

Poblaciones



**Profundización del análisis
de la situación de salud,
Medellín 2005-2020**



Alcaldía de Medellín

Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Análisis de Situación de Salud de Poblaciones con enfoque diferencial

Alcaldía de Medellín

Secretaría de Salud de Medellín

Medellín, 2021

Poblaciones 

Alcalde

Daniel Quintero Calle

Equipo Directivo

Jennifer Andree Uribe Montoya

Secretaria de Salud de Medellín

Rosa Milena Lopera Carvajal

Subsecretaria de Salud Pública

Ruth Helena Mena Pino

Subsecretaria de Gestión de Servicios de Salud

Narda Constanza Moreno Benítez

Subsecretaria Administrativa y Financiera

Mónica Lucia Sánchez Mayorga

Dirección Técnica de Planeación en Salud

Equipo Coordinador ASIS

Mónica Lucia Sánchez Mayorga

Dirección Técnica de Planeación en Salud

Luis Augusto Hurtado Carvajal

Líder de Programa Dirección Técnica de Planeación

Verónica María Lopera Velásquez

Bacterióloga, Esp. en Epidemiología, Esp. en Estadística, Mg. Gobierno y Políticas Públicas

Mary Salazar Barrientos

Gerente de Sistemas de Información en Salud, Mg. en Epidemiología

Claudia Ceballos Alarca

Gerente de Sistemas de Información en Salud, Mg. en Epidemiología

Equipo Técnico de Poblaciones Especiales de la Secretaría de Salud

Jose David Restrepo Ruiz

Psicólogo, Abogado, Mg. Estudios Políticos

Ivonne Hernández Monsalve

Profesional en Nutrición y Dietética, Esp. Auditoría en Salud

Lina Gómez Lopera

Profesional en Pedagogía

Con la participación de:

Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento Dirección Técnica Planeación Salud

Unidad de Vigilancia Epidemiológica Secretaría de Inclusión y Familia

Departamento Administrativo de Planeación Municipal Personería de Medellín

Tabla de Contenido

Introducción	1
1.1 Situación de la población en condición de discapacidad en Medellín.	5
1.2 Tipos y Orígenes de la Discapacidad	8
1.3 Otros determinantes que influyen en la situación de salud de la población con discapacidad.	15
2. Víctimas del conflicto armado	17
2.1. Distribución y caracterización de la población víctima del conflicto armado	17
3. Poblaciones indígenas y negro, afro, raizal, palenquero	26
4. Poblaciones especiales según ciclo vital	42
4.1 Análisis situacional por ciclo vital de los eventos y priorizados	45
4.1.1 Primera Infancia	45
3.1.2 Infancia-Adolescencia	60
3.1.3 Vejez	76
Bibliografía	91

Índice de Tablas

Tabla 1. Origen de la discapacidad para los tres primeros tipos de discapacidad en Medellín, 2020	11
Tabla 2. Distribución proporcional de discapacidad por enfermedad laboral según agente causal, Medellín 2020	11
Tabla 3. Distribución proporcional de la discapacidad causada por consumo de sustancias psicoactivas según curso de vida. Medellín, 2020	12
Tabla 4. Distribución de personas con discapacidad según tipo de accidente y sexo. Medellín, 2020	12
Tabla 5. Distribución de personas con discapacidad según sexo y tipo de violencia, Medellín 2020	13
Tabla 6. Distribución de discapacidad por conflicto armado según tipo de arma. Medellín, 2020	14
Tabla 7. Distribución de las víctimas de conflicto armado en Colombia desde 1984 según su pertenencia étnica.....	18
Tabla 8. Distribución de los hechos victimizantes en la población víctima registrada en Medellín 1997 - 2020.....	22
Tabla 9. Porcentaje de afiliados al régimen contributivo y subsidiado en cada EAPB que declaran ser personas en situación de desplazamiento, Medellín 2020	24
Tabla 10. Indicadores demográficos de población indígena, negro, afro, raizal, palenquero y no étnica de Medellín, 2018.....	28
Tabla 11. Tasa de migración por 1.000 Habitantes	29
Tabla 12. Mortalidad por grandes causas 2019	33
Tabla 13. 10 primeras causas de mortalidad población indígena 2019 según sexo.....	34
Tabla 14. 10 primeras causas de mortalidad población negro, afro, raizal, palenquero 2019 según sexo	34
Tabla 15. Indicadores de mortalidad materno perinatal comparación de población indígena y negro, afro, raizal, palenquero con población no étnica	36
Tabla 16. Factores protectores y de riesgo según dimensiones de caracterización de Medellín me cuida salud.....	37
Tabla 17. Principales tipos de violencia en niños y niñas menores de 5 años. Medellín 2014 -2020	50
Tabla 18. Incidencia casos de abuso sexual y negligencia según comuna residencia en niños y niñas menores de 5 años, Medellín 2020	52
Tabla 19. Tasas de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en primera infancia, Medellín 2014 - 2020.....	54

Tabla 20. Proporción de niños con Desnutrición aguda según Comuna. Medellín 2014 -2020...	57
Tabla 21. Proporción de niños con obesidad según comuna. Medellín 2014.....	59
Tabla 22. Comportamiento de la mortalidad en adolescencia. Medellín 2016-2020.....	62
Tabla 23. Comportamiento de la mortalidad en infancia. Medellín 2016-2020	63
Tabla 24. Violencia No Sexual en Menores entre 6 y18 años por sexo y tipo de violencia. Medellín, 2018 - 2020.....	64
Tabla 25. Violencia sexual en menores entre 6 -18 años por edad y tipo de violencia. Medellín, 2018-2020	65
Tabla 26. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar 2014-2020	66
Tabla 27. Intento de suicidio por comuna. Medellín 2014 -2020.....	72
Tabla 28. Tasa de suicidio por comuna. Medellín 2016 -2020.....	74
Tabla 29. Proporción embarazo adolescente 10 -19 años según comuna. Medellín 2005 -2020	75
Tabla 30 Distribución de eventos en salud pública prevalentes en el curso de vida Vejez. 2014 - 2020	80
Tabla 31 Tasas de mortalidad general en el curso de vida Vejez. 2016 -2020	81
Tabla 32 Tasa de incidencia notificada por comuna en mayores de 60 años. 2016 -2020.....	85
Tabla 33 Tasas de mortalidad por Infecciones respiratorias en mayores de 60 años, Medellín 2016-2020	86

Introducción

Frente a la definición de vulnerabilidad y población vulnerable, se ha descrito varios enfoques, por una parte, la vulnerabilidad se puede entender como el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente (7). En consecuencia, la vulnerabilidad es la disposición interna a ser afectado por una amenaza, esta afectación depende del (i) grado de exposición, (ii) de la protección, (iii) de la reacción inmediata, v (iv) de la recuperación básica y (v) de la reconstrucción. El segundo y el tercero conforman la homeostasis y los dos últimos la resiliencia y ambas constituyen la resistencia. La prevención de riesgos por reducción de la vulnerabilidad se logra cuando se actúa sobre estas cinco áreas que la componen (8 y 9).

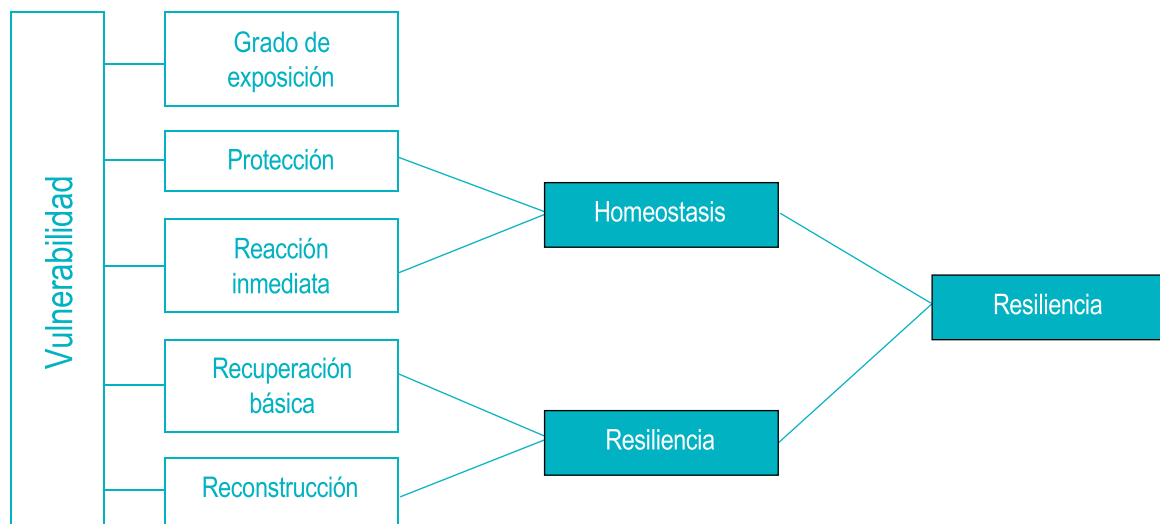


Figura 1. Áreas de acción para la reducción de la vulnerabilidad.

Fuente: RAUJO GONZALEZ, (9).

Una persona vulnerable entonces, es aquella cuyo entorno personal, familiar, relacional, profesional, socioeconómico o hasta político padece alguna debilidad y, en consecuencia, se encuentra en una situación de riesgo que podría desencadenar un proceso de exclusión social y evento en salud. De manera que el nivel de riesgo será mayor o menor dependiendo del grado de deterioro del entorno (9). Por otro lado, la vulnerabilidad de individuos, grupos o comunidades también depende de características demográficas individuales tales como edad, género, nivel educativo; o del hogar, como composición del hogar, ciclo de vida, nivel socioeconómico, estatus ocupacional, situación de pobreza (9).

Los grupos sociales vulnerables y marginados suelen tener menos probabilidades de disfrutar del derecho a la salud. Tres de las enfermedades transmisibles más mortíferas (paludismo, VIH/Sida y

tuberculosis) afectan a las poblaciones más pobres del mundo e imponen una carga tremenda a las economías de los países en desarrollo. Por otra parte, la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, que con frecuencia se piensa que afectan a países de altos ingresos, está aumentando desproporcionadamente en los países y las poblaciones de bajos ingresos (6).

En los países, algunos grupos de población, por ejemplo, las comunidades indígenas, están expuestos a mayores tasas de enfermedad y negro, afro, raizal, palenquerontan dificultades importantes para acceder a una atención sanitaria de calidad y asequible. Estos grupos registran tasas de mortalidad y morbilidad sustancialmente más altas que la población en general, a consecuencia de enfermedades no transmisibles tales como el cáncer, las cardiopatías y las enfermedades respiratorias crónicas. Las personas particularmente vulnerables a la infección por el VIH, incluidas las mujeres jóvenes, los hombres homosexuales y los consumidores de drogas inyectables, suelen pertenecer a grupos desfavorecidos y discriminados social y económicamente. Esos grupos vulnerables pueden ser víctimas de leyes y políticas que agravan la marginación y dificultan más aún el acceso a servicios de prevención y atención (6).

En Colombia a través del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, reconoce que el acceso a la salud es un derecho fundamental, independientemente de la condición socioeconómica o financiera que se posea. Un derecho que debería ser particularmente protegido en los grupos vulnerables y con mayor riesgo de experimentar barreras en el acceso.

En la constitución de 1991 se garantiza el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, dando cumplimiento al principio constitucional que expresa: "Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real, efectiva y adoptará las medidas en favor de grupos discriminados o marginados" (Constitución Política de Colombia, Art. 18, 1991).

Para ello dicho Plan asume el enfoque diferencial, como un método de análisis que tiene en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad, con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos" de los sujetos y colectivos. Para ello definieron los siguientes grupos vulnerables: 1) la primera infancia, infancia y adolescencia; 2) envejecimiento y vejez; 3) salud y género; 4) salud en poblaciones étnicas; 5) discapacidad; y 6) víctimas del conflicto.

En este capítulo se analizará la situación de salud de la población en situación de discapacidad, los diferentes cursos de vida, la población indígena y negro, afro, raizal, palenquero. En cuanto a la

diferencia de salud según sexo, en cada dimensión del ASIS de Medellín se desagrega el indicador de salud por sexo analizando sus desigualdades¹.

1. Discapacidad

La aprobación y ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas -CDPD- en 2011, ha generado grandes avances en el reconocimiento y la garantía de los derechos de las personas con discapacidad (PCD). Este instrumento internacional fue el resultado de un proceso participativo de organizaciones de personas con discapacidad y organizaciones que trabajan por la garantía de sus derechos, que unieron sus voces para denunciar la situación de discriminación y exclusión contra esta población, así como la invisibilidad del tema en las agendas públicas nacionales. Así, en la Convención se propuso una mirada de la discapacidad como un fenómeno social complejo y no solamente como un asunto de salud, que era como se había venido tratando en las políticas públicas. En esta medida, los “Estados Parte” se comprometieron a reformar las normas vigentes que restringieran el goce efectivo de los derechos de las personas con discapacidad y a tomar las medidas necesarias para materializar los derechos humanos de esta población (1).

Siguiendo estas apreciaciones, la Corte Constitucional ha señalado en distintas oportunidades que “el fortalecimiento y la profundización de la democracia participativa fue el designio inequívoco de la Asamblea Nacional Constituyente” (Corte Constitucional, 1994) y que, por lo tanto, el objetivo principal de toda política pública debe ser permitir que el ciudadano sea incluido en los debates que inciden en su vida cotidiana. En conjunto con la creación de canales de participación, la Corte ha reiterado que, desde una perspectiva de análisis de derechos, para que la democracia participativa se materialice, es necesario, en primer lugar, lograr que el ciudadano tome conciencia de sus derechos y deberes civiles respecto del Estado (2).

El Ministerio de Salud y Protección Social, ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad, de forma conjunta con el Consejo Nacional de Discapacidad y el Grupo de Enlace Sectorial -GES-, hacen entrega al país de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013 - 2022, una política nacida del trabajo participativo, intersectorial y concertado, en la que se plasma la realidad de este 6.3% de la población colombiana y a través de la cual se busca asegurar el goce pleno de los derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores.

La Política Pública, más que un documento es un acuerdo de la sociedad colombiana que se encuentra

¹ El concepto de sexo se refiere a las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres; son características con las que se nace, universales e inmodificables. En cambio, el género es el conjunto de ideas, comportamientos y atribuciones que una sociedad dada considera apropiados para cada sexo, que cada individuo se reconoce a sí mismo. En este ASIS la desagregación estará dada por las condiciones diferenciables en los sistemas de información disponibles.

comprometida con la inclusión plena de sus ciudadanos con discapacidad. Ha sido diseñada desde la concertación, dando cabida a las opiniones y propuestas surgidas de los diferentes sectores del Estado, la academia, la sociedad civil y las propias personas con discapacidad como protagonistas activos del proceso. La Política Pública incluye a los actores de todos los niveles del Sistema Nacional de Discapacidad y se convierte en una guía que orienta la ruta por la cual se deben dirigir las acciones en materia de inclusión social de las personas con discapacidad, que se implementan en el nivel nacional y en los territorios. Precisamente, la mayor apuesta de esta Política Pública está en los territorios, pues es en ellos donde cada compromiso de Política Pública toma cuerpo e impacta la cotidianidad de los más de dos millones y medio de hombres, mujeres y niños con discapacidad que habitan en Colombia (1).

El Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD) es un sistema de información que permite recolectar datos de forma continua y actualizada de las personas con discapacidad, para localizarlas y caracterizarlas en los departamentos, distritos, municipios y localidades del país. Esto con el fin de disponer de la información a nivel nacional para el apoyo al desarrollo de planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad en Colombia.

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.

La situación sobre las estadísticas en discapacidad para Colombia desafortunadamente, no es alentadora. Por un lado, el Censo General de 2005(DANE), si bien ofrece información amplia sobre las condiciones de vida de la población con discapacidad, hoy en día está desactualizado y no permite hacer una lectura consistente con la perspectiva de la CIF.

Por otro lado, el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad (en adelante RLCPD) pese a que cuenta con un conjunto amplio de variables y un robusto sistema de intercambio y actualización de información, tiene una limitada cobertura poblacional y no permite dar cuenta de su situación global. Finalmente, algunas encuestas poblacionales, que hacen aproximaciones tímidas a la prevalencia de la discapacidad, arrojan resultados muy distintos a los del Censo o el RLCPD, lo

cual no sólo ponen en duda su propia veracidad, sino también los resultados de éstas otras fuentes.

“Según el Informe Mundial de la Discapacidad de la OMS, el 15% de la población mundial vive con condición de discapacidad; en Colombia, de acuerdo con los datos del DANE, la prevalencia de discapacidad es del 6,3%, y para Antioquia fue del 6,0%, reportada en el censo del año 2005². 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” (5).

1.1 Situación de la población en condición de discapacidad en Medellín

En Medellín, se cuenta con dos fuentes de información que dan cuenta del panorama de la discapacidad en la ciudad, el primero es el Registro de Localización y caracterización de personas con discapacidad, el cual parte de la identificación individual de esta población y la aceptación de incluirse en dicho registro, está coordinado y direccionado por el Ministerio de la Protección social y es la fuente oficial hasta ahora en el país, por otro lado la ciudad cuenta con la Encuesta de Calidad de Vida, la cual tiene un capítulo de Discapacidad donde se indaga a las personas encuestadas por tener limitaciones permanentes para moverse o caminar, para usar los brazos o manos, ver a pesar de usar lentes o gafas, oír aun con aparatos especiales, para hablar, para entender o aprender, relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, o limitaciones por presentar síndrome de Down, la cual puede ser de utilidad para establecer el subregistro que aún se cuenta del RLCPD, y hacer estimaciones que den una mayor realidad de la situación.

En este capítulo, presentaremos la información que resulta del RLCPD, con corte a agosto del año 2020, fecha hasta la cual fue vigente la resolución 583 de 2018. A partir de esta fecha inicia la vigencia de la nueva resolución 113 de 2020 la cual dictan nuevas disposiciones frente a la certificación de discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, la cual cambia la forma y el proceso de captura de información para la consolidación y actualización del Registro.

En Medellín, hasta el año 2020 se contaban con 60815 personas con discapacidad en el RLCPD. De este grupo 59.746 informaron el tiempo en años de vida con discapacidad con un promedio de 17.64 años con discapacidad. El 50% de la población tiene 12 años con discapacidad.

2 A la fecha del cierre de este ASIS, no se cuenta con publicación actualizada del Censo nacional de 2018 frente a este tema.

El comportamiento de la prevalencia reportada en el RLCPD de discapacidad en la población general para el año 2020, fue de 2,3 por 100 habitantes. Según sexo la mayor carga de discapacidad se presentó en los hombres (2,6 x 100 hombres.) y en mujeres fue de 2.2 por 100 mujeres, con un comportamiento similar en todas las comunas. Según la encuesta de calidad de vida del año 2019 se reporta una prevalencia de 7,9 por 100 habitantes (196.971 personas con alguna situación de limitación permanente), identificando un posible subregistro de personas caracterizadas de un 70%.

Para el año 2020, las comunas con mayor prevalencia registrada y caracterizada son Popular, Manrique y Popular (Figura 2), registrando menor prevalencia en el Poblado.

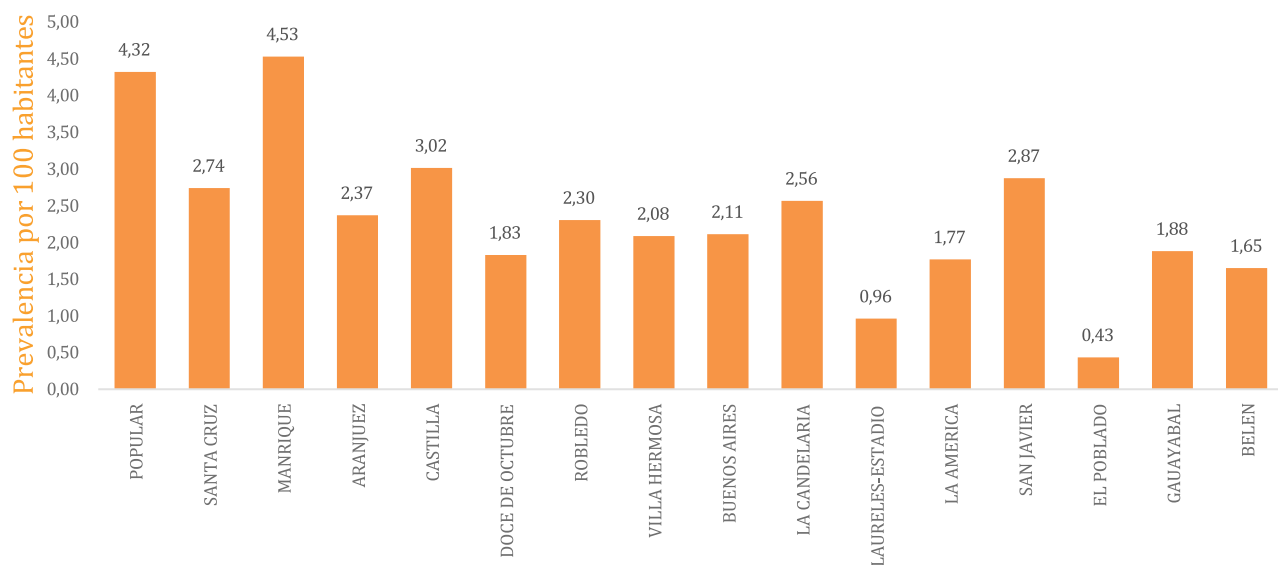


Figura 2. Prevalencia reportada de discapacidad según comuna, Medellín 2020.

Fuente: SISPRO- RLCPD. Medellín, 2020

Según la distribución por sexo, en el municipio de Medellín para el año 2018 la discapacidad predominó en hombres (50.71%). Adicionalmente, la población masculina presentó mayor prevalencia reportada desde la infancia hasta la juventud, y en los cursos de vida de vejez invirtiéndose esta relación, donde la población femenina presenta mayor concentración de población con discapacidad (60.65%).

Al analizar con más detenimiento la distribución de este evento según grupos de edad, se encontró que, entre los 20 y 40 años se presenta el 25% de las personas con discapacidad registradas en la ciudad, y a partir de los 50 años se presenta el 50% de las personas con discapacidad. Respecto a la antigüedad de la discapacidad (relaciona la edad que tenía al momento de la encuesta, la edad calculada a la fecha actual y

los años que presenta la alteración), el grupo entre 20 y 24 años tuvo un promedio de 14 años, una moda de 18 años y una mediana de 15 años; lo que significaría que la mayoría presentó la discapacidad cuando estaba en la primera infancia.

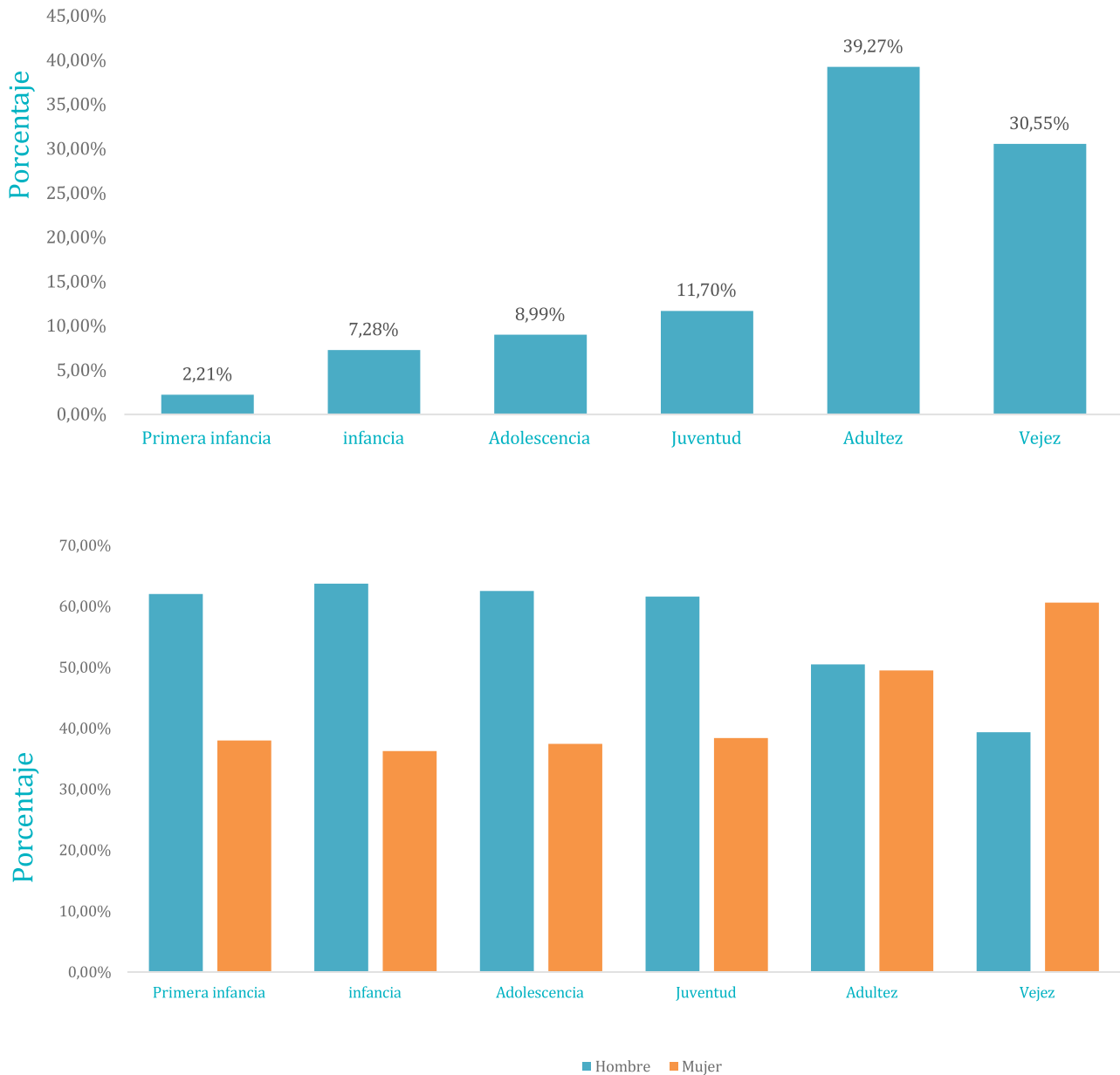


Figura 3. Distribución porcentual de la población con discapacidad según curso de vida y sexo, Medellín 2020.
Fuente: SISPRO- RLCPD. Medellín, 2020.

1.1 Tipos y Orígenes de la Discapacidad

Al analizar la discapacidad según las funciones corporales afectadas definidas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), la mayor concentración estuvo en la categoría de movilidad, seguida de cognitivo y múltiple. La talla baja (Enanismo) y la discapacidad sensorial Gusto-Olfato-Tacto, fueron las que tuvieron las prevalencias reportadas más bajas.

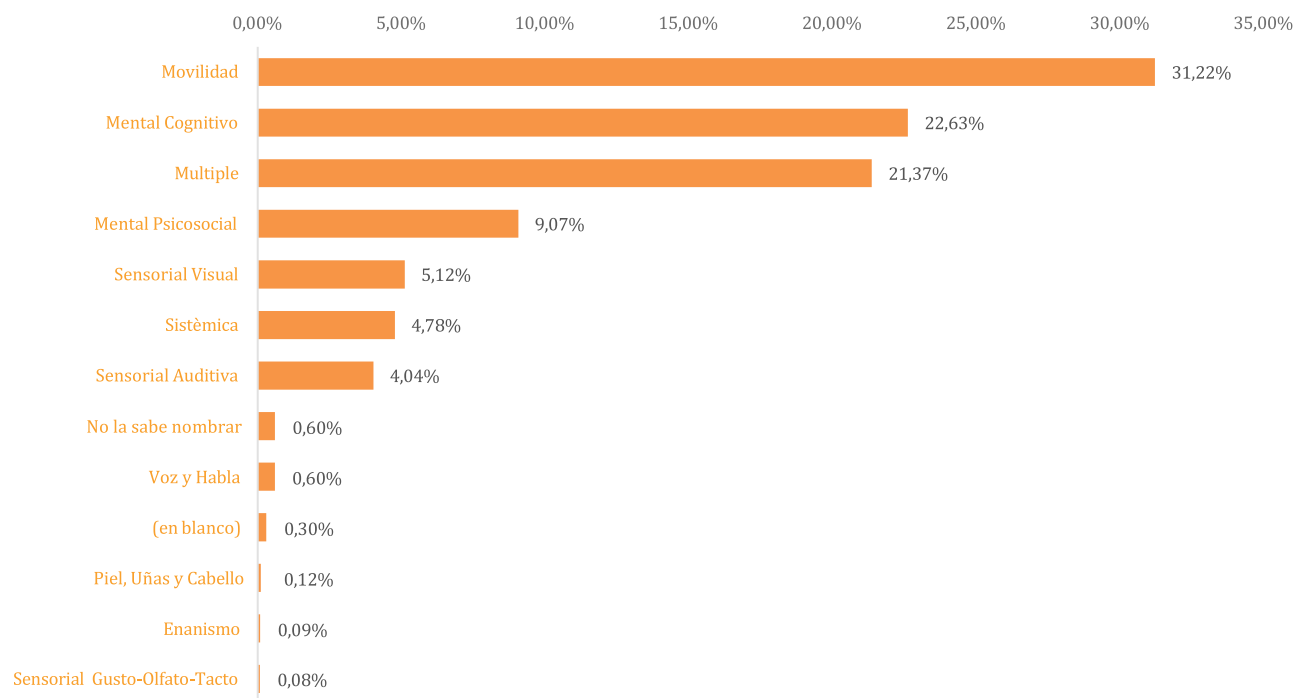


Figura 4. Prevalencia reportada de tipo de discapacidad según funciones corporales, Medellín 2020.
Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2020.

Según curso de vida, en los siguientes gráficos se muestra la distribución de los tipos de discapacidad en cada uno de ellos, la discapacidad mental y cognitiva es la más frecuente en los primeros años de la vida hasta la juventud, y ya en la adultez y vejez la discapacidad más prevalente es por movilidad.

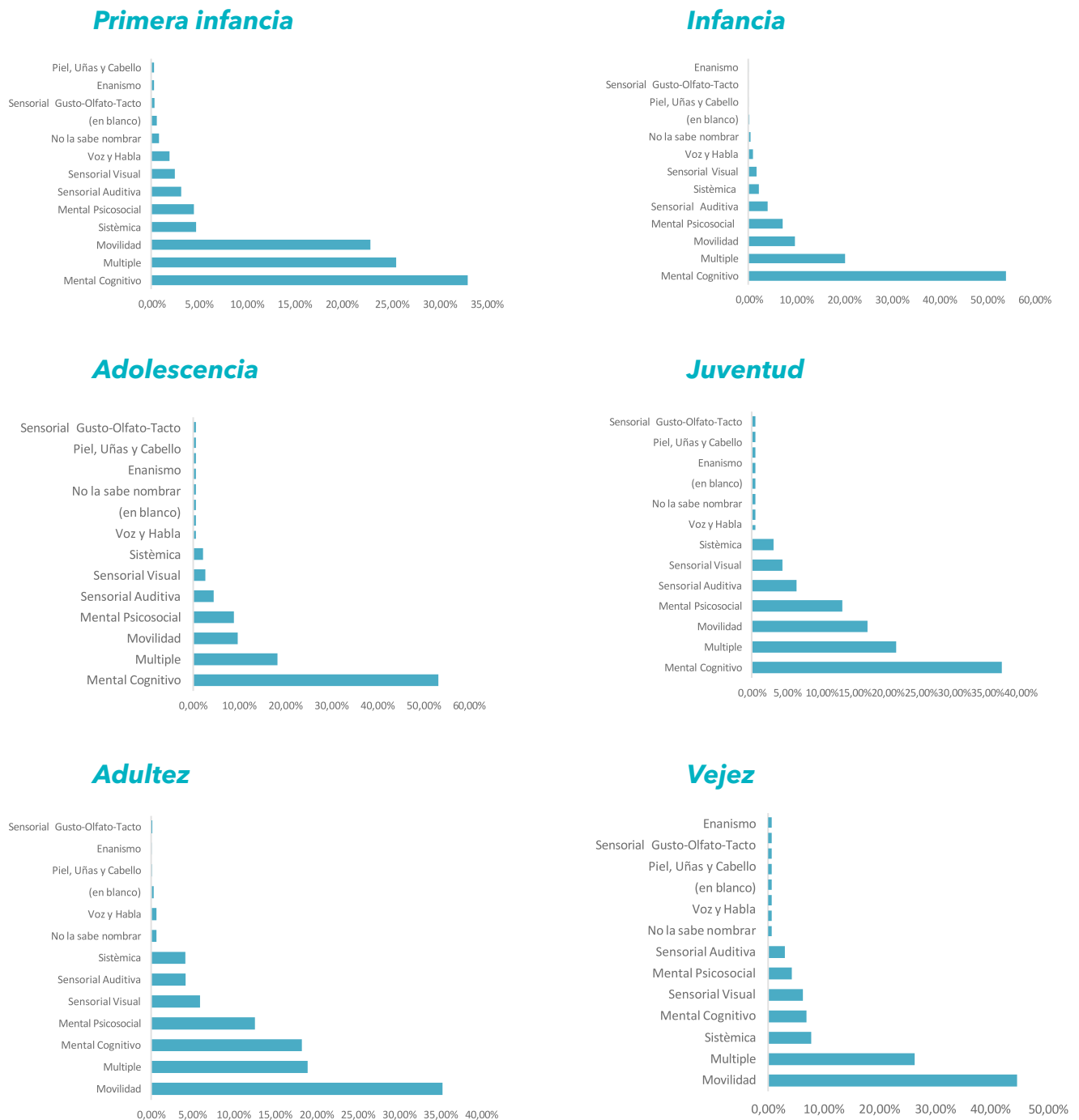


Figura 5. Prevalencia reportada de tipo de discapacidad según funciones corporales en cada curso de vida. Medellín, 2020.

