



**Profundización del
análisis de la situación de
salud, Medellín 2005 - 2018**

4

**Salud mental y
convivencia social**



Alcaldía de Medellín

Análisis de Situación de Salud de la Salud Mental y Convivencia

Alcaldía de Medellín

Secretaría de Salud de Medellín

Medellín, 2020



Daniel Quintero Calle
Alcalde de la ciudad de Medellín

Equipo directivo

Jennifer Andree Uribe Montoya
Secretaria de Salud de Medellín

Natalia López Delgado
Subsecretaria de Salud Pública

Ruth Helena Mena Pino
Subsecretaria de Gestión de Servicios de Salud

Narda Constanza Moreno Benítez.
Subsecretaria Administrativa y Financiera

Juan Diego Tobón Lotero
Director Técnico de Planeación en Salud

Equipo coordinador ASIS

Juan Diego Tobón Lotero
Director Técnico de Planeación en Salud

Luis Augusto Hurtado Carvajal
Líder de Programa, Dirección Técnica Planeación Salud

Dora Beatriz Rivera Escobar
Profesional Universitario, Dirección Técnica Planeación

Verónica María Lopera Velásquez
Profesional Especializado, Dirección Técnica Planeación

Mary Salazar Barrientos
Profesional Especializado, Dirección Técnica Planeación

Eduardo Santacruz Sanmartín
Profesional Universitario, Dirección Técnica Planeación

Yanett Marcela Montoya Jaramillo
Profesional Universitario, Dirección Técnica Planeación



Equipo técnico Secretaría de Salud para Salud Mental

José David Restrepo Ruiz

Profesional Universitario, Subsecretaría de Salud Pública.

Juliana Lotero Peláez

Profesional Especializado, Subsecretaría de Salud Pública.

Nicanor Alonso Muñoz Aguirre

Profesional Universitario, Subsecretaría de Salud Pública.

Lina María Pareja Hincapié

Profesional Universitario, Subsecretaría de Salud Pública.

Silvana Zapata Bedoya

Profesional Especializado, Subsecretaría de Salud Pública.

Con la participación de:

Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento

Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública



Tabla de Contenido

Introducción	1
1. Caracterización de los contextos territorial y demográfico en convivencia social y salud mental .5	
1.1. ABORDAJE DE ENTORNOS SALUDABLES.....	5
1.2. USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL	8
1.3. FACTORES PROTECTORES	11
2. Abordaje de los efectos de la convivencia social y salud mental y sus determinantes.....	15
2.1. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	15
2.1.1. Morbilidad general en medellín	19
2.1.1.1. Trastornos mentales.....	19
2.1.1.2. Intento de suicidio.....	50
2.1.2. Mortalidad.....	64
2.1.2.1. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP).....	66
2.1.2.2. Suicidio.....	67
2.1.2.3. Homicidios.....	75
Conclusiones	115
Recomendaciones.....	121



Índice de tablas

Tabla 1. Relación de entornos saludables Medellín, 2018.....	7
Tabla 2. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. servicios de consulta externa, Medellín 2018p.	20
Tabla 3. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. servicios de consulta externa, Medellín 2018p.	22
Tabla 4. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. servicios de consulta externa por curso de vida, Medellín 2016-2018p.	24
Tabla 5. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. servicios de urgencias Medellín 2018p.....	30
Tabla 6. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. servicios de urgencias, Medellín 2018p.....	33
Tabla 7. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. servicios de urgencias por curso de vida, Medellín 2016-2018p.	34
Tabla 8. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. servicios de hospitalización, Medellín 2018p.....	40
Tabla 9. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. servicios de hospitalización, Medellín 2018p.....	43
Tabla 10. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. servicios de hospitalización por curso de vida, Medellín 2016-2018p.	44
Tabla 11. Registro histórico de casos de intento de suicidio Medellín, 2011-2018.....	51



Tabla 12. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según curso de vida y sexo, Medellín, 2018.	54
Tabla 13. Distribución proporcional de casos, según mecanismo utilizado, todos los casos, Medellín. 2018.....	57
Tabla 14. Distribución proporcional de casos, según intentos previos Medellín, 2018.	58
Tabla 15. Distribución proporcional de casos, según factor desencadenante, Medellín. 2018.....	59
Tabla 16. Distribución proporcional de casos, según factores de riesgo, Medellín 2018.....	60
Tabla 17. Distribución proporcional de casos, según antecedentes de trastorno psiquiátrico, Medellín 2018.....	61
Tabla 18. Tasa de mortalidad por suicidio según comunas de la ciudad de Medellín, Año 2010-2018p.	69
Tabla 19. Número de casos de mortalidad por suicidio, según grandes grupos definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Medellín 2012-2018p.....	71
Tabla 20. Promedio de edad de las personas que murieron por suicidio en la ciudad de Medellín, Año 2010 – 2018p.....	73
Tabla 21. Tasas de suicidio por curso de vida, Medellín 2018p.....	75
Tabla 22. Distribución de casos ingresados por mes según sexo. Centros de atención en drogas, Medellín. 2018.	80
Tabla 23. Lugar de procedencia (comuna) casos reportados al SUICAD, 2018.....	84
Tabla 24. Historia del consumo de sustancias psicoactivas de los casos reportados al SUICAD, 2018.	87
Tabla 25. Histórico de edad de inicio de consumo para droga de inicio (todas las drogas), según la historia de consumo de los casos reportados al SUICAD, 2014-2018.....	96



Tabla 26. Tasas por 100 mil habitantes de las diferentes formas de violencia de género e intrafamiliar por sexo, Medellín 201899



Índice de Figuras

Figura 1. Distribución de la participación ciudadana en actividades deportivas o recreativas Medellín, 2018.....	8
Figura 2. Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental, Medellín 2018p (preliminar).....	10
Figura 3. Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental, según edad, Medellín 2009-2018p (preliminar).....	11
Figura 4. Percepción de la población de la libertad de expresar los pensamientos u opiniones políticas, Medellín 2011-2018.....	12
Figura 5. Percepción de la población de la libertad de expresar los pensamientos u opiniones políticas en las comunas y corregimientos de Medellín, 2011-2018.	13
Figura 6. Percepción de la calidad de vida Medellín, comparativo 2015 y 2018.....	14
Figura 7. Percepción de la calidad de vida por comunas y corregimientos Medellín, comparativo 2015 y 2018.....	15
Figura 8. Canal endémico para intento de suicidi, Medellín, 2018.....	52
Figura 9. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según edad y sexo, Medellín, 2018.....	53
Figura 10. Distribución del número de casos de intento de suicidio según mes y sexo, Medellín, 2018.	55
Figura 11. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio por régimen de afiliación, Medellín 2018.....	56



Figura 12. Distribución de las tasas de incidencia para intento de suicidio en las comunas de Medellín, 2018.....	63
Figura 13. Distribución de las densidades por kilómetro cuadrado de intento de suicidio en las comunas de Medellín 2018.	63
Figura 14. Clúster espacial de los barrios de intento de suicidio en los barrios de Medellín, 2018. ...	64
Figura 15. Tasa de mortalidad por causas externas, Medellín 2005 – 2018p.....	66
Figura 16. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por los índices de salud mental Medellín, 2005 – 2017.....	67
Figura 17. Comparativo de las tasas de suicidio en Medellín, Antioquia y Colombia, años 2006 a 2018 Medellín.	68
Figura 18. Distribución proporcional de suicidios, según curso de vida Medellín, 2018p	74
Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por agresiones (homicidios), Medellín 2005-2018p.	76
Figura 20. Tasa de mortalidad de periodo específica por agresiones (homicidios) según comuna, Medellín, 2018p.	77
Figura 21. Muertes por agresiones (homicidios) según curso de vida, Medellín, 2012-2018.	78
Figura 22. Total de casos ingresados por ciclo vital. Centros de Atención en Drogas, Medellín 2018.	81
Figura 23. Total de casos Ingresados según SGSS. Centros de Atención en Drogas, Medellín 2018.	82
Figura 24. Total de casos Ingresados según lugar de procedencia. Centros de Atención en Drogas, Medellín. 2018.	83
Figura 25. Edad de inicio de consumo, según principales drogas. Centros de Atención en Drogas, Medellín. 2018.	95



Figura 26. Edad de inicio de consumo histórico para D1, según principales drogas por año. Centros de Atención en Drogas, Medellín 2014- 2018.	97
Figura 27. Proporción de casos de violencia de género e intrafamiliar reportados por las IPS, según tipo de violencia, Medellín, 2013-2018.	98
Figura 28. Proporción de casos de violencia de género e intrafamiliar reportados por las IPS, según tipo de violencia y sexo, Medellín, 2018.	98
Figura 29. Distribución porcentual de los casos reportados de violencia de género e intrafamiliar según sexo, Medellín, año 2018.	101
Figura 30. Distribución porcentual de los casos reportados de violencia de género e intrafamiliar según sexo, Medellín, año 2018.	101
Figura 31. Número de casos todas las violencias según grupos de edad. Medellín, 2018.	102
Figura 32. Número de casos de violencia no sexual (violencia intrafamiliar y de genero) según grupos de edad y sexo, Medellín, 2018.	103
Figura 33. Número de casos de violencia sexual según grupos de edad y sexo, Medellín, 2018. ...	104
Figura 34. Casos de Violencia no sexual y sexual según grupos ciclo de vida y sexo, Medellín, 2018.	105
Figura 35. Número de casos según mes de ocurrencia y tipo de violencia, Medellín, 2018.	106
Figura 36. Distribución porcentual de los casos de violencia de género según tipo de afiliación al Siistema General de Seguridad Social (SGSSS) y sexo, Medellín 2018.	107
Figura 37. Distribución porcentual de los casos de violencia de género e intrafamiliar según edad del agresor y sexo, Medellín 2018.	107
Figura 38. Distribución porcentual de los casos de violencia no sexual según parentesco con el agresor familiar y no familiar, Medellín, 2018.	108



Figura 39. Distribución porcentual de los casos de violencia de género según escenario del hecho y tipo de violencia, Medellín 2018	109
Figura 41. Distribución de las tasas de violencias sexuales y no sexuales en las comunas de Medellín 2018.....	112
Figura 42. Distribución de las densidades de casos de violencia sexual y no sexual en las comunas de Medellín. 2018	113
Figura 44. Análisis de clúster espacial y por comuna de casos de violencia en las comunas de Medellín. 2018.....	114



Introducción

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012- 2021, constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción 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). Asimismo se constituye en una herramienta indispensable para la focalización de acciones y toma de decisiones, propendiendo en el actuar de la Secretaría de Salud la linealidad y concordancia con el Modelo de Atención Integral de Salud en el marco de la Política Integral de Atención en Salud y el Modelo de Acción Integral Territorial.

El interés y la necesidad de la Alcaldía de Medellín de conocer el comportamiento y la dinámica de sus poblaciones, así como los retos a los que estas nos impulsan día a día, constituyen el motor principal de la presente profundización del Análisis de Situación de Salud (ASIS). Donde no solo 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 municipio, 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 (DSS) que inciden en dicha realidad.

Adicionalmente, la constante preocupación de la alcaldía en ofrecer, acercar y prestar a sus ciudadanos mejores servicios, hace que el presente documento se constituya en una valiosa oportunidad para conocer 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 mortalidad priorizados, teniendo como ejes de análisis los diferentes territorios (comunas y corregimientos) del municipio, el ciclo vital, el género y el comportamiento de los determinantes de la salud.

Finalmente nos 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 (ECV).

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 sistemas, 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, si no a la explicación, si a la mejor ilustración posible de cómo y por qué algunos eventos no se comportan de manera similar en los diferentes territorios.

Finalmente, conedores del valor que representa este documento, producto de una tarea continua, valiosa y que constituye una herramienta imprescindible para la planeación óptima y el mejoramiento continuo, se espera enriquecerla año tras año hasta lograr la mejor comprensión posible de la situación de salud del

municipio y de los argumentos que definen la toma de algunas decisiones en servicios de salud para la población.

Acordes a lo establecido en la Ley 1616 de 2013, en la cual se define la salud mental 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 y la seguridad alimentaria y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas (1).

Asimismo, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, se define la dimensión de convivencia social y salud mental, 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, 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 de 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, el Derecho Internacional Humanitario (DIH) y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. 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, entendidas 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 priorizar 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 – 2018.

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 sociodemográfica 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 lugar protagónico lo tiene el

individuo, la familia y la comunidad, intervenciones en las que se tienen en cuenta enfoques integrales que propenden 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 el 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 Plan Decenal de Salud Pública, es así como la ciudad de Medellín identifica los establecimientos saludables definidos por el ministerio, donde se encontraron 21

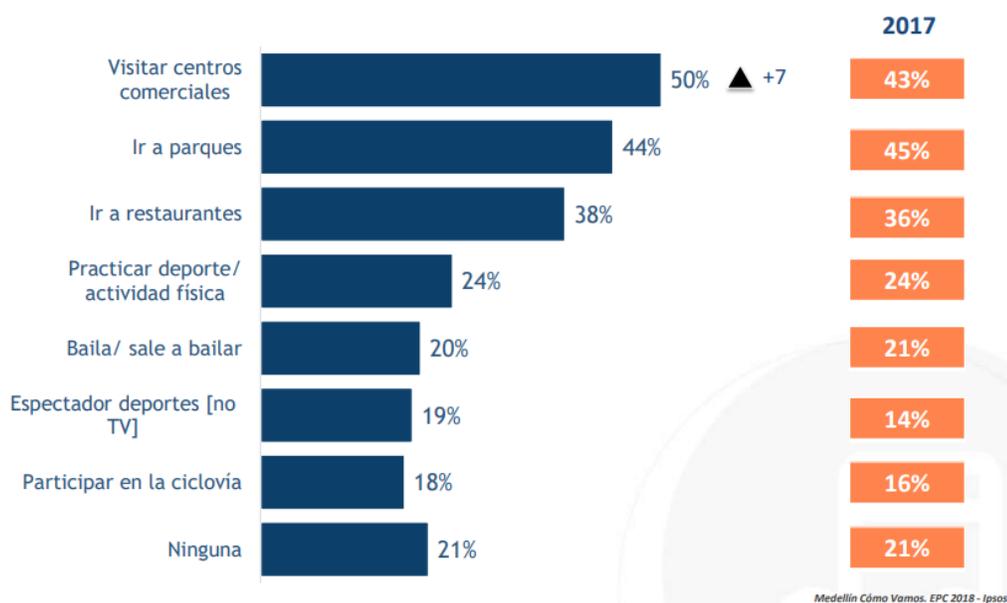
parques, y 367 establecimientos educativos públicos y privados, 300 de estos con presencia institucional de la Secretaría de Salud.

Tabla 1. Relación de entornos saludables, Medellín 2018.

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/>

Cada año se realiza una evaluación sobre la percepción ciudadana frente a varios aspectos de la ciudad, entre ellos, las actividades culturales y de recreación donde se analiza la utilización de esta infraestructura. Para el año 2017 la encuesta encontró que, las principales actividades culturales en las que participaron los medellinenses en el último año fueron visitas a centros comerciales (50%), ir a parques (44%), ir a restaurantes (38%) practicar deporte o hacer actividad física en un (24%), mientras que un 21% afirmaron no realizar ninguna actividad.



Fuente: Encuesta Medellín Cómo Vamos 2018.

Figura 1. Distribución de la participación ciudadana en actividades deportivas o recreativas Medellín, 2018.

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.

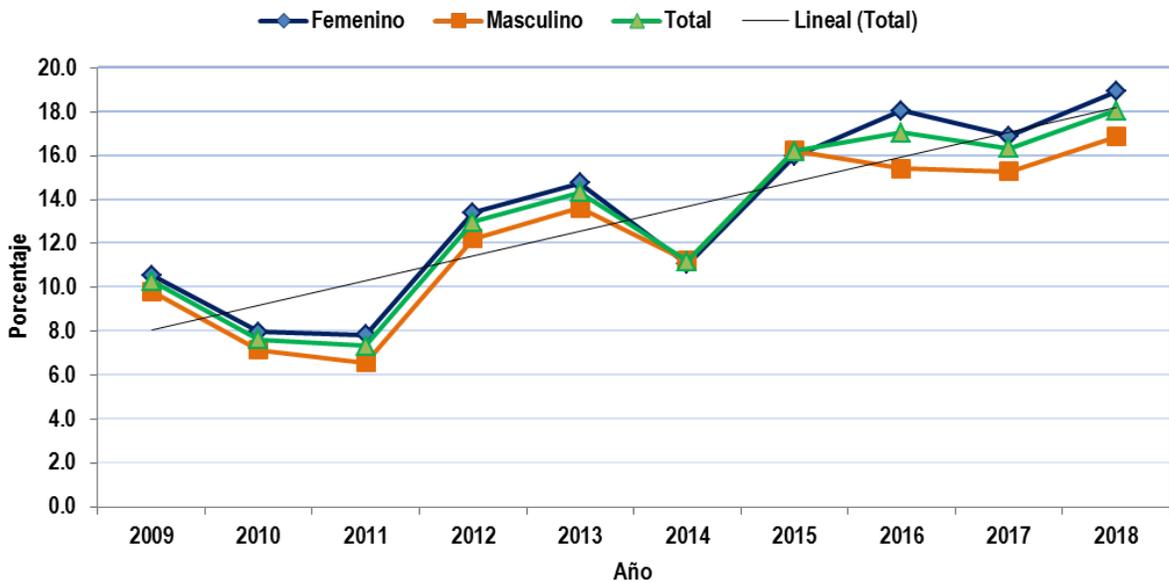
El derecho a la salud incluye el recibir atención “integral e integrada y humanizada” en salud mental y “atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental” (ley de salud mental).

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, domiciliaria y prehospitalaria, 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 atención ambulatoria y de urgencias.

En Colombia existen 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. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015).

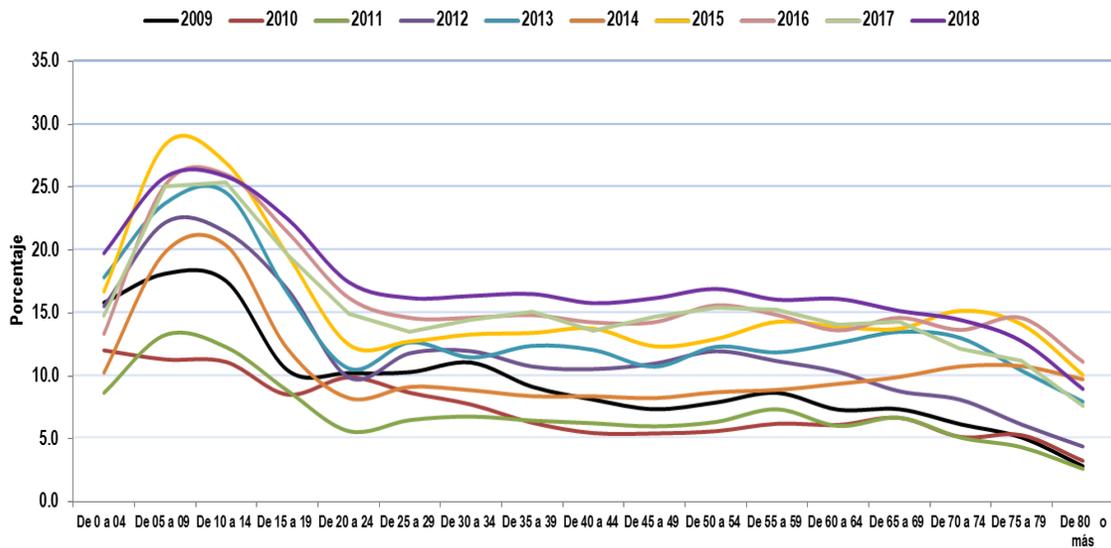
Cuando se evalúa el porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental se identifica que, en términos generales este porcentaje viene con tendencia al ascenso desde el año 2014, pasando de 11,2% a 18%, sin embargo este porcentaje es más alto en el sexo femenino que paso de 11,1% en el año 2014 a 18,9% en el año 2018 y para los hombres de 11,2% a 16,9%.



Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social, (SISPRO) 2009-2018.

Figura 2. Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental. Medellín. 2018p (preliminar)

Al analizar este mismo indicador por edad, se observa que, los menores de 19 años son aquellos que requieren y son atendidos al menos una vez en los servicios en salud mental, las demás edades hasta los 70 años se mantienen constantes, posteriormente se tiene un leve incremento hasta los 79 años. Luego la curva de la edad empieza a descender.



Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) 2009-2018.

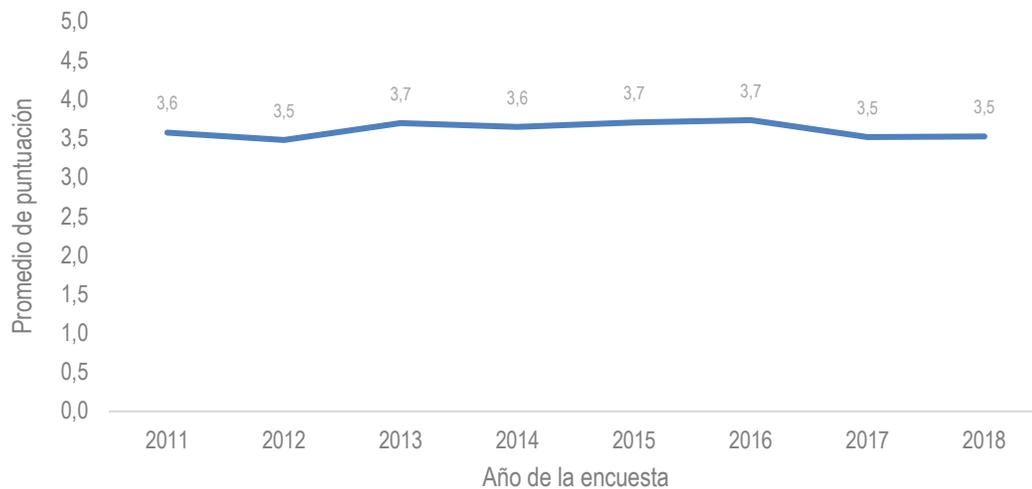
Figura 3. Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental, según edad, Medellín. 2009-2018p (preliminar).

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, entre estos factores la libertad de expresión se considera uno de los más fundamentales. De acuerdo a los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) en Medellín, en una escala de 1 a 5, los hogares, califican la libertad de expresar los pensamientos u opiniones con 3,6; este promedio se mantuvo hasta el año 2015, para los años 2016 y 2017 en 3,7 y para los años 2017 y 2018 se redujo a 3,5.

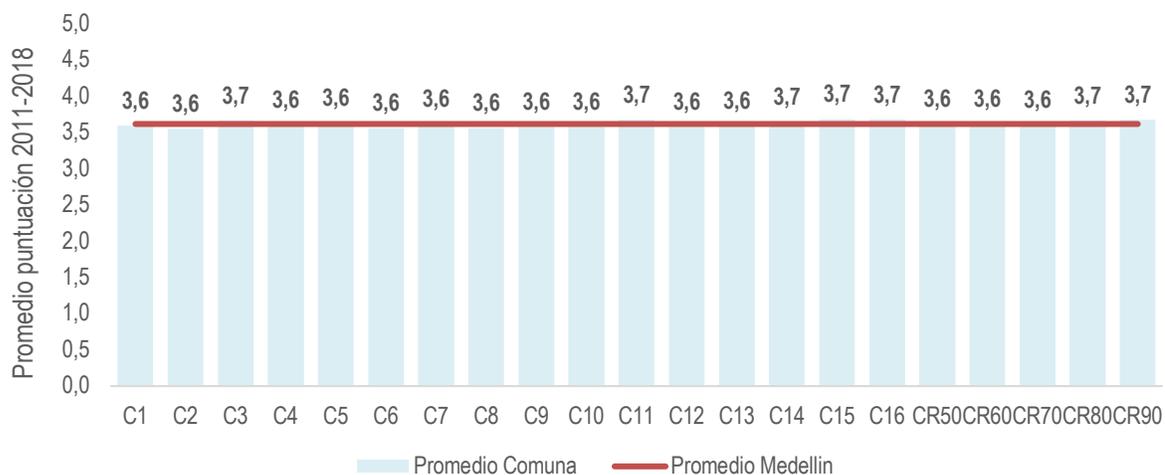
De acuerdo a los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida en Medellín y en una escala de 1 a 5, los hogares de Medellín, califican la libertad de expresar los pensamientos u opiniones con 3,6. Promedio que se mantuvo hasta el año 2015, sin embargo para los años 2016 y 2016 se redujo a 3,5.



