



Salud Mental



Análisis de Situación de Salud de la Salud Mental y Convivencia Social



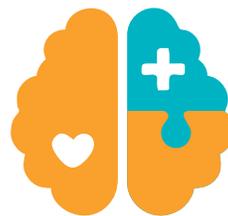
Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Alcaldía de Medellín

Secretaría de Salud de Medellín

Medellín, 2022

Salud
Mental



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

Luis Augusto Hurtado

Líder de Programa Planeación y Participación Social

Verónica María Lopera Velásquez

Bacterióloga, Epidemióloga

Mary Salazar Barrientos

Gerente de Sistemas de Información en Salud, Epidemióloga

Claudia Cecilia Ceballos Alarca

Gerente de Sistemas de Información en Salud, Epidemióloga

Equipo Técnico Secretaría de Salud para Salud Mental

Con la participación de:

Unidad de Gestión de la Información y el conocimiento

Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública

Introducción

El Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 (PDSP 2012-2021), constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción y seguimiento de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud (PTS), es el Análisis de Situación de la Salud (ASIS). Así mismo se constituye en una herramienta indispensable para la focalización de acciones y toma de decisiones, propendiendo en el actuar de la Secretaría de Salud, su linealidad y concordancia con el Modelo de Atención Integral en Salud, y enmarcado en la Política Integral de Atención en Salud y el Modelo de Acción Integral Territorial.

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

Adicionalmente, la constante preocupación de la alcaldía en ofrecer, acercar y prestar a sus ciudadanos mejores servicios, hace que el presente documento se constituya en una valiosa herramienta para conocer las necesidades en salud de su población, la cual se ofrece como insumo para determinar la capacidad instalada que logrará atender tales necesidades. En este sentido, se tendrá como punto de partida el conocimiento de la situación de salud a nivel municipal que se elaboró durante el mes de diciembre del año 2018 con la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social; se realizará un análisis a profundidad de los eventos de morbilidad y mortalidad priorizados, teniendo como ejes de análisis los diferentes territorios (comunas y corregimientos), el ciclo vital, género y comportamiento de los determinantes de la salud.

Finalmente introducimos en un análisis exploratorio de desigualdad e inequidad, como herramienta para continuar avanzando en la mejoría de la situación de salud, para ello se considera como ejes de desigualdad las condiciones socioeconómicas y de calidad de vida de la población de Medellín, basados en la encuesta de calidad de vida.

En virtud de lo anterior, y para complementar la información necesaria para la comprensión de esta

situación, se comenzó entonces un trabajo conjunto con algunos actores del sistema y los referentes técnicos de la Secretaría de salud, soportados también en análisis comunitarios de las diferentes comunas y corregimientos, que podrían aportar información valiosa que condujera a la explicación, a la mejor ilustración posible de cómo y por qué algunos eventos no se comportan de manera similar en los diferentes territorios.

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

Acordes a lo establecido en la ley 16167/2013, La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos. Además, se prioriza para la política pública nacional la salud mental positiva promoviendo la relación entre salud mental, medio ambiente, actividad física, seguridad alimentaria, y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas (1).

Así mismo, en el marco del PDSP 2012 - 2021, la dimensión de convivencia social y salud mental, es definida como el espacio de acción transectorial y comunitario, que mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia; contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de vida, con equidad y enfoque diferencial en los territorios cotidianos (2).

Para el caso de la convivencia social, y siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, se entenderán las violencias desde el enfoque de salud pública, comprendiéndose como el "uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones". En este mismo marco, se

distinguirán tres formas de violencia: 1. las de género; 2. en el marco del conflicto armado y 3. Otras violencias interpersonales.

Las violencias de género se entienden como “cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir las relaciones de poder asimétricas basadas en el género que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino”; la violencia en el marco del conflicto armado se refiere a “todos aquellos hechos victimizantes que afectan a la población civil, como consecuencia de las infracciones a los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario. Estos hechos victimizantes son realizados por grupos armados legales e ilegales, enfrentados, entre los cuales están la fuerza pública del Estado y un grupo que se ha armado y realiza acciones bélicas con la finalidad de contradecir o substituir la institucionalidad existente”; y la tercera y última, otras violencias interpersonales, se entiende como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra otra persona, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Entre estas violencias se incluyen las violencias intrafamiliares y las violencias comunitarias (Bullyng).

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social ha generado lineamientos técnicos para la promoción de la convivencia social y propone como ejes temáticos para priorización los siguientes: Eje temático 1. Construcción de masculinidades y feminidades, Eje temático 2. Conocimiento y educación de las emociones, Eje temático 3. Pensar mejor de los demás, Eje temático 4. Transformación de las bases de solidaridad, Eje temático 5. Cultura de la legalidad. Para el caso del municipio de Medellín, se priorizan los ejes temáticos 1, 2, 4 y 5.

A continuación, se realizará un análisis de la situación en salud mental, en la ciudad de Medellín, año 2005 -2020.

1. Caracterización de los contextos territorial y demográfico en convivencia social y salud mental

1.1. Abordaje de entornos saludables

Para el Ministerio de Salud y Protección Social los entornos se comprenden como “los escenarios de vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen.

Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. Se caracterizan por tener sujetos con roles definidos y una estructura organizativa, que comprende condiciones de base socio demográfica que pueden ser urbanas o rurales”.

Como propósito del trabajo desde los entornos saludables, se tiene el establecer intervenciones de manera sectorial e intersectorial desde el entorno hogar, educativo, laboral, comunitario e Institucional, con el fin de realizarlas desde la integralidad y la integración en los territorios donde el rol protagónico lo tiene el individuo, la familia y la comunidad, tiene en cuenta enfoques integrales y se propende por la promoción del desarrollo humano, la calidad de vida y el desarrollo sostenible.

Entre los componentes para el abordaje desde los entornos saludables, se tienen:

- **Componente 1.** Políticas y normatividad para la promoción del desarrollo humano, la calidad de vida y el desarrollo sostenible.
- **Componente 2.** Ambientes que favorecen el desarrollo humano, la calidad de vida y el Desarrollo Sostenible.
- **Componente 3.** Gestión de Servicios sociales, orientados a la respuesta integral e integrada para el desarrollo humano, la calidad de vida y el desarrollo sostenible.
- **Componente 4.** Educación integral e integrada para la promoción del desarrollo humano, la calidad de vida y el desarrollo sostenible.
- **Componente 5.** Participación social y comunitaria para el desarrollo humano, la calidad de vida y el desarrollo sostenible.
- **Componente 6.** Gestión del conocimiento para la promoción del desarrollo humano, la calidad de vida y desarrollo sostenible.

El Ministerio de Salud y Protección Social desde el año 2014 ha establecido el inventario de entornos saludables para las dimensiones establecidas en el PDSP 2012-2021, es así como la ciudad de Medellín

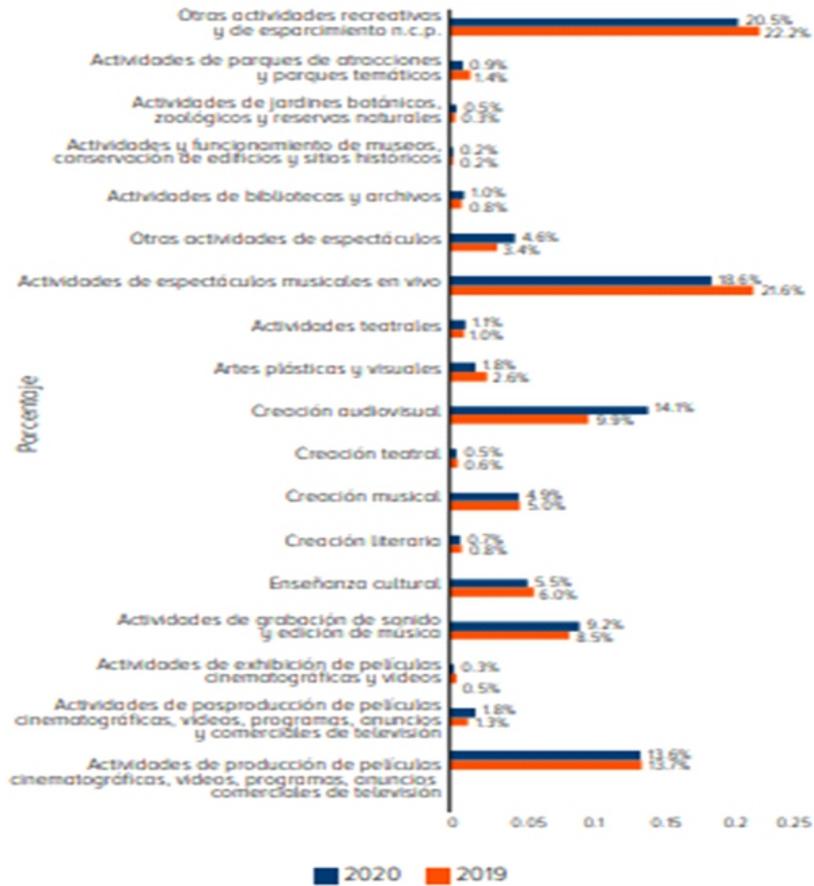
Tabla 1. Relación de entornos saludables. Medellín, 2020.

Entornos	Número absoluto		
	Total	Cabecera (área urbana)	Resto (área rural)
Número de parques	21	10	11
Número de Instituciones Educativas (públicas)	239	209	30
Número de Colegios Privados	128	122	6
Numero de Bibliotecas	26	19	7

Fuente: Sistema de bibliotecas públicas de Medellín y Datos Abiertos Colombia: Equipamientos Municipio de Medellín - POT 2014-2027 <https://www.datos.gov.co/htt>

Cada año se realiza una evaluación sobre la percepción ciudadana frente a varios aspectos de la ciudad y entre ellos están las actividades culturales y de recreación donde se analizará la utilización de esta infraestructura. Para el año 2020 la encuesta encontró que las principales actividades económicas por sociedades jurídicas del sector cultural que participaron con respecto al total de empresas del sector en el último año fueron enmarcadas principalmente en cuatro categorías en su orden: otras actividades recreativas a las no referenciadas usualmente, actividades de espectáculos, creación audiovisual y actividades de producción de películas, concentrando el 66,8% del total.

Figura 1. Medellín urbano: Porcentaje de participación de las actividades económicas por sociedades jurídicas del sector cultural respecto al total de empresas del sector, 2019-2020



Fuente: cálculos Medellín Cómo Vamos a partir de Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. 2020.

De acuerdo a lo observado, se muestra como en los últimos cuatro años ha disminuido la asistencia a sitios de interés. Sin embargo, el año 2020 no puede ser comparable dada la situación de contingencia ocurrida por la pandemia por Covid-19

Figura 2. Medellín: número de asistencia a sitios de interés, 2016-2020.



Fuente: cálculos de Medellín Cómo Vamos a partir de Secretaría de Cultura de Medellín y SITUR.

1.2. Uso de servicios de Salud Mental

En el marco de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), hay varios elementos esenciales e interrelacionados con el derecho fundamental a la salud, entre ellos están: la disponibilidad, la accesibilidad y la libre elección, en referencia a los servicios de salud (art. 6). Esto implica que el Estado debe garantizar “la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente” y que “los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información”, además todos los colombianos deben poder elegir libremente las entidades donde desean ser atendidos, dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.

El derecho a la salud incluye el recibir atención “integral, integrada y humanizada” en salud mental y “atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental” (Ley de salud mental).

El marco normativo en salud mental (Ley 1616 de 2013) establece que en todos los rincones del territorio nacional habrá una red articulada de prestación de servicios en salud mental como parte integral de los servicios generales de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Las modalidades y servicios disponibles serán: atención ambulatoria, atención domiciliaria, atención pre hospitalaria,

centro de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, centro de salud mental comunitario, grupos de apoyo de pacientes y familias, hospital de día para adultos, hospital de día para niñas, niños y adolescentes, rehabilitación basada en comunidad (RBC), unidades de salud mental y urgencia de psiquiatría.

Actualmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ofrece un conjunto de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC); el cual ha tenido varias actualizaciones desde la expedición de la Ley 100 de 1993. Las actualizaciones más recientes se realizaron mediante la Resolución 046 de 2018 y la Resolución 05269 de 2017. Para toda la población se incluyeron servicios de promoción de la salud (información, educación, capacitación y comunicación), protección específica y detección temprana, prevención de la enfermedad y la atención ambulatoria y de urgencias.

La Gestión Integrada para la Salud mental consiste en un conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y a la epilepsia.

La transferencia de dichas políticas y lineamientos se desarrolla a través de procesos de asistencia técnica, asesoría, capacitación, gestión y coordinación intersectorial y mediante el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias, acorde a lo estipulado en la Dimensión Convivencia Social y salud Mental del PDSP 2012 -2021 con el fin de garantizar el derecho a la salud mental en Colombia.

En Colombia según la última Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), existían 1.918 entidades con servicios habilitados de psiquiatría a julio de 2018; de estos el 87,3% (1.675) son de consulta externa, el 6,8% (130) en hospitalización en unidad de salud mental y el resto están distribuidos en otros servicios. (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias). Cuando se evalúa el porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental se identifica en términos generales que este porcentaje viene con tendencia al ascenso desde el año 2016.

Figura 3. Número de atenciones por algunos trastornos asociados a salud mental, 2016-2020.

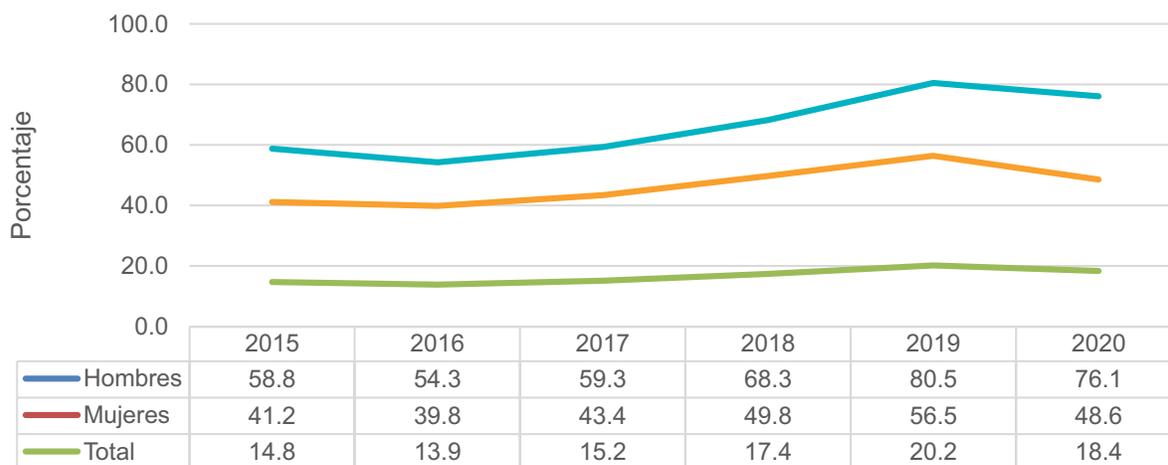


Nota: el número de atenciones agrega consulta externa, hospitalización y urgencias.

Fuente: Elaboración de Medellín Cómo Vamos con base en Secretaría de Salud, Alcaldía de Medellín.

De acuerdo al número de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental durante el periodo 2015-2020, se tiene que en general los casos han venido en aumento tanto para hombres, mujeres y el total; teniendo un promedio de incremento con respecto al año inicial de medición de 15,3% en el periodo, y para 2020 de 24,7% con respecto al total de casos. Al analizar los casos por sexo, son los hombres los que presentan mayor incidencia durante el periodo con un 59% del total de los casos.

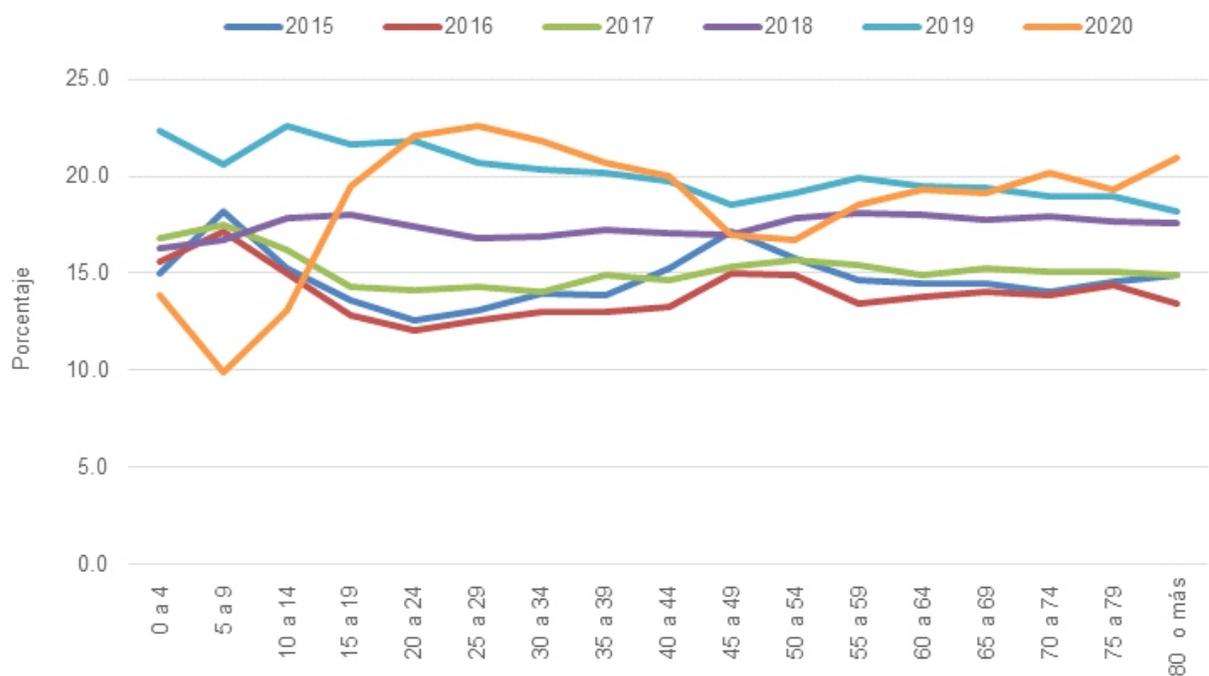
Figura 4. Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental, según sexo. 2015-2020.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2015-2020

Al analizar este mismo indicador por edad, se observa que para los últimos tres años se han incrementado las atenciones, y para el año 2020 se tuvo un comportamiento inusual a los demás años, donde el grupo de 20 a 40 años fueron quienes recibieron al menos una atención en los servicios en salud mental, luego se presenta un descenso hasta los 54 años, y posteriormente hay incremento con algunas leves fluctuaciones.

Figura 5. Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental, según edad. Medellín. 2015-2020.



Fuente: SISPRO - Sistema integrado de información de la protección social, 2015-2020, datos preliminares.

1.3. Factores protectores

Se entienden como factores protectores de la salud mental aquellos recursos personales, sociales, institucionales y del ambiente (biológicos, psicológicos y socioculturales) que favorecen el desarrollo del ser humano y aumentan su resiliencia o capacidad para sobreponerse a las distintas dificultades o tragedias a las que se enfrenta, pudiendo incluso salir fortalecido de este tipo de experiencias.

Medellín, anualmente realiza “Encuesta de Percepción Ciudadana” que permite recoger la voz de los ciudadanos sobre su propio bienestar y la satisfacción que tienen con la oferta de bienes y servicios que ofrece la ciudad. Debido a las restricciones decretadas en Medellín para enfrentar la pandemia del COVID-19, la Encuesta de Percepción Ciudadana fue realizada entre el 21 de octubre de 2020 y el 27 de

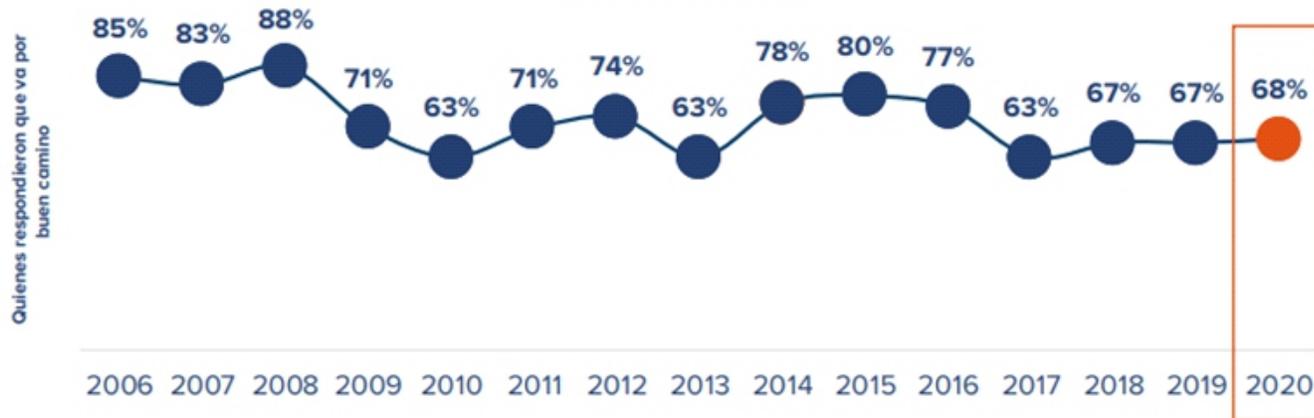
enero de 2021, combinando técnicas de recolección telefónica y presencial. Se recolectaron 1558 encuestas en total. En ambas técnicas y durante todo el trabajo de campo, se aplicó el mismo cuestionario con idénticas instrucciones al encuestador. Se presentan dos de los indicadores relevantes para conocer la percepción de la población frente a la satisfacción de la ciudad como lugar donde vivir y como van las cosas en la misma.

Figura 6. Percepción de la población de ¿Qué tan satisfecho se siente con la ciudad como un lugar para vivir? Medellín, 2008-2020.



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín, 2020.

Figura 7. Optimismo: ¿Piensa que las cosas en la ciudad van por buen camino? Medellín, 2006 y 2020.



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín, 2020.

