



Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud

ALCALDÍA DE MEDELLÍN

SECRETARÍA DE SALUD
Dirección Técnica de Planeación

Medellín, 2016

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	10
METODOLOGÍA	11
AGRADEMIENTOS	12
SIGLAS	14
1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	15
1.1 Contexto territorial.....	15
1.1.1 Localización.....	15
1.1.2 Características físicas del territorio	16
1.1.3 Accesibilidad geográfica	23
1.2 Contexto demográfico	30
1.2.1 Estructura demográfica.....	36
1.2.2 Dinámica demográfica	40
1.2.3 Movilidad forzada	43
2. CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	46
2.1. Análisis de la mortalidad	46
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas	46
2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo.....	57
2.1.3 Mortalidad materno infantil y en la niñez.....	77
2.1.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez	83
2.1.5 Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil..	93
2.2. Análisis de la morbilidad	96
2.2.1 Principales causas de morbilidad.....	96
2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo	103
2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo	127
2.2.4. Morbilidad de eventos precursores.....	129
2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	138

2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad a 2015.....	143
2.2.7. Identificación de prioridades principales en la morbilidad.....	147
2.2.8. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS.....	150
3. CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD	160

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS TERRITORIOS POR EXTENSIÓN TERRITORIAL Y ÁREA DE RESIDENCIA. MEDELLÍN, 2016.....	16
TABLA 2 TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE Y DISTANCIA EN KILÓMETROS. MEDELLÍN, 2015.....	24
TABLA 3 TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE, DISTANCIA EN KILÓMETROS DESDE MEDELLÍN HACIA LOS MUNICIPIOS VECINOS, 2015	25
TABLA 4 POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA. MEDELLÍN, 2016	32
TABLA 5 POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA. MEDELLÍN, 2016.....	35
TABLA 6 PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CICLO VITAL EN MEDELLÍN. 2005,2016 Y 2020	37
TABLA 7. OTROS INDICADORES DE ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA EN MEDELLÍN. 2005, 2016, 2020.	40
TABLA 8. INDICADORES DE FECUNDIDAD EN MEDELLÍN. 2005 - 2015.	41
TABLA 9. OTROS INDICADORES DE LA DINÁMICA DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN, 2005-2014	42
TABLA 10. POBLACIÓN VICTIMIZADA DE DESPLAZAMIENTO POR GRUPO DE EDAD, SEXO, MEDELLÍN, JUNIO 10 DEL 2011 A AGOSTO 31 DEL 2013	44
TABLA 11. TABLA DE SEMAFORIZACIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECIFICAS DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y MUNICIPIO DE MEDELLÍN, 2006-2014	76
TABLA 12. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y NIÑEZ – MENORES DE 5 AÑOS -, POBLACIÓN GENERAL SEGÚN LA LISTA DE CAUSAS –.MEDELLÍN 2005 – 2014.....	77
TABLA 13. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y NIÑEZ – MENORES DE 5 AÑOS -, PARA NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN LA LISTA DE CAUSAS –.MEDELLÍN 2005 – 2014.....	79
TABLA 14. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL– MENORES DE 1 AÑO -, PARA POBLACIÓN GENERAL SEGÚN LA LISTA DE CAUSAS –.MEDELLÍN 2005 – 2014.....	80
TABLA 15. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL– MENORES DE 1 AÑO -, PARA NIÑOS Y NIÑAS GENERAL SEGÚN LA LISTA DE CAUSAS –.MEDELLÍN 2005 – 2014.....	81
TABLA 16. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ– MENORES ENTRE 1 Y 4 AÑOS -, PARA POBLACIÓN GENERAL SEGÚN LA LISTA DE CAUSAS –.MEDELLÍN 2005 – 2014.....	82
TABLA 17. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ– MENORES ENTRE 1 Y 4 AÑOS -, PARA NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN LA LISTA DE CAUSAS –.MEDELLÍN 2005 – 2014.....	83
TABLA 18. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y NIÑEZ, ANTIOQUIA /MEDELLÍN, 2005- 2014	84
TABLA 19. INDICADORES DE RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ETNIA DE MEDELLÍN, 2010 – 2014	92
TABLA 20. INDICADORES DE RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ÁREA DE RESIDENCIA DE MEDELLÍN, 2010 – 2013	93
TABLA 21. IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD DE MEDELLÍN, 2005-2014	93
TABLA 22. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, GENERAL MEDELLÍN 2009 – 2015	97
TABLA 23. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN HOMBRES, MEDELLÍN 2009 – 2015.....	99
TABLA 24. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN MUJERES, MEDELLÍN 2009 – 2015	102
TABLA 25. MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES, MEDELLÍN 2009 – 2015	104
TABLA 26 MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES EN POBLACIÓN MASCULINA , MEDELLÍN 2009 – 2015	107
TABLA 27. MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES EN POBLACIÓN FEMENINA , MEDELLÍN 2009 – 2015	110

TABLA 28. MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS CONDICIONES MATERNO - PERINATALES, MEDELLÍN 2009 – 2015	111
TABLA 29. MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, EN LA POBLACIÓN GENERAL; MEDELLÍN 2009 – 2015.....	113
TABLA 30. MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, EN LA POBLACIÓN MASCULINA; MEDELLÍN 2009 – 2015.....	117
TABLA 31. MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, EN LA POBLACIÓN FEMENINA; MEDELLÍN 2009 – 2015.....	120
TABLA 32. MORBILIDAD ESPECÍFICA POR LAS LESIONES, POBLACIÓN GENERAL MEDELLÍN, 2009 – 2015.....	123
TABLA 33. MORBILIDAD ESPECÍFICA POR LAS LESIONES, POBLACIÓN MASCULINA MEDELLÍN, 2009 – 2015	125
TABLA 34. MORBILIDAD ESPECÍFICA POR LAS LESIONES, POBLACIÓN FEMENINA MEDELLÍN, 2009 – 2015.....	127
TABLA 35. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LOS EVENTOS DE ALTO COSTOS. ANTIOQUIA Y MEDELLÍN 2009-2015.....	128
TABLA 36. PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MEDELLÍN, 2010-2012.....	128
TABLA 37. EVENTOS PRECURSORES EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN, 2011 - 2015	130
TABLA 38. CONSUMO DE TABACO EN ADULTOS DE MEDELLÍN, 2011	130
TABLA 39. CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE MEDELLÍN, 2011.....	132
TABLA 40. CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS EN ADULTOS DE MEDELLÍN, 2011	134
TABLA 41. NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS DE MEDELLÍN, 2011	135
TABLA 42. SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS DE MEDELLÍN, 2011	137
TABLA 43. OBESIDAD ABDOMINAL EN ADULTOS DE MEDELLÍN, 2011	138
TABLA 44. TABLA DE SEMAFORIZACIÓN DE LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA ANTIOQUIA / MEDELLÍN, 2007-2015....	139
TABLA 45. TOTAL DE LAS ALTERACIONES PERMANENTES DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN, 2011-2015.....	144
TABLA 46. DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTERACIONES PERMANENTES POR GRUPO DE EDAD EN LOS HOMBRES DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN, 2009 A 2015	145
TABLA 47. DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTERACIONES PERMANENTES POR GRUPO DE EDAD EN LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN, 2009 A 2015	147
TABLA 48. PRIORIDADES IDENTIFICADAS EN LA MORBILIDAD ATENDIDA, EVENTOS DE ALTO COSTO, EVENTOS PRECURSORES Y EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA ANTIOQUIA, MEDELLÍN, 2015.....	148
TABLA 49. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - CONDICIONES DE VIDA DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN, 2015.....	151
TABLA 50. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - CONDICIONES DE VIDA DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN SEGÚN TIPO DE ÁREA, 2015.....	151
TABLA 51. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL MUNICIPIO DE MEDELLÍN, 2005-2014.....	152
TABLA 52. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - FACTORES PSICOLÓGICOS Y CULTURALES DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN.....	153
TABLA 53. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD -SISTEMA SANITARIO DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN 2006-2015	153
TABLA 54. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD IPS HABILITADAS EN MEDELLÍN, SEGÚN SU NATURALEZA JURÍDICA, JUNIO DE 2016	154
TABLA 55. SERVICIOS HABILITADOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD MEDELLÍN, JUNIO 2016	156
TABLA 56. OTROS INDICADORES DE SISTEMA SANITARIO EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN 2016.....	157
TABLA 57. OTROS INDICADORES DE INGRESO, MUNICIPIO DE MEDELLÍN 2010-2015	159
TABLA 58. TASA DE COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN 2005 – 2015	159
TABLA 59. INDICADORES DE DESEMPLEO DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, 2001 - 2015.....	160
TABLA 60. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE MEDELLÍN.	160

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE MEDELLÍN. 2005, 2016, 2020	36
FIGURA 2. CAMBIO EN LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO ETARIOS EN MEDELLÍN. 2005,2016 Y 2020	38
FIGURA 3. POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. MEDELLÍN, 2016	38
FIGURA 4. COMPARACIÓN ENTRE LA TASA DE CRECIMIENTO NATURAL Y LAS TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD, 2005 AL 2011	40
FIGURA 5. COMPARACIÓN ENTRE LA TASA DE CRECIMIENTO NATURAL Y LAS TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD. MEDELLÍN, 2005 A 2015	41
FIGURA 6. ESPERANZA DE VIDA AL NACER, POR SEXO, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, 1885 – 2020	42
FIGURA 7. TASA DE MORTALIDAD TOTAL AJUSTADA POR EDAD DE MEDELLÍN, 2005 – 2014	47
FIGURA 8. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LOS HOMBRES DE MEDELLÍN, 2005 – 2014	48
FIGURA 9. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS MUJERES DE MEDELLÍN, 2005 – 2014	49
FIGURA 10. PROPORCIÓN DE AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP TOTAL POR GRANDES CAUSAS.	51
FIGURA 11. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS EN HOMBRES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	52
FIGURA 12. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS EN LAS MUJERES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	53
FIGURA 13. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 GENERAL. MEDELLÍN, 2005 – 2014	54
FIGURA 14. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADO EN LOS HOMBRES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	55
FIGURA 15. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADA EN LAS MUJERES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	56
FIGURA 16. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POBLACIÓN GENERAL. MEDELLÍN, 2005 – 2014	58
FIGURA 17. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN HOMBRES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	59
FIGURA 18. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN MUJERES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	60
FIGURA 19. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA NEOPLASIAS EN POBLACIÓN GENERAL. MEDELLÍN, 2005 – 2014.....	61
FIGURA 20. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN MUJERES. MEDELLÍN, 2005 – 2014.....	62
FIGURA 21. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN HOMBRES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	63
FIGURA 22. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN POBLACIÓN GENERAL. MEDELLÍN, 2005 – 2014	64
FIGURA 23. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN HOMBRES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	65
FIGURA 24. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN MUJERES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	66
FIGURA 25. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN POBLACIÓN GENERAL. MEDELLÍN, 2005 – 2014	67
FIGURA 26. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN HOMBRES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	68
FIGURA 27. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN MUJERES. MEDELLÍN 2005 – 2014	69

FIGURA 28. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ACUSAS EXTERNAS EN POBLACIÓN GENERAL. MEDELLÍN, 2005 – 2014.....	70
FIGURA 29. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ACUSAS EXTERNAS EN HOMBRES. MEDELLÍN, 2005 – 2014	71
FIGURA 30. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS CAUSAS EXTERNAS EN MUJERES. MEDELLÍN, 2005 – 2014.....	72
FIGURA 31. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES EN POBLACIÓN GENERAL. MEDELLÍN, 2005 –2014	73
FIGURA 32. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES EN HOMBRES. MEDELLÍN, 2005 –2014	74
FIGURA 33. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES EN MUJERES. MEDELLÍN, 2005 –2014	75
FIGURA 34. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, ANTIOQUIA / MEDELLÍN, 2005-2014	85
FIGURA 35. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, ANTIOQUIA / MEDELLÍN, 2005- 2014	86
FIGURA 36. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, ANTIOQUIA / MEDELLÍN, 2005- 2014	87
FIGURA 37. TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, ANTIOQUIA / MEDELLÍN / 2005- 2014.....	88
FIGURA 38. TASA DE MORTALIDAD POR EDA, ANTIOQUIA / MEDELLÍN, 2005- 2014	89
FIGURA 39. TASA DE MORTALIDAD POR IRA, ANTIOQUIA / MEDELLÍN, 2005- 2014	90
FIGURA 40. TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN, ANTIOQUIA / MEDELLÍN, 2005- 2014	91
FIGURA 41. LETALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN MEDELLÍN, 2009-2014.....	141
FIGURA 42. LETALIDAD POR MENINGITIS TUBERCULOSA EN MEDELLÍN, 2008-2014	142
FIGURA 43. LETALIDAD POR LEPTOSPIRA EN MEDELLÍN, 2008-2014.....	142
FIGURA 44. PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN A 2015.....	143

LISTA DE MAPAS

MAPA 1. DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA Y LÍMITES. MEDELLÍN, 2016	15
MAPA 2. RELIEVE E HIDROGRAFÍA. MEDELLÍN, 2016	17
MAPA 3. MAPA DE MOVIMIENTOS EN MASA. MEDELLÍN, 2016	21
MAPA 4. MAPA DE RIESGO SEGÚN TIPO DE AMENAZA POR AVENIDA TORRENCIAL E INUNDACIONES. MEDELLÍN, 2016	23
MAPA 5. VÍAS DE COMUNICACIÓN TERRESTRES. MEDELLÍN, 2016	28
MAPA 6. DENSIDAD POBLACIONAL POR KILÓMETRO CUADRADO. MEDELLÍN, 2016	31
MAPA 7. POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA. MEDELLÍN, 2016	31
MAPA 8. UBICACIÓN DE LOS HOGARES. MEDELLÍN, 2016	34
MAPA 9 . POBLACIÓN SEGÚN PERTENENCIA ÉTNICA DISTINTA A MESTIZOS. MEDELLÍN, 2016	35
MAPA 10 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) HABILITADAS EN MEDELLÍN, SEGÚN SU NATURALEZA JURÍDICA, JUNIO DE 2016	155

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.

El interés y la necesidad de la Alcaldía de Medellín de conocer el comportamiento y la dinámica de sus poblaciones, así como los retos a los que estas impulsan día a día, constituyen el motor principal de la presente actualización del Análisis de Situación de Salud. Donde no sólo se pretende documentar las principales causas de enfermar y morir de la población, sino también ilustrar efectivamente el comportamiento de los eventos en salud en las dieciséis comunas y cinco corregimientos que componen el municipio, con el fin de lograr una mejor comprensión de la situación de salud-enfermedad en todo el territorio y, acercarse así, hacia la comprensión de los determinantes sociales de la salud que inciden en dicha realidad.

Adicionalmente, la constante preocupación de la Alcaldía en ofrecer, acercar y prestar a sus ciudadanos mejores servicios, hace que el presente documento se constituya en una valiosa oportunidad para conocer tanto las necesidades en salud de su población como la capacidad instalada para satisfacerlas. En este sentido, la primera aproximación al conocimiento de la situación de salud de los territorios la constituyeron los perfiles epidemiológicos por comuna que se elaboraron durante el primer semestre del 2013 y que se encuentran disponibles a través de la página web de la Alcaldía; estos documentos constituyeron el punto de partida para la comprensión del Análisis de Situación de Salud con enfoque de determinantes, aunque con las limitaciones que ofrecen los documentos descriptivos y observacionales.

En virtud de lo anterior, y para complementar la información necesaria para la comprensión de esta situación, se comenzó entonces un trabajo conjunto con las diferentes entidades que podrían aportar información valiosa que condujera, si no a la explicación, si a la mejor ilustración posible de cómo y por qué algunos eventos no se comportan de manera similar en los diferentes territorios.

Finalmente, conocedores del valor que representa este documento, producto de una tarea continua, valiosa y que constituye una herramienta imprescindible para la planeación óptima y el mejoramiento continuo, se espera enriquecerla año tras año hasta lograr la mejor comprensión posible de la situación de salud del municipio y de los argumentos que definen la toma de algunas decisiones en servicios de salud para la población.

INTRODUCCIÓN

La declaración final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud reconoce que “la justicia social es una cuestión de vida o muerte, afecta el modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir de forma prematura” (Organización Mundial de la Salud, 2011), razón por la cual se hizo necesario profundizar en el conocimiento de la situación de salud de los territorios y las condiciones en las cuales se desarrolla la vida en cada uno de ellos, con un enfoque diferencial y una mirada desde los determinantes sociales de la salud. Es así entonces, como fue preciso enriquecer el ejercicio de la epidemiología con fuentes de información complementarias a las del sector sanitario y que en alguna medida pudiesen responder al por qué unos enferman más que otros, si todos viven en la misma ciudad y comparten algunos factores de riesgo, produciéndose así una forma complementaria de analizar los fenómenos de salud-enfermedad que trasciende la mirada estrictamente descriptiva constituida en un perfil epidemiológico, hacia un análisis de la situación de salud que tanto identifica la magnitud de los eventos como la de aquellos factores que eventualmente explicarían las diferencias en el comportamiento de estos eventos al interior de la ciudad.

Así, el análisis de situación de salud responde principalmente al interés y la preocupación de las Entidades Territoriales de conocer las condiciones de vida y salud de sus pobladores, de tal manera que puedan identificarse las acciones necesarias de implementar en pos de mejorar estas realidades y así, su condición de Salud.

METODOLOGÍA

Los resultados presentados en este documento, corresponden a información recolectada de datos primarios y secundarios.

A continuación se detallan las fuentes utilizadas en el presente documento. Se utilizaron como fuentes de información las estimaciones y proyección de la población de los censos 1985, 1993 y 2005 y los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la mortalidad del municipio, se utilizó la información del periodo entre el 2005 al 2014, de acuerdo a las bases de datos de Estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.

También, 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 la hoja de cálculo Excel.

Para el análisis de las desigualdades en salud y sociales en salud, se estimaron 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 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 de Salud y otra información que contribuya al análisis de la morbilidad en su territorio. El periodo del análisis para los RIPS fue del 2009 al 2015; para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo comprendido entre el 2008 al 2015 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2015; 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 realizar la priorización de los efectos en salud se utilizó la identificación de problemas de acuerdo con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

AGRADEMIENTOS

Alcalde

Federico Andrés Gutiérrez Zuluaga

Equipo Directivo

Claudia Helena Arenas Pajón

Secretaria de Salud de Medellín

Clara Luz Trujillo Escobar

Subsecretaria de Salud Pública

Yanneth Castaño Castaño

Subsecretaria de Gestión de Servicios de salud

Gloria Emilse Urrego Urrego

Subsecretario Administrativa y financiera

Verónica Lopera Velásquez

Dirección Técnica de Planeación en Salud

Equipo coordinador ASIS

Horacio Botero Botero

Líder de Gestión de la información y el conocimiento

Edwin Guevara Romero

Bacteriologo, Epidemiólogo

Eduardo Santacruz Sanmartín

Gerente Sistemas de Información en salud, Epidemiólogo

Juan Carlos Sánchez Giraldo

Ingeniero Informático

Carolina Restrepo Estrada

Gerente Sistemas de Información en salud, Esp SIG

Dora Beatriz Rivera Escobar

Gerente de Sistemas de Información en Salud, Esp en Estadística

Andrés Felipe Hoyos Vallejo
Gerente de Sistemas de Información en Salud, Mg en Salud Pública

Ana María Ospina Rodríguez
Técnica Administrativa

Bibiana María Botero del Río
Ingeniera de Sistema, Esp en calidad

Leon Jaime Rúa Florez
Ingeniero de Sistemas

Diego León Bastidas Lopera
Gerente de Sistemas de Información en Salud, Esp en SIG

Gloria Janeth Martínez Bedoya
Ingeniera de Sistemas

Con la participación de:

Unidad de Gestión de la Información y el conocimiento
Dirección Técnica Planeación Salud
Equipo de Salud Ambiental
Equipo de Vigilancia Epidemiológica
Profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Salud Pública, Secretaría de Salud
Subsecretaría de Gestión de Servicios de Salud
Subdirección de información
Departamento Administrativo de Planeación Municipal
Personería de Medellín.

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
Mpio: Municipio
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
PIB: Producto Interno Bruto
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB: Tuberculosis
TGF: Tasa Global de Fecundidad
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano.

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

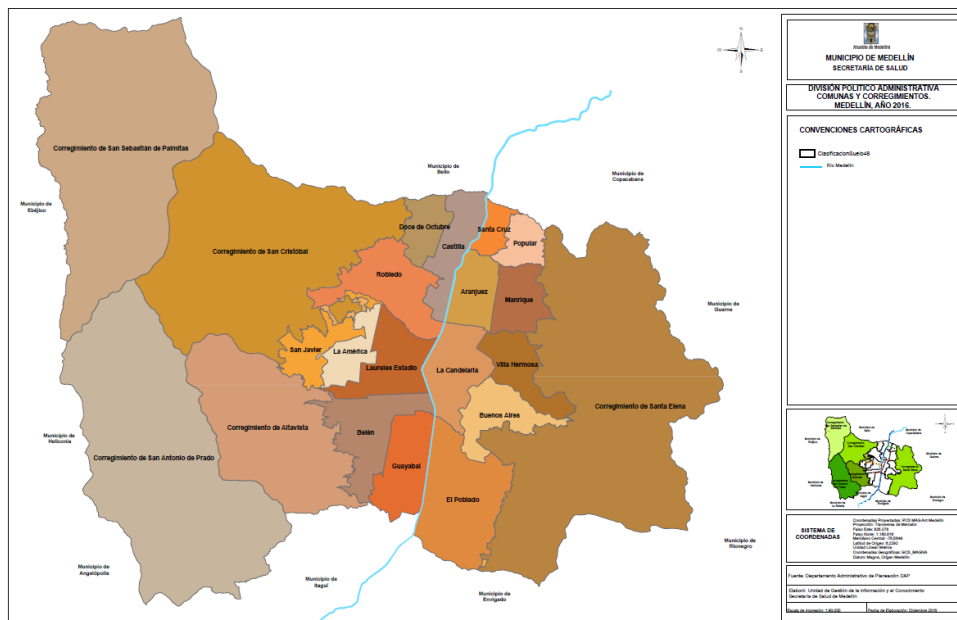
1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

Medellín es un municipio colombiano, capital del departamento de Antioquia, situado en el centro del Valle de Aburrá ubicado en la cordillera central y es atravesado por el río Medellín. Es la segunda ciudad más poblada de Colombia, pertenece a la región noroccidental del país y se ubica a 409 kilómetros de Bogotá D. C. por carretera y a 50 minutos por vía aérea. Medellín pertenece a la primera Área Metropolitana creada en Colombia en 1980 y es la segunda Área Metropolitana en población en el país después del Distrito Capital de Bogotá. Limita al norte con los municipios de Bello, Copacabana y San Jerónimo; al sur con Envigado, Itagüí, La Estrella y El Retiro; al oriente con Guarne y Rionegro, y por el occidente con Angelópolis, Ebéjico y Heliconia.

Se encuentra organizado territorialmente en 6 zonas geográficas, las cuales están conformadas por dieciséis comunas (249 barrios urbanos oficiales) y cinco corregimientos. Estas zonas constituyen una importante dimensión de percepción del territorio, para la comprensión de sus procesos, sus problemas y es parte de la organización y dinámica comunitaria. A ellas se dirigen los procesos de planeación participativa en la ciudad, tanto de iniciativa municipal como ciudadana; y su ámbito constituye un nodo importante en la organización social vigente (Mapa 1).

Mapa 1. División política administrativa y límites. Medellín, 2016



Fuente: DAP Departamento Administrativo de Planeación.

El municipio cuenta con una extensión territorial de 376,4 Kms², 111,6 Km² en suelo urbano y 263,0 en suelo rural y suelo de expansión¹: 1,8 Kms². La extensión territorial de cada una de las comunas y corregimientos de la ciudad se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los territorios por extensión territorial y área de residencia. Medellín, 2016

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
1. Popular	3,1	3,1			3,1	0,8
2. Santa Cruz	2,2	2,2			2,2	0,6
3. Manrique	5,1	5,0			5,1	1,4
4. Aranjuez	4,9	4,8			4,9	1,3
5. Castilla	6,1	6,0			6,1	1,6
6. Doce de Octubre	3,9	3,8			3,8	1,0
7. Robledo	9,5	9,4			9,5	2,5
8. Villa Hermosa	5,7	5,7			5,7	1,5
9. Buenos Aires	6,1	6,0			6,1	1,6
10. La Candelaria	7,4	7,3			7,4	2,0
11. Laureles	7,4	7,3			7,4	2,0
12. La América	4,0	3,9			4,0	1,1
13. San Javier	4,8	4,8			4,8	1,3
14. El Poblado	14,4	14,3			14,4	3,8
15. Guayabal	7,3	7,2			7,3	1,9
16. Belén	8,9	8,8			8,9	2,4
50. Cgto de Palmitas			57,8	21,0	57,8	15,4
60. Cgto de San Cristobal			54,1	19,7	54,1	14,4
70. Cgto de Altavista			28,7	10,4	28,7	7,6
80. Cgto de San Antonio de Prado			60,6	22,0	60,6	16,1
90. Cgto de Santa Elena			74,1	26,9	74,1	19,7
Suelo de expansión urbana	0,5	0,5				0,1
TOTAL		100		100		100

Fuente: DAP Departamento Administrativo de Planeación.

Elaboró: Unidad de Gestión de la Información y el conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín

1.1.2 Características físicas del territorio

Relieve y altitud

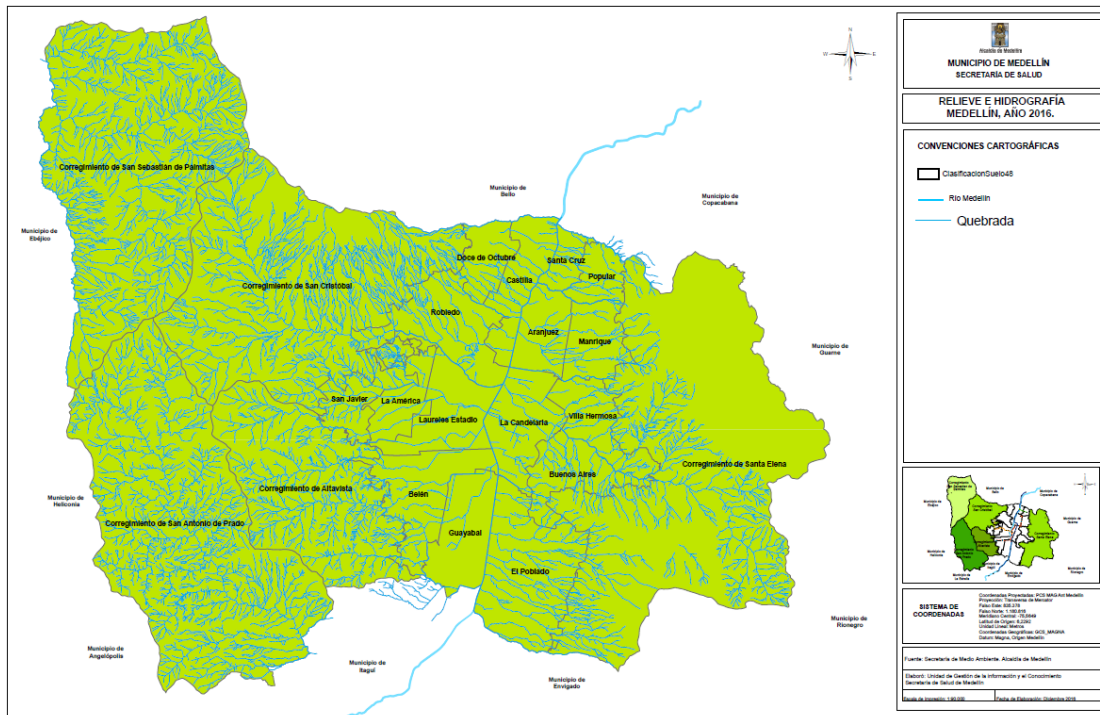
Medellín se encuentra enclavado en el centro geográfico del Valle de Aburrá, sobre la cordillera central de los Andes en las coordenadas 6°13'55"N 75°34'05"O. El Valle de Aburrá posee una extensión de 1.152 km² que hacen parte de la cuenca del río Medellín, principal arteria fluvial que atraviesa la región en sentido sur a norte. La conformación del Valle de Aburrá es el resultado de la unidad geográfica determinada por la cuenca

¹ **Áreas de expansión urbana:** Conformado por la porción del territorio municipal destinada para la expansión urbana, que se habitará para el uso urbano durante la vigencia del Esquema de Ordenamiento Territorial y serán ajustados a las previsiones de crecimiento de la ciudad y a la posibilidad de dotación de infraestructura vial, transporte, servicios públicos domiciliarios, áreas libres, parques y equipamientos colectivos de interés público y social. (Acuerdo46/2006-POT)

del río Medellín y por una serie de afluentes que caen a lo largo de su recorrido. El Valle tiene una longitud aproximada de 60 kilómetros y una amplitud variable. Está enmarcado por una topografía irregular y pendiente, que oscila entre 1.300 y 2.800 metros sobre el nivel del mar (Mapa 2). Las cordilleras que lo encierran, dan lugar a la formación de diversos microclimas, saltos de agua, bosques, sitios de gran valor paisajístico y ecológico. Además, el valle tiene una forma alargada y presenta un ensanchamiento en su parte media, el cual mide 10 kilómetros y es donde se localiza Medellín. El Valle de Aburrá está totalmente urbanizado en su parte plana, así como densamente poblado en sus laderas.

Topográficamente, la ciudad es un plano inclinado que desciende desde 1.800 a 1.500 metros de altura sobre el nivel del mar; sin embargo, la altura oficial de la ciudad es de 1.479 msnm en la confluencia de las quebradas La Iguaná, Santa Elena y el río Medellín, y se eleva a 3.200 msnm en los altos El Romeral, Padre Amaya y cuchilla y la serranía Las Baldías. Dentro del paisaje urbano se destacan los cerros Nutibara y el Volador, estos pequeños cerros se levantan como manchas verdes en medio de la ciudad. Los altiplanos y montañas que circundan el valle sobrepasan los 2.500 metros. Las principales alturas en el territorio de Medellín son: Alto Padre Amaya (3.100 msnm), Alto Patio Bonito (2.750 msnm), Alto Boquerón (2.600 msnm), Alto Venteadero (2.500 msnm) y el Alto Las Cruces (2.400 msnm), entre otros.

Mapa 2. Relieve e hidrografía. Medellín, 2016



Fuente: Cartografía SIGAME.

Elaboró: Unidad de Gestión de la Información y el conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín

Hidrografía

El río Medellín es la corriente hidrográfica más importante de la ciudad, la divide en dos partes y es su drenaje natural. Nace en el alto de San Miguel, en el municipio de Caldas, a una altura de 3.000 msnm; tiene una extensión aproximada de 100 km desde su nacimiento hasta su desembocadura y recibe las aguas de aproximadamente 196 afluentes a lo largo de todo su recorrido. En lo que respecta al territorio de la ciudad, recibe 57 afluentes directos y más de 700 corrientes de segundo y tercer orden, constituyendo una red hidrográfica de una densidad considerable. Las quebradas Santa Elena y La Iguaná, por su caudal y longitud de recorrido, son las de mayor importancia en el territorio municipal. La quebrada La Iguaná nace en la serranía de Las Baldías y la quebrada Santa Elena nace en cerro Verde. (66) La primera atraviesa la zona centro-occidental, mientras que la segunda atraviesa la zona centro-oriental y está cubierta en su paso por el centro de la ciudad. (Mapa 2).

Clima

La latitud y altitud de la ciudad dan como resultado un clima tropical monzónico. El clima es templado y húmedo, con una temperatura promedio de 23° centígrados. El apelativo «ciudad de la eterna primavera» proviene de la fama de un clima bastante uniforme durante todo el año, con unas pocas variaciones de temperatura entre diciembre y enero y, entre junio y julio, las temporadas más secas y cálidas del año. Sin embargo, hay muchas diferencias en cuanto al clima de los diferentes barrios de la ciudad. Los barrios más calurosos son los que se ubican en el centro de la ciudad (La Candelaria, El Chagualo, San Benito, por ejemplo) y en la parte norte de la ribera del Río Medellín (La Toscana, Boyacá-Las Brisas, Moravia, Santa Cruz), mientras que los barrios más fríos se ubican en las partes altas de las montañas circundantes (Altos del Poblado, San Lucas, La Sierra, 8 de marzo, Oriente, Santo Domingo Savio, San José de la Cima, Carpinelo, Picacho, principalmente). Medellín es objeto de tormentas tropicales fuertes.

En los días soleados a mediodía las temperaturas normalmente llegan hasta los 31°C ó 32°C a la sombra. Sin embargo en Medellín los días completamente despejados son poco comunes, un día normal en Medellín es parcialmente nublado con intervalos de sol y de sombra, lo que genera que la tasa de insolación en Medellín sea relativamente baja (unas 5 o 6 horas de sol al día en promedio) frente a la de ciudades como Barranquilla (que tiene entre 7 y 8 horas de sol al día en promedio). En un día parcialmente nublado las temperaturas suben a los 30°C ó 31°C hacia las horas del mediodía; mientras que en los días nublados las temperaturas alcanzan los 29°C ó 30°C y en los lluviosos alcanza apenas los 25°C.

La temperatura de Medellín está determinada por los pisos térmicos que van del páramo (que equivale a 3 km² del territorio), pasando por el frío (192 km²) hasta llegar al medio (185 km²), en donde está la zona urbana, la cual tiene una temperatura que oscila entre 15 y 31 °C ó 59 y 88 °F. Las temperaturas más altas oscilan entre 28 y 32°C, con máxima absoluta de 37.2 °C, la cual fue registrada en el año 1993 en el barrio San Javier, en el centroccidente de la ciudad. Las más bajas oscilan alrededor de 15 y 17 °C, con mínima absoluta de 8 °C. El comienzo y la mitad del año son estaciones secas, de resto el clima es variable, lluvioso en algunas épocas. La precipitación media anual es moderada: 1656 mm, y no es igual en todo el valle, dado que llueve más al sur que al norte.

Por su ubicación entre montañas, Medellín es una ciudad de vientos suaves y constantes. El régimen de vientos lo determinan los alisios dominantes del nordeste y las masas de aire cálido que suben desde los valles bajos de los ríos Cauca y Magdalena, con predominio de movimiento en la zona norte del Valle de Aburrá, lo que origina que el viento sople en dirección norte-sur. Es de advertir que todas estas condiciones varían de acuerdo con los cambios climáticos originados en el océano Pacífico, llamados fenómeno del niño y de la niña, condiciones que determinan las temporadas de lluvia o sequía.

Zonas de riesgo

Según el acuerdo 48 de 2014, por medio del cual se adopta la revisión y ajuste de largo plazo del Plan de Ordenamiento Territorial del Municipio de Medellín (POT), las zonas de riesgo corresponden con áreas de amenaza y son clasificadas en:

1. **Las áreas con condición de riesgo** son áreas de amenaza alta que se encuentren urbanizadas, ocupadas o edificadas, así como en las que se encuentren elementos del sistema vial, equipamientos (salud, educación, otros) e infraestructura de servicios públicos. Estas áreas requieren de estudios de riesgo de detalle para definir tanto su mitigabilidad, como el nivel de riesgo de los elementos expuestos. Igualmente, aquellos tramos de quebradas que están conducidos por estructuras hidráulicas, sobre las cuales se encuentran construidas edificaciones.
2. **Las zonas de alto riesgo no mitigable** son zonas urbanizadas, ocupadas o edificadas con niveles de amenaza alta, donde han ocurrido eventos recientes por remoción en masa que han afectado viviendas e infraestructura, o que presentan procesos morfodinámicos latentes o activos complejos. Igualmente, hacen parte de esta categoría las zonas donde se evidencian geoformas o acumulaciones de materiales asociados a eventos torrenciales o se han presentado fenómenos recurrentes de inundaciones lentas o por desbordamiento, que han afectado infraestructura, vivienda, servicios públicos y además, causando pérdida de vidas.

Áreas de amenaza

Las áreas de amenaza son aquellas en las que se ha identificado un peligro latente de que un evento físico de origen natural, causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales.

La amenaza puede provenir de movimientos en masa, inundaciones o avenidas torrenciales. Las áreas de riesgo son aquellas donde se han presentado o pueden presentarse daños o pérdidas potenciales como resultado de la ocurrencia de un movimiento en masa, una inundación, un sismo o un incendio forestal, en un período de tiempo específico. Dichas pérdidas están relacionadas con la magnitud del fenómeno amenazante y la vulnerabilidad de los elementos expuestos.

Zonificación de amenaza por movimientos en masa. Los movimientos en masa incluyen todos aquellos movimientos ladera abajo de una masa de roca, de detritos o de tierras, como caídas, volcamientos, deslizamientos, flujos, propagaciones laterales y reptaciones. Una amenaza por movimiento en masa es la probabilidad de que se presente este tipo de eventos, con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales. Las zonas de amenaza por movimientos en masa se clasifican en cuatro categorías: muy baja, baja, media y alta.

Zonas de amenaza muy baja (ZAMB). Corresponden a áreas geológicamente estables, de pendientes bajas, constituidas por depósitos aluviales del río Medellín y sus quebradas tributarias principales, con baja a nula probabilidad de que se presenten movimientos en masa, debido a la acción en conjunto de la lluvia acumulada y las pendientes. Estas zonas están principalmente asociadas a la unidad geomorfológica “Superficies Suaves en Depósitos Poco Incisados (SSDPI)”. Se excluyen de esta categoría las zonas de bajo gradiente donde hay llenos de escombros o basuras. Los daños en sistemas de líneas vitales, estructuras hidráulicas, socavación lateral de corrientes y excavaciones que generen abatimientos súbitos de niveles, freáticos, pueden presentar procesos de movimientos en masa en este tipo de áreas.

Zonas de amenaza baja (ZAB). Corresponden a áreas con aceptables condiciones de estabilidad, sin evidencias físicas o históricas de procesos morfodinámicos, o si existen, su densidad es baja, con baja probabilidad de que se presenten movimientos en masa, debido a la acción en conjunto de la lluvia acumulada y las pendientes. Estas zonas están asociadas a todas las unidades geomorfológicas presentes en el municipio, exceptuando la unidad de “Superficies Suaves en Depósitos Poco Incisados (SSDPI)”, la cual está en los depósitos aluviales del río Medellín. Se recomienda que en este tipo de zonas se realice un manejo y uso adecuado del suelo que evite la ocurrencia de procesos morfodinámicos y conserve las actuales condiciones de estabilidad.

Zonas de amenaza media (ZAM). Son áreas con un nivel medio de probabilidad que se presenten movimientos en masa, debido a la acción en conjunto de la lluvia, la pendiente y en alguna medida a factores antrópicos como prácticas agrícolas. Presentan procesos morfodinámicos generalmente inactivos de poca densidad que pueden reactivarse si no se llevan a cabo acciones correctivas, en especial con el uso del suelo. Estas zonas se encuentran asociadas principalmente a las unidades geomorfológicas “Valle Medio Bloque Lomos (VMBL) y Superficies Moderadas en Depósitos Moderadamente Incisados (SMDMI)”. Las zonas de amenaza media, también pueden estar constituidas por terraplenes o llenos que poseen un adecuado manejo técnico.

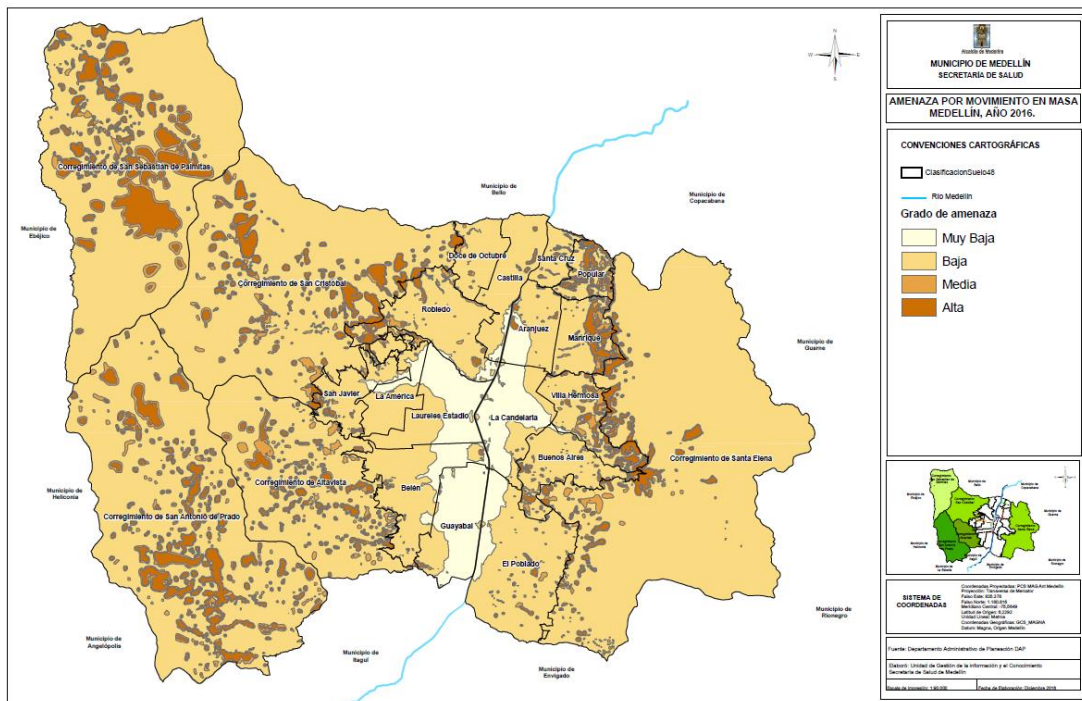
Zonas de amenaza alta (ZAA). Corresponden a áreas con inestabilidad manifiesta o con alta probabilidad de presentar movimientos en masa, debido a la acción en conjunto de la lluvia, la geología, la geomorfología y factores antrópicos. Estas zonas se encuentran asociadas principalmente a la unidad geomorfológica “Valle Medio Bloque Lomos (VMBL)”. Este tipo de zonas, por sus condiciones físicas han presentado o pueden presentar procesos de remoción en masa a futuro.

Movimientos en masa en Medellín

La ciudad tiene una extensión de 5.917.927,39 metros cuadrados (m²) considerados como áreas de amenaza por movimientos en masa, distribuidos en 48,5% como zonas con condiciones de riesgo en el suelo urbano, 26,7% con condiciones de riesgo en el suelo rural; el 17,4 como zonas de alto riesgo no mitigable en el suelo urbano y el restante 7,4% como zonas de alto riesgo no mitigable en el suelo rural.

La extensión más grande de movimientos en masa se encuentra en la comuna 3 (Manrique), con un 17,6%, seguido de Villa Hermosa (15,5%), Popular (13,2%) y el corregimiento de Santa Elena (12,2%) (Mapa 3).

Mapa 3. Mapa de movimientos en masa. Medellín, 2016.



Fuente: Open Data Geográfico – Alcaldía de Medellín.

Elaboró: Unidad de Gestión de la Información y el conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín

Zonificación de amenaza por inundaciones. Una amenaza por inundación es la probabilidad que tiene una zona de ser afectada por un fenómeno de inundación. Las inundaciones son fenómenos propios de la dinámica natural de las corrientes, pero hay diferentes factores que pueden aumentarla, tales como: modificación en el alineamiento de los cauces, trasvases, obras hidráulicas, urbanización en retiros de quebradas, desecación de zonas inundables para proyectos de infraestructura y llenos artificiales y cambios en el uso del suelo, entre otros. Las zonas de amenaza por inundaciones se clasifican en cuatro categorías: muy baja, baja, media y alta.

Zonas de amenaza muy baja (ZAIMB). Corresponden a franjas con amenaza por inundaciones por escorrentía y/o encharcamiento, generalmente de pendientes onduladas a planas, por donde antes existían expresiones de drenajes o depresiones, que hoy se encuentran intervenidos por procesos urbanísticos. La morfología de estas zonas puede ser ligeramente deprimida con respecto al entorno, situación que favorece la acumulación de la escorrentía y puede afectar bienes, si la red de alcantarillado de aguas lluvias o combinadas no es suficiente para drenar estas áreas, especialmente durante lluvias de intensidad media o críticas. Dentro de esta categoría también se incluyen los deprimidos de los intercambios viales que se inundan con frecuencia. Para efectos de la gestión del riesgo, se considera que este tipo de amenaza es muy baja, porque es poco probable que se presenten pérdidas de vidas humanas. Se pueden presentar afectaciones a bienes muebles e inmuebles.

Zonas de amenaza baja (ZAIB). Comprenden aquellas áreas con amenaza por inundación lenta que se encuentran dentro de la zona de influencia del río Medellín y que se asocian a las quebradas o drenajes con pendientes bajas. Se considera que este tipo de amenaza es baja, porque ocupa las planicies de inundación durante períodos cortos de tiempo, comúnmente afectan bienes e infraestructura y en general no hay pérdida de vidas humanas.

Zonas de amenaza media (ZAIM). Corresponden a algunas franjas de terrenos con amenaza por inundación por desbordamiento y/o socavación, con diferente grado de pendiente, que por el aumento del caudal, el agua sobrepasa las barreras naturales o artificiales que la limitan y se rebosa, afectando los sectores aledaños. Las inundaciones por desbordamiento y/o socavación, pueden causar daños en edificaciones, infraestructura, espacios públicos e incluso pérdida de vidas. La recurrencia de este tipo de eventos en la ciudad es frecuente en aquellos drenajes cuyos cauces y estructuras hidráulicas han sido ocupados de manera indebida.

Zonas de amenaza alta (ZAIA). Corresponden a franjas de terreno con pendientes variables, susceptibles a ser afectadas por inundaciones lentas y/o desbordamientos originados por lluvias intensas, en las cuales han existido antecedentes o se carece de estructuras hidráulicas de protección. En este tipo de zonas el flujo puede sobrepasar sus límites naturales o cualquier obra hidráulica o de protección realizada, afectando las edificaciones localizadas sobre éstas o en sus márgenes.

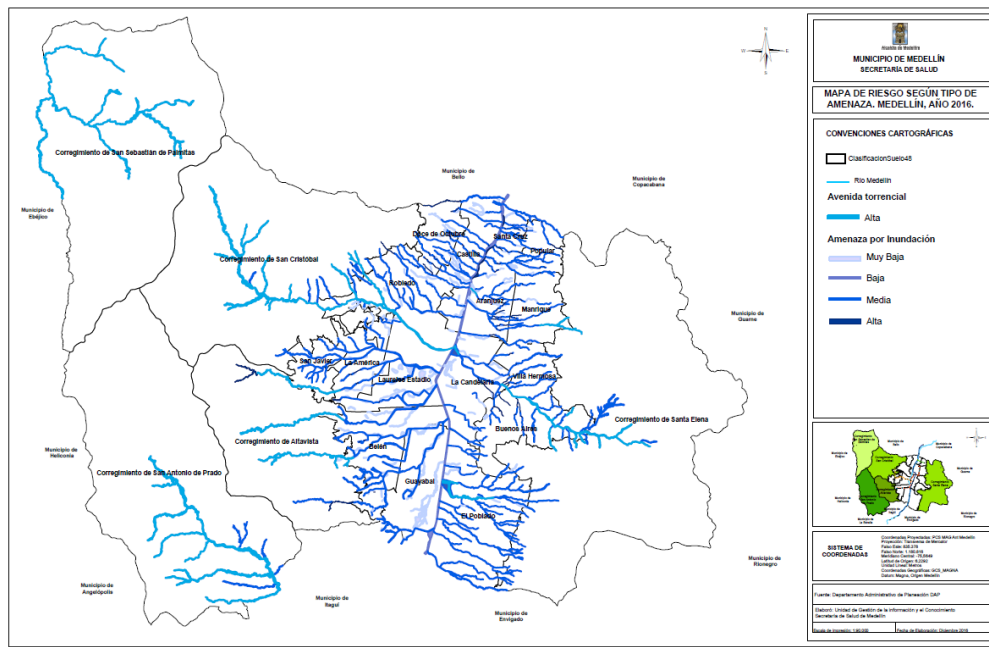
Zonas de amenazas por inundaciones en Medellín

En Medellín se ha identificado un total 223.426,24 metros cuadrados (m²) como zonas de amenaza por inundaciones, de los cuales la mayor cantidad se localiza en el suelo urbano categorizados como en condiciones de riesgo (69,3%), un 22,4% ha sido catalogado como zona de alto riesgo no mitigable en el suelo urbano y el 8,3% como zonas con condiciones de riesgo en el suelo rural. La comuna con mayor parte de extensión de áreas de amenazas por inundaciones es Aranjuez con 50.701 m², que corresponden a un 22,7% del total de este tipo de zonas. En orden, las otras comunas con gran extensión amenazas por inundaciones son Doce de octubre, Santa Cruz y Buenos Aires (Mapa 4).

Zonificación de amenaza por avenidas torrenciales. Las avenidas torrenciales son crecientes súbitas que por las condiciones geomorfológicas de la cuenca, están compuestas por un flujo de agua con alto contenido de materiales de arrastre y con un gran potencial destructivo debido a su alta velocidad. Todas las áreas identificadas en quebradas con evidencias o antecedentes de avenida torrencial se consideran de alta amenaza (ZAAT), debido al grado de energía y destrucción que implica este tipo de fenómeno.

En Medellín hay un total de 1.579.963 m² con amenazas por avenidas torrenciales. Las áreas con esta condición son más frecuentes en la zona rural, principalmente en los corregimientos San Antonio de Prado (20,4%), San Cristóbal (20,2%) y Altavista (13,6%). En la zona urbana la comuna con mayor proporción de las áreas de amenaza por avenidas torrenciales es Robledo, con el 7,3%, seguida de Poblado con el 6,7% y Buenos Aires con 6,5% (Mapa 4).

Mapa 4. Mapa de riesgo según tipo de amenaza por avenida torrencial e inundaciones. Medellín, 2016



Fuente: Open Data Geográfico – Alcaldía de Medellín.

Elaboró: Unidad de Gestión de la Información y el conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín

1.1.3 Accesibilidad geográfica

Medellín cuenta con una población de 2.486.723 habitantes, de las cuales el 89.5% se ubica en el área urbana y el 10.5% en el área rural de la ciudad. Todas estas personas deben desplazarse a lo largo y ancho de la ciudad para dirigirse a sus lugares de trabajo, vivienda o dónde deben realizar sus diligencias, utilizando los diferentes medios de transporte, entre los que se encuentran buses, busetas, taxis, particulares y transporte de carga. Las distancias y los tiempos utilizados por los habitantes del área rural para el desplazamiento al centro de la ciudad se describen en la siguiente tabla.

Tabla 2 Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros. Medellín, 2015

Corregimiento	Tiempo de llegada desde el corregimiento al centro de la ciudad, en minutos	Distancia en Kilómetros desde el corregimiento al centro de la ciudad	Tipo de transporte desde el corregimiento al centro de la ciudad
Altavista	20	9,4	Particular, Buses, Taxis
San Sebastián de Palmitas	36	17,5	Particular, Buses, Taxis
San Antonio de Prado	34	18,8	Particular, Buses, Taxis
San Cristóbal	23	12	Particular, Buses, Taxis
Santa Elena	33	19,9	Particular, Buses, Taxis, Metrocable

Fuente: Secretaría de Turismo de Medellín

La gran cantidad de personas y vehículos desplazándose por las vías de la ciudad puede generar altos niveles de congestión, principalmente en las horas pico, y de accidentes de tránsito por la constante interacción de vehículos y peatones. También, además de la congestión y la accidentalidad, se generan altos niveles de contaminación atmosférica y ruido por el constante desplazamiento de un gran número de vehículos por las vías.

Para soportar esta demanda en materia de vías de comunicación la ciudad cuenta con adecuada infraestructura en sus avenidas, calles y andenes, integrados a sistemas de transporte particular y público como el Metro, Metrocable, Metroplús, buses y taxis.

A Medellín es posible llegar por vía aérea y terrestre, la ciudad cuenta con un aeropuerto al interior de la ciudad y que recibe tránsito principalmente regional y otro, ubicado en el vecino municipio de Rionegro que presta sus servicios a la ciudad, en especial en lo relacionado a rutas nacionales e internacionales; así mismo, cuenta con dos terminales terrestres.

Las distancias y tiempo de transporte entre la ciudad y los municipios vecinos son presentados en la tabla 3; mientras que las vías de comunicación son presentadas en el mapa 8.

Tabla 3 Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde Medellín hacia los municipios vecinos, 2015

Municipio vecino	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino*	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino*	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino*	
			horas	minutos
Bello	13,5	Terrestre	0	19
Copacabana	19,1	Terrestre	0	26
San Jerónimo	46,7	Terrestre	1	13
Envigado	11,4	Terrestre	0	22
Itagüí	12,2	Terrestre	0	20
La Estrella	17,6	Terrestre	0	33
El Retiro	32,3	Terrestre	0	56
Guarne	34,1	Terrestre	0	37
Rionegro	43,4	Terrestre	1	7
Angelópolis	23,5	Terrestre	0	57
Ebéjico	33,2	Terrestre	1	49
Heliconia	39,4	Terrestre	1	48

*Los municipios vecinos son aquellos que están contiguos y comparten límites geográficos.

Fuente: Secretaría de Turismo de Medellín

Vías de Comunicación

En la ciudad de Medellín existen diversas alternativas para la movilidad, donde además del servicio público, se pueden encontrar los servicios de alquiler de vehículos.

Aeropuertos

Medellín cuenta con dos aeropuertos:

El principal aeropuerto internacional que presta servicios a la ciudad es el Aeropuerto Internacional José María Córdoba, localizado fuera del Valle de Aburrá, dentro de la jurisdicción del municipio de Rionegro. Desde allí se realizan vuelos nacionales hacia las principales ciudades de Colombia, e internacionales hacia destinos en Estados Unidos, Europa, el Caribe y Centro y Sudamérica, y además conexiones con otros múltiples terminales aéreos del mundo.

Dentro del perímetro urbano de la ciudad de Medellín está el Aeropuerto Olaya Herrera, que presta servicios de vuelos departamentales y nacionales.

El Metro de Medellín

El metro de Medellín comenzó operaciones en 1995. Construido tanto a nivel de superficie como en viaductos elevados, cuenta además con sistemas de cables aéreos para los barrios más populares. El metro tiene varias líneas comerciales (Mapa 5):

Línea "A", que recorre el área metropolitana de norte a sur

Línea "B", que recorre la ciudad del centro a occidente

El metro presta servicio generalmente entre las 4:00 y las 23:00 horas

Metrocable

Se denomina Metrocable a un sistema aéreo por cable de transporte masivo, único en el mundo por su carácter, complementario al Metro de Medellín (Mapa 5), y que atiende las necesidades de transporte de uno de los sectores menos favorecidos de la ciudad, la comuna noroccidental. Es el único teleférico integrado con la red de transporte urbano en el mundo, dadas las condiciones topográficas de esa zona de Medellín, una de las más escarpadas de la geografía de la ciudad.