Fuente: SISPRO-RLCPD. Medellín, 2020.

En relación al origen de la discapacidad, el 26% de los registros sabían su origen. De aquellos que contaban con dicha información para el año 2020, se observó que las categorías enfermedad general, accidente, alteración genética- hereditaria, condiciones de salud de la madre durante el embarazo y violencia concentraron las mayores prevalencias, y representan el 66% de todas las personas registradas. Por otro lado, la discapacidad originada por Desastre Natural y Lesión auto infligida tuvo las menores.

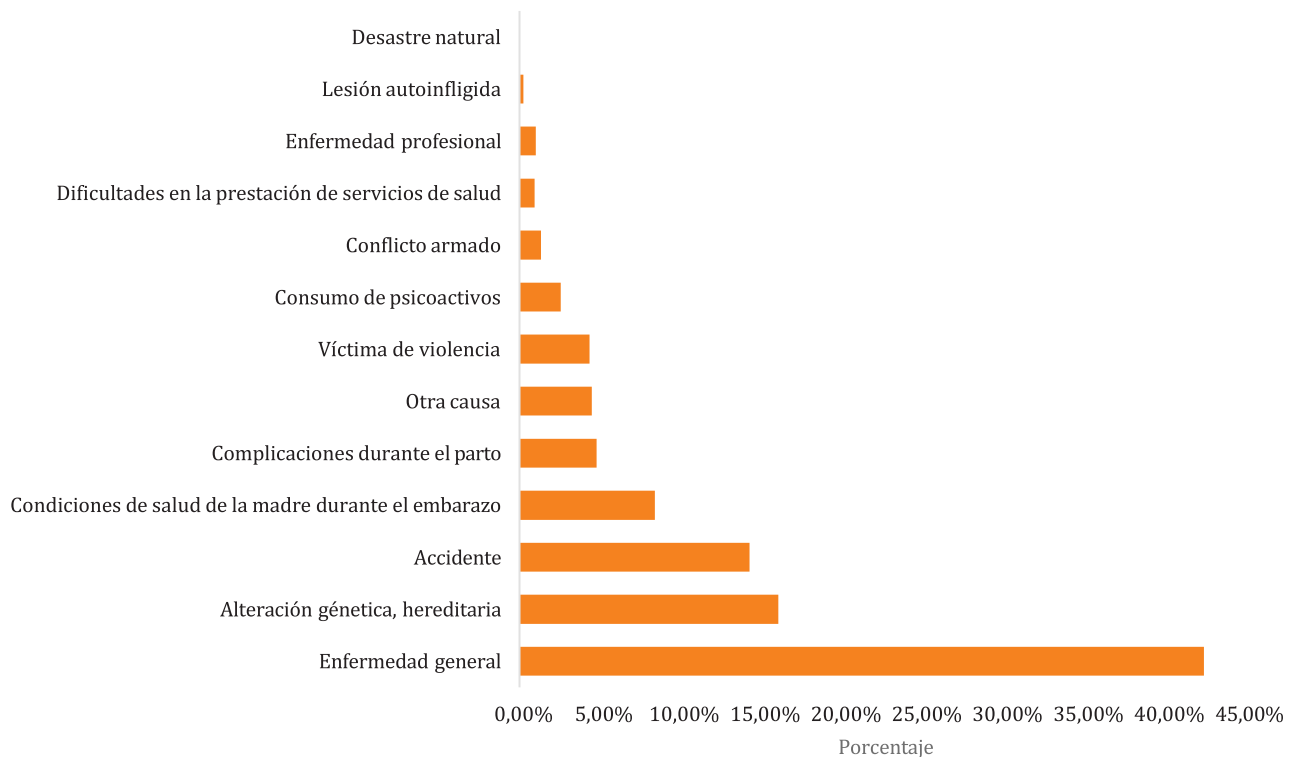


Figura 6. Distribución porcentual de personas registradas según origen de discapacidad. Medellín, 2020.
Fuente: SISPRO- RLCPD Medellín, 2020.

Para los tres primeros tipos de discapacidad prevalentes en la ciudad, movilidad, mental cognitiva y discapacidad múltiple, se presentan los orígenes registrados para el 2020, predominan la enfermedad general, las alteraciones genéticas y los accidentes, estas tres causas representan el 55% de todos los tipos de discapacidad registrados.

Tabla 1. Origen de la discapacidad para los tres primeros tipos de discapacidad en Medellín, 2020.

ORIGEN DE DISCAPACIDAD	TIPO DE DISCAPACIDAD		
	Movilidad	Múltiple	Mental Cognitivo
Enfermedad general	46,66%	48,99%	25,67%
Accidente	24,65%	11,41%	5,11%
Alteración genética, hereditaria	7,86%	12,83%	32,02%
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	3,68%	8,95%	16,41%
Complicaciones durante el parto	2,39%	6,78%	10,53%
Víctima de violencia	6,22%	3,07%	2,05%
Otra causa	3,18%	3,56%	4,12%
Conflicto armado	2,26%	1,10%	0,29%
Consumo de psicoactivos	0,23%	1,19%	2,79%
Enfermedad profesional	1,49%	0,88%	0,14%
Dificultades en la prestación de servicios de salud	1,09%	0,98%	0,66%
Lesión autoinfligida	0,19%	0,21%	0,20%
Desastre natural	0,08%	0,04%	0,01%

Fuente: SISPRO- RLCPD. Medellín, 2020.

La discapacidad cuyo origen es la *enfermedad profesional* registró un total de 455 personas, el 58% eran hombres, se concentró en su mayoría en personas con edades mayores de 50 años (73%) hasta el final de la vida para ambos sexos. Es necesario anotar que tanto estos casos como los causados por accidente de trabajo fueron referidos por las personas con discapacidad, se desconoce si están calificados por ARL.

Según su agente causal se observó que las dos causas con mayor proporción reportada para hombres y mujeres fueron carga de trabajo física o mental y medio ambiente físico del lugar de trabajo.

Tabla 2. Distribución proporcional de discapacidad por enfermedad laboral según agente causal, Medellín 2020.

Agente causal	Hombre	Mujer	Total
Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)	17,14%	14,95%	32,09%
Medio ambiente físico del lugar de trabajo	14,07%	9,23%	23,30%
Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)	12,75%	5,49%	18,24%
Otra causa	7,91%	7,25%	15,16%
Contaminantes (químicos, biológicos)	4,40%	1,98%	6,37%
Organización del trabajo (psicolaborales)	2,20%	2,64%	4,84%

Fuente: SISPRO- RLCPD. Medellín, 2020.

Respecto a la discapacidad causada por consumo de sustancias psicoactivas, hasta el año 2020e reportaron 1141 personas, de ellas el 78.7% eran hombres. Las sustancias no aceptadas socialmente causaron mayor discapacidad la población. Según curso de vida, la prevalencia reportada se concentró en tres grupos, Juventud, Adulthood y Vejez. En cuanto al sexo, los hombres tuvieron la mayor prevalencia en todos los grupos de edad.

Tabla 3. Distribución proporcional de la discapacidad causada por consumo de sustancias psicoactivas según curso de vida. Medellín, 2020.

Prevalencia por 1.000 personas			
Curso de vida	Hombre	Mujer	Total
Adulthood	38,83%	9,73%	48,55%
Juventud	24,28%	2,80%	27,08%
Vejez	13,15%	8,15%	21,30%
Adolescencia	2,10%	0,35%	2,45%
infancia	0,26%	0,26%	0,53%
Primera infancia	0,09%	0,00%	0,09%
Total general	78,70%	21,30%	100,00%

Fuente: SISPRO- RLCPD. Medellín, 2020.

Los accidentes fueron el origen de la discapacidad de 6.383 personas registradas, entre los cuales los de transporte terrestre fueron la primera subcausa, seguidos de los ocurridos en el hogar y en el trabajo. Según sexo la discapacidad por accidente fue 2 veces mayor en hombres que en mujeres

Tabla 4. Distribución de personas con discapacidad según tipo de accidente y sexo. Medellín, 2020.

Tipo de Accidente	Hombre	Mujer	Total
De tránsito	27,76%	12,30%	40,06%
En el hogar	9,78%	12,96%	22,73%
De trabajo	17,06%	2,90%	19,96%
Otro tipo de accidente	9,87%	5,33%	15,20%
Deportivo	1,10%	0,30%	1,39%
En el centro educativo	0,31%	0,33%	0,64%
(en blanco)	0,02%	0,00%	0,02%
Total general	65,89%	34,11%	100,00%

Fuente: SISPRO- RLCPD. Medellín, 2020.

Según la prevalencia por curso de vida, se evidenció que a medida que aumentaba la edad, también lo hacía la prevalencia de discapacidad por accidentes, predominando en hombres.

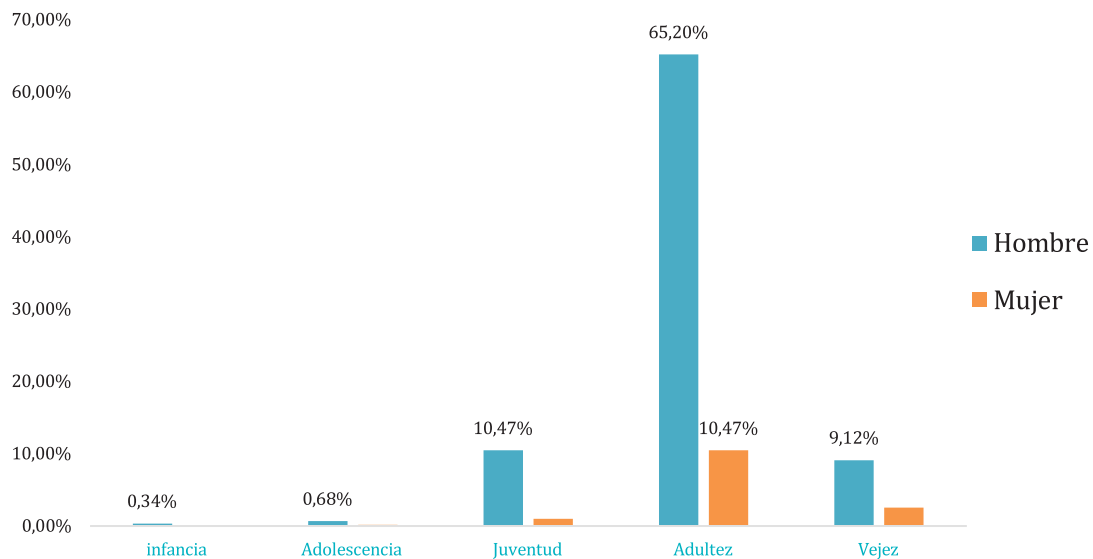


Figura 7. Distribución de discapacidad reportada con origen por accidentes según curso de vida. Medellín, 2020.
Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2020.

En el periodo de análisis se registraron 1943 casos de personas cuya discapacidad tuvo su origen en violencias, con una razón hombre: mujer de 3,0 a 1, siendo la delincuencia común el tipo de violencia que causó la prevalencia reportada más alta, seguida de la violencia social.

Tabla 5. Distribución de personas con discapacidad según sexo y tipo de violencia, Medellín 2020.

Tipo de violencia	Hombre	Mujer	Total
Delincuencia común	48,79%	10,40%	59,19%
Social	17,91%	5,66%	23,57%
Al interior del hogar	4,12%	7,00%	11,12%
Otra	4,32%	1,75%	6,07%

Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2020.

El análisis según sexo y curso de vida, evidenció que los hombres tienen la mayor prevalencia reportada de discapacidad por violencias, siendo el más afectado el grupo de adultos, con una diferencia de 3,25 hombres por cada mujer reportada con discapacidad por esta causa en este curso de vida.

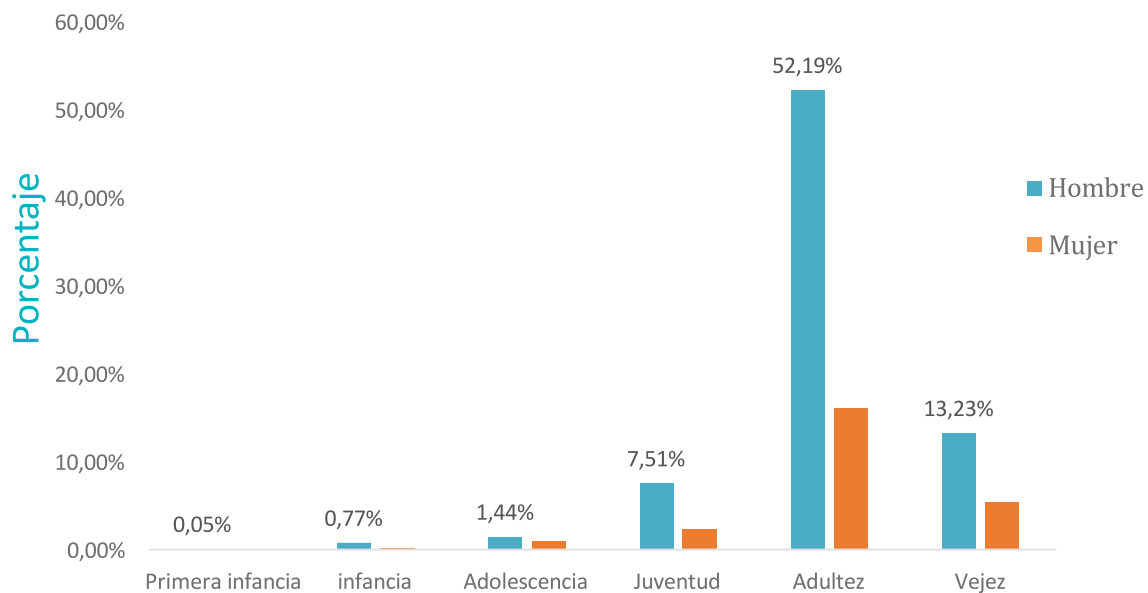


Figura 8. Distribución de la discapacidad con origen por violencias según curso de vida y sexo. Medellín, 2020.
Fuente: SISPRO- RLCPD. Medellín, 2020.

Adicionalmente, hasta 2020 se reportaron 592 casos de personas con discapacidad por conflicto armado, de los cuales la mayoría fue consecuencia de heridas por arma de fuego.

Tabla 6. Distribución de discapacidad por conflicto armado según tipo de arma. Medellín, 2020.

Tipo de arma	Hombre	Mujer	Total
Arma de fuego	60,14%	11,49%	71,62%
Otro tipo de arma	9,80%	0,51%	10,30%
Minas antipersonales MAP	9,29%	0,34%	9,63%
Bomba	3,89%	0,84%	4,73%
Artefactos Explosivos Improvisados AEI	2,36%	1,01%	3,38%

Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2020

Para este tipo de causa, curso de vida con mayor prevalencia reportada fue adultos y en hombres.

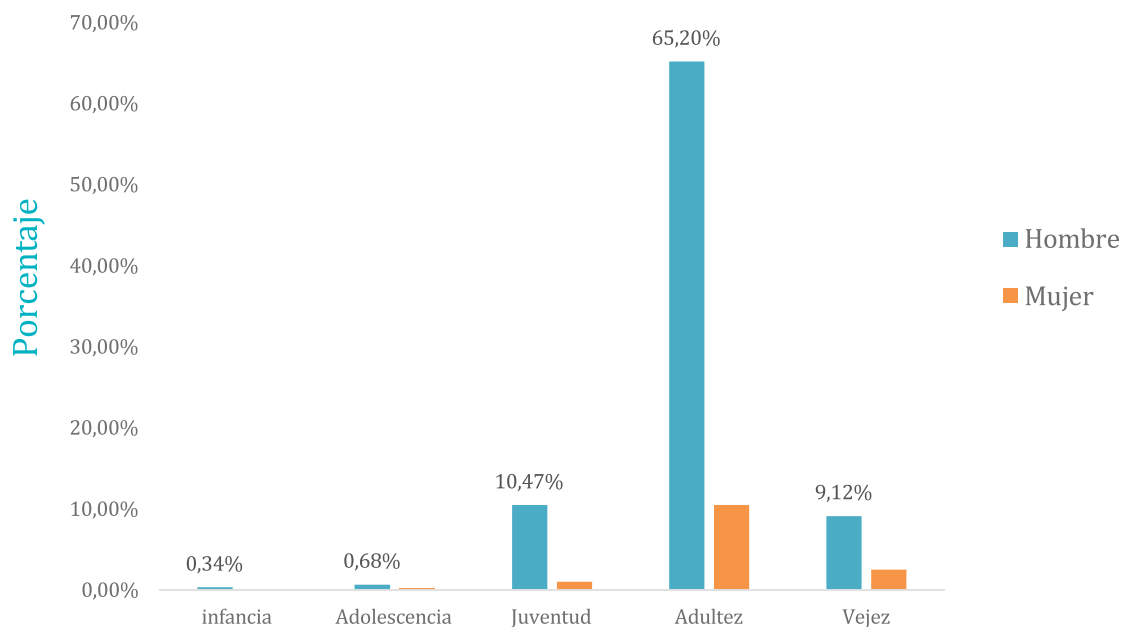


Figura 9. Distribución de discapacidad por conflicto armado según grupo de edad y sexo, Medellín 2020.
Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2020.

1.1 Otros determinantes que influyen en la situación de salud de la población con discapacidad

En cuanto a otros determinantes de la población en situación de discapacidad, y según el informe de derechos humanos de la Personería de Medellín del año 2020 (25), se documenta una débil infraestructura pública con accesibilidad a la población con discapacidad que no permite la inclusión social y además un sistema de transporte público que, aunque se han evidenciado avances, tiene pendiente en el mejorar su infraestructura para la inclusión de esta población en una mayor cobertura.

Por otro lado frente a la situación el 76% de la población registrada que se encuentran entre los cursos de vida económicamente activos, tiene ingresos inferiores a 500 mil pesos o ningún ingreso, lo cual arroja como conclusión que la mayoría de personas en situación de discapacidad en la ciudad de Medellín no solo no tienen una infraestructura pública y vial que los integre a la sociedad para desarrollar su proyecto de vida (educación, empleo, recreación, etc.), sino que, además, pertenecen en su mayoría a los estratos socioeconómicos más bajos de la población, lo que los hace más vulnerables aún al dificultarles el pleno acceso a la canasta familiar básica y servicios públicos domiciliarios (10).

En cuanto al acceso a la educación inclusiva, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece en su artículo 24 que los Estados Parte “asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles, a fin de hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre”. Según la Personería de Medellín (10), el municipio de Medellín, la ciudad cuenta con 57 instituciones educativas totalmente accesibles en materia de infraestructura física, según concepto de la Unidad de Infraestructura Educativa, siendo la comuna 6 Doce de Octubre donde se concentra la mayor parte de estas instituciones, 9 en total. De las comunas donde se detalla mayor asentamiento de personas con discapacidad, Manrique cuenta con cinco instituciones accesibles, Popular con tan solo dos y San Javier con tres. Es de anotar que se concibe el criterio de accesibilidad como la conectividad de medios desde la entrada principal de las sedes educativas y la totalidad de los espacios interiores que permitan la autonomía del desplazamiento de las personas en condiciones de movilidad reducida.

En cuanto al nivel educativo, las personas con discapacidad en su mayoría solo acceden a educación básica primaria (41,5 %) y básica secundaria (26,3 %), al nivel técnico o tecnológico accede el 3,2 % de esta población, mientras que al nivel profesional accede el 1,9% (10).

Adicional a esto el 87% de la población registrada, reporta no estar en ningún programa de bienestar o recibir subsidio del ICBF. Sin embargo desde la secretaría de salud de Medellín, por medio de su estrategias MIAS se atienden 300 familias con discapacidad en la zona 1 de Medellín, comunas 1, 2, 3 y 4 y las comunas 6, 8 y 13, y con la estrategia Familias cuidadoras de tus Capacidades en el resto de comunas, se atienden 1300 familias con personas con discapacidad, las cuales reciben acciones de información, educación, y comunicación en estilos de vida saludable, cuidados y autocuidado, además, de actividades de detección temprana de discapacidad.

2. Víctimas del conflicto armado

Tradicionalmente hablamos de 'víctima' cuando nos referimos a una persona que padece daño o muere por culpa ajena. En el Derecho contemporáneo se precisa la noción de víctima, ampliando esta definición básica, así Organización de las Naciones Unidas, define a las víctimas como: [...] las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder. Para las víctimas de delitos y del abuso de poder. En el caso colombiano esta definición está contenida en la definición de víctima del conflicto armado adoptada por el Estado en el artículo 1 de la Ley 1448 de 2011, conocida como ley de víctimas, en el cual se establece que “Se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o

colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. Se observa que si bien esta ley introduce unas limitaciones a propósito de quiénes tienen la posibilidad de ser consideradas víctimas establece las excepciones requeridas conforme a las características del Conflicto Armado Colombiano, por lo cual considera como excepción general: “el caso de los niños, niñas y adolescentes vinculados a organizaciones armadas ilegales, considerados como víctimas en las normas nacionales e internacionales. Esta inclusión se presenta sobre la base de su incapacidad de discernir y por consiguiente de ser responsable de sus actos. La inocencia presumida lo despoja de su condición de enemigo” (20).

2.1. Distribución y caracterización de la población víctima del conflicto armado

En Colombia, según el registro único de víctimas³ hasta el año 2021 se han reportado 10.541.088 Víctimas del conflicto armado desde 1984, (considerando la población al año 2020 representa el 21%), reportando 11.701.234 eventos victimizantes. El mayor hecho victimizante es el desplazamiento forzado con 8.191.057 de personas con esta condición, seguido de homicidio con 1.166.051 personas fallecidas por homicidio relacionado con el conflicto, y la tercera condición más importante son las víctimas de amenaza con 537.5560 personas registradas.

Los departamentos donde se concentra el 53% de la población registrada como víctima del conflicto armado son Antioquia (19,72%), Bolívar (6,91%), Nariño (5,85%), Magdalena (5,47%), Cauca (5,42%), Choco (5,27%) y Valle (4,95%). Según la edad en el país el 22% de la población reportada como víctima son jóvenes entre 18 y 28 años, el 50.78% son mujeres, el 4.08% se identifica como población en situación de discapacidad, en relación con la etnia, casi el 12.5% de las personas víctimas del conflicto son negros o negro, afro, raizal, palenquero colombianos.

³ Información según los reportes del sistema de información del Registro Único de Víctimas Nacional, con fecha de consulta 02 de diciembre de 2021.

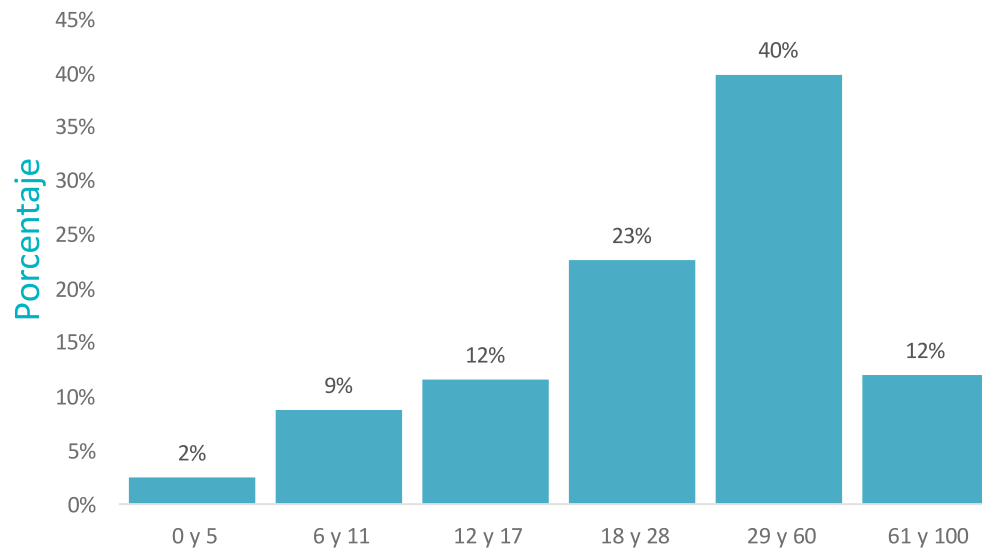


Figura 10. Distribución de las víctimas de conflicto armado en Colombia desde 1984 según curso de vida.
Fuente: Registro Único de Víctimas, 2021 fecha de consulta 02 diciembre de 2021.

Tabla 7. Distribución de las víctimas de conflicto armado en Colombia desde 1984 según su pertenencia étnica.

PERTENENCIA ETNICA	PORCENTAJE
Ninguna	81%
Negro(a) o Negro, afro, raizal, palenquero colombiano(a)	13%
Indígena	3%
Gitano(a) ROM	0%
Gitano (RROM) (Acreditado RA)	0%
Palenquero	0%
Palenquero (Acreditado RA)	0%
Raizal del Archipiélago de San Andres y Providencia	0%
Negro (Acreditado RA)	0%
Indígena (Acreditado RA)	3%
Negro, afro, raizal, palenquero colombiano (Acreditado RA)	0%

Fuente: Registro Único de Víctimas, 2021 fecha de consulta 02 diciembre de 2021.

Para el análisis del comportamiento del desplazamiento por conflicto armado, se cuenta con dos indicadores importantes, el índice de intensidad, que se refiere a que tanta población es expulsada de su lugar de origen por desplazamiento forzado, y el índice de presión, que hace referencia a la población en condición de desplazamiento que recibe un territorio, estos dos índices reflejan la situación de violencia y la afectación de la población en un territorio⁴.

En la figura se muestra el índice de intensidad en el periodo 1997 a 2018 comparando su comportamiento en Medellín, Antioquia y Colombia, entre los años 1997 a 2002 Antioquia tuvo un mayor índice de intensidad que el total del país, reflejo de la situación de conflicto armado especialmente en las zonas de Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio, a partir de este año desciende y toma una tendencia y comportamiento similar a Colombia, situación diferente se vivió en Medellín donde para ese periodo no se reporta un alto índice de intensidad, pero si uno más alto que Colombia del índice de presión, lo que se traduce que Medellín durante dicho periodo ha sido una ciudad receptora de población desplazada por el conflicto.

Se observa un aumento del desplazamiento de población de la ciudad de Medellín hacia otros territorios, en los años 2009 a 2012, esto coincide con el periodo de recrudecimiento del conflicto urbano interno, entre los cabecillas del narcotráfico, el cual se presentó en este periodo, lo que duplicó el homicidio y demostró que los grupos subsistentes habían adoptado las estrategias criminales de sus antecesores (incluidas las milicias y las guerrillas) y reproducían formas de victimización de la población (12) (Figura 11 y 12). Estos dos índices tienen a partir del año 2012 una tendencia estable hacia la disminución en Medellín, Antioquia y el país.

⁴ Estos indicadores estuvieron disponibles en el registro único de víctimas con información hasta el año 2018. Por lo que no fue posible actualizarlos, sin embargo por la importancia histórica y como determinante que afecta la salud de las poblaciones se deja el análisis hasta la fecha disponible.

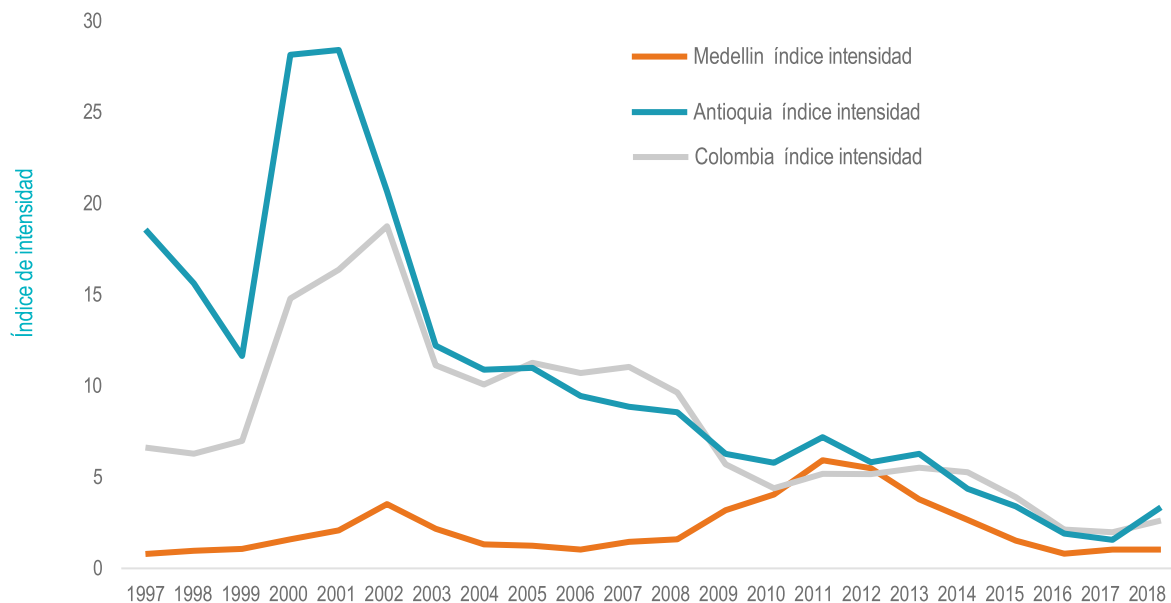


Figura 11. Comparativo de la tendencia del Índice de intensidad en Colombia, Antioquia y Medellín entre los años 1997 y 2018.

Fuente: Construida a partir de los datos del RUV, 2018.