2. Abordaje de los efectos de la convivencia social y salud mental y sus determinantes

2.1. Trastornos mentales y del comportamiento

“Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. Hay muchos tipos diferentes de trastornos mentales. También se denominan problemas de salud mental, aunque este último término es más amplio y abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva” (OMS).

De acuerdo al informe “Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe de 2020”, “los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad son muy frecuentes: el 15% de la población en edad de trabajar se ve afectada en algún momento dado. También el acceso a servicios es bajo: en todo el mundo, alrededor del 56% de las personas con depresión no reciben el tratamiento adecuado. Estos trastornos contribuyen de manera significativa a la reducción de la productividad, las ausencias por enfermedades, discapacidades y el desempleo, y se estima que los costos totales de la mala salud mental ascienden al 3,5-4% del PIB en los países de la OCDE”. Una de las prioridades principales de la prevención en la esfera de la salud mental es el suicidio, que de acuerdo a la OMS se estimaba que ocasionaría 800.000 muertes en el 2018 (OMS). A pesar de la enorme carga que las enfermedades mentales imponen sobre las personas, sus familias, la sociedad, los sistemas de salud y la economía, la atención de la salud mental sigue siendo un área desatendida de la política en materia de salud en muchos países (Hewlett and Moran, 2014).

Asimismo, la OMS presenta como datos claves que: Los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales; la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio.

Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 %

y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años.

Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1%, y el gasto público mediano en salud mental en toda la Región es apenas un 2,0% del presupuesto de salud, y más del 60% de este dinero se destina a hospitales psiquiátricos.

En Colombia, la Política Nacional de Salud Mental revela información epidemiológica en donde se establece una alta prevalencia de alteraciones de salud mental en la población general, y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos(4).

En Colombia se han realizado tres grandes estudios descriptivos de corte transversal: Encuestas de Salud Mental de 1993, 2003 y 2015, que han reconocido la necesidad de contextualizar la recolección y análisis de la información para poder captar los cambios en la dinámica de la sociedad y su influencia en la salud mental. Para entender el perfil epidemiológico y avanzar en el ASIS de salud mental en Colombia es preciso tener en cuenta los conceptos de problema mental, trastornos mentales y epilepsia. En ese sentido la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 definió *problema mental como el malestar y las dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental*. En esta categoría se encuentran las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas y las reacciones emocionales ante las pérdidas significativas tales como, síntomas depresivos y/o ansiosos, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, problemas de aprendizaje, problemas de comunicación, dificultades de socialización, conductas de riesgo alimentario (no comer aunque se tenga hambre, malestar con el acto de comer, atracones, vómito después de comer) y alteraciones en el sueño, entre otros.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, versión 5 por sus siglas en inglés) define el trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”. Se entiende así que los problemas mentales se diferencian de los trastornos mentales en la severidad de la sintomatología y el grado de la disfuncionalidad psicosocial que originan. Por su parte, el

Ministerio de Salud y Protección Social en 2016 define “la Salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Ley 1616/2013).

Asimismo, describe que “La Gestión Integrada para la Salud mental consiste en un conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y la epilepsia”.

La transferencia de dichas políticas y lineamientos se desarrolla a través de procesos de asistencia técnica, asesoría, capacitación, gestión y coordinación intersectorial y mediante el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias, acorde a lo estipulado en la Dimensión Convivencia Social y salud Mental del PDSP 2012 -2021 con el fin de garantizar el derecho a la salud mental en Colombia.

De acuerdo a cifras del Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín del año 2019, el 16,6 % de la población de la ciudad sufrió algún trastorno mental durante los 12 meses antes del inicio del estudio. El 10,3% de las mujeres manifestaron haber tenido ansiedad, mientras que el 6,3 % trastorno de ánimo.

Entre los trastornos de ansiedad, la comparativa de los estudios de salud mental realizados en Medellín en 2011 y 2019 respectivamente, evidencian un aumento en el estrés postraumático, pasando del 1,1 % al 1,9 %. Entre otras cifras, la depresión mayor se elevó del 4,1 % al 5,2 %. El comportamiento suicida para los adultos hombres y mujeres es de un 15,1 %, mientras que en los adolescentes es del 12,2 %.

En cuanto a los trastornos por uso de sustancias, el abuso de drogas aumentó del 1,8 % al 2,8 % y la dependencia a las drogas del 0,8 % al 1,5 %. Estas cifras evidencian la necesidad de la atención integral para quienes padecen trastornos o enfermedades relacionadas. Estas situaciones son las que pretende impactar la nueva política pública de salud mental y adicciones.

Es importante mencionar que el 2020 fue el año de la pandemia, en donde la misma detonó una crisis mental y emocional de muchas personas. Las consultas disminuyeron y hubo un incremento de suicidios cada día. El COVID-19, además de los múltiples problemas de salud, económicos y sociales que produjo, también sirvió de detonante de una emergencia que ya se avizoraba: la de la salud mental. Y no solo por

sus efectos inmediatos en términos de factores de riesgo como el encierro, el miedo y las pérdidas, sino porque también dificultó para que muchas personas encontrarán ayuda para atender sus padecimientos. Es así, como posterior a esta pandemia una de las secuelas será el afrontar los trastornos mentales que empeoran la calidad de vida, y que hacen de cada jornada un reto por superar.

2.1.1. Morbilidad General en Medellín

2.1.1.1. Trastornos mentales

A continuación, se presentan los resultados de la búsqueda a través de Registro Individual de prestación de servicio (RIPS) en lo que respecta a los trastornos mentales para consulta externa, hospitalización y urgencias de los RIPS del año 2020.

Consulta Externa

Para una mejor visualización de los códigos de CIE 10 se agruparon por cada una de las categorías o grupos que se indican en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). En consulta externa se registraron un total de 265.671 registros asociados a los trastornos mentales y del comportamiento. El 61,1% de las consultas realizadas correspondieron a mujeres y el resto a hombres.

En lo que respecta a los tres principales diagnósticos se observa que los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos ocupan el primer lugar con el 35,4%, es decir, más de la tercera parte de los casos; en segundo lugar, los trastornos del humor (afectivos) con el 28,5% y en tercer lugar los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas con un 7%. Estos tres grupos representan el 70,9% de todas las personas que consultaron en consulta externa por diagnósticos de enfermedades relacionadas a trastornos mentales registrados en el año 2020, las demás personas están agrupados en otros 16 de los grupos diagnósticos del grupo de los trastornos mentales y del comportamiento.

Tabla 2. Distribución de Frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Consulta Externa, Medellín 2020.

Diagnostico CIE-10	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.	1909	1,00%	5387	2,81%	7296	3,81%
F01 Demencia vascular.	399	0,21%	631	0,33%	1030	0,54%
F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.	243	0,13%	242	0,13%	485	0,25%
F03 Demencia sin especificación.	1140	0,59%	2421	1,26%	3561	1,86%
F04 Síndrome Amnésico Orgánico No Inducido Por Alcohol o Por Otras Sustancias Psicoactivas	11	0,01%	1	0,00%	12	0,01%
F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.	463	0,24%	749	0,39%	1212	0,63%
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.	1315	0,69%	1887	0,98%	3202	1,67%
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.	55	0,03%	51	0,03%	106	0,06%
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.	469	0,24%	683	0,36%	1152	0,60%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.	9858	5,14%	3562	1,86%	13420	7,00%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	6370	3,32%	3027	1,58%	9397	4,90%
F30-F39 Trastornos de humor (afectivos)	16489	8,60%	38131	19,89%	54620	28,50%
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	18852	9,84%	48940	25,53%	67792	35,37%
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	3463	1,81%	2989	1,56%	6452	3,37%
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	1420	0,74%	1920	1,00%	3340	1,74%
F70-F79 Retraso mental.	1958	1,02%	1585	0,83%	3543	1,85%
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.	3032	1,58%	1424	0,74%	4456	2,32%
F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	7002	3,65%	3417	1,78%	10419	5,44%
F99 Trastorno mental, no especificado	74	0,04%	113	0,06%	187	0,10%
Total general	74522	38,88%	117160	61,12%	191682	100,00%

Fuente: RIPS - Secretaría de Salud de Medellín 2020, datos preliminares.

Al indagar en consulta externa según curso de vida, todas las personas y todas las consultas realizadas en trastornos mentales y del comportamiento se encuentra que, el 43,4% de las consultas fueron realizadas por el curso de vida de adultez que va de 29 a 59 años, seguido de consultas de las personas mayores con un 28,6%, estos dos grupos de personas representan el 75,1% de las atenciones durante el año.

Tabla 3. Distribución de Frecuencias de Diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Consulta Externa, Medellín 2020.

Curso de vida/Dx	Personas	% Atenciones	Atenciones	%
Primera infancia	3286	1,71%	3625	1,36%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	3088	1,61%	3418	1,29%
Retraso Mental	35	0,02%	36	0,01%
Trastornos del Humor Afectivos	20	0,01%	21	0,01%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	5	0,00%	5	0,00%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	138	0,07%	145	0,05%
Infancia	8109	4,23%	9422	3,55%
Demencia	2	0,00%	2	0,00%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	26	0,01%	59	0,02%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	6531	3,41%	7593	2,86%
Retraso Mental	445	0,23%	483	0,18%
Trastornos del Humor Afectivos	340	0,18%	403	0,15%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	11	0,01%	18	0,01%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	1	0,00%	1	0,00%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	753	0,39%	863	0,32%
Adolescencia	17417	9,09%	21216	7,99%
Demencia	1	0,00%	1	0,00%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	431	0,22%	679	0,26%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	5934	3,10%	6895	2,60%
Retraso Mental	915	0,48%	1030	0,39%
Trastornos del Humor Afectivos	4076	2,13%	5153	1,94%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	1625	0,85%	2179	0,82%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	16	0,01%	20	0,01%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	4419	2,31%	5259	1,98%
Juventud	24733	12,90%	31884	12,00%
Demencia	10	0,01%	82	0,03%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	1525	0,80%	2541	0,96%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	2284	1,19%	2798	1,05%
Retraso Mental	630	0,33%	988	0,37%
Trastornos del Humor Afectivos	7162	3,74%	9218	3,47%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	2786	1,45%	3908	1,47%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	109	0,06%	150	0,06%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	10227	5,34%	12199	4,59%



Adultez	83114	43,36%	107621	40,51%
Demencia	374	0,20%	1436	0,54%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	5008	2,61%	7814	2,94%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	6270	3,27%	8573	3,23%
Retraso Mental	1287	0,67%	2698	1,02%
Trastornos del Humor Afectivos	26690	13,92%	33736	12,70%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	6703	3,50%	9784	3,68%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	927	0,48%	1322	0,50%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	35855	18,71%	42258	15,91%
Persona mayor	54903	28,64%	91774	34,54%
Demencia	11985	6,25%	31561	11,88%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	2407	1,26%	4400	1,66%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	6331	3,30%	11238	4,23%
Retraso Mental	230	0,12%	591	0,22%
Trastornos del Humor Afectivos	16319	8,51%	22460	8,45%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	857	0,45%	1377	0,52%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	378	0,20%	589	0,22%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	16396	8,55%	19558	7,36%
Sin dato	120	0,06%	129	0,05%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	110	0,06%	117	0,04%
Retraso Mental	1	0,00%	1	0,00%
Trastornos del Humor Afectivos	3	0,00%	3	0,00%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	2	0,00%	3	0,00%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	4	0,00%	5	0,00%
Total general	191682	100,00%	265671	100,00%

Fuente: RIPS. Secretaría de salud de Medellín 2020.

Tabla 4. Distribución de Frecuencias de Diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Consulta Externa por curso de vida, Medellín 2020.

Curso de vida	Número de Personas atendidas	%	Número de Atenciones	%
Primera infancia	3286	1,71%	3625	1,36%
Infancia	8109	4,23%	9422	3,55%
Adolescencia	17417	9,09%	21216	7,99%
Juventud	24733	12,90%	31884	12,00%
Adultez	83114	43,36%	107621	40,51%
Persona mayor	54903	28,64%	91774	34,54%
Sin dato	120	0,06%	129	0,05%
Total	191682	100,00%	265671	100,00%

Fuente: RIPS. Secretaría de salud de Medellín 2020.



Respecto a la indagación por cursos de vida más desagregada en el diagnóstico, se observa que en el año 2020 en el servicio de consulta externa para el grupo de personas de primera infancia, infancia, adolescencia y aquellos que no se les identificó grupo de edad, el trastorno más consultado está relacionado con la categoría de "otros trastornos mentales y del comportamiento" con 6,8% de las personas atendidas, y para las personas jóvenes, adultas y mayores fueron los "trastornos neuróticos trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos", los que ocuparon el primer lugar con 27,9% de las personas atendidas .

Toma especial importancia que los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas ocupan el tercer lugar en el ciclo de la juventud y adultez y el un cuarto lugar en el ciclo de adolescencia.

Urgencias

En el servicio de urgencias se registraron un total de 6.735 registros asociados a los trastornos mentales y del comportamiento. El 54,8% de las consultas realizadas correspondieron a mujeres y el resto a hombres. En lo que respecta a los tres principales diagnósticos se observa que los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos ocupan el primer lugar con 34,4%, es decir, más de la tercera parte de los casos; en segundo lugar, los trastornos del humor (afectivos) con el 27,7%, y en tercer lugar los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas con un 13,1%. Estos tres grupos representan el 75,2% de todas las consultas externas registradas en el año 2020, las demás consultas están agrupados en otros 16 de los grupos diagnósticos del grupo de los trastornos mentales y del comportamiento.

Tabla 5. Distribución de Frecuencias de Diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Urgencias Medellín 2020.

Diagnostico CIE-10	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.	7	0,12%	20	0,34%	27	0,46%
F01 Demencia vascular.	5	0,09%	6	0,10%	11	0,19%
F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.	3	0,05%	2	0,03%	5	0,09%
F03 Demencia sin especificación.	26	0,44%	31	0,53%	57	0,97%
F04 Síndrome Amnésico Orgánico, No Inducido Por Alcohol o Por Otras Sustancias Psicoactivas	1	0,02%	1	0,02%	2	0,03%
F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.	71	1,21%	115	1,96%	186	3,17%
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.	36	0,61%	63	1,07%	99	1,69%
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.	4	0,07%	5	0,09%	9	0,15%
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.	92	1,57%	118	2,01%	210	3,58%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.	530	9,04%	240	4,09%	770	13,14%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	441	7,52%	158	2,70%	599	10,22%
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	637	10,87%	985	16,80%	1622	27,67%
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	674	11,50%	1343	22,91%	2017	34,41%
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	49	0,84%	42	0,72%	91	1,55%
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	27	0,46%	48	0,82%	75	1,28%
F70-F79 Retraso mental.	16	0,27%	8	0,14%	24	0,41%
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.	3	0,05%	1	0,02%	4	0,07%
F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	19	0,32%	27	0,46%	46	0,78%
F99 Trastorno mental, no especificado	7	0,12%	1	0,02%	8	0,14%
Total general	2648	45,17%	3214	54,83%	5862	100,00%

Fuente: RIPS Secretaría de Salud Medellín, 2020.

Al indagar en consulta por urgencias según curso de vida, en referencia todas las personas y todas las consultas realizadas en trastornos mentales y del comportamiento se encuentra que, el 46,0% de las consultas fueron realizadas por el curso de vida de adultez que va de 29 a 59 años, seguido de consultas de las personas del curso de juventud con un 22,5%, estos dos grupos de personas representan el 68,1% de las atenciones durante el año.

Tabla 6. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Urgencias, Medellín 2020.

Curso de vida	Número de Personas atendidas	%	Número de Atenciones	%
Primera infancia	10	0,17%	10	0,15%
Infancia	59	1,01%	70	1,04%
Adolescencia	705	12,03%	823	12,22%
Juventud	1304	22,24%	1518	22,54%
Adulthood	2715	46,32%	3101	46,04%
Persona mayor	1065	18,17%	1209	17,95%
Sn dato	4	0,07%	4	0,06%
Total	5862	100,00%	6735	100,00%

Fuente: RIPS - Secretaría de salud de Medellín, 2020.

Respecto a la indagación por cursos de vida más desagregada en el diagnóstico, se observa que en el año 2020 en el servicio de urgencias para el grupo de personas de primera infancia, infancia, personas mayores y aquellos que no se les identifico grupo de edad, el trastorno más consultado está relacionado con la categoría de "otros trastornos mentales y del comportamiento" con el 7,6% de atenciones en estas personas, y para las personas jóvenes y adultas, fueron los "trastornos neuróticos trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos", los que ocuparon el primer lugar con el 23,8% de personas atendidas.

Tabla 7. Distribución de Frecuencias de Diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de urgencias por curso de vida, Medellín 2020.

Curso de vida/Dx	Personas	%	Atenciones	%
Primera infancia	10	0,17%	10	0,15%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	6	0,10%	6	0,09%
Trastornos del Humor Afectivos	1	0,02%	1	0,01%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	1	0,02%	1	0,01%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	2	0,03%	2	0,03%
Infancia	59	1,01%	70	1,04%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	2	0,03%	2	0,03%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	23	0,39%	27	0,40%
Retraso Mental	2	0,03%	3	0,04%
Trastornos del Humor Afectivos	17	0,29%	21	0,31%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	15	0,26%	17	0,25%
Adolescencia	705	12,03%	823	12,22%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	57	0,97%	75	1,11%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	77	1,31%	88	1,31%
Retraso Mental	5	0,09%	7	0,10%
Trastornos del Humor Afectivos	223	3,80%	268	3,98%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	100	1,71%	118	1,75%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	14	0,24%	16	0,24%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	229	3,91%	251	3,73%
Juventud	1304	22,24%	1518	22,54%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	187	3,19%	250	3,71%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	64	1,09%	70	1,04%
Retraso Mental	5	0,09%	5	0,07%
Trastornos del Humor Afectivos	395	6,74%	462	6,86%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	189	3,22%	226	3,36%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	37	0,63%	41	0,61%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	427	7,28%	464	6,89%



Curso de vida/Dx	Personas	%	Atenciones	%
Adulthood	2715	46,32%	3101	46,04%
Demencia	4	0,07%	5	0,07%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	289	4,93%	380	5,64%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	133	2,27%	148	2,20%
Retraso Mental	10	0,17%	13	0,19%
Trastornos del Humor Afectivos	816	13,92%	975	14,48%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	306	5,22%	354	5,26%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	81	1,38%	90	1,34%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	1076	18,36%	1136	16,87%
Persona mayor	1065	18,17%	1209	17,95%
Demencia	96	1,64%	129	1,92%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	64	1,09%	73	1,08%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	426	7,27%	478	7,10%
Retraso Mental	2	0,03%	3	0,04%
Trastornos del Humor Afectivos	168	2,87%	193	2,87%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	22	0,38%	24	0,36%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	19	0,32%	21	0,31%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	268	4,57%	288	4,28%
Sin dato	4	0,07%	4	0,06%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	3	0,05%	3	0,04%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	1	0,02%	1	0,01%
Total	5862	100,00%	6735	100,00%

Fuente: RIPS - Secretaría de salud de Medellín, 2020.



Hospitalización

En el servicio de hospitalización se registraron un total de 5.281 registros asociados a los trastornos mentales y del comportamiento. El 54,9% de las consultas realizadas correspondieron a hombres y el resto a mujeres.

En lo que respecta a los tres principales diagnósticos se observa que los trastornos del humor (afectivos) ocupan el primer lugar con el 41,3%, es decir, una cuarta parte de los casos; en segundo lugar, Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes con el 20,4%, y en tercer lugar los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas con un 13,3%. Estos tres grupos representan el 75,0% de todas las consultas externas registradas en el año 2020, de todas las personas que estuvieron en hospitalización por diagnósticos de enfermedades relacionadas a trastornos mentales registrados en el año 2020, los demás registros están agrupados en otros 15 diagnósticos del grupo de los trastornos mentales y del comportamiento.

Tabla 8. Distribución de Frecuencias de Diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Hospitalización, Medellín 2020.

Diagnostico CIE-10	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.	5	0,13%	16	0,40%	21	0,53%
F01 Demencia vascular.	11	0,28%	2	0,05%	13	0,33%
F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.	2	0,05%	2	0,05%	4	0,10%
F03 Demencia sin especificación.	24	0,60%	18	0,45%	42	1,06%
F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.	61	1,54%	84	2,11%	145	3,65%
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.	11	0,28%	8	0,20%	19	0,48%
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.	4	0,10%	2	0,05%	6	0,15%
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.	62	1,56%	67	1,69%	129	3,25%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.	363	9,14%	119	3,00%	482	12,13%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	587	14,77%	224	5,64%	811	20,41%
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	755	19,00%	886	22,30%	1641	41,30%
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	235	5,91%	292	7,35%	527	13,26%
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	5	0,13%	7	0,18%	12	0,30%
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	16	0,40%	38	0,96%	54	1,36%



Diagnostico CIE-10	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
F70-F79 Retraso mental.	16	0,40%	7	0,18%	23	0,58%
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.	1	0,03%	1	0,03%	2	0,05%
F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	19	0,48%	14	0,35%	33	0,83%
F99 Trastorno mental, no especificado	6	0,15%	3	0,08%	9	0,23%
Total	2183	54,95%	1790	45,05%	3973	100,00%

Fuente: RIPS - Secretaría de salud de Medellín 2020.

Al indagar en el servicio de hospitalización según curso de vida, en referencia todas las consultas realizadas en trastornos mentales y del comportamiento se encuentra que, el 46,4% de las consultas fueron realizadas en la adultez, que va de 29 a 59 años, seguido de consultas de personas jóvenes con un 23,4%, estos dos grupos poblacionales representan el 69,8% de las atenciones durante el año.

Tabla 9. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Hospitalización, Medellín 2020

Curso de vida	Número de Personas atendidas	%	Número de Atenciones	%
Primera infancia	6	0,15%	7	0,13%
Infancia	39	0,98%	47	0,89%
Adolescencia	426	10,72%	559	10,59%
Juventud	913	22,98%	1238	23,44%
Adultez	1830	46,06%	2450	46,39%
Persona mayor	754	18,98%	972	18,41%
Sin dato	5	0,13%	8	0,15%
Total general	3973	100,00%	5281	100,00%

Fuente: RIPS - Secretaría de salud de Medellín, 2020.

