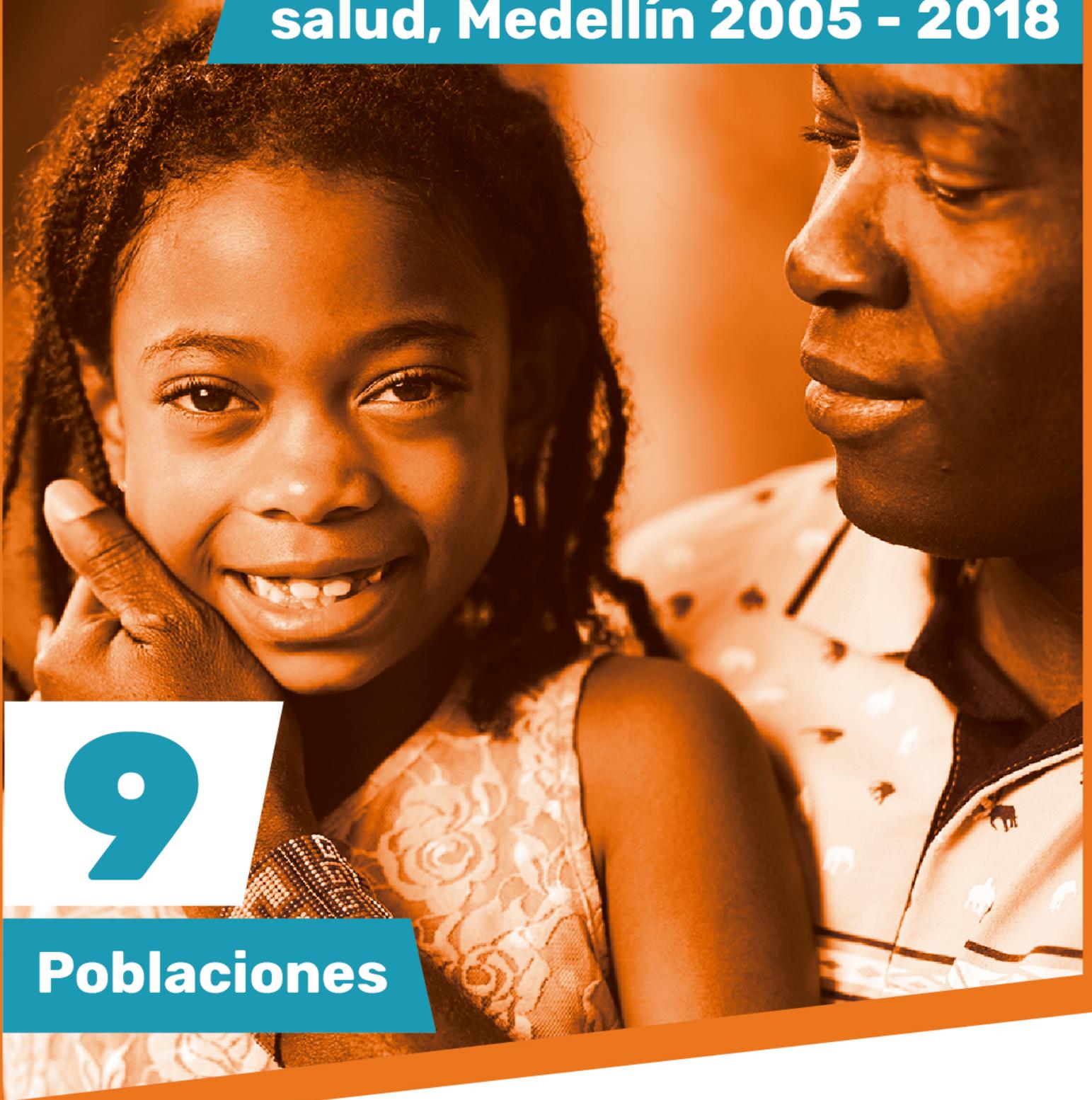


Profundización del análisis de la situación de salud, Medellín 2005 - 2018



9

Poblaciones



Alcaldía de Medellín

Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Especiales

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
Dirección Técnica de Planeación en Salud

Equipo coordinador ASIS

Juan Diego Tobón Lotero
Director Técnico de Planeación en Salud

Luis Augusto Hurtado
Líder de Programa, Dirección Técnica de Planeación.

Dora Beatriz Rivera Escobar
Profesional Universitario, Dirección Técnica de Planeación

Verónica María Lopera Velásquez
Profesional Especializado, Dirección Técnica de Planeación.

Mary Salazar Barrientos
Profesional Especializado, Dirección Técnica de Planeación

Eduardo Santacruz Sanmartín
Profesional Especializado, Dirección Técnica de Planeación



Equipo técnico de Poblaciones Especiales de la Secretaría de Salud

Jose David Restrepo Ruiz

Profesional Universitario, Subsecretaría de Salud Pública.

Erika Maria Valencia Cortes

Profesional, Subsecretaría de Derechos Humanos.

Ivonne Hernandez Monsalve

Líder De Proyecto, Subsecretaría De Salud Pública.

Nicanor Alonso Muñoz Aguirre

Profesional Universitario, Subsecretaría de Salud Pública

Con la participación de:

Unidad de Gestión de la Información y el conocimiento

Dirección Técnica Planeación Salud

Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Secretaría de Inclusión y Familia

Departamento Administrativo de Planeación Municipal

Personería de Medellín.



Tabla de Contenido

Introducción.....	1
1.1 Situación de la población en condición de discapacidad en Medellín.....	8
1.2 Tipos y orígenes de la discapacidad.....	14
1.3 Otros determinantes que influyen en la situación de salud de la población con discapacidad	28
2. Víctimas del conflicto armado.....	29
2.1. Distribución y caracterización de la población víctima del conflicto armado.....	31
2.2 Situación de salud personas víctimas del conflicto.....	43
3. Poblaciones especiales según curso de vida.....	63
3.1 Análisis situacional por curso de vida de los eventos y priorizados.....	67
3.1.1 Primera Infancia.....	67
3.1.2 Infancia y adolescencia.....	86
3.1.3 Vejez.....	108
Bibliografía.....	132



Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de las personas con discapacidad registradas según la EAPB afiliada, Medellín año 2018.....	10
Tabla 2. Origen de la discapacidad para los tres primeros tipos de discapacidad en Medellín, 2018.	17
Tabla 3. Distribución proporcional de discapacidad por enfermedad laboral según agente causal, Medellín 2018.....	20
Tabla 4. Prevalencia reportada de discapacidad causada por consumo de sustancias psicoactivas según curso de vida. Medellín, 2018.	21
Tabla 5. Distribución de personas con discapacidad según tipo de accidente y sexo, Medellín 2018.	22
Tabla 6. Distribución de personas con discapacidad según sexo y tipo de violencia, Medellín 2018.	25
Tabla 7. Distribución de discapacidad por conflicto armado según tipo de arma, Medellín 2018.	26
Tabla 8. Distribución de las víctimas de conflicto armado en Colombia desde 1984 según su pertenencia étnica, Fuente: Registro Único de Víctimas, 2019.....	32
Tabla 9. Distribución de los hechos victimizantes en la población víctima registrada en Medellín 1997 -2018.....	36
Tabla 10. Situación de las condiciones mínimas para superar la vulnerabilidad social en la población víctima del conflicto, Medellín a octubre 2019.	39



Tabla 11. Porcentaje de afiliados al régimen contributivo en cada EAPB que declaran ser personas en situación de desplazamiento, Medellín 2018.....	41
Tabla 12. Porcentaje de afiliados al régimen subsidiado en cada EAPB que declaran ser personas en situación de desplazamiento, Medellín 2018.....	42
Tabla 13. Frecuencia de las causas de consulta externa población víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.	46
Tabla 14. Frecuencia de las causas de consulta externa hombres víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.	48
Tabla 15. Frecuencia causas de consulta externa hombres víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.....	49
Tabla 16. Frecuencia de las causas de hospitalización de población víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.	50
Tabla 17. Frecuencia de las causas de hospitalización hombres víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.	53
Tabla 18. Frecuencia causas de hospitalización mujeres víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.....	54
Tabla 19. Tipos de trastornos mentales en consulta y hospitalización en población víctima del conflicto, Medellín 2018.....	59
Tabla 20. Total de fallecidos y sus causas en Medellín de población víctima del conflicto, 2015 -2018.	61
Tabla 21. Incidencia casos de abuso sexual y negligencia según comuna residencia en niños y niñas menores de 5 años, Medellín 2018.	73

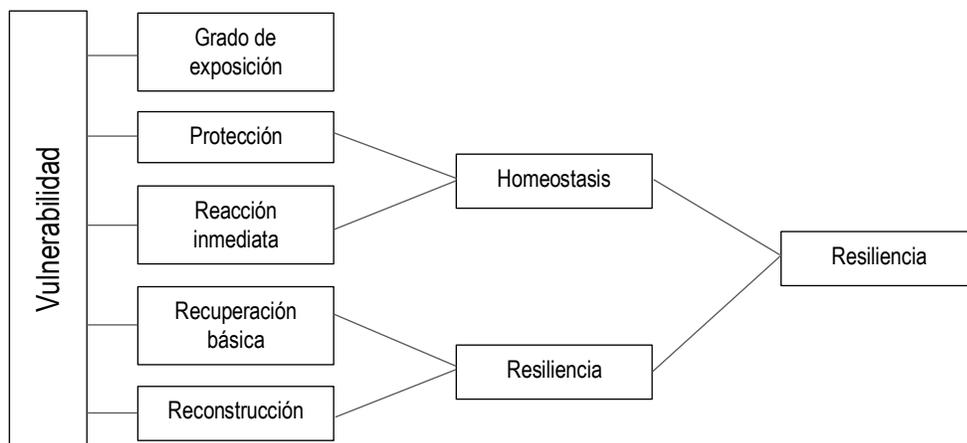


Tabla 22. Tasas de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en primera infancia, Medellín 2014 -2017.....	76
Tabla 23. Proporción de niños con desnutrición aguda según comuna, Medellín 2014 -2018.....	80
Tabla 24. Proporción de niños con obesidad según comuna, Medellín 2014 -2018.....	84
Tabla 25. Violencia no sexual en menores de 18 años por edad y tipo de violencia, Medellín 2015-2018p.....	91
Tabla 26. Violencia sexual en menores de 18 años por edad y tipo de violencia, Medellín, 2015-2018p.....	93
Tabla 27. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar.....	95
Tabla 28. Incidencia notificada violencia intrafamiliar por EAPB.....	96
Tabla 29. Intento de suicidio por comuna, Medellín 2014 -2018.....	101
Tabla 30. Intento de suicidio por EAPB, Medellín 2014 -2018.....	102
Tabla 31. Porcentaje de embarazo adolescente (10-19 años) por principales EAPB, Medellín 2012-2018p.....	107
Tabla 32 Distribución de eventos en salud pública prevalentes en el curso de vida Vejez, 2016 -2018.....	113
Tabla 33 Tasa de incidencia notificada por comuna en mayores de 60 años. 2016 -2018.....	119



Introducción

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



Fuente: RAUJO GONZALEZ, (9).

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

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

Los grupos sociales vulnerables y marginados suelen tener menos probabilidades de disfrutar del derecho a la salud. Tres de las enfermedades transmisibles más mortíferas (paludismo, VIH/Sida y tuberculosis) afectan desproporcionadamente a las poblaciones más pobres del mundo e imponen una carga tremenda a las economías de los países en desarrollo. Por otra parte, se ha pensado que, la carga de morbilidad por Enfermedades No Transmisibles, afecta principalmente a los países de altos ingresos. Hoy encontramos que estas enfermedades están aumentando desproporcionadamente en los países y en las poblaciones de bajos ingresos (6).

Los grupos poblacionales de diversos países, ejemplo, las comunidades indígenas, están expuestos a mayores tasas de enfermedad y afrontan dificultades importantes para acceder a una atención sanitaria de calidad y asequible. Estos grupos registran tasas de mortalidad y morbilidad

sustancialmente más altas que la población en general, a consecuencia de ENT tales como el cáncer, las cardiopatías y las Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC). Las personas particularmente vulnerables a la infección por el VIH, incluidas las mujeres jóvenes, los hombres homosexuales y los consumidores de drogas inyectables, suelen pertenecer a grupos desfavorecidos y discriminados social y económicamente. Esos grupos vulnerables pueden ser víctimas de leyes y políticas que agravan la marginación y dificultan más aún el acceso a servicios de prevención y atención (6).

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

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

Para ello dicho Plan asume el enfoque diferencial, "...como un método de análisis que tiene en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad, con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos de los sujetos y colectivos". Para ello se definieron los siguientes grupos vulnerables: 1) la primera infancia, infancia y adolescencia; 2) el envejecimiento

y la vejez; 3) salud y género; 4) salud en poblaciones étnicas; 5) discapacidad; y 6) víctimas del conflicto.

En este capítulo se analizará la situación de salud de la población en situación de discapacidad y las víctimas del conflicto, la primera infancia, infancia y adolescencia y la población adulta mayor.

En cuanto a la diferencia de salud según género, en cada dimensión del ASIS de Medellín se desagrega el indicador de salud por género analizando sus desigualdades¹.

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

1. Discapacidad

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

Siguiendo estas apreciaciones, la Corte Constitucional ha señalado en distintas oportunidades que, “El fortalecimiento y la profundización de la democracia participativa fue el designio inequívoco de la Asamblea Nacional Constituyente” (Corte Constitucional, 1994) y que, por lo tanto, el objetivo principal de toda política pública debe ser permitir que el ciudadano sea incluido en los debates que inciden en su vida cotidiana. En conjunto con la creación de canales de participación, la Corte ha reiterado que, desde una perspectiva de análisis de derechos, para que la democracia

participativa se materialice, es necesario, en primer lugar, lograr que el ciudadano tome conciencia de sus derechos y deberes civiles respecto del Estado (2).

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

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

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

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

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

Por otro lado, el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad (RLCPD) pese a que cuenta con un conjunto amplio de variables y un robusto sistema de

intercambio y actualización de información, tiene una limitada cobertura poblacional y no permite dar cuenta de su situación global. Finalmente, algunas encuestas poblacionales, que hacen aproximaciones tímidas a la prevalencia de la discapacidad, arrojan resultados muy distintos a los del Censo o el RLCPD, lo cual no solo pone en duda su propia veracidad, sino también los resultados de estas otras fuentes.

“Según el Informe Mundial de la Discapacidad de la OMS, el 15% de la población mundial vive en condición de discapacidad; en Colombia, de acuerdo con los datos del DANE, la prevalencia de discapacidad es del 6,3%, y para Antioquia fue del 6,0%, reportada en el censo del año 2005². El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) cuenta con un total de 1.121.274 personas registradas entre 2002 y octubre de 2015. El 51,06% son mujeres y el restante 48,81% hombres. El 18,02% tiene 80 años y más y el 54,96% entre los 15 y 65 años” (5).

1.1 Situación de la población en condición de discapacidad en Medellín

En Medellín, se cuenta con dos fuentes de información que dan cuenta del panorama de la discapacidad en la ciudad, el primero es el RLCPD, el cual parte de la identificación individual de esta población y la aceptación de incluirse en dicho registro, está coordinado y direccionado por el Ministerio de Salud y Protección social y es la fuente oficial hasta ahora en el país, por otro lado la ciudad cuenta con la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), la cual tiene un capítulo de

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

discapacidad donde se indaga a las personas encuestadas por tener limitaciones permanentes para moverse o caminar, usar los brazos o manos, ver a pesar de usar lentes o gafas, oír aun con aparatos especiales, hablar, entender o aprender, relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales y limitaciones por presentar síndrome de Down, entre otros, información de utilidad para fortalecer y complementar el subregistro en el RLCPD, lo que permite hacer estimaciones que den una mayor realidad de la situación. En este capítulo, presentaremos la información que resulta del RLCPD, la cual es la fuente oficial del país.

En Medellín, hasta el año 2018 se registraron 67.308 personas con discapacidad en el RLCPD. De este grupo 58.407 informaron el tiempo en años de vida con discapacidad con un promedio de 18,54 años, la moda de 10 años y la mediana de 14 años.

El comportamiento de la prevalencia reportada en el RLCPD de discapacidad en la población general para el año 2018, fue de 2,66 por 100 habitantes. Según sexo la mayor carga de discapacidad se presentó en los hombres 2,6 x 100 habitantes, con un comportamiento similar en todas las comunas. Según la Encuesta de Calidad de Vida se reporta una prevalencia de 6,1 por 100 habitantes (115.807 personas con alguna situación de limitación permanente), identificando un posible subregistro de personas caracterizadas de un 56,8%

Respecto al aseguramiento en salud se encontró que el 44% de la población registrada está afiliada al régimen contributivo (29.961 personas) y el 4,74% afiliado al régimen subsidiado (30.790 personas). Según la distribución por EAPB, en la siguiente tabla se muestran las principales aseguradoras que están presentes en la ciudad, mostrando el mayor número de personas en

situación de discapacidad registradas. La mayor prevalencia registrada está afiliada a Savia salud; en cuanto a las EAPB del régimen contributivo el mayor número de personas se encuentran afiliadas a Sura.

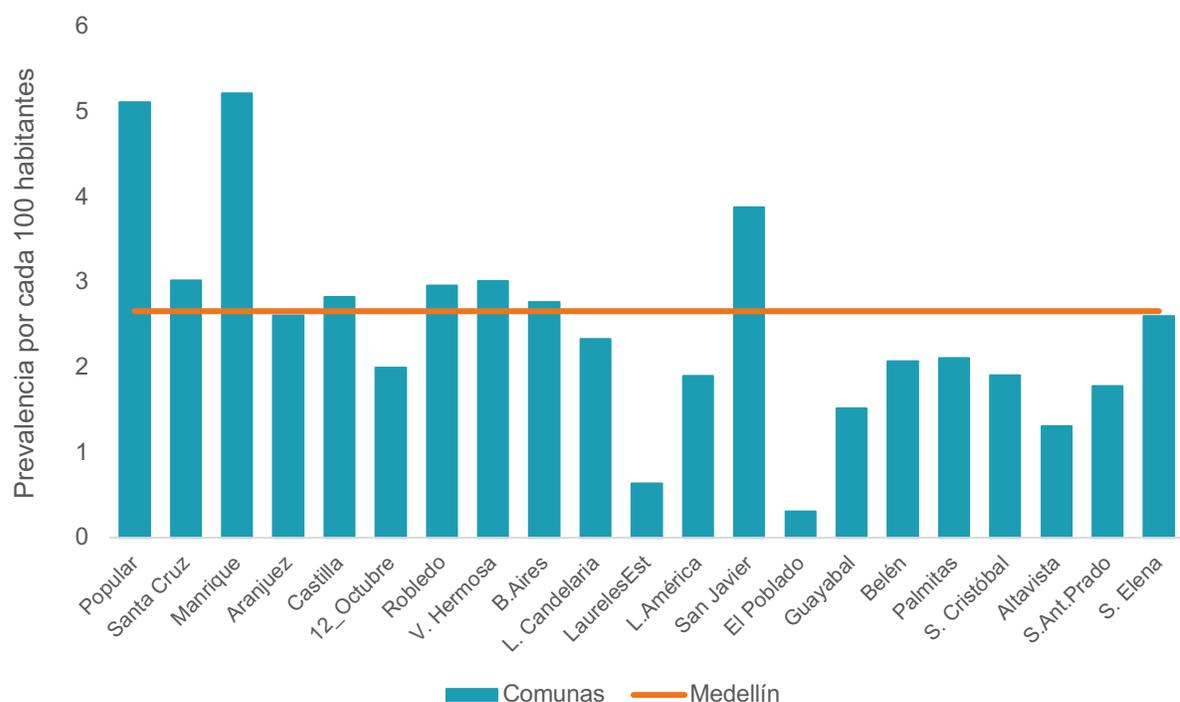
Tabla 1. Distribución de las personas en situación de discapacidad registradas según la EAPB afiliada, Medellín año 2018.

EAPB	Total	Porcentaje	Prevalencia por 100 afiliados
01 SURA	13.826	20,54%	1,16
02 Savia Salud	30.405	45,17%	5,81
03 Coomeva S.A.	2.796	4,15%	1,26
04 Salud	3.158	4,69%	1,40
Total			
05 La Nueva EPS	7.816	11,61%	3,61
06 Medimas EPS	2.212	3,29%	1,81

07 Sanitas	738	1,10%	1,14
S.A.			
08 Cruz	1.036	1,54%	1,86
Blanca			
Total general	67.308	100,00%	2,66

Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín, 2018.

Para el año 2018, el 2.66% de los registros caracterizados no tenía información de comuna (1.791 personas), mejorando la calidad de la caracterización, ya que en el año 2015 se contaban con 30.536 registros sin datos de residencia. Las comunas con mayor prevalencia registrada y caracterizada son, Popular, Manrique y San Javier (Figura 1), sin embargo si se compara con lo encontrado en la ECV, las comunas que pueden tener un mayor subregistro de caracterización son Laureles Estadio (92%), El Poblado (92%), La América (78%) y el Doce de Octubre (76%).



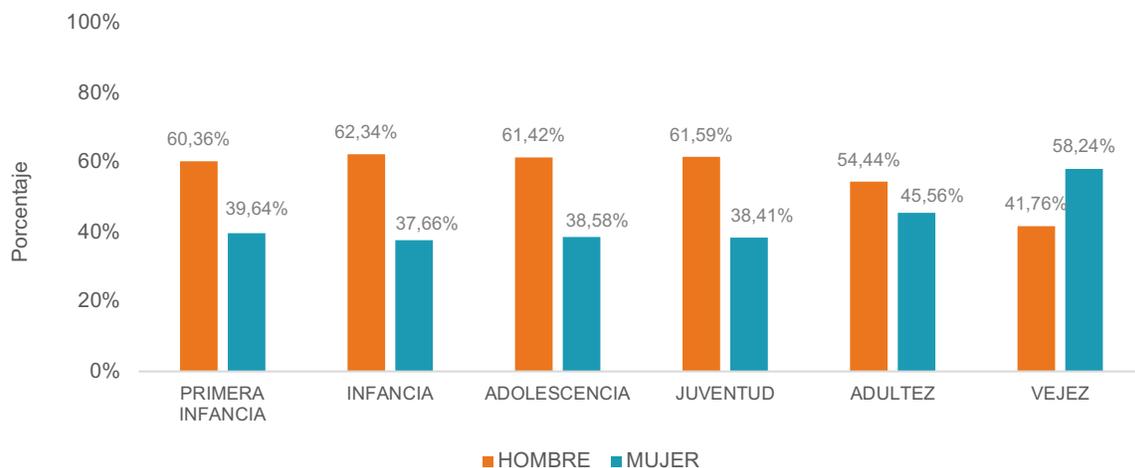
Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

Figura 2. Prevalencia reportada de discapacidad según comuna, Medellín 2018.

Según la distribución por sexo, en el municipio de Medellín para el año 2018 la discapacidad predominó en hombres (52.02 %). Adicionalmente, la población masculina presentó mayor prevalencia reportada desde la infancia hasta la adultez, invirtiéndose esta relación en la adultez mayor, donde la población femenina presenta mayor concentración de población en situación de discapacidad (58,24%).

Al analizar con más detenimiento la distribución de este evento según grupos de edad, se encontró que, entre los 20 y 40 años se presenta el 25% de las personas en situación de discapacidad

registradas en la ciudad. Respecto a la antigüedad de la discapacidad (Edad al momento de la encuesta/Edad calculada a la fecha actual/Años que presenta la alteración), el grupo entre 20 y 24 años tuvo un promedio de 14 años, una moda de 18 años y una mediana de 15 años; lo que significaría que la mayoría presentó la discapacidad cuando estaba en la primera infancia. De este grupo, la principal causa de discapacidad fueron los accidentes (48%); 76 casos por accidentes de tránsito y 63 en el hogar. La segunda causa fue el conflicto armado (20%), con mayor afectación en el grupo de hombres y la tercera causa fue la violencia (15%).

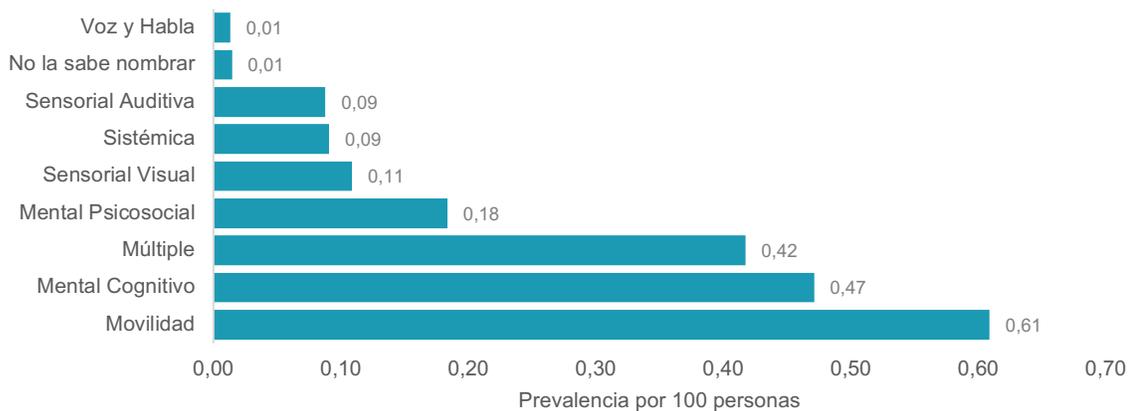


Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín, 2018.

Figura 3. Distribución porcentual de la población con discapacidad según curso de vida, Medellín 2018.

1.2 Tipos y orígenes de la discapacidad

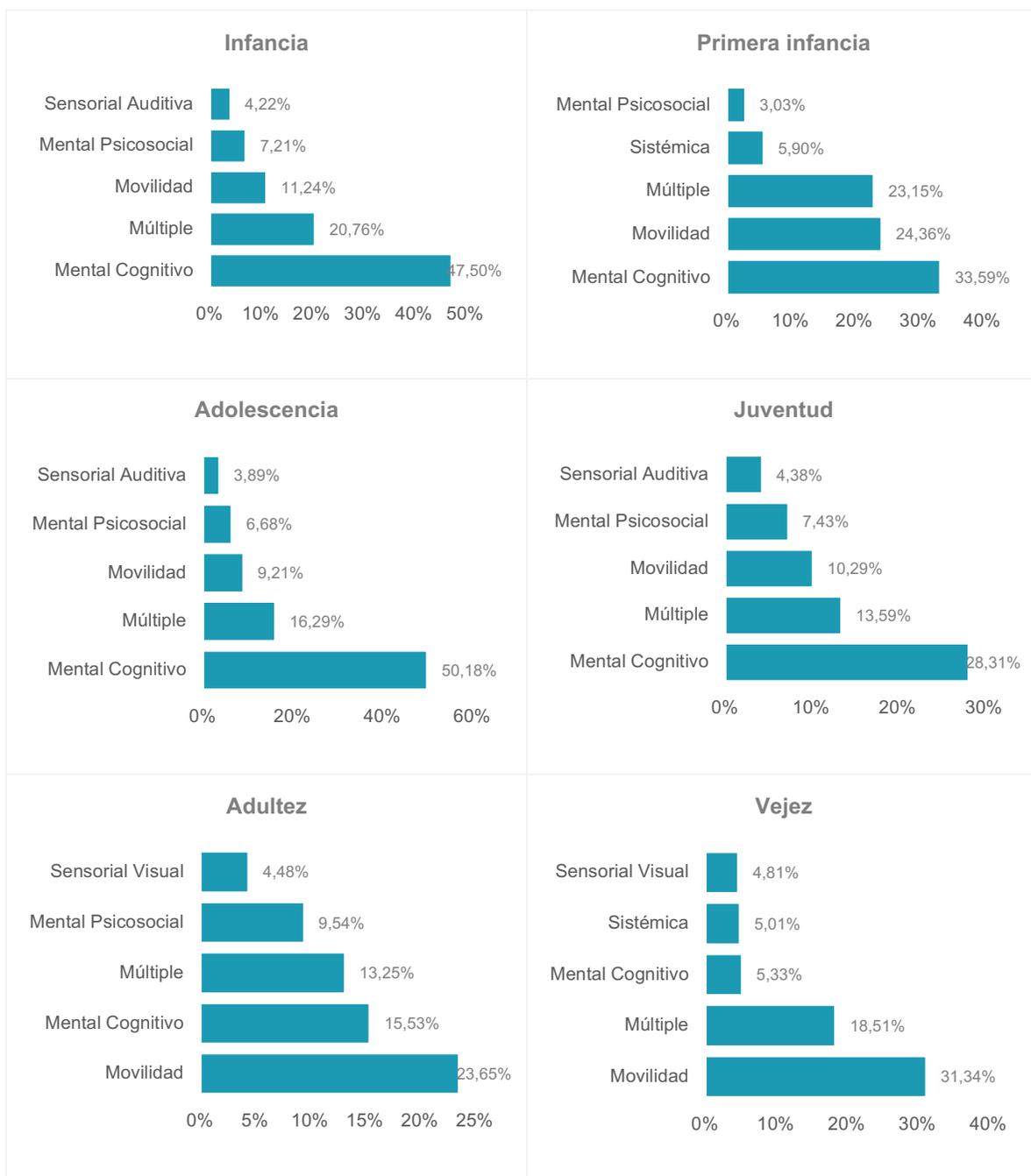
Al analizar la discapacidad según las funciones corporales afectadas definidas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), la mayor concentración estuvo en la categoría de movilidad, seguida de cognitivo y múltiple. La talla baja (enanismo) y la discapacidad sensorial Gusto-Olfato-Tacto, fueron las que tuvieron las prevalencias reportadas más bajas. Es importante aclarar que el 24% de los registros no tenían información sobre el tipo de discapacidad.



Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

Figura 4. Prevalencia reportada de tipo de discapacidad según funciones corporales, Medellín 2018.