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, Medellín 2011-2018.

Figura 4. Percepción de la población de la libertad de expresar los pensamientos u opiniones políticas, Medellín 2011-2018.

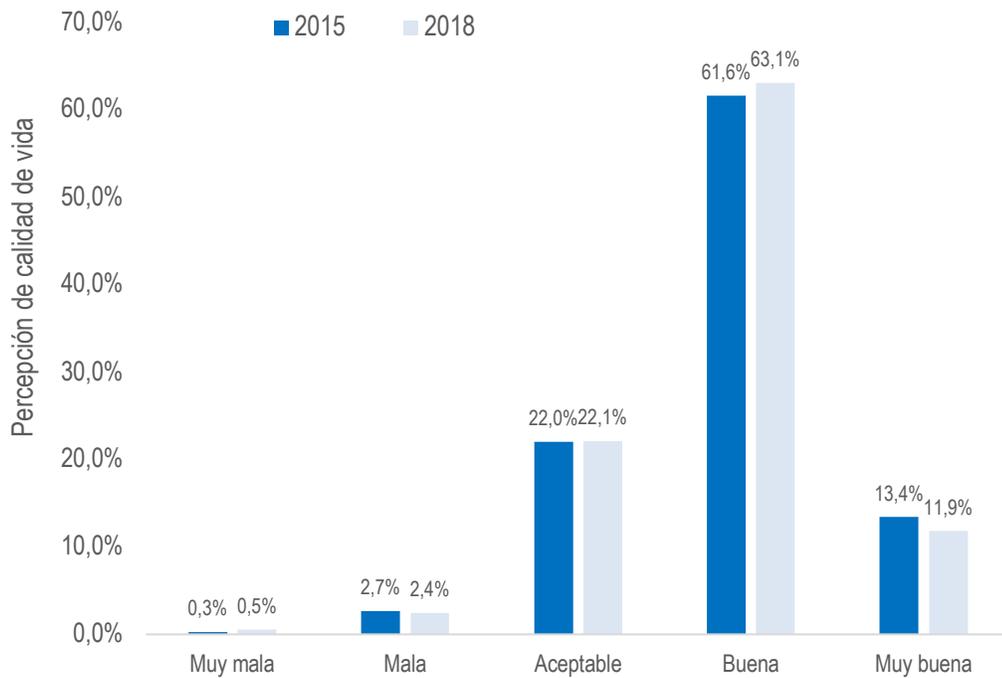
Al realizar un análisis por comuna de esta percepción no se observan mayores diferencias frente al promedio histórico de la ciudad como se puede observar en la siguiente tabla.



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, 2011-2018.

Figura 5. Percepción de la población de la libertad de expresar los pensamientos u opiniones políticas la comunas y corregimientos de Medellín, 2011-2018.

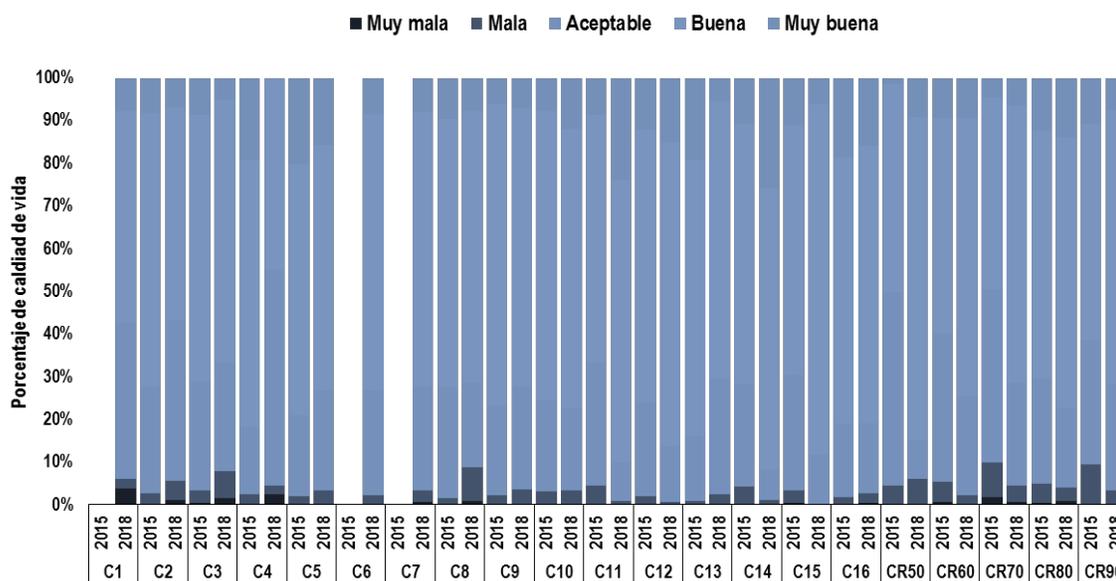
En el año 2018 se observan cambios en cómo los ciudadanos perciben la calidad del vida de la ciudad, de acuerdo a los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) en Medellín y en una escala de 1 a 5, donde 1 es: muy mala, 2: mala, 3: aceptable, 4: buena y 5: muy buena; se encontró que, el 63,1% de los hogares la consideran buena, siendo este valor superior a lo reportado en el año 2015; sin embargo la percepción de calidad de vida muy buena paso de 13,4% en el 2015 a 11,9% en el año 2018.



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, Medellín. 2015 y 2018.

Figura 6. Percepción de la calidad de vida Medellín, comparativo 2015 y 2018.

Al analizar el comparativo entre el año 2015 y 2018 por comuna es evidente que, la percepción de la calidad de vida para las ciudadanos de Medellín ha cambiado, en la mayoría de las comunas el porcentaje aceptable se incrementó respecto al porcentaje bueno. A excepción de las comunas Laureles Estadio C11 y El Poblado C14 donde el porcentaje muy bueno se incrementó. En términos generales más del 50% de las personas se ubican en percepción de calidad de vida buena.



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, Medellín 2015 y 2018.

Figura 7. Percepción de la calidad de vida por comunas y corregimientos Medellín, comparativo 2015 y 2018.

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

2.1. Trastornos mentales y del comportamiento

Los trastornos de salud mental constituyen uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo, por lo tanto, representan un reto en términos de políticas de salud, así como en la planificación de servicios. Este tipo de patologías son causales de sufrimiento y discapacidades (28,0% del total de la discapacidad causada por enfermedades) y son responsables del 11,5% de la carga global de las enfermedades (3).

El Banco Mundial ha estimado que los trastornos mentales son responsables del 8,0% de los años de vida saludable perdidos, proporción mayor que la atribuida al cáncer (5,2%) o a las enfermedades cardiovasculares (2,6%). (4) Solo en el continente americano, se estima que 400 millones de personas sufren actualmente de patologías psiquiátricas convirtiendo la prevención, atención y rehabilitación de estos trastornos en un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe (5).

El informe regional sobre los sistemas de salud en América Latina y el Caribe de 2013, menciona que, los trastornos mentales y neurológicos representan el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación con todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más prevalentes son el trastorno depresivo unipolar (13,2%) y los producidos por el consumo excesivo de alcohol (6,9%). Las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad.

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, en las cuales se ha reconocido la necesidad de contextualizar la recolección y el 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 Análisis de la Situación 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 pérdidas significativas tales como, síntomas depresivos y/o ansiosos, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, problemas de aprendizaje y 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, 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 disfuncionalidad psicosocial que originan. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social en 2016 define la epilepsia como “un síndrome cerebral crónico, caracterizado por crisis recurrentes (que se repitan en el tiempo), autolimitadas (se detienen solas), de causa variada (condiciones maternas, falta de control prenatal, consumo de sustancias, desnutrición, infecciones, accidentes, causas genéticas, entre otras), con manifestaciones clínicas diversas (motoras, sensoriales, vegetativas) que puede tener o no, hallazgos paraclínicos (en electroencefalogramas, resonancias y otras).

Según el estudio de situación nacional de salud mental del año 2015, el cual incluyó 15.351 encuestas a hogares en el país, reveló que uno de cada diez colombianos sufre algún problema mental. La depresión y

la ansiedad son los principales trastornos reportados. Adicionalmente, este estudio que también incluyó a población entre los 7 y 11 años reveló que, el 4,7% sufre de estas enfermedades. Los trastornos más frecuentes son el déficit de atención, la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada. Las afecciones también son más recurrentes en las niñas. De acuerdo a los resultados de la encuesta, por lo menos un 44,7% de la población infantil requiere de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para identificar problemas o posibles trastornos (6).

En Colombia, se encuentra entre las primeras veinte causas que generan Años Vividos con Discapacidad (AVD) (años por cada 1.000 personas), la depresión mayor unipolar (13,17); los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol (8,06); los trastornos de ansiedad (6,16) y la epilepsia (3,35).

En relación a la prevalencia de diferentes trastornos en los adolescentes en Colombia, el 12,2% ha presentado síntomas de problemas mentales en el último año, la prevalencia de cualquier trastorno mental fue de 4,4%, la fobia social (3,4%) y cualquier trastorno de ansiedad (3,5%) fueron los trastornos más prevalentes. En los adultos, la prevalencia de problemas mentales fue de 9,6% a 11,2% y los trastornos mentales (cualquiera en los últimos 12 meses) fue de 4%. La depresión de cualquier tipo, y la ansiedad de cualquier tipo, fueron los eventos más prevalentes.

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 2018p (datos preliminares).

Consulta externa

Para una mejor visualización de los códigos de CIE 10 se agruparon por cada una de las categorías o grupos de indicadores de la clasificación internacional de enfermedades. En consulta externa se registraron un total de 163.804 registros asociados a los trastornos mentales y del comportamiento. El 57,2% de las consultas realizadas correspondieron a mujeres y el resto a hombres.

En lo que respecta a los cinco principales diagnósticos se observa que los trastornos del humor (incluye los trastornos depresivos y bipolares) ocupan el primer lugar con el 35% (57.574), en segundo lugar los trastornos neuróticos (incluye trastornos de ansiedad, fobias y el Trastorno Obsesivo Compulsivo), secundarios a situaciones estresantes (estrés postraumático) y somatomorfos con el 22% (35.563); en tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas con un 9% (14.287); en cuarto lugar los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia con un 8% (12.590) y por último la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y otros

trastornos de ideas delirantes con un 6% (9.617). Estos 5 grupos representan el 79% de todas las consultas externas registradas en el año 2018.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Consulta Externa, Medellín 2018p.

Dx CIE-10	Hombres	%Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total	%Total
F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer	1.039	1,48%	3.049	3,26%	4.088	2,50%
F01 Demencia vascular	263	0,37%	412	0,44%	675	0,41%
F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar	334	0,48%	329	0,35%	663	0,40%
F03 Demencia sin especificación	878	1,25%	1.824	1,95%	2.702	1,65%
F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas	15	0,02%	7	0,01%	22	0,01%
F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas	1.182	1,68%	1.503	1,61%	2.685	1,64%
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática	1.103	1,57%	1.381	1,47%	2.484	1,52%
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	125	0,18%	124	0,13%	249	0,15%

Dx CIE-10	Hombres	%Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total	%Total
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación	2.013	2,87%	2.380	2,54%	4.393	2,68%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	11.123	15,85%	3.164	3,38%	14.287	8,72%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	6.336	9,03%	3.281	3,50%	9.617	5,87%
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	17.436	24,85%	40.138	42,87%	57.574	35,15%
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	10.500	14,96%	25.063	26,77%	35.563	21,71%
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	2.586	3,69%	2.558	2,73%	5.144	3,14%
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	1.058	1,51%	1.437	1,53%	2.495	1,52%
F70-F79 Retraso mental	2.178	3,10%	1.572	1,68%	3.750	2,29%

Dx CIE-10	Hombres	%Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total	%Total
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico	3.111	4,43%	1.525	1,63%	4.636	2,83%
F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	8.812	12,56%	3.778	4,04%	12.590	7,69%
F99 Trastorno mental sin especificación	83	0,12%	104	0,11%	187	0,11%
Totales	70.175	100%	93.629	100%	163.804	100%

Fuente: RIPS - Secretaría de Salud de Medellín, 2018p (preliminar)

Al indagar por cada curso de vida y en referencia todas las personas y todas las consultas realizadas en trastornos mentales y del comportamiento se encuentra que, el 40% de las consultas son realizadas por el curso de vida de adultez que va de 29 a 59 años, seguido de las consultas de la vejez con un 28,2%, este porcentaje es muy similar cuando se indaga por el número de personas.

Tabla 3. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Consulta Externa, Medellín 2018p.

Curso de vida	Número de Personas atendidas	% Personas	Número de atenciones	% Atenciones
Primera infancia	2.846	1,9%	3.020	1,8%
Infancia	10.266	7,0%	11.028	6,7%
Adolescencia	13.549	9,3%	15.348	9,4%
Juventud	19.691	13,5%	22.476	13,7%
Adulthood	58.749	40,1%	65.669	40,1%
Vejez	41.223	28,2%	46.263	28,2%
Total general	146.324	100,0%	163.804	100,0%

Fuente: RIPS. Secretaría de salud de Medellín

Respecto a la indagación por cursos de vida más desagregada, se observa que, en el año 2018 en el servicio de consulta externa en el curso de vida de primera infancia, infancia y adolescencia el trastorno más consultado está relacionado con la categoría de “otros trastornos mentales y del comportamiento”; en tanto en la juventud, la adultez y la vejez se ubican en primer lugar los trastornos del humor y afectivos.

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 pasan a un cuarto lugar en el ciclo de adolescencia.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Consulta Externa por curso de vida, Medellín 2016-2018p.

Curso de vida /	Año 2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Primera infancia - Trastornos mentales y del comportamiento	3303	4305	3771	4129	2846	3020
Otros trastornos mentales y del comportamiento	3065	4039	3583	3918	2703	2865
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	121	136	98	104	77	86
Retraso mental	81	90	51	64	20	21
Trastornos del humor afectivos	25	27	25	25	31	31
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	9	10	8	12	13	15
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	2	3	6	6	2	2
Infancia - trastornos mentales y del comportamiento	10658	12645	13655	15278	10266	11028

Curso de vida /	Año 2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Otros trastornos mentales y del comportamiento	8754	10530	11505	12845	8729	9360
Retraso mental	867	923	859	940	489	512
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	675	790	887	1016	640	689
Trastornos del humor afectivos	325	362	356	423	360	402
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	12	13	28	29	27	32
Trastornos mentales y del comportamiento Debido al uso de otras sustancias psicoactivas	23	25	18	23	19	31
Demencia	1	1	2	2		
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	1	1			2	2
Adolescencia - trastornos mentales y del comportamiento	8106	9589	11580	13752	13549	15348

Curso de vida /	Año 2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Otros trastornos mentales y del						
comportamiento	3470	4048	5111	5904	5573	6153
Trastornos del humor afectivos	1252	1564	1995	2400	2800	3228
Trastornos neuróticos, trastornos						
relacionados con el estrés y						
trastornos osmatomorfos	1398	1614	1883	2124	2011	2260
Trastornos mentales y del						
comportamiento debido al uso de						
otras sustancias psicoactivas	1021	1281	1540	2127	2045	2456
Retraso mental	773	859	815	916	807	885
Esquizofrenia, trastornos						
esquizotípicos y trastornos						
delirantes	177	207	219	261	299	347
Trastornos mentales y del						
comportamiento debidos al uso						
del alcohol	14	15	15	18	14	19
Demencia	1	1	2	2		
Juventud - trastornos mentales y						
del comportamiento	13025	14852	16448	20217	19691	22476

Curso de vida /	Año 2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	4483	4952	5188	6069	4962	5487
Trastornos del humor afectivos	3193	3607	4750	6005	6746	7666
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	2179	2713	2840	3686	3564	4280
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1337	1601	1545	1897	1813	2121
Otros trastornos mentales y del comportamiento	1167	1250	1385	1656	1672	1890
Retraso mental	519	563	580	703	770	835
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	141	160	118	158	128	158
Demencia	6	6	42	43	36	39
Adulthood - trastornos mentales y del comportamiento	37118	41671	44094	52832	58749	65669
Trastornos del humor afectivos	12631	14196	16644	20328	26334	29353

Curso de vida /	Año 2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	13972	15318	14860	17134	17084	18825
Otros trastornos mentales y del comportamiento	3259	3602	3800	4579	4356	4912
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	2963	3305	3541	4052	4439	4891
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	2590	3338	3381	4457	4086	4883
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	650	826	705	983	974	1231
Retraso mental	863	882	923	1026	1189	1268
Demencia	190	204	240	273	287	306
Vejez - trastornos mentales y del comportamiento	22693	24800	30138	34910	41223	46263
Trastornos del humor afectivos	6944	7529	10116	11403	15661	16894

Curso de vida /	Año 2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	6803	7300	7177	7913	7557	8216
Demencia	3741	4010	4897	5424	7421	7783
Otros trastornos mentales y del comportamiento	3472	3975	5607	7374	7312	9705
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1000	1141	1457	1755	2069	2224
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	456	516	475	558	449	509
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	175	223	257	318	537	703
Retraso mental	102	106	152	165	217	229

Fuente: RIPS. Secretaría de salud de Medellín

Urgencias

En urgencias se registraron un total de 6.292 registros asociados a los trastornos mentales y del comportamiento. El 55,2% de las urgencias realizadas correspondieron a mujeres y el resto a hombres.

En lo que respecta a los cinco principales diagnósticos se observa que, los trastornos del humor (afectivos) ocupan el primer lugar con el 37% (2.332), en segundo lugar están los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con el 22% (1.370); y en tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas con el 14% (887); en cuarto lugar los trastornos relacionados con esquizofrenia como el trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes con un 13% (826) y por último el delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas con un 4% (225). Estos 5 grupos representan el 93% de todas las urgencias registradas en el año 2018p.

Tabla 5. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Urgencias Medellín 2018p.

Dx CIE-10	Hombres	%Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total	%Total
F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer	14	0,50%	26	0,75%	40	0,64%
F01 Demencia vascular	7	0,25%	8	0,23%	15	0,24%
F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar	4	0,14%	3	0,09%	7	0,11%

Dx CIE-10	Hombres	%Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total	%Total
F03 Demencia sin especificación	36	1,28%	30	0,86%	66	1,05%
F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas	0	0,00%	1	0,03%	1	0,02%
F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas	97	3,45%	128	3,68%	225	3,58%
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática	27	0,96%	36	1,04%	63	1,00%
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	3	0,11%	3	0,09%	6	0,10%
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación	76	2,70%	129	3,71%	205	3,26%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	610	21,68%	277	7,96%	887	14,10%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	526	18,69%	300	8,63%	826	13,13%

Dx CIE-10	Hombres	%Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total	%Total
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	882	31,34%	1.450	41,69%	2.332	37,06%
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	405	14,39%	965	27,75%	1.370	21,77%
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	35	1,24%	43	1,24%	78	1,24%
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	30	1,07%	34	0,98%	64	1,02%
F70-F79 Retraso mental	16	0,57%	13	0,37%	29	0,46%
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico	7	0,25%	2	0,06%	9	0,14%
F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	34	1,21%	24	0,69%	58	0,92%
F99 Trastorno mental sin especificación	5	0,18%	6	0,17%	11	0,17%

Dx CIE-10	Hombres	%Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total	%Total
Totales	2.814	100%	3.478	100%	6.292	100%

Fuente: RIPS Secretaría de Salud Medellín, 2018p (preliminar)

Al indagar por cada curso de vida y en referencia por todas las personas y urgencias realizadas en trastornos mentales y del comportamiento se encuentra que, el 43,4% de las consultas son realizadas en el curso de vida de la adultez que va de 29 a 59 años, seguido de las urgencias en la juventud con un 26,4%. Porcentaje similar cuando se indaga por el número de personas.

Tabla 6. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Urgencias, Medellín 2018p.

Curso de vida	Número de personas atendidas	% personas	Número de atenciones	% atenciones
Primera infancia	14	0,3%	14	0,2%
Infancia	114	2,1%	122	1,9%
Adolescencia	614	11,4%	750	11,9%
Juventud	1.443	26,8%	1.658	26,4%
Adultez	2.315	43,0%	2.731	43,4%
Vejez	883	16,4%	1.017	16,2%
Total general	5.383	100,0%	6.292	100,0%

Fuente: RIPS - Secretaría de salud de Medellín, 2018p (preliminar).

Respecto a la indagación por cursos de vida más desagregada, se observa que en el año 2018 en el servicio de urgencias en el curso de vida de primera infancia y vejez, el trastorno más consultado fue “Otros Trastornos Mentales y del Comportamiento” con el mayor número de urgencias y personas atendidas; en la infancia los “trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos”; en la juventud, adolescencia y la adultez los “trastornos del humor afectivos”.

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

Tabla 7. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de urgencias por curso de vida, Medellín 2016-2018p.

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Primera infancia - trastornos mentales y del comportamiento	10	10	11	16	14	14
Otros trastornos mentales y del comportamiento	6	6	2	2	6	6
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	3	3	3	4	5	5

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos						
	1	1	3	3	2	2
Retraso mental						
			2	6		
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes						
			1	1		
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol						
					1	1
Infancia - trastornos mentales y del comportamiento						
	68	79	65	75	114	122
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos						
	23	28	30	34	28	29
Otros trastornos mentales y del comportamiento						
	21	24	15	16	40	45
Trastornos del humor afectivos						
	18	21	14	16	34	35
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes						
			3	4	5	6

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	2	2	3	5	4	4
Retraso mental	4	4			2	2
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol					1	1
Adolescencia - trastornos mentales y del comportamiento	307	393	397	491	614	750
Trastornos del humor afectivos	131	184	140	175	268	324
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	68	85	95	119	117	147
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	43	50	61	70	104	120
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	27	32	41	59	62	82
Otros trastornos mentales y del comportamiento	25	29	53	61	50	60

Año	2016		2017		2018	
Curso de vida /	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	7	7	2	2	8	9
Retraso mental	6	6	5	5	5	8
Juventud - trastornos mentales y del comportamiento	765	912	966	1170	1443	1658
Trastornos del humor afectivos	273	342	381	471	560	645
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomoros	137	152	198	221	315	346
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	152	197	186	245	210	268
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	133	146	126	150	259	292
Otros trastornos mentales y del comportamiento	26	28	49	56	57	63
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	38	38	23	24	36	38

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Retraso mental	6	9	3	3	6	6
Adulthood - mental disorders and behavior						
comportamiento	1280	1592	1460	1724	2315	2731
Trastornos del humor afectivos	552	723	610	728	943	1136
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	308	359	368	399	631	671
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	152	199	178	246	285	400
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	143	165	168	185	238	269
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	80	94	53	68	90	104
Otros trastornos mentales y del comportamiento	37	41	80	95	114	130
Retraso mental	6	9	1	1	8	13
Demencia	2	2	2	2	6	8

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Vejez - trastornos mentales y del						
comportamiento	528	627	746	843	883	1017
Otros trastornos mentales y del						
comportamiento	192	206	347	381	369	416
Trastornos del humor afectivos	130	175	144	178	158	192
Trastornos neuróticos, trastornos						
relacionados con el estrés y trastornos						
somatomorfos	79	93	103	109	162	175
Demencia	52	60	76	88	97	120
Esquizofrenia, trastornos						
esquizotípicos y trastornos delirantes	50	66	46	54	56	70
Trastornos mentales y del						
comportamiento debido al uso del						
alcohol	13	15	16	17	22	22
Trastornos mentales y del						
comportamiento debido al uso de						
otras sustancias psicoactivas	11	11	13	15	19	22
Retraso mental	1	1	1	1		

Fuente: RIPS – Secretaría de Salud de Medellín, 2016- 2018p (preliminar).

Hospitalización

En hospitalización se registraron un total de 3.331 registros asociados a los trastornos mentales y del comportamiento. El 52,8% de las hospitalizaciones correspondieron a hombres y el resto a mujeres, situación diferente a lo encontrado en consulta externa y urgencias, similar a lo reportado en el año 2017.