La Línea K - Metrocable ha servido para integrar al Metro a algunas comunas que habitualmente se encontraban marginadas y de difícil acceso. Ha sido un experimento de gran éxito en Medellín, pues ha vuelto a ligar a la vida urbana a grandes sectores de las clases populares.

El Metrocable sirve como fuente alimentadora del Metro. Actualmente varias ciudades de Colombia como Bucaramanga, Cali y Manizales, y del resto del mundo lo han implementado, tal es el caso de Caracas, Rio de Janeiro, México y La Paz (actualmente en construcción).

Existe otro Metrocable llamado Metrocable Nuevo Occidente o Línea J, y se integra a la Línea B del Metro.

Actualmente se lleva a cabo la construcción de otras dos líneas de cables llamadas Línea M y Línea H; la Línea de Tranvía denominado "tranvía de ayacucho" de 4.3 km, entró en operación en 2015; también se tiene en estudios otra línea de Tranvía LRT por la calle 80, y hay una línea de Monorriel en planeación en la ciudad de Medellín.

Metroplús

Metroplús: el Sistema Integrado de Transporte Masivo de Mediana Capacidad inició operaciones en diciembre de 2011, mejoró la movilidad en la ciudad y el Área Metropolitana, permitiendo la integración física y de tarifas con el Metro, Metrocable y otras rutas de buses que serán las alimentadoras del Sistema.

Metroplús en Medellín es un corredor vial, con 21 estaciones (Mapa 5), 7 se sitúan en Belén sobre la calle 30 e inician en la Universidad de Medellín, continuando sucesivamente con estaciones en las carreras 83, 80, 76, 70, 66B y 65, hasta encontrar la primera de transferencia con el Metro, la Estación Industriales. Desde allí, hasta la segunda conexión con el Metro la Estación Cisneros, existiría otra estación al frente del Centro Internacional de Convenciones Plaza Mayor y de la Alpujarra.

Otras tres están distribuidas en la avenida del Ferrocarril: la Minorista, el Chagualo y con la calle Barranquilla, la Universidad de Antioquia. Ya subiendo por Barranquilla se encuentra la correspondiente al Hospital, que se convertiría en la tercera estación de transferencia con el sistema Metro.

Las otras siete estaciones de Metroplús pertenecerían a la zona nororiental: la primera sería la carrera 49, y sobre la carrera 45, pleno corazón de Manrique, estarían ubicadas en las calles 66 Palos Verdes, 72, 80, 86, y 92, para finalizar en el Parque de Aranjuez.

Para mayor efectividad operativa y de demanda de pasajeros, así como de las inversiones en el Sistema, Metroplús estudió con detenimiento la extensión de la Pretroncal Sur hasta la calle 30, a lo largo de la avenida El Poblado y de la avenida Guayabal), para involucrar ambos corredores dentro del Sistema Integrado de Transporte Masivo del Valle de Aburrá SITVA. Este proyecto se encuentra en la etapa de diseño y tiene las siguientes características generales:

Avenida del Poblado: Tendrá una longitud de 7 kilómetros en el trayecto comprendido entre la quebrada Zúñiga y la estación Industriales del Metro, ubicada en la calle 30. Contará con 12 estaciones localizadas en el separador central de la vía; no se tendrá carril exclusivo sino preferencial, donde los buses compartirán la vía con el tráfico regular.

Avenida Guayabal: serán 4,2 kilómetros de recorrido desde el límite con Municipio de Itagüí hasta la Estación Industriales del Metro, con 7 estaciones localizadas en el separador central.

En Medellín los vehículos serán unidos por una articulación que le dará movilidad y su capacidad es de 160 personas, equipados con tres puertas de acceso, caja automática y suspensión neumática que garantiza un viaje cómodo y confortable.

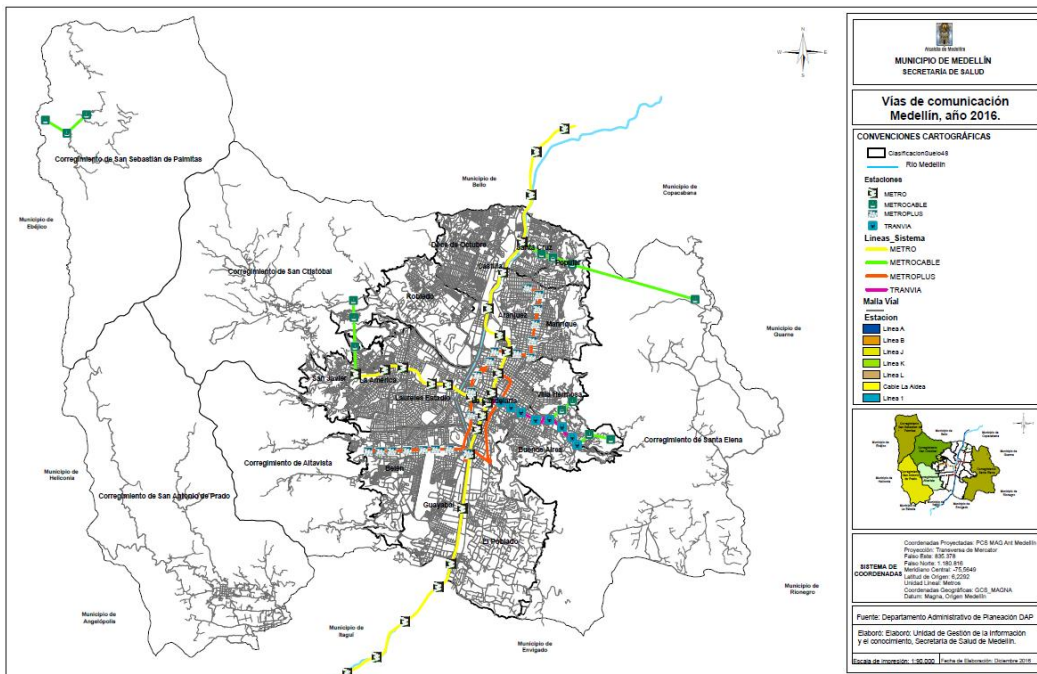
En las pretroncales se utilizarán buses más pequeños, con capacidad de 80 personas aproximadamente. En Envigado, los buses tendrán puertas al lado izquierdo, mientras que en Itagüí se requiere ingreso por ambos lados porque en este municipio hay estaciones a la derecha y a la izquierda; además cuando se empalma con la troncal Medellín, el sistema utilizará estaciones centrales.

Cada bus está dotado de un moderno sistema de monitoreo que permitirá conocer su ubicación exacta, llevar registro y control de los tiempos de desplazamiento y reportar cualquier emergencia que se presente.

Tranvía

En 2011, el Ministerio de Transporte dio vía libre a la construcción del tranvía de Ayacucho. De 4.3 kilómetros de longitud y su recorrido dura entre 11 - 14 minutos. Este tipo de bus puede acceder a zonas altas, y es un complemento ideal para el sistema de transporte masivo de Medellín (Mapa 5).

Mapa 5. Vías de comunicación terrestres. Medellín, 2016.



Fuente: DAP Departamento Administrativo de Planeación.
Elaboró: Unidad de Gestión de la Información y el conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín

Bicicletas

El proyecto, llamado EnCicla, es un Sistema de Bicicletas Públicas (SBP) para todas las personas mayores de 16 años que necesiten ir de un lugar a otro. Lleva cerca de 5 años de operación, y tras pasar un año en fase beta se decidió que fuera un programa permanente.

Para acceder al servicio se debe realizar un proceso de inscripción y carnetización que garantiza a la ciudad seguridad y buen mantenimiento del sistema. El tiempo máximo para usar las bicicletas es de una hora, y el recorrido no podrá ser superior a seis kilómetros. Además, mediante un sistema de GPS se controla el buen uso de las mismas.

Las personas pueden solicitar las bicicletas en las estaciones de EnCicla que están distribuidas por todo el Valle del Aburrá. Algunos de los puntos se integran con estaciones del Metro como Universidad, Suramericana, Estadio y Floresta.

El recorrido abarca gran parte de la ciudad: se puede ir por las ciclorrutas desde la Universidad Pontificia Bolivariana hasta el Parque Explora y regresar.

Buses

Cuenta la ciudad con un sistema privado de buses urbanos que atiende todas las zonas del municipio, aunque este sistema carece de una óptima planeación y proyección. La norma general actual es que todos los buses lleven al centro de la ciudad. Sin embargo, hay algunos circuitos que se apartan de esta norma, entre los que se pueden destacar el Circuito Universitario (Rutas 300 y 301), que recorre los principales centros universitarios de la ciudad, y el circuito Circular Sur, que recorre el área sur de la ciudad.

El evidente problema de contaminación ambiental y de ruido que afronta Medellín lo debe en parte a sus buses urbanos. En la ciudad todavía está permitido llevar pasajeros de pie, e incluso pasajeros de sobrecupo, especialmente para las zonas más populares.

El pasaje de bus se le paga directamente al conductor. No obstante, la administración está trabajando arduamente, para cambiar este esquema económico del transporte urbano público privado y evitar los inconvenientes que de él se derivan.

El Sistema Integrado de Transporte Masivo del Valle de Aburrá SITVA, integra algunas de las rutas de buses privados con el servicio público del metro. Mediante el SITVA, el usuario, adquiriendo un solo tiquete, puede transportarse y trasbordar entre bus, metro, metrocable y metrolús.

Taxis

La ausencia en Colombia de un sistema más estructural que regule las licencias sobre transporte en taxi, ha traído como consecuencia que ciudades como Medellín afronten una saturación de este tipo de vehículo. Con datos de 2011, en el área metropolitana hay cerca de 27.000 taxis registrados, con una sobreoferta de 2.896 vehículos.

Esta situación contribuye a una alta congestión vehicular en la metrópoli, al punto que es de uso familiar la expresión "la mancha amarilla", dado que todos los taxis de la ciudad son de este color y se ven multitudinariamente por todos lados, aportando más o menos la mitad del flujo vehicular de la ciudad en muchas ocasiones. Pero, por otra parte, escasamente faltará un taxi disponible para quien lo requiera.

Entre las numerosas empresas de taxi de la ciudad, algunas cuentan con servicios bilingües al inglés.

El servicio de pedido de taxi por teléfono es el más usual y seguro. Hay muchas empresas que prestan servicios intermunicipales.

Terminales de Transporte Intermunicipal

Medellín cuenta con dos terminales de transporte intermunicipal:

Terminal de Transporte Intermunicipal del Norte: ubicada en la zona noroccidental de la ciudad, en el barrio Caribe (se puede acceder a ella por medio de la Estación Caribe del Metro de Medellín). Presta servicios de

autobús para las zonas situadas al oriente y al norte de Antioquia: Bogotá, Tunja, Santander, y a las principales ciudades de la Costa Norte de Colombia: Cartagena de Indias, Barranquilla, Santa Marta, Sincelejo, Montería, Magangué y otras.

Terminal de Transporte Intermunicipal del Sur: ubicada en la zona suroccidental de la ciudad, en el barrio Guayabal. Presta servicios de autobús hacia el sur de Antioquia, también al Oriente antioqueño, a las principales ciudades del Eje cafetero como Manizales, Pereira y Armenia, al Departamento del Tolima y a las principales ciudades del sur de Colombia como Cali, Ibagué, Neiva, Popayán y Pasto.

Las terminales de transporte de Medellín son además modernos centros comerciales con servicios bancarios y de telecomunicaciones.

1.2 Contexto demográfico

Población total

De acuerdo a las proyecciones del DANE, la población de Medellín pasó de 2.214.494 en el año 2005 a 2.486.723 en 2016, lo cual representa que la tasa de crecimiento exponencial haya descendido de 1,2 a 0,90.

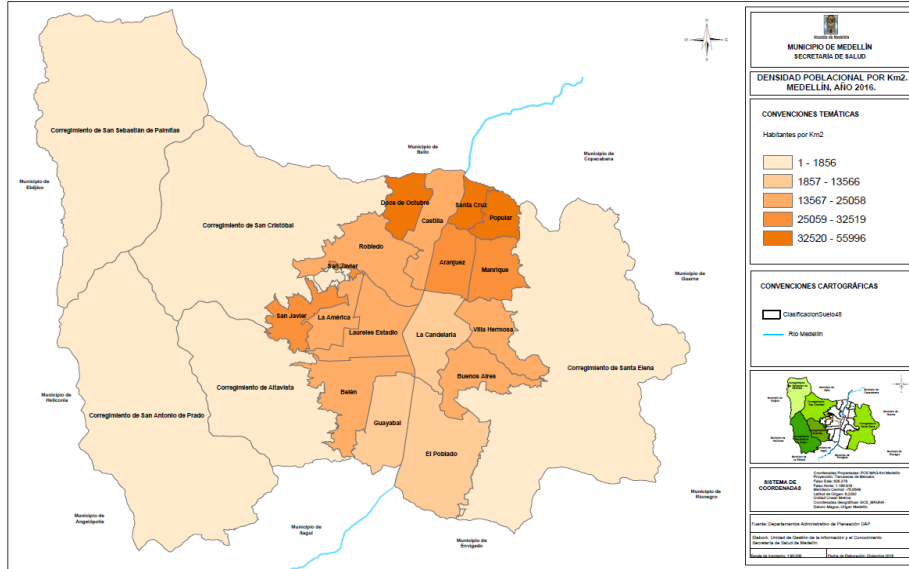
Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

En el año 2016 las comunas con mayor densidad poblacional por kilómetro cuadrado en orden fueron Santacruz, Doce de octubre y Popular, las cuales presentan entre 32.520 y 55.996 habitantes por kilómetro cuadrado (Mapa 6), seguidas por las comunas de Aranjuez, Manrique y San Javier que albergan entre 25.059 y 32.519 habitantes por km²; mientras que en Castilla, La América, Villa hermosa, Buenos Aires, Belén, Robledo y Laureles-Estadio residen entre 13.567 y 25.058 personas por Km².

Por otro lado, las comunas de Guayabal, La Candelaria y El Poblado son las que presentan menor densidad poblacional, albergando entre 1.857 y 13.566 ciudadanos por Km².

Finalmente, a pesar que los corregimientos presentan las densidades poblacionales más bajas para la ciudad (Mapa 6), se debe acotar que San Antonio de Prado y San Cristóbal, son los corregimientos más poblados de Colombia, con 1.868 y 1.595 habitantes por Km², respectivamente.

Mapa 6. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado. Medellín, 2016

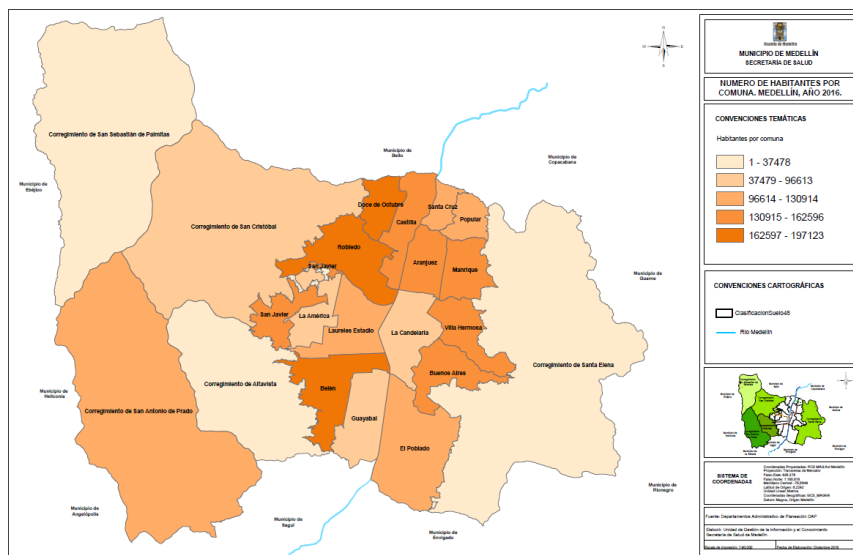


Fuente: DAP Departamento Administrativo de Planeación.

Población por área de residencia urbano/rural

Los 2.486.723 de habitantes de Medellín en 2016, están distribuidos 89,5% en la zona urbana y el 10,5% en el área rural. En número absolutos las comunas con más población son Belén, Doce de octubre y Robledo (Mapa 7).

Mapa 7. Población por área de residencia. Medellín, 2016



Fuente: Proyección población 2006 – 2020 - Convenio DANE - Municipio de Medellín, 2016

La comuna menos poblada es la Candelaria, que es el centro de la ciudad; en dicha comuna sobresalen múltiples puntos referenciales con gran valor de ciudad, que van desde centros religiosos hasta edificaciones de interés general. En la parte rural, la mayor proporción de población se registra en San Antonio de Prado, seguido de San Cristóbal (Tabla 4).

Tabla 4 Población por área de residencia. Medellín, 2016

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto	
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
1. Popular	130.914	5,9		
2. Santa Cruz	111.992	5,0		
3. Manrique	160.378	7,2		
4. Aranjuez	162.596	7,3		
5. Castilla	150.347	6,8		
6. Doce de Octubre	194.239	8,7		
7. Robledo	173.075	7,8		
8. Villa Hermosa	138.045	6,2		
9. Buenos Aires	137.049	6,2		
10. La Candelaria	85.587	3,8		
11. Laureles	122.503	5,5		
12. La América	96.613	4,3		
13. San Javier	138.625	6,2		
14. El Poblado	130.206	5,9		
15. Guayabal	94.960	4,3		
16. Belén	197.123	8,9		
50. Cgto de Palmitas			6.687	2,5
60. Cgto de San Cristobal			86.315	32,9
70. Cgto de Altavista			37.478	14,3
80. Cgto de San Antonio de Prado			113.202	43,1
90. Cgto de Santa Elena			18.789	7,2
TOTAL	2.224.252	100	262.471	100

Fuente: Proyección población 2016 – 2020 - Convenio DANE - Municipio de Medellín, 2016

Grado de urbanización

Medellín es una ciudad, que a pesar de tener una mayor extensión territorial sobre zonas rurales, está mayormente poblada en áreas urbanas y cabeceras de corregimientos, situación que se ha ido creciendo a lo largo de los años, de esta forma, en 2005 el grado urbanización era de 98,25; mientras que para el 2016 alcanzó la cifra de 98,83%. Algunas de las causas relacionadas con la urbanización creciente de la población medellinense parecen estar asociadas al decaimiento del sector agrario, la pobreza rural, la concentración de la propiedad, la situación de violencia generada por grupos armados y el consecuente desplazamiento forzado, que hace que los habitantes de áreas rurales y pequeños poblados afectados, salgan de sus lugares de origen para ubicarse en los barrios de las grandes ciudades, con el consecuente detrimento en sus condiciones de vida.

Aunque el papel de la migración y el desplazamiento de la población continúan siendo importantes como factores de crecimiento urbano, en buena parte de las ciudades grandes e intermedias, el crecimiento vegetativo explica la mayor parte del incremento poblacional urbano lo cual conlleva importantes implicaciones de política pública (1). Sea por migración o por crecimiento vegetativo, lo cierto es que una buena parte del mismo está compuesto por población en condiciones de precariedad social y económica generando una concentración del fenómeno de pobreza en las ciudades (Banco Mundial, 2012).

Número de viviendas

En Medellín, para el año 2015 había un total de 808.135 viviendas; la mayor proporción ubicadas en Belén (9,43%) y la menor en Palmitas (0,17%). Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Medellín (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, 2015), la distribución por estrato socioeconómico el 12,16% de las viviendas pertenecían al estrato 1, el 34,51% al estrato 2, el 29,62% al estrato 3, el 11,13% al estrato 4, el 8,21% al estrato 5 y sólo el 4,37% pertenecían al estrato 6.

Por otro lado, según la misma fuente, los tipos de viviendas se clasificaban de la siguiente manera: el 0,25% lo constituían ranchos o viviendas de desechos, el 1,60% cuartos o habitaciones, el 50,33% apartamentos y sólo el 47,82% eran viviendas tipo casa.

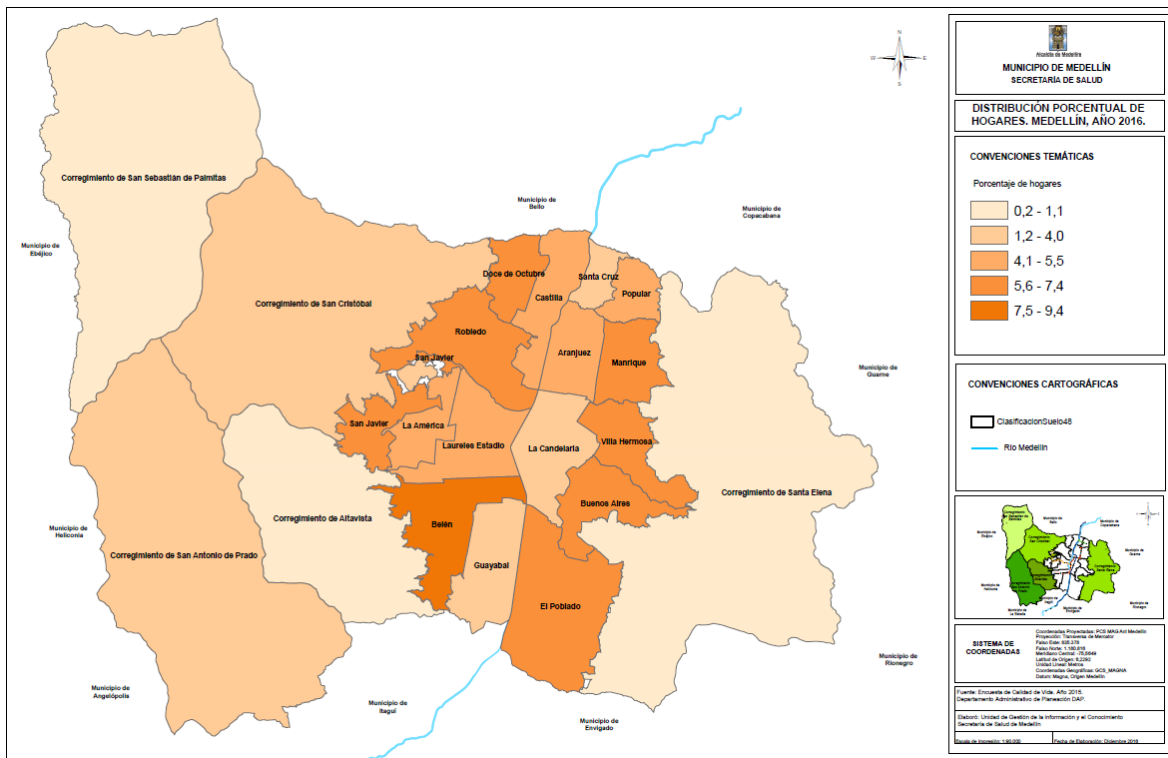
El material predominante en las paredes era “Ladrillo, bloque y adobe revocado o pintado” con 50,31%, seguido de “bahareque revocado” con 24,94%. En los pisos primó como material “Baldosa, vinilo, tabletao ladrillo” 76,62%, seguido de “Cemento o gravilla” 17,93%.

Número de hogares

La Encuesta de Calidad de Vida de Medellín en 2015, arrojó un total de hogares de 809.833 con un promedio en cada vivienda de 1,002 hogares y 3,34 personas. La comuna con más personas por hogar es Doce de Octubre donde el promedio fue de 3,7, seguido por Aranjuez con 3,66 y Manrique con 3,65.

En el mapa 7, se puede observar que para el año 2015 se hubo mayor cantidad de hogares en la comuna de Belén, donde el porcentaje con respecto al resto de comunas y corregimientos de la ciudad fue superior al 7%.

Mapa 8. Ubicación de los hogares. Medellín, 2016



Fuente: Encuesta de calidad de vida. DAP Departamento Administrativo de Planeación
Elaboró: Unidad de Gestión de la Información y el conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín

Población por pertenencia étnica

Según lo reportado por el censo de 2005, el 6,5% de la población residente en Medellín se auto reconocía como Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente y el 0,1% como indígenas; sin embargo, en los datos del Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Medellín en la Encuesta de Calidad de Vida, la proporción de afrodescendientes en 2016 era de 3,25%, (80.095 habitantes de la ciudad), los indígenas, según dicha encuesta representaban el 0,12% y los raizales el 0,02%.

Tabla 5 Población por pertenencia étnica. Medellín, 2016

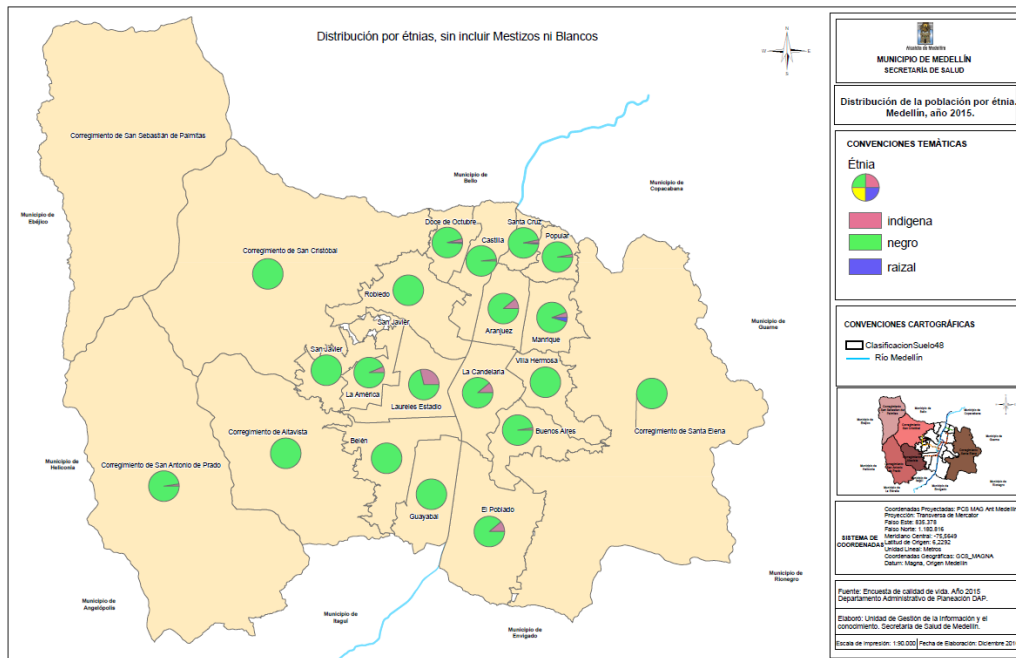
Pertenencia étnica	Total por pertenencia étnica	Porcentaje de la población pertenencia étnica
Indígena	3.078	0,12
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a), afrodescendiente	80.095	3,25
Mestizo	1.773.274	71,96
Blanco	607.376	24,65
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	499	0,02
TOTAL	2.464.322	100

Fuente: Encuesta de calidad de vida. DAP Departamento Administrativo de Planeación

De acuerdo con los territorios, en todos los corregimientos, se encontró representación de personas de etnia negra. San Antonio de Prado es el corregimiento con mayor cantidad de negros con respecto al resto de corregimientos, con un total de 3.242 personas; mientras que en la zona urbana, las comunas con mayor cantidad de negros fueron Villa Hermosa (10.992 personas) y luego San Javier (8.307) (Mapa 8).

Los Raizales tuvieron presencia en 5 comunas de la ciudad, la mayor cantidad ubicados en Manrique (271), seguido de la comuna Santa Cruz (65) y La Candelaria (52). (Mapa 8).

Mapa 9 . Población según pertenencia étnica distinta a mestizos. Medellín, 2016



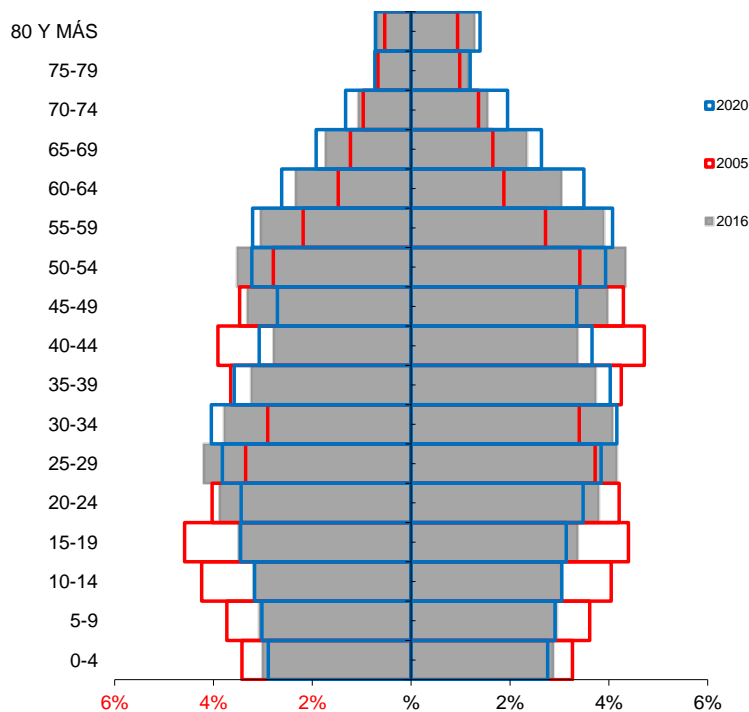
Fuente: Encuesta de calidad de vida. DAP Departamento Administrativo de Planeación

1.2.1 Estructura demográfica

La pirámide poblacional de Medellín es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2016 comparado con el año 2005, de igual forma, comparando éstos mismos años se evidencia el ensanchamiento que representa a la población adulta mayor, entre otros factores por el descenso en la mortalidad explicado en parte por los avances a nivel médico y científico, así como la situación de orden público que ha mejorado, aumentando la esperanza de vida de la población en Medellín. Se proyecta que para el año 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas.

Durante los tres años analizados, todos los grupos de edad hasta los 29 años disminuyen en cantidad al avanzar el tiempo; pero de 50 años en adelante el comportamiento es inverso y dichos grupos aumenta. Con este comportamiento para el año 2020 se percibe una inversión de la pirámide poblacional de la ciudad, pasando de mayoría la población infantil a incrementar el número de adultos. (Figura 1).

Figura 1. Pirámide poblacional de Medellín. 2005, 2016, 2020



Fuente: DANE

Población por grupo de edad

El cambio en el tamaño poblacional por grupos de edad es inverso, mientras los grupos jóvenes han disminuido con respecto al total, los grupos más adultos han ido creciendo (Tabla 6).

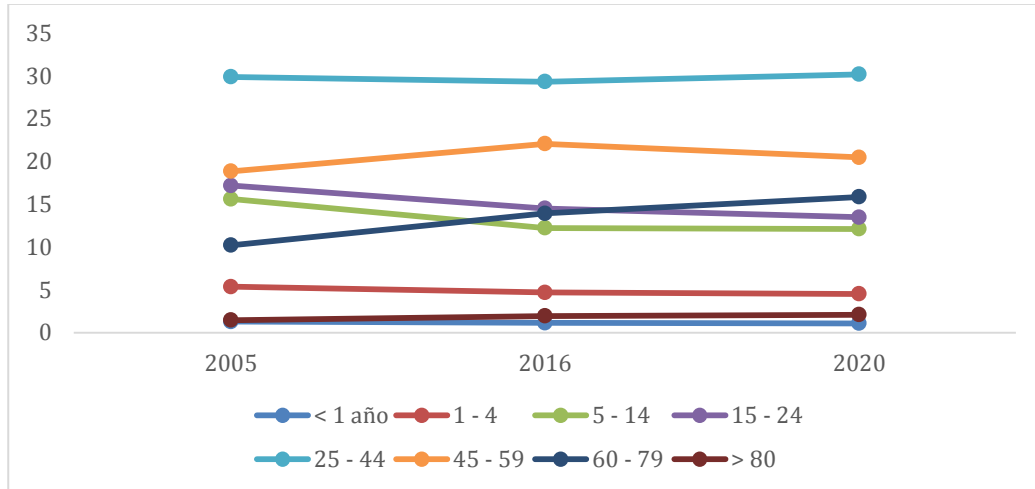
Tabla 6 Proporción de la población por ciclo vital en Medellín. 2005,2016 y 2020

Perteneencia étnica	2005		2016		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	179.156	8,1	175.897	7,1	175.123	6,8
Infancia (6 a 11 años)	202.471	9,1	180.780	7,3	185.298	7,2
Adolescencia (12 a 18 años)	272.296	12,3	228.808	9,2	231.639	9,0
Juventud (14 a 26 años)	485.503	21,9	475.747	19,1	455.892	17,7
Adulthood (27 a 59 años)e	1.381.955	62,4	1.574.396	63,3	1.582.908	61,6
Persona mayor (60 años y más)	258.937	11,7	395.788	15,9	462.189	18,0
TOTAL	2.214.494	100	2.486.723	100	2.569.007	100

Fuente:DANE

El análisis de la edad, a través de otras agrupaciones permitió observar como en los tres periodos de corte (2005, 2016 y 2020) hay grupos con comportamiento estable y otros con variaciones más marcadas. La primera condición fue evidente en los grupos extremos, menores de 1 año y mayores de 80, aunque con tendencia contraria, ya que como se describió, en los menores existe una tendencia a la disminución, mientras que en los adultos mayores dicha tendencia ha sido al aumento (Figura 2).

Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios en Medellín. 2005,2016 y 2020.

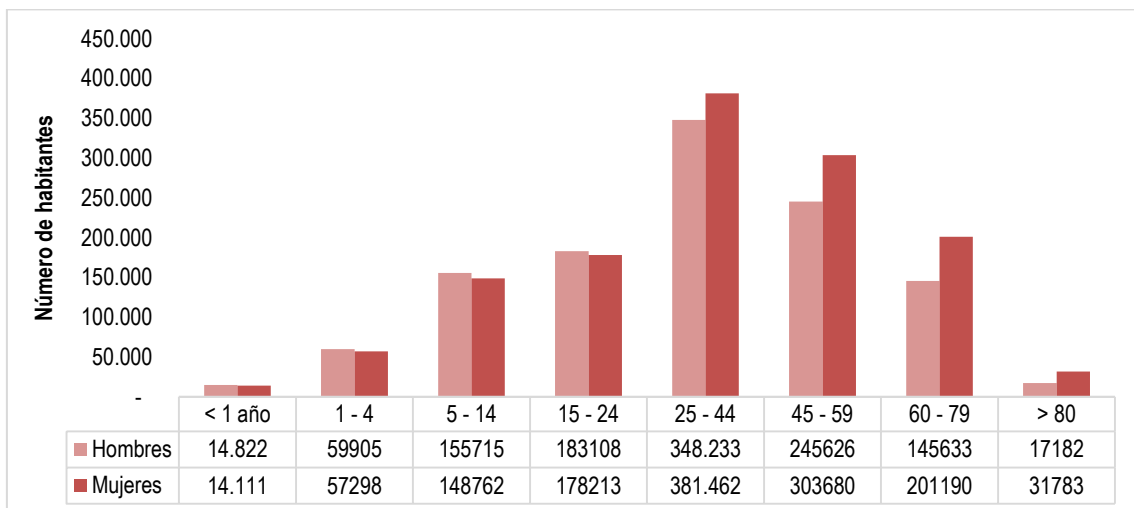


Fuente: DANE

Las variaciones más grandes en los grupos de edad, se observan en el grupo de 45-59 años, que presenta un aumento hacia el año 2016 y luego se proyecta hacia el año 2020 a la disminución. Así mismo, el grupo de 5-14 años presenta el mayor descenso hacia el 2020 y el de 60-79 años con el mayor aumento para el mismo año.

Por otra parte, desagregando la población por sexo y edad, hay mayor cantidad de hombres hasta los 24 años, edad en la que empieza a ser mayor el número de mujeres y con una mayor diferencia (Figura 3).

Figura 3. Población por sexo y grupo de edad. Medellín, 2016



Fuente: DANE

Otros indicadores demográficos

- Razón hombre: mujer: Representa la relación entre hombre y mujeres. En el año 2016 por cada 100 mujeres hay 88,89 hombres.
- Razón de niños: mujer: Representa la relación entre niños y mujeres en edad fértil. En el año 2016 por cada 100 mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, hay 22 niños y niñas entre 0 y 4 años.
- índice de infancia: Representa la relación entre los menores de 15 años y la población total. En el año 2016 por cada 100 personas 18 correspondían a población menor de 15 años.
- índice de juventud: Representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total. En el año 2016 por cada 100 personas, 23 tienen entre 15 y 29 años
- índice de vejez: Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año 2016 de cada 100 personas 16 tienen 65 años y más.
- índice de envejecimiento: Representa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. En el año 2016 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 88 personas mayores de 65 años.
- índice demográfico de dependencia: Representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2015 de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 40,18 menores de 15 y mayores de 65 años.
- Índice dependencia infantil: Representa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2016, de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 25,40 personas menores de 15 años.
- Índice de dependencia de mayores: Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2016, de cada 100 personas entre 15 y 64 años 14,78 tienen más de 65 años
- Índice de friz: Representa la relación entre la población menor e igual a 19 años, con respecto a la población entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

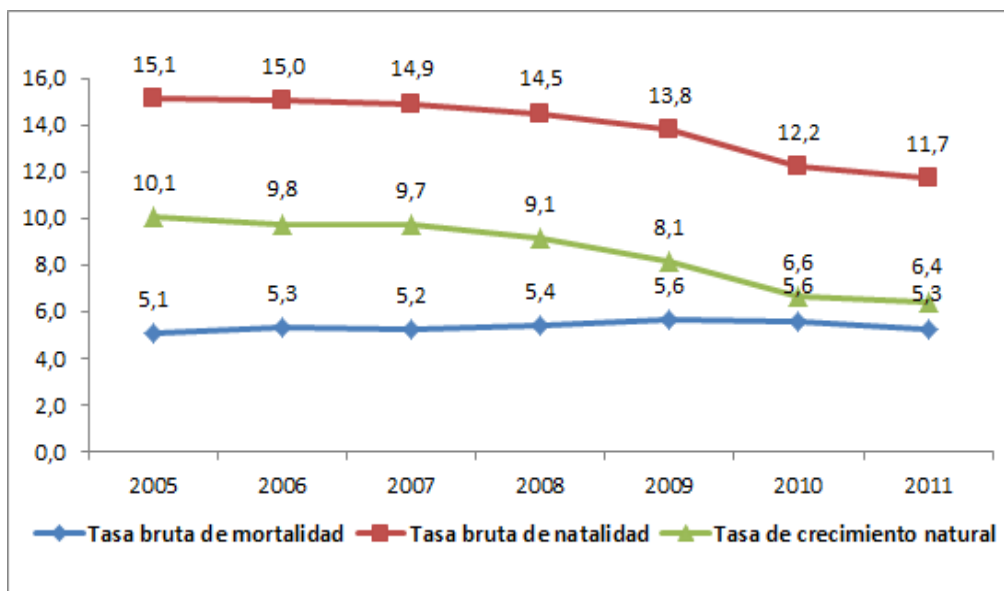
Tabla 7. Otros indicadores de estructura demográfica en Medellín. 2005, 2016, 2020.

Índice Demográfico	Año		
	2005	2016	2020
Poblacion total	2.214.494	2.486.723	2.569.007
Poblacion Masculina	1.043.926	1.170.224	1.206.023
Poblacion femenina	1.170.568	1.316.499	1.362.984
Relación hombres:mujer	89,18	88,89	88
Razón niños:mujer	23	22	22
Indice de infancia	22	18	18
Indice de juventud	24	23	21
Indice de vejez	12	16	18
Indice de envejecimiento	52	88	101
Indice demografico de dependencia	44,22	40,18	42,20
Indice de dependencia infantil	32,19	25,40	25,31
Indice de dependencia mayores	12,03	14,78	16,89
Indice de Friz	102,30	88,36	85,24

Fuente: DANE

1.2.2. Dinámica demográfica

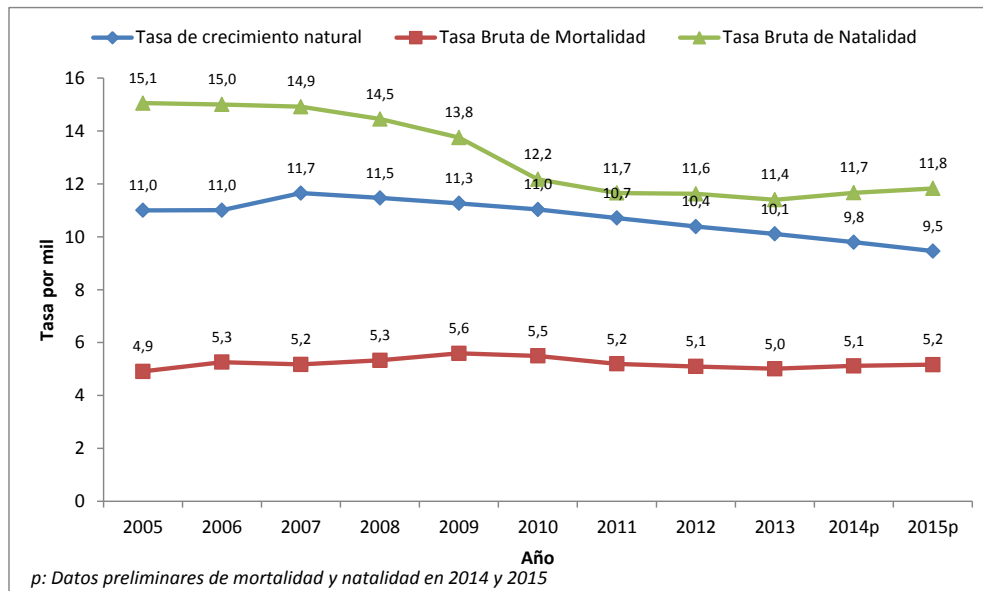
Figura 4. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad, 2005 al 2011



Fuente: DANE. Indicadores demográficos según departamento

El crecimiento natural de la población desde 2005 presenta una disminución. La comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad en la ciudad mostró un descenso marcado en la primera, mayormente acentuado desde 2009; en cuanto a la mortalidad, el comportamiento se percibe estable, con una oscilación de dos puntos decimales entre el periodo analizado (2005-2015p) (Figura 5).

Figura 5. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad. Medellín, 2005 a 2015



Fuente: DANE –EEVV

Otros indicadores de la dinámica de la población

A continuación se relacionan otros indicadores de dinámica poblacional del departamento de Antioquia, pues sólo se disponible de esta información a este nivel.

Tabla 8. Indicadores de fecundidad en Medellín. 2005 - 2015.

Indicador	2005-2010	2010-2015
Tasa General de Fecundidad - TGF	65,4	63,8
Tasa Global de Fecundidad - TGLF	2,187	2,1175
Edad Media de Fecundidad - EMF	27,68	27,88
Tasa de Reproducción Neta	1,03	1,00

Fuente: DANE Proyecciones de Población 2005-2015

El comportamiento de la fecundidad en las mujeres adolescentes (10-19 años) ha mostrado una disminución en los últimos años, especialmente acentuado en el grupo de 15 a 19. (Tabla 9).

Tabla 9. Otros indicadores de la dinámica de la población del municipio de Medellín, 2005-2014

Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años	3,54	3,77	3,38	3,45	3,67	3,21	3,37	3,15	3,03	2,99
Tasa Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años	75,48	78,10	79,32	78,51	74,76	66,96	65,13	67,27	64,77	65,63

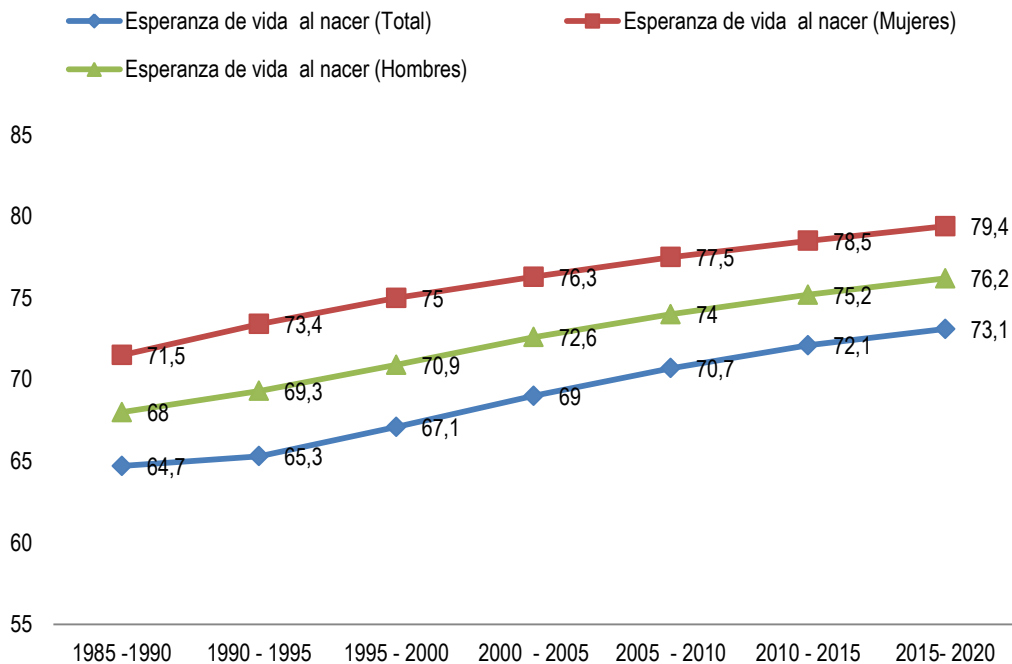
Fuente: Cubo de indicadores. MPSS 2005-2014

Esperanza de vida

La esperanza de vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país, el desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad.

La información del DANE se encuentra disponible hasta nivel departamental por lo cual no se puede especificar el comportamiento de esta específicamente para el municipio de Medellín. Se presenta la información del Departamento de Antioquia como referencia.

Figura 6. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento de Antioquia, 1885 – 2020



Fuente: DANE Indicadores demográficos según departamento 1985-2020

1.2.3 Movilidad forzada

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad. En consecuencia, es de interés reconocer este evento en el Municipio de Medellín tiene gran importancia; según información suministrada por la Personería de Medellín, para el año 2012 los causantes del desplazamiento forzado al interior de la ciudad son en su orden los grupos armados del barrio o sector (bandas y combos de la ciudad), BACRIM, grupos paramilitares, grupos armados no identificados y actores desconocidos; y las principales causas que se relacionan con esta situación son las amenazas, el reclutamiento o intento de reclutamiento ilegal, homicidio, las agresiones físicas, el control territorial, el control social, además de una fuerte presencia de delitos contra la integridad y la libertad sexual de las mujeres.

El desplazamiento forzado interno es un problema social que en repetidas ocasiones se ha relacionado con las condiciones socioeconómicas de los lugares donde se producen. Sin embargo, para el caso de Medellín este no es un fenómeno exclusivo de las comunas con menor índice multidimensional de condiciones de vida, como ilustra el índice de concentración, en donde se puede observar que si bien en el año 2012 el 50% de la población menos favorecida concentra el 60% de la población desplazada, también existe un 10% de desplazamiento interno en los comunas con mejores condiciones socioeconómicas.

Las tasas de desplazamiento forzado interno de menor a mayor por cada cien mil habitantes, indican que las comunas con menores tasas son, en su orden, Santa Elena (0), Laureles-Estadio (0.8), El Poblado (6.4), Palmitas (19.7), Guayabal (25.9), La América (38.9), La Candelaria (116.2), Doce de Octubre (187.8), Aranjuez (232.2), Belén (285.2), Robledo (301.8), San Antonio de Prado (367.4), Castilla (368.7) y Santa Cruz (406.5), mientras que el valor de la tasa para la ciudad es de 415.4 desplazamientos por cada cien mil habitantes. De la misma manera, las comunas que superan el valor de la tasa de la ciudad son: Manrique (473.6), San Cristóbal (489.6), Buenos Aires (609.0), Popular (612.7), Altavista (682.4), Villa Hermosa (982.2), y San Javier (1780.9).

Por otra parte, la información reportada por el Registro Nacional de Víctimas, aportada en los anexos de la presente guía se reporta en la tabla que se relaciona a continuación, haciendo claridad que los grupos de edad allí reportados se agrupan por decenios y no por quinquenios como se solicita en la tabla y tampoco informa si las personas víctimas de desplazamiento pertenecen al género LGTBI.

Tabla 10. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, Medellín, junio 10 del 2011 a Agosto 31 del 2013

Grupo de edad	No. Mujeres victimizadas de desplazamiento	No. Hombres victimizados de desplazamiento	No. LGBTI victimizados de desplazamiento
0 a 4 años	1297	1376	
05 a 09 años			
10 a 14 años	1749	1943	
15 a 19 años			
20 a 24 años	1576	1227	
25 a 29 años			
30 a 34 años	1367	743	
35 a 39 años			
40 a 44 años	1144	517	
45 a 49 años			
50 a 54 años	1098	674	
55 a 59 años			
60 a 64 años	274	169	
65 a 69 años			
70 a 74 años	105	82	
75 a 79 años			
80 años o más	49	38	

Fuente: Registro Único de Víctimas con fecha de corte septiembre 19/13, Bodega de Datos de SISPRO

Los ciclos vitales presentados en este documento obedecen a la reglamentación generada en las diferentes políticas públicas en el territorio nacional, por lo tanto, se entenderá como primera infancia a los menores de 5 años de edad, infantes a los niños y niñas entre 6 a 11 años, adolescentes a las personas entre 12 a 18 años, jóvenes a personas entre 14 a 26 años, adultos entre 27 a 59 años y persona mayor a los mayores de 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social).

Conclusiones

La ciudad de Medellín cuenta con una extensión territorial de 375,9 km², de los cuales el 1,57% es considerado en áreas de amenaza por movimientos en masa, el 0,42% por avenidas torrenciales y el 0,06% por inundaciones.

La población del municipio de Medellín es predominantemente urbana. La pirámide poblacional de Medellín es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2016 comparado con el año 2005, comparando éstos mismos años se evidencia el ensanchamiento que representa a la población adulta mayor, entre otros factores por el descenso en la mortalidad. Se proyecta que para el año 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas.

Durante los tres años analizados, todos los grupos de edad hasta los 29 años aumentan en cantidad al avanzar el tiempo; pero de 50 años en adelante el comportamiento es inverso y dichos grupos disminuyen. Con este comportamiento para el año 2020 se percibe una inversión de la pirámide poblacional de la ciudad, pasando de mayoría la población infantil a incrementar el número de adultos.

El Municipio presenta una razón hombre: mujer: para el año 2016 por cada 100 mujeres hay 88,9 hombres; mientras por cada 100 mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años hay 22 niños y niñas entre 0 y 4 años.

En el año 2016 por cada 100 personas, 23 tienen entre 15 y 29 años, mientras que 16 tienen 65 años y más. En el año 2016 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 88 personas mayores de 65 años.

De acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida de Medellín, para el año 2015 había un total de 808.135 viviendas; la mayor proporción ubicadas en Belén (9,43%) y la menor en Palmitas (0,17%).

Por otro lado, según la misma fuente, los tipos de viviendas se clasificaban de la siguiente manera: el 0.25% lo constituían ranchos o viviendas de desechos, el 1.60% cuartos o habitaciones, el 50.33% apartamentos y el restante 47.82% eran viviendas tipo casa.

En dicha encuesta se observó que la composición étnica está conformada en un 0,02% de raizales, 0,12% de indígenas, 3.25% afrodescendientes y el resto es mestiza.

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

Se realizó el análisis de la 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 incorporó variables que causan gradientes como el sexo, el nivel educativo, área de residencia, afiliación, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad.

2.1. Análisis de la mortalidad

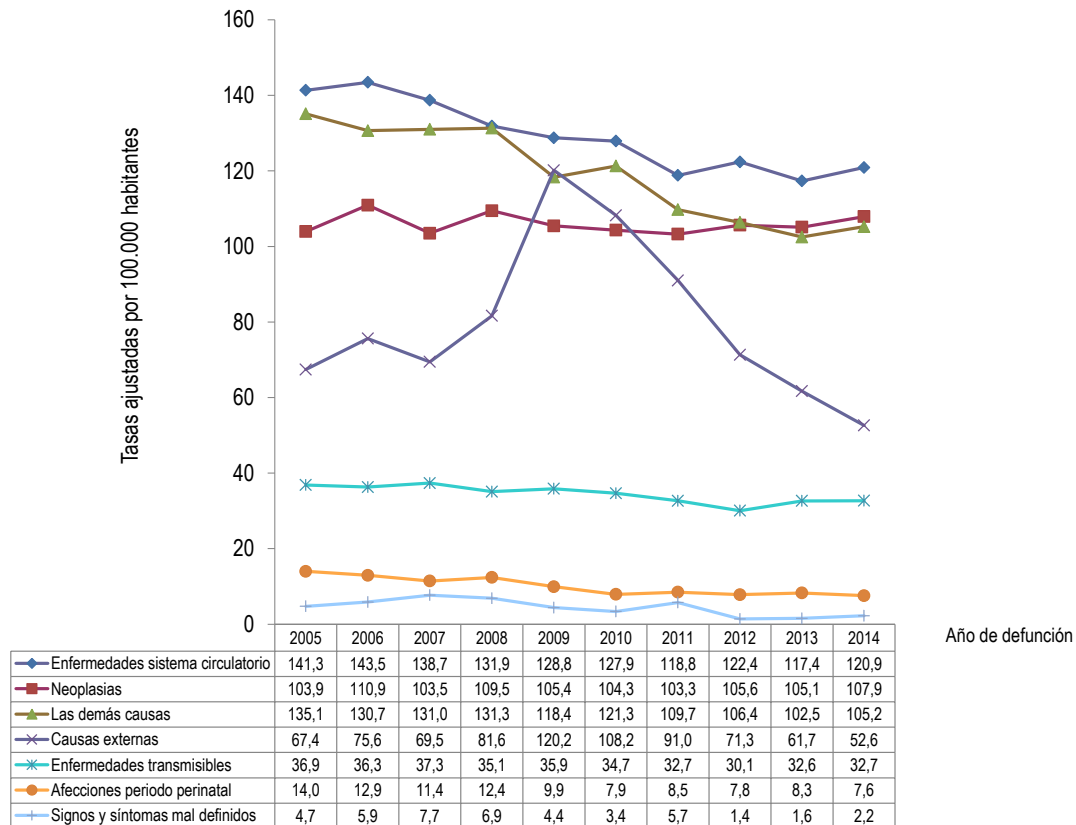
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas

Ajuste de tasas por edad

Con relación a las causas de mortalidad general en el municipio de Medellín entre los años 2005 y 2014, se destacan las enfermedades del sistema circulatorio, como la principal causa con una tasa de 141,3 muertes por cada cien mil habitantes en el año 2005 y de 120,9 en el último año; en segundo lugar se encuentra la mortalidad por neoplasias, las cuales presentaron una tasa de 103,9 al inicio del período y de 107,9 muertes por cada cien mil habitantes al final del período estudiado. El grupo de demás causas de mortalidad ocupan el tercer lugar en relevancia, alcanzando una tasa de 135.1 muertes por cien mil habitantes en el 2005 y de 105,2 por cien mil habitantes en el 2014. Es de mencionar, que este grupo de causas presentan un leve incremento en los últimos tres años. Tanto la primera como la tercera causa presentan un descenso importante en la mortalidad por cada causa, éstas posiblemente se atribuyen a la implementación guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana a la población en cuyos programas se intervienen afecciones crónicas con el fin avanzar en la identificación temprana y tratamiento, y conservar el estado de salud en la población en general.