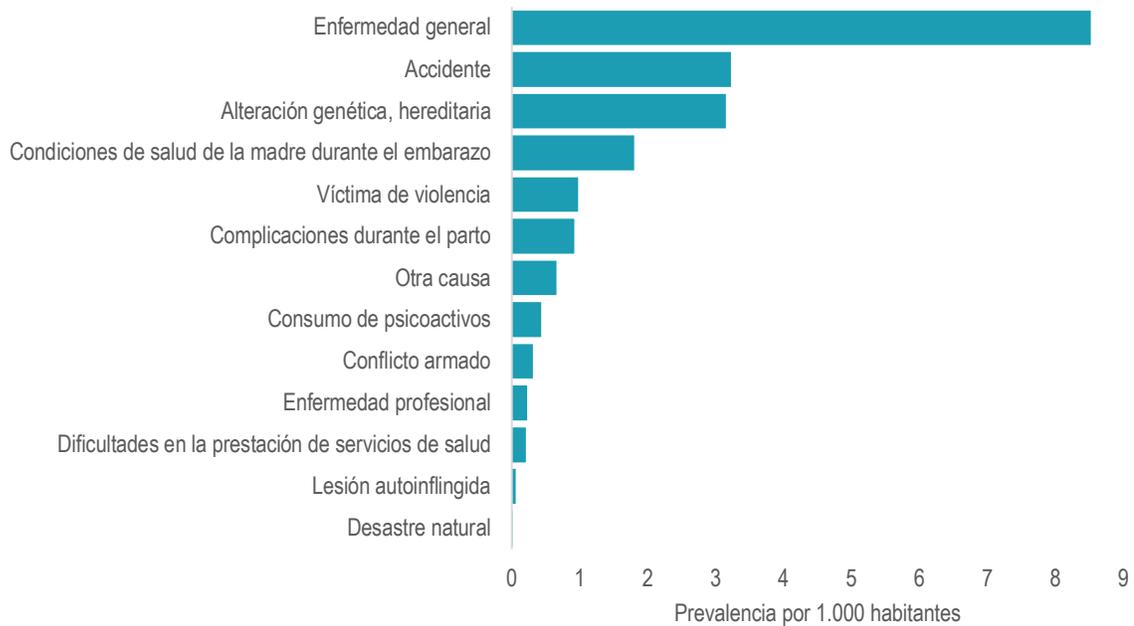
Según curso de vida, en los siguientes gráficos se muestra la distribución de las cinco primeros tipos de discapacidad en cada uno de ellos, la discapacidad mental y cognitiva es la más frecuente en los primeros años de la vida hasta la juventud, y ya en la adultez y vejez la discapacidad más prevalente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



Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

Figura 5. Prevalencia reportada de tipo de discapacidad según funciones corporales en cada curso de vida, Medellín 2018.

En relación al origen de la discapacidad, 15.455 registros no tenían información (23%). De aquellos que contaban con dicha información para el año 2018, se observó que las categorías enfermedad general, accidente, alteración genética hereditaria, las condiciones de salud de la madre durante el embarazo y la violencia concentraron las mayores prevalencias, y representan el 66% de todas las personas registradas. Por otro lado, la discapacidad originada por desastre natural y lesión autoinfligida tuvo las menores prevalencias.



Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

Figura 6. Prevalencia por 1.000 personas registradas según el origen de la discapacidad, Medellín 2018.

Para los tres primeros tipos de discapacidad prevalentes en la ciudad; movilidad, mental cognitiva y discapacidad múltiple, se presentan los orígenes registrados para el 2018, predominan la

enfermedad general, las alteraciones genéticas y los accidentes, estas tres causas representan el 55% de todos los tipos de discapacidad registrados.

Tabla 2. Origen de la discapacidad para las tres primeros tipos de discapacidad en Medellín, 2018.

Origen / Tipo discapacidad	Total	Porcentaje
Discapacidad por movilidad		
Enfermedad general	5889	38,24%
Accidente	3371	21,89%
Alteración genética, hereditaria	1060	6,88%
Víctima de violencia	912	5,92%
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	520	3,38%
Otra causa	347	2,25%
Complicaciones durante el parto	347	2,25%
Conflicto armado	317	2,06%
Enfermedad profesional	189	1,23%
Dificultades en la prestación de servicios de salud	149	0,97%
Consumo de psicoactivos	29	0,19%

Origen / Tipo discapacidad	Total	Porcentaje
Lesión autoinfligida	26	0,17%
Desastre natural	12	0,08%
Discapacidad mental cognitivo		
Alteración genética, hereditaria	2299	19,29%
Enfermedad general	1702	14,28%
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	1206	10,12%
Complicaciones durante el parto	758	6,36%
Accidente	371	3,11%
Otra causa	264	2,22%
Consumo de psicoactivos	206	1,73%
Víctima de violencia	165	1,38%
Dificultades en la prestación de servicios de salud	49	0,41%
Conflicto armado	22	0,18%
Lesión autoinfligida	14	0,12%
Enfermedad profesional	9	0,08%
Desastre natural	1	0,01%

Origen / Tipo discapacidad	Total	Porcentaje
Discapacidad múltiple		
Enfermedad general	4056	38,42%
Alteración genética, hereditaria	1035	9,80%
Accidente	924	8,75%
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	803	7,61%
Complicaciones durante el parto	583	5,52%
Víctima de violencia	288	2,73%
Otra causa	220	2,08%
Conflicto armado	106	1,00%
Consumo de psicoactivos	89	0,84%
Dificultades en la prestación de servicios de salud	85	0,81%
Enfermedad profesional	76	0,72%
Lesión autoinfligida	19	0,18%
Desastre natural	2	0,02%

Fuente: SISPRO- RLCPPD, Medellín 2018.

La discapacidad cuyo origen es la enfermedad profesional registró un total de 592 personas, el 62,84% eran hombres, en su mayoría en personas con edades mayores de 50 años (80%) hasta el final de la vida para ambos sexos. En las mujeres entre 25 y 29 años no se registraron casos. Estos casos como los causados por accidente de trabajo fueron referidos por las personas con discapacidad y se desconoce si están calificados por ARL.

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

Tabla 3. Distribución proporcional de discapacidad por enfermedad laboral según agente causal, Medellín 2018.

Agente causal	Hombre	Mujer	Total
Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)	18,41%	11,32%	29,73%
Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)	13,68%	5,07%	18,75%
Contaminantes (químicos, biológicos)	5,24%	2,87%	8,11%
Medio ambiente físico del lugar de trabajo	16,72%	10,47%	27,20%
Organización del trabajo (psicolaborales)	1,52%	1,69%	3,21%
Otra causa	7,26%	5,74%	13,01%

Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

Respecto a la discapacidad causada por consumo de sustancias psicoactivas, hasta el año 2018 se reportaron 1.082 personas, de ellas el 78.65% eran hombres. Las sustancias aceptadas socialmente causaron mayor discapacidad en mujeres, contrario a lo observado en los hombres.

Según curso de vida, la prevalencia reportada se concentró en tres grupos; juventud, adultez y vejez.

En cuanto al sexo, los hombres tuvieron la mayor prevalencia en todos los grupos de edad.

Tabla 4. Prevalencia reportada de discapacidad causada por consumo de sustancias psicoactivas según curso de vida, Medellín 2018.

Prevalencia por 1.000 personas			
Curso de vida	Hombre	Mujer	Total
Primera infancia	0,011	0,000	0,006
Infancia	0,000	0,022	0,011
Adolescencia	0,091	0,021	0,057
Juventud	0,964	0,146	0,558
Adultez	0,892	0,170	0,503
Vejez	0,976	0,366	0,616
Total	0,715	0,173	0,428

Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín, 2018.

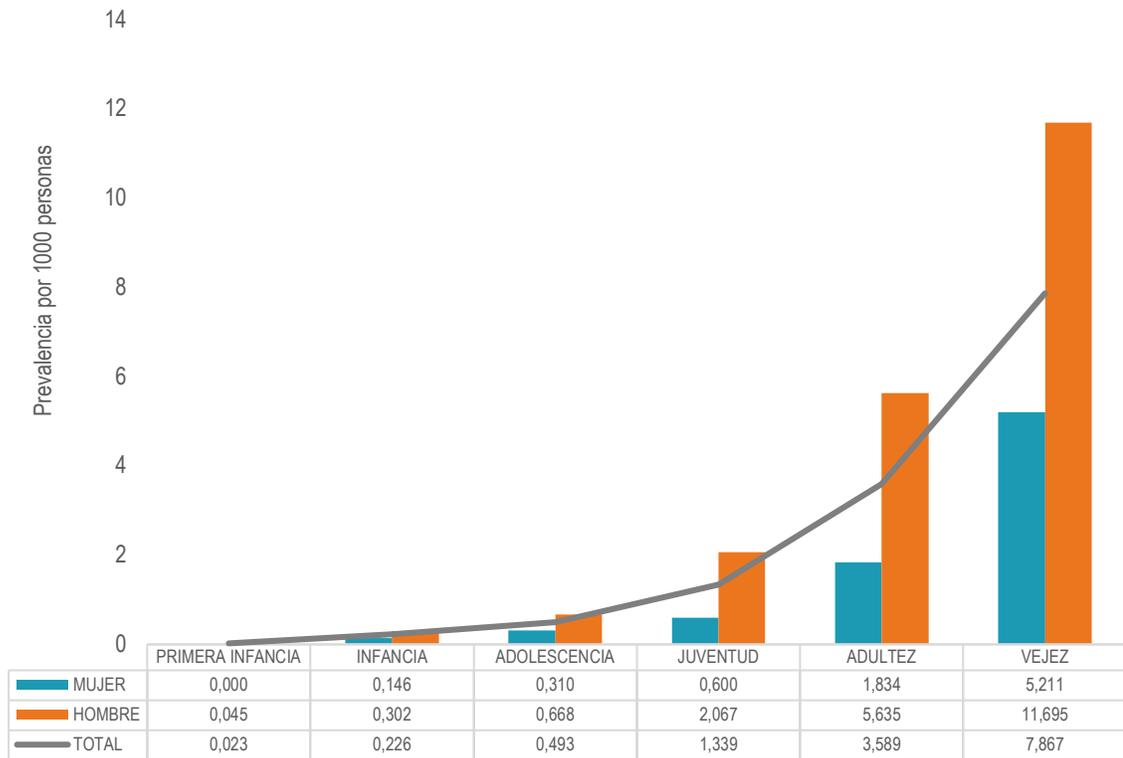
Los accidentes fueron el origen de la discapacidad de 8.158 personas registradas, los de transporte terrestre fueron la primera subcausa, seguidos de los ocurridos en el hogar y en el trabajo. Según el sexo los accidentes en el trabajo fueron 6,8 veces más frecuentes en hombres que en mujeres.

Tabla 5. Distribución de personas con discapacidad según tipo de accidente y sexo, Medellín 2018.

Tipo de Accidente	Hombre	Mujer	Total
Del tránsito	41,05%	36,77%	39,68%
En el hogar	15,33%	38,61%	22,78%
De trabajo	27,03%	8,46%	21,09%
Otro tipo de accidente	13,65%	14,17%	13,82%
Deportivo	2,24%	1,00%	1,84%
En el centro educativo	0,70%	1,00%	0,80%

Fuente: SISPRO- RLCPD. Medellín, 2018

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

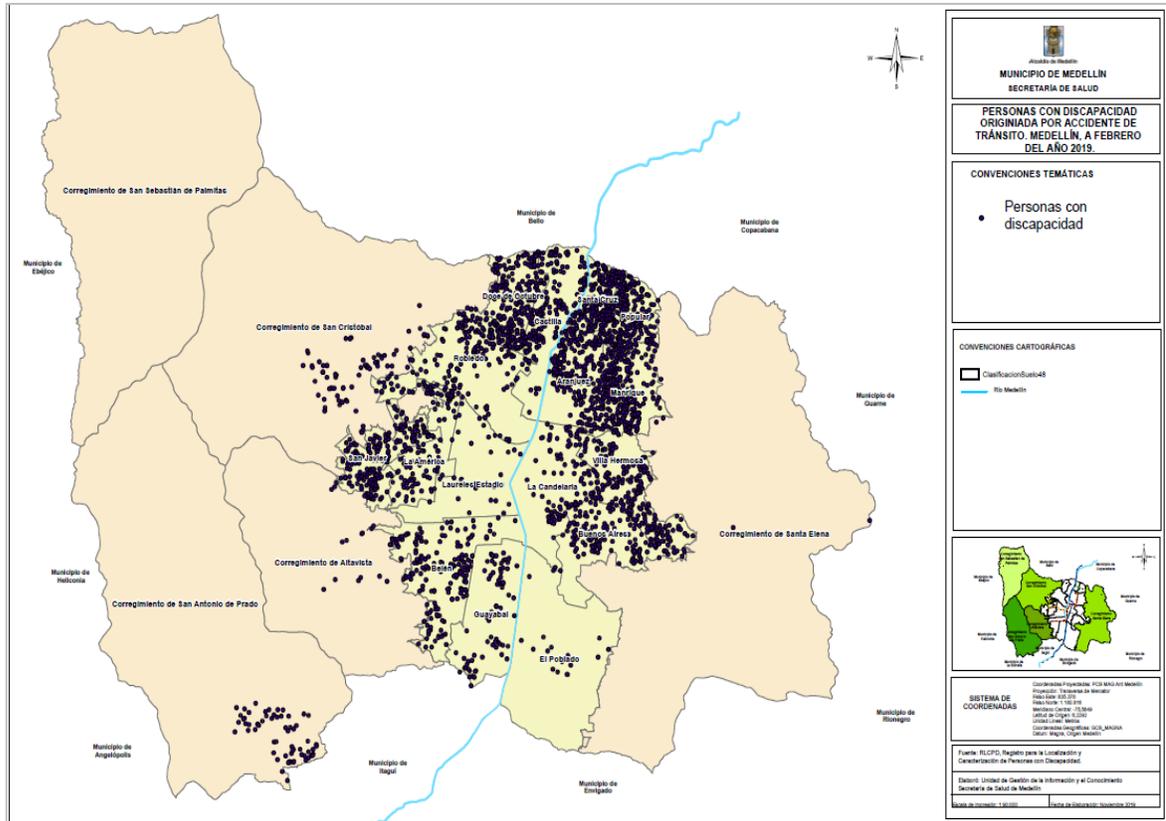


Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

Figura 7. Prevalencia por mil personas con discapacidad reportada con origen por accidentes según curso de vida, Medellín 2018.

Al observar la distribución de los casos de personas en situación de discapacidad por accidentes de transporte terrestre según comuna, se observa que, la gran mayoría está concentrada en las comunas de Manrique con un 12%, Popular 9,2%, y San Javier 8,3%. Es de anotar que, pese a que las personas residentes en comunas con estratos socioeconómicos más altos presentan mayores prevalencias de accidentalidad, no necesariamente generaron discapacidad, lo que podría estar

relacionado con el grado de cultura vial y el uso de elementos de protección personal. El detalle de esta información se encuentra en el capítulo de emergencias y desastres.



Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

Mapa 1. Casos de personas en situación de discapacidad por accidentes de transporte terrestre, Medellín 2018.

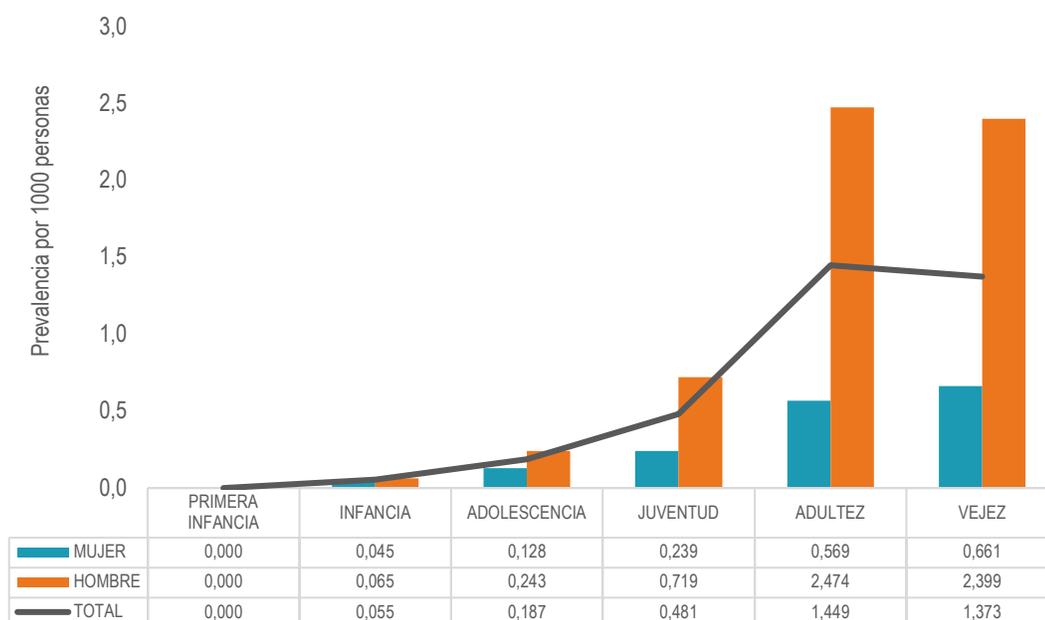
En el periodo de análisis se registraron 2.482 casos de personas cuya discapacidad tuvo su origen en violencias, con una razón hombre:mujer de 3,2 a 1, siendo la delincuencia común el tipo de violencia que causó la prevalencia reportada más alta, seguida de la violencia social.

Tabla 6. Distribución de personas con discapacidad según sexo y tipo de violencia, Medellín 2018.

Tipo de violencia	Hombre	Mujer	Total
Delincuencia común	68,53%	41,31%	62,15%
Social	20,74%	22,38%	21,12%
Al interior del hogar	5,42%	29,43%	11,04%
Otra	5,32%	6,88%	5,68%

Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

El análisis según sexo y curso de vida, evidenció que, los hombres tienen la mayor prevalencia reportada de discapacidad por violencias, siendo el más afectado el grupo de adultos, con una diferencia de 3,7 hombres por cada mujer reportada en situación de discapacidad por esta causa en este curso de vida.



Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

Figura 8. Prevalencia por mil personas en situación de discapacidad con origen por violencias según curso de vida y sexo, Medellín 2018.

Adicionalmente, hasta el 2018 se reportaron 779 casos de personas en situación de discapacidad por el conflicto armado, la mayoría consecuencia de heridas por arma de fuego, seguido de Minas Antipersonas (MAP).

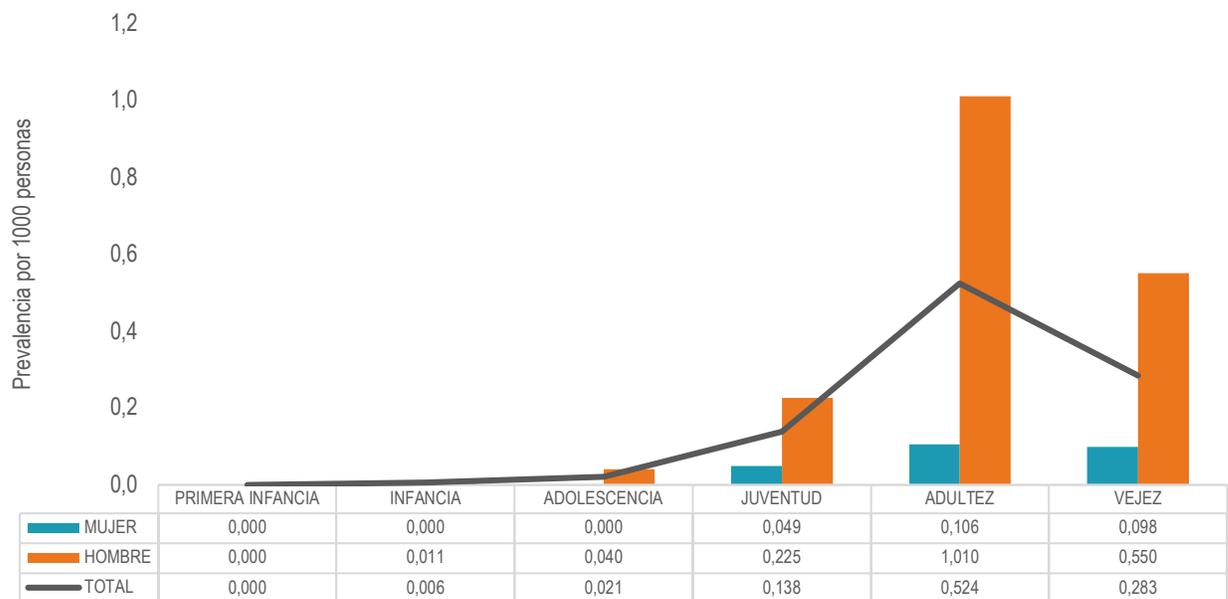
Tabla 7. Distribución de discapacidad por conflicto armado según tipo de arma. Medellín, 2018.

Tipo de arma	Hombre	Mujer	Total
Arma de fuego	67,21%	81,00%	68,98%
MAP	13,29%	5,00%	12,23%

Otro tipo de arma	10,49%	4,00%	9,65%
Bomba	6,94%	5,00%	6,69%
Artefactos Explosivos Improvisados (AEI)	2,07%	5,00%	2,45%

Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

Para este tipo de causa, el curso de vida con mayor prevalencia reportada fue adultos. En los grupos de primera infancia no reportaron casos.



Fuente: SISPRO- RLCPD, Medellín 2018.

Figura 9. Prevalencia reportada de discapacidad por conflicto armado según grupo de edad y sexo, Medellín 2018.

1.3 Otros determinantes que influyen en la situación de salud de la población en situación de discapacidad

En cuanto a otros determinantes de la población en situación de discapacidad, el Informe de Derechos Humanos de la Personería de Medellín (10), documenta una débil infraestructura pública y de transporte, lo que conlleva a la no accesibilidad de la población en situación de discapacidad a la infraestructura de la ciudad, situación que no permite la inclusión social de esta población.

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

En cuanto al acceso a la educación inclusiva, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece en su artículo 24 que los Estados Parte “asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles, a fin de hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre”. Según la Personería de Medellín (10), el municipio de Medellín, cuenta con 57 instituciones educativas totalmente accesibles en materia de infraestructura física, según concepto de la Unidad de Infraestructura Educativa, siendo la comuna 6 Doce de Octubre donde se concentra la mayor parte de estas instituciones, 9 en total. De las

comunas donde se detalla mayor asentamiento de personas en situación de discapacidad, Manrique cuenta con cinco instituciones accesibles, El Popular solo cuenta con dos y San Javier con tres. Es de anotar que, se concibe el criterio de accesibilidad como la conectividad de medios desde la entrada principal de las sedes educativas y la totalidad de los espacios interiores que permitan la autonomía del desplazamiento de las personas en condiciones de movilidad reducida.

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

El 87% de la población registrada, reporta no estar en ningún programa de bienestar o recibir subsidio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Desde la Secretaría de Salud de Medellín, por medio del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) se atienden 300 familias con discapacidad en la zona 1 de Medellín, comunas 1, 2, 3 y 4 y las comunas 6, 8 y 13, y con la estrategia Familias Cuidadoras de tus Capacidades en el resto de comunas, se atienden 1.300 familias con personas en situación de discapacidad, las cuales reciben acciones de información, educación, y comunicación en estilos de vida saludable, cuidados y autocuidado, además, de actividades de detección temprana de discapacidad.

2. Víctimas del conflicto armado

Usualmente se habla de víctima cuando se hace referencia a una persona que padece daño o muere por culpa ajena. En el derecho contemporáneo se precisa la noción de víctima, ampliando esta

definición básica. La Organización de las Naciones Unidas, define a las víctimas como: “...las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder. Para las víctimas de delitos y del abuso de poder. En el caso colombiano esta definición está contenida en la definición de víctima del conflicto armado adoptada por el Estado en el Artículo 1 de la Ley 1448 de 2011, conocida como ley de víctimas, en la cual se establece que, “se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. Se observa que si bien esta ley introduce unas limitaciones a propósito de quiénes tienen la posibilidad de ser consideradas víctimas establece las excepciones requeridas conforme a las características del conflicto armado colombiano, por lo cual considera como excepción general: “el caso de los niños, niñas y adolescentes vinculados a organizaciones armadas ilegales, considerados como víctimas en las normas nacionales e internacionales. Esta inclusión se presenta sobre la base de su incapacidad de discernir y por consiguiente de ser responsable de sus actos. La inocencia presumida lo despoja de su condición de enemigo” (20).

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

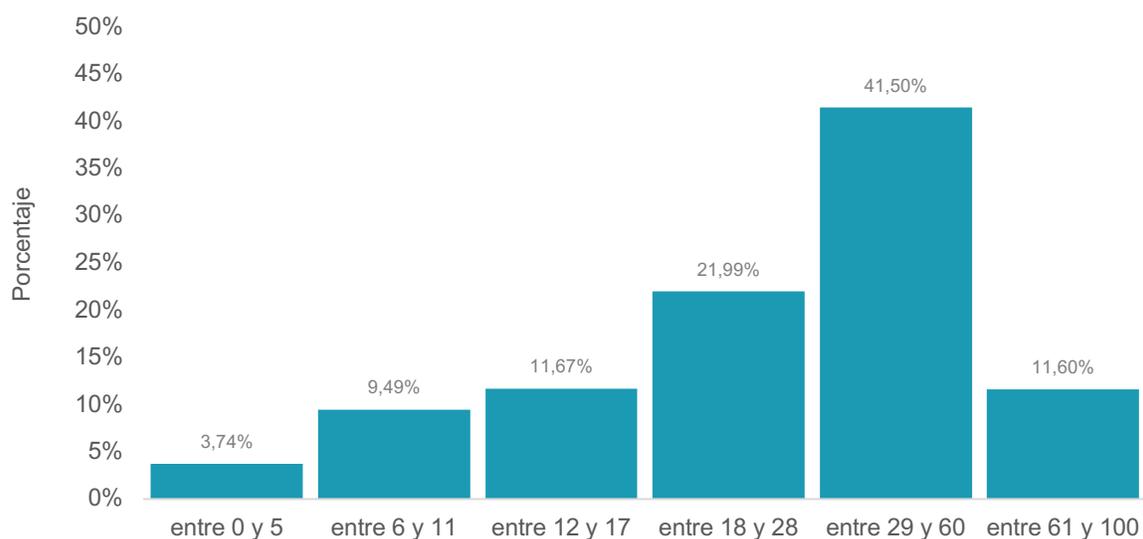
En Colombia, según el Registro Único de Víctimas³ hasta el año 2018 se han reportado 8.524.910 personas que manifiestan ser víctimas del conflicto armado desde 1984, (considerando la población al año 2018 representa el 17%). El mayor hecho victimizante es el desplazamiento forzado con 7.564.164 de personas, seguido del homicidio con 1.012.201 personas afectadas por hechos relacionados con el conflicto armado interno, y la tercera condición son las víctimas de amenaza con 421.942 personas registradas, registrando además otras formas de victimización como la desaparición forzada, el secuestro y la extorsión.

Los departamentos donde se concentra el 53% de la población registrada como víctima del conflicto armado son Antioquia (19,72%), Bolívar (6,91%), Nariño (5,85%), Magdalena (5,47%), Cauca (5,42%), Choco (5,27%) y Valle (4,95%).

Según la edad, en el país el 22% de la población reportada como víctima son los jóvenes entre 18 y 28 años, 3,7% son niños y niñas de 0 a 5 años, el 9,49% está entre 6 y 11 años, el 11,77% está en el rango de edad entre los 12 y 17. El mayor porcentaje (41,5%) son adultos entre los 29 y 60 años y el 11,6% tienen 61 años o más. Según el sexo el 50,76% son mujeres y el 49,24% son hombres; el 4,08% se identifica como población en situación de discapacidad. En relación con la etnia, casi el 10% de las personas víctimas del conflicto son negros o afrocolombianos, el 2,96% son indígenas, el 0,36 se identifican como Room, el 0,13% como Raizales y el 0,03 como parte del

³ Información según los reportes del sistema de información del Registro Único de Víctimas Nacional, con fecha de corte 01 de Octubre de 2019.

pueblo de Palenque. Se identifica que el 86.57% no se identifica como parte de alguno de los grupos étnicos reconocidos.



Fuente: Registro Único de Víctimas, 2019.

Figura 10. Distribución de las víctimas de conflicto armado en Colombia desde 1984 según curso de vida.

Tabla 8. Distribución de las víctimas de conflicto armado en Colombia desde 1984 según su pertenencia étnica. Fuente: Registro Único de Víctimas, 2019.

Pertenencia Étnica	Porcentaje
Ninguna	86,57%
Negro o afrocolombiano	9,96%
Indígena	2,96%

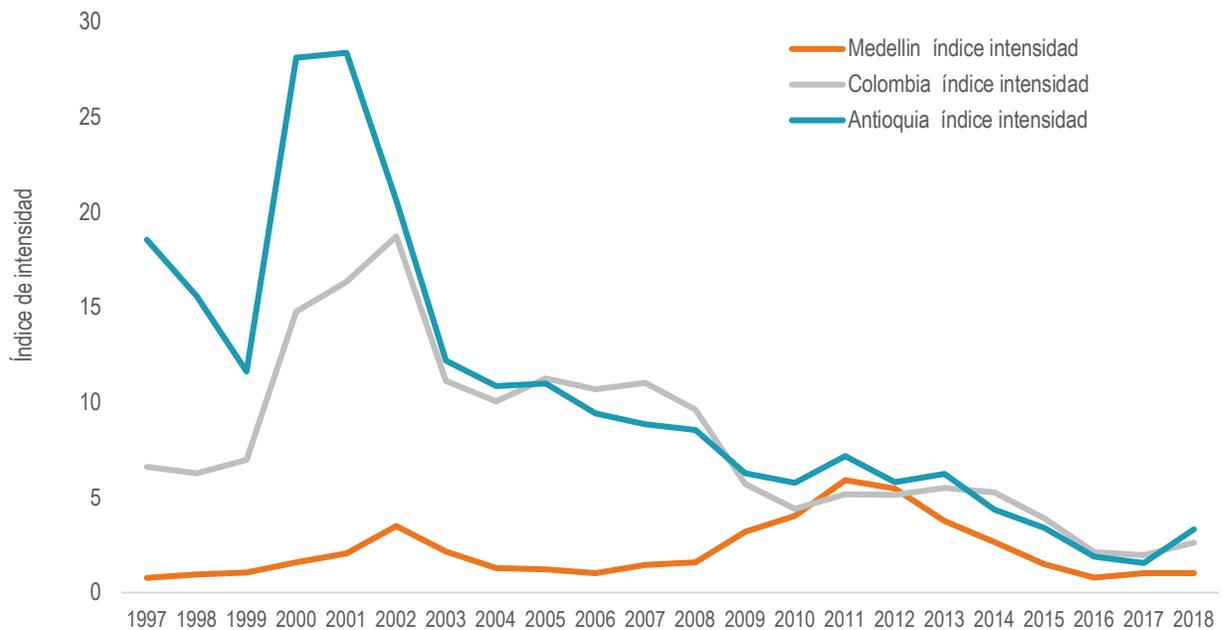
Gitano ROM	0,36%
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	0,13%
Palanquero	0,03%

Fuente: Registro Único de Víctimas, 2019.