En lo que respecta a los cinco principales diagnósticos se observa que, los trastornos del humor (afectivos) ocupan el primer lugar con el 37% (1.236), en segundo lugar están los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas con el 18% (592); en tercer lugar el trastorno esquizotípico, la esquizofrenia y los trastornos de ideas delirantes con un 17% (554); en cuarto lugar el trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación con un 8% (280) y en el último lugar el delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas con un 7% (3233). Estos 5 grupos representan el 87% de todas las hospitalizaciones registradas en el año 2018p.

Tabla 8. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de hospitalización, Medellín 2018p.

Dx CIE-10	Hombres	%Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total	%Total
F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer	7	0,40%	15	0,96%	22	0,66%
F01 Demencia vascular	1	0,06%	2	0,13%	3	0,09%
F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar	5	0,28%	3	0,19%	8	0,24%

Dx CIE-10	Hombres	%Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total	%Total
F03 Demencia sin especificación	29	1,65%	36	2,29%	65	1,95%
F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas	0	0,00%	2	0,13%	2	0,06%
F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas	96	5,45%	137	8,73%	233	6,99%
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática	12	0,68%	12	0,76%	24	0,72%
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	1	0,06%	5	0,32%	6	0,18%
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación	127	7,21%	153	9,75%	280	8,41%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	476	27,01%	116	7,39%	592	17,77%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	356	20,20%	198	12,62%	554	16,63%

Dx CIE-10	Hombres	%Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total	%Total
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos).	548	31,10%	688	43,85%	1.236	37,11%
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	49	2,78%	155	9,88%	204	6,12%
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	1	0,06%	9	0,57%	10	0,30%
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	14	0,79%	15	0,96%	29	0,87%
F70-F79 Retraso mental	20	1,14%	9	0,57%	29	0,87%
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico	2	0,11%	1	0,06%	3	0,09%
F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	15	0,85%	9	0,57%	24	0,72%
F99 Trastorno mental sin especificación	3	0,17%	4	0,25%	7	0,21%
Totales	1.762	100%	1.569	100%	3.331	100%

Fuente: RIPS – Secretaría de Salud de Medellín 2018p (prelimiar)

Al indagar por cada curso de vida y en referencia a todas las personas y hospitalizaciones realizadas en trastornos mentales y del comportamiento se encuentra que, el 40,7% de las consultas son realizadas por el curso de vida de adultez que va de 29 a 59 años, seguido de las hospitalizaciones en la vejez con un 27,5% y cerca de la juventud con el 24%. Porcentaje similar cuando se indaga por el número de personas.

Tabla 9. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de hospitalización, Medellín 2018p.

Curso de vida	Número de personas atendidas	%Personas	Número de atenciones	%Atenciones
Primera infancia	4	0,1%	4	0,1%
Infancia	20	0,7%	24	0,7%
Adolescencia	206	7,1%	232	7,0%
Juventud	721	24,9%	799	24,0%
Adultez	1.184	40,9%	1.355	40,7%
Vejez	763	26,3%	917	27,5%
Total general	2.898	100,0%	3.331	100,0%

Fuente: RIPS – Secretaría de Salud de Medellín, 2018p (preliminar)

Respecto a la indagación por cursos de vida más desagregada, se observa que, en el año 2018 en el servicio de hospitalización en el curso de vida de primera infancia y vejez el trastorno más consultado fue “otros trastornos mentales y del comportamiento” con el mayor número de hospitalizaciones y personas atendidas; en la infancia los “trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos”; en la juventud, la adolescencia y la adultez los “trastornos del humor afectivos”, comportamiento similar a las urgencias.

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

Tabla 10. Distribución de frecuencias de diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de hospitalización por curso de vida, Medellín 2016-2018p.

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Primera infancia - trastornos mentales y del comportamiento	6	6	8	12	4	4
Otros trastornos mentales y del comportamiento	3	3	3	3	2	2
Trastornos mentales y del comportamiento Debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	3	3	1	1	2	2
Retraso mental			2	6		

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos						
			1	1		
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes						
			1	1		
Infancia - trastornos mentales y del comportamiento						
	33	37	43	48	20	24
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos						
	6	6	23	26	3	3
Otros trastornos mentales y del comportamiento						
	11	15	9	9	9	10
Trastornos del humor afectivos						
	10	10	9	10	4	5
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes						
					2	2
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas						
	2	2	2	3	1	1

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Retraso mental	3	3			1	3
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	1	1				
Adolescencia -trastornos mentales y del comportamiento	191	204	290	329	206	232
Trastornos del humor afectivos	60	68	98	114	62	70
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	66	68	74	76	68	73
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	19	20	46	54	19	24
Otros trastornos mentales y del comportamiento	21	21	45	51	25	29
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	19	21	22	28	25	29
Retraso mental	5	5	5	6	6	6

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Trastornos mentales y del						
comportamiento debido al uso del	1	1			1	1
alcohol						
Juventud -trastornos mentales y	526	588	782	966	721	799
del comportamiento						
Trastornos del humor afectivos	176	199	295	377	284	314
Esquizofrenia, trastornos						
esquizotípicos y trastornos	131	156	223	278	159	178
delirantes						
Trastornos mentales y del						
comportamiento debido al uso de	164	174	178	196	213	232
otras sustancias psicoactivas						
Trastornos neuróticos, trastornos						
relacionados con el estrés y	33	35	48	64	36	44
trastornos somatomorfos						
Otros trastornos mentales y del						
comportamiento	7	9	26	37	13	15
Trastornos mentales y del						
comportamiento debido al uso del	11	11	8	9	7	7
alcohol						

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Retraso mental	4	4	4	5	9	9
Adulthood - trastornos mentales y del comportamiento	735	797	1095	1376	1184	1355
Trastornos del humor afectivos	271	293	478	609	580	656
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	128	140	225	315	226	287
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	183	188	195	218	184	192
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	64	75	78	89	84	97
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	63	68	63	71	52	57
Otros trastornos mentales y del comportamiento	21	24	42	58	42	47
Demencia	4	8	10	12	6	9
Retraso mental	1	1	4	4	10	10

Año	2016		2017		2018	
	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones
Curso de vida /						
Vejez - trastornos mentales y del comportamiento	488	573	775	917	763	917
Otros trastornos mentales y del comportamiento	233	262	450	525	436	515
Trastornos del humor afectivos	98	121	143	174	165	191
Demencia	52	64	71	89	59	89
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	38	48	53	63	44	58
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	37	42	25	28	31	36
Trastornos mentales y del comportamiento Debidos al uso del alcohol	17	21	18	19	22	22
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	11	13	14	18	5	5
Retraso mental	2	2	1	1	1	1

Fuente: RIPS – Secretaría de Salud de Medellín, 2016-2018p (preliminar).

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 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 Organización Mundial de la Salud (OMS) en su boletín de salud mental 2018 estima que, “la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas se encuentra entre el 3% y 5 %; en el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio.”

En Colombia, el intento de suicidio es un evento de notificación obligatoria desde 2016. La información que se tiene anterior a esta fecha proviene de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), integrada al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Las cifras muestran un incremento substancial en la tasa nacional del intento de suicidio. En 2009 fue de 1,8 por 100.000 habitantes y en 2017, de 52,4, según la cifra preliminar reportada por el SIVIGILA, lo cual podría tener su origen en el subregistro así como también en un incremento real del evento. Para el año 2017, los departamentos con tasas más altas fueron Vaupés, Putumayo, Caldas, Huila, y Arauca. El SIVIGILA reportó en el 2016 que se presentaron 17.587 intentos de suicidio, y en el 2017 fueron 28.835, con un incremento

del 47% de un año a otro. En general, las mujeres son quienes intentan suicidarse con mayor frecuencia en razón de 2 mujeres por cada hombre.

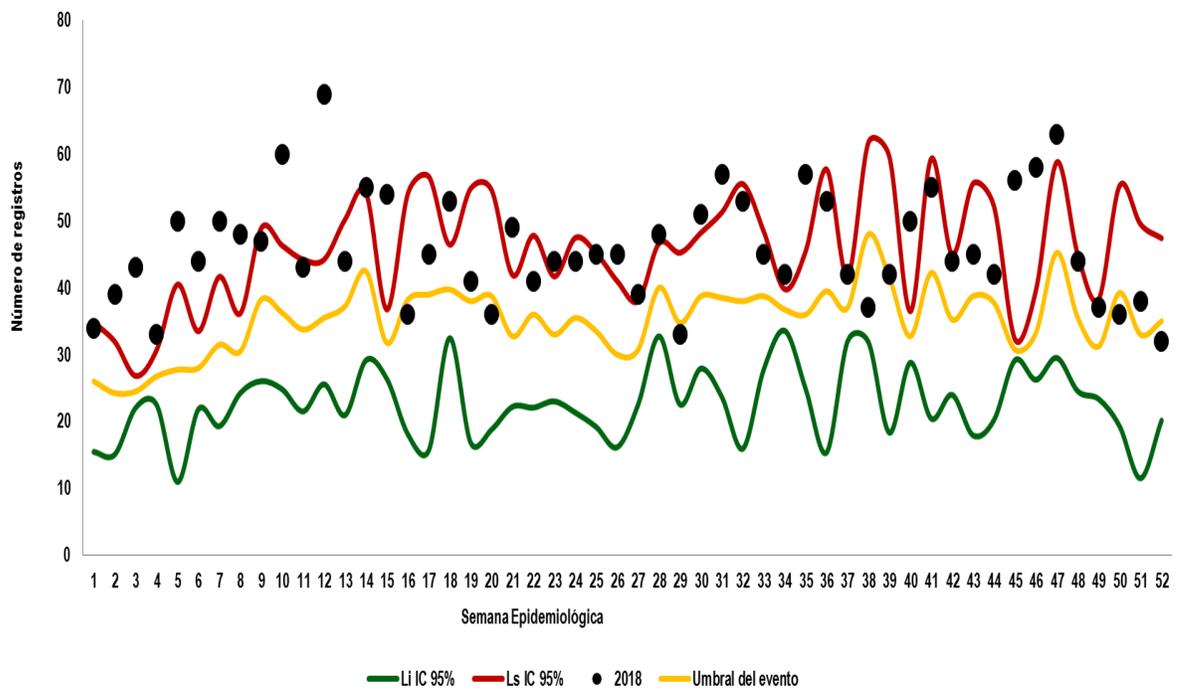
Para Medellín en el año 2018, se notificaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológica 2.269 intentos de suicidio, con una tasa anual de 90 casos por 100 mil habitantes, además se estima que ocurrieron 6 intentos de suicidio cada día, dato similar a lo notificado en el año 2017. En la ciudad desde el año 2011 a 2018 se han notificado en promedio 1.825 casos. La variación porcentual para este año, muestra una disminución de 1,5% ya que en el año 2017 se registraron 2.303 casos.

Tabla 11. Registro histórico de casos de intento de suicidio Medellín. 2011-2018.

Año	Intentos	Razón	Tasa	Casos por día	Variación
2018	2269	98,5	89,7	6	-1,5%
2017	2303	119,1	91,8	6	19,1%
2016	1934	118,4	77,8	5	18,4%
2015	1633	108,8	66,3	4	8,8%
2014	1501	88,5	61,5	4	-11,5%
2013	1696	89,7	70,2	5	-10,3%
2012	1891	138,3	79,0	5	38,3%
2011	1367		57,7	4	

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, 2011-2018.

Como la ciudad de Medellín vigila este evento desde el año 2011, se pudo realizar el canal endémico tomando datos de los últimos 5 años de notificación, es importante anotar que un paciente puede presentar más de un intento de suicidio en el mismo año, por lo tanto el total se refiere al número de intentos de suicidios y no al número personas. Como se observa en la siguiente figura, en más del 70,0% de las semanas epidemiológicas se mantuvieron en situación de alerta, es decir estuvieron por encima de los casos esperados para la ciudad.

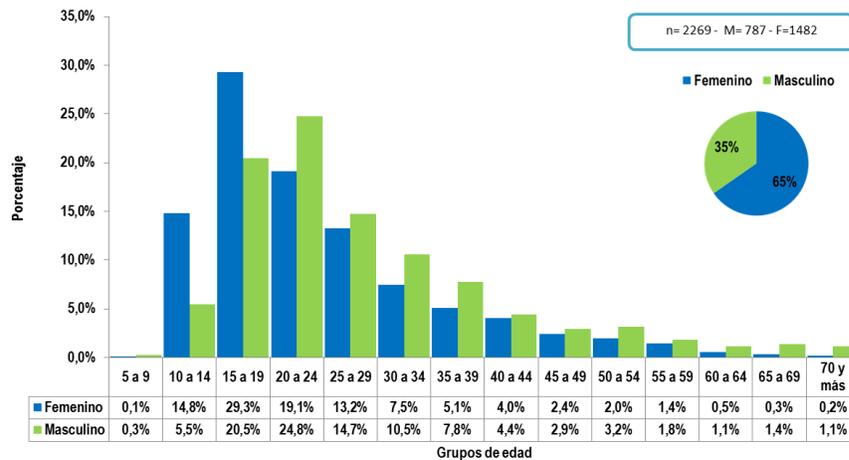


Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud de Medellín, 2018.

Figura 8. Canal endémico para intento de suicidio. Medellín, 2018.

Cada año, el número de intento en mujeres es superior al de los hombres, para el año 2018 fue de 65%; es decir que, por cada intento de suicidio en un hombre se presentan 2 intentos de suicidio en mujeres.

Respecto a la edad, el 59% de las personas que lo intentaron tenían menos de 24 años para ambos sexos y en mujeres el 44,2% era menor de 19 años. Se observa un incremento considerable en la población femenina de 15 a 19 años y en la masculina entre 20 a 24 años. De forma acumulada el 72,8% de los casos fueron personas que tenían 29 años o menos.



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

Figura 9. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según edad y sexo. Medellín, 2018.

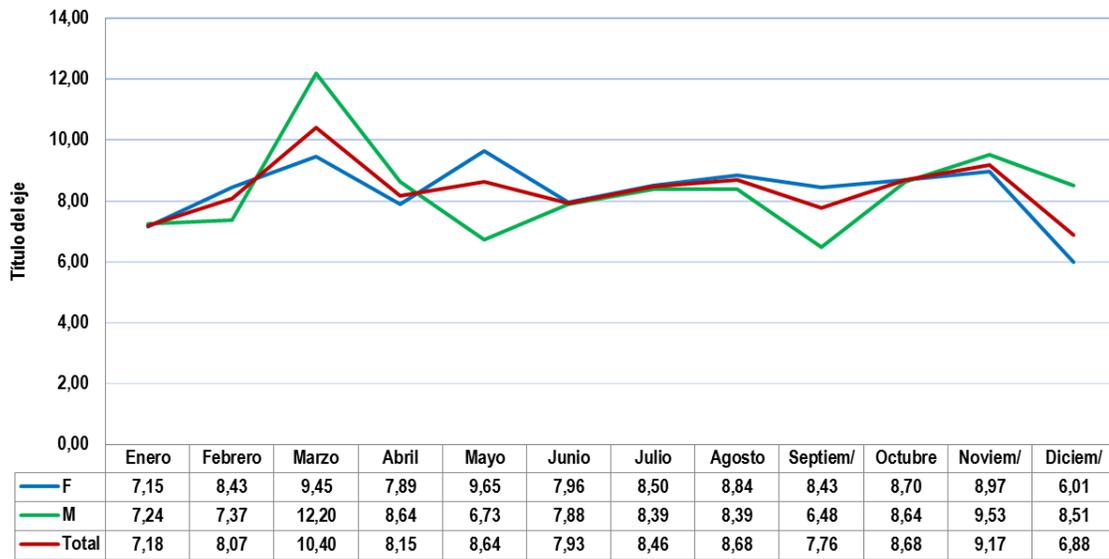
Por curso de vida se observa que, en la ciudad no se presentaron casos en la primera infancia, sin embargo un 1,4% de los intentos (31) estuvieron entre los 6 y 11 años, el 69,2% de los intentos se encontraban entre la adolescencia y la juventud, siendo la juventud quien tiene mayor peso porcentual tanto 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, 2018.

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ciclo de vida						
Primera						
infancia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0
Infancia	20	1,3%	11	1,4%	31	1,4
Adolescencia	486	32,8%	132	16,8%	618	27,2
Juventud	599	40,4%	354	45,0%	953	42,0
Adultez	361	24,4%	261	33,2%	622	27,4
Adulto Mayor	16	1,1%	29	3,7%	45	2,0
Total	1482	100%	787	100%	2269	100,00

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA, 2018.

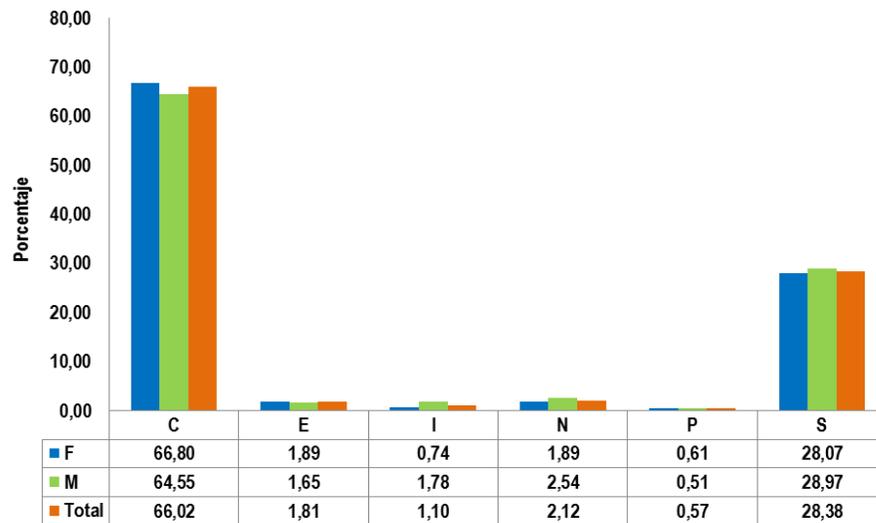
Al analizar el mes de ocurrencia, los meses con mayor número de casos reportados en SIVIGILA son marzo, noviembre, agosto y octubre con un promedio de 209 casos. Es de anotar que octubre sigue siendo un mes de alta notificación desde el año 2012 y se debe tomar especial atención para las medidas de detección temprana. También se observa una tendencia al aumento desde el mes de marzo que desciende en abril para ambos sexos.



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

Figura 10. Distribución del número de casos de intento de suicidio según mes y sexo, Medellín, 2018.

Igual que en años anteriores, el 96,78% de las personas que son notificadas en el SIVIGILA se encontraban dentro del Sistema General de Seguridad Social o pertenecían algún régimen; principalmente al sistema contributivo un 66,02% y al subsidiado en un 28,38%. Se encontraron 73 personas (3,2%) no afiliadas al sistema, en especial hombres.



*(C=Contributivo S=Subsidiado I=Indeterminado, pendiente, E=Especial N=No Afiliado P=Pensionado)

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Figura 11. Distribución porcentual de los casos de intento suicida por régimen de afiliación, Medellín 2018.

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 en las tablas que se presentan a continuación el porcentaje corresponde al total de intentos de suicidio por ese método y al total de casos notificados (2.269).

Al identificar el mecanismo utilizado en todas las personas notificadas al igual que ha ocurrido desde años atrás, las personas que se intentan suicidar en la ciudad de Medellín, lo realizan por el método de intoxicación (77%). Es por esto que como medida preventiva en las residencias con medicación de adultos y adultos mayores; y pacientes con alguna afectación de la salud mental que sean medicados, debe tenerse especial atención, ya que son medicamentos con lugares comunes de almacenamiento lo que requiere de acciones preventivas frente a ellos.

Como segundo mecanismo más utilizado por las personas que se intentan suicidar, se encuentra el arma corto punzante.

Tabla 13. Distribución proporcional de casos, según mecanismo utilizado, en todos los casos. Medellín. 2018.

Mecanismo	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	% Total
Ahorcamiento	36	2,4%	68	8,6%	104	4,6%
Arma corto punzante	243	16,4%	155	19,7%	398	17,5%
Arma de fuego	5	0,3%	7	0,9%	12	0,5%
Inmolación	10	0,7%	1	0,1%	11	0,5%
Lanzamiento al vacío	46	3,1%	37	4,7%	83	3,7%
Lanzamiento a vehículo	14	0,9%	17	2,2%	31	1,4%
Lanzamiento al agua	8	0,5%	5	0,6%	13	0,6%
Intoxicación	1204	81,2%	543	69,0%	1747	77,0%

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica - SIVIGILA Medellín, 2018.

Al identificar el mecanismo utilizado en los menores de edad notificados, se identifica que no hay muchas variaciones respecto a todas las personas notificadas, el método de la intoxicación sigue sobresaliendo con un 74,3% siendo superior en términos porcentuales en el sexo femenino que en el masculino; seguidamente se encuentra el arma corto punzante con un 22% global y superior en términos porcentuales en el sexo masculino que en el femenino y en tercer lugar el método de ahorcamiento con un 4,3%, que igual que el arma corto punzante es superior en el sexo masculino que femenino.

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 2018, se encontró que 40,8% (726) de todos las notificaciones presentaron intentos previos y ese porcentaje es superior a lo notificado en el año 2017 y muy similar tanto en sexo masculino que en el femenino.

Tabla 14. Distribución proporcional de casos, según intentos previos Medellín. 2018.

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
Intentos previos /	n	%	n	%	n	%
Sí	609	41,09	317	40,28	926	40,81
No	873	58,91	470	59,72	1343	59,19
Total	1482	100,00	787	100,00	2269	100,00

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

De los 926 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 el 45% las personas mencionaron que los principales factores desencadenantes fueron en su orden, los conflictos de pareja y los problemas económicos. Cuando este mismo análisis se realiza para evaluar menores y mayores de edad, se encuentra que en menores de edad los principales factores desencadenantes son en su orden conflictos con pareja o expareja y problemas escolares; estos dos representan el 35,1%. Es necesario poner especial atención al dato sobre los menores de edad relacionados con conflictos de pareja y enfocar acciones en manejo de conflictos en el entorno escolar. En mayores de edad el comportamiento es similar al de todos los casos donde los conflictos de pareja y problemas económicos representan el 54,4%.

Tabla 15. Distribución proporcional de casos, según factor desencadenante. Medellín. 2018.

Factores desencadenantes	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	% Total
Conflictos con pareja o expareja	544	36,7%	244	31,0%	788	34,7%
Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	104	7,0%	76	9,7%	180	7,9%
Problemas económicos	131	8,8%	109	13,9%	240	10,6%
Muerte de familiar	67	4,5%	28	3,6%	95	4,2%
Problema escolar/ educación	111	7,5%	36	4,6%	147	6,5%
Problema legal	30	2,0%	26	3,3%	56	2,5%
Suicidio familiar amigo	9	0,6%	7	0,9%	16	0,7%
Maltrato físico, psicológico o sexual	85	5,7%	30	3,8%	115	5,1%

Problema laboral	30	2,0%	45	5,7%	75	3,3%
------------------	----	------	----	------	----	------

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Al analizar los factores de riesgo a nivel general, se observa que, la idea suicida fue la más frecuente con un 35%, porcentaje que se comporta de manera similar entre el sexo masculino y el femenino, lo sigue el consumo de sustancias psicoactivas con el 18,6% superior en el sexo masculino con un 31,5% con respecto al sexo femenino con un 11,7%.

Frente a los menores de 18 años y mayores de 18 los comportamientos son similares al grupo general, donde los dos primeros factores de riesgo son la idea suicida y el consumo de SPA. El comportamiento por sexo es similar al comportamiento del nivel general. Sin embargo es importante resaltar que en menores de edad se reportó abuso de alcohol como factor de riesgo en un 2% y antecedentes de abuso o violación en un 6%.

Tabla 16. Distribución proporcional de casos, según factores de riesgo. Medellín. 2018.

Factores de riesgo	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	% Total
Consumo de SPA	174	11,7%	248	31,5%	422	18,6%
Antecedente familiar	75	5,1%	31	3,9%	106	4,7%
Idea suicida	511	34,5%	290	36,8%	801	35,3%
Plan organizado de suicidio	140	9,4%	74	9,4%	214	9,4%
Antecedente violación abuso	55	3,7%	21	2,7%	76	3,3%
Abuso Alcohol	48	3,2%	73	9,3%	121	5,3%

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Cuando se analizan los antecedentes psiquiátricos en las notificaciones se identificó que, el 43,3% reportó que tenía un trastorno psiquiátrico, al desagregar el tipo de trastorno se encontró que en el 89,9% de las notificaciones este trastorno correspondió al trastorno depresivo, seguido del trastorno bipolar 13,5%; por sexo las mujeres presentan mayor trastorno depresivo con un 91,6% y los hombres un 88,9%. En menores de 18 años el 38% reportó un trastorno psiquiátrico, siendo el trastorno depresivo fue el más frecuente. Este porcentaje es similar en el sexo masculino y femenino. En mayores de edad el comportamiento es similar al de la población general.