Respecto a la indagación por cursos de vida más desagregada en el diagnóstico, se observa que en el año 2020 en el servicio de hospitalización para el grupo de personas de primera infancia y personas mayores, el trastorno más frecuente está relacionado con la categoría de "otros trastornos mentales y del comportamiento" con el 6,8% de las personas con atención, y para las personas del curso de vida de infancia, adolescentes, juventud, adultez y a quienes no se les identifico grupo de edad, fueron los "Trastornos del Humor Afectivos", los que ocuparon el primer lugar con el 36,6% de las personas con atención.

Tabla 10. Distribución de Frecuencias de Diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de hospitalización por curso de vida, Medellín 2020.

Curso de vida/Dx	Personas	%	Atenciones	%
Primera infancia	6	0,15%	7	0,13%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	4	0,10%	5	0,09%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	1	0,03%	1	0,02%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	1	0,03%	1	0,02%
Infancia	39	0,98%	47	0,89%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	6	0,15%	7	0,13%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	11	0,28%	11	0,21%
Retraso Mental	2	0,05%	3	0,06%
Trastornos del Humor Afectivos	13	0,33%	16	0,30%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	7	0,18%	10	0,19%
Adolescencia	426	10,72%	559	10,59%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	54	1,36%	81	1,53%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	39	0,98%	49	0,93%
Retraso Mental	7	0,18%	10	0,19%
Trastornos del Humor Afectivos	180	4,53%	234	4,43%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	78	1,96%	100	1,89%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	2	0,05%	3	0,06%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	66	1,66%	82	1,55%
Juventud	913	22,98%	1238	23,44%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	253	6,37%	367	6,95%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	28	0,70%	38	0,72%
Retraso Mental	7	0,18%	8	0,15%
Trastornos del Humor Afectivos	381	9,59%	519	9,83%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	130	3,27%	165	3,12%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	5	0,13%	9	0,17%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	109	2,74%	132	2,50%
Adulthood	1830	46,06%	2450	46,39%
Demencia	4	0,10%	4	0,08%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	424	10,67%	607	11,49%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	51	1,28%	75	1,42%
Retraso Mental	6	0,15%	7	0,13%
Trastornos del Humor Afectivos	851	21,42%	1159	21,95%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	196	4,93%	253	4,79%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	33	0,83%	39	0,74%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	265	6,67%	306	5,79%

Curso de vida/Dx	Personas	%	Atenciones	%
Persona mayor	754	18,98%	972	18,41%
Demencia	76	1,91%	106	2,01%
Esquizofrenia Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	74	1,86%	104	1,97%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	276	6,95%	353	6,68%
Retraso Mental	1	0,03%	1	0,02%
Trastornos del Humor Afectivos	213	5,36%	277	5,25%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	17	0,43%	20	0,38%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso del Alcohol	19	0,48%	23	0,44%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	78	1,96%	88	1,67%
#N/D	5	0,13%	8	0,15%
Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento	2	0,05%	2	0,04%
Trastornos del Humor Afectivos	1	0,03%	4	0,08%
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de otras Sustancias Psicoactivas	1	0,03%	1	0,02%
Trastornos Neuróticos Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos	1	0,03%	1	0,02%
Total general	3973	100,00%	5281	100,00%

Fuente: RIPS - Secretaría de salud de Medellín, 2020.

2.1.1.2. Intento de suicidio

La conducta suicida es un resultado no deseado en salud mental, no considerada como un diagnóstico en sí mismo. Tiene origen multifactorial y se ha definido como “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”. Su espectro incluye la ideación suicida, el plan suicida, el intento de suicidio y el suicidio.

La OMS hace referencia que cada año cerca de 703.000 personas se quitan la vida y muchas más presentan intento de suicidio. Estos casos representan una tragedia que afecta no solo a sus familias sino también a las comunidades y países, presentando efectos duraderos para los allegados de la víctima. “Puede ocurrir a cualquier edad, y en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. Los suicidios no solo ocurren en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más del 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos”¹

¹ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

En Colombia, el intento de suicidio es un evento de notificación obligatoria desde 2016. La información que se tiene antes de esta fecha proviene de los RIPS, articulada al sistema integrado de información de la protección social (SISPRO). Las cifras muestran un incremento substancial en la tasa nacional del intento de suicidio. En datos proporcionados por SISPRO la tasa de suicidio ajustada por edad en Colombia de 2009 a 2019 varía entre 4,42 y 5,77 presentando la tasa más alta para el año 2019, todos los departamentos del eje cafetero, Antioquia y Tolima presentan tasas superiores a la del país en todos los años evaluados, para el 2019 el departamento de Risaralda presenta la tasa de mortalidad ajustada por edad más alta de la región con 9,41 casos por cada 100.000 habitantes, solo Risaralda y Tolima presentan tasas más altas que el departamento de Caldas en el año 2019.

Para Medellín en el año 2020 se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 2.010 intentos de suicidio, con una tasa anual de 81 casos por 100.000 habitantes. En la ciudad desde el año 2011 a 2020 se han notificado en promedio 1897 casos. Las cifras muestran una disminución de 15% respecto a 2019; no obstante, es posible que esta cifra aún no recoja las consecuencias del confinamiento y la agudeza dada por el aislamiento social según la Organización Panamericana de la Salud.

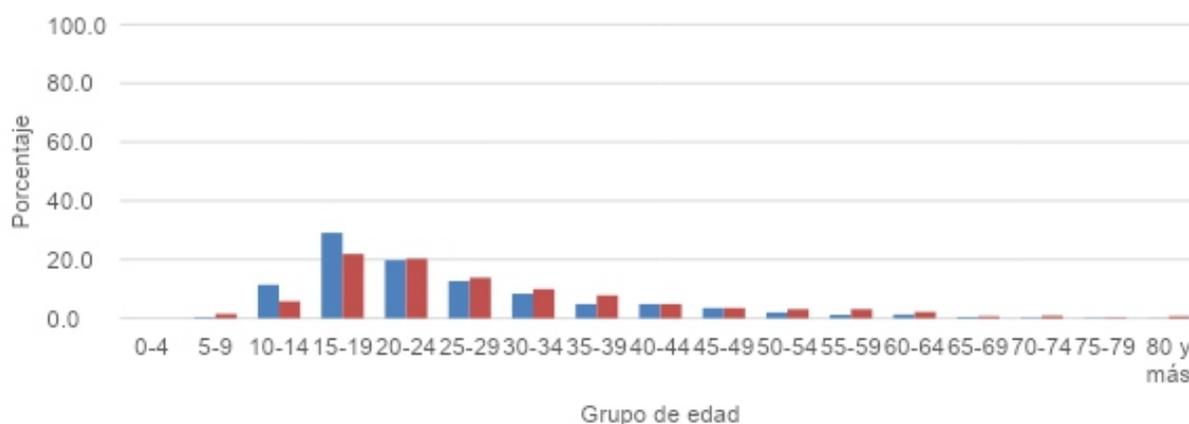
Tabla 11. Registro histórico de casos de intento de suicidio Medellín. 2011-2020.

Año	Intentos	Tasa
2020	2010	81,3
2019	2363	93,5
2018	2269	89,7
2017	2303	91,8
2016	1934	77,8
2015	1633	66,3
2014	1501	61,5
2013	1696	70,2
2012	1891	79,0
2011	1367	57,7

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA. 2011-2020.

Cada año, el número de intento de suicidio en mujeres es superior al de los hombres, para el año 2018 fue de 62,9%. Respecto a la edad, el 70% de las personas que tuvieron intento de suicidio tenían menos de 30 años para ambos sexos, siendo en mujeres el 73,2% y en hombres 63,2%. El porcentaje mayor de casos se presenta en ambos sexos en el grupo de 15 a 24 años, teniendo mayor proporción en las mujeres, 48,9% frente a 42,1%.

Figura 8. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según edad y sexo. Medellín, 2020.



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

Por curso de vida se observa que en la ciudad se presentaron cuatro casos en la primera infancia y 27 casos en la infancia, situación que llama la atención dado que son menores que se infiere están al cuidado de personas mayores, es por ello que se debe tomar especial atención para las medidas de detección temprana. Asimismo, es preocupante el número de casos en la ciudad y un problema de salud pública, donde el 67,5% de los intentos se encuentre en personas jóvenes y menores a ese curso de vida, siendo la juventud quien tiene mayor peso porcentual tanto a nivel general como en ambos sexos.

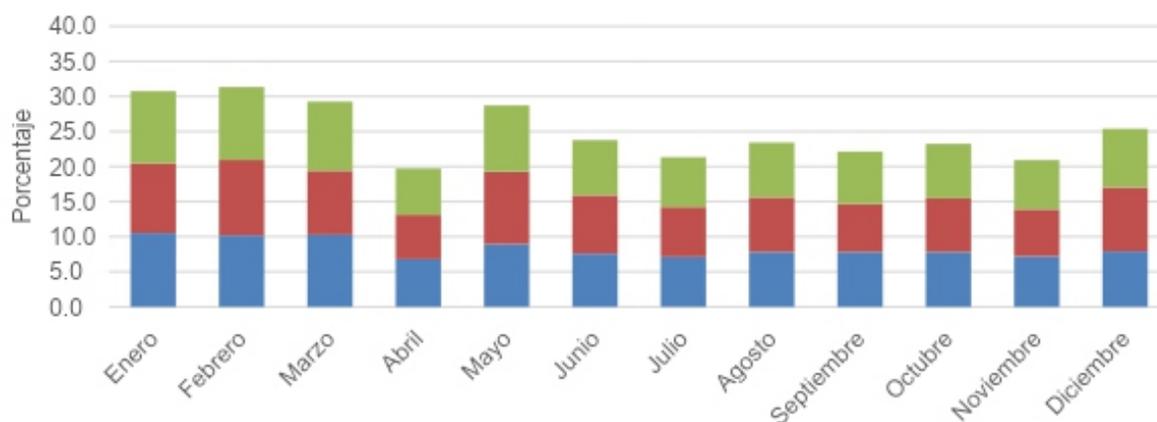
Tabla 12. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según curso de vida y sexo. Medellín, 2020

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera infancia	0	0,0	4	0,5	4	0,2
Infancia	16	1,3	11	1,5	27	1,3
Adolescencia	372	29,4	136	18,3	508	25,3
Juventud	514	40,6	305	40,9	819	40,7
Adulthood	336	26,6	255	34,2	591	29,4
Adulto Mayor	27	2,1	34	4,6	61	3,0
Total	1265	100,0	745	100,0	2010	100,0

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA, 2020.

Al analizar el mes de ocurrencia, se observó que los meses con mayor número de casos reportados en SIVIGILA son los primeros tres meses del año con un promedio de 30,5% del total de casos, la tercera parte de lo reportado en el año (614 casos). Asimismo, los meses de mayo y diciembre, son los meses que siguen en orden de reporte, alcanzando en estos cinco meses casi el 50% de los casos de todo el año (48,4%).

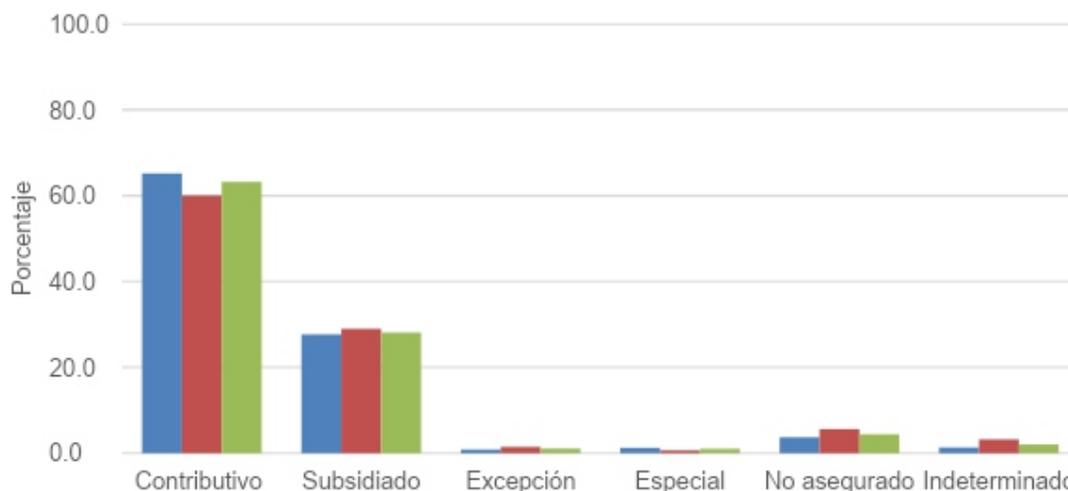
Figura 9. Distribución del número de casos de intento de suicidio según mes y sexo, Medellín, 2020.



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

Igual que en años anteriores en su mayoría las personas que son notificadas en el sistema de vigilancia se encontraban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 93,5% principalmente al régimen contributivo.

Figura 10. Distribución porcentual de los casos de intento suicida por régimen de afiliación. Medellín. 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Es de aclarar que en el año 2016 la ficha de notificación presenta un cambio, y este corresponde a que un paciente puede utilizar diferentes mecanismos al tiempo, por lo tanto, las tablas que se presentan a continuación su porcentaje corresponde al total de intentos de suicidio por ese método y al total de casos notificados(2.010).

Al identificar el mecanismo utilizado en todas las personas notificadas y al igual que ha ocurrido desde años atrás, las personas que se intentan suicidar en la ciudad, lo realizan en gran proporción por el método de intoxicación (74,8%). Es aquí donde se deben tomar medidas preventivas en las residencias para el almacenamiento y dispensación de medicamentos, pues estos pueden ser usados como medio para materializar la ideación suicida.

Tabla 13. Distribución proporcional de casos, según mecanismo utilizado, todos los casos. Medellín. 2020.

Mecanismo	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Intoxicación	1008	79,7	495	66,4	1503	74,8
Arma corto punzante	206	16,3	142	19,1	348	17,3
Lanzamiento al vacío	53	4,2	56	7,5	109	5,4
Ahorcamiento	34	2,7	68	9,1	102	5,1
Lanzamiento a vehículo	14	1,1	12	1,6	26	1,3
Lanzamiento al agua	8	0,6	5	0,7	13	0,6
Inmolación	2	0,2	3	0,4	5	0,2
Arma de Fuego	3	0,2	1	0,1	4	0,2

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica - SIVIGILA Medellín, 2020.

Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces de acuerdo a Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Para el año 2020 se encontró que 43,2% (868) de todas las notificaciones presentaron intentos previos, siendo ese porcentaje superior en las mujeres.

Tabla 14. Distribución proporcional de casos, según intentos previos Medellín. 2020.

Intentos previos /Sexo	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Si	562	44,4	306	41,1	868	43,2
No	703	55,6	439	58,9	1142	56,8
Total	1265	100,0	745	100,0	2010	100,0

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

De los 2010 casos que se identificaron con intentos previos se encontró que el 35,8% habían tenido un intento previo y el 57,8% habían tenidos dos o más intentos previos, y aunque como se mencionó anteriormente el mayor número de casos de intento de suicidio son en mujeres, la distribución porcentual de los antecedentes de intentos previos es similar en hombres y mujeres.

Otro dato importante que se recolecta en la nueva ficha de intentos de suicidio son los factores desencadenantes y los factores de riesgo que incluye el trastorno psiquiátrico; para este cálculo se tuvo en cuenta los denominadores totales y por separado masculino y femenino, por lo tanto es importante que el lector tenga en cuenta que no puede sumar los porcentajes, porque los valores presentados en la tabla corresponden a los que respondieron positivamente a la pregunta sobre si tenía el trastorno.

De acuerdo a lo anterior, en todos los casos notificados se encontró que en la tercera parte de los casos las personas mencionaron que el principal factor desencadenante fue los conflictos de pareja 31,0%, con mayor proporción en mujeres, seguido de los problemas económicos, donde los hombres fueron los más afectados. Es necesario poner especial atención al dato sobre los menores de edad relacionados con el manejo de conflictos en el entorno escolar/educación dado que desde los entornos educativos se puede realizar prevención oportuna.

Tabla 15. Distribución proporcional de casos, según factor desencadenante. Medellín. 2020.

Factores desencadenantes	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Conflictos con pareja o expareja	404	31,9	220	29,5	624	31,0
Problemas económicos	143	11,3	96	12,9	239	11,9
Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	94	7,4	70	9,4	164	8,2
Maltrato físico, psicológico o sexual	82	6,5	35	4,7	117	5,8
Problema escolar/ educación	70	5,5	33	4,4	103	5,1
Muerte de familiar	54	4,3	37	5,0	91	4,5
Problema laboral	47	3,7	28	3,8	75	3,7
Suicidio familiar amigo	6	0,5	16	2,1	22	1,1
Problema legal	10	0,8	11	1,5	21	1,0

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

Al analizar los factores de riesgo a nivel general, se observa que más de la mitad de los casos presentaban antecedente personal de trastorno psiquiátrico 54,6%, y que esta causa y la ideación suicida está presente en el 92,4% de los casos, ese porcentaje se comporta de manera similar entre ambos sexos. Frente a los menores de 18 años y mayores de 18 los comportamientos son similares al grupo general.

Tabla 16. Distribución proporcional de casos, según factores de riesgo. Medellín. 2020.

Factores de riesgo	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Antecedente personal de trastorno psiquiátrico	692	54,7	405	54,4	1097	54,6
Idea suicida	459	36,3	302	40,5	761	37,9
Consumo de SPA	138	10,9	226	30,3	364	18,1
Plan organizado de suicidio	183	14,5	145	19,5	328	16,3
Abuso Alcohol	84	6,6	90	12,1	174	8,7
Antecedente familiar	52	4,1	21	2,8	73	3,6
Antecedente violación abuso	60	4,7	13	1,7	73	3,6

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

Cuando se analiza los antecedentes psiquiátricos en la notificación se identificó que el 49,0% reportó tener trastorno depresivo, donde son las mujeres las que presentan mayor proporción del mismo, otros antecedentes de trastornos fueron reportados en menor proporción, en general 11,6%.

Tabla 17. Distribución proporcional de casos, según antecedentes de trastorno psiquiátrico. Medellín. 2020.

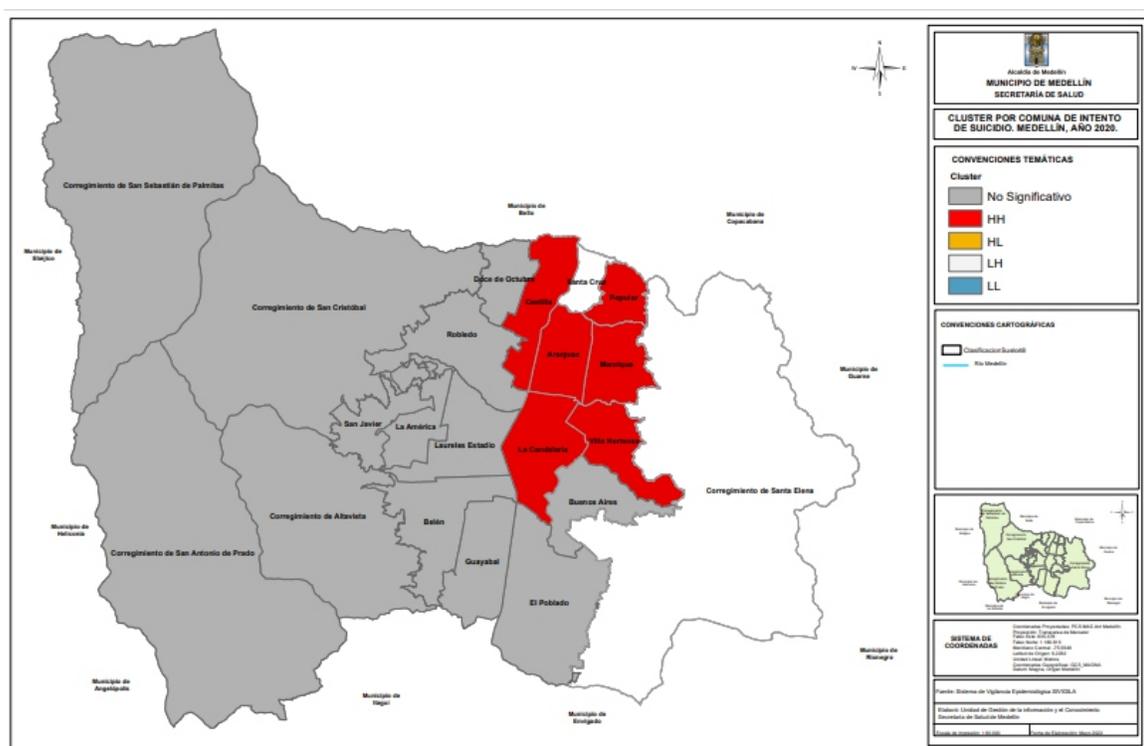
Antecedentes de trastorno psiquiátrico	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Trastorno depresivo	637	50,4	347	46,6	984	49,0
Trastorno bipolar	63	5,0	42	5,6	105	5,2
Trastorno personalidad	50	4,0	35	4,7	85	4,2
Esquizofrenia	15	1,2	28	3,8	43	2,1

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

Respecto a análisis de las comunas es muy importante calcular la tasa de incidencia del evento ya que esta permite tomar acciones y priorizar mejor las comunas porque está incluido el factor poblacional, es decir, que indican aquellas que tienen un mayor riesgo. Es así, como a pesar de presentar mayores casos algunas comunas, por su denominador poblacional no las ubica como comunas es riesgo.

La siguiente figura corresponde a la semaforización de las comunas, de acuerdo a la tasa; identificando que las tasas más altas de la ciudad, categoría roja: corresponden a las comunas de La Candelaria, Villa Hermosa, Aranjuez, Manrique, Popular y Castilla.

