enfermedades no transmisibles. El comportamiento de esta gran causa de morbilidad tiene una prevalencia muy superior a las demás grandes causas, en cada uno de los ciclos vitales abordados. Existe, una pequeña variación en el ciclo vital de la primera infancia; puesto que para esta población las enfermedades transmisibles y nutricionales también tienen un predominio importante como causa de morbilidad.

Frente a dicho ciclo vital (0 a 5 años), se encuentra que en el periodo comprendido entre el año 2009 y 2018, ambas enfermedades proporcionan el mayor número de afecciones en la población de mujeres de la primera infancia, con el 42,8% de las afecciones producidas por las enfermedades no transmisibles y el 32% de los casos de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales. El comportamiento de las enfermedades no transmisibles durante todo el periodo ha sido fluctuante; sin embargo, a partir del año 2013 viene presentando

mayores proporciones, finalizando en el año 2018 siendo el 50,1% de los casos presentados en la población de mujeres para ese año, teniendo un aumento de puntos porcentuales de 3,15 con respecto al año previo. Una situación opuesta la presentan las condiciones transmisibles y nutricionales que evidencian en la primera infancia una tendencia decreciente durante todo el periodo (2009-2018), partiendo de ser en el año 2009 el 45,5% de los casos reportados para dicho año a ser en el año 2018 el 26,4 del total de los casos de morbilidad en mujeres.

**Tabla 21.** Principales causas de morbilidad en mujeres municipio de Cocorná 2009 – 2018

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones maternas perinatales	4,55	8,00	7,84	9,56	5,16	6,14	12,03	1,75	0,15	0,33	0,19
	Condiciones transmisibles y nutricionales	45,59	43,64	36,93	39,28	34,99	24,88	27,50	22,73	27,07	26,41	-0,67
	Enfermedades no transmisibles	31,68	38,91	36,27	35,14	43,83	48,54	39,84	51,40	47,02	50,17	3,15
	Lesiones	3,58	1,09	8,17	6,20	4,24	4,61	4,69	5,24	4,37	4,53	0,16
	Signos y síntomas mal definidos	14,60	8,36	10,78	9,82	11,79	15,82	15,94	18,88	21,40	18,56	-2,83
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	26,14	6,97	1,83	-5,14
	Condiciones transmisibles y nutricionales	36,32	33,04	22,92	13,95	8,07	11,75	13,49	20,08	13,78	14,87	1,09
	Enfermedades no transmisibles	44,39	42,86	57,50	62,40	63,69	64,76	50,64	36,74	50,88	52,75	2,07
	Lesiones	2,24	4,46	7,08	12,79	5,19	4,87	7,12	3,79	5,95	8,35	2,40
	Signos y síntomas mal definidos	17,04	19,64	12,50	10,85	23,05	18,62	28,50	13,26	22,62	22,20	-0,42
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones maternas perinatales	14,86	2,89	13,40	8,67	10,72	8,98	17,85	6,97	4,65	3,05	-1,60
	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,11	17,33	9,79	6,83	4,68	7,45	4,84	9,12	5,96	7,43	1,46
	Enfermedades no transmisibles	50,71	50,90	47,08	59,48	51,85	52,67	47,14	54,69	55,62	60,62	5,01
	Lesiones	3,83	10,83	3,44	3,14	3,90	4,74	4,40	6,70	5,96	6,79	0,83
	Signos y síntomas mal definidos	17,49	18,05	26,29	21,89	28,85	26,16	25,77	22,52	27,81	22,11	-5,70
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas perinatales	28,74	40,07	31,44	27,30	29,24	21,08	20,40	34,58	14,48	21,19	6,70
	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,26	20,22	11,00	8,13	7,21	5,76	5,28	6,43	7,98	5,81	-2,16
	Enfermedades no transmisibles	74,10	110,47	71,13	54,93	61,21	64,18	58,75	79,36	69,87	82,67	12,80
	Lesiones	2,19	5,05	5,33	3,36	2,92	4,74	5,63	11,53	9,37	5,12	-4,25
	Signos y síntomas mal definidos	25,25	40,07	24,74	20,69	30,51	25,57	20,67	38,34	35,09	31,95	-3,14
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas perinatales	3,93	2,61	5,54	3,25	3,42	3,63	3,35	2,73	2,02	3,20	1,18
	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,80	8,67	6,07	5,62	4,09	4,69	5,12	4,16	5,12	3,80	-1,32
	Enfermedades no transmisibles	72,87	74,86	70,72	73,68	73,29	75,86	75,08	79,95	69,99	75,04	5,05
	Lesiones	1,97	1,74	3,39	3,44	2,92	2,76	2,59	3,23	3,39	3,70	0,32
	Signos y síntomas mal definidos	13,43	12,11	14,28	14,00	16,29	13,05	13,86	9,93	19,48	14,26	-5,23
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,49	6,32	4,89	3,46	3,88	3,80	2,26	1,54	3,65	5,24	1,59
	Enfermedades no transmisibles	84,66	84,96	82,03	87,39	87,27	83,36	83,69	91,37	78,48	80,72	2,23
	Lesiones	1,75	1,70	5,37	2,45	2,00	4,67	3,74	2,63	4,92	3,78	-1,14
	Signos y síntomas mal definidos	8,10	7,02	7,71	6,70	6,86	8,16	10,31	4,45	12,95	10,27	-2,68

Fuente: RIPS, SISPRO-MSPS

Para la población infantil (6-11 años) de mujeres en el municipio, las enfermedades no trasmisibles, pasan a ocupar la principal causa de consulta. Estas enfermedades mantienen una mayor prevalencia con respecto a las otras grandes causas de morbilidad, con una proporción del 53,3% de los casos durante todo el periodo observado (2009-2018). El comportamiento de estas enfermedades refleja una tendencia fluctuante, que finaliza el periodo con un porcentaje anual de 52,7%, con incremento porcentual de 2,07 frente al año previo.

La segunda gran causa de morbilidad para las mujeres en el ciclo vital de 6 a 11 años, se enmarca en el grupo de signos y síntomas mal definidos, los cuales presentaron durante todo el periodo (2009-2018) 761

casos, siendo estos el 20,2% del total de eventos de morbilidad en mujeres. Para el año 2018 el porcentaje de la morbilidad que fue categorizada en ésta gran causa fue de 22,2%, teniendo para dicho año una disminución en puntos porcentuales de -0,42. Le siguen las enfermedades transmisibles y nutricionales, las cuales durante todo el periodo representaron el 16,2% del total de los casos de morbilidad presentados para todo el periodo; cabe resaltar, que durante todo el periodo observado (2009-2018) la tendencia de las condiciones transmisibles y nutricionales ha venido presentando algunas variaciones que hacen difícil especular sobre el comportamiento de estas enfermedades en años posteriores al 2018. Sin embargo, a nivel general se puede visualizar que las enfermedades transmisibles y nutricionales en la población de mujeres en el ciclo vital de la infancia, presentan un predominio menor que el identificado en la población de la primera infancia. Algo semejante ocurre con ciclos vitales subsiguientes, en donde se puede observar que, a más edad de las mujeres, es menor la morbilidad por enfermedades transmisibles y nutricionales.

En los ciclos vitales que enmarcan la adolescencia (12-18 años) y Juventud (14-26 años), también tienen protagonismo las enfermedades no transmisibles. En el ciclo vital adolescencia, estas enfermedades reportan el 53,9% y en la juventud el 51,6%, en el rango de años observado (2009-2018). Para ambos rangos de edades, se encuentra además que, en todo el periodo, la segunda causa de morbilidad reportada son los signos y síntomas mal definidos que para la adolescencia representa el 24,2% y para la juventud el 20,9%. A 2018 en el ciclo vital de la adolescencia, los signos y síntomas mal definidos presentan una disminución en puntos porcentuales de -1,64 frente al 2017; siendo una situación similar la del ciclo vital de la juventud donde también se da una disminución, aunque más leve de puntos porcentuales de -0,53. Para ambos ciclos vitales la tendencia de dichas enfermedades ha sido fluctuante durante todo el periodo estudiado.

En lo que respecta a los ciclos vitales subsiguientes (adultez y personas mayores), persisten con mayor fuerza las afecciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles; las cuales han mantenido durante todo el periodo una tendencia fluctuante en ambos ciclos vitales. Para el año 2018, se observa en ambos rangos de edad, que estas enfermedades presentaron un aumento en puntos porcentuales con relación al año 2017; siendo el incremento para la población de mujeres adultas de 5,18 puntos porcentuales y para las mujeres mayores de 60 años, de 5,69. Ahora bien, si se observa la proporción de afecciones generadas por estas enfermedades en el periodo analizado (2009-2018), se hace evidente el aumento de proporción en los ciclos vitales de la adultez y de las personas mayores de 60 años; encontrándose, que en las mujeres adultas (27-59 años) la proporción de morbilidad por enfermedades no transmisibles es de 73,9% y que para las mujeres mayores de 60 años es de 83,6%. Aquí, se hace más evidente lo mencionado en párrafos anteriores sobre el incremento de la frecuencia relativa de las enfermedades no transmisibles a medida que aumenta la edad.

En lo que atañe a las otras grandes causas de morbilidad en los ciclos vitales de la adultez y personas mayores, se encuentra que en todo el periodo comprendido entre los años 2009 y 2018, las enfermedades transmisibles y nutricionales, los signos y síntomas mal definidos y las lesiones, conservan bajas proporciones y pequeñas variaciones.

## Principales causas de morbilidad en hombres

Al observar el comportamiento de las causas de morbilidad en la población de hombres por ciclos vitales. A nivel general, se hace evidente que la principal causa de morbilidad son las enfermedades no transmisibles, en todos los ciclos vitales relacionados. En lo que atañe a las otras grandes causas de morbilidad, es posible visibilizar que estas presentan variaciones en lo que respecta al grado de afectación en cada uno de los rangos de edad contemplados; aunque siempre ocupando una proporción menor frente las enfermedades no transmisibles. Así pues, se encuentran que las enfermedades transmisibles y nutricionales se manifiestan mucho más en la población de hombres en los ciclos vitales de la primera infancia y en la infancia; mientras que, en los ciclos vitales de la adolescencia, la juventud, la adultez adquieren relevancia las afecciones relacionadas con las grandes causas de morbilidad denominada lesiones. En lo que respecta a la causa de morbilidad de los signos y síntomas mal definidos, se observa que se mantiene como tercera causa, mostrando mayor actividad en los ciclos vitales de la infancia, adolescencia y juventud.

El ciclo vital de la primera infancia en la población de hombres tiene como principal afectación las enfermedades no transmisibles que representan para todo el periodo (2009-2018), el 41,5% de las afectaciones, seguida de las enfermedades transmisibles y nutricionales con el 32,3% de las causas de enfermedad en hombres. En el caso de las enfermedades no transmisibles, se observa una tendencia fluctuante pero manteniéndose mucho más estable a partir del año 2013 hasta el final del periodo estudiado. Para el año 2018 las enfermedades no transmisibles representaron el 44,78% de los casos de morbilidad en hombres para ese año, teniendo un incremento de 4,71 puntos porcentuales en relación al año previo. Las condiciones transmisibles y nutricionales mantienen una tendencia fluctuante, finalizando al año 2018 con el 31% del total de casos de morbilidad para dicho año, con incremento de 1,75 puntos porcentuales.

Ahora bien, con base a lo manifestado podría decirse a nivel general que la población de hombres en el ciclo vital de la primera infancia ha venido presentando un cambio caracterizado por el incremento porcentual de la aparición de las enfermedades no transmisibles y la disminución de afectaciones por condiciones transmisibles y nutricionales. En el caso de las condiciones transmisibles y nutricionales esto podría estar indicando que frente estas se vienen generando acciones funcionales que han permitido la disminución de las afectaciones de esta gran causa de morbilidad; Mientras que para el caso de enfermedades no transmisibles se evidencia un aumento porcentual paulatino, que indica la necesidad de generar acciones que impacten esta causa de morbilidad, a fin de lograr que ellas disminuyan. En lo que respecta a las otras grandes causas de morbilidad para el ciclo de la primera infancia, se encuentra que estas presentan durante el periodo estudiado porcentajes menores de afectación en la población de hombres.

En la población infantil de hombres del municipio, la causa de morbilidad con mayor proporción de afectación en el periodo observado, son las enfermedades no trasmisibles. Estas representan el 53,7% de las causas de morbilidad, durante el periodo comprendido entre el año 2009 y el 2018, manteniéndose muy por encima de las otras causas de enfermedades. En lo que respecta a la segunda causa de morbilidad en esta población, se encuentra que tal lugar lo tienen las enfermedades transmisibles y nutricionales, las cuales durante todo el

periodo observado generaron el 15,6% del total de los casos presentados. Esta causa de morbilidad presenta en el 2018 una disminución de puntos porcentuales de -4,94% con relación al año previo.

Para terminar, podría decirse que a las enfermedades transmisibles y nutricionales en este ciclo vital le siguen muy de cerca las grandes causas de morbilidad denominadas condiciones mal clasificadas. Esta categoría representa en el periodo 2009-2018 el 17,5% de los casos de morbilidad en la infancia, manteniendo una tendencia fluctuante durante los últimos 10 años. Esta causa de morbilidad tuvo al final del periodo en el año 2018 una disminución en puntos porcentuales de -8,96.