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

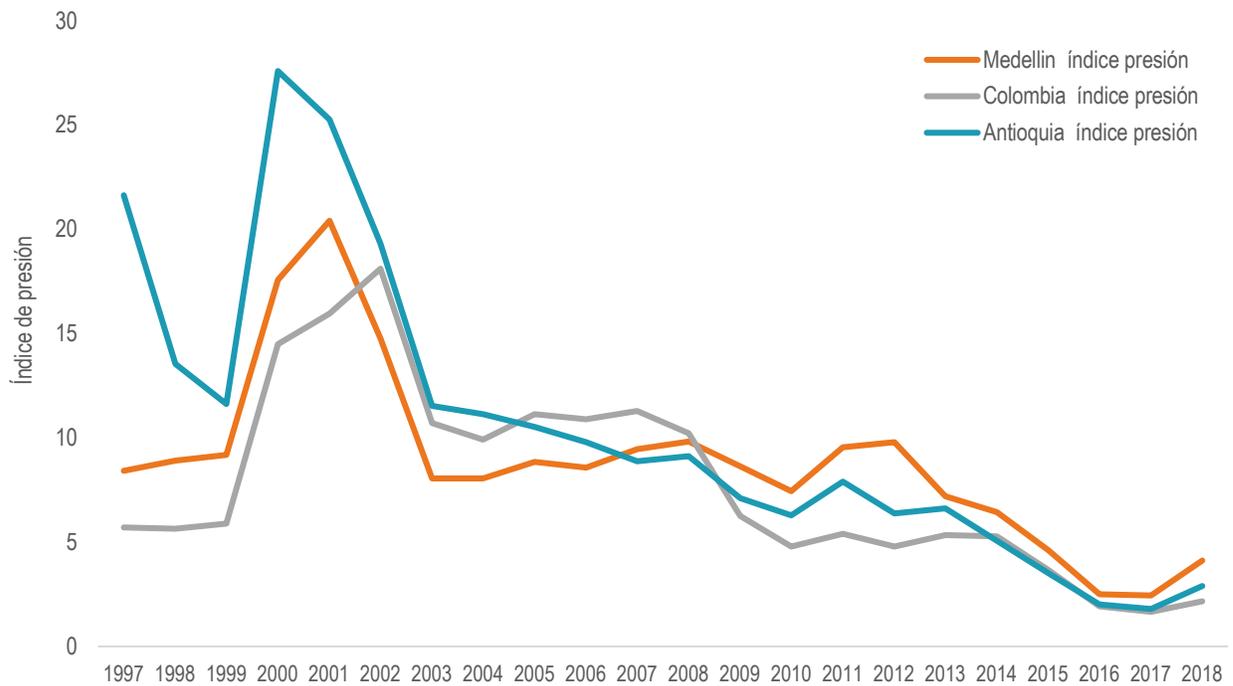
En la figura 11 se muestra el Índice de Intensidad en el periodo 1997 a 2018 comparando su comportamiento en Medellín, Antioquia y Colombia. Entre los años 1997 a 2002 Antioquia tuvo un mayor Índice de intensidad que el total del país, reflejo de la situación del conflicto armado especialmente en las zonas de Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio, a partir de este año desciende y toma una tendencia y comportamiento similar a Colombia, situación diferente se vivió en Medellín donde para ese periodo no se reporta un alto índice de intensidad, pero si uno más alto que Colombia del índice de presión, lo que se traduce que Medellín durante dicho periodo ha sido una ciudad receptora de población desplazada por el conflicto.

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



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

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



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

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

Según informe de la Personería de Medellín (10), las comunas con mayor población en situación de desplazamiento por conflicto armado interno son, Popular, Aranjuez, Robledo, Villa Hermosa y San Javier; si se revisa la situación de orden público actual, coincide con aquellos sectores que además de albergar población de escasos recursos, ha sido afectada por situaciones de conflicto local y cuenta con presencia de grupos delincuenciales organizados (10). Según el Registro Único de Víctimas en Medellín se cuenta con 406.220 víctimas registradas, de conflicto armado se

reconocen 373.201 personas. El mayor hecho victimizante registrado en total hasta entre 1997 y 2018 es el homicidio, seguido del desplazamiento y la amenaza.

Tabla 9. Distribución de los hechos victimizantes en la población víctima registrada en Medellín 1997 -2018.

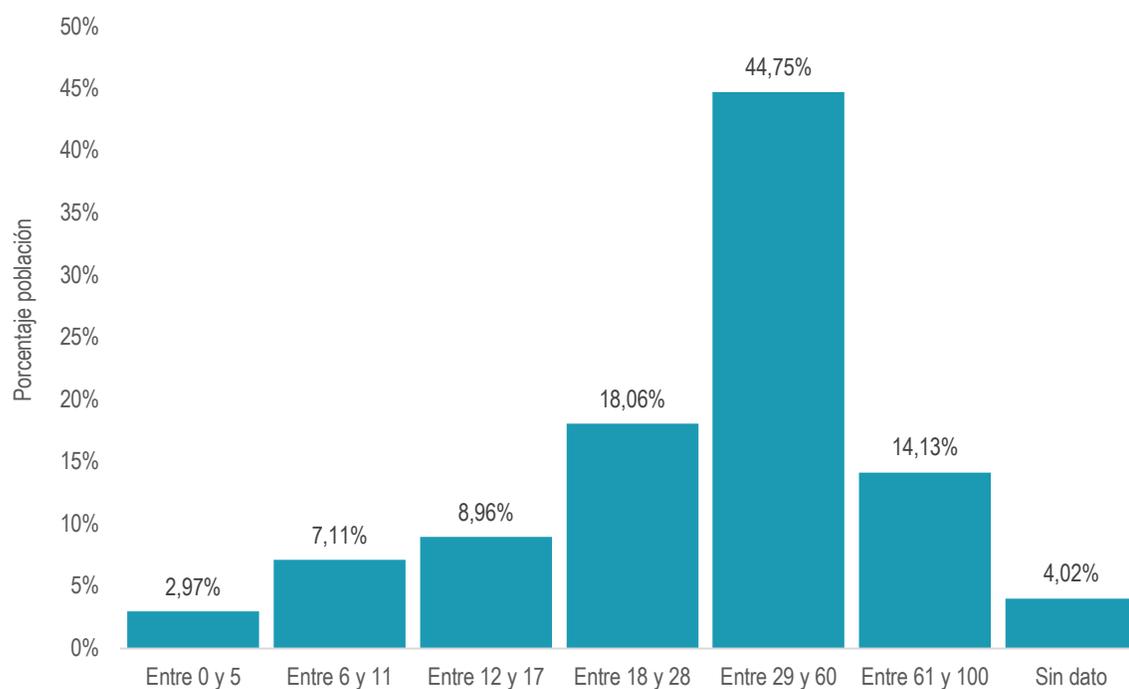
Hecho	Porcentaje
Acto terrorista/atentados/combates/ Hostigamientos	0,41%
Amenaza	6,16%
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	0,13%
Desaparición forzada	3,34%
Desplazamiento	36,28%
Homicidio	52,57%
Lesiones personales físicas	0,08%
Lesiones personales psicológicas	0,23%
Minas antipersonas/munición sin explotar/artefacto explosivo	0,01%
Pérdida de bienes muebles o inmuebles	0,29%
Secuestro	0,33%
Sin información	0,04%

Hecho	Porcentaje
Tortura	0,08%
Vinculación de niños, niñas y adolescentes	0,06%

Fuente: Registro Único de Víctimas Nacional, 2018.

Para el año 2018, el hecho victimizante más declarado fue el desplazamiento forzado, puesto que, según reportes del Equipo Municipal de Víctimas, llegaron víctimas a Medellín provenientes de 27 departamentos y 314 municipios del país; entre enero y diciembre de 2018, hubo 5.785 familias víctimas de desplazamiento forzado, lo cual representa un aumento del 89 % con respecto al 2017. El 81 % de los casos corresponden al departamento de Antioquia (10).

Según la edad de las personas víctimas del conflicto en Medellín, la mayor parte de la población se encuentra en edad adulta (29 y 60 años) y es económicamente activa, en este grupo de edad las mujeres representan el 52%. Por otro lado es importante destacar que el 10% son niños y niñas menores de 11 años y el 27% se encuentran en el curso de vida entre la adolescencia y la juventud. En cuanto a la distribución por sexo, se tiene una distribución homogénea entre hombres (49,33%) y mujeres (50,57%), se reporta que, el 0,1% de las personas víctimas del conflicto son parte de la población LGTBIQ en Medellín (según el reporte del RUV).



Fuente: construida a partir de los datos del Registro Único de Víctimas nacional, octubre 2019.

Figura 13. Distribución población víctima por curso de vida, Medellín 1984 -2019.

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

En este sentido, desde la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, se hace un seguimiento de la condición de superación de la situación de vulnerabilidad, considerando

variables como: acceso a la salud, seguridad alimentaria y nutricional, acceso a educación, atención integral a la familia, condición de ingresos básicos otorgados, acceso a la vivienda y la garantía del derecho a la identificación (registro civil/cédula). En Medellín del total de víctimas registradas, el 74% aún no cuenta con las condiciones mínimas para superar la vulnerabilidad social en la población víctima del conflicto.

Tabla 10. Situación de las condiciones mínimas para superar la vulnerabilidad social en la población víctima del conflicto, Medellín octubre 2019.

Criterio	Estado	Total	Porcentaje
Salud	Cumple	291933	95%
	No cumple	14452	5%
	Nd	30	0%
Seguridad alimentaria y nutricional	Cumple	193542	63%
	No cumple	7102	2%
	Nd	105771	35%
Educación	Cumple	67724	22%
	No cumple	14240	5%
	No aplica	211158	69%
	Nd	13293	4%

Criterio	Estado	Total	Porcentaje
Atención familiar	Cumple	521	0%
	No cumple	200	0%
	NA	305694	100%
Ingresos básicos otorgados	Cumple	157672	51%
	No cumple	35167	11%
	Nd	113576	37%
Acceso vivienda	Cumple	101845	33%
	No cumple	32899	11%
	Nd	171671	56%
Garantía identificación	Cumple	305115	100%
	No cumple	1276	0%
	Nd	24	0%
Condición superación de vulnerabilidad	Superan	80075	26%
	No superan	226340	74%

Fuente: construida a partir de los datos del Registro Único de Víctimas nacional, octubre 2019.

En lo referente al aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y según lo reportado al sistema SISPRO por cada una de las EAPB, para el año 2018 la población víctima del conflicto presenta la siguiente distribución por EAPB según su régimen de afiliación:

Tabla 11. Porcentaje de afiliados al régimen contributivo en cada EAPB que declaran ser personas en situación de desplazamiento, Medellín 2018.

EAPB	Porcentaje afiliados
EPM	1,33
Ferrocarriles Nacionales	1,54
Sanitas	4,83
SOS	5,66
Coomeva	6,52
EPS sura	7,27
Cruz blanca	8,21
Nueva EPS	8,63
Medimas contributivo	9,84
Salud total	15,74
Famisanar	17,14
Savia salud EPS	24,81

EAPB	Porcentaje afiliados
Empresa mutual para el desarrollo integral	54,39

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: SISPRO, 2018.

Tabla 12. Porcentaje de afiliados al régimen subsidiado en cada EAPB que declaran ser personas en situación de desplazamiento, Medellín 2018.

EAPB	Porcentaje afiliados
Sura EPS	17,21
Cruz Blanca EPS	19,95
Salud total	20,24
Savia salud EPS	20,85
Nueva EPS	21,13
EPS Sanitas	22,81
Coomeva EPS	25,20
Medimas movilidad	26,15
Nueva EPS	71,43
EPS Famisanar Ltda	80,00

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: SISPRO, 2018.

2.2 Situación de salud personas víctimas del conflicto

Los conflictos armados y la violencia política, son un importante problema en salud pública, no solo por la muerte y discapacidad que causan, sino por su larga duración y la magnitud de los efectos indirectos sobre la salud y el bienestar de individuos, familias y comunidades. La experiencia misma de la guerra puede incrementar el riesgo de sufrir diabetes, depresión y, en algunos casos, enfermedades cardíacas (13).

Entre los desenlaces en salud que con mayor énfasis se asocia con la guerra, se encuentra el de la salud mental. La guerra y la violencia política tienen consecuencias en salud mental para las víctimas, familiares, comunidades e incluso para la sociedad en general, aun así el conocimiento de esta asociación es precario (14).

Es así como en Colombia se han identificado varios tipos de violencias, la violencia directa, tanto física como verbal, que es fácilmente visible, las violencias estructurales y culturales, más difíciles de percibir pero no por eso menos graves (21).

Estos tres tipos de violencias están presentes e interrelacionadas en el conflicto armado colombiano, "...donde las víctimas deben enfrentarse no solo a la violencia directa sino también a la violencia estructural ejercida por las instituciones, sin olvidar que viven inmersas en una sociedad donde la violencia está validada, aceptada y promovida por todos aquellos que recurren a la misma como medio para obtener algo" (21).

Este estrecho vínculo entre los diferentes tipos de violencias presentes en un conflicto armado nos hace afirmar que las consecuencias y los efectos sobre el equilibrio psíquico de las personas se presenta no solo en aquellas que se confrontan a la violencia directa sino en el grueso de la población que vive en zonas afectadas por el conflicto (21).

Según el informe del INS (15), diferentes estudios realizados en Colombia han identificado los desenlaces en salud más importantes como consecuencias del conflicto armado, destacando los siguientes:

- El desplazamiento en menores de cinco años se asocia con deficientes coberturas en la vacunación.
- Se encuentra evidencia de la exposición al conflicto como factor de riesgo para la presencia de síntomas de EDA encontrando que, los menores de cinco años expuestos a desplazamiento tienen 22% más riesgo de síntomas de esta enfermedad.
- Se ha encontrado el desplazamiento como factor protector frente a la inasistencia al CPN en comparación con sus contrapartes, con 27% menos riesgo de faltar a un control prenatal.

Para este análisis de la situación de la población víctima del conflicto que se han reportado en la ciudad de Medellín, se identificaron a través de los Registros de Prestación de Servicios de Salud

y los registros de defunciones, las causas de consulta y de mortalidad de la población registrada en la base de datos del Registro Único de Víctimas, con lo que se presenta a continuación las causas de consulta de esta población más frecuentes tanto para consulta externa, hospitalización y urgencias, así como las causas de muerte.

Morbilidad consultada por la población víctima del conflicto

Entre los años 2015 a 2018, se ha presentado un aumento en el número de consultas por todas las causas de enfermedad, realizadas por la población víctima del conflicto, pasando de 660.823 consultas en el año 2015 a 770.477 consultas en el año 2017, estimando aproximadamente 2 consultas anuales por cada persona registrada (considerando 373.201 personas registradas reconocidas).

Entre las enfermedades de mayor consulta se encuentran las enfermedades del Sistema Circulatorio con el 10% y las transmisibles con el 7%. La causa “Otros contactos con servicios de salud” representa el 17% de las consultas, ya que la valoración por médico hace parte del proceso del programa para la reparación integral de las víctimas del conflicto.

Tabla 13. Frecuencia de las causas de consulta externa población víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.

Causas	2015		2016		2017		2018	
	Total consultas	%						
Demás causas	286.678	43,4%	264.257	41,7%	272.599	40,6%	318.543	41,3%
Otros contactos						16,3%		17,7%
servicios de salud	96.788	14,6%	96.486	15,2%	109.567	%	136.378	%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	70.073	10,6%	66.741	10,5%	76.600	11,4%	79.132	10,3%
Transmisibles	63.467	9,6%	62.789	9,9%	60.833	9,1%	59.523	7,7%
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	59.769	9,0%	57.282	9,0%	55.610	8,3%	64.088	8,3%
Lesiones y traumatismos	31.384	4,7%	34.087	5,4%	36.427	5,4%	39.994	5,2%
Trastornos mentales y del comportamiento	11.145	1,7%	11.393	1,8%	13.301	2,0%	19.123	2,5%
Enf. Crónicas vías respiratorias	8.381	1,3%	8.832	1,4%	12.152	1,8%	13.446	1,7%
Condiciones maternas	8.495	1,3%	8.891	1,4%	9.428	1,4%	12.572	1,6%
Neoplasias y tumores	8.041	1,2%	8.233	1,3%	9.957	1,5%	11.716	1,5%
Diabetes mellitus	7.012	1,1%	8.281	1,3%	7.809	1,2%	10.261	1,3%
Nutricionales	6.079	0,9%	3.160	0,5%	4.766	0,7%	3.375	0,4%

Causas	2015		2016		2017		2018	
	Total consultas	%	Total consultas	%	Total consultas	%	Total consultas	%
Malformaciones congénitas	1.888	0,3%	1.894	0,3%	1.891	0,3%	2.053	0,3%
Afecciones periodo perinatal	1.623	0,2%	782	0,1%	450	0,1%	273	0,0%
Total general	660.823		633.108		671.390		770.477	

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS, 2015-2018.

Según sexo, de todas las consultas entre los años 2015 y el 2019 el 70% fueron mujeres y el 30%.

Las principales causas de consulta en hombres fueron las enfermedades transmisibles seguidas del Sistema Circulatorio, y las causas externas, en segundo lugar se encuentran “Otros contactos con servicios de salud” con el 13% del total de consultas en hombres, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 14. Frecuencia de las causas de consulta externa en hombres víctimas del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.

Causas consulta hombres	Porcentaje frecuencia por año			
	2015	2016	2017	2018
Demás causas	42,69%	40,07%	40,45%	41,72%
Transmisibles	13,21%	13,43%	11,88%	10,21%
Otros contactos servicios de salud	10,63%	10,94%	12,01%	13,50%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	9,73%	9,65%	10,30%	9,72%
Causas externas	8,46%	9,89%	9,61%	8,82%
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	8,20%	8,64%	7,77%	7,71%
Trastornos mentales y del comportamiento	2,18%	2,53%	2,74%	3,32%
Enf. crónicas vías respiratorias	1,56%	1,71%	2,25%	2,09%
Neoplasias y tumores	1,01%	1,03%	1,25%	1,35%
Diabetes mellitus	0,91%	1,04%	0,93%	0,64%
Nutricionales	0,55%	0,42%	0,30%	0,48%
Malformaciones congénitas	0,43%	0,41%	0,38%	0,36%
Afecciones periodo perinatal	0,43%	0,23%	0,12%	0,08%

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS.

En las mujeres, las enfermedades del Sistema Circulatorio representaron el 11% de todas las consultas seguidas de las enfermedades transmisibles, en segundo lugar se encuentran “Otros contactos con servicios de salud” con el 17% del total de consultas en mujeres, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 15. Frecuencia causas de consulta externa mujeres víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.

Causas de consulta mujeres	Porcentaje frecuencia por año			
	2015	2016	2017	2018
Demás causas	43,68%	42,46%	40,67%	41,18%
Otros contactos servicios de salud	16,35%	17,08%	18,21%	19,59%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	10,99%	10,93%	11,90%	10,53%
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	9,40%	9,22%	8,50%	8,60%
Transmisibles	8,06%	8,39%	7,82%	6,60%
Causas externas	3,18%	3,46%	3,60%	3,56%
Condiciones maternas	1,83%	2,00%	2,01%	2,35%
Trastornos mentales y del comportamiento	1,47%	1,49%	1,65%	2,11%
Neoplasias y tumores	1,30%	1,42%	1,58%	1,60%
Enf. crónicas vías respiratorias	1,14%	1,26%	1,62%	1,59%
Diabetes mellitus	1,12%	1,42%	1,27%	1,64%

Causas de consulta mujeres	Porcentaje frecuencia por año			
	2015	2016	2017	2018
Nutricionales	1,08%	0,53%	0,89%	0,42%
Malformaciones congénitas	0,22%	0,25%	0,24%	0,23%
Afecciones periodo perinatal	0,17%	0,08%	0,04%	0,02%

Nota:el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS.

Entre los años 2015 y 2018, se registraron en promedio 14.981 hospitalizaciones por año de población víctima del conflicto armado, predominando las causas por condiciones maternas, la hospitalización por lesiones de causa externa, las enfermedades transmisibles y las enfermedades del Sistema Circulatorio.

Importante observar que hay una tendencia la disminución de la frecuencia por hospitalización por enfermedades transmisibles, contrario a las enfermedades del Sistema Circulatorio, las crónicas de las vías respiratorias y los trastornos mentales con una tendencia al aumento entre 2015 y 2019.

Tabla 16. Frecuencia de las causas de hospitalización de población víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.

Poblaciones

Causas hospitalización	2015		2016		2017		2018	
	Total Hospitaliz	%						
Demás causas	4.303	28,2%	3.769	26,9%	4.377	26,6%	3.770	26,6%
Condiciones maternas	3.821	25,1%	3.172	22,6%	4.154	25,2%	3.525	24,9%
Causas externas	1.402	9,2%	1.665	11,9%	1.753	10,6%	1.412	10,0%
Transmisibles	1.523	10,0%	1.641	11,7%	1.490	9,0%	1.070	7,5%
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1.394	9,1%	1.066	7,6%	1.229	7,5%	941	6,6%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	733	4,8%	683	4,9%	1.061	6,4%	1.085	7,7%
Enf. Crónicas vías respiratorias	681	4,5%	546	3,9%	944	5,7%	835	5,9%
Neoplasias y tumores	359	2,4%	603	4,3%	549	3,3%	566	4,0%
Trastornos mentales y del comportamiento	418	2,7%	332	2,4%	492	3,0%	541	3,8%

Poblaciones

Causas hospitalización	2015		2016		2017		2018	
	Total Hospitaliz	%						
Otros contactos servicios de salud	333	2,2%	238	1,7%	187	1,1%	230	1,6%
Afecciones periodo perinatal	108	0,7%	138	1,0%	52	0,3%	24	0,2%
Diabetes mellitus	69	0,5%	81	0,6%	85	0,5%	82	0,6%
Malformaciones congénitas	64	0,4%	62	0,4%	57	0,3%	44	0,3%
Nutricionales	37	0,2%	32	0,2%	43	0,3%	54	0,4%
Total general	15245	100,0%	14028	100,0%	16473	100,0%	14179	100,0%

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: Construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS.

Según sexo, se encuentra que, en hombres la principal causa de hospitalización es por lesiones de causa externa en un 19% para todo el periodo, seguida de las enfermedades transmisibles y las enfermedades del Sistema Circulatorio; estas últimas presentan un aumento en la frecuencia de consulta durante el año 2018.

Tabla 17. Frecuencia de las causas de hospitalización hombres víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.

Causa hospitalización hombres	Porcentaje de frecuencia hospitalización			
	2015	2016	2017	2018
Demás causas	34,32%	30,11%	30,30%	29,74%
Causas externas	18,00%	21,37%	20,06%	18,44%
Transmisibles	15,65%	16,82%	13,38%	11,37%
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	9,63%	9,04%	8,79%	7,69%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	5,98%	5,89%	8,32%	10,28%
Enf. Crónicas vías respiratorias	5,87%	5,02%	8,19%	8,43%
Trastornos mentales y del comportamiento	4,65%	3,98%	4,87%	6,89%
Neoplasias y tumores	1,67%	3,38%	2,57%	3,86%
Otros contactos servicios de salud	1,63%	1,37%	1,09%	1,36%
Afecciones periodo perinatal	1,30%	1,54%	0,62%	0,29%
Diabetes mellitus	0,52%	0,55%	0,75%	0,45%
Malformaciones congénitas	0,50%	0,59%	0,60%	0,58%
Nutricionales	0,15%	0,12%	0,24%	0,38%

Causa hospitalización hombres	Porcentaje de frecuencia hospitalización			
	2015	2016	2017	2018
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS.

Para las mujeres reportadas como víctimas del conflicto, las condiciones maternas son la principal causa de hospitalización con un 36% de todas las hospitalizaciones, seguida de las enfermedades transmisibles. De resaltar el aumento de los trastornos mentales pasando de 1,8% en 2015 a 2,4% en 2018, situación similar se observa para las enfermedades del Sistema Circulatorio.

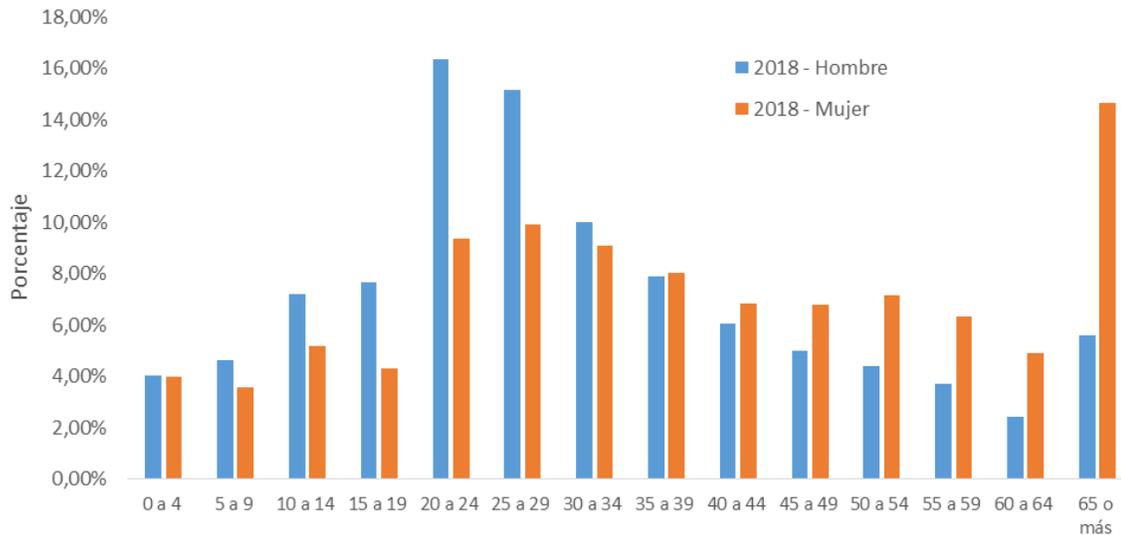
Tabla 18. Frecuencia causas de hospitalización mujeres víctima del conflicto armado, Medellín 2015 -2018.

Causas hospitalización mujeres	Porcentaje frecuencia hospitalización			
	2015	2016	2017	2018
Condiciones maternas	35,87%	34,60%	37,21%	36,27%
Demás causas	25,60%	25,16%	24,79%	25,11%
Transmisibles	7,53%	8,94%	6,96%	5,77%
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	8,94%	6,84%	6,81%	6,16%
Causas externas	5,39%	6,77%	6,14%	6,02%

Causas hospitalización mujeres	Porcentaje frecuencia hospitalización			
	2015	2016	2017	2018
Enfermedades del Sistema Circulatorio	4,31%	4,31%	5,55%	6,44%
Enf. Crónicas vías respiratorias	3,87%	3,30%	4,56%	4,72%
Neoplasias y tumores	2,64%	4,80%	3,70%	4,06%
Trastornos mentales y del comportamiento	1,88%	1,47%	2,06%	2,39%
Otros contactos servicios de salud	2,42%	1,87%	1,16%	1,74%
Diabetes mellitus	0,42%	0,59%	0,40%	0,64%
Afecciones periodo perinatal	0,45%	0,69%	0,17%	0,11%
Nutricionales	0,28%	0,28%	0,27%	0,38%
Malformaciones congénitas	0,39%	0,36%	0,22%	0,19%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS.

Realizando un análisis por algunas de las principales causas de consulta y hospitalización para el año 2018, en el caso de las lesiones por causa externa, vemos una diferencia en la distribución entre hombres y mujeres especialmente en las edades entre 10 y 30 años, donde los hombres tienen una mayor frecuencia de consulta por esta causa. Esta situación se invierte a partir de los 45 años donde las mujeres presentan la mayor frecuencia de consulta/hospitalización por esta causa.

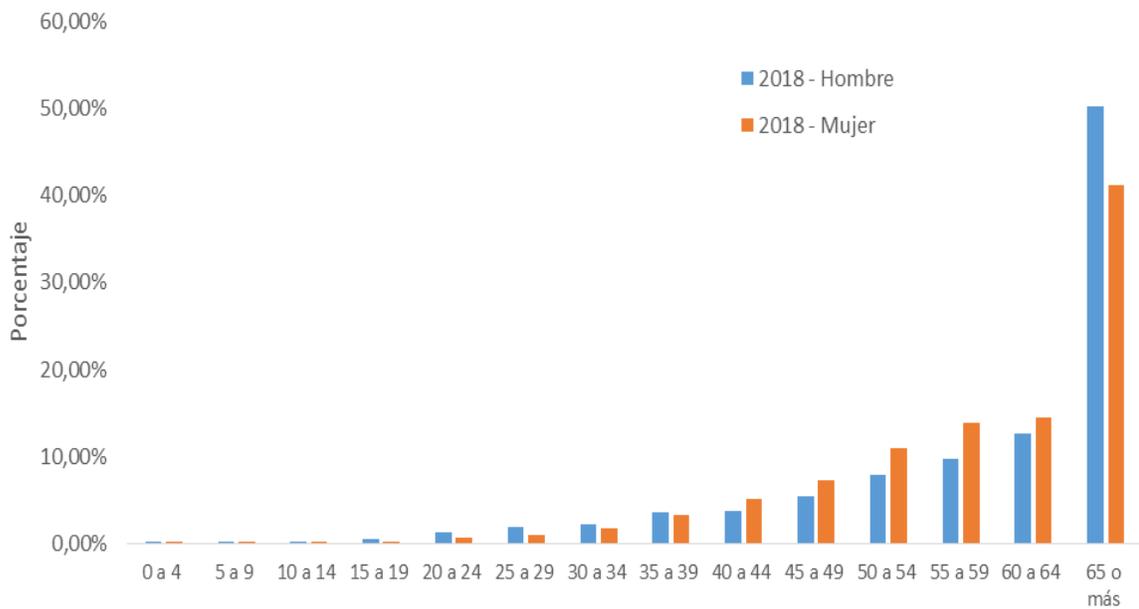


Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS.

Figura 14. Distribución por sexo y edad de consulta/hospitalización por lesiones de causa externa en población víctima del conflicto, Medellín 2018.

Para las enfermedades del Sistema Circulatorio, su distribución por sexo y grupos de edad mantiene el mismo comportamiento que la población general de Medellín, donde la mayor consulta se presenta en edades mayores de 50 años tanto en hombre como en mujeres.