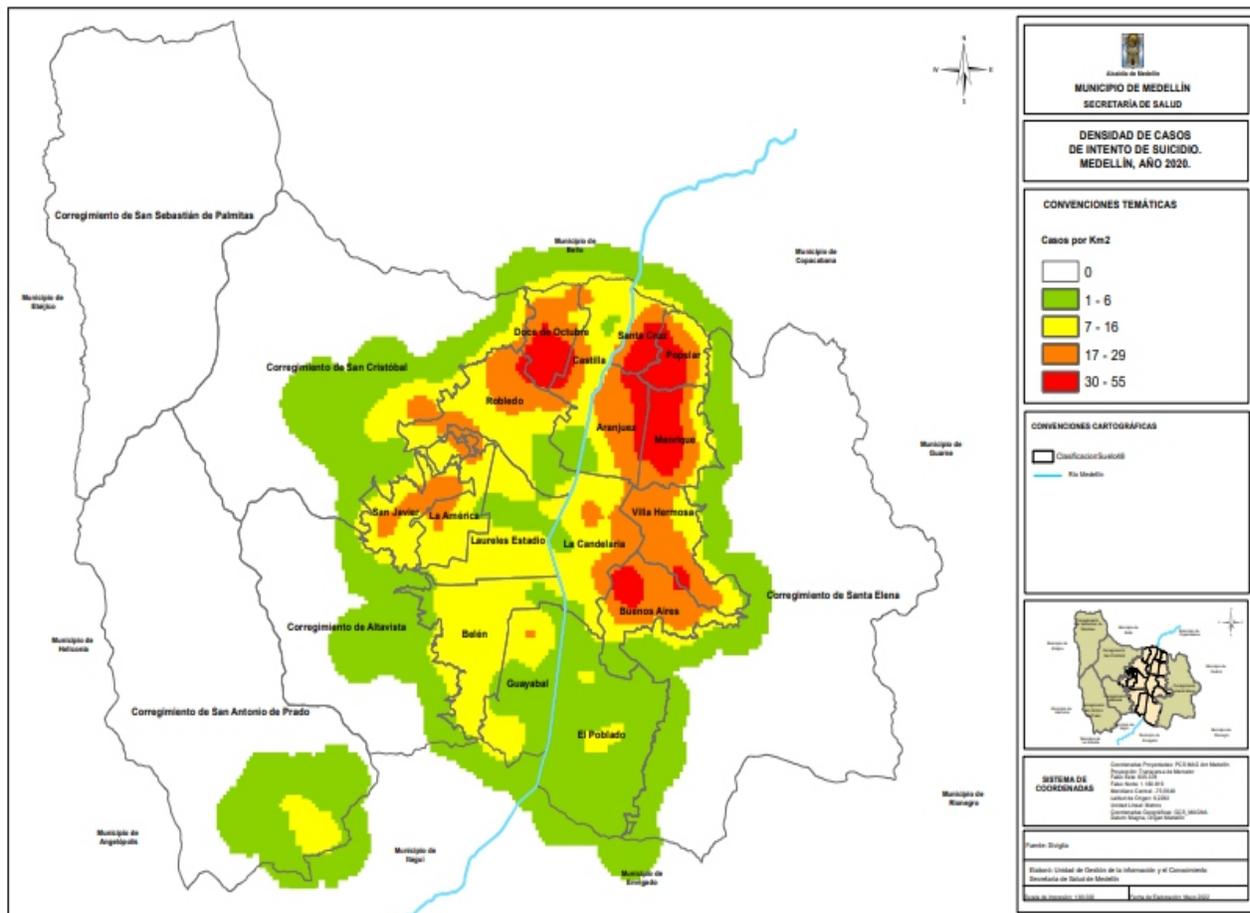
Figura 11. Distribución de las tasas de incidencia para intento de suicidio en las comunas de Medellín 2020



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Al analizar los casos por kilómetro cuadrado se observa que los casos están concentrados entre 30 y 55 casos por kilómetro cuadrado en las zonas más rojas; entre 17 y 29 casos por kilómetro cuadrado en las zonas naranja; entre 7 y 16 casos por kilómetro cuadrado en las zonas amarillas, y finalmente entre 1 y 6 casos por kilómetro cuadrado en las zonas de color verde.

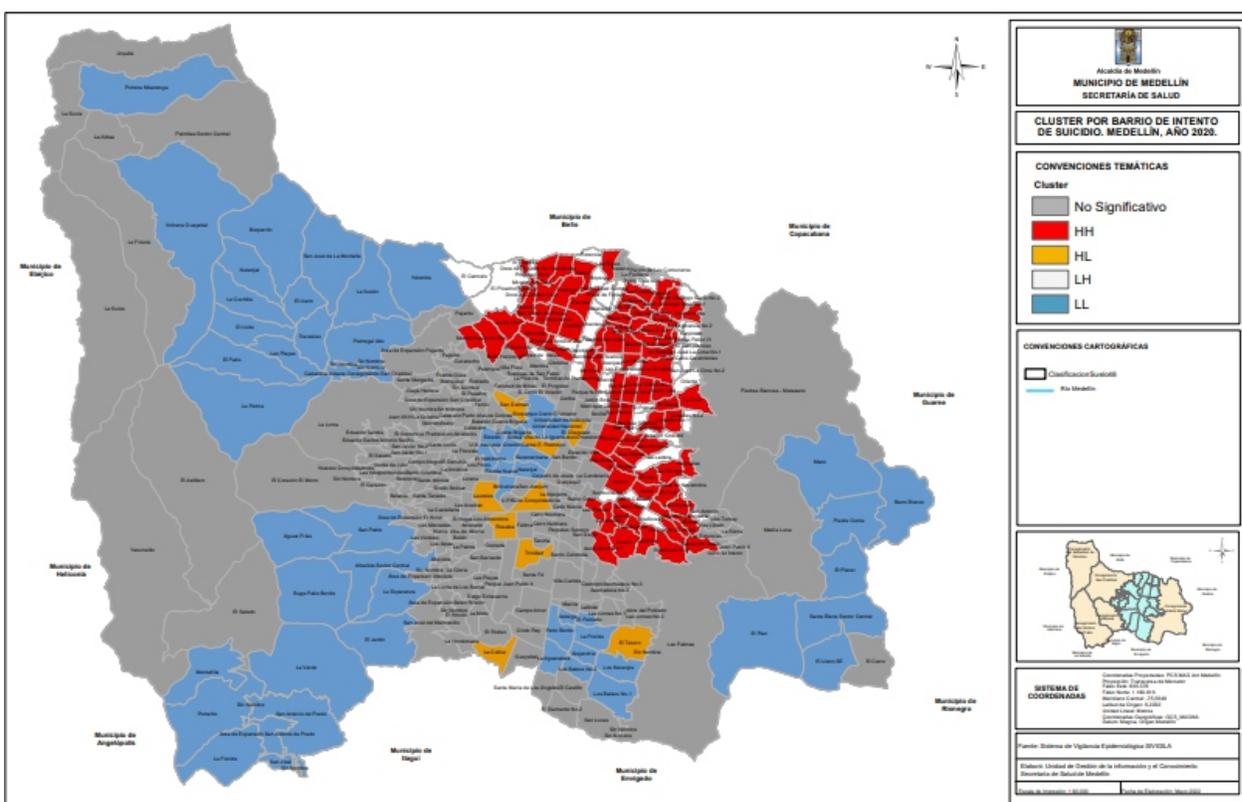
Figura 12. Distribución de las densidades por kilómetro cuadrado de intento de suicidio en las comunas de Medellín. 2020.



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

Al realizar el análisis de clúster espacial que indica la comuna o corregimiento con mayor riesgo y con significancia estadística espacio temporal, se identificaron los siguientes barrios con nivel de riesgo alto (zonas rojas).

Figura 13. Clúster espacial de los barrios de intento de suicidio en los barrios de Medellín, 2020.



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

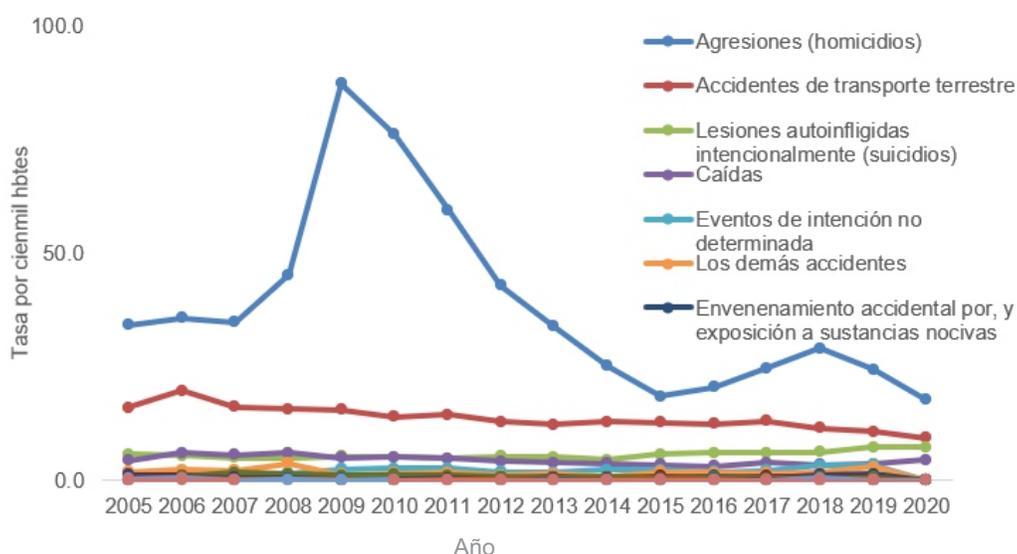
2.1.2. Mortalidad

Para el análisis de mortalidad se tomarán como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagregará por quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año 2020.

La mortalidad específica por subgrupo de eventos de salud mental en el periodo de tiempo comprendido entre el 2005 y 2020 presentan varias tendencias. La principal sub-causa para todos los años evaluados son las agresiones u homicidios que presentan un comportamiento hacia el descenso a partir de 2009 hasta el año 2015 y luego se incrementa hasta 2018, donde posteriormente para los dos siguientes años vuelve a presentar disminución alcanzando una tasa a 2020 de 17,8 por cada 100.000 habitantes; asimismo, en segundo lugar, están los accidentes de transporte terrestre para todo el

periodo, con una tasa en 2020 de 7,3 por cada 100.000 habitantes, y en tercer lugar a partir del 2012 están las lesiones auto infligidas intencionalmente con 4,5 por cada 100.000 habitantes 2020.

Figura14. Tasa de mortalidad por causas externas, Medellín 2005 – 2020p.

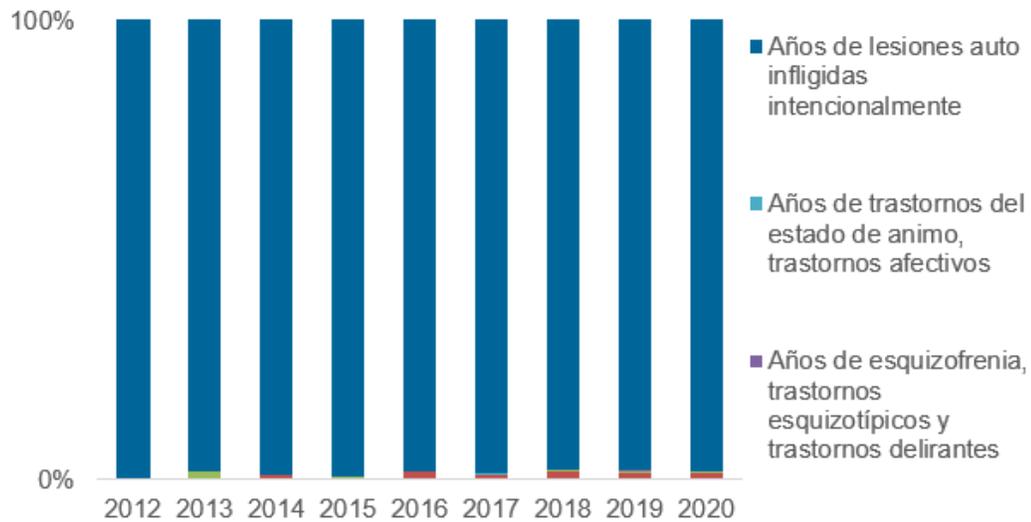


Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística 2005-2020. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín. Análisis por residencia habitual de los fallecidos datos Medellín.

2.1.1.1. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

Según la OMS, los AVPP en una población reflejan la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros, la identificación de las causas con mayor cantidad de muertes prematuras nos permite observar desigualdades en salud y conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables. El análisis general del porcentaje que representan los AVPP para eventos de salud mental excluyendo homicidios, refleja que más del 80% se produce por lesiones autoinfligidas intencionalmente, sin embargo, desde el año 2014 la tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos se ha venido incrementando. En tercer lugar, se encuentra tasa de AVPP por trastornos del humor (afectivos).

Figura 15. Años de Vida Potencialmente Perdidos -AVPP por los índices de salud mental Medellín, 2012 - 2020.



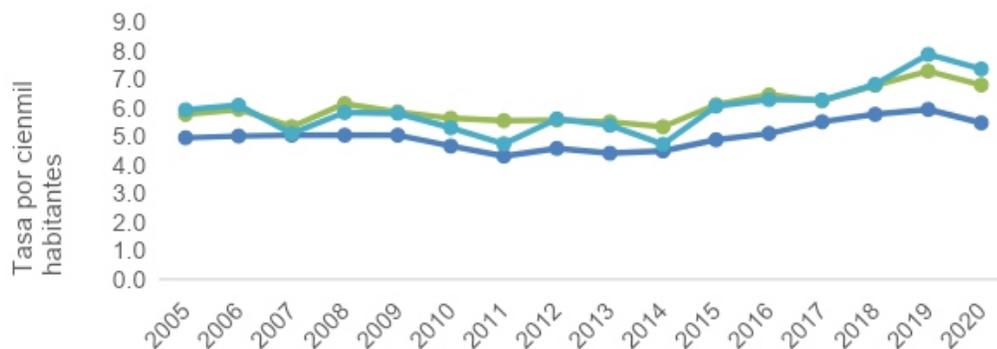
Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. SISPRO. Sistema de Información de la Protección Social.

2.1.1.1. Suicidio

En Medellín en el año 2020 se registraron un total de 186 suicidios que representan una tasa de 7,3 casos por cada 100.000 habitantes, mostrando un descenso frente a la tasa reportada en el anterior año, pero un incremento de 23,7% respecto al primer año de análisis.

La siguiente figura indica que la ciudad ha presentado para los dos últimos años una tasa superior a la del País y el Departamento, superando al país en 2020 en 1,8 muertes por suicidio, por cada 100.000 habitantes.

Figura 16. Comparativo de las tasas de suicidio en Medellín, Antioquia y Colombia. Años 2005 a 2020 Medellín.



Fuente: DANI

Secretaría de Salud de Medellín. Análisis por residencia habitual de los fallecidos datos Medellín.

A continuación, se presentan las tasas de mortalidad por suicidio según comuna de residencia del fallecido y por cada 100.000 habitantes. Se identifica que las comunas con mayor tasa de suicidio en el año 2020 y que son superiores a la tasa municipal de 7,3 por cada 100.000 habitantes en su orden son: La Candelaria, Manrique, Castilla, Santa Cruz, Belén, Robledo, Buenos Aires, San Javier y Doce de Octubre.

Tabla 18. Tasa de mortalidad por suicidio según comunas de la ciudad de Medellín, Año 2010-2020.

Comunas / Corregimientos	2010*	2011*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 Popular	7,9	3,9	2,3	4,6	5,4	5,4	3,8	11,4	9,5	10,0	6,3
2 Santa Cruz	2,8	3,7	4,6	5,4	3,6	5,4	1,8	8,0	5,3	9,5	8,5
3 Manrique	11,0	5,1	6,4	6,3	4,4	5,6	8,7	8,1	6,1	9,5	11,0
4 Aranjuez	2,5	4,4	3,7	3,7	4,3	6,2	3,7	8,6	10,6	7,7	6,2
5 Castilla	5,5	4,8	4,7	3,4	2,7	5,3	2,7	4,0	9,7	5,6	10,3
6 Doce De Octubre	1,1	3,7	6,8	2,1	2,6	5,7	3,6	3,6	6,2	4,5	7,7
7 Robledo	4,3	6,0	7,2	4,7	5,9	4,1	7,5	2,9	3,2	8,8	8,1
8 Villa Hermosa	6,7	1,5	8,1	5,9	5,1	5,8	5,8	5,1	9,1	8,9	4,3
9 Buenos Aires	5,2	6,6	5,9	5,9	6,6	8,0	8,0	6,6	9,0	4,4	7,9
10 La Candelaria	15,3	10,6	7,0	7,0	4,7	8,2	16,4	4,7	9,2	13,0	11,5
11 Laureles	3,3	1,7	4,9	2,5	4,9	2,5	7,3	6,5	8,0	8,9	5,9
12 La América	3,2	3,2	4,2	6,3	8,3	3,1	2,1	3,1	5,9	13,9	4,6
13 San Javier	6,7	3,0	3,7	6,6	4,4	5,8	7,2	3,6	1,3	6,2	7,9
14 El Poblado	5,8	4,9	7,2	4,8	7,1	3,9	7,7	5,3	14,0	5,5	4,6
15 Guayabal	1,1	2,2	2,2	2,1	3,2	8,5	4,2	5,2	3,1	7,7	6,1
16 Belén	5,7	4,1	4,6	5,6	4,6	8,1	4,6	8,6	5,9	6,3	8,1
Palmitas	0,0	21,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,2	0,0	0,0	0,0
San Cristóbal	3,3	3,1	3,0	2,8	4,0	3,8	2,3	2,1	3,4	4,0	3,8
Altavista	3,5	0,0	6,3	6,0	0,0	11,0	13,3	0,0	12,9	0,0	4,8
San Antonio de Prado	2,6	4,8	3,4	4,2	2,0	5,5	6,2	3,4	1,1	10,1	1,0
Santa Elena	0,0	0,0	25,2	0,0	0,0	0,0	10,6	10,2	12,8	0,0	0,0
Sin Información	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	5,3	4,7	5,6	5,4	4,7	6,0	6,3	6,3	6,8	7,9	7,3

Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Análisis por residencia habitual del fallecido.

Seis de las comunas y un corregimiento tuvieron incremento de la tasa respecto al año inmediatamente anterior, las demás presentaron disminución. La edad promedio registrada fue de 35 años, dos años más que el año anterior. Es de aclarar que este comportamiento varía en toda la conducta suicida (muertes e Intentos). La edad promedio en intentos puede ser menor que en la muerte, de ahí radica la importancia de analizar toda la conducta suicida y no solo la muerte.

Tabla 19. Promedio de edad de las personas que murieron por suicidio en la ciudad de Medellín, Año 2010 – 2020.

Año	Promedio edad	N (Casos)
2010*	35	124
2011*	33	112
2012	34	134
2013	33	130
2014	35	115
2015	38	149
2016	35	156
2017	36	157
2018	36	165
2019	37	195
2020	36	186

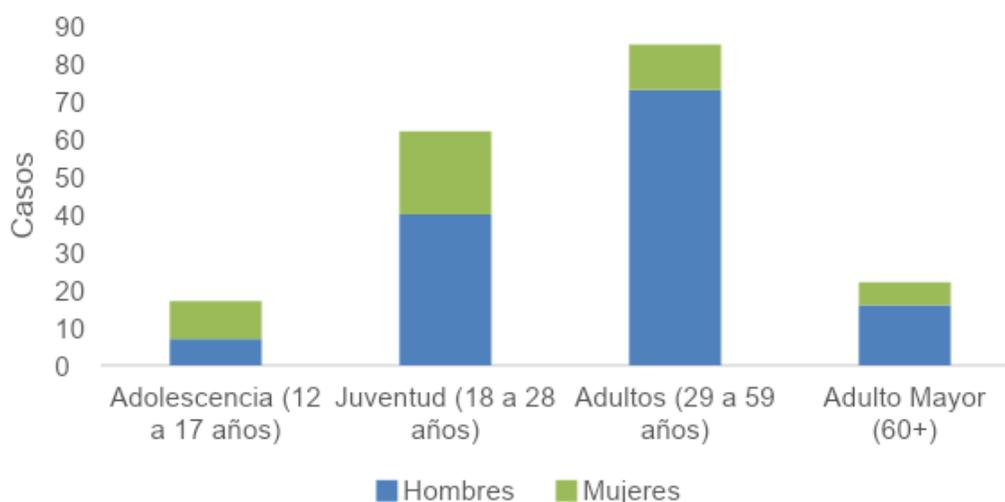
* Las cifras 2010-2011 corresponden a fuente Secretaría de Salud de Medellín, debido a que hasta el año 2012 se tenía implementado en la Secretaría el proceso de codificación de las causas de muerte y el DANE nos reporta codificado a partir del año 2012.

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

En Medellín históricamente se han presentado mayores casos de suicidio en hombres que en mujeres. Las mujeres a pesar de tener menos casos en suicidios, si tienen mayor frecuencia en los intentos de suicidio, y este comportamiento es similar a lo que refiere la literatura, donde los casos de suicidio son mayores en hombres y los intentos en mujeres.

Por curso de vida, se identifica que en proporciones más altas se encuentran en el curso de vida de adultez y juventud, especialmente los hombres. En general por cada mujer con suicidio hubo 2,7 hombres.

Figura 17. Distribución de casos de suicidios, según curso de vida Medellín, 2020.



Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Secretaría de Salud de Medellín, 2020. (Datos preliminares).

Al calcular las tasas por curso de vida se identifica que por cada 100.000 jóvenes hombres se suicidan 16 en el mismo grupo de edad, siendo la tasa más alta en todos los cursos de vida diferenciados por sexo. En mujeres la tasa más alta fue registrada en el curso de vida de la adolescencia con 10 muertes en promedio por cada 100.000 mujeres adolescentes.

Tabla 20. Tasas de suicidio por curso de vida, Medellín 2020.

Ciclo vital	Tasa Hombres	Tasa Mujeres	Tasa Total
Adolescencia (12 a 17 años)	6,7	9,8	8,2
Juventud (18 a 28 años)	16,0	8,9	12,4
Adultos (29 a 59 años)	14,7	2,1	7,9
Adulto Mayor (60+)	10,1	2,6	5,6
Total general	11,4	3,7	7,3

Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Secretaría de Salud de Medellín, 2020.