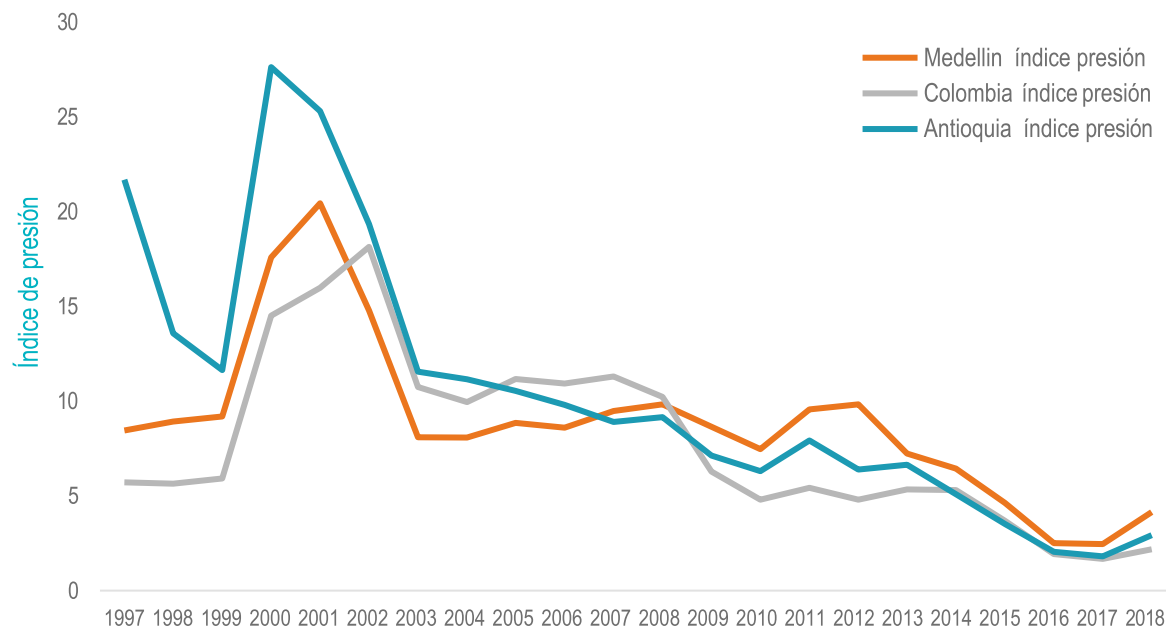
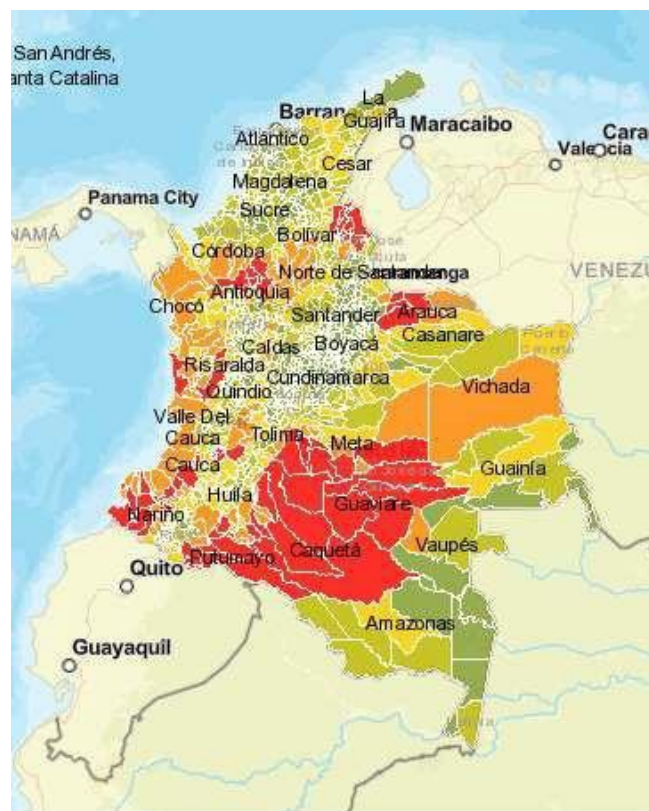


Figura 12. Comparativo de la tendencia del Índice de presión en Colombia, Antioquia y Medellín entre los años 1997 y 2018.

Fuente: Construida a partir de los datos del RUV, 2018.

En el año 2012, la Unidad para las Víctimas fomentó, creó e implementó el Índice de Riesgo de Victimización, el cual es una herramienta de análisis de riesgo de violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario. Para el año 2020, los departamentos que presentaron riesgo alto de victimización son Guaviare, Caquetá, Putumayo y Nariño, Asimismo, Arauca, Chocó, Cauca, Meta y Vichada presentan un índice de riesgo medio-alto, Antioquia se encontró con un IRV medio, con 20 municipios con riesgo alto principalmente en la región de Bajo Cauca. Medellín se encuentra con un índice medio bajo tanto para el 2019 como para el 2020.

Mapa 1. Índice de victimización Colombia 2020.



Fuente: Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas.

Según el informe de la personería de Medellín (10), las comunas con mayor población en situación de desplazamiento por conflicto armado interno son Popular, Aranjuez, Robledo, Villa hermosa y San Javier, si se revisa la situación de orden público actual, coinciden con aquellos sectores que además de albergar población de escasos recursos, ha sido afectada por situaciones de conflicto local y cuenta con presencia de grupos delincuenciales organizados (10).

Según el registro único de víctimas, en Medellín el mayor hecho victimizante registrado en total hasta entre 1997 y 2020 es el desplazamiento, representando el 57.81% del total de víctimas (452.646 personas víctimas) seguido del homicidio y la amenaza.

Tabla 8. Distribución de los hechos victimizantes en la población víctima registrada en Medellín 1997 -2020.

Tipo de Hecho	Porcentaje
Desplazamiento forzado	57,81%
Homicidio	26,63%
Amenaza	9,97%
Desaparición forzada	3,72%
Lesiones Personales Psicológicas	0,38%
Secuestro	0,35%
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	0,29%
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	0,22%
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	0,18%
Tortura	0,15%
Lesiones Personales Físicas	0,13%
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	0,09%
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	0,08%

Fuente: Registro Único de Víctimas, 2021 Información según los reportes del sistema de información del Registro Único de Víctimas Nacional, con fecha de consulta 02 diciembre de 2021.

Para el año 2020, el hecho victimizante más declarado fue el desplazamiento forzado, puesto que, según reportes del Equipo Municipal de Víctimas, llegaron víctimas a la ciudad de Medellín provenientes principalmente de zonas de mayor afectación, como los municipios de la subregión del Bajo Cauca, entre los que se destacan Cáceres, Tarazá, El Bagre, Cauca y Zaragoza. De igual manera, desde la subregión del norte, municipios como Ituango y Briceño; desde la subregión del nordeste, municipios como Remedios, Segovia y Amalfi (25).

Según la edad de las personas víctimas del conflicto en Medellín, la mayor parte de la población se encuentra en edad adulta (29 y 60 años) económicamente activa, en este grupo de edad las mujeres representan el 52,85% del total de población víctima. Por otro lado, es importante destacar que el 9% son niños y niñas menores de 11 años y el 28% se encuentran en el curso de vida entre adolescencia y juventud. En cuanto a la distribución por sexo, se tiene una distribución homogénea entre hombres

(47,91%) y mujeres (51,97%), además se reporta que el 0,12% de las personas víctimas del conflicto son parte de la población LGTBI en Medellín (Según el reporte del RUV

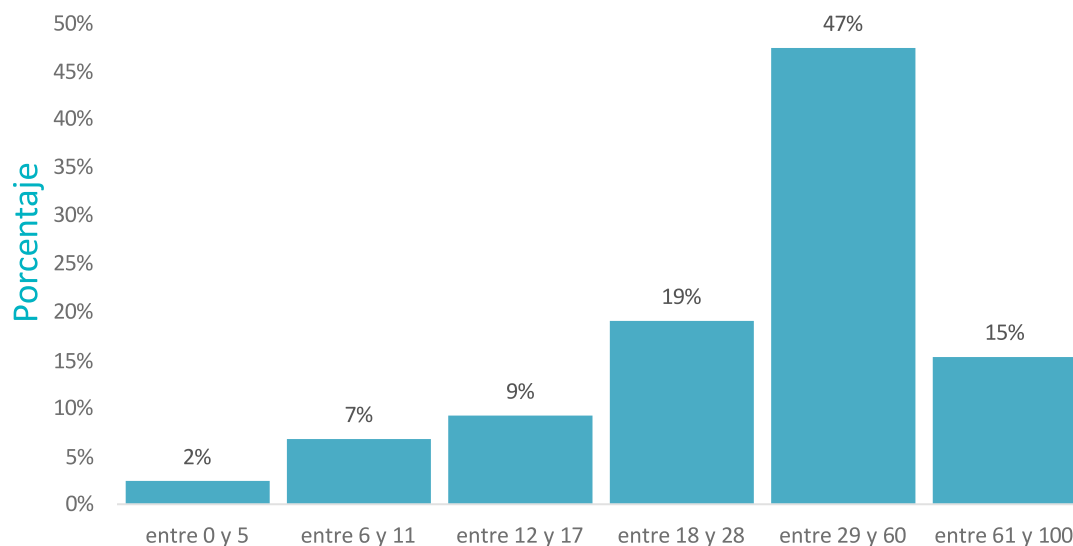


Figura 13. Distribución población víctima por curso de vida. Medellín 1984 -2020.

Fuente: Registro Único de Víctimas, 2021 Información según los reportes del sistema de información del Registro Único de Víctimas Nacional, con fecha de consulta 02 diciembre de 2021.

Con este panorama para la ciudad, se convierte en un reto materializar las medidas de reparación que se han dispuesto para el país, pero pese a distinguirse por brindar una atención primaria adecuada a los ciudadanos con tal calidad, los esfuerzos tendientes a la reparación en todas sus dimensiones desvían el enfoque y terminan por perpetuar un sistema de resarcimiento inadecuado respecto del cual la sociedad en general reclama cambios (10).

En este sentido, desde la unidad para la atención y reparación integral a las víctimas, y dando cumplimiento a la Ley 1448 de 2011, hace un seguimiento de la condición de superación de la situación de vulnerabilidad, considerando variables como: acceso a salud, seguridad alimentaria, acceso a educación, atención integral a la familia, condición de ingresos básicos otorgados, acceso a la vivienda, garantía del derecho a la identificación (registro civil/ cédula). Según el informe nacional (27), se puede destacar los siguientes avances en el país al primer semestre de 2021:

- Porcentaje de Mujeres Víctimas de conflicto armado identificadas con riesgo extraordinario extremo o inminente que cuentan con medidas de protección implementadas: 82%.
- Para el indicador de tenencia de documentos de identificación de las personas víctimas del conflicto armado, se ha tenido un avance entre 2019 y 2021 de 22.430 víctimas que han podido gestionar su documento.
- De los hogares identificados para el programa de atención humanitaria, se han atendido con al menos un giro de Atención Humanitaria a más del 91%, es decir, dentro de la gestión se genera un cumplimiento del 96% en la meta concertada para este indicador (95%).
- El 95% de hogares víctimas de desplazamiento forzado incluidos en el RUV con autorreconocimiento étnico y carencias en subsistencia mínima, con entrega efectiva de atención humanitaria.
- El 93% de las personas identificadas se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- En cuanto a enganche laboral, para el año 2020 se logró la intermediación laboral 39.636 empleos a través del SENA, y para el primer semestre de 2021 de 18.864 empleos.

Para Medellín, en lo referente al aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud y según lo reportado al sistema SISPRO por cada una de las EAPB, para el año 2020 la población víctima del conflicto presenta la siguiente distribución por EAPB según su régimen de afiliación:

Tabla 9. Porcentaje de afiliados al régimen contributivo y subsidiado en cada EAPB que declaran ser personas en situación de desplazamiento, Medellín 2020.

PORCENTAJE DE AFILIADOS QUE REPORTAN SER DESPLAZADOS		
NOMBRE DE EAPB	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO
TOTAL COLOMBIA		13,50
TOTAL ANTIOQUIA		19,05
TOTAL MEDELLÍN		12,26
CCFC55 - CAJACOPI ATLANTICO - CCF	0,00	50,00
EPS044 - MEDIMAS Contributivo	0,01	0,00
EAS016 - EPM	1,41	
EAS027 - FERROCARRILES NALES	1,91	
EPS016 - COOMEVA	6,10	24,07
EPS005 - SANITAS	6,47	61,32
EPS018 - SOS	7,05	
EPS010 - EPS SURA	7,48	24,94
EPS037 - NUEVA EPS	9,90	60,29
EPS017 - FAMISANAR	10,00	
EPS002 - SALUD TOTAL	17,19	45,55
ESSC24 - COOSALUD ESS COOPERATIVA DE SALUD Y DE	22,54	90,22
EPS040 - SAVIA SALUD EPS	22,82	23,93
EPS008 - COMPENSAR	24,06	129,93
EPSIC3 - ASOCIACION DE INDIGENAS DEL CAUCA A I C	38,46	
EPS042 - EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD Y DESARROLLO	54,99	0,00
EPS041 - NUEVA EPS SA	66,67	15,31

Fuente: SISPRO, caracterización territorial y demográfica EAPB, 2020.

Según la Unidad de víctimas de la Alcaldía de Medellín, para el año 2020 se han afiliado 97742 personas al SGSSS, así mismo se realizaron 433 atenciones psicosociales a personas identificadas como víctimas del conflicto, a través de la Secretaria de Salud de Medellín.

3. Poblaciones indígenas y negro, afro, raizal, palenquero.

Durante el año 2020, la Secretaria de Salud de Medellín realizó un ejercicio de caracterización de las familias indígenas y negro, afro, raizal, palenquero de la ciudad, visibilizando los procesos de construcción de ciudadanía, apropiación del territorio, condiciones de vida y la situación del ejercicio de derechos de estas comunidades en la ciudad. En este capítulo, se presenta un resumen de los hallazgos más importantes de este trabajo titulado “CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE FAMILIAS NEGRO, AFRO, RAIZAL, PALENQUERO E INDÍGENAS DE MEDELLÍN” (28). Realizado en convenio con la Universidad de Antioquia y representantes de las comunidades negro, afro, raizal, palenquero e Indígenas de la ciudad.

Se aplicó una encuesta de caracterización a una muestra de 505 familias indígenas (1104 personas) y 529 familias negro, afro, raizal, palenquero (1608 personas); este instrumento se construyó en un trabajo articulado con representantes de los cabildos y la academia para adecuarlo al contexto cultural e histórico de estas comunidades. La mayor convocatoria de familias negro, afro, raizal, palenquero encuestadas se obtuvo en las comunas Popular y San Javier, que agrupan 45% y 14% de la población encuestada. Para las comunidades indígenas, la mayor parte de las encuestas se concentró en la comuna Candelaria con 23% de familias encuestadas, seguida por las comunas Aranjuez, Villa Hermosa, Robledo y Buenos Aires. Así mismo se realizaron 12 círculos de la palabra con representantes de estas comunidades, 8 jornadas de salud intercultural y 8 entrevistas a profundidad con participantes claves, que en conjunto permitieron recopilar sus vivencias y perspectivas en relación a sus formas de articulación a la ciudad, sus procesos político organizativos, la expresión de su identidad cultural, las prácticas culturales para el cuidado de su salud y el ejercicio de sus derechos individuales y colectivos.

3.1. Condiciones demográficas

Según el reporte del Censo DANE 2018 la población indígena de Medellín correspondió a 2.071 personas y al 0,1% de la población total de la ciudad, y para la población negro, afro, raizal, palenquero 59.061 personas con un peso poblacional de 2,5%, sin embargo, se considera que existe subregistro censal, tema que ha sido ampliamente discutido en muchos sectores del país, y que además ha sido demostrado cuando se comparan los resultados con otros registros de estas poblaciones. Esta situación limita el análisis de los indicadores en salud, por lo que se presenta la distribución de los diferentes eventos a nivel de distribución de frecuencias.

El análisis de la estructura de la población étnica de Medellín por sexo y grupos quinquenales de edad, muestra que para la etnia indígena la población femenina equivale a 52,5% y la masculina a 47,3%. Para el caso de población negro, afro, raizal, palenquero colombiana la población femenina es de 52,9% y la masculina de 47%. La amplitud de ambas pirámides en su parte central y los indicadores índice de infancia, de adolescencia y de vejez revelan que ambas poblaciones son mayoritariamente jóvenes, pues los menores de 15 años equivalen a 18,5% en indígenas y 20,3% en negro, afro, raizal, palenquero. La población de 15 a 29 años representa 36,8% en indígenas y 30% en negro, afro, raizal, palenquero, mientras que la población mayor de 65 años equivale a 4,2% en indígenas y 6,2% en población negro, afro, raizal, palenquero. Comparado con la población no étnica, las comunidades indígenas y negro, afro, raizal, palenquero descendientes tienen una mayor proporción de infantes, jóvenes y menor proporción de adultos mayores.

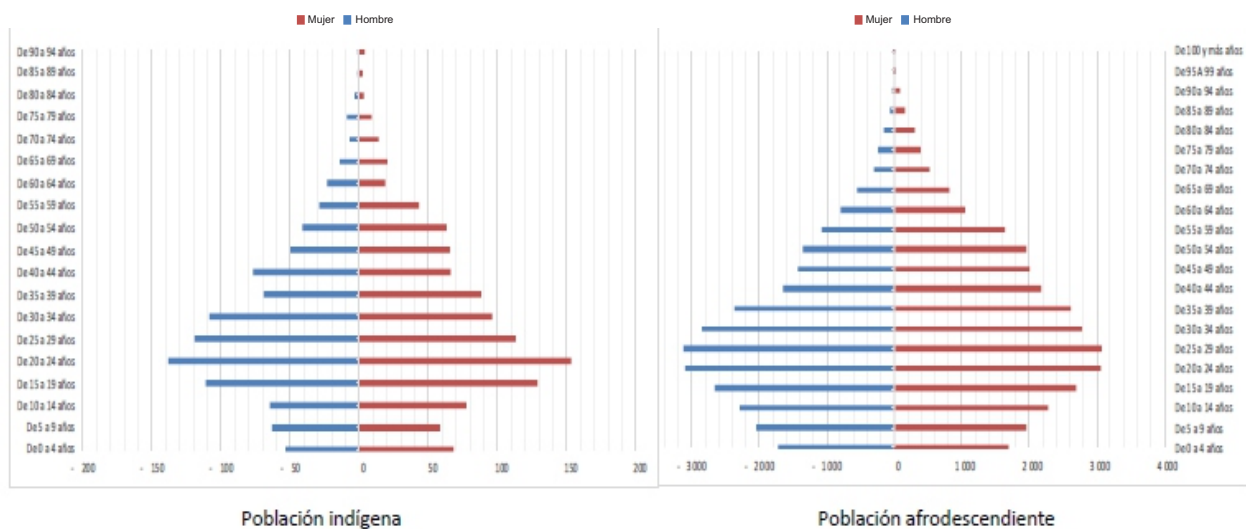


Figura 14. Pirámide poblacional comunidades indígenas y negro, afro, raizal, palenquero de Medellín.

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín “caracterización de las condiciones de vida y salud de familias negro, afro, raizal, palenquer e indígenas de Medellín, 2020”.

Otra característica demográfica en común para los dos grupos étnicos es su baja natalidad, según información del Censo Nacional de Población del DANE del año 2018, la tasa bruta de natalidad de 2018 fue de 8,7 nacimientos por 1.000 habitantes en población indígena y 12,3 en población negro, afro, raizal, palenquero. Estos valores son menores que la tasa de natalidad de Colombia (15 nacimientos por 1.000 habitantes en 2018). También se encontró una tasa global de fecundidad de 0,7 hijos por mujer en población indígena y de 1,2 en población negro, afro, raizal, palenquero, valores que se encuentran por debajo del promedio de Latinoamérica, equivalente a 2 nacimientos por mujer en 2018 (Tabla 10).

Según la información reportada por el Censo Nacional de Población del DANE 2018, la población indígena de Medellín habita en mayor proporción las comunas Robledo, La Candelaria, Belén, Doce de Octubre y Villa Hermosa. La población negro, afro, raizal, palenquero se encuentra mayoritariamente concentrada en las comunas Robledo, San Javier, Villa Hermosa y Belén.

Tabla 10. Indicadores demográficos de población indígena, negro, afro, raizal, palenquero y no étnica de Medellín, 2018.

Indicador	Indígena	Negro, afro, raizal, palenquero	Población no étnica
Razón hombre: mujer	0,9	0,9	0,9
Índice de infancia	18,5	20,3	17,1
Índice de juventud	36,8	30,0	26,5
Índice de vejez	4,2	6,2	10,8
Índice de envejecimiento	22,7	30,7	62,9
Índice demográfico de dependencia	29,4	36,0	38,6
Índice de dependencia Infantil	24,0	27,6	23,7
Índice de dependencia de mayores	5,4	8,5	14,9
% Población económicamente activa	77%	74%	72%
Tasa bruta de natalidad * 1000 hab	8,7	12,3	11,6
Tasa de Fecundidad general * 1000 MEF	25,4	39,6	41,2
Edad media de la fecundidad (años)	24	27	27
Tasa Global de Fecundidad (hijos*mujer)	0,7	1,2	1,3
Tasa de crecimiento vegetativo*1.000 hab	3,9	8,6	5,4
Tasa de inmigración * 1000 hab	246	188	69

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, “Caracterización de las condiciones de vida y salud de familias negro, afro, raizal, palenquero e indígenas de Medellín, 2020”. Información procesada a partir de micro datos Censo DANE 2018.

La ciudad también ha sido escenario de procesos migratorios para las comunidades étnicas, pues la violencia directa y estructural experimentada por familias indígenas y negro, afro, raizal, palenquero asentadas históricamente en territorios geográficamente dispersos, les ha forzado a migrar hacia centros urbanos como Medellín, que se concibe como un territorio de oportunidades. La tabla siguiente presenta el indicador de migración de poblaciones negro, afro, raizal, palenquero e indígenas por cada mil habitantes según el censo DANE 2018 y según la encuesta de caracterización familiar realizada en el año 2020. Las comunidades indígenas presentan la mayor tasa de migración, pues los datos muestran que por cada 10 personas que habitan la ciudad llegan 3 migrantes por año, en cambio, para las comunidades negro, afro, raizal, palenquero por cada 100 habitantes llegaron 8 personas migrantes en 2020.

Tabla 11. Tasa de migración por 1.000 Habitantes.

Etnia	Censo 2018	Caracterización 2020
Indígena	246	300
Negro, afro, raizal, palenquero	12	80
Ningún grupo étnico	69	NA

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, “Caracterización de las condiciones de vida y salud de familias negro, afro, raizal, palenquero e indígenas de Medellín, 2020”.

Según los motivos de migración, las comunidades negro, afro, raizal, palenquero (45%) e indígenas (53%) refieren la mejora de condiciones de vida, búsqueda de empleo, oportunidad de estudio y mejora de la atención en salud como principales necesidades que motivaron su movilidad hacia la ciudad. El desplazamiento forzado y el conflicto armado fueron uno de los determinantes de la migración de más de 40% de familias negro, afro, raizal, palenquero y del 25% de las familias indígenas.

3.3 Condiciones de vida

Con relación a las características de las viviendas, en la caracterización familiar se encontró que 91% de familias indígenas y 59% de las familias negro, afro, raizal, palenquero pertenecen a los estratos 1 y 2 (Figura 15). Más de la mitad de la población de ambas etnias carece de vivienda propia y vive en arriendo.

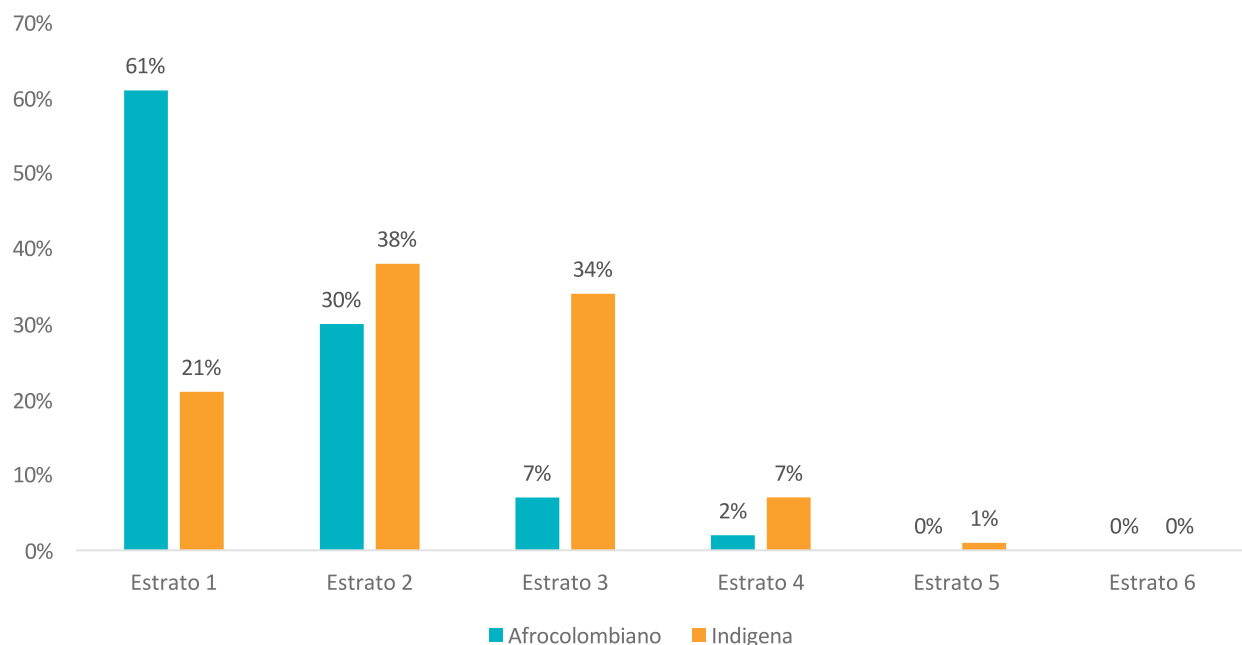


Figura 15. Distribución población indígena y negro, afro, raizal, palenquero según estrato socio económico.

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, “Caracterización de las condiciones de vida y salud de familias negro, afro, raizal, palenquero e indígenas de Medellín, 2020”.

Se encontró una gran brecha frente al acceso a servicios públicos, pues cerca de 30% de las familias negro, afro, raizal, palenquero encuestadas carece de los servicios de agua potable y alcantarillado, y 11% no cuenta con servicio de recolección de basuras. El porcentaje de familias sin acceso a internet alcanzó 61% para negro, afro, raizal, palenquero y 35% para población indígena.

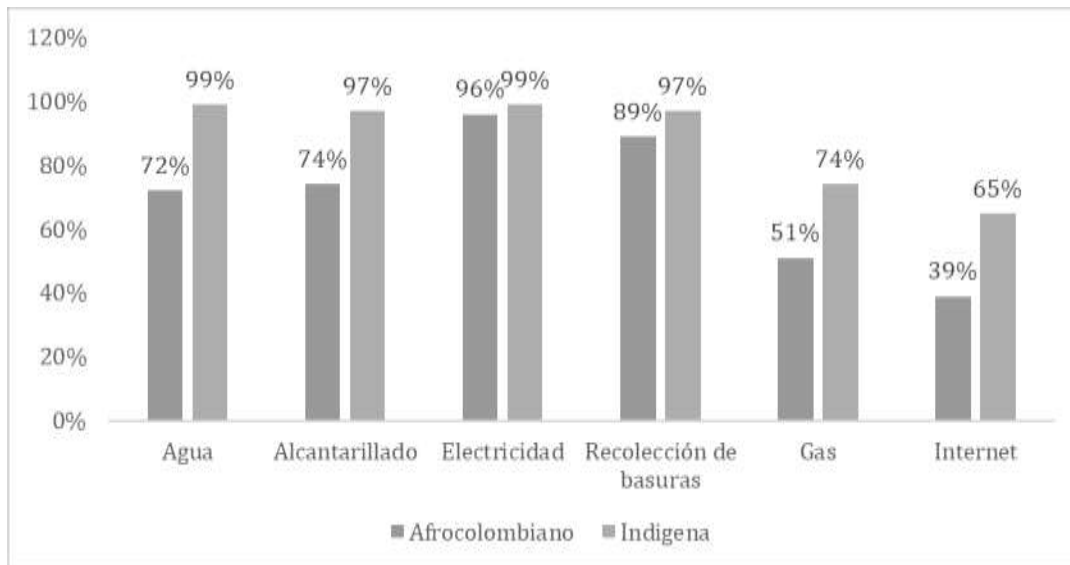


Figura 16. Acceso a servicios públicos y sanitarios, población Negro, afro, raizal, palenquero e indígena. Medellín.
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, “Caracterización de las condiciones de vida y salud de familias negro, afro, raizal, palenquero e indígenas de Medellín, 2020”.

Respecto a las condiciones socioeconómicas y la percepción del nivel de pobreza, 96% de familias negro, afro, raizal, palenquero y 89% de familias indígenas consideran que su nivel de ingresos es insuficiente para satisfacer las necesidades de sus integrantes. De acuerdo con la línea de base de los derechos étnicos de la población indígena de Medellín, en 2019, 69% de la población indígena de Medellín en edad de trabajar percibía ingresos menores al salario mínimo mensual vigente. También se indagó si algún integrante de la familia había dejado de consumir una comida principal por falta de dinero o de acceso a alimentos la semana anterior a la encuesta, revelando que más de la mitad de las familias negro, afro, raizal, palenquero y un tercio de las familias indígenas se encuentran en inseguridad alimentaria.

Según el tipo de afiliación a los subsistemas de salud y pensión dentro del Sistema General de Seguridad Social, que son un reflejo de población con empleo formal e informal. Tres de cada 10 negro, afro, raizal, palenquero y cuatro de cada 10 indígenas hacen parte del régimen contributivo en salud,

más de la mitad de ambas poblaciones hacen parte del régimen subsidiado en salud y una de cada 10 personas de cualquiera de las 2 etnias no se encuentra asegurado al sistema de salud.

En cuanto a educación, la población indígena tiene una proporción dos veces más de analfabetismo que la población general, y la población indígena sin ningún nivel educativo es tres veces más que la población general.

Según la percepción de estas comunidades, se identifica una precariedad laboral y discriminación en el acceso a oportunidades de trabajo formal en la ciudad, siendo en su mayoría trabajadores informales, por lo que las familias étnicas han encontrado en su saber ancestral una posibilidad económica de subsistencia en la ciudad, mediante la venta de sus tejidos, artesanías, medicinas, las redes familiares de comerciantes, emprendimientos gastronómicos y artísticos, entre muchos otros.

3.4. Perfil de salud y enfermedad

Como lo mencionamos antes, presentaremos algunos de los indicadores de salud en distribuciones de frecuencia y no en tasas, debido a la dificultad para obtención de los denominadores de estas poblaciones en la ciudad.

Mortalidad

En relación con la mortalidad general, distribuida por grandes causas, no se encuentra una diferencia amplia en el comportamiento entre indígenas, comunidades negro, afro, raizal, palenquero y población general en la ciudad, con excepción de las causas externa que tienen una mayor frecuencia en la población negro, afro, raizal, palenquero y las causas de enfermedades transmisibles, las cuales tienen una mayor frecuencia relativa en estas dos comunidades comparada con la población general.

Tabla 12. Mortalidad por grandes causas 2019.

Mortalidad por grandes causas lista 667 OPS	Indígena		Negro, afro, raizal, palenquero				Población no étnica					
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	n	%	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0%	33%	3	34%	3	28%	209	29%	218	31%	
Neoplasias	1	20%	0%	2	22%	3	32%	167	23%	200	29%	
Todas las demás causas	2	40%	0%	1	19%	3	25%	165	23%	192	28%	
Causas Externas	0	0%	0%	1	13%	6	5%	125	17%	255	4%	
Mortalidad por grandes causas lista 667 OPS				3				8				
Enfermedades transmisibles	2	40%	0%	1	11%	9	8%	577	8%	513	7%	
Afecciones del periodo perinatal	0	0%	67%	1	1%	2	2%	59	1%	40	1%	

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, “Caracterización de las condiciones de vida y salud de familias negro, afro, raizal, palenquero e indígenas de Medellín, 2020” Información procesada de base de datos estadísticas vitales DANE.

Considerando ya por los tipos de subcausas y analizando las 10 primeras en importancia tanto en hombres como en mujeres, para el año 2019, según lo encontrado en el estudio de caracterización, para la población indígena en las 8 muertes registradas con esta variable, la neumonía y enfermedades respiratorias son las principales causas.

A diferencia de la mortalidad en la población Negro, afro, raizal, palenquero de las cuales se registraron un total de 115 fallecimientos, tanto en la población masculina como femenina las dos principales causas hacen referencia a enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente del sistema circulatorio, de resaltar que la tercera causa en hombres esta relacionada con la infección de VIH. El detalle de la distribución se puede observar en las siguientes tablas.

Tabla 13. 10 primeras causas de mortalidad población indígena 2019 según sexo.

Hombres	Total	%
Neumonía	2	40%
Tumor maligno del estómago	1	20%
Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	1	20%
Insuficiencia renal	1	20%
Total	5	100%
Mujeres	n	%
Enfermedades hipertensivas	1	33%
Infecciones específicas del periodo perinatal	1	33%
Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	1	33%
Total	3	100%

Fuente: Secretaria de Salud de Medellín, “Caracterización de las condiciones de vida y salud de familias negro, afro, raizal, palenquero e indígenas de Medellín, 2020” Información procesada de base de datos estadísticas vitales DANE.

Tabla 14. 10 primeras causas de mortalidad población negro, afro, raizal, palenquero 2019 según sexo.