Llama la atención el comportamiento del cuarto grupo de causas de mortalidad más relevantes en Medellín para el periodo de tiempo comprendido entre los años 2005 y 2014, las causas externas. Aunque ha presentado un decremento porcentual del 21,9% con respecto al 2005, se evidencia un pico importante en el año 2009 donde la tasa alcanzó un valor de 120 muertes por cada 100.000 habitantes. Después de este año y sobre todo en el gobierno del alcalde Anibal Gaviria, donde se hizo un trabajo importante con los grupos armados, se logró avanzar en la reducción de las muertes violentas, la principal causa que castiga el indicador por esta causa específica. (Figura 7).

Figura 7. Tasa de mortalidad total ajustada por edad de Medellín, 2005 – 2014



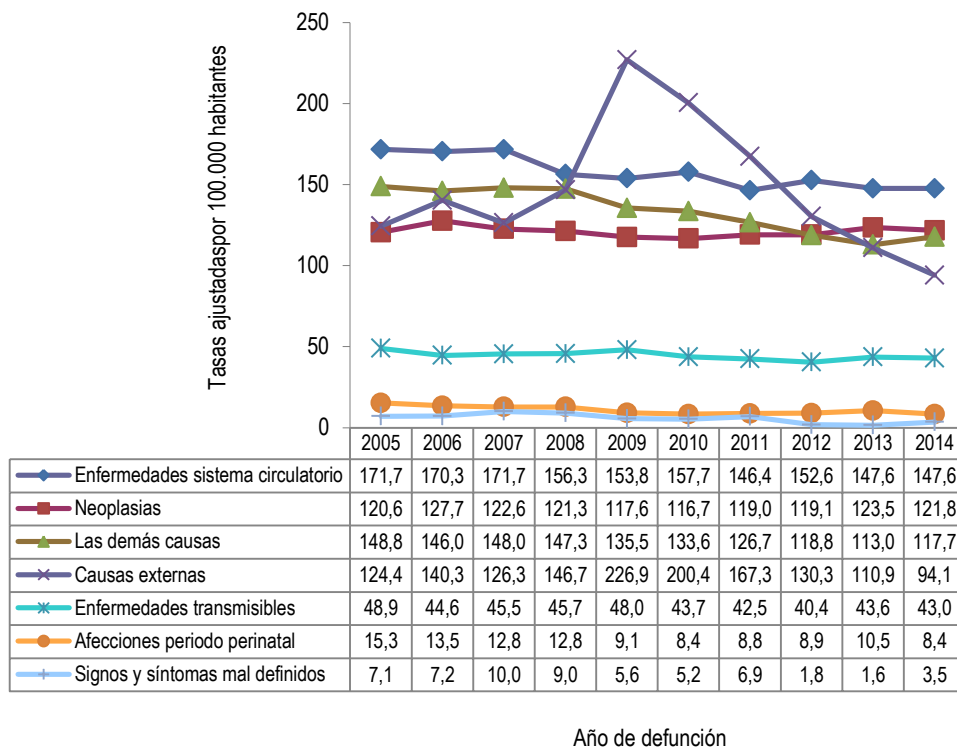
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

La mortalidad en la población masculina presenta un comportamiento muy similar a la mortalidad general del municipio de Medellín en el periodo de análisis. Se destacan como principales causas de mortalidad los grupos de enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 171,7 muertes por cada 100.000 hombres para el año 2005 y para el año 2014 esta tasa presentó un valor de 147,6 muertes y el grupo de neoplasias donde se observa un comportamiento muy estable el tiempo y cuya tasa para el año 2014 fue de 121,8 muertes por cada 100.000 hombres residentes del municipio. (Figura 8).

La mortalidad atribuida al grupo de demás causas en la población masculina entre los años 2005 y 2009 ocupa la tercera causa de mortalidad en importancia; siendo éste responsable de 148,8 muertes por cada cien mil hombres para el primer año de análisis y 117,7 muertes por cada cien mil hombres para el último año. (Figura 8).

Al comparar la mortalidad por causas externas general en relación a la específica de la población masculina, se evidencia que ésta última aportó mayor número de casos a la mortalidad general por esta causa que la población femenina. Sin embargo, la magnitud de la mortalidad por esta causa presenta un descenso importante en los últimos 6 años en la población masculina, pasando de ser la primera causa de mortalidad en el año 2009 con una tasa de 124,4 muertes por cada cien mil hombres a una tasa de 94,1 muertes por cada cien mil hombres en el 2014, ocupando el cuarto lugar de relevancia en mortalidad para esta población específica. (Figura 8 y Figura 9).

Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres de Medellín, 2005 – 2014



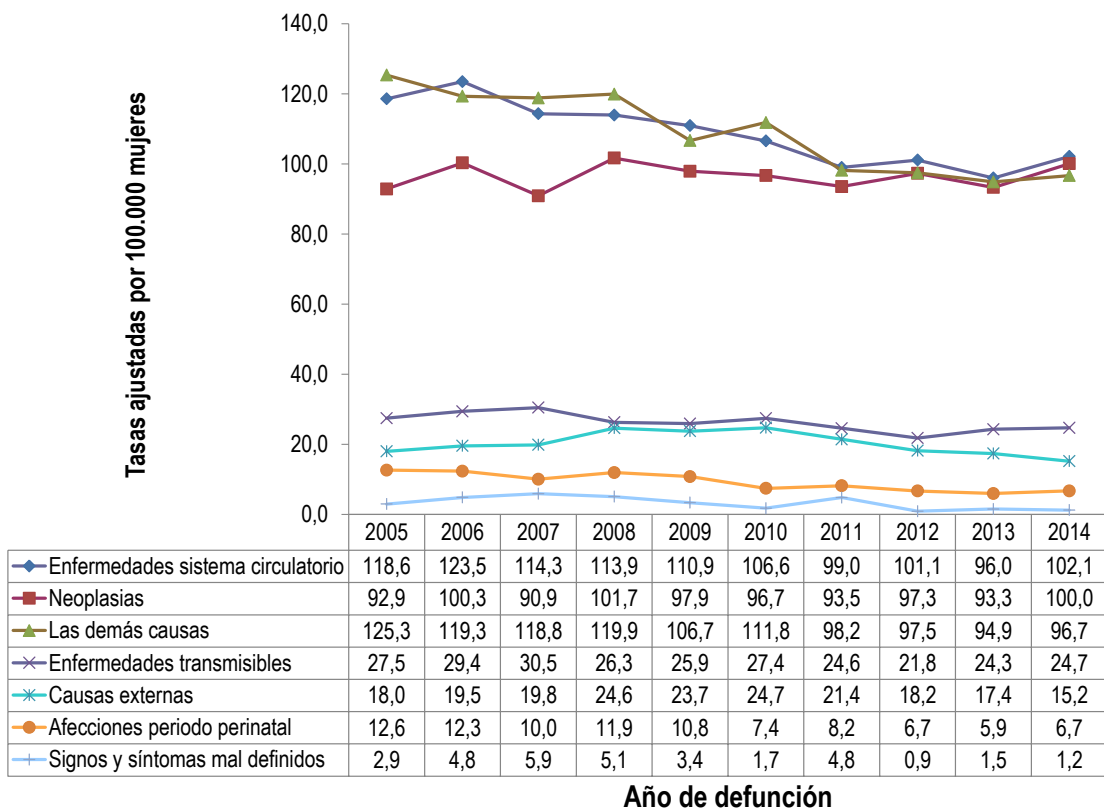
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Entre 2005 y 2014 la primera causa de muerte en las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio, siendo responsable de 118,6 muertes por cada cien mil mujeres para el año 2005 y 102,1 muertes por cada cien mujeres para el año 2014, sin embargo la tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad presentan un comportamiento decreciente con una variación porcentual del 14% con respecto a 2005. Las demás causas provocaron en promedio 108,9 por cada cien mil mujeres en el periodo analizado, aunque viene presentando una disminución importante, tanto, que para el año 2014, pasó a ser el tercer grupo de mayor mortalidad con una tasa 96,7 muertes por cada cien mil mujeres, después de que este grupo en años anteriores había ocupado el primer y segundo lugar.

Llama la atención el comportamiento ascendente de las tasas de mortalidad del grupo de neoplasias pues pasó de provocar 92,9 muertes por cada cien mil mujeres en el año 2005 a 100 muertes por cada cien mil mujeres en el año 2014, obtuvo un incremento del 7,7%, con respecto al año 2005.

A diferencia de la población masculina, las causas de mortalidad atribuidas al grupo de enfermedades trasmisibles en la población femenina se ubica en el cuarto lugar, la cual presenta un comportamiento estable en el tiempo, explicando en promedio 20,3 muertes por año por cada cien mil mujeres.

Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres de Medellín, 2005 – 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

Al comparar las tasas ajustadas según las grandes causas de mortalidad en hombres y mujeres, es posible evidenciar que tanto en la población masculina como en la femenina la mortalidad se debe principalmente a enfermedades del sistema circulatorio.

En relación con la segunda causa de muerte, se evidencia que tanto en hombres como en mujeres, ésta obedece principalmente son las neoplasias con una tendencia al incremento.

Por otra parte, según la información suministrada por SISPRO, para el municipio de Medellín, la cuarta causa de muerte en los hombres se relaciona con causas externas, mientras que en las mujeres lo hace con las enfermedades transmisibles..

Y, finalmente, la última gran causa de muerte tanto entre los hombres como en las mujeres durante el año 2013, fueron los signos y síntomas mal definidos, evidenciando la deficiente calidad del proceso de clasificación de las causas de mortalidad, sin embargo se debe resaltar que la clasificación mejoró en el año 2014, con respecto a la cifra reportada en el año 2005. En el caso específico de la población masculina, esta causa aumentó notablemente, lo que afectó el comportamiento en la población total de este grupo de causas para el 2014 con respecto al año inmediatamente anterior.

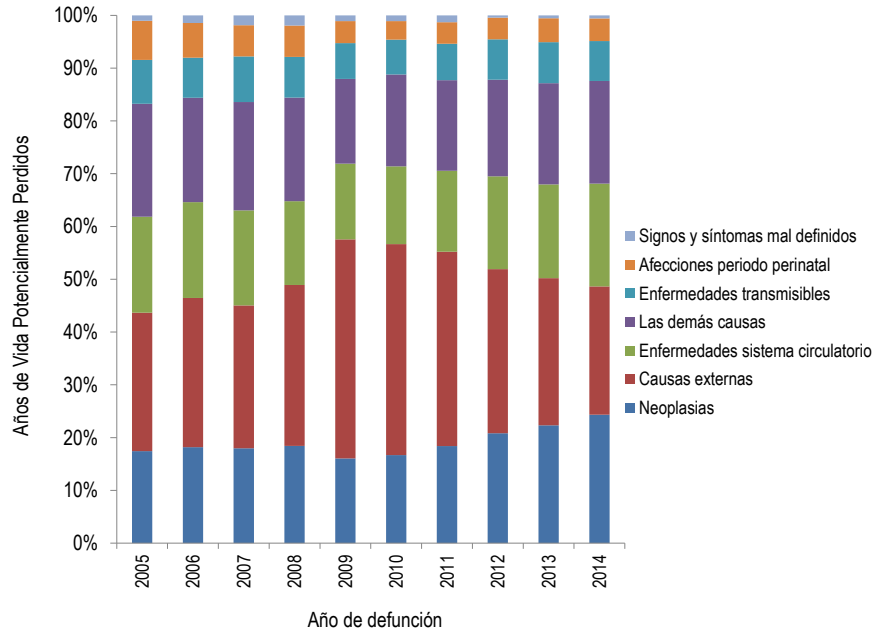
Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Los años de vida potencial perdidos se definen como el número de años que deja de vivir una persona debida a una muerte prematura, es decir, aquella que se produce por una u otra causa antes del límite de vida arbitrariamente establecido y se constituyen una medida de la carga de la enfermedad en una población determinada, es decir, evidencian el peso que tienen las diferentes causas de mortalidad en el perfil de morbi-mortalidad.

Los principales componentes de los años de vida potencialmente perdidos para la población general desde el año 2005 hasta el 2014 fueron en su orden: Las causas externas, que representaron aproximadamente el 25% del total de años de vida perdidos para el año 2005, aunque ya para el año 2013 y 2014 representó aproximadamente el 28,2% y el 24,3% respectivamente; estas causas se refieren especialmente a los hechos de violencia. Le siguen las neoplasias con un porcentaje entre el 16% y 24% con fuerte tendencia creciente, tanto, que para el año 2014 tiene la misma proporción de APVV que las causas externas, alcanzando una proporción 24,34% del total de años perdidos. El alto impacto de la mortalidad de estos grupos causales en los años de vida perdidos, es porque afecta en mayor proporción a población joven.

Por su parte, los años de vida potencialmente perdidos atribuidos a causas del grupo de enfermedades del sistema circulatorio presenta una tendencia al descenso. Las demás causas con cerca del 19%, seguida de las enfermedades transmisibles y por último las afecciones del período perinatal. (Figura 10).

Figura 10. Proporción de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP total por grandes causas. Medellín, 2005 – 2014



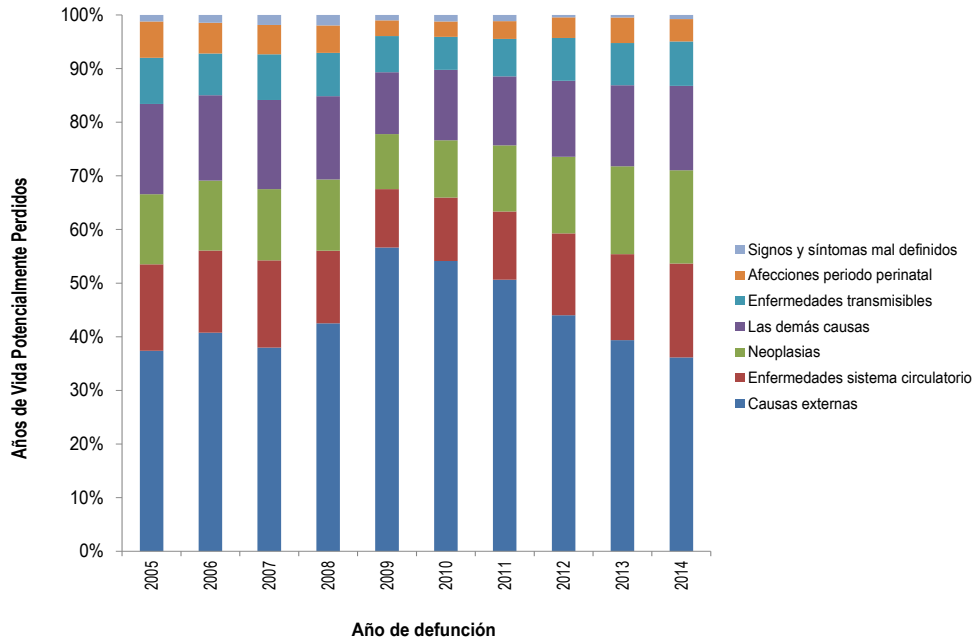
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

De los 235.429 años de vida potencialmente perdidos para el año 2014 en la población en general, la población masculina aportó el 57,8% (136.224 años) de los años perdidos, lo que permite deducir que ésta población muere en mayor proporción que las mujeres y/o a más temprana edad.

La mayor carga de años de vida potencialmente perdidos en la población masculina se representó en las causas externas (homicidios, suicidios, accidentes de tránsito y otro tipo de accidentes). En el 2014 mostró una proporción aproximada del 40% de los años de vida perdidos, esta se ubica como la causa de pérdida de mayor magnitud, con una fuerte tendencia al decremento.

Llama la atención el comportamiento de los AVPP atribuidos a los grupos causales neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio, pues en promedio explican aproximadamente el 30% de los años perdidos de la población masculina. Para el año 2014, el primer grupo fue el responsable del 17% de los 136.223 años perdidos en los hombres y el 18% el segundo grupo en este año. Sólo las neoplasias vienen presentando un incremento importante con una diferencia porcentual del 25% con respecto al año 2005. (Figura 11).

Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas en hombres. Medellín, 2005 – 2014

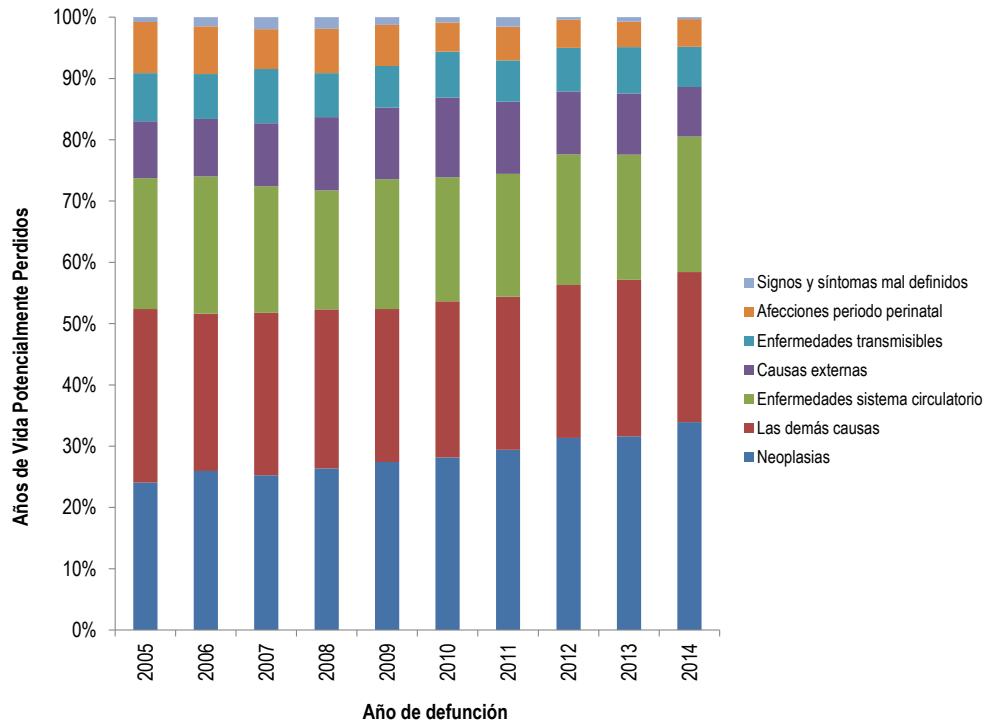


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Para las mujeres, la mayor carga de años de vida potencialmente perdidos se dio en las neoplasias, que para el año 2014 representó un 34% de la carga de mortalidad para esta población, con tendencia al aumento con el tiempo, ya que en el año 2005 representó un 20% de la importancia en la pérdida de años de vida, este indicador es de gran interés dado el carácter de las neoplasias en mujeres en especial el cáncer de seno y de cuello uterino que son detectables y tratables en fases tempranas, lo que representa fallas en el sistema de salud. La segunda causa en importancia por su carga en los AVPP se presenta en las demás enfermedades cuya carga alcanza a explicar el 24% de los AVPP de la población femenina.

Por otro lado, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan la tercera causa con mayor carga de años perdidos de la población femenina, para el año 2014 representó un 22% de la carga de mortalidad total de las mujeres; manteniéndose similar a la del año 2005, la mortalidad temprana en estas patologías reflejan aún existentes fallas y barreras de acceso para la atención de enfermedades crónicas que requieren la detección temprana y buena adherencia al tratamiento. Las causas externas, aportaron en promedio anual el 10% de los años de vida perdidos en la población femenina. De igual manera cobran importancia las afecciones del período perinatal que representó un valor porcentual entre el 4 y el 8% año tras año, aunque no se aprecia una clara tendencia en esta causa de muerte. (Figura 12).

Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas en las mujeres. Medellín, 2005 – 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

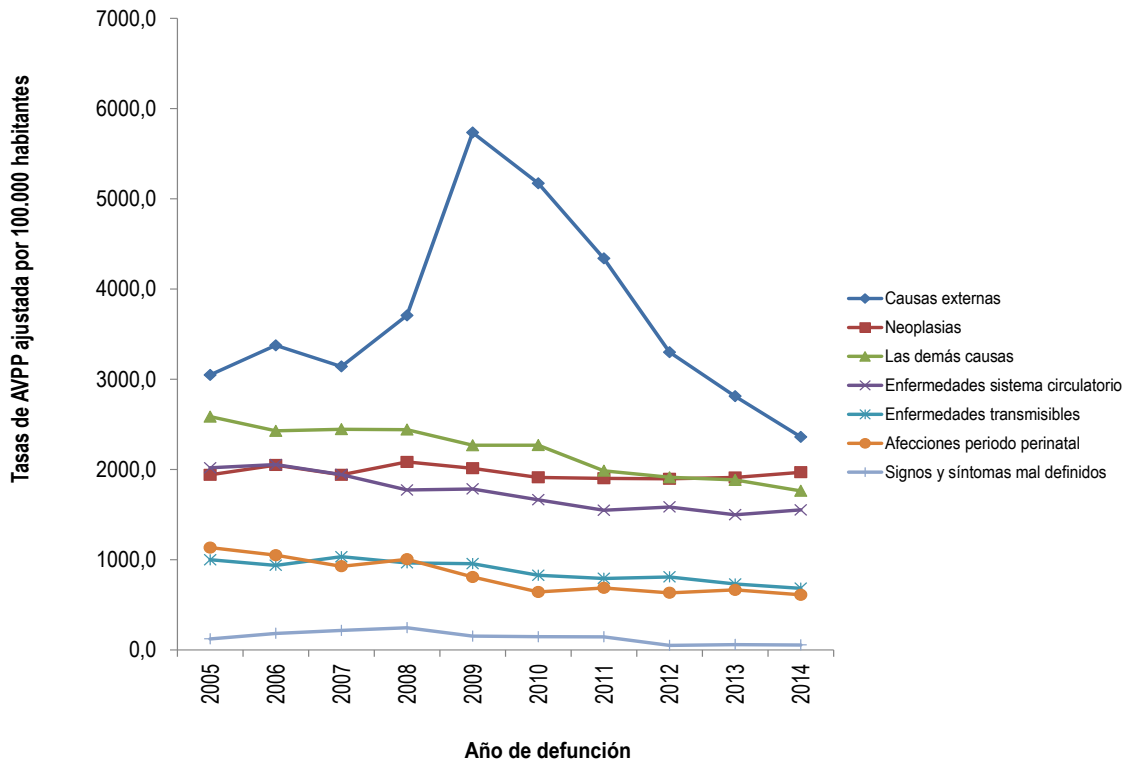
Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Para el período comprendido entre los años 2005 a 2014, las causas externas fueron las responsables de la mayor cantidad de años perdidos entre la población general del municipio de Medellín, siendo las causantes de la pérdida de 2.361 años de vida por cada cien mil habitantes durante el último año analizado. Sin embargo, es importante resaltar que los años de vida perdidos por esta causa han disminuido en comparación con el año 2009, donde las causas externas fueron las responsables de la pérdida de 5733,1 por cada cien mil habitantes.

Las neoplasias se ubican en segundo lugar, siendo las responsables de la pérdida de 1.969 años de vida perdidos por cada cien mil habitantes para el año 2014; mientras que la tercera causa de pérdida de años de vida potencial son las demás enfermedades con un total de 1.763 de años de vida perdidos por cada cien mil habitantes para el año 2014. Es de resaltar, las neoplasias viene presentando una tendencia al incremento en la tasa de los AVPP, pues pasó de 1.941 años perdidos por cada cien mil habitantes para el 2005 a 1.969 años perdidos para el año 2014. El cuarto y quinto lugar entre las causas de años de vida potencial perdidos por cada cien mil habitantes lo ocupan las enfermedades del sistema circulatorio, responsables de 1.552 AVPP y las enfermedades transmisibles que causaron la pérdida de 684 años de vida perdidos durante el año 2014.

Finalmente, en la población general del municipio de Medellín para el año 2014, las últimas dos causas de pérdidas de años de vida perdidos son las afecciones del periodo perinatal y los signos y síntomas mal definidos, siendo los primeros responsables de la pérdida de 612 años de vida potencial; mientras que los segundos causaron la pérdida de 55,7 años de vida potencial.(figura 13)

Figura 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general. Medellín, 2005 – 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

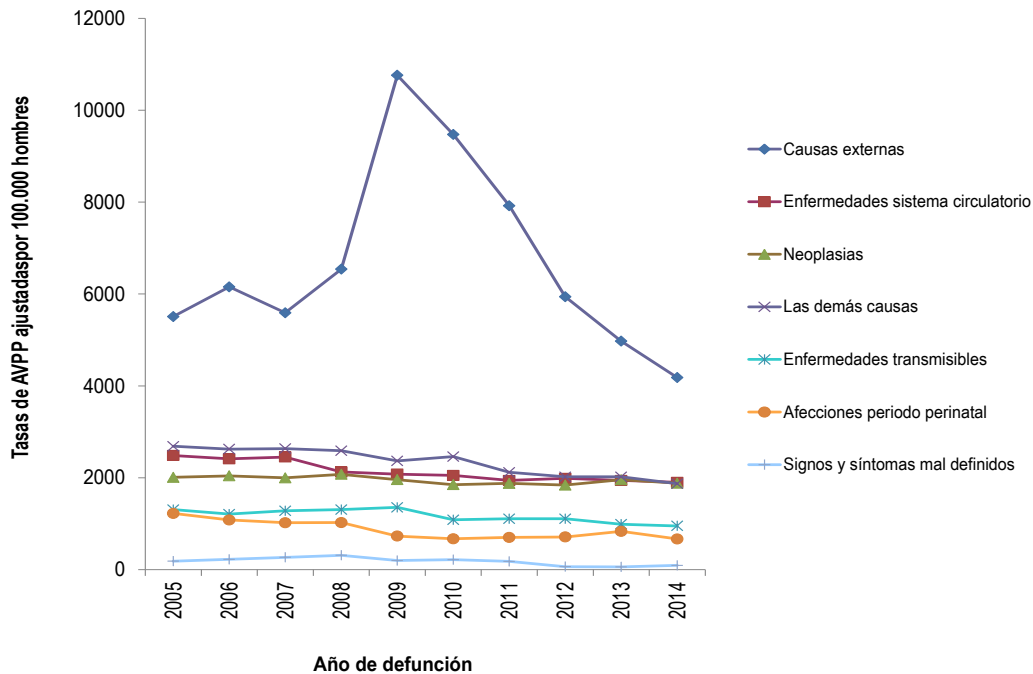
Tasa de AVPP ajustada por edad en hombres

Para el período comprendido entre los años 2005 a 2014, las causas externas fueron las responsables de la mayor cantidad de años perdidos entre la población masculina del municipio de Medellín, siendo las causantes de la pérdida de 4181 años de vida por cada cien mil habitantes durante el año 2014. Sin embargo, es importante resaltar que los años de vida perdidos por esta causa han disminuido en comparación con el año 2009, donde las causas externas fueron las responsables de la pérdida de 10760,3 por cada cien mil hombres.

Por otra parte, las enfermedades del sistema circulatorio se ubican en segundo lugar, siendo éstas las causantes de la pérdida de 1.901 años de vida perdidos por cada cien mil hombres para el año 2014; mientras la tercera causa de pérdida de años de vida potencial son las neoplasias con un total de 1.882 de años de vida perdidos por cada cien mil habitantes para el año 2014. Sin duda, estos dos grupos de causas vienen presentando protagonismo en la mortalidad y en la carga de la mortalidad temprana, por los que es indispensable continuar mejorando y solucionando los problemas del acceso a salud.

El cuarto y quinto lugar entre las causas de años de vida potencial perdidos por cada cien mil habitantes lo ocupan las otras causas, responsables de 1.870 AVPP y las enfermedades transmisibles que causaron la pérdida de 951 años de vida perdidos por cada cien mil hombres durante el año 2014. Finalmente, en la población masculina del municipio de Medellín para el año 2014 las últimas dos causas de pérdidas de años de vida perdidos son las afecciones del periodo perinatal y los signos y síntomas mal definidos, siendo los primeros responsables de la pérdida de 669 años de vida potencial; mientras que los segundos causaron la pérdida de 93 años de vida potencial. (Figura 14)

Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres. Medellín, 2005 – 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Tasa de AVPP ajustada por edad en las mujeres

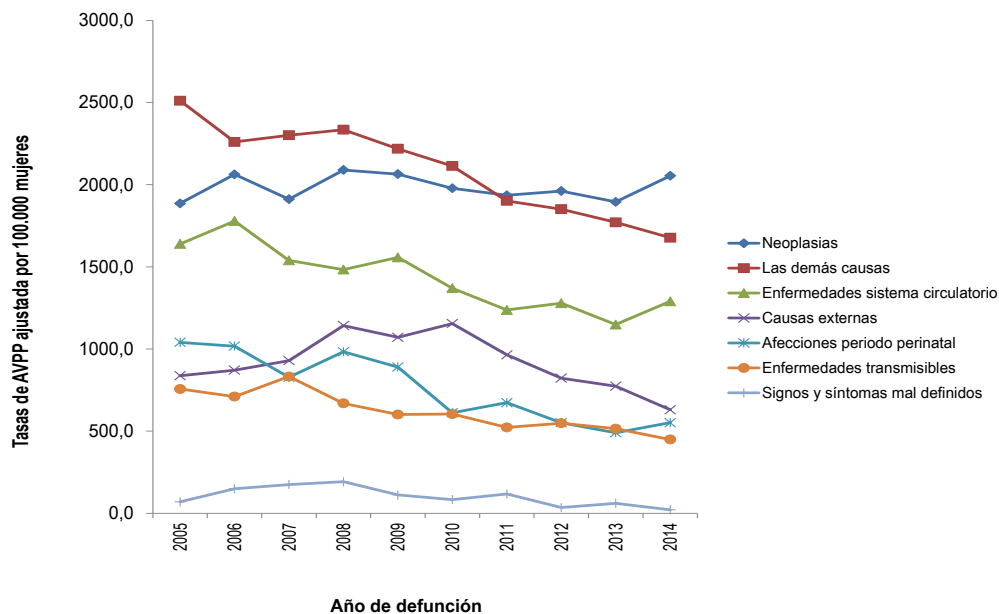
Para el período comprendido entre los años 2005 a 2014, las neoplasias fueron las responsables de la mayor cantidad de años perdidos entre la población femenina del municipio de Medellín, siendo las causantes de la pérdida de 2054 años de vida por cada cien mil mujeres durante el último año revisado. Es importante resaltar que los años de vida perdidos por esta causa han disminuido en comparación con el año 2008, donde las neoplasias fueron las responsables de la pérdida de 2089 por cada cien mil mujeres.

Por otra parte, las demás causas se ubican en segundo lugar, siendo las responsables de la pérdida de 1.677 años de vida perdidos por cada cien mil mujeres; mientras que la tercera causa de pérdida de años de vida potencial son las enfermedades del sistema circulatorio con un total de 1.290 de años de vida perdidos por cada cien mil mujeres para el año 2014.

El cuarto y quinto lugar entre las causas de años de vida potencial perdidos por cada cien mil habitantes lo ocupan las causas externas, responsables de 630 AVPP y las afecciones del período perinatal que causaron la pérdida de 552 años de vida perdidos por cada cien mil habitantes durante el año 2014.

Finalmente, en la población femenina del municipio de Medellín para el año 2014 las últimas dos causas de pérdidas de años de vida perdidos son las enfermedades transmisibles y los signos y síntomas mal definidos, siendo los primeros responsables de la pérdida de 449 años de vida potencial; mientras que los segundos causaron la pérdida de 21,2 años de vida potencial por cada cien mil mujeres. (Figura 15)

Figura 15. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres. Medellín, 2005 – 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

Tasas ajustadas por la edad

A continuación, se realiza un análisis más detallado que permitirá identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grandes grupos de mortalidad conocidos, como lo son las enfermedades transmisibles; las neoplasias; las enfermedades del sistema circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; las causas externas; todas las demás causas y, los síntomas, signos y afecciones mal definidas que afectan a la población general de Medellín.

Para obtener un panorama general de la mortalidad específica por cada subgrupo se identificaron los valores más altos de cada una de las causas contenidas en las seis grandes causas de mortalidad, luego estos valores fueron ordenados y se tomaron los diez mayores valores para identificar aquellas causas responsables de la mayor mortalidad entre la población general de Medellín para el año 2014.

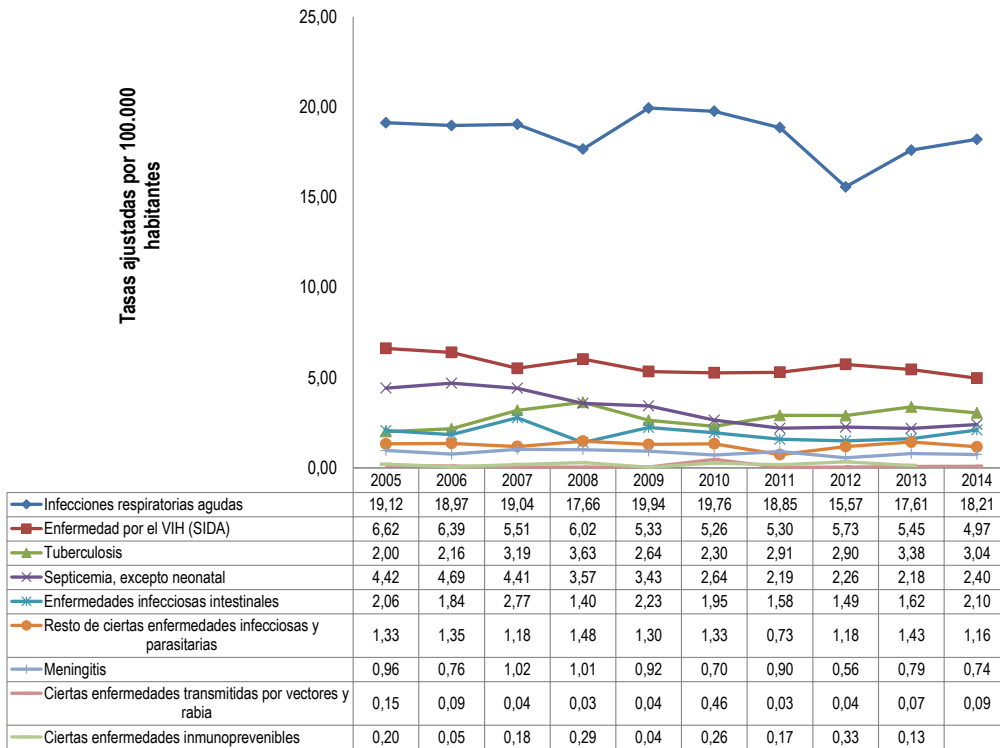
Enfermedades transmisibles

Dentro del gran grupo de causas de las enfermedades transmisibles para la población general, las infecciones respiratorias agudas se ubican como la causa con mayor magnitud de muerte atribuida en éste grupo, siendo responsable de 18,21 muertes por cada cien mil habitantes, mientras que la enfermedad por VIH (SIDA) fue la causal de 4,97 muertes por cada cien mil habitantes para el año 2014, ocupando el segundo lugar. Llama la atención el comportamiento similar año tras año de la mortalidad por estas dos afecciones desde el año 2005; sólo las infecciones respiratorias agudas presentaron picos descendientes en los años 2008 y 2012, esto implica mejorar las estrategias para el acceso y oportunidad de los servicios de salud, agilizar el diagnóstico y el tratamiento.

Por otro lado, la tuberculosis ocupa el tercer lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 3,04 personas por cada cien mil habitantes. La mortalidad de esta causa específicamente viene presentando un incremento importante desde el año 2010.

Por su parte, la septicemia (excepto la neonatal) presenta una tendencia decreciente, y para el año 2014 produjo la muerte de 2,40 personas por cada cien mil habitantes y ocupa la cuarta causa de muerte. Finalmente el resto de las enfermedades infecciosas y parasitarias se presentan como la quinta causa importante en este grupo de grandes causas.

Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles población general. Medellín, 2005 – 2014

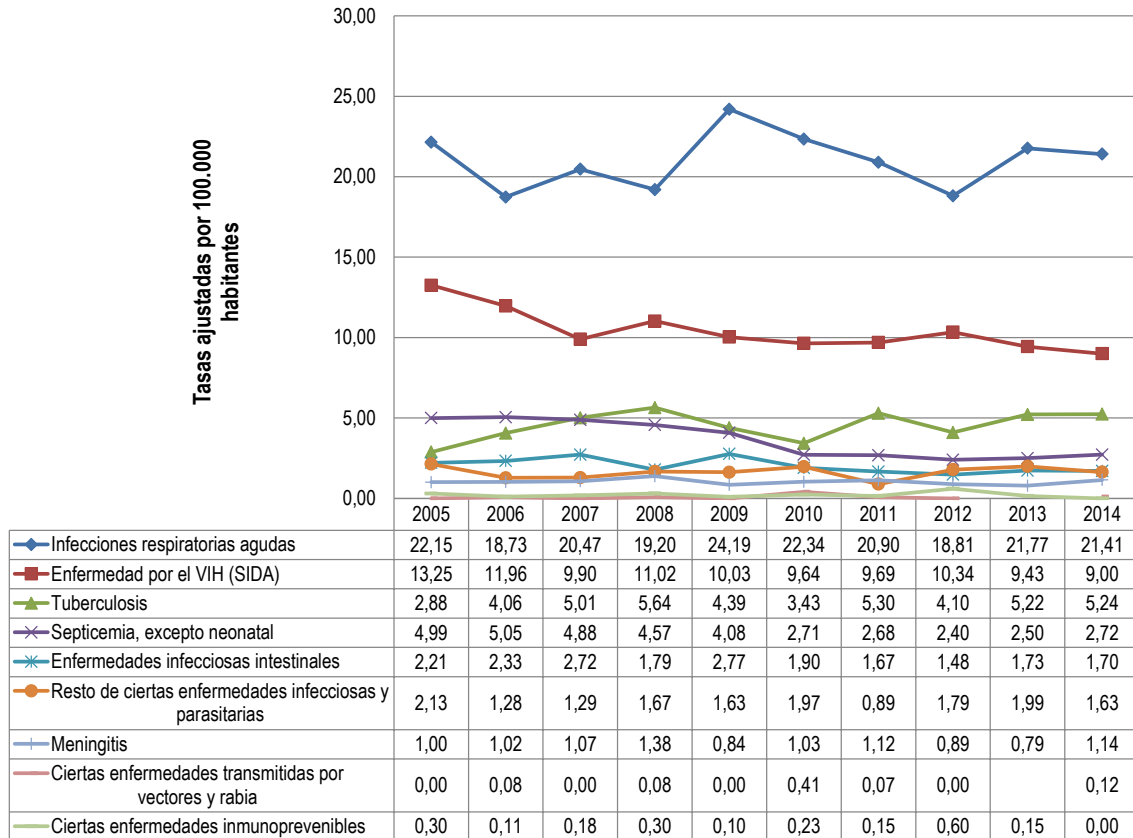


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

El comportamiento de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población masculina entre los años 2005 y 2014, evidencia con las principales causas las infecciones respiratorias agudas ubicándose como la primera causa de muerte y la enfermedad por VIH (SIDA) como la segunda causa. Para el año 2014, la primera fue responsable de 21,41 muertes por cada cien mil habitantes del sexo masculino, mientras que la segunda fue responsable de 9 muertes por cada cien mil hombres. Es pertinente resaltar, que la mortalidad por VIH/SIDA en la población masculina ha presentado un leve descenso en el periodo analizado. (Figura 17)

El tercer lugar como causal de muerte en la población masculina, con un comportamiento ascendente, lo ocupa la tuberculosis; para el año 2014 originó la muerte de 5,29 hombres por cada cien mil. En este mismo año, la septicemia (excepto la neonatal) produjo la muerte de 2,72 personas por cada cien mil hombres y es reconocida como la cuarta causa de muerte y, finalmente, el resto de las enfermedades infecciosas y parasitarias se presentan como la quinta causa importante en este grupo de grandes causas para la población masculina. (Figura 17)

Figura 177. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres. Medellín, 2005 – 2014



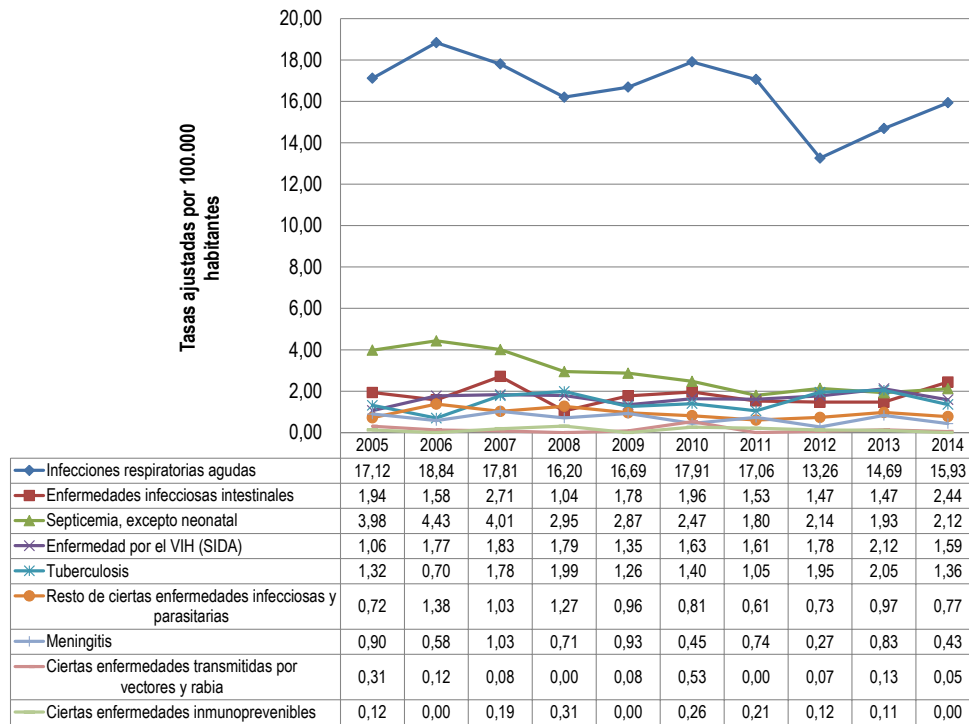
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Al revisar el comportamiento de las subcausas de la mortalidad por enfermedades transmisibles en las mujeres la situación varía un poco; aunque las infecciones respiratorias agudas se conservan como la primera causa de muerte en el periodo comprendido entre el 2005 y 2014, donde en el último año se le atribuyen 15,93 muertes de mujeres por cada cien mil, las enfermedades infecciosas intestinales ocasionaron la muerte de 2,44 mujeres por cada cien mil, ubicándose como la segunda causa. (Figura 18)

La septicemia (excepto neonatal) se ubica en el tercer lugar, luego de haber causado para el año 2014 la muerte de 2,12 mujeres por cada cien mil. Interesante el comportamiento decreciente de esta causa, pues pasó de ser la segunda causa de mortalidad en la población femenina entre los años 2005 al 2012, para ocupar la tercera y cuarta causa en los años 2014 y 2013, respectivamente. (Figura 18)

Tanto la mortalidad por VIH/SIDA como la de tuberculosis en la población femenina, es inferior a la observada en la población masculina. Para el año 2014, la primera causó aproximadamente 2 muertes por cada cien mil mujeres y la segunda aproximadamente 1 muerte por cada cien mil mujeres (Figura 18)

Figura 188. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres. Medellín, 2005 – 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Neoplasias

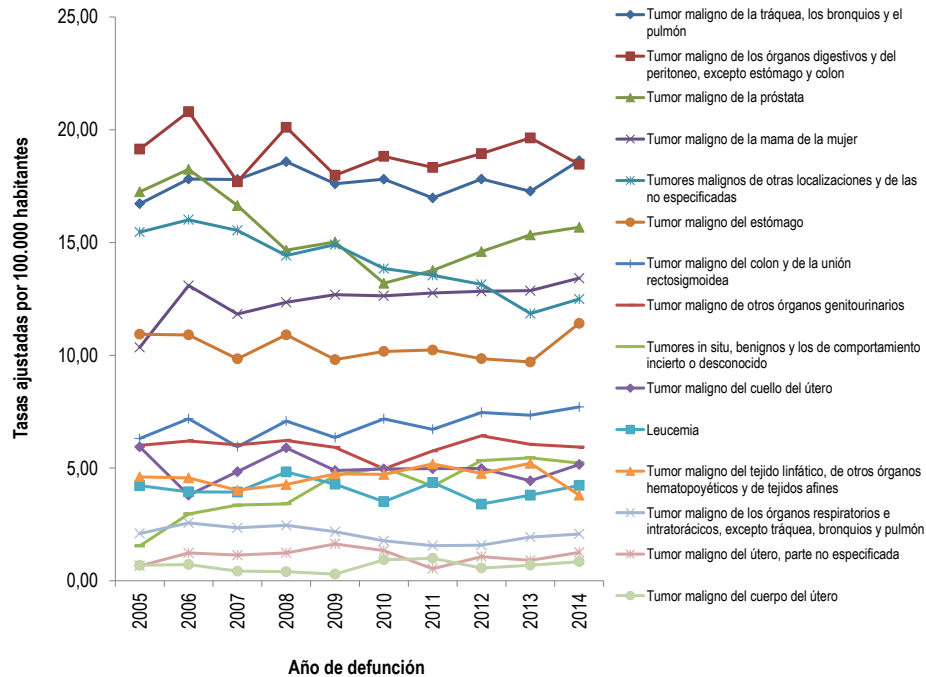
Dentro del gran grupo de causas de las neoplasias para la población general, el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon se ubica como la primera causa de muerte para el año 2014 con un total de 18,63 muertes por cada cien mil habitantes; mientras que el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón causó para el mismo año un total de 18,47 muertes por cada cien mil habitantes, ocupando el segundo lugar. El comportamiento, un poco oscilante de la mortalidad de estas afecciones en la población de Medellín entre los años 2005 y 2014, no presenta cambios decrecientes de relevancia

El tumor maligno de próstata y el tumor maligno de mama en la mujer ocupan el tercer y cuarto lugar de mayor mortalidad, tras haber causado en el 2014 la muerte de 15,68 personas y 13,42 personas por cada cien mil habitantes, respectivamente. Estas causas de muerte, viene presentando un incremento importante en los últimos años. (Figura 19)

La creciente mortalidad atribuida a las neoplasias, evidencia debilidad en las estrategias del sistema de salud para promover acciones de autocuidado que generen cambios saludables en los hábitos de la población. Se

evidencia además, problemas de acceso a los servicios de salud y a la baja implementación de la estrategia APS. (Figura 19)

Figura 199. Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasias en población general. Medellín, 2005 – 2014

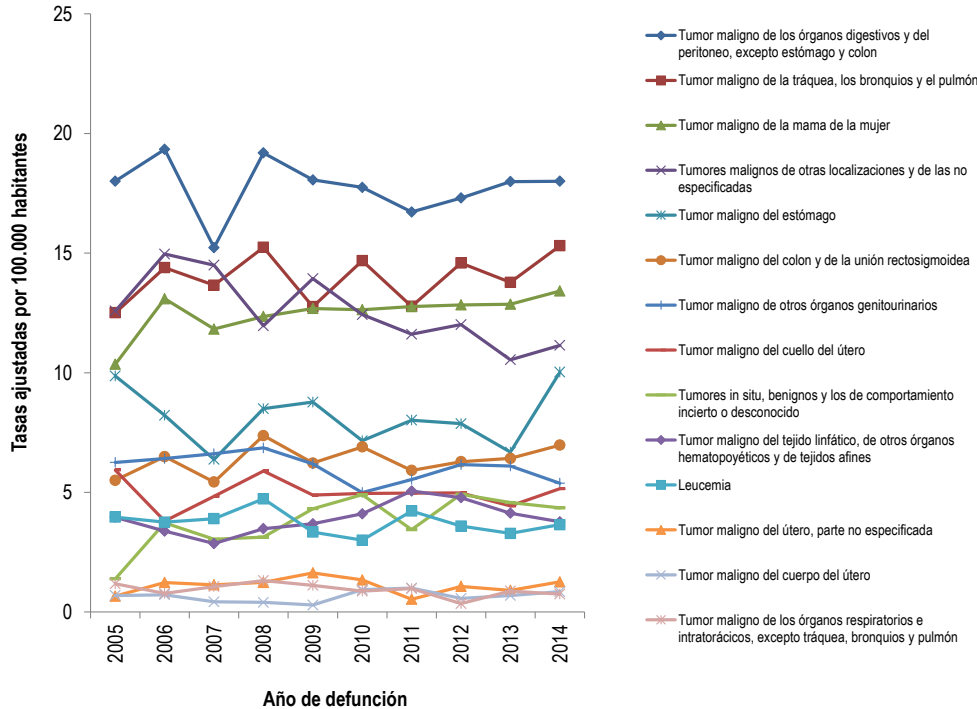


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Al igual que la mortalidad de la población general de las subcausas de neoplasias, mayor predominancia de mortalidad de tumor maligno de los órganos del estómago y del peritoneo (excepto estómago y Colon) ubicándose como la primera causa de muerte con un total de 18 muertes por cada cien mil mujeres, mientras que el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón produjo la muerte de 15,31 mujeres por cada cien mil, ubicándose como la segunda causa de muerte para el año 2014.

El tumor maligno de la mama de la mujer causó en el 2014 un total de 13,42 muertes por cada cien mil mujeres ocupando el tercer lugar; y el tumor maligno de otras localizaciones se ubica en el cuarto lugar, luego de haber causado la muerte de 11,15 personas por cada cien mil mujeres y finalmente, el tumor maligno del estómago se ubica en el quinto lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 10,03 mujeres por cada cien mil mujeres. Se evidencia que el comportamiento de la mortalidad en la población femenina por cáncer de mama presenta una tendencia creciente, obteniendo un incremento del 29% con respecto al año 2005. (Figura 20)

Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres. Medellín, 2005 – 2014

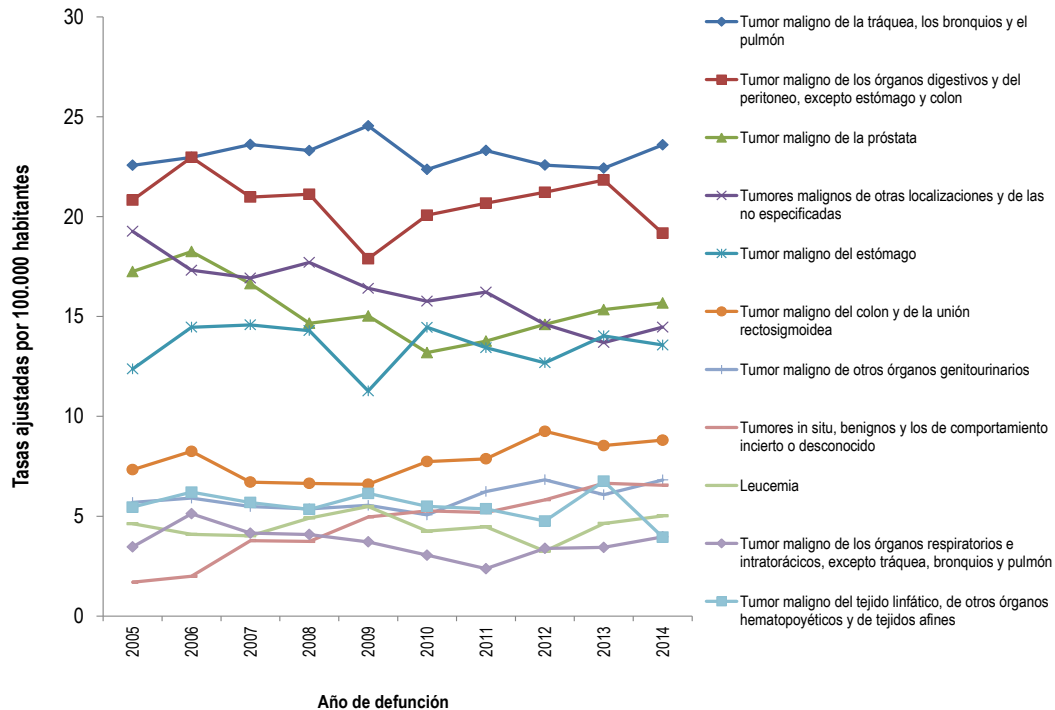


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Por su parte, referente a el comportamiento de la mortalidad por neoplasias en los hombres, el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón se ubica como la primera causa de muerte para el año 2014 con un total de 23,59 muertes por cada cien mil hombres, mientras que el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon causó en el mismo año un total de 19,17 muertes por cada cien mil hombres ocupando el segundo lugar; y el tumor de próstata ocupa el tercer lugar por haber originado la muerte de 15,68 hombres por cada cien mil. Así mismo el tumor maligno de la otras localizaciones produjo la muerte de 14,47 hombres por cada cien mil y es reconocido como la cuarta causa de muerte y, finalmente, el tumor maligno de estómago se presenta como la quinta causa importante en este grupo de grandes causas, por haber causado durante el año 2014 la muerte de 13,57 de cada cien mil medellinenses de sexo masculino. (Figura 21).

Al comparar la mortalidad por neoplasias tanto en la población masculina como la femenina, se observa que a pesar de que el comportamiento es muy similar, hay mayor magnitud en la población masculina que la femenina, en el tumor maligno de tráquea, los bronquios y el pulmón y el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon.

Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres. Medellín, 2005 – 2014



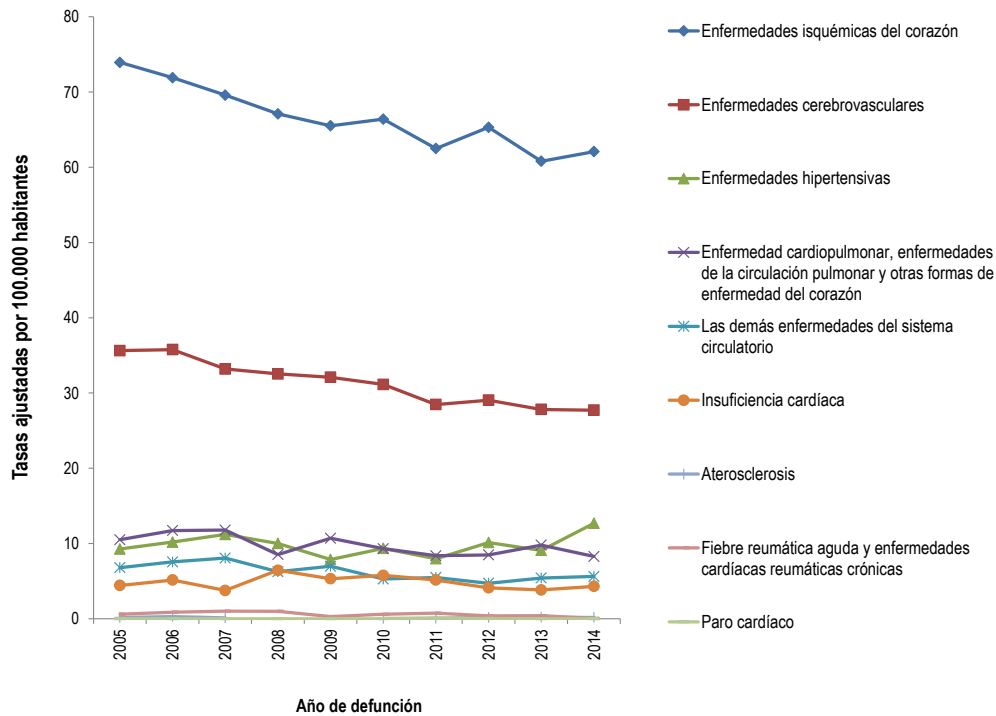
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Enfermedades del sistema circulatorio

Dentro del gran grupo de causas de las enfermedades del sistema circulatorio para la población general en el año 2014, las enfermedades isquémicas del corazón se ubican como la primera causa de muerte con un total de 62,09 muertes por cada cien mil habitantes, mientras que las enfermedades cerebrovasculares fueron responsable de 27,72 muertes por cada cien mil habitantes, ocupando el segundo lugar. Tanto la primera causa de mortalidad como la segunda, presentan mayor magnitud de mortalidad con respecto a las demás causas, sin embargo, ambas presentan una tendencia decreciente en el tiempo. La mortalidad por enfermedades de isquemias cerebrales y enfermedades cardiovasculares presentaron en el año 2014 un decremento del 16,% y del 22% con respecto al año 2005, correspondientemente

La enfermedad hipertensiva ocupa el tercer lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 12,70 personas por cada cien mil habitantes. Así mismo, las enfermedad cardiopulmonar produjo la muerte de 8,28 personas por cada cien mil y es reconocida como la cuarta causa de muerte y, finalmente las demás enfermedades del sistema circulatorio se presentan como la quinta causa importante en este grupo de grandes causas, por haber causado durante el año 2014 la muerte de 5,63 de cada cien mil habitantes.

Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en población general. Medellín, 2005 – 2014

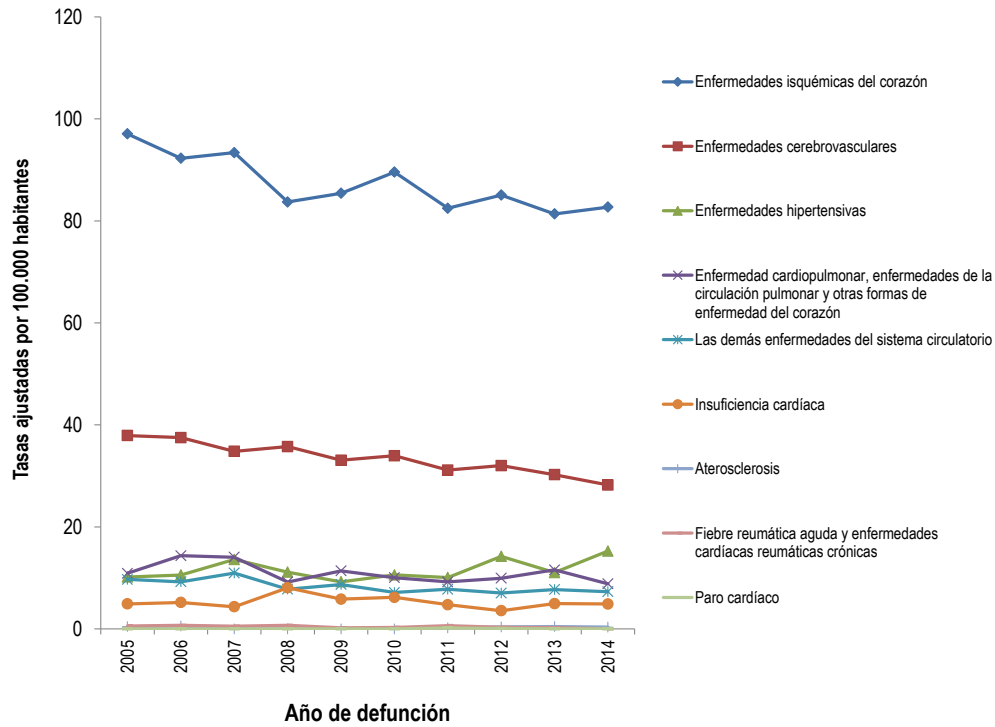


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Con relación al comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en la población masculina, las enfermedades isquémicas del corazón se ubican como la primera causa de muerte para el año 2014 con un total de 82,70 muertes por cada cien mil hombres, mientras que las enfermedades cerebrovasculares causaron para el mismo año un total de 28,21 muertes por cada cien mil hombres ocupando el segundo lugar.

El tercer lugar lo ocupan las enfermedades hipertensivas por haber originado en el 2014 la muerte de 15,26 personas por cada cien mil hombres. Así mismo, la enfermedad cardiopulmonar produjo la muerte de 8,84 hombres por cada cien mil y es reconocida como la cuarta causa de muerte y, finalmente, las demás enfermedades del sistema circulatorio se presentan como la quinta causa importante en este grupo de grandes causas, por haber causado durante el año 2014 la muerte de 7,30 de cada cien mil hombres. (Figura 23).

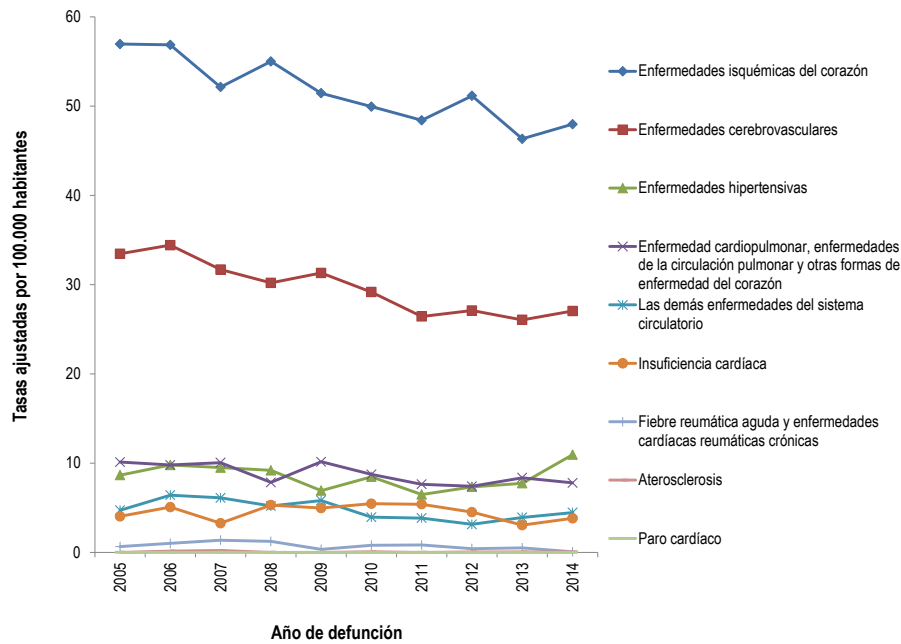
Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres. Medellín, 2005 – 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Al revisar el comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres, donde las enfermedades isquémicas del corazón se ubican como la primera causa de muerte con un total de 47,97 muertes por cada cien mil mujeres, mientras que las enfermedades cerebrovasculares produjeron la muerte de 27,04 mujeres por cada cien mil y es reconocida como la segunda causa de muerte y las enfermedades hipertensivas causaron en el 2014 un total de 10,94 muertes por cada cien mil mujeres ocupando el tercer lugar; y las enfermedades cardiopulmonares se ubican en el cuarto lugar, luego de haber causado la muerte de 7,78 mujeres por cada cien mil y finalmente, las demás enfermedades del sistema circulatorio se ubica en el quinto lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 4,46 mujeres por cada cien mil. (Figura 24)

Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres. Medellín, 2005 – 2014



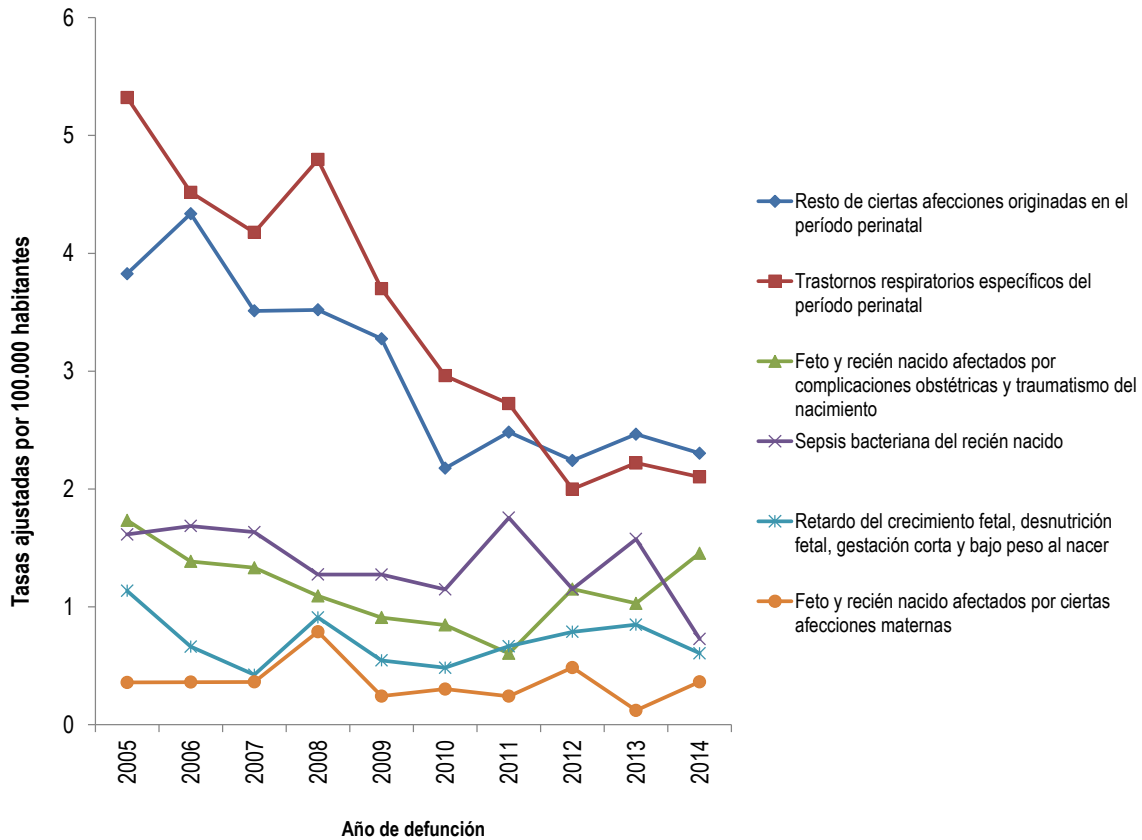
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Dentro del gran grupo de causas de ciertas afecciones originadas en el período perinatal para la población general, el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal se ubican como la primera causa de muerte con un total de 2,30 mortalidades por cada cien mil habitantes para el año 2014, mientras que los trastornos respiratorios específicos del período perinatal causaron en el mismo año un total de 2,10 muertes por cada cien mil habitantes, ocupando el segundo lugar; y la causa de feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento ocupa el tercer lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 1,45 personas por cada cien mil habitantes. Así mismo, la sepsis bacteriana del recién nacido produjeron la muerte de 0,73 personas por cada cien mil habitantes y es reconocida como la cuarta causa de muerte y, finalmente el retardo del crecimiento fetal, la desnutrición fetal, la gestación corta y el bajo peso al nacer como la quinta causa importante en este grupo de grandes causas, por haber causado durante el año 2014 la muerte de 0,61 de cada cien mil medellinenses.

Es importante resaltar que cada año se evidencia menor mortalidad por las afecciones originadas en el periodo perinatal, esto puede deberse al esfuerzo del sector salud por mejorar la cobertura en los controles prenatales en el municipio.

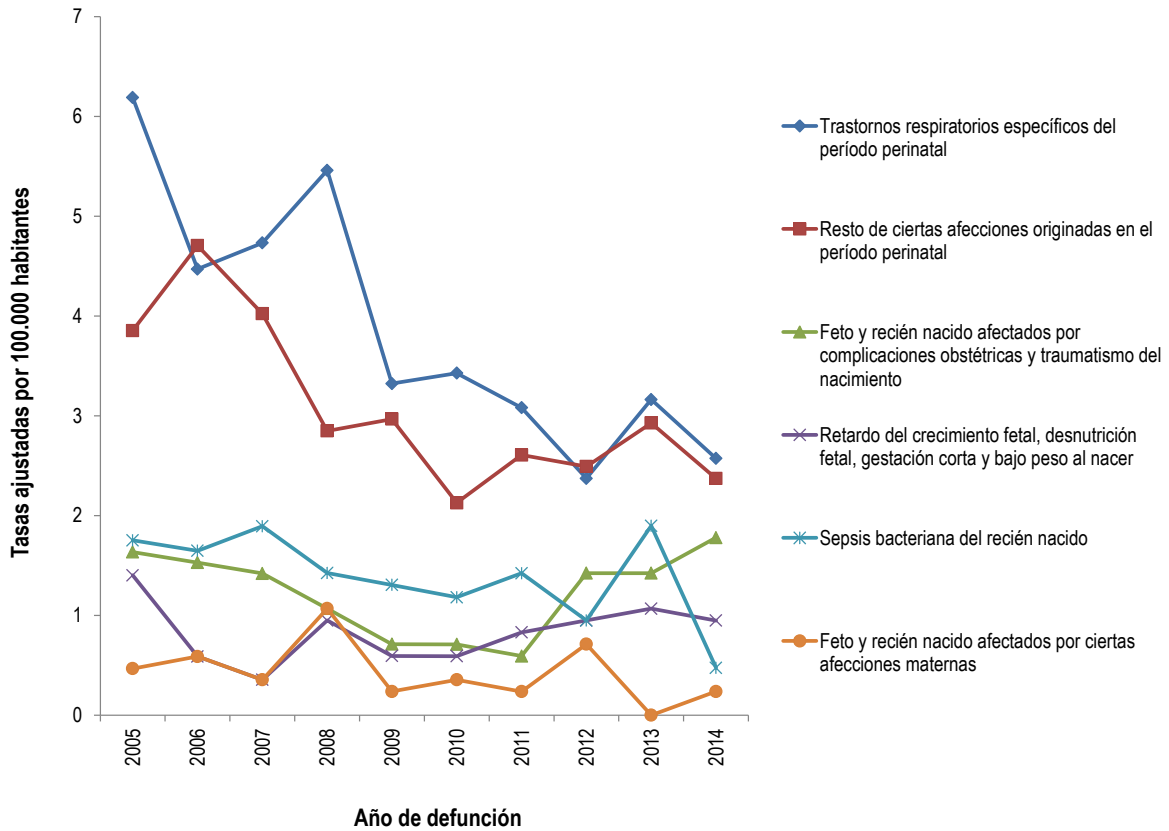
Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en población general. Medellín, 2005 – 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

En relación al comportamiento de la mortalidad por ciertas afecciones en el período perinatal en los hombres, los trastornos respiratorios específicos del período perinatal se ubican como la primera causa de muerte con un total de 2,57 muertes por cada cien mil hombres, mientras que el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal causaron en el 2014 un total de 2,37 muertes por cada cien mil hombres, ocupando el segundo lugar; y la causa de feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento ocupa el tercer lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 1,78 hombres por cada cien mil. Así mismo, el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer produjeron la muerte de 0,95 hombres por cada cien mil y es reconocida como la cuarta causa de muerte y, finalmente la sepsis bacteriana del recién nacido se presentan como la quinta causa importante en este grupo de grandes causas, por haber causado durante el año 2014 la muerte de 0,24 de cada cien mil hombres.(Figura 26)

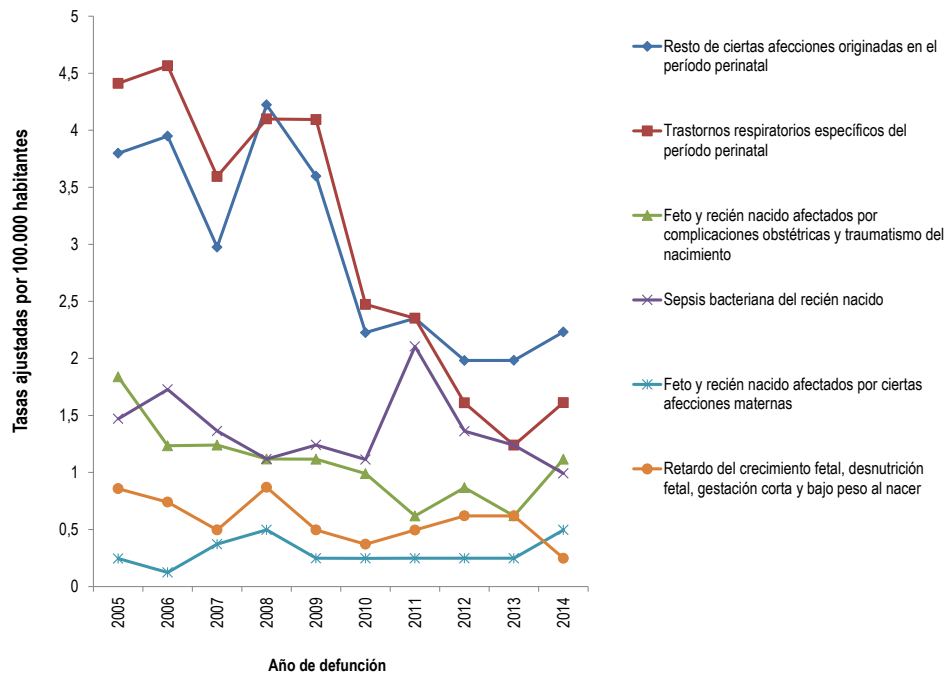
Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres. Medellín, 2005 – 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Cuando se revisa el comportamiento de la mortalidad por ciertas afecciones en el periodo perinatal en las mujeres, el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal se ubican como la primera causa de muerte con un total de 2,23 muertes por cada cien mil mujeres, mientras que los trastornos respiratorios específicos y la causa del feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento causaron en el 2014 un total de 1,61 y 1,12 muertes por cada cien mil mujeres respectivamente, ocupando el segundo y tercer lugar; la sepsis bacteriana del recién nacido y la causa feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas ocupan el cuarto y quinto lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 0,99 y 0,50 mujeres por cada cien mil.(Figura 27).

Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres. Medellín 2005 – 2014



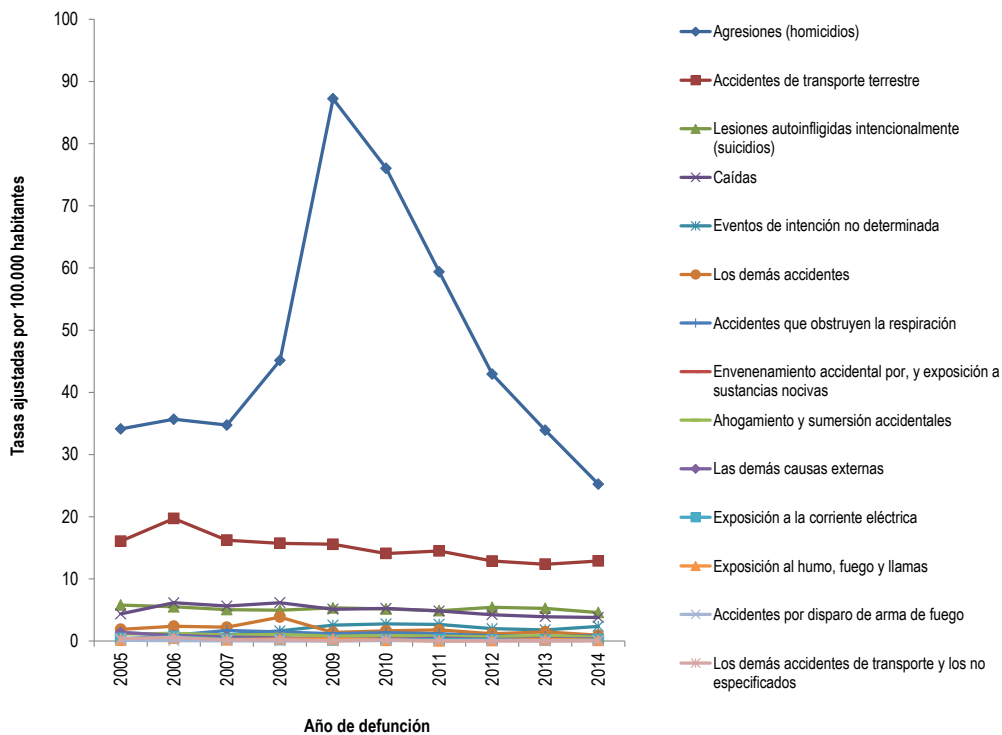
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Causas externas

Al analizar el año 2014 del gran grupo de causas externas para la población general, las agresiones (homicidios) se ubican como la primera causa de muerte con un total de 25,24 muertes por cada cien mil habitantes, mientras que los accidentes de transporte terrestre fueron responsables de 12,88 muertes por cada cien mil habitantes ocupando el segundo lugar; y las lesiones autoinflingidas (suicidios) ocupan el tercer lugar por haber originado la muerte de 4,59 personas por cada cien mil habitantes. Es menester destacar el comportamiento de estas causas de muerte; la primera causa, ocupa este lugar desde el año 2005 presentando un ascenso muy relevante en el año 2009 con 87 muertes por cada cien mil habitantes; desde el año 2010 al 2014 la mortalidad por esta causa presentó un descenso del 66,8% con respecto al año 2010; esto, debido a algunas estrategias persuasivas y acuerdos con los grupos armados del área urbana del municipio de Medellín. Del mismo modo, la segunda causa de mortalidad viene ocupando este lugar desde el año 2005, mostrando un comportamiento relativamente estable. Es evidente que se debe hacer un mayor esfuerzo para generar cambios en esta causa específica, incluir acciones de sensibilización y educación para lograr cambiar la conducta de peatones y conductores de vehículos, sobre todo de motos, los cuales son los responsables de gran parte de la accidentalidad que se presenta en el municipio.

La cuarta causa de mortalidad en relevancia para el año 2014 fueron las caídas, las cuales fueron responsables de la muerte de 3,79 personas por cada cien mil habitantes. Para cerrar, los eventos de intención no determinada se presentan como la quinta causa importante en este grupo de grandes causas para el mismo año, ésta causó la muerte de 2,34 de cada cien mil medellinenses.

Figura 288. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las acusas externas en población general. Medellín, 2005 – 2014



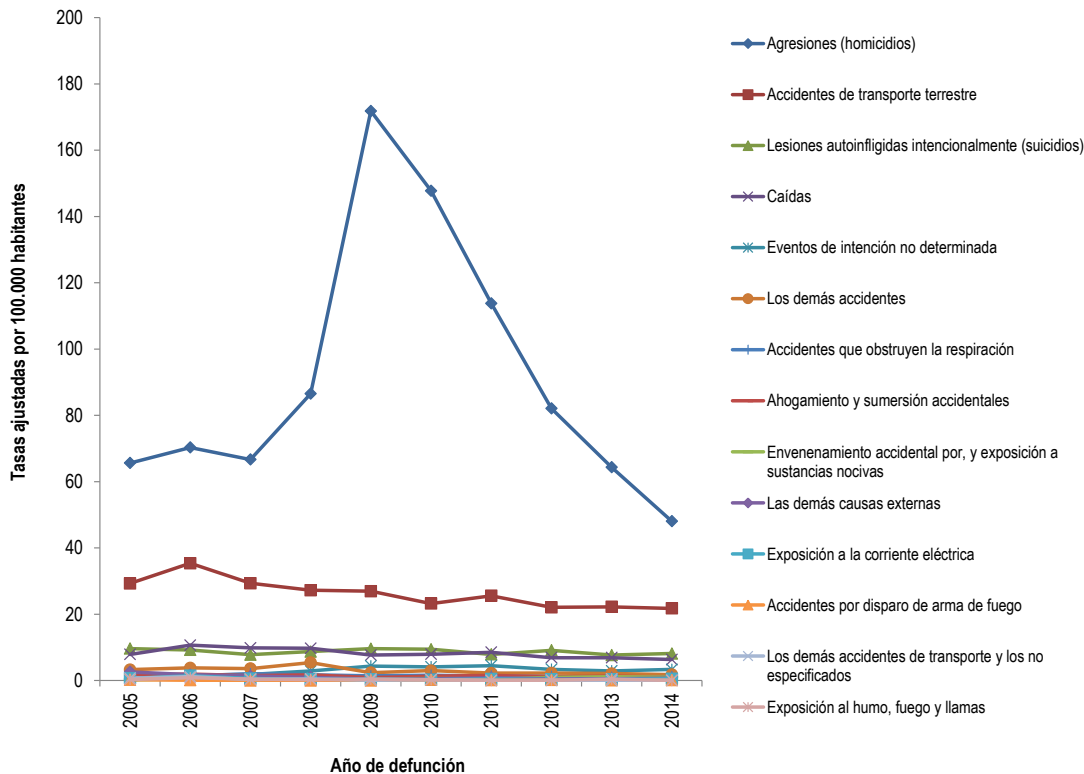
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

El comportamiento de las causas de mortalidad en la población masculina es muy similar a la mortalidad general del municipio de Medellín en el periodo 2005-2014. Los homicidios se ubican como la primera causal de mortalidad por causas externas para el año 2014, pues fue responsable de 48,06 muertes por cada cien mil hombres. Por su parte, los accidentes de transporte terrestre causaron en el 2014 la muerte de 41,76 hombres por cada cien mil, ocupando el segundo lugar. Es visible que el aporte de la población masculina a la carga de la mortalidad general por estas dos causas es superior a la población femenina.

Las lesiones autoinfligidas ocupan el tercer lugar en relevancia por haber originado en el 2014 la muerte de 8,16 hombres por cada cien mil. Así mismo, las caídas produjeron la muerte de 6,32 hombres por cada cien mil, ocupando la cuarta causa de muerte y, finalmente, los eventos de intención no determinada se presentan

como la quinta causa importante en este grupo de grandes causas, por haber causado durante el año 2014 la muerte de 3,34 de cada cien mil hombres. (Figura 29)

Figura 29. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las acusas externas en hombres. Medellín, 2005 – 2014



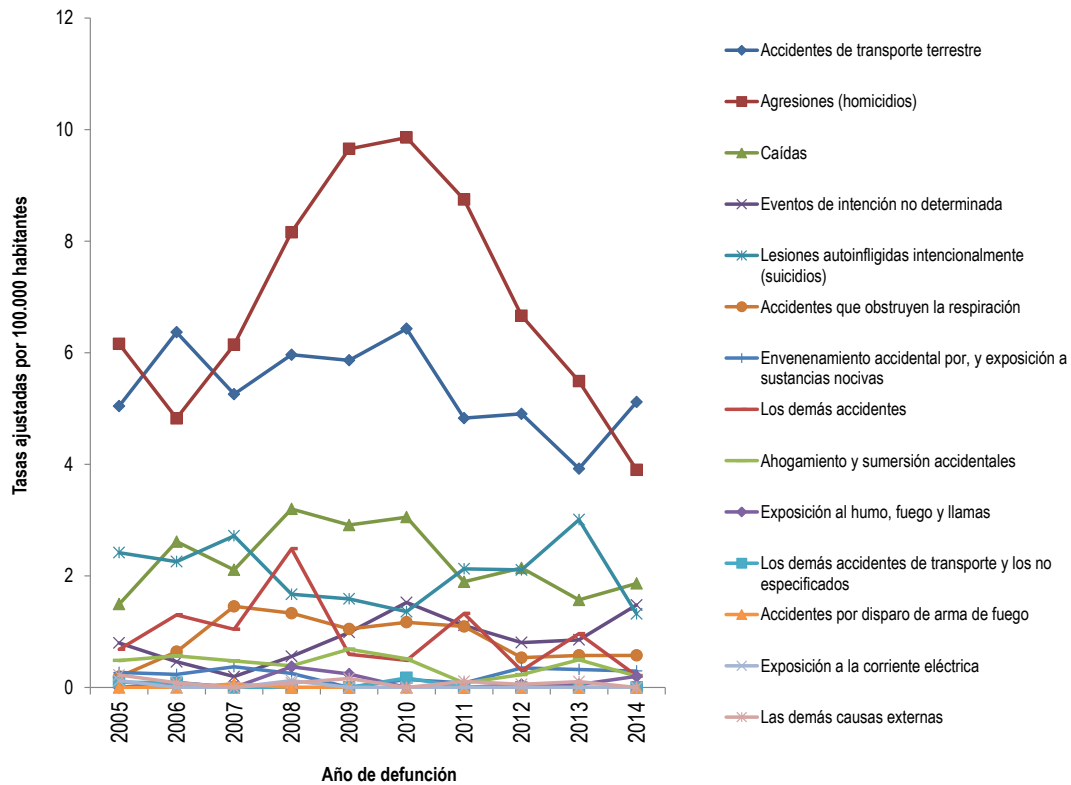
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

El comportamiento de las subcausas de mortalidad de causas externas en la población femenina varía con respecto a la población masculina. Si bien las primeras causas de mortalidad de esta población entre los años 2005 y 2014, fueron los homicidios y los accidentes de tránsito, para el 2014 el primer lugar lo ocuparon los accidentes de transporte terrestre con una tasa de 5,12 muertes por cada cien mil mujeres; el segundo lugar lo ocupó la causa de agresiones con una tasa de 3,9 por cada cien mil mujeres. Ambas causas presentaron sus más altos valores en el año 2010.

Por otro lado, las caídas causaron en el 2014 un total de 1,87 muertes por cada cien mil mujeres ocupando el tercer lugar; y los eventos de intención no determinada se ubican en el cuarto lugar, luego de haber causado

la muerte de 1,48 mujeres por cada cien mil y finalmente, las lesiones autoinflingidas se ubican en el quinto lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 1,32 mujeres por cada cien mil. (Figura 30)

Figura 30. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres. Medellín, 2005 – 2014



Fuente: : Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

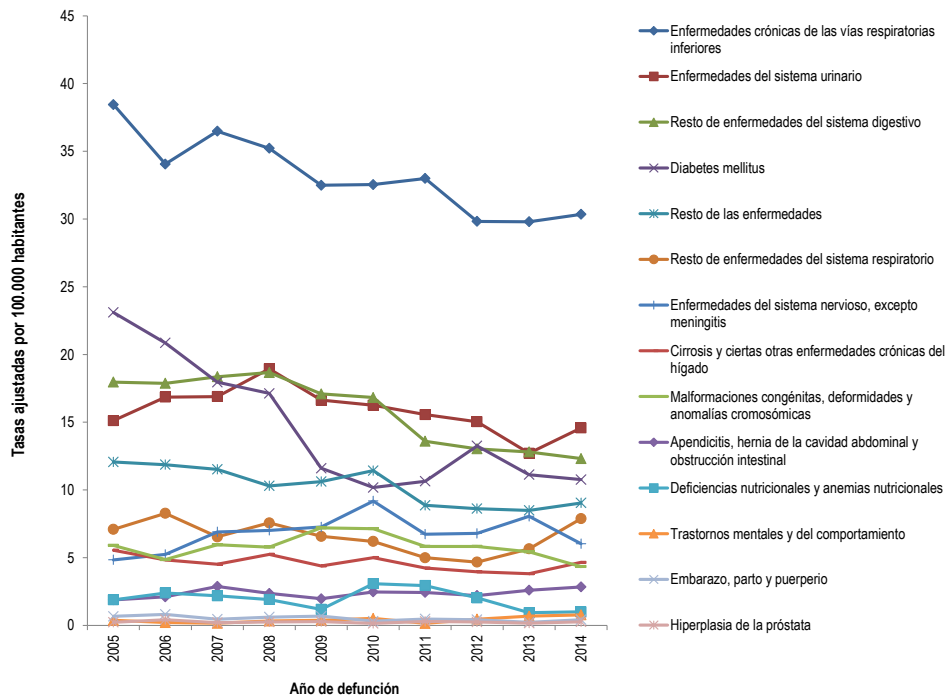
Demás Causas

Dentro del gran grupo de las demás enfermedades para la población general, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores se ubican como la primera causa de muerte desde el año 2005, con un leve descenso continua siendo la causa más relevante para el año 2014 siendo responsable de la mortalidad de 30,35 personas por cada cien mil. El comportamiento de esta causal de mortalidad es atribuido principalmente a la exposición crónica activa o pasiva al humo del tabaco o cigarrillo, a la exposición a sustancias nocivas, como el polvo y productos químicos, a la exposición a contaminación ambiental y en espacios cerrados, así como a la predisposición genética y fisiológica:

Las enfermedades del sistema urinario causaron en el 2014 un total de 14,57 muertes por cada cien mil habitantes ocupando el segundo lugar; y las enfermedades del digestivo ocupan el tercer lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 12,32 personas por cada cien mil habitantes. Así mismo, la diabetes

mellitus produjo la muerte de 10,77 personas por cada cien mil habitantes y es reconocida como la cuarta causa de muerte.

Figura 31. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en población general. Medellín, 2005 –2014



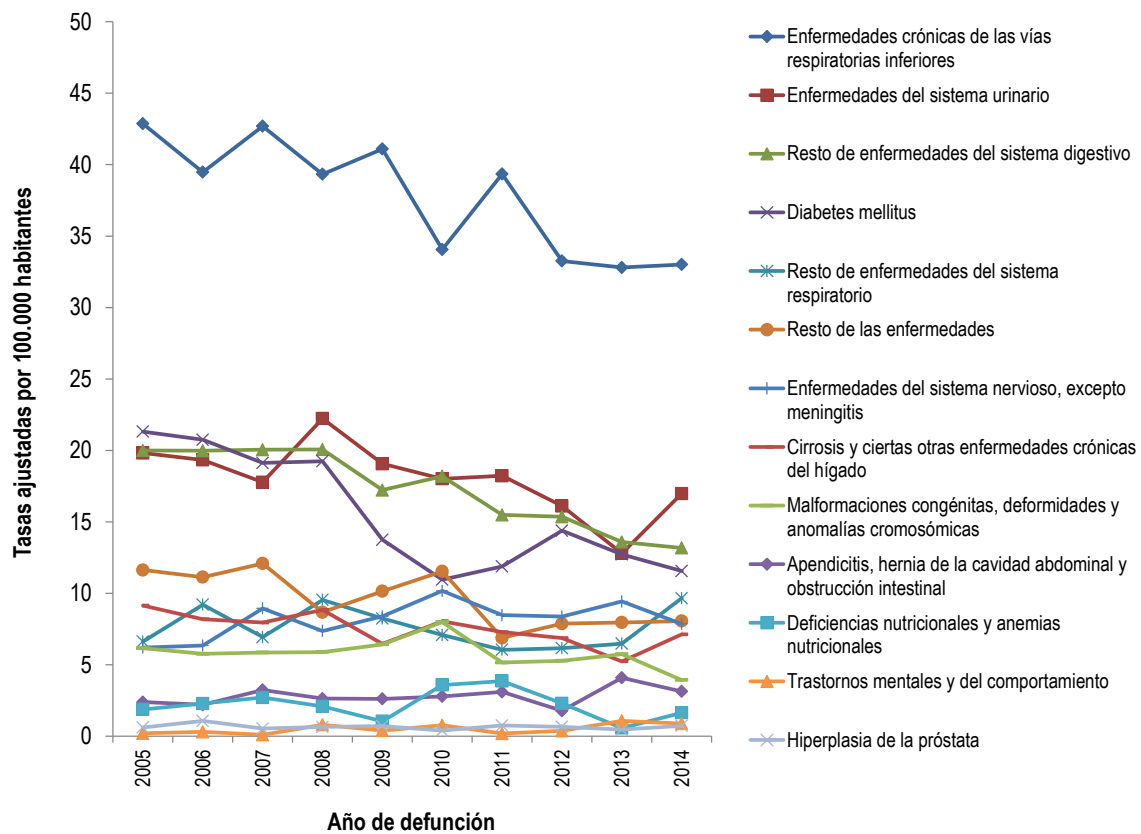
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Referente al comportamiento de la mortalidad por las demás enfermedades en los hombres, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores se ubican como la primera causa de muerte cobrándose la vida de 33,01 hombres por cada cien mil. Esta causa, aunque preludia un descenso importante, es la causa más importante de este grupo, presentando valores superiores en la tasa de mortalidad en los años 2005, 2007, 2009 y 2011 con 42,86, 42,69, 41,10 y 39,34 muertes por cada cien mil hombres, respectivamente.

Las enfermedades del sistema urinario ocuparon en el 2014 la segunda causa de mortalidad de mayor relevancia en la población masculina, pues cobró la vida 16,98 hombres por cada cien mil. Según la literatura, esta causa de mortalidad puede estar asociado a padecer afecciones de base como la diabetes, a presentar la próstata agrandada, uretra estrecha o cualquier otro factor que bloquee el flujo de orina, a padecer de cálculos renales, procedimientos quirúrgicos, etc, que avancen finalmente a una infección renal con detección tardía.

Las enfermedades del sistema digestivo ocupa el tercer lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 13,18 hombres por cada cien mil. Así mismo, la diabetes corre con la responsabilidad de provocar la muerte de 11,56 por cada cien mil hombres y es reconocida como la cuarta causa de muerte (Figura 32).

Figura 32. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres. Medellín, 2005 – 2014



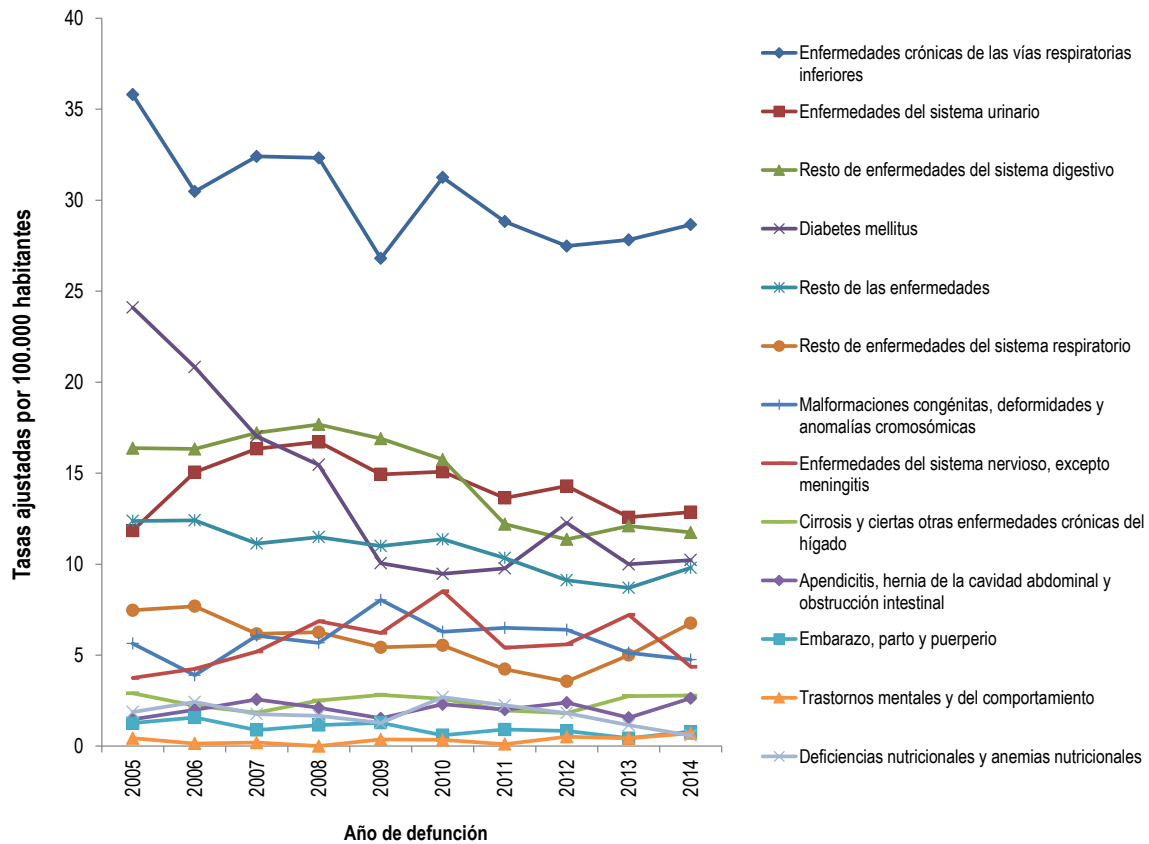
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

El comportamiento de la mortalidad por las demás enfermedades en la población femenina entre el año 2005 y el 2014, es muy similar al observado en población masculina, donde las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores se ubican como la primera causa de muerte; para el año 2014 se evidenció una mortalidad de 28,66 mujeres por cada cien mil; de igual forma, las enfermedades del sistema urinario ocuparon el segundo lugar con un total de 12,86 muertes por cada cien mil mujeres para el mismo año.

El tercer lugar en relevancia de mortalidad para este gran grupo en la población femenina lo ocupa las enfermedades del sistema digestivo las cuales causaron el fallecimiento de 11,75 mujeres por cada cien mil; y la diabetes mellitus se ubicó en el cuarto lugar, luego de haber causado la muerte de 10,22 mujeres por cada

cien mil y finalmente, el resto de las enfermedades se ubican en el quinto lugar por haber originado en el 2014 la muerte de 9,8 mujeres por cada cien mil.(Figura 33).

Figura 33. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres. Medellín, 2005 – 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Al identificar las subcausas más importantes para el año 2014, responsables de la mayor mortalidad en la población de Medellín, se puede concluir que las enfermedades isquémicas del corazón son la principal subcausa que cobra el mayor número de muertes en el Municipio de Medellín con una tasa de mortalidad de 62,08, seguida por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las cuales causaron la muerte a 30,3 personas de cada cien mil; mientras que las enfermedades cerebrovasculares fueron identificadas como la tercera causa debido a que 27,7 de cada cien mil ciudadanos murieron por esta causa; mientras que en el cuarto lugar se ubican los homicidios (25,2 por 100.000 habitantes), en el quinto se encuentra el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón (18,6 por 100.000 habitantes), en el sexto fue el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo (18,5 por 100.000 habitantes), la séptima causa de muerte en la población general de Medellín se atribuye a las infecciones respiratorias agudas (18,2 por 100.000 habitantes), mientras que la octava causa de mortalidad se le atribuye al tumor maligno de la próstata

con 15,7 por cada cien mil habitantes. Así mismo, las enfermedades del sistema urinario y el tumor maligno de la mama de la mujer fueron identificadas como la novena y décima causa de muerte con 14,6 y 13,4 muertes por cada cien mil habitantes. Finalmente los accidentes terrestres se cobraron la vida de 12,9 personas por cada cien mil residentes de Medellín.

Indicadores de Mortalidad trazadores en el PDSP

Para realizar monitoreo y seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, se propone un análisis de tendencia (Tabla 11)

En primera instancia es de gran interés mencionar que ninguno de los indicadores priorizados en esta semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas presentan diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el departamento de Antioquia y el indicador del municipio de Medellín para el año 2014. Sin embargo, se observa que la mortalidad ajustada por edad de tumor maligno de mama, de tumor maligno de la próstata y de tumor maligno del estómago, presentan tasas levemente superiores en el municipio de Medellín con respecto a la observada en el departamento de Antioquia.

La tasa de mortalidad ajustada por edad por exposición a fuerzas de la naturaleza en el municipio de Medellín para el año 2014 fue mayor a la identificada en el departamento para el mismo año.

Tabla 11. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas departamento de Antioquia y municipio de Medellín, 2006-2014

Causa de muerte	Antioquia	Medellín	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,82	12,88	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,80	13,42	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	5,16	5,16	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	15,12	15,68	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estómago	11,28	11,42	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	12,71	10,77	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5,05	4,59	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	0,85	0,78	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	27,91	25,24	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por malaria	0,02	0,00	↘	↘	↘	-	↗	↘	-	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,58	2,11	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

2.1.3 Mortalidad materno infantil y en la niñez

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizó 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.

Tasas específicas de mortalidad

Menores de 5 años

Durante el periodo comprendido entre 2005 y 2014 ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal se ubican como la principal causa de muerte de los menores de 5 años, siendo responsable de 84 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, para el año 2014. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas fueron responsables de 40,37 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, ubicándose en el segundo lugar en relevancia. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio, a las cuales se les atribuye 8,89 muertes por cada cien mil menores de 5 años. Por otra parte, las enfermedades del sistema nervioso y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, ocupan el cuarto y quinto lugar de relevancia, siendo responsable de 7,53 y 5,47 muertes por cada cien mil nacidos vivos. En general, la mortalidad de los menores de 5 años por las causas de mayor importancia vienen presentando un comportamiento decreciente a medida que pasan los años. Es de notar que la mortalidad de este grupo de edad por causas externas viene perdiendo peso en la magnitud de la mortalidad de esta población.

Tabla 12. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez – menores de 5 años -, población general según la lista de causas –.Medellín 2005 – 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Menores de 5 años									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	157,93	146,15	129,14	139,76	112,27	89,36	95,68	88,23	92,34	84,84
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	64,12	51,66	64,91	59,60	71,88	70,95	54,67	56,77	54,04	40,37
Enfermedades del sistema respiratorio	35,09	37,39	35,53	29,46	26,01	20,47	13,67	16,41	10,26	8,89
Enfermedades del sistema nervioso	6,75	5,44	19,13	11,65	15,06	8,87	7,52	7,52	10,94	7,53
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	18,90	11,56	11,62	17,13	6,16	3,41	8,88	11,63	4,79	5,47
Enfermedades del sistema circulatorio	7,42	6,12	7,52	7,54	9,58	6,14	2,05	5,47	6,84	5,47
Enfermedades del sistema digestivo	2,02	8,16	8,20	4,80	4,11	4,78	1,37	2,05	3,42	5,47
Tumores (neoplasias)	4,72	6,80	6,15	10,28	4,79	4,78	5,47	6,16	5,47	4,79
Causas externas de morbilidad y mortalidad	10,12	18,35	19,13	21,92	15,75	15,01	13,67	8,21	6,84	4,79
Enfermedades del sistema genitourinario	4,05	2,04	2,73	3,43	0,68	1,36	1,37	2,05	0,68	3,42
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,05	6,80	2,73	4,11	2,05	4,78	2,73	2,05	2,05	2,05
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	4,72	0,68	2,05	2,06	2,05	0,68		1,37	2,74	1,37
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,70	6,80	4,10	10,28	4,11	5,46	4,10	1,37	3,42	0,68
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

La mortalidad en la población masculina menor de 5 años de edad presenta un comportamiento muy similar a la mortalidad general de este ciclo vital en el municipio de Medellín en el periodo de análisis. Se destacan como principales causas de mortalidad los grupos de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de 172,68 muertes por cada cien mil hombres menores de 5 años para el año 2005 y para el año 2014 ésta tasa presentó un valor de 93,69 muertes, y el grupo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas donde se observa un comportamiento variable pero con tendencia decreciente en el tiempo y cuya tasa para el año 2014 fue de 36,12, habiendo sido responsable de 78,7 muertes por cada 100.000 hombres menores de 5 años en el año 2010.

La mortalidad atribuida a enfermedades del sistema respiratorio en la población masculina menor de cinco años entre el 2005 y 2009, ocupa la tercera causa de mortalidad en importancia; siendo ésta responsable de 27,68 muertes por cada cien mil hombres menores de 5 años para el primer año de análisis y 12,05 muertes por cada cien mil hombres menores de 5 años para el último año analizado. Como cuarta y quinta causa de importancia en la mortalidad de los varones menos de 5 años, se encuentran las enfermedades del sistema nervioso y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, a las cuales para el año 2014 se les atribuye 12,05 y 5,35 muertes de niños menores de 5 años de edad por cada cien mil.

Entre 2005 y 2014 la primera causa de muerte en las niñas menores de 5 años fueron ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, siendo responsable de 142,45 muertes por cada cien mil niñas menores de 5 años para el año 2005 y 75,58 muertes por cada cien niñas menores de 5 años de edad para el año 2014, observándose que la tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad presentan un comportamiento decreciente con una variación porcentual del 46,28% con respecto a 2005. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas ocuparon el segundo lugar de relevancia en la mortalidad de este grupo poblacional, pues se le atribuye en promedio la muerte anual de 58,90 niñas menores de 5 años por cada cien mil en el periodo analizado. Es de mencionar, que esta causa viene presentando una disminución importante, pues pasó de ser la responsable de la muerte de 60,85 niñas menores de 5 años por cada cien mil, en el 2005 a ser la responsable de 44,79 muertes por cada cien mil niñas menores de 5 años. Al igual que en la población masculina, el tercer y cuarto lugar es ocupado por las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del sistema nervioso, siendo estas responsables en el 2014 de la muerte de 5,6 y 2,8 niñas menores de 5 años de edad por cada cien mil.

Al comparar las causas de mortalidad de la población menor de 5, femenina y masculina, se evidencia una distribución muy similar, sin embargo, la población masculina aporta mayor magnitud en la mortalidad de las primeras causas que la población femenina.

Tabla 13. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez – Menores de 5 años -, para niños y niñas según la lista de causas –.Medellín 2005 – 2014

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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	172,68	152,71	144,23	144,71	103,13	94,72	98,99	100,44	116,48	93,69
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	67,23	61,08	62,77	61,63	62,95	78,71	48,16	50,89	58,91	36,14
Enfermedades del sistema respiratorio	27,68	37,18	33,39	33,50	30,81	18,68	18,73	18,75	14,73	12,05
Enfermedades del sistema nervioso	5,27	3,98	20,03	5,36	20,09	5,34	5,35	6,70	8,03	12,05
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	17,14	9,30	10,68	20,10	9,38	5,34	9,36	10,71	6,69	5,35
Enfermedades del sistema circulatorio	11,86	5,31	8,01	10,72	9,38	8,00	2,68	5,36	8,03	4,02
Enfermedades del sistema digestivo	2,64	10,62	8,01	5,36	4,02	4,00	2,68	4,02	4,02	4,02
Tumores (neoplasias)	6,59	7,97	5,34	12,06	5,36	1,33	4,01	6,70	4,02	6,69
Causas externas de morbilidad y mortalidad	13,18	19,92	20,03	18,76	18,75	16,01	17,39	8,03	4,02	6,69
Enfermedades del sistema genitourinario	6,59	3,98	2,67	6,70	0,00	1,33	2,68	2,68	1,34	4,02
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,32	5,31	2,67	5,36	2,68	5,34	1,34	2,68	1,34	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	7,91	1,33	1,34	2,68	1,34	1,33		1,34	4,02	2,68
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,64	5,31	2,67	9,38	5,36	6,67	4,01	1,34	2,68	1,34
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides										
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,34	0,00	0,00	0,00

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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	142,45	139,27	113,33	134,58	121,82	83,76	92,21	75,49	67,13	75,58
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	60,85	41,78	67,16	57,48	81,21	62,82	61,48	62,91	48,95	44,79
Enfermedades del sistema respiratorio	42,87	37,60	37,78	25,23	21,00	22,34	8,38	13,98	5,59	5,60
Enfermedades del sistema nervioso	8,30	6,96	18,19	18,22	9,80	12,56	9,78	8,39	13,98	2,80
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	20,74	13,93	12,59	14,02	2,80	1,40	8,38	12,58	2,80	5,60
Enfermedades del sistema circulatorio	2,77	6,96	7,00	4,21	9,80	4,19	1,40	5,59	5,59	7,00
Enfermedades del sistema digestivo	1,38	5,57	8,40	4,21	4,20	5,58	0,00	0,00	2,80	7,00
Tumores (neoplasias)	2,77	5,57	7,00	8,41	4,20	8,38	6,99	5,59	6,99	2,80
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6,91	16,71	18,19	25,23	12,60	13,96	9,78	8,39	9,79	2,80
Enfermedades del sistema genitourinario	1,38		2,80	0,00	1,40	1,40	0,00	1,40	0,00	2,80
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,91	8,36	2,80	2,80	1,40	4,19	4,19	1,40	2,80	4,20
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,38	0,00	2,80	1,40	2,80	0,00	0,00	1,40	1,40	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,77	8,36	5,60	11,22	2,80	4,19	4,19	1,40	4,20	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Menores de 1 año

Entre 2005 y 2014 las afecciones originadas en el periodo perinatal generaron mayor mortalidad en menores de un año, aunque las tasas de mortalidad por esta causa han tendido al descenso importante, pasando de 6,98 a 4,32 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual significa una reducción del 38,1%. En segundo lugar, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas provocaron aproximadamente 2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos cada año.

Las enfermedades del sistema respiratorio, ocupan el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad infantil más frecuentes; en 2014 se generando 0,39 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa un 74,6% menos que en 2005. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, pasó de producir 0,66 a 0,21 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, que implica una reducción del 71% y fue de las causas que mayor descenso tuvo durante los diez años, junto con las causas externas de morbilidad y mortalidad, cuya reducción fue del 52,6%, pasando de una tasa de 10,12 a 4,78. Los tumores y las enfermedades del sistema genitourinario prácticamente no variaron durante el periodo.