**Tabla 22.** Principales causas de morbilidad en hombres, municipio de Cocorná 2009 – 2018

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres											Δ pp 2018 2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones maternas perinatales	3,62	0,50	4,18	5,95	4,87	5,20	6,89	0,78	1,43	0,89	0,54	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	50,68	54,46	37,88	35,12	29,58	25,74	27,71	24,42	29,25	31,00	1,75	
	Enfermedades no transmisibles	30,77	29,21	30,08	36,01	43,19	49,65	46,41	46,12	40,07	44,78	4,71	
	Lesiones	5,88	6,44	15,04	9,52	9,24	5,91	6,33	10,85	7,13	6,79	-0,34	
	Signos y síntomas mal definidos	9,05	9,41	12,81	13,39	13,11	13,50	12,66	17,83	22,12	16,54	-5,58	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00	2,32	2,51	0,19	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,55	34,65	17,60	14,44	10,14	10,06	9,68	21,92	18,39	13,45	-4,94	
	Enfermedades no transmisibles	30,69	37,62	54,40	58,80	66,08	56,03	59,95	50,77	45,36	59,86	14,51	
	Lesiones	31,05	8,91	10,80	14,08	15,38	16,38	13,71	7,69	10,71	9,92	-0,79	
	Signos y síntomas mal definidos	13,72	18,81	17,20	12,68	8,39	17,53	16,67	9,62	23,21	14,25	-8,96	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,00	0,41	0,00	0,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,42	19,27	11,62	9,30	6,31	6,93	5,98	9,02	6,67	4,58	-2,09	
	Enfermedades no transmisibles	47,82	42,71	54,77	56,66	51,17	47,24	60,40	51,57	47,87	53,98	6,12	
	Lesiones	18,69	28,13	22,20	19,24	21,26	26,77	19,09	22,35	24,93	22,54	-2,39	
	Signos y síntomas mal definidos	14,08	9,90	11,00	14,80	20,54	19,06	14,53	17,25	20,53	18,90	-1,64	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,00	2,62	0,46	0,00	0,00	0,00	0,00	4,74	0,00	4,74	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,71	10,80	6,98	10,32	7,94	8,17	5,16	12,50	9,47	6,22	-3,25	
	Enfermedades no transmisibles	45,24	40,38	52,91	47,94	51,86	55,32	55,91	41,12	42,48	46,71	4,23	
	Lesiones	25,00	36,15	19,19	20,41	24,83	20,96	21,51	27,96	22,98	27,26	4,28	
	Signos y síntomas mal definidos	19,05	12,68	18,31	20,87	15,37	15,56	17,42	18,42	20,33	19,80	-0,53	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,47	7,21	6,98	7,63	3,99	4,60	5,09	4,31	4,06	3,67	-0,39	
	Enfermedades no transmisibles	69,96	72,82	67,29	68,38	66,33	70,18	66,70	70,02	59,82	65,00	5,18	
	Lesiones	9,65	9,50	12,16	11,73	17,43	13,91	14,24	12,45	17,63	16,08	-1,55	
	Signos y síntomas mal definidos	11,93	10,37	13,57	12,26	12,25	11,31	13,97	13,22	18,49	15,26	-3,23	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,63	6,24	6,46	3,87	2,92	4,49	2,68	2,29	3,15	2,38	-0,77	
	Enfermedades no transmisibles	80,89	82,02	76,70	78,31	82,90	78,84	80,99	88,20	75,63	81,32	5,69	
	Lesiones	2,94	4,59	7,33	8,15	5,30	5,64	6,85	3,89	6,59	5,71	-0,87	
	Signos y síntomas mal definidos	7,55	7,16	9,51	9,67	8,87	11,03	9,47	5,62	14,63	10,59	-4,04	

Fuente: RIPS, SISPRO-MSPS

En los ciclos vitales de la adolescencia y la juventud, persisten como principal causa de morbilidad las enfermedades no trasmisibles y en ambos ciclos vitales la tendencia de dichas enfermedades ha sido fluctuante durante todo el periodo observado. Tanto para la adolescencia como para la juventud, la segunda causa de morbilidad son las lesiones, a las cuales les siguen las otras causas de morbilidad que para estos dos ciclos vitales presentan porcentajes de afectación más bajos y variaciones leves. El porcentaje de afectación de las enfermedades no transmisibles en la adolescencia entre los años 2009 y 2018 es del 52,27% del total de los casos presentados en la población de hombre en dicho ciclo vital. Para el año 2018, estas enfermedades en la adolescencia presentan una desviación de puntos porcentuales de 6,12%. Este

comportamiento de las enfermedades no transmisibles es muy similar en el ciclo vital de la juventud, en el cual el porcentaje alcanzado durante el periodo 2009-2018, es del 48,40% del total de los casos presentados durante todo el periodo para dicho ciclo vital. Para el último año del periodo estudiado (2018), las enfermedades no transmisibles en la adolescencia representaron el 46,7% de los casos en hombres, con un aumento de 4,23 puntos porcentuales.

En los ciclos vitales de la adultez y de las personas mayores, se puede observar un predominio mucho mayor de las enfermedades no transmisibles. Ello indica que la población de hombres en estos rangos de edades, enferman en mayor medida por esta causa. Ahora bien, en lo que respecta a la adultez se encuentra que las enfermedades no transmisibles representan para todo el periodo observado el 66,6% del total de los casos de morbilidad presentados en dicho ciclo vital. Cabe mencionar, además, que en la adultez se hace visible una tendencia más estable de estas enfermedades, pese a las leves fluctuaciones que pueden identificarse año tras año. En dicho ciclo vital, para el año 2018 se da un aumento porcentual del 5,1% con relación al año previo; siendo esto evidencia de las fluctuaciones que se vienen presentando durante el periodo comprendido entre 2009 y 2018.

En el ciclo vital de las personas mayores, se hace evidente aquello que se mencionaba en párrafos anteriores sobre el incremento de la frecuencia relativa de las enfermedades no transmisibles, a medida que aumenta la edad. Para los hombres del ciclo vital de las personas mayores, el porcentaje de afectación de estas enfermedades durante todo el periodo observado es del 80,3%. Ello indica que básicamente las enfermedades presentadas en los adultos mayores son generadas principalmente por las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas presentan durante todo el periodo observado una tendencia fluctuante y finalizan al año 2018 representando el 81,3% del total de los casos de morbilidad en hombres para ese año, con aumento de 5,6 puntos porcentuales en relación al año anterior.

Finalmente, podría decirse que en lo que respecta a las otras causas de morbilidad en el periodo comprendido entre el año 2009 y 2018, se encuentra que estas tienen una participación en proporciones menores en los hombres pertenecientes al ciclo vital de la adultez y en aquellos que hacen parte del ciclo vital de las personas mayores de 60 años. Adicional a ello, es posible observar que las condiciones mal definidas, las lesiones y las condiciones transmisibles y nutricionales, mantienen en ambos ciclos vitales una tendencia fluctuante, caracterizada por presentar pequeñas variaciones anuales.

### **2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo**

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, se realizó la estimación de cambios en las proporcionales durante el periodo 2009 a 2018. En dicho análisis se describió la proporción de afectación de la población por cada uno de los subgrupos de enfermedades identificados, teniendo en cuenta la población en general, así como también la población segregada por sexo. Para ello se utilizó el anexo 18, en el apartado de morbilidad por subgrupo de causas.



### **Morbilidad por subgrupo de causas en la población general**

Para describir la morbilidad por subgrupo de causas en el municipio de Cocorná, es consecuente empezar con la valoración de aquellas que conforman las enfermedades no transmisibles. Ello porque en el análisis de las grandes causas, se hizo evidente que estas enfermedades son la primera causa de morbilidad en la población cocornense; siendo dicho comportamiento fácilmente visible en ambos sexos y en cada uno de los ciclos vitales contemplados. Posteriormente, se valorarán los subgrupos de causas en relación nivel de afectación identificado en los apartados anteriores.

### **Enfermedades no transmisibles en la población general**

Para el grupo de enfermedades no transmisibles, la primera causa de morbilidad son las enfermedades cardiovasculares (I00-I99). Estas representan la mayor proporción de afectación frente a las otras enfermedades no transmisibles, durante el periodo comprendido entre el año 2009 y el año 2018. Es posible observar que la tendencia de estas enfermedades ha sido fluctuante, representando el 27,9% del total de casos presentados por enfermedades no transmisibles en el municipio. Para el año 2018, las enfermedades cardiovasculares presentan el 23,3% de los casos de enfermedades no transmisibles, siendo la mayor causa de morbilidad por estas enfermedades para dicho año; pero se presenta una disminución en puntos porcentuales de -1,52 con relación al año anterior.

Las enfermedades no transmisibles que se presentan en segundo y tercer lugar son las enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99), que generaron el 12% del total de los casos del periodo observado y las enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98) que presentaron el 10,6%. Las enfermedades musculo-esqueléticas reportan a 2018 una disminución de -1,24 puntos porcentuales; mientras que las enfermedades genitourinarias presentaron un aumento de 0,16 puntos porcentuales. Los demás subgrupos de causas de enfermedades no transmisibles presentaron proporciones más bajas de morbilidad con relación a las tres primeras causas.

### **Condiciones transmisibles y nutricionales en la población general**

En las afectaciones generadas por las enfermedades transmisibles y nutricionales a la población cocornense, resaltan las infecciones respiratorias, que durante todo el periodo observado se mantuvieron superiores. Los eventos presentados por este subgrupo de causas generaron el 65% de las condiciones transmisibles y nutricionales en la población cocornense especialmente en los niños y niñas del municipio. Algo semejante ocurre con las enfermedades infecciosas y parasitarias, que son la segunda causa de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales. Estas también presentan una mayor proporción de afectación en los ciclos vitales de la infancia y la primera infancia. Para el año 2018 se da en las enfermedades infecciosas y parasitarias una disminución en puntos porcentuales de -0,11 con relación anterior. Cabe decir, que, dentro del grupo de las condiciones transmisibles y nutricionales, las enfermedades infecciosas y parasitarias generaron el 31,3% de todos los casos presentados en el periodo comprendido entre el año 2009 y el año 2018. Ahora bien, en lo que respecta a las deficiencias nutricionales se identifica una baja proporción de

afectación a la población durante el periodo estudiado. Estas enfermedades representaron el 3,5% de las afecciones con relación a las condiciones transmisibles y nutricionales; adicional a ello, se observa para el 2018 el porcentaje anual fue de 2,8%, siendo esta proporción a la presentada en el año previo.

**Tabla 23.** Morbilidad por subgrupos de causas, en la población general del municipio de Cocorná, 2009-2018

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Condiciones transmisibles y nutricionales	Deficiencias nutricionales	2,36	2,12	2,69	2,53	3,52	5,57	7,28	5,55	2,89	2,89	0,00
	Enfermedades infecciosas y parasitarias	29,56	33,44	30,67	31,77	30,42	32,17	38,07	40,07	28,26	28,15	-0,11
	Infecciones respiratorias	68,08	64,44	66,63	65,69	66,06	62,26	54,66	54,38	68,85	68,96	0,11
Condiciones maternas perinatales	Condiciones derivadas durante el periodo	8,01	13,00	8,08	10,79	19,70	14,89	20,17	32,28	15,01	7,19	-7,82
	Condiciones maternas	91,99	87,00	91,92	89,21	80,30	85,11	79,83	67,72	84,99	92,81	7,82
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	0,49	0,51	0,66	0,47	0,42	0,69	0,89	0,86	0,58	0,66	0,09
	Condiciones neuropsiquiátricas	5,14	4,64	4,92	4,50	5,76	5,79	8,56	8,65	6,49	7,40	0,91
	Condiciones orales	4,00	2,21	9,29	5,00	4,32	6,40	3,65	2,46	4,32	6,62	2,30
	Desórdenes endocrinos	2,41	2,99	2,95	3,59	4,22	4,11	4,25	4,03	4,35	4,84	0,49
	Diabetes mellitus	1,32	1,85	1,61	2,04	3,36	3,62	4,71	6,58	4,34	3,40	-0,94
	Enfermedades cardiovasculares	36,12	30,48	27,20	30,64	28,16	25,82	29,08	33,35	24,89	23,37	-1,52
	Enfermedades de la piel	6,15	5,70	5,47	5,15	5,79	4,98	4,47	3,27	5,64	5,53	-0,12
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	4,52	4,34	7,09	6,47	6,32	6,19	7,39	7,09	8,56	8,52	-0,04
	Enfermedades digestivas	8,02	10,90	8,55	6,76	7,32	9,14	5,95	5,80	7,63	6,44	-1,19
	Enfermedades genitourinarias	13,11	14,28	11,65	11,17	10,06	10,07	9,39	8,00	10,23	10,40	0,16
	Enfermedades musculoesqueléticas	12,14	11,90	13,10	14,29	11,99	10,89	10,98	8,68	13,36	12,12	-1,24
	Enfermedades respiratorias	5,28	5,62	5,28	4,64	6,30	5,79	6,28	5,32	5,97	6,13	0,17
	Neoplasias malignas	0,71	2,81	1,62	4,50	4,93	5,60	2,99	4,32	2,32	3,32	1,00
	Otras neoplasias	0,56	1,76	0,62	0,77	1,06	0,92	1,41	1,60	1,32	1,24	-0,08
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones de intensidad indeterminada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	0,00	1,17	0,00	-1,17
	Lesiones intencionales	0,00	0,00	0,26	0,00	0,66	0,38	0,08	0,00	0,82	1,66	0,84
	Lesiones no intencionales	1,72	1,47	1,16	3,25	4,05	2,92	4,12	7,04	6,28	3,45	-2,83
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	98,28	98,53	98,58	96,75	95,29	96,70	95,63	92,96	91,72	94,89	3,17
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	Signos y síntomas mal definidos	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: RIPS, SISPRO-MSPS

## Lesiones en la población general

Dentro de la gran causa de morbilidad por lesiones, se puede observar, que el subgrupo de causa que generó mayores niveles de atención fue el que enmarca los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas; podría decirse que, con relación a las demás causas de afectación por lesiones, es el que predomina. Aportando el 95,9% del total de los casos por lesiones atendidos durante el periodo comprendido entre el año 2009 y 2018. Cabe resaltar, que culminando dicho periodo este subgrupo de causas presenta en el año 2018 un aumento de 3,17 puntos porcentuales con relación al año anterior.