Hombres	n	%
Enfermedades isquémicas del corazón	1	13
	3	%
Enfermedades cerebrovasculares	9	9%
Enfermedad por el VIH (SIDA)	6	6%
Tumor maligno de la próstata	6	6%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	6	6%
Agresiones (homicidios) y secuelas	5	5%
Todas las demás formas de enfermedad del corazón	4	4%
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3	3%
Leucemia	3	3%
Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido y los no especificados	3	3%
Enfermedades hipertensivas	3	3%
Neumonía	3	3%
Todas las demás enfermedades del sistema urinario	3	3%
Total	6	69
	7	%
	n	%
Mujeres		
Enfermedades isquémicas del corazón	1	10
	2	%
Enfermedades hipertensivas	8	7%
Enfermedades cerebrovasculares	8	7%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	7	6%
Diabetes mellitus	5	4%
Agresiones (homicidios) y secuelas	5	4%
Tumor maligno del estómago	4	3%
Tumor maligno de la mama de la mujer	4	3%
Todas las demás enfermedades del sistema nervioso	4	3%
Todas las demás formas de enfermedad del corazón	4	3%
Neumonía	4	3%
Total	6	53
	5	%

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, “Caracterización de las condiciones de vida y salud de familias negro, afro, raizal, palenquero e indígenas de Medellín, 2020” Información procesada de base de datos estadísticas vitales DANE.

El perfil de mortalidad invita a fijar la atención en la mayor vulnerabilidad de la población étnica frente a problemas específicos de salud pública como, por ejemplo, el VIH en hombres negro, afro, raizal, palenquero, los feminicidios en mujeres negro, afro, raizal, palenquero, y la mortalidad en el periodo perinatal para comunidades indígenas. Del mismo modo, hay una clara tendencia a la carga de mortalidad provenga principalmente de enfermedades cardiovasculares y neoplasias, lo que invita a pensar la necesidad de adecuaciones socioculturales a las estrategias preventivas, que puedan impactar de manera positiva en la adopción de estilos de vida saludables.

En la tabla 16 se observa una brecha de desigualdad entre las poblaciones indígenas, negro, afro, raizal, palenqueros y la población no étnica en relación a la mortalidad materno perinatal, es así como por cada un niños menores de un año fallecidos de población no étnica hay 1.71 niños indígenas fallecidos para el año 2019, y esta brecha tiene una tendencia al aumento desde el año 2017. Y en relación con la proporción de gestantes con control prenatal, dicha diferencia es un claro indicador de las dificultades de acceso al sistema de salud de estas poblaciones, siendo mucho mayor la desigualdad en la población de indígenas.

Tabla 15. Indicadores de mortalidad materno perinatal comparación de población indígena y negro, afro, raizal, palenquero con población no étnica.

Indicador	Año	Indígena	Negro, afro, raizal, palenquero	Población no étnica
Mortalidad infantil (casos por 1000 nv)	2017	33	18	8
	2018	56	10	7
	2019	75	9	7
Mortalidad materna (casos por 100.000 nv)	2017	0	0	51
	2018	0	138	49
	2019	0	187	45
Razón de morbilidad materna extrema (Casos x 1000 nv)	2017	0,0	6,6	20,0
	2018	0,0	15,1	27,1
	2019	0,0	18,7	26,0
	2017	33,3	0,0	2,1

Incidencia de sífilis congénita (casos por 1000 nv)	2017	33,3	0,0	2,1
	2018	0,0	1,4	1,6
	2019	25,0	9,3	3,3
Proporción de nacidos vivos sin control prenatal	2017	30%	9%	2%
	2018	61%	7%	2%
	2019	50%	5%	2%
Incidencia de bajo peso al nacer	2017	3,3%	1,8%	3,8%
	2018	0,0%	2,1%	4,2%
	2019	2,5%	1,9%	3,7%

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, “Caracterización de las condiciones de vida y salud de familias negro, afro, raizal, palenquero e indígenas de Medellín, 2020”.

Continuando con el componente de morbilidad, la encuesta de caracterización familiar aplicada mostró un alto porcentaje de familias étnicas con factores de riesgo en la mayoría de dimensiones de salud abarcadas: en el componente vida saludable y enfermedades no transmisibles 91%, seguridad alimentaria 72%, salud mental 69%, ambiental 68%, aseguramiento 39%, salud sexual 22%, manejo de medicamentos 11% y laboral 9% (Tabla 16).

Tabla 16. Factores protectores y de riesgo según dimensiones de caracterización de Medellín me cuida salud.

Dimensión de salud	Factor de riesgo	Familia Negro, afro, raizal, palenquero		Familias indígenas	
		No	Sí	No	Sí
Salud nutricional	Consumo diario de frutas y verduras	65	35	50	50
	Sobrepeso	78	22	75	25
	Consumo habitual de licor, cigarro o tabaco	85	15	85	15
	Consumo habitual de sustancias psicoactivas	96	4	98	2
	Adicción a juegos de azar, vídeo juegos, redes sociales	91	9	94	6
	Problemas en la casa, estudio, trabajo por el consumo de SPA	97	3	97	3
	Ideación o intento de suicidio	87	13	93	7
	Alteraciones del sueño, ansiedad, depresión u otra enfermedad mental	81	19	88	13

Dimensión de salud	Factor de riesgo	Familia Negro, afro, raizal, palenquero		Familias indígenas	
		No	Sí	No	Sí
Cepillado 3 veces al día		19	81	19	81
Salud bucal	Uso de seda dental diario	36	64	39	61
Dolor o sangrado en las encías, movilidad de los dientes o alteraciones en la boca		70	30	75	25
Hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes		68	32	78	22
Síntomas de cáncer en menores de 18 años		88	12	90	10
Vida saludable	Hombres >50 años con examen de próstata	93	7	77	23
enfermedades_ no	Síntomas de EPOC en mayores de 40 años	95	5	97	3
60 años	Toma adecuada de medicamentos en mayores transmisibles de	77	23	82	18
Automedicación en la familia		56	44	63	37
Actividad física 3 veces por semana		47	53	68	32

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, “Caracterización de las condiciones de vida y salud de familias negro, afro, raizal, palenquero e indígenas de Medellín, 2020”.

Con relación a la prevalencia puntual de enfermedades crónicas se encuentra que para familias negro, afro, raizal, palenquero la principal afección crónica es la hipertensión arterial con 28%, seguida de los trastornos de depresión y ansiedad 11% y la diabetes mellitus 8%. Para las familias indígenas estas 3 enfermedades también son las más prevalentes, pero en una frecuencia menor, 9% para HTA, y 8% para diabetes, depresión y ansiedad.

Otro aspecto importante y que influye directamente sobre la salud mental y la convivencia es la funcionalidad familiar, la cual fue abordada desde el Apgar familiar, mostrando que aproximadamente la mitad de familias encuestadas presenta una adecuada función familiar. Sin embargo, el porcentaje de disfunción familiar severa, para familias negro, afro, raizal, palenquero fue de 23%, triplicando el valor de las familias indígenas. Este hallazgo merece ser discutido a la luz del componente de mortalidad, pues los homicidios representan la 4 causa de mortalidad para hombres y mujeres.

Un determinante fundamental de las condiciones de salud de una población es el acceso y calidad de los servicios de salud, en la caracterización se indagó por las barreras percibidas al momento de solicitar y recibir la atención de salud en el último año en la población indígena y negro, afro, raizal, palenquero, encontrándose frente a disponibilidad y accesibilidad de servicios, que casi la mitad encuestados

refirieron que la institución de salud se encontraba muy lejos de la vivienda y, más del 50% no recibió la atención requerida por falta de citas disponibles. En relación a la accesibilidad económica, la mitad de los encuestados refirió falta de recursos para el transporte hacia la institución de salud, entre 23% y 42% de los encuestados tenía problemas con la afiliación, y un tercio refirió que le cobraron por la atención brindada, a pesar de que la norma establece la exención de copagos para comunidades indígenas y para población con nivel de SISBEN I. En relación con la calidad, aproximadamente 40% refirió barreras para la realización de exámenes diagnósticos y entrega incompleta de medicamentos. Finalmente, en la dimensión de aceptabilidad, aproximadamente un tercio de los encuestados manifestó que su cultura no fue tenida en consideración al momento de brindarle la atención en salud.

3.4. Ejercicio de derechos, discriminación y violencia

Las comunidades étnicas de Medellín experimentan la violencia en sus formas directa, estructural y cultural (según lo referenciado por Johan Galtung). En cuanto a la violencia directa, el desplazamiento forzado por el conflicto armado constituye una de las formas tradicionales de violencia directa en estas comunidades étnicas y uno de los principales motivos de migración hacia Medellín. Los homicidios en el perfil de mortalidad de población negro, afro, raizal, palenquero son también la expresión de la violencia directa.

En cuanto a la violencia estructural, la cual hace referencia a procesos sociales, políticos y económicos de orden estructural que contribuyen a reproducir condiciones de inequidad y desigualdad material que limitan el ejercicio de derechos, pues se niega la existencia de necesidades. Se indagó a las familias étnicas si alguno de sus integrantes había sufrido vulneración de sus derechos en el año anterior a la encuesta, encontrando que cuatro de cada diez familias refirieron haber sufrido algún tipo de vulneración en su ejercicio de derechos. Los principales derechos vulnerados fueron salud, trabajo y los derechos colectivos de los grupos étnicos como autonomía, cultura, procesos organizativos, educativos y de salud propios. Otros derechos vulnerados en porcentajes que oscilan entre 53% y 73% fueron los derechos a un ambiente saludable, a la vivienda, la educación, a la libre expresión y al reconocimiento como indígena urbano.

En cuanto a la violencia cultural, que coloca el centro de atención en los valores y tradiciones propios de la cultura que contribuyen a normalizar y a validar las expresiones de violencia directa y estructural, es un tipo de violencia más sutil, pues se expresa de forma cotidiana en expresiones del lenguaje como “trabajar como negro”, “indio patirrajao” o a partir de estereotipos que asocian la diferencia étnica con inferioridad

y en la hipersexualización de los cuerpos negros, entre muchos otros aspectos.

En la caracterización familiar, al indagar por experiencias de discriminación durante el año anterior a la encuesta, se encontró que aproximadamente la mitad de los encuestados refirió ser discriminado por el hecho de ser indígena o negro, afro, raizal, palenquero. Las experiencias de discriminación son porcentualmente mayores en la población negro, afro, raizal, palenquero y están asociadas a su color de piel, el barrio de residencia, su acento, rasgos y apariencia física, su nivel educativo, la forma de vestir o por el hecho de ser hombre y mujer. En la población indígena los principales motivos de discriminación son el acento o la lengua materna, el nivel educativo, el color de piel, la apariencia física y el lugar de residencia.

3.4. Felicidad, Plenitud y Buen Vivir

Se propende por la vida en plenitud, la armonía con la madre tierra y el cosmos, vivir consientes de la existencia y en equilibrio creando relaciones interpersonales basadas en el apoyo, el encuentro, y se gestan sentimientos de satisfacción, cuidado colectivo y armonía.

Al momento de indagar en los participantes cuales son las prácticas, rituales o tradiciones con las que en sus comunidades se promueve el buen vivir, 62% de las familias indígenas encuentran significado en el "Uso de plantas medicinales, emplasto o bebedizo", 58% en la "participación en los procesos organizativos de la comunidad", 47% en "los baños naturales", 44% en "la danza y la música" y el otro 40% en "las fiestas tradicionales de su comunidad". Por su parte el 45% de las familias negro, afro, raizal, palenquero interpretan el buen vivir en la "herencia gastronómica de su cultura", el 38% en el "Uso de plantas medicinales, emplasto o bebedizo", el 37% en el "cocinado o boda" y el 35% participando en fiestas tradicionales de su comunidad, entre otros motivos.

Los momentos y/o situaciones cotidianas en las que se realizan prácticas culturales, en su mayoría corresponden con rituales de agradecimiento en un 42% para las familias indígenas y en un 30% para las familias negro, afro, raizal, palenqueros. Un quinto de los indígenas realiza rituales propios ante "la muerte de un familiar o pariente cercano y ante el nacimiento de un nuevo integrante, lo cual interpela significados alrededor de la vida y la muerte. Un tercio de las familias negro, afro, raizal, palenquero realiza prácticas culturales propias para la protección cuerpo y espíritu, prevención de desarmonías, malestares, enfermedades, armonización y protección del hogar y del territorio".

Finalmente se identifican dentro de los procesos de inserción a la ciudad percepciones de mejoría en sus condiciones de vida en comparación con las condiciones de vida de una década atrás. Encuentran en la ciudad la posibilidad de acceder a servicios institucionales y otras formas de incorporación para la garantía de derechos fundamentales. Al respecto, 60% de las familias negro, afro, raizal, palenquero refieren que su situación de vida y salud ha mejorado en comparación a la de hace 10 años mientras que, en el caso de los indígenas, tan solo el 39% tienen la misma percepción de mejoría.

Conclusión

La caracterización de la población indígena y negro, afro, raizal, palenquero, pone en evidencia que el fortalecimiento de la identidad cultural juega un papel transversal en la conformación de comunidades bajo la armonía del buen vivir, donde las personas se reconocen y diferencian frente a las mayorías. Se recomienda la generación y fortalecimiento de espacios de encuentro como los mecanismos que facilitarán la persistencia o continuidad de sus usos y costumbres, espacios donde se dialogue, se compartan preocupaciones y experiencias y se realice la transmisión de saberes. Este es el sentido de la interculturalidad en salud, que se teja desde lo propio, y que los enfoques de la salud institucional no sean dominantes, sino complementarios en este proceso de fortalecimiento cultural.

La accesibilidad cultural a la atención en salud es un desafío por alcanzar en la ciudad. Responderlo adecuadamente implica que las acciones de transversalización del enfoque diferencial se desarrollen con todos los actores e instituciones del sistema de salud.

A pesar de la existencia de factores socio históricos que han contribuido a crear distanciamientos en el orden social, relegando a las personas indígenas y negro, afro, raizal, palenquero a niveles de subordinación en la ciudad, el reconocimiento de sus luchas y procesos de resignificación de la vida urbana les ha permitido instituirse como actores sociales y políticos, sujetos urbanos con derechos y deberes colectivos que participan activamente en la construcción del buen vivir y del vivir en armonía, ya que su identidad no es estática, sino que, se compone de una trayectoria de intercambios dialécticos entre sus territorios de origen y la resignificación socio cultural de nuevas territorialidades en la ciudad de Medellín que los reivindica y resignifica como ciudadanos.

Medellín es territorio de diversidad, y como tal, enfrenta desafíos de cara a constituirse como una casa común, que pueda albergar y cobijar en igualdad de derechos y oportunidades a toda la diversidad existente, donde todos aportemos al cuidado de la vida y la salud sin que la igualdad resulte en

uniformidad y donde la diferencia no sea inferiorizada.

4. Poblaciones especiales según ciclo vital

Según el Plan Decenal de Salud Pública, dentro de las poblaciones vulnerables que requieren interés especial se encuentran los niños, niñas y adolescentes y Adulto mayor, para las cuales se plantean acciones con enfoque de curso de vida.

Por una parte, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP reconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, cuya gestión trasciende los esfuerzos sectoriales y reconoce que solo en la medida en que se compartan objetivos intersectoriales comunes es posible que ellas y ellos alcancen su desarrollo integral. Y por otro lado, busca una sociedad para todas las edades y una proyección hacia futuras generaciones de personas mayores, menos dependientes, más saludables y productivas, lo que repercutirá en la disminución de los costos del sistema de salud colombiano y la sostenibilidad del mismo, como estrategia prioritaria para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población y de las personas mayores en particular.

En este capítulo, traemos un resumen del análisis situacional de salud para los cursos de vida de primera infancia, infancia y adolescencia y vejez (los cuales corresponden a las poblaciones especiales definidas arriba), realizado durante el año 2019 en la Secretaria de Salud de Medellín, actualizando la información de los indicadores en salud hasta el año 2020 partiendo de una definición y priorización de eventos en salud utilizando la metodología de Hanlon (23), incluyendo en dicho ejercicio de priorización todos los eventos definidos que tuvieran relación con la importancia en la ciudad, agendas de salud pública, y eventos trazadores del Plan de Salud y del Plan de desarrollo. A partir de esta priorización, se realiza un Análisis situacional en cada curso de vida de los eventos priorizados.

A continuación, se presentan de forma gráfica los eventos evaluados con el método Hanlon en cada curso de vida y su priorización para el análisis.

Primera Infancia: Los eventos priorizados fueron: Violencia Intrafamiliar y de género, Enfermedad Respiratoria Aguda, Desnutrición Aguda, Sobrepeso y Obesidad y CEO/COP.

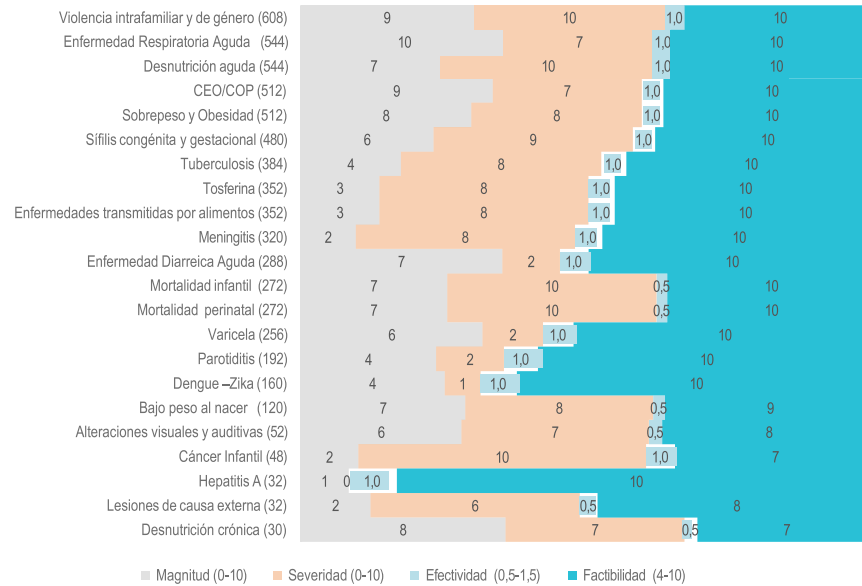


Figura 17. Matriz de Hanlon eventos primera infancia, Medellín 2019.

Fuente: Construcción propia. Secretaría de Salud Análisis de salud por curso de vida, Medellín 2019.

Infancia-Adolescencia: Los eventos priorizados fueron: Violencia Intrafamiliar y de género, Consumo de sustancias psicoactivas, Conducta suicida y Embarazo adolescente.

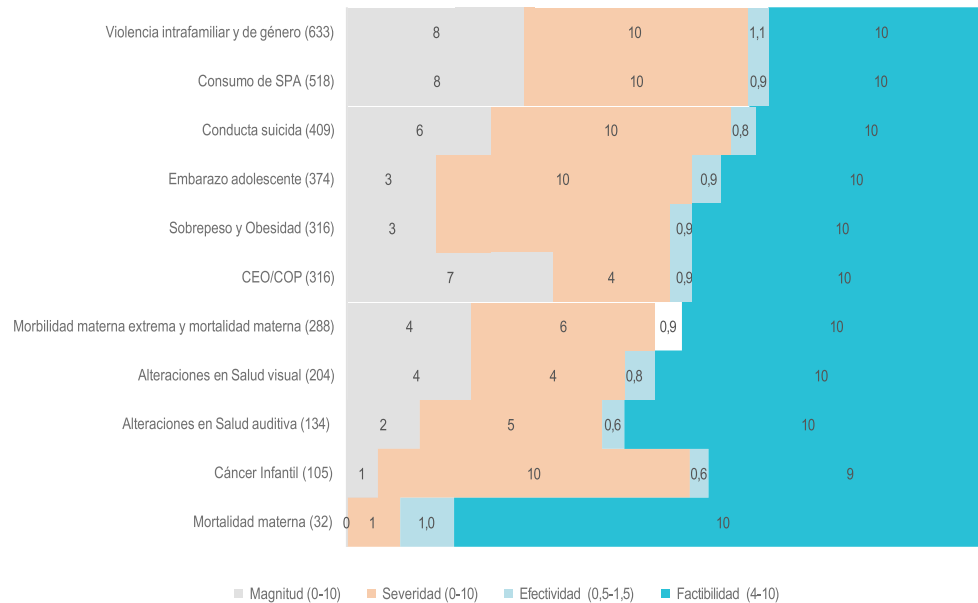


Figura 18. Matriz de Hanlon eventos infancia y adolescencia, Medellín 2019.

Fuente: Construcción propia. Secretaría de Salud Análisis de salud por curso de vida, Medellín 2019.

Vejez: Los eventos priorizados fueron: Riesgo cardiovascular – Precursores, Violencia Intrafamiliar y de género, Infección Respiratoria Aguda Grave y Delgadez.

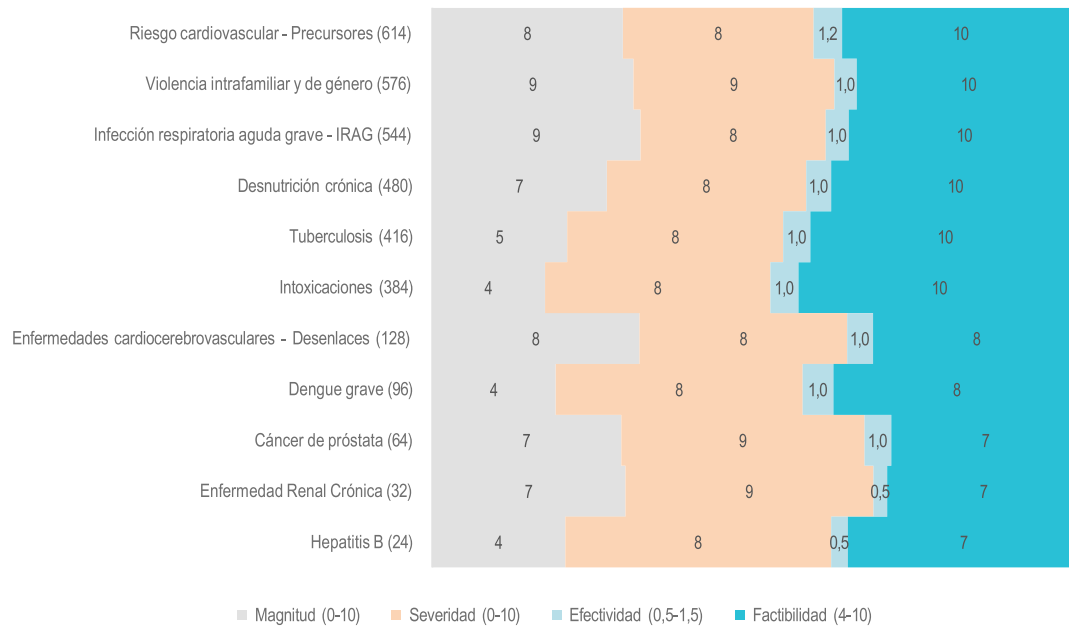


Figura 19. Matriz de Hanlon eventos en vejez, Medellín 2019.

Fuente: Construcción propia. Secretaría de Salud Análisis de salud por curso de vida, Medellín 2019.

4.1 Análisis situacional por ciclo vital de los eventos y priorizados

4.1.1 Primera Infancia

La primera infancia inicia desde los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, se constituye en el momento del curso de vida con mayor posibilidad de potenciar el desarrollo cerebral a través de la interacción con el ambiente y su contexto, por lo tanto es de vital importancia reconocer las características físicas, biológicas, psicológicas y sociales a las que cotidianamente están expuestos los niños y las niñas en este momento vital, así como identificar situaciones que pueden incidir negativamente en la salud y en su desarrollo, y de esta manera hacer un abordaje diferencial en la atención (29).

Caracterización demográfica

La primera infancia en Medellín representa el 7% de la población total de la ciudad para el año 2020, siendo las comunas de Robledo, Manrique, San Javier, el doce de octubre, Villa Hermosa y Popular, las que mayor proporción de niños y niñas menores de 5 años presentan en la zona urbana, el 45% del total de la ciudad, los corregimientos representan el 14% de la población de primera infancia de la ciudad.

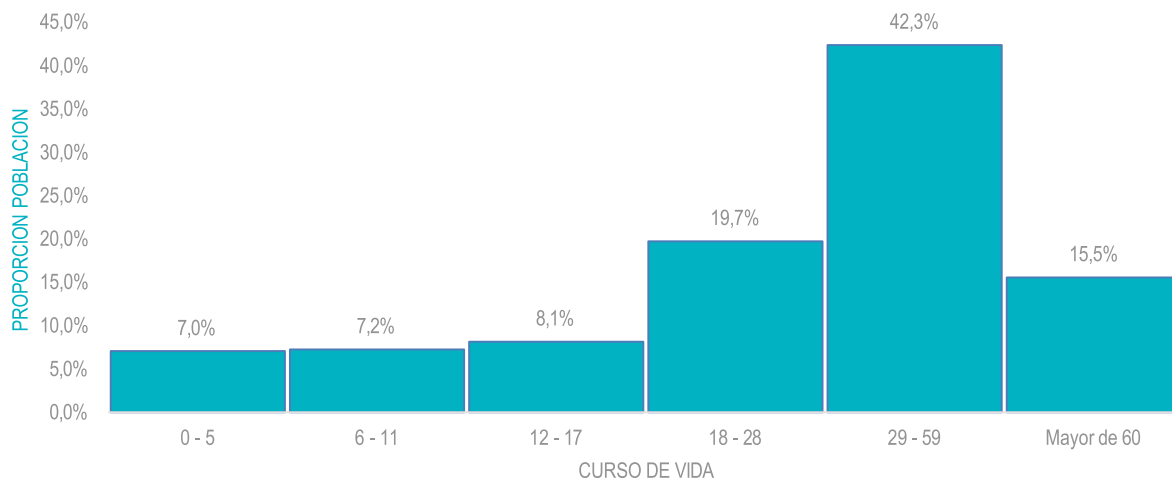


Figura 20. Distribución de la población por curso de vida. Medellín 2020.

Fuente: Proyecciones de población DANE, Medellín 2020.

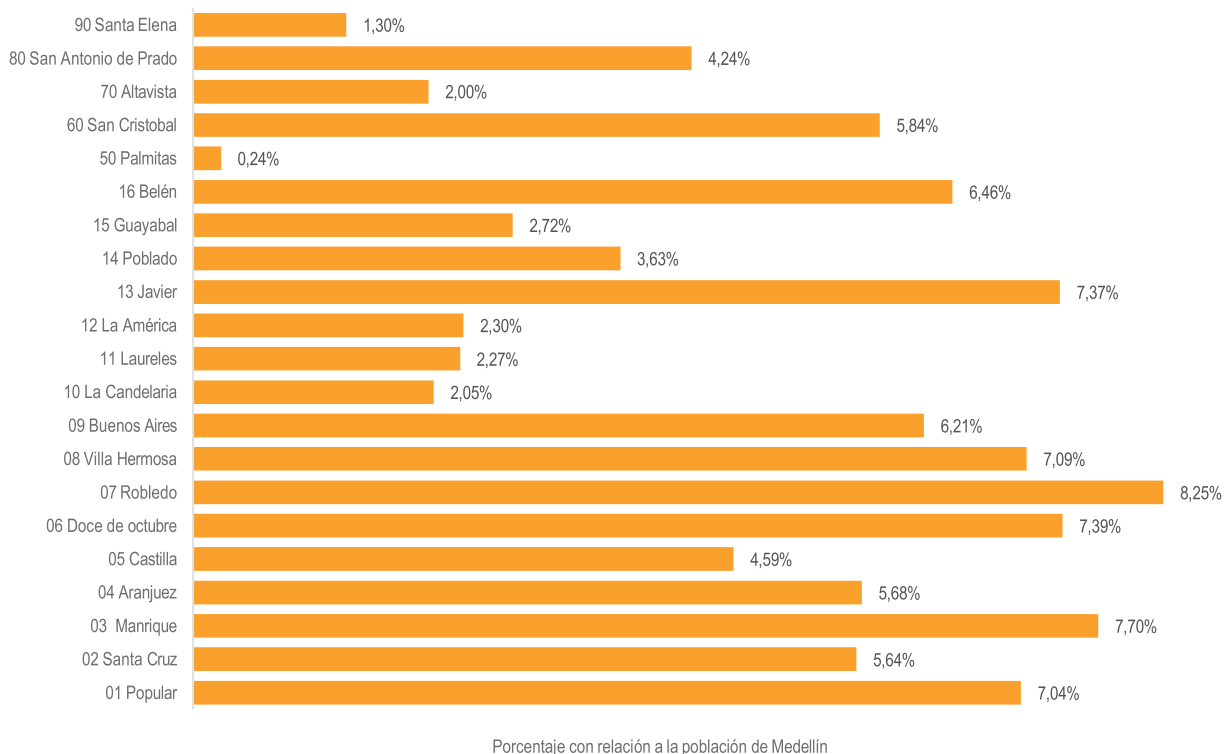


Figura 21. Distribución por comuna población curso de vida de primera infancia, Medellín 2020.

Fuente: Proyecciones de población DANE, Medellín 2020.

Mortalidad General en la primera infancia

En la siguiente tabla, se detalla las principales causas de muerte en cada uno de los grupos de eventos, encontrando que en general las enfermedades perinatales y las malformaciones congénitas, son los eventos con mayor tasa de mortalidad durante todo el periodo, seguidas de las enfermedades infecciosas, entre ellas las respiratorias agudas.

Causas muerte	Tasas anuales de mortalidad por 100 mil menores						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	67,16	67,67	62,54	61,51	53,82	57,95	50,57
Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	34,15	38,10	32,97	27,91	27,48	31,51	31,12

Causas muerte	Tasas anuales de mortalidad por 100 mil menores						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	18,78	22,18	21,04	22,78	16,60	15,19	10,00
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	10,81	4,55	6,25	7,40	7,44	8,44	6,67
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	3,41	2,84	2,27	3,42	2,29	2,81	2,78
Todas las demás enfermedades	50,65	63,69	57,99	58,66	52,68	46,70	43,35
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	34,15	46,06	43,78	47,27	41,23	30,94	33,90
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	5,69	6,82	5,69	4,56	3,44	6,75	3,89
Resto de las enfermedades	4,55	5,12	3,98	2,28	2,29	6,19	2,78
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	0,57	2,84	1,71	0,57	1,72	1,69	1,67
Resto de enfermedades del sistema digestivo	2,85	1,14	0,57	2,85	0,00	0,56	0,56
Enfermedades del sistema urinario	2,85	1,71	1,14	0,57	1,15	0,00	0,00
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	0,00	0,00	0,57	0,57	0,57	0,56	0,56
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,00	0,00	0,57	0,00	1,72	0,00	0,00
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	0,00	0,00
Enfermedades Transmisibles	12,52	15,35	14,21	11,39	8,02	18,00	8,89
Infecciones respiratorias agudas	6,83	9,10	6,25	6,83	5,15	10,13	3,33
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,85	2,84	3,98	3,42	1,72	5,63	0,56
Septicemia, excepto neonatal	1,14	1,71	2,84	0,57	0,57	1,13	0,56
Enfermedades Infecciosas Intestinales	1,71	1,71	1,14	0,57	0,57	1,13	1,11
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,33
Neoplasias (Tumores)	5,12	7,39	4,55	6,26	4,58	5,63	3,33
Leucemia	2,28	2,84	1,71	3,99	1,15	1,13	2,22
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	0,57	3,41	1,14	1,14	2,29	2,25	0,56
Resto de tumores malignos de otras	0,57	0,57	1,14	0,57	0,57	1,69	0,56

Causas muerte	Tasas anuales de mortalidad por 100 mil menores						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
localizaciones y de las no especificadas							
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	1,14	0,00	0,57	0,57	0,00	0,00	0,00
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	0,00	0,57	0,00	0,00	0,57	0,00	0,00
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	0,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	0,57	1,71	2,27	3,99	2,29	2,25	2,78
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	0,57	1,71	2,27	3,99	2,29	2,25	2,78
Causas externas	6,26	4,55	7,96	10,25	4,58	6,19	2,22
Los demás accidentes	3,41	3,41	3,98	5,13	2,86	3,94	2,22
Agresiones (homicidios)	1,71	0,57	2,84	3,42	1,15	0,56	0,00
Accidentes de transporte terrestre	1,14	0,57	0,00	1,71	0,57	1,13	0,00
Eventos de intención no determinada	0,00	0,00	1,14	0,00	0,00	0,56	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	4,55	3,41	3,98	4,56	2,29	3,94	0,00
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	4,55	2,84	2,84	2,85	1,15	2,81	0,00
Enfermedades cerebrovasculares	0,00	0,57	1,14	1,14	0,57	0,56	0,00
Enfermedades hipertensivas	0,00	0,00	0,00	0,57	0,57	0,00	0,00
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00

Principales eventos de interés en salud pública notificados en el curso de vida de primera infancia

Violencia

La violencia de todo tipo notificada en la ciudad tiene una tendencia al aumento comparada con el año 2014, pasando de 211,1 casos por 100 mil niños en el año 2014 a 1471 en 2020, esta se acentúa mucho más en el año 2018 con el ingreso de las casas de justicia como unidades notificadoras de este evento en la ciudad. (Figura 22).