Tabla 14. Tasas específicas de mortalidad infantil– Menores de 1 año -, para población general según la lista de causas –.Medellín 2005 – 2014

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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,98	6,39	5,59	6,14	5,14	4,58	5,02	4,60	4,86	4,32
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,57	2,14	2,72	2,38	2,88	3,18	2,64	2,66	2,68	1,86
Enfermedades del sistema respiratorio	1,07	0,92	1,27	0,93	0,72	0,63	0,43	0,65	0,54	0,39
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,66	0,39	0,33	0,48	0,19	0,07	0,43	0,50	0,22	0,21
Enfermedades del sistema nervioso	0,18	0,12	0,53	0,24	0,34	0,10	0,18	0,18	0,18	0,18
Enfermedades del sistema circulatorio	0,18	0,12	0,27	0,24	0,38	0,14	0,04	0,25	0,22	0,18
Enfermedades del sistema digestivo	0,06	0,21	0,21	0,12	0,13	0,10	0,00	0,07	0,11	0,14
Enfermedades del sistema genitourinario	0,06	0,06	0,06	0,09	0,00	0,07	0,00	0,07	0,00	0,07
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,06	0,24	0,36	0,36	0,34	0,38	0,29	0,18	0,07	0,07
Tumores (neoplasias)	0,03	0,03	0,06	0,03	0,06	0,04	0,04	0,04	0,07	0,04
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,21	0,03	0,06	0,03	0,09	0,04	0,04	0,04	0,11	0,04
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,15	0,18	0,06	0,12	0,03	0,10	0,07	0,07	0,00	0,04
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,09	0,21	0,12	0,30	0,09	0,17	0,22	0,07	0,15	0,04
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

El comportamiento de la mortalidad general en los menores de 1 año es similar a la observada en la población masculina y femenina. Aunque en la mayoría de las causas la mortalidad en hombres es mayor, se nota que es especialmente más alta para las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos pues la tasa para 2014 fue 0,07 mientras que en las mujeres no se presentó mortalidad aparente en este grupo de edad. Solo para las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las tasas para 2014 fueron un 26% mayor en mujeres que en hombres, respectivamente. Las enfermedades del oído y de la apófisis mastoides son una causa de muerte poco frecuente, pues durante el periodo no se presentaron muertes. (Tabla 15)

Los tumores y las enfermedades del sistema genitourinario prácticamente no variaron durante el periodo. Se evidencia que el comportamiento de la mortalidad infantil por causas sigue el mismo patrón entre hombres y mujeres.

Tabla 15. Tasas específicas de mortalidad infantil– Menores de 1 año -, para niños y niñas general según la lista de causas –.Medellín 2005 – 2014

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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7,55	6,68	6,24	6,31	4,71	4,82	5,19	5,23	6,09	4,83
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,65	2,44	2,66	2,39	2,69	3,33	2,31	2,30	2,91	1,59
Enfermedades del sistema respiratorio	0,92	0,87	1,27	0,99	0,92	0,68	0,63	0,77	0,78	0,48
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,52	0,35	0,29	0,47	0,31	0,07	0,49	0,35	0,35	0,21
Enfermedades del sistema nervioso	0,12	0,06	0,52	0,00	0,55	0,07	0,21	0,14	0,07	0,34
Enfermedades del sistema circulatorio	0,29	0,17	0,29	0,41	0,37	0,14	0,00	0,21	0,28	0,14
Enfermedades del sistema digestivo	0,06	0,23	0,17	0,23	0,18	0,20	0,00	0,14	0,14	0,14
Enfermedades del sistema genitourinario	0,12	0,12	0,06	0,18	0,00	0,07	0,00	0,07	0,00	0,14
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,06	0,17	0,23	0,29	0,31	0,41	0,21	0,14	0,00	0,14
Tumores (neoplasias)	0,06	0,06	0,06	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,35	0,06	0,06	0,00	0,06	0,07	0,00	0,07	0,14	0,07
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,06	0,17	0,06	0,18	0,00	0,14	0,07	0,07	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,06	0,17	0,06	0,35	0,12	0,27	0,21	0,07	0,14	0,07
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00

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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,37	6,08	4,92	5,96	5,59	4,33	4,85	3,93	3,57	3,79
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,47	1,82	2,79	2,36	3,09	3,03	2,98	3,04	2,45	2,15
Enfermedades del sistema respiratorio	1,24	0,97	1,27	0,87	0,51	0,58	0,22	0,52	0,30	0,29
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,80	0,43	0,36	0,50	0,06	0,07	0,37	0,67	0,07	0,21
Enfermedades del sistema nervioso	0,25	0,18	0,55	0,50	0,13	0,14	0,15	0,22	0,45	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,06	0,06	0,24	0,06	0,39	0,14	0,07	0,30	0,15	0,21
Enfermedades del sistema digestivo	0,06	0,18	0,24	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,07	0,14
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,07	0,00	0,07	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,06	0,30	0,49	0,43	0,39	0,36	0,37	0,22	0,15	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,06	0,06	0,06	0,07	0,07	0,07	0,15	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,06	0,00	0,06	0,06	0,13	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,25	0,18	0,06	0,06	0,06	0,07	0,07	0,07	0,00	0,07
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,12	0,24	0,18	0,25	0,06	0,07	0,22	0,07	0,15	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Menores entre 1 y 4 años

Con respecto a la mortalidad en los niños de 1 a 4 años de edad, en el municipio de Medellín para el 2014, se observa que gran parte de ésta se originó principalmente por neoplasias, enfermedades del sistema nervioso y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas debidos a que a estas se les atribuye la mortalidad de 5,13 niño entre 1 y 4 años por cada cien mil menores en el rango de edad, respectivamente. Estas causales de mortalidad presentan un comportamiento muy variable en el periodo bajo análisis.

Las tasas de mortalidad en los niños de 1 a 4 años originadas por las causas externas de morbilidad y mortalidad, siguieron una tendencia decreciente, con una reducción del 60,7%, pasando de 10,89 a 4,27 muertes por cada 100.000 menores ente 1 y 4 años, ocupando actualmente el cuarto lugar. De igual forma, , las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio presentaron un comportamiento decreciente entre el año 2005 y el 2014, pues pasó de ser el responsable del 13,40 muertes por cada cien mil

niños entre los 1 y 4 años de edad a atribuirse sólo 1,71 muertes de niños entre 1 y 4 años por cada cien mil; reduciendo para 2014 en un 87% con respecto a 2005.

Para el año 2014, el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias produjo 1,71 defunciones en menores de 1 y 4 años por cada cien mil, presentando una reducción del 65,7%. El grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal muestra un comportamiento estable desde el año 2011.

Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad en la niñez– Menores entre 1 y 4 años -, para población general según la lista de causas –Medellín 2005 – 2014

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
Tumores (neoplasias)	5,03	7,60	5,95	11,95	4,27	5,13	5,99	6,85	5,14	5,13
Enfermedades del sistema nervioso	3,35	3,38	8,50	7,68	9,40	8,55	5,14	5,14	7,70	5,13
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,54	3,38	2,55	6,83	11,11	11,11	5,99	7,71	4,28	5,13
Causas externas de morbilidad y mortalidad	10,89	16,04	13,60	17,07	10,26	9,40	10,28	6,00	6,85	4,27
Enfermedades del sistema digestivo	0,84	4,22	4,25	2,56	1,71	3,42	1,71	0,86	1,71	3,42
Enfermedades del sistema circulatorio	4,19	4,22	1,70	2,56	1,71	4,27	1,71	0,86	3,42	2,56
Enfermedades del sistema genitourinario	3,35	0,84	1,70	1,71	0,85		1,71	0,86	0,86	2,56
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,03	3,38	5,10	7,68	2,56	2,56	0,86	2,57	0,86	1,71
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,84	3,38	1,70	1,71	1,71	3,42	1,71	0,86	2,57	1,71
Enfermedades del sistema respiratorio	13,40	20,27	7,65	10,24	12,82	10,25	6,85	5,14		1,71
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos			0,85	1,71				0,86	0,86	0,85
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal							0,86	0,86	0,86	0,85
Enfermedades del oído y de la apósis mastoideas										
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,84	2,53	1,70	4,27	2,56	2,56			0,86	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Dentro de las principales causas de mortalidad de la población masculina de 1 a 4 años de edad durante el año 2014, se encuentran las neoplasias, las enfermedad del sistema respiratorio y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, siendo éstas responsables de la muerte de 6,69 niños por cada cien mil entre los 1 y 4 años de edad, respectivamente. Estas causales de mortalidad presentaron un comportamiento muy variable entre el año en el periodo analizado. Caso diferente ocurre en la población femenina entre 1 y 4 años durante el año 2014; donde se observa como principal causa de mortalidad las enfermedades del sistema digestivo, a la cual se le atribuye la mortalidad de 5,25 muertes de niñas entre los 1 y 4 años de edad por cada cien mil.

Las causas externas de morbilidad y mortalidad y las enfermedades del sistema respiratorio, jugaron un papel importante en la mortalidad de los niños y niñas de 1 a 4 años de edad, entre los años 2005 y 2014, sin embargo su tendencia a estado en descenso en los últimos periodos analizados.

Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad en la niñez– Menores entre 1 y 4 años -, para niños y niñas según la lista de causas –.Medellín 2005 – 2014

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
Tumores (neoplasias)	6,56	8,26	4,99	15,03	5,01	1,67	5,02	8,38	5,02	6,69
Enfermedades del sistema nervioso	3,28	3,31	9,98	6,68	10,03	5,01	1,67	5,03	8,37	6,69
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8,20	6,61	1,66	8,35	5,01	16,68	5,02	8,38	5,02	6,69
Causas externas de morbilidad y mortalidad	14,75	19,83	18,29	15,03	15,04	10,01	16,73	6,70	5,02	5,02
Enfermedades del sistema respiratorio	8,20	21,48	4,99	13,35	13,37	6,67	8,37	5,03		3,34
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,56	1,65	4,99	11,69	3,34	5,01		5,03		1,67
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos				3,34					1,67	1,67
Enfermedades del sistema circulatorio	6,56	1,65	1,66	1,67	1,67	6,67	3,35	1,68	3,35	1,67
Enfermedades del sistema digestivo	1,64	6,61	4,99				3,35	1,68	1,67	1,67
Enfermedades del sistema genitourinario	4,92	1,65	1,66	3,34			3,35	1,68	1,67	1,67
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		1,65	1,66	1,67	3,34	3,34		1,68	1,67	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides										
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal									1,67	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,64	1,65	1,66	1,67	3,34	1,67				
Todas las demás enfermedades										

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
Enfermedades del sistema digestivo		1,73	3,48	5,24	3,50	7,01			1,75	5,25
Tumores (neoplasias)	3,43	6,91	6,95	8,73	3,50	8,76	7,02	5,26	5,25	3,50
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,71	5,18	1,74	1,75		3,50	3,51		3,50	3,50
Enfermedades del sistema nervioso	3,43	3,45	6,95	8,73	8,75	12,26	8,77	5,26	7,01	3,50
Enfermedades del sistema circulatorio	1,71	6,91	1,74	3,49	1,75	1,75			3,50	3,50
Enfermedades del sistema genitourinario	1,71		1,74		1,75					3,50
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,85		3,48	5,24	17,51	5,26	7,02	7,01	3,50	3,50
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6,85	12,09	8,69	19,21	5,25	8,76	3,51	5,26	8,76	3,50
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3,43	5,18	5,21	3,49	1,75		1,75		1,75	1,75
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal							1,75	1,75		1,75
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos			1,74					1,75		
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides										
Enfermedades del sistema respiratorio	18,85	18,99	10,43	6,99	12,25	14,01	5,26	5,26		
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio		3,45	1,74	6,99	1,75	3,50				1,75
Todas las demás enfermedades										

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

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

En el municipio de Medellín durante los años 2005 a 2014, los indicadores de seguimiento de la mortalidad materno-infantil y en la niñez, se comportaron de la siguiente manera:

Es importante mencionar que ninguno de los indicadores priorizados en esta semaforización presentan diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el departamento de Antioquia y el indicador del municipio de Medellín para el año 2014, además de observarse que el municipio presenta valores inferiores en estos indicadores al presentado en Antioquia.

En Medellín la mortalidad materna ha venido presentando un comportamiento variable y al descenso a través del tiempo. Entre 2005 y 2014 se redujo en 23,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 44,8 a 21,1 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Entre 2005 y 2014, el indicador osciló entre 53,5 y 14,5 alcanzando el valor más bajo durante el año 2013. Para el año 2014

presentó un leve ascenso, mostrando un valor de 21,1 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. De acuerdo al comportamiento que viene presentando este indicador, se espera que descienda.

Por otro lado, la tasa de mortalidad neonatal presenta un comportamiento decreciente continuo, siendo el año 2005 el de mayor valor con 9,04 muertes neonatales por cada mil nacidos vivos y el año 2014 el de menor valor con 5,16 muertes por cada 1000 nacidos vivos. En este periodo se han reducido 3,8 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos.

Con relación a las tasas de mortalidad infantil ajustada, la tasa de mortalidad en la niñez y las tasas de mortalidad por IRA, EDA y desnutrición en menores de cinco años entre el 2005 y el 2014, se puede observar un comportamiento descendente en todas ellas, durante el periodo 2005-2014. La tasa de mortalidad infantil, presentó en el año 2005 el de mayor valor con 12,29 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos y el año 2014 el de menor valor con 7,55 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Por su parte, la tasa de mortalidad en la niñez obtuvo un valor para el año 2005 de 14,3 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras que para el año 2014, este indicador obtuvo un valor de 8,99 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad por IRA, EDA y desnutrición en menores de 5 años han presentado un descenso muy importante en cada uno de ellos entre los años 2005 y 2014, presentando una reducción de 10, 8 y 3 muertes por cada 100.000 menores de cinco años.

El municipio de Medellín, siendo consciente de que las muertes maternas y neonatales son la expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y que éstas constituyen un tema de gran importancia en la agenda de la salud pública, le ha apostado a mejorar la cobertura y la calidad de la atención e intervención del programa control prenatal con el fin de reducir en el tiempo la mortalidad materna, neonatal, infantil y modificar la incidencia de afecciones respiratorias, bajo peso al nacimiento y prematuridad en los neonatos.

Tabla 18. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Antioquia /Medellín, 2005-2014

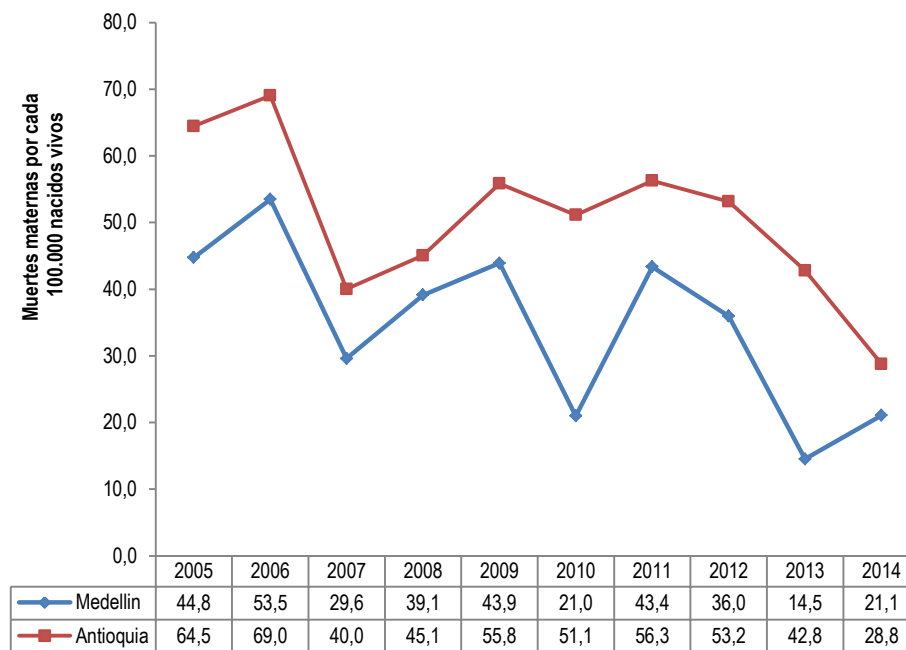
Causa de muerte	Antioquia	Medellín	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Razón de mortalidad materna	28,79	21,07	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad neonatal	6,36	5,16	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	9,59	7,55	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	12,00	8,99	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	9,09	8,21	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,27	2,05	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	3,98	0,00	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	-

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Mortalidad materna

Tanto en el departamento de Antioquia como en el municipio de Medellín, la razón de Mortalidad Materna viene presentando desde el año 2005 un descenso importante, la reducción observada ha sido de 35,7 y 23,7 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, respectivamente. A pesar de que los valores obtenidos en este indicador en Medellín entre 2005 y 2014 no presentan diferencias importantes con los obtenidos en el departamento de Antioquia, si se puede observar que este último presentó valores superiores, sobre todo en el año 2010, que mientras el municipio presentó aproximadamente 21 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, el departamento presentó 51 muertes por cada cien mil nacidos vivos.

Figura 34. Razón de mortalidad materna, Antioquia / Medellín, 2005 -2014

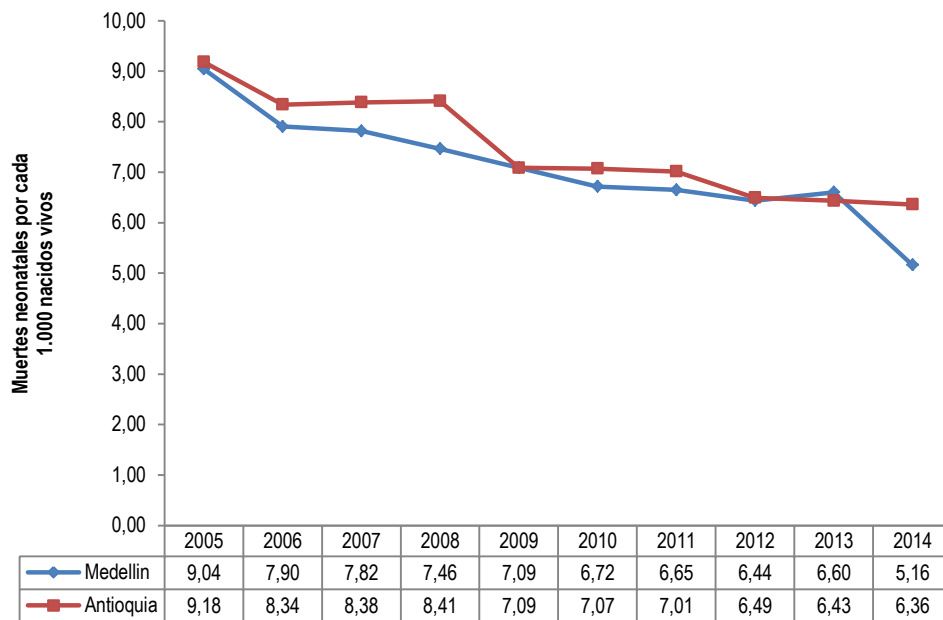


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Mortalidad Neonatal

La razón de tasas de mortalidad neonatal no presenta diferencias significativas con respecto al departamento de Antioquia. Sin embargo, es necesario destacar que para el período analizado, el indicador presenta un comportamiento decreciente continuo tanto para el departamento como para el municipio, siendo el año 2005 el de valores mayores con 9,18 y 9,04 muertes neonatales por cada mil nacidos vivos y el año 2014 el de valores menores con 6,35 y 5,16 muertes por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente. La reducción en el periodo para ambos entes es equivalente al 31% y 43% respectivamente.

Figura 35. Tasa de mortalidad neonatal, Antioquia / Medellín, 2005- 2014



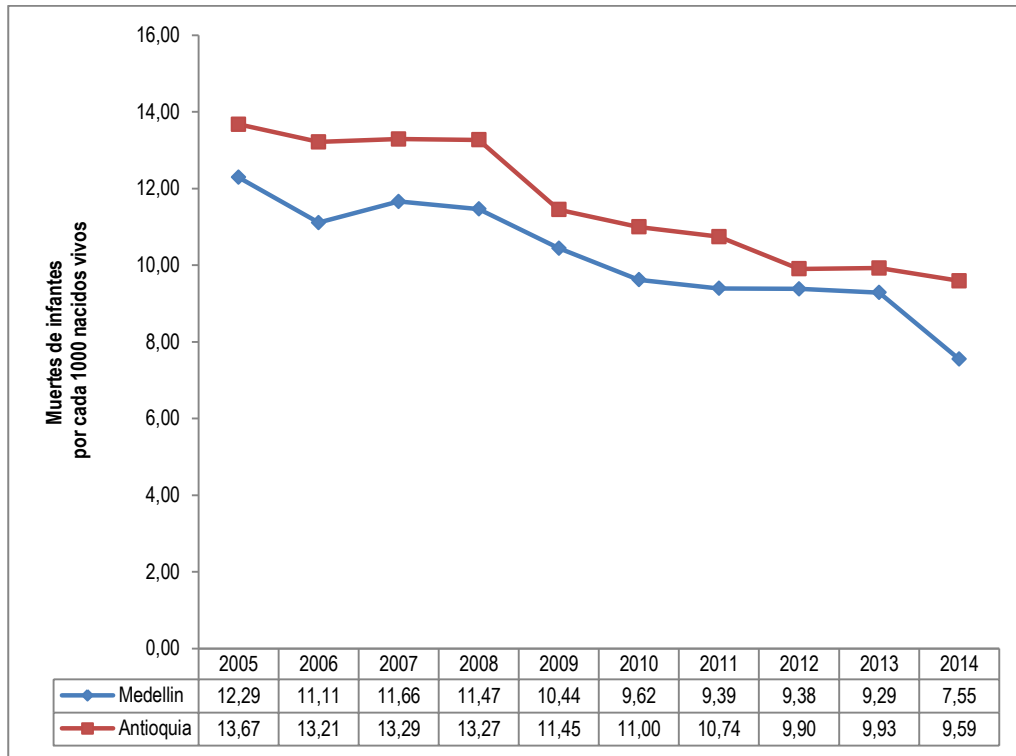
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Mortalidad infantil

En Antioquia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2008 y 2014 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 29,8%, lo cual equivale a una reducción de aproximadamente cuatro muertes menos por cada 1.000 nacidos vivos. Al compararlo con el municipio de Medellín. Entre 2005 y 2014 el indicador en el municipio de Medellín, se redujo en un 35,6%, es decir aproximadamente 5 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos.

La tendencia decreciente se observó tanto para el sexo femenino como para el masculino, aunque las brechas se presentaron en los años 2010 y 2013 a través del tiempo, siendo mayor la mortalidad en hombres que en las mujeres.

Figura 36. Tasa de mortalidad infantil, Antioquia / Medellín, 2005- 2014



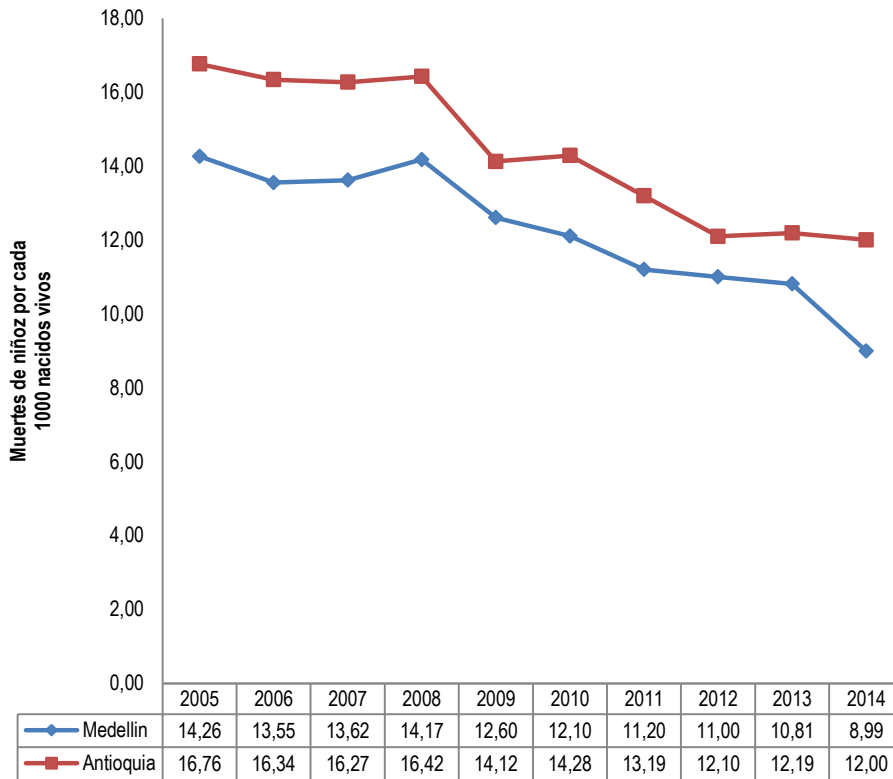
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Mortalidad en la niñez

La tasa de mortalidad en la niñez ajustada no presenta diferencias significativas con respecto al departamento de Antioquia. Sin embargo, es necesario destacar que para el período estudiado el indicador presenta un comportamiento decreciente, siendo el año 2005 el de mayor valor con 14,3 muertes por cada mil nacidos vivos y el año 2014 el de menor valor con 8,99 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Así mismo, es necesario precisar que este comportamiento no ha sido continuo totalmente, dado que en los años 2008 y 2013, se presentó un ligero incremento en las cifras ubicándose en la cifra de 14,2 y 10,81 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente.

Este indicador presenta una tendencia decreciente y un comportamiento similar tanto en hombres como en mujeres, aunque la brecha se mantuvo a través del tiempo. Las tasas de mortalidad en hombres se mantuvieron más altas que en las mujeres.

Figura 37. Tasa de mortalidad en la niñez, Antioquia / Medellín / 2005- 2014



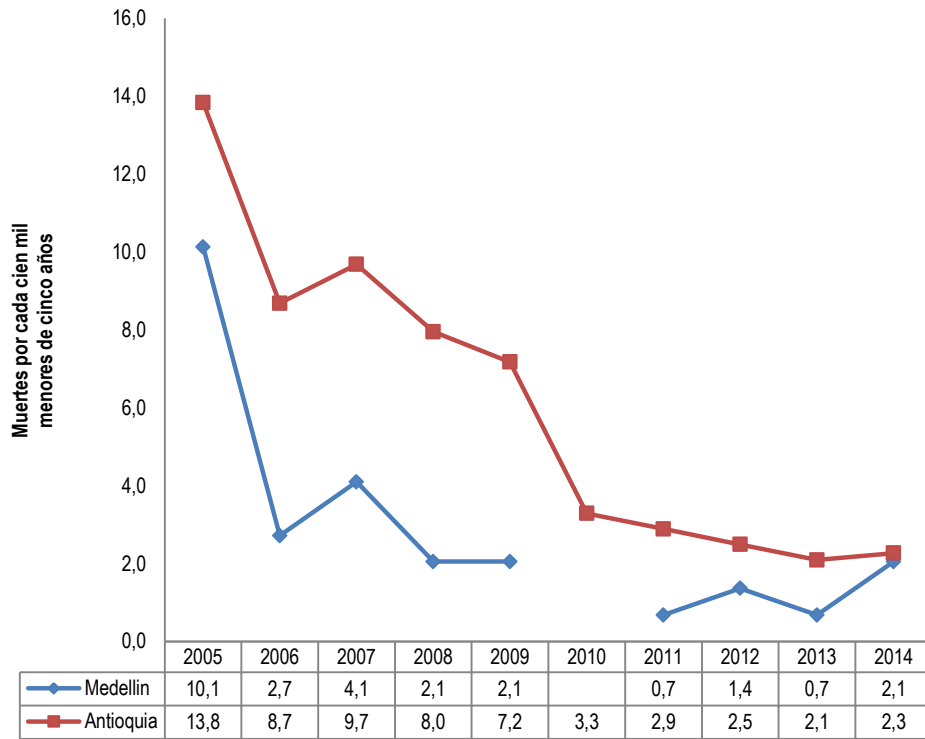
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

Los rotavirus constituyen el principal agente etiológico productor de enfermedad diarreica aguda en la infancia, se asocian a una forma de enfermedad más grave e infectan prácticamente a todos los niños en los cuatro primeros años de vida,

La razón de tasas de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda no presenta diferencias significativas con respecto al departamento de Antioquia. Sin embargo, es necesario destacar que para el período estudiado el indicador presenta un comportamiento decreciente, siendo el año 2005 el que presenta la cifra más alta con 10,1 muertes por cada cien mil menores de cinco años y el año 2011 el de menor valor con 0,7 por EDA muertes por cada 100.000 menores de cinco años; para finalmente ubicarse en 2,1 muertes por EDA por cada cien mil menores de cinco años en el 2014.

Figura 38. Tasa de mortalidad por EDA, Antioquia / Medellín, 2005- 2014

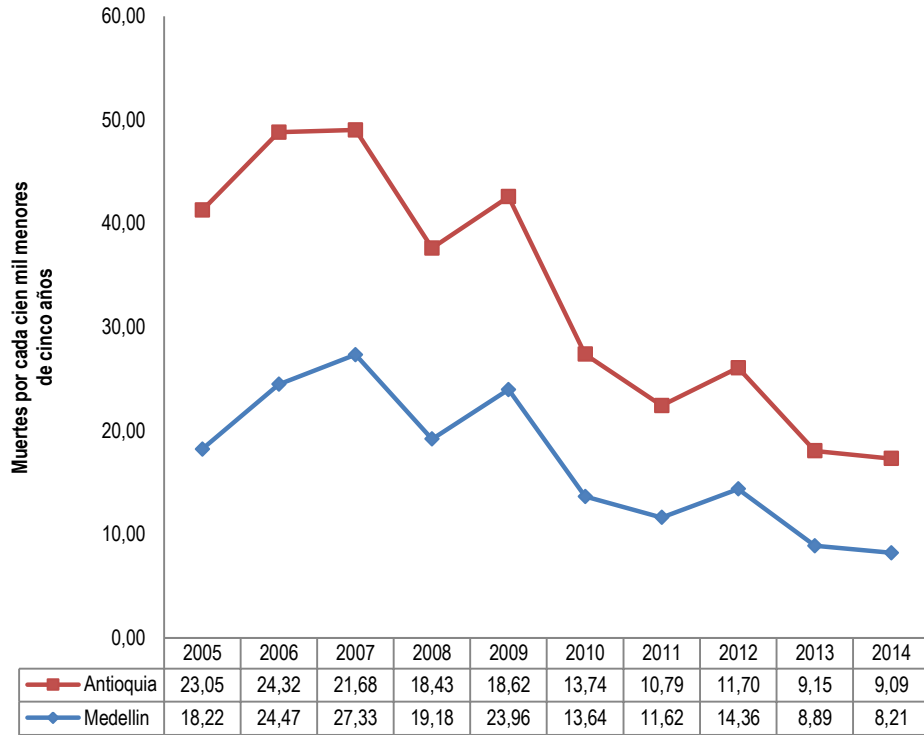


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

La razón de tasas de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda no presenta diferencias significativas con respecto al departamento de Antioquia. Sin embargo, es necesario destacar que para el período observado el indicador presenta un comportamiento oscilante, siendo los años 2006 y 2007 los de mayores valores con 24,5 y 27,3 muertes por cada cien mil menores de cinco años, respectivamente y un descenso a partir del año 2010 alcanzando el menor valor en los años 2013 y 2014 con 8,89 y 8,21 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, respectivamente.

Figura 39. Tasa de mortalidad por IRA, Antioquia / Medellín, 2005- 2014

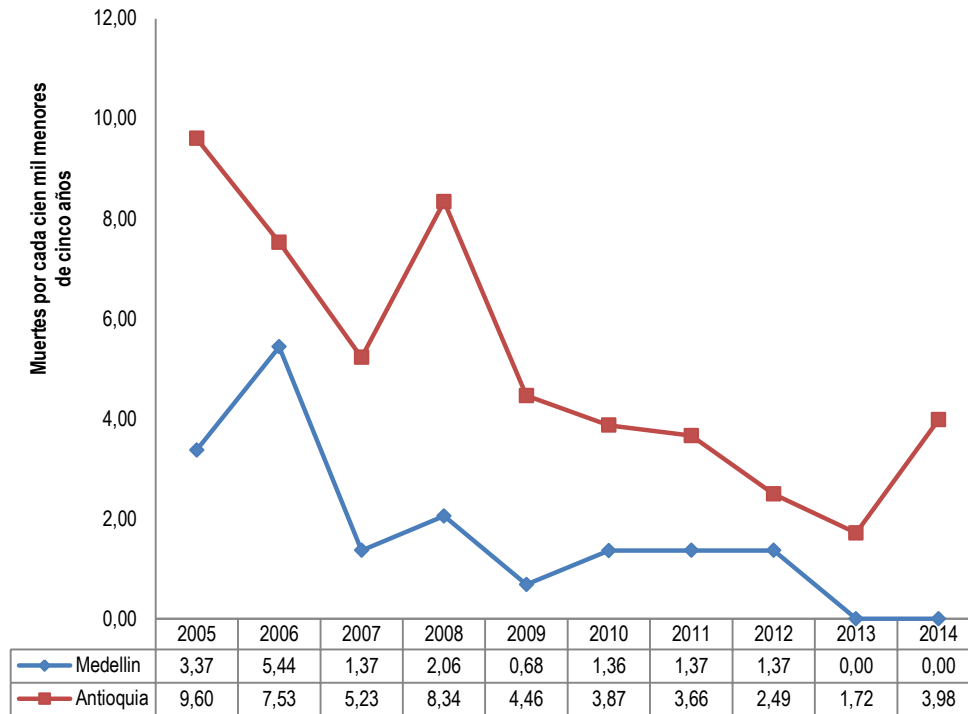


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Mortalidad por desnutrición crónica

La razón de tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años no presenta diferencias significativas con respecto al departamento de Antioquia. Se resalta que para todos los años del periodo estudiado, el comportamiento municipal se mantuvo por debajo de los valores alcanzados a nivel departamental.

Figura 40. Tasa de mortalidad por desnutrición, Antioquia / Medellín, 2005- 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014

Determinantes estructurales

Para 2014 las razones de mortalidad materna más alta se encuentra en la población de otras etnias alcanzando un valor de 17,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Llama la atención la alta mortalidad materna concentrada en población no reportada para este año. Entre 2009 y 2014 la población más importante en la mortalidad materna ha sido la población afrocolombiana (negro, mulato) cuya razón a oscilado entre 172,1 y 556,6 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, sin embargo hay que aclarar que estos valores están influenciados por el bajo denominador del indicador; por lo que una muerte tiene gran peso.

Con relación a la tasa de mortalidad neonatal por etnia, se observan diferencias importantes por pertenencia étnica. Para 2014 la tasa más alta corresponde a los grupos afrocolombiano o afrodescendiente con 14,34 muertes por cada cien mil nacidos vivos; su comportamiento ha sido variable, obteniendo tasa hasta de 29,41 muertes por cada cien mil nacidos vivos. Las tasas en otras etnias entre los años 2009 y 2014, presentan un comportamiento descendente pasando de 6,25 muertes por cada cien mil nacidos vivos a 4,72 muertes por cada cien mil nacidos vivos. (Tabla 19)

Tanto en la razón materna de mortalidad como en la tasa de mortalidad neonatal, se evidencian problemas en la calidad del registro.

Tabla 19. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia de Medellín, 2010 – 2014

Razón de mortalidad materna por 1.000 nacidos vivos según etnia						
Etinia	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 - INDÍGENA	4.000,00	0	0	0	0	0
2 - ROM (GITANO)	0	0	0	0	0	0
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)	0	0	0	0	0	0
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO	0	0	0	0	0	0
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	500,0	172,1	0	556,6	210,1	0
6 - OTRAS ETNIAS	30,6	18,7	44,7	25,7	11,1	17,9
NO REPORTADO	0	0	0	0	0	50.000,0
Total General	43,9	21,0	43,4	36,0	14,5	21,1

Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos según etnia						
Etinia	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 - INDÍGENA	0	40,00	0	0	0	100,00
2 - ROM (GITANO)	0	0	0	0	0	0
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)	0	0	0	0	0	0
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO	0	0	0	0	0	0
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	23,75	8,61	15,71	9,28	29,41	14,34
6 - OTRAS ETNIAS	6,25	6,21	6,19	6,31	6,17	4,72
NO REPORTADO	14,44	16,34	34,35	222,22	1.000,00	3.500,00
Total General	7,09	6,72	6,65	6,44	6,60	5,16

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2014

Área de residencia

Al comparar el comportamiento de la razón de mortalidad entre los años 2009 y 2014 por área, se observa que el área rural disperso se comporta como un determinante importante para la ocurrencia de la muerte materna. Para el año 2013 se produjeron 219,78 más muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en la cabecera municipal. La razón de la mortalidad materna en la cabecera municipal, presenta un comportamiento un poco variable, pero con tendencia decreciente, para el año 2014, este indicador obtuvo un valor de 21,73 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos.

Entre 2009 y 2014 la mortalidad neonatal fue mayor en el área rural dispersa que en la cabecera municipal y en el centro poblado del municipio de Medellín. En general las tasas han ido en descenso al igual que la

desigualdad. Sin embargo la mortalidad neonatal en el área rural dispersa presenta un comportamiento variable y levemente al ascenso. (Tabla 20)

Tabla 20. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia de Medellín, 2010 – 2013

Razón de mortalidad materna por área						
Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 - CABECERA	41,92	18,12	44,77	37,40	11,29	21,73
2 - CENTRO POBLADO	239,23	0	0	0	0	0
3 - AREA RURAL DISPERSA	0	334,45	0	0	219,78	0
SIN INFORMACION	0	0	0	0	0	0
Total General	43,90	20,99	43,36	35,95	14,51	21,07

Tasa de mortalidad neonatal por área						
Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 - CABECERA	7,09	6,70	6,64	0	6,43	5,03
2 - CENTRO POBLADO	2,39	12,31	3,42	0	9,33	6,15
3 - AREA RURAL DISPERSA	8,81	0	14,41	0	10,99	13,19
SIN INFORMACION	12,71	8,26	0	0	0	0
Total General	7,09	6,72	6,65	0	6,60	5,16

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 – 2013

2.1.5 Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil

Tabla 21. Identificación de prioridades en salud de Medellín, 2005-2014

Mortalidad	Prioridad	Medellín 2014	Antioquia 2014	Tendencia 2005 a 2014	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades sistema circulatorio	120,92	138,31	Decremento	001
	2. Neoplasias	107,90	106,55	Estable	007
	3. Las demás causas	105,24	113,06	Decremento	000
	4. Causas Externas	52,60	61,47	Decremento	012
Específica por Subcausas o subgrupos	1.1. Enfermedades isquémicas del corazón	62,09	73,82	Aumento	001
	2.1 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	18,62	18,79	Aumento	007
	2.2 Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	18,47	17,69	Estable	007
	2.3. Tumor maligno de la próstata	15,67	15,12	Estable	007
	2.4. Tumor maligno de la mama de la mujer	13,4	11,80	Aumento	007
	3.1. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	30,35	33,83	Decremento	002
	3.2. Enfermedades del sistema urinario	14,57	14,61	Aumento	000

	4.1. Agresiones (homicidios)	25,24	27,91	Decremento	012
	4.2. Accidentes de transporte terrestre	12,88	14,82	Estable	012
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de 1 año	4,32	5,31	Decremento	008
	2. Tumores (neoplasias) en menores de 1 a 4 años	5,13	4,51	Variable	007
	3. Enfermedades del sistema nervioso de 1 a 4 años	5,13	3,8	Variable	008
	4. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal menores de 5	84,8	77,66	Decremento	008
	5. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas menores de 5	40,4	35,8	Estable	008
Mortalidad Materno infantil y en la niñez e Indicadores trazadores	1. Razón de mortalidad materna	21,1	28,79	Aumento	008
	2. Tasa de mortalidad en la niñez	9,0	12	Decremento	008
	3. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,2	9,09	Decremento	009

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2014

Comparando las tasas ajustadas por edad según las grandes causas de mortalidad en hombres y mujeres, es posible evidenciar que en el Municipio de Medellín las causas en donde recae la mayor magnitud de la mortalidad tanto en hombres como en mujeres son las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio y las neoplasias. Las causas externas por su parte, vienen presentando un descenso muy importante en los últimos años.

Al identificar las subcausas más relevantes en la magnitud del primer y segundo grupo de causas, se identifica que estas muertes se les atribuye principalmente a Enfermedades isquémicas del corazón, al tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón y al tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon. Llama la atención que el cáncer de próstata y el cáncer de mama ocupen el tercer y cuarto lugar en relevancia de la mortalidad por neoplasias de la población de Medellín. Es de notar que el cáncer de mama viene en aumento y aunque el cáncer de próstata viene presentando un comportamiento muy estable, no presenta tendencia al decremento, afectando la esperanza de vida de la población. Es evidente que se debe reforzar la búsqueda activa extramural para la detección temprana de casos por estas causas con el fin de prevenir la mortalidad evitable. De igual forma se debe continuar trabajando en fomentar la cultura del auto cuidado.

En términos de magnitud, las agresiones y los accidentes terrestres corresponden a las subcausas más relevantes en el grupo de causas externas que se ubican en el cuarto lugar en la mortalidad general de la población, sin embargo, estas han sido responsables de la mayor pérdida de años de vida de la población de Medellín entre el año 2005 y 2014. El panorama para el año 2014, es distinto, pues, las neoplasias se están cobrando el 24,34% de los años de vida de la población de Medellín y las enfermedades del sistema circulatorio se están cobrando el 20%. Al controlarse la mortalidad por estas grandes causas se estaría evitando la pérdida aproximada del 40% de los años. Estas afecciones son responsabilidad directa de salud, lo que le permite mayor maniobra.

En cuanto a la mortalidad de población infantil y de la niñez, se identifican como principales causas de mortalidad el grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de 1 año y los tumores (neoplasias) en menores de 1 a 4 años.

2.2. Análisis de la morbilidad

Se realizó un análisis de la morbilidad agrupada, 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-Sivigila.

Se utilizó la hoja de cálculo Excel para estimar 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.

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 agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: 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; condiciones mal clasificadas.

Morbilidad atendida

Principales causas de morbilidad

La morbilidad, entendida como la enfermedad padecida por un individuo, es un dato estadístico utilizado para realizar aproximaciones al estado de salud de una comunidad; su resultado depende de las consultas realizadas por los individuos o pacientes a los servicios de salud, por tanto, en estos datos las cifras de personas que no consultan no se ven reflejadas. El análisis de morbilidad parte de agrupar las causas de consulta registradas en los servicios de salud según la lista CIE 10 6/67 en las categorías descritas Condiciones transmisibles y nutricionales, Condiciones materno perinatales, Enfermedades no transmisibles, Lesiones y Signos y síntomas mal definidos.

Primera infancia: comprendida entre los 0 y 5 años de edad; registraron para el 2015 un total de 146.866 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 56.020 (38,1%) seguido de las Condiciones Transmisibles y Nutricionales con 51.154 (34,8%). El número de personas registradas entre 2009 y 2015 presentaron un decremento en un 22,5%. para el año 2015; aparte de la causa de condiciones mal clasificadas, la mayor variación la presentó el grupo de enfermedades no transmisibles con un incremento del 0,5% con respecto al año anterior.

Infancia: comprendida entre los 6 y 11 años de edad, registraron para 2015 un total de 117.452 personas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 62.613 personas (53,3%) seguido de las Condiciones Transmisibles y Nutricionales con 23.156 (19,7%). El número de consultas registradas entre 2009 y 2015 presentaron un decremento en un 18,9%. Durante el año 2015, la mayor variación la presentó el grupo enfermedades no transmisibles con un incremento de 1,2% en el número de personas respecto al año anterior.

Adolescencia: comprendida entre los 12 y 18 años de edad, registraron para 2015 un total de 13.3473 personas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 75.172 (56,3%) consultas. El número de personas registradas entre 2009 y 2015 se redujo aproximadamente en un 18,5%, pasando de 163.879 personas a 133.473.

Juventud: comprendida entre los 14 y 26 años de edad en este grupo se registraron para 2015 un total de 369.291 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las enfermedades no transmisibles con un total de 183.969 (49,8%) seguido de condiciones transmisibles y nutricionales 68.664 (18,6%). En este grupo al igual que en la Adolescencia las lesiones tienen un peso porcentual superior que en la infancia. El número de personas registradas entre 2009 y 2015 tuvo una disminución en un 5,5%, pasando de 391.031 consultas a 369.291.

Adultez: comprendida entre los 27 y 59 años de edad, la población masculina en este grupo de edad registró para 2015 un total de 318.792 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 488.939 (57%) personas atendidas. El número de consultas registradas entre 2009 y 2015 se incrementó en un 2,6%, pasando de 835.055 personas atendidas a 857.048

Adulto mayor: Población mayor de 60 años, registró para el año 2015 un total de 287.420 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las enfermedades no transmisibles con un total de 189.006 personas atendidas (65,8%). Otros motivos de consulta fueron condiciones mal clasificadas y condiciones transmisibles y nutricionales 17,2% y 10,1% respectivamente.

Tabla 22. Principales causas de morbilidad, General Medellín 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	39,4	40,5	37,6	37,6	37,5	36,2	34,8	-1,4
	Condiciones perinatales	1,6	1,9	2,0	3,2	2,5	2,5	2,5	0,0
	Enfermedades no transmisibles	33,8	34,0	36,7	34,1	36,7	37,7	38,1	0,5
	Lesiones	6,6	6,3	6,5	7,3	6,6	7,0	7,2	0,2
	Condiciones mal clasificadas	18,5	17,2	17,2	17,8	16,6	16,6	17,3	0,7
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	28,2	28,2	23,3	22,7	21,4	21,7	19,7	-1,9
	Condiciones maternas	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
	Enfermedades no transmisibles	45,7	45,5	50,8	48,7	52,0	52,1	53,3	1,2
	Lesiones	7,6	7,4	7,5	7,7	7,1	8,5	8,3	-0,2
	Condiciones mal clasificadas	18,4	18,9	18,3	20,9	19,5	17,8	18,6	0,9
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,3	17,3	16,3	15,7	14,8	14,6	13,5	-1,1
	Condiciones maternas	2,0	1,7	2,3	2,8	2,5	2,5	2,2	-0,3
	Enfermedades no transmisibles	50,9	55,1	54,7	53,2	55,1	54,9	56,3	1,4
	Lesiones	8,0	7,6	8,3	8,4	8,4	10,1	9,9	-0,2
	Condiciones mal clasificadas	18,8	18,3	18,4	19,9	19,1	17,9	18,1	0,2
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,1	20,5	20,1	19,5	19,2	19,0	18,6	-0,4
	Condiciones maternas	3,5	2,9	3,7	4,3	3,9	3,9	3,7	-0,2
	Enfermedades no transmisibles	48,9	51,4	50,0	48,7	50,3	49,3	49,8	0,5
	Lesiones	7,9	7,5	8,1	8,2	8,5	10,6	10,1	-0,6
	Condiciones mal clasificadas	18,5	17,7	18,1	19,2	18,1	17,2	17,9	0,7

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Adulterez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17,7	18,0	16,6	16,1	16,0	16,2	16,3	0,1
	Condiciones maternas	1,4	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	0,0
	Enfermedades no transmisibles	54,0	56,0	57,3	55,7	57,2	57,0	57,0	0,1
	Lesiones	7,2	6,8	7,0	7,3	7,3	8,8	8,2	-0,6
	Condiciones mal clasificadas	19,7	18,0	17,9	19,5	18,2	16,8	17,3	0,4
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,2	10,7	9,8	9,4	9,0	9,6	10,1	0,5
	Condiciones maternas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	Enfermedades no transmisibles	62,0	66,0	67,4	65,1	66,9	67,3	65,8	-1,5
	Lesiones	6,8	6,5	6,1	6,9	6,6	7,6	7,0	-0,7
	Condiciones mal clasificadas	20,0	16,8	16,7	18,6	17,4	15,5	17,2	1,7

Fuente: DANE-SISPRO RIPS, 2009 -2015

Principales causas de morbilidad en hombres

El análisis de morbilidad en los hombres de la ciudad parte de agrupar las causas de consulta registradas en los servicios de salud según la lista CIE 10 6/67 en las categorías descritas Condiciones transmisibles y nutricionales, Condiciones materno perinatales, Enfermedades no transmisibles, Lesiones y Signos y síntomas mal definidos.

Primera infancia: comprendida entre los 0 y 5 años de edad; registraron para el 2015 un total de 76.649 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 29.379 (38,33%) seguido de las Condiciones Transmisibles y Nutricionales con 26.378 (34,41%). El número de consultas registradas entre 2009 y 2015 presentaron un decremento en un 22,5%. para el año 2015, la mayor variación la presentó el grupo de Condiciones Transmisibles y Nutricionales con un decremento del 18,27% en el número de personas atendidas con respecto al año anterior.

Infancia: comprendida entre los 6 y 11 años de edad, registraron para 2015 un total de 60.623 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 32.166 (53,06%) seguido de las Condiciones Transmisibles y Nutricionales con 11.687 (19,28%). El número de personas atendidas entre 2009 y 2015 presentaron un decremento en un 17,83%. Pero hubo un incremento en las causas de enfermedades no transmisibles con el 1,31%

Adolescencia: comprendida entre los 12 y 18 años de edad, registraron para 2015 un total de 57.987 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 32.451 (55,96%) consultas. El número de consultas registradas entre 2009 y 2015 se redujo aproximadamente en un 17,97%, pasando de 70.695 personas atendidas a 57.987.

Juventud: comprendida entre los 14 y 26 años de edad en este grupo se registraron para 2015 un total de 141.957 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las enfermedades no transmisibles con un total de 70.571 (49,71%) seguido de condiciones transmisibles y nutricionales con 28.024 (19,74%). En este grupo al igual que en la Adolescencia las lesiones tienen un peso porcentual superior que en la infancia. El número de consultas registradas entre 2009 y 2015 se disminuyó en un 4,48%, pasando de 148.628 personas atendidas a 141.957.

Adulthood: comprendida entre los 27 y 59 años de edad, la población masculina en este grupo de edad registró para 2015 un total de 318.792 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 180.421 (56,60%) personas atendidas, seguido de condiciones transmisibles y nutricionales con un total de 54.876 (17,21%). El número de consultas registradas entre 2009 y 2015 se incrementó en un 2,29%, pasando de 309.517 personas atendidas a 318.792

Adulto mayor: Población mayor de 60 años, registró para el año 2015 un total de 107.373 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las enfermedades no transmisibles con un total de 71.983 personas atendidas.

Tabla 23. Principales causas de morbilidad general en hombres, Medellín 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	39,28	40,41	37,23	37,27	37,23	35,97	34,41	-1,56
	Condiciones perinatales	1,59	1,71	1,89	2,99	2,41	2,50	2,52	0,02
	Enfermedades no transmisibles	33,82	34,06	36,85	34,48	36,86	37,74	38,33	0,59
	Lesiones	7,14	6,81	7,11	7,76	7,18	7,56	7,79	0,23
	Condiciones mal clasificadas	18,16	17,01	16,92	17,50	16,31	16,23	16,95	0,72
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	27,61	27,59	22,82	22,16	20,85	21,18	19,28	-1,91
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	45,08	44,98	50,32	48,52	51,93	51,75	53,06	1,31
	Lesiones	9,15	8,79	8,99	8,99	8,30	9,90	9,64	-0,26
	Condiciones mal clasificadas	18,15	18,64	17,87	20,32	18,92	17,16	18,03	0,86
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,42	18,42	16,79	16,28	15,11	15,09	13,79	-1,30
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	49,39	53,59	54,44	53,19	55,44	54,87	55,96	1,09
	Lesiones	11,70	10,73	12,04	11,99	12,17	14,58	14,30	-0,28
	Condiciones mal clasificadas	17,50	17,25	16,73	18,54	17,28	15,46	15,95	0,49

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,29	22,39	21,93	21,36	21,03	20,49	19,74	-0,75
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	47,71	50,21	49,97	48,90	50,18	48,87	49,71	0,85
	Lesiones	12,55	11,59	12,74	12,70	13,47	16,80	16,16	-0,64
	Condiciones mal clasificadas	16,45	15,81	15,36	17,03	15,32	13,84	14,39	0,54
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,77	19,24	17,46	17,01	17,22	17,23	17,21	-0,02
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	53,38	54,86	56,91	55,65	56,65	56,07	56,60	0,52
	Lesiones	10,33	9,74	9,94	9,98	10,27	12,50	11,76	-0,74
	Condiciones mal clasificadas	17,53	16,16	15,69	17,35	15,85	14,19	14,43	0,23
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,33	9,97	8,81	8,62	8,48	9,00	9,28	0,28
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	63,11	66,77	68,64	66,31	67,50	68,02	67,04	-0,98
	Lesiones	6,91	6,31	5,97	6,82	6,67	7,89	7,17	-0,72
	Condiciones mal clasificadas	19,65	16,95	16,58	18,24	17,35	15,08	16,51	1,42

Fuente: DANE-SISPRO RIPS, 2009- 2015

Principales causas de morbilidad en mujeres

Primera infancia: comprendida entre los 0 y 5 años de edad, las mujeres en este grupo de edad registraron para el año 2015 un total de 70.217 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las enfermedades no transmisibles con un total de 26.641 (37,94%), seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales con 24.776 (35,28%). El número de consultas registradas entre 2009 y 2015 se redujo en un 22,45%, pasando de 90.553 personas atendidas a 70.217. Para el año 2015, la mayor variación la presentó el grupo de condiciones transmisibles y nutricionales con una reducción del 17,61% en el número de personas atendidas respecto al año anterior, con una diferencia estadística de 7,54% con respecto al año 2014.

Infancia: Comprendida entre los 6 y 11 años de edad. En este grupo poblacional se registraron para el año 2015 un total de 56.829 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 30.447 (53,58%) seguido de las Condiciones Transmisibles y Nutricionales con 11.469 (20,18%). El número de personas registradas entre 2009 y 2015 se redujo en un 11%, pasando de 71.064 personas atendidas a 56.829.

Adolescencia: comprendida entre los 12 y 18 años de edad; para el año 2015 registró un total de 75.486 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 42.721 (56,59%). El número de consultas registradas entre los años 2009 y 2015 se redujo en un 18,92%, pasando de 93.184 personas atendidas a 75.486.

Juventud: comprendida entre los 14 y 26 años de edad, las mujeres en este grupo registraron para 2015 un total de 227.334 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 113.398 (49,88%). En este grupo las Lesiones tienen menos representatividad que en el grupo de hombres en el cual ascendían al 16,16% del total de consultas en tanto que en las mujeres representó el 6,24%.

El número de personas atendidas entre 2009 y 2015 se incrementó en un 6,21%, pasando de 242.403 consultas a 227.334.

Adultez: comprendida entre los 27 y 59 años de edad, las mujeres en este grupo de edad registraron para el año 2015 un total de 538.256 personas atendidas, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 308.518 (57,3%) seguido de las condiciones mal clasificadas con 101.916 (18,93%) del total de las personas atendidas.

El número de consultas registradas entre 2009 y 2015 se incrementó en un 2,42%, pasando de 525.538 personas atendidas a 538.256.