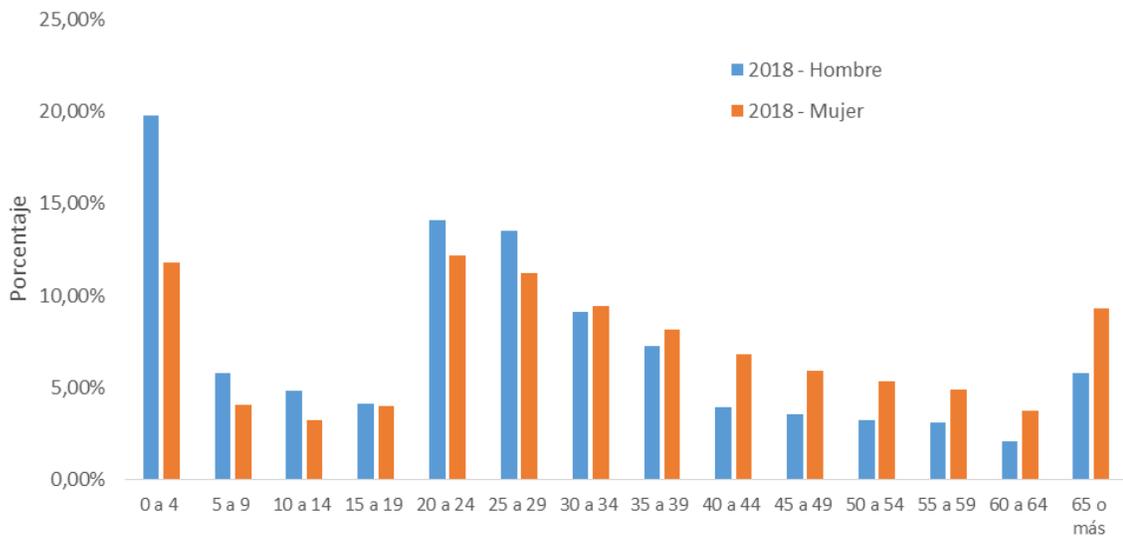


Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS.

Figura 15. Distribución por sexo y edad de consulta/hospitalización por enfermedades del Sistema Circulatorio en la población víctima del conflicto armado, Medellín 2018.

Para las enfermedades transmisibles, la mayor frecuencia de consulta/hospitalización se encuentra en los niños y niñas menores de 5 años, y de especial interés en la población entre 20 y 40 años con distribuciones similares entre hombres y mujeres. Entre las principales enfermedades transmisibles se encuentran, las enfermedades respiratorias agudas superiores con el 45% de las consultas/hospitalizaciones, el 22,53% EDA, el 4,6% VIH, micosis no especificada 4,7% y tuberculosis 2,55%.

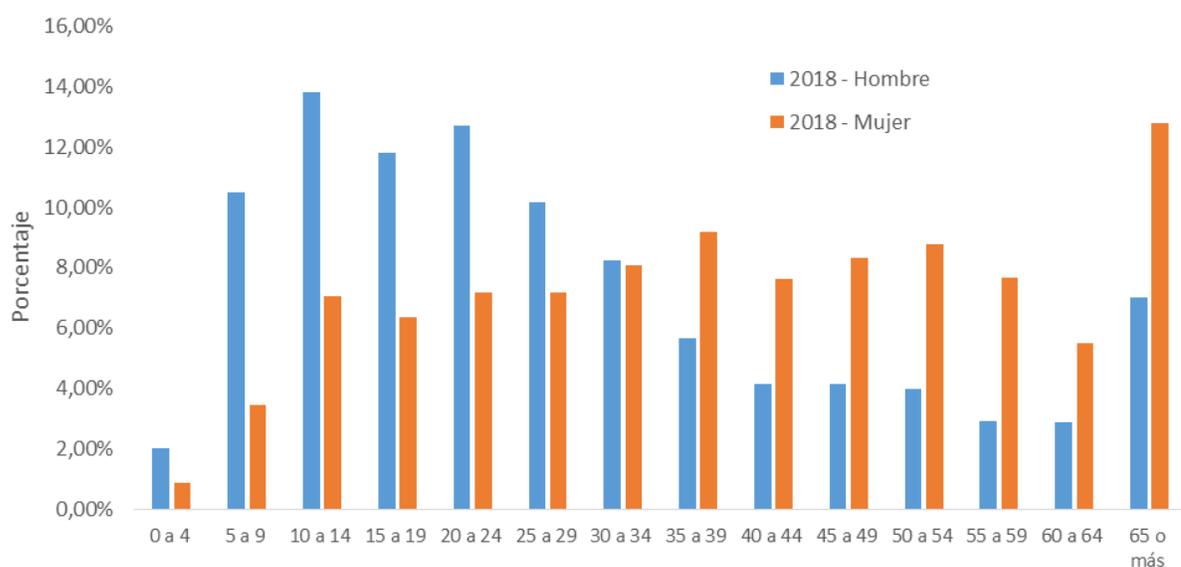


Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS.

Figura 16. Distribución por sexo y edad de consulta/hospitalización por enfermedades transmisibles en población víctima del conflicto. Medellín 2018.

En cuanto a los trastornos mentales y del comportamiento, los hombres tiene mayor frecuencia de consulta antes de los 30 años, después de la década de los 40, son las mujeres las que tienen mayor frecuencia de consulta por trastornos mentales.



Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS, Medellín 2018.

Figura 17. Distribución por sexo y edad de consulta/hospitalización por trastornos mentales en población víctima del conflicto, Medellín 2018.

En cuanto a los tipos de trastornos mentales, se observan diferencias entre el comportamiento de hombres y mujeres. Para los hombres predomina los trastornos del comportamiento, seguidos del humor y afectivos y trastornos por el uso de PSA con un 16%. Para las mujeres los trastornos del humor y afectivos representan el 42% de las consultas por trastornos mentales y los relacionados con el estrés el 29,9% durante el año 2018.

Tabla 19. Tipos de trastornos mentales en consulta y hospitalización en población víctima del conflicto. Medellín 2018.

Tipo de diagnóstico	Porcentaje frecuencia por sexo	
	Hombres	Mujeres
Demencia	1,75%	2,50%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	11,77%	3,50%
Otros trastornos mentales y del comportamiento	29,34%	15,46%
Retraso mental	4,72%	2,26%
Trastornos del humor afectivos	22,64%	42,33%
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	16,37%	3,60%
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	1,29%	0,46%
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	12,12%	29,90%

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS.

Mortalidad registrada en población víctima del conflicto

Realizando una búsqueda a partir de la información de las personas registradas en el Registro Único de Víctimas del conflicto en la base de datos de mortalidad la cual se registra en el RUAF, se identificaron 25 personas fallecidas en la ciudad de Medellín. Se debe considerar que, no se tiene información de los fallecimientos en otros municipios o departamentos para hacer la búsqueda de personas fallecidas y registradas como víctimas en Medellín.

Se encontraron entre el 2015 y el 2018, 25 fallecimientos en la ciudad de Medellín de personas víctimas del conflicto, encontrando que, el 44% fueron por causas externas y el resto por enfermedad. En la siguiente tabla se presenta el número total de casos identificados en todo el periodo.

Tabla 20. Total de fallecidos y sus causas en Medellín de población víctima del conflicto, 2015 - 2018.

Casusa de mortalidad		Sexo		
Grupo	Causa	Hombres	Mujeres	Total
Causas externas	Accidentes de transporte terrestre	4	1	5
	Agresiones (homicidios)	2	1	3

	Eventos de intención no determinada	1		1
	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	1		1
	Los demás accidentes	1		1
Total causas externas		9	2	11
Enfermedades del Sistema Circulatorio	Enfermedades cerebrovasculares		1	1
	Enfermedades isquémicas del corazón	2		2
Total enfermedades del Sistema Circulatorio		2	1	3
Enfermedades transmisibles	Septicemia, excepto neonatal		1	1
Total enfermedades transmisibles			1	1

Todas las demás enfermedades	Diabetes mellitus	1		1
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1	1	2
	Resto de enfermedades del Sistema Digestivo	1	2	3
	Resto de las enfermedades	1	3	4
Total todas las demás enfermedades		4	6	10
Total general		15	10	25

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: construcción a partir del Registro Único de Víctimas y RIPS 2015-2018.

3. Poblaciones especiales según curso de vida

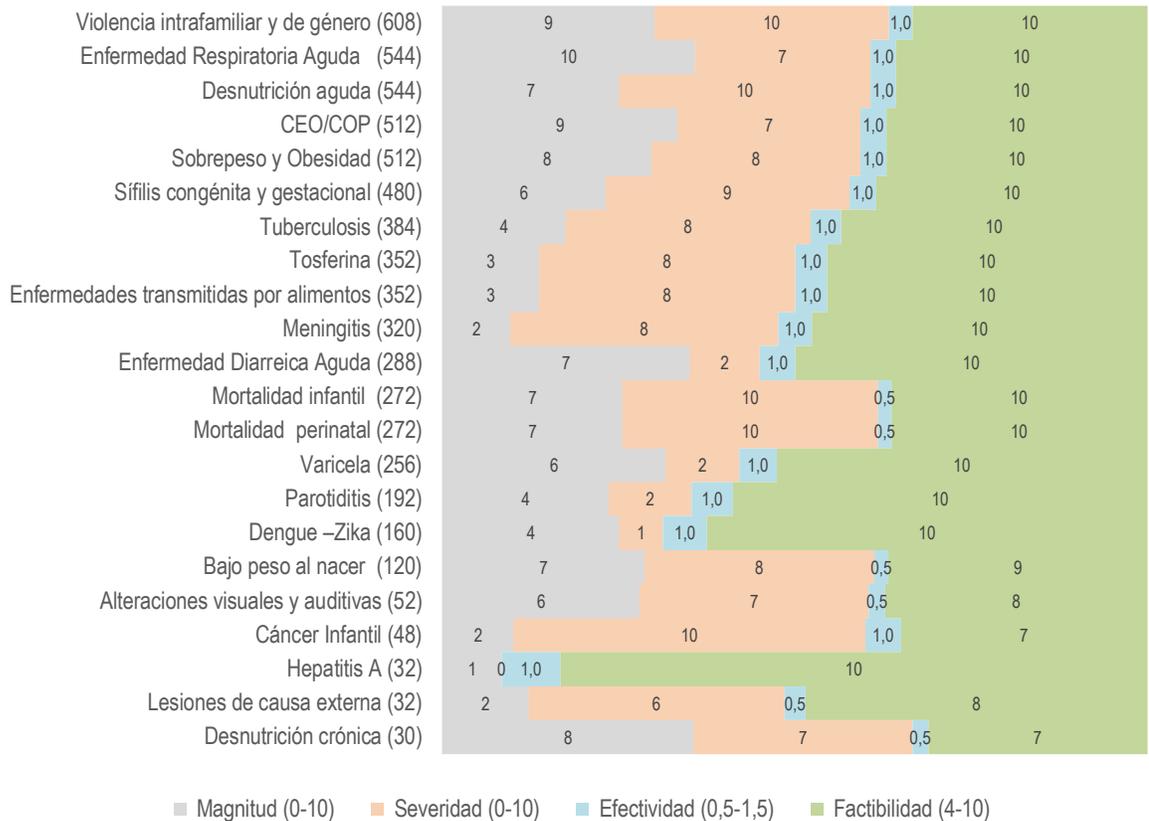
Según el Plan Decenal de Salud Pública, dentro de las poblaciones vulnerables que requieren interés especial se encuentran los niños, las niñas, los adolescentes y el adulto mayor, poblaciones para las que se plantean acciones con enfoque en el curso de vida.

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

En este capítulo, traemos un resumen del Análisis Situacional de Salud para los cursos de vida de la primera infancia, infancia y adolescencia y vejez, realizado durante el año 2019 en la Secretaría de Salud de Medellín, partiendo de la definición y priorización de eventos en salud utilizando la metodología de Hanlon (23), incluyendo en dicho ejercicio de priorización todos los eventos definidos que tuvieran relación con la importancia en la ciudad, agendas de salud pública, y eventos trazadores del Plan de Salud y del Plan de Desarrollo Municipal. A partir de esta priorización, se realiza un análisis situacional en cada curso de vida de los eventos priorizados.

A continuación se presentan de forma gráfica los eventos evaluados con el método Hanlon en cada curso de vida, y el resultado de la puntuación final entre paréntesis al lado del nombre del evento, priorizando los cinco primeros.

Primera Infancia: los eventos priorizados fueron: violencia intrafamiliar y de género, enfermedad respiratoria aguda, desnutrición aguda, sobrepeso y obesidad y CEO/COP.



Fuente: construcción propia. Secretaría de Salud, análisis de salud por curso de vida, Medellín 2019.

Figura 18. Matriz de Hanlon eventos primera infancia, Medellín 2019.

Infancia-adolescencia: los eventos priorizados fueron: violencia intrafamiliar y de género, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y embarazo adolescente.

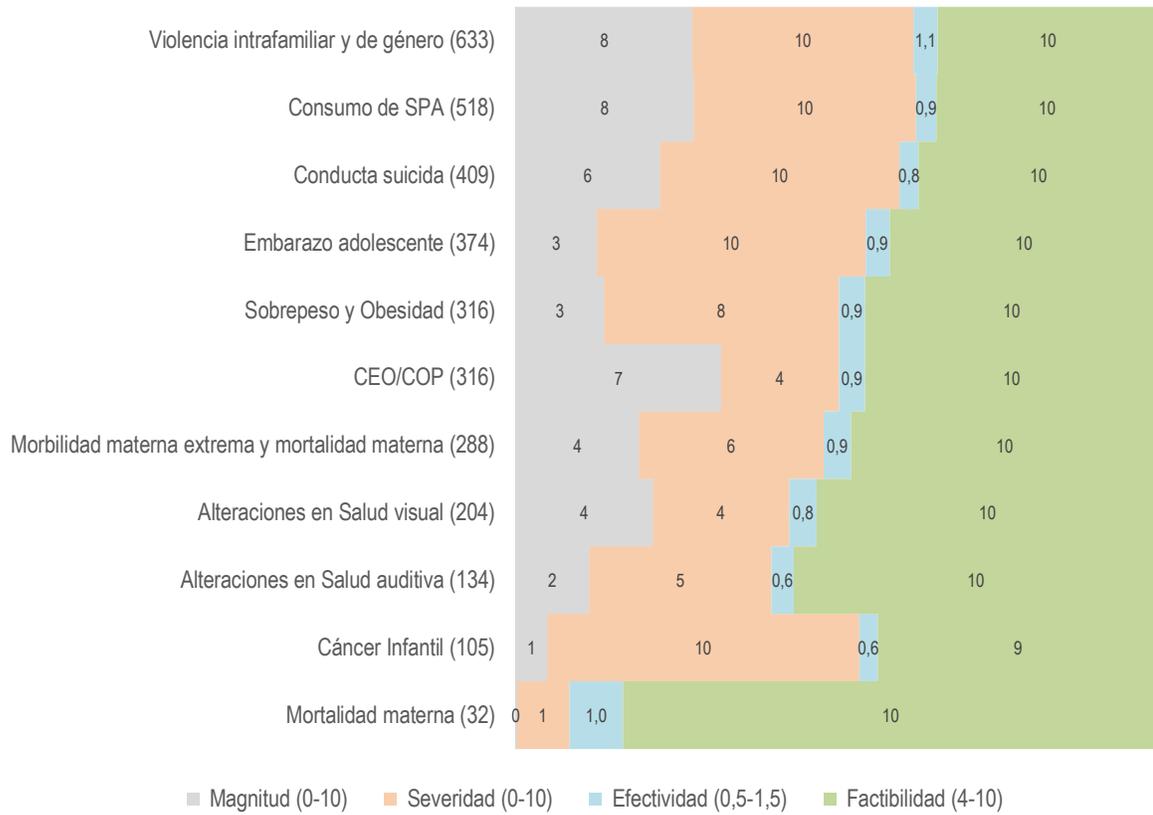


Figura 19. Matriz de Hanlon eventos infancia y adolescencia, Medellín 2019.

Fuente: construcción propia Secretaría de Salud análisis de salud por curso de vida, Medellín 2019.

Vejez: los eventos priorizados fueron: riesgo cardiovascular – precursores, violencia intrafamiliar y de género, Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) y delgadez.

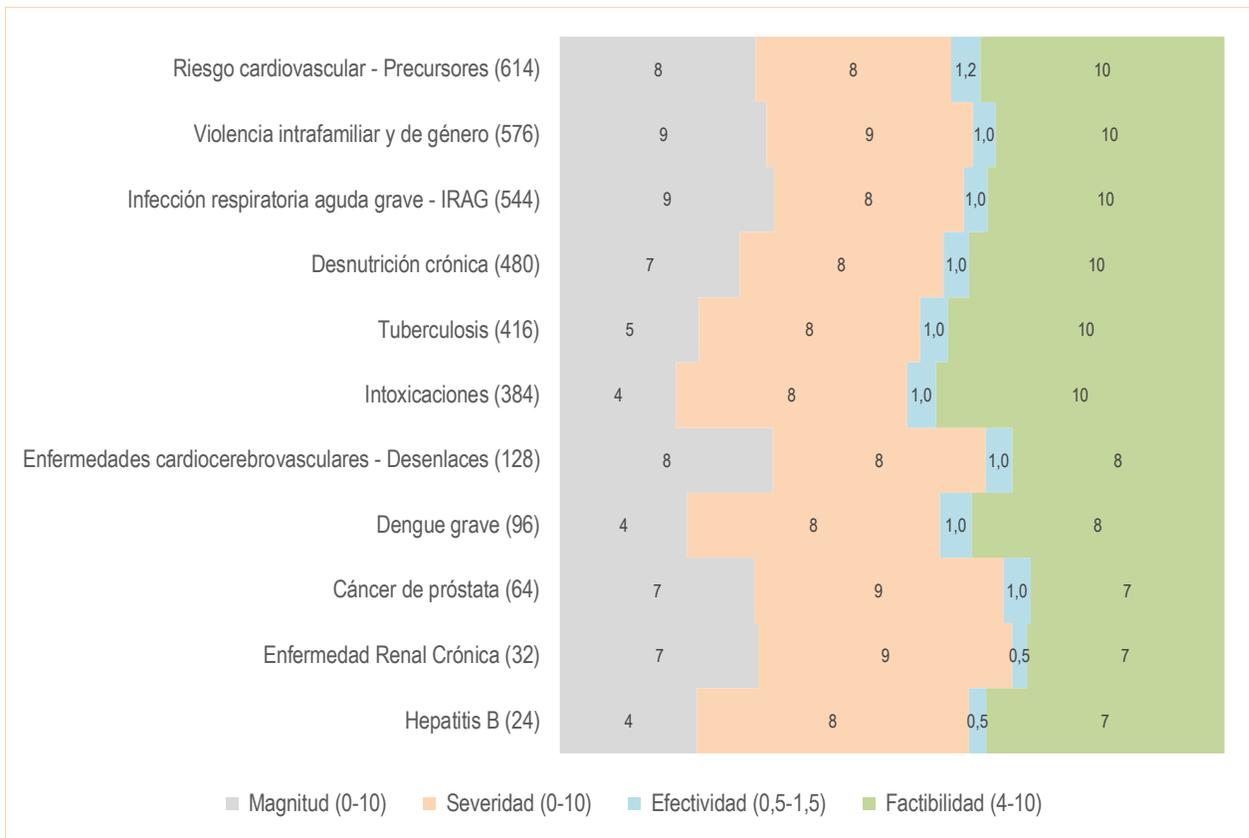


Figura 20. Matriz de Hanlon eventos en vejez, Medellín 2019.

Fuente: construcción propia, Secretaría de salud análisis de salud por curso de vida Medellín, 2019.

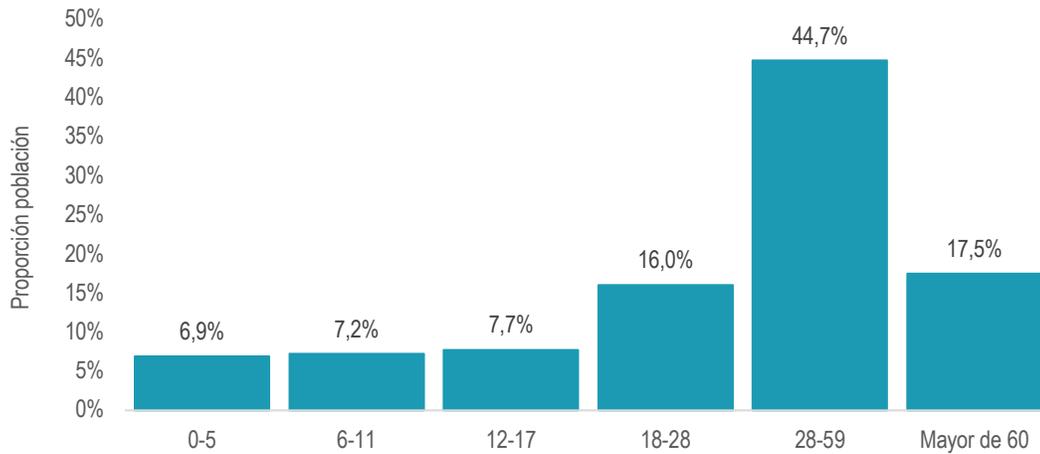
3.1 Análisis situacional por curso de vida de los eventos y priorizados

3.1.1 Primera infancia

Caracterización demográfica

La primera infancia en Medellín representa el 7% de la población total de la ciudad para el año 2019, siendo las comunas, Popular, Manrique, Robledo, el Doce de Octubre y San Javier las que

mayor proporción de niños y niñas menores de 5 años presentan en la zona urbana, el 45% del total de la ciudad. Los corregimientos representan el 15% de la población de primera infancia de la ciudad.



Fuente: Proyecciones de población DANE, Medellín 2019.

Figura 21. Distribución de la población por curso de vida, Medellín 2019.

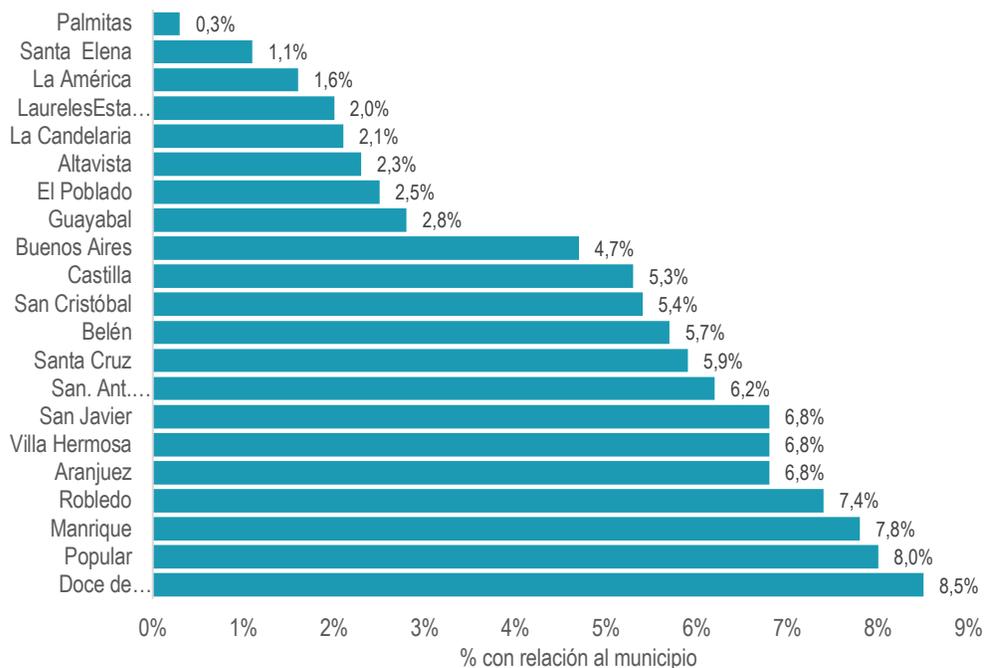
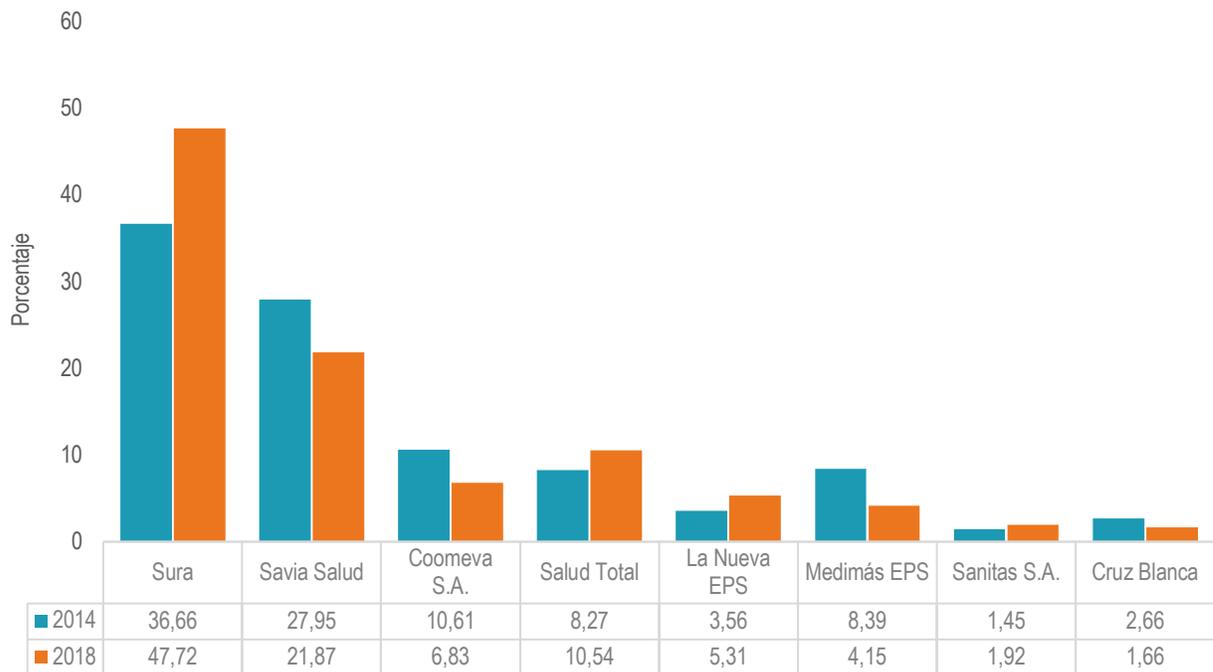


Figura 22. Distribución por comuna población curso de vida de primera infancia, Medellín 2019.

Fuente: Proyecciones de población DANE, Medellín 2019.

Realizando el análisis por EAPB de la población en este curso de vida, se observa un aumento del 10 % en la población afiliada a Sura EPS en el año 2018 comparada con el año 2014, representando el 47% de los niños menores de 5 años de la ciudad, las demás EAPB presentan una disminución en el número de afiliados, como se muestra en la Figura 23. Es de destacar que Savia Salud EPS tiene afiliados el 21,8% de los niños menores de 5 años, para el año 2018.



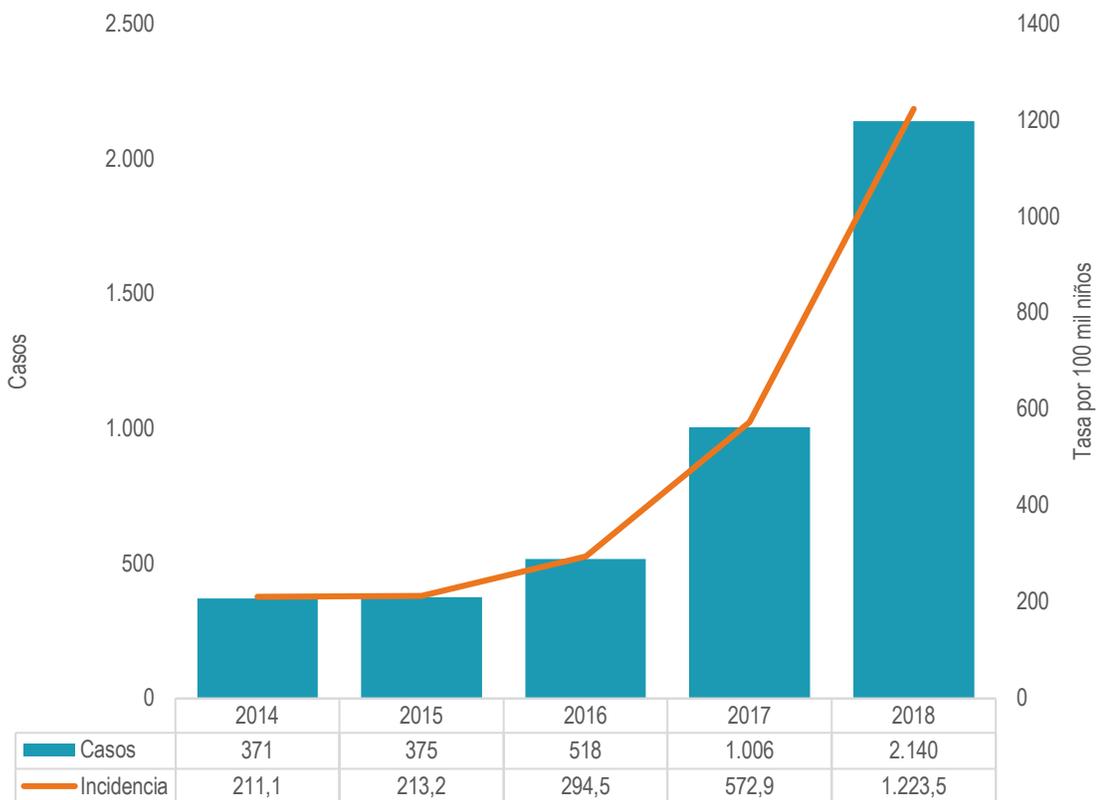
Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Figura 23. Distribución población de primera infancia según su afiliación a EAPB, Medellín 2014-2018.

Fuente: Datos construidos a partir de BDUa y proyecciones DANE 2014-2018.

Violencia

Las violencias de todo tipo notificadas en la ciudad tienen una tendencia al aumento comparada con el año 2014, pasando de 211,1 casos por 100 mil niños en el año 2014 a 1223,3 en 2018, estas se acentúan mucho más en el año 2017 con el ingreso de las casas de justicia como unidades notificadoras de este evento en la ciudad (Figura 24).