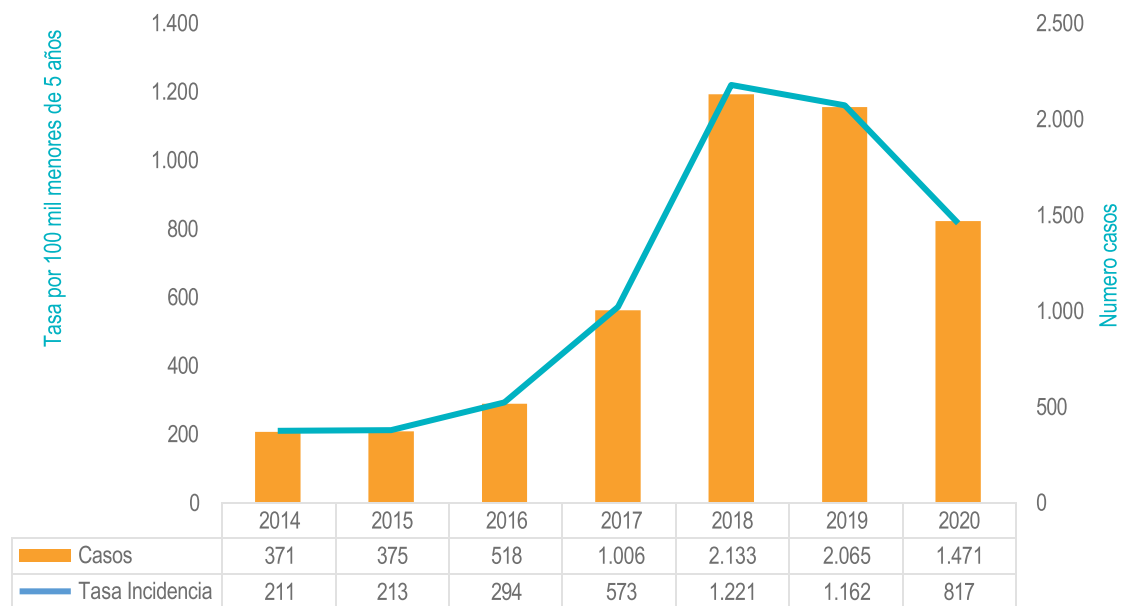


Figura 22. Tendencia de la notificación de violencia en menores de 5 años. Medellín 2014 -2020.

Fuente: SIVIGILA - Secretaría de Salud de Medellín, 2014-2020. Se ajustan datos de poblaciones según censo nacional del año 2018.

Según los diferentes tipos de violencia, entre el año 2014 y 2017 predominaba la violencia sexual, para el año 2018, se aumenta la notificación de violencia no sexual y entre ella la negligencia y abandono son las más importantes, sin embargo, se evidencia un aumento en el número de casos reportados de violencia sexual en la población de niños y niñas menores de 5 años, pasando de 271 casos en 2014 a 462 casos en 2020. Lo que muestra cómo se deben orientar las diferentes acciones en las familias y comunidades cuidadoras de los niños y niñas, y promover la identificación y denuncia de los diferentes tipos de violencia en esta población (Figura 22).

Entre las principales tipos de violencia en los niños y niñas menores de 5 años, (Tabla **17**) se observa un cambio en la notificación de los tipos de violencia en cada año entre el 2014 y 2020, siendo para el primer año del periodo de análisis el abuso sexual representaba el 69% de todos los casos reportados, y para el 2020, esta proporción cambia, pasando a un 16% y aumentando en el 46% los reporte de casos de negligencia y abandono.

Importante destacar que entre el año 2010 y 2020, se evidencia una disminución de casi el 30% en la notificación total de este evento, pudiendo estar influenciado por la crisis por pandemia y las restricciones

de cuarentena, que pudieron por un lado ser un factor de riesgo para el aumento de estos tipos de violencia, sin embargo su notificación y reporte se vio limitada por las disminuciones en las consultas externas y los cierres en los servicios de atención de crecimiento y desarrollo

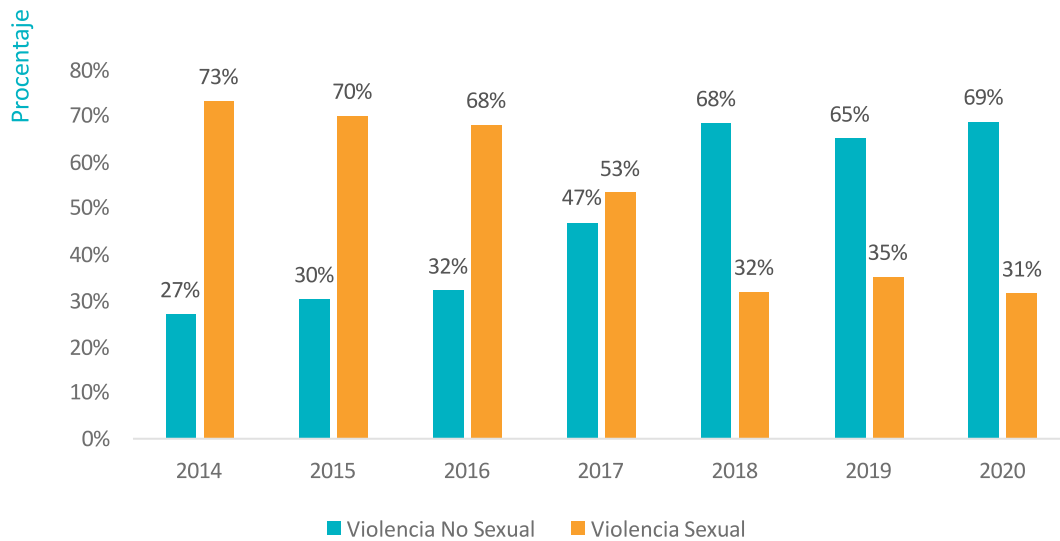








Figura 23. Tipos de violencia notificados en niños y niñas menores 5 años. Medellín 2014 -2020.
Fuente: SIVIGILA - Secretaría de Salud de Medellín, 2014-2020.

Tabla 17. Principales tipos de violencia en niños y niñas menores de 5 años. Medellín 2014 -2020.

Tipo de violencia	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tendencia anual tipos de violencia
Negligencia y abandono	16%	20%	23%	39%	49%	46%	46%	
Abuso sexual	69%	68%	63%	51%	30%	33%	16%	
Acoso sexual	1%	0%	2%	0%	1%	0%	4%	

Tipo de violencia	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Distribución anual tipos de violencia
Actos sexuales con uso de fuerza	0%	0%	1%	0%	0%	0%	4%	
Física	10%	8%	8%	7%	18%	18%	22%	
Otros actos sexuales	0%	0%	0%	1%	1%	1%	5%	
Psicológica	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	
Violación	4%	2%	2%	1%	1%	1%	3%	
Todas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Fuente: SIVIGILA - Secretaría de Salud de Medellín, 2014-2018.

Las comunas donde mayor se reporta incidencia de casos de violencia en niños y niñas para el año 2020 son la comuna la Candelaria, Villahermosa y Santa Elena. Se observan cambios en las tendencias de notificación entre el año 2019 y 2020, en todas las comunas, en especial en la América con una disminución en los dos años del 53% en la tasa de violencia en esta población, en Manrique del 43%, en el Poblado del 59%, en Guayabal del 50% y Belén del 60% de disminución; en la comuna de Laureles se presentó un aumento del 65% de la tasa de incidencia de la violencia sexual y familiar en los niños y niñas.

Según los tipos de violencia, el mayor cambio en la notificación de casos entre el año 2019 y 2020 se encuentra la negligencia y el abuso, los cuales disminuyeron para el año 2020, en contraposición el acoso y otros actos sexuales tuvieron un mayor reporte para el año 2020. En la se presenta el comportamiento de los principales tipos de violencia notificados durante el año 2020 y que afectaron a la población infantil.

Con relación al tipo de agresor en las diferentes formas de violencia en la primera infancia, la madre y el padre son los principales agresores, lo que da cuenta de la importancia de los cuidadores y las estrategias para mejorar la convivencia familiar.

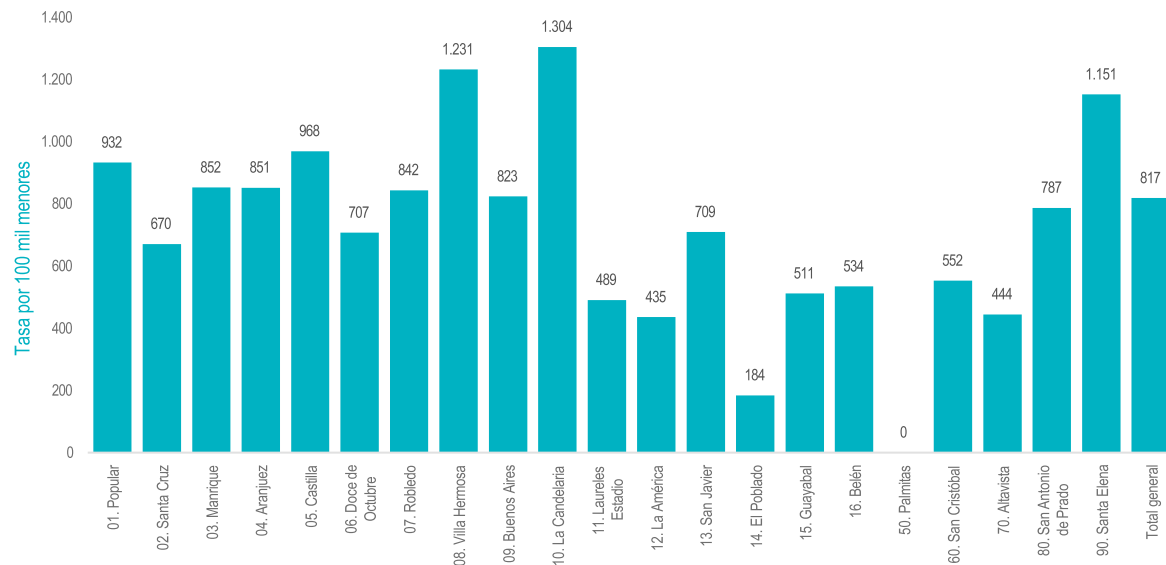


Figura 24. Tendencia de violencia notificados en niños y niñas menores 5 años. Medellín, 2020.
Fuente: SIVIGILA - Secretaría de Salud de Medellín, 2020.

Tabla 18. Incidencia casos de abuso sexual y negligencia según comuna residencia en niños y niñas menores de 5 años, Medellín 2020.

Comuna	Año 2020 Incidencia tipos de Violencia		
	Negligencia y abandono	Abuso sexual	Física
01. Popular	513,23	134,23	142,12
02. Santa Cruz	384,35	128,12	78,84
03. Manrique	447,69	108,31	144,41
04. Aranjuez	371,49	146,64	166,19
05. Castilla	471,81	205,66	193,56
06. Doce de Octubre	225,58	142,87	187,98
07. Robledo	303,21	114,55	283,00
08. Villa Hermosa	517,61	188,22	290,17
09. Buenos Aires	420,32	143,09	98,37
10. La Candelaria	570,50	135,83	380,33
11. Laureles Estadio	195,79	122,37	97,90
12. La América	169,16	96,67	72,50
13. San Javier	271,47	98,03	233,77
14. El Poblado	61,18	30,59	30,59
15. Guayabal	306,81	40,91	61,36
16. Belén	215,22	103,31	146,35
50. Palmitas	0,00	0,00	0,00

Comuna	Año 2020 Incidencia tipos de Violencia		
	Negligencia y abandono	Abuso sexual	Física
60. San Cristóbal	266,57	76,16	123,76
70. Altavista	249,72	138,73	55,49
80. San Antonio de Prado	275,30	131,10	327,74
90. Santa Elena	852,51	85,25	127,88

Fuente: SIVIGILA- Secretaría de Salud de Medellín, 2020.

Enfermedad respiratoria aguda

La mortalidad por enfermedad respiratoria aguda desde el año 2014 hasta el año 2018 ha permanecido con una tendencia estable, presentando un pico durante el año 2019, con un promedio de 13 casos anuales, sin embargo, para el año 2020 se presentó una disminución de casi el 50% de la mortalidad por esta causa en la primera infancia como se observa en la figura. De todos los casos que se han presentado, cerca del 75% suceden en los niños antes de cumplir un año.

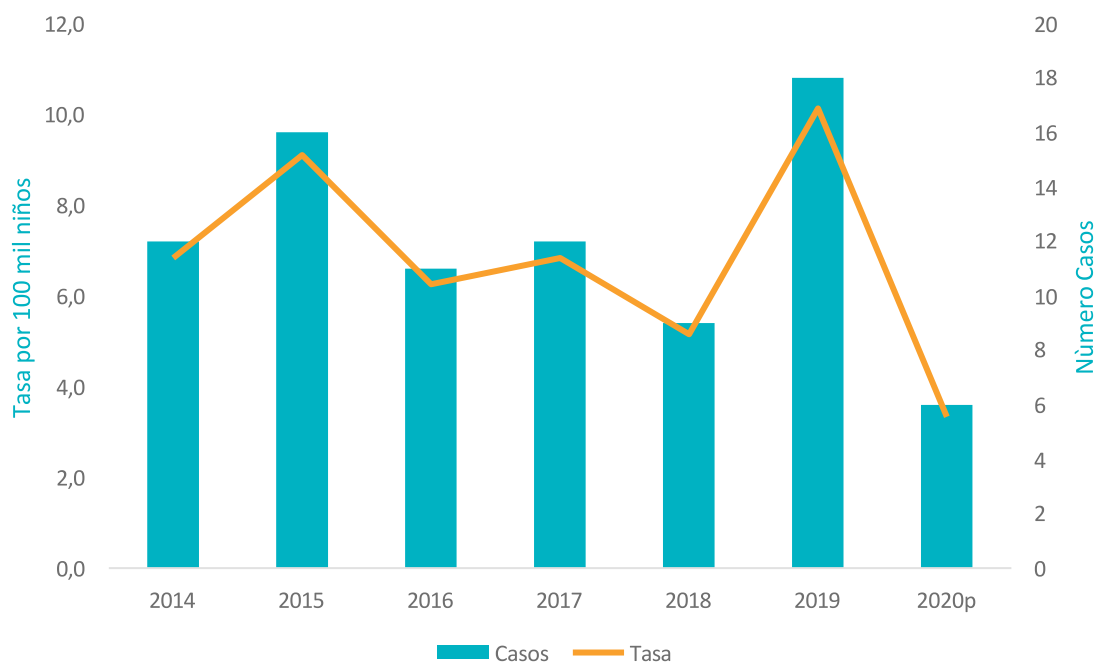
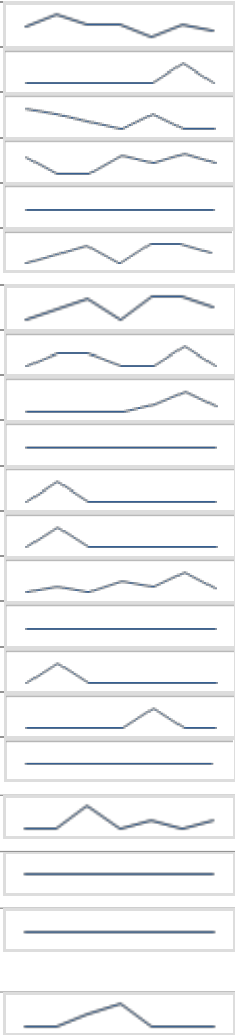























Figura 25. Mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en primera infancia. Medellín 2014 -2020p.

Fuente: Estadísticas Vitales - Secretaría de Salud de Medellín 2014-2020p.

Las comunas donde se presentaron mayor tasa de mortalidad para el año 2020 fueron el Popular, el Doce de Octubre y la Candelaria, como se observa en la la mortalidad esta concentrada en la zona urbana de la ciudad, y durante el periodo 2014 a 2020, la comuna con mayores tasas de mortalidad por esta causa fue Popular y Aranjuez, es importante considerar que estas comunas tienen una alta población con bajas condiciones de calidad de vida, lo cual es uno de los determinantes que se ha demostrado que incide en la mortalidad por este evento en la primera infancia.

Tabla 19. Tasas de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en primera infancia, Medellín 2014 -2020.

Comuna	Tasa de mortalidad por año							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
01 Popular	13,9	27,8	14,0	14,1	0,0	15,9	7,9	
02 Santa Cruz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,8	0,0	
03 Manrique	21,6	14,4	7,2	0,0	14,8	0,0	0,0	
04 Aranjuez	16,1	0,0	0,0	16,5	9,8	19,5	9,8	
05 Castilla	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
06 Doce De Octubre	0,0	6,4	13,0	0,0	15,0	15,0	7,5	
07 Robledo	7,5	22,6	0,0	15,2	0,0	6,8	0,0	
08 Villa Hermosa	8,2	8,2	16,5	8,3	0,0	0,0	0,0	
09 Buenos Aires	0,0	11,6	11,7	0,0	0,0	18,3	0,0	
10 La Candelaria	0,0	0,0	0,0	0,0	28,7	83,6	27,2	
11 Laureles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
12 La América	0,0	31,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
13 San Javier	0,0	8,4	0,0	16,9	7,8	30,5	7,5	
14 El Poblado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
15 Guayabal	0,0	19,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
16 Belén	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	0,0	0,0	
50 Corregimiento de Palmitas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
60 Corregimiento de San Cristóbal	0,0	0,0	26,1	0,0	10,5	0,0	9,5	
70 Corregimiento de Altavista	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
80 Corregimiento de San Antonio de Prado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
90 Corregimiento de Santa Elena	0,0	0,0	56,4	108,5	0,0	0,0	0,0	

Fuente: Estadísticas Vitales - Secretaria de Salud de Medellín, 2014-2020.

Al comparar la mortalidad por IRA con la incidencia de la ESI IRAG notificada en niños y niñas entre 0 y 5 años, se observa una tendencia similar en su comportamiento durante el periodo de 2014 a 2020, con un aumento durante el año 2019 y una disminución durante el año 2020 en ambos eventos.

Igual situación se observa en la morbilidad consultada, con una leve tendencia de disminución pasando de 40,12% de consultas en todos los servicios del total de la población menor de 5 años a 38,15 en 2017, igual situación se observa en las en las hospitalizaciones por esta causa entre el 2014 y el 2017 .(Figura 27).

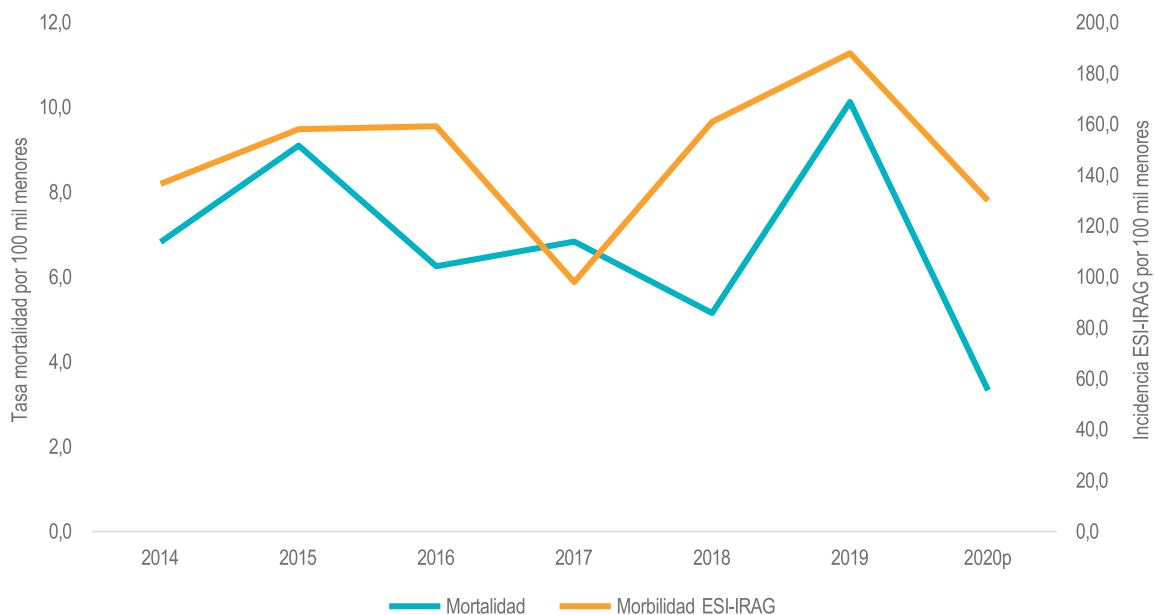


Figura 26. Comparación mortalidad por IRA y Consulta ESI -IRAG en grupos de primera infancia. Medellín 2014 -2020.
Fuente: Estadísticas Vitales - SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín 2014 -2020.

En cuanto a la morbilidad consultada por Enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años (Figura 27), se observa un comportamiento estable entre 2014 y 2019 (con un promedio de 25% de consultas por ERA 100 menores de 5 años), con una leve tendencia de disminución durante el año 2020, esto puede estar influenciado por la pandemia de COVID 19 durante este año. Las atenciones en consulta externa representan el 91,7% del total de menores que se reportaron con enfermedad respiratoria aguda, el 1.6% se atendieron en hospitalización y el 6.7% por hospitalización

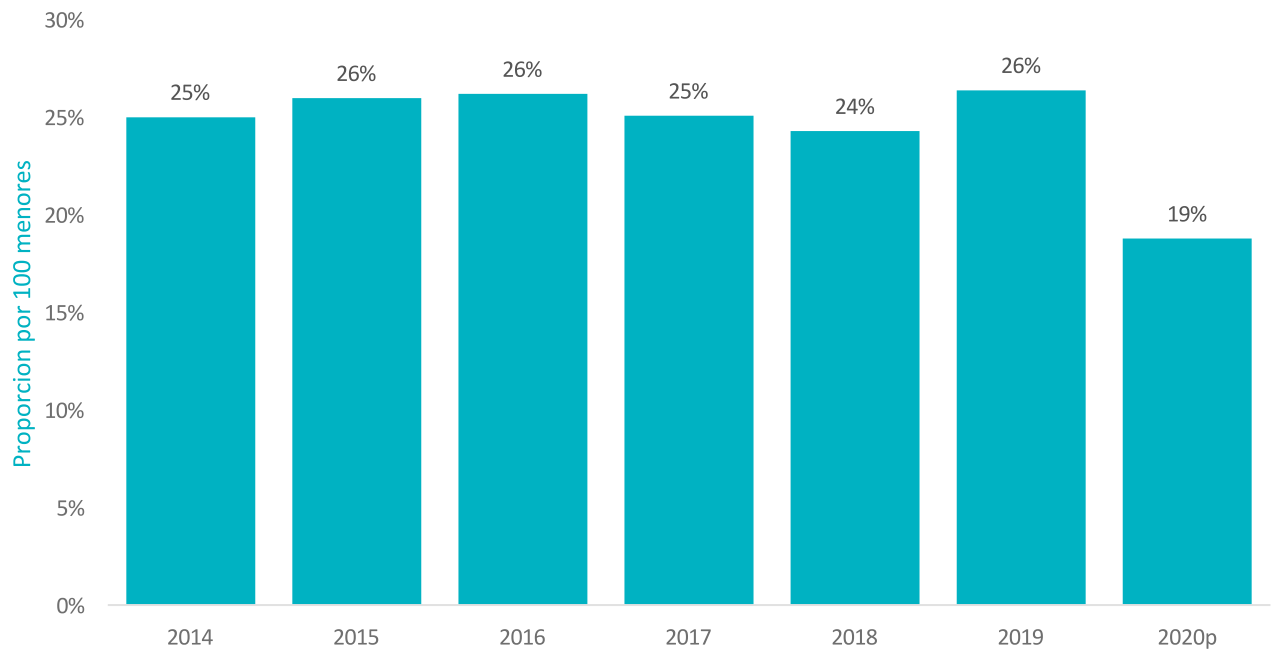


Figura 27. Prevalencia consultada por todos los servicios por Enfermedad Respiratoria Aguda en niños menores de 5 años. Medellín 2014 -2020.

Fuente: RIPS Secretaría de Salud de Medellín.

Malnutrición infantil: Desnutrición

Comparado con el año 2014, se observa que hasta el año 2017 una disminución de esta situación, llegando a un 1,1% manteniéndose con una tendencia estable hasta el año 2020 de la desnutrición aguda en los niños menores de 5 años que consultan en el programa de crecimiento y desarrollo de las diferentes EAPB.

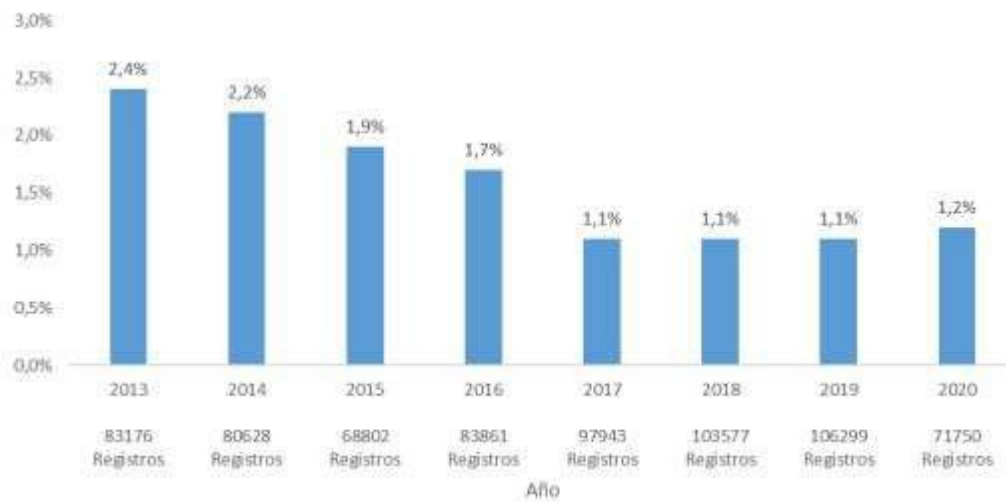


Figura 28. Comportamiento de la desnutrición aguda (Peso/Talla), en niños y niñas menores de 5 años de edad, programa de Crecimiento y Desarrollo. EAPB de la red pública y privada de la Ciudad de Medellín, año 2013 a 2020.
Fuente: SISVIN Secretaría de Salud, 2013 -2020.

La prevalencia para el año 2020 de bajo peso para la talla o desnutrición aguda fue levemente superior en el área rural con 1,2% equivalente a 117 niños, frente a 1,1% del área urbana equivalente a 1.025 niños. El riesgo de desnutrición aguda, fue similar en ambas áreas con 8,6% equivalente a 7.913 niños y 8,7% equivalente a 842 niños en el área rural.

Por zonas, la mayor prevalencia en el último año de desnutrición aguda se presentó en la Nororiental con un total de 4,4%, seguida de la zona Centrorienta con un total de 3,3%.

Tabla 20. Proporción de niños con Desnutrición aguda según Comuna. Medellín 2014 -2020.

COMUNA	Proporción de niños con DNT aguda					
	2014	2015	2016	2017	2018	2020
01. Popular	2,49%	2,20%	1,57%	1,11%	1,32%	0,80%
02. Santa Cruz	2,78%	1,68%	1,31%	0,72%	0,87%	0,70%
03. Manrique	3,11%	2,05%	1,28%	1,11%	1,23%	0,90%
04. Aranjuez	2,45%	2,37%	1,59%	0,94%	0,99%	0,70%
05. Castilla	2,40%	2,52%	1,74%	1,28%	0,87%	1,40%
06. Doce de Octubre	1,85%	1,93%	1,48%	1,14%	1,23%	0,90%
07. Robledo	1,85%	1,49%	1,71%	1,31%	1,09%	0,90%
08. Villa Hermosa	2,49%	3,92%	2,90%	1,29%	1,80%	1,10%
09. Buenos Aires	2,28%	1,64%	1,28%	0,72%	1,03%	1,10%
10. La Candelaria	2,19%	1,82%	1,80%	1,28%	0,93%	1,00%

COMUNA	Proporción de niños con DNT aguda					
	2014	2015	2016	2017	2018	2020
11. Laureles Estadio	1,74%	1,66%	1,62%	0,37%	0,82%	1,70%
12. La América	1,72%	1,80%	1,46%	1,36%	1,10%	0,90%
13. San Javier	1,89%	2,07%	1,87%	1,17%	1,25%	0,90%
14. El Poblado	1,95%	1,74%	1,46%	0,95%	1,07%	0,60%
15. Guayabal	2,06%	2,68%	2,54%	1,38%	1,16%	1,30%
16. Belén	2,21%	1,78%	2,43%	1,39%	0,80%	1,20%
22. Sin Especificar	1,80%	0,00%	0,00%	1,59%	0,00%	
50. Palmitas	1,75%	3,80%	2,97%	0,68%	1,41%	1,20%
60. San Cristóbal	1,87%	1,86%	1,38%	0,98%	1,32%	1,20%
70. Altavista	1,80%	1,81%	1,67%	1,53%	1,16%	0,80%
80. San Antonio de Prado	2,05%	2,66%	1,64%	0,83%	0,80%	0,70%
90. Santa Elena	2,96%	1,93%	1,62%	1,47%	1,91%	0,70%
Total general	2,23%	1,96%	1,67%	1,13%	1,14%	0,90%

Nota: El año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: SISVIN Secretaria de Salud, 2014-2020.

Obesidad y Sobrepeso

Para el caso de obesidad, se observa una disminución de la prevalencia de obesidad en los niños y niñas que consultan al programa de crecimiento y desarrollo en el 2018 comparado con la proporción del año 2014. Para el año 2020, debido a la disminución de las consultas de todos los programas de promoción y prevención por efecto de las restricciones por la pandemia por COVID 19, es necesario evaluar el resultado con cautela, ya que la disminución esta asociada a la menor cobertura de asistencia de niños y niñas a consulta.

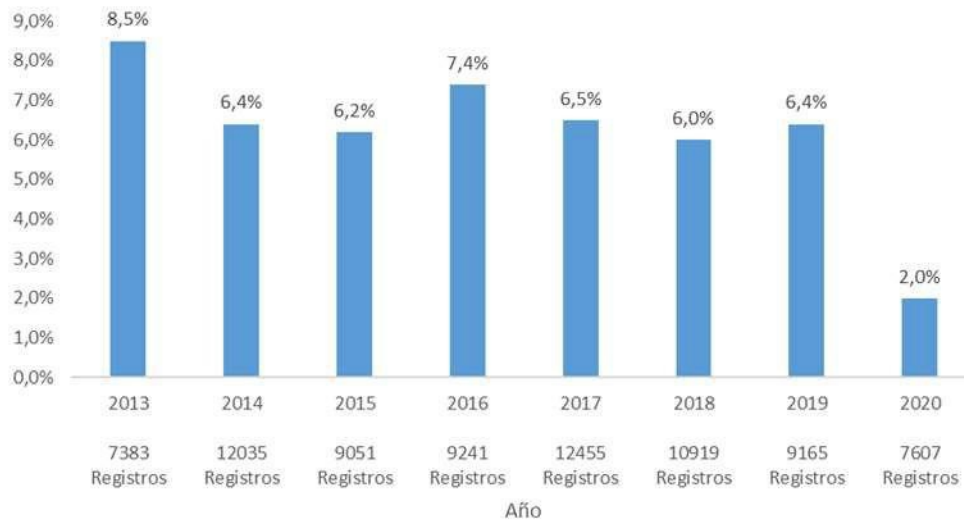


Figura 29. Comportamiento de la obesidad por el indicador IMC/edad, niños y niñas de 5 a 6 años de edad, programa de Crecimiento y Desarrollo, EAPB de la red pública y privada de la Ciudad de Medellín, 2013 a 2020.