En lo que respecta a los demás subgrupos de lesiones se encuentra que las lesiones no intencionales, las lesiones intencionales y las lesiones de intensidad indeterminada, presentan proporciones bajas de afectación en la población del municipio de Cocorná

## Condiciones maternas perinatales

En lo que corresponde a la gran causa de morbilidad denominada condiciones maternas perinatales, se observa que la mayor proporción de afectación se da a causa de las condiciones maternas puesto que ellas representan durante todo el periodo (2009-2018) el 85,7% de los casos atendidos, en lo que se refiere a dicha gran causa de morbilidad. En lo que respecta a las condiciones derivadas durante el periodo perinatal, se observa que estas representan el 14,3% del total de afectaciones por condiciones maternas perinatales relacionadas para el periodo 2009-2018. Estas enfermedades presentan para el año 2018 una proporción de 7,1%, con una disminución en puntos porcentuales del -7,82%.

### **Morbilidad por subgrupo de causas en la población de hombres**

Las principales causas de morbilidad en la población de hombres del municipio están relacionadas con las enfermedades no transmisibles, seguidas de los signos y síntomas mal definidos, las lesiones, las enfermedades transmisibles y nutricionales y finalmente las condiciones maternas y perinatales. De ahí, que en ese mismo orden se valoraran los subgrupos de causas de cada una de las grandes causas de morbilidad presentadas en la población de hombres cocornenses durante el periodo comprendido entre el año 2009 y 2018.

Iniciando con las enfermedades no transmisibles se observa, que la causa de morbilidad que presenta una mayor proporción de afectación en la población de hombres, son las enfermedades cardiovasculares (I00-I99). Estas en todo el periodo 2009-2018, han representado el 28,4% del total de casos de enfermedades no transmisibles presentados en los hombres del municipio de Cocorná. con una tendencia fluctuante durante todo el periodo, además de hacerse evidente que la manifestación de dicha morbilidad es muy superior a los demás subgrupos de enfermedades contempladas dentro de la gran causa de morbilidad denominada enfermedades no transmisibles. Para el año 2018, las enfermedades cardiovasculares culminan con una desviación porcentual de -4,26 que indica una disminución con relación al año anterior.

Dentro de las enfermedades no transmisibles, los hombres también se ven afectados por enfermedades musculo-esqueléticas, que presentan una proporción del 11,7% del total de los casos presentados en todo el periodo estudiado. En el año 2018, la proporción anual alcanzada por esta causa de morbilidad fue de 11,3%; presentando para dicho año una disminución en puntos porcentuales de -1,57%. Ahora bien, en lo que se refiere a las otras causas de morbilidad por enfermedades no transmisibles, podría decirse que ellas mantienen durante todo el periodo, pequeñas variaciones y proporciones de afectación más leves.

Pasando a las causas de morbilidad generadas por la gran causa denominada lesiones, se observa que el subgrupo de los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, son la principal causa de afectación en cuanto a lesiones. Estas representan en el periodo estudiado, el 95,8% del total de los casos presentados por lesiones. Para el año 2018, representan el 95,7% del total de casos por lesiones para ese año, con un incremento de 5,37 puntos porcentuales respecto al año previo. A este subgrupo de causa de morbilidad por lesiones, le siguen las lesiones no intencionales, que representan para el periodo 2009-2018 el 3,4% de las afectaciones por lesiones. Este subgrupo de lesiones no intencionales, viene expresando una tendencia fluctuante, finalizando al año 2018 con una desviación porcentual de -4,97.

En lo que respecta a las lesiones intencionales y las lesiones de causa indeterminada, podría decirse que en todo el periodo tuvieron una baja proporción de afectación en la población de hombres.

Cabe mencionar que la morbilidad por lesiones en la población de hombres se presentó en mayores proporciones en los ciclos vitales de la infancia, la adolescencia y la juventud; siendo los dos últimos ciclos vitales mencionados, los que tuvieron un mayor protagonismo por dicha causa de morbilidad.

Tabla 24. Morbilidad por subgrupos de causas, en la población de hombres del municipio de Cocorná, 2009-2018

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres											Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Condiciones transmisibles y nutricionales	Deficiencias nutricionales	2,66	2,95	1,89	3,25	1,69	4,25	5,03	3,86	2,00	3,61	1,61	
	Enfermedades infecciosas y parasitarias	31,21	33,04	32,15	42,23	26,15	34,94	36,06	42,08	28,35	24,39	-3,96	
	Infecciones respiratorias	66,12	64,01	65,96	54,52	72,15	60,81	58,91	54,05	69,65	72,00	2,35	
Condiciones maternas perinatales	Condiciones derivadas durante el periodo	100,00	100,00	57,69	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	42,37	93,55	51,18	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	42,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	57,63	6,45	-51,18	
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	0,69	0,49	1,15	0,76	0,55	0,42	1,42	1,20	0,66	0,41	-0,25	
	Condiciones neuropsiquiátricas	5,02	6,57	5,23	5,65	6,09	5,69	8,64	8,49	5,79	7,19	1,40	
	Condiciones orales	5,95	2,52	12,36	6,44	5,54	7,99	3,55	2,39	5,35	7,62	2,26	
	Desórdenes endocrinos	1,69	1,86	1,73	1,62	3,16	2,70	3,03	2,23	2,52	3,66	1,14	
	Diabetes mellitus	1,34	0,66	1,85	0,67	2,56	2,74	3,35	4,50	2,38	3,41	1,03	
	Enfermedades cardiovasculares	32,63	29,35	23,16	31,59	29,25	28,96	28,89	35,07	28,38	24,12	-4,26	
	Enfermedades de la piel	7,74	5,75	6,26	6,19	7,37	5,51	5,19	4,03	6,70	5,72	-0,98	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	5,33	5,91	7,75	5,81	6,77	6,50	7,18	6,74	8,62	7,93	-0,68	
	Enfermedades digestivas	8,29	12,43	10,26	7,81	7,22	7,05	5,61	7,17	8,76	6,02	-2,74	
	Enfermedades genitourinarias	6,77	9,75	7,29	9,27	6,54	6,48	9,92	7,61	7,44	7,72	0,28	
	Enfermedades musculoesqueléticas	13,93	12,76	13,31	13,17	13,46	10,14	10,08	7,77	12,90	11,33	-1,57	
	Enfermedades respiratorias	8,91	6,63	6,02	6,41	7,87	7,97	7,66	5,42	7,36	9,02	1,66	
	Neoplasias malignas	0,89	3,29	2,97	3,81	2,56	7,27	3,93	5,62	1,94	5,01	3,07	
	Otras neoplasias	0,83	2,03	0,66	0,79	1,05	0,59	1,54	1,75	1,20	0,84	-0,36	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,53	0,00	-1,53	
	Lesiones intencionales	0,00	0,00	0,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	1,71	1,13	
	Lesiones no intencionales	1,69	1,38	1,01	2,28	3,14	2,78	2,72	7,71	7,57	2,59	-4,97	
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	98,31	98,62	98,58	97,72	96,86	97,22	97,28	92,29	90,33	95,70	5,37	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	Signos y síntomas mal definidos	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: RIPS, SISPRO-MSPS

En cuanto a las enfermedades transmisibles y nutricionales, se encuentra que en la población de hombres las infecciones respiratorias, son las que más aportaron al porcentaje de consultas, cuya proporción de afectación a la población de hombres durante todo el periodo 2009-2018 es del 64,9% del total de consultas generadas por las condiciones transmisibles y nutricionales. Se puede observar una tendencia fluctuante en las infecciones respiratorias, además de un aumento en puntos 2,35%, frente al año previo. Por otra parte, en segundo lugar, se encuentra el subgrupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias, que en efecto tienen una proporción de consulta en la población de hombres, correspondiente al 31,9% del total de los casos presentados en el periodo, con una tendencia fluctuante, culminando con una desviación porcentual -3,96% que implica una disminución con relación al año anterior. Ahora bien, por último, aparecen las deficiencias nutricionales, cuya proporción de afectación en la población de hombres durante el periodo observado es relativamente baja, presentando el 3,1% del total de casos reportados por enfermedades transmisibles y

nutricionales. Finalmente, es de anotar que las condiciones transmisibles y nutricionales evidenciaron su mayor predominio en los ciclos vitales de la infancia y la primera infancia.

En lo que respecta a las causas de morbilidad encasilladas en los signos y síntomas mal definidos (R00-R99), se encuentra que existe una proporción de casos considerable, que en efecto corresponde al 13,2% del total de los casos de morbilidad presentados en el periodo 2009-2018, en la población de hombres. Esto deja entrever que esta causa contempla más casos que los presentados por las lesiones, las condiciones transmisibles y nutricionales y las condiciones maternas perinatales; sin embargo, frente a estas condiciones mal definidas es difícil determinar claramente qué tipo de afectaciones presentaron tales dificultades en el diagnóstico, o si en la atención médica se sugirieron otras valoraciones posteriores que implicaron que fuesen denominados como condiciones mal clasificadas. No obstante, es posible apreciar en el total de los casos presentados por los signos y síntomas mal definidos que la proporción de afectación en la población por dicha causa es menor en los hombres respecto a las mujeres; puesto que del total de casos los hombres representan tan sólo el 33,7%.

### **Morbilidad por subgrupo de causas en la población de Mujeres**

En la población de mujeres al igual que en los hombres se presentaron como principal causa de morbilidad las enfermedades no transmisibles, siendo estas las que aportaron durante el periodo 2009-2018 el mayor número de consultas; siguiéndole en número de casos presentados los signos y síntomas mal definidos, las condiciones transmisibles y nutricionales, las condiciones maternas y perinatales y por último las lesiones. En cada una de estas grandes causas de morbilidad resaltaron subgrupos de causas cuyo comportamiento durante el periodo 2009-2018, puede ser observado en la tabla 26. Dichos subgrupos de causas serán descritos en los siguientes párrafos.

Dentro de las enfermedades no transmisibles, es posible observar que la principal causa de consulta en la población de mujeres fueron las cardiovasculares, puesto que ellas son las que han presentado la mayor proporción de afectación con respecto a los demás subgrupos. Es evidente una aparición superior con respecto a las otras causas, además de visualizarse una tendencia fluctuante durante todo el periodo estudiado. Las enfermedades cardiovasculares presentan a 2018 una disminución en puntos porcentuales de -0,15, en relación con el año 2017. Ahora bien, si se observa el número de registros individuales de prestación de servicios, relacionados con atenciones por enfermedades no transmisibles en el periodo 2009-2018, se encuentra que las enfermedades cardiovasculares presentan el mayor porcentaje, representando el 27,68% del total de registros. De ahí, que es posible decir que las enfermedades cardiovasculares son aquellas causas de enfermedad que más afecta a las mujeres de Cocorná, especialmente a aquellas que se encuentran en los ciclos vitales de la adultez y el de personas mayores de 60 años.

La segunda causa del subgrupo de enfermedades no transmisibles que se presentan en la población de mujeres son las enfermedades musculo-esqueléticas y las enfermedades genitourinarias las primeras con el 12,1% y las segundas con el 12% del total de registros individuales de prestación de servicios reportados para las enfermedades no transmisibles de todo el periodo 2009-2018. Las enfermedades genitourinarias

presentan una desviación porcentual de 0,26 % con una tendencia fluctuante; mientras que las enfermedades musculo-esqueléticas presentan una desviación porcentual es de -1,03, con una tendencia igualmente fluctuante durante todo el periodo estudiado. Ahora bien, en lo que se refiere a las otras causas de morbilidad por enfermedades no transmisibles, podría decirse que ellas mantienen durante todo el periodo, pequeñas variaciones y proporciones de afectación más leves.

En lo que respecta a los signos y síntomas mal definidos, es posible reconocer que mantienen una alta proporción de afectación en la población de mujeres. De hecho, durante el periodo comprendido entre el año 2009 y el año 2018, esta clasificación de morbilidad en la mujer representa genera el 14,6% del total afecciones a nivel general en la población de mujeres. Ahora, si se realiza la comparación con la población de hombres, se encuentra que la población de mujeres es la que presenta el mayor porcentaje de registros individuales de prestación de servicios, clasificados en el grupo de signos y síntomas mal definidos. En efecto la población de mujeres aporta el 66,2% de los casos, frente al 33,7% de los hombres.