Tabla 17. Distribución proporcional de casos, según antecedentes de trastorno psiquiátrico. Medellín. 2018.

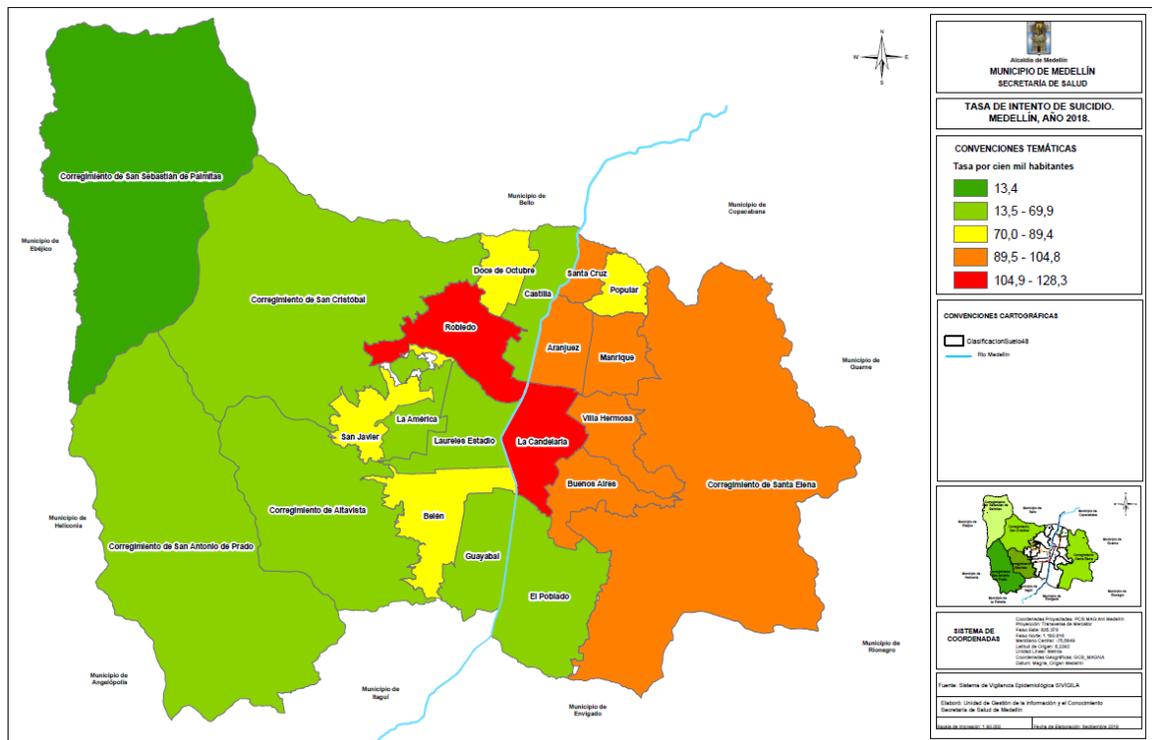
Antecedentes de trastorno psiquiátrico	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	% Total
Trastornos psiquiátricos	634	42,8%	349	44,3%	983	43,3%
Trastorno depresivo	581	91,6%	293	84,0%	874	88,9%
Trastorno personalidad	44	6,9%	25	7,2%	69	7,0%
Trastorno bipolar	83	13,1%	50	14,3%	133	13,5%
Esquizofrenia	18	2,8%	34	9,7%	52	5,3%

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Respecto al análisis de las comunas es muy importante calcular la tasa de incidencia del evento ya que esta permite tomar acciones y priorizar las comunas con inclusión del factor poblacional, es decir, que indican aquellas que tienen un mayor riesgo. Aunque algunas comunas presentan muchos casos, su denominador poblacional no las ubica como comunas en riesgo.

Las comunas con mayor riesgo, es decir que se encuentran por encima de la tasa de ciudad que se ubicó en el 89,7 por cada 100 mil son: La Candelaria con una tasa de 128,3; Robledo con una tasa de 117,3; Buenos Aires con una tasa de 104,8; Villa Hermosa con una tasa de 100,7; Santa Cruz con una tasa de 98,2; Aranjuez con una tasa de 96,2; Manrique con una tasa de 94,6 y el corregimiento de Santa Elena con una tasa de 93,5.

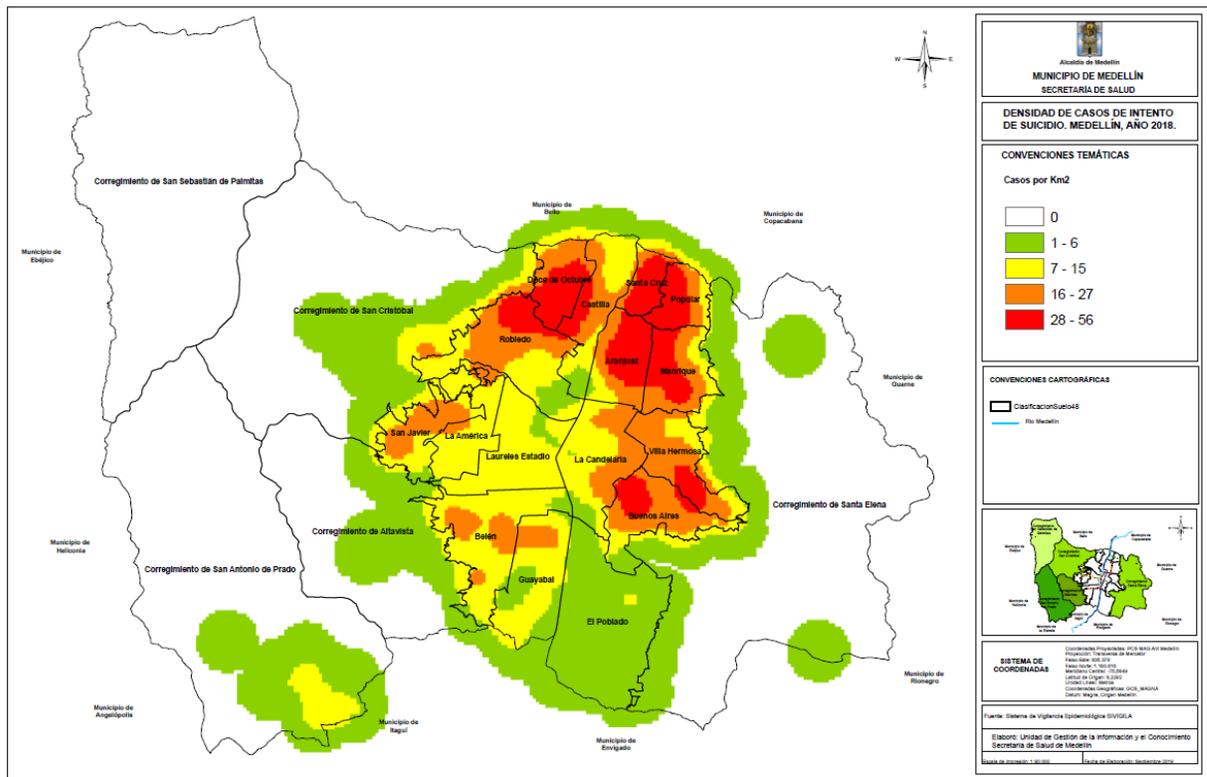
La siguiente figura corresponde a la semaforización de las comunas, de acuerdo a la tasa; identificando las tasas más altas de la ciudad en la categoría roja correspondiente a las comunas de La Candelaria y Robledo con tasas que van entre 104,9 - 128,3 por 100 mil habitantes siendo las más altas registradas; en la categoría naranja se encuentran las tasas entre 89,5 - 104,8 por cada 100 mil habitantes y cuyo límite es la tasa de ciudad.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Figura 12. Distribución de las tasas de incidencia para intento de suicidio en las comunas de Medellín 2018.

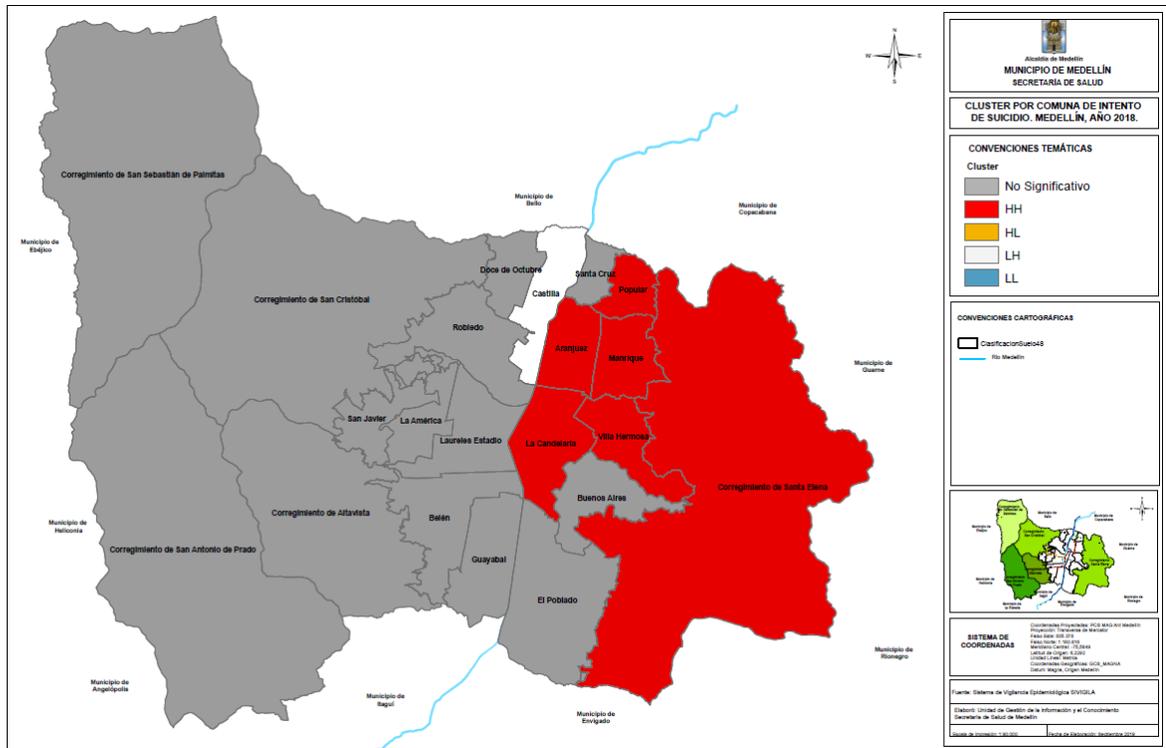
Al analizar los casos por kilómetro cuadrado se observa que los casos se están concentrado entre 28 y 56 casos por kilómetro cuadrado en las zonas más rojas; entre 16 y 27 casos por kilómetro cuadrado en las zonas naranja; entre 7 y 15 casos por kilómetro cuadrado en las zonas más amarillas y finalmente entre 1 y 6 casos por kilómetro cuadrado en las zonas de color verde.



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

Figura 13. Distribución de las densidades por kilómetro cuadrado de intento de suicidio en las comunas de Medellín. 2018.

Al realizar el análisis de clúster espacial que indica las comunas o corregimientos con mayor riesgo y con significancia estadística espacio temporal, se identificaron 7 comunas con nivel de riesgo alto: Popular, Aranjuez, Manrique, La Candelaria, Villa Hermosa y el corregimiento de Santa Elena.



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

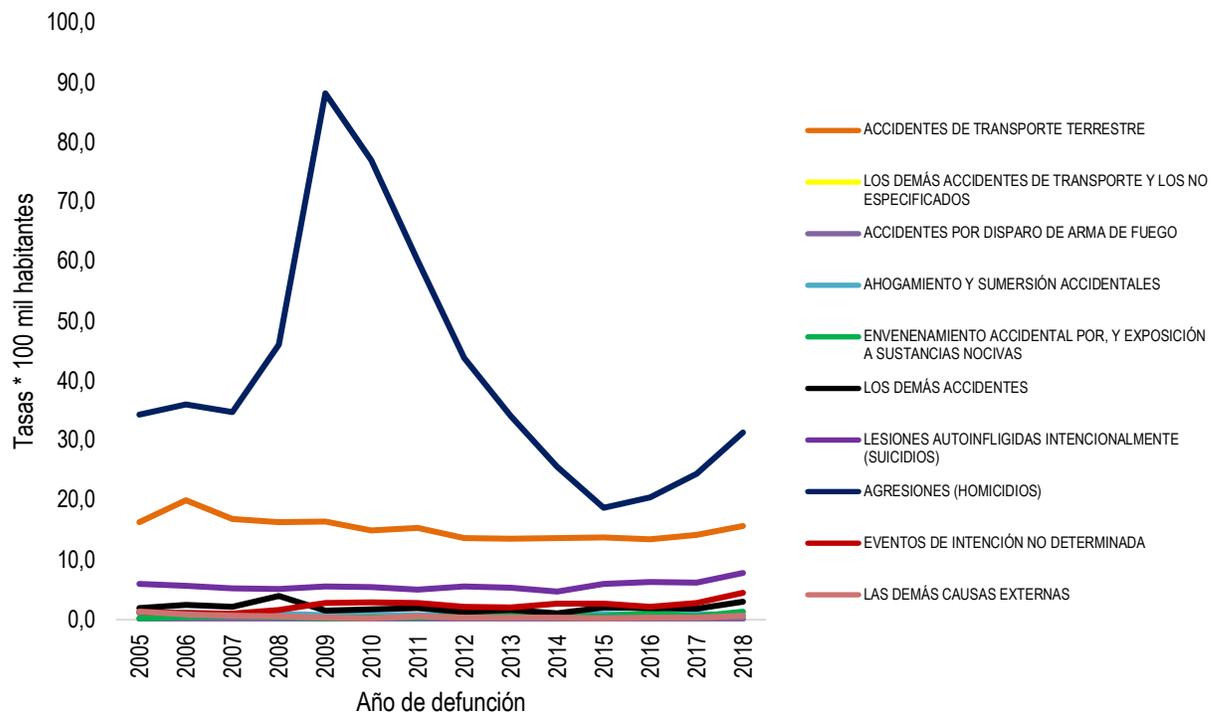
Figura 14. Clúster espacial de los barrios de intento de suicidio en los barrios de Medellín. 2018.

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 disponible (2018p).

La mortalidad específica por subgrupo de eventos de salud mental en el periodo de tiempo comprendido entre el 2005 y el 2019 presenta varias tendencias. La principal subcausa para todos los años evaluados son las agresiones u homicidios que presentan un comportamiento hacia el descenso hasta el año 2015 y luego se incrementan; en segundo lugar están los accidentes de transporte terrestre y en tercer lugar las lesiones autoinfligidas intencionalmente.

Dado que los homicidios y los suicidios presentaron tasas tan altas se desagregarán por cada uno de estos componentes más adelante.



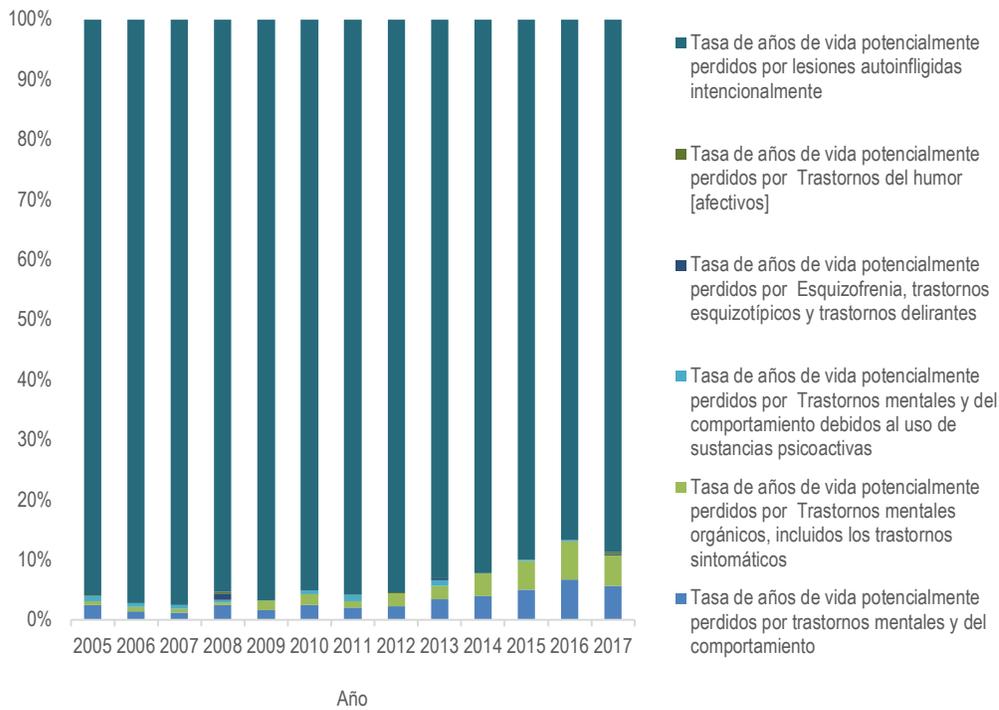
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) 2005-2018p (preliminar). Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín. Análisis por residencia habitual de los fallecidos, datos Medellín.

Figura 15. Tasa de mortalidad por causas externas, Medellín 2005 – 2018p.

2.1.2.1. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

Según la OMS, los Años de Vida Potencialmente Perdidos 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 la salud y conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables.

El análisis general del porcentaje representado en 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 AVPP por trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos se ha venido incrementando y en tercer lugar se encuentra la tasa de AVPP por trastornos del humor [afectivos].

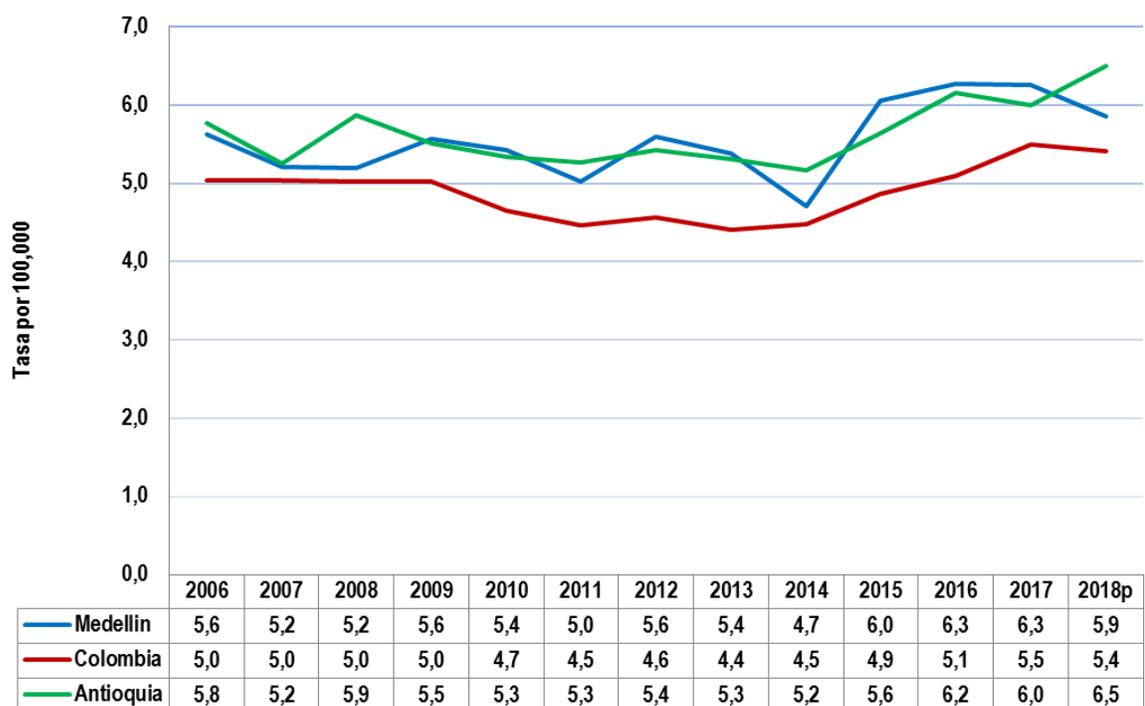


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Sistema de información de la Protección Social (SISPRO).

Figura 16. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por los índices de salud mental Medellín, 2005 – 2017.

2.1.2.2. Suicidio

En Medellín en el año 2018 se registraron un total de 148 suicidios que representan una tasa de 5,9 casos por cada 100 mil habitantes, mostrando un descenso frente a la tasa reportada en el año 2017 que fue de 6,3 por cada 100 mil. La siguiente figura indica que en el año 2018 Medellín tuvo una tasa inferior a la del departamento 5,9 por cada 100 mil contra 6,5 por cada 100 mil, sin embargo se aclara que los datos de 2018 son preliminares y sujetos ajuste por el DANE.



Datos Antioquia: Informe indicadores Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.

Datos Colombia: Instituto Nacional de Salud (INS). Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y discapacidad en Colombia e Informe Forensis 2018, p: Datos preliminares.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). 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.

Figura 17. Comparativo de las tasas de suicidio en Medellín, Antioquia y Colombia. Años 2006 a 2018 Medellín.

A continuación, se presentan las tasas de mortalidad por suicidio según comuna de residencia del fallecido, por cada 100 mil habitantes. Se identifica que las comunas con mayor tasa de suicidio en el año 2018p y que son superiores a la tasa municipal de 4,9 por cada 100 mil son: Popular con una tasa de 8,3 por cada 100

mil, seguida de Buenos Aires con una tasa de 8 por cada mil, en tercer lugar Castilla con 7,3 por cada 100 mil y en cuarto lugar El poblado con una tasa de 6,8 por cada 100 mil; también es importante resaltar que el corregimiento con la tasa más alta es Santa Elena con una tasa de 4,9 por cada 100 mil.

Tabla 18. Tasa de mortalidad por suicidio según comunas de la ciudad de Medellín, Año 2010-2018p.

Comuna residencia del fallecido	2010	2011	201	201	201	201	201	201	2018
	*	*	2	3	4	5	6	7	p
01 Popular	7,9	3,9	2,3	4,6	5,4	5,4	3,8	11,4	8,3
02 Santa Cruz	2,8	3,7	4,6	5,4	3,6	5,4	1,8	8,0	3,5
03 Manrique	11	5,1	6,4	6,3	4,4	5,6	8,7	8,1	5,6
04 Aranjuez	2,5	4,4	3,7	3,7	4,3	6,2	3,7	8,6	3,1
05 Castilla	5,5	4,8	4,7	3,4	2,7	5,3	2,7	4,0	7,3
06 Doce de Octubre	1,1	3,7	6,8	2,1	2,6	5,7	3,6	3,6	4,6
07 Robledo	4,3	6	7,2	4,7	5,9	4,1	7,5	2,9	2,8
08 Villa Hermosa	6,7	1,5	8,1	5,9	5,1	5,8	5,8	5,1	4,3
09 Buenos Aires	5,2	6,6	5,9	5,9	6,6	8	8	6,6	8,0
10 La Candelaria	15,3	10,6	7	7	4,7	8,2	16,4	4,7	5,8
11 Laureles Estadio	3,3	1,7	4,9	2,5	4,9	2,5	7,3	6,5	6,5
12 La América	3,2	3,2	4,2	6,3	8,3	3,1	2,1	3,1	5,1
13 San Javier	6,7	3	3,7	6,6	4,4	5,8	7,2	3,6	0,7
14 El Poblado	5,8	4,9	7,2	4,8	7,1	3,9	7,7	5,3	6,8
15 Guayabal	1,1	2,2	2,2	2,1	3,2	8,5	4,2	5,2	2,1

16 Belén	5,7	4,1	4,6	5,6	4,6	8,1	4,6	8,6	4,6
50 Corregimiento San Sebastián de Palmitas	0	21,1	0	0	0	0	0	14,2	0,0
60 Corregimiento de San Cristóbal	3,3	3,1	3	2,8	4	3,8	2,3	2,1	3,0
70 Corregimiento de Altavista	3,5	0	6,3	6	0	11	13,3	0,0	0,0
80 Corregimiento de San Antonio de Prado	2,6	4,8	3,4	4,2	2	5,5	6,2	3,4	3,3
90 Corregimiento de Santa Elena	0	0	25,2	0	0	0	10,6	10,2	4,9
Medellín	5,3	4,7	5,6	5,4	4,7	6	6,3	5,9	5,9

p: Datos preliminares.