Fuente: Sistema de información SENIN. 2013 -2020.

La comuna con mayor prevalencia de niños y niñas con obesidad para el año 2020 es la América, Villa Hermosa, San Javier, seguida del corregimiento de San Antonio de Prado. Es de resaltar que se presenta también mayor prevalencia en el corregimiento de Santa Elena.

Tabla 21. Proporción de niños con obesidad según comuna. Medellín 2014 -2020.

COMUNA	Proporción de niños con obesidad					
	2014	2015	2016	2017	2018	2020
01. Popular	0,81%	0,80%	0,67%	0,73%	0,60%	0,20%
02. Santa Cruz	0,84%	1,05%	1,31%	0,85%	0,82%	0,80%
03. Manrique	0,97%	1,07%	1,10%	0,76%	0,66%	0,60%
04. Aranjuez	0,90%	1,01%	1,16%	1,04%	0,87%	0,60%
05. Castilla	1,21%	1,38%	0,99%	0,99%	0,45%	0,40%
06. Doce de Octubre	1,28%	0,97%	1,13%	0,92%	0,80%	0,40%
07. Robledo	1,29%	1,14%	0,91%	1,09%	0,60%	0,80%
08. Villa Hermosa	1,01%	1,97%	1,34%	0,73%	0,78%	1,00%
09. Buenos Aires	1,15%	0,85%	0,80%	0,89%	0,51%	0,50%
10. La Candelaria	1,03%	1,18%	0,99%	0,85%	0,47%	0,00%
11. Laureles Estadio	0,97%	0,90%	1,04%	0,55%	0,95%	0,00%

12. La América	1,02%	1,06%	1,03%	0,75%	0,78%	1,10%
13. San Javier	1,06%	1,06%	1,01%	1,00%	0,84%	0,90%
14. El Poblado	1,12%	0,70%	0,73%	1,29%	0,54%	0,00%
15. Guayabal	1,28%	1,86%	0,77%	1,03%	0,75%	0,50%
16. Belén	1,00%	1,03%	1,16%	1,00%	1,09%	0,50%
22. Sin Especificar	1,09%	0,00%	0,00%	0,94%	0,00%	0,60%
50. Palmitas	0,00%	0,00%	0,99%	0,68%	0,70%	0,00%
60. San Cristóbal	1,40%	1,15%	1,30%	0,80%	0,68%	0,70%
70. Altavista	0,79%	0,85%	1,02%	1,31%	0,52%	0,00%
80. San Antonio de Prado	1,02%	0,58%	1,25%	0,87%	0,58%	0,90%
90. Santa Elena	1,48%	2,41%	0,54%	0,25%	1,01%	0,00%
Total general	1,06%	1,05%	0,99%	0,90%	0,71%	0,60%

Fuente: Sistema de información SENIN, 2014-2020.

3.1.2 Infancia-Adolescencia Caracterización demográfica

La población de niños, niñas y adolescentes entre los 6 y 17 años corresponde al 15.3% de la población total de Medellín para el año 2020, según las proyecciones del Censo del año 2018, de los cuales un 7.2% están entre los 6 y 11 años y el restante 8.1% son de 12 a 17 años (Figura 30). Al analizar el total de población de todos los cursos de vida por sexo, se observó que la infancia y adolescencia ocupa entre los hombres el 16% y entre las mujeres 14%.

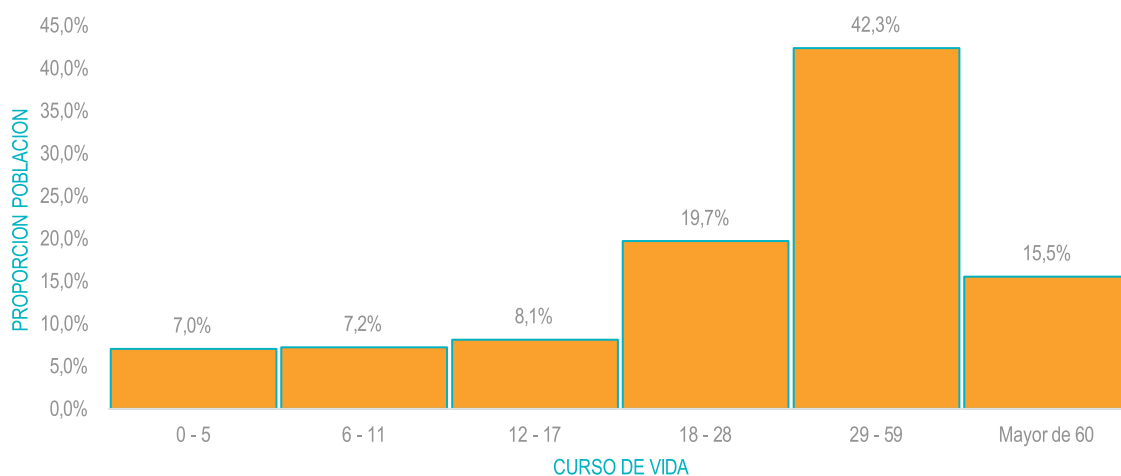


Figura 30. Proporción de población del curso de vida Infancia-Adolescencia dentro del total de habitantes. Medellín, 2019.

Fuente: DANE, Proyecciones poblacionales 2020.

Por comunas y corregimientos del municipio, los niños y niñas entre 6 y 11 años (Infancia) que presentaron mayores proporciones fueron: Doce de Octubre (comuna 6), Robledo (comuna 7), Popular (comuna 1) y Manrique (comuna 3) para el año 2019.

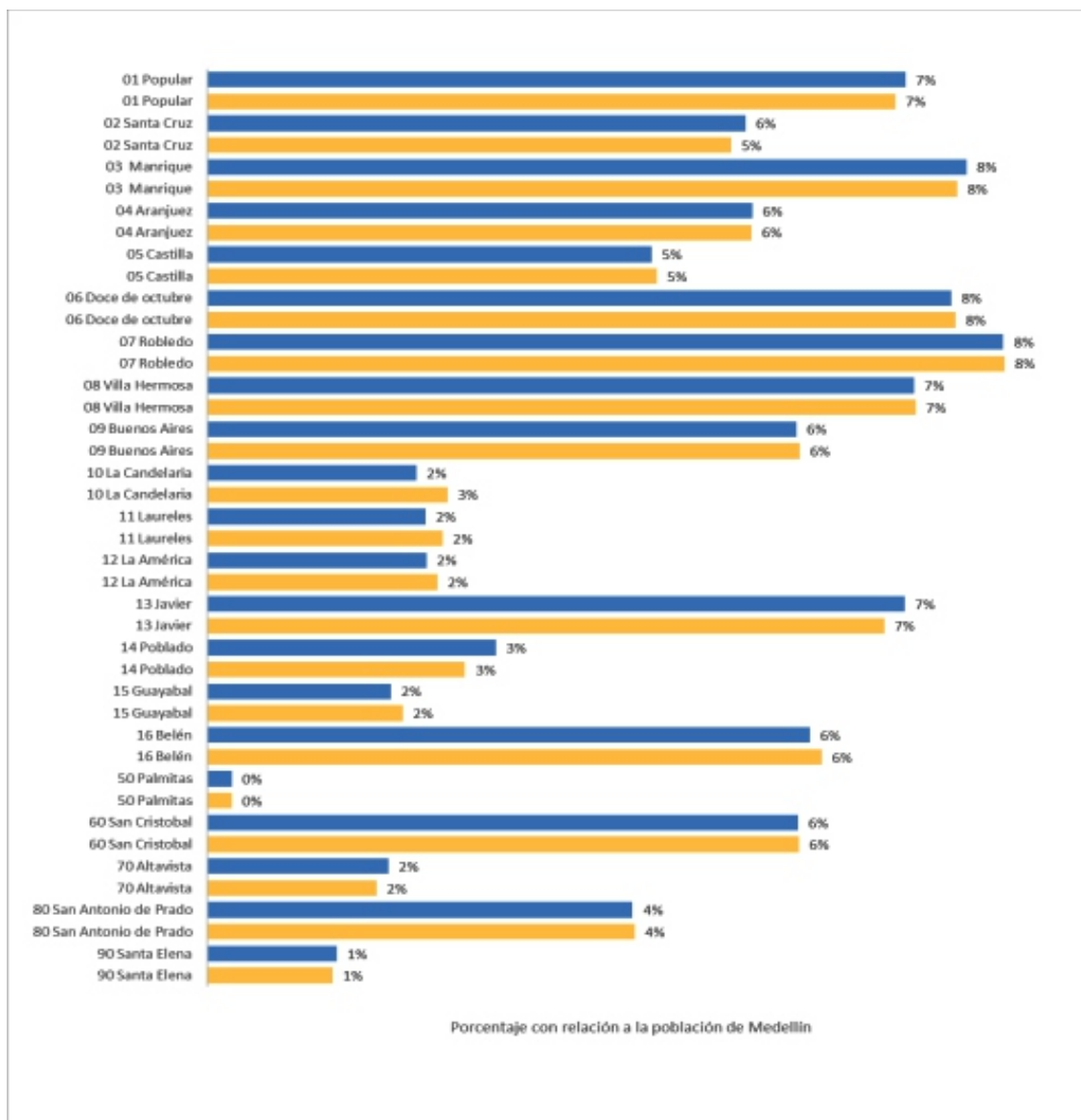


Figura 31. Distribución poblacional por comuna para el curso de vida infancia y adolescencia. Medellín, 2020.
Fuente: DANE, Proyecciones poblacionales 2020.

En el caso de los adolescentes (12 a 17 años), la comuna donde la proporción fue mayor en 2020 fue en la comuna 6 - Doce de octubre, seguida por Manrique, San Javier, Robledo, Popular, Villa Hermosa y Aranjuez(Figura 31).

Mortalidad general en infancia y adolescencia

En las tablas 23 y 24 se muestra el comportamiento de las principales causas de muerte en estos dos grupos de edad, encontrando como relevante que las dos primeras causas de muerte en población adolescente están asociadas a los homicidios, los suicidios y accidentes de transporte terrestre, reflejando la crítica situación de violencia y salud mental de los y las adolescentes en Medellín, esta situación ha sido reiterativa en todos los años del análisis, así mismo representan un alto peso en los años de vida perdidos por las causas externas y violentas. Por otro lado, los fallecimientos asociados a Tumores malignos y leucemias también ocupan un papel fundamental en la mortalidad de los niños niñas y adolescentes, lo que refleja la importancia de seguir trabajando en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento para el cáncer infantil.

Tabla 22. Comportamiento de la mortalidad en adolescencia. Medellín 2016-2020.

CAUSA/AÑO	2016	2017	2018	2019	2020
Agresiones (homicidios)	14,44	22,30	17,11	17,76	11,64
Lesiones auto infligidas intencionalmente	7,73	8,30	4,75	7,20	5,82
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	2,06	3,63	1,43	2,88	4,85
Accidentes de transporte terrestre	7,73	8,81	5,23	7,20	3,88
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	3,61	4,15	4,75	1,44	2,43
Leucemia	2,06	3,63	3,33	3,36	1,94
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	1,55	1,04	1,43	1,44	1,46
Resto de las enfermedades	3,61	2,59	1,90	0,96	0,97
Infecciones respiratorias agudas	0,52	1,04	1,43	0,48	0,97
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	0,52	1,04	2,38	0,48	0,97

*Tasas por cien mil niños entre 12 y 17 años

Fuente: Base de datos Estadísticas Vitales.

Tabla 23. Comportamiento de la mortalidad en infancia. Medellín 2016-2020.

CAUSA/AÑO	2016	2017	2018	2019	2020
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,55	3,82
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	3,87	5,52	3,28	2,73	2,18
Resto de tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	0,00	1,66	0,00	0,00	2,18
Leucemia	2,21	1,10	2,19	2,73	1,64
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,55	2,21	1,64	3,28	1,09
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	1,66	0,00	0,00	0,00	1,09
Enfermedades cerebrovasculares	0,00	0,55	1,09	0,55	1,09
Los demás accidentes	1,11	1,66	1,64	1,64	0,55
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	1,66	0,55	1,64	1,64	0,55
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	0,55	0,00	0,00	0,00	0,55

*Tasas por cien mil niños entre 6 y 11 años

Fuente: Base de datos Estadísticas Vitales.

Violencia de género e Intrafamiliar

Las violencias de género y entre ellas, las violencias sexuales, son violaciones sistemáticas y masivas de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad LGBT(24).

Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública por varias razones: primero, debido a las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos. Segundo, por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que la violencia de género es un asunto social y de interés público y no meramente un

problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requiere una acción coordinada por parte del Estado, y tercero, porque son evitables ya que sus causas son culturales y sociales, y no biológicas y hereditarias (24).

La metodología para la vigilancia en salud pública del evento violencia de género e intrafamiliar en Colombia, se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA. Es importante aclarar, que de acuerdo con las características de la víctima, se considera población en riesgo para violencia de género (entre otras) a los niños, niñas y adolescentes, las mujeres y las personas con identidades de género no normativas, en este sentido, la vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar incluye adicionalmente la notificación de casos de violencia física y psicológica en niños niñas y adolescentes y de casos de negligencia y abandono, que aunque ocurren en el ámbito familiar pueden configurar violencia de género dado que se dan en el marco de relaciones de poder y autoridad con los padres o cuidadores (24).

En el país el comportamiento de este evento durante los años 2017 -2020 ha presentado una tendencia similar en el durante el periodo, el tipo de violencia más frecuente notificada es la violencia física seguida de la violencia sexual, . En el año 2018. Durante el año 2020 en el país el 30% de los casos de violencia se notificaron en el curso de vida de infancia y adolescencia. Entre el año 2019 y 2020 el departamento con mayores tasas de notificación fue Hula y Amazonas. En Antioquia se observa una disminución para el año 2020 (30).

De acuerdo con el reporte del evento para menores entre 6 y 18 años en el sistema de vigilancia, en la ciudad de Medellín, Para los años, durante los años 2015 a 2017 se reportaban en promedio 500 casos y lo que aumenta a partir del año 2018 con el ingreso de las comisarias de familia como notificadoras, durante los años 2018 a 2020, se observa una tendencia estable en la notificación con una disminución durante el año 2020 debido a los efectos de las restricciones por la cuarentena por COVID 19. El tipo de violencia más frecuente en dicho año fue Negligencia y abandono, principalmente en mujeres) (Tabla 24)

Tabla 24. Violencia No Sexual en Menores entre 6 y 18 años por sexo y tipo de violencia. Medellín, 2018 -2020.

Tipo de violencia	2018		2019		2020	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Violencia física	784	559	807	515	617	388
Violencia psicológica	53	21	69	20	54	16
Negligencia o abandono	1067	698	1170	666	582	410
Total de casos reportados	1904	1278	2046	1201	1253	814

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud de Medellín, 2018 -2020.

En cuanto a los reportes de violencia sexual en menores de 18 años en Medellín, se observó un reporte estable de casos durante el periodo, con una disminución en el año 2020. Los tipos de violencia más frecuente correspondieron en orden a Abuso, Actos sexuales con uso de fuerza (Tabla 25).

Tabla 25. Violencia sexual en menores entre 6 -18 años por edad y tipo de violencia. Medellín, 2018 -2020.

Tipo de violencia	2018		2019		2020	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Abuso sexual	832	194	1.006	210	1.460	283
Acoso sexual	17	7	30	7	39	12
Actos sexuales con uso de fuerza	54	8	101	17	142	28
Explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes ESCNNA	10	0	13	3	20	5
Otros actos sexuales	2	0	0	0	2	
Trata personas	2	0	0	1		
Violación	2	0	6	3	11	1
Otras violencias sexuales	0	0	0	0	19	3
Total de casos reportados	1449	315	1.527	346	1.174	284

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud de Medellín, 2018 -2020.

Los casos de violencia intrafamiliar y de género fueron según comuna para los niños entre 6 y 11 años, hay un comportamiento diferente durante el año 2020 en relación con los anteriores, considerando que se notificaron mas casos en las comunas de la zona centro y en especial la zona occidental (zona 4, zona 5 y zona 6). A diferencia de lo encontrado en los casos entre 12 y 17 años, donde se observa un patrón similar e comportamiento entre las comunas entre 2014 y 2020, siendo la zona nororiental (zona 1) y la centro las que reportan mayores tasas de incidencia.

Tabla 26. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar 2014-2020.

A. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar y de género por comuna en niños de 6-11 años.

Casos por 100 mil niños

Comuna	Tasa incidencia notificada por Comuna en niños de 6-11 años						
	Casos por 100 mil niños						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
01. Popular	301	215	252	369	1053	2074	1724
02. Santa Cruz	181	267	259	454	1203	3086	604
03. Manrique	153	190	405	525	1791	3631	270
04. Aranjuez	191	145	170	449	953	1948	723
05. Castilla	111	122	93	447	1449	2255	2568
06. Doce de Octubre	227	203	205	474	1070	1850	237
07. Robledo	201	307	292	322	1649	2762	269
08. Villa Hermosa	178	252	332	582	1836	3851	1240
09. Buenos Aires	272	309	252	541	1618	2950	1622
10. La Candelaria	365	415	422	689	1803	3030	6647
11. Laureles Estadio	134	91	159	229	1551	1322	4449
12. La América	192	83	198	315	1647	2586	3604
13. San Javier	232	237	227	504	1303	2226	59
14. El Poblado	75	114	134	214	452	1236	3051
15. Guayabal	129	241	168	245	966	1553	5115
16. Belén	203	169	213	248	1479	2372	2558
22. Sin Especificar							
50. Palmitas	0	0	0	186	1764	2303	14961
60. San Cristóbal	80	143	181	329	863	1542	2225
70. Altavista	134	53	336	228	1187	2418	3966
80. San Antonio de Prado	137	102	79	221	820	1916	1396
90. Santa Elena	172	170	551	481	1291	5397	1584
Total general	199	207	248	422	1343	2526	1682

A. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar y de género por comuna en niños de 12-17 años.

Casos por 100 mil niños

Comuna	Tasa incidencia notificada por Comuna en niños de 12-17 años						
	Casos por 100 mil niños						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
01. Popular	344	377	629	855	1367	2922	2189
02. Santa Cruz	408	348	523	547	1069	3041	2067
03. Manrique	410	549	648	759	1622	3954	2567
04. Aranjuez	282	447	382	579	1215	2207	2324
05. Castilla	312	232	224	509	1229	2143	1573
06. Doce de Octubre	366	307	480	644	1046	2570	12
07. Robledo	380	580	589	753	1744	3462	1157
08. Villa Hermosa	253	311	520	622	1591	3193	2427
09. Buenos Aires	346	490	459	658	1427	2942	2802
10. La Candelaria	518	707	897	1042	1547	4099	3030
11. Laureles Estadio	129	259	226	231	741	1537	2995
12. La América	224	192	136	384	1408	1827	1299
13. San Javier	389	441	607	645	1078	2613	359
14. El Poblado	81	131	201	187	498	1305	4717
15. Guayabal	161	214	236	516	1014	1682	659
16. Belén	192	242	262	498	1281	2108	437
22. Sin Especificar							
50. Palmitas	159	157	298	142	1503	2067	28169
60. San Cristóbal	271	182	420	500	826	2456	1022
70. Altavista	123	199	315	449	950	1975	1395
80. San Antonio de Prado	218	253	234	193	858	1731	1518
90. Santa Elena	102	468	400	193	1033	4517	1436
Total general	313,89	368,73	466,65	609,75	1274,7	2743,7	1903,6

Fuente: SIVIGILA - Secretaría de Salud de Medellín 2014-2020.

Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)

Frente al consumo de sustancias psicoactivas, para Medellín, las usadas con mayor prevalencia por los escolares, según la encuesta realizada en 2019, fueron: las bebidas energizantes, el tabaco, el alcohol, la marihuana, la cocaína y el Popper (31).

El consumo de tabaco con una prevalencia de 17,3 en escolares, es mayor en los hombres, superando en 2,3 puntos porcentuales la prevalencia de consumo en la vida de las mujeres, en 1,6 la prevalencia en el último año y en 1 la prevalencia en el último mes. Según el grado escolar, las prevalencias de consumo en la vida aumentan con el nivel escolar, con mayor frecuencia en las edades de 17 a 18 años y según el tipo de colegio en los oficiales superando en 2,8 puntos porcentuales la prevalencia del consumo en los no oficiales. Se observó mayor prevalencia de consumo en la vida en el estrato 1 y 5, en el último año en el estrato 5 y 6 y en el último mes en el estrato 5 y 6. Según comuna, Laureles, El Poblado y La América tienen una prevalencia de consumo superior a la registrada para Medellín (17,3% en la vida, 6,5% en el último año y 2,9% en el último mes). La edad promedio del primer uso fue 12,69 años (Figura 32 y Mapa 2).

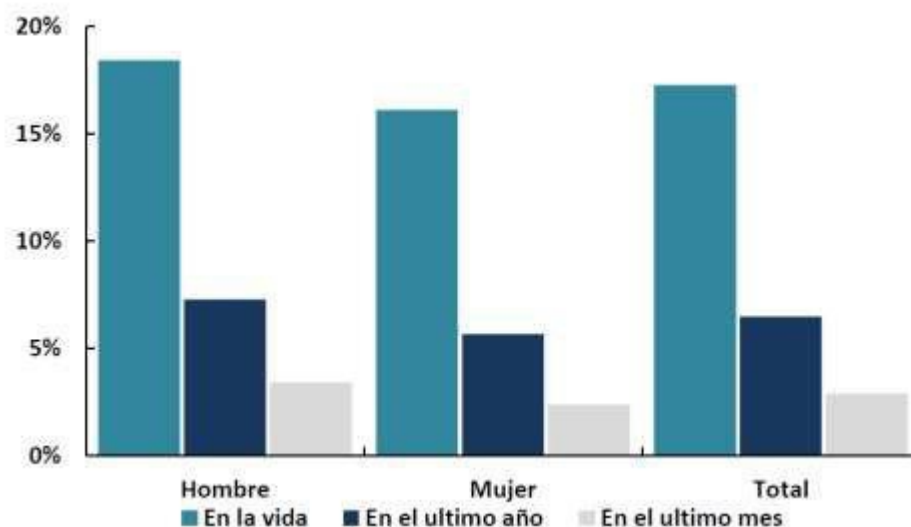
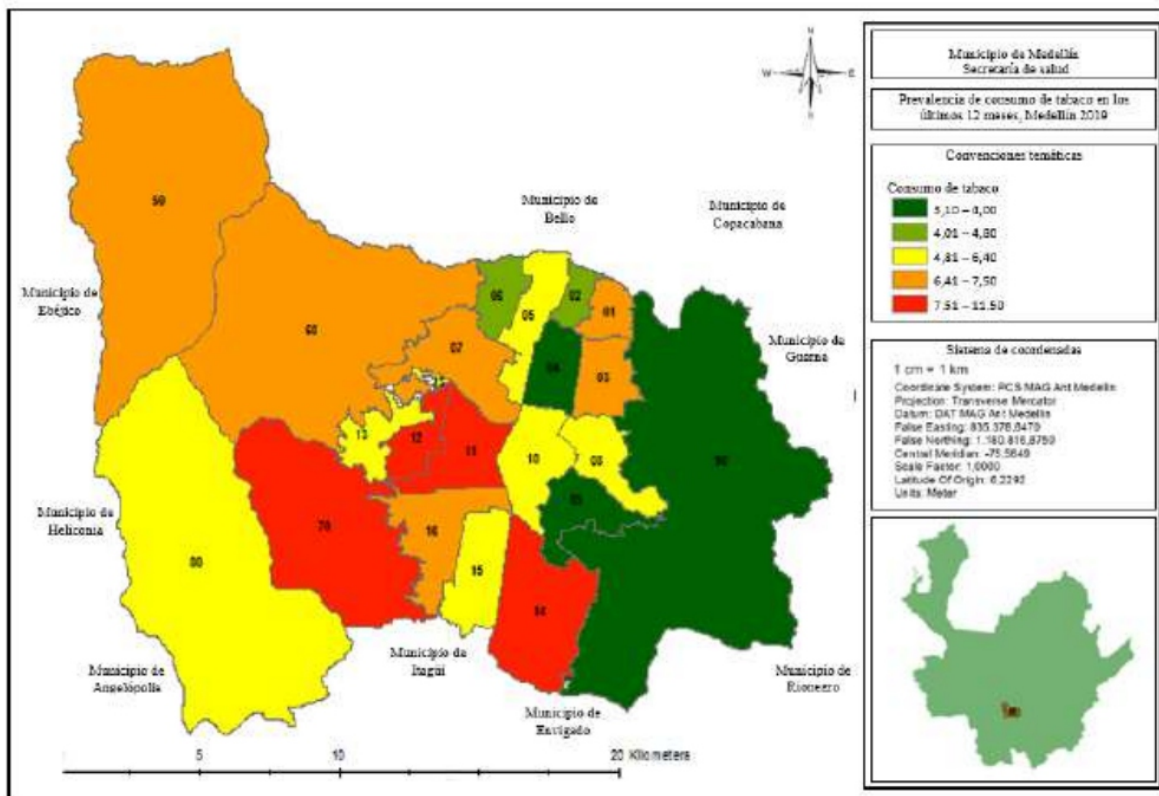


Figura 32. Prevalencia consumo de tabaco en escolares, según sexo. Medellín 2019.

Fuente: Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas en escolares (31).



Mapa 2. Prevalencia en el último año de consumo de tabaco en escolares, según comuna. Medellín, 2019.

Fuente: Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas en escolares (31).

- El alcohol presenta una prevalencia de consumo en el último año de 53,3 en los escolares, con un mayor consumo en la vida de las mujeres, superando en 4,6 puntos porcentuales la prevalencia de consumo en hombres y aumentan según el grado escolar. La prevalencia de consumo en la vida, último año y último mes más alta se observó en el grupo de 17 a 18 años. Según el tipo de colegio no se presentaron diferencias frente al consumo en la vida y en el último mes, pero para el último año la prevalencia de consumo en los estudiantes en los colegios no oficiales fue superior en 3,7 puntos porcentuales con respecto a los oficiales. Se observó mayor prevalencia de consumo en la vida en el estrato 5 y para el último año y último mes las prevalencias de consumo fueron mayores en el estrato 6. Según comuna, El Poblado y La América tienen una prevalencia de consumo en la vida, en el último año y último mes superior a la registradas para todo Medellín (prevalencias por encima del 74,6%, 63,0% y 43,4% respectivamente). Dentro de las bebidas clasificadas en el alcohol, las de mayor consumo fueron la cerveza y el aguardiente con una frecuencia de consumo de 3 a 6 veces por semana del 4,1% y 2,5% para cada una. La edad promedio del primer uso fue 12,93 años. (Figura 33 y Mapa 3).

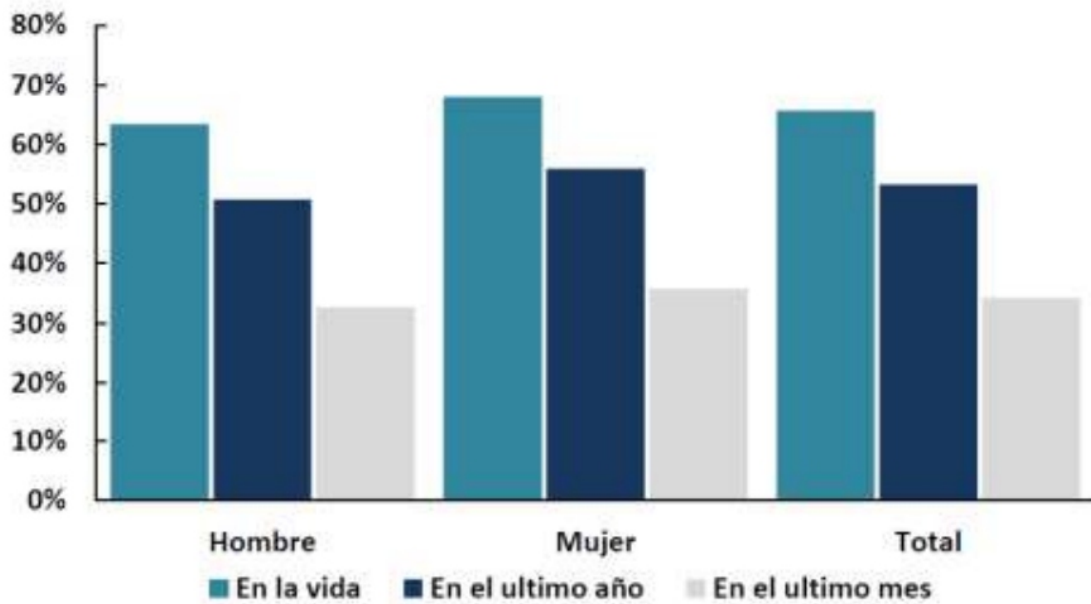
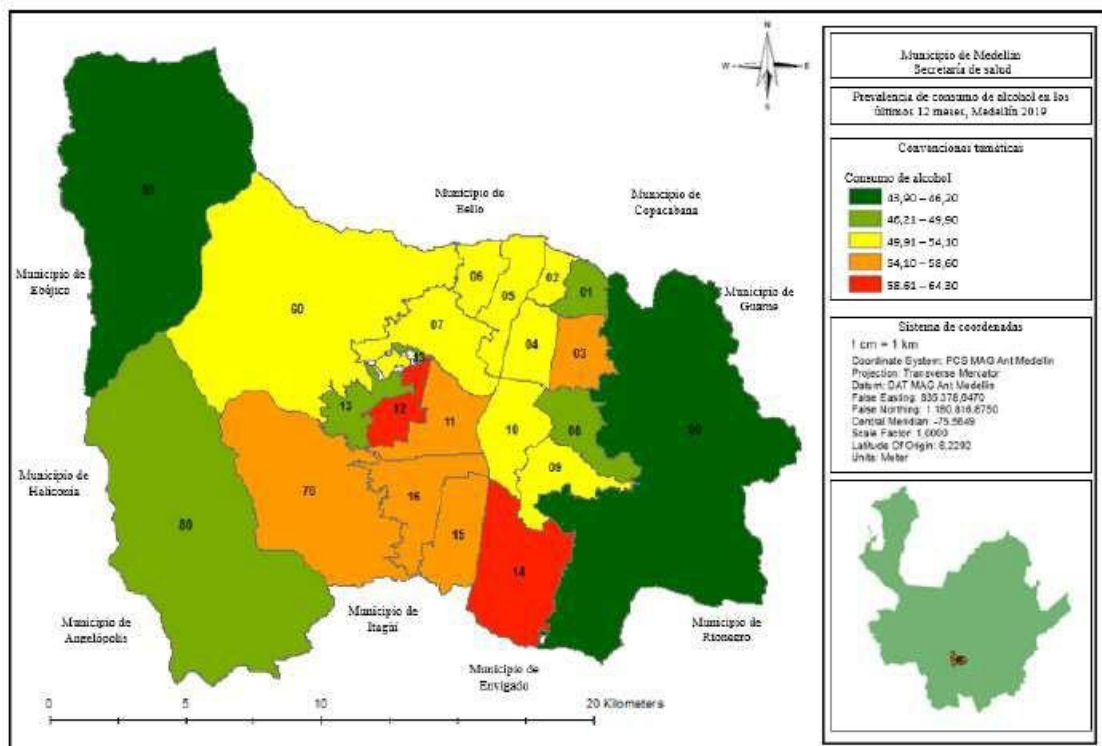


Figura 33. Prevalencia consumo de alcohol en escolares, según sexo. Medellín, 2019.
Fuente: Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas en escolares (31).



Mapa 3. Prevalencia en el último año de consumo de alcohol en escolares, según comuna. Medellín, 2019.
Fuente: Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas en escolares (31).

- La marihuana ha sido usada por el 13,6% de los estudiantes alguna vez en la vida, por el 7,0% en el último año y 3,3% en el último mes. No se observaron diferencias estadísticas entre hombres y mujeres, lo que significa que estadísticamente la prevalencia de consumo en ambos grupos es igual. La prevalencia de consumo en la vida, último año y último mes más alta se observó en el grupo de 17 a 18 años, en su mayoría pertenecía a los grados décimo y undécimo y a colegios oficiales. Según el estrato socioeconómico no se encontraron diferencia en las prevalencias de consumo. Las comunas de mayor consumo en la vida fueron Laureles /Estadio (16,6%), en el último año La América (9,6%) y en el último mes Altavista (6,1%). La edad de inicio de consumo de marihuana fue de 13,81 años para los hombres y 13,70 años para las mujeres.