En cuanto a las condiciones transmisibles y nutricionales se observa que el subgrupo con un mayor porcentaje de atenciones prestadas fue el de las infecciones respiratorias. Dicho subgrupo, aportó durante todo el periodo observado el 65,19% del total de casos presentados en el grupo de condiciones transmisibles y nutricionales. Al año 2018, finaliza con una desviación porcentual del -1,26 que indica una disminución en comparación al año previo. Algo contrario ocurre con el subgrupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias que culminan al año 2018 con el incremento en puntos porcentuales de 2,39. Podría decirse que las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan el segundo lugar como subgrupo de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales. Frente a este subgrupo de causas, se observa que éstas, en todo el periodo 2009-2018, son las responsables del 30,93% de los casos de morbilidad presentados por enfermedades transmisibles. Ahora bien, en lo que respecta a las deficiencias nutricionales, se encuentra una mayor afectación por dicha causa en la población de mujeres con respecto a los hombres, sin embargo, a nivel general, la proporción de afectación es baja en comparación a las otras causas mencionadas anteriormente. De ahí que dicho subgrupo de morbilidad represente para el periodo estudiado el 3,88% de los casos presentados.

Finalmente cabe recordar, que las enfermedades transmisibles y nutricionales presentan una mayor proporción de afectación en los ciclos vitales de la infancia y la primera infancia.

Siguiendo con las condiciones maternas y perinatales se encuentra que en la población de mujeres el subgrupo de las condiciones maternas es aquel que presenta el mayor nivel de afectación. Es fácil observar, la gran diferencia proporcional existente entre este subgrupo de las condiciones maternas y el subgrupo de condiciones derivadas durante el periodo perinatal, es posible observar una tendencia fluctuante desde el año 2009 al año 2018; esta culmina con un aumento de puntos porcentuales de 7,67 con respecto al año 2017. Ahora bien, si se toman los RIPS relacionados con las condiciones maternas y perinatales, de todo el periodo observado, se encuentra que las condiciones maternas registran el 90% del total de las afectaciones por dicha gran causa. En lo que respecta a las condiciones derivadas durante el periodo perinatal se encuentra que representan el 10% de los casos. Este subgrupo de causas culmina a 2018 con una desviación porcentual de -7,67 indicando una disminución en puntos porcentuales frente al año anterior. Conviene



subrayar que las afecciones por condiciones maternas y perinatales se presentaron en mayor medida en los ciclos vitales de la juventud y en la adultez.

Por último, se encuentra que, en el grupo de las lesiones aparece como principal causa de afectación en la población de mujeres el subgrupo denominado traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. Estas representan en el periodo estudiado (2009-2018), el 95,3% del total de los casos presentados por lesiones, con una tendencia fluctuante, que finaliza en el año 2018 con una desviación de -0,49 puntos porcentuales, con relación al anterior. A este subgrupo de causa de morbilidad por lesiones, le siguen las lesiones no intencionales, que representan el 4,4% de las afectaciones por lesiones, expresando una tendencia fluctuante durante todo el periodo observado y finalizando al año 2018 con una desviación porcentual de 0,73, que da cuenta de un leve incremento con respecto al año previo. En lo que respecta a las lesiones intencionales y las lesiones de causa indeterminada, podría decirse que en todo el periodo tuvieron una baja proporción de afectación en la población de mujeres.

**Tabla 25.** Morbilidad por subgrupos de causas, en la población de mujeres del municipio de Cocorná, 2009-2018

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres										
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-2017
Condiciones transmisibles y nutricionales	Deficiencias nutricionales	2,19	1,61	3,32	2,02	4,69	6,50	8,92	7,00	3,54	2,42	1,12
	Enfermedades infecciosas y parasitarias	28,58	33,69	29,52	24,20	33,18	30,22	39,54	38,33	28,20	30,58	2,39
	Infecciones respiratorias	69,23	64,70	67,16	73,78	62,13	63,28	51,54	54,67	68,26	67,00	-1,26
Condiciones maternas perinatales	Condiciones derivadas durante el periodo	5,59	12,12	5,09	6,61	15,10	9,41	14,20	25,69	10,91	3,24	-7,67
	Condiciones maternas	94,41	87,88	94,91	93,39	84,90	90,59	85,80	74,31	89,09	96,76	7,67
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	0,42	0,52	0,39	0,31	0,36	0,83	0,57	0,67	0,53	0,81	0,28
	Condiciones neuropsiquiátricas	5,20	3,69	4,75	3,90	5,60	5,84	8,51	8,74	6,86	7,52	0,66
	Condiciones orales	3,21	2,06	7,57	4,25	3,70	5,59	3,71	2,50	3,78	6,05	2,27
	Desórdenes endocrinos	2,71	3,55	3,63	4,61	4,75	4,83	4,99	5,04	5,29	5,52	0,23
	Diabetes mellitus	1,31	2,44	1,47	2,76	3,77	4,06	5,55	7,73	5,35	3,40	-1,95
	Enfermedades cardiovasculares	37,53	31,04	29,45	30,15	27,61	24,22	29,20	32,38	23,09	22,94	-0,15
	Enfermedades de la piel	5,51	5,67	5,03	4,61	4,99	4,70	4,02	2,85	5,10	5,42	0,32
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	4,20	3,55	6,72	6,81	6,10	6,03	7,51	7,29	8,53	8,86	0,33
	Enfermedades digestivas	7,92	10,15	7,60	6,22	7,37	10,21	6,16	5,04	7,04	6,68	-0,36
	Enfermedades genitourinarias	15,67	16,52	14,07	12,15	11,84	11,90	9,06	8,22	11,67	11,93	0,26
	Enfermedades musculoesqueléticas	11,42	11,48	12,99	14,87	11,24	11,27	11,54	9,18	13,60	12,57	-1,03
	Enfermedades respiratorias	3,82	5,13	4,87	3,72	5,50	4,67	5,44	5,26	5,25	4,48	-0,77
	Neoplasias malignas	0,64	2,58	0,87	4,86	6,12	4,75	2,41	3,59	2,51	2,34	-0,17
	Otras neoplasias	0,46	1,63	0,60	0,76	1,07	1,09	1,33	1,52	1,38	1,47	0,08
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,00	0,61	0,00	-0,61
	Lesiones intencionales	0,00	0,00	0,00	0,00	2,35	1,05	0,23	0,00	1,21	1,58	0,37
	Lesiones no intencionales	1,78	1,68	1,41	5,15	6,38	3,14	6,76	5,88	4,25	4,98	0,73
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	98,22	98,32	98,59	94,85	91,28	95,81	92,54	94,12	93,93	93,44	-0,49
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	Signos y síntomas mal definidos	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: RIPS, SISPRO-MSPS

## 2.2.3 Morbilidad en salud mental

### Morbilidad atendida en salud mental

En este apartado, se realizará el análisis descriptivo de las frecuencias relativas de las principales causas de morbilidad en salud mental en el municipio de Cocorná, por ciclo vital y sexo, utilizando la lista adaptada por la Guía ASIS del MSPS y la fuente información que corresponde a los RIPS a lo largo del periodo 2009-2018, reflejadas en las tablas 26, 27 y 28. En este apartado se busca realizar una valoración a nivel general del comportamiento de las causas de morbilidad en salud mental de la población en general, teniendo en cuenta el ciclo vital y posteriormente se procederá analizar esto mismo en la población de hombres y mujeres, a fin de entender de que se está enfermando la población y si existen variaciones propias de cada sexo y del ciclo vital, que pudiesen aportar al reconocimiento de factores de riesgo, susceptibles de ser contrarrestados mediante acciones preventivas. Cabe resaltar, que dentro de las grandes causas de morbilidad se tiene en cuenta para este análisis la Epilepsia puesto que esta es una enfermedad cerebral crónica que generalmente se acompaña de problemas y trastornos mentales y que por ende necesita de un abordaje integral.

**Tabla 26. Morbilidad en salud mental para el municipio de Cocorná-2009-2018.**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	20,00	71,43	100,00	53,85	51,52	70,37	77,78	71,43	55,56	58,82	3,27
	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	80,00	28,57	0,00	46,15	48,48	29,63	22,22	28,57	44,44	41,18	-3,27
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	50,00	67,86	86,84	78,21	88,75	86,08	96,64	75,38	99,66	24,27
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	2,63	15,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	0,00	50,00	32,14	10,53	6,41	11,25	13,92	3,36	24,62	0,34	-24,27
Adolescencia (12 - 18 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	78,00	100,00	100,00	82,14	60,61	91,89	95,79	90,32	69,84	80,99	11,15
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	7,14	3,03	2,70	0,00	6,45	22,22	0,00	-22,22
	Epilepsia	24,00	0,00	0,00	10,71	36,36	5,41	4,21	3,23	7,94	19,01	11,07
Juventud (14 - 26 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61,22	83,33	65,38	89,04	91,53	80,14	92,68	93,24	64,17	77,23	13,06
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	3,85	1,37	3,39	14,38	1,63	1,35	3,33	3,96	0,63
	Epilepsia	38,78	16,67	30,77	9,59	5,08	5,48	5,69	5,41	32,50	18,81	-13,69
Adultez (27 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	81,76	92,71	84,14	77,30	86,61	88,89	51,65	89,19	85,99	84,64	-1,35
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	7,55	2,08	2,76	9,20	0,00	0,72	0,97	4,50	0,64	0,00	-0,64
	Epilepsia	10,69	5,21	13,10	13,50	13,39	10,39	47,38	6,31	13,38	15,36	1,98
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	84,21	93,29	89,83	86,90	94,02	92,86	83,21	93,75	88,67	94,74	6,07
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,53	0,00	2,67	0,44	-2,23
	Epilepsia	15,79	6,71	10,17	13,10	5,98	7,14	15,27	6,25	8,67	4,82	-3,84

Fuente: RIPS, SISPRO-MSPS

En la primera infancia del municipio la primera gran causa de morbilidad en salud mental son los trastornos mentales y del comportamiento, que representaron en esta población el 59,9% del total de casos comprendidos en el periodo (2009-2018). Durante dicho periodo estos trastornos han mantenido una tendencia fluctuante y una mayor prevalencia con respecto a las otras grandes causas de morbilidad en salud

mental, finalizando al año 2018 con un porcentaje 58,82% del total de los casos para dicho año, con un aumento de 3,27 puntos porcentuales en relación al año previo. Otra de las grandes causas de morbilidad para la población cocornense en dicho ciclo, tiene que ver con la epilepsia cuya tendencia durante el periodo observado ha sido fluctuante. Para el año 2018, la epilepsia presentó un porcentaje del 41,1%, con una disminución de -3,27 puntos porcentuales.

Para el ciclo vital de la infancia, también como primeras causas de morbilidad en salud mental los trastornos mentales y del comportamiento, siendo 862 los casos presentados durante todo el periodo (2009-2018) siendo el 87,3% del total de casos reportados para el municipio de Cocorná en los diez años analizados. La tendencia en todo el periodo ha sido fluctuante. En el año 2018 los trastornos mentales y del comportamiento tuvieron una proporción del 99,6% en este ciclo vital, con un aumento de 24,2 puntos porcentuales frente al año anterior. Ahora bien, al igual que en el ciclo vital de la primera infancia, en el ciclo de la infancia (6-11años), la epilepsia se visibiliza como la segunda gran causa de morbilidad en salud mental de esta población, con un comportamiento también fluctuante durante todo el periodo estudiado. Esta gran causa de morbilidad en salud mental se presenta en el último año del periodo (2018), representando el 0,34% del total de casos para dicho año con una disminución de -24,27 puntos porcentuales. Finalmente, frente a los trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, se encuentra que durante todo el periodo se presentaron 13 casos, que particularmente se dieron en mujeres; uno de ellos, en el año 2012 y doce en el año 2013. La tendencia frente a esta última gran causa de morbilidad es fluctuante.

En cuanto a la población adolescente dentro de las grandes causas de morbilidad en salud mental se presentaron 464 casos durante todo el periodo, siendo los trastornos mentales y del comportamiento el 84% con 388 casos; mientras que la epilepsia reporta 56 casos (12%) y los trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas 20 (4%). Para el final del periodo en el año 2018 los trastornos mentales y del comportamiento representaron el 80,9% del total de casos para dicho año con un incremento de 11,15 puntos porcentuales, la epilepsia tuvo un aumento de 11,07 puntos porcentuales siendo el 19, % de los casos. En lo que respecta a los trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en el año 2018 no se registraron casos.

El ciclo vital de la juventud y el ciclo vital de la adultez aparecen en el mismo orden de afectación con respecto a la morbilidad en salud mental; siendo entonces la primera causa los trastornos mentales y del comportamiento, la segunda causa la epilepsia y la tercera los trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas. Cabe resaltar, que en los ciclos vitales de la juventud y la adultez se congregaron el mayor número de casos relacionados con el consumo de psicoactivos durante el periodo 2009-2018. En otras palabras, sumados ambos ciclos vitales estos representan el 70% de todos los casos reportados por trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, manteniendo mayor proporción el ciclo vital de la adultez. Con respecto a la morbilidad en salud mental por Epilepsia se encuentra que en el ciclo vital de la adultez se congrega la mayor cantidad de casos con respecto a los otros ciclos vitales, presentando durante el periodo analizado el 51% del total de casos por esta morbilidad.