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

Tres de las comunas antes mencionadas tuvieron incrementos respecto al año inmediatamente anterior (Castilla, Buenos Aires y El Poblado), por el contrario Popular y el corregimiento de Santa Elena tuvieron una disminución en la tasa respecto al año inmediatamente anterior, especialmente Santa Elena donde esa tasa pasó de 10,2 por cada 100 mil a 4,9 por cada 100 mil.

Al indagar en la información del certificado de defunción respecto a la manera como mueren las personas, las lesiones autoinfligidas intencionalmente por ahorcamiento son el principal método para todos los años en la serie y en el año 2018p fue de 61,5%, comparando el año 2017 se presenta una disminución respecto a este método. La segunda causa está relacionada con el envenenamiento autoinfligido intencionalmente. (Códigos CIE 10 - X60 a X69) que paso de 8% en el año 2017 a 18,2% en el año 2018p.

El tercer método más común son las lesiones autoinfligidas intencionalmente por disparo de armas de fuego (Códigos CIE 10 -X72 – X73 y X74), con un incremento para este periodo de 8% a un 10%.

Tabla 19. Número de casos de mortalidad por suicidio, según grandes grupos definidos por la OMS. Medellín 2012-2018p.

Grupo de causas	2010*	2011*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018p	2018p - %
<hr/>										
Lesión autoinfligida										
intencionalmente por ahorcamiento (Códigos CIE 10 - X70 y X71)	66	59	71	62	60	96	90	99	91	61,5%
<hr/>										
Lesión autoinfligida										
intencionalmente por disparo de armas de fuego. (Códigos CIE 10 -X72 – X73 y X74)	19	18	19	24	14	15	13	12	15	10,1%
<hr/>										
Lesión autoinfligida										
intencionalmente al saltar desde un lugar elevado. (Códigos CIE 10 -X80)	15	13	21	15	17	19	21	29	10	6,8%
<hr/>										
Envenenamiento autoinfligido										
intencionalmente. (Códigos CIE 10 - X60 – X61 – X62 –	21	19	16	22	20	11	25	12	27	18,2%
<hr/>										

Grupo de causas	2010*	2011*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018p	2018p - %
X63 – X64 – X65 – X66 – X67 – X68 y X69)										
Lesión autoinfligida										
intencionalmente por objeto cortante. (Códigos CIE 10 - X78)	1	2	5	4	3	4	3	2	4	2,7%
Lesiones autoinfligidas por otras causas y las no especificadas.	2	1	2	3	1	4	4	3	1	0,7%
Total	124	112	134	130	115	149	156	157	148	100,0%

P: Datos preliminares

* Las cifras 2010-2011 corresponden a fuente Secretaría de Salud de Medellín, debido a que hasta el año 2012 se implementó en la Secretaría el proceso de codificación de la causas de muerte, a partir de este año la fuente oficial es el DANE.

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

La edad promedio registrada fue de 35 años un año menos que el periodo anterior. Es de aclarar que este comportamiento varia en toda la conducta suicida (muertes e Intentos). La edad promedio en intentos puede ser menor que la muerte, de ahí radica la importancia de analizar toda la conducta suicida y no solo la muerte.

Tabla 20. Promedio de edad de las personas que murieron por suicidio en la ciudad de Medellín, Año 2010 – 2018p.

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
2018p	35	148

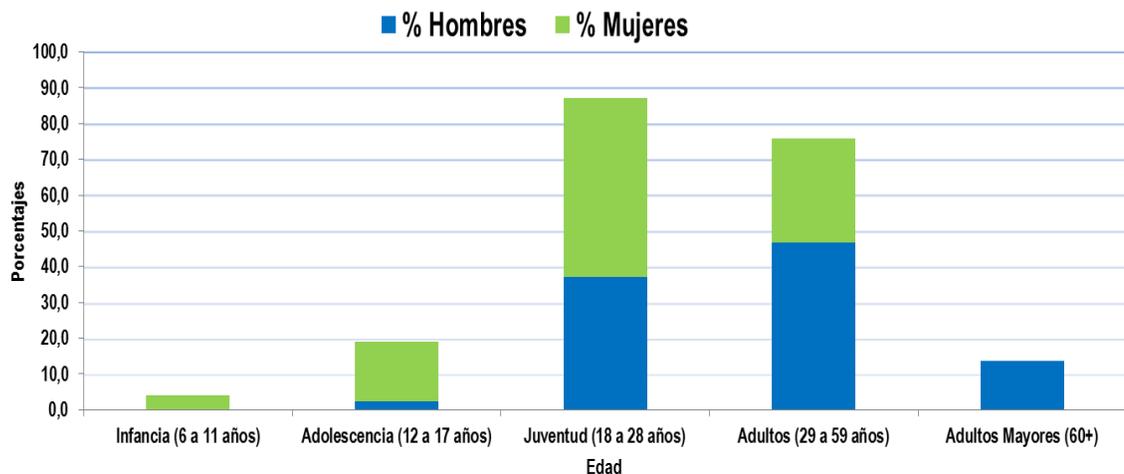
p: Datos preliminares.

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

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). 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; estos dos cursos de vida representan el 83,9% de la mortalidad por suicidio en hombres. Llama la atención que en adultos mayores no se registran casos en mujeres.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Secretaría de Salud de Medellín. 2018p (preliminar).

Figura 18. Distribución proporcional de suicidios, según curso de vida Medellín, 2018p

Al calcular las tasas por curso de vida se identifica que por cada 100 mil jóvenes hombres se suicidan 22, siendo la tasa más alta en todos los cursos de vida diferenciados por sexo, en mujeres la tasa más alta también se registró en este curso de vida con 6 muertes por cada 100 jóvenes mujeres.

Tabla 21. Tasas de suicidio por curso de vida, Medellín 2018p.

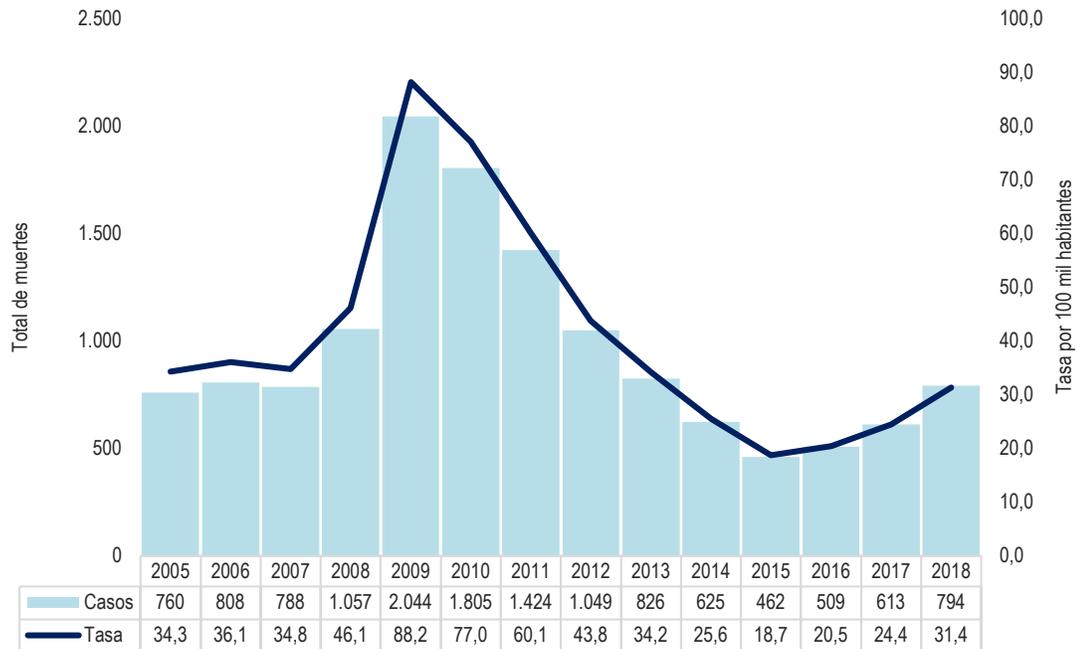
Curso de Vida	Tasa -		
	Hombres	Tasa - Mujeres	Tasa - total
Primera infancia (0 a 5 años)	0,0	0,0	0,0
Infancia (6 a 11 años)	0,0	1,1	0,6
Adolescencia (12 a 17 años)	3,04	4,3	3,6
Juventud (18 a 28 años)	22,06	5,9	14,0
Adultos (29 a 59 años)	11,06	1,1	5,7
Adultos Mayores (60+)	9,64	0,0	3,9

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Secretaría de Salud de Medellín, 2018p (preliminares).

2.1.2.3. Homicidios

El comportamiento de la mortalidad por homicidios registra, entre en el año 2005 – 2018, unas tasas que fluctúan entre 88,2 y 18,7 por cada 100 mil habitantes, siendo el año 2009, la más alta en el periodo de tiempo analizado. No obstante, la tasa muestra un descenso progresivo con una tasa de 18,7 para en el 2015

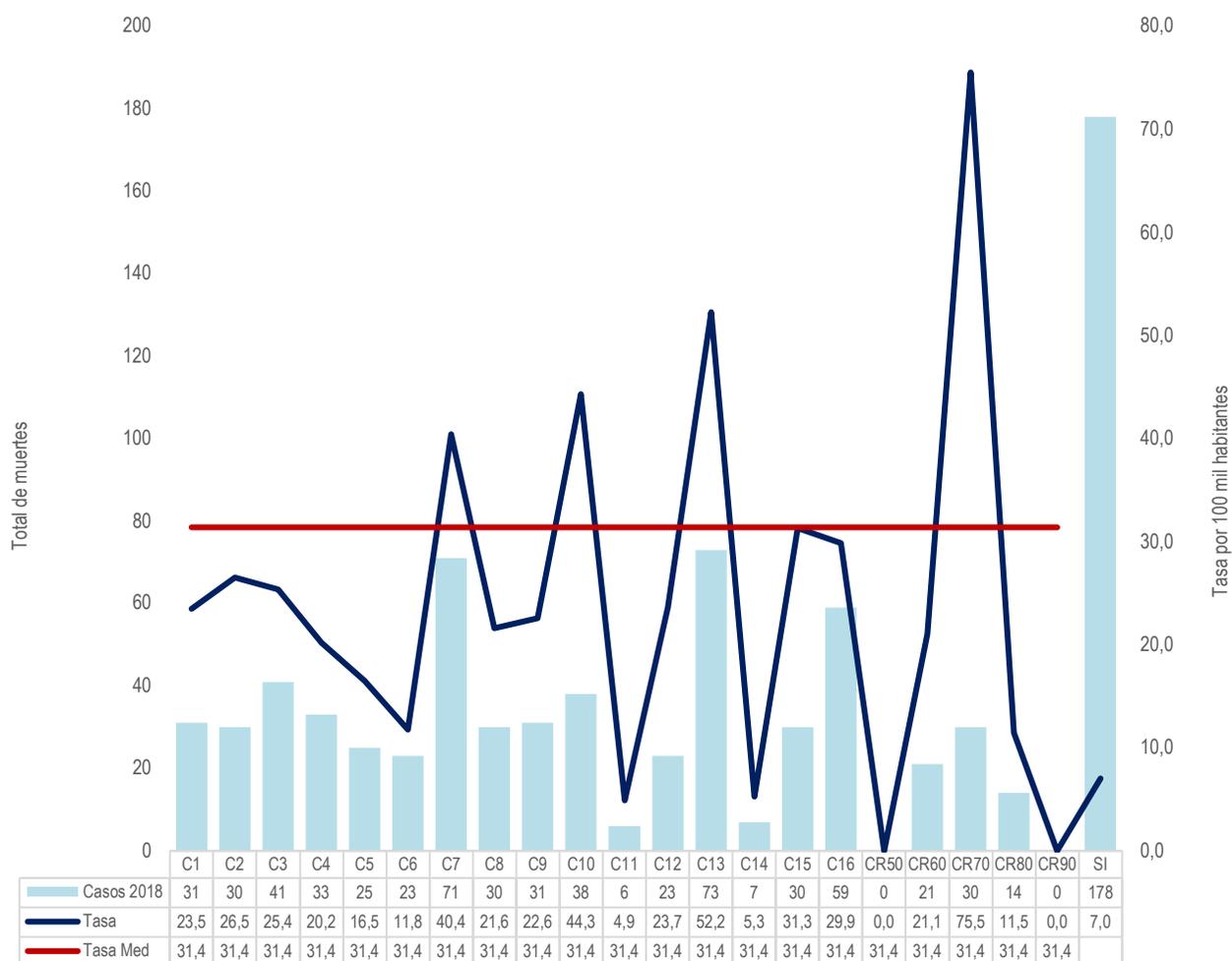
y un aumento en los siguientes años que alcanza una tasa de 31,4 por cada cien mil habitantes en el año 2018.



Fuente: Estadísticas Vitales, Secretaría de Salud Medellín 2005-2018p (preliminar) - DANE Proyecciones poblacionales 2005-2018.

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por agresiones (homicidios). Medellín, 2005-2018p.

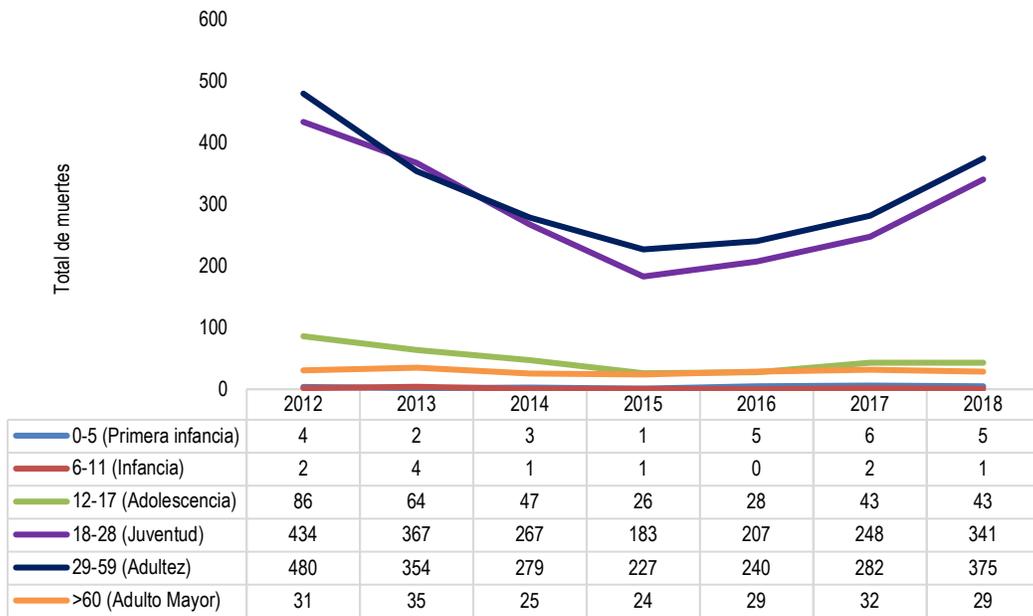
El comportamiento de la mortalidad por homicidios en el año 2018, identifica 4 comunas que se encuentran por encima de la tasa de ciudad registrada en 31,4 por cada 100 mil, estas corresponden a las comunas: San Javier, La Candelaria y Robledo y el corregimiento de Altavista que registra la tasa más alta incluyendo las comunas y los corregimientos con 75,5 homicidios por cada 100 mil habitantes.



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2018p (preliminar) - DANE Proyecciones poblacionales 2005-2018.

Figura 20. Tasa de mortalidad de periodo específica por agresiones (homicidios) según comuna. Medellín, 2018p.

Las muertes por homicidio en la ciudad de Medellín, se caracterizaron en este periodo porque la mayoría de las defunciones ocurrieron en el curso de vida de la juventud y la adultez que agrupan más del 80% de los homicidios, en tercer lugar se encuentran los cursos de vida de la adolescencia y adultos mayores.



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2018p (preliminar).

Figura 21. Muertes por agresiones (homicidios) según curso de vida. Medellín, 2012-2018.

En la caracterización del homicidio, se tienen tres dimensiones, para una mayor comprensión de este hecho violento, a saber: 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, relacionada 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 para 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 2018 se registraron 1.958 casos en el SUICAD, comparados con los 1.800 casos registrados en el año 2014, 1.643 casos de 2015, 2.466 casos de 2016 (donde hubo incorporación de nuevos CAD) y 1.315 casos en el 2017, se observa que la notificación durante el año 2018 tuvo 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 de algunos notificadores.

La notificación por sexo indica que los hombres presentan un mayor número de casos notificados en los Centros de Atención en Drogas (85,6%) que las mujeres y tienen comportamientos muy diferentes por mes y sexo; sin embargo cuando se mira de manera proporcional los casos por mes se observan diferencias porcentuales en el mes de enero con mayor número de hombres en tratamiento y el mes marzo con mayor el número de mujeres en tratamiento.

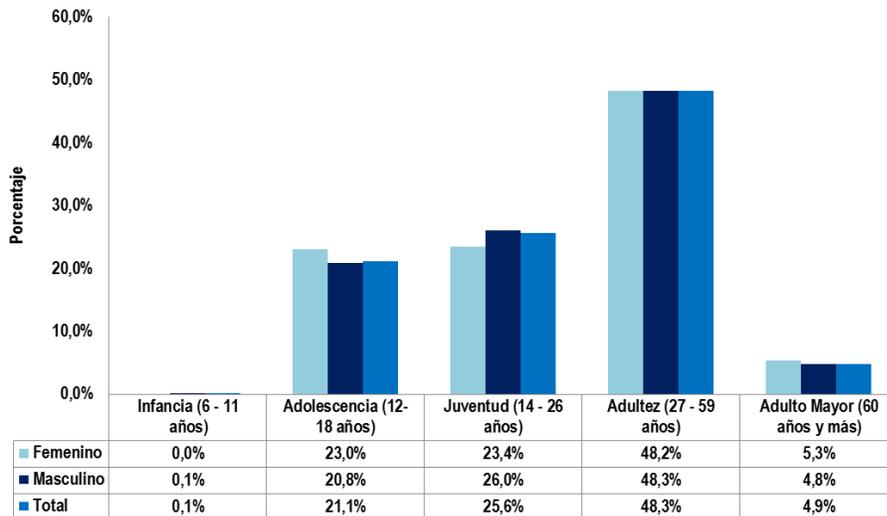
Tabla 22. Distribución de casos ingresados por mes según sexo. Centros de Atención en drogas. Medellín. 2018.

Mes	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ene	8	0,5%		0,0%	8	0,4%
Feb	85	5,1%	10	3,5%	95	4,9%
Mar	301	18,0%	62	22,0%	363	18,5%
Abr	140	8,4%	33	11,7%	173	8,8%
May	53	3,2%	11	3,9%	64	3,3%
Jun	231	13,8%	31	11,0%	262	13,4%
Jul	208	12,4%	31	11,0%	239	12,2%
Ago	71	4,2%	12	4,3%	83	4,2%
Sept	85	5,1%	11	3,9%	96	4,9%
Oct	250	14,9%	32	11,3%	282	14,4%
Nov	125	7,5%	29	10,3%	154	7,9%
Dic	119	7,1%	20	7,1%	139	7,1%
Total	1676	100,0%	282	100,0%	1958	100,0%

Fuente: SUICAD. Por fecha de digitación 2018.

Por curso de vida se observa que, la juventud y la adultez representan el 74% de todos los casos reportados por los CAD, este comportamiento es similar en ambos sexos y similar al año inmediatamente anterior. Se encontraron diferencias significativas por sexo ($p < 0,05$).

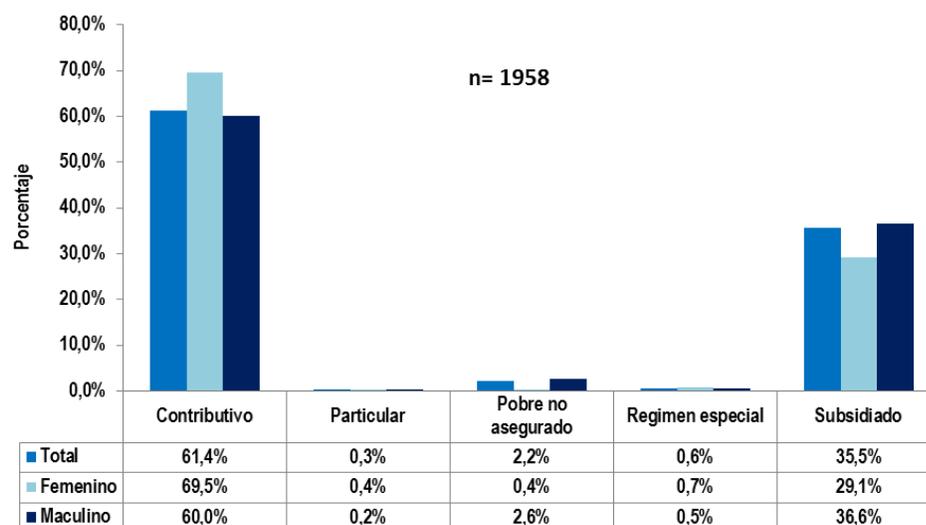
Llama la atención, como las mujeres en la adolescencia son las que más ingresan a los Centros de Atención en Drogas, contrario en el ciclo de juventud donde los hombres son superiores.



Fuente: SUICAD. Por fecha de digitación 2018

Figura 22. Total de casos Ingresados por ciclo vital. Centros de Atención en Drogas. Medellín. 2018.

El 96,9% (1898) de los casos estaban afiliados al régimen contributivo y subsidiado, al diferenciarlas por sexo tanto hombres como mujeres se encuentran más en el régimen contributivo. El 2,2% (44) del total de los casos no se encuentran afiliados a un régimen de atención, corresponden a personas en la categoría pobre no asegurado, porcentaje inferior al año anterior; 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 sustancias psicoactivas.

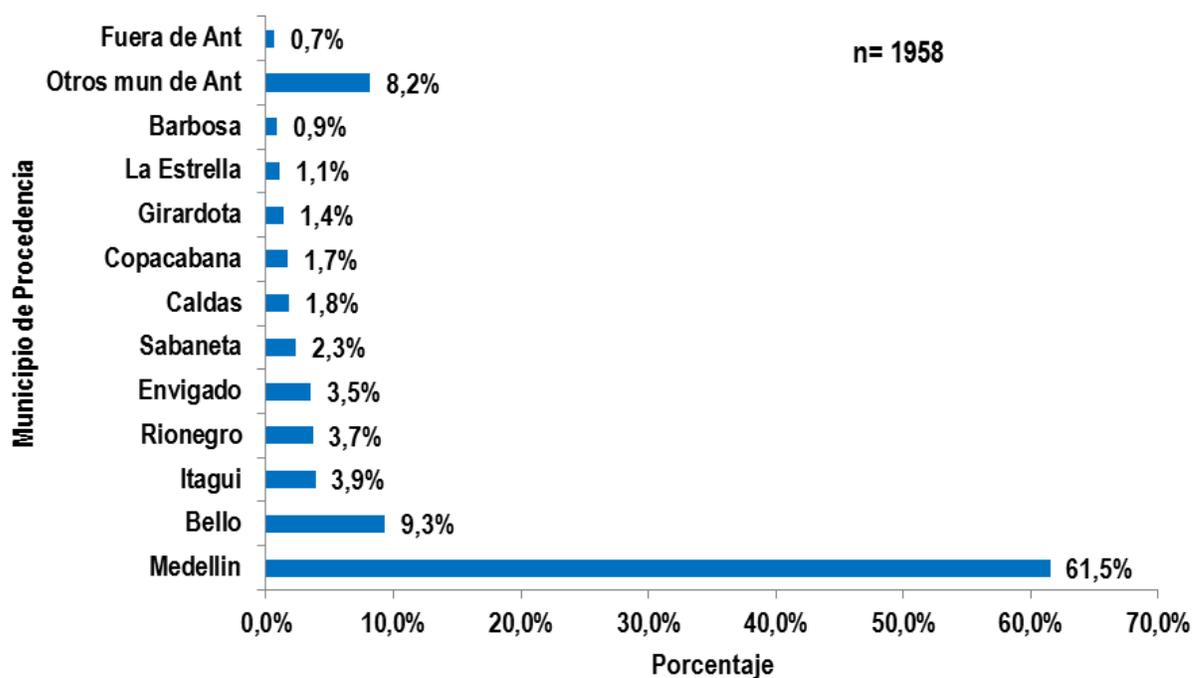


Fuente: SUICAD. Por fecha de digitación 2018.