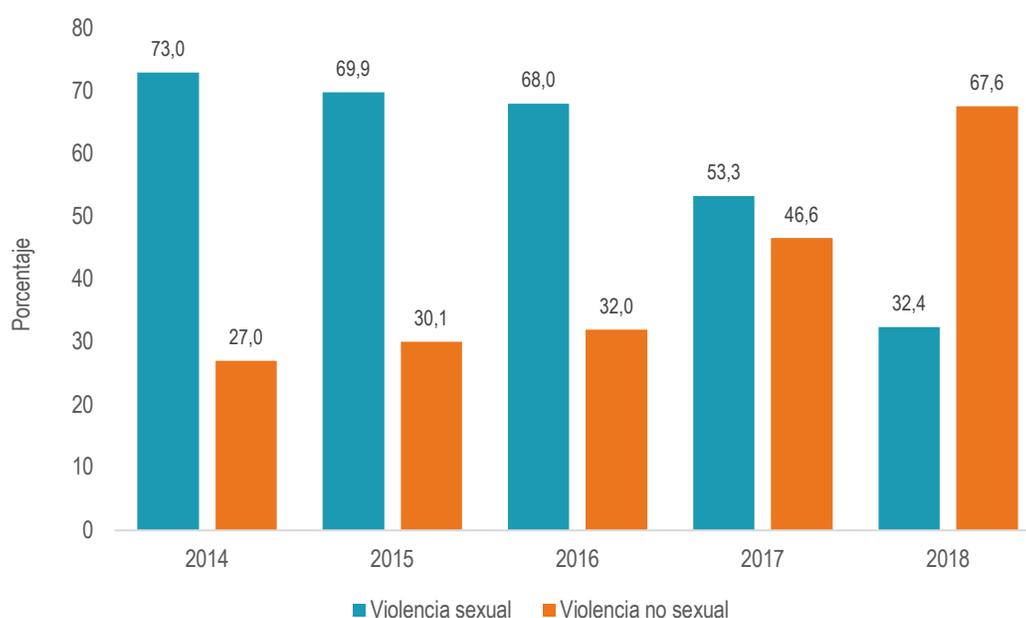


Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

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

Figura 24. Tendencia de la notificación de violencias en menores de 5 años, Medellín 2014 -2018.

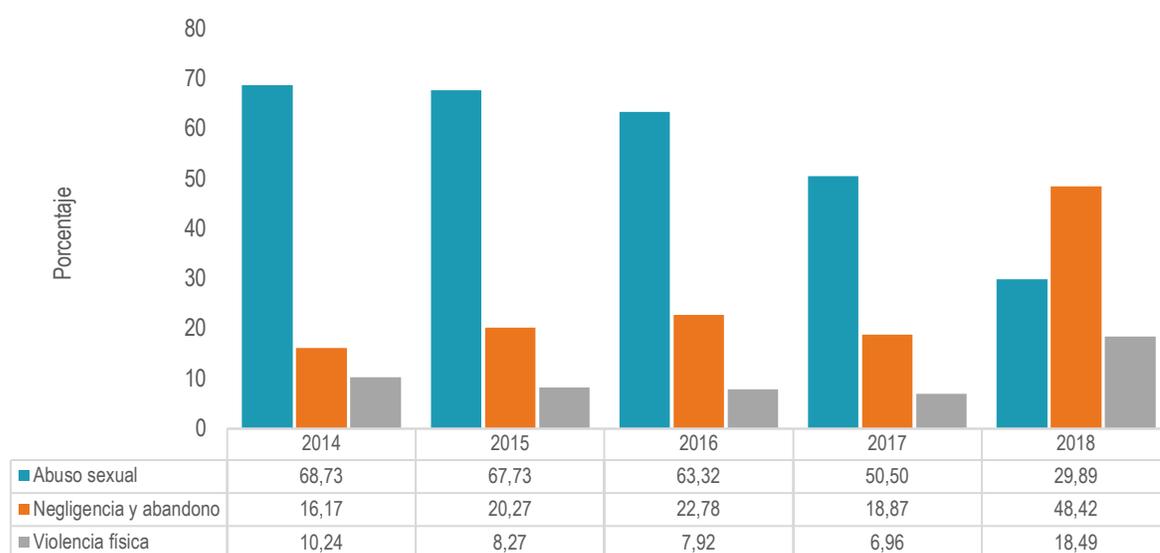
Según los diferentes tipos de violencias, entre el año 2014 y 2017 predominaba la violencia sexual, para el año 2018, se aumenta la notificación de violencia no sexual y entre ella la negligencia y el abandono son las más importantes. Lo que muestra cómo se deben orientar las diferentes acciones en las familias y comunidades cuidadoras de los niños y niñas.



Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

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

Figura 25. Tipos de violencias notificadas en niños y niñas menores de 5 años, Medellín 2014 - 2018.



Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

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

Figura 26. Principales tipo de violencias en niños y niñas menores de 5 años, Medellín 2014 - 2018.

Las comunas donde mayor se reporta incidencia de casos de violencias en niños y niñas para el año 2018 son, La Candelaria, Buenos Aires, Villa Hermosa, Robledo y Manrique. Considerando además que el 48% de los casos notificados durante el año 2018 están relacionados con negligencia y abandono, como se puede observar en la Tabla 21. Con relación al tipo de agresor en las diferentes formas de violencias en la primera infancia, la madre y el padre son los principales agresores, lo que da cuenta de la importancia de los cuidadores y las estrategias para mejorar la convivencia familiar.

Tabla 21. Incidencia casos de abuso sexual y negligencia según comuna de residencia de los niños y niñas menores de 5 años, Medellín 2018

COMUNA	2018	
	Abuso sexual	Negligencia
01. Popular	3,34	4,98
02. Santa Cruz	3,55	6,33
03. Manrique	2,71	8,73
04. Aranjuez	3,27	5,53
05. Castilla	3,76	2,25
06. Doce de Octubre	4,05	3,79
07. Robledo	4,53	8,44
08. Villa Hermosa	4,52	8,79
09. Buenos Aires	5,55	7,85
10. La Candelaria	7,57	11,08
11. Laureles Estadio	3,16	5,74
12. La América	3,78	8,24
13. San Javier	3,30	6,35
14. El Poblado	2,52	2,98
15. Guayabal	2,21	6,24

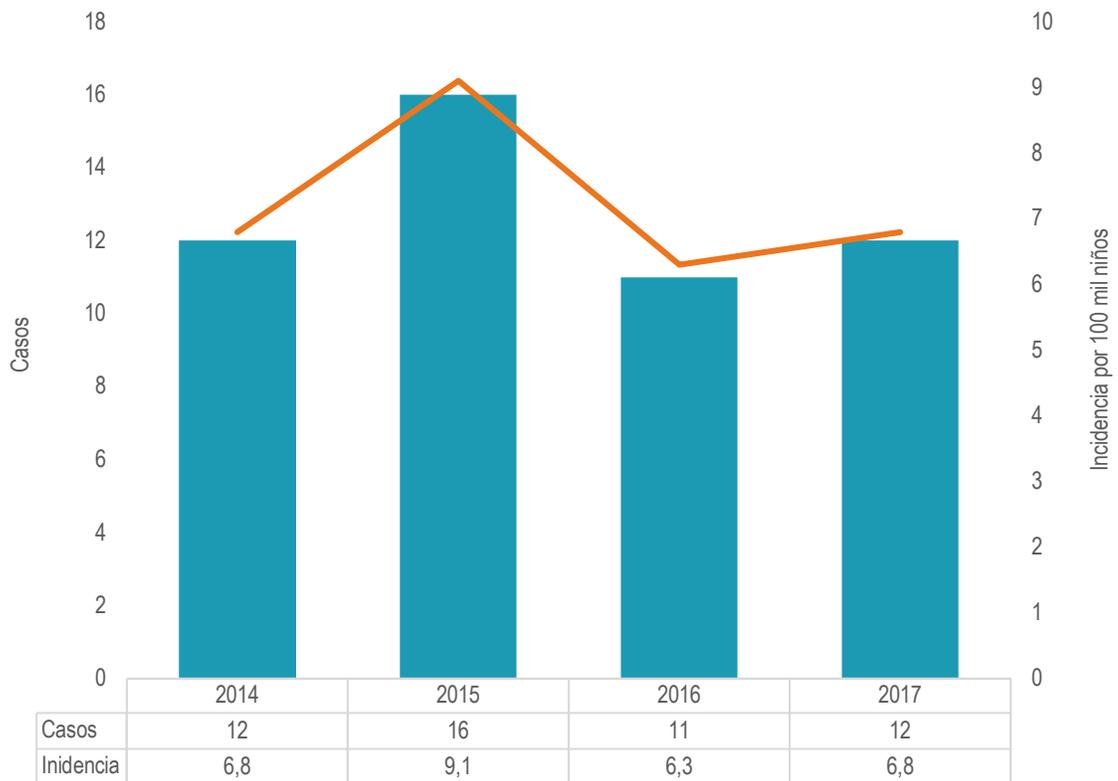
COMUNA	2018	
	Abuso sexual	Negligencia
16. Belén	3,86	3,76
50. San Sebastián de Palmitas	0,00	1,72
60. San Cristóbal	2,94	5,87
70. Altavista	1,00	3,99
80. San Antonio de Prado	1,80	1,99
90. Santa Elena	1,57	7,84

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

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

Enfermedad respiratoria aguda

La mortalidad por enfermedad respiratoria aguda desde el año 2014 ha permanecido con una tendencia estable de 6,8 casos por 100 mil niños menores de 5 años, con un aumento de la mortalidad en el año 2015.



Fuente: Estadísticas Vitales - Secretaría de Salud de Medellín 2014-2017.

Figura 27. Mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en la primera infancia, Medellín 2014 - 2017.

Las comunas que presentaron mayor tasa de mortalidad por esta causa fueron, Popular, Aranjuez, Robledo, San Javier, Popular y Villa Hermosa y el corregimiento de Santa Elena con la tasa de mortalidad más alta para el año 2017. Es importante considerar que, estas comunas tienen una alta población con bajas condiciones de calidad de vida, determinante que ha demostrado incidir en la mortalidad por este evento en la primera infancia.

Tabla 22. Tasas de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en primera infancia, Medellín 2014 -2017.

Incidencia casos por 100 mil niños				
Comuna	2014	2015	2016	2017
01 Popular	13,9	27,8	14,0	14,1
02 Santa Cruz	0,0	0,0	0,0	0,0
03 Manrique	21,6	14,4	7,2	0,0
04 Aranjuez	16,1	0,0	0,0	16,5
05 Castilla	0,0	0,0	0,0	0,0
06 Doce De Octubre	0,0	6,4	13,0	0,0
07 Robledo	7,5	22,6	0,0	15,2
08 Villa Hermosa	8,2	8,2	16,5	8,3
09 Buenos Aires	0,0	11,6	11,7	0,0
10 La Candelaria	0,0	0,0	0,0	0,0
11 Laureles Estadio	0,0	0,0	0,0	0,0
12 La América	0,0	31,9	0,0	0,0
13 San Javier	0,0	8,4	0,0	16,9
14 El Poblado	0,0	0,0	0,0	0,0

Incidencia casos por 100 mil niños				
Comuna	2014	2015	2016	2017
15 Guayabal	0,0	19,4	0,0	0,0
16 Belén	0,0	0,0	0,0	0,0
50 San Sebastián de Palmitas	0,0	0,0	0,0	0,0
60 San Cristóbal	0,0	0,0	26,1	0,0
70 Altavista	0,0	0,0	0,0	0,0
80 San Antonio de Prado	0,0	0,0	0,0	0,0
90 Santa Elena	0,0	0,0	56,4	108,5
Total general	6,8	9,1	6,3	6,8

Fuente: estadísticas Vitales - Secretaría de Salud de Medellín 2014-2017.

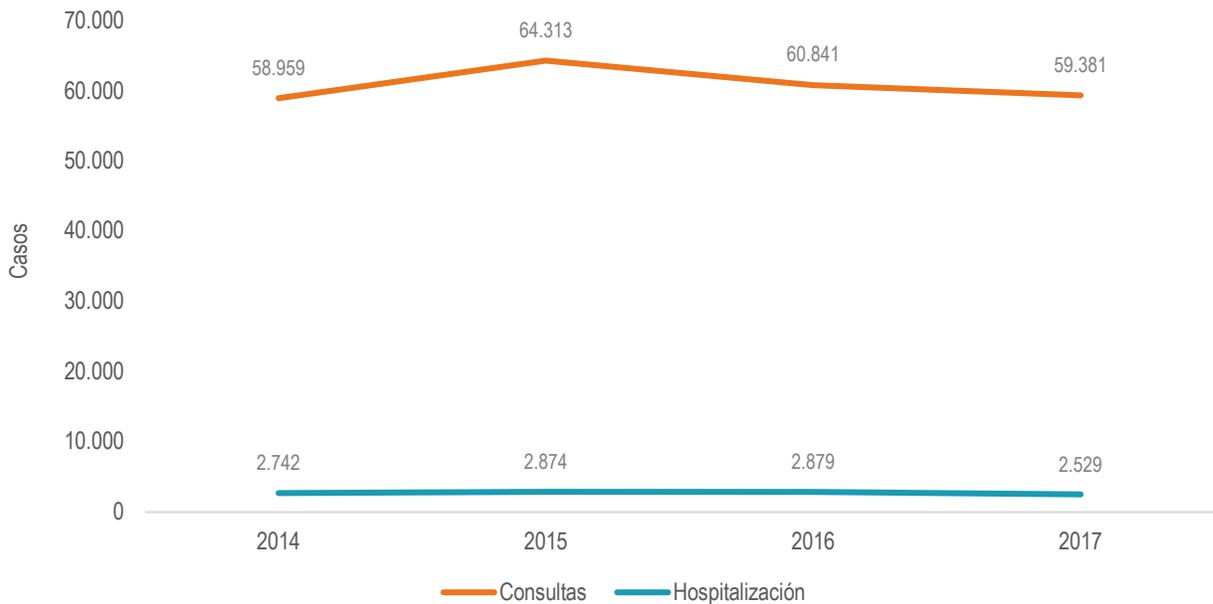
Igual situación se observa en la morbilidad consultada, con una leve tendencia de disminución pasando de 40,12% de consultas en todos los servicios del total de la población menor de 5 años a 38,15 en 2017, igual situación se observa en las hospitalizaciones por esta causa entre el 2014 y el 2017 (Figura 28 y Figura 29).

Poblaciones



Fuente: RIPS Secretaría de Salud de Medellín.

Figura 28. Total de consultas todos los servicios por enfermedad respiratoria aguda en niños menores de 5 años. Medellín 2014 -2017.

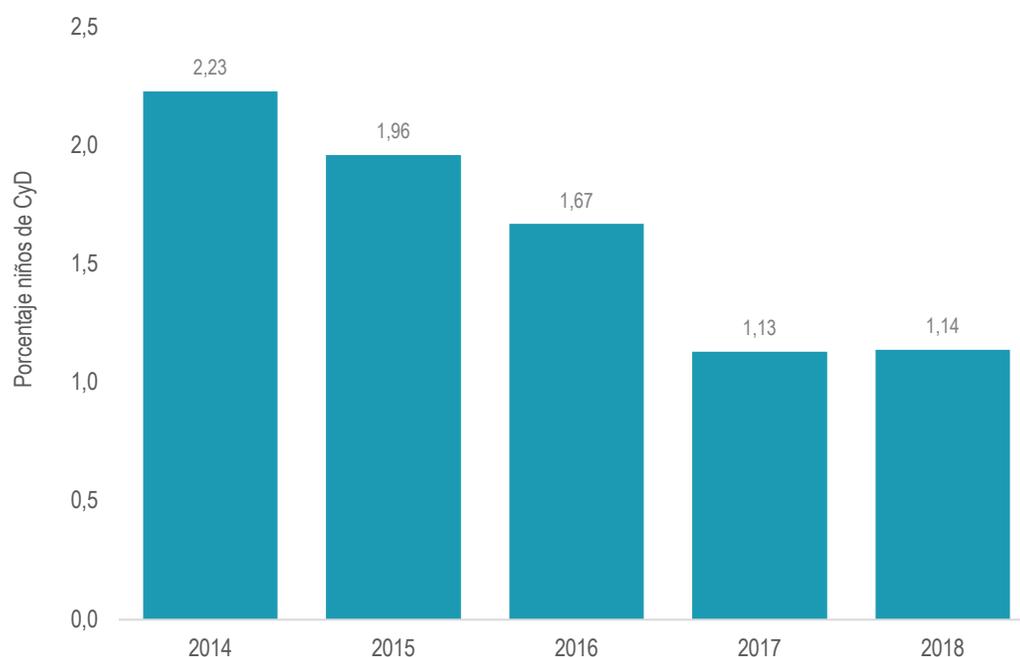


Fuente: RIPS Secretaría de Salud de Medellín 2014-2017.

Figura 29. Total de consulta externa y hospitalización por enfermedad respiratoria aguda en niños menores de 5 años, Medellín 2014 -2017.

Malnutrición infantil: desnutrición

Comparado con el año 2014, se observa para el año 2018 una tendencia a la disminución de la desnutrición aguda en los niños menores de 5 años que consultan en el programa de crecimiento y desarrollo de las diferentes EAPB.



Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: SISVIN Secretaría de Salud, 2014-2018.

Figura 30. Proporción de niños con desnutrición aguda, Medellín 2014 -2018.

Según la comuna se observó que, para el año 2018 en Villa Hermosa y en el corregimiento de Santa Elena, se encontraron las proporciones más altas de niños con desnutrición aguda. En todas las demás comunas y corregimientos se observa disminución de la proporción, con mayor énfasis en Santa Cruz, Manrique, Castilla y San Antonio de Prado donde la disminución es de más del 60%.

Tabla 23. Proporción de niños con Desnutrición aguda según Comuna. Medellín 2014 -2018.

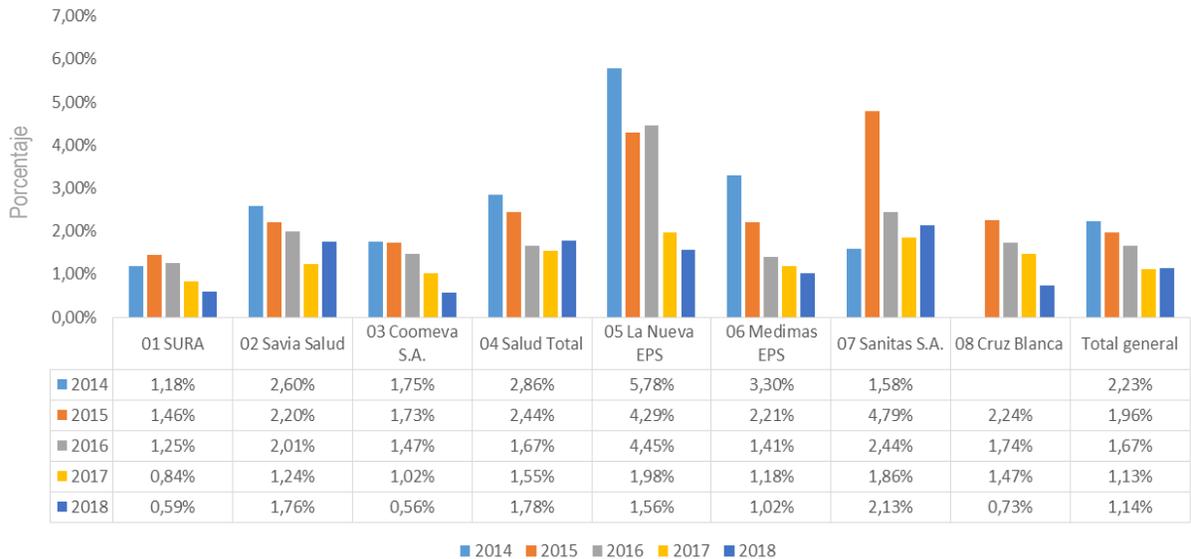
COMUNA	Proporción de niños con DNT aguda				
	2014	2015	2016	2017	2018
01. Popular	2,49%	2,20%	1,57%	1,11%	1,32%
02. Santa Cruz	2,78%	1,68%	1,31%	0,72%	0,87%
03. Manrique	3,11%	2,05%	1,28%	1,11%	1,23%
04. Aranjuez	2,45%	2,37%	1,59%	0,94%	0,99%
05. Castilla	2,40%	2,52%	1,74%	1,28%	0,87%
06. Doce de Octubre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

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

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: SISVIN Secretaría de Salud, 2014-2018.

Según su EAPB de afiliación, las EAPB con mayor proporción de niños que consultan al programa de crecimiento y desarrollo para el año 2018 con desnutrición aguda fueron, Salud Total, Savia Salud y Sanitas. En todas se observa tendencia a la disminución comparado con el año 2014.



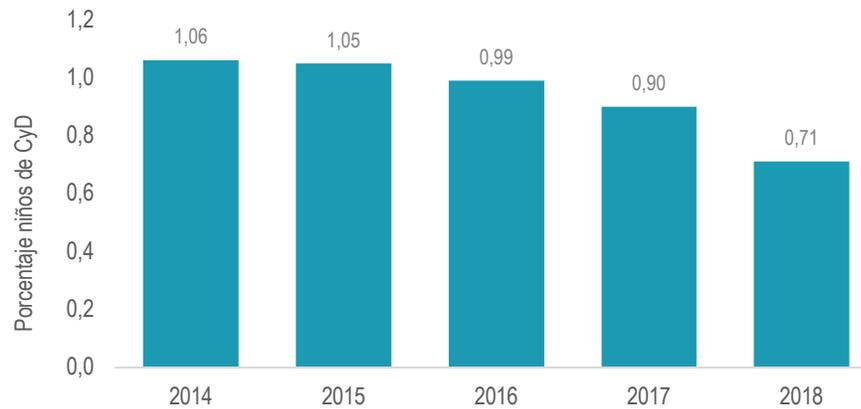
Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: Sistema de información SENIN, 2014-2018.

Figura 31. Tendencia proporción de desnutrición aguda según EAPB, Medellín 2014 -2018.

Obesidad y sobrepeso

Para el caso de la obesidad, se observa una disminución de la prevalencia de obesidad en los niños y niñas que consultan al programa de crecimiento y desarrollo en el 2018 comparado con la proporción del año 2014.

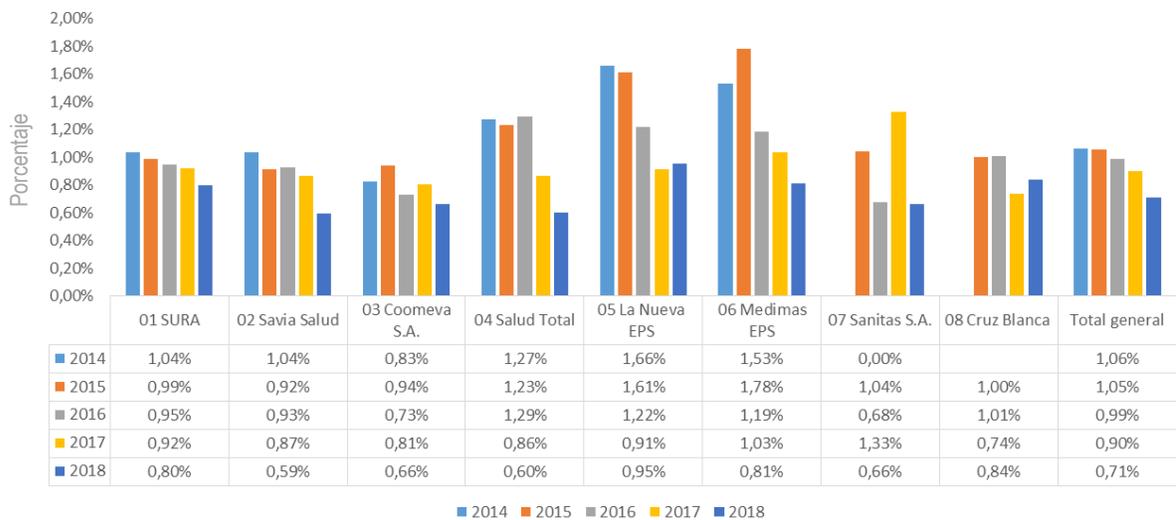


Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: Sistema de información SENIN. 2014-2018.

Figura 32. Tendencia proporción de obesidad en niños menores de 5 años, Medellín 2014 -2018.

Siendo la EAPB con mayor prevalencia de niños con obesidad para el año 2018 la Nueva EPS, observándose en toda tendencia a la disminución comparada con el año 2014.



Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: Sistema de información SENIN, 2014-2018.

Figura 33. Tendencia proporción de obesidad en niños menores de 5 años según EAPB, Medellín 2014 -2018.

Las comunas con mayor prevalencia de niños y niñas con obesidad son Belén seguida de Laureles Estadio y Aranjuez y el corregimiento de Santa Elena.

Tabla 24. Proporción de niños con obesidad según comunas y corregimientos, Medellín 2014 - 2018.

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

COMUNA	Proporción de niños con obesidad				
	2014	2015	2016	2017	2018
10. La Candelaria	1,03%	1,18%	0,99%	0,85%	0,47%
11. Laureles Estadio	0,97%	0,90%	1,04%	0,55%	0,95%
12. La América	1,02%	1,06%	1,03%	0,75%	0,78%
13. San Javier	1,06%	1,06%	1,01%	1,00%	0,84%
14. El Poblado	1,12%	0,70%	0,73%	1,29%	0,54%
15. Guayabal	1,28%	1,86%	0,77%	1,03%	0,75%
16. Belén	1,00%	1,03%	1,16%	1,00%	1,09%
22. Sin Especificar	1,09%	0,00%	0,00%	0,94%	0,00%
50. San Sebastián de Palmitas	0,00%	0,00%	0,99%	0,68%	0,70%
60. San Cristóbal	1,40%	1,15%	1,30%	0,80%	0,68%
70. Altavista	0,79%	0,85%	1,02%	1,31%	0,52%
80. San Antonio de Prado	1,02%	0,58%	1,25%	0,87%	0,58%
90. Santa Elena	1,48%	2,41%	0,54%	0,25%	1,01%
Total general	1,06%	1,05%	0,99%	0,90%	0,71%

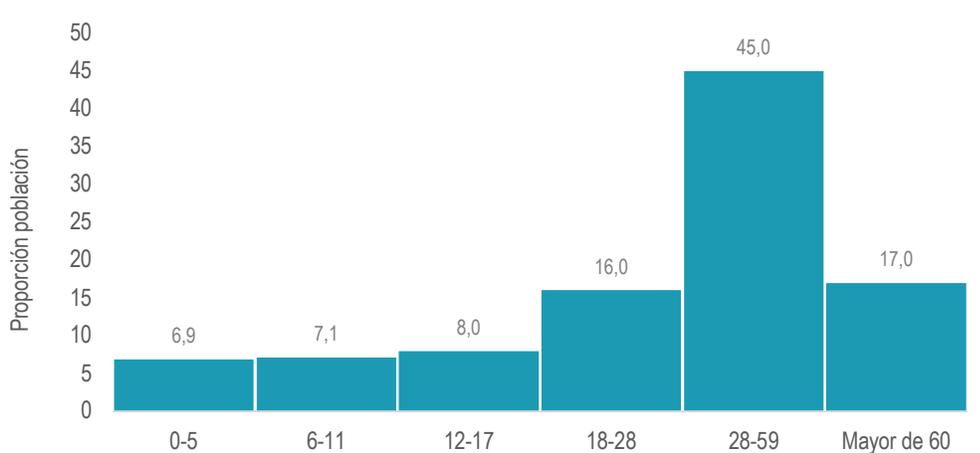
Fuente: Sistema de información SENIN, 2014-2018.

3.1.2 Infancia y adolescencia

Caracterización demográfica

La población de niños, niñas y adolescentes entre los 6 y 17 años corresponde al 15% de la población total de Medellín, de los cuales un 7% está entre los 6 y 11 años y el restante 8% entre los 12 a 17 años (Figura 34).

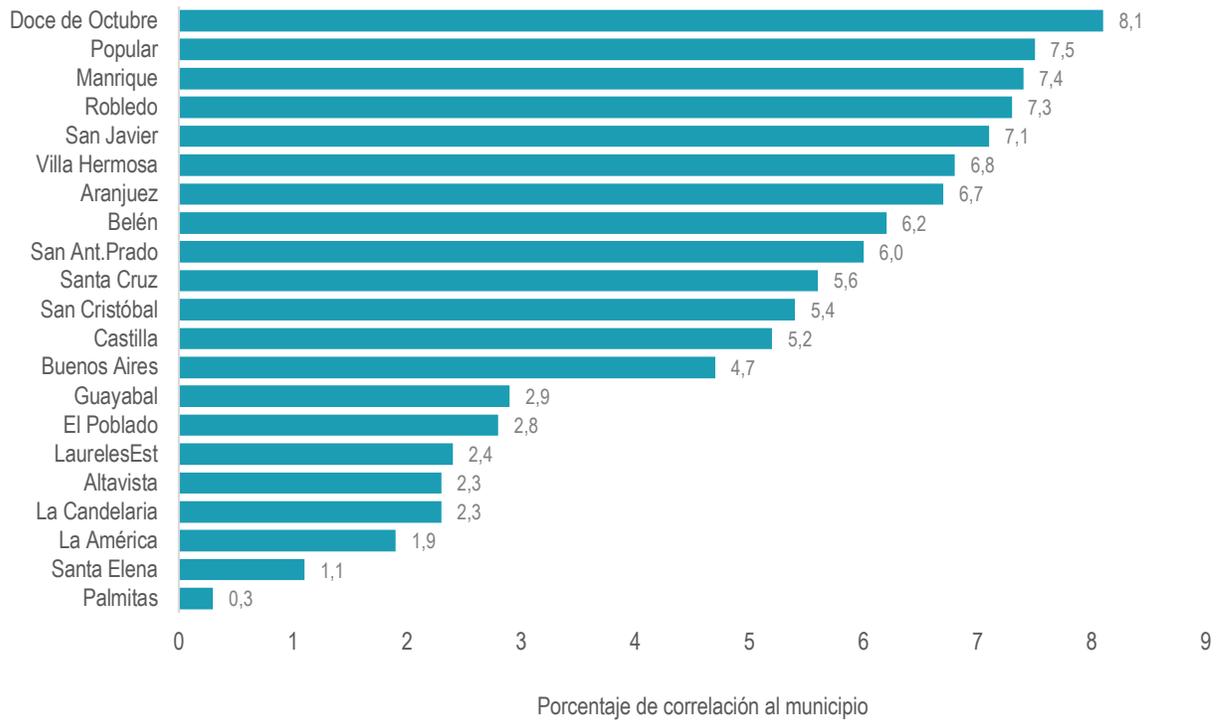
Al analizar el total de población de todos los cursos de vida por sexo, se observó que, la infancia y adolescencia ocupa entre los hombres el 16% y entre las mujeres el 14%.



Fuente: DANE, Proyecciones poblacionales 2019.

Figura 34. Proporción de población del curso de vida infancia y adolescencia dentro del total de habitantes, Medellín, 2019.