2.1.2.3. Homicidios

En Medellín en el año 2020 se registraron un total de 451 homicidios que representan una tasa de 17,8 casos por cada 100 habitantes. El comportamiento de la mortalidad por homicidios registra entre en el año 2012- 2020, una tasa que fluctúa entre 46,8 y 17,8 por cada 100.000 habitantes, siendo el año 2012 el de la más alta en el periodo de tiempo analizado, y la de 2020 la más baja, presentando una disminución

del 62%. No obstante, la tasa muestra un descenso progresivo en los últimos tres años.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por agresiones (Homicidios). Medellín, 2012-2020.

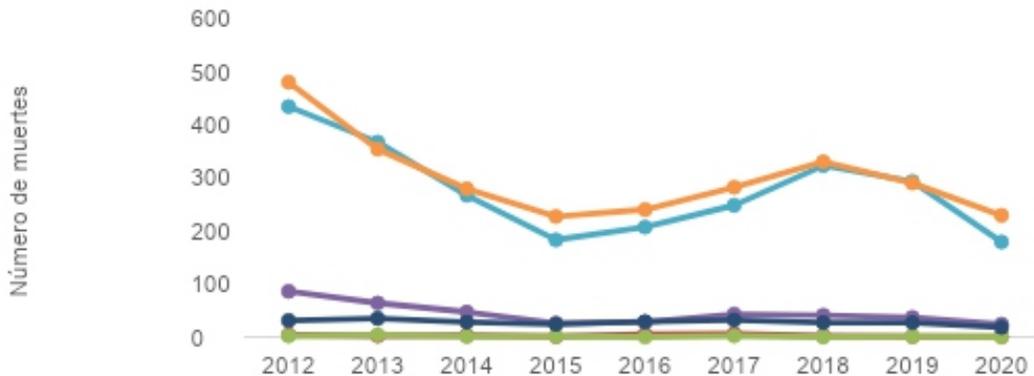


El comportamiento de la mortalidad por homicidios en el año 2020, identificó 7 comunas que se encuentran por encima de la tasa de ciudad que fue de 17,8 por cada 100.000 habitantes, estas corresponden en su orden a la comuna: La Candelaria, Castilla, Robledo, San Javier, Santa Cruz, La América y Aranjuez. Cabe resaltar que el corregimiento de Palmitas no presentó homicidios durante 2020.

Figura 19. Tasa de mortalidad de periodo específica por agresiones (Homicidios) según comuna. Medellín, 2020.



Figura 20. Muertes por agresiones (Homicidios) según curso de vida. Medellín, 2012-2020.



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2020p (preliminar).

Es preciso tener presente que en la caracterización del homicidio se tienen tres dimensiones para una mayor comprensión de este hecho violento: dimensión económica, social y política; la primera categoría encuentra resonancia con los homicidios relacionados con actividades criminales -accionar de grupos delincuenciales organizados-, la segunda, con los homicidios de tipo personal-respuesta a la imposibilidad de convivir de manera pacífica y en sociedad-, y la tercera y última categoría, relacionados con los homicidios de carácter sociopolítico-relacionados con prejuicios sociales y con personas con reconocimiento político en los niveles: barrial, local y nacional.

2.2. Consumo de sustancias psicoactivas

A continuación, se presentan los resultados del sistema de información de los centros de atención en drogas SUICAD, herramienta creada por el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud y Protección social con el fin de identificar las características de las personas que acceden a tratamiento ambulatorio u hospitalario en los centros que se encuentran en Medellín y que han sido habilitados para este servicio de acuerdo a la Resolución 2003 de 2014.

Del 01 de enero al 31 de diciembre de 2020 se registraron 740 casos en el SUICAD, 1800 en el año 2014, 1643 casos en 2015, 2466 casos en 2016 (donde hubo incorporación de nuevos CAD), y 1315 casos en el 2017. En 2018 se presentó una estabilización temporal y luego una tendencia al descenso debida a fallas en la notificación, originada en insuficiencia de recurso humano en los CAD para el ingreso de los casos al sistema.

La notificación por sexo indica que los hombres presentan un mayor número de casos notificados en los centros de atención en drogas 79,1%. Al evaluar los principales meses de notificación, en general son los meses de enero, febrero, marzo y septiembre con igual porcentaje los que presentan mayor volumen de casos.

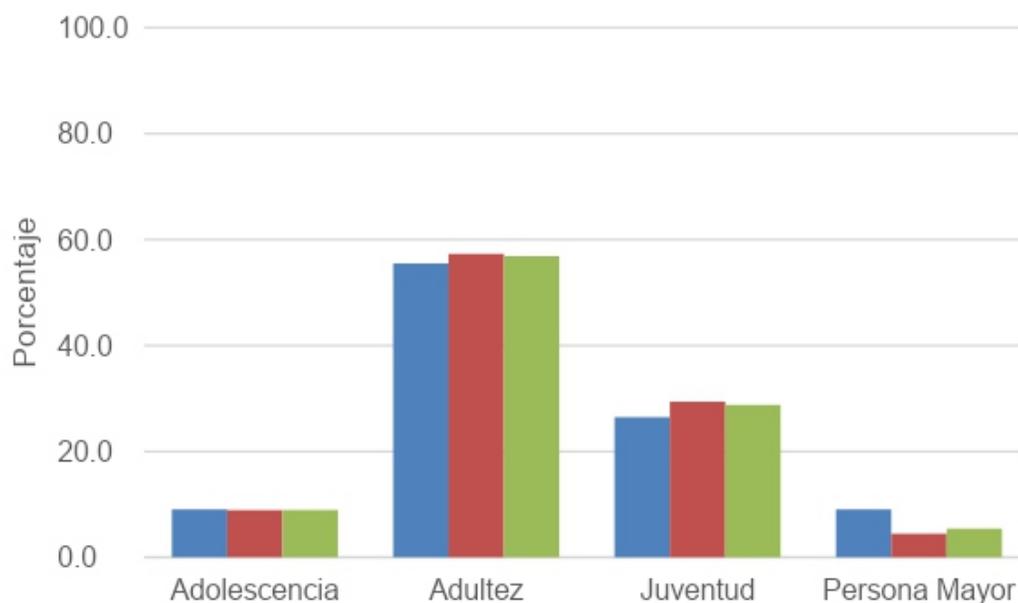
Tabla 21. Distribución de Casos Ingresados por mes según sexo. Centros de atención en drogas. Medellín. 2020

Mes	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
enero	11	7,1	87	14,9	98	13,2
febrero	16	10,3	71	12,1	87	11,8
marzo	13	8,4	71	12,1	84	11,4
abril	5	3,2	10	1,7	15	2,0
mayo	15	9,7	28	4,8	43	5,8
junio	20	12,9	39	6,7	59	8,0
julio	13	8,4	53	9,1	66	8,9
agosto	6	3,9	38	6,5	44	5,9
septiembre	19	12,3	65	11,1	84	11,4
octubre	13	8,4	47	8,0	60	8,1
noviembre	13	8,4	38	6,5	51	6,9
diciembre	11	7,1	38	6,5	49	6,6
Total	155	100	585	100	740	100

Fuente: SUICAD. 2020.

Por curso de vida, se observa que en la juventud y la adultez se presentó el 85,7% de todos los casos reportados por los Centros de atención en drogas, este comportamiento es similar en ambos sexos.

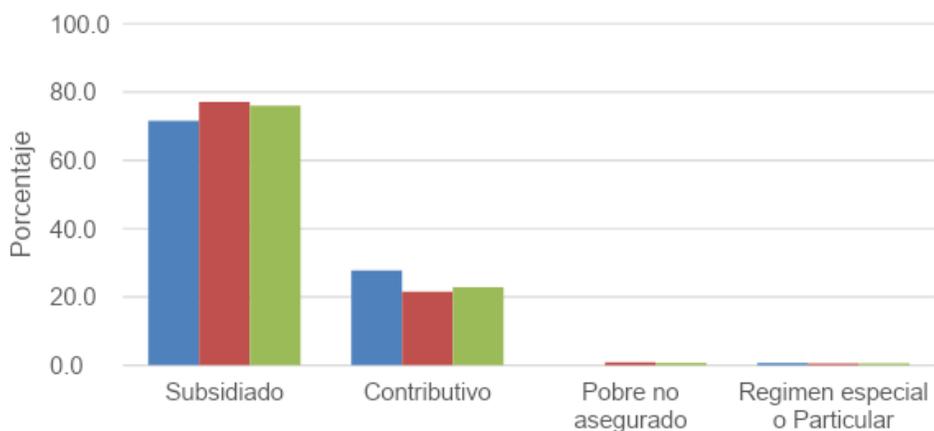
Figura 21. Total de casos Ingresados por ciclo vital. Centros de Atención en drogas. Medellín. 2020.



Fuente: SUICAD. 2020.

El 98,8% (731) de los casos estaban afiliados al régimen contributivo o subsidiado, al diferenciarlas por sexo tanto hombres como mujeres presentan más del 70% de los casos en el régimen subsidiado. Solo el 0,7% del total (5 casos) no presentaban afiliación; es importante resaltar que esta característica puede dificultar el acceso a los servicios ofrecidos dentro del sistema de seguridad social, en especial en una problemática tan compleja como el consumo de SPA.

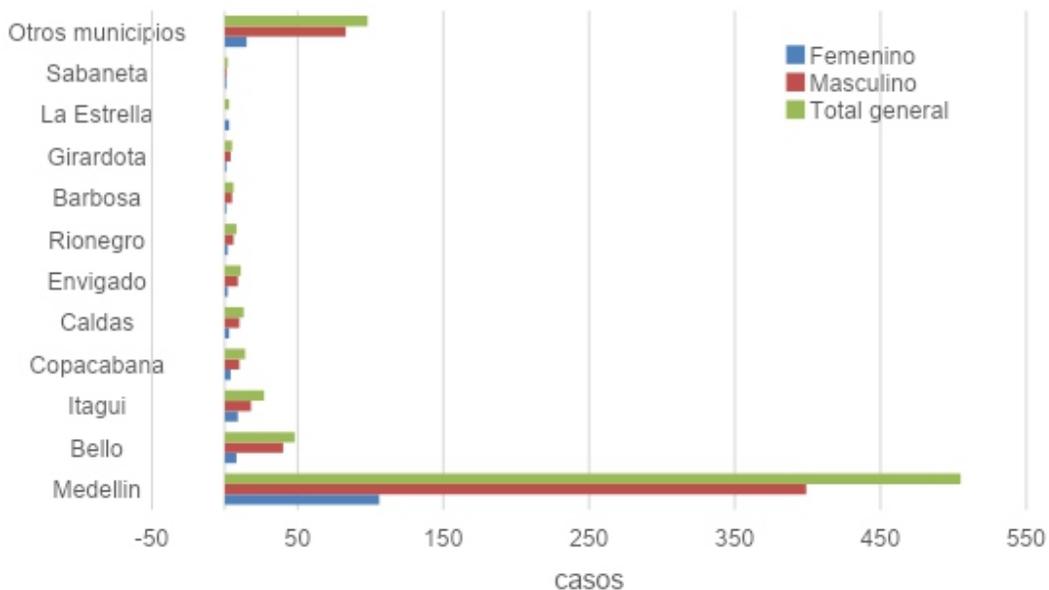
Figura 22. Total de Casos Ingresados según Sistema General de Seguridad Social en Salud. Centros de Atención en drogas. Medellín. 2020.



Fuente: SUICAD. 2020.

Del total de casos registrados en el distrito de Medellín se encontró que el 68,2% (505) proceden del mismo distrito, los demás municipios del área metropolitana aportan el 18,5% (137) de los casos y el 13,2% (98) de los casos, son procedentes de otros municipios.

Figura 23. Total de Casos Ingresados según lugar de procedencia. Centros de Atención en drogas. Medellín. 2020.



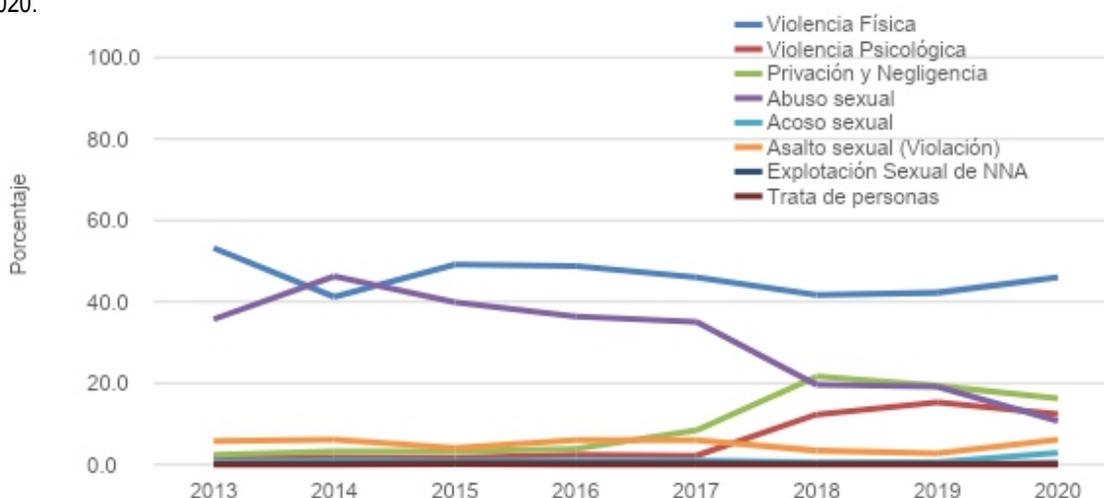
Fuente: SUICAD. 2020.

2.3. Violencia de género e intrafamiliar

Las violencias de género se definen como “Cualquier acción o conducta violenta desarrollada a partir de relaciones de poder basadas en el género, que sobrevaloran lo masculino y subvaloran lo femenino. Son un problema de salud pública por las graves afectaciones físicas, mentales y emocionales que sufren las víctimas; por la gravedad y magnitud con la que se presentan y porque se pueden prevenir.” (Ministerio de Salud y Protección Social).

Para el año 2020 el reporte de violencia de género que incluye violencia no sexual (intrafamiliar y otras) y violencia sexual tuvo en total un reporte de 10.449 casos; observando una disminución del 29,1% respecto a 2019 (14.743 casos). Este comportamiento se evidencia en otros de los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP), lo que infiere que los servicios de salud enfocaron su atención en COVID-19, por otro lado dado que la población general se encontraba en confinamiento no acudió de manera oportuna a los servicios de urgencias ni a las Comisarias de Familia, lo que puede también representar la disminución en el reporte y un subregistro para no evidenciar la realidad del evento.

Figura 24. Proporción de casos de violencia de género e intrafamiliar reportados por las IPS, según tipo de violencia. Medellín, 2013-2020.



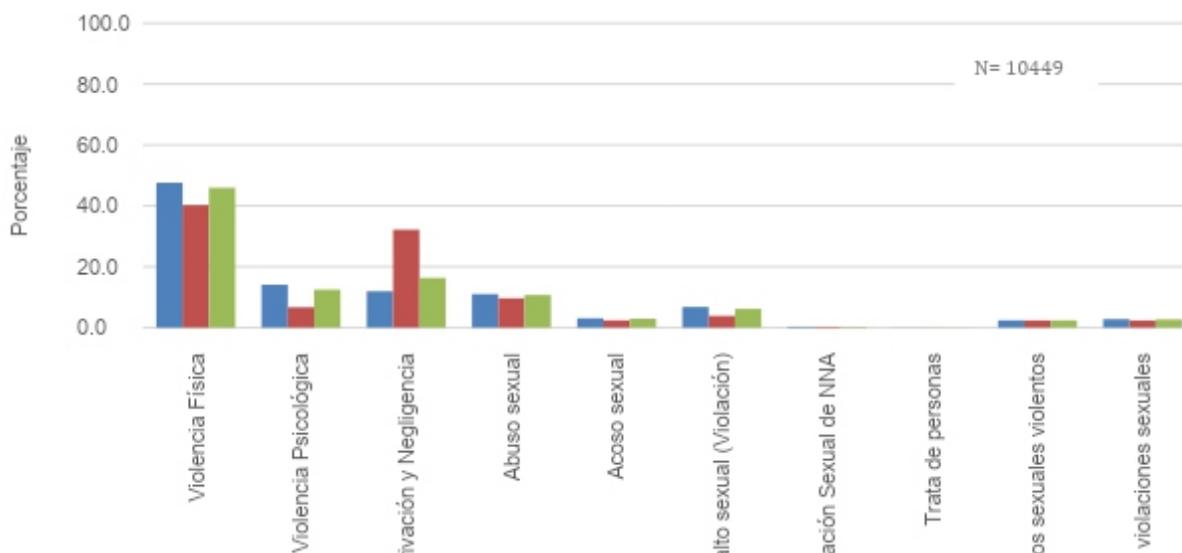
Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

En la siguiente figura, se observa que el mayor número de casos de violencias correspondió a las notificaciones por violencia física con el 46% (4.806), seguido de privación y negligencia con el 16,3% (1.705), y violencia psicológica (1.303), estos tres eventos acumulan el 75% de todas las violencias sexuales y no sexuales reportadas al sistema de vigilancia epidemiológica. Las violencias sexuales representan el 25,2% de los casos notificados y las violencias no sexuales el 74,8%.

Al discriminar por tipo de evento y sexo, se observa que las mujeres superan a los hombres en cada uno de los tipos de violencia a excepción de la “privación y negligencia” donde los hombres presentaron mayor proporción que las mujeres.

En general, por cada hombre notificado hay en promedio tres notificaciones en mujeres

Figura 25. Proporción de casos de violencia de género e intrafamiliar, según tipo de violencia y sexo. Medellín, 2020.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA).

Al analizar las tasas por sexo del evento según el tipo de violencia, se encuentra que la tasa de la ciudad para 2020 es de 412,4 por cada 100.000 habitantes para todos los tipos de violencia, con mayor presencia en el sexo femenino con una tasa de 611,1. Al discriminar por tipo de violencia y sexo, se encuentra que para el sexo femenino la tasa más alta es de 290,8 por violencia física, seguida de violencia psicológica con una tasa de 86,0 por cada 100.000 mujeres. En el sexo masculino predominaron la violencia física seguido de la privación y negligencia, con tasas de 76,3 y 61,0 por cada 100.000 hombres.

Tabla 22. Tasas por 100 mil habitantes de las diferentes formas de violencia de género e

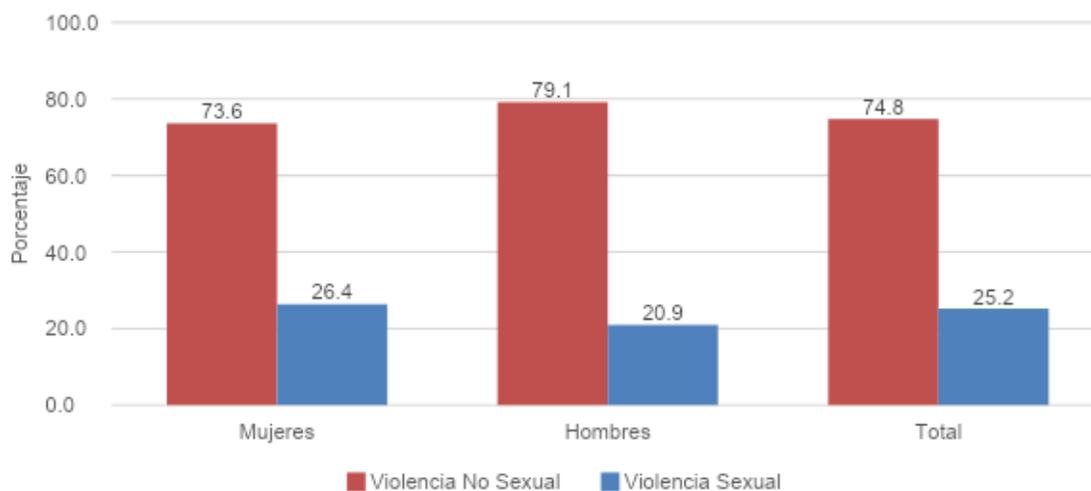
Tipo de Violencia	2018			2019			2020		
	Tasa Mujeres	Tasa Hombres	Tasa Total	Tasa Mujeres	Tasa Hombres	Tasa Total	Tasa Mujeres	Tasa Hombres	Tasa Total
1. Violencia Física	333,9	106,1	226,8	380,2	105,0	250,6	290,8	76,3	189,7
2. Violencia Psicológica	108,3	20,7	67,1	148,9	25,2	90,7	86,0	12,6	51,4
3. Privación y Negligencia	130,6	103,4	117,8	132,4	95,1	114,9	72,9	61,0	67,3
4. Abuso sexual	164,6	41,2	106,6	173,1	47,3	113,9	67,3	18,3	44,2
5. Acoso sexual	5,4	1,3	3,5	6,1	1,1	3,7	18,7	4,5	12,0
6. Asalto sexual (Violación)	30,5	5,5	18,7	26,9	4,4	16,3	41,4	7,3	25,3

7. Explotación Sexual de NNA	1,4	0,0	0,7	1,4	0,3	0,9	2,0	0,6	1,3
8. Trata de personas	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,3	0,1	0,2
9. Actos sexuales violentos	0,8	0,2	0,5	1,1	0,2	0,7	14,6	4,4	9,8
10. Otras violaciones sexuales	2,6	0,9	1,8	2,4	1,1	1,8	17,0	4,4	11,1
Total	778,2	279,3	517,6	872,9	279,6	593,6	611,1	189,6	412,4

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

A partir del año 2017 se clasificaron los casos notificados según dos grupos: Violencia no sexuales, donde se encuentran la violencia física, psicológica, privación y negligencia; y las Violencias Sexuales; para el año 2020 se encontró que el 74,8% (7.814) de los casos notificados corresponden a violencia no sexual y el 25,2% (2.635) a violencia sexual.