Figura 23. Total de casos Ingresados según SGSS. Centros de Atención en Drogas. Medellín. 2018.

Del total de casos registrados en la ciudad de Medellín se encontró que, el 61,5% (1204) de los casos proceden de la ciudad Medellín, dato inferior respecto al año anterior; seguidamente se encuentran los municipios de Bello, Itagüí y Rionegro, comportamiento similar a los años 2014 a 2017. Los 10 primeros municipios de procedencia se observan en la figura 24.

Al analizar el resto de los municipios, se observó que el 8,2% corresponden a municipios dentro del territorio antioqueño, dato inferior al año 2017; y solo el 0,7% (13 casos) no pertenecían al departamento y correspondían a personas procedentes de otros departamentos.



Fuente: SUICAD. Por fecha de digitación 2018

Figura 24. Total de casos Ingresados según lugar de procedencia. Centros de Atención en Drogas. Medellín. 2018.

De los 940 casos procedentes en Medellín se encuentran que, el 35,4% pertenecen a 16-Belén, 03-Manrique y 07-Robledo. Para estos datos no se calculan tasa por comuna ya que existen muchos datos sin identificación de comuna y no se considera adecuado.

Tabla 23. Lugar de procedencia (comuna) casos reportados al SUICAD. 2018.

Comuna	Total	%	Total	%	Total	%
	2016		2017		2018	
01-Popular	36	1,8	16	1,8%	20	2,2%
02-Santa Cruz	25	1,2	23	2,6%	33	3,7%
03-Manrique	93	4,6	26	2,9%	96	10,7 %
04-Aranjuez	33	1,6	37	4,1%	45	5,0%
05-Castilla	33	1,6	27	3,0%	57	6,4%
06-Doce de Octubre	18	0,9	32	3,6%	45	5,0%
07-Robledo	59	2,9	39	4,4%	93	10,4 %
08-Villa Hermosa	48	2,4	39	4,4%	46	5,1%
09-Buenos Aires	50	2,5	35	3,9%	59	6,6%
10-La Candelaria	19	0,9	23	2,6%	61	6,8%
11-Laureles Estadio	22	1,1	18	2,0%	63	7,0%
12-La América	13	0,6	24	2,7%	48	5,4%
13-San Javier	42	2,1	25	2,8%	68	7,6%
14-El Poblado	15	0,7	9	1,0%	18	2,0%
15-Guayabal	17	0,8	11	1,2%	29	3,2%

Comuna	Total	%	Total	%	Total	%
	2016		2017		2018	
16-Belén	57	2,8	35	3,9%	128	14,3%
50-Corregimiento de San Sebastián de Palmitas	0	0,0	0	0,0%	0	0,0%
60-Corregimiento de San Cristóbal	5	0,2	5	0,6%	10	1,1%
70-Corregimiento de Altavista	1	0,0	1	0,1%	0	0,0%
80-Corregimiento de San Antonio de Prado	14	0,7	2	0,2%	21	2,3%
90-Corregimiento de Santa Elena	6	0,3	0	0,0%	0	0,0%
Sin información	1400	69,8	469	52,3%	264	29,5%
Total de Medellín	2006	81,3%	896	68,1%	1204	61,5%
Por fuera de Medellín y Antioquia	460	18,7%	419	31,9%	754	38,5%
Total	2466		1315		1958	

Fuente: SUICAD. Por fecha de digitación 2018

La Tabla 24, muestra que hay diversas historias de consumo de sustancias psicoactivas (como está indicado en el manual SUICAD), desde la inicial (inicio) hasta la droga 5, y aunque el sistema registra hasta 10 tipos de drogas en este informe se hablará de las 5 primeras en este apartado.

La mayoría de las personas que ingresan a los Centros de Atención en Drogas comienzan su consumo con alcohol, marihuana, marihuana Cripa o Cripí, tabaco y cocaína, situación que se asimila a lo reportado por el nivel nacional. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que este no es el inicio de la población general, sino de un segmento que desarrolló problemas con el consumo de sustancias y que solicitó algún tipo de tratamiento. De hecho, estudios en Colombia muestran que el inicio con marihuana no es un patrón extraño; sin embargo se recuerda que dichos datos corresponden a los hallazgos de las personas que han estado en centros de tratamiento.

Como dato importante del total de personas notificadas en los Centros de Atención en Drogas (CAD), el 83% reportó una segunda droga de consumo, el 59% una tercera droga, el 34% una cuarta y el 20% una quinta. Valores que en términos de salud pública permiten identificar que más del 60% de las personas que ingresan a tratamiento lo hacen por consumo de por lo menos 3 sustancias psicoactivas.

También se observa un descenso frente al año anterior en el consumo de heroína, pues para el año 2018 solo 11 la reportaron como droga de inicio dato inferior a los 22 casos reportados en el 2017 y los 15 casos del 2016.

Tabla 24. Historia del consumo de sustancias psicoactivas de los casos reportados al SUICAD. 2018.

<i>Sustancia de inicio</i>	<i>n</i>	<i>Segunda droga</i>	<i>n</i>	<i>Tercera droga</i>	<i>n</i>	<i>Cuarta droga</i>	<i>n</i>	<i>Quinta droga</i>	<i>n</i>
Alcohol	63	Cocaína	42	Cocaína	33	Cocaína	180	Tabaco (cigarrillo)	8
	0		2		9				8
Marihuana	40	Tabaco (cigarrillo)	30	Tabaco (cigarrillo)	19	Tabaco (cigarrillo)	122	Popper(nitrito de amilo, Butilo)	7
	7		6		4				1
Marihuana Cripa	36	Marihuana	28	Marihuana Cripa	14	Alcohol	65	Clonazepam (Rivotril, Ravotril, Coquan, Sedatril, Clonatryl, Acepran)	3
	2		9		6				7
Tabaco (cigarrillo)	27	Marihuana Cripa	24	Alcohol	13	Popper (nitrito de amilo, Butilo)	56	Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	2
	9		0		9				9
Cocaína	15	Alcohol	20	Marihuana	10	Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	53	Cocaína	2
	9		4		2				6

<i>Sustancia de inicio</i>	<i>n</i>	<i>Segunda droga</i>	<i>n</i>	<i>Tercera droga</i>	<i>n</i>	<i>Cuarta droga</i>	<i>n</i>	<i>Quinta droga</i>	<i>n</i>
Basuco (pasta base)	43	Basuco (pasta base)	65	Basuco (pasta base)	76	Clonazepam (Rivotril, Ravotril, Coquan, Sedatril, Clonatryl, Acepran)	41	Alcohol	19
Popper (nitrito de amilo, Butilo)	22	Popper(nitrito de amilo, Butilo)	30	Popper(nitrito de amilo, Butilo)	38	Basuco (pasta base)	38	Dietalimida del ácido lisérgico(LSD)	19
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	16	Clonazepam (Rivotril, Ravotril, Coquan, Sedatril, Clonatryl, Acepran)	16	Clonazepam (Rivotril, Ravotril, Coquan, Sedatril, Clonatryl, Acepran)	28	Marihuana Cripa o Cripa	22	Éxtasis (MDMA)	17

<i>Sustancia de inicio</i>	<i>n</i>	<i>Segunda droga</i>	<i>n</i>	<i>Tercera droga</i>	<i>n</i>	<i>Cuarta droga</i>	<i>n</i>	<i>Quinta droga</i>	<i>n</i>
Heroína	11	Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	14	Disolventes, combustible o pegantes inhalables	26	Marihuana	20	Basuco (pasta base)	16
Tramadol (Tramal, Tramacet, Tramacontin)	9	Heroína	9	Heroína	18	Dietalimida del ácido lisérgico(LSD)	12	2CB, tusi	13
Clonazepam (Rivotril, Ravotril, Coquan, Sedatril, Clonatryl, Acepran)	3	Éxtasis (MDMA)	4	Dietalimida del ácido lisérgico(LSD)	13	Éxtasis (MDMA)	10	Marihuana Cripa o Cripa	13

<i>Sustancia de inicio</i>	<i>n</i>	<i>Segunda droga</i>	<i>n</i>	<i>Tercera droga</i>	<i>n</i>	<i>Cuarta droga</i>	<i>n</i>	<i>Quinta droga</i>	<i>n</i>
Opio	3	Codeina (Winadeine, e, Algimide, Lertus, Codipront, Combaren, Aprix)	3	2CB, tusi	9	Heroína	10	Codeina (Winadeine, Algimide, Lertus, Codipront, Combaren, Aprix)	1 2
Zolpidem (Stilnox, Somnil, Sucedal, Insodem, Solpirem)	2	Tramadol (Tramal, Tramacet, Tramacontin)	3	Éxtasis (MDMA)	8	Tramadol (Tramal, Tramacet, Tramacontin)	6	Heroína	5
Codeina (Winadeine, e, Algimide, Lertus, Codipront,	2	Cacao sabanero	2	Zolpidem (Stilnox, Somnil, Sucedal, Insodem, Solpirem)	5	2CB, tusi	5	Zolpidem (Stilnox, Somnil, Sucedal, Insodem, Solpirem)	5

<i>Sustancia de inicio</i>	<i>n</i>	<i>Segunda droga</i>	<i>n</i>	<i>Tercera droga</i>	<i>n</i>	<i>Cuarta droga</i>	<i>n</i>	<i>Quinta droga</i>	<i>n</i>
Combaren , Aprix) Oxicodon a (oxycontin , Oxidona, Endol)	2	Dietalimid a del ácido lisérgico(L SD)	2	Codeina (Winadeine, Algimide, Lertus, Codipront, Combaren, Aprix)	3	Codeina (Winadeine, Algimide, Lertus, Codipront, Combaren, Aprix)	3	Dic, GAP, Ladys o Leydis(Cloruro de metileno o diclorometano)	4
Morfina	1	2CB, tusi	1	Dic, GAP, Ladys o Leydis(Clor uro de metileno o diclorometa no)	2	Hongos(Psilocy be y otros)	3	Cacao sabanero	2
Otras	1	Anfetamin as (Bencedri na,	1	Otras	2	Otras	3	Hongos(Psilocybe y otros)	2

<i>Sustancia de inicio</i>	<i>n</i>	<i>Segunda droga</i>	<i>n</i>	<i>Tercera droga</i>	<i>n</i>	<i>Cuarta droga</i>	<i>n</i>	<i>Quinta droga</i>	<i>n</i>
Hongos(Psilocybe y otros)	1	Dexedrina) Clozapina (Leponex)	1	Anfetaminas (Bencedrina, Dexedrina)	1	Dic, GAP, Ladys o Leydis(Cloruro de metileno o diclorometano)	2	Marihuana	2
Dietalimida del ácido lisérgico(LSD)	1	Hidrocodona (Sinalgen, Dovor)	1	Fenciclidina (PCP_Polvo de ángel)	1	Cacao sabanero	1	Rohypnol (Flunitrazepam)	2
Sinogán (Levomepromazina)	1	Hongos(Psilocybe y otros)	1	Hongos(Psilocybe y otros)	1	Diazepam (Valium, Ripid)	1	Crack (Piedra)	1
Clozapina (Leponex)	1	Ketamina (Ketashort, Ketanir, Anesket, Imalgene)	1	Ketamina (Ketashort, Ketanir, Anesket, Imalgene)	1	Hidrocodona (Sinalgen, Dovor)	1	Fluoxetina(Prozac, Ansilan)	1

<i>Sustancia de inicio</i>	<i>n</i>	<i>Segunda droga</i>	<i>n</i>	<i>Tercera droga</i>	<i>n</i>	<i>Cuarta droga</i>	<i>n</i>	<i>Quinta droga</i>	<i>n</i>
Levomepromazina (Sinogan)	1	Metilfenidato (MFD, Ritalina, Concerta)	1	Morfina	1	Metadona	1	Hidrocodona (Sinalgen, Dovor)	1
Alprazolam (Xanax, Dixin, Benzolam, Zotran, Adax)	1	Morfina	1	Opio	1	Metanfetaminas (Methedrina)	1	Morfina	1
		Opio	1			Opio	1	Opio	1
		Otras	1			Oxicodona (oxycontin, Oxidona, Endol)	1	Otras	1
		Zolpidem (Stilnox, Somnil, Sucedal, Insodem, Solpirem)	1			Rohypnol (Flunitrazepam)	1	Peyote (mescalina)	1

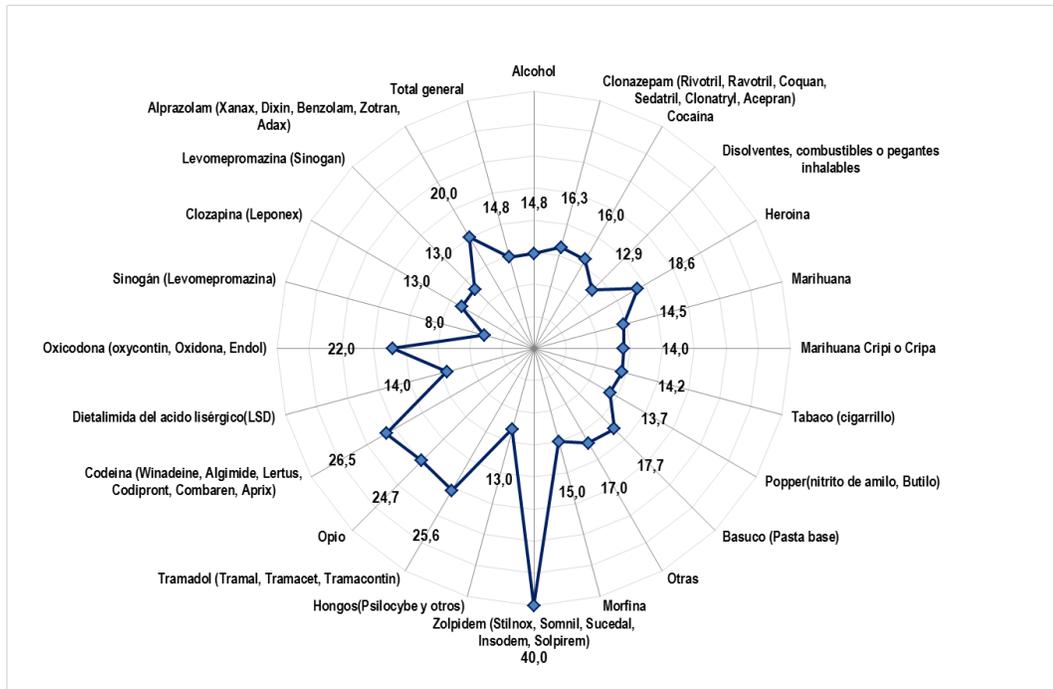
<i>Sustancia de inicio</i>	<i>n</i>	<i>Segunda droga</i>	<i>n</i>	<i>Tercera droga</i>	<i>n</i>	<i>Cuarta droga</i>	<i>n</i>	<i>Quinta droga</i>	<i>n</i>
								Tramadol (Tramal, Tramacet, Tramacontin)	1

Fuente: SUICAD. 2018

Respecto a la edad de inicio en este apartado se hablará de la edad de la primera droga consumida, es decir la registrada como D1 en el sistema, de las personas atendidas en los CAD.

La edad de inicio con mayor frecuencia para todas las drogas (en droga 1) se encontró en los 14 años con 289 personas ingresadas a los CAD, seguido por la edad de 15 años con 283 personas y en tercer lugar la edad de 13 años con 257 personas.

Sin embargo al desagregar las drogas más importantes o de mayor consumo de acuerdo a los estudios sobre SPA, se encuentra que la edad de inicio por sustancia se encuentra en Sinogán (Levomepromazina) con una edad de inicio de 8 años, en segundo lugar; disolventes, combustibles o pegantes inhalables con una edad de inicio de 12,8 años y en tercer lugar; Levomepromazina (Sinogan) con una edad de inicio de 13 años. Para las sustancias de mayor frecuencia las edades de inicio de consumo fueron: cocaína 16 años, alcohol 14,8 años, marihuana 14,5 y tabaco 14,2 años y marihuana Cripa o Cripí con 14 años.



Fuente: SUICAD. 2018

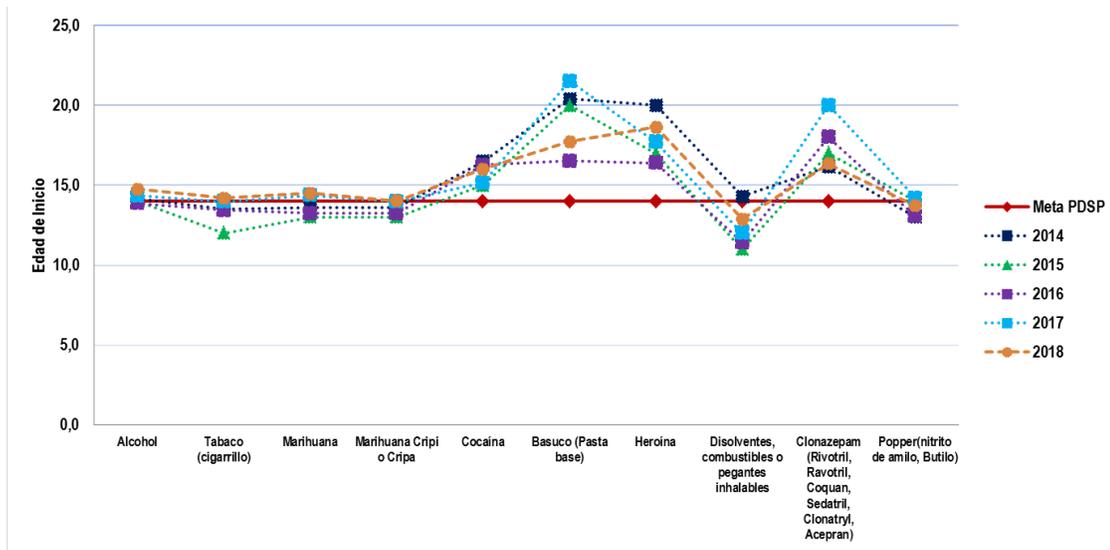
Figura 25. Edad de inicio de consumo, según principales drogas. Centros de Atención en Drogas. Medellín. 2018.

La edad que menos ha evolucionado en el tiempo respecto a la meta del Plan Decenal es la edad de inicio de los disolventes, combustibles o pegantes inhalables que desde al año 2015 está entre 11 años y 13 años. También llama la atención el comportamiento de la edad de inicio que tiene la heroína que comenzó con 20 años y en el 2017 estaba en los 17 años y para el 2018 esa edad se registró en 18,6. Las demás drogas se observan con un incremento año a año llegando a la meta del Plan Decenal; sin embargo se aclara que, este análisis solo corresponde a personas que han accedido a tratamiento y que se han registrado en el sistema SUICAD y por lo tanto no pueden inferirse estas edades a la población general y/o escolar que requiere estudios poblacionales.

Tabla 25. Histórico de edad de inicio de consumo para droga de inicio (todas las drogas), según la historia de consumo de los casos reportados al SUICAD. 2014-2018.

DROGA(D1) inicio	PROM.	PROM.	PROM.	PROM.	PROM.	PROM.
	EDAD	EDAD	EDAD	EDAD	EDAD	EDAD
	INICIO	INICIO	INICIO	INICIO	INICIO	INICIO
	META	2014	2015	2016	2017	2018
Alcohol	14,0	14,2	14,0	13,9	14,3	14,8
Tabaco (cigarrillo)	14,0	13,5	12,0	13,4	14,0	14,2
Marihuana	14,0	13,6	13,0	13,2	14,4	14,5
Marihuana Cripsi o Cripa	14,0	13,6	13,0	13,2	14,0	14,0
Cocaína	14,0	16,5	15,0	16,3	15,2	16,0
Basuco (pasta base)	14,0	20,4	20,0	16,5	21,5	17,7
Heroína	14,0	20,0	17,0	16,4	17,7	18,6
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	14,0	14,3	11,0	11,4	12,0	12,9
Clonazepam (Rivotril, Ravotril, Coquan, Sedatril, Clonatryl, Acepran)	14,0	16,2	17,0	18,0	20,0	16,3
Popper(nitrito de amilo, Butilo)	14,0	13,0	14,0	13,1	14,2	13,7

Fuente: SUICAD. Por fecha de digitación 2018

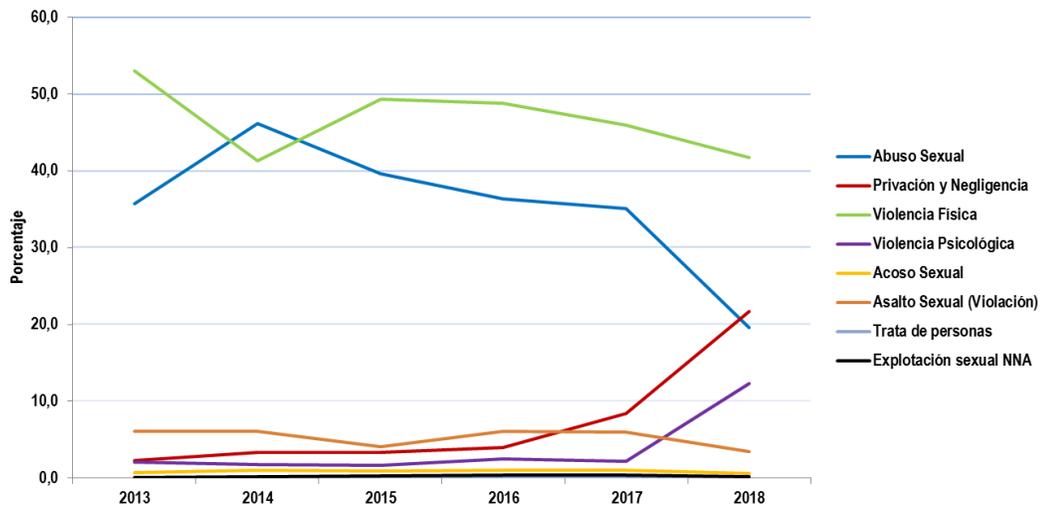


Fuente: SUICAD. Por fecha de digitación 2018

Figura 26. Edad de inicio de consumo histórico para D1, según principales drogas por año. Centros de Atención en Drogas. Medellín.2014- 2018.

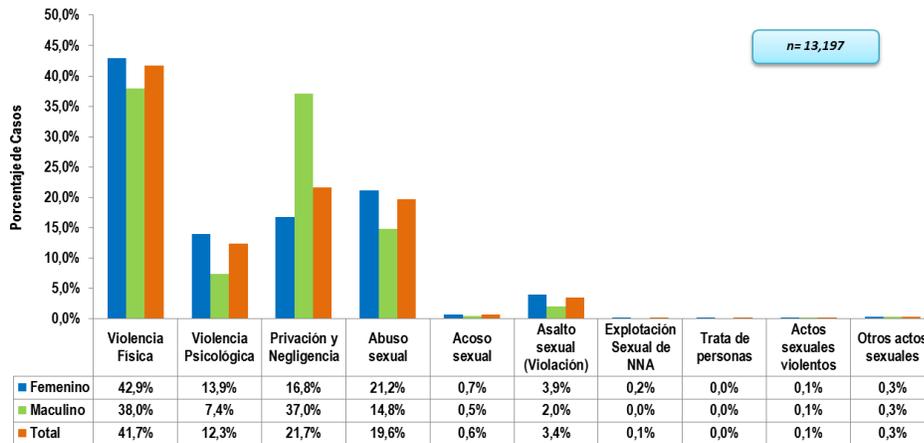
2.3. Violencias

Para el año 2018 el reporte de violencia de género que incluye violencia no sexual (intrafamiliar y otras) y violencia sexual tuvo en total un reporte de 13.197 casos; se observa una tendencia al aumento en el registro de casos si se compara con el reporte en el año 2017 que fue de 5.996 casos, ese incremento es del 120% y responde principalmente a que la fuente de información THETA que corresponde a las comisarias de familia fue integrada al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA).