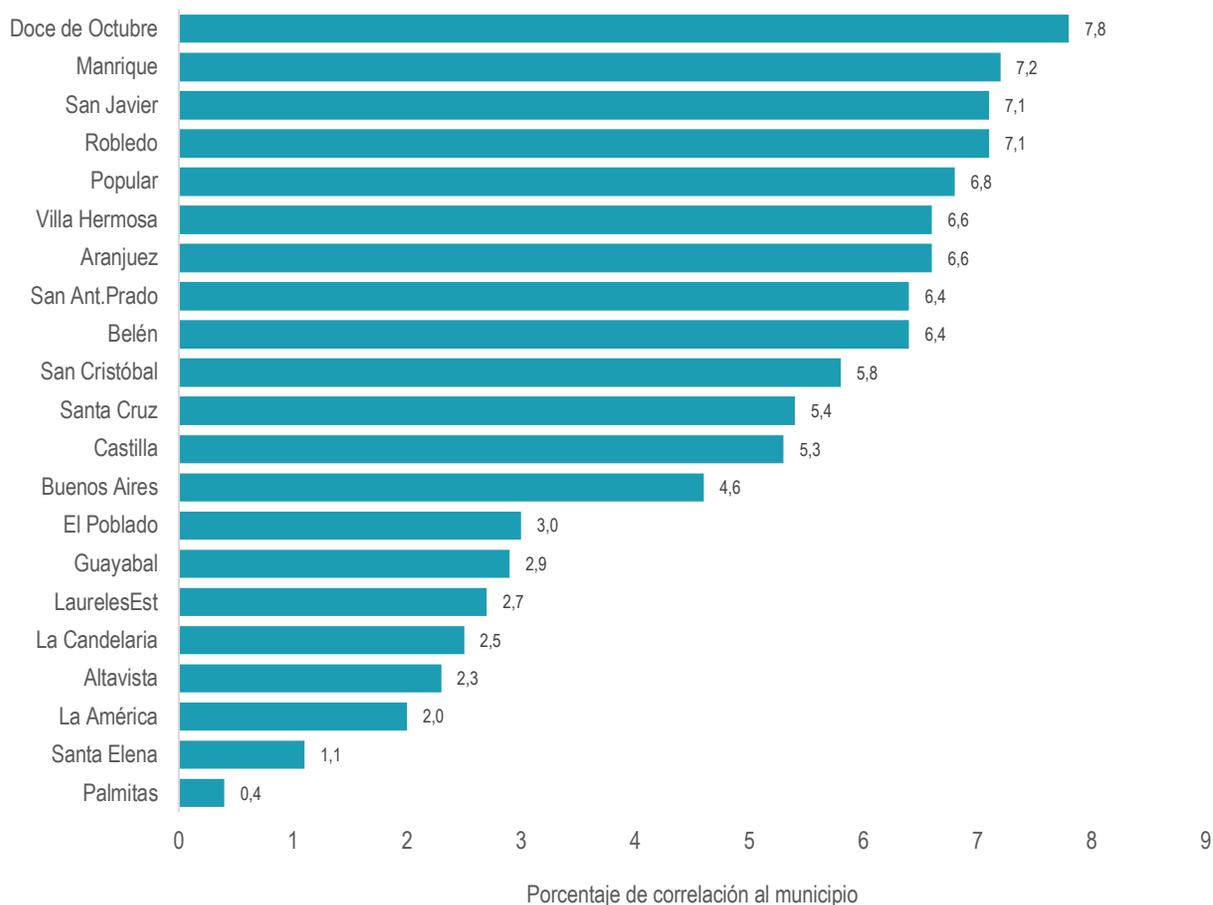
Por comunas y corregimientos del municipio, los niños y niñas entre 6 y 11 años (infancia) que presentaron mayores proporciones fueron: Doce de Octubre (comuna 6), Popular (comuna 1) y Manrique (comuna 3) para el año 2019.



Fuente: DANE, Proyecciones poblacionales 2019.

Figura 35. Distribución poblacional por comuna para el curso de vida infancia., Medellín, 2019.

En el caso de los adolescentes (12 a 17 años), la comuna donde la proporción fue mayor en 2019 fue el Doce de Octubre C6, seguida por Manrique, San Javier, Robledo, Popular, Villa Hermosa y Aranjuez (Figura 36).

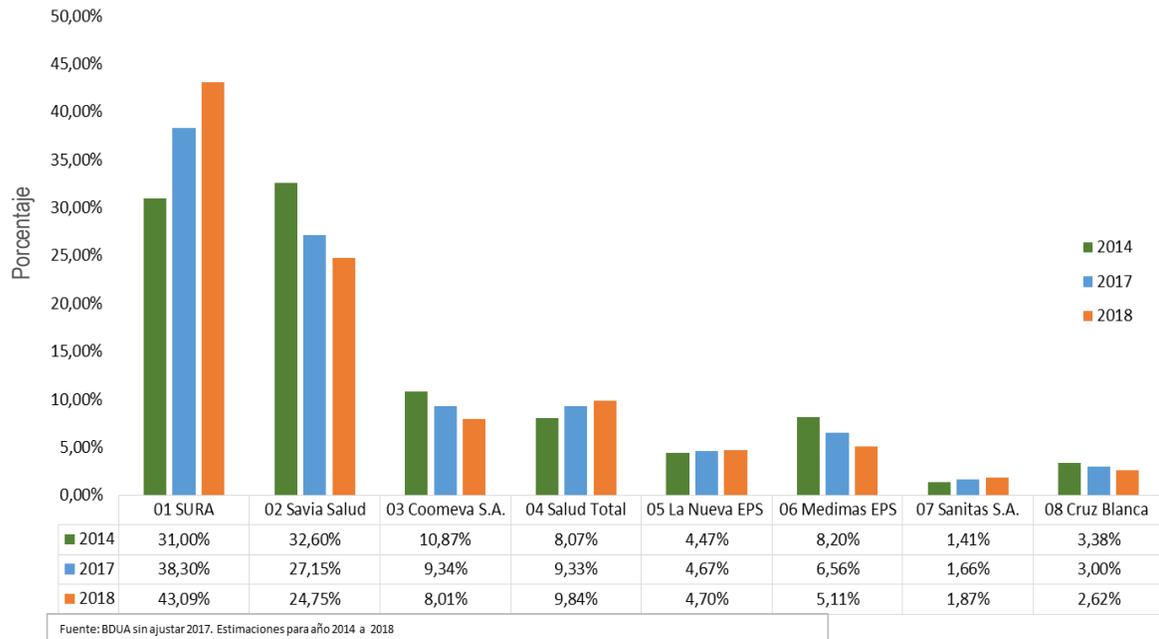


Fuente: DANE, Proyecciones poblacionales 2019.

Figura 36. Distribución poblacional por comuna para el curso de vida adolescencia, Medellín 2019.

En Medellín las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) que más concentran población de niños y adolescentes son SURA y Savia salud. Las tendencias en cuanto al número de afiliados pertenecientes a este curso de vida, obtenidas a través de una comparación entre los años 2014, 2017 y 2018, muestran ascenso en EAPB como SURA, Salud Total, Nueva EPS y

Sanitas; de forma opuesta se ha registrado descenso de este curso de vida en Savia salud, Coomeva, Medimás y Cruz Blanca (Figura 37).



Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: caracterización poblacional de las EAPB - SISPRO, Medellín 2017-2019.

Figura 37. distribución poblacional por Entidad Administradora de Planes de Beneficios para el curso de vida infancia y adolescencia, Medellín, 2017-2019.

Violencia de género e intrafamiliar

Las violencias de género y entre ellas, las violencias sexuales, son violaciones sistemáticas y masivas de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad,

la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad LGBTIQ (24).

Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública por varias razones; primero, debido a las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos. Segundo, por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que la violencia de género es un asunto social y de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requiere una acción coordinada por parte del Estado, y tercero, porque son evitables ya que sus causas son culturales y sociales, y no biológicas y hereditarias (24).

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

En el país el comportamiento de este evento durante los años 2016 a 2018 ha presentado una tendencia similar en el transcurso de las semanas epidemiológicas, con excepción de la semana epidemiológica 1 de los años 2017 y 2018 donde se ha observado un incremento en el número de casos. En el año 2018, el comportamiento de la notificación en el departamento de Antioquia, demuestra crecimiento. La presentación más frecuente en el país es la violencia física, con poco más de la mitad de la notificación (50,9%), seguida en orden por la violencia sexual, negligencia y abandono y finalmente la violencia psicológica; hechos que principalmente se registran en el hogar, de acuerdo con los reportes del SIVIGILA.

De acuerdo con el reporte del evento para menores de 18 años en el SIVIGILA en la ciudad de Medellín, los datos preliminares de casos en 2018, mostraron un aumento de casos, principalmente por la ampliación de notificadores, incluyendo instituciones diferentes a las de atención en salud, como las comisarías; sin embargo, la magnitud del evento desde siempre ha sido de alta frecuencia. El tipo de violencia más frecuente en dicho año fue negligencia y abandono, principalmente en mujeres (Tabla 25).

Tabla 25. Violencia no sexual en menores de 18 años por edad y tipo de violencia, Medellín, 2015-2018p.

Tipo de violencia	2015		2016		2017		2018 preliminar	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Violencia física	157	66	182	106	254	153	837	582

Poblaciones

Violencia psicológica	17	9	22	15	30	14	64	22
Negligencia o abandono	49	44	67	82	219	251	1.381	973
Total de casos reportados	223	119	271	203	503	418	2.282	1.577
Total por año	342		474		921		3.859	

Tipo de violencia	2015		2016		2017		2018 preliminar	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
0 a 5	54	57	69	99	220	251	692	571
6 a 11	25	31	32	50	63	77	702	594
12 a 17	144	31	170	54	220	90	888	412
Total de casos reportados	223	119	271	203	503	418	2.282	1.577
Total por año	342		474		921		3.859	

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud de Medellín, 2015-2018p.

En cuanto a los reportes de violencia sexual en menores de 18 años en Medellín, se observó un reporte de 1.923 casos en niñas durante el año 2018 y 473 casos en niños. Los tipos de violencia más frecuente correspondieron en orden a abuso, asalto/violación y acoso (Tabla 26).

Tabla 26. Violencia sexual en menores de 18 años por edad y tipo de violencia. Medellín, 2015-2018p.

Tipo de violencia	2015		2016		2017		2018 preliminar	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
0 a 5	188	76	263	87	420	116	510	168
6 a 11	227	90	272	94	481	143	587	214
12 a 17	504	43	621	60	792	73	826	91
Total de casos reportados	919	209	1.156	241	1.693	332	1.923	473
Total por año	1.128		1.397		2.025		2.396	

Tipo de violencia	2015		2016		2017		2018 preliminar	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Abuso	832	194	1.006	210	1.460	283	1.637	415
Acoso	17	7	30	7	39	12	58	14
Asalto / violación	54	8	101	17	142	28	173	32
Explotación sexual								
comercial (ESCNNA)	10	0	13	3	20	5	15	0
Trata de personas	2	0	0	0	2		1	0

Poblaciones

Tipo de violencia	2015		2016		2017		2018 preliminar	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Víctimas de conflicto								
armado	2	0	0	1				
Acto sexual violento	2	0	6	3	11	1	7	2
Otras violencias sexuales								
(pornografía y otros)	0	0	0	0	19	3	32	10
Total de casos reportados	919	209	1.156	241	1.693	332	1.923	473
Total por año	1.128		1.397		2.025		2.396	

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: (SIVIGILA) Secretaría de Salud de Medellín, 2015-2018p.

Los casos de violencia intrafamiliar y de género fueron más frecuentes en las comunas de la zona norte y centro oriental de la ciudad, con tasas más altas, especialmente, en 2018 en las comunas Robledo, Villa Hermosa, Buenos Aires y La Candelaria, superando la tasa de la ciudad (Tabla 27).

Los casos notificados de violencia intrafamiliar y de género en la infancia, superaron los de la adolescencia con tasas de 1354,9 y 1172,5, respectivamente. La EPS con más alta frecuencia, dado que supera el resultado medio de la ciudad, fue Savia salud en los dos cursos de vida para los años 2014-2017 (

Tabla 28).

Tabla 27. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar

A. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar y de género por comuna en niños de 6-11 años. Casos por 100 mil niños (DANE).

Comuna	2014	2015	2016	2017	2018
01. Popular	301	215	252	369	1.053
02. Santa Cruz	181	267	259	454	1.203
03. Manrique	153	190	405	525	1.791
04. Aranjuez	191	145	170	449	953
05. Castilla	111	122	93	447	1.449
06. Doce de Octubre	227	203	205	474	1.070
07. Robledo	201	307	292	322	1.649
08. Villa Hermosa	178	252	332	582	1.836
09. Buenos Aires	272	309	252	541	1.618
10. La Candelaria	365	415	422	689	1.803
11. Laureles Estadio	134	91	159	229	1.551
12. La América	192	83	198	315	1.647
13. San Javier	232	237	227	504	1.303
14. El Poblado	75	114	134	214	452
15. Guayabal	129	241	168	245	966
16. Belén	203	169	213	248	1.479
50. Palmitas	0	0	0	186	1.764
60. San Cristóbal	80	143	181	329	863
70. Altavista	134	53	336	228	1.187
80. San Ant. Prado	137	102	79	221	820
90. Santa Elena	172	170	551	481	1.291
Total general	199	207	248	422	1.343

B. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar y de género por comuna en niños de 12-17 años. Casos por 100 mil niños (DANE).

Comuna	2014	2015	2016	2017	2018
01. Popular	344	377	629	855	1.367
02. Santa Cruz	408	348	523	547	1.069
03. Manrique	410	549	648	759	1.622
04. Aranjuez	282	447	382	579	1.215
05. Castilla	312	232	224	509	1.229
06. Doce de Octubre	366	307	480	644	1.046
07. Robledo	380	580	589	753	1.744
08. Villa Hermosa	253	311	520	622	1.591
09. Buenos Aires	346	490	459	658	1.427
10. La Candelaria	518	707	897	1.042	1.547
11. Laureles Estadio	129	259	226	231	741
12. La América	224	192	136	384	1.408
13. San Javier	389	441	607	645	1.078
14. El Poblado	81	131	201	187	498
15. Guayabal	161	214	236	516	1.014
16. Belén	192	242	262	498	1.281
50. Palmitas	159	157	298	142	1.503
60. San Cristóbal	271	182	420	500	826
70. Altavista	123	199	315	449	950
80. San Ant. Prado	218	253	234	193	858
90. Santa Elena	102	468	400	193	1.033
Total general	314	369	467	610	1.275

Nota: el año 2018 presenta valores preliminares.

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

Tabla 28. Incidencia notificada violencia intrafamiliar por EAPB.

A. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar y de género por EAPB en niños de 6-11 años. Casos por 100 mil niños (DANE)

EAPB	2014	2015	2016	2017	2018
01 SURA	142	154	194	303	403
02 Savia Salud	215	231	278	507	718
03 Coomeva S.A.	203	200	109	442	485
04 Salud Total	68	125	277	447	477
05 La Nueva EPS	170	220	284	512	409
06 Medimas EPS	175	119	230	217	418
07 Sanitas S.A.	78	177	135	66	145
08 Cruz Blanca	129	91	230	416	260
Total	193	197	241	425	1.355

B. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar y de género por EAPB en niños de 12-17 años. Casos por 100 mil niños (DANE)

EAPB	2014	2015	2016	2017	2018
01 SURA	207	240	282	388	424
02 Savia Salud	373	430	567	606	698
03 Coomeva S.A.	223	189	231	435	437
04 Salud Total	162	374	481	915	711
05 La Nueva EPS	105	225	281	423	635
06 Medimas EPS	248	242	444	565	580
07 Sanitas S.A.	97	128	279	326	366
08 Cruz Blanca	191	381	292	322	385
Total general	293	340	429	570	1.173

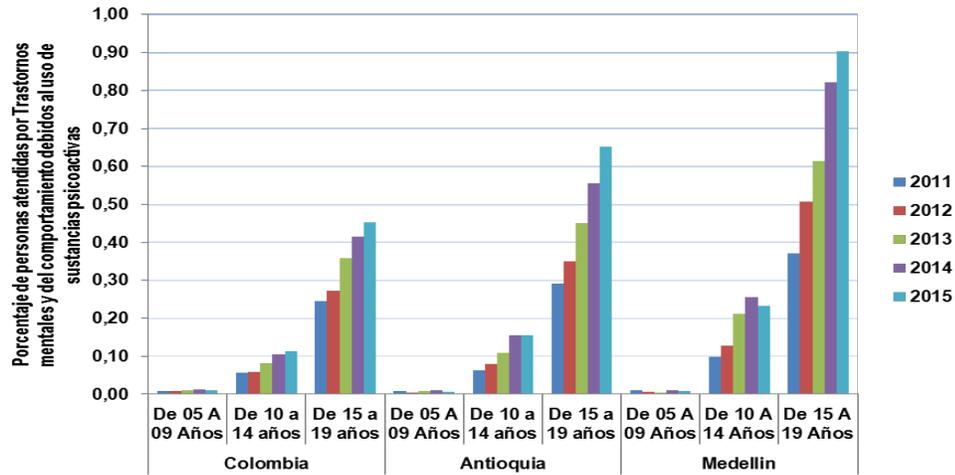
Nota: el año 2018 presenta valores preliminares.

Fuente: (SIVIGILA) Secretaría de Salud de Medellín 2014-2018.

Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)

Al comparar las atenciones en las IPS, relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en población entre 5 a 19 años, se observó que, ha habido un incremento en los años 2011 a 2015.

Estas cantidades son superiores en la medida que se incrementa la edad. Los resultados de la ciudad de Medellín superan los del departamento y este a su vez supera al país (Figura 38).

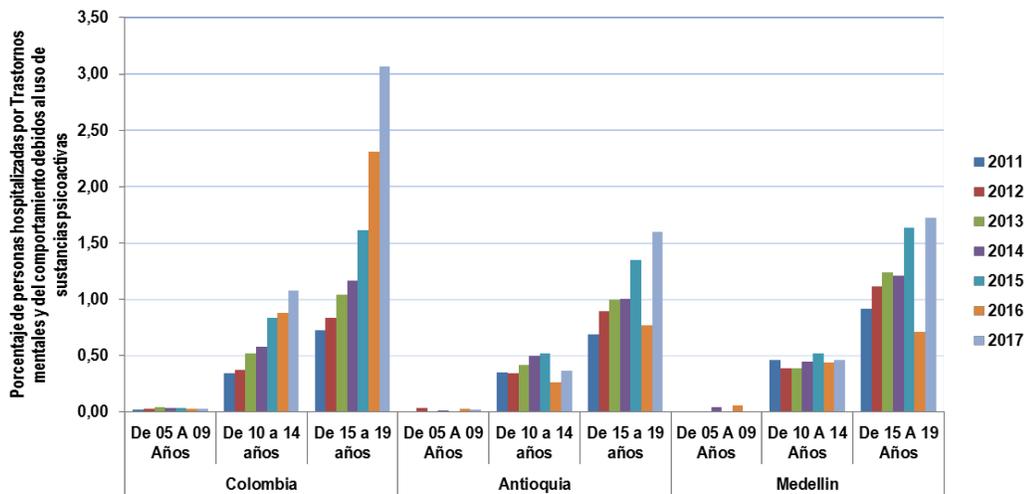


Fuente: SISPRO, Medellín 2011-2015.

Figura 38. Personas de 5 a 19 años atendidas por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, Colombia, Antioquia y Medellín, 2011-2015.

Una comparación de las hospitalizaciones con causas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas en población de 5 a 19 años, mostró que han venido en incremento entre los años 2011 a 2017, con excepción del año 2016, en el cual el porcentaje disminuyó para Antioquia y Medellín. Las cantidades son superiores en la medida que se incrementa la edad, de esta forma se observó que las hospitalizaciones entre los 15 y 19 años fueron mayores, con respecto a los 10 a 14 años. Los resultados para la ciudad de Medellín y el departamento de Antioquia mostraron valores por debajo a los del país (Fuente: SISPRO, Medellín 2011-2017.

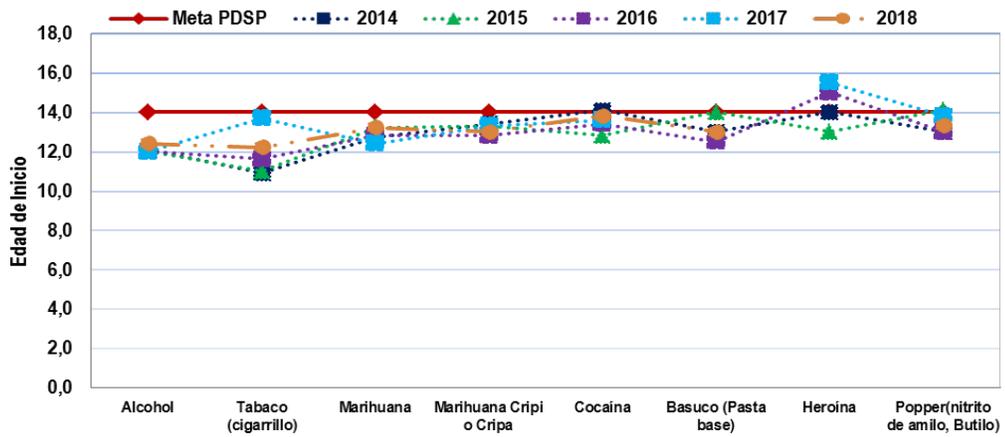
Figura 39).



Fuente: SISPRO, Medellín 2011-2017.

Figura 39. Personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas de 5 a 19 años. Medellín, 2011-2017.

De acuerdo a la meta del Plan Decenal de Salud Pública, donde se propone aumentar la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas a los 14 años, entre el 2014 y el 2018 se ha visto que, solo en heroína dicho logro se ha alcanzado, como fue en 2017, cuando su edad de inicio fue cercana a los 16 años; sin embargo, en las demás sustancias, lícitas e ilícitas la edad de inicio ha sido inferior (Figura 40).



Nota: el año 2018 presenta valores preliminares.

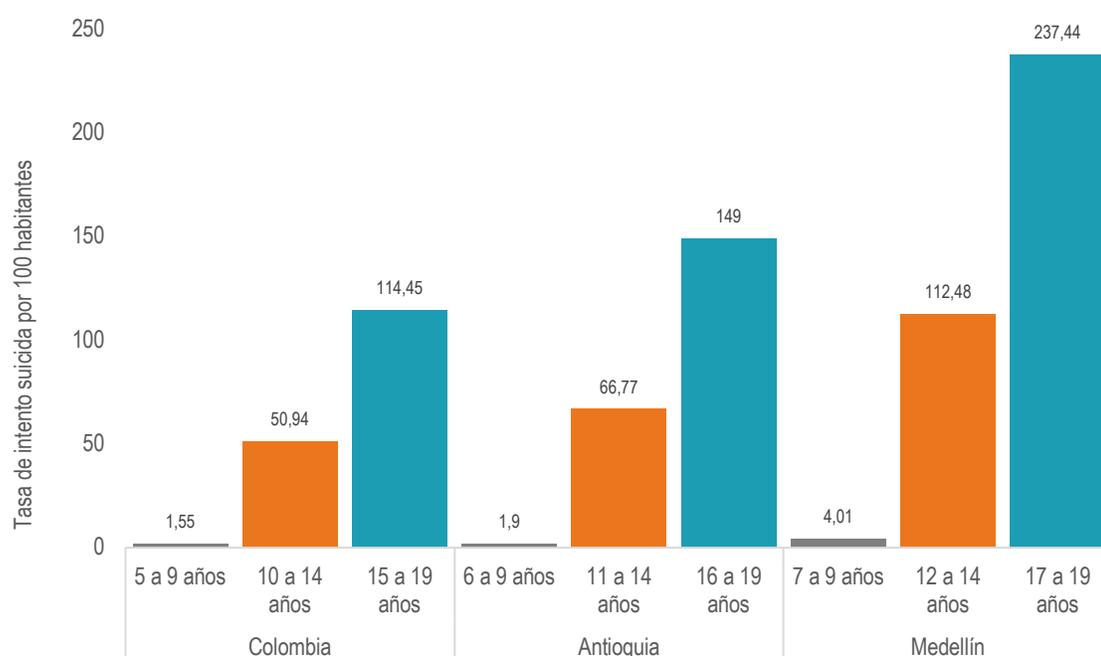
Fuente: SUICAD, Medellín 2014-2018.

Figura 40. edad de inicio de sustancias en personas con tratamiento registradas en SUICAD.

Infancia y adolescencia. Medellín, 2014-2018

Conducta suicida

Al comparar la ciudad frente al departamento y el país, esta muestra tasas superiores en la notificación de intento de suicidio (Figura 41).



Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: SISPRO, 2018.

Figura 41. Tasa de intento de suicidio de 5 a 19 años. Colombia, Antioquia y Medellín, 2018.

Durante el año 2018, los intentos de suicidios entre los niños de 6 a 11 años, fueron frecuentes en todos los corregimientos, con excepción de San Cristóbal, donde no hubo casos. La tasa más alta en la zona urbana fue en la comuna Guayabal (Tabla 29).

Los intentos de suicidio en población de 12 a 17 años fueron más frecuentes en las comunas de la zona Noroccidental y Centrorienta de la ciudad, con tasas más altas (qué superan las de la ciudad), especialmente, en 2018 en las comunas Robledo, La Candelaria, Doce de octubre, Villa Hermosa, y Buenos Aires. Se destacan también por su alto valor, comunas de otras zonas como Laureles

Estadio, Santa Cruz y Manrique, en el casco urbano; y en el corregimiento de Santa Elena en el área rural (Tabla 29).

Tabla 29. Intento de suicidio por comuna. Medellín 2014 -2018.

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

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

Comuna	2014	2015	2016	2017	2018
01. Popular	14	0	14	29	22
02. Santa Cruz	19	10	38	10	0
03. Manrique	7	7	22	30	7
04. Aranjuez	0	8	0	8	16
05. Castilla	20	0	0	21	21
06. Doce de Octubre	0	0	13	7	13
07. Robledo	7	37	0	30	22
08. Villa Hermosa	0	0	16	8	16
09. Buenos Aires	11	0	11	12	0
10. La Candelaria	0	0	23	0	24
11. Laureles Estadio	0	23	0	23	0
12. La América	27	0	0	29	29
13. San Javier	0	8	0	0	23
14. El Poblado	0	0	0	0	20
15. Guayabal	0	37	0	19	76
16. Belén	9	9	27	9	9
50. Palmitas	0	0	0	186	0
60. San Cristóbal	13	13	24	0	0
70. Altavista	0	0	0	25	25
80. San Ant. Prado	11	0	0	19	19
90. Santa Elena	0	0	0	53	52
Total general	7	8	12	17	17

Comuna	2014	2015	2016	2017	2018
01. Popular	212	177	270	416	258
02. Santa Cruz	93	141	228	374	366
03. Manrique	198	228	201	362	326
04. Aranjuez	130	131	202	235	235
05. Castilla	189	309	273	352	236
06. Doce de Octubre	238	263	333	228	342
07. Robledo	200	191	251	333	487
08. Villa Hermosa	238	304	256	252	364
09. Buenos Aires	202	400	303	291	343
10. La Candelaria	345	407	491	404	445
11. Laureles Estadio	92	167	207	115	429
12. La América	122	171	227	336	277
13. San Javier	183	162	333	348	251
14. El Poblado	227	148	317	272	137
15. Guayabal	113	247	286	292	227
16. Belén	157	192	321	327	232
50. Palmitas	0	157	446	284	0
60. San Cristóbal	79	102	210	373	232
70. Altavista	74	199	145	189	69
80. San Antonio de Pr	172	162	182	193	147
90. Santa Elena	102	208	200	145	329
Total general	184	224	278	321	305

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

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

Los casos notificados de intento de suicidio en la infancia, están por debajo de los de la adolescencia con tasas de 7,2 y 280,9; respectivamente. En el 2018, las EAPB con más alta

frecuencia, ya que superaron el resultado medio de la ciudad y coinciden en los dos cursos de vida (6-11 y 12-17), fueron Salud Total y Medimas (Tabla 30)

Tabla 30. Intento de suicidio por EAPB, Medellín 2014 -2018

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

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

EAPB	2014	2015	2016	2017	2018
01 SURA	7	6	11	12	10
02 Savia Salud	7	8	10	17	17
03 Coomeva S.A.	0	10	22	18	14
04 Salud Total	12	0	0	23	33
05 La Nueva EPS	15	15	14	26	0
06 Medimas EPS	13	6	6	26	23
07 Sanitas S.A.	0	0	0	33	87
08 Cruz Blanca	0	15	33	0	0
Total	7	7	11	17	17

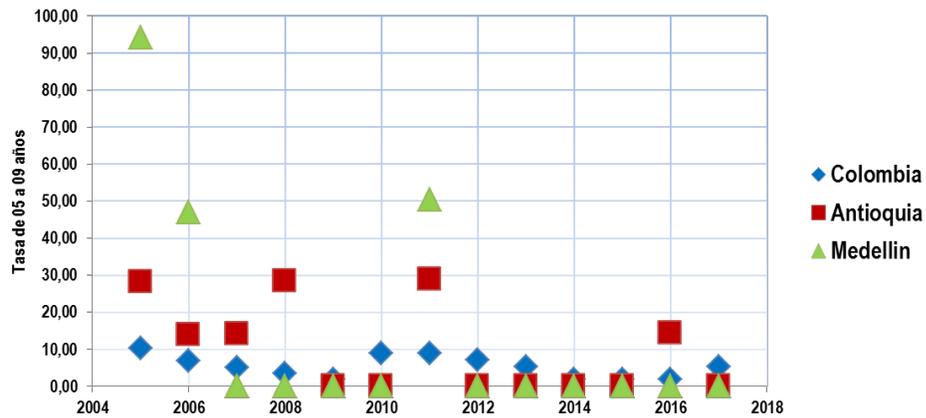
EAPB	2014	2015	2016	2017	2018
01 SURA	129	230	252	250	251
02 Savia Salud	183	216	246	323	289
03 Coomeva S.A.	163	158	212	251	163
04 Salud Total	81	108	243	393	308
05 La Nueva EPS	201	234	347	298	313
06 Medimas EPS	236	131	250	275	399
07 Sanitas S.A.	260	256	186	237	236
08 Cruz Blanca	82	118	153	276	151
Total	172	207	255	300	281

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

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

Suicidio

La situación del suicidio en Medellín para el grupo de 5 a 9 años, ha dado como resultado cero casos desde el año 2014; lo que hace que al ser comparada con el país y el departamento el resultado de la ciudad sea inferior.