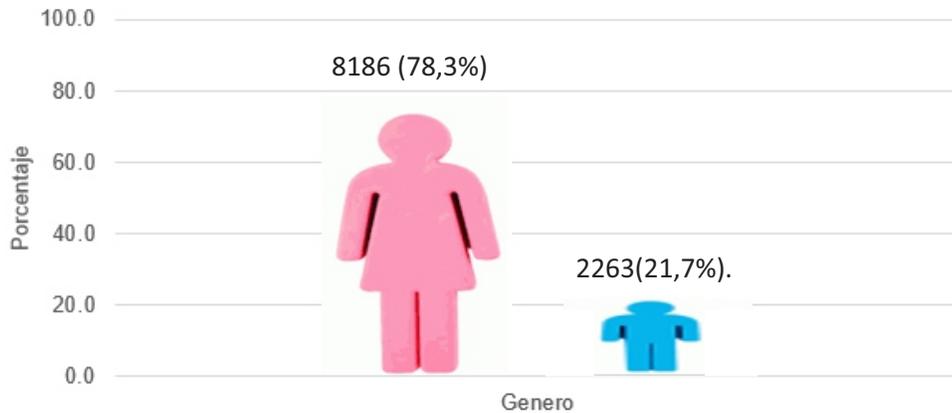
Figura 26. Distribución porcentual de los casos reportados de violencia de género e intrafamiliar según sexo. Medellín, año 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Al igual que en las estadísticas nacionales y departamentales, las mujeres son las más afectadas tanto en violencia sexual como no sexual, presentando a nivel general un 78,3% para el año 2020, dato similar al presentado en el año 2019 con un porcentaje de 77,8%.

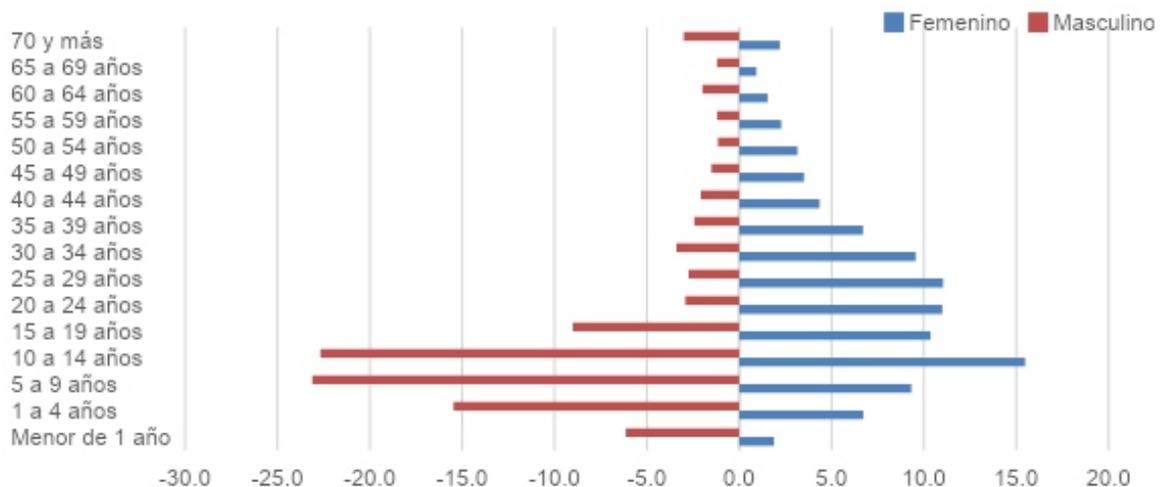
Figura 27. Distribución porcentual de los casos reportados de violencia de género e intrafamiliar según sexo. Medellín, año 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

El 77,5% de los casos notificados en 2020 de todas las violencias, correspondían a personas menores de 34 años; los menores de 19 años en general representan el 50,8% del total de los casos. Los grupos más afectados son principalmente de 10 a 14 años para toda la población con el 17%; el grupo de edad con mayor número de casos en el sexo masculino es el grupo de 5 a 9 años con el 23,1%, y en el sexo femenino de 10 a 14 años con un 15,5%.

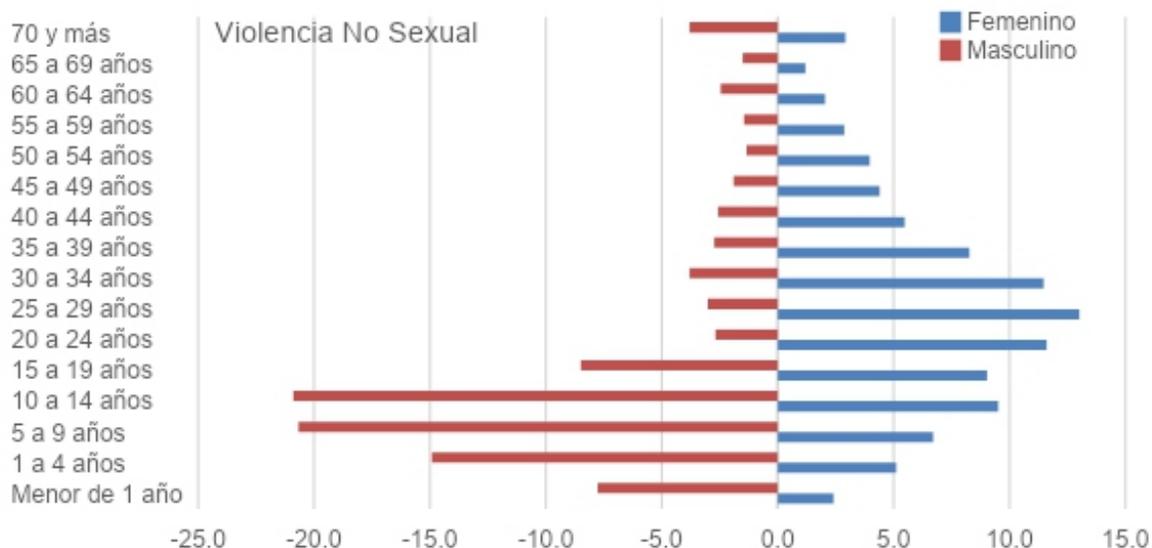
Figura 28. Distribución porcentual de los casos reportados de violencias según sexo y grupos edad. Medellín, año 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Al desagregar por cada una de las violencias se encuentra que las violencias no sexuales donde se haya la violencia intrafamiliar y de género, se observa que los grupos de edad con mayores proporciones en las mujeres están entre los 20 a 34 años y en los hombres de 5 a 14 años.

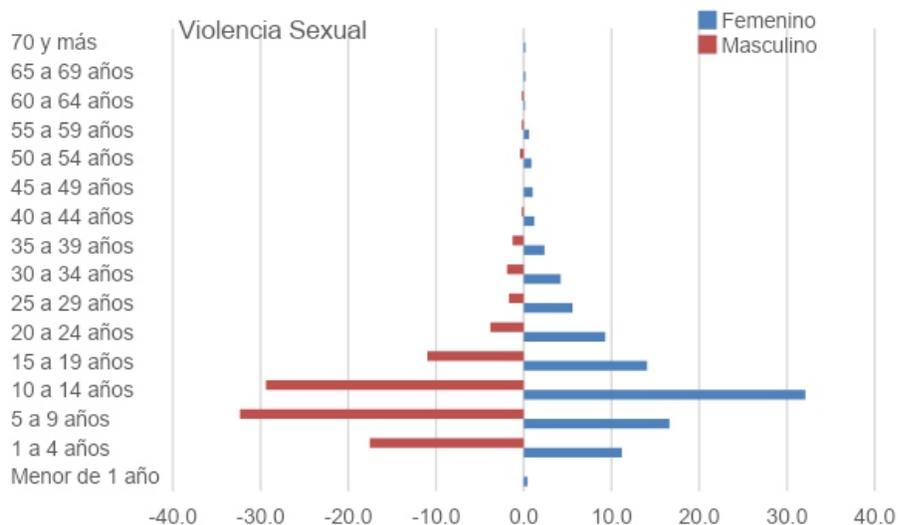
Figura 29. Distribución porcentual de los casos reportados de Violencia No Sexual (violencia intrafamiliar y de genero) según sexo y grupos edad. Medellín, año 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

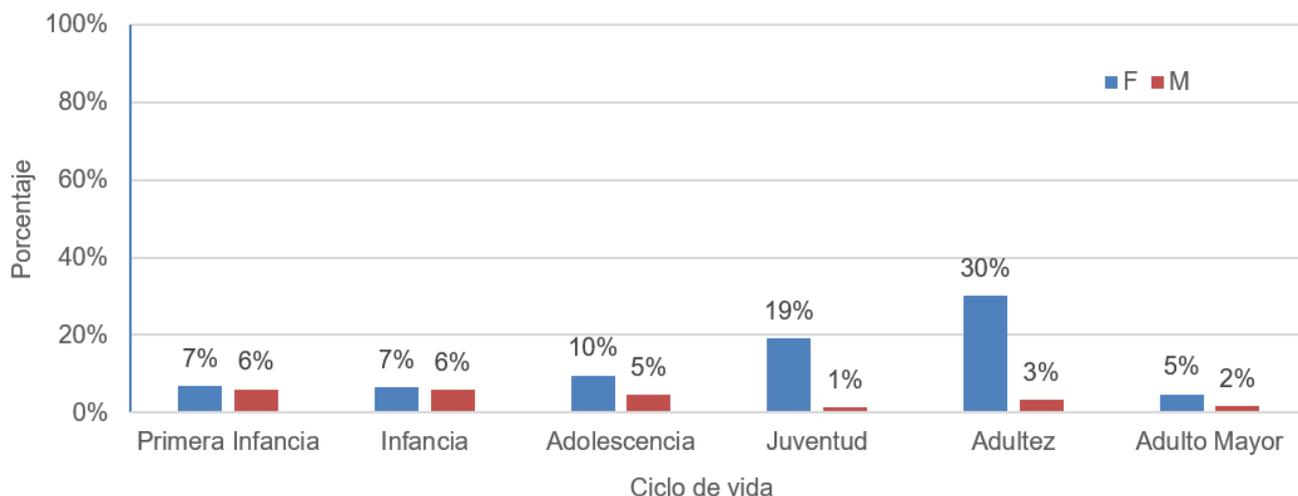
En la violencia sexual, el 77,2% del total de los casos se encuentra entre 0 y 19 años, con mayor predominio en el grupo de 10 a 14 años, representando así una tercera parte de los casos 31,6%. Se observa que para los hombres el mayor grupo afectado son los menores de 5 a 9 años de edad con 32,3% y en las mujeres las menores de 10 a 14 años con 32,1%.

Figura 29. Distribución porcentual de los casos reportados de violencia sexual según sexo y grupos de edad. Medellín, año 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

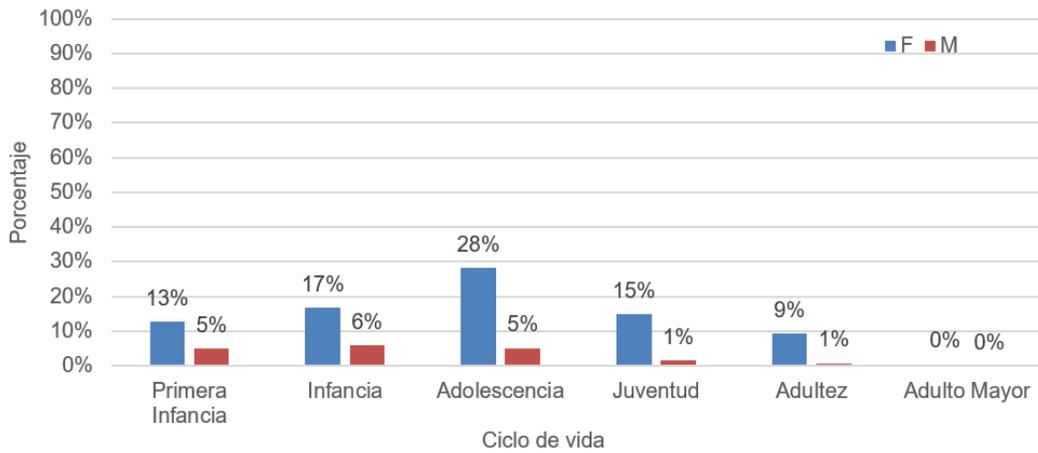
Al realizar el análisis por curso de vida, se identifican otros grupos con riesgo en violencia no sexual, y se observa que el grupo de la adultez tiene la mayor proporción a nivel general con el 33%, presentando predominio en las mujeres.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Para la violencia sexual, se identifica que los grupos con mayores proporciones a nivel general son la infancia y la adolescencia con el 56%, igualmente es el sexo femenino quien presenta mayor predominio con un porcentaje total de 82%.

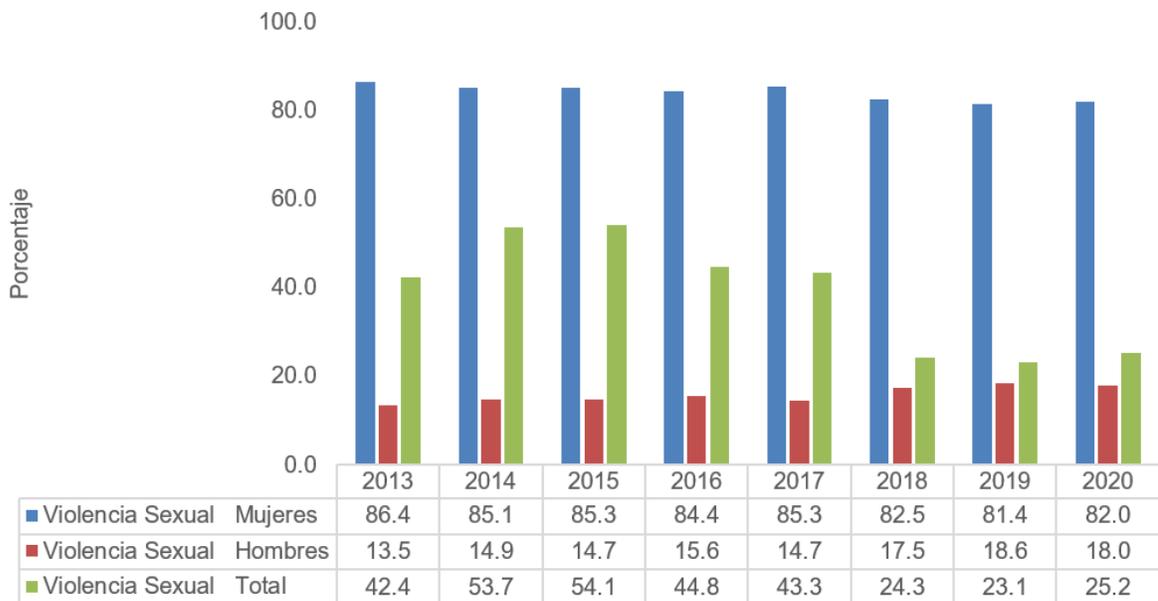
Figura 31. Casos de Violencia sexual según grupos ciclo de vida y sexo. Medellín, 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Al realizar el análisis por tipo de violencia y sexo, podemos observar que las mujeres desde el 2013 hasta el 2020 han reportado más violencia sexual que los hombres. Teniendo un comportamiento del evento muy similar en todos los años, pero con una disminución en los porcentajes de los casos reportados en un 40,6% comparando 2013 respecto a 2020.

Figura 32. Porcentaje de casos reportados de violencia sexual según sexo. Medellín, 2013-2020.

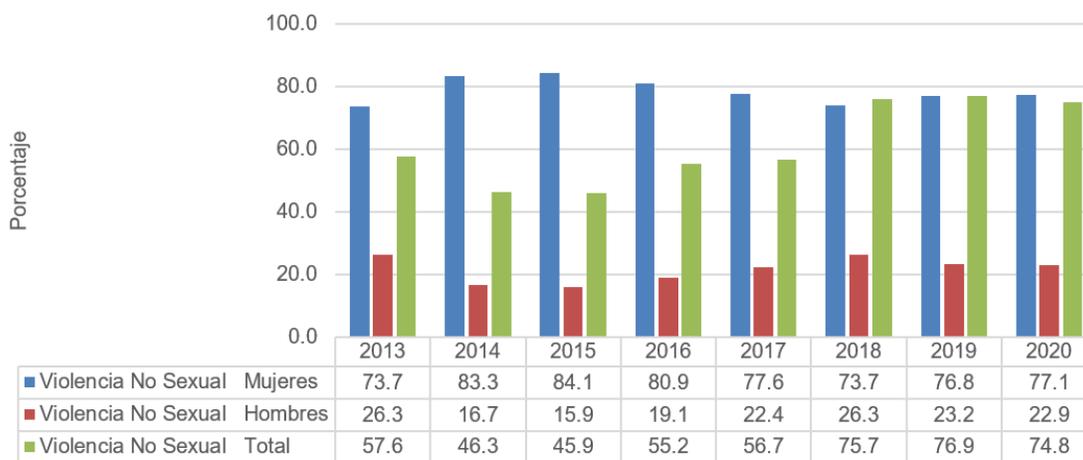


Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Igualmente, en la violencia no sexual se puede observar un predominio en el porcentaje de casos en las mujeres, pero a diferencia de la violencia sexual en la cual hubo una disminución en el porcentaje de los casos reportados, en la violencia no sexual hubo un aumento con un porcentaje del 29,9% del 2013 al 2020.

Lo anterior evidencia que en el 2013 aproximadamente un poco menos de la mitad de los reportes que se hacían eran de violencia sexual con 42,4% del total de violencias, y en el 2020 esa proporción de reporte del total de violencia es una cuarta parte, con un porcentaje del 25,2%. Esto puede ser por una mayor visibilización de las violencias no sexuales y una mejor calidad del dato.

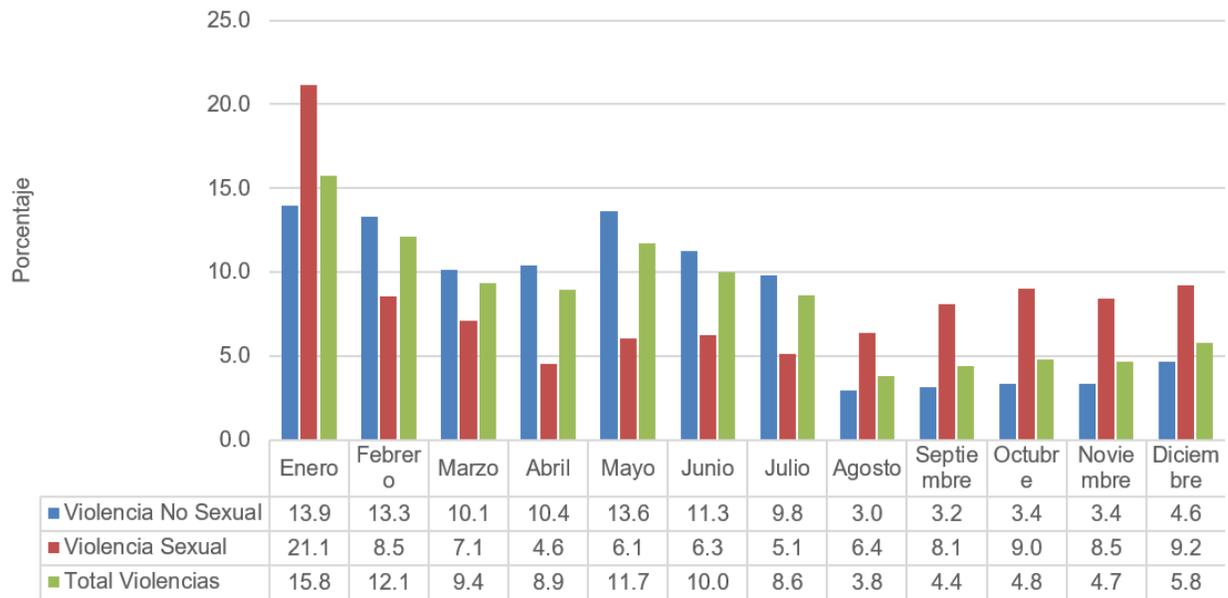
Figura 33. Porcentaje de casos reportados de violencia sexual y no sexual según sexo. Medellín, 2013-2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

En Medellín los meses con mayor número de casos reportados tanto de violencia sexual y no sexual fueron enero, febrero y mayo, con un porcentaje acumulado del 40% en solo tres meses. Cada día se reportan aproximadamente 22 casos de violencia no sexual y 7 casos de violencia sexual, para un total de 29 casos de violencia de género e intrafamiliar.

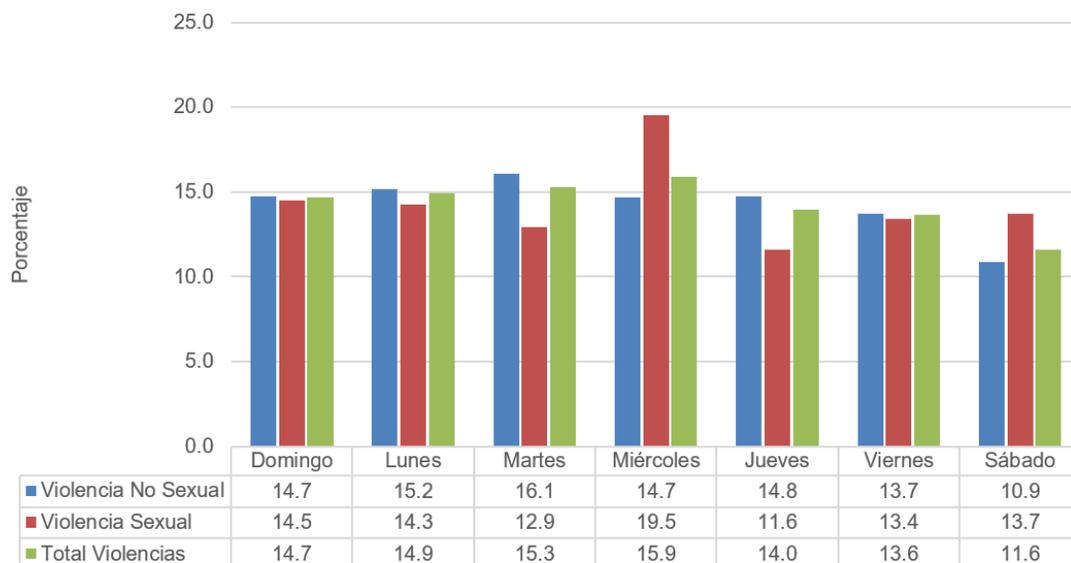
Figura 34. Número de casos según mes de ocurrencia y tipo de violencia. Medellín, 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

De acuerdo al día de la semana, se observa que en todas las formas de violencia de género e intrafamiliar, los días domingo a miércoles acumulan el 60,8% de los casos, y esta distribución es similar tanto en violencia no sexual como sexual.