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA)

Figura 27. Proporción de casos de violencia de género e intrafamiliar reportados por las IPS, según tipo de violencia. Medellín, 2013-2018.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA)

Figura 28. Proporción de casos de violencia de género e intrafamiliar reportados por las IPS, según tipo de violencia y sexo. Medellín, 2018.

En la figura 27, se observa que el mayor número de casos correspondió a las notificaciones por violencia física con el 41,7% (5.505), la privación y negligencia con el 21,7% (2.860), y el abuso sexual con el 19,6% (2.588), estos tres eventos acumulan el 83% de todas las violencias sexuales y no sexuales reportadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica. 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 tienen mayor proporción que las mujeres. Por cada hombre hay una notificación en 3 mujeres en cualquiera de las violencias, por cada hombre hay 3 en violencia no sexuales en mujeres, y por cada hombre hay 5 violencias sexuales en mujeres.

Cuando se analiza el evento por tasas por sexo según el tipo de violencia se encuentra que la tasa de ciudad es de 517,6 por cada 100 mil habitantes para todos los tipos de violencia, muy superior a la reportada el año anterior; sin embargo la tasa más alta se presenta en el sexo femenino con 392,7 por cada 100 mil, específicamente para la violencia física y el abuso sexual.

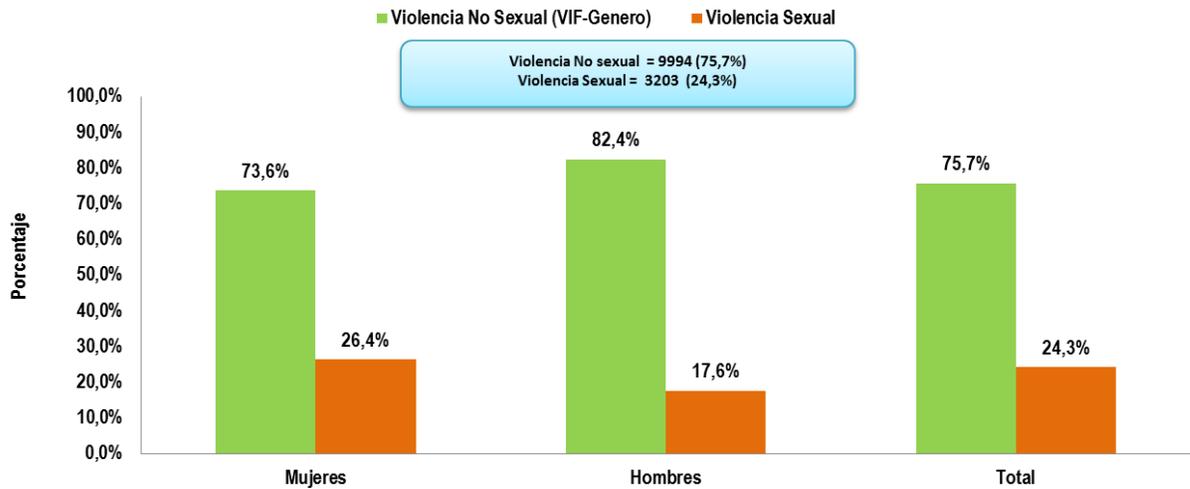
Tabla 26. Tasas por 100 mil habitantes de las diferentes formas de violencia de género e intrafamiliar por sexo. Medellín 2018

Tipo de violencia	Tasa		Tasa total
	mujeres	hombres	
Violencia física	317,7	101,0	215,9
Violencia psicológica	103,1	19,7	63,9
Privación y negligencia	124,3	98,5	112,2
Abuso sexual	156,7	39,2	101,5

Acoso sexual	5,2	1,3	3,3
Asalto sexual (violación)	29,0	5,3	17,8
Explotación sexual de NNA	1,3	0,0	0,7
Trata de personas	0,1	0,0	0,0
Actos sexuales violentos	0,7	0,2	0,5
Otros actos sexuales	2,5	0,8	1,7
Total	392,7	266,0	517,6

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA)

Desde el año 2017 se clasificaron los casos según dos grupos; las violencias no sexuales, donde se encuentran la violencia física, psicológica y la privación y negligencia; y las violencias sexuales. Para el año 2018 se encontró que el 75,7% (9.994) de los casos notificados corresponden a violencia no sexual y el 24,3% (3.203) a violencia sexual. Al analizarlos por sexo separadamente, los hombres tienen mayor notificación en las violencias no sexuales y las mujeres en las sexuales.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA)

Figura 29. Distribución porcentual de los casos reportados de violencia de género e intrafamiliar según sexo. Medellín, año 2018.

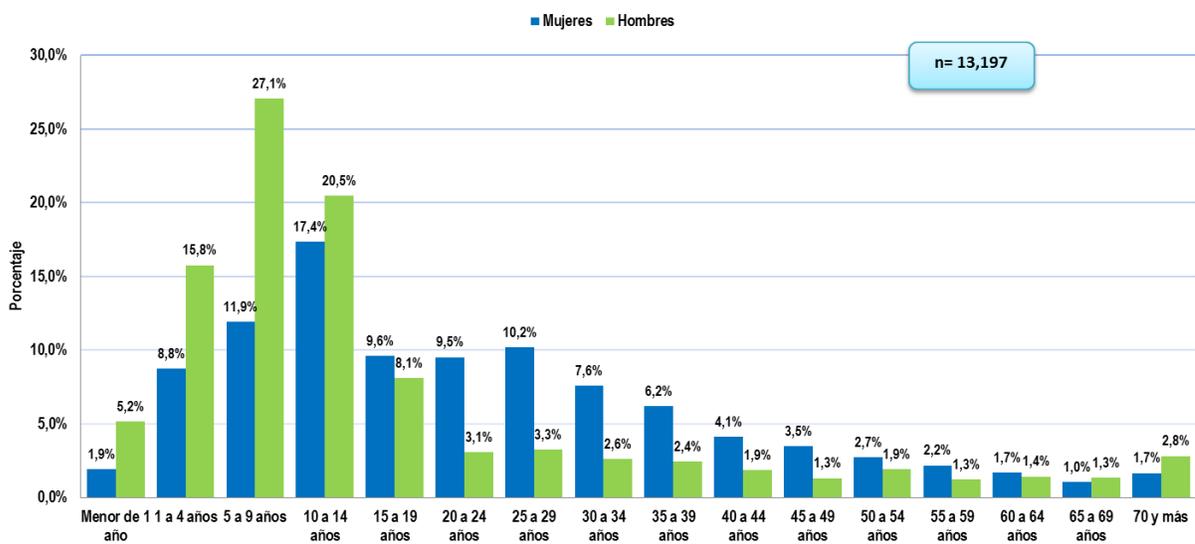
Al igual que en las estadísticas nacionales y departamentales, la mujer es la más afectada con un 75,9% para el año 2018 dato muy similar a lo presentado en el año 2017.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA)

Figura 30. Distribución porcentual de los casos reportados de violencia de género e intrafamiliar según sexo. Medellín, año 2018.

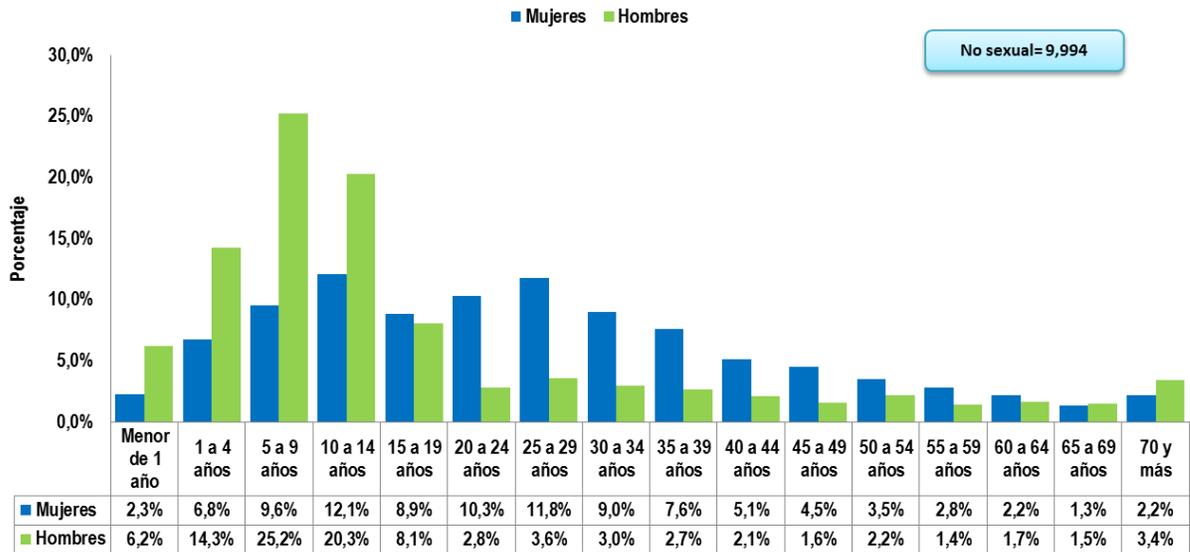
El 79% de los casos notificados en 2018 de todas las violencias, correspondían a personas menores de 34 años; los menores de 19 años en general representan el 56,1% del total de los casos. Los grupos más afectados son principalmente de 10 a 14 años para toda la población con el 18,1%; el grupo de edad con mayor número de casos en el sexo masculino es el grupo de 5 a 9 años con el 27,1% y en el sexo femenino de 10 a 14 años con un 17,4%.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA).

Figura 31. Número de casos todas las violencias según grupos de edad. Medellín, 2018

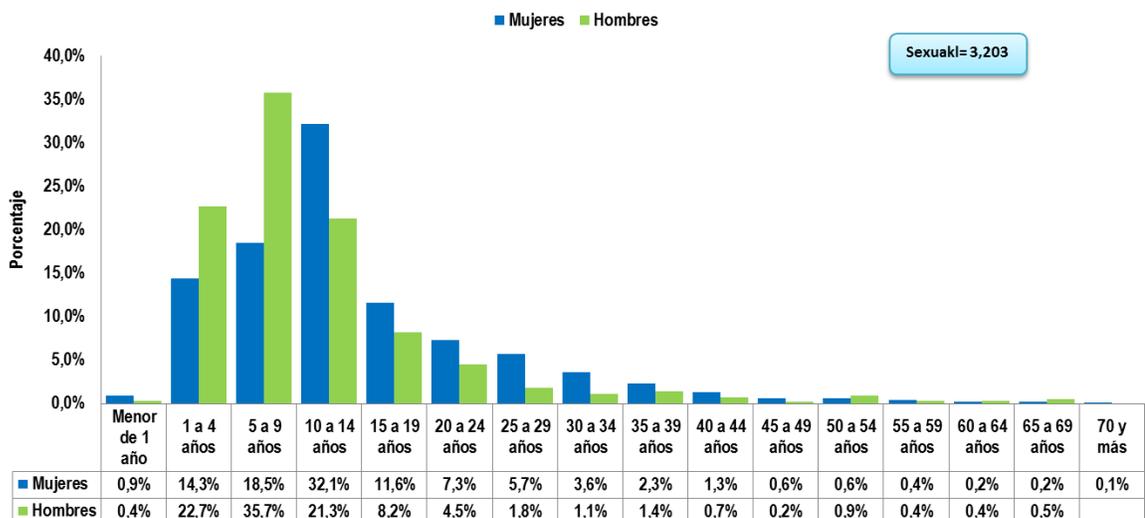
Al desagregar por cada una de las violencias se encuentra que, en las violencias no sexuales los grupos de edad con mayor proporción está en las mujeres entre los 10 a 14 años y 25 a 29 años y en los hombres de 5 a 14 años.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA)

Figura 32. Número de casos de violencia no sexual (violencia intrafamiliar y de género) según grupos de edad y sexo. Medellín, 2018.

En violencia sexual, el 88,2% del total de los casos se encuentra entre 0 y 19 años, y los grupos con mayor proporción son de 10 a 14 en el sexo femenino y de 5 a 9 años en el sexo masculino.

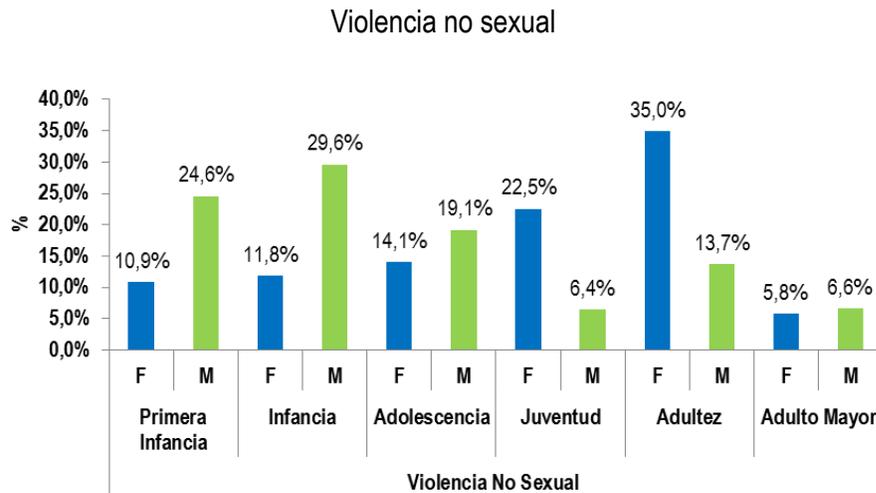


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA)

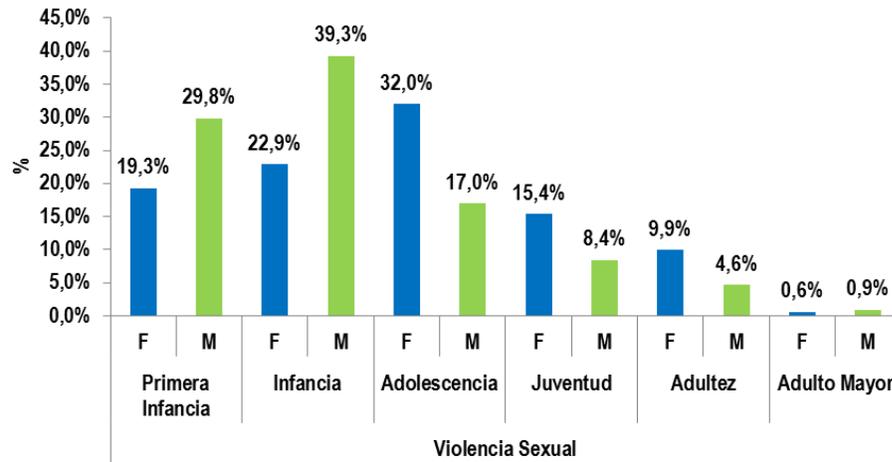
Figura 33. Número de casos de violencia sexual según grupos de edad y sexo. Medellín, 2018.

Cuando se realiza el análisis por curso de vida se identifican otros grupos con riesgo, por ejemplo; en violencia no sexual la adultez tiene la mayor proporción a nivel general con el 29% y esta por sexo es más alta en los hombres en la infancia y en las mujeres en la adultez (77,5%).

Para la violencia sexual, se identifica que los grupos con mayores proporciones a nivel general son la infancia y la adolescencia con el 55%, en el sexo femenino en la adolescencia con el 32%; y en el sexo masculino en la primera infancia con el 39,3%.



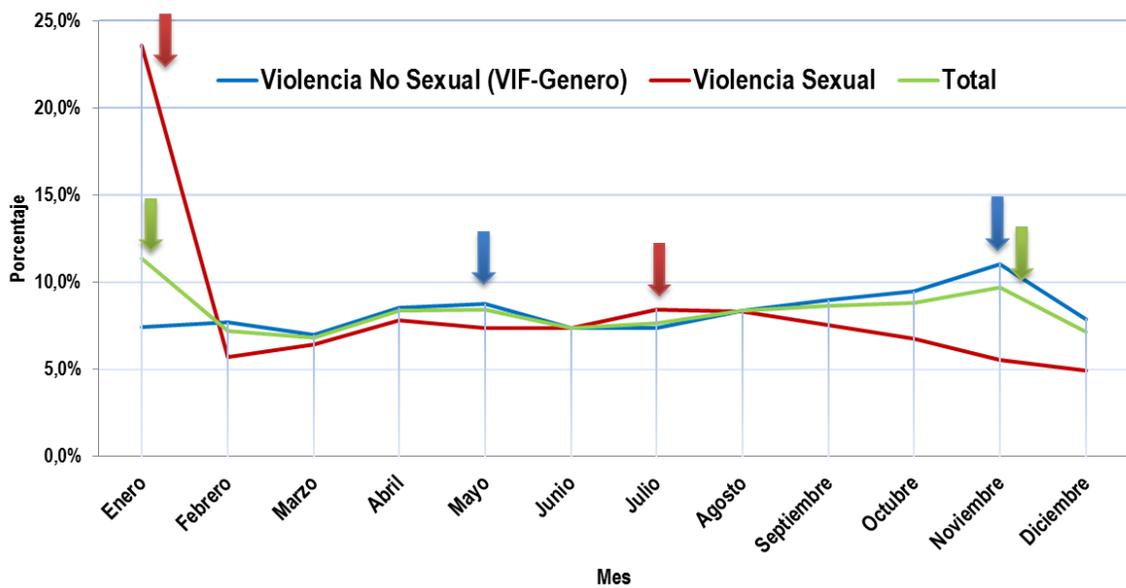
Violencia sexual



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA)

Figura 34. Casos de violencia no sexual y sexual según grupos ciclo de vida y sexo. Medellín, 2018.

Respecto a la temporalidad, para las violencias en general los meses con mayor número de casos fueron enero, mayo y noviembre, comportamiento muy diferente al presentado en 2017, año en que la violencia no sexual se presentó más en mayo y noviembre y las violencias sexuales en los meses de enero y julio.



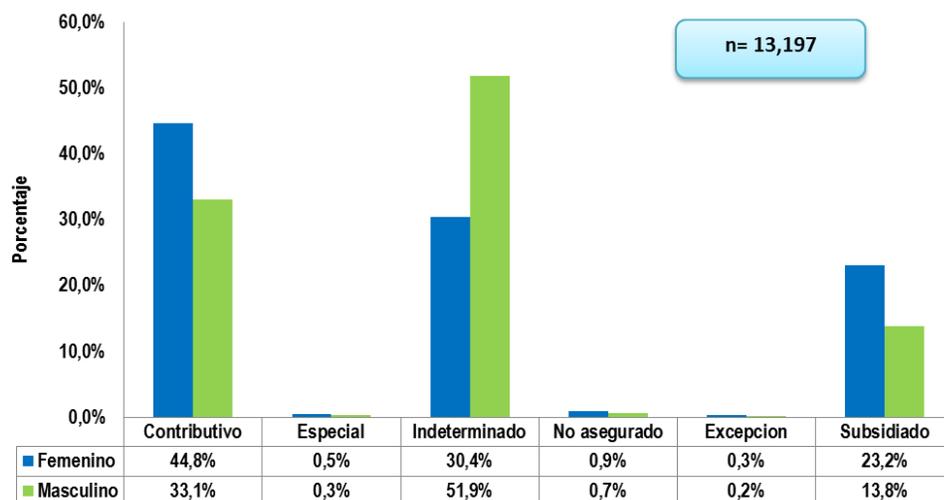
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA)

Figura 35. Número de casos según mes de ocurrencia y tipo de violencia. Medellín, 2018.

En Medellín, cada día se reportan aproximadamente 37 casos de violencia de género e intrafamiliar, 27 casos de violencia no sexual y 9 casos de violencia sexual.

De acuerdo al día de la semana, se observa que en todas las formas de violencia de género e intrafamiliar, los días lunes a miércoles acumulan el 51% de los casos, distribución similar tanto en violencia no sexual como sexual.

Al analizar el tipo de seguridad social se observa entonces que, el 62,9% se encontraba en el régimen contributivo y subsidiado; sin embargo se identifica que el 35,6% se encuentra indeterminado. Esto corresponde a los datos registrados por las comisarías de familia donde esta información no tiene buena calidad del dato.

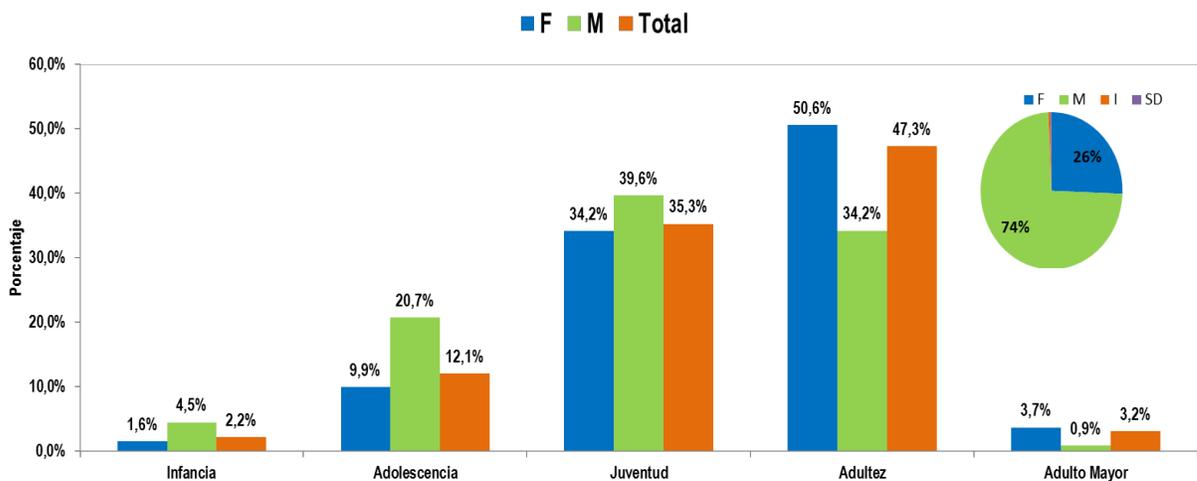


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA).

Figura 36. Distribución porcentual de los casos de violencia de género según tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y sexo. Medellín, 2018.

De acuerdo a la información registrada se identificó que en el 74% de los registros el agresor fue del sexo masculino y en el 26% el agresor era de sexo femenino. En un 0,8% no se pudo identificar el sexo del agresor. Por edad solo se identificó ese dato en el 9% de los casos.

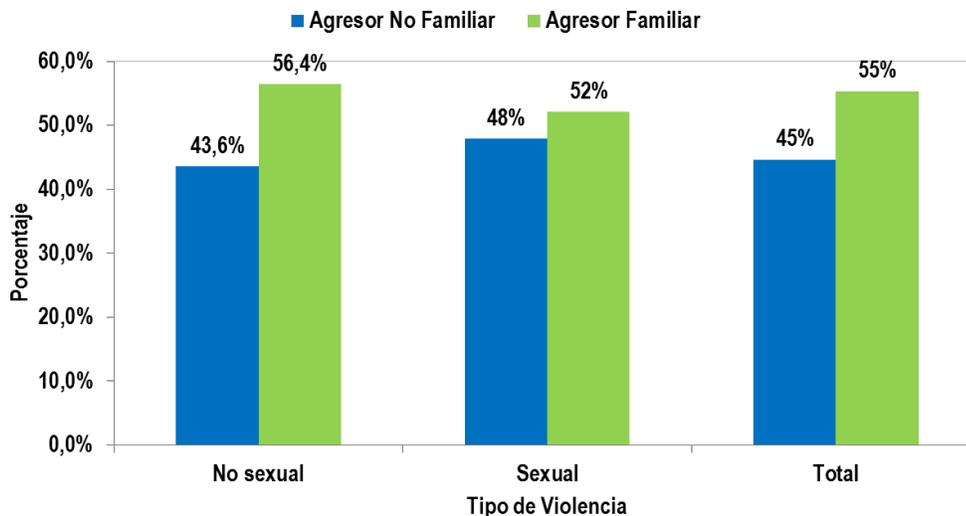
Según las edades de los agresores se identificó que el 47,3% eran adultos, principalmente del sexo femenino, también se identificaron presuntos agresores menores de 14 años, los cuales bajo el sistema de protección se constituyen en ofensores. También llaman la atención los agresores en la adolescencia principalmente del sexo masculino.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA).