Por lo que se refiere al ciclo vital de la vejez se encuentra al igual que en los demás ciclos vitales observados que los trastornos mentales y del comportamiento son lo que presentan un mayor nivel de afectación, según los casos reportados; puede apreciarse en la tabla 29, que durante todo el periodo estudiado la tendencia es fluctuante y se mantiene estable por encima de las demás causas de morbilidad en salud mental. La segunda gran causa de morbilidad en salud mental para esta población es la epilepsia también con una tendencia fluctuante en los diez años analizados. Frente a los trastornos del comportamiento debidos al uso de

sustancias psicoactivas, se puede observar que según los casos registrados persiste una baja afectación para este ciclo vital.

A continuación, se realiza el análisis de las grandes causas de morbilidad en salud mental en los diferentes ciclos vitales por sexo.

### ***Morbilidad en salud mental en las mujeres.***

En la primera infancia se puede observar una mayor carga de morbilidad en salud mental a cuenta de la epilepsia; de hecho, esta gran causa de morbilidad a nivel general durante el periodo estudiado (2009-2018), representa el 61% de los casos presentados, le siguen los trastornos mentales y del comportamiento con una tendencia fluctuante durante todo el periodo observado. Para el ciclo vital de la infancia (6-11), la principal gran causa de morbilidad son los trastornos mentales y del comportamiento, teniendo como segunda causa de morbilidad la epilepsia, con una proporción más baja en afectación. Llama la atención que, en la población de mujeres, para este ciclo vital que en este rango de edad aparecen los primeros casos de trastornos del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas, lo que implica un consumo temprano que genera un riesgo potencial para esta población.

**Tabla 27. Morbilidad en salud mental en las mujeres de Cocorná-2009-2018.**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	100,00	100,00	40,00	23,81	16,67	55,56	50,00	30,00	33,33	3,33
	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	0,00	0,00	0,00	60,00	76,19	83,33	44,44	50,00	70,00	66,67	-3,33
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	50,00	100,00	81,82	65,12	78,13	80,00	98,91	85,00	98,11	13,11
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	4,55	27,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	0,00	50,00	0,00	13,64	6,98	21,88	20,00	1,09	15,00	1,89	-13,11
Adolescencia (12 -18 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	100,00	100,00	55,56	58,82	91,30	83,33	87,50	89,66	93,75	4,09
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	0,00	0,00	3,45	0,00	-3,45
	Epilepsia	0,00	0,00	0,00	33,33	41,18	8,70	16,67	12,50	6,90	6,25	-0,65
Juventud (14 - 26 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	93,75	87,50	70,00	88,89	91,38	73,75	98,36	94,23	58,02	83,33	25,31
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	3,45	22,50	0,00	0,00	4,94	2,78	-2,16
	Epilepsia	6,25	12,50	30,00	11,11	5,17	3,75	1,64	5,77	37,04	13,89	-23,15
Adultez (27 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	79,43	92,65	85,54	80,28	91,95	90,16	54,93	94,66	85,92	86,46	0,54
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8,51	0,00	1,20	0,00	0,00	0,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	12,06	7,35	13,25	19,72	8,05	9,33	45,07	5,34	14,08	13,54	-0,54
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	86,11	68,75	93,75	83,33	95,52	92,45	83,10	94,44	94,85	97,78	2,93
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	0,00	3,09	0,00	-3,09
	Epilepsia	13,89	31,25	6,25	16,67	4,48	7,55	14,08	5,56	2,06	2,22	0,16

**Fuente:** RIPS, SISPRO-MSPS

En los ciclos vitales de la adolescencias, juventud, adultez y vejez se puede observar igualmente que la gran causa de trastornos mentales y del comportamiento son la principal causa de morbilidad en salud mental en las mujeres de Cocorná, siguiéndole en jerarquía la epilepsia y los trastornos del comportamiento por uso de

sustancias psicoactivas que se mantienen en menor proporción según la información registrada durante en los últimos diez años. Para el grupo del ciclo vital de la adultez en la mujer, podría decirse que mantiene el mayor número de casos de epilepsia en relación a los demás ciclos vitales; mientras que las mujeres en el ciclo vital de la juventud, mantiene el mayor número de casos de trastornos del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas.

### **Morbilidad en salud mental los hombres.**

La población de hombres en los ciclos vitales de la primera infancia y la infancia las principales causas de morbilidad en salud mental se dan por la gran causa de los trastornos mentales y del comportamiento. Estos se mantienen muy por encima de la epilepsia que se manifiesta para ambos ciclos vitales como la segunda causa de morbilidad en salud mental. Como se puede observar en la tabla 28, la tendencia de ambas es fluctuante durante todo el periodo estudiado (2009-2018). Cabe resaltar, que el ciclo vital de la infancia registra el mayor número de consultas por epilepsias frente a todos los demás ciclos vitales.

**Tabla 28. Morbilidad en salud mental en las mujeres de Cocorná-2009-2018.**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	20,00	33,33	100,00	100,00	100,00	85,71	100,00	100,00	70,59	64,29	-6,30
	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	80,00	66,67	0,00	0,00	0,00	14,29	0,00	0,00	29,41	35,71	6,30
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	50,00	62,50	93,75	94,29	95,83	89,80	88,89	74,58	100,00	25,42
	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	0,00	50,00	37,50	6,25	5,71	4,17	10,20	11,11	25,42	0,00	-25,42
Adolescencia (12 - 18 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,73	100,00	100,00	94,74	62,50	92,86	98,70	91,30	52,94	72,60	19,66
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	5,26	6,25	7,14	0,00	8,70	38,24	0,00	-38,24
	Epilepsia	27,27	0,00	0,00	0,00	31,25	0,00	1,30	0,00	8,82	27,40	18,58
Juventud (14 - 26 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	45,45	81,25	62,50	89,13	91,67	87,88	87,10	90,91	76,92	70,21	-6,71
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	6,25	2,17	3,33	4,55	3,23	4,55	0,00	5,32	5,32
	Epilepsia	54,55	18,75	31,25	8,70	5,00	7,58	9,68	4,55	23,08	24,47	1,39
Adultez (27 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	92,86	82,26	75,00	76,00	86,05	44,38	81,32	86,11	76,86	-9,25
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	7,14	4,84	16,30	0,00	1,16	3,13	10,99	1,85	0,00	-1,85
	Epilepsia	0,00	0,00	12,90	8,70	24,00	12,79	52,50	7,69	12,04	23,14	11,04
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,95	95,95	85,19	89,58	93,16	93,22	83,33	92,31	77,36	90,32	12,96
	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	1,89	1,08	-0,81
	Epilepsia	19,05	4,05	14,81	10,42	6,84	6,78	16,67	7,69	20,75	8,60	-12,15

Fuente: RIPS, SISPRO-MSPS

En los ciclos vitales de la adolescencia, juventud, adultez y vejez, los trastornos mentales y del comportamiento representan el porcentaje de afectación más alto en la población, sosteniendo además para los ciclos vitales mencionados una tendencia fluctuante durante los últimos diez años. Ahora bien, en relación a los datos abordados podría decirse que la mayor parte de los trastornos del comportamiento por uso de

sustancias psicoactivas se sostiene en la población de hombres de los ciclos vitales adolescencia, juventud y adultez.

## 2.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

Para realizar la valoración de los eventos de alto costo en el municipio de Cocorná se utilizaron las fuentes de información de la cuenta de alto costo de Colombia, cuya base de datos se alimenta de los reportes de las administradoras de planes de beneficios; así como también, se utilizaron las fuentes de la información contenida en la base de datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), de los eventos correspondientes al municipio. En dicho análisis se encontró que para el año 2018 que el municipio de Cocorná en relación a la prevalencia en diagnósticos de la enfermedad crónica en fase 5 con necesidad de restitución o remplazo renal no presenta diferencias significativas con la prevalencia expuesta a nivel departamental para dicho evento. Sin embargo, frente a la tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase con necesidad de restitución o remplazo renal por cada 100.000 afiliados, existe una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la tasa departamental. Esta misma situación se expone para la tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide en menores de 15 años. En el seguimiento a estos eventos de alto costo se puede observar que no hay tendencias claras frente al comportamiento de estos eventos.

Tabla 29. Semaforización y tendencia de eventos de alto costo, municipio de Cocorná, 2006-2018

Evento	Antioquia, 2018	Cocorná, 2018	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	1,00	1,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	8,36	15,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años, 2017)	3,60	25,68	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘			

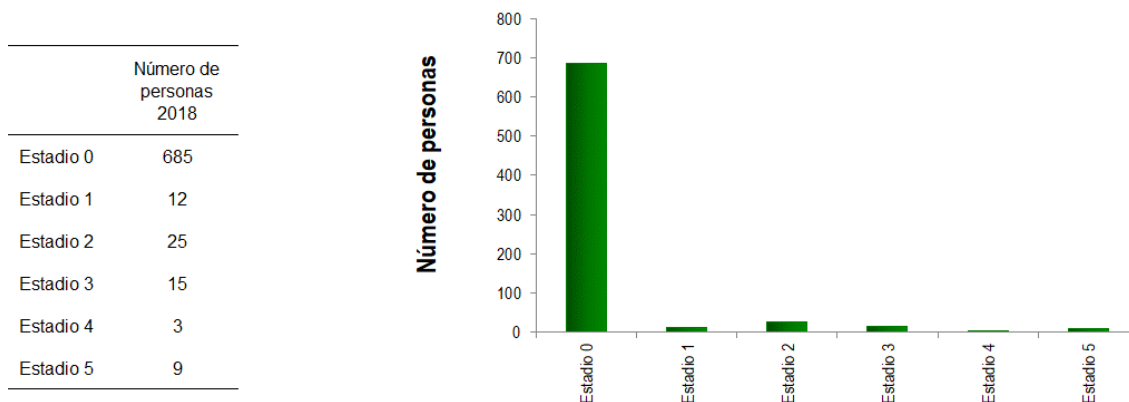
Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS, ENOS: INS- SIVIGILA, SISPRO-MSPS (Cuenta de alto costo)

)

En lo que corresponde a la progresión de la enfermedad renal crónica y los estadios de la enfermedad, es posible observar a nivel general casos en cada uno de los estadios; siendo el estadio 0 el de mayor prevalencia dando cuenta de un amplio número de población que ha sido identificada con riesgo de desarrollar ERC. Al respecto, cabe señalar que el estadio 0 representa el 91,4% del total de casos relacionados con respecto a la progresión de la enfermedad. A dicho estadio, le sigue en proporción el estadio 2 con el 3,3% de los casos. En lo que respecta a la menor proporción de casos se encuentra que esta se presentó en el estadio 5 que para el año 2018 represento el 1,2%.



Figura 39. Progresión ERC Cocorná, 2016



Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS, ENOS: INS- SIVIGILA, SISPRO-MSPS (Cuenta de alto costo)

#### 2.2.4. Morbilidad de eventos precursores

Tal como se observa en la tabla 30, tanto la prevalencia de la diabetes mellitus como la prevalencia de la hipertensión arterial, presentan una tendencia fluctuante durante el periodo comprendido entre el año 2011 y 2018. Adicional a ello, se puede observar que ambas enfermedades precursoras para el año 2018 no presentan diferencias estadísticamente significativas en comparación al comportamiento de tales eventos en el departamento de Antioquia. Sin embargo, es necesario subrayar que en lo que respecta a la hipertensión arterial, pese al comportamiento fluctuante de dicha enfermedad, se puede reconocer en el periodo estudiado que se ha venido presentando un incremento en la población afectada por esta. Esto indica que existe la necesidad de continuar fortaleciendo acciones encaminadas a la prevención del riesgo y control de la enfermedad; así como también a la promoción de estilos de vida saludables que de forma temprana ayuden a que la población incorpore conductas que les hagan menos vulnerables a afecciones de este tipo.

Tabla 30. Semaforización morbilidad eventos percursores, 2018

Evento	Antioquia, 2018	Cocorná, 2018	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Prevalencia de diabetes mellitus	2,89	1,93	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	10,13	7,06	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS, ENOS: INS- SIVIGILA, SISPRO-MSPS (Cuenta de alto costo)

#### 2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

En esta parte del análisis, se describe la estimación de la razón letalidad y sus intervalos de confianza al 95% durante los años 2009 al 2017; Además de las tasas de incidencias durante los años 2009 y 2018, tomando como referencia el departamento de Antioquia.

La tabla 31 de semaforización de eventos de notificación obligatoria, da cuenta de la necesidad municipal de implementar acciones que permitan disminuir la afectación en la población por la infección respiratoria aguda grave. Como se puede observar el indicador para el municipio es demasiado alto en comparación al indicador departamental. Lo cual indica que tal variación es estadísticamente significativa y nos habla de un riesgo que ha de contrarrestarse mediante diferentes acciones interinstitucionales a nivel local. En apartados anteriores en los capítulos de mortalidad y morbilidad, se venía evidenciando la manifestación de la infección respiratoria aguda grave en el municipio. Existiendo en los registros de mortalidad tres muertes en menores de un año, por IRA grave, en los años 2015, 2016 y 2017. Ello ha conllevado a realizar acciones orientadas a fortalecer el AIEPI clínico y Comunitario en el municipio, en pro de tener personal de salud capacitado en el manejo de los protocolos actualizados sobre el manejo de la IRA; así como también se busca que la comunidad en general, especialmente aquella del área rural, identifiquen los riesgos y reconozcan los signos de alarma que conlleven a atenciones más tempranas que posibiliten contrarrestar la complicación de estos casos.