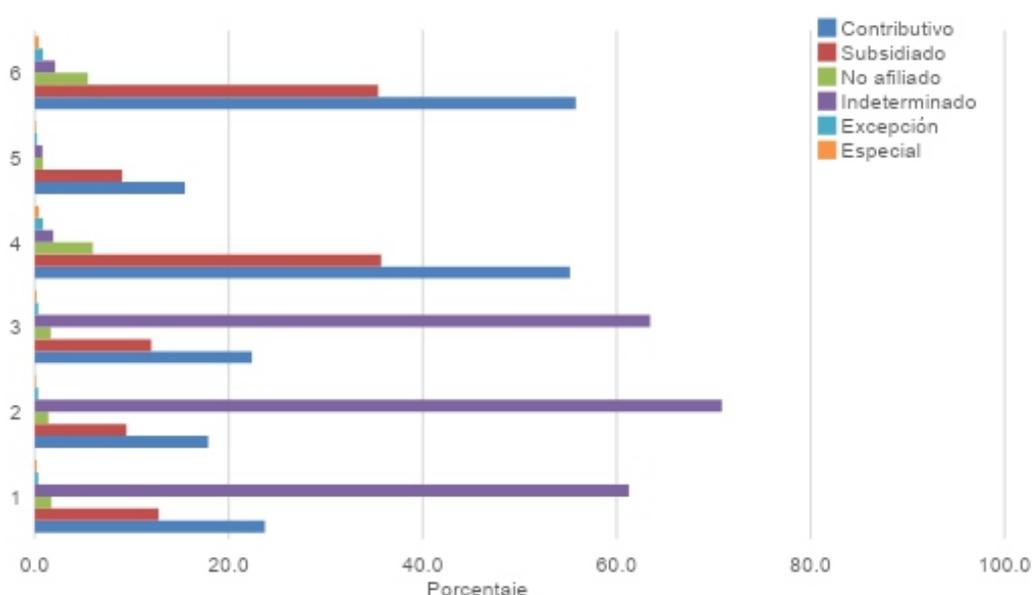
Figura 35. Número de casos según día de ocurrencia y tipo de violencia. Medellín, 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Al analizar el tipo de seguridad social y el tipo de violencia se observa entonces que en total el 48,7% se encontraba en el régimen contributivo o subsidiado; sin embargo, llama la atención que el 48,0% del total se encontraba en indeterminado. Al analizar por tipo de violencia, se encuentra que en violencia sexual fueron las personas del régimen contributivo las que más aportaron al evento con predominio en mujeres. En las violencias no sexuales el mayor predominio estuvo en aquellos que no se determinó su afiliación

Figura 36. Distribución porcentual de los casos de violencia de género según tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y sexo. Medellín, 2020.



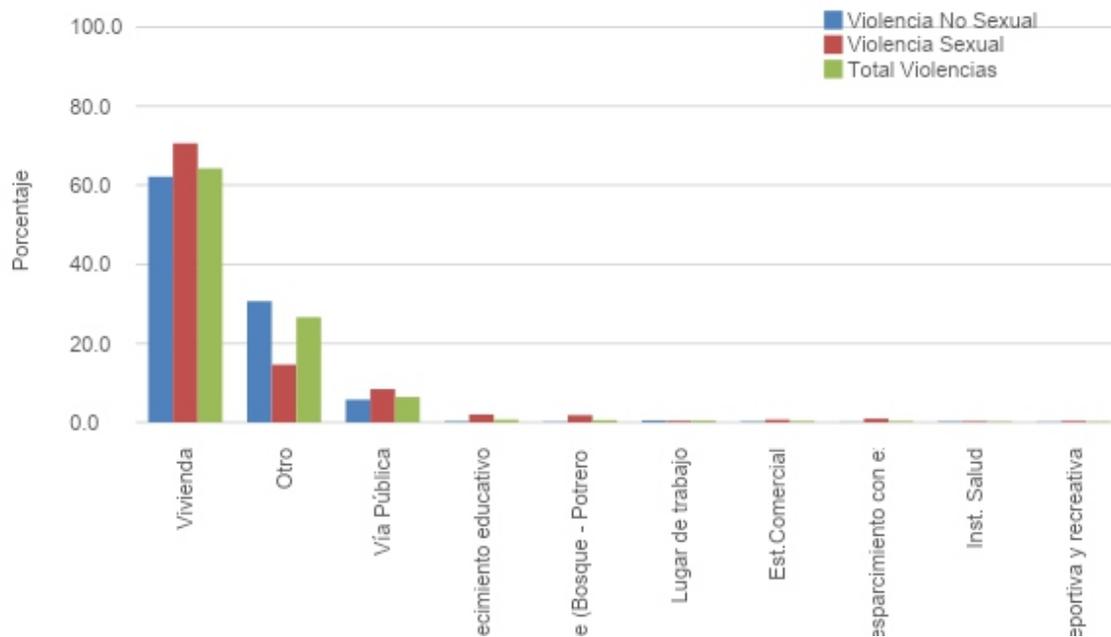
Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

De acuerdo a la información registrada se identificó que en el 79% de casos el agresor fue del sexo masculino y el 21% en el sexo femenino, en un 0,3% no se pudo identificar el sexo del agresor. Según los datos registrados, el agresor en el 55,2% de los casos no convive con la víctima y en el 44,8% si convive con ella. Al observar la relación de la víctima con el agresor, se identifica que el 72,6% son familiares, donde predomina como agresor la pareja con el 29,6% ,seguido de un familiar con el 27,1%. Llama la atención que entre los progenitores hay una mayor prevalencia de ser agresora la madre con un 18,7% comparado con un 10,6% para el padre.

De acuerdo al escenario del hecho se encontró que la vivienda tanto para violencias sexuales y no sexuales es el principal escenario; seguidamente de otro escenario y como tercer lugar la vía

pública, representando un total de 97,3%, situación que es similar a lo reportado en los informes anteriores. Frente al análisis de los grupos poblacionales se observa que el 96,2% fue clasificado como otro grupo.

Figura 37. Distribución porcentual de los casos de violencia de género según escenario del hecho y tipo de violencia. Medellín, 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Las comunas donde se presentó más casos de violencia sexual y no sexual son las comunas 3 Manrique con un total de 980 casos que corresponde al 9,4%, seguida de 7 Robledo y 8 Villa Hermosa con 911 y 881 casos respectivamente que representan el 8,7% y el 8,4%.

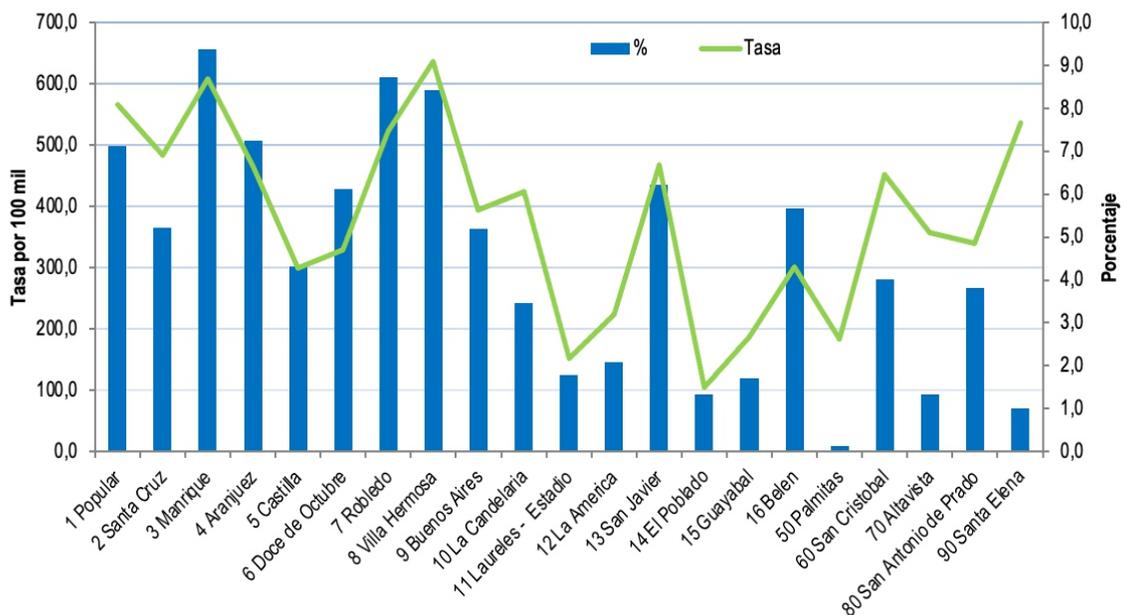
Al analizar por tasa de ciudad se observa que la comuna 3 Manrique tiene una tasa de 569,5 por cada 100.000 habitantes, 8 Villa Hermosa una tasa de 544,7, 4 Aranjuez con 525,5 y 1 Popular con una tasa de 520,8 por cada 100.000 habitantes, ubicándolas en las comunas con mayores casos reportados.

Para el 2020 la tasa de ciudad para todos los tipos de violencia es de 412,4 por cada 100.000 habitantes. Las comunas que superan esta tasa son: 3 Manrique, 8 Villa Hermosa, 4 Aranjuez, 1 Popular, 10 La Candelaria, 2 Santa Cruz, y 7 Robledo.

Las violencias no sexuales tienen una tasa de ciudad de 308,4, y las comunas que superan esta tasa son: 3 Manrique, 4 Aranjuez, 8 Villa Hermosa, 1 Popular, 7 Robledo, 2 Santa Cruz, 90 Santa Elena, 10 La Candelaria y 80 San Antonio de Prado.

Las violencias sexuales tienen una tasa de ciudad de 104,2 para el 2020, la cual es inferior al año 2019 que fue de 137,4 por cada 100.000 habitantes; y los territorios que se encuentran por encima de esa tasa son: 8 Villa Hermosa, 1 Popular, 10 La Candelaria, 4 Aranjuez, 3 Manrique, 2 Santa Cruz y 7 Robledo.

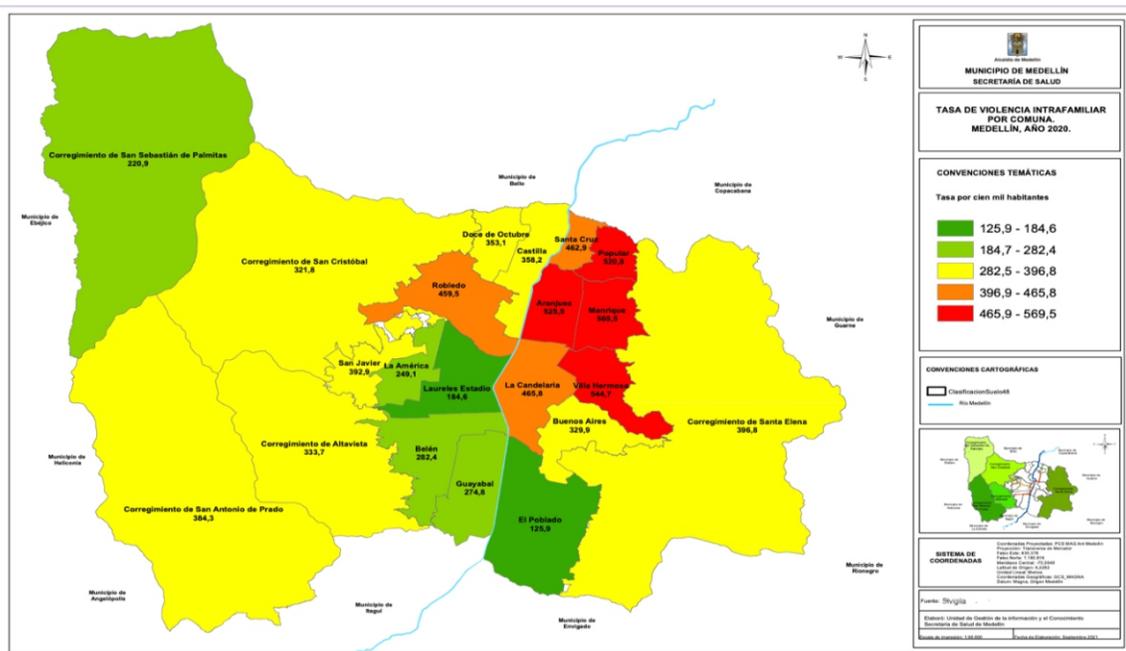
Figura 38. Tasas por cien mil habitantes de violencia sexual y no sexual según comuna. Medellín, 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

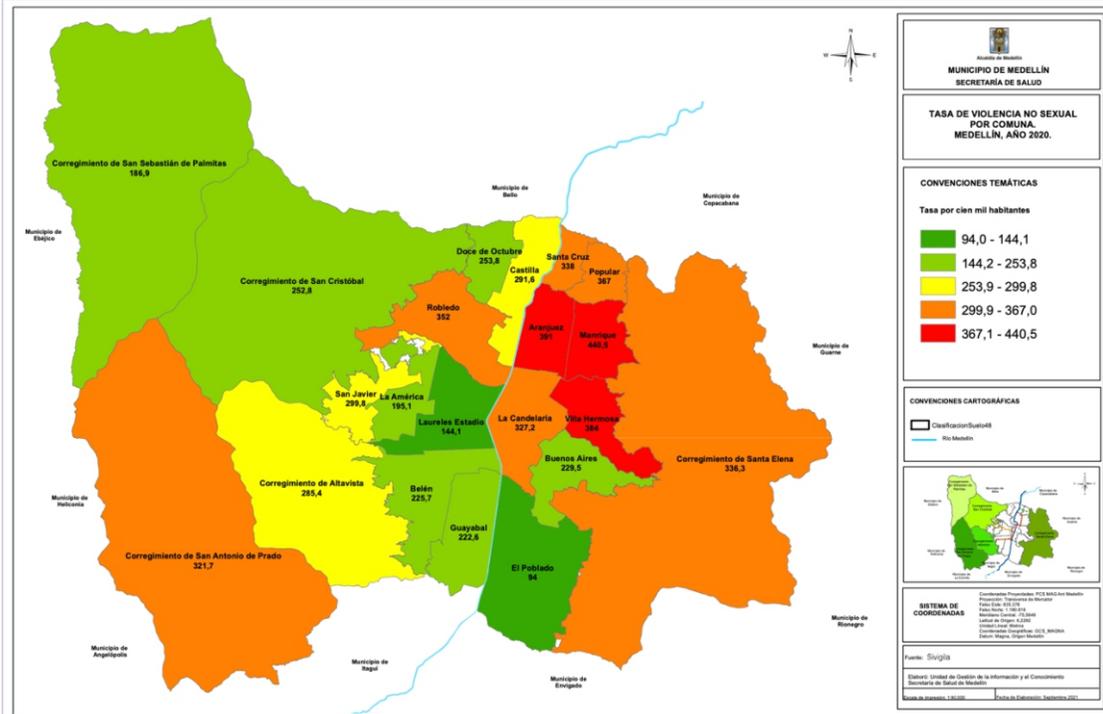
A continuación, se muestra el reporte de casos representado en tasas en el territorio mediante semaforización.

Figura 39. Distribución de las tasas de violencias sexuales y no sexuales en las comunas de Medellín. 2020.



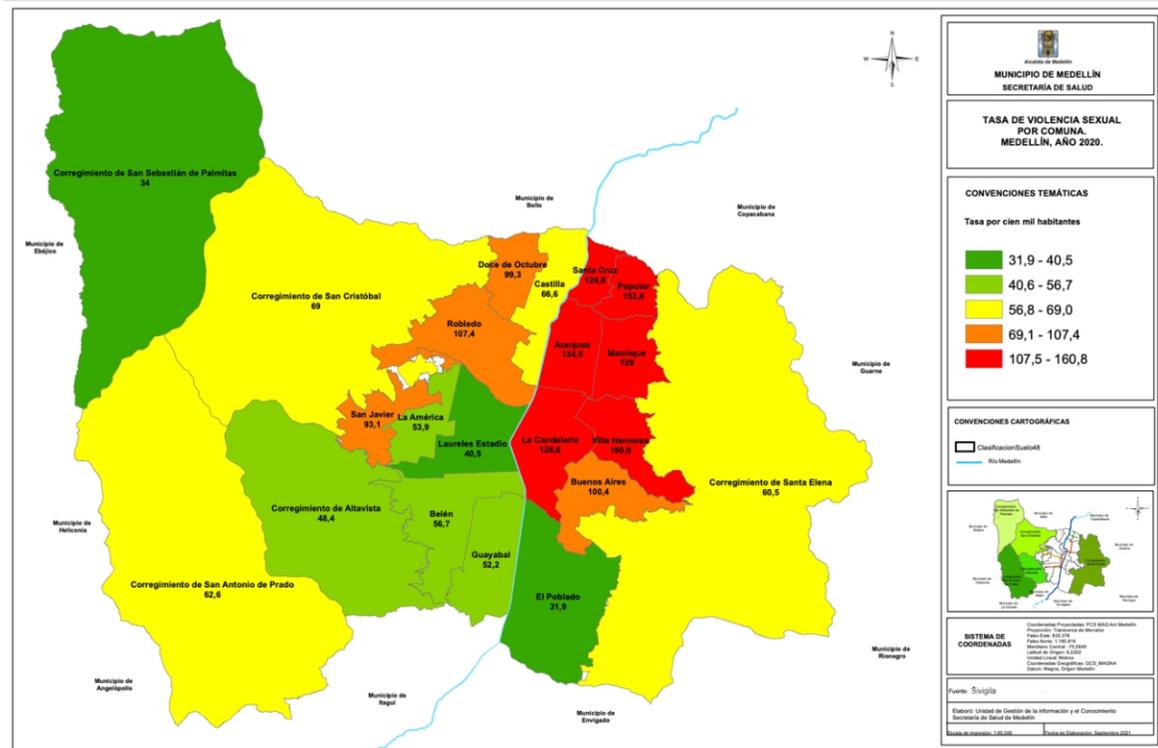
Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud.

Figura 40. Distribución de las tasas de violencias no sexuales en las comunas de Medellín. 2020



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud.

Figura 41. Distribución de las tasas de violencias sexuales en las comunas de Medellín. 2020.

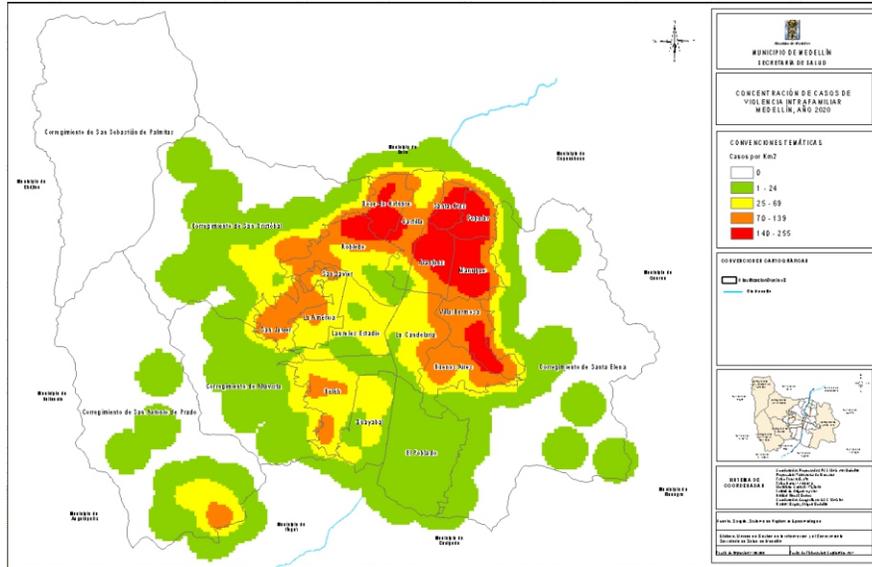


Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud.

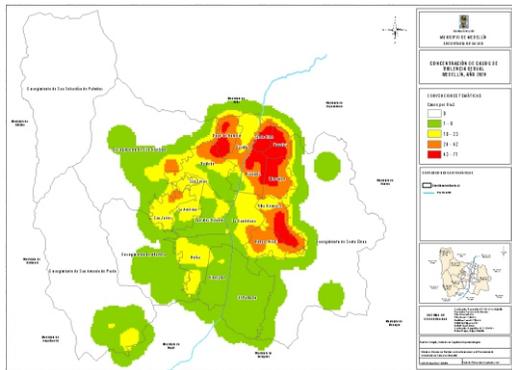
Al observar la densidad de casos por kilómetro cuadrado, se encontró que, todas las violencias en los lugares donde se observa el sombreado rojo, se encuentran entre 140 y 255 casos por kilómetro cuadrado, lo que demuestra una disminución comparado con el año 2019 con unas cifras de 190 y 357 casos por kilómetro cuadrado. Para violencia no sexual de 108 a 190 casos por kilómetro cuadrado y en violencia sexual de 43 a 71 casos por kilómetro cuadrado.

Figura 42. Distribución de las densidades de casos de violencia sexual y no sexual en las comunas de Medellín, 2020.