Para el año 2015 se registraron 180.047 mujeres **mayores de 60 años**, donde la causa principal de consulta fue por enfermedades no transmisibles con un total de 117.023 (65%) personas atendidas. Este grupo registró un incremento de 38,26% para el año 2015 en el número de personas atendidas con respecto al año 2009.

Es importante mencionar que se evidencia las fallas en la calidad del dato y la falta de aplicación estricta de los códigos CIE 10 por parte de los profesionales ya que se observa un número importante de registros con diagnóstico mal definido.

Tabla 24. Principales causas de morbilidad general en mujeres, Medellín 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	39,59	40,65	38,05	37,88	37,80	42,83	35,28	-7,54
	Condiciones perinatales	1,70	2,07	2,03	3,42	2,67	3,05	2,54	-0,52
	Enfermedades no transmisibles	33,88	33,95	36,57	33,77	36,58	44,18	37,94	-6,24
	Lesiones	5,92	5,84	5,92	6,81	6,00	7,57	6,62	-0,95
	Condiciones mal clasificadas	18,90	17,49	17,44	18,12	16,95	19,92	17,61	-2,31
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	28,89	28,87	23,84	23,30	21,89	22,15	20,18	-1,97
	Condiciones maternas	0,09	0,15	0,05	0,05	0,08	0,12	0,16	0,04
	Enfermedades no transmisibles	46,30	45,96	51,31	48,95	52,10	52,45	53,58	1,13
	Lesiones	6,04	5,90	6,02	6,25	5,77	6,90	6,82	-0,09
	Condiciones mal clasificadas	18,68	19,13	18,78	21,45	20,15	18,38	19,27	0,88
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,39	16,44	15,86	15,20	14,54	14,23	13,28	-0,95
	Condiciones maternas	3,58	3,09	4,04	4,97	4,47	4,36	3,84	-0,52
	Enfermedades no transmisibles	52,02	56,27	54,97	53,25	54,88	54,92	56,59	1,68
	Lesiones	5,16	5,13	5,44	5,54	5,61	6,76	6,60	-0,17
	Condiciones mal clasificadas	19,85	19,06	19,68	21,04	20,49	19,73	19,69	-0,04
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,76	19,25	18,98	18,32	18,03	18,04	17,88	-0,16
	Condiciones maternas	5,71	4,80	6,14	7,26	6,45	6,43	5,97	-0,46
	Enfermedades no transmisibles	49,68	52,19	49,97	48,51	50,31	49,64	49,88	0,24
	Lesiones	5,02	4,82	5,10	5,24	5,35	6,56	6,24	-0,32
	Condiciones mal clasificadas	19,82	18,95	19,80	20,68	19,86	19,33	20,03	0,70
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17,10	17,26	16,05	15,52	15,27	15,61	15,81	0,20
	Condiciones maternas	2,16	1,88	2,00	2,19	1,95	1,97	1,86	-0,11
	Enfermedades no transmisibles	54,39	56,65	57,47	55,80	57,57	57,55	57,32	-0,23
	Lesiones	5,34	5,15	5,24	5,59	5,55	6,44	6,08	-0,36
	Condiciones mal clasificadas	21,00	19,07	19,25	20,90	19,65	18,43	18,93	0,50
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,66	11,06	10,38	9,94	9,37	9,95	10,52	0,57
	Condiciones maternas	0,05	0,03	0,03	0,00	0,02	0,02	0,09	0,07
	Enfermedades no transmisibles	61,33	65,56	66,62	64,39	66,59	66,82	65,00	-1,82
	Lesiones	6,81	6,60	6,15	6,92	6,56	7,47	6,85	-0,62
	Condiciones mal clasificadas	20,15	16,76	16,82	18,75	17,46	15,74	17,55	1,80

Fuente: DANE-SISPRO RIPS, 2009-2015

2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales

Población General

A continuación presenta la morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Medellín, 2009 – 2015. Esta causa se encuentra dividida en tres subgrupos de categorías: enfermedades infecciosas y parasitarias, Infecciones respiratorias, y deficiencias nutricionales. Cada una de estas subcategorías está desarrollada por clico vital.

Las infecciones respiratorias y las enfermedades infecciosas y parasitarias son los subgrupos de causas con el mayor peso proporcional en todos los ciclos vitales.

Para las infecciones respiratorias, la primera infancia es el grupo poblacional que expresa las mayores proporciones en este subgrupo, en este grupo etario el año 2015 (59,64%) un valor muy similar con respecto al año 2014 (59,68%) pero con un leve decremento de 0,04 puntos porcentuales respecto al año anterior. Luego, en su orden, le siguen las personas mayores de 60 años quienes para el año 2015 también presentaron las infecciones respiratorias como la causa de mayor valor porcentual en su grupo poblacional (50,83%), además presentó un decremento de 4,48 puntos porcentuales respecto al año 2014.

Para el ciclo vital de la infancia, la mayor proporción de infecciones respiratorias reportada desde el año 2009 fue en el año 2014 con el 52,92% de las causas de consulta, después para el año 2015 disminuye en 2,53 puntos porcentuales, y la menor de dió en el 2011 con el 49,65% de las personas atendidas. En la adolescencia, el mayor porcentaje fue reportado en el 2009 con el 51,17%. En este grupo etario y para el año 2015 el porcentaje fue de 44,17% con disminución de 5,31 puntos porcentuales respecto al año anterior, y el menor porcentaje fue en 2010. La juventud fue el grupo menos afectado por las infecciones respiratorias con una tendencia a la disminución en el tiempo. Su mayor porcentaje se observó en 2009 y una disminución de 4,26 puntos porcentuales en 2015 respecto a 2014. Por último, en la adultez se observa también un comportamiento similar al grupo etario anterior con el mayor porcentaje para el año 2009 (52,06%) y una disminución de 4,48 puntos porcentuales en 2015 respecto al año inmediatamente anterior.

El subgrupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias fue el otro grupo causal en mayor presentación porcentual por causa de morbilidad. La juventud fue el grupo etario que expresó las mayores proporciones de este subgrupo de causas. En este grupo etario la menor proporción se presentó en el año 2009 con un 48,38% y la mayor proporción se observó en 2015 con un 55,43%, aumentando 4,07 puntos porcentuales con respecto al año anterior. La primera infancia fue el grupo de edad menos afectado por las enfermedades infecciosas y parasitarias; en este grupo etario se observa una tendencia a la disminución. El año 2013 presentó el menor porcentaje (35,84%) y se ha presentado un leve incremento en los años 2014 y 2015, para el año anterior se aumentó en 0,15 puntos porcentuales con respecto al año anterior. En la infancia, la mayor proporción por este subgrupo de causas se presentó en 2011 (48,03%) y la menor en 2014 (44,42%), para el año 2015 se incrementó 2,05 puntos porcentuales. En la adolescencia, la mayor proporción se presentó en 2015 (51,12%) con un aumento en 4,46 puntos porcentuales con respecto al año 2014. En la adultez, la

mayor proporción por enfermedades infecciosas y parasitarias se presentó en el año 2015 (51,79%), se observó una proporción de en aumento de 4,25 puntos porcentuales respecto al año anterior. Por último, en las personas mayores de 60 años el mayor porcentaje por este subgrupo de causas se presentó en 2010 (44,04%). En 2015, el porcentaje fue de 43,26% con un aumento de 3,29 puntos porcentuales respecto al año anterior.

Las deficiencias nutricionales fue el subgrupo que menor peso proporcional representó en todos los grupos etarios y con respecto a los otros dos subgrupos de causas de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales. El grupo etario con mayor representación proporcional en este subgrupo fue el de las personas mayores de 60 años. En este grupo etario el porcentaje menor se presentó en el año 2010 (3,68%). En 2015 se presentó un porcentaje por este subgrupo de causas de 5,90% y un aumento de 1,07 puntos porcentuales respecto al año anterior. En la primera infancia, la mayor proporción en este subgrupo se presentó en 2014 (3,56%) y la menor en 2012 (2,38%); es importante mencionar que la tendencia de este subgrupo en la primera infancia viene presentando incremento, sin embargo para el año 2015 se presentó un leve decremento de 0,12 puntos porcentuales. En la infancia se observa una tendencia al incremento, donde el menor porcentaje fue reportado en 2012 (2,25%) y el mayor fue reportado en el año 2015 (4,70%). En la adolescencia, el mayor porcentaje se presentó en 2015 (4,70%) con una tendencia a aumentar el indicador, el 2015 con un incremento de 0,85 puntos porcentuales respecto al año anterior. En el grupo etario de la juventud se observan los menores porcentajes de causas relacionadas con las deficiencias nutricionales; el menor porcentaje se presentó en 2012 (1,54%) y el mayor en el año 2015. Por último, en la adultez, el mayor porcentaje en este grupo de causas se presentó en el año 2015 (2,41%) con un incremento de 0,19 puntos porcentuales respecto al año anterior.

En resumen, el primer lugar en las causas de morbilidad por las condiciones transmisibles y nutricionales fue ocupado por las infecciones respiratorias, seguido de las causadas por enfermedades infecciosas y parasitarias y, en último lugar, se ubicó el subgrupo de las causas relacionadas con Deficiencias nutricionales. Las infecciones respiratorias fueron más frecuentes en la primera infancia, las enfermedades infecciosas y parasitarias más frecuentes en la juventud y las deficiencias nutricionales más frecuentes en las personas mayores de 60 años. El subgrupo de las deficiencias nutricionales tiene un comportamiento de aumento leve en todos los ciclos vitales.

Tabla 25. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Medellín 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	39,52	39,24	38,24	37,52	35,84	36,77	36,92	0,15
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	57,94	57,84	58,68	60,10	60,92	59,68	59,64	-0,04
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,54	2,92	3,08	2,38	3,23	3,56	3,44	-0,12
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	45,08	46,47	48,03	44,31	44,48	44,42	46,48	2,05
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52,56	51,23	49,65	53,44	52,77	52,92	50,39	-2,53
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,36	2,31	2,32	2,25	2,75	2,66	3,14	0,48
Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	46,05	49,91	48,30	47,03	47,97	46,67	51,12	4,46
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	51,17	47,45	48,63	49,98	48,59	49,49	44,17	-5,31
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,79	2,65	3,07	2,99	3,45	3,85	4,70	0,85

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48,37	51,92	50,84	51,73	51,38	51,36	55,43	4,07
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49,74	46,40	47,56	46,73	46,88	46,79	42,53	-4,26
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,89	1,68	1,60	1,54	1,74	1,85	2,04	0,29
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	45,97	50,61	46,86	47,70	47,62	47,54	51,79	4,25
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52,06	47,64	51,39	50,52	50,42	50,28	45,80	-4,48
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,97	1,74	1,75	1,77	1,96	2,18	2,41	0,23
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	41,68	44,04	39,09	38,99	40,41	39,97	43,26	3,29
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	54,41	52,28	56,79	56,98	55,05	55,19	50,83	-4,36
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,91	3,68	4,11	4,03	4,54	4,83	5,90	1,07

Fuente: DANE-SISPRO RIPS

Población Masculina

En la población masculina, la causa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias se encuentra con mayor peso proporcional en los ciclos vitales de la Adolescencia, Juventud, Adultez y Personas mayores, mientras la causa de mortalidad por infecciones respiratorias tiene un mayor peso porcentual en la primera infancia y la infancia.

Para las infecciones respiratorias, la primera infancia es el grupo poblacional que expresa las mayores proporciones en este subgrupo, en este grupo etario el año 2015 (59,81%) un valor muy similar con respecto al año 2014 (59,75%) pero con un leve incremento de 0,06 puntos porcentuales respecto al año anterior. Luego, en su orden, le siguen el ciclo vital de la infancia (6-11 años) quienes para el año 2015 también

presentaron las infecciones respiratorias como la causa de mayor valor porcentual en su grupo poblacional (50,54%), además presentó un decremento de 2,12 puntos porcentuales respecto al año 2014.

Para el ciclo vital de la infancia, la mayor proporción de infecciones respiratorias reportada desde el año 2009 fue en el año 2012 con el 52,95% de las personas atendidas, después para el año 2015 disminuye en 2,12 puntos porcentuales, y la menor se dio en el 2011 con el 49,52% de las personas atendidas. En la adolescencia, el mayor porcentaje fue reportado en el 2009 con el 49,92%. En este grupo etario y para el año 2015 el porcentaje fue de 43,81% con disminución de 4,37 puntos porcentuales respecto al año anterior, y el menor porcentaje fue en 2010. La juventud fue el grupo menos afectado por las infecciones respiratorias con una tendencia a la disminución en el tiempo. Su mayor porcentaje se observó en 2009 y una disminución de 4,33 puntos porcentuales en 2015 respecto a 2014. Por último, en la adultez se observa también un comportamiento similar al grupo etario anterior con el mayor porcentaje para el año 2009 (47,93%) y una disminución de 4,44 puntos porcentuales en 2015 respecto al año inmediatamente anterior.

El subgrupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias fue el otro grupo causal en mayor presentación porcentual por causa de morbilidad. La juventud fue el grupo etario que expresó las mayores proporciones de este subgrupo de causas. En este grupo etario la menor proporción se presentó en el año 2009 con un 51,07% y la mayor proporción se observó en 2015 con un 59,08%, aumentando 4,22 puntos porcentuales con respecto al año anterior. La primera infancia fue el grupo de edad menos afectado por las enfermedades infecciosas y parasitarias; en este grupo etario se observa una tendencia a la disminución en el tiempo. El año 2013 presentó el menor porcentaje (35,73%) y se ha presentado un leve incremento en los años 2014 y 2015, para el año anterior se aumentó en 0,07 puntos porcentuales con respecto al año anterior. En la infancia, la mayor proporción por este subgrupo de causas se presentó en 2011 (48,12%) y la menor en 2014 (44,55%), para el año 2015 se incrementó 1,74 puntos porcentuales. En la adolescencia, la mayor proporción se presentó en 2015 (52,89%) con un aumento en 3,55 puntos porcentuales con respecto al año 2014. En la adultez, la mayor proporción por enfermedades infecciosas y parasitarias se presentó en el año 2015 (58,34%), se observó una proporción en aumento de 4,35 puntos porcentuales respecto al año anterior. Por último, en las personas mayores de 60 años el mayor porcentaje por este subgrupo de causas se presentó en 2010 (46,92%). En 2015, el porcentaje fue de 46,66% con un aumento de 3,06 puntos porcentuales respecto al año anterior.

Las deficiencias nutricionales fue el subgrupo que menor peso proporcional representó en todos los grupos etarios y con respecto a los otros dos subgrupos de causas de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales. El grupo etario con mayor representación proporcional en este subgrupo fue el de las personas mayores de 60 años. En este grupo etario el porcentaje menor se presentó en el año 2010 (3,18%). En 2015 se presentó un porcentaje por este subgrupo de causas de 4,77% y un aumento de 0,95 puntos porcentuales respecto al año anterior. En la primera infancia, la mayor proporción en este subgrupo se presentó en 2014 (3,38%) y la menor en 2012 (2,24%); para el año 2015 se presentó un leve decremento de 0,13 puntos porcentuales. En la infancia se observa una tendencia al incremento, donde el menor porcentaje fue reportado en 2012 (2,20%) y el mayor fue reportado en el año 2015 (3,16%). En la adolescencia, el mayor porcentaje se presentó en 2015 (3,30%) con una tendencia a aumentar el indicador, el 2015 con un incremento de 0,73 puntos porcentuales respecto al año anterior. En el grupo etario de la juventud, el menor porcentaje se presentó en 2012 (0,61%) y el mayor en el año 2015. Por último, en la adultez, se observan los menores

porcentajes de causas relacionadas con las deficiencias nutricionales, el mayor porcentaje en este grupo de causas se presentó en el año 2015 (0,71%) con un incremento de 0,09 puntos porcentuales respecto al año anterior.

En resumen, el primer lugar en las causas de morbilidad por las condiciones transmisibles y nutricionales fue ocupado por las infecciones respiratorias, seguido de las causadas por enfermedades infecciosas y parasitarias y, en último lugar, se ubicó el subgrupo de las causas relacionadas con Deficiencias nutricionales. Las infecciones respiratorias fueron más frecuentes en la primera infancia, las enfermedades infecciosas y parasitarias más frecuentes en la juventud y las deficiencias nutricionales más frecuentes en las personas mayores de 60 años. El subgrupo de las deficiencias nutricionales tiene un comportamiento de aumento leve en casi todos los ciclos vitales.

Tabla 26 Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales en población masculina, Medellín 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	39,49	39,14	38,13	37,81	35,73	36,87	36,94	0,07
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	58,05	57,91	58,96	59,95	61,19	59,75	59,81	0,06
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,46	2,95	2,91	2,24	3,08	3,38	3,25	-0,13
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	44,89	46,44	48,12	44,85	45,15	44,55	46,29	1,74
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52,67	51,24	49,52	52,95	52,38	52,66	50,54	-2,12
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,43	2,32	2,36	2,20	2,47	2,79	3,16	0,68
Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	48,17	52,15	50,66	48,05	49,35	49,24	52,89	3,55
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49,92	45,99	47,13	50,02	48,27	48,18	43,81	-4,37
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,91	1,85	2,21	1,93	2,38	2,58	3,30	0,73

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	51,07	55,06	54,16	54,27	54,45	54,86	59,08	4,22
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	48,12	44,15	45,14	45,12	44,77	44,25	39,92	-4,33
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	0,81	0,79	0,70	0,61	0,78	0,90	1,01	0,11
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	51,59	56,41	53,22	53,47	53,98	53,98	58,34	4,35
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47,93	43,16	46,33	45,98	45,46	45,40	40,96	-4,44
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	0,48	0,43	0,45	0,55	0,56	0,61	0,71	0,09
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	44,75	46,92	42,11	42,67	44,59	43,59	46,66	3,06
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	51,92	49,90	54,31	53,89	51,77	52,59	48,57	-4,02
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,33	3,18	3,57	3,44	3,64	3,81	4,77	0,96

Fuente: DANE-SISPRO RIPS

Población Femenina

Con respecto a la población femenina, la causa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias se encuentra con mayor peso proporcional en los ciclos vitales de la Adolescencia y Juventud, mientras la causa de mortalidad por infecciones respiratorias tiene un mayor peso porcentual en la primera infancia, infancia, adultez y persona mayor.

Para las infecciones respiratorias, la primera infancia es el grupo poblacional que expresa las mayores proporciones en este subgrupo, en este grupo etario el año 2015 (59,46%) un valor similar al observado para el año 2014 (59,60%). Luego, en su orden, le siguen el ciclo vital de persona mayor de 60 años quienes para el año 2015 también presentaron las infecciones respiratorias como la causa de mayor valor porcentual en su grupo poblacional (52,01%), además presentó un decremento de 4,60 puntos porcentuales respecto al año 2014.

Para el ciclo vital de la infancia, la mayor proporción de infecciones respiratorias reportada desde el año 2009 fue en el año 2012 con el 53,93% de las personas atendidas, después para el año 2015 disminuye en 2,95 puntos porcentuales con respecto al año 2014, y la menor se dio en el 2011 con el 49,78% de las personas atendidas. En la adolescencia, el mayor porcentaje fue reportado en el 2009 con el 52,21%. En este grupo etario y para el año 2015 el porcentaje fue de 44,46% con disminución de 6,07 puntos porcentuales respecto al año anterior, y el menor porcentaje fue en 2010. La juventud fue el grupo menos afectado por las infecciones respiratorias con una tendencia a la disminución en el tiempo. Su mayor porcentaje se observó en 2009 y una disminución de 4,38 puntos porcentuales en 2015 respecto a 2014. Por último, en la adultez se

observa también un comportamiento similar al grupo etario anterior con el mayor porcentaje para el año 2009 (54,69%) y una disminución de 4,68 puntos porcentuales en 2015 respecto al año inmediatamente anterior.

El subgrupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias fue el otro grupo causal en mayor presentación porcentual por causa de morbilidad. La juventud fue el grupo etario que expresó las mayores proporciones de este subgrupo de causas. En este grupo etario la menor proporción se presentó en el año 2009 con un 46,46% y la mayor proporción se observó en 2015 con un 52,97%, aumentando 4,19 puntos porcentuales con respecto al año anterior. La primera infancia fue el grupo de edad menos afectado por las enfermedades infecciosas y parasitarias; en este grupo etario se observa una tendencia a la disminución en el tiempo. El año 2013 presentó el menor porcentaje (35,97%) y se ha presentado un leve incremento en los años 2014 y 2015, ambos años presentan un valor porcentual similar. En la infancia, la mayor proporción por este subgrupo de causas se presentó en 2011 (47,94%) y la menor en 2012 (43,76%), para el año 2015 se incrementó 2,38 puntos porcentuales. En la adolescencia, la mayor proporción se presentó en 2015 (49,72%) con un aumento en 5,13 puntos porcentuales con respecto al año 2014. En la adultez, la mayor proporción por enfermedades infecciosas y parasitarias se presentó en el año 2015 (47,63%), se observó una proporción en aumento de 4,43 puntos porcentuales respecto al año anterior. Por último, en las personas mayores de 60 años el mayor porcentaje por este subgrupo de causas se presentó en 2010 (42,55%). En 2015, el porcentaje fue de 41,19% con un aumento de 3,50 puntos porcentuales respecto al año anterior.

Las deficiencias nutricionales fue el subgrupo que menor peso proporcional representó en todos los grupos etarios y con respecto a los otros dos subgrupos de causas de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales. El grupo etario con mayor representación proporcional en este subgrupo fue el de las personas mayores de 60 años. En este grupo etario el porcentaje menor se presentó en el año 2010 (3,93%). En 2015 se presentó un porcentaje por este subgrupo de causas de 6,49% y un aumento de 1,10 puntos porcentuales respecto al año anterior. En la primera infancia, la mayor proporción en este subgrupo se presentó en 2013 (3,40%) y la menor en 2012 (2,53%); para el año 2015 se presentó un mismo valor porcentual con respecto al año anterior. En la infancia se observa una tendencia al incremento, donde el menor porcentaje fue reportado en 2012 (2,28%) y el mayor fue reportado en el año 2015 (3,11%). En la adolescencia, el mayor porcentaje se presentó en 2015 (5,81%) con una tendencia a aumentar el indicador, el 2015 con un incremento de 0,94 puntos porcentuales respecto al año anterior. En el grupo etario de la juventud, se observan los menores porcentajes de causas relacionadas con las deficiencias nutricionales, el menor porcentaje se presentó en 2012 (2,24%) y el mayor en el año 2015. Por último, en la adultez, el mayor porcentaje en este grupo de causas se presentó en el año 2015 (6,49%) con un incremento de 1,10 puntos porcentuales respecto al año anterior.

En resumen, el primer lugar en las causas de morbilidad por las condiciones transmisibles y nutricionales fue ocupado por las infecciones respiratorias, seguido de las causadas por enfermedades infecciosas y parasitarias y, en último lugar, se ubicó el subgrupo de las causas relacionadas con Deficiencias nutricionales. Las infecciones respiratorias fueron más frecuentes en la primera infancia, las enfermedades infecciosas y parasitarias más frecuentes en la juventud y las deficiencias nutricionales más frecuentes en las personas mayores de 60 años. El subgrupo de las deficiencias nutricionales tiene un comportamiento de aumento leve en casi todos los ciclos vitales.

Tabla 27. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales en población femenina , Medellín 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	39,56	39,35	38,35	37,21	35,97	36,65	36,90	0,25
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	57,82	57,76	58,38	60,27	60,63	59,60	59,46	-0,14
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,61	2,90	3,27	2,53	3,40	3,75	3,64	-0,11
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	45,25	46,49	47,94	43,76	43,81	44,29	46,67	2,38
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52,45	51,22	49,78	53,93	53,15	53,17	50,22	-2,95
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,29	2,29	2,28	2,31	3,03	2,54	3,11	0,57
Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	44,28	47,88	46,43	46,18	46,89	44,59	49,72	5,13
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52,21	48,76	49,83	49,95	48,83	50,54	44,46	-6,07
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,52	3,36	3,75	3,87	4,28	4,87	5,81	0,94
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	46,46	49,56	48,44	49,79	49,14	48,78	52,97	4,19
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	50,89	48,09	49,32	47,96	48,42	48,67	44,29	-4,38
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,65	2,34	2,25	2,24	2,44	2,56	2,74	0,29
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	42,40	46,89	42,77	43,81	43,34	43,20	47,63	4,43
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	54,69	50,53	54,65	53,59	53,76	53,56	48,88	-4,68
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,92	2,59	2,58	2,60	2,89	3,24	3,49	0,25
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	40,05	42,55	37,57	37,04	38,12	38,00	41,49	3,50
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	55,73	53,52	58,04	58,62	56,85	56,61	52,01	-4,60
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4,22	3,93	4,39	4,34	5,03	5,39	6,49	1,10

Fuente: DANE-SISPRO RIPS

Condiciones materno perinatales

De la información obtenida de la tabla 28 se puede establecer que la morbilidad en la primera infancia a causa de las condiciones derivadas durante el periodo perinatal fue en aumento alcanzando una proporción del 100% para el año 2012 y 99,27% para el año 2015.

De igual manera la morbilidad a causa de las condiciones maternas en la adolescencia, juventud y adultez mostraron anualmente un incremento sustancial entre los años 2009 y 2012, para los años 2013 y 2014 se

observa un decremento importante en estos grupos poblacionales con respecto a este indicador, sin embargo se observa un aumento en el año 2015 de 1,74; 1,36 y 0,78 puntos porcentuales con respecto al año inmediatamente anterior, respectivamente.

Tabla 28. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, Medellín 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	4,99	5,18	3,58	0,00	2,86	0,66	0,73	0,07
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	95,01	94,82	96,42	100,00	97,14	99,34	99,27	-0,07
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	55,38	15,15	20,69	6,90	20,00	9,33	6,67	-2,67
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	44,62	84,85	79,31	93,10	80,00	90,67	93,33	2,7
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	94,74	94,27	95,95	99,92	95,87	92,50	94,24	1,74
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	5,26	5,73	4,05	0,08	4,13	7,50	5,76	-1,74
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	94,38	94,74	96,57	99,93	96,30	93,63	95,00	1,36
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	5,62	5,26	3,43	0,07	3,70	6,37	5,00	-1,36
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	94,40	95,26	96,12	100,00	96,55	94,51	95,29	0,78
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	5,60	4,74	3,88	0,00	3,45	5,49	4,71	-0,78
Persona mayor (Mayores de 60)	Condiciones maternas (O00-O99)	77,42	69,57	64,15	#DIV/0!	79,31	47,92	84,71	36,79
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	22,58	30,43	35,85	#DIV/0!	20,69	52,08	15,29	-36,79

Fuente: DANE-SISPRO RIPS

Enfermedades no transmisibles

Población General

Para el grupo de edad de 0 a 5 años en el período comprendido desde 2009 hasta 2015 las condiciones orales se presentaron en mayor proporción con aumento en el último año en 1,38 puntos porcentuales con respecto al año 2014. Para este mismo grupo etéreo las enfermedades respiratorias se mantuvieron en decremento hasta el 2015, aunque para el año 2015 la proporción disminuyó en un 0,38 puntos porcentuales, las enfermedades cardiovasculares presentaron un leve decremento en el último año de 0,05 puntos porcentuales con respecto al año anterior. En este grupo etéreo las enfermedades de la piel tuvieron una tendencia a la disminución entre los años 2009 y 2015, pese a que en el año 2012 se presentó el valor más alto en este indicador en este periodo. Las enfermedades de los órganos de los sentidos mantuvieron una proporción estable en los últimos años con un ligero descenso en los últimos dos años. Las enfermedades digestivas, así mismo, presentaron un decremento en estos 6 años, observándose un decremento en el 2015 de 0,26 puntos porcentuales con respecto al año 2014. Las anomalías congénitas en este grupo de edad se ha observado un incremento de 0,13 puntos porcentuales en el 2015 con respecto al año 2014. Las enfermedades músculo esqueléticas, neoplasias malignas, otras neoplasias, enfermedades genitourinarias, desordenes endocrinos y condiciones neuropsiquiátricas presentaron una elevación menor a 1 en el período comprendido entre 2014 y 2015.

En la infancia, las de condiciones orales presenta la mayor participación en todos los períodos vigilados, sin embargo se observó una aumento de 1,99% desde 2014 a 2015, para el año 2015 representó el 33,85% de

las causas de consulta en la infancia de enfermedades no transmisibles. Las enfermedades de los órganos de los sentidos han disminuido a través del tiempo presentando una disminución de 0,79 puntos porcentuales entre los años 2014 y 2015. Así también, las enfermedades respiratorias han presentado una disminución en los últimos años en este grupo de edad, pues pasó de representar el 17,05% de las causas de consulta de enfermedades no transmisibles en este grupo poblacional para el año 2009 a representar un 11,42% para el año 2015. El grupo de neoplasias malignas disminuyeron hasta el 2011, sin embargo se observa un comportamiento similar para los años 2014 y 2015. La diabetes mellitus, por su parte, logró disminuir entre el 2014 y el 2015, 0,02 puntos porcentuales, aunque en los años 2010 y 2013 se presentara un incremento en el comportamiento de este indicador con una proporción del 0,20%. Las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas, genitourinarias y de la piel presentaron un comportamiento similar, disminuyendo en 0.05, 0.25, 0.29, 0.34 y 0.75 puntos porcentuales respectivamente en el último año. Las condiciones neuropsiquiátricas son el grupo de eventos de las condiciones no transmisibles que presenta un aumento sostenido a través de los años vigilados, en el año 2015 se presentó un incremento de 0,04% con respecto al año anterior.

Para el grupo de edad de la Adolescencia las diabetes mellitus, condiciones neuropsiquiátricas, enfermedades de los órganos de los sentidos, las respiratorias, las digestivas, las genitourinarias, las de la piel y las musculoesqueléticas presentaron una disminución en el último año de observación en un porcentaje de 0.05, 0.04, 0.02, 0.29, 0.75, 0.48, 0.38 y 0.12 respectivamente. Las condiciones orales es la principal causa de morbilidad, para el año 2015 aumentando 1,94 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las enfermedades cardiovasculares presentaron un leve aumento con una diferencia en la proporción de 2014 a 2015 de 0.02%. El número de consulta de neoplasias malignas y de anomalías congénitas en el grupo de edad de 12 a 18 años aumentó en el último año vigilado en un 0.03 y 0.14 puntos porcentuales respectivamente.

Para la población joven, las condiciones orales presentaron en mayor proporción en el período de 2009 a 2015, incluso aumentaron en el último año en un 0.56%, las condiciones neuropsiquiátricas, las enfermedades de los órganos de los sentidos y las anomalías congénitas han presentado entre los años 2014 y 2015 un incremento de un 0.10%, 0.04% y 0.06% respectivamente, la diabetes mellitus tuvo un comportamiento irregular a través de los años disminuyendo en un 0.03% en el período de 2014 a 2015. Así mismo, las enfermedades respiratorias, enfermedades digestivas, enfermedades genitourinarias, enfermedades de la piel, enfermedades musculoesqueléticas y otras neoplasias presentaron una disminución entre los años 2009 y 2014 observándose en el último año un decremento en un 0.07%, 0.32%, 0.17%, 0.26%, 0.07% y 0.03% respectivamente. Las enfermedades cardiovasculares presentaron un comportamiento estable.

En el caso de la población adulta las enfermedades musculoesqueléticas se mantuvieron en una proporción mayor al resto de los otros eventos, ha presentado un aumento en los años 2010 a 2014, sin embargo, entre el 2014 y el 2015 se observó un decremento del 0.10%, las condiciones orales ocuparon el segundo lugar en proporción manteniendo un comportamiento de crecimiento en los últimos 4 años vigilados, entre el año 2014 y 2015 aumentaron en 0.13 puntos porcentuales, las enfermedades genitourinarias ocuparon el tercer lugar en proporción con una tendencia a la disminución en los últimos 3 años, entre el 2014 y 2015 presentó un decremento en 0.07 puntos porcentuales; las neoplasias malignas, las otras neoplasias, la diabetes mellitus, los desórdenes endocrinos, las condiciones neuropsiquiátricas, las enfermedades de los órganos de los sentidos y las anomalías congénitas en el último periodo aumentaron en 0.15, 0.06, 0.07, 0.06, 0.07, 0.12 y

0.02% respectivamente. Las enfermedades respiratorias no presentaron cambios porcentuales entre el año 2014 y 2015.

El grupo de personas mayores de 60 años, la principal causa son las enfermedades cardiovasculares, en los últimos 3 años ha presentado un decremento, entre el año 2014 y 2015 la disminución fue de 1.14 puntos porcentuales, en segundo lugar se encuentran las enfermedades musculo-esqueléticas con una proporción de 12,84% con un decremento del 0.07% entre el año 2014 y 2015; en tercer lugar, las enfermedades de los órganos de los sentidos en los últimos 5 años ha tenido un compartimiento de incremento, para el año 2015 aumentó en 0.94 puntos porcentuales con respecto al año anterior; las neoplasias malignas, las otras neoplasias, la diabetes mellitus, las condiciones neuropsiquiátricas, las enfermedades de la piel, la anomalías congénitas y las condiciones orales aumentaron en 0.27, 0.15, 0.09, 0.14, 0.02, 0.01 y 0.32% respectivamente con relación al año 2014.

Tabla 29. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la población general; Medellín 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,32	0,35	0,35	0,54	0,39	0,39	0,45	0,05
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,37	0,41	0,45	0,56	0,47	0,43	0,47	0,04
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,06	0,06	0,05	0,08	0,20	0,13	0,05	-0,08
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1,66	2,02	1,99	2,88	2,86	2,54	2,61	0,08
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	3,44	3,39	3,32	4,70	4,52	4,00	4,11	0,11
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	14,54	13,80	13,05	14,17	12,60	11,59	11,36	-0,23
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,67	0,66	0,60	0,59	0,66	0,71	0,65	-0,05
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	23,80	23,25	22,31	24,39	22,25	19,14	18,77	-0,38
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,13	7,71	6,93	9,32	7,80	6,95	6,69	-0,26
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9,56	9,15	8,14	10,18	9,03	8,52	8,54	0,02
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	18,39	17,08	15,73	18,67	16,01	14,70	13,37	-1,33
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	3,37	3,42	3,32	4,50	4,06	3,83	4,35	0,52
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	3,78	3,79	3,73	6,04	5,24	4,76	4,89	0,13
	Condiciones orales (K00-K14)	11,91	14,91	20,03	3,39	13,91	22,31	23,69	1,38
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,30	0,28	0,30	0,46	0,34	0,40	0,40	0,00
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,41	0,40	0,33	0,41	0,45	0,41	0,44	0,03
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,19	0,20	0,13	0,16	0,20	0,16	0,14	-0,02
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,17	3,37	3,13	3,99	4,19	4,08	4,21	0,13
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,03	6,82	6,97	9,28	9,98	10,22	10,30	0,08
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	17,92	15,89	15,09	13,87	13,61	13,59	12,80	-0,79
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,78	0,80	0,56	0,65	0,64	0,72	0,68	-0,05
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	17,05	15,75	14,82	14,81	13,26	11,67	11,42	-0,25
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,67	5,25	4,82	5,37	5,13	5,20	4,91	-0,29
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,49	6,07	5,03	5,37	5,41	5,75	5,40	-0,34
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	11,23	10,77	9,55	9,90	8,95	8,54	7,78	-0,75
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	5,62	5,44	5,11	6,11	5,57	5,63	5,72	0,09
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,26	1,69	1,20	1,71	1,75	1,78	1,94	0,17
	Condiciones orales (K00-K14)	22,87	27,26	32,97	27,90	30,52	31,86	33,85	1,99
Adolescencia (12 - 18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,37	0,89	0,35	0,49	0,43	0,42	0,44	0,03
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,82	0,97	0,80	0,83	0,82	0,84	0,81	-0,03
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,25	0,60	0,19	0,27	0,32	0,32	0,26	-0,05
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,12	4,26	3,86	4,43	4,30	4,39	4,44	0,05
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,93	8,56	8,44	10,10	10,69	11,67	11,63	-0,04
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	13,80	16,77	12,83	11,54	11,51	11,13	11,11	-0,02
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,85	4,10	1,31	1,42	1,45	1,42	1,43	0,02
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	9,42	6,93	7,75	7,38	6,79	5,98	5,69	-0,29
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,33	6,95	6,98	7,32	7,20	7,21	6,46	-0,75
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11,83	10,00	10,25	10,23	10,89	11,02	10,54	-0,48
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	12,94	11,21	12,04	12,67	11,62	10,82	10,44	-0,38
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	10,23	10,87	9,64	10,66	10,69	11,12	11,00	-0,12
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,68	0,64	0,81	1,04	0,95	1,01	1,15	0,14
	Condiciones orales (K00-K14)	16,42	17,25	24,75	21,63	22,33	22,65	24,59	1,94

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,56	0,72	0,37	0,51	0,43	0,45	0,51	0,06
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,93	0,96	0,92	1,02	0,97	0,92	0,89	-0,03
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,36	0,48	0,21	0,23	0,30	0,27	0,24	-0,03
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,63	4,48	4,41	4,91	4,79	4,72	4,75	0,03
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9,15	8,60	9,03	9,94	10,26	10,72	10,81	0,10
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	11,51	13,86	10,70	10,02	9,97	9,70	9,74	0,04
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	3,81	4,04	2,18	2,27	2,21	2,15	2,15	0,00
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,98	4,95	5,13	4,75	4,41	3,95	3,88	-0,07
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,90	8,56	8,95	9,36	9,30	9,14	8,82	-0,32
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	16,33	14,24	14,51	14,37	14,70	14,61	14,44	-0,17
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	10,61	9,83	10,46	10,88	10,06	9,46	9,20	-0,26
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	12,17	12,13	11,90	12,82	12,98	13,55	13,48	-0,07
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,42	0,43	0,47	0,61	0,56	0,56	0,62	0,06	
Condiciones orales (K00-K14)	13,65	16,73	20,76	18,31	19,04	19,79	20,47	0,68	
Adultez (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,86	0,86	0,83	1,13	1,04	1,04	1,19	0,15
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,81	1,66	1,74	2,03	1,91	1,87	1,93	0,06
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,64	1,93	1,97	1,75	2,10	2,06	2,14	0,07
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7,40	7,37	7,54	8,18	7,73	7,40	7,45	0,06
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,93	7,42	7,47	7,69	7,97	8,08	8,16	0,07
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	11,05	9,96	9,83	9,53	9,77	9,64	9,76	0,12
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	11,39	12,04	11,32	10,30	10,36	10,18	9,97	-0,22
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,40	2,98	2,90	2,84	2,88	2,62	2,62	0,00
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,68	7,95	7,69	8,08	8,02	7,82	7,66	-0,16
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	12,95	11,97	11,57	11,94	11,69	11,55	11,49	-0,07
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,09	5,77	5,69	5,86	5,47	5,38	5,24	-0,14
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	16,70	16,12	16,20	16,78	16,95	17,45	17,35	-0,10
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,27	0,24	0,24	0,30	0,27	0,28	0,29	0,02	
Condiciones orales (K00-K14)	9,84	13,73	15,00	13,60	13,86	14,63	14,76	0,13	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	2,06	1,93	1,89	2,43	2,33	2,35	2,62	0,27
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,17	1,05	1,08	1,27	1,22	1,18	1,33	0,15
	Diabetes mellitus (E10-E14)	6,04	7,02	7,26	6,32	6,83	6,81	6,90	0,09
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,89	5,58	5,80	6,22	5,54	5,47	5,42	-0,05
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,71	4,44	4,43	4,84	4,83	4,93	5,07	0,14
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	12,14	10,34	9,30	9,98	11,69	11,28	12,21	0,94
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	28,85	31,57	29,23	25,94	27,15	26,93	25,80	-1,14
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,75	4,24	4,29	4,13	4,38	4,20	4,09	-0,10
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,18	5,72	5,44	5,78	5,54	5,55	5,49	-0,06
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	7,57	7,31	9,30	10,18	8,04	8,40	7,88	-0,51
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,00	3,60	3,70	3,78	3,49	3,47	3,49	0,02
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	12,88	12,34	12,60	12,99	12,54	12,92	12,84	-0,07
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,17	0,15	0,16	0,17	0,18	0,17	0,18	0,01	
Condiciones orales (K00-K14)	3,58	4,70	5,52	5,97	6,25	6,34	6,66	0,32	

Fuente: DANE-SISPRO RIPS

Población Masculina

Para el grupo de edad de 0 a 5 años en el período comprendido desde 2012 hasta 2015 las enfermedades de los órganos de los sentidos, las enfermedades respiratorias, las enfermedades digestivas, las enfermedades genitourinarias y las enfermedades de la piel han presentado un comportamiento a disminuir, entre el año 2014 y 2015 han tenido un decremento de 0,07, 0,40, 0,37, 0,02 y 1,14 puntos porcentuales respectivamente. Las condiciones orales ha sido la principal causa de morbilidad en éste grupo de edad, con un aumento de 1,26 puntos porcentuales en el año 2015 con relación al año anterior.

En la infancia la causa principal son las condiciones orales, con un peso porcentual de 33,83% para el año 2015 el cual incrementó 1,67 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las otras neoplasias, los desórdenes endocrinos, las condiciones neuropsiquiatrias, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades musculo-esqueléticas y las anomalías congénitas aumentaron en el último año en 0.02, 0.09, 0.11, 0.01, 0.12 y 0.21% respectivamente. La causa que más disminuyó en el año 2015 fue las enfermedades de los órganos de los sentidos, con un decremento de 0.75 puntos porcentuales con respecto al año 2014. Las enfermedades de la piel, las enfermedades respiratorias, las enfermedades genitourinarias y las enfermedades digestivas presentaron un decremento en el último año de 0.60, 0.35, 0.28 y 0.21 puntos porcentuales respectivamente.

En el grupo de la adolescencia, la principal causa fueron las condiciones orales, que desde el año 2012 presenta una tendencia en aumento, para el año 2015 aumentó 1,79 puntos porcentuales con respecto al año anterior con un 26,67%. La segunda causa son las condiciones neuropsiquiatrias con 12,95%, con una tendencia al incremento, el año 2015 aumentó en 0.31 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las otras neoplasias, la diabetes mellitus, las enfermedades de los órganos de los sentidos, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, las enfermedades digestivas, las enfermedades genitourinarias, las enfermedades de la piel y las enfermedades musculo esqueléticas presentaron una decremento en el año 2015 con respecto al año 2014, las enfermedades de la piel fue la causa que más decremento tuvo con 0.74 puntos porcentuales.

En la juventud, la principal causa son la condiciones orales con 22,59% para el año 2015, con un incremento de 0.07 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las Condiciones neuropsiquiatrias, fue la causa que más aumentó, con 0.68 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las neoplasias malignas, las otras neoplasias, los desórdenes endocrinos, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y las anomalías congénitas presentaron un incremento de 0.12, 0.02, 0.20, 0.03, 0.01, 0.10 y 0.07 respectivamente. La causa que más disminuyó fue las enfermedades de la piel con un decremento de 0.54 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las causas de diabetes mellitus, las enfermedades de los órganos de los sentidos, las enfermedades digestivas, las enfermedades genitourinarias y las enfermedades musculo esqueléticas presentaron un decremento de 0.01, 0.11, 0.18, 0.02 y 0.36 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

En la adultez, la principal causa de consulta fue las enfermedades musculo esqueléticas, aunque para el año 2015 tuvo un decremento de 0.23 puntos porcentuales con respecto al año 2014. La causa que más tuvo incremento fue las condiciones neuropsiquiatrias con 0.23 puntos porcentuales más que en el año anterior, además tiene una tendencia al incremento. Las neoplasias malignas, las otras neoplasias, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias, las anomalías congénitas y las condiciones orales para el año 2015 presentaron un incremento de 0.17, 0.07, 0.16, 0.02, 0.17, 0.01 y 0.06 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las enfermedades de los órganos de los sentidos, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades digestivas, las enfermedades de la piel y las enfermedades musculo-esqueléticas en el año 2015 presentaron un decremento en 0.03, 0.07, 0.18, 0.35 y 0.23 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

Las personas mayores de 60 años, la principal causa de consulta es la causa de enfermedades cardiovasculares con 26.14% de las personas atendidas, con un decremento de 0.95 puntos porcentuales con respecto al año 2014. En segundo lugar se encuentra las causas de las enfermedades de los órganos de los

sentidos con 12,04%, con un incremento para el año 2015 de 0,57 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las neoplasias malignas, la diabetes mellitus, las condiciones neuropsiquiátricas y las condiciones orales en los últimos 3 años tiene una leve tendencia al incremento por estas causas. Mientras los desórdenes endocrinos, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, las enfermedades de la piel y las anomalías congénitas en los últimos 3 años han presentado una leve tendencia al decremento.

Tabla 30. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la población masculina; Medellín 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,37	0,39	0,38	0,51	0,40	0,43	0,48	0,05
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,38	0,38	0,44	0,43	0,39	0,42	0,44	0,03
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,04	0,05	0,05	0,07	0,22	0,11	0,05	0,07
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1,58	1,94	1,94	2,86	2,77	2,49	2,55	0,06
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	3,92	3,74	3,83	5,47	5,21	4,67	4,89	0,23
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	14,58	13,72	12,99	13,89	12,46	11,15	11,09	0,07
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,69	0,65	0,63	0,59	0,68	0,77	0,66	0,10
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	25,10	24,79	23,33	25,68	23,24	20,14	19,74	0,40
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,97	7,51	6,85	8,88	7,42	6,74	6,38	0,37
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9,04	8,73	7,84	10,50	8,86	8,58	8,56	0,02
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades de la piel (L00-L98)	17,72	16,57	15,06	17,65	15,28	13,99	12,85	1,14
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	3,27	3,16	3,21	4,34	3,94	3,84	4,24	0,40
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	3,65	3,75	3,72	5,76	5,19	4,82	4,95	0,13
	Condiciones orales (K00-K14)	11,69	14,64	19,73	3,38	13,94	21,85	23,12	1,26
	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,34	0,25	0,32	0,46	0,38	0,44	0,42	0,01
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,39	0,37	0,31	0,41	0,40	0,39	0,41	0,02
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,17	0,20	0,13	0,18	0,22	0,16	0,13	0,03
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	2,68	2,96	2,68	3,59	3,65	3,44	3,53	0,09
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,34	8,30	8,35	11,38	12,51	12,77	12,88	0,11
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	17,35	15,64	14,53	13,25	12,96	12,93	12,18	0,75
Adolescencia (12 - 18 años)	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,83	0,82	0,60	0,70	0,66	0,71	0,72	0,01
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	19,40	17,66	16,85	16,51	14,63	12,82	12,47	0,35
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	4,89	4,55	4,16	4,77	4,47	4,63	4,43	0,21
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	4,53	4,18	3,50	3,88	3,93	4,21	3,92	0,28
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	10,66	10,19	8,96	9,12	8,21	7,79	7,19	0,60
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	5,66	5,35	5,01	6,01	5,67	5,68	5,80	0,12
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,37	1,69	1,29	1,81	1,81	1,87	2,08	0,21
	Condiciones orales (K00-K14)	23,39	27,85	33,31	27,95	30,49	32,15	33,83	1,67
	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,44	0,84	0,39	0,57	0,53	0,49	0,58	0,09
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,92	0,91	0,80	0,82	0,85	0,94	0,81	0,13
Diabetes mellitus (E10-E14)	0,24	0,62	0,24	0,26	0,30	0,38	0,31	0,07	
Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,11	3,28	2,89	3,43	3,29	3,33	3,48	0,15	
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,60	8,64	8,44	10,51	11,22	12,64	12,95	0,31	
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	14,48	17,43	13,36	11,90	12,04	11,63	11,40	0,23	
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	2,25	4,18	1,77	1,93	1,88	1,85	1,81	0,04	
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	12,45	8,63	9,78	9,24	8,76	7,44	7,06	0,38	
Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,35	5,58	5,22	5,85	5,56	5,69	5,17	0,52	
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	4,63	4,85	3,87	4,09	4,34	4,72	4,66	0,06	
Enfermedades de la piel (L00-L98)	14,62	12,42	13,36	13,88	13,02	12,02	11,27	0,74	
Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	12,20	11,70	11,07	12,06	12,13	12,74	12,43	0,32	
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,79	0,76	1,00	1,27	1,15	1,26	1,41	0,15	
Condiciones orales (K00-K14)	18,91	20,17	27,80	24,20	24,92	24,88	26,67	1,79	

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,66	0,77	0,46	0,63	0,55	0,56	0,68	0,12
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,92	0,86	0,88	0,90	0,91	0,85	0,87	0,02
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,41	0,59	0,27	0,28	0,30	0,32	0,31	0,01
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	2,93	3,00	2,87	3,30	3,08	3,00	3,20	0,20
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,96	7,69	7,99	9,32	9,73	10,29	10,97	0,68
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	13,28	15,60	12,02	11,27	11,33	10,79	10,68	0,11
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	4,74	4,86	3,13	3,21	3,14	2,95	2,97	0,03
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7,68	6,10	6,22	5,79	5,40	4,74	4,75	0,01
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,68	7,43	7,82	8,36	8,27	8,35	8,17	0,18
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,34	6,02	5,66	5,83	5,90	6,20	6,19	0,02
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	13,52	12,08	13,01	13,28	12,39	11,58	11,04	0,54
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	15,75	14,65	15,04	16,05	16,33	17,23	16,87	0,36
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,46	0,48	0,55	0,66	0,60	0,60	0,70	0,10
Condiciones orales (K00-K14)	16,68	19,86	24,07	21,12	22,09	22,52	22,59	0,07	
Adultez (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,77	0,76	0,76	1,01	0,92	0,90	1,06	0,17
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,12	1,05	1,07	1,25	1,20	1,18	1,24	0,07
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,16	2,48	2,54	2,35	2,56	2,55	2,71	0,16
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6,47	6,35	6,34	7,00	6,67	6,32	6,31	0,00
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,06	5,78	5,90	6,32	6,66	6,86	7,09	0,23
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	13,05	11,62	11,24	10,92	11,10	10,85	10,81	0,03
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12,50	13,01	12,47	11,67	11,37	11,08	11,01	0,07
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,73	3,18	3,08	3,08	3,07	2,84	2,85	0,02
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,77	8,03	7,77	8,30	8,34	8,23	8,05	0,18
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,89	6,38	6,45	7,02	6,85	6,91	7,08	0,17
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,47	6,99	6,82	6,91	6,50	6,37	6,02	0,35
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	18,69	17,57	17,46	17,96	18,33	18,89	18,65	0,23
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,21	0,20	0,19	0,25	0,23	0,24	0,24	0,01
Condiciones orales (K00-K14)	12,12	16,60	17,89	15,99	16,20	16,79	16,85	0,06	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	2,47	2,28	2,31	2,89	2,77	2,81	3,19	0,38
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,20	1,14	1,13	1,23	1,27	1,22	1,36	0,15
	Diabetes mellitus (E10-E14)	6,26	7,26	7,59	6,84	6,83	6,92	7,00	0,08
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,65	4,20	4,36	4,59	4,28	4,18	4,07	0,11
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,21	3,99	3,92	4,34	4,36	4,46	4,64	0,18
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	12,70	10,70	9,65	10,15	11,67	11,47	12,04	0,57
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	28,97	31,88	29,53	26,71	27,22	27,09	26,14	0,95
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,16	4,56	4,51	4,31	4,57	4,41	4,35	0,06
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,90	5,50	5,21	5,62	5,43	5,48	5,29	0,19
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8,79	8,61	11,12	11,97	10,27	10,40	10,27	0,13
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,36	3,88	3,96	4,01	3,79	3,76	3,65	0,11
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	10,80	10,10	10,01	10,26	10,03	10,29	10,29	0,01
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,14	0,15	0,16	0,16	0,20	0,16	0,16	0,00
Condiciones orales (K00-K14)	4,39	5,75	6,54	6,90	7,30	7,34	7,54	0,20	

Fuente: DANE-SISPRO RIPS

Población Femenina

Para el grupo de edad de 0 a 5 años. La causa que presentó mayor incremento en el tiempo fueron las condiciones orales con un incremento de 1,52 puntos porcentuales con respecto al año anterior. La causa que tuvo más decremento para el año 2015 fue las enfermedades de la piel con una disminución de 1,53 puntos porcentuales con respecto al año 2014. Las causas de Diabetes Mellitus, las enfermedades de los órganos de los sentidos, las enfermedades respiratorias, las enfermedades digestivos y las enfermedades genitourinarias para el año 2015 presentaron un decremento de 0,09, 0,41, 0,37, 0,13 y 0,06 puntos porcentuales con respecto al año anterior, las demás causas presentaron un incremento en el año 2015.

En la infancia la causa principal son las condiciones orales, con un peso porcentual de 33,87% para el año 2015 el cual incrementó 2,32 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las neoplasias malignas, las otras neoplasias, los desórdenes endocrinos, las condiciones neuropsiquiátricas, las enfermedades musculoesqueléticas y las anomalías congénitas aumentaron en el último año en 0.02, 0.04, 0.17, 0.02, 0.06 y 0.12% respectivamente. La causa que más disminuyó en el año 2015 fue las enfermedades la piel, con un decremento de 0.90 puntos porcentuales con respecto al año 2014. La diabetes mellitus, las enfermedades de los órganos de los sentidos, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y las enfermedades genitourinarias presentaron un decremento en el último año de 0.01, 0.82, 0.11, 0.16, 0.37 y 0.39 puntos porcentuales respectivamente.

En el grupo de la adolescencia, la principal causa fueron las condiciones orales, que desde el año 2012 presenta una tendencia en aumento, para el año 2015 aumentó 2,02 puntos porcentuales con respecto al año anterior con un 23,11%. La segunda causa son las enfermedades genitourinarias con 14,72%, el año 2015 tuvo un decremento en 0,72 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Neoplasias malignas, la diabetes mellitus, los desórdenes endocrinos, las condiciones neuropsiquiátricas, las enfermedades respiratorias, las enfermedades digestivas y las enfermedades de la piel presentaron un decremento en el año 2015 con respecto al año 2014, las enfermedades digestivas fue la causa que más decremento tuvo con 0,90 puntos porcentuales.