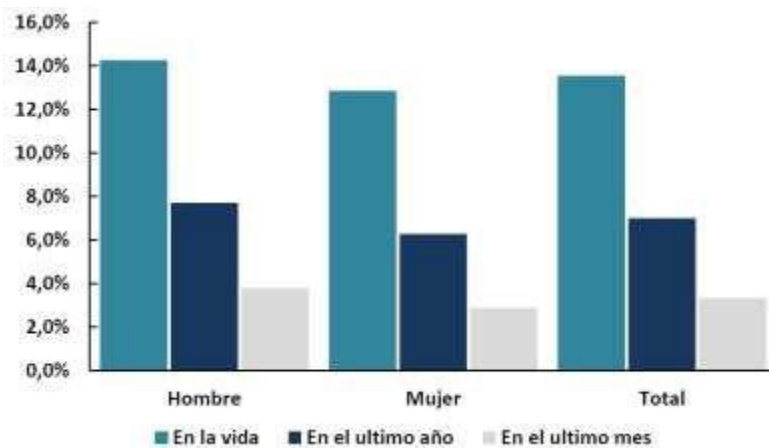
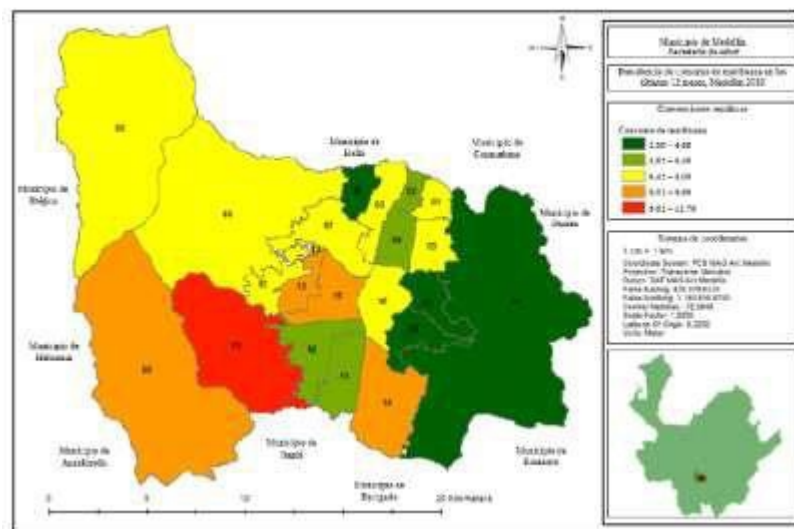


Figura 34. Prevalencia consumo de marihuana en escolares, según sexo. Medellín, 2019.
Fuente: Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas en escolares (31).



Mapa 4. Prevalencia en el último año de consumo de marihuana en escolares, según comuna. Medellín, 2019.
Fuente: Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas en escolares (31).

- El consumo de cocaína según el sexo, indica que es mayor en los hombres superando en 1 punto porcentuales la prevalencia de consumo en la vida de las mujeres. Según el grado escolar, las mayores prevalencias de consumo de cocaína en la vida se observaron en los grados décimo (10°) y undécimo (11°) y por grupo etario en edades ente 17 y 18 años. La edad promedio del primer uso fue 13,90 años. Altavista y la candelaria son las zonas donde más se consumió esta sustancia.

Frente al consumo de sustancias lícitas e ilícitas que se presenta en Medellín por cada una de las comunas y corregimientos, al comparar las prevalencias, se observó que para el caso de las sustancias lícitas (Tabaco y alcohol y energizantes), un 85,1% de los estudiantes de la comuna El Poblado declararon haber consumido alguna vez en la vida estas sustancias, un 74,6% declaró uso en el último año y un 53,7% en el último mes, la segunda comuna con más consumo de sustancias lícitas es La América, con una edad promedio de inicio de 12 años aproximadamente.

De acuerdo a la meta de Plan Decenal de Salud Pública, donde se propone aumentar la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas a los 14 años, para el año 2019 se evidenció un promedio de edad de inicio de 13.76 años, siendo mayor en hombres que en mujeres, donde el 50% de la población escolar tiene una edad de inicio del consumo de 14 años.

Conducta Suicida

Durante el periodo 2014 a 2020, se observa una tendencia al aumento en especial en el curso de vida de adolescencia, mientras que en la infancia permanece estable (Figura 41).

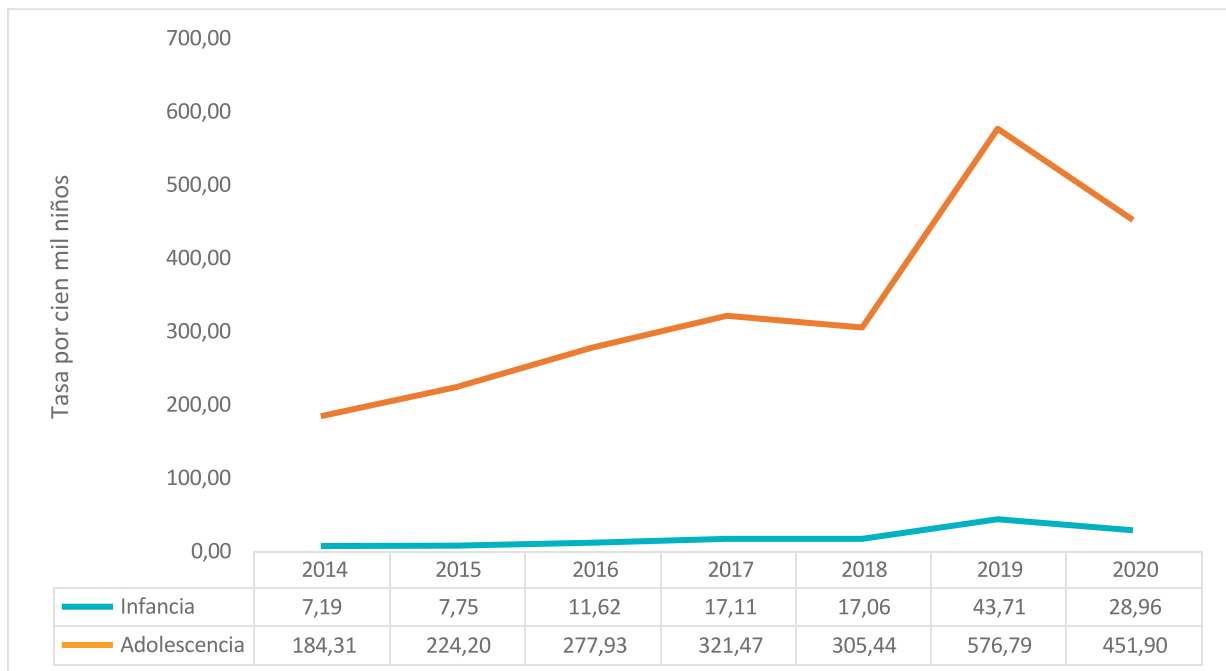


Figura 35. Tasa de intento de suicidio EN Infancia y Adolescencia. Medellín, 2014 -2020.

Fuente: SIVIGILA 2014 -2020.

A diferencia de años anteriores, durante el año 2020 los intentos de suicidios entre los niños de 6 a 11 años, solo se reportaron en el corregimiento de San Antonio de Prado. La tasa más alta en la zona urbana fue en las comunas Belén y Manrique (Tabla 27).

Los intentos de suicidio en población de 12 a 17 años fueron más frecuentes en las comunas de la zona noroccidental y centro oriental de la ciudad, con tasas más altas (qué superan las de la ciudad), situación similar a años anteriores, las comunas con mayor tasa de intento de suicidio para el año 2020 fue en 2018 en las comunas la Candelaria, y Guayabal superando casi dos veces más que la tasa total de la ciudad. (Tabla 27).

Tabla 27. Intento de suicidio por comuna. Medellín 2014 -2020.

A. Intento de suicidio por comuna en niños de 6-11 años. Casos por 100 mil niños (DANE).

Total niños incidencia notificada por Comuna en niños de 6-11 años DANE.							
Casos por 100 mil niños							
Comuna	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
01. Popular	14	0	14	29	22	86	0
02. Santa Cruz	19	10	38	10	0	57	19
03. Manrique	7	7	22	30	7	87	68
04. Aranjuez	0	8	0	8	16	16	57
05. Castilla	20	0	0	21	21	62	23
06. Doce de Octubre	0	0	13	7	13	39	14
07. Robledo	7	37	0	30	22	29	51
08. Villa Hermosa	0	0	16	8	16	47	14
09. Buenos Aires	11	0	11	12	0	23	52
10. La Candelaria	0	0	23	0	24	93	49
11. Laureles Estadio	0	23	0	23	0	46	0
12. La América	27	0	0	29	29	56	46
13. San Javier	0	8	0	0	23	30	15
14. El Poblado	0	0	0	0	20	39	0
15. Guayabal	0	37	0	19	76	37	0
16. Belén	9	9	27	9	9	17	68
50. Palmitas	0	0	0	186	0	0	0
60. San Cristóbal	13	13	24	0	0	40	0
70. Altavista	0	0	0	25	25	0	0
80. San Antonio de Prado	11	0	0	19	19	35	24
90. Santa Elena	0	0	0	53	52	0	0
Total general	7	8	12	17	17	44	29

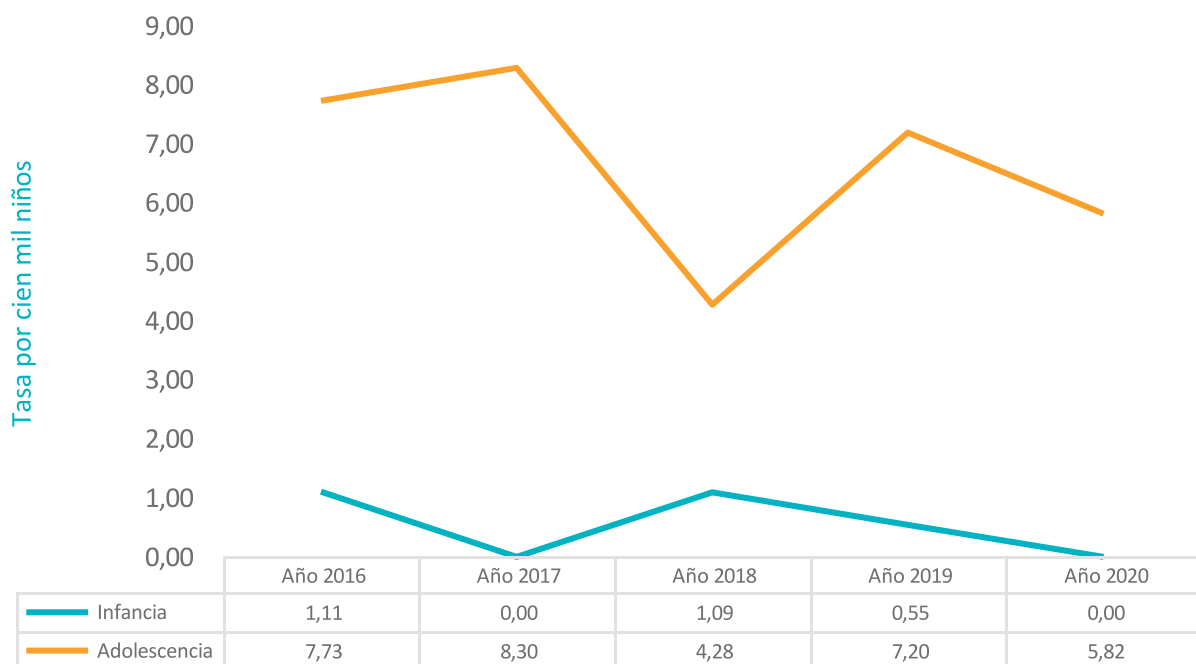
B. Intento de suicidio por comuna en niños de 12- 17 años. Casos por 100 mil niños (DANE).

Total niños incidencia notificada por Comuna en niños de 12-17 años DANE.							
Casos por 100 mil niños							
Comuna	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
01. Popular	212	177	270	416	258	543	577
02. Santa Cruz	93	141	228	374	366	568	463
03. Manrique	198	228	201	362	326	657	454
04. Aranjuez	130	131	202	235	235	662	513
05. Castilla	189	309	273	352	236	820	435
06. Doce de Octubre	238	263	333	228	342	517	510
07. Robledo	200	191	251	333	487	717	481
08. Villa Hermosa	238	304	256	252	364	627	493
09. Buenos Aires	202	400	303	291	343	1037	511
10. La Candelaria	345	407	491	404	445	1222	881
11. Laureles Estadio	92	167	207	115	429	525	350
12. La América	122	171	227	336	277	817	591
13. San Javier	183	162	333	348	251	361	414
14. El Poblado	227	148	317	272	137	228	183
15. Guayabal	113	247	286	292	227	528	706
16. Belén	157	192	321	327	232	477	286
50. Palmitas	0	157	446	284	0	0	0
60. San Cristóbal	79	102	210	373	232	279	299
70. Altavista	74	199	145	189	69	45	215
80. San Antonio de Prado	172	162	182	193	147	393	325
90. Santa Elena	102	208	200	145	329	994	215

Fuente: SIVIGILA - Secretaría de Salud de Medellín 2014-2020.

Suicidio

Tasa por cien mil niños La tendendencia de suicidio en infancia y adolescencia desde el año 2016 hasta el año 2020 se encuentra estable, cabe destacar los casos en niños entre 6 y 11 años, lo que se traduce en un gran impacto social y familiar.



Nota: El año 2020 presenta datos preliminares.

Fuente: Estadísticas Vitales, 2016 -2020.

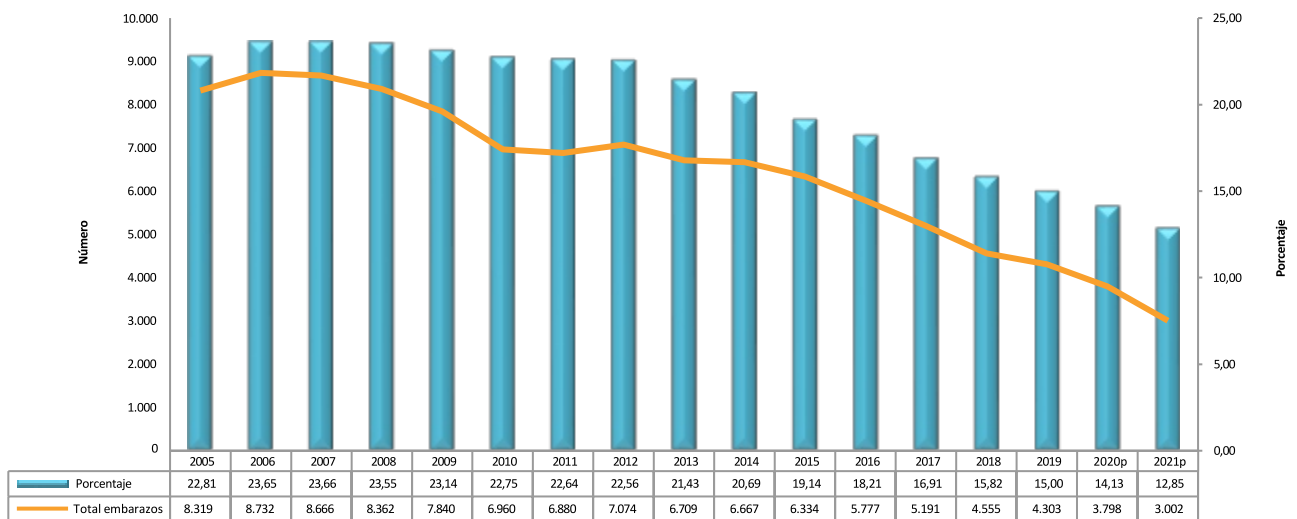
Figura 36. Tendencia Suicidios en niños y adolescentes Medellín, 2016 -20120.

En cuanto a la distribución por comuna se encuentra para los niños entre 12 y 17 años, La Candelaria, Manrique y San Javier presentan las tasas mas altas, encontrando una relación con factores de calidad de vida, aunque no hay una tendencia constante según comunas durante el periodo 2016 -2020.

Tabla 28. Tasa de suicidio por comuna. Medellín 2016 -2020.

Comunas	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020
01 Popular	14,98	15,12	0,00	0,00	6,76
02 Santa Cruz	0,00	19,18	0,00	17,53	0,00
03 Manrique	0,00	7,23	6,12	6,16	18,61
04 Aranjuez	15,57	0,00	0,00	16,76	0,00
05 Castilla	0,00	9,79	9,97	20,31	20,71
06 Doce De Octubre	0,00	6,51	5,95	6,08	12,44
07 Robledo	14,37	0,00	0,00	5,76	5,84
08 Villa Hermosa	7,76	7,87	19,34	6,51	0,00
09 Buenos Aires	10,43	21,59	7,79	7,82	0,00
10 La Candelaria	21,35	0,00	0,00	0,00	19,32
11 Laureles	18,85	0,00	19,27	0,00	0,00
12 La América	0,00	24,02	0,00	19,85	0,00
13 San Javier	0,00	7,41	0,00	6,81	13,75
14 El Poblado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15 Guayabal	16,84	17,19	0,00	0,00	0,00
16 Belén	0,00	7,78	0,00	7,38	0,00
50 Corregimiento de Palmitas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
60 Corregimiento de San Cristóbal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
70 Corregimiento de Altavista	24,21	0,00	0,00	0,00	0,00
80 Corregimiento de San Antonio de Prado	8,68	0,00	11,02	0,00	0,00
90 Corregimiento de Santa Elena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	7,73	8,30	4,28	7,20	5,82

El embarazo adolescente (10 -19 años) en Medellín tiene desde el año 2005 una tendencia a la disminución como vemos en la grafica, con una reducción del 40% para el año 2021 comparado con el año 2005.



Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística . Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

P: Cifras preliminares.

Nota: Cálculo realizado tomando los certificados de nacidos vivos más las defunciones fetales reportados en mujeres entre 10-19 años.

Fuente: Estadísticas Vitales - Nacido vivo, Medellín 2005-2020.

Figura 37. Proporción de embarazos en adolescentes 10 -19 años. Medellín, 2005 -2020.

Desagregando en los dos grupos de análisis de importancia para el embarazo en adolescentes, en niñas entre 10 y 14 años, los embarazos representaron un 0.5 % del total de embarazos en la ciudad, con una importante disminución comparada con la situación del año 2005 (1% la proporción de embarazos en este grupo de edad). En cuanto a la proporción de embarazos entre 15 y 19 años se observa una disminución del 43%, pasando en el año 2005 de 21.81% a 12.35% de embarazos en este grupo para el año 2021. Esta situación refleja las intervenciones integrales sobre los niños, niñas y adolescentes para lograr una sexualidad responsable y construcción de proyecto de vida.

Número de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años.

Comuna	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Comuna 3	0,31	0,30	0,32	0,30	0,29	0,30	0,31	0,32	0,29	0,30	0,29	0,29	0,27	0,23	0,22
Comuna 4	0,29	0,29	0,28	0,27	0,25	0,28	0,25	0,28	0,27	0,25	0,25	0,23	0,22	0,19	0,17
Comuna 5	0,24	0,25	0,21	0,21	0,20	0,19	0,21	0,21	0,20	0,22	0,17	0,17	0,16	0,14	0,12
Comuna 6	0,30	0,29	0,29	0,29	0,26	0,27	0,27	0,28	0,26	0,26	0,23	0,22	0,19	0,17	0,16
Comuna 7	0,23	0,23	0,23	0,24	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,22	0,21	0,19	0,16	0,16	0,15
Comuna 8	0,29	0,29	0,30	0,30	0,29	0,28	0,29	0,33	0,29	0,30	0,26	0,24	0,23	0,19	0,19
Comuna 9	0,23	0,24	0,25	0,23	0,24	0,25	0,24	0,24	0,23	0,21	0,19	0,17	0,16	0,15	0,13
Comuna 10	0,19	0,20	0,21	0,20	0,19	0,21	0,20	0,21	0,19	0,17	0,15	0,16	0,15	0,15	0,15
Comuna 11	0,09	0,11	0,09	0,08	0,07	0,07	0,08	0,05	0,05	0,06	0,06	0,05	0,05	0,04	0,04
Comuna 12	0,12	0,13	0,15	0,14	0,13	0,14	0,12	0,12	0,13	0,11	0,10	0,11	0,08	0,07	0,06
Comuna 13	0,28	0,30	0,31	0,32	0,31	0,29	0,28	0,29	0,27	0,26	0,25	0,23	0,23	0,20	0,18
Comuna 14	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
Comuna 15	0,19	0,18	0,19	0,19	0,17	0,19	0,19	0,18	0,18	0,17	0,16	0,14	0,10	0,11	0,10
Comuna 16	0,17	0,20	0,19	0,18	0,18	0,16	0,16	0,17	0,15	0,13	0,12	0,12	0,08	0,10	0,09
Comuna 50	0,31	0,26	0,37	0,29	0,31	0,13	0,28	0,28	0,33	0,17	0,35	0,26	0,28	0,16	0,05
Comuna 60	0,20	0,25	0,22	0,28	0,25	0,27	0,31	0,30	0,32	0,32	0,28	0,22	0,24	0,19	0,17
Comuna 70	0,33	0,27	0,33	0,35	0,34	0,32	0,40	0,36	0,31	0,31	0,32	0,23	0,22	0,19	0,15
Comuna 80	0,26	0,27	0,25	0,27	0,26	0,25	0,26	0,27	0,24	0,23	0,20	0,22	0,15	0,16	0,15
Comuna 90	0,21	0,23	0,16	0,15	0,29	0,36	0,27	0,24	0,25	0,27	0,19	0,19	0,21	0,16	0,09

Fuente: Estadísticas Vitales - Nacido vivo, Medellín 2005-2020.

En cuanto a la situación por comunas y corregimientos como vemos en la tabla, se mantiene durante todo el periodo analizado que la zona 1 compuesta por las comunas Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez incluyendo a la comuna de San Javier, son los territorios con mayor proporción de embarazos en adolescentes, y los menores están ubicados en las comunas Laureles, La América, Poblado y Belén, lo que indica una clara relación con factores sociales y económicos de calidad de vida.

3.1.3 Vejez

Caracterización Demográfica

Según las estimaciones del DANE, para el año 2018 la población mayor de 60 años en la ciudad de Medellín, sería de

418.121 personas, con un aumento de 24.741 personas en el último año, que es superior a los años anteriores, en los que, en promedio, se presentó un aumento aproximado de 18.400 adultos mayores.

Por sexo se identifica que hay más mujeres en el curso de vejez que hombres con una diferencia de 4 puntos porcentuales.

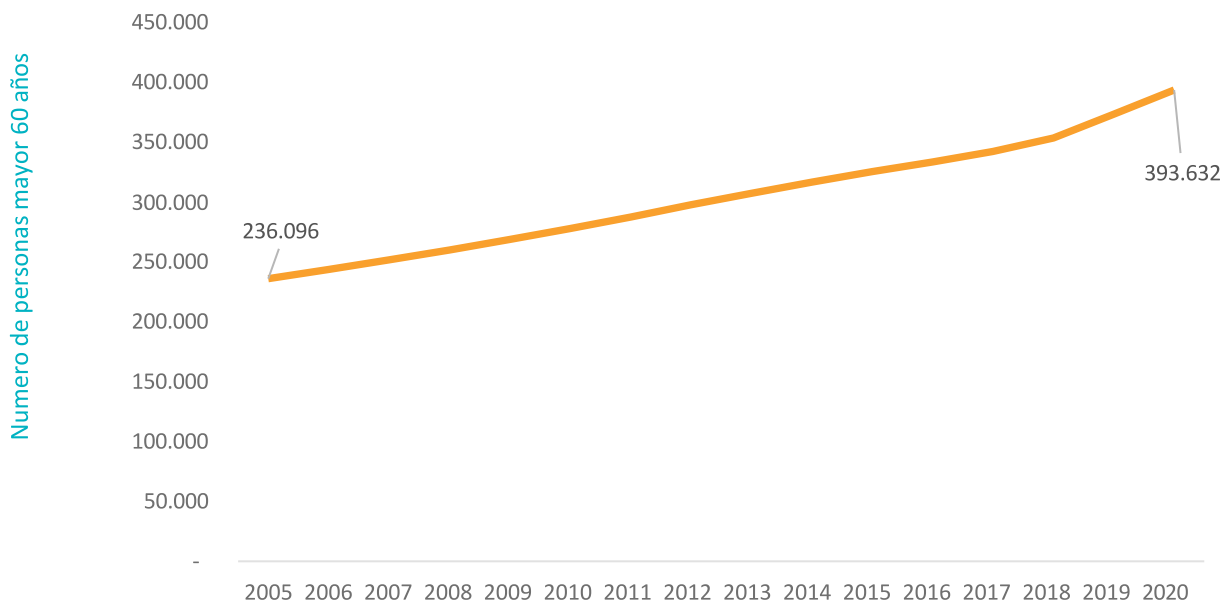
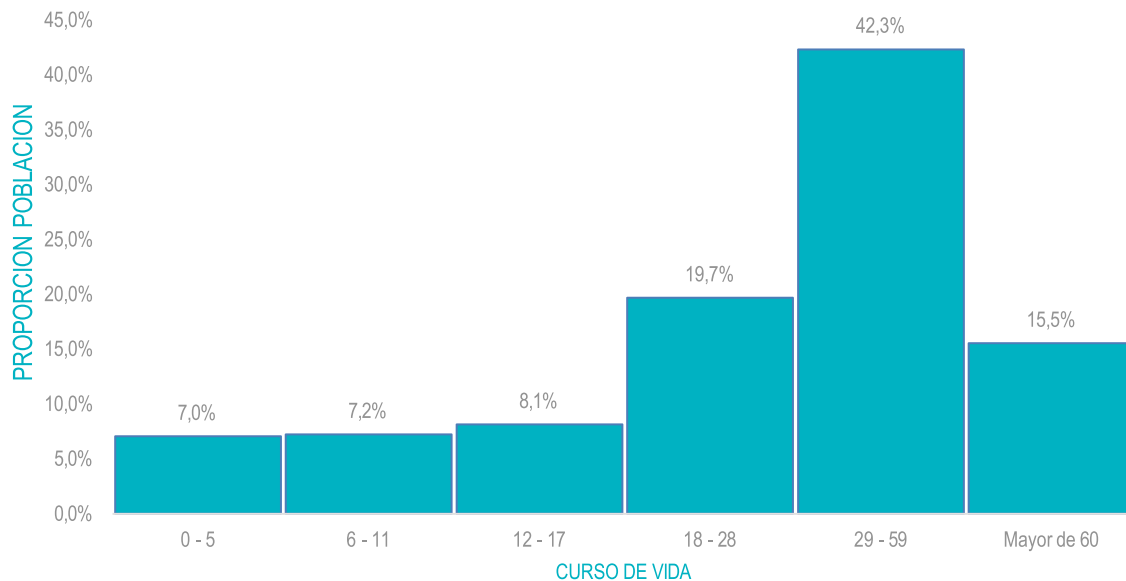


Figura 38. Tendencia de la población mayor de 60 años. Medellín 2005 -2020. A partir del año 2018 corresponde al Censo del año 2018 -DANE.

Fuente: Proyecciones poblacionales - DANE, Medellín 2005 -2020.

Para el año 2020, se estima que el 15% de la población de Medellín estará en el rango de edad de mayores de 60 años. Estas variaciones en la población adulta mayor, han llevado a que la ciudad de Medellín sea clasificada como una de las ciudades mayores de Colombia, que con Bogotá, Manizales, Tunja, Pereira y Bucaramanga, comparten características similares en su población; que además representa una transición epidemiológica.



Fuente: Proyecciones poblacionales - DANE, Medellín 2020.

Figura 39. Distribución de la población según curso de vida. Medellín 2020.

Según sexo se identifica que hay más mujeres en el curso de vejez que hombres con una diferencia de 33 puntos porcentuales, lo que significa 1.6 mujeres por cada hombre en este grupo de edad, ratificando las reflexiones de la feminización del envejecimiento, que se detienen sobre las implicaciones sociales y económicas.

La feminización del envejecimiento es un fenómeno que viene presentándose de forma generalizada: “el fenómeno de la feminización del envejecimiento que se está dando en Europa, España, y en Latinoamérica y el Caribe es un proceso vinculado a la globalización, que afecta tanto a los países desarrollados como a los que están en vías de desarrollo”.

Desagregando por comuna se identifica que Balen, Laureles y Poblado acumula el 25% de la población de este curso de vida e identificando así la zona urbana, respecto a los corregimientos San Antonio de Prado y San Cristóbal tienen el mayor número de población con el 3% en estas dos comunas.

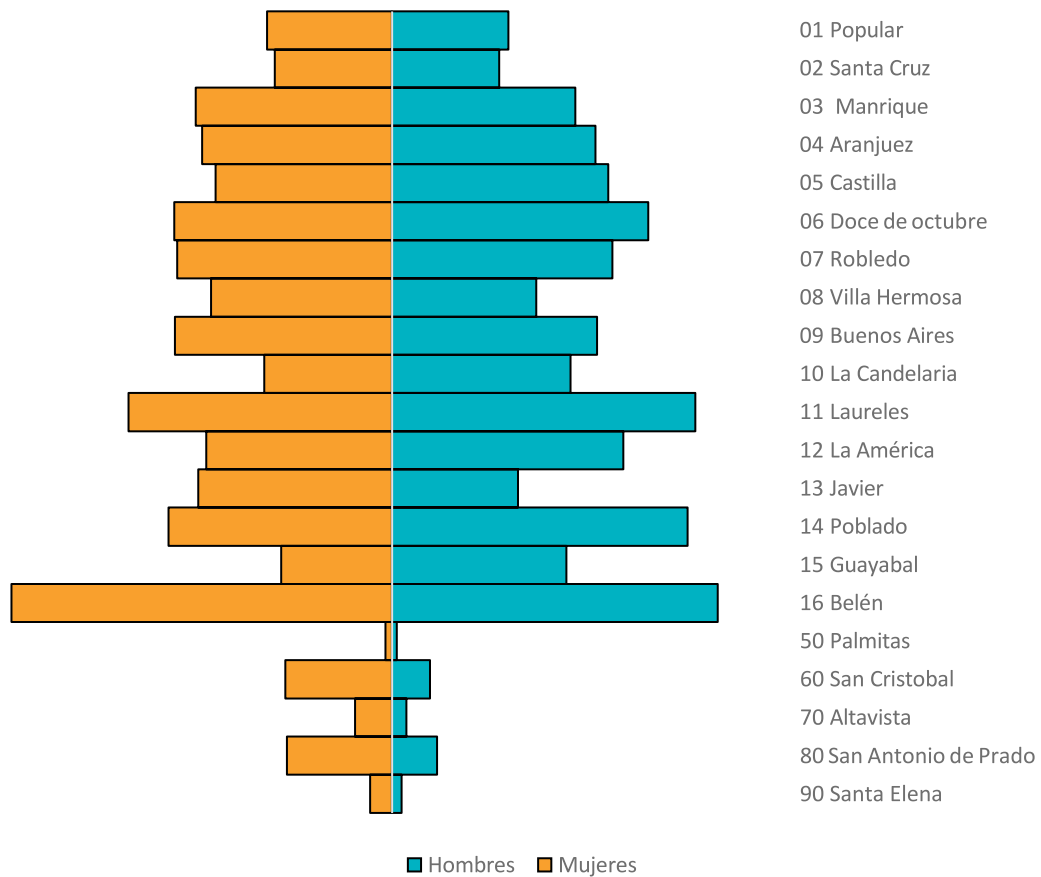


Figura 40. Distribución Poblacional población curso de vida Vejez y sexo. Medellín 2020.
Fuente: Proyecciones poblacionales - DANE, Medellín 2020.

Al realizar un análisis de los eventos de interés en salud pública (solo fuente SIVIGILA) entre el período de 2014 a 2020, se identificó que las agresiones por de animales potenciales transmisores de rabia y violencia, representando el 19% de los eventos en el curso de vida de vejez. Sin embargo, existen otros eventos de salud pública de gran importancia como el dengue, tuberculosis, y las enfermedades cardiovasculares y la infección respiratoria aguda que fueron analizadas y priorizadas. Considerando la situación de pandemia durante el año 2020, se v un aumento importante en la notificación de eventos respiratorios e infecciones asociadas a dispositivos, este último considerando el aumento de población que requirió hospitalización en unidades de cuidados intensivos durante el ultimo año.