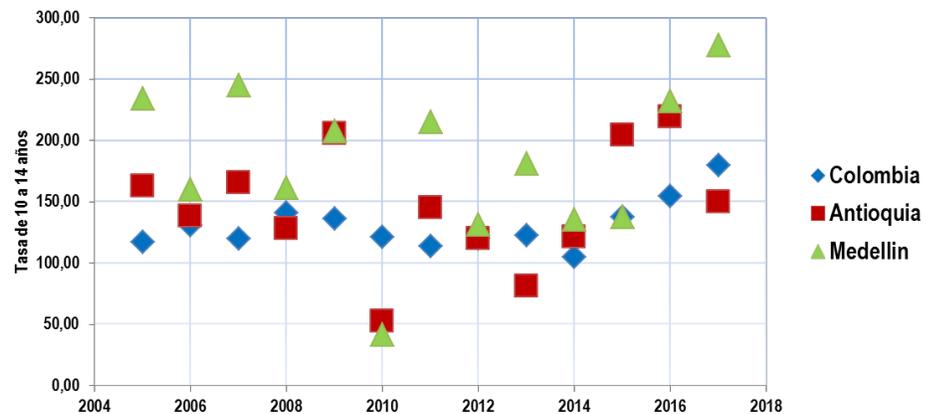


Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: Estadísticas Vitales, 2004-2018.

Figura 42. Suicidios en personas entre 5-9 años. Colombia, Antioquia y Medellín, 2004-2018.

Al analizar los suicidios en niños de 10 a 14 años, se ha observado que la tasa de Medellín generalmente ha superado la de Colombia y Antioquia desde 2014 (Figura 43).

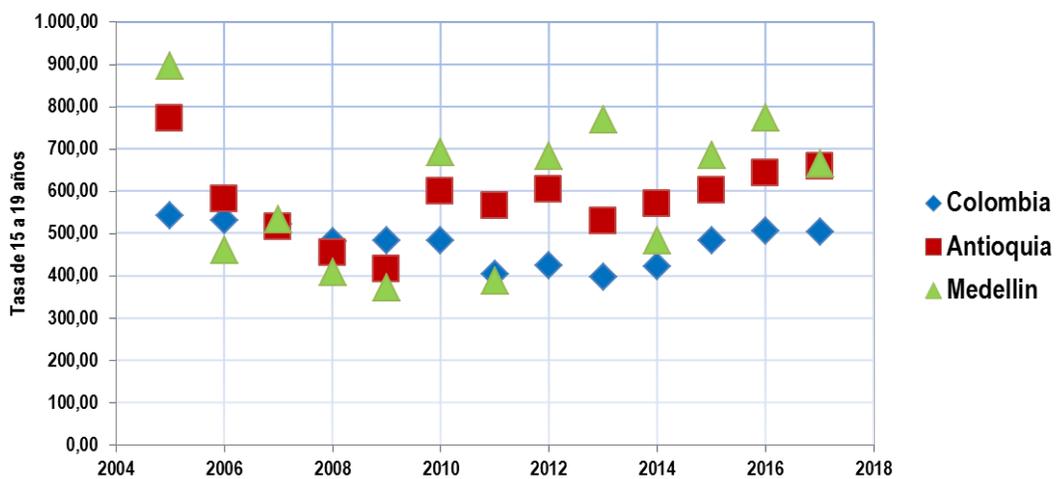


Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: Estadísticas Vitales, 2004-2018.

Figura 43. Suicidios en personas entre 10-14 años. Colombia, Antioquia y Medellín, 2004-2018.

El resultado de las tasas de suicidio para la población de 15 a 19 años ha coincidido el resultado en la ciudad con el departamento en el años 2017, pero los dos años anteriores, la tasa del municipio fue superior, superando también la del país (Figura 44).



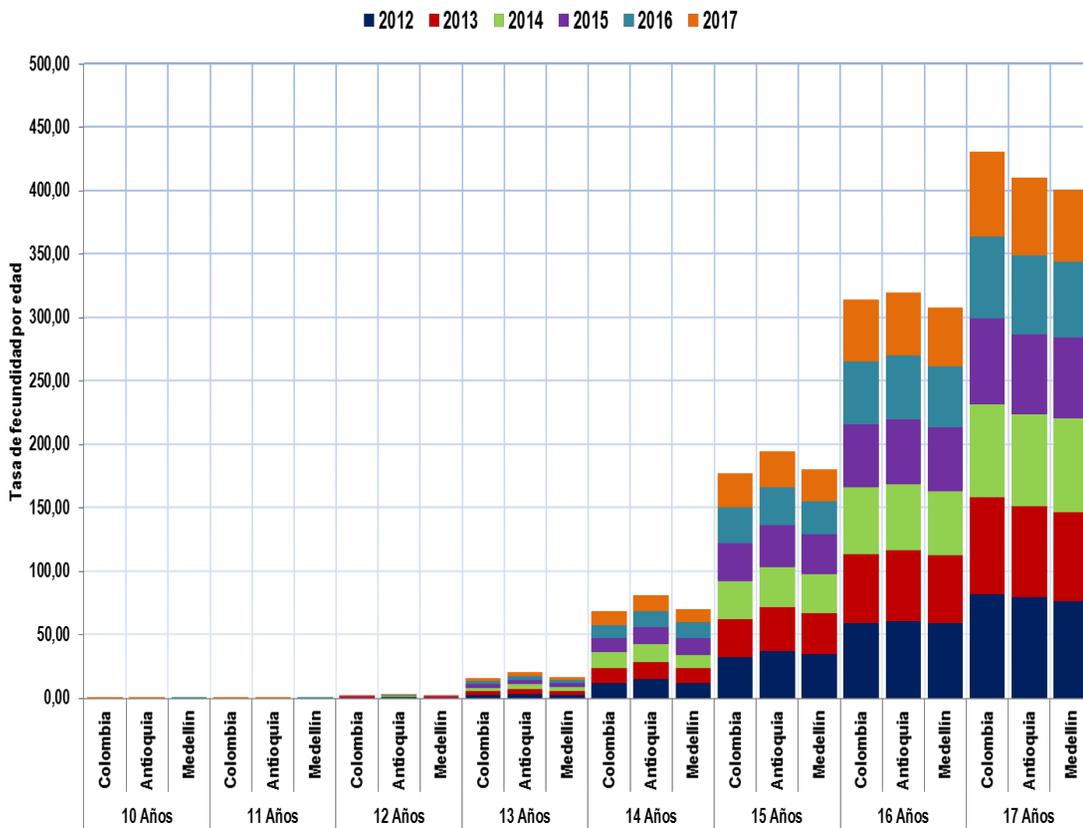
Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: Estadísticas Vitales, 2004-2018.

Figura 44. Suicidios en personas entre 15-19 años. Colombia, Antioquia y Medellín, 2004-2018.

Embarazo adolescente

Al comparar las tasas de fecundidad en menores de 18 años para Medellín, Antioquia y Colombia entre 2012-2017 se observó que, la ciudad ha presentado tasas inferiores a las del departamento y del país; también se destaca que hay presencia de casos desde los 12 años, lo cual enciende la alarma de casos de abuso sexual (prioridad <14 años) (Figura 45).

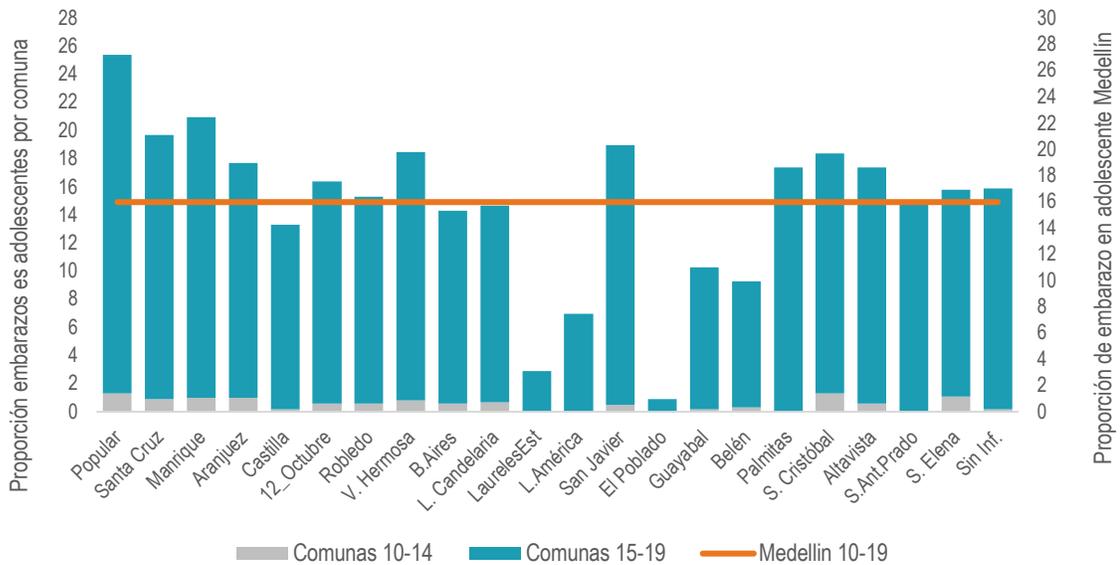


Fuente: Estadísticas Vitales - Nacido vivo, Medellín 2012-2017.

Figura 45. Tasa de fecundidad en menores de 18 años. Colombia, Antioquia y Medellín, 2012-2017.

El porcentaje de embarazo adolescente (10-19 años) en Medellín para el año 2018 fue de 16%, el 0,7% corresponde con niñas de 10-14 años, y el restante 15,3% fueron madres entre 15-19 años. Las comunas con la mayor proporción del embarazo entre 10-19 años, en orden, fueron: Popular, Manrique, Santa Cruz, San Javier y Villa Hermosa. En cuanto al embarazo en las menores de 10 a 14 años, sobresalió la proporción comunas, Popular, Manrique y Aranjuez y en los corregimientos de Santa Elena y San Cristóbal (Fuente: Estadísticas Vitales - Nacido vivo, Medellín 2018p.

Figura 46).



Nota: el año 2018 presenta datos preliminares. El análisis se realizó según residencia de la madre. Es de aclarar que la proporción para Medellín en adolescentes 10 a 14 años fue de 0,7% y para adolescentes de 15-19 años fue de 15,3%.

Fuente: Estadísticas Vitales - Nacido vivo, Medellín 2018p.

Figura 46. Porcentaje de embarazo adolescente por comunas y edad de riesgo, Medellín, 2018p

Entre los años 2012 y 2018 las EAPB Savia salud y Nueva EPS han tenido proporciones de embarazo en adolescentes que superan la media de la ciudad; y, en los últimos años Medimás y Cruz Blanca también han presentado dicho comportamiento (Tabla 31).

Tabla 31. Porcentaje de embarazo adolescente (10-19 años) por principales EAPB. Medellín, 2012-2018p.

EAPB	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018p	Tendencia
01 SURA	13,1	11,9	12,3	10,9	10,8	9,1	8,0	
02 Savia Salud	32,6	31,3	31,2	30,6	30,2	28,9	27,7	
03 Coomeva S.A.	12,3	10,6	10,3	11,4	11,0	11,8	9,8	
04 Salud Total	20,1	22,6	19,8	19,9	18,7	18,1	15,8	
05 La Nueva EPS	34,4	31,6	23,0	19,7	20,1	17,0	16,3	
06 Medimas EPS	20,0	18,2	19,1	18,3	18,5	17,8	19,1	
07 Sanitas S.A.	9,5	8,6	8,9	8,8	8,2	6,6	6,6	
08 Cruz Blanca	26,0	21,0	19,3	24,1	21,1	23,3	20,1	
Total Medellín	22,6	21,4	20,7	19,1	18,2	16,9	16,0	

Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

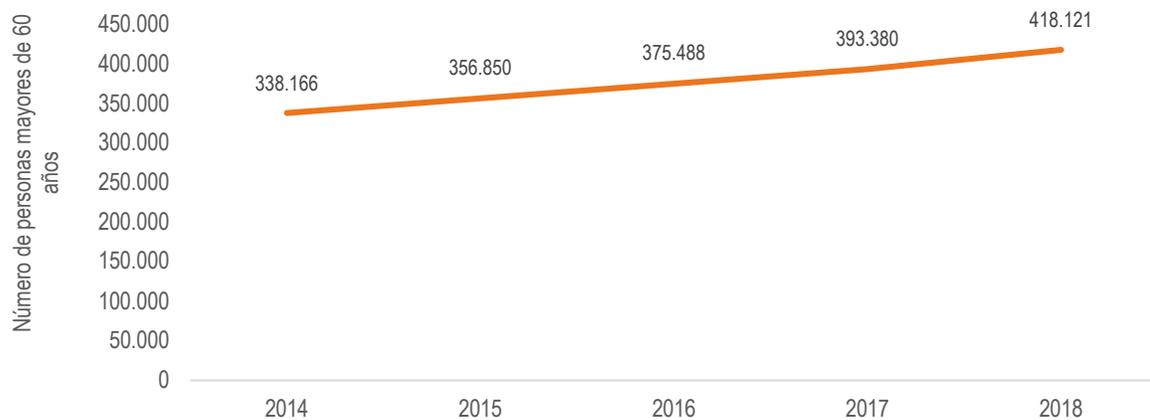
Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2012-2018p.

3.1.3 Vejez

Caracterización demográfica

Según las estimaciones del DANE, para el año 2018 la población mayor de 60 años en la ciudad de Medellín, sería de 418.121 personas, con un aumento de 24.741 personas en el último año, que es superior a los años anteriores, en los que, en promedio, se presentó un aumento aproximado de 18.400 adultos mayores.

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

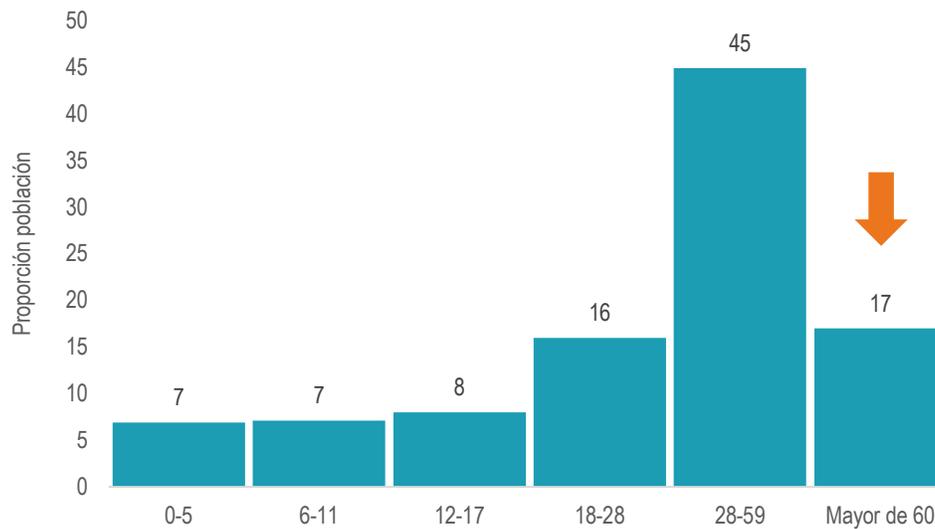


Fuente: Proyecciones poblacionales - DANE, Medellín 2014-2018.

Figura 47. Tendencia de la población mayor de 60 años, Medellín 2014 -2018.

Para el año 2019, se estima que el 17% de la población de Medellín estará en el rango de edad de mayores de 60 años, lo que significa que aproximadamente 445.000 personas. Estas variaciones en

la población adulta mayor, han llevado a que la ciudad de Medellín sea clasificada como una de las ciudades mayores de Colombia, junto con Bogotá, Manizales, Tunja, Pereira y Bucaramanga, compartiendo características similares en su población; lo que además representa una transición epidemiológica.

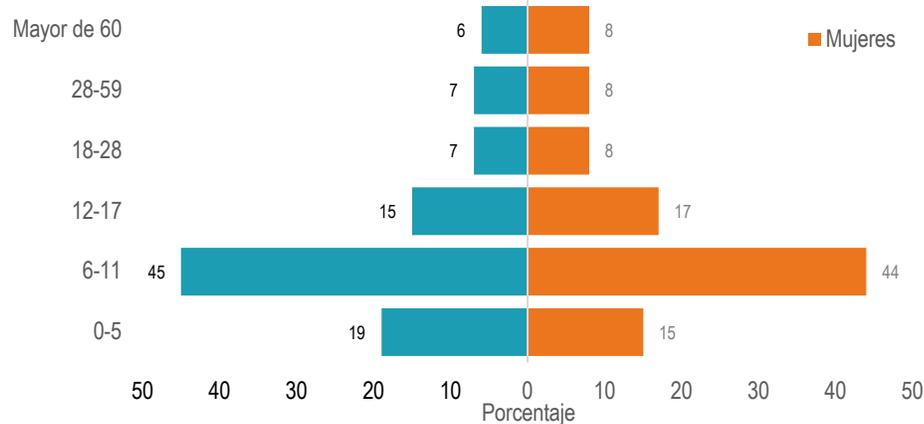


Fuente: Proyecciones poblacionales - DANE, Medellín 2019.

Figura 48. Distribución de la población según curso de vida. Medellín 2019.

Según sexo se identifica que, hay más mujeres en el curso de vejez que hombres con una diferencia de 4 puntos porcentuales. En la distribución por sexos en las poblaciones, el sexo femenino reporta mayor porcentaje poblacional, esto se certifica en las observaciones de la ciudad que señalan que, un 57% de la población mayor de 60 años se reporta con sexo femenino, ratificando las reflexiones de la feminización del envejecimiento, que se detienen sobre las implicaciones sociales y económicas.

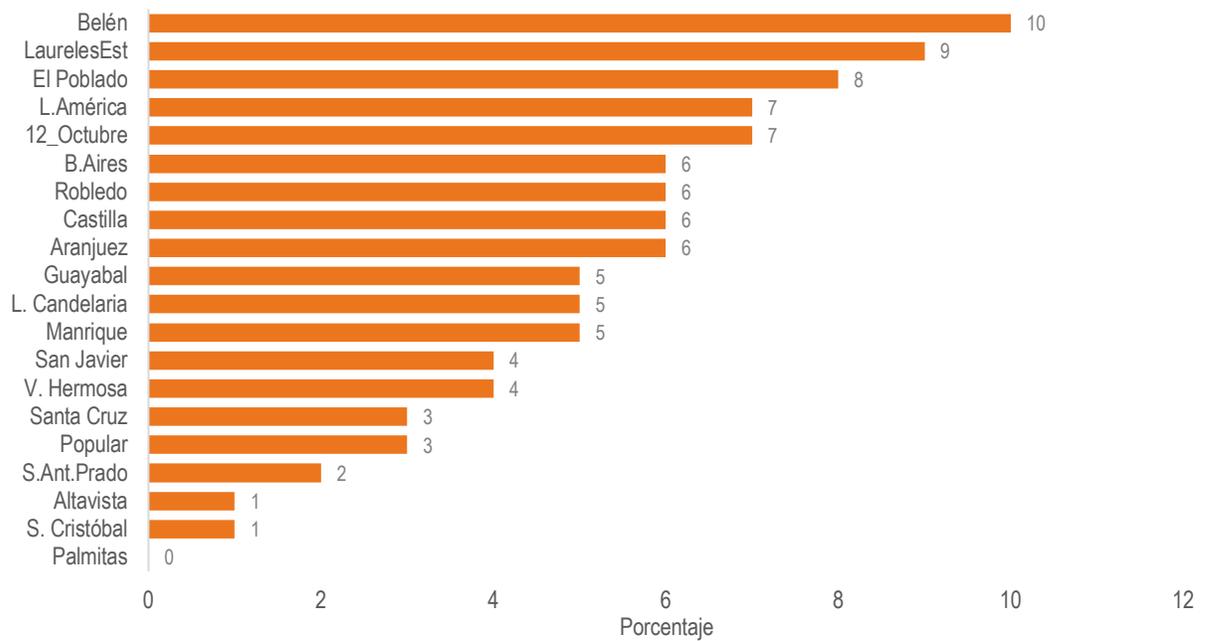
La feminización del envejecimiento es un fenómeno que viene presentándose de forma generalizada: “el fenómeno de la feminización del envejecimiento que se está dando en Europa, España, y en Latinoamérica y el Caribe es un proceso vinculado a la globalización, que afecta tanto a los países desarrollados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



Fuente: Proyecciones poblacionales - DANE, Medellín 2019.

Figura 49. Pirámide poblacional según sexo y grupos de edad, Medellín 2019.

Desagregando por comunas se identifica que Belén, Laureles Estadio y El Poblado acumulan el 28% de la población de este curso de vida e identificando así la zona urbana, respecto a los corregimientos de San Antonio de Prado y San Cristóbal tienen el mayor número de población con el 3% en estas dos comunas.



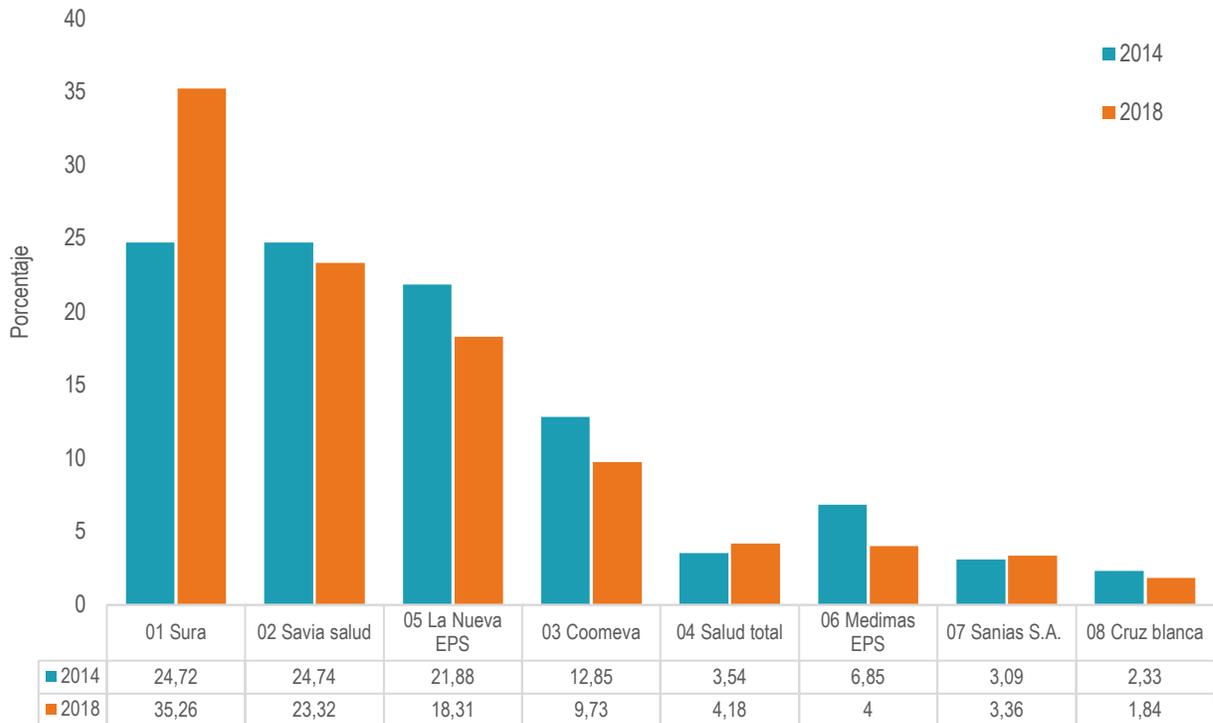
Fuente: Proyecciones poblacionales - DANE, Medellín 2019.

Figura 50. Distribución Poblacional población curso de vida vejez, Medellín 2019.

Según la información obtenida de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), Medellín registró una cobertura del 97,5% en el SGSSS; se destaca que, un 71% de las personas afiliadas pertenecen al régimen contributivo.

Realizando el análisis por EAPB de esta población, se observa un aumento de 10,5% en la población afiliada a Sura EPS en el año 2018 comparada con el año 2014; de manera inversa ocurre con la EAPB Medimas, Savia Salud y Coomeva donde hubo una disminución entre el 3% y 4% entre el año 2014.

Es de destacar que Savia Salud EPS tiene afiliados el 23,3% de los adultos mayores años, para el año 2018.



Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados sin ajustar 2017. Estimaciones para año 2014-2018.

Figura 51. Distribución población curso de vida Vejez, según EAPB 2014 -2018.

Al realizar un análisis de los eventos de interés en salud pública (solo fuente SIVIGILA) se identificó que, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y violencia, representando el 44% de los eventos en el curso de vida de vejez. Sin embargo existen otros eventos de salud pública de gran importancia como las cardiovasculares y la Infección Respiratoria Aguda (IRA) que fueron analizadas y priorizadas.

Tabla 32. Distribución de eventos en salud pública prevalentes en el curso de vida Vejez, 2016 - 2018.

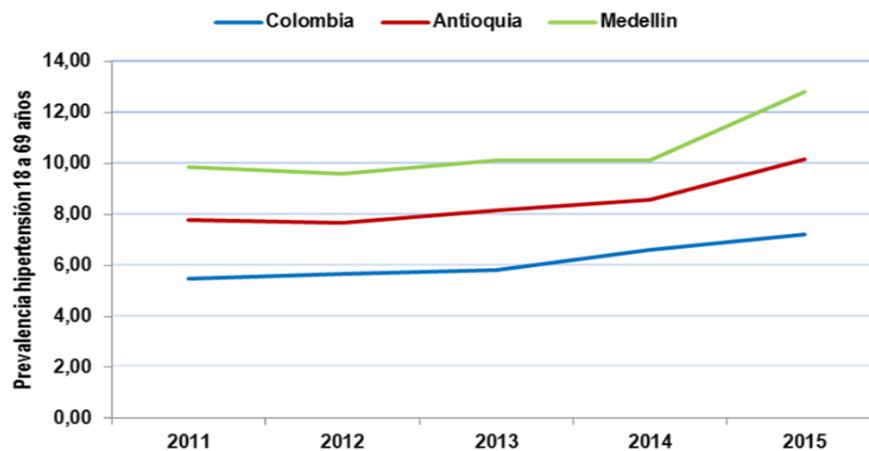
Evento	Incidencia por año			
	2016	2017	2018	%
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia		649	664	23%
Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar	92	152	620	21%
Cáncer de mama y cuello uterino	190	323	350	12%
Tuberculosis	325	349	332	11%
Enfermedades huérfanas - raras	8	47	176	6%
Parotiditis	65	79	146	5%
Intoxicaciones	131	116	109	4%
Dengue	1.592	192	104	4%
VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	34	44	77	3%
Enfermedad transmitida por alimentos o agua - ETA	68	54	62	2%
	2.796	2.346	2.911	91%

Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2014-2018.

Riesgo cardiovascular

El comportamiento de estas enfermedades en el municipio de Medellín es similar al observado en el país, desde el 2005 hasta el 2018 están situadas en las primeras diez causas de muerte: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas.

A pesar que Antioquia se encuentra por debajo del promedio nacional de tasa de mortalidad por hipertensión arterial, Medellín tiene una prevalencia por encima de la prevalencia nacional y de la prevalencia de Antioquia.



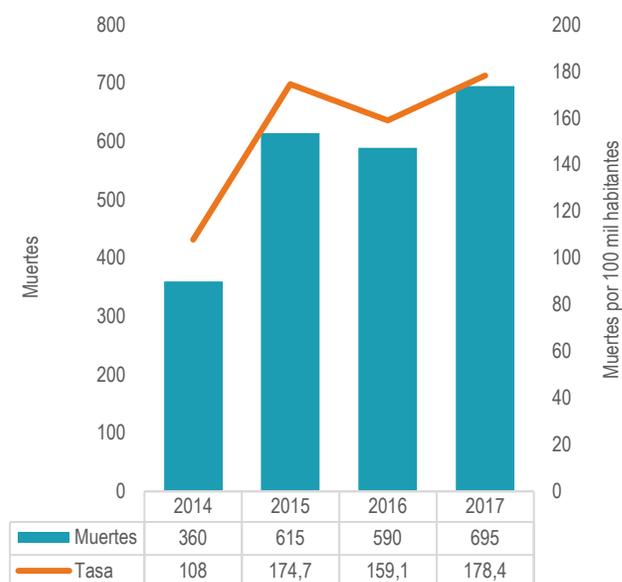
Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: SISPRO, 2016-2018.

Figura 52. Prevalencia de hipertensión arterial en personas entre 18 a 69 años, 2016 -2018.

Respecto a la tasa, esta ha venido ascendiendo en los últimos 4 años a excepción del año 2016 donde tuvo un descenso. Las comunas más afectadas corresponden a las ubicadas en la zona nororiental. En los corregimientos se destaca San Sebastián de Palmitas.

Comuna	2014	2015	2016	2017
Popular	166,2	258,0	177,3	222,5
Santa Cruz	173,4	218,5	238,1	267,4
Manrique	93,5	182,5	153,2	210,5
Aranjuez	131,5	241,6	179,1	258,1
Castilla	90,6	166,0	141,7	140,0
12_Octubre	84,4	148,0	169,7	188,2
Robledo	101,1	196,2	159,3	160,3
V. Hermosa	143,7	141,2	215,6	205,3
B.Aires	177,6	163,3	184,3	167,3
L. Candelaria	120,0	278,7	224,6	288,5
LaurelesEst	66,4	144,9	88,7	109,5
L.América	101,0	147,8	119,6	157,0
San Javier	86,5	173,8	151,8	170,6
El Poblado	49,6	65,0	38,9	44,5
Guayabal	90,0	127,8	121,5	83,6
Belén	61,2	112,6	96,4	108,1
Palmitas	0,0	1.631,4	3.109,7	2.901,7
S. Cristóbal	76,9	293,5	350,9	436,2
Altavista	132,3	84,3	232,2	193,5
S.Ant.Prado	470,8	529,5	663,8	552,4
S. Elena	104,5	0,0	660,7	538,3
Tasa Medellín	108,0	174,7	159,1	178,4



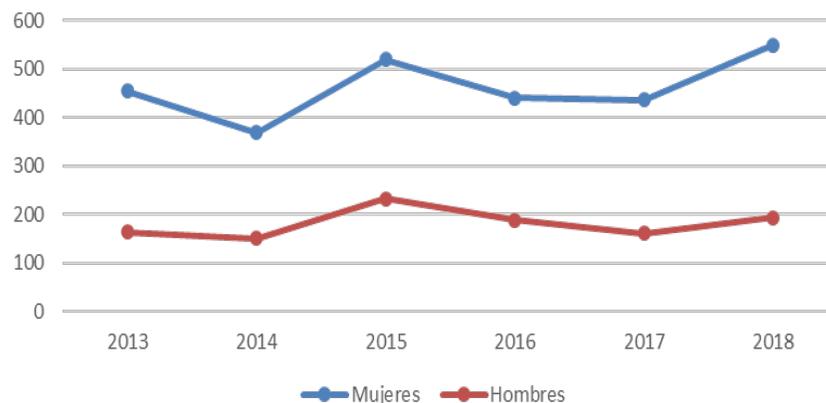
Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2014-2018.