Figura 37. Distribución porcentual de los casos de violencia de género e intrafamiliar según edad del agresor y sexo. Medellín, 2018

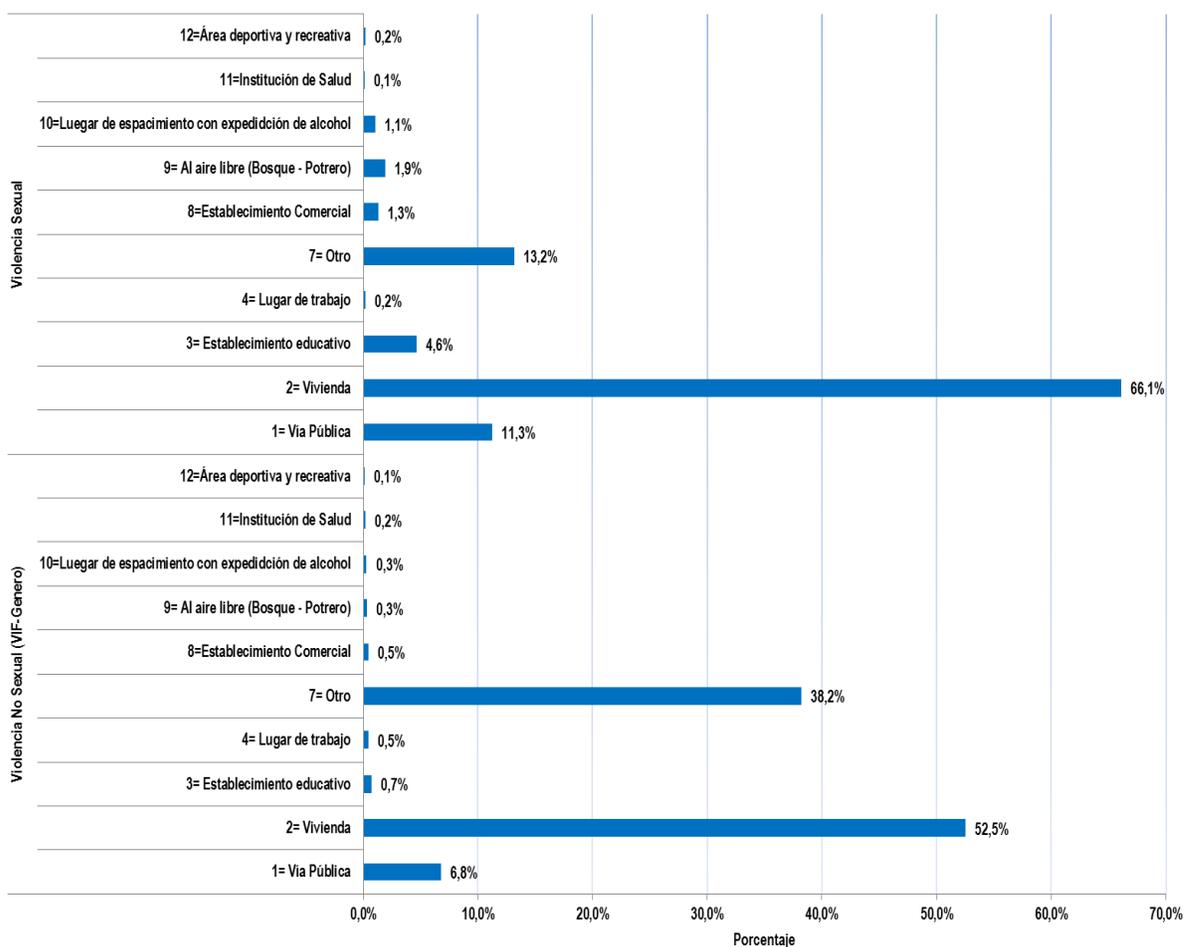
Cuando se mira la relación del agresor con la víctima se identifica que, para todas las violencias el 55% fue un agresor familiar, para la violencia no sexual el 56,4% de los agresores era un familiar y en cuanto a la violencia sexual, se encuentra el 56,4% era un agresor familiar.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA).

Figura 38. Distribución porcentual de los casos de violencia no sexual según parentesco con el agresor familiar y no familiar. Medellín, 2018

De acuerdo al escenario del hecho; la vivienda tanto en el sexo masculino como femenino y tanto para violencias sexuales y no sexuales es el principal escenario; seguidamente de otros escenarios y en tercer lugar la vía pública, estrechamente relacionado con la violencia física (no sexual); situación que es similar a lo reportado en los informes anteriores.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA)

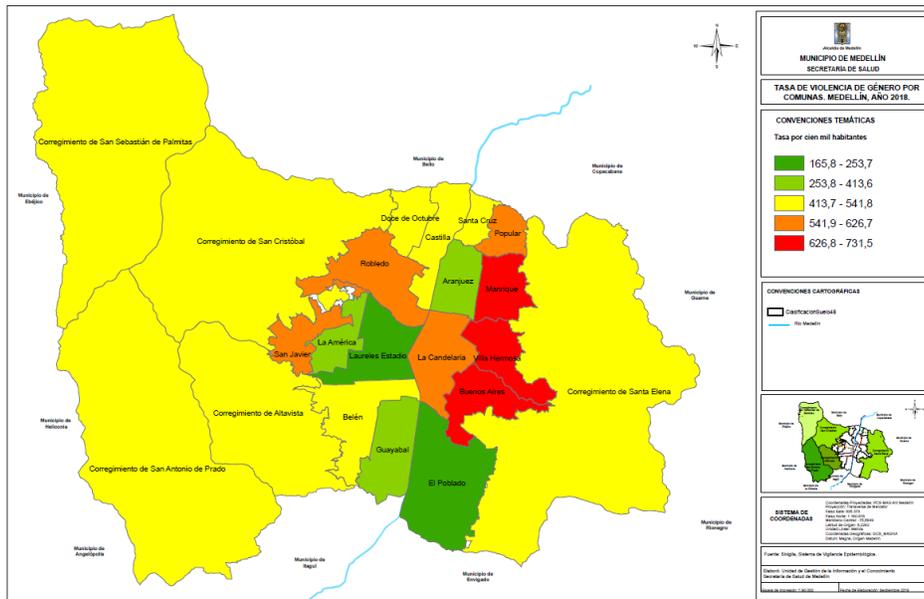
Figura 39. Distribución porcentual de los casos de violencia de género según escenario del hecho y tipo de violencia. Medellín, 2018

En la distribución de estos eventos por comunas se evidencia a nivel general que, las tasas por encima del promedio de Medellín (526,1 por cada 100 mil) se encuentran en las comunas: Villa Hermosa C8, Manrique C3, Buenos Aires C9, Popular C1, Robledo C7, San Javier C13, La Candelaria C10; y en los corregimientos, San Cristóbal C60 y Santa Elena C90.

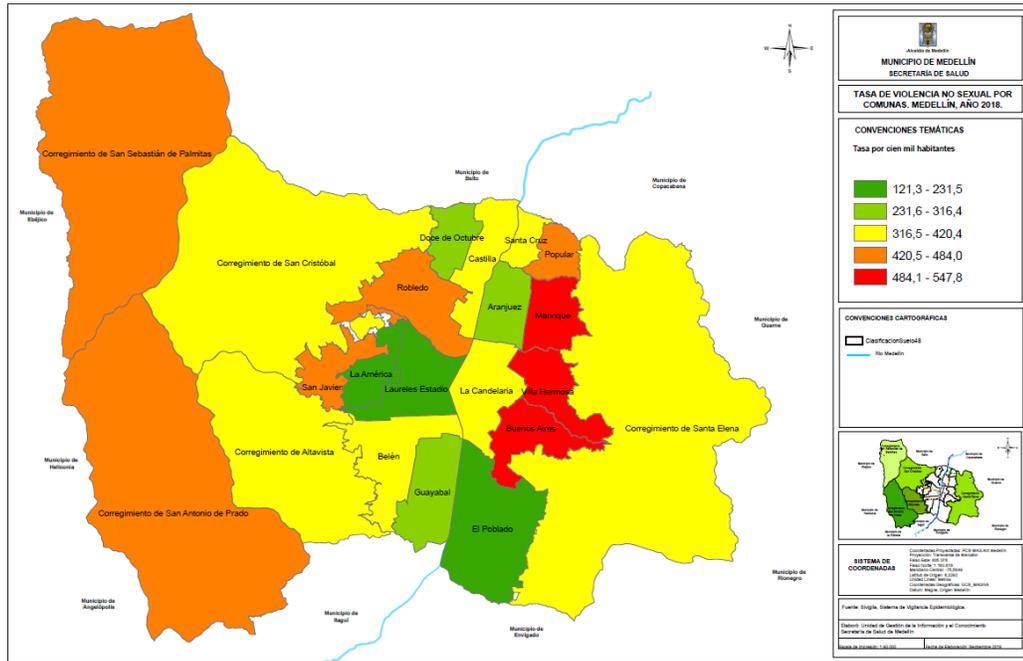
Para las violencias no sexuales se tiene una tasa de ciudad de 398,41 que es muy superior a la reportada el año anterior que fue de 135,42 casos por 100 mil habitantes. Las comunas que superan esta tasa son: Manrique C3, Villa Hermosa C8, Buenos Aires C9, San Javier C13, Robledo C7, Popular C1, Belén C16 y La Candelaria C10; y los corregimientos, San Sebastián de Palmitas C50, San Cristóbal C60, Altavista C70, San Antonio de Prado C80 y Santa Elena C90.

Para las violencias sexuales la tasa de ciudad paso de 73,8 en 2016 a 103,6 en 2017 por cada mil habitantes. En el 2018 esa tasa pasó a 127,69 por cada cien mil habitantes. Las comunas que se encuentran por encima de esta tasa son: Villa Hermosa C8, Popular C1, Manrique C3, Robledo C7, La Candelaria C10, Santa Cruz C2, Doce de Octubre C6, San Javier C13, Castilla C5 y Buenos Aires C9; y los corregimientos, San Cristóbal C60 y Santa Elena C90.

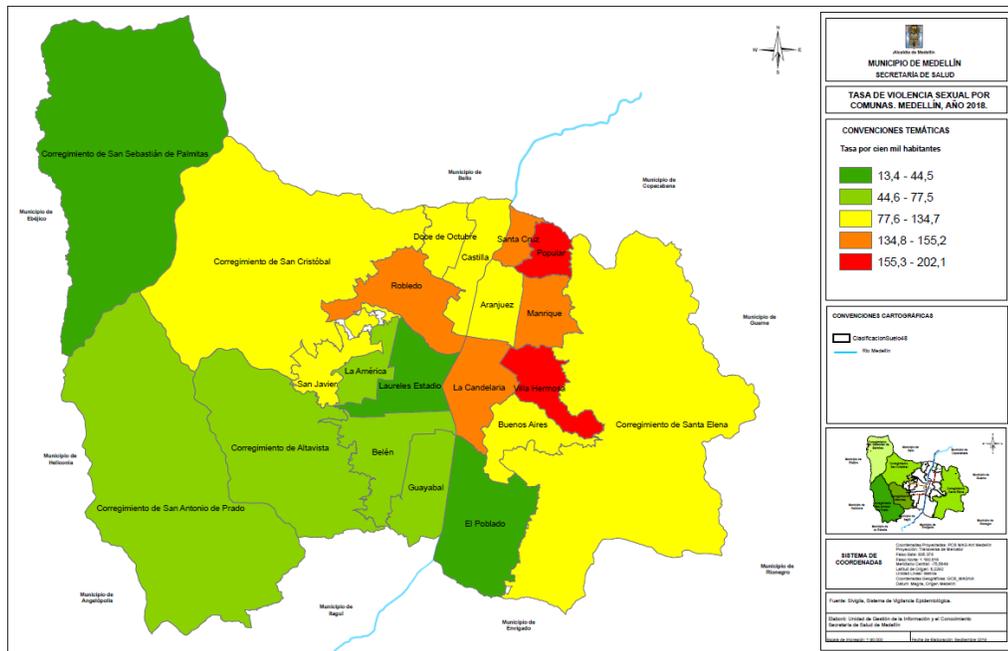
Todas las violencias



Violencias no sexuales



Violencias sexuales

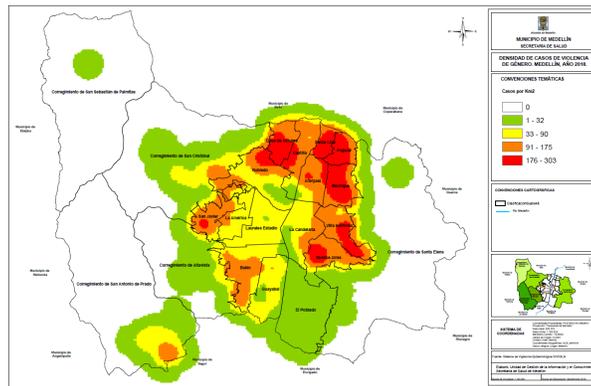


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA).

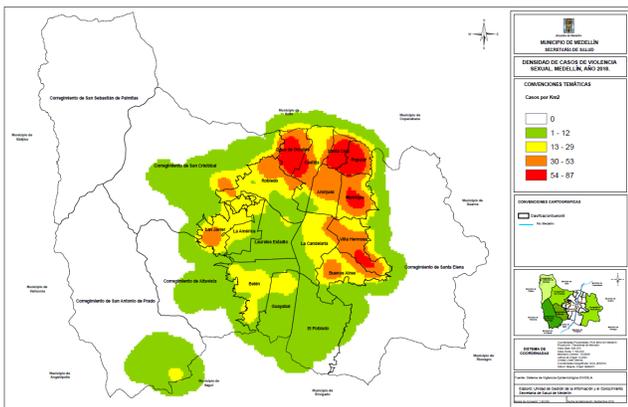
Figura 40. Distribución de las tasas de violencias sexuales y no sexuales en las comunas de Medellín. 2018

Al analizar 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 176 y 303 casos por kilómetro cuadrado. Para violencia no sexual de 133 a 233 casos por kilómetro cuadrado y en violencia sexual de 54 a 87 casos por kilómetro cuadrado.

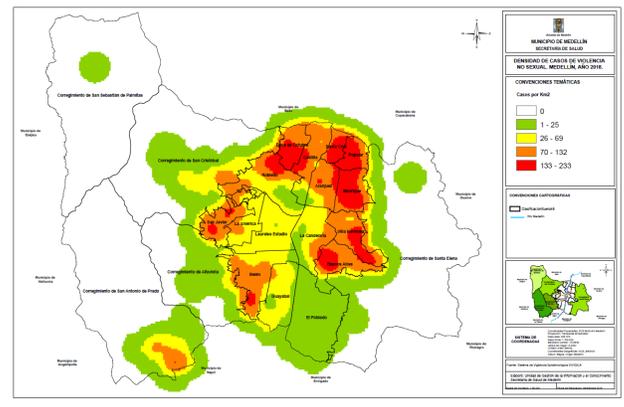
Todas las violencias



Violencia sexual



Violencia no sexual

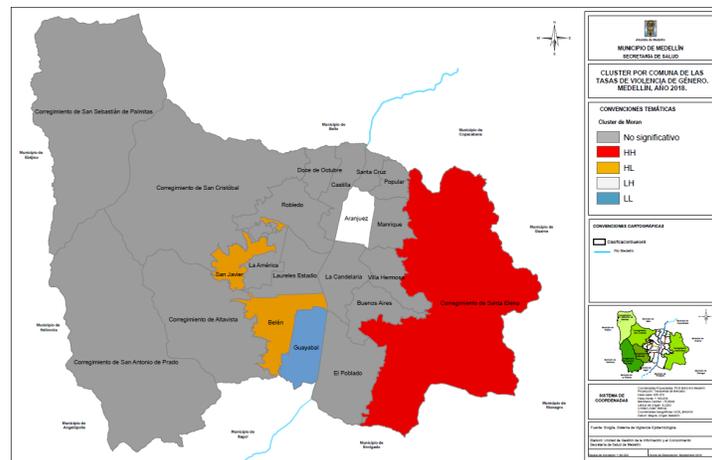


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA).

Figura 41. Distribución de las densidades de casos de violencia sexual y no sexual en las comunas de Medellín. 2018

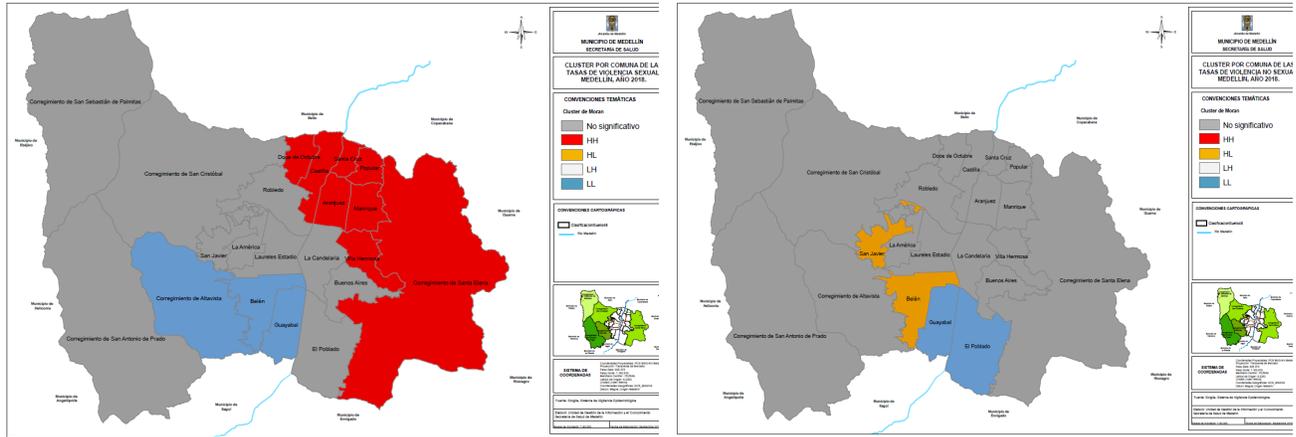
La Secretaría de Salud realiza un análisis de espacial que le permite priorizar las comunas donde las acciones deben hacerse de manera inmediata, este análisis epidemiológico de clúster espacial, pretende identificar las comunas con mayor riesgo de incremento de casos por sus proximidades geográficas. Teniendo en cuenta lo anterior se identificó que en el año 2018, a nivel general, el territorio a priorizar es el corregimiento de Santa Elena ya que se identificó con mayor riesgo, en segundo lugar se encuentran las comunas de Belén y San Javier, este último aplica para las violencias no sexuales. Para las violencias sexuales, las comunas con mayor riesgo fueron: Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, Villa Hermosa, Castilla, Doce de Octubre y Santa Elena.

Todas las violencias



Violencia sexual

Violencia no sexual



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín (SIVIGILA).

Figura 42. Análisis de clúster espacial y por comuna de casos de violencia en las comunas de Medellín. 2018

Conclusiones

- 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 SPA y los denominados trastornos neuróticos aparecen con mayor frecuencia y disminuyen la calidad de vida de las personas que los padecen. Asimismo 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.
- Es fundamental dar continuidad a las acciones de vigilancia epidemiológica en todos los entornos para la conducta suicida como se ha venido haciendo desde hace varios años; dado que esto ha permitido que la ciudad capte de manera oportuna los casos; y aunque estos han aumentado en la ciudad igual que 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.
- Se debe poner especial atención con las estimaciones de la OMS, en las cuales se indica que para el 2030, la depresión será una de las principales causas del suicidio, y este también

representará la mayor causa de pérdida de años saludables de vida después del VIH/SIDA (Salud., 2013). Por lo tanto se deben seguir identificando los casos por RIPS y capacitar al sistema básico de atención en salud en detección y manejo inicial del trastorno mental por medio del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP).

- El mhGAP es una iniciativa de la OMS, con la participación de gobiernos, organizaciones internacionales y otros sectores interesados para mejorar y ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (OMS, 2008). Este programa prioriza las conductas suicidas junto a otros eventos y trastornos mentales. Busca vencer la falta de atención a estos eventos, mediante el fortalecimiento de competencias de los distintos actores y el desarrollo de guías de intervención basadas en evidencia científica e implementación de intervenciones psicosociales.
- Para intervenir la conducta suicida se requieren condicionantes que hagan 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 considerarse la conducta suicida como un problema multicausal que involucra a diversos sectores de la sociedad, se requiere además de la inclusión de garantías al acceso a la educación, la equidad en el proceso enseñanza aprendizaje en niños, niñas 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 y la medicación que se requiera; es una tarea que requiere compromisos familiares y educativos donde están los entornos protectores más fuertes para esta población.

- 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.
- 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. Los medios de comunicación deben conocer el protocolo internacional para el manejo de estos casos.
- 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 deben reconocer las iniciativas orientadas al uso de Internet como herramienta para la prevención de conductas suicidas y la promoción de salud.

- Mejoras en el registro y la notificación de los casos identificados de suicidio a partir de las estrategias y programas de promoción y prevención, aunque todavía hay retos importantes en este caso.
- Continuar con disponibilidad de acceso al Sistema Único de indicadores (SUICAD), propuesto por el Ministerio de Salud y la Protección Social, el cual 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.
- La poca capacidad de respuesta en la ciudad de Medellín (14 Centros de Atención en Drogas) impide ampliar el abanico de posibilidades de las personas afectadas por el abuso y dependencia de Sustancias Psicoactivas (SPA) para su tratamiento integral, a esto se suma las barreras de acceso en el sistema de salud que impiden acceder y responder de manera oportuna a esta problemática.
- Según los reportes de los Centros de Atención a Consumo de Drogas (CAD), el inicio de consumo de sustancias se da fundamentalmente entre los 11 y los 17 años y 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 sus consecuencias. También se resalta que las edades de inicio para la ciudad de Medellín, han venido ajustándose a la meta del Plan Decenal de Salud Pública.

- La frecuencia de consumo de algunas drogas es relevante, en especial por el tipo de droga Marihuana en pacientes en su mayoría adolescentes y jóvenes que se encuentran en edad reproductiva con consumo de 2 a 3 veces por semana.
- Llama la atención que la edad en la que solicitan tratamiento corresponde a los 28 años (mediana) y las edades de inicio de consumo son en promedio 14 años, es decir que solicitan tratamiento 13 años después del consumo de la primera droga, sin embargo la moda como medida estadística fue 17, es decir que existe un porcentaje importante de personas que acuden a tratamiento a edades tempranas.
- Las personas que ingresan a Centros de Atención en Drogas se encuentran cubiertos en la seguridad social, 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 los pacientes que se encuentran sin afiliación al sistema; y cualificarse en el cómo atender a las personas que tienen alguna situación de vulnerabilidad. Se deben fortalecer las estrategias desde la asesoría técnica por parte de la Secretaría de salud, para el mejoramiento en la notificación del dato.
- Es necesario que se 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 psicoactivas.

Recomendaciones

- Se recomienda estudiar la posibilidad de implementar programas que tengan en cuenta el método de Rehabilitación Basada en la Comunidad en articulación 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 a su vez realizar las respectivas devoluciones de los resultados encontrados 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 Sustancias Psicoactivas.
- Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso y uso de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana y marihuana cripa); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (inhalantes), los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción.
- Es necesario estar atentos a la tendencia global de las nuevas SPA para desarrollar acciones de prevención del consumo de estas sustancias en la ciudad de Medellín.

- Es necesario realizar vigilancia epidemiológica no solo a los casos menores de 5 años en intoxicación por consumo de drogas. Se deben priorizar casos a mayores de edad que permitan 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 la ciudad de Medellín.
- En las intoxicaciones por drogas es necesario tener en cuenta la situación para personas migrantes o extranjeras. Dada la situación por la cual la ciudad de Medellín cuenta con esta población.

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, Medellín, 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](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos_SIVIGILA/PRO_Violencia_de_g%C3%A9nero.pdf)
10. Secretaría de Salud de Medellín. Boletín epidemiológico No. 4 de 2016. Situación de la Conducta Suicida. 2016;
1. 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/
2. 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
3. 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>
4. 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-ross-salud-mental.pdf>

5. 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>
6. 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
7. 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
8. 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

Medellín **FUTURO**

Secretaría de Salud de Medellín

www.medellin.gov.co/salud

Línea de Atención al Ciudadano 44 44 144



Alcaldía de Medellín