En lo que respecta a la tasa de incidencia de dengue clásico, se puede observar que el indicador municipal esta por debajo del departamental. Esto no implica que el municipio deba bajar la guardia frente al dengue; pues el clima del municipio es propicio para la existencia del vector, que en este caso sería los mosquitos *aedes aegypti* y el *aedes albopictus*, que son los transmisores del dengue y el chikungunya. No obstante, el semaforo en verde, podría dar cuenta de que las acciones que se han realizado en el municipio para la prevención de este riesgo, vienen generando buenos resultados.

**Tabla 31.** Semaforización eventos de notificación obligatoria, 2017

Causa de muerte	Antioquia, 2017	Cocorná, 2017															
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017				
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,51	1,08	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	-	↗	↗					
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	33,83	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗					
<b>Tasas de incidencia PDSP</b>																	
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	60,36	25,22	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	-	↗					

Fuente: MSPS-SISPRO-SIVIGILA

## 2.2.6 Análisis de la población con discapacidad 2019

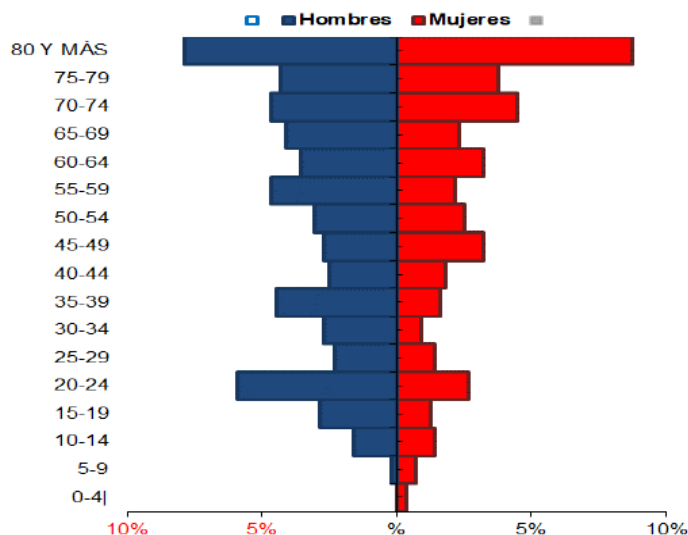
Para dar una visión un poco más amplia, en esta parte del capítulo se realizará una descripción de las personas con discapacidad del municipio, detallando el tipo de alteración, sexo, grupo de edad quinquenal, etnia, tipo de afiliación en salud, nivel de educación y estrato socioeconómico. De igual manera, se detallarán las alteraciones permanentes organizadas por tipo de discapacidad, en las siguientes categorías: del sistema nervioso, de la piel, de los ojos, los oídos, los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto), de la voz

y el habla, del sistema cardiorrespiratorio y las defensas, de la digestión, del metabolismo y las hormonas, del sistema genital y reproductivo y del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.

Para analizar la estructura poblacional de las personas con discapacidad, se tomó la información del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del año 2019. Encontrándose un total poblacional de 758 personas con alteraciones permanentes, de las cuales el 60% son hombres, el 40% son mujeres. Si se observa la pirámide de la población con discapacidad para el municipio de Cocorná, se encuentra que la mayor parte de la población, está concentrada en las personas mayores de 80 años, las cuales representan el 19,9% del total de personas con discapacidad. Adicional a ello, es posible observar que en la población de mujeres con discapacidad existe una distribución poblacional que se congrega de manera más marcada en las mujeres que se encuentran en los rangos de edades mayores a los 65 años. Siendo el rango de edad mayor de 80 años el de mayor proporción con el 25,5% de las mujeres con discapacidad en el municipio, seguido de las mujeres en los rangos de edades entre los 70 y 74 años con el 22,6%; y los rangos de edad entre los 75 y 79 con el 17,3%.

Para la población de hombres podría decirse que el grupo poblacional de mayores de 80 años es el que contiene la mayor proporción de hombres con discapacidad representando el 16,1% del total de hombres en condición de discapacidad, sin embargo, se puede observar que, a diferencia de la población de mujeres, la población hombres no se aglomera de forma tan marcada en la población de personas mayores. De ahí que es posible observar que a la mayor proporción de población de hombres con discapacidad (mayor de 80 años), le sigue la población de hombres en el rango de edad entre los 20 y 24 años con el 10,8% del total de hombres con discapacidad en el municipio de Cocorná.

Figura 40. Pirámide poblacional de personas con discapacidad, municipio de Cocorná, 2019



Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS

**Tabla 32.** Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Cocorná, 2019.

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	347	22,17
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	185	11,82
El sistema genital y reproductivo	37	2,36
El sistema nervioso	422	26,96
La digestión, el metabolismo, las hormonas	84	5,37
La piel	32	2,04
La voz y el habla	185	11,82
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	6	0,38
Los oídos	109	6,96
Los ojos	158	10,10
Ninguna	0	0,00
<b>Total</b>	<b>1565</b>	<b>100,00</b>

Fuente: SISPRO-MSPS, RLCPD

Con respecto a los tipos de alteraciones identificadas en ésta población (ver tabla 32), se encuentra que existe un mayor predominio de las alteraciones permanentes del sistema nervioso, seguidas de las alteraciones relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, las del sistema cardiorrespiratorio y las defensas y la voz y el habla y las de los ojos y demás alteraciones permanentes que han sido identificadas en la población con discapacidad del municipio.

A nivel general, podría decirse que en el municipio de Cocorná se observa en la población con discapacidad, el predominio de alteraciones de tipo cognitivo, motor y sensorial. Conviene subrayar que, si se tiene en cuenta la proyección DANE, que indica al año 2019 una población de 14.909 habitantes en el municipio de Cocorná, estas personas en condición de discapacidad estarían representando un 5% del total de la población. Ello indica una necesidad impostergable de velar por mejorar las condiciones de dicha población a través la atención integral y la inclusión desde un enfoque diferencial y de derechos.

## 2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Tabla 33. Prioridades identificadas frente a la morbilidad en el municipio de Cocorná durante el periodo 2009 – 2018.

Morbilidad	Prioridad	Cocorná	Antioquia	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	72,19	71,43	Fluctuante	001
	2. Condiciones transmisibles y nutricionales en la primera infancia	28,84	32,62	Fluctuante	009
	3. Trastornos mentales y del comportamiento	80,17	77,94	Fluctuante	005
	4. Lesiones en la población joven	10,78	7,94	Fluctuante	012
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades Cardiovasculares	23,37	16,16	Fluctuante	001
	2. Enfermedades Musculoesqueleticas	12,12	16,06	Fluctuante	001
	3. Infecciones Respiratorias	68,96	51,24	Fluctuante	009
	4. Condiciones maternas	92,81	84,69	Fluctuante	008
	5. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	94,89	92,16	Fluctuante	012
Alto Costo	1. tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase con necesidad de restitución o remplazo renal por cada 100.000 afiliados	15,29	8,36	Fluctuante	001
	2. tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide en menores de 15 años	25,68	3,6	Fluctuante	007
Precursores	1. Prevalencia hipertensión arterial	7,06	10,13	Fluctuante	001
	2. Prevalencia diabetes Mellitus	193,3	2,89	Fluctuante	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Letalidad por IRAG	100	33,83	Fluctuante	009
	2. Letalidad por IRAG	1,08	0,51	Fluctuante	009
Discapacidad	1. Sistema Nervioso	26,96	53,58	Fluctuante	000
	2. Movimientos del Cuerpo manos brazos y piernas	22,17	50,53	Creciente	000
	3. Sistema Cardio respiratorio y de las defensas	11,82	17,03	Creciente	000
	4. Los ojos	11,82	25,67	Creciente	000

Fuente: SISPRO-MSPS

## Conclusiones

En el periodo comprendido entre el año 2009 y 2018 se logra determinar que las principales causas de morbilidad en la población de Cocorná fueron las enfermedades no transmisibles. Estas tuvieron una hegemonía en todos los ciclos vitales. Siendo el subgrupo de causas con mayor predominio el de las enfermedades cardiovasculares, que afectó principalmente al ciclo vital de adultos y de personas mayores de 60 años. Con respecto a la segunda gran causa de morbilidad, se encontró que las enfermedades generadas por condiciones transmisibles y nutricionales ocupan dicho lugar; generando más impacto en los ciclos vitales de la primera infancia e infancia, por infecciones respiratorias.

Las enfermedades por condiciones maternas también generaron atenciones, que, si bien no resaltan por su número, son consideradas relevantes y son priorizadas por la importancia que tiene para el municipio el generar un mejor panorama en la salud materno infantil. Ello en particular por lo observado en el capítulo de mortalidad en donde se da cuenta de 24 decesos en menores de 5 años durante el periodo comprendido entre el año 2005-2017. En cada uno de los casos se reconoce en cierto modo afecciones en condiciones maternas, que sugieren una mejora en las acciones preventivas y de vigilancia y control.

Para el caso de las lesiones el subgrupo de causas que presenta una mayor afectación en la población de Cocorná es el de los traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causa externa. Estas lesiones precisan de una mayor atención, máxime cuando no se logra reconocer en la atención el nivel de premeditación en lo que respecta a las intoxicaciones, lo que estaría opacando una determinada conducta suicida o incluso un acto de negligencia en el uso de tóxicos. En esta causa de morbilidad también se observan lesiones de tipo no intencional que suscitan la necesidad de identificar los factores desencadenantes de la lesión. Ello porque en el municipio de Cocorná gran parte de la población realiza trabajo de tipo informal que en esencia no ofrece las condiciones de seguridad necesarias y se convierte en un foco de riesgo para lesiones.

La morbilidad en salud mental como se observó en apartados anteriores da cuenta de la necesidad de fortalecer acciones colectivas e individuales frente a la salud mental municipal. En el capítulo de morbilidad se abordaron tres grandes causas de morbilidad en salud mental, que en efecto están compuestas por las diversas subcausas contempladas en el manual de clasificación internacional de la enfermedad; claramente, en lo expuesto para Cocorná se presentó como la principal fuente de morbilidad en salud mental la gran causa denominada trastornos mentales y del comportamiento. Al respecto podría decirse, que en análisis municipales se ha podido vislumbrar que frente a esta gran causa, los trastornos que presentan mayor prevalencia, son específicamente los grupos de Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40-49), Trastornos del humor - afectivos (F30-39), Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F00-09) y el grupo de Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos y Trastornos delirantes (F20-29). Podría decirse, que estos trastornos son los más visibles y mayormente atendidos en el municipio.



Siguiendo en el escenario de la morbilidad en salud mental, se encontró como segunda gran causa de afectación a la epilepsia, que, si bien es considerada una enfermedad cerebral crónica, tiene muchas implicaciones en relación a la salud mental, puesto que se acompaña de trastornos y problemas mentales; además de un potencial riesgo de afectación psicosocial para quienes la sufren y sus familias. Está enfermedad se presenta como un reto en lo que respecta a la atención integral; puesto que sólo ha venido recibiendo un abordaje médico, desconociéndose que aparte de la medicación resulta fundamental el acompañamiento psicosocial, la oferta de oportunidades, la desmitificación frente a diversos conceptos que llevan a la población afectada a ser discriminada e incluso “discapacitada” tanto en el entorno comunitario como en el entorno familiar. En lo que respecta a los trastornos del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas, está claro, que frente a esta problemática la gran dificultad ha sido el subregistro y que el panorama puede ser incluso muy superior al aquí observado; sin embargo, esta apreciación realizada frente a la morbilidad en salud mental nos permite frente a los trastornos del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas, al menos reconocer los grupos poblacionales que presentan más riesgo en el municipio, que para dicho análisis fueron los ciclos vitales de la adolescencia, juventud y adultez.

Frente a la morbilidad en salud mental, sigue siendo necesario el mantenimiento y fortalecimiento de acciones integrales en salud, que conlleven a que tanto las personas afectadas directamente, como sus familias e incluso todos los miembros de la comunidad adquieran una mayor sensibilidad y conocimiento con respecto a la salud mental. Esto con el fin de fortalecer el apoyo social, la adherencia a los tratamientos, la funcionalidad de las rutas de atención en salud e incluso con el fin de propiciar un cambio cultural que conlleve a la eliminación de los sesgos discriminatorios que impactan fuertemente en la población afectada.