En la juventud, la principal causa son las condiciones orales con 19,32% para el año 2015, con un incremento de 1,06 puntos porcentuales con respecto al año anterior, siendo la causa que más aumentó para el año 2015. Las neoplasias malignas, las enfermedades de los órganos de los sentidos, las enfermedades musculoesqueléticas y las anomalías congénitas presentaron un incremento de 0.03, 0.14, 0.16 y 0.04 puntos porcentuales respectivamente. La causa que más disminuyó fue las enfermedades genitourinarias con un decremento de 0.43 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las otras neoplasias, la diabetes mellitus, los desórdenes endocrinos, las condiciones neuropsiquiátricas, las enfermedades respiratorias, las enfermedades digestivas, las enfermedades genitourinarias y las enfermedades de la piel presentaron un decremento de 0.07, 0.04, 0.10, 0.23, 0.09, 0.41, 0.43 y 0.07 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

En la adultez, la principal causa de consulta fue las enfermedades musculoesqueléticas, aunque para el año 2015 tuvo un decremento de 0.01 puntos porcentuales con respecto al año 2014. La causa que más tuvo incremento fue las enfermedades de los órganos de los sentidos con 0.20 puntos porcentuales más que en el

año anterior. Las neoplasias malignas, las otras neoplasias, la diabetes mellitus, los desórdenes endocrinos, las anomalías congénitas y las condiciones orales para el año 2015 presentaron un incremento de 0.14, 0.05, 0.03, 0.08, 0.02 y 0.19 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las condiciones neuropsiquiátricas, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades digestivas, las enfermedades genitourinarias, las enfermedades de la piel, las enfermedades musculo-esqueléticas en el año 2015 presentaron un decremento en 0.01, 0.28, 0.14, 0.23, 0.02 y 0.01 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

Las personas mayores de 60 años, la principal causa de consulta es la causa de enfermedades cardiovasculares con 25,60% de las personas atendidas, con un decremento de 1.24 puntos porcentuales con respecto al año 2014. En segundo lugar se encuentra las causa de las enfermedades musculo esqueléticas con 14,30%, con un decremento para el año 2015 de 0.13 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las neoplasias malignas, las condiciones neuropsiquiátricas, las anomalías congénitas y las condiciones orales en los últimos 3 años tiene una leve tendencia al incremento por estas causas. Mientras los desórdenes endocrinos, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias en los últimos 3 años han presentado una leve tendencia al decremento.

Tabla 31. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la población femenina; Medellín 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,26	0,31	0,31	0,57	0,39	0,35	0,40	0,05
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,36	0,45	0,47	0,70	0,55	0,45	0,50	0,05
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,09	0,07	0,04	0,08	0,17	0,14	0,04	-0,09
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1,74	2,10	2,05	2,91	2,97	2,60	2,69	0,09
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	2,91	3,01	2,73	3,81	3,73	3,26	3,24	-0,02
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	14,49	13,89	13,11	14,50	12,76	12,08	11,66	-0,41
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,66	0,68	0,57	0,59	0,64	0,64	0,64	0,00
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	22,36	21,51	21,15	22,92	21,14	18,05	17,68	-0,37
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,31	7,94	7,02	9,83	8,23	7,17	7,04	-0,13
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10,14	9,62	8,49	9,81	9,22	8,46	8,52	0,06
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	19,13	17,67	16,48	19,83	16,84	15,47	13,94	-1,53
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	3,48	3,72	3,45	4,68	4,19	3,82	4,48	0,66
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	3,93	3,83	3,74	6,36	5,29	4,68	4,82	0,13
	Condiciones orales (K00-K14)	12,15	15,22	20,38	3,41	13,88	22,82	24,34	1,52
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,27	0,30	0,28	0,47	0,29	0,36	0,38	0,02
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,44	0,43	0,35	0,41	0,50	0,43	0,47	0,04
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,21	0,20	0,13	0,14	0,18	0,17	0,16	-0,01
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,66	3,80	3,60	4,42	4,75	4,76	4,93	0,17
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5,74	5,30	5,56	7,07	7,37	7,54	7,57	0,02
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	18,48	16,14	15,66	14,53	14,27	14,27	13,45	-0,82
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,72	0,79	0,51	0,59	0,61	0,73	0,63	-0,11
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	14,73	13,78	12,75	13,02	11,85	10,46	10,30	-0,16
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,44	5,98	5,48	6,00	5,82	5,79	5,43	-0,37
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8,43	8,02	6,58	6,94	6,94	7,36	6,97	-0,39
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	11,80	11,37	10,15	10,72	9,71	9,31	8,41	-0,90
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	5,58	5,54	5,20	6,22	5,46	5,58	5,64	0,06
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,15	1,69	1,10	1,61	1,68	1,68	1,80	0,12
	Condiciones orales (K00-K14)	22,36	26,65	32,63	27,84	30,56	31,55	33,87	2,32

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Adolescencia (12 - 18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,33	0,92	0,32	0,43	0,36	0,37	0,35	0,02
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,76	1,01	0,79	0,85	0,79	0,76	0,80	0,04
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,26	0,59	0,16	0,28	0,34	0,27	0,23	0,04
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,78	4,96	4,53	5,15	5,02	5,13	5,12	0,01
	Condiciones neuropsiquiatrias (F01-F99, G06-G98)	9,14	8,50	8,45	9,80	10,32	11,00	10,70	0,30
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	13,35	16,30	12,47	11,28	11,14	10,77	10,90	0,13
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,59	4,04	0,99	1,05	1,14	1,11	1,17	0,06
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7,43	5,72	6,32	6,02	5,40	4,97	4,72	0,25
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,63	7,94	8,21	8,39	8,37	8,28	7,38	0,90
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	16,55	13,68	14,71	14,70	15,53	15,44	14,72	0,72
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	11,84	10,34	11,10	11,78	10,62	9,99	9,85	0,14
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	8,93	10,28	8,65	9,63	9,68	9,98	9,99	0,01
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,60	0,56	0,67	0,88	0,80	0,84	0,97	0,13
Condiciones orales (K00-K14)	14,79	15,16	22,61	19,76	20,50	21,09	23,11	2,02	
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,51	0,69	0,32	0,44	0,37	0,39	0,41	0,03
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,94	1,01	0,94	1,09	1,00	0,96	0,90	0,07
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,34	0,43	0,17	0,20	0,30	0,25	0,21	0,04
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,48	5,29	5,26	5,85	5,74	5,69	5,59	0,10
	Condiciones neuropsiquiatrias (F01-F99, G06-G98)	9,75	9,10	9,61	10,30	10,55	10,95	10,73	0,23
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,61	12,90	9,96	9,29	9,22	9,09	9,23	0,14
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	3,33	3,59	1,65	1,72	1,70	1,71	1,71	0,00
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,12	4,32	4,52	4,15	3,87	3,51	3,42	0,09
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	10,51	9,18	9,59	9,94	9,88	9,58	9,17	0,41
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	21,39	18,77	19,45	19,34	19,56	19,32	18,90	0,43
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	9,14	8,59	9,04	9,49	8,78	8,27	8,20	0,07
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	10,36	10,74	10,15	10,95	11,12	11,48	11,64	0,16
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,40	0,41	0,43	0,57	0,55	0,54	0,58	0,04
Condiciones orales (K00-K14)	12,12	15,00	18,91	16,67	17,36	18,26	19,32	1,06	
Adultez (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,90	0,91	0,86	1,19	1,10	1,11	1,25	0,14
	Otras neoplasias (D00-D48)	2,14	1,95	2,08	2,43	2,27	2,21	2,26	0,05
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,38	1,66	1,68	1,44	1,87	1,82	1,85	0,03
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7,85	7,87	8,13	8,80	8,26	7,94	8,02	0,08
	Condiciones neuropsiquiatrias (F01-F99, G06-G98)	8,83	8,22	8,25	8,40	8,63	8,70	8,69	0,01
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,08	9,16	9,13	8,81	9,10	9,03	9,23	0,20
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,85	11,57	10,75	9,59	9,85	9,73	9,45	0,28
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,24	2,88	2,82	2,72	2,79	2,51	2,51	0,00
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,64	7,91	7,66	7,96	7,86	7,62	7,47	0,14
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	15,88	14,68	14,13	14,51	14,11	13,90	13,67	0,23
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,43	5,17	5,13	5,30	4,95	4,88	4,86	0,02
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	15,74	15,42	15,57	16,17	16,26	16,72	16,71	0,01
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,30	0,26	0,27	0,32	0,28	0,30	0,32	0,02
Condiciones orales (K00-K14)	8,75	12,34	13,55	12,35	12,68	13,53	13,72	0,19	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,83	1,74	1,64	2,15	2,07	2,09	2,30	0,22
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,16	1,00	1,05	1,29	1,20	1,17	1,32	0,15
	Diabetes mellitus (E10-E14)	5,92	6,89	7,06	6,01	6,82	6,75	6,85	0,10
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6,60	6,35	6,63	7,19	6,26	6,22	6,19	0,02
	Condiciones neuropsiquiatrias (F01-F99, G06-G98)	5,00	4,70	4,72	5,15	5,09	5,19	5,31	0,12
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	11,82	10,15	9,10	9,88	11,70	11,17	12,31	1,14
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	28,77	31,40	29,05	25,48	27,11	26,84	25,60	1,24
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,52	4,07	4,17	4,02	4,28	4,08	3,95	0,13
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,34	5,85	5,58	5,88	5,60	5,59	5,61	0,01
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,87	6,58	6,25	9,11	6,75	7,24	6,52	0,72
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	3,79	3,44	3,55	3,64	3,32	3,30	3,40	0,10
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	14,06	13,59	14,10	14,61	13,98	14,42	14,30	0,13
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,19	0,14	0,16	0,17	0,16	0,18	0,19	0,02
Condiciones orales (K00-K14)	3,12	4,11	4,93	5,42	5,64	5,77	6,16	0,39	

Fuente: DANE-SISPRO RIPS

Lesiones

Población General

Se describen los eventos de morbilidad asociados a las lesiones, entendiendo estas como el daño producido en el cuerpo humano debido a la transferencia de energía causada por una colisión que tiene efectos perceptibles inmediatos. De forma operativa, se define lesión como todas aquellas patologías incluidas en el capítulo XVII (lesiones y envenenamientos) de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Los indicadores de morbilidad por lesiones se analizan utilizando como fuente de información la base de datos de SISPRO y específicamente de RIPS. La población de estudio fueron las personas ingresadas en un hospital o clínica de la red de pública o privada por haber sufrido una o más lesiones durante los periodos de 2009 a 2015 por ciclo vital. A continuación se describen los eventos por cada ciclo vital.

Primera infancia: comprendida entre los 0 y 5 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital, observándose un decremento de 0.31 comparando el 2014 con el 2015; en segundo lugar se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 6,62% en el año 2015 y en menores proporciones las Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872) que solo representan el 0.16% del total de las lesiones registradas en primera infancia.

Infancia: comprendida entre los 6 y 11 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital para todos los años desde el 2009 y específicamente para el año 2015 representaron el 93.41% de todas las lesiones en este ciclo vital, así mismo, se observa un decremento en puntos porcentuales del 0.04 comparando el 2014; en segundo lugar nuevamente se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 6,32% en el año 2014, sin embargo, se evidencia un decremento en 0.15 puntos porcentuales con respecto al año 2014. En menores proporciones las lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872) que solo representan el 0.27% del total de las lesiones registradas en infancia.

Adolescencia: comprendida entre los 12 y 18 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital para todos los años desde el 2009 y específicamente para el año 2015 representaron el 93.88% de todas las lesiones en este ciclo vital, sin embargo se observa un incremento en puntos porcentuales de 0.03 comparándolo con el año inmediatamente anterior; en segundo lugar nuevamente se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 4.87% en el año 2015 y un decremento de 0.24% respecto al año anterior (2014). Las lesiones intencionales tuvieron un incremento de 0.19 puntos porcentuales con respecto al año 2014.

Juventud: comprendida entre los 14 y 26 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital y en todos los demás ciclos vitales, para todos los años desde el 2009 y específicamente para el

año 2015 representaron el 94.48% de todas las lesiones en este ciclo vital, sin embargo se observa una disminución en puntos porcentuales de 0.23 comparativamente con el año 2014; en segundo lugar se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 4.69% de las lesiones presentadas en el año 2014 y un incremento de 0.17 respecto al año anterior (2014) y por último y en menores proporciones las Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872) que solo representan el 0.83% del total de las lesiones registradas en juventud.

En los ciclos vitales de la adultez (26 a 59 años) y adulto mayor (mayores de 60 años), se observa que al igual que en los demás grupos de edad los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital, para todos los años desde el 2009 y específicamente para el año 2014 representaron el 94.77% y 93.53% de todas las lesiones en estos ciclos vitales respectivamente; en segundo lugar nuevamente se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) y por último y en menores proporciones las Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872).

Tabla 32. Morbilidad específica por las lesiones, Población General Medellín, 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,70	6,68	7,87	8,26	6,92	6,29	6,62	0,34
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,10	0,05	0,17	0,10	0,20	0,15	0,11	-0,04
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,04	0,02	0,05	0,04	0,03	0,05	0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras	93,16	93,23	91,94	91,59	92,85	93,53	93,22	-0,31
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,25	5,20	6,85	7,30	6,69	6,47	6,32	-0,15
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,14	0,05	0,11	0,11	0,16	0,07	0,26	0,18
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,02	0,02	0,00	0,02	0,01	0,01	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras	94,57	94,73	93,02	92,59	93,12	93,45	93,41	-0,04
Adolescencia (12 -18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,56	4,51	5,43	6,08	5,15	5,12	4,87	-0,24
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,59	0,69	0,89	0,83	0,92	0,99	1,18	0,19
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,06	0,04	0,06	0,03	0,07	0,05	0,07	0,02
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras	94,79	94,76	93,62	93,06	93,86	93,84	93,88	0,03
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,67	4,97	5,50	5,70	5,00	4,53	4,69	0,17
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,53	0,61	0,83	0,72	0,71	0,73	0,78	0,05
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,06	0,05	0,07	0,05	0,05	0,04	0,05	0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras	94,74	94,37	93,61	93,53	94,24	94,70	94,48	-0,23
Adultez (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,84	4,70	5,63	6,51	4,62	4,62	4,85	0,23
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,28	0,25	0,36	0,31	0,29	0,30	0,36	0,07
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,03	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras	94,83	95,02	93,99	93,16	95,07	95,07	94,77	-0,30
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,92	4,57	5,84	11,64	6,36	8,27	6,38	-1,89
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,08	0,10	0,06	0,09	0,08	0,08	0,07	-0,01
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,01	0,01	0,01	0,02	0,03	0,02	0,01	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras	94,99	95,32	94,08	88,25	93,53	91,63	93,53	1,90

Fuente: MSPS-SISPRO RIPS

Población Masculina

En la población masculina, el ciclo vital de la primera infancia comprendida entre los 0 y 5 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital, observándose un decremento de 0.22 comparando el 2014 con el 2015; en segundo lugar se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 6,38% en el año 2015 y en menores proporciones las Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872) que solo representan el 0.16% del total de las lesiones registradas en primera infancia.

Infancia: comprendida entre los 6 y 11 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital para todos los años desde el 2009 y específicamente para el año 2015 representaron el 93.84% de todas las lesiones en este ciclo vital, así mismo, se observa un incremento en puntos porcentuales del 0.02 comparando el 2014; en segundo lugar nuevamente se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 5.98% en el año 2014, sin embargo, se evidencia un decremento en 0.12 puntos porcentuales con respecto al año 2014. En menores proporciones las lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872) que solo representan el 0.19% del total de las lesiones registradas en infancia.

Adolescencia: comprendida entre los 12 y 18 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital para todos los años desde el 2009 y específicamente para el año 2015 representaron el 95.83% de todas las lesiones en este ciclo vital, sin embargo se observa un incremento en puntos porcentuales de 0.22 comparándolo con el año inmediatamente anterior; en segundo lugar nuevamente se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 3.71% en el año 2015 y un decremento de 0.24% respecto al año anterior (2014). Las lesiones intencionales tuvieron un incremento de 0.05 puntos porcentuales con respecto al año 2014.

Juventud: comprendida entre los 14 y 26 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital y en todos los demás ciclos vitales, para todos los años desde el 2009 y específicamente para el año 2015 representaron el 96.04% de todas las lesiones en este ciclo vital, sin embargo se observa una disminución en puntos porcentuales de 0.08 comparativamente con el año 2014; en segundo lugar se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 3.58% de las lesiones presentadas en el año 2014 y un incremento de 0.11 respecto al año anterior (2014) y por último y en menores proporciones las Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872) que solo representan el 0.39% del total de las lesiones registradas en juventud.

En los ciclos vitales de la adultez (26 a 59 años) y adulto mayor (mayores de 60 años), se observa que al igual que en los demás grupos de edad los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital, para todos los años

desde el 2009 y específicamente para el año 2014 representaron el 95.80% y 93.05% de todas las lesiones en estos ciclos vitales respectivamente; en segundo lugar nuevamente se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) y por último y en menores proporciones las Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872).

Tabla 33. Morbilidad específica por las lesiones, Población Masculina Medellín, 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,19	6,02	7,36	7,59	6,77	6,18	6,38	0,20
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,07	0,08	0,12	0,12	0,18	0,09	0,13	0,04
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,05	0,02	0,03	0,04	0,06	0,03	-0,03
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,70	93,85	92,51	92,25	93,02	93,67	93,45	-0,22
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,13	5,31	6,76	7,32	6,52	6,09	5,98	-0,12
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,16	0,03	0,09	0,13	0,19	0,07	0,19	0,11
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,00	0,04	0,00	0,02	0,01	0,00	-0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,66	94,65	93,11	92,55	93,28	93,82	93,84	0,02
Adolescencia (12 - 18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,45	3,48	4,04	4,32	3,83	3,95	3,71	-0,24
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,20	0,31	0,33	0,40	0,45	0,39	0,43	0,05
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,04	0,03	0,00	0,06	0,05	0,02	-0,03
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,31	96,17	95,60	95,28	95,67	95,61	95,83	0,22
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,36	3,58	3,68	3,95	3,60	3,47	3,58	0,11
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,28	0,37	0,40	0,49	0,39	0,38	0,37	-0,01
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,04	0,05	0,03	0,05	0,03	0,02	-0,02
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,30	96,01	95,87	95,52	95,95	96,12	96,04	-0,08
Adultez (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,07	3,91	4,65	5,16	3,82	3,84	3,91	0,07
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,23	0,22	0,26	0,27	0,23	0,20	0,27	0,06
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,05	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,65	95,82	95,06	94,55	95,93	95,95	95,80	-0,14
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,41	5,07	6,37	12,57	6,68	8,67	6,79	-1,88
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,11	0,15	0,07	0,13	0,09	0,13	0,13	0,00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,02	0,00	0,02	0,01	0,09	0,02	0,04	0,02
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,46	94,77	93,54	87,29	93,14	91,19	93,05	1,86

Fuente: MSPS-SISPRO RIPS

Población Femenina

En la población femenina, el ciclo vital de la primera infancia comprendida entre los 0 y 5 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital, con un incremento de 0,44 comparando el

2014 con el 2015; en segundo lugar se encuentran las causas de Lesiones no intencionales con un 6,93% en el año 2015 y en menores proporciones las Lesiones intencionales y Lesiones de intencionalidad indeterminada que solo representan el 0.09% y 0,06% del total de las lesiones registradas en primera infancia.

Infancia: comprendida entre los 6 y 11 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital para todos los años desde el 2009 y específicamente para el año 2015 representaron el 92.77% de todas las lesiones en este ciclo vital, así mismo, se observa un decremento en puntos porcentuales del 0.12% comparando el 2014; en segundo lugar nuevamente se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 6.85% en el año 2014, sin embargo, se evidencia un decremento en 0.20 puntos porcentuales con respecto al año 2014. En menores proporciones las lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872) que solo representan el 0.39% del total de las lesiones registradas en infancia.

Adolescencia: comprendida entre los 12 y 18 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital para todos los años desde el 2009 y específicamente para el año 2015 representaron el 90.65% de todas las lesiones en este ciclo vital, sin embargo se observa un decremento en puntos porcentuales de 0.30 comparándolo con el año inmediatamente anterior; en segundo lugar nuevamente se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 6.79% en el año 2015 y un decremento de 0.23% respecto al año anterior (2014). Las lesiones intencionales tuvieron un incremento de 0.44 puntos porcentuales con respecto al año 2014.

Juventud: comprendida entre los 14 y 26 años de edad, se observa que los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital y en todos los demás ciclos vitales, para todos los años desde el 2009 y específicamente para el año 2015 representaron el 91.96% de todas las lesiones en este ciclo vital, sin embargo se observa una disminución en puntos porcentuales de 0.37% comparativamente con el año 2014; en segundo lugar se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con un 6.49% de las lesiones presentadas en el año 2014 y un incremento de 0.19 respecto al año anterior (2014) y por último y en menores proporciones las Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872) que solo representan el 1.55% del total de las lesiones registradas en juventud.

En los ciclos vitales de la adultez (26 a 59 años) y adulto mayor (mayores de 60 años), se observa que al igual que en los demás grupos de edad los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) son los que presentan una mayor carga en este ciclo vital, para todos los años desde el 2009 y específicamente para el año 2014 representaron el 93.59% y 93.83% de todas las lesiones en estos ciclos vitales respectivamente; en segundo lugar nuevamente se encuentran las causas de Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) y por último y en menores proporciones las Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871) y Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872).

Tabla 34. Morbilidad específica por las lesiones, Población Femenina Medellín, 2009 – 2015

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	7,37	7,54	8,55	9,10	7,12	6,42	6,93	0,52
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,13	0,02	0,24	0,07	0,22	0,22	0,09	-0,14
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,02	0,02	0,07	0,05	0,00	0,06	0,06
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,46	92,42	91,18	90,77	92,62	93,36	92,92	-0,44
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,44	5,01	6,99	7,26	6,96	7,04	6,85	-0,20
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,12	0,08	0,14	0,08	0,12	0,07	0,36	0,29
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,02	0,05	0,00	0,00	0,03	0,00	0,03	0,03
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,42	94,86	92,87	92,65	92,89	92,89	92,77	-0,12
Adolescencia (12 - 18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,46	6,27	7,76	9,08	7,31	7,03	6,79	-0,23
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1,25	1,32	1,82	1,57	1,69	1,98	2,42	0,74
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,10	0,04	0,11	0,09	0,09	0,05	0,14	0,09
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,19	92,38	90,30	89,26	90,91	90,95	90,65	-0,30
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,67	7,19	8,38	8,52	7,22	6,30	6,49	0,19
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,90	0,99	1,51	1,09	1,22	1,33	1,46	0,33
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,07	0,06	0,09	0,06	0,05	0,04	0,09	0,05
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,35	91,77	90,03	90,32	91,51	92,32	91,96	-0,37
Adulthood (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,73	5,57	6,73	8,00	5,50	5,55	5,94	0,23
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,33	0,28	0,47	0,36	0,35	0,40	0,47	0,06
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,01	0,03	0,02	0,03	0,03	0,01	-0,02
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,89	94,13	92,77	91,62	94,12	94,01	93,59	-0,43
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,61	4,29	5,53	11,08	6,16	8,01	6,13	-1,88
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,06	0,07	0,06	0,07	0,07	0,05	0,04	-0,01
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,01	0,02	0,01	0,03	0,00	0,01	0,00	-0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,32	95,63	94,40	88,82	93,77	91,92	93,83	1,91

Fuente: MSPS-SISPRO RIPS

2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo

En Colombia, Las enfermedades catastróficas en salud pública se encuentran directamente relacionadas con el alto costo, haciéndose mayor énfasis en la enfermedad renal crónica (ERC) en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, el cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata, la leucemia linfocítica aguda, la leucemia mieloide aguda, el linfoma Hodking y no Hodking, la epilepsia, la artritis reumatoide y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Para para el desarrollo de este documento se tendrán en cuenta las afecciones de las que se posee información a nivel Nacional, la ERC y de la situación del VIH-SIDA la cual se presenta a continuación:

Los valores obtenidos en los indicadores que monitorean los eventos de alto costo desagregados en la Tabla 35, no presentan cambios importantes para el departamento de Antioquia y el municipio de Medellín, a excepción de la tasa de incidencia de VIH notificada, la cual para el año 2014 fue un 58% mayor en el Municipio que la observada en el Departamento, indicando que el Medellín presenta una situación más desfavorable a la del departamento para este evento.

Tabla 35. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos de alto costos. Antioquia y Medellín 2009-2015

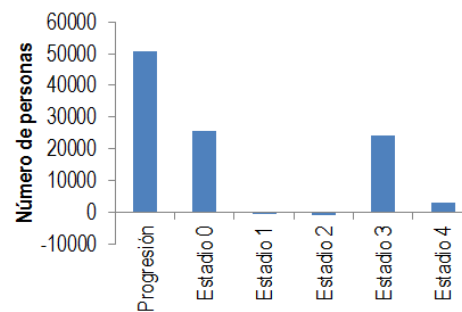
Evento	Antioquia	Medellín	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	0,01	0,00	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	-
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-
Tasa de incidencia de VIH notificada	13,38	21,27	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,00	0,00	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	0,42	0,62	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘

Fuente: Cuenta de alto costo, Sivigila

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Medellín había 50.624 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social con progresión de la enfermedad renal crónica entre 2010 y 2012, de estas, el 50% (25.403) se encontraban clasificadas en algún estadio (1 a 4) y el restante 50% (25.548) no habían sido estudiadas. Es importante mencionar además que se evidencia una disminución importante del número de personas con enfermedad renal crónica en los estadios 1 y 2 en el municipio de Medellín en el periodo de análisis. Llama la atención el incremento del número de personas con estadio 0 y 3 para el año 2012 en comparación del año 2010.

Tabla 36. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica en Medellín, 2010-2012

	Número de personas
Progresión	50624
Estadio 0	25548
Estadio 1	-634
Estadio 2	-867
Estadio 3	24050
Estadio 4	2854



Fuente: Cuenta de alto costo, Sivigila

Según la situación de la enfermedad renal crónica en Colombia del año 2014, el mayor porcentaje de pacientes diagnosticados con diabetes Mellitus se reportó en Bogotá con 161.948 pacientes, correspondiente a un 20,04% del total de pacientes reportados en la cuenta de alto costo en el país, el departamento de Antioquia por su parte reportó 128.471 pacientes, los cuales representan un 15,09%, seguido por el Valle del Cauca con 105.081 pacientes correspondiendo al 13%. De acuerdo a las capitales, la mayor proporción se identificó en Medellín con 128.471 pacientes, es decir, el 20,89%.

En este documento también se menciona que la prevalencia general por departamento de Diabetes Mellitus es de 1,8 pacientes por cada cien afiliados, evidenciándose las mayores prevalencias en Bogotá DC, en el departamento de Antioquia y Valle del Cauca, respectivamente. La prevalencia para las capitales en general se calculó en 2,4 pacientes por cada cien afiliados; las mayores prevalencias se identificaron en Medellín, Pereira, Bucaramanga, Neiva y Armenia.

Para el efecto del análisis es vital mencionar además que sólo el 15,96% de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, no tienen Enfermedad Renal Crónica en el país para el año 2014.

Por otro lado, se menciona que en Colombia para el año 2014, 580.640 pacientes padecían hipertensión arterial y Diabetes Mellitus en Colombia, cuya prevalencia fue de 1,3 personas por cada cien afiliados. Des estos pacientes solo el 45% se les realizó estudios para enfermedad renal crónica-ERC-; de los cuales el 16% (98.745) no presentaban ERC, el 4% y 8% se encontraban en estadio 1 y 2; el 13,85% se encontraba en estadio 3. En cuanto a los estadios 4 y 5, cada uno representó el 1,53% y 1,34%, respectivamente.

Para el año 2015, en la cuenta de alto costo, se identificaron 931.427 casos de enfermedad renal crónica sin terapia de reemplazo renal en el país. El 69,1% de esta población tiene como factor de riesgo conocido la hipertensión arterial, seguido por tener como factor de riesgo padecer de hipertensión arterial y diabetes en forma concomitante. En Colombia, 12 de cada cien mil personas afiliadas, fueron reportadas con alguna terapia de reemplazo renal para el periodo en cuestión.

Con respecto a lo anterior, llama la atención, que a pesar de que en el análisis de cuenta de alto costo para ERC de los años 2014 y 2015, presentan al departamento de Antioquia y al municipio de Medellín como territorios que le aportan gran proporción de casos al nivel nacional, en los informes de SISPRO no sean tan determinantes. El municipio de Medellín es consciente de que estas afecciones son priorizarles y de mayor análisis, ya que estas morbilidades se ven reflejadas tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Es bien sabido que los pacientes hipertensos y diabéticos tipo II tiene mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedad renal crónica, dado que existen factores fisiopatogénicos, una de las estrategias para mejorar las condiciones de estos pacientes es ingresarlos a programas y realizarles seguimientos sistemáticos y control de la morbilidad base. Por otro lado, es menester tener en cuenta que muchos de los usuarios tratados en los programas de crónicas y alto costo, son personas que se desplazan de diferentes ciudades y municipios para radicasen en Medellín con el fin de acceder con mayor prontitud a servicios de salud.

2.2.4. Morbilidad de eventos precursores

Respecto a los eventos precursores en el municipio de Medellín entre el año 2006 y 2014, se evidencia que la prevalencia de diabetes mellitus y de hipertensión arterial, presentan valores levemente por encima de los valores identificados en el departamento de Antioquia. Vale hacer notar, que estas prevalencias presentan tendencias crecientes, por lo que como se mencionó anteriormente, es vital, mejorar la captación y

seguimiento de casos de estas afecciones e incorporarlas en programas de enfermedades crónicas, con el fin de prevenir complicaciones y la mortalidad prematura.

Tabla 37. Eventos precursoros en el municipio de Medellín, 2011 - 2015

Evento	Antioquia	Medellin	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de diabetes mellitus	2,66	3,66	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	10,15	12,80	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗

Fuente: SISPRO- Reportes ASIS ERC y Precursoras

2.2.4.1. Consumo de tabaco

En la encuesta *STEPwise* para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas, realizada en Medellín en el año 2011, se encontró una prevalencia del 21 % en el consumo actual de tabaco; la prevalencia para fumar diariamente fue de 18 % y la edad de inicio para el consumo de tabaco fue a los 16 años. Las comparaciones en las principales variables sociodemográficas, mostraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, con mayor consumo en hombres, quienes tienen una edad de inicio menor (16 años).

De igual manera hubo diferencias por edad, donde a medida que aumentan los años de vida crece la proporción de fumadores, pero la edad de inicio en los más jóvenes (18-24 años) es inferior con respecto a los demás grupos de mayor edad. De acuerdo a la zona no se hallaron diferencias en ninguno de los tres indicadores presentados (Tabla 38).

Tabla 38. Consumo de tabaco en adultos de Medellín, 2011

Step 1 Consumo de tabaco		Porcentaje de adultos que fuman		Porcentaje de adultos que fuman a diario		Edad mediana en la que empezaron a fumar (en años)
		n	% ponderado	N	% ponderado	
Total		600	21,10%	525	18,30%	16
(IC 95%)			(19,7 - 22,5)		(16,9 - 19,7)	
Sexo	Hombres	258	26,8	225	23,2	16
	mujeres	342	15,4	300	13,3	17
Edad	18-24	77	19,3	55	12,6	15
	25-44	202	18,6	174	16,3	17
	45-65	321	23,8	296	21,9	16
Zona	Urbana	464	21	401	18,1	16
	Rural	136	22,6	124	20	16

Fuente: Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en Medellín en 2011, Encuesta Stepwise.

Prevalencias calculadas a partir de valores ponderados (pond), no de valores muestrales.

En cuanto a este tema, se reporta en la literatura el consumo de cigarrillo como el factor de riesgo único modificable más importante para la enfermedad coronaria. Dicha enfermedad explica el 35 a 40 % de todas las muertes relacionadas con el cigarrillo, con un 8 % de muertes adicionales en los fumadores pasivos (Peto R, 1992). En el mundo, cerca de mil millones de personas fuma y alrededor de 500 millones de personas muy probablemente mueran de complicaciones relacionadas con el hábito de fumar (Peto R, 1992).

Las diferencias encontradas en la encuesta STEPS de acuerdo al consumo de cigarrillo por sexo, son acordes con múltiples investigaciones; una de ellas es la reconstrucción de la prevalencia de consumo de tabaco realizada en España a partir de encuestas nacionales, entre 1945 y 1995, donde encontraron que dicha medida era más alta en los hombres, principalmente de estratos bajos (Villalbíe JR, 2003).

Una posible explicación a este comportamiento en los hombres podría estar fundamentada en lo que diversos estudios han demostrado como la fuerte asociación entre la construcción de la masculinidad en el proceso de definición identitaria y la mayor recurrencia entre los varones en la asunción de conductas auto-agresivas que se constituyen en conductas de riesgo (Muñoz MB, 2010), propias de los rituales de paso a la vida adulta, los cuales tienen un carácter marcadamente androcéntrico, en la medida en que los símbolos usados en dichos ritos iniciáticos ponen énfasis en la fuerza, la competencia y la capacidad sexual las que vinculan las características ideales de la vida adulta con los rasgos ideales de la masculinidad (FLACSO-Chile/UNFPA, 2003.).

A pesar de la evidencia disponible acerca de los potenciales daños para la salud y sus consecuencias fatales, el tabaquismo continúa siendo un problema de salud pública a escala mundial, especialmente entre la población adolescente, similar a lo encontrado en este estudio; se estima que el consumo tiene tendencia al incremento, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo. Las proyecciones muestran que aproximadamente 16,6 millones de adolescentes serán fumadores en su vida adulta, lo que resultará en 64 millones de años de vida perdidos (Schepis TS, 2005).

Para Colombia, según un informe del Instituto Nacional de Cancerología (D.C., 2011) para el año 2008, el 11 % del total de muertes en el país estaban asociadas al cigarrillo. En el país la prevalencia de consumo de cigarrillo es de 17 % en la población entre 18-69 años (República de Colombia. Ministerio de salud., 2009.).

El desarrollo de tabaquismo en los adolescentes supone el contacto inicial con los productos que contienen nicotina, los cuales, a su vez, ejercen efectos farmacodinámicos responsables en parte de la futura adicción, sumado a otros factores externos y del comportamiento. Desde esta perspectiva, es posible diferenciar los factores que predisponen al uso experimental (contacto inicial), de aquellos que favorecen la adicción una vez ocurre ese contacto. En Colombia la situación de consumo de tabaco en los adolescentes es aún muy preocupante, pues el 10 % de los escolares se considera consumidores de cigarrillo (República de Colombia. Ministerio de salud. , 2011), con una edad promedio de inicio de consumo de 12,4 años.

2.2.4.2. Consumo de alcohol

En la encuesta STEPS de Medellín, se encontró una prevalencia de vida para el consumo de alcohol de 96,1 %, frente a consumo actual de 65,4 %. El consumo de riesgo o excesivo se registró en el 18,1 %. La abstinencia para el último año fue de 25,4 %. Adicionalmente, se observaron diferencias significativas por sexo en cada uno de los indicadores presentados (mayor consumo en hombres), parecido a lo que ocurre por grupos etáreos con excepción del consumo actual, que no presentó diferencias; las diferencias por edad muestran un mayor consumo en las personas más jóvenes. Las variaciones por zona solo se presentaron a nivel de la abstinencia, la cual fue mayor en la zona rural (Tabla 39).

Tabla 39. Consumo de alcohol en adultos de Medellín, 2011.

Step 1 Consumo de alcohol		Porcentaje de adultos que han bebido alguna vez		Porcentaje de adultos que se abstienen ¹		Porcentaje de adultos que beben alcohol en la actualidad ²		Porcentaje de personas con episodio	
		n	% pond	n	% pond	n	% pond	n	% pond
Total		2698	96,10%	882	25,40%	1304	65,40%	457	18,10%
(IC 95%)			(95,4 - 96,8)		(23,8 - 27,0)		(63,4 - 67,4)		(16,7 - 19,4)
Sexo	Hombres	933	98,8	151	15,6	566	72	242	26,2
	Mujeres	2035	93,4	731	35,8	738	56,2	215	10
Edad	18-24	448	98,3	69	12,8	246	69,7	98	25,1
	25-44	1215	96,4	292	19,9	573	64	200	19
	45-65	1305	95,1	521	34,6	485	64,8	159	14,9
Zona	Urbana	2323	96,1	654	24,8	1056	65,3	360	18,1
	Rural	645	96,2	228	32,6	248	66,7	97	18,3

Fuente: Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en Medellín en 2011, Encuesta Stepwise.

Prevalencias calculadas a partir de valores ponderados (pond), no de valores muestrales

¹ No han bebido alcohol en el último año

² Han bebido alcohol en los últimos 30 días

³ Mujeres que bebieron cuatro vasos o más y hombres que bebieron cinco vasos o más cualquier día de la última semana

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas, constituye un problema de alcance mundial, ya que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Para empezar, causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso extraños. En otras palabras, el consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad.

La ingestión nociva de alcohol es un importante factor determinante de algunos trastornos neuropsiquiátricos, como los trastornos por consumo de alcohol y la epilepsia, así como otras enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres (World Health Organization. OMS | Alcohol [Internet]. WHO, 2013).

Según el *Informe Mundial sobre la Situación Relativa al Alcohol*, su consumo de ha disminuido durante los últimos 20 años en los países desarrollados, pero está aumentando en los países en desarrollo, especialmente en la región del Pacífico Occidental, donde el consumo anual per cápita de los adultos oscila entre 5 y 9 litros de alcohol puro, así como en los países de la antigua Unión Soviética (World Health Organization. OMS | Alcohol [Internet]. WHO, 2013).

En Colombia la prevalencia de consumo de alcohol en algún momento de la vida es del 86 %, con diferencias significativas por sexo, con una mayor prevalencia de consumo en el grupo de los 18 a 24 años, siendo significativamente alto el consumo en la población adolescente, del 20 % (República de Colombia. Ministerio de salud., 2009).

En Medellín en el *Estudio de Salud Mental* llevado a cabo durante el año 2011, se encontró una prevalencia anual de abuso de alcohol de 4,8 % siendo mucho mayor en hombres que en mujeres, lo que se considera un problema de salud pública para la ciudad (Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud, Universidad de Harvard - Medical School, Universidad CES.); dicho comportamiento de acuerdo al género, es similar a lo presentado en la encuesta STEPS, donde las diferencias halladas son relevantes para la prevención e intervención con estrategias de salud pública. En cuanto a la prevalencia de abuso, aunque con una forma de preguntar más reciente (última semana), el hallazgo fue superior, reportándose al 18,1 % de personas con episodios excesivos.

2.2.4.3. Alimentación saludable

En Medellín referente al consumo diario de frutas, se encontró en la encuesta STEPS que la población alrededor de 2,8 días a la semana consume frutas y en promedio una porción por día, con diferencias por sexo, edad y zona. Hubo mayor consumo en mujeres, personas de mayor edad y residentes en zona urbana (Tabla 40).

Tabla 40. Consumo de frutas y verduras en adultos de Medellín, 2011

Step 1 Consumo de frutas y verduras (durante una semana típica)		Promedio de días de consumo de frutas	Promedio de porciones de fruta consumidas cada día	Promedio de días de consumo de verduras	Promedio de porciones de verduras consumidas cada día	Porcentaje de adultos que comieron menos de cinco porciones de frutas y verduras al día	
						N	% pond
Total		2,8	1	3,9	1,2	2574	81,6
(IC 95%)		(2,7 - 2,9)	(0,9 - 1,1)	(3,9 - 4,0)	(0,9 - 1,6)		(80,2 - 83,0)
Sexo	Hombres	2,6	1	3,9	1,3	823	85,1
	Mujeres	3	1,1	4	1,2	1751	78,1
Edad	18-24	2,5	0,9	3,9	1,3	416	89,9
	25-44	2,7	1	4,1	1,3	1040	81,6
	45-65	3	1,1	3,8	1,2	1118	78,7
Zona	Urbana	2,8	1	4	1,2	1963	81
	Rural	2,3	0,9	3,8	1,1	611	89,3

Fuente: Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en Medellín en 2011, Encuesta Stepwise.

Promedios calculados sobre el total de evaluables. Prevalencias calculadas a partir de valores ponderados (pond), no de valores muestrales

En el análisis sobre el consumo de verduras, es mayor el número de días en que son consumidas durante una semana (3,9 días), con 1,2 porciones en promedio por día. Se observaron diferencias en el promedio de día de consumo por sexo, edad y zona, donde el consumo es mayor en mujeres, personas con edades entre 25 y 44 años y residentes urbanos; sin embargo, en cuanto al número de porciones, las diferencias solo se registraron con respecto a la edad, en la que el grupo de 25 a 44 años es el mayor consumidor.

Al tener en cuenta como consumo inadecuado menos de cinco porciones de frutas y verduras al día, se observó este factor de riesgo en el 81,6 %, con diferencias que demuestran predominio en hombres, el grupo de edad de 18 a 24 años y la zona rural.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, lanzaron en 2003 la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, ésta incluye la iniciativa para aumentar la producción y el consumo de frutas y verduras. Una de las recomendaciones es el consumo de por lo menos cinco porciones diarias de frutas y verduras (A., 2004). Los hallazgos presentados se referían a una alta prevalencia de adultos que no consumen la cantidad mínima recomendada de porciones (81,6 %).

A pesar de la recomendación de consumo diario de frutas y verduras es de 400 g, una situación parecida a la descrita para Medellín, ocurre en los países en vía de desarrollo donde el consumo medio es inferior a 100 g, según lo reporta la Organización Mundial de la Salud. Según lo descrito en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2005 (ENSIN-2005), en Colombia el 35,3 % y el 27,9 % de la población, no incluyen frutas y verduras en su alimentación (ICBF. , 2005.). Sin embargo, esto es mediado por aspectos como el ingreso, donde puede ser más fácil el acceso a carbohidratos y grasa, debido a un costo mayor de las frutas y las verduras.

2.2.4.5. Actividad física

En Medellín, la mitad de las personas dedican una hora o menos a la realización de cualquier tipo de actividad física en el día (Encuesta STEPS 2011). De acuerdo a las características analizadas, dicho tiempo es superior en hombres (90 minutos), con respecto a las mujeres (40 minutos); entre los grupos de edad y zonas de residencia no se observaron diferencias (Tabla 41).

Tabla 41. Nivel de actividad física en adultos de Medellín, 2011

Step 1 Actividad física		Mediana del tiempo dedicado cada día a la actividad física (en min)	Nivel de actividad física bajo ¹		Nivel de actividad física moderado ²		Nivel de actividad física alto ³	
			n	% pond	n	% pond	n	% pond
Total		60	2584	79,7	339	11,9	215	8,3
(IC 95%)				(78,3 - 81,1)		(10,9 - 13,1)		(7,4 - 9,3)
Sexo	Hombres	90	662	71,4	145	15,2	139	13,5
	mujeres	40	1922	88,1	194	8,7	76	3,2
Edad	18-24	60	375	78,4	55	14,2	31	7,4
	25-44	60	1037	78,3	135	11,6	104	10,1
	45-65	60	1172	81,4	149	11,4	80	7,2
Zona	Urbana	60	2032	80,1	266	12	147	8
	Rural	60	552	75,8	73	11,3	68	12,9

Fuente: Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en Medellín en 2011, Encuesta Stepwise

- Mediana del tiempo dedicado cada día a la actividad física (en min): Sexo

- Nivel de actividad física (medido en MET min/sem): Sexo, Zona

Nota: Prevalencias calculadas a partir de valores ponderados (pond), no de valores muestrales

¹ Nivel bajo: < 600 MET-minuto/semana

² Nivel moderado: ≥600 MET-minuto/semana

³ Nivel alto: ≥3000 MET-minuto/semana

El análisis del nivel de actividad física medida en equivalentes metabólicos por minuto en una semana (MET min/sem), mostró que alrededor del 79,7 % de los adultos no alcanza el mínimo recomendado y por lo tanto son clasificados con un nivel de actividad física bajo, un 11,9 % corresponde al nivel moderado y el restante 8,3 % se ubican en el nivel alto. Este indicador presentó diferencias por sexo y zona, con mayor riesgo (nivel bajo) en mujeres y zona urbana.

La actividad física, es definida por la Organización Mundial de la Salud como cualquier movimiento corporal producido por el sistema músculo esquelético que exija un gasto de energía (Organización Mundial de la Salud., 2004). Se ha observado que a nivel mundial el 6 % de las muertes de todo el mundo están relacionadas directamente con este factor, además se considera que es responsable del 30 % de la carga de la enfermedad por cardiopatía isquémica.

Se han evidenciado barreras socioculturales y económicas para la realización de actividad física en un nivel saludable. Es así como se ha encontrado que factores como la falta de tiempo, falta de recursos, influencia social y obligaciones familiares están principalmente relacionadas con la inactividad física (R., 2006). Al respecto, es importante aclarar que hay que diferenciar la actividad física de la actividad deportiva, esta incluye los deportes, el ejercicio y otras actividades, tales como el juego, el caminar, las tareas domésticas, la jardinería o el baile (World Health Organization. , 2010).

Según las estadísticas mundiales del Observatorio de Salud de la OMS, para el año 2008 la prevalencia mundial de baja o ninguna actividad física fue del 30,9 %; en Colombia se han encontrado prevalencias de este factor de riesgo en más de 50 % (27,31). Estas cifras son bastante inferiores en comparación con lo hallado en el STEPwise para Medellín, donde se encontró el 79,7 % de los adultos no realizan el mínimo nivel recomendado de actividad física. Estos resultados deben ser comparados con cautela, debido a los diferentes mecanismos de medición de este factor en cada estudio.

2.2.4.6. Sobrepeso y obesidad

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad se evalúan por lo general mediante el índice de masa corporal (IMC), variable determinada por el peso y la estatura que guarda estrecha relación con el contenido de grasa del organismo. Según los criterios de la OMS, existe sobrepeso a partir de 25 kg/m², y obesidad a partir de 30 kg/m² (Organización Mundial de la Salud. , 2002.). Estos valores del IMC constituyen los puntos de referencia habituales para la evaluación, y fueron los utilizados en este trabajo, en el que se encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 46,7 %.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud. , 2002.), la proporción de la población afectada por problemas relacionados a este factor, alcanza ya cotas epidémicas, pues más de 1 000 millones de adultos de todo el mundo tienen un peso excesivo, y al menos 300 millones son clínicamente obesos, todo esto debido al aumento del consumo de grasas saturadas e inactividad física en la población. Adicionalmente, según lo encontrado por la OMS, aproximadamente el 58 % del total mundial de casos de diabetes mellitus y el 21 % de las cardiopatías isquémicas eran atribuibles a un índice de masa corporal superior a 21 kg/m².

En 2011, para Medellín, dentro de las medidas antropométricas se encontró en el total de la población una mediana para el peso y la estatura de 65 kg y 164 cm; en cuanto al peso, hubo diferencias por sexo y edad, a favor de los hombres y las personas de mayor edad. Con respecto a la estatura las diferencias mostraron mayor talla en hombres, las personas del grupo de edad más joven (18 a 24 años) y los habitantes de la zona urbana.

Tabla 42. Sobrepeso y obesidad en adultos de Medellín, 2011

Step 2 Mediciones físicas		Mediana del peso (Kg)	Mediana de la estatura (cm)	Mediana del índice de masa corporal ¹ (IMC)	Sobrepeso u obesidad ²		Obesidad ³	
					n	% pond	n	% pond
Total		65	164	24,6	1524	46,7	476	12,4
(IC 95%)						(44,9 - 48,5)		(11,2 - 13,6)
Sexo	Hombres	70	170	24,2	404	43,1	73	7,2
	mujeres	62	157	25,1	1120	60,2	403	17,5
Edad	18-24	62	168	22	104	21,3	26	4,9
	25-44	66	164	24,6	614	47,1	176	11,6
	45-65	66	162	25,6	806	65,1	274	15,6
Zona	Urbana	65	164	24,6	1168	46,5	355	12,3
	Rural	65	162	24,9	356	49	121	13,6

Fuente: Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en Medellín en 2011, Encuesta Stepwise

Prevalencias calculadas a partir de valores ponderados (pond), no de valores muestrales

¹ IMC: kg/m²

² IMC ≥ 25 kg/m²

³ IMC ≥ 30 kg/m²

El índice de masa corporal presentó diferencias en las tres variables sociodemográficas analizadas, con valores superiores en mujeres, integrantes del grupo de edad 45-65 años y habitantes de la zona rural. De acuerdo con dicho índice, la proporción de personas obesas en la ciudad es 12,4 %; al unir este grupo con las personas en sobrepeso la prevalencia aumenta a 46,7 %, con diferencias por sexo y edad, donde hubo mayor presencia del factor de riesgo en mujeres y se destaca que la prevalencia del grupo de 45-65 años dobla la del grupo de 18-24 años.

2.2.4.7. Riesgo cardiovascular

En la Encuesta STEPS la mediana de la circunferencia de cintura en la población total fue 85 cm, mayor en los hombres (86,5) con respecto a las mujeres (83). De igual manera se observó mayor valor en esta medición en el grupo de edad de 45-65 años y en las personas de zona rural; y, son precisamente los grupos mencionados los que quedan clasificados como los de mayor prevalencia para obesidad abdominal.

Tabla 43. Obesidad abdominal en adultos de Medellín, 2011

Step 2 Mediciones físicas		Mediana del perímetro de cintura (cm)	Obesidad abdominal		Obesidad abdominal: Riesgo alto ¹		Obesidad abdominal: Riesgo muy alto ²	
			n	pond	n	pond	n	Pond
Total		85	1642	45,5	705	21,4	937	24,1
(IC 95)				(43,8 - 47,3)		(20,0 - 22,9)		(22,6 - 25,6)
Sexo	Hombres	86,5	284	30,2	179	18,7	105	11,4
	mujeres	83	1358	60,9	526	24,1	832	36,8
Edad	18-24	76,5	109	17,2	57	9,9	52	7,3
	25-44	84	631	42,1	283	20,1	348	22
	45-65	88,7	902	58,2	365	26,5	537	31,7
Zona	Urbana	85	1251	45,3	556	21,6	695	23,7
	Rural	86,2	391	48	149	19,3	242	28,6

Fuente: Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en Medellín en 2011, Encuesta Stepwise

Prevalencias calculadas a partir de valores ponderados (pond), no de valores muestrales

¹ Circunferencia de cintura: hombres=94-101 cm; mujeres=80-87 cm

² Circunferencia de cintura: hombres \geq 102 cm; mujeres \geq 88 cm.

Varios trabajos recientes sugieren que la obesidad central, como marcadora de adiposidad visceral aumentada, tiene un papel preponderante en el desarrollo de aterosclerosis y enfermedades cardiovasculares (Ruiz ÁJ, 2012), por lo que la según la medida del perímetro abdominal se puede evaluar de una forma sencilla el riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (ICBF. , 2005.). De acuerdo a los hallazgos del *STEPwise* para Medellín, cerca de la mitad de adultos estarían en riesgo frente a los problemas mencionados.

2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

En la tabla 44 se presenta el comportamiento de los evento de notificación obligatoria en el Municipio de Medellín en los grupos de eventos de: Enfermedades Transmisibles por Vectores- ETV, Eventos asociados a factores de riesgo ambiental, Mycobacterias, zoonosis, Infecciones de transmisión sexual y otros eventos de interés en Salud Pública.

Durante el periodo comprendido entre 2006 y 2014, no se notificaron casos de letalidad causado por cólera, difteria, parálisis flácida, sarampión, rabia ni rubeola congénita. En el 2008, las tasas de letalidad más altas se presentaron por meningitis tuberculosa (62,5 muertes por cada 100 enfermos), tuberculosis pulmonar (7,38 muertes por cada 100 enfermos), tuberculosis extrapulmonar (30,87 muertes por cada 100 enfermos) y leptospirosis (100 muertes por cada 100 enfermos); sin embargo la letalidad por estas afecciones han presentado una tendencia decreciente para el año 2014.

Es de mencionar que los eventos críticos de intervención por su alta letalidad en el municipio de Medellín son la leptospirosis y meningitis tuberculosa. Estos indicadores presentan valores superiores a los identificados en el departamento de Antioquia.

Es importante resaltar que en varios datos se observan razones con valores de cero, dato generado porque o no se presentaron casos o no fue posible calcularlos por tener en el numerador o en el denominador el valor de cero.

Tabla 44. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria Antioquia / Medellín, 2007-2015

Causa de muerte	Antioquia	Medellin	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Accidentes biológicos												
Accidente ofídico	0,95	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-
Intoxicaciones	0,00	0,57	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	0,60	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trasmisibles												
Ambiental												
Ebola	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emergentes												
Inmunoprevenibles												
Difteria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningitis Neisseria meningitidis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-
Meningitis por Haemophilus influenzae	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningitis: meningococcica streptococo pneumoniae	5,56	0,00	-	-	-	-	↗	↗	↘	-	-	-
Parotiditis	0,13	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampión-rubeola	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Síndrome de rubeola congénita	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tétanos accidental	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tosferina	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-
Varicela	0,05	0,02	-	-	↗	↘	-	↘	↘	-	↗	↘
Materno perinatal												
Sífilis gestacional	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sífilis congénita	2,83	2,33	-	↗	↘	-	-	↗	↘	↗	↘	↘
Remergentes y olvidadas												
Peste (bubónica/neumónica)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tifus	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Transmisión aérea y contacto directo												

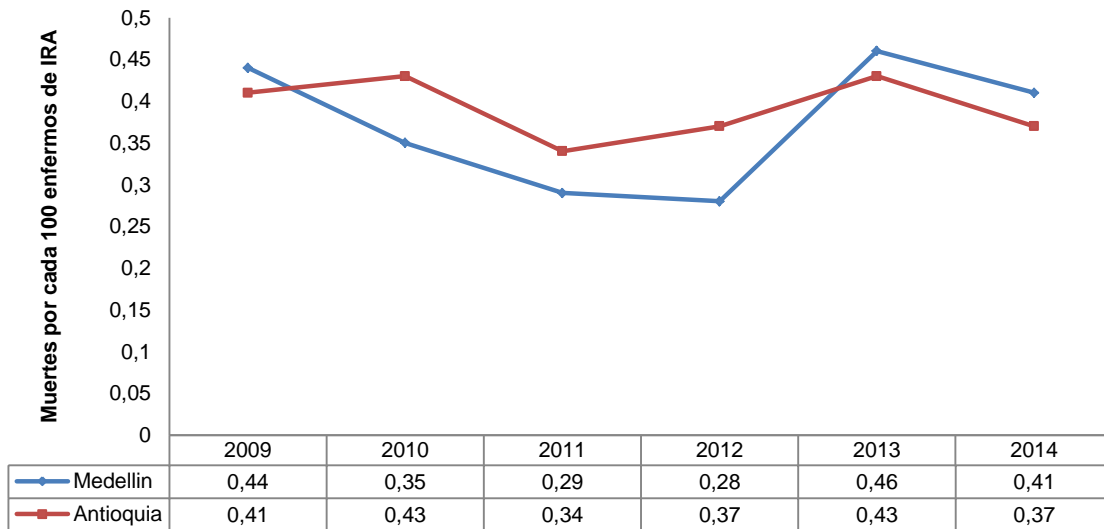
Infección Respiratoria Aguda	0,37	0,41	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	-	-
Lepra	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis pulmonar	6,57	5,84	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Tuberculosis extrapulmonar	6,98	0,00	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘
Meningitis tuberculosa	18,64	30,77	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘
Transmisión sexual y sanguínea												
Hepatitis distintas a A	0,00	0,00	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	-
Chagas crónico y agudo	100,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dengue	0,12	0,00	-	-	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	↘
Dengue grave	3,93	0,00	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	↘
Encefalitis: nilo occidental, equina del oeste, venezolana	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniasis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniasis cutánea	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniasis mucosa	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leptospirosis	3,18	10,00	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Malaria	0,01	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaria: vivax	0,00	0,00	-	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	-	-
Malaria: falciparum	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rickettsiosis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trasmitida por alimentos/suelo/agua												
Cólera	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitis A	0,00	0,00	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-
ETA	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasas de incidencia PDSP												
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	103,11	118,80	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de dengue hemorrágico según municipio de ocurrencia	2,56	1,78	↗	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de leptospirosis	4,29	1,41	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	-
Tasa de incidencia de Chagas	0,16	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de sífilis congénita	177,91	195,90	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	-

Fuente: SIVIGILA- Sispro

Análisis de eventos de mayor letalidad o mayor incidencia: Medellín

En cuanto a la letalidad por infección respiratoria aguda durante el período comprendido entre los años 2009 al 2014, se observa un incremento importante en el año 2013 tanto para el municipio de Medellín como para el departamento de Antioquia. Es de mencionar que, aunque para el año 2014 se presentó un leve decremento en la tendencia de esta causa específica, el valor para el municipio de Medellín continua siendo superior al departamento.