Figura 53. Tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas en mayores de 60 años 2014 -2017 general y por comunas.

Violencia

Para el análisis de violencia se tuvieron en cuenta dos fuentes de información, las reportadas por el sistema de seguridad y convivencia SISC de la Secretaría de Gobierno y las reportadas en SIVIGILA.

Según el Sistema de información de la Secretaría de Gobierno, se registra que del total reportes el 14.23% de dichas agresiones, ocurre en personas mayores de 60 años, el sistema también reporta que las mujeres mayores siguen siendo las principales víctimas de violencia, para el 2017 y 2018, las mujeres ocuparon el 73% y 74 % respectivamente.

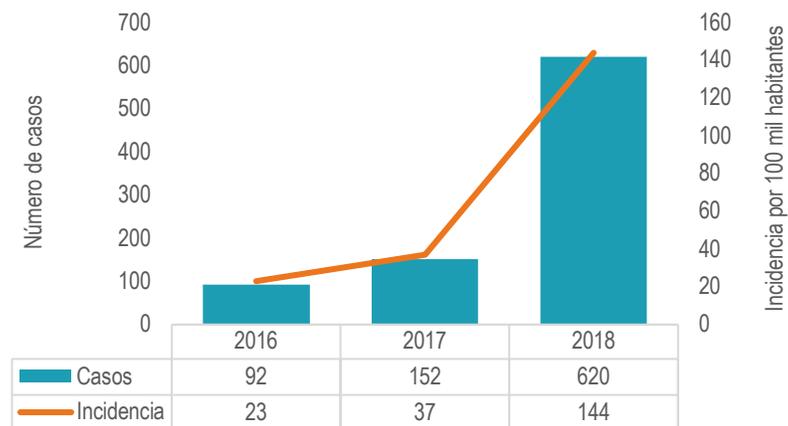


Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: Sistema THETA - Sistema de Información para la Seguridad y la Convivencia (SISC) 2013-2018.

Figura 54. Total de casos registrados en el Sistema de Información THETA, 2013 -2018.

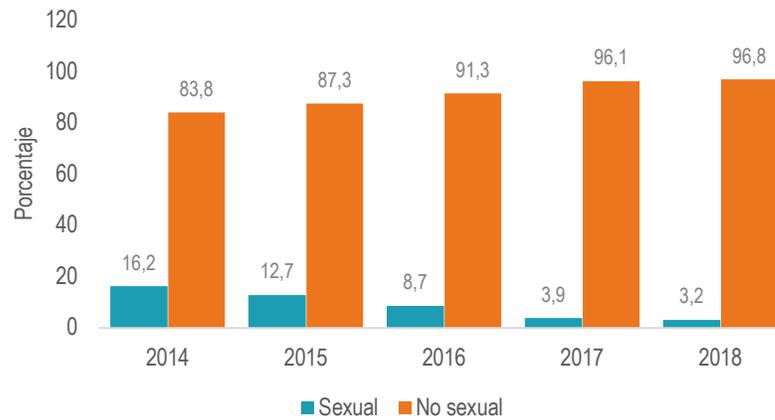
De todos estos casos, según los que fueron notificados por el sistema de salud y las comisarias en el SIVIGILA, se observa que, el número de reportes de violencia viene en aumento. En el año 2018 los casos pasaron de 152 a 620, debido a la incorporación de las comisarías de familias como unidades de reporte, sin embargo aún existen diferencias con relación a la información reportada por la Secretaría de Seguridad.



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

Figura 55. Total de casos registrados en el sistema de información SIVIGILA. 2016 -2018

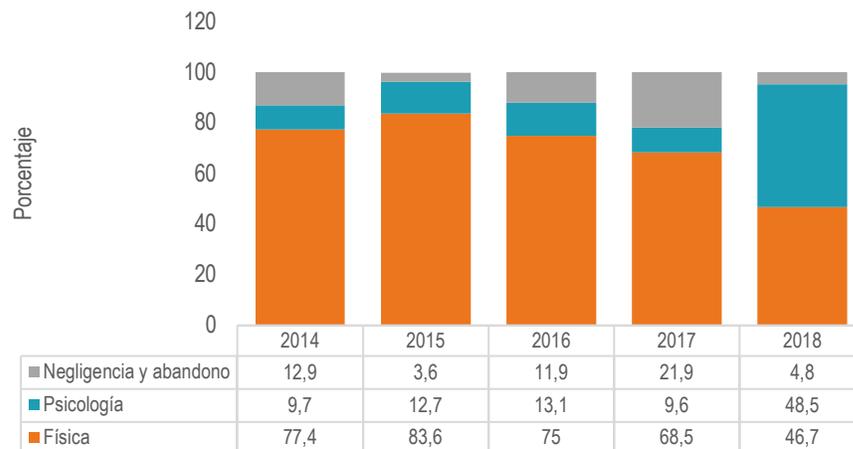
Las mujeres mayores siguen siendo las principales víctimas de violencia, para el 2017 y 2018, las mujeres ocuparon el 73% y 74 % respectivamente. El mayor número de casos notificados corresponden a violencias no sexuales con más del 90% de toda la notificación en violencias en este curso de vida. Las violencias sexuales vienen mostrando un descenso que pasó del 16,2% al 3,2% en las violencias sexuales.



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

Figura 56. Total de casos registrados en el SIVIGILA según tipo de violencia. 2014 -2018

De acuerdo al tipo específico de violencia no sexual se encontró que, predomina la violencia física con un porcentaje de 68,5% y 46,7% para los años 2017 y 2018 respectivamente. Sin embargo se observa un incremento en la violencia psicológica en el año 2018 que pasó del 9,6% al 48,5%. Lo anterior concuerda con el Plan de Envejecimiento y Vejez 2017 – 2027 donde las violencias físicas y psicológicas tienen mayor reporte.



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

Figura 57. Total de casos registrados en el SIVIGILA según tipo de violencia no sexual, 2014 - 2018.

Cuando se observa el análisis por tasas por comuna se identifica que, Manrique, Belén, San Javier, Castilla y Buenos Aires registran casos por encima de 200, aun así los corregimientos San Antonio de Prado, San Cristóbal y Altavista registran un mayor número de casos, lo que permite identificar focos de priorización para acciones de salud pública y convivencia en estos territorios.

Tabla 33 Tasa de incidencia notificada por comuna en mayores de 60 años. 2016 -2018

Comuna	2016	2017	2018
Popular	45	51	148
Santa Cruz	61	89	36
Manrique	44	55	260
Aranjuez	29	16	66
Castilla	12	39	234
Doce de Octubre	29	31	113
Robledo	8	57	116
Villa Hermosa	29	39	162
Buenos Aires	30	33	187
La Candelaria	20	39	95

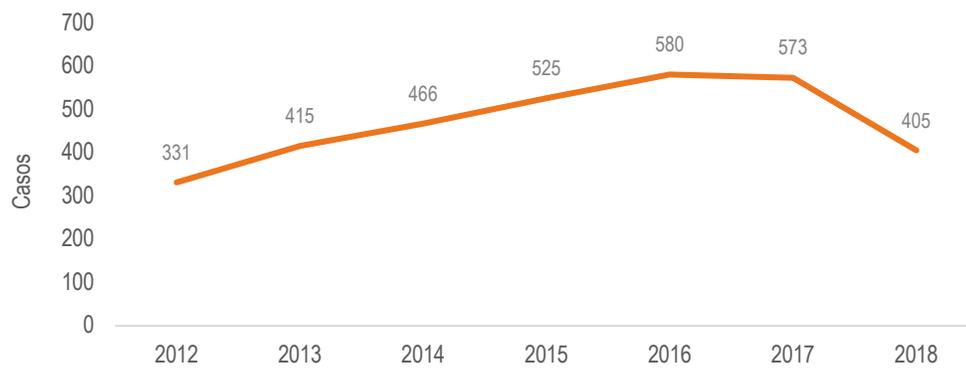
Poblaciones

Laureles Estadio	5	26	99
La América	11	21	46
San Javier	50	55	212
El Poblado	3	15	59
Guayabal	15	19	93
Belén	15	30	230
San Sebastián de Palmitas	158	0	146
San Cristóbal	21	79	367
Altavista	48	47	229
San Antonio de Prado	32	16	468
Santa Elena	78	76	74
Total	23	37	144

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

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

La Infección Respiratoria Aguda causó 405 muertes en el año 2018 en personas mayores de 60 años, lo que la posiciona como una de las principales causas de muerte.



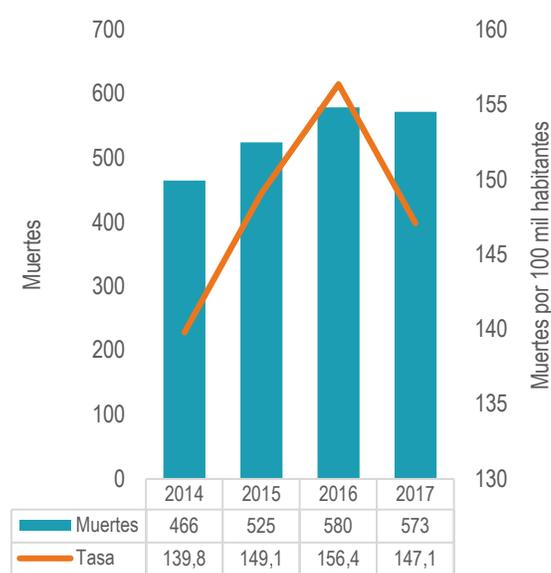
Nota: el año 2018 presenta datos preliminares.

Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2012-2018.

Figura 58. Infecciones respiratorias en mayores de 60 años Medellín, 2012 -2018.

La tasa de mortalidad tuvo un incremento hasta el año 2016 que llegó hasta una tasa de 156 por cada cien mil, y esta descende para el año 2017. Por comuna se resaltan las comunas de Laureles Estadio y La América, y en los corregimientos, San Sebastián de Palmitas.

Comuna	2014	2015	2016	2017
Popular	49	106	101	54
Santa Cruz	55	68	152	117
Manrique	103	116	123	113
Aranjuez	75	146	147	87
Castilla	1.021	206	174	176
12_Octubre	80	93	101	131
Robledo	91	101	141	147
V. Hermosa	134	108	135	133
B.Aires	154	115	122	112
L. Candelaria	200	165	193	155
LaurelesEst	307	255	233	269
L.América	174	243	244	228
San Javier	97	82	83	57
El Poblado	203	204	156	166
Guayabal	128	121	135	97
Belén	139	170	183	169
Palmitas	1.756	0	1.555	2.902
S. Cristóbal	58	73	123	117
Altavista	44	211	40	77
S.Ant.Prado	283	309	166	474
S. Elena	0	0	189	0
Total	140	149	156	147



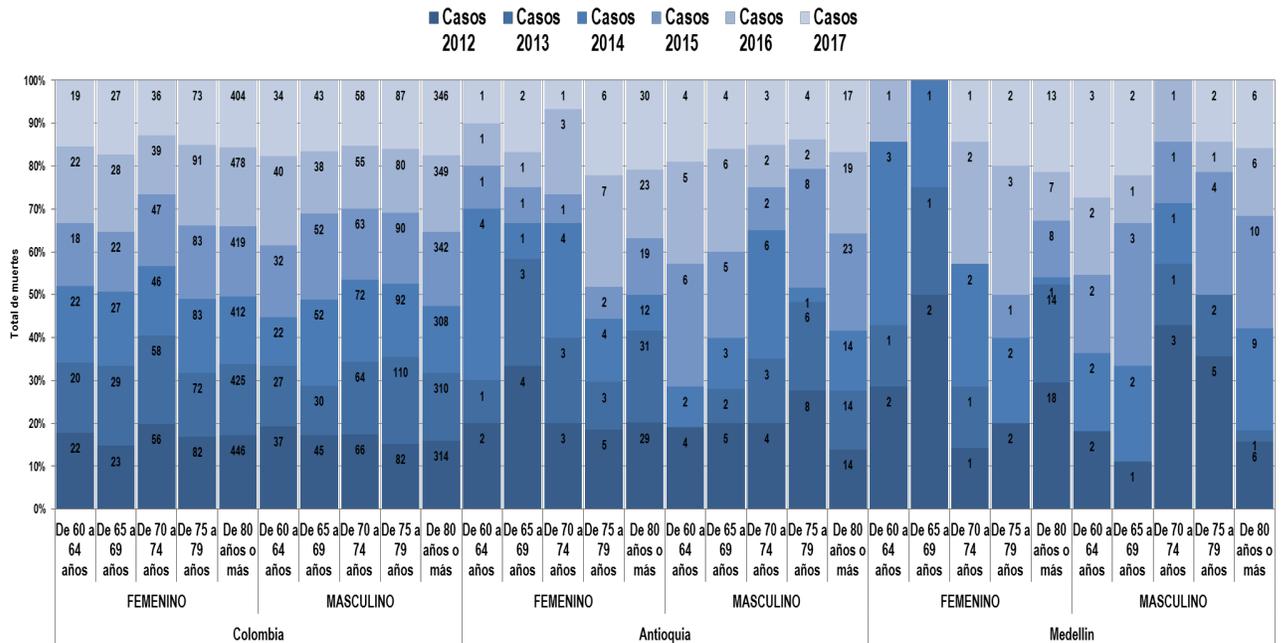
Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2014-2017.

Figura 59. Tasas de mortalidad por infecciones respiratorias en mayores de 60 años, Medellín 2014-2017.

Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales

El Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2016-2028 desde el indicador de Inseguridad Alimentaria, revisó los programas de complementación alimentaria existentes en Medellín encontrando que, “...en el programa adulto mayor predominaron los niveles severos” de inseguridad alimentaria. “Esta situación indica la necesidad de revisar la cobertura y el cubrimiento de los requerimientos nutricionales que se están aportando al programa del adulto mayor así como el comportamiento del paquete al interior de los hogares donde residen”. Las principales deficiencias nutricionales están en aumento y afectan a la población adulta mayor tanto en déficit como en exceso. Este fenómeno se presenta como uno de los principales problemas de este grupo

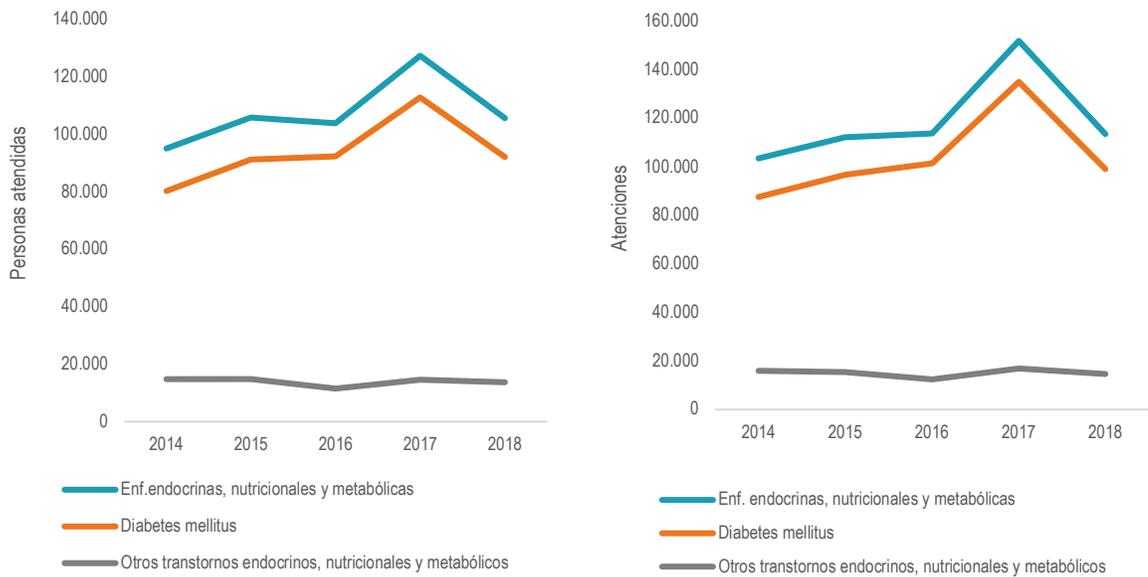
poblacional, que además tiene relación con el riesgo cardiovascular. En cuanto al déficit de peso, fue mayor en personas del sexo masculino.



Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2012-2017.

Figura 60. Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales registradas en personas mayores a 64 años. 2012-2017

Al analizar la fuente RIPS (morbilidad) se encontró un incremento en los últimos dos años de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, además de la diabetes mellitus. Este comportamiento no varía cuando se analizan las atenciones y las personas.

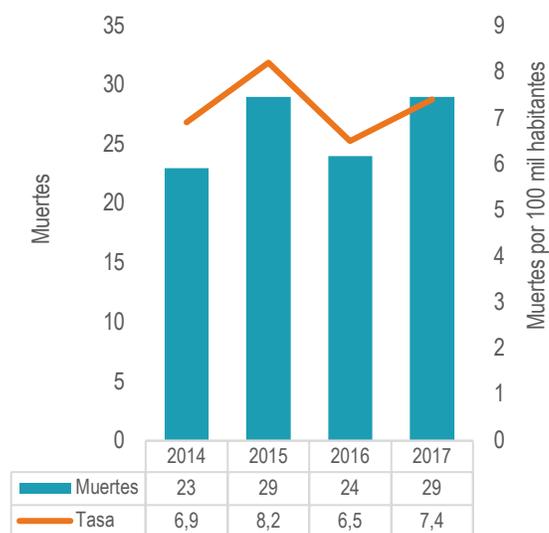


Fuente: RIPS Secretaría de Salud de Salud Medellín 2014-2018.

Figura 61. Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales registradas en personas mayores, Medellín, 2014-2018.

En relación a la ubicación geográfica, la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias fue más alta en la zona rural hasta el 2016, mientras que en el 2017 lo fue la comuna, La Candelaria.

Comuna	2014	2015	2016	2017
Popular	0,0	13,2	0,0	6,0
Santa Cruz	15,8	7,5	28,9	6,9
Manrique	4,7	4,5	17,0	8,1
Aranjuez	8,8	20,8	0,0	7,6
Castilla	0,0	5,7	0,0	0,0
12_Octubre	0,0	4,2	0,0	0,0
Robledo	5,1	0,0	4,6	4,3
V. Hermosa	5,0	9,4	4,5	0,0
B.Aires	23,4	0,0	4,2	8,0
L. Candelaria	5,0	14,2	18,0	30,1
LaurelesEst	4,2	11,7	3,7	10,6
L.América	0,0	0,0	0,0	14,3
San Javier	30,5	14,5	0,0	8,7
El Poblado	9,9	4,6	13,0	0,0
Guayabal	7,5	7,1	13,5	6,4
Belén	0,0	7,9	2,5	4,7
Palmitas	0,0	0,0	0,0	0,0
S. Cristóbal	0,0	18,3	0,0	0,0
Altavista	0,0	0,0	40,4	0,0
S.Ant.Prado	0,0	44,1	41,5	0,0
S. Elena	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	6,9	8,2	6,5	7,4



Fuente: Estadísticas Vitales, Medellín 2014-2017.

Figura 62. Tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales registradas en personas mayores de 60 años, Medellín 2014-2017.

Conclusiones

- En Colombia, a partir del cruce del RLCPCD y la base de RIPS, se determinó que, durante el 2012, 664.600 personas (69%) en situación de discapacidad, tuvieron acceso a los servicios de salud, de las cuales el 56% se encontraban afiliadas al régimen subsidiado; 32% al régimen contributivo y el 9% no estaban afiliadas. En Medellín hasta el año 2018, la discapacidad afectó en mayor proporción al régimen subsidiado, lo que representó sobrecostos importantes para este. Cuando este evento afecta a las personas afiliadas al régimen contributivo, las obliga a migrar hacia el subsidiado, debido a su limitación para trabajar y su consiguiente incapacidad de pago para aportar al sistema de salud.
- Según la Política Pública Nacional de Discapacidad, las mayores prevalencias de discapacidad en jóvenes y adultos, corresponden a limitaciones para ver (29,3%), moverse o caminar (26,7%), entender o aprender (15,4%), hablar (14,9%), usar brazos y manos (14,3%) y para relacionarse con los demás (13,6%). En este grupo aquellos que por su edad deberían asistir a un establecimiento educativo manifestaron como principales causas para la no asistencia, la falta de dinero o costos educativos elevados (23,6%), la necesidad de educación especial (21,8%), enfermedad (18,3%) y necesidad de trabajar (9,7%). En Medellín la discapacidad en el grupo de personas en edad de trabajar jóvenes y adultos fue de 23.08% y 23.86% por cada 1.000 habitantes respectivamente, una proporción importante de este porcentaje vivía hace 18 años en

situación de discapacidad, encontrándose en desventaja frente al mundo laboral por las limitaciones propias de su condición.

- En cuanto a la relación causal entre la accidentalidad y la discapacidad, se evidenció una marcada diferencia entre las comunas con menores índices de calidad de vida y aquellas con altos índices. Pese a que, las tasas de accidentalidad fueron superiores en las comunas con mayor estrato socioeconómico, la discapacidad por esta causa fue mayor en las de bajo nivel; podría deberse a la gravedad del trauma, cultura vial y acceso a los servicios de salud, entre otros factores que deben estudiarse en investigaciones futuras.
- En muchos países, ya sea desarrollados o en desarrollo, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente durante las últimas dos décadas como resultado de la caída de la mortalidad. Sin embargo, este cambio aparentemente favorable plantea nuevos interrogantes respecto a la calidad de los años de vida que se han conquistado, en particular en las edades más avanzadas. En efecto, cabe preguntarse si los individuos que escapan ahora a la muerte no acumulan discapacidades, secuelas de accidentes o consecuencias de enfermedades crónicas. Medellín ha realizado esfuerzos para el entendimiento de este evento de interés en salud pública, tanto en materia de investigación como en las modificaciones de infraestructura pública, en favor de esta población especial (4).

- En Medellín deberán continuarse las mediciones e intervenciones relacionadas con la seguridad alimentaria y nutricional, dado que, pese a que los hábitos de alimentación no se analizan como causa primaria de la discapacidad, sí conllevan un alto porcentaje del desarrollo de la enfermedad crónica generadora de la misma. Según la OMS en el 2010, los riesgos alimentarios más importantes han sido las dietas bajas en frutas y altas en sodio. Al igual que en Medellín, el alto índice de masa corporal se ha incrementado a nivel mundial y es el riesgo más importante en Australia y el sur de América Latina.
- Es prioritario el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, debido a que este es el factor de riesgo más importante en Europa del Este, América Latina y el sur de África Subsahariana; en 2010 fue el consumo de alcohol. En Medellín hasta el 2015 se reportó una alta prevalencia de discapacidad por consumo de sustancias psicoactivas aceptadas socialmente y no aceptadas (16).
- Tal como se analizó tanto en este y en los capítulos de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en la seguridad alimentaria y nutricional, es de gran importancia reforzar las intervenciones de prevención de enfermedades crónicas generadoras de discapacidad. Estas estrategias deben estar articuladas con todos los sectores de la sociedad, puesto que el sector salud tiene un alcance limitado en los Determinantes Sociales de la discapacidad por enfermedad general.
- Las violencias ocuparon un lugar importante entre las causas de discapacidad en Medellín hasta el 2015. Pese a que, se reportaron muchos casos de violencias en el

grupo de edad de 0 a 4 años, en niños más que en niñas (20%), estas violencias no causaron discapacidad, sin embargo, se observó que, en la mortalidad general de Medellín para el 2015, las violencias fueron la causa de la muerte de 20 por cada 100.000 niños entre 0 y 4 años de edad.

- Si bien la discapacidad se correlaciona con la desventaja, no todas las personas con discapacidad padecen el mismo nivel de desventaja. En general, las personas que tienen deficiencias más graves son las que están en mayor desventaja. En algunos contextos, las mujeres, los ancianos y los niños y niñas con discapacidad, así como las personas con enfermedades mentales y deficiencias intelectuales, padecen una mayor discriminación y exclusión que otras personas en situación de discapacidad (17).
- En particular, las emergencias pueden aumentar la vulnerabilidad de las personas que tienen discapacidades. Estadísticas publicadas después del terremoto y el tsunami ocurridos en Japón en 2011 demostraron que, la mortalidad de las personas con discapacidad registradas oficialmente fue del 2,06%, mientras que la de la población general fue de 1,03%. En Medellín hasta el 2015 se identificaron 50 personas en situación de discapacidad por desastres naturales, por lo que se han incrementado las acciones de prevención por parte del Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres (DAGR).

- Medellín es una ciudad que se considera receptora de población víctima del conflicto armado, por lo que su Índice de Presión es alto comparado con otras ciudades y el departamento. Además, el conflicto interno que hay en la ciudad es generador de desplazamiento intraurbano.
- Estas situaciones de desplazamiento externo e intraurbano afectan las condiciones sociales de la población tanto desplazada como de la población que reside en los territorios receptores.
- Según el Registro Único de Víctimas, solo el 26% de la población registrada en Medellín ha superado sus condiciones mínimas de vulnerabilidad, lo que exige un esfuerzo mayor en todos los niveles del Estado.
- Es importante resaltar que en lo referente a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 95% de la población registrada como víctima se encuentra afiliada a algún sistema de seguridad social, reportando que, el 20% de la población afiliada al régimen subsidiado en Savia Salud, manifiesta ser población desplazada, según lo reportado en SISPRO.

- En cuanto a la situación de salud las principales causas de consulta y hospitalización son por enfermedades circulatorias, lesiones por causas externas, enfermedades transmisibles, y condiciones maternas.
- Una de las principales afectaciones que se identifica a nivel mundial en las poblaciones afectadas por el conflicto son los trastornos mentales, para la población de Medellín estos representan alrededor del 3 y 4% de las consultas y hospitalizaciones de esta población, siendo los trastornos afectivos y del humor, los del comportamiento y los relacionados con el estrés y consumo de PSA, los que más se presentan. Situación que es similar a lo encontrado en diversos estudios en países con conflictos y guerras. En América Latina se han realizado algunas investigaciones con personas refugiadas, encontrado síntomas de trauma psicológico severo, expresado en síntomas de ansiedad, temor y agresividad en la fase temprana, apatía, dependencia y depresión a medida que su condición se vuelve crónica (22).
- Es necesario promover una mayor articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social en la cual se prioricen los recursos y la vía subsidiaridad con recursos del gobierno regional y local, esto con el fin de implementar el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral (PAPSIVI), dado que la ciudad de Medellín es el territorio con la segunda recepción de víctimas del conflicto armado.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013 – 2022. [internet]. [Consultado 2017 Dic 2]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>.
2. Hurtado Mosquera, JH. La participación democrática en Colombia: Un derecho en evolución. Justicia Juris, ISSN 1692-8571, [internet]. 2016; 12:59-76. [Consultado 2017 Dic 2]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v12n2/1692-8571-jusju-12-02-00059.pdf>.
3. Secretaria de Salud de Medellín. Pérdida de años de vida saludable. Medellín, 2006-2012.
4. Jean Marie Robine, Isabelle Romieu, Emmanuelle Cambois. La Estimación de los años vividos con discapacidad: Una Iniciativa Universal. *Reves*. [internet]. [Consultado 2017 Dic 5]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12511/NP6401_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de personas con discapacidad Nacional. Agosto 2015 en <http://discapacidadcolombia.com/index.php/estadisticas/186-discapacidad-en-la-primera-infancia-una-realidad-incierto-en-colombia>.
6. Organización Mundial de la Salud. Salud y Derechos Humanos. Boletín de prensa. Diciembre de 2017. En <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

7. CELADE. (2002). *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas* (Separata CEPAL). Recuperado de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/11674/LCW3-Vulnerabilidad.pdf> Consultado: 15 de junio de 2014.
8. De Almeida, N., Castiel, L. y Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Revista Salud Colectiva*, 5(3), 323-324.
9. RAUJO GONZALEZ, Rafael. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? Vulnerability and health risk: two concomitant concepts?. *Rev Nov Pob* [online]. 2015, vol.11, n.21 [citado 2019-10-23], pp.89-96. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1817-4078.
10. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de derechos humanos en la ciudad de Medellín. Vigencia 2018. Línea Grupos poblacionales.
11. Oficina del alto comisionado de Derechos Humanos, Colombia. Boletín Novedades. Y entonces quienes somos víctimas en Colombia?. En <https://www.hchr.org.co/index.php/77-boletin/analisis/4441-quienes-son-victimas-en-colombia>.
12. Centro Nacional de Memoria Histórica, Medellín: memorias de una guerra urbana, CNMH- Corporación Región - Ministerio del Interior - Alcaldía de Medellín - Universidad EAFIT - Universidad de Antioquia, Bogotá, 2017.
13. Kesternich I, Siflinger B, Smith J, Winter J. The effects of {World War II} on economic and health outcomes across Europe. *Rev Econ Stat*. 2013;96(March):103–18.
14. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Soc Sci Med*. 2002;Social Sci(55):175–90.

15. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia; Noveno Informe Técnico Bogotá, D.C., 2017.
16. Ministerio de Salud y protección social, Instituto Nacional de Salud. Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informefinal.pdf>.
17. Organización Mundial de la Salud. Nota de orientación sobre la discapacidad y la manejo del riesgo de desastres, para la salud. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127846/1/9789243506241_spa.pdf.
18. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares. En: <https://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER6/11.pdf>.
19. Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-barriers.html>
20. Universidad Nacional de Colombia, Observatorio de Paz y conflicto, Debates en torno a la noción de víctima. Disponible en:
http://www.humanas.unal.edu.co/observapazyconflicto/files/8614/3075/0999/OPC_Debates_nocion_victima_2015.pdf.
21. Médicos sin fronteras. Tres veces víctimas: Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono Conflicto armado y salud mental en el departamento de Caquetá, Colombia.

Disponible en:

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2010/7372.pdf>.

22. Guillermo Alonso Castaño Pérez, Gloria María Sierra Hincapié, Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Carolina Salas Zapata, Carolina Buitrago Salazar, María Alejandra Agudelo Martínez. Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura. Universidad CES. Disponible en: <http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/3846/1/Salud-mental-en-v%C3%ADctimas-de-desplazamiento-forzado-por-la-violencia-en-C....pdf>.
23. Hanlon JJ. (1964) Principles of public health administration. Academic Medicine. Sep 1;39(9):867.
24. Instituto Nacional de Salud. (2017). Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Violencia de Género e Intrafamiliar.

Medellín

FUTURO

Secretaría de Salud de Medellín

www.medellin.gov.co/salud

Línea de Atención al Ciudadano 44 44 144



Alcaldía de Medellín