Con respecto a los eventos de alto costo, se encuentra que, en el municipio de Cocorná en lo que se refiere a la enfermedad renal crónica, existe una mayor proporción de población en el estadio 0, de la enfermedad, siendo este estadio el que da cuenta de una cantidad de población que ha sido identificada con riesgo de desarrollar ERC o que está en la fase inicial. Esta información es de relevancia para el municipio, puesto que suscita la necesidad de implementar acciones preventivas frente a la ERC y las condiciones que aumentan el riesgo de su padecimiento, como son: la diabetes, la hipertensión, los altos niveles del colesterol y las enfermedades vasculares. En lo que respecta a los eventos de alto costo se observa para el año 2018 que tanto la tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados y la Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide menores de 15 años. Con la priorización, presentaron tasas de significancia estadística superiores a las expuestas por el departamento de Antioquia para dicho año. Ahora bien, frente a los eventos percuradores como la hipertensión y diabetes no se presentaron diferencias significativas en la morbilidad del municipio con respecto al departamento.

Otro de los aspectos relevantes valorados en el capítulo de morbilidad, tiene que ver con los eventos de notificación obligatoria que brindan una información de gran importancia. Para estos eventos, la información analizada se dio en el periodo 2005-2017; Cabe subrayar que de los eventos notificados resalta la letalidad por Infección respiratoria aguda grave (IRAG) que registra una letalidad del 100%; lo que indica que el total de

los casos presentados por IRAG en el municipio en dicho año, terminaron con desenlaces fatales. Frente a la infección respiratoria aguda (IRA) se encuentra una letalidad del 1,8%; sin embargo, su aparición recurrente indica que es necesario empezar a realizar acciones en salud que apunten a su disminución; por ende, se priorizan estos eventos en la tabla 33, a fin de que, en la planeación y proyección en salud para los años 2020 y años posteriores, se establezcan acciones en pro de la gestión del riesgo frente a estas causas de morbi-mortalidad.

En cuanto a las causas de discapacidad se encuentra que para el año 2019, los casos que más se presentan en el municipio de Cocorná son las relacionadas con alteraciones del sistema nervioso que tienen un gran compromiso cognitivo, así como en el movimiento y en el tono muscular de las personas con tal deficiencia. En segundo lugar, se encuentran las alteraciones que compromete el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, esta discapacidad es aquella en que las personas tienen deficiencias de tipo musculo-esqueléticas, o que han perdido alguna de sus extremidades de forma total o parcial, que les impiden el moverse o caminar, doblarse, estirarse o agacharse; así como también problemas para utilizar sus miembros superiores. Finalmente, se observa en tercera posición las alteraciones de tipo sensorial, en las que resaltan aquellas que comprometen los ojos. Ahora bien, podría decirse que la población en condición de discapacidad del municipio de Cocorná tiene un gran número de personas, que en efecto precisan de una atención integral, incluyente, y diferencial, basada en un enfoque de derechos, que les permita mejorar su calidad de vida y la de sus familias. Esta es una tarea inexorable para el municipio de Cocorná, frente a la que se han realizado algunos avances, no obstante, faltan mucho trabajo por realizar con esta población en la comunidad y en los diferentes escenarios institucionales.

## **2.2.8 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS**

### **2.2.8.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud**

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realizará utilizando las medidas de desigualdades sencillas, como la diferencia relativa, la diferencia absoluta; y para las medidas complejas, como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos. Las medidas desigualdad tan solo se estimarán para los indicadores que resulten en peor estado, utilizando variables que causen gradiente como pobreza, ingreso, nivel educativo y otras variables que estén disponibles.

También se van estimar una categoría de indicadores que corresponde a circunstancias materiales que está conformada por cinco subgrupos, condiciones de vida; disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales y psicológicos y culturales y sistema sanitario.

## Condiciones de vida

En la tabla 34 se presentan los determinantes intermedios de la salud, relacionados con la accesibilidad de la población a los servicios públicos de electricidad, acueducto y alcantarillado, en donde es posible observar que el área urbana municipal cuenta con un amplio rango de cobertura; con servicios de electricidad en un 100%, de acueducto un 96,3% y de alcantarillado de un 99,0%. Esto da cuenta de un escenario bastante satisfactorio para la cabecera municipal; sin embargo, en lo que respecta a la zona rural, se observa que en la cobertura de acueducto y alcantarillado aún falta mucha población por cubrir. Es claro que resulta bastante complejo llegar a toda la población rural, máxime cuando el municipio tiene pocos recursos económicos y zonas tan dispersas con una geografía que dificulta el acceso a muchas de sus veredas. No obstante, es una labor necesaria el propender desde las diferentes instancias municipales por ir incrementando la cobertura en materia de acueducto y alcantarillado; así como mejorando la calidad de agua para el consumo humano en el territorio cocornense. En lo correspondiente a la cobertura de energía se observa que en la zona rural se ha venido ampliando accesibilidad de la población campesina a dicho servicio.

Tabla 34. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida municipio de Cocorná, 2018

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100,0	96,30
Cobertura de acueducto	92,7	10,33
Cobertura de alcantarillado	99,8	0,00

Fuente: DANE, Anuario estadístico de Antioquia 2017- INCA 2014- indicadores municipales, 2017

## Disponibilidad de alimentos

Con respecto al determinante intermedio de seguridad alimentaria y nutricional, se puede observar en la tabla 32, que la situación del municipio no presenta una diferencia significativa con la del departamento. Para Cocorná el 8,10% de los nacidos vivos que presentan bajo peso al nacer, mientras que el departamento el porcentaje correspondiente es de 9,33%, para el año 2017.

Tabla 35. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del municipio de Cocorná, 2005-2017

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia 2017	Cocorná 2017	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2017)	9,6	8,10	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘		

Fuente: DANE-MSPS

## Condiciones factores, psicológicos y culturales

Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis, 2017), las tasas de incidencia de violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer tienen un indicador significativamente más bajo al presentado por el departamento de Antioquia en el mismo año. Sin embargo, tanto la violencia intrafamiliar como la violencia contra la mujer, es motivo de preocupación a nivel local, por lo que constantemente se están haciendo acciones orientadas a la prevención contra estas violencias y la promoción de las familias sanas. De igual modo, se vienen socializando constantemente las rutas de atención en salud, y a nivel institucional se realizan constantes encuentros que posibiliten el óptimo funcionamiento de tales rutas.

Tabla 36. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del municipio de Cocorná, 2017

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia, 2017	Cocorná, 2017	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2017)	135,9	20,1	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘			
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2017)	129,0	31,9	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘			

Fuente: Forensis

## Sistema sanitario

En cuanto a los indicadores del sistema sanitario que se presentan en la tabla 37, se puede observar que la mayoría de estos porcentajes, para el municipio de Cocorná, no presentan diferencias significativas si se les compara con los valores obtenidos para el departamento de Antioquia, en cada uno de los determinantes relacionados. La única diferencia significativa se encuentra en el porcentaje de las coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos, donde se observa un 8,59% en comparación al porcentaje para el departamento de Antioquia fue de 95%. Esta diferencia significativa tiene su razón en que los nacimientos en el municipio de Cocorná han ido disminuyendo, siendo el segundo nivel de atención donde se dan la mayoría de nacimientos y donde por ende se aplica en mayor medida esta vacuna.

Tabla 37. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del municipio de Cocorná,2018

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Cocorná	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2018)	93,62	92,07				↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗			
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2018)	95	8,59	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗			
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	94,8	95,96	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗			
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	94,1	98,48	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗			
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	94	101,52	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗			
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2017)	90,62911361	95,68	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗			
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2017)	99,30768313	98,36	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	-	↘	↗	-	↗	↗			
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2017)	99,38186456	98,38	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	-	-	-	-	↘	↗			

Fuente: MSPS-SISPRO

## Prestación de servicios

El municipio de Cocorná cuenta con una IPS pública E.S.E San Juan de Dios la cual presta sus servicios a los 14.909 habitantes del municipio de Cocorná, los servicios habilitados de dicha IPS se presenta a continuación.

**Tabla 38.** Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud en el municipio de Cocorná, 2018

Grupo Servicio	Indicador	2018
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	1
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	1
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1

Fuente: REPS



## Otros indicadores del sistema sanitario

De igual manera, la población del municipio cuenta con otros servicios para suplir las necesidades en salud, los cuales se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 39.** Otros indicadores de sistema sanitario en el municipio de Cocorná, 2018

Indicador	2015	2016	2017	2018
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,13	0,13	0,13	0,20
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,13	0,13	0,13	0,20
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,20	0,20	0,20	0,20
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	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
Razón de camas por 1.000 habitantes	0,33	0,33	0,33	0,34

Fuente: RESP

En 2018, en Cocorná, por cada 1.000 habitantes hay 0,34 camas, 0,20 camas de cuidado intensivo, 0,20 de cuidado intermedio y 0,20 camas de adulto, 0,20 ambulancias, 0,20 ambulancias básicas, y 0 ambulancias medicalizadas.

### 2.2.8.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

En este aparte del trabajo, se realiza un análisis donde se identifica como determinantes estructurales: los ingresos, el nivel educativo y la ocupación que se presenta en la población, la relación entre ellos y los efectos sobre la salud de la población del municipio.

#### Pobreza (NBI)

En este sentido, se observa en la tabla 40 que la proporción de población en necesidades básicas insatisfechas está representada para el año 2012 en 36,23% de los habitantes del municipio, que se concentran en las zonas rurales, y por ende expuestos con mayor vulnerabilidad a los eventos que afectan la salud. Igualmente se observa que el 9,25% de la población se encuentra en estado de miseria, lo que significa que pueden ser mucho más vulnerables con respecto a los riesgos en salud y su atención; además si se tiene en cuenta el hacinamiento para considerar los riesgos en salud para la población, encontramos un 11,95% de la población en dicha situación. Otros indicadores que sirven para este propósito son la línea de indigencia y el coeficiente de Gini para ingresos; sin embargo, tales indicadores sólo se encuentran disponibles para el departamento. La siguiente tabla refleja la información.

**Tabla 40.** Otros indicadores de ingreso, Municipio de Cocorná 2012

Indicadores de ingreso	Cabecera	Resto	Total
Proporción de la población en necesidades básicas insatisfechas	21,15	41,91	36,23
Proporción de población en miseria	5,06	10,84	9,25
Proporción de población en hacinamiento	7,7	13,61	11,99

Fuente: MSPS-DANE

### Cobertura de educación

En la siguiente tabla se observa la cobertura en educación del municipio y del departamento, la cual se representa, en ambos casos, en tasas brutas para la categoría primaria, secundaria y media. En este sentido se evidencia que, en la tasa municipal de cobertura bruta de educación en las categorías primaria con una diferencia significativa favorable con respecto al departamento; en lo que respecta a la educación secundaria media la diferencia relativa con respecto al departamento no es estadísticamente significativa, lo que significa que la situación del municipio en cuanto a la cobertura en educación es muy similar a lo que se evidencia en el departamento de Antioquia para el año 2018.

**Tabla 41.** Tasa de cobertura bruta de educación, municipio de Cocorná, 2005 – 2018

Eventos de Notificación Obligatoria	Antioquia, 2018	Municipio, 2018	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2018)	99,27	130,80	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2018)	108,67	126,62	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2018)	81,82	79,31	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗

Fuente: MEN

### Cobertura de acueducto

La cobertura de acueducto en el municipio de Cocorná para el año 2018 es del 92,7% en la cabecera municipal y del 29,0 en la zona. Esto indica que en la zona urbana persiste un 7,3% por cubrir y que en la zona rural del municipio la cobertura de acueducto se mantiene muy baja. Esta situación presenta la necesidad de plantear soluciones al respecto; sin embargo, es un proceso de enorme complejidad en lo que respecta al área rural, de ahí que la progresión ha de ser paulatina de acuerdo con las capacidades municipales. No obstante, se pueden seguir generando acciones preventivas que propendan al uso adecuado del agua y la disposición final de excretas.

### 3. CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

#### 3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

Las priorizaciones realizadas están orientadas desde las directrices del PDSP, teniendo en cuenta cada una de las dimensiones. De igual modo se indica el grupo de riesgo MIAS, para cada una de las prioridades que como municipio consideramos necesario abordar. La priorización se hace con base a los hallazgos en los capítulos 1 y 2 del presente ASIS del municipio de Cocorná. Y la priorización se realiza teniendo en cuenta lo identificado frente a la mortalidad y morbilidad en el municipio de Cocorná de acuerdo con la información y los reportes desde el cual nos soportamos para la elaboración del ASIS 2019 de igual modo se adicionan algunas prioridades que no se lograron identificar con los reportes e información trabajada, pero que hace parte de la percepción que como funcionarios municipales obtenemos en el día a día. Esta información se consolida en cada una de las 10 dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

#### 3.2. Priorización de los problemas de salud

En la tabla 42, se presenta el reconocimiento de los principales efectos de salud que fueron siendo identificados durante el desarrollo del análisis de la situación en salud para el municipio de Cocorná del año 2019. Dichas reconocimiento, permitirá tomar decisiones frente a las acciones e intervenciones en salud pública para el siguiente año; así como propiciar la gestión de acciones intersectoriales que apunten a mejorar las condiciones de vida de la población y contribuyan a tener una población más saludable en cada una de las dimensiones relacionadas.