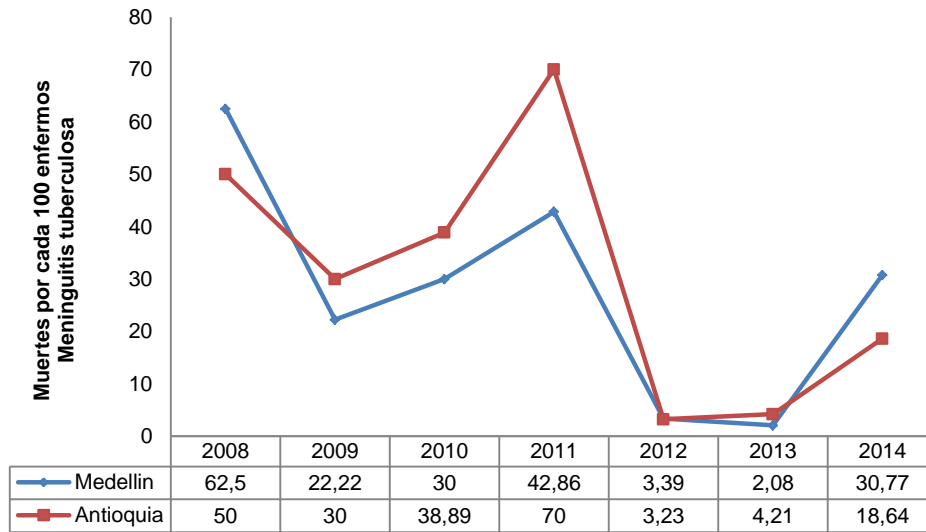
Figura 41. Letalidad por infección respiratoria aguda en Medellín, 2009-2014



Fuente: SIVIGILA- Sispro

La letalidad por meningitis tuberculosis ha presentado un comportamiento irregular en el tiempo, con picos importantes en los años 2008, 2011 y 2014 tanto para Medellín como para el departamento de Antioquia. Para este último año, la letalidad fue mayor para el municipio. Es de resaltar que las tendencias de este evento, viene presentando un comportamiento ascendente y puede ser de análisis crítico, pues su este comportamiento puede asociarse como posible comorbilidad de enfermedades inmunosupresoras

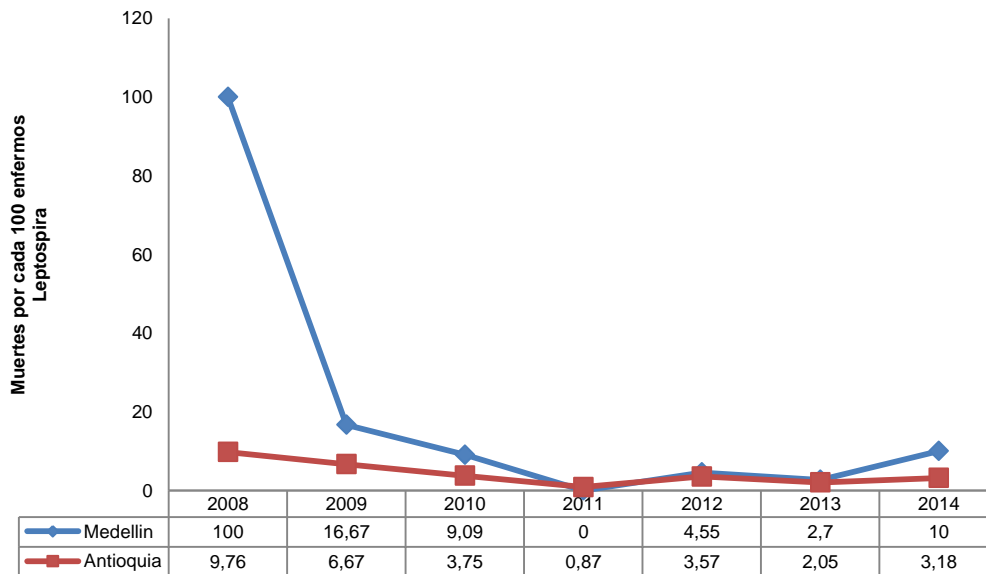
Figura 42. Letalidad por Meningitis tuberculosa en Medellín, 2008-2014



Fuente: SIVIGILA- SISPRO

La letalidad por leptospirosis presenta un comportamiento decreciente, sin embargo, para los años 2008 y 2014 se observaron picos importantes, siendo estos de mayor magnitud en el municipio de Medellín, con respecto a los valores obtenidos en el departamento para los mismos periodos.

Figura 43. Letalidad por leptospira en Medellín, 2008-2014



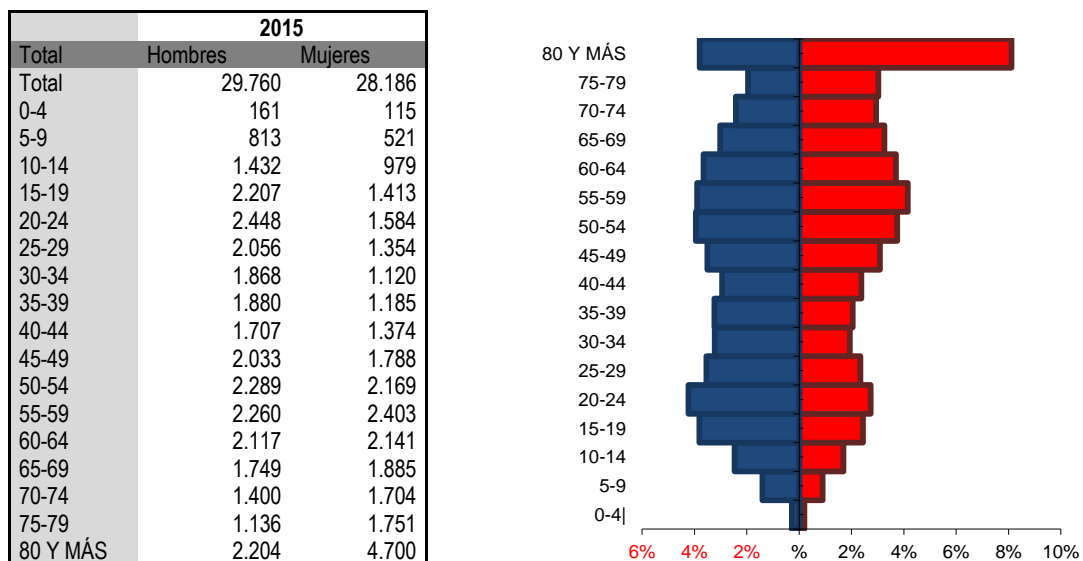
Fuente: SIVIGILA- Sispro

2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad a 2015

A partir del año 2009, la Ley 1346 establece que las personas con discapacidad son “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” Así mismo, el Plan Decenal de Salud Pública reconoce como sujetos de derecho a las personas con discapacidad, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como, de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social.

Según el Informe Mundial de la Discapacidad de la OMS, el 15% de la población mundial vive con discapacidad;. En el documento ASIS de Colombia de 2015, relaciona que de acuerdo con los datos del DANE, la prevalencia intermedia de discapacidad es del 6,3%. El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) cuenta con un total de 1.121.274 personas registradas entre 2002 y octubre de 2015. El 51,06% son mujeres y el restante 48,81% hombres. El 18,02% tiene 80 años y más y el 54,96% entre los 15 y 65 años. Para este mismo año, en el municipio de Medellín se relacionan 57.946 personas en situación de discapacidad. La distribución por sexo y grupos de edad, presenta un comportamiento muy similar tanto en hombres como en mujeres. La población masculina presenta mayor número de casos en esta condición en la infancia, juventud y en la edad de adulto. En la población femenina se evidencia mayor concentración de mujeres en condición de discapacidad en el grupo de edad de 80 a más.

Figura 44. Pirámide de la población en condición de discapacidad del municipio de Medellín a 2015



Fuente: SISPRO

Al analizar las discapacidades permanentes más importantes para el año 2015 en el municipio de Medellín, se encuentra que la discapacidad más relevante en la población es el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con el 34,03% (19.720) del total de las alteraciones permanentes reportadas en el municipio de Medellín, seguida por el sistema nervioso y alteraciones los ojos con el 31,83% (18.445) y 15,21% (8.815), respectivamente.

Al analizar las alteraciones permanentes acumuladas de la población de la ciudad de Medellín entre el año 2011 y el 2014, se observa que la alteración más importante en la población discapacitada fue el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con el 34,03% (19.720), seguido por las alteraciones del sistema nervioso con el 31,83% (18.445) de las alteraciones registradas en el periodo.

Tabla 45. Total de las alteraciones permanentes del municipio de Medellín, 2011-2015

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	19720	34,03
El sistema nervioso	18445	31,83
Los ojos	8815	15,21
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	7586	13,09
Los oídos	5216	9,00
La voz y el habla	8313	14,35
La digestión, el metabolismo, las hormonas	4242	7,32
El sistema genital y reproductivo	2938	5,07
La piel	1243	2,15
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	1052	1,82
Ninguna	0	0,00
Total	57946	

Fuente: SISPRO

Por su parte, las alteraciones permanentes más frecuentes en hombres de 0 al 4 años y de 5 a 9 años son las relacionadas con el sistema nervioso, con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, las alteraciones relacionadas con la voz y el habla y por último, las alteraciones relacionadas con el sistema cardiorrespiratorio y las defensas.

Para los hombres entre los 10 y los 14 años, las alteraciones permanentes más importantes se relacionan con el sistema nervioso, la voz, el movimiento del cuerpo y del sistema cardiorrespiratorio.

Por su parte los hombres en los grupos de edad de 15 a 19 y 20 a 29 años se vieron afectados principalmente en el 2014 por las alteraciones permanentes relacionadas con el sistema nervioso, la voz - el habla y el movimiento del cuerpo. Mientras que para los hombres entre 25 y 29 años, las alteraciones permanentes más importantes se relacionan con el sistema nervioso, el movimiento del cuerpo, la voz y el habla.

Así mismo, para los hombres entre los 30 y 34 años, las alteraciones permanentes como lo son las relacionadas con el sistema nervioso, el movimiento del cuerpo, la voz y el habla, y los ojos se posicionaron como las más importantes para este grupo poblacional en condición de discapacidad. Para los que se ubican

entre 35 y 39 años, las cinco primeras causas de alteraciones permanentes se relacionan con el sistema nervioso, el movimiento del cuerpo, la voz y el habla; los ojos y el sistema cardiovascular, en su orden.

Entre los 40 y 44 años, los hombres se ven afectados principalmente por las alteraciones permanentes del movimiento del cuerpo, el sistema nervioso, la voz y el habla, los ojos y los oídos. Igual situación presentan los hombres entre los 45 y los 49 años. A partir de los 50 hasta los 54 años, las alteraciones permanentes más importantes de los hombres se encuentran afectando el movimiento del cuerpo, el sistema nervioso, los ojos, la voz y el habla y el sistema cardiovascular y las defensas.

Los hombres que se encuentran entre los 60 y los 64 años las principales alteraciones afectan el movimiento del cuerpo, el sistema nervioso, el sistema cardiovascular, los ojos y, la voz y el habla.

Por otra parte, los hombres entre 65 y 69 años se ven afectados principalmente por alteraciones permanentes del movimiento del cuerpo, el sistema nervioso, el sistema cardiovascular, los ojos, y la voz y el habla.

Para los grupos de mayor edad, entre 70 a 74 años, 75 a 79 años y más de 80 años, las alteraciones permanentes se relacionan con el movimiento del cuerpo, el sistema cardiovascular, los ojos, el sistema nervioso y los oídos.

Tabla 46. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres del municipio de Medellín, 2009 a 2015

Grupo de Edad	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	El sistema cardiovascular y las defensas	El sistema genital y reproductivo	El sistema nervioso	La digestión, el metabolismo, las hormonas	La piel	La voz y el habla	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	Los oídos	Los ojos	Ninguna	Total General
De 0 a 4 años	52	22	21	85	14		32	1	12	24		111
De 05 a 09 años	276	96	93	515	88	10	307	16	91	114		664
De 10 a 14 años	380	174	109	927	130	34	482	27	143	196		1.225
De 15 a 19 años	610	279	141	1.519	160	45	739	48	251	372		1.976
De 20 a 24 años	804	295	163	1.769	212	62	888	66	353	469	1	2.398
De 25 a 29 años	797	248	139	1.343	155	44	649	58	281	372		2.027
De 30 a 34 años	820	205	110	1.158	165	50	498	54	234	352		1.810
De 35 a 39 años	918	198	139	1.117	142	53	471	63	197	363		1.832
De 40 a 44 años	914	183	124	936	147	61	401	41	167	332		1.644
De 45 a 49 años	1.060	240	155	1.075	173	58	428	38	215	372		1.883
De 50 a 54 años	1.295	309	143	1.144	193	53	416	54	241	460		2.171
De 55 a 59 años	1.321	389	150	1.107	228	53	399	46	261	510		2.212
De 60 a 64 años	1.293	457	168	939	210	57	394	68	287	522		2.066
De 65 a 69 años	1.137	471	160	725	204	47	274	42	228	468		1.720
De 70 a 74 años	902	418	139	531	165	41	207	31	200	401		1.346
De 75 a 79 años	716	380	113	391	165	35	126	24	182	348		1.032
De 80 años o más	1.414	739	323	736	342	80	243	63	521	786		2.027
No Definido				1			1		1			1
No Reportado	30	13	4	20	5	5	7	1	8	11		50
Total	14.739	5.116	2.394	16.038	2.898	788	6.962	741	3.873	6.472	1	28.195

Fuente: Sispro- Registro de personas con discapacidad, 2009-2015

Por su parte, las alteraciones permanentes más frecuentes en mujeres de 0 al 4 años son las relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, con el sistema nervioso, con el sistema cardiorespiratorio y las defensas y por último, las alteraciones relacionadas con la voz y el habla.

Para las mujeres entre los 5 y los 9 años, las alteraciones permanentes más importantes son en su orden; alteraciones del sistema nervioso, de la voz, del movimiento del cuerpo, de los ojos y del sistema cardiorespiratorio. Mientras que para las mujeres entre los 10 y los 14 años, las alteraciones permanentes más importantes se relacionan con el sistema nervioso, el movimiento del cuerpo, la voz, los ojos, y del sistema cardiorespiratorio y las defensas.

Por su parte las mujeres entre 15 y 19 años de Medellín se ven afectadas principalmente por las alteraciones permanentes relacionadas con el sistema nervioso, la voz, el movimiento del cuerpo, los ojos y el sistema cardiorespiratorio y las defensas. Mientras que para las mujeres entre los 20 y los 24 años, las alteraciones permanentes más importantes se relacionan con el sistema nervioso, la voz, el movimiento del cuerpo, los ojos y el sistema cardiorespiratorio y las defensas, y para las mujeres entre 25 y 29 años, las alteraciones permanentes más importantes se relacionan con el sistema nervioso, el movimiento del cuerpo, la voz, los ojos y el sistema cardiorespiratorio y las defensas.

Así mismo, para las mujeres entre los 30 y los 34 años, las alteraciones permanentes más importantes son las relacionadas con el sistema nervioso, el movimiento del cuerpo, la voz y el habla, y los ojos. Para las que se ubican entre 35 y 39 años, las cinco primeras causas de alteraciones permanentes se relacionan con las el movimiento del cuerpo, el sistema nervioso, la voz y el habla; los ojos y el sistema cardiorespiratorio, en su orden.

Entre los 40 y los 44 años, las mujeres se ven afectados principalmente por las alteraciones permanentes del movimiento del cuerpo, el sistema nervioso, la voz y el habla, los ojos y los oídos. Igual situación presentan las mujeres entre los 45 y los 49 años. A partir de los 50 hasta los 54 años, las alteraciones permanentes más importantes de las mujeres se encuentran afectando el movimiento del cuerpo, el sistema nervioso, los ojos, la voz y el habla y el sistema cardiorespiratorio y las defensas.

De los 55 a 59 años, las alteraciones permanentes que más afectan a las mujeres son las relacionadas con el movimiento del cuerpo en primer lugar, el sistema nervioso, el sistema cardiorespiratorio, los ojos y la voz y el habla. Mientras que para las mujeres que se encuentran entre los 60 y los 64 años las principales alteraciones afectan el movimiento del cuerpo, el sistema nervioso, el sistema cardiorespiratorio, los ojos y, la voz y el habla.

Por otra parte, las mujeres entre 65 y 69 años se ven afectadas principalmente por alteraciones permanentes del movimiento del cuerpo, el sistema nervioso, el sistema cardiorespiratorio, los ojos, y la voz y el habla.

Para los grupos de mayor edad, entre 70 a 74 años, 75 a 79 años y más de 80 años, las alteraciones permanentes se relacionan con el movimiento del cuerpo, el sistema cardiorespiratorio, los ojos, el sistema nervioso y los oídos.

Tabla 47. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres del municipio de Medellín, 2009 a 2015

Grupo de Edad	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	El sistema genital y reproductivo	El sistema nervioso	La digestión, el metabolismo, las hormonas	La piel	La voz y el habla Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	Los oídos	Los ojos	Total General	
De 0 a 4 años	35	12	14	63	11	2	24	2	8	19	81
De 05 a 09 años	186	78	63	313	53	11	194	9	53	83	437
De 10 a 14 años	278	78	81	605	84	23	327	13	89	177	796
De 15 a 19 años	440	179	105	928	141	48	467	34	163	321	1.251
De 20 a 24 años	571	195	129	1.069	171	72	616	32	289	358	1.578
De 25 a 29 años	468	160	120	875	141	40	485	31	241	271	1.312
De 30 a 34 años	436	162	79	714	114	51	404	29	179	230	1.082
De 35 a 39 años	494	158	93	712	122	47	355	33	149	229	1.154
De 40 a 44 años	598	177	86	762	151	45	305	37	162	233	1.277
De 45 a 49 años	832	247	150	966	193	79	337	40	210	368	1.677
De 50 a 54 años	1.156	412	144	1.110	258	73	385	50	227	477	2.041
De 55 a 59 años	1.346	556	187	1.101	354	100	368	85	301	673	2.264
De 60 a 64 años	1.358	579	155	962	346	84	342	64	303	598	2.128
De 65 a 69 años	1.254	590	160	756	316	85	235	57	238	516	1.798
De 70 a 74 años	1.173	588	124	605	270	62	178	41	189	474	1.592
De 75 a 79 años	1.176	567	137	574	295	78	129	42	215	493	1.555
De 80 años o más	3.100	1.501	512	1.406	710	189	335	120	790	1.478	3.845
No Definido				1							1
No Reportado	14	9	3	10	3	2	3		3	8	22
Total	14.915	6.248	2.342	13.532	3.733	1.091	5.489	719	3.809	7.006	25.891

Fuente: Sispro - Registro de personas con discapacidad, 2009-2015

2.2.7. Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Teniendo en cuenta el comportamiento de la morbilidad entre los años 2005 y 2015 en el municipio de Medellín, se identifican las siguientes prioridades a ser abordadas:

Tabla 48. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria Antioquia, Medellín, 2015

Morbilidad	Prioridad	Antioquia 2015	Medellín 2015	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles población (para todos los grupos)	55,01	55,22	Incremento	001
	2. Condiciones transmisibles y nutricionales. (para todos los grupos)	17,34	17,25	Decremento	009
	3. Lesiones. (para todos los grupos)	8,08	8,42	Incremento	013
Específica por Subcausas o subgrupos	1.1. Enfermedades musculo-esqueléticas	14,57	14,3	Incremento	001
	1.2. Condiciones orales	14,92	10,9	Incremento	001
	1.3. Enfermedades cardiovasculares	12,09	10,9	Estable	001
	2.1. Deficiencias nutricionales	3,21	3	Estable	003
	2.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias	47,24	48,9	Estable	009
	2.3. Infecciones respiratorias	49,55	48,1	Estable	009
	3.1. Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	94,2	94,1	Estable	013
Alto Costo	1. Tasa de incidencia de VIH notificada	13,38	21,27	Estable	009
	2. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	0,42	0,62	Oscilante	007
Precursores	1. Prevalencia de diabetes mellitus	2,66	3,66	Incremento	001
	2. Prevalencia de hipertensión arterial	10,15	12,8	Incremento	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Tasa de incidencia de sífilis congénita	177,91	195,9	Decremento	009
	2. Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	103,11	118,8	Incremento	009
	3. Letalidad de Meningitis tuberculosa	18,64	30,77	Oscilante	009
	4. Letalidad de Leptospirosis	3,18	10	Incremento	009
	5. Letalidad de Tuberculosis pulmonar	6,57	5,84	Estable	009
Discapacidad	1. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	52,70%	34,03%	Estable	000
	2. El sistema nervioso	51,87%	31,83%	Estable	000
	3. Los ojos	27,45%	15,21%	Estable	000

Fuente: SISPRO Morbilidad 2015

En la morbilidad presentada en la ciudad de Medellín, las enfermedades no transmisibles muestran la mayor proporción con el 55,22% de las atenciones durante el año 2015 y en todos los grupos de edad se observa que es la causa principal. Luego le sigue la causa de las condiciones transmisibles y nutricionales con el 17,25%. Las lesiones es una causa que si bien se observa que viene con una tendencia al incremento a través del tiempo.

Dentro de las enfermedades no transmisibles, las subcausas o subgrupos con una tendencia de incremento son las enfermedades musculo-esqueléticas y las condiciones orales con 14,3 y 10,9 puntos porcentuales para el año 2015. Dentro de las condiciones orales uno de los factores que ha ocasionado mayor morbilidad es la baja cobertura de los programas de prevención y promoción de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, para esto uno de las estrategias que se puede generar son los componentes de información, educación y comunicación en salud bucal, la gestión con las EAPB, la reorientación del modelo teniendo en cuenta la Política Pública en Salud Bucal.

En las condiciones transmisibles y nutricionales, los subgrupos con mayor prioridad se encuentran las enfermedades infecciosas y parasitarias, las infecciones respiratorias y las deficiencias nutricionales con el 48,9, 48,1 y 3 puntos porcentuales para el año 2015, los tres subgrupos muestran una tendencia estable, sin embargo las deficiencias nutricionales cada año ha presentado un aumento leve. Para esto es necesario realizar las acciones de información, educación y comunicación, encaminados en los buenos hábitos alimentarios y de condiciones de vida, la articulación con los diferentes actores con el objetivo de mejorar la seguridad alimentaria, fortalecimiento de la gobernanza frente a las aseguradoras en los procesos de promoción y prevención.

Frente a la tasa de incidencia de VIH notificada, el cual presenta una tasa de 21,27 para el año 2015 y con una tendencia estable, se debe continuar con el trabajo programado y reforzar el trabajo desde la salud sexual y reproductiva, desde el fondo mundial de captación de pacientes y hacer un trabajo fuerte de prevención con los abusadores de droga intravenosa, además de la gestión con las aseguradoras para la atención oportuna y continuar con procesos de articulación con los diferentes actores como el comité intersectorial de VIH para la ciudad.

La tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfocítica, en menores de 15 años, presenta una tendencia oscilante, sin embargo es necesario realizar un comité de análisis para orientar las medidas necesarias frente a la gestión y control, para garantizar la calidad de la red prestadora de servicios para esta población, analizando las barreras de la atención y las dificultades en el acceso a un diagnóstico y tratamiento oportuno e integral.

Con los eventos precursores, la prevalencia de diabetes mellitus con el 3,66% y la prevalencia de hipertensión arterial con el 12,8% presentan una tendencia al incremento. Una de las causas puede ser el aumento de la cobertura porque se aumentan los casos y la notificación de ellos, para ellos se debe realizar la gestión de los servicios de salud, la garantía al acceso. Otros factores de riesgo es la mala adherencia al tratamiento y los inadecuados hábitos de vida saludable como el aumento del consumo de sal añadida, el aumento del consumo de azúcar y de harinas, bajo consumo de frutas y verduras, inactividad física, aumento del consumo de cigarrillo y de bebidas alcohólicas, para ello es necesario realizar las actividades de promoción en estilos de vidas saludables en todos los entornos como el ejercicio físico, el transporte en bicicleta, fortalecimiento muscular, entre otros.

En los Eventos de Notificación Obligatoria, la letalidad de tuberculosis pulmonar se encuentra con una tendencia estable con el 5,84%, la letalidad de meningitis tuberculosa tiene una tendencia oscilante con el

30,77%, la letalidad de leptospirosis presenta un incremento con el 10%, la tasa de incidencia de dengue clásico según el municipio de ocurrencia incrementó con el 118,8, la tasa de incidencia de sífilis congénita tuvo un decremento y se encuentra para el año 2015 en 1995,9. El Dengue tiene un comportamiento cíclico, para el año 2015 hay un pico epidémico esperado por las condiciones climáticas y por el comportamiento del dengue. Para la sífilis congénita se debe trabajar con las aseguradoras para el que el diagnóstico sea oportuno, completo y adecuado. Para la Leptospirosis, durante el año 2015 se realizó un proceso de vigilancia epidemiológica que ayudó en la captación y notificación de éste evento. En general para los Eventos de Notificación Obligatoria, se debe realizar la gestión en el proceso de notificación, asesorías y acompañamientos en los diferentes programas.

En cuanto a la discapacidad permanente, población de Medellín se ve afectada con frecuencia por el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, seguida por el sistema nervioso y alteraciones los ojos, respectivamente. Esta condición puede explicarse en parte, por la discapacidad asociada a accidentes de tránsito y enfermedades neurológicas y motoras. Se priorizan estas afecciones con el fin de caracterizarlas mejor y realizar acciones focales y estratégicas para su mitigación y reducción de ocurrencia.

2.2.8. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS

2.2.8.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud se define como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad" planteándose nuevas perspectivas epidemiológicas sobre la salud poblacional. Una de las más importantes por su carácter integrador y repercusión internacional en las políticas de salud pública fue la perspectiva canadiense de Lalonde y Laframboise (1974), estableciendo un modelo donde los factores condicionantes de la salud en la población se ubican en cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas "campos de la salud": la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y organización de los sistemas de salud. Se identificaron además, factores condicionantes intermedios se denominaron determinantes sociales de la salud, las cuales son circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias. Así mismo, Los sistemas de salud como determinantes se encontrarían también en este nivel.

A continuación se analizarán algunos indicadores trazadores, permitiendo sondear un poco la realidad de la salud de la población residente en el municipio de Medellín.

Condiciones de vida

De acuerdo a la información que presenta el departamento de Antioquia para el año 2015, en Medellín el 100% de la población tiene acceso a servicios de electricidad; el 99,11% tiene acceso acueducto y el 97,20% a alcantarillado.

Dentro de los determinantes intermedios de la salud, se puede identificar que las condiciones de la prestación de servicios públicos domiciliarios de la población residente en el municipio de Medellín es superior a la del departamento de Antioquia, influyendo positivamente la calidad de vida de la población.

Tabla 49. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Municipio de Medellín, 2015

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	Medellín
Cobertura de servicios de electricidad (2015)	99,05	100,00
Cobertura de acueducto	88,31	99,11
Cobertura de alcantarillado	78,7	97,20
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	8,23	1,55
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	14,7	2,74
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	12,2	3,10

Fuente: Proyecciones DANE, 2015

El acceso a servicios básicos para la conservación de la salud en el municipio de Medellín es mayor en la cabecera municipal que en el área rural o resto, evidenciándose que para el área rural el déficit en la cobertura de acueducto y alcantarillado es del 2,5% y del 10% de la población, mientras que en la cabecera, el déficit es del 0,8% y 2,41%, respectivamente.

Tabla 50. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Municipio de Medellín según tipo de área, 2015

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100	100,00
Cobertura de acueducto	99,2	97,50
Cobertura de alcantarillado	97,59	90,00

Fuente: Proyecciones DANE, 2015

Disponibilidad de alimentos

Se considera bajo peso al nacer a término, los niños que nacen vivos con 37 o más semanas de gestación y pesan menos de 2500 gramos. Su importancia radica en que consiste en un indicador que da cuenta de la salud fetal y neonatal e indirectamente de las condiciones de su gestación, en el contexto de los individuos y las poblaciones. El bajo peso al nacer está asociado con mayor riesgo de muerte fetal, neonatal y durante los primeros años de vida, así como de padecer un retraso en el crecimiento físico y cognitivo durante la infancia. Además, el bajo peso al nacer es un indicador de malnutrición y estado de salud de la madre

Así mismo, para los años 2011-2014, Medellín la proporción total de nacidos vivos con bajo peso al nacer ha presentado un comportamiento estable en los últimos 4 años, observándose un leve incremento en el año 2012, mientras que para el año 2011 presentó una cifra de 10.38%, para el año 2012 el indicador obtuvo un valor de 10.44%. Es de resaltar el mayor porcentaje de nacidos vivos con bajo peso se presentó en el 2009 con el 11,2% seguido por los años 2010 y 2008 con el 11% y 10,8%, respectivamente.

Según el análisis realizado, en Medellín la causalidad de bajo peso al nacer (BPN) debe ser considerada desde otros puntos de vista además de las condiciones socioeconómicas de la madre, dado que la proporción de nacidos vivos con BPN es similar en territorios con el menor y el mayor índice multidimensional de condiciones de vida, respectivamente. Lo que sugiere que este evento puede estar más relacionado con otro tipo de factores tales como inadecuados cuidados prenatales, riesgos ambientales y de conducta, riesgos médicos del embarazo actual, riesgos médicos anteriores al embarazo, entre otros.

Tabla 51. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional Municipio de Medellín, 2005-2014

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Medellin	Comportamiento									
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	9,24	10,25	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	

Fuente: DANE-EEVV

Condiciones de trabajo.

Según la información reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social - Subdirección de Riesgos Laborales, en Medellín durante el año 2013 la Incidencia de accidentalidad en el trabajo se ubicó en la cifra de 9269 accidentes y la incidencia de enfermedades relacionadas con la actividad profesional se ubicó en 51 trabajadores.

Es importante mencionar, que no se cuenta con información disponibles de este indicador para los años 2014 y 2015 del municipio de Medellín.

Condiciones factores, psicológicos y culturales

La tasa de violencia intrafamiliar contra la mujer durante los años 2014 y 2015 en el municipio de Medellín, fue de 165,5 y 229,7 casos por cada 100.000 mujeres, respectivamente; estos valores son sustancialmente más altos que los observados en el departamento de Antioquia en el mismo periodo.

Con respecto a los casos de violencia intrafamiliar, se evidencia que Medellín presenta una tasa de 208,76 casos por cada cien mil personas para el año 2014, mientras que Antioquia presentó una tasa de 157,32 casos por cada 100.000 personas. Para el año 2015, se evidencia un decremento sustancial para el municipio de Medellín con una tasa de 78,7 casos por cada cien mil personas; sin embargo, este valor continúa siendo superior al observado al departamento, el cual para este año presentó una tasa de violencia intrafamiliar de 54,69 casos por cada cien mil habitantes.

Tabla 52. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Municipio de Medellín 2006-2015

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia, 2015	Medellín	Comportamiento											
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2015)	54,69	78,68								↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2015)	145,9	229,73								-	↗	↗	↗	↗

Fuente: Forensis 2015

Sistema sanitario

El municipio de Medellín ha adelantado procesos de sinergia con actores del sistema y se ha propuesto su empeño en alcanzar metas propuestas de ciudad. Como se evidencia en la tabla de Determinantes Intermedios de la Salud -Sistema Sanitario, la cobertura administrativa de vacunación de BCG para recién nacidos, se encuentra por encima del 95%. Aunque las coberturas administrativas de DPT y de Polio para los menores de 1 año, se encuentre por debajo del 90%, su tendencia presenta un incremento importante.

Es de resaltar que el porcentaje de partos atendidos por profesionales calificados se encuentra en el 99,8% en el municipio de Medellín y de esta proporción, los recién nacidos tuvieron por lo menos 4 controles prenatales.

Tabla 53. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del Municipio de Medellín 2006-2015

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Medellín	Comportamiento											
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	13,9	19,95												
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE 2005)	5,3	4,56												
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2015)	93,54	101,29								-	-	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2015)	97	150,80						↗	↘	↗	↘	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2015)	94,3	98,20						↗	↘	↗	↘	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2015)	94,3	98,20						↗	↘	↗	↘	↗	↗	

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2015)	96,7	100,00	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2014)	90,78	93,78	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2014)	99,31	99,77	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2014)	99,36	99,78	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	

Fuente: MSPS-PAI- Cálculo DNP - SPSCV con datos del Censo 2006-2015

Capacidad Instalada

Hasta el año el mes de junio del año 2016, el municipio de Medellín contaba con 1.011 instituciones prestadoras de servicios de salud, de las cuales el 93% (948) son de naturaleza privada y aproximadamente 6% (59) son naturaleza pública,. Es de aclarar que de ésta última categoría, el 88% (52) corresponden a los puntos de atención, entre centros de salud y unidades hospitalarias que conforman la red de la ESE Metrosalud.

Tabla 54. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS habilitadas en Medellín, según su naturaleza jurídica, junio de 2016

Naturaleza Jurídica de las IPS	Total	%
Privadas	948	93,8
Pública	59	5,8
Mixta	4	0,4
Total general	1011	100,0

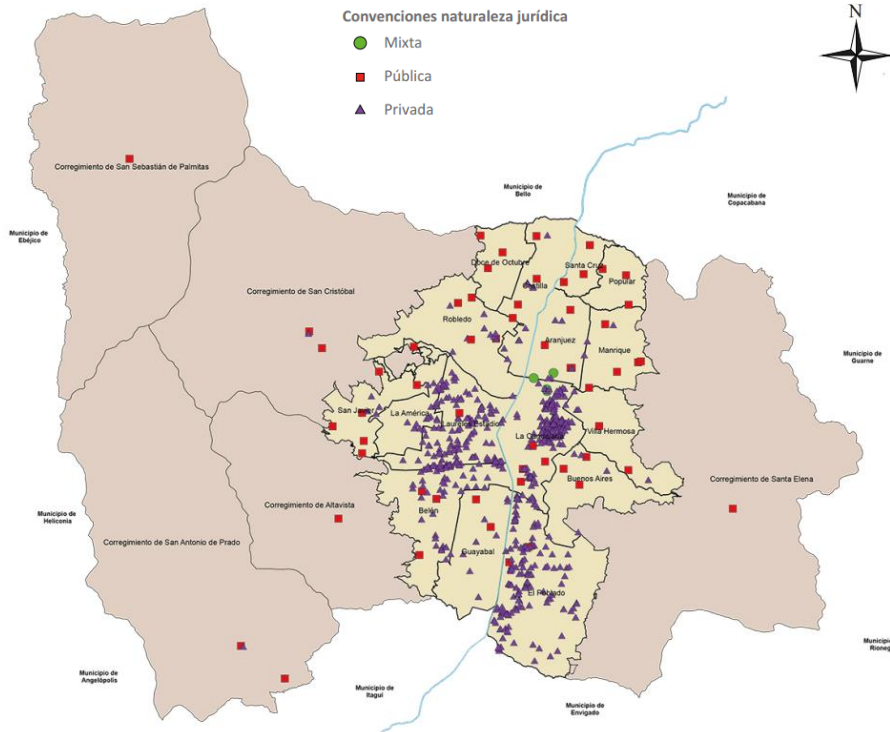
Fuente: REPS, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social.

Al observar la distribución de las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- públicas, privadas y mixtas, se evidencia que hay mayor concentración de éstas en las comunas: La Candelaria, Laureles-Estadio y El poblado, en su mayoría de naturaleza privada. Es notable además la dispersión de los puntos de atención de las instituciones de naturaleza pública, es indiscutible su presencia en cada una de las comunas y corregimientos.

Uno de los principales desafíos que afronta el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia es el acceso a los servicios de salud, aunque la meta Nacional y específicamente la del Municipio de Medellín en la cobertura del aseguramiento se encuentre por encima del 92%. Si bien el aumento de la cobertura es mecanismo a través del cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud de la población, este factor por sí sólo no determina la utilización de los servicios. Existen ciertas barreras que evita el goce efectivo a los servicios de salud. Algunas de estas barreras están relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención en el territorio, la mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda, como la falta de dinero y otros determinantes sociales y circunstancias de seguridad en el territorio.

Es una oportunidad y fortaleza que Medellín tenga en sus territorios presencia de puntos de atención de la ESE Metrosalud de primer y segundo nivel de atención; al aprovechar esta circunstancia se podría condicionar el acceso a salud por medio de convenios público-privados y el trabajo en red con el fin de mejorar la cobertura y la oportunidad de los servicios de salud, así como mitigar y reducir los riesgos que desencadenan en la morbilidad y mortalidad prematura.

Mapa 10 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas en Medellín, según su naturaleza jurídica, junio de 2016



Fuente: REPS, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social.

A continuación se presenta el número de instituciones habilitadas por servicios y su frecuencia relativa;

En cuanto a los servicios habilitados en las 1.011 IPS, se evidencia que los servicios de odontología, hacen presencia en todos los territorios. Llama la atención que los servicios de Medicina General, Psicología y Ginecobstetricia, se encuentra en el 81%, 43% y 33% de los territorios del municipio, evidenciándose mayor concentración de estos servicios en La Candelaria, Laureles-Estadio y El Poblado.

Tabla 55. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud Medellín, Junio 2016

Servicio habilitado por el Profesional Independiente	COMUNA DE UBICACIÓN DEL SERVICIO																			Total General	%		
	Popular	Santa Cruz	Manrique	Aranjuez	Castilla	Doce de Octubre	Robledo	Villa Hermosa	Buenos Aires	La Candelaria	Laureles	La América	San Javier	El Poblado	Guayabal	Belén	Correg. San Cristóbal	Correg. Altavista	Correg. San Ant de Prado			Correg. Santa Elena	
Esterilización	1	5	12	25	32	8	18	3	39	50	2	365	76	9	522	15	187	7	2	22	3	1853	22,9
Odontología general	1	3	10	21	26	9	17	4	31	37	8	236	61	6	224	15	125	5	1	12	2	1187	14,7
Toma e interp Rx odontológicas	-	-	2	7	7	4	7	3	11	19	6	154	32	3	152	8	73	5	-	7	1	672	8,3
Ortodoncia	-	2	2	5	6	-	2	-	7	11	5	82	14	3	113	1	36	2	-	6	1	397	4,9
Medicina general	3	-	2	9	2	5	6	1	5	59	66	10	7	130	8	23	3	-	1	-	-	340	4,2

Psicología	-	-	1	1	-	-	2	-	1	14	90	2	-	119	-	11	-	-	-	241	3,0		
Oftalmología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	8	-	-	103	-	6	-	-	-	188	2,3		
Ortopedia y/o traumatología	-	-	-	5	-	-	15	3	1	17	9	-	-	117	-	19	-	-	-	186	2,3		
Ginecobstetricia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	29	5	1	-	119	-	26	-	-	182	2,2		
Dermatología	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	19	8	-	-	115	1	9	1	-	156	1,9		
Odontopediatria	-	1	1	1	2	-	-	-	-	30	22	3	-	62	-	13	2	2	4	1	144	1,8	
Rahabilitación oral	1	-	-	-	1	-	-	-	-	18	28	-	-	86	-	8	-	-	-	142	1,8		
Periodoncia	-	-	-	-	-	-	-	-	2	23	26	2	-	59	-	24	-	-	1	-	137	1,7	
Medicina interna	-	-	-	-	-	-	12	-	-	12	8	-	-	74	-	25	-	-	-	131	1,6		
Pediatria	-	-	-	-	-	-	2	-	-	10	4	1	-	82	-	18	-	-	-	117	1,4		
Cirugía plástica y estética	-	-	-	-	-	-	2	2	1	9	4	-	-	85	-	11	-	-	-	114	1,4		
Medicina Homeopatía	-	-	-	-	-	-	-	-	1	22	24	4	1	41	1	5	-	-	-	99	1,2		
Otorrinolaringología	-	-	-	-	-	-	1	-	-	9	22	-	-	57	-	9	-	-	-	98	1,2		
Cirugia general	-	-	-	-	-	-	9	2	-	15	2	-	-	45	-	22	-	-	-	95	1,2		
Endodoncia	-	-	1	-	-	-	-	-	1	17	20	1	-	37	-	10	1	-	2	-	90	1,1	
Psiquiatría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	10	-	-	61	1	5	-	-	-	81	1,0		
Tamización de cáncer de cuello uterino	1	-	-	1	3	2	-	-	2	6	2	-	-	36	-	11	1	-	-	65	0,8		
Terapia alternativa bioenergética	-	1	-	-	-	-	-	-	1	16	17	3	-	19	1	5	-	-	-	63	0,8		
Otras consultas de especialidad - no oncológico	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	5	-	-	50	-	3	-	-	-	61	0,8		
Protección especial atención prevent salud bucal	-	-	-	2	-	1	-	-	1	24	14	1	2	10	1	5	-	-	-	61	0,8		
Otros Servicios	2	0	2	7	7	6	42	16	12	21	9	146	12	3	581	8	129	4	0	2	0	1198	14,8
Total por comunas	9	12	33	84	87	35	13	7	36	8	35	1377	223	34	3099	60	818	31	5	57	8	8098	100

Fuente: REPS-MSPS

Otros indicadores del sistema sanitario

En Medellín en el año 2016, por cada 1.000 habitantes existe una oferta en la red de servicios de salud de 1,5 camas entre camas de adultos y camas pediátricas. Actualmente, el municipio cuenta con 761 salas de procedimientos.

Tabla 56. Otros indicadores de sistema sanitario en el municipio de Medellín 2016

Descripción	Naturaleza Jurídica de las IPS				Total general	%
	Tipo	Privada	Pública	Mixta		
Camas	Adultos	2248	564	553	3365	52,5
	Pediátricas	511	66	21	598	9,3
	Obstetricia	286	108	-	394	6,1
	Psiquiatrica	110	-	-	110	1,7
	Cuidado Intermedio Adulto	234	28	44	306	4,8
	Cuidado Intensivo Adulto	248	36	32	316	4,9

	Farmacodependencia	25	87	-	112	1,7
	Cuidado Intermedio Neonatal	100	30	-	130	2,0
	Cuidado Intensivo Neonatal	82	10	-	92	1,4
	Cuidado Intensivo Pediátrico	38	8	-	46	0,7
	Cuidado Intermedio Pediátrico	50	-	-	50	0,8
	Cuidado básico neonatal	44	12	-	56	0,9
	Unidad de Quemados Pediátrico	15	-	-	15	0,2
	Unidad de Quemados Adultos	17	-	-	17	0,3
	Institución Paciente Crónico	29	-	-	29	0,5
	Transplante de progenitores hematopoyéticos	13	-	4	17	0,3
	Total	4050	949	654	5653	88,1
Salas	Salas de Partos	10	9	-	19	0,3
	Salas de Quirófano	250	19	17	286	4,5
	Salas de Procedimientos	445	5	6	456	7,1
	Total	705	33	23	761	11,9
Total general		4755	982	677	6414	100,0

Fuente: REPS-MSPS

2.2.9.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

Entre 2010 y 2015 la incidencia de la pobreza monetaria a nivel municipal pasó de 22% a 14,3%, una reducción de 7,7 puntos porcentuales. Entre 2014 y 2015 la pobreza monetaria nacional se redujo 0,4 puntos porcentuales, al pasar de 14,7% en 2014 a 14,3% en 2015. Aproximadamente el 1% de la población de Medellín ha dejado de ser pobre por ingresos en el último año.

Por otro lado, la incidencia de pobreza extrema monetaria entre los años 2010 y 2015 en Medellín pasó de 5,6% a 3,3%, una reducción de 2,3 puntos porcentuales. En el último año la presentó un incremento, el cual fue de 0,5 puntos porcentuales, al pasar de 2,8% en 2014 a 3,3% en 2015, es decir, en el último año aumentó el número de pobres extremos en el municipio en un 17%, con respecto al año inmediatamente anterior.

El coeficiente de Gini mide el grado de desigualdad de la distribución del ingreso o la desigualdad de la riqueza de una región.. Así, entre más cerca de la línea diagonal (distribución del ingreso igualitaria) se encuentre la Curva de Lorenz, más cercano a 0 estará el coeficiente de Gini., en el caso de Medellín, ha mejorado la distribución ingreso en el año 2015, con respecto al año 2010.

Tabla 57. Otros indicadores de ingreso, Municipio de Medellín 2010-2015

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Incidencias de Pobreza Monetaria	22	19,2	17,7	16,1	14,7	14,3
Pobreza Monetaria Extrema	5,6	4	3,5	3	2,8	3,3
Coefficiente de Gini	0,538	0,507	0,5	0,506	0,526	0,489

Fuente: DANE proyección- Censo general 2015

Cobertura Bruta de educación

Según la información reportada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, la tasa de cobertura bruta de educación secundaria y de categoría media han presentado un comportamiento en ascenso el municipio de Medellín entre los años 2005 y 2015, con un incremento del 18% y 25% con respecto al año 2005. La tasa bruta de educación primaria ha presentado un comportamiento al descenso, pues pasó de 127,7 en el año 2005 a 119,8 para el año 2015.

Se destaca que las tasas de cobertura de educación municipal para las categorías secundaria y media, están por encima de las reportadas a nivel departamental y del 100%, esto se debe a que muchos de los cupos asignados en instituciones educativas del territorio, se los dan a personas que residen en otros municipios del área Metropolitana

Tabla 58. Tasa de cobertura bruta de educación del municipio de Medellín 2005 – 2015

Eventos de Notificación Obligatoria	Antioquia	Medellín	Comportamiento												
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	18,3	13,69			0										
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2015)	111	119,82	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2015)	110,09	134,33	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2015)	82,19	108,51	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘

Fuente: MEN- DANE

Porcentaje de hogares con desempleo

Para efectos de estudio y anticipando la falta de información actualizada de indicadores de desempleo en el municipio de Medellín, se realizará el análisis de indicadores de desempleo del departamento de Antioquia.

El porcentaje de la población en edad de trabajo se ha venido incrementando pues pasó del 76,38% en el 2001 al 81,26% en el 2015. Al observar la Tasa Global de Participación –TGP- se evidencia que en promedio, por cada 100 personas en edad de trabajar 60,24 son trabajadores activos, este indicador ha presentado un comportamiento estable desde el año 2001.

En cuanto a la tasa de desempleo, se evidencia un decremento en el indicador, pues pasó de 16 desempleados de cada cien en edad económicamente activa en el año 2001 a 9,24 personas desempleadas de cada cien económicamente activa en el año 2015. Así mismo, la tasa de ocupación muestra una leve tendencia ascendente, para el año 2015 se evidencia que 57 personas se encuentran empleadas de cada 100 disponibles.

Tabla 59. Indicadores de desempleo departamento de Antioquia, 2001 - 2015

Item	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% población en edad de trabajar	76,38	76,87	77,38	77,88	78,33	78,75	79,16	79,55	79,90	80,22	80,50	80,74	80,94	81,11	81,26
TGP	59,88	61,04	60,03	59,27	57,59	55,10	56,93	57,06	60,38	61,13	61,60	63,55	63,95	63,46	62,66
TO	50,32	51,49	51,63	50,86	50,63	48,00	50,57	50,15	52,68	53,84	55,20	56,79	57,73	57,48	56,87
TD	15,97	15,65	13,99	14,19	12,08	12,89	11,17	12,12	12,76	11,92	10,40	10,63	9,73	9,42	9,24
Población total	5369	5448	5526	5605	5682	5758	5835	5911	5989	6066	6144	6222	6300	6378	6456
Población en edad de trabajar	4101	4188	4276	4365	4451	4535	4619	4702	4785	4866	4946	5023	5099	5174	5247
Población económicamente activa	2455	2557	2567	2587	2563	2499	2629	2683	2889	2975	3047	3192	3261	3283	3288
Ocupados	2063	2156	2208	2220	2254	2177	2336	2358	2521	2620	2730	2853	2944	2974	2984
Desocupados	392	400	359	367	310	322	294	325	369	355	317	339	317	309	304

Fuente: DANE

3. CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

Tabla 60. Priorización de los problemas de salud de Medellín.

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1. Salud Ambiental	1. Tasa de mortalidad ajustada por edad por exposición a fuerzas de la naturaleza	013
	2. Mortalidad por accidentes de transporte terrestre	013
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	1. Mortalidad Enfermedades isquémicas del corazón	012
	2. Mortalidad Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	007
	3. Mortalidad Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	007

	4. Mortalidad Tumor maligno de la próstata	007
	5. Mortalidad Tumor maligno de la mama de la mujer	007
	6. Mortalidad Tumores (neoplasias) en menores de 1 a 4 años	007
	7. Mortalidad Enfermedades del sistema nervioso de 1 a 4 años	008
	8. Mortalidad por Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas menores de 5	008
	9. Enfermedades por condiciones orales	001
	10. Enfermedades musculo-esqueléticas	001
	11. Enfermedades cardiovasculares	001
	12. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfocítica (menores de 15 años)	007
	13. Prevalencia de diabetes mellitus	001
	14. Prevalencia de hipertensión arterial	001
	15. Discapacidad por movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	000
	16. Discapacidad: sistema nervioso	000
	17. Discapacidad: Los ojos	000
3. Convivencia social y salud mental	1. Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	013
	2. Agresiones - homicidios	012
4. Seguridad alimentaria y nutricional	1. Deficiencias nutricionales	003
	2. Lactancia Materna	003
	3. Seguridad Alimentaria en el hogar	003
	4. Obesidad	003
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de 1 año	008
	2. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal menores de 5	008
	3. Embarazo adolescente	008
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. Infecciones respiratorias	009
	2. Tasa de incidencia de VIH notificada	009
	3. Letalidad de Tuberculosis pulmonar	009
	4. Letalidad de Meningitis tuberculosa	009
	5. Letalidad de Leptospirosis	009
	6. Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	009
	7. Tasa de incidencia de sífilis congénita	009
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. Tasa de mortalidad ajustada por edad por exposición a fuerzas de la naturaleza	013
	2. Accidentes de transporte terrestre	012
8. Salud y Ambito laboral	1. Discapacidad : El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	013
	2. Discapacidad El sistema nervioso	007
9. Gestion diferencial en poblaciones vulnerables	1. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfocítica (menores de 15 años)	007
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1. Fortalecimiento de acciones público-privadas conjuntas de salud	000
	2. implementación de la estrategias APS, acciones extramurales de IECM en salud y detección temprana de enfermedades	000



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

	3. Gestión del conocimiento	000
--	-----------------------------	-----



BIBLIOGRAFÍA

- A., W. (2004). WHO global strategy on diet, physical activity and health. *Food Nutr. Bull.*, 25(3):292.
- Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud, Universidad de Harvard - Medical School, Universidad CES. (s.f.). *Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012.*. Medellín.
- Banco Mundial. (2012). *Informe Anual*. Washington DC: Banco Mundial. 2012.
- D.C.; R. D. (Jun de 2011). Control del consumo de tabaco en Colombia [Internet]. Bogotá. Recuperado el 2013, de http://javeriana.edu.co/redcups/Instituto_Cancerologico.pdf
- Departamento Administrativo de Planeación Municipal. (2012). Encuesta de Calidad de Vida 2012. Medellín, Antioquia, Colombia.
- FLACSO-Chile/UNFPA, F. N. (2003.). *Adolescencia y riesgo: reflexiones desde la antropología y los estudios de género. Varones Adolesc. Género Identidades Sex. En América Lat.*. Santiago de Chile.
- ICBF. (2005.). *Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia, 2005.*. Bogotá D.C.
- Muñoz MB, O. A. (2010). Un acercamiento desde el enfoque de género a la percepción y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en la población juvenil chilena. *Cap. Hum. Cult. Juv. Conduct. Riesgo.*, 7(25):49.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud. *Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Rio de Janeiro.
- Organización Mundial de la Salud. (2002.). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. *57 Asam. Mund. Salud. 2004*, (pág. 24).
- Peto R, B. J. (1992). Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *The Lancet.*, 339(8804):1268-78.
- PNUD., U. (2013). *Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo.* [Citado en agosto 2013]. Disponible en <http://www.sigpad.gov.co/sigpad/archivos.aspx?idc=50>.
- R., R.-M. (2006). Características socioculturales de la actividad física en tres regiones de Colombia. *Rev Salud Publica Bogotá.*, 8(2):13-27.
- República de Colombia. Ministerio de salud. (2011). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar. Colombia, 2011.*. Bogotá D.C.
- República de Colombia. Ministerio de salud. (2009.). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2008*. Bogotá D.C: Guadalupe S.A.
- ROBERT DAY OPS. (2005.). *Como escribir y publicar trabajos científicos*.
- Ruiz ÁJ, A. P.-C. (2012). Estudio IDEA (International Day for Evaluation of Abdominal Obesity): prevalencia de obesidad abdominal y factores de riesgo asociados en atención primaria en Colombia. *Biomédica*, 32(4):610-6.
- Schepis TS, R. U. (2005). Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Curr. Opin. Pediatr.*, 17(5):607.





Alcaldía de Medellín **Cuenta con vos**

- Villalbíe JR, B. J. (2003). Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. . *Med Clin Barc.* , 120(1):14-6. .
- World Health Organization. . (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud.* Geneva Who Libr. Cat.--Pub.
- World Health Organization. OMS | Alcohol [Internet]. WHO. (15 de Abril de 2013). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.htm>.



Centro Administrativo Municipal (CAM)
Calle 44 No. 52 - 165. Código Postal 50015
Línea Única de Atención Ciudadanía 44 44 144
Conmutador 385 5555. www.medellin.gov.co



www.medellin.gov.co