Tabla 30. Distribución de eventos en salud pública prevalentes en el curso de vida Vejez. 2014 -2020.

EVENTO*/AÑO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	%
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	377	410		649	697	727	548	18,77%
DENGUE	240	327	1.592	192	96	102	51	14,32%
TUBERCULOSIS	269	279	325	349	332	419	326	12,66%
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO			190	323	350	378	276	8,36%
VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	37	63	92	152	620		522	8,19%
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS			8	47	217	601	398	7,00%
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	6	14	4	4	13	4	993	5,72%
INTOXICACIONES	94	82	131	116	123	121	135	4,42%
IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS			46	90	25	115	452	4,01%
PAROTIDITIS	41	33	65	79	139	113	73	2,99%
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	28	63	68	54	62	77	33	2,12%
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	32	40	34	44	73	84	46	1,94%
INTENTO DE SUICIDIO	27	35	41	56	45	60	61	1,79%
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	8	17	16	17	8	4	241	1,71%

*Numero total de eventos notificados en cada año.

Fuente: SIVIGILA, Medellín 2014-2020.

Mortalidad general

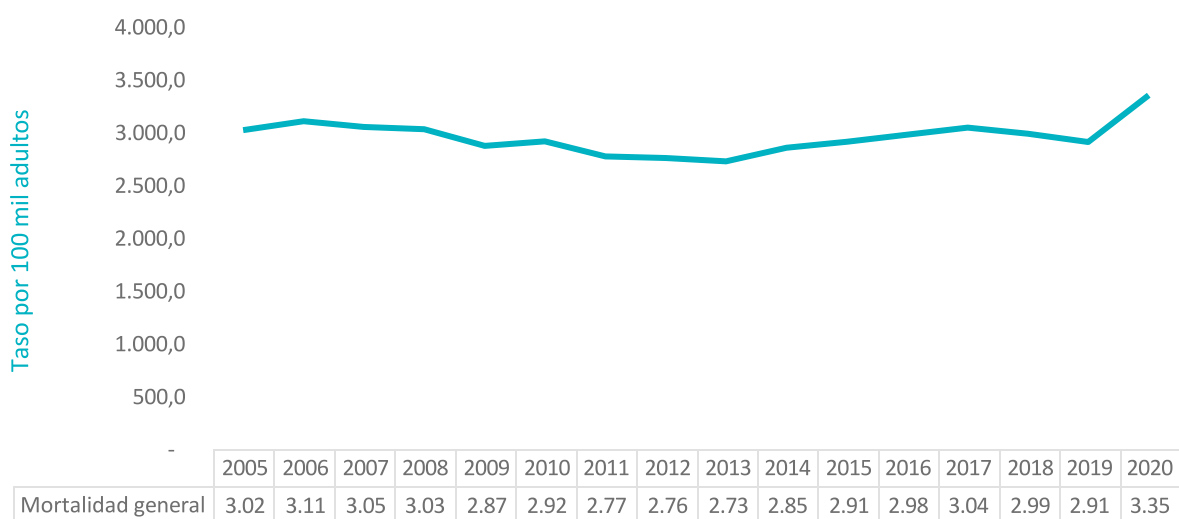


Figura 41. Tendencia mortalidad general en adultos mayores de 60 años. Medellín 2005 - 2020.

Fuente: Estadísticas vitales - DANE, Medellín 2005 -2020.

La mortalidad general en la población adulta mayor, ha tenido un comportamiento estable durante los últimos 15 años, sin embargo, para el año 2020 se observa el impacto directo de la mortalidad por Covid 19, que corresponden a un exceso de mortalidad del 24.4% en este grupo de edad, reportando un total de 2834 muertes en mayores de 60 años por esta causa.

Como segunda causa de mortalidad importante en los adultos mayores de 60 años se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares, las cuales han representado el 25% del total de fallecimientos entre los años 2005 y 2020.

Tabla 31. Tasas de mortalidad general en el curso de vida Vejez. 2016 -2020.

CAUSA/AÑO	2016	2017	2018	2019	2020
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (incluye COVID 19)	70,1	76,8	81,4	45,8	756,0
Enfermedades isquémicas del corazón	499,1	516,9	491,2	447,2	428,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	280,6	298,5	283,1	297,5	198,2
Enfermedades cerebrovasculares	203,2	214,4	212,1	195,0	195,1
Enfermedades hipertensivas	176,9	203,0	188,1	201,1	183,9
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	156,5	146,9	156,4	152,1	140,5
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y pulmón	147,2	139,9	127,8	126,9	118,6
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	90,2	100,2	103,8	101,8	114,8
Enfermedades del sistema urinario	117,2	112,1	118,8	103,9	102,4
Resto de las enfermedades	101,6	86,4	95,6	103,4	97,3

*Tasas por cien mil personas mayores de 60 años.

Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2016-2020.

Uno de los principales indicadores de riesgo cardiovascular es la incidencia de Hipertensión, que según lo reportado en la Cuenta de alto costo, para el año 2020, en Antioquia se estima en 12.04 por ciento y para Medellín una prevalencia ajustada de 13.45. En el siguiente mapa se muestra el comparativo en el país de la prevalencia de Hipertensión para el año 2020, encontrado que con Antioquia, los departamentos de Risaralda, Valle, Bolívar y Atlántico son los que cuentan con cifras superiores al 12% de prevalencia, la prevalencia nacional reportada en la cuenta de alto costo fue de 9.08 %. Situación diferente se observa en la mortalidad donde los departamentos del Meta y Huila son los que reportan mayor mortalidad.

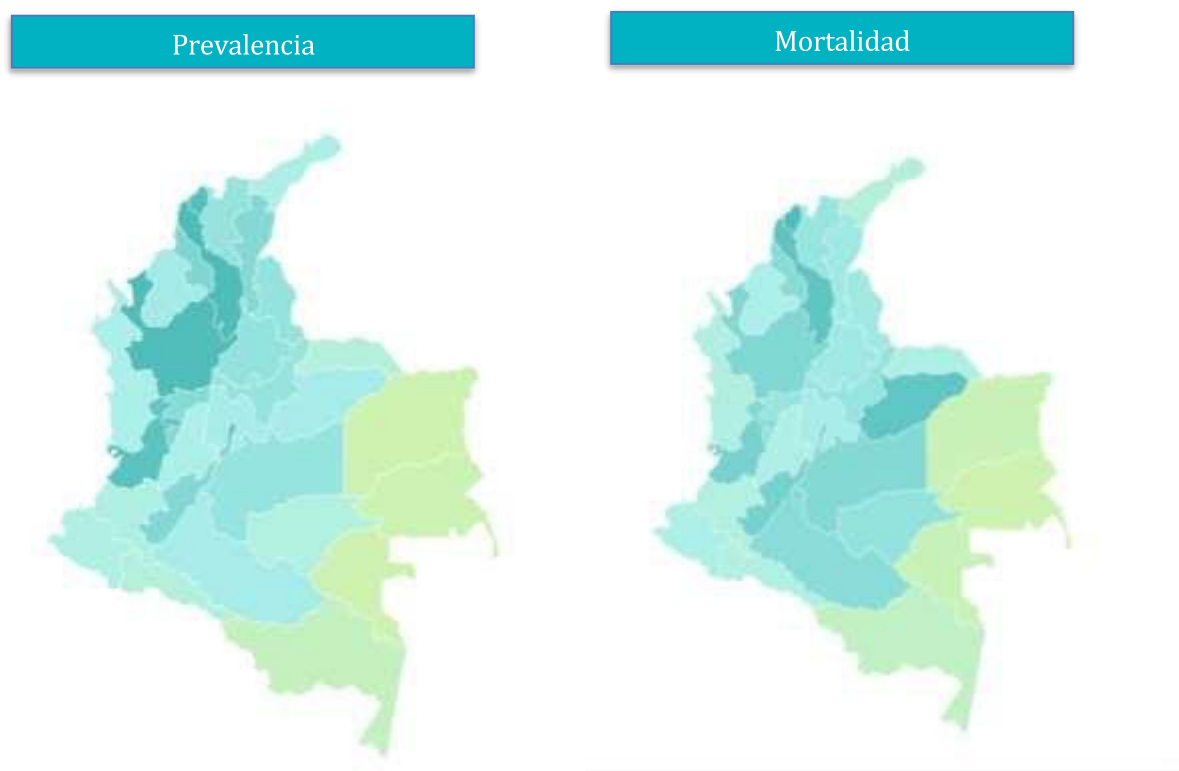


Figura 42. Mortalidad y Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia.
Fuente: Cuenta de Alto Costo. Consultada el 22/04/2022.

Respecto a la mortalidad de enfermedades relacionadas con los riesgos cardiovasculares en Medellín en el grupo de adultos mayores de 60 años, se observa una tendencia al aumento para la mortalidad por enfermedad hipertensiva, las demás eventos se observa una tendencia estable o en disminución, si se compara con el año 2005.

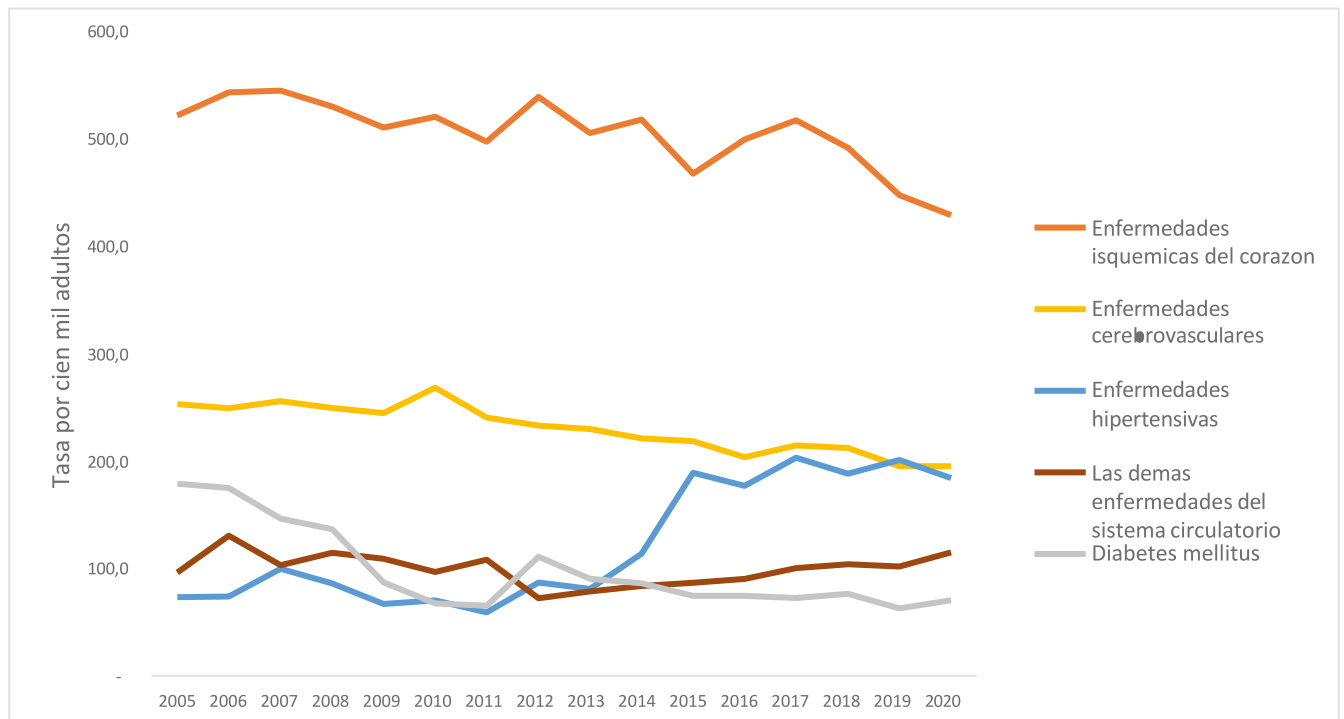


Figura 43. Tasa de mortalidad por enfermedades relacionadas con riesgo cardiovascular en mayores de 60 años 2005-2020 general.

Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2005-2020.

Violencia

De todos estos casos, según los que fueron notificados por el sistema de salud y las comisarias en el sistema de vigilancia SIVIGILA, se observa que el número de reportes de violencia se presenta un incremento durante el año 2018, debido a la incorporación de las comisarias de familias como unidades de reporte, con una tendencia estable hasta el año 2020.

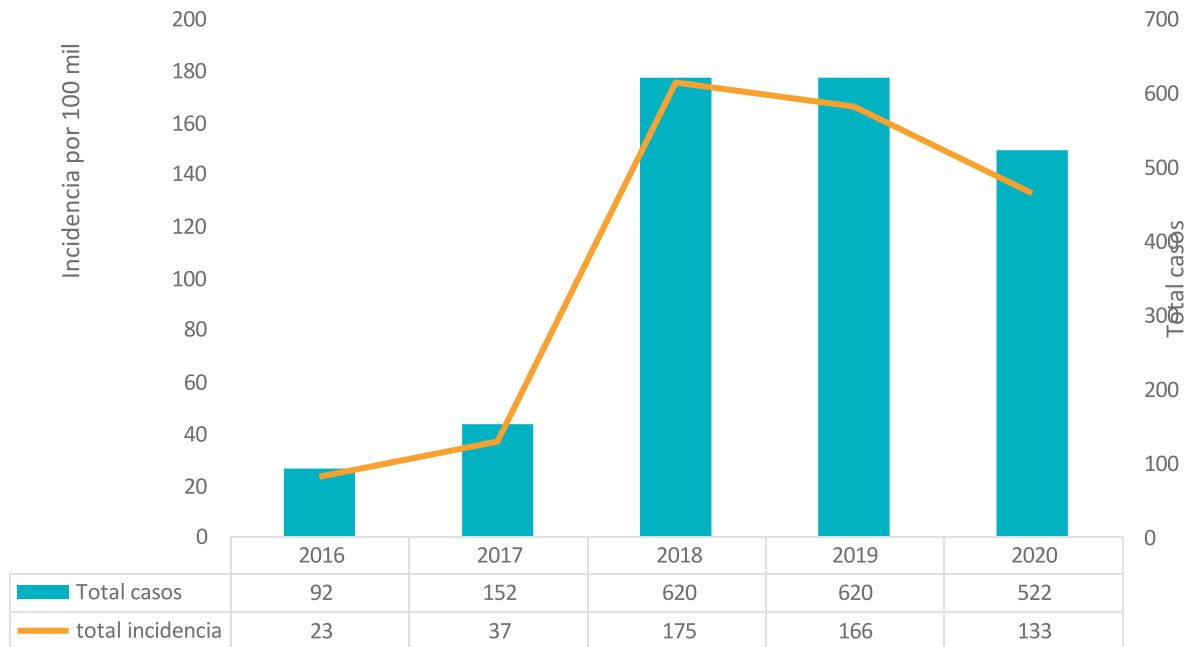


Figura 44. Total de casos registrados en el sistema de información SIVIGILA. 2016 -2020.

Fuente: SIVIGILA - Secretaría de Salud de Medellín 2016-2020.

Las mujeres mayores siguen siendo las principales víctimas de violencia, para el año 2020, las mujeres ocuparon el 73% situación similar que en años anteriores.

Cuando se observa el análisis por tasas por comuna se identifican que los barrios con indicadores de calidad de vida mas bajo se encuentran por encima de la tasa de Medellín, sin embargo los corregimientos registran un mayor número de casos inclusive que las comunas, como San Antonio de prado, San Cristóbal y Altavista lo que permite identificar focos de priorización para acciones de salud pública y convivencia en estos territorios.

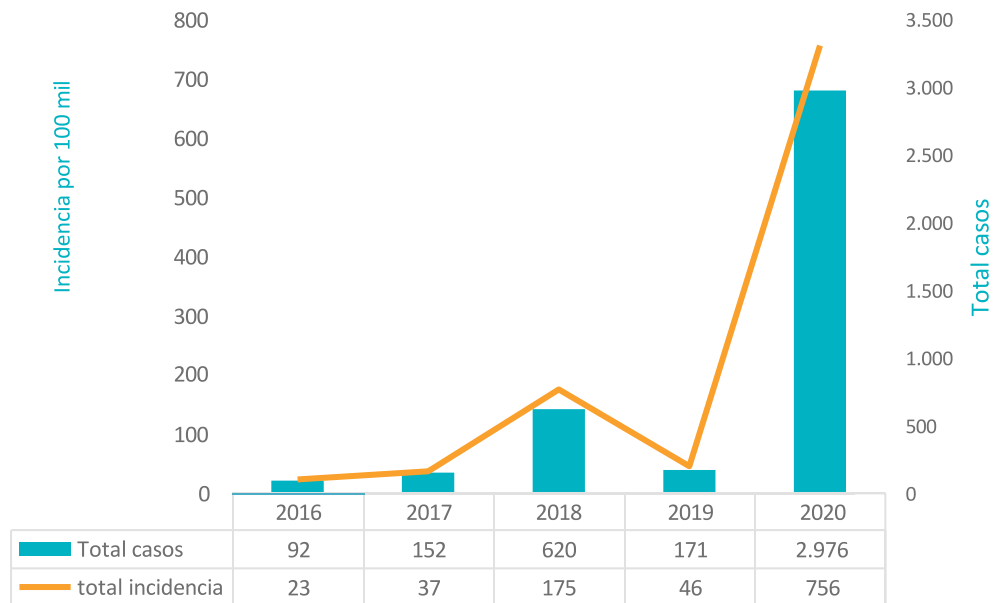
Tabla 32. Tasa de incidencia notificada por comuna en mayores de 60 años. 2016 -2020.

Comuna	2016	2017	2018	2019	2020
01. Popular	45	51	160	150	115
02. Santa Cruz	61	89	41	47	147
03. Manrique	44	55	290	269	289
04. Aranjuez	29	16	84	85	208
05. Castilla	12	39	339	322	158
06. Doce de Octubre	29	31	153	141	134
07. Robledo	8	57	145	133	134
08. Villa Hermosa	29	39	159	160	104
09. Buenos Aires	30	33	216	203	92
10. La Candelaria	20	39	139	135	172
11. Laureles Estadio	5	26	145	137	75
12. La América	11	21	73	70	68
13. San Javier	50	55	178	166	120
14. El Poblado	3	15	88	84	54
15. Guayabal	15	19	169	163	55
16. Belén	15	30	252	240	155
50. Palmitas	158	0	114	107	102
60. San Cristóbal	21	79	180	159	109
70. Altavista	48	47	126	117	152
80. San Antonio de	32	16	301	274	137
90. Santa Elena	78	76	41	37	34
Total general	23,245	36,821	175,34	166,03	132,61

Fuente: Sivigila - Secretaría de Salud de Medellín 2016-2018.

Infección respiratoria aguda

La infección respiratoria aguda causó 2976 muertes en el año 2020 en personas mayores de 60 años, con un aumento de más del 1600% esto asociado a la mortalidad por Covid 19 durante este año, lo que la posiciona como una de las principales causas de muerte en este grupo de edad.



Nota: El año 2018 presenta datos preliminares.

Figura 45. Mortalidad Infecciones respiratorias en mayores de 60 años Medellín, 2016 -2020.

Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2016 -2020.

Por comuna se resaltan la mortalidad concentrada en la zona 1 y 2 de la ciudad y las comunas de Villa Hermosa y la Candelaria, las cuales tuvieron tasas mas altas que el total de la ciudad para el año 2020.

Tabla 33. Tasas de mortalidad por Infecciones respiratorias en mayores de 60 años, Medellín 2016-2020.

Comuna	2016	2017	2018	2019	2020
01. Popular	60	29	61	7	817
02. Santa Cruz	77	74	41	39	1029
03. Manrique	97	78	49	60	854
04. Aranjuez	50	76	50	61	916
05. Castilla	41	39	93	57	942
06. Doce de Octubre	57	58	87	29	809
07. Robledo	56	42	77	30	684
08. Villa Hermosa	40	50	96	35	889
09. Buenos Aires	52	33	54	25	755
10. La Candelaria	75	107	111	74	1412
11. Laureles Estadio	50	74	84	60	675
12. La América	36	55	89	35	493
13. San Javier	81	74	86	43	643
14. El Poblado	59	71	88	68	422

Comuna	Casos por 100 mil adultos				
	2016	2017	2018	2019	2020
15. Guayabal	25	14	51	24	792
16. Belén	72	77	106	61	662
50. Palmitas	0	152	114	0	611
60. San Cristóbal	148	196	63	25	551
70. Altavista	0	47	50	23	347
80. San Antonio de Prado	97	78	107	35	628
90. Santa Elena	78	76	41	0	474
Total general	23,245	36,821	175,34	45,792	756,036

Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2014-2017.

Conclusiones

- En Colombia, a partir del cruce del RLCPCD y la base de RIPS, se determinó que, de las personas con discapacidad, durante el 2012 tuvieron acceso a los servicios de salud 664.600 personas (69%), de las cuales el 56% se encontraban afiliadas al régimen subsidiado; 32% al régimen contributivo, mientras el 9% no estaban afiliadas. En Medellín hasta el año 2020, la discapacidad afectó en mayor proporción al régimen subsidiado, lo que representó sobre costos importantes para este. Cuando este evento afecta a las personas afiliadas al régimen contributivo, las obliga a migrar hacia el subsidiado, debido a su limitación para trabajar y su consiguiente incapacidad de pago para aportar al sistema de salud.
- Según la Política Pública Nacional de Discapacidad, las mayores prevalencias de discapacidad en jóvenes y adultos, corresponden a limitaciones para ver (29,3%), para moverse o caminar (26,7%), para entender o aprender (15,4%), para hablar (14,9%), para usar brazos y manos (14,3%) y para relacionarse con los demás (13,6%). En este grupo aquellos que por su edad deberían asistir a un establecimiento educativo manifestaron como principales causas para la no asistencia, la falta de dinero o costos educativos elevados (23,6%), la necesidad de educación especial (21,8%), enfermedad (18,3%) y necesidad de trabajar (9,7%). Por otro lado, en Medellín la discapacidad en el grupo de personas en edad de trabajar Jóvenes y Adultos fue de 23.08 y 23.86 por cada 1.000 respectivamente, de ellos una no despreciable proporción hacía 18 años vivían con dicha condición, encontrándose en desventaja frente al mundo laboral por las limitaciones propias de su condición.
- En cuanto a la relación causal entre la accidentalidad y la discapacidad, se evidenció una marcada diferencia entre las comunas con menores índices de calidad de vida y aquellas con altos índices. Pese a que las tasas de accidentalidad fueron superiores en las comunas con mayor estrato socioeconómico, la discapacidad por esta causa fue mayor en las de bajo nivel; podría deberse a la gravedad del trauma, cultura vial, acceso a servicios de salud, entre otros factores que deberían estudiarse en investigaciones futuras.
- En muchos países, ya sea desarrollados o en desarrollo, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente durante las últimas dos décadas como resultado de la caída de la mortalidad. Sin embargo, este cambio aparentemente favorable plantea nuevas interrogantes respecto a la calidad de los años de vida que se han conquistado, en particular en las edades más avanzadas. En efecto, cabe preguntarse si los individuos que escapan ahora a la muerte no acumulan discapacidades,

secuelas de accidentes o consecuencias de enfermedades crónicas. Medellín ha realizado esfuerzos para el entendimiento de este evento de interés en salud pública, tanto en materia de investigación como en las modificaciones de infraestructura pública, en favor de esta población especial (4).

- Debe tenerse como prioritario el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, debido a que el factor de riesgo más importante en Europa del Este, América Latina y el sur de África Subsahariana en 2010 fue el consumo de alcohol. En Medellín hasta el 2015 se reportó una alta prevalencia de discapacidad por consumo de sustancias psicoactivas tanto aceptadas socialmente como por las no aceptadas (16).
- Tal como se analizó tanto en este y en los capítulos de Enfermedades crónicas no transmisibles, Seguridad alimentaria y nutricional, es de gran importancia reforzar las intervenciones de prevención de enfermedades crónicas generadoras de discapacidad. Estas estrategias deben estar articuladas con todos los sectores de la sociedad, puesto que el sector salud tiene un alcance limitado en los determinantes sociales de la discapacidad por enfermedad general.
- Las violencias ocuparon un lugar importante entre las causas de discapacidad en Medellín hasta el 2020. Pese a que se reportaron muchos casos de violencias en el grupo de edad de 0 a 4 años, en niños más que en niñas (20%), estas violencias no causaron discapacidad, sin embargo se observó que en la mortalidad general de Medellín para el 2020, las violencias fueron la causa de la muerte de 20 por cada 100.000 niños entre 0 y 4 años de edad.
- Si bien la discapacidad se correlaciona con la desventaja, no todas las personas con discapacidad padecen el mismo nivel de desventaja. En general, las personas que tienen deficiencias más graves son las que están en mayor desventaja. En algunos contextos, las mujeres, los ancianos y los niños con discapacidad, así como las personas con enfermedades mentales y deficiencias intelectuales, padecen una mayor discriminación y exclusión que otras personas con discapacidad (17).
- Medellín es una ciudad que se considera receptora de población víctima del conflicto armado, por lo que su índice de presión es alto comparado con otras ciudades y el Departamento. Además, el conflicto interno que hay en la ciudad de Medellín, es un generador de desplazamiento intraurbano.
- Esta situación de desplazamiento externo e intraurbano afecta las condiciones sociales de la

población tanto desplazada como a la población que reside en los territorios receptores.

- Según el Registro Único de Víctimas, solo el 26% de la población registrada en Medellín ha superado sus condiciones mínimas de vulnerabilidad, lo que exige mucho mayor esfuerzo en todos los niveles del estado.
- Es importante resaltar que en lo referente a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el 95% de la población registrada como víctima se encuentra afiliada a algún sistema de seguridad social, reportando que el 20% de la población afiliada al régimen subsidiado en Savia Salud, manifiesta ser población desplazada, según lo reportado en SISPRO.
- Una de las principales afectaciones que se identifica a nivel mundial en las poblaciones afectadas por el conflicto son los trastornos mentales, para la población de Medellín estos representan alrededor del 3 -4 % de las consultas y hospitalizaciones de esta población, siendo los trastornos afectivos y del humor, los trastornos de comportamiento, los relacionados con el estrés y con el consumo de PSA. Situación similar a lo encontrado en diversos estudios en países con conflictos y guerras, en América Latina se han realizado algunas investigaciones con personas refugiadas han encontrado síntomas de trauma psicológico severo, expresado en síntomas de ansiedad, temor y agresividad en la fase temprana, apatía, dependencia y depresión a medida que su condición se vuelve crónica (22).
- Promover una mayor articulación con el ente nacional- ministerio de salud para la priorización de recursos y vía subsidiaridad, con recursos del gobierno regional y local, para la implementación del programa de atención psicosocial y salud integral - PAPSIVI, pues la Ciudad de Medellín sigue siendo el territorio con la segunda recepción de víctimas del conflicto armado.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013 - 2022. [internet]. [Consultado 2017 Dic 2]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>.
2. Hurtado Mosquera, JH. La participación democrática en Colombia: Un derecho en evolución. *Justicia Juris*, ISSN 1692- 8571, [internet]. 2016; 12:59-76. [Consultado 2017 Dic 2]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v12n2/1692- 8571-jusju-12-02-00059.pdf>.
3. Secretaria de Salud de Medellín. Pérdida de años de vida saludable. Medellín, 2006-2012.
4. Jean Marie Robine, Isabelle Romieu, Emmanuelle Cambois. La Estimación de los años vividos con discapacidad: Una Iniciativa Universal. *Reves*. [internet]. [Consultado 2017 Dic 5]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12511/NP6401_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de personas con discapacidad Nacional. Agosto 2015 en <http://discapacidadcolombia.com/index.php/estadisticas/186-discapacidad-en-la-primera-infancia-una-realidad-incierta-en-colombia>.
6. Organización Mundial de la Salud. Salud y Derechos Humanos. Boletín de prensa. Diciembre de 2017. En <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
7. CELADE. (2002). Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas (Separata CEPAL). Recuperado de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/11674/LCW3-Vulnerabilidad.pdf> Consultado: 15 de junio de 2014.
8. De Almeida, N., Castiel, L. y Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Revista Salud Colectiva*, 5(3), 323-324.
9. Raujo Gonzalez, Rafael. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? Vulnerability and health risk: two concomitant concepts?. *Rev Nov Pob* [online]. 2015, vol.11, n.21 [citado 2019-10-23], pp.89-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1817-4078.
10. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de derechos humanos en la ciudad de Medellín. Vigencia 2018. Línea Grupos poblacionales. En <http://www.personeriamedellin.gov.co/index.php/informacion-al-ciudadano/documentos/informes-derechos-humanos-ddhh/category/244-informes-ddhh-2020>
11. Oficina del alto comisionado de Derechos Humanos, Colombia. Boletín Novedades. Y entonces quienes somos víctimas en Colombia?. En <https://www.hchr.org.co/index.php/77-boletin/analisis/4441-quienes-son-victimas-en-colombia>.
12. Centro Nacional de Memoria Histórica, Medellín: memorias de una guerra urbana, CNMH- Corporación Región - Ministerio del Interior - Alcaldía de Medellín - Universidad EAFIT - Universidad de Antioquia, Bogotá, 2017.
13. Kesternich I, Siflinger B, Smith J, Winter J. The effects of {World War II} on economic and health

- outcomes across {E}urope. *Rev Econ Stat.* 2013;96(March):103-18.
14. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implicatios for health and social well-being. *Soc Sci Med.* 2002;Social Sci(55):175-90.
 15. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia; Noveno Informe Técnico Bogotá, D.C., 2017.
 16. Ministerio de Salud y protección social, Instituto Nacional de Salud. Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informefinal.pdf>.
 17. Organización Mundial de la Salud. Nota de orientación sobre la discapacidad y la manejo del riesgo de desastres, para la salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127846/1/9789243506241_spa.pdf.
 18. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares. En: <https://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER6/11.pdf>.
 19. Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-barriers.html>
 20. Universidad Nacional de Colombia, Observatorio de Paz y conflicto, Debates en torno a la noción de víctima. Disponible en: http://www.humanas.unal.edu.co/observapazyconflicto/files/8614/3075/0999/OPC_Debates_nocion_victima_2015.pdf.
 21. Médicos sin fronteras. Tres veces víctimas: Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono Conflicto armado y salud mental en el departamentode Caquetá, Colombia. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2010/7372.pdf>.
 22. Guillermo Alonso Castaño Pérez, Gloria María Sierra Hincapié, Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Carolina Salas Zapata, Carolina Buitrago Salazar, María Alejandra Agudelo Martínez. Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura. Universidad CES. Disponible en: <http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/3846/1/Salud-mental-en-v%C3%ADctimas-de-desplazamiento-forzado-por-la-violencia-en-C.pdf>.
 23. Hanlon JJ. (1964) Principles of public health administration. *Academic Medicine.* Sep 1;39(9):867.
 24. Instituto Nacional de Salud. (2017). Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Violencia de Género e Intrafamiliar.
 25. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de derechos humanos en la ciudad de Medellín. Vigencia 2020. Línea Grupos poblacionales. En <http://www.personeriamedellin.gov.co/index.php/informacion-al-ciudadano/documentos/informes-derechos-humanos-ddhh/category/244-informes-ddhh-2020>
 26. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (2020). Índice de riesgo de victimización. Consultado en : <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/indicederiesgodevict>

imizacion20201.pdf

27. Departamento Nacional de Planeación (2021). Informe de Cierre Documento COMPES 3726 de 2012. Consultado en:
https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Politica%20de%20Victimas/Informe_Final_Cierre_Conpes_3726.pdf
28. Secretaria de Salud de Medellín (2020). Caracterización de las condiciones de vida y salud de familias Negro, afro, raizal, palenquero e indígenas de Medellín. Documento no publicado a la fecha
29. Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Resolución 3280 del año 2018. Consultado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
30. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento. Violencia intrafamiliar y de Género, Colombia 2020. Disponible en https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIOLENCIA%20DE%20G%C3%89NERO%20E%20INTRAFAMILIAR_2020.pdf
31. Secretaria de Salud de Medellín. Perfil de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar 2019, Informe Final. Disponible en

***Esta es una publicación de la Secretaría de Salud de Medellín
Para ampliar información puede escribir al correo
planeación.salud@medellin.gov.co
www.medellin.gov.co/salud
Línea de atención al ciudadano 4444144***