**Tabla 42.** Priorización de los problemas de salud del municipio de Cocorná, 2019

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1 Salud Ambiental	1. Disminuir la tasa de incidencia de dengue según ocurrencia en el municipio, (a 2018 de 25,22)	009
	1. Continuar con las acciones orientadas a incidir positivamente en la disminución la tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	010
	3. Aumento en la cobertura de acueducto y alcantarillado en la población rural que al momento es de 10,33%	013
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	1. Disminuir la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Puesto que esta representa una de las causas más grandes del mortalidad en el municipio. (que para el 2017 representa un tasa de 120,5 X cada 100.000 habitantes)	001
	2. Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, que para el año 2017 presenta una tasa de 92,9 X cada 100.000 habitantes, puesto que estas enfermedades presentan la mayor cantidad de casos de mortalidad dentro de las enfermedades del sistema circulatorio.	001
	3. Disminuir la tasa de mortalidad por neoplasias: específicamente el tumor maligno de estómago (que tiene una tendencia oscilante representando para el 2017 una tasa de 16,5) Tumor maligno de los órganos digestivos, del peritoneo, excepto estómago y colon (con una tendencia fluctuante, alcanzando a 2017 una tasa de 17,9) y tumor maligno de mama (con una tasa de 8,4).	007
	4. Disminuir la mortalidad por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (tasa de mortalidad al año 2017 de 15,6)	002
	5. Realizar acciones de prevención, vigilancia y control sobre la hipertensión arterial	001
	6. Realizar acciones de prevención, vigilancia y control sobre la diabetes mellitus	001
3. Convivencia social y salud mental	1. Causas externas: Generar acciones intersectoriales orientadas a sensibilizar a la población sobre la accidentalidad en las vías.	012
	2. Causas externas: Generar acciones intersectoriales orientadas a la prevención de la conducta suicida y la promoción de estilos de habilidades para la vida. (tasa de mortalidad a 2017 de 4,0)	012
	3. Causas externas: Generar acciones intersectoriales orientadas a la prevención de la violencia intrafamiliar (tasa 20,1x cada 100.000 habitantes) y violencia contra la mujer (tasa 31,9x cada 100.000 habitantes)	005
	4. Continuar con la implementación de acciones orientadas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y el fortalecimiento y socialización de rutas de atención en salud frente a esta problemática. Esto desde la política pública en salud mental municipal y el plan municipal de prevención de drogas.	004
	5. Desarrollar acciones que posibiliten la atención integral a los trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia en la población cocomense.	005
4. Seguridad alimentaria y nutricional	1. Promover la lactancia materna y alimentación saludable en la población menor de 5 años	003
	2. Disminución del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (a 2017 el 8,10% de los nacidos vivos presentan bajo peso al nacer)	008
	3. Promover patrones de alimentación saludable, consumo de frutas y verduras	003
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Reducir embarazo adolescente en la población de 10-14 años (tasa de fecundidad a 2017 de 1,75) , y la población de 15 a 19 años (tasa de fecundidad a 2017 de 71,30)	008
	2. Garantizar el acceso a la atención preconcepcional y prenatal, además velar por el bienestar de la materna y del neonato.	008
	3. Velar por una atención integral a la gestante que posibilite la disminución de la morbilidad materna extrema en el municipio.	008
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. Reducir la tasa de mortalidad por IRA, bajo la premisa cero tolerancia a la mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en población menor de 5 años. (tasa de 80,1 en el año 2017)	009
	2. Reducir la letalidad de la Infección respiratoria aguda grave (IRAG) a 2017 la letalidad fue del 100%	009
	2. Reducir la manifestación de enfermedades infecciosas y parasitarias en la población de la primera infancia	009
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. Reducir la tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza (tasa a 2017 de 20,1 para el municipio de Cocorná)	013
	1. Amenazas por movimiento de masas debido a las características geográficas	013
	2. Amenazas por inundación	013
8. Salud y Ambito laboral	1. Alto porcentaje de empleo informal en el municipio (es necesaria su caracterización y velar por su ingreso al ARL)	011
	2. Realizar acciones encaminadas a disminuir el riesgo de lesiones no intencionales derivadas del trabajo informal	011
9. Gestion diferencial en poblaciones vulnerables	1. Discapacidad: sistema nervioso	000
	2. Discapacidad: Movimientos del Cuerpo manos brazos y piernas	000
	3. Discapacidad: Los ojos	000
	4. Población Víctima del conflicto armado	012
	1. Cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social en salud	000
	2. 1. Contar con apoyo profesional que fortalezca cada una de las dimensiones propuestas desde el PDSP	000

Fuente: Elaboración propia

## Conclusiones

En el municipio de Cocorná Antioquia las principales causas de mortalidad durante el periodo 2005-2017 y de morbilidad durante el periodo 2009-2018, han estado determinadas por las enfermedades del sistema circulatorio, específicamente por aquellas relacionadas con enfermedades de tipo cardiovascular. Podría decirse que tanto la mortalidad como la morbilidad por dicha causa, son más prevalentes en personas mayores de 60 años. Por tal motivo, fueron priorizadas en primer lugar en la dimensión de las enfermedades crónicas no transmisibles. En dicha dimensión también fueron priorizadas las neoplasias, específicamente las relacionadas los tumores de estómago y de mama, que son los subgrupos de causas de neoplasias que se presentan en mayor medida en la población cocornense.

Ahora bien, en la dimensión de enfermedades crónicas no transmisibles no podría faltar la hipertensión y la diabetes, puesto que son enfermedades que vienen afectando en grandes proporciones a la población, generando todo tipo de riesgos en el sistema circulatorio e incluso propiciando condiciones para el surgimiento de enfermedades como la ERC.

En la dimensión ambiental se priorizan el dengue clásico y el dengue hemorrágico; sin embargo, para el año 2018, las afectaciones presentaron una situación favorable estadísticamente con respecto al departamento de Antioquia. No obstante, desde el municipio se considera relevante hacer un seguimiento, control y vigilancia al dengue, puesto que por la característica del territorio cocornense se cuenta con los vectores *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, haciéndose necesario el no bajar la guardia y continuar con las campañas y acciones de sensibilización que conlleven a controlar los focos de proliferación del mosquito. Adicional al dengue, también continúa priorizando el accidente ofídico puesto que también viene siendo un riesgo para la población cocornense, en especial para aquella que habita en la zona rural. Dichos accidentes se presentan en mayor medida en temporada de calor, puesto que el incremento en la temperatura hace que estos animales se desplacen a tierras más altas y húmedas, en donde buscan resguardarse; por lo que terminan acercándose más a los cultivos o a las viviendas generando un gran riesgo a las personas.

Otra de las prioridades en la dimensión ambiental tiene que ver con el acceso a los servicios de acueducto y alcantarillado en la población rural. Una necesidad que es innegable, pero de gran complejidad; puesto que existen condiciones económicas poco favorecedoras, además de condiciones geográficas y territoriales que hacen difícil alcanzar un buen nivel de cobertura; sin embargo, se ha de seguir realizando esfuerzos que conlleven a un incremento paulatino del acceso de la población rural a este servicio. Esta situación también indica que frente a tal falencia es necesario generar acciones preventivas del riesgo, brindando educación a la comunidad sobre el adecuado manejo del agua para el consumo humano y la disposición final de excretas; además de prácticas alternativas que garanticen la salubridad.

En la dimensión convivencia social y salud mental, son priorizadas las causas externas que se ubicaron como segunda causa de mortalidad en la población de Cocorná, afectando en mayor medida a la población de hombres del municipio, por las subcausas agresiones y accidentes del transporte terrestre. Frente a la mortalidad por agresiones (homicidios) durante el periodo comprendido entre el año (2005-2017), se

encuentra una tendencia fluctuante, relacionada con el comportamiento del accionar de grupos armados, su desarticulación y resurgimiento bajo la figura de bandas criminales. En base a los 12 años observados se permite visualizar un mayor número de homicidios en los primeros años, en donde aún persistían actores del conflicto armado interno colombiano; también permite observar un declive de las muertes violentas en unos años en que estos grupos se desarticularon y se fortaleció la presencia estatal y un posterior aumento cuando empezaron a emerger actores armados ilegales con dinámicas diferentes más orientadas al tráfico y venta de drogas, que propiciaron las muertes más recientes en el territorio cocornense hasta el final del periodo 2017. Ahora bien, pasando a la accidentalidad en el transporte terrestre, como se ha mencionado en diversas ocasiones, esta se da en mayor medida en el corredor de la autopista Medellín-Bogotá que atraviesa con un gran trayecto al territorio.

Adicional a estas causas que siempre se vienen priorizando por su protagonismo en la mortalidad de la población, se priorizan también las lesiones auto inflingidas intencionalmente. Estas han generado hasta el año 2017 unas muertes lamentables en el municipio, que dejan un sin sabor tanto a los entes institucionales como a la comunidad misma. En vista de ello, se prioriza este sub grupo de causas externas a fin de generar acciones más efectivas para prevenir el suicidio en la comunidad.

Otro factor importante a priorizar es el relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas en el municipio, que es en efecto un fenómeno que presenta muchas deficiencias; empezando por la incapacidad que se ha tenido a nivel municipal para realizar una caracterización clara sobre la situación del consumo de drogas en el municipio. Podría decirse que se sabe de la problemática, pero no se ha podido llevar a una materialización de evidencias claras. Sin embargo, basta con echar un vistazo a la situación nacional, que pone a Antioquia como el departamento en el primer lugar de consumo; siendo el oriente Antioqueño la subregión con un indicador más alto.

También fueron priorizadas en esta dimensión las tasas de incidencia de la violencia intrafamiliar y la violencia contra la mujer; sin embargo, podría decirse que se ésta en una fase de reconocimiento de tal situación como una problemática social; por lo que se aboga por una disminución, sin embargo, se espera un aumento en las denuncias y se busca que la atención de los diferentes estamentos institucionales sea el adecuado e integral.

En la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos fueron priorizados el embarazo adolescente que invoca la necesidad de fortalecer acciones que conlleven a su prevención; además se priorizaron la morbilidad materna extrema y la morbilidad neonatal; siendo esta una tarea sumamente importante a la cual se han de dirigir diversas acciones, en pro de mejorar las condiciones reproductivas y mantener en cero la mortalidad materna; así como también disminuir en el máximo posible la mortalidad infantil.

En la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles fueron priorizadas las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades infecciosas y parasitarias. Ello con el fin de empezar a fortalecer acciones que permitan depurar las afectaciones por enfermedades infectocontagiosas. Para ello es necesario implementar con mayor fuerza el AIEPI Clínico y Comunitario. Estas estrategias se han trabajado en el municipio; sin embargo, es necesario continuar fortaleciendo tanto al personal hospitalario, como a la comunidad sobre



estas herramientas que conllevan a garantizar una mejor condición de salud en la niñez, y respuestas efectivas frente al riesgo de gravedad o mortalidad en los menores de 5 años.

En la dimensión Salud pública en emergencias y desastres, se contemplan dos riesgos que son latentes en el municipio por sus características geográficas, estas son la amenaza por movimiento de masas debido a los terrenos escarpados, la deforestación y la construcción de viviendas en zonas geológicamente inestables y las amenazas de inundación por crecientes en zonas aledañas a ríos o quebradas; ya que el municipio es rico en fuentes hídricas y tiene antecedentes de este tipo.

En la dimensión de salud y ámbito laboral se priorizan las lesiones que, aunque no se pueden atribuir todas a consecuencias de prácticas laborales, se ha venido identificando que gran parte de la población del municipio subsiste de actividades informales. Estas en su mayoría son beneficiarios del régimen subsidiado y no cuentan con una afiliación a una administradora de riesgos laborales; por lo que las lesiones presentadas en su oficio pueden generar grandes riesgos a su salud e incluso afectar fuertemente sus condiciones de vida. De ahí que se hace necesario identificar a dicha población y realizar acciones que les capaciten en la prevención del riesgo y les lleven a asumir prácticas más saludables en sus entornos laborales.

En la dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables, se prioriza a la población en condición de discapacidad del municipio que representa casi el 5%. En dicha priorización se precisa en los diferentes tipos de discapacidad. Lo que se busca es empezar a generar los espacios y escenarios adecuados para mejorar las condiciones de vida tanto de las personas con discapacidad como con sus familias. Ello apoyado en la estrategia de rehabilitación basada en comunidad que tiene una perspectiva amplia, integral y multidimensional.

Otra población priorizada son las víctimas del conflicto armado, frente a las cuales se han de desarrollar acciones orientadas a la identificación del nivel de afectación generado, a fin de poder reconocer las fracturas y variaciones ocasionadas al tejido social, que permitan contrarrestar secuelas y factores de riesgo enraizados en cada una de las dimensiones mencionadas. Ello con el fin de generar acciones que apunten al restablecimiento del tejido social, que permitan a la población Cocornense tener el máximo de bienestar alcanzable que contribuya a su prosperidad social.

Finalmente, en lo que respecta a la dimensión de fortalecimiento de la autoridad sanitaria, se prioriza el seguir incrementando la cobertura de afiliación en el SGSSS y contar con el apoyo profesional correspondiente que permita mejorar la gestión en salud pública en el municipio. Es importante, tanto de esta dimensión de fortalecimiento de la autoridad sanitaria, como la de convivencia social y salud mental, incrementar y fortalecer las acciones en pro de consolidar la política pública de salud mental municipal y el plan municipal de prevención en drogas. Esto desde el principio de la corresponsabilidad y desde la articulación intersectorial. Esta última fundamental para que sea viable y funcional cualquiera de los procesos.