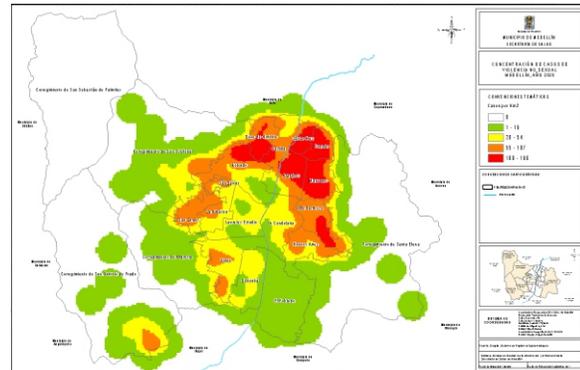
Todas las violencias



Violencia sexual



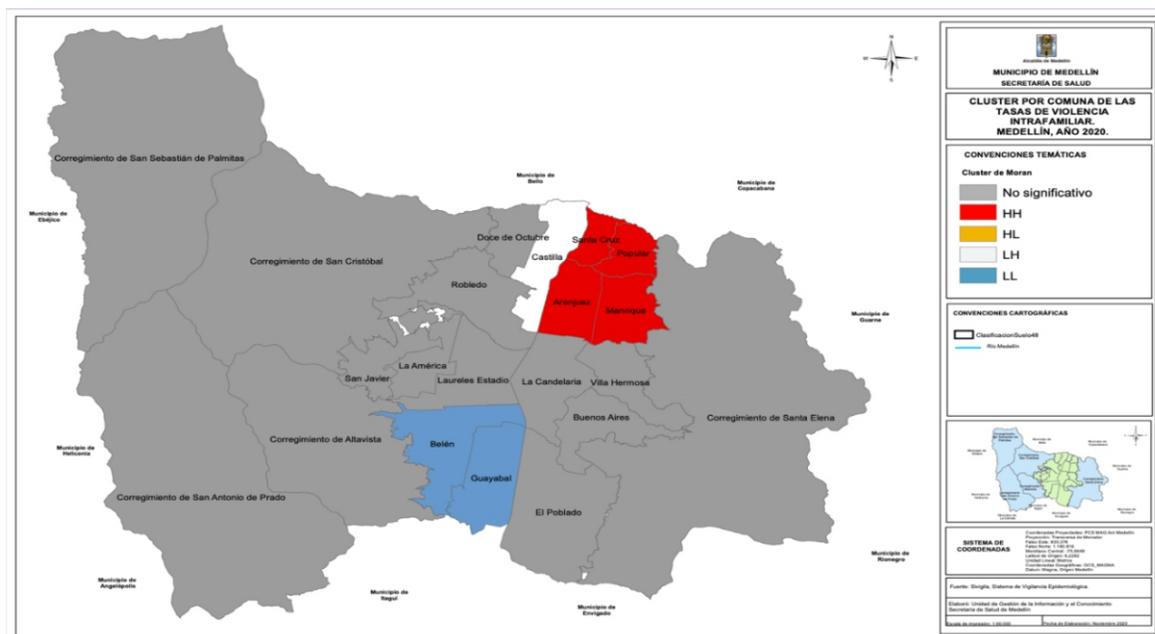
Violencia no sexual



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA).

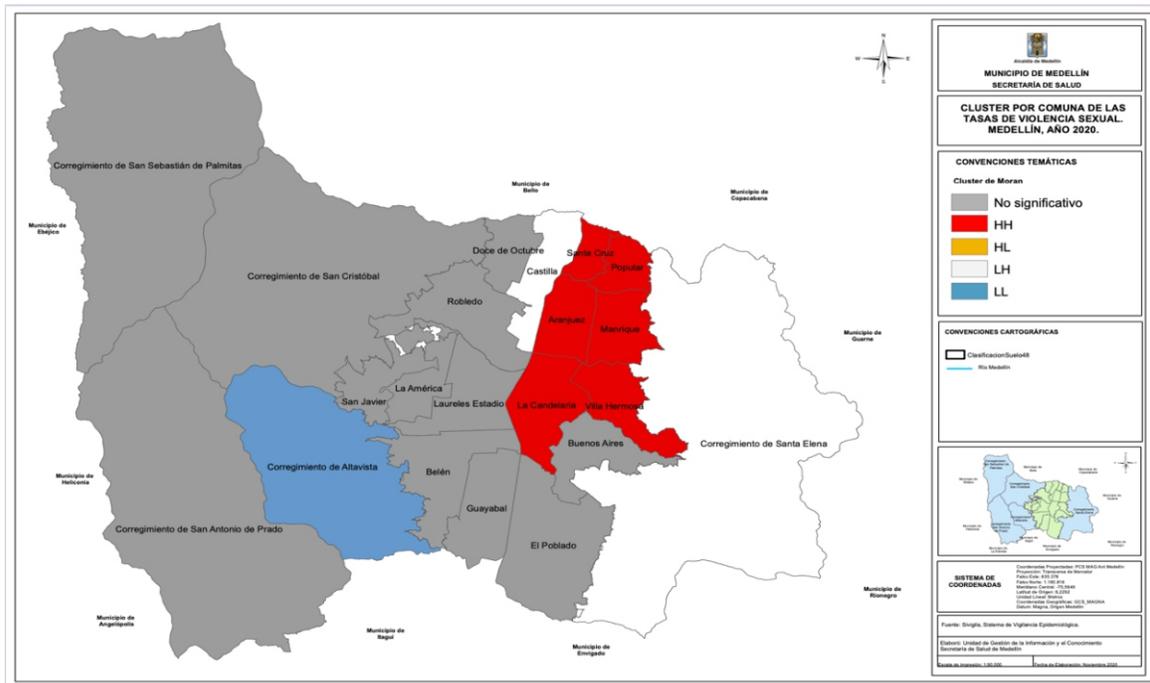
La Secretaría de Salud realiza un análisis espacial que le permite priorizar las comunas donde las acciones deben hacerse de manera inmediata, en este análisis epidemiológico de clúster espacial, que pretenden identificar las comunas con mayor riesgo de incremento de casos por sus proximidades geográficas. Teniendo en cuenta lo anterior se identificó que en el año 2020, que a nivel general, el territorio a priorizar son las comunas de Manrique, Aranjuez, Popular y Santa Cruz, ya que se identificaron con mayor riesgo. Para las violencias no sexuales, y se priorizan las comunas de Manrique, Aranjuez, Popular, Santa Cruz y Castilla. Para las violencias sexuales, las comunas con mayor riesgo fueron: Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, villa Hermosa y La Candelaria.

Figura 43. Análisis de Clúster espacial y por comuna de casos de violencia intrafamiliar en las comunas de Medellín. 2020.



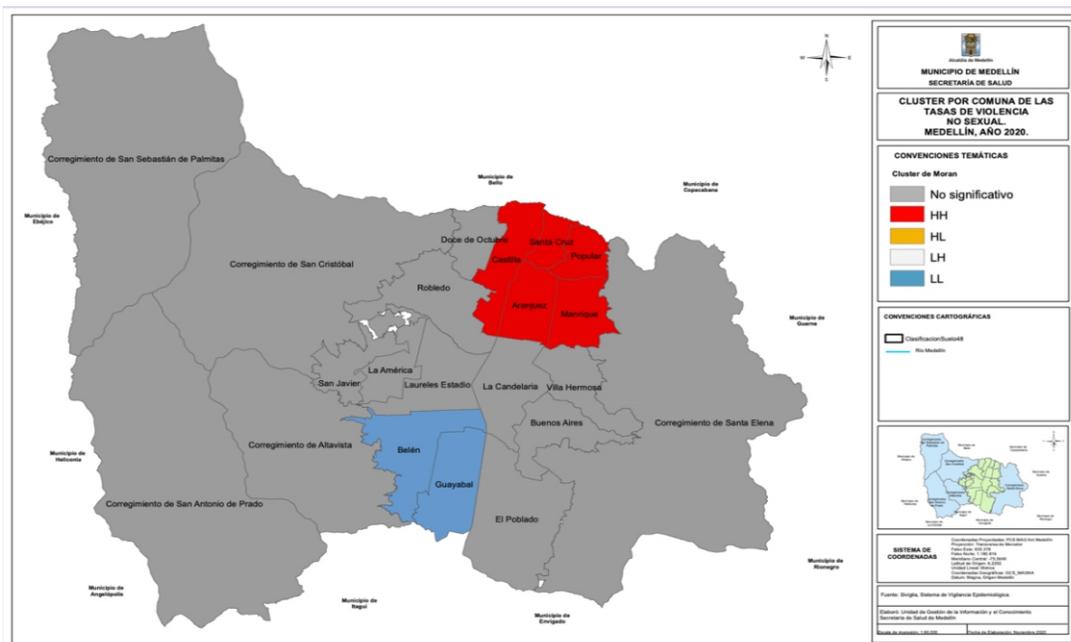
Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Figura 44. Análisis de Clúster espacial y por comuna de casos de violencia sexual en las comunas de Medellín. 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Figura 45. Análisis de Clúster espacial y por comuna de casos de violencia no sexual en las comunas de Medellín. 2020.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.



Conclusiones

- La pandemia de COVID-19 ha afectado a la salud mental y la convivencia de las personas, pero también a sus objetivos, su dinámica familiar, su rol laboral y su estabilidad económica. En este sentido, constituye una crisis global que ha ejercido un impacto sobre la salud mental a través de múltiples mecanismos de forma simultánea, y que requiere una actuación urgente intersectorial.
- El estudio realizado sobre las causas de consulta externa, hospitalización y atención de urgencias por motivos relacionados con la Salud Mental revelan la presencia en la población de la ciudad de Medellín de diferentes formas de trastornos en esta área, en donde la prevalencia de los trastornos del humor que incluyen la depresión y el trastorno bipolar, los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas y los denominados trastornos neuróticos aparecen con mayor frecuencia y disminuyen la calidad de vida de las personas que los padecen. Así mismo se identifican en la población otras entidades patológicas como la enfermedad de Alzheimer, la esquizofrenia o la demencia vascular que si bien no presentan altas tasas si implican situaciones que requieren un mayor cuidado por parte del sistema de Salud y un compromiso de los grupos familiares en el cuidado de los y las pacientes.
- Para intervenir la conducta suicida se requieren condicionantes para que sea efectiva la protección en salud y educación en especial de personas adolescentes y jóvenes, ya que no se ha demostrado su contribución por sí sola; al ser considerado la conducta suicida como un problema multicausal que involucra a diversos sectores de la sociedad, se requiere además la inclusión de garantías al acceso a la educación, la equidad en el proceso enseñanza- aprendizaje en niños y jóvenes, y métodos de estudio que contribuyan tanto al fortalecimiento cognitivo y emocional de estos, como el desarrollo de competencias relacionales y afrontamiento de situaciones estresantes y no solamente la atención en salud que se requiera y la medicación; es una tarea que requiere compromisos familiares y educativos donde están los entornos protectores más fuertes para esta población.
- La difusión de información detallada sobre casos de suicidios en los medios de comunicación puede contribuir a facilitar que otras personas lleven a cabo conductas suicidas mediante el efecto de imitación denominado a veces efecto Werther o suicidio copycut. Es importante que los medios de comunicación conozcan el protocolo internacional para el manejo de estos casos.

- Se evidencia que los resultados tanto en morbilidad como en mortalidad sigue persistiendo la inequidad, reflejada no solo por sexo, sino por comunas, lo que hace necesario el foco en esas poblaciones de mayor vulnerabilidad.
- Muchos de los trabajos científicos publicados hacen énfasis en los riesgos de internet sobre la proliferación de comportamientos suicidas, difusión de métodos de suicidio, actitudes de contagio o imitación y suicidios en red. Por lo anterior urge un control sobre el tipo y manera de presentar información nociva para la sociedad. Se debe reconocer las iniciativas orientadas al uso de internet como herramienta para la prevención de conductas suicidas y la promoción de salud.
- Seguir contando con el Sistema Único de indicadores SUICAD, propuesto por el Ministerio de Salud y la Protección Social permite proveer mayor información de los centros y servicios de tratamiento en la ciudad sobre las consecuencias de abuso y dependencia, con respecto a la problemática de las adicciones. Sin embargo, se aclara que esta fuente de información solo permite captar los resultados de las personas que han decidido consultar a un centro de rehabilitación en drogas.
- Según los reportes de los centros de atención a consumo de drogas CAD, que el inicio de consumo de sustancias se da fundamentalmente entre los 11 y los 17 años y que las acciones de prevención bien podrían ubicarse un poco antes y durante este periodo para lograr algún efecto sobre la probabilidad de consumo de drogas y de sus consecuencias. También se resalta que las edades de inicio para la ciudad de Medellín, han venido ajustándose a la meta del PDSP 2012-2021.
- La frecuencia de consumo de algunas drogas es relevante, en especial por el tipo de droga Marihuana y además que la edad de los pacientes en su mayoría son adolescentes y jóvenes que se encuentran en edad reproductiva y en donde las veces de consumo es de 2 a 3 veces por semana.
- Las personas que ingresan a centros de atención en drogas se encuentran cubiertos en la seguridad social y principalmente al régimen contributivo, este indicador puede orientar a la EAPB a redirigir los programas de prevención y engancharse a las nuevas rutas de atención para población consumidora como lo estableció el nuevo modelo de atención en salud MIAS a través de la RIAS de Trastornos asociados al consumo de SPA.
- Se constata un alto porcentaje de personas que no estudian en la actualidad, lo que muestra

una relación entre el consumo y la pérdida de años de escolaridad. En términos generales el perfil de los consumidores causa condiciones socioeconómicas que bien podrían estar al comienzo o en la cadena de consecuencias del consumo.

- Se deben establecer acciones con la gestión del acceso a los servicios de salud para capacitar a los CAD respecto a pacientes que se encuentran sin afiliación al sistema y como atender las personas que tienen alguna situación de vulnerabilidad. Además de fortalecer estrategias desde la asesoría técnica por parte de la Secretaría de salud, para el mejoramiento en la notificación del dato.
- Es necesario que acerque la oferta de servicios de la secretaría de salud a los CAD IPS en salud mental con el fin de generar mayor articulación entre ambas entidades, generando con ello la posibilidad de estrategias para el mejoramiento en la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas.
- La participación de los CAD en la mesa técnica de adicciones no químicas y químicas fortalecería no solo la participación sino además el fortalecimiento de estrategias para la intervención y tratamiento de las personas que tienen problemas con el consumo de sustancias psicoactiva.

Recomendaciones

- La pandemia de COVID-19 ha tenido un “efecto devastador” en la salud mental y ha disparado la violencia contra las mujeres y los niños lo que hace necesario enfocar programas de prevención y protección con enfoque diferencial y de manejo intersectorial.
- La actualización de la Política Pública de Salud Mental y Adicciones para el Municipio de Medellín fue producto de un proceso participativo liderado por la Secretaría de Salud, con el objetivo de “construir y socializar una propuesta para actualizar la política pública de salud mental y adicciones (Acuerdo 64 de 2005 y Acuerdo 05 de 2011)”, con el fin de aportar al abordaje integral e integrado de la salud mental de la ciudad, que en el momento se encuentra en proceso de reglamentación por el Concejo de Medellín. Desde la Secretaría se llevan las acciones al territorio y se realiza énfasis en la necesidad de una atención disponible en la comunidad por medio de profesionales del área social y de salud, que sean llevados al territorio y a las instituciones educativas, con un enfoque comunitario. Dado lo anterior es indispensable permanezcan estas acciones en clave de la Política.

- De acuerdo en los hallazgos de morbilidad y mortalidad, es necesario que se realice un manejo de la Gestión Integrada para la Salud mental con verdaderas políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y a la epilepsia.
- Continuar con las acciones de vigilancia Epidemiológica en todos los entornos para la conducta suicida como se han venido haciendo desde hace varios años, esto ha permitido que la ciudad capte de manera oportuna los casos, y aunque los casos han aumentado en la ciudad igualmente a los datos mundiales, realizar una detección temprana con su activación de rutas es una estrategia de prevención. Continuar el proceso de caracterización de la población atendida por intentos de suicidio y la notificación del evento, con el fin de establecer tipologías de conducta suicida que permitan diseñar y ajustar programas preventivos efectivos.
- Es fundamental trabajar en las escuelas, colegios y universidades, temas relacionados de estrategias de afrontamiento y la baja autopercepción de capacidades para manejar situaciones estresantes. Así mismo, continuar con las acciones en las IPS ya que representan una oportunidad para la atención temprana en trastornos mentales y del comportamiento.
- Las estadísticas, nacionales e internacionales, demuestran que los casos de intento de suicidio y suicidios consumados han ido en aumento, por lo que es importante la realización de tamizaje en las instituciones educativas y activar rutas de manera adecuada. Fortalecer las intervenciones familiares y programas de entrenamiento o formación a los padres de familia como "agentes de cambio" de cara a potenciar la competencia social de sus hijos, fortalecer la vinculación afectiva entre padres e hijos y favorecer la creación de un clima familiar positivo, rompiendo, de este modo, la progresión y generalización de los primeros problemas conductuales.
- Se recomienda estudiar la posibilidad de implementar programas que tengan en cuenta el método de Rehabilitación Basada en la Comunidad y que se realicen de forma articulada con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y otros actores del Sistema de Protección Social para el tratamiento de las personas con trastornos mentales y del comportamiento crónicos y que generan algún grado de discapacidad, incluyendo en los mismos acciones de atención y acompañamiento a cuidadores y cuidadoras.
- Las formas de violencia son una de las expresiones de las relaciones desiguales de poder,

de las representaciones e imaginarios que se tienen de los otros y de los asuntos asociados a lo económico, social y político, de allí la importancia de utilizar el enfoque de género como un estructurador social y como un enfoque para la lectura e intervenciones. De otro lado, las formas de violencia son de interés de salud pública y están como prioridad en los objetivos del desarrollo sostenible (igualdad de género, reducción de desigualdades, paz, justicia e instituciones sólidas). Así mismo, a la hora de pensar las estrategias en promoción de la convivencia y prevención de las formas de violencia, en el marco de salud pública, se hace necesario de tener en cuenta el comportamiento colectivo, y para ello, es determinante continuar con el trabajo desde la triada del enfoque de cultura ciudadana: regulación, autorregulación y mutua regulación como una de las maneras de promocionar convivencia de manera positiva y participativa.

- Es necesario continuar fortaleciendo la asesoría técnica a los centros de atención en drogas (CAD) para el suministro de la información del SUICAD que permita contar con mayores resultados a la hora de verificar la información y su vez realizar las respectivas devoluciones de los resultados encontrado de tal manera que permitan el fortalecimiento en la atención en la prestación de estos servicios.
- Cada año se deberá presentar en la Secretaría de Salud los resultados obtenidos a través del SUICAD a los centros de atención en drogas (CAD).
- Se proyecta para el 2019 la línea de base de consumo de drogas en escolares, mantener la periodicidad en la actualización de la línea de base de consumo de SPA.
- Los programas de prevención los cuales deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas legales (alcohol y tabaco); y el uso de drogas ilegales como (marihuana y marihuana cripa); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (los inhalantes), los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción.
- Es necesario estar atentos a la tendencia global de las Nuevas sustancias Psicoactivas para desarrollar acciones de prevención del consumo de estas sustancias en la ciudad.
- Es necesario realizar vigilancia epidemiológica no solo a los casos menores de 5 años en intoxicación por consumo de drogas, priorizando casos a mayores de edad que permita orientar y reorientar una mejor atención para el tratamiento para las adicciones.
- La Secretaría de Salud deberá fortalecer desde el territorio el trabajo en red, coordinación y

- liderazgo como elementos necesarios hacia la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la conformación de equipos de trabajo que permitan lograr mayor participación y compromiso de las demás entidades hacia la promoción y prevención del consumo de SPA.
- En las intoxicaciones por drogas es necesario tener en cuenta la situación para personas migrantes o extranjeras.
- Dada la situación por el alto flujo y tránsito de migrantes o turistas en la ciudad.



Bibliografía

1. Colombia R De. "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones." Ley 1616 2013. 2013;1-17.
2. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 -2021. Minist salud [Internet]. 2012;(32):2012-21. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Inf sobre la salud en el mundo. 2001;169.
4. Torres Yolanda, Posada Jose, Mejia Roberto, Bareño Jose, Sierra Gloria, Montoya Liliana AA. Primer Estudio Poblacional de salud Mental, Medellin, 2011- 2012. Revista Ces de Medicina. 2013. 343 p.
5. Kohn R, Levav I, Miguel J, Almeida C De, Vicente B, Andrade L, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe : asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2005; 18(401):229-40. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>
6. Medellín ciudad saludable. Comportamiento de la Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental en Medellín 2014 y 2015. 2015;
7. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Resumen ejecutivo - Informe Mundial sobre las Drogas 2016. J Chem Inf Model [Internet]. 2016;53(9):1689-99. Available from: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
8. Alcaldía de Medellín. Medellín sana y libre de adicciones [Internet]. 2015. Available from: <http://es.slideshare.net/ConcejoMDE/medelln-sana-y-libre-de-adicciones>
9. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de vigilancia en salud pública- Violencia de género. 2015;26. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos SIVIGILA/PRO Violencia de género.pdf>
10. Secretaría de Salud de Medellín. Boletín epidemiológico No. 4 de 2016. Situación de la Conducta Suicida. 2016;
11. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, D.C. OPS, 2014. [Consultado el 3 de junio de 2019]. Disponible en https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
12. García J, Palacio C, Arias S, Ocampo M, Calle J, Restrepo D, Vargas G, Lopez C. Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2007; 36(4): 610-627
13. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe

regional. Washington, D.C.: OPS; 2014. p. 92. [Consultado el 29 de mayo de 2019] Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHOMortalidad-por-suicidio-final.pdf>

14. Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental 2015, tomo I. Bogotá 2015. [Consultado el 28 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-rossaludmental.pdf>
15. Instituto Nacional de Medicina Legal. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015 Violencia autoinflingida, desde un enfoque forense. 2015. [Consultado el 30 de mayo de 2019]. Disponible en <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>
16. Instituto Nacional de Medicina Legal. Boletín estadístico mensual. Diciembre 2018. [Consultado el 30 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/217010/Diciembre_2018_Ajustado.pdf/6142c980-e4e3-c2df-f232-b3547bac4a29
17. Instituto Nacional de Salud Colombia. Informe del evento Intento de suicidio 2017. FOR-R02.4000-001 V 03.20180420. [Consultado el 27 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/PRO%20Intento%20Suicidio_.pdf
18. Instituto Nacional de Salud Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública: Intento de suicidio. V 02. 29 diciembre de 2017. [Consultado el 28 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/PRO%20Intento%20Suicidio_.pdf

***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***