







A S I S

Análisis de Situación de Salud de poblaciones **diferenciales**

Colombia 2012



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

**Análisis de Situación de Salud de
poblaciones diferenciales
Colombia 2012**

© **Ministerio de Salud y Protección Social**

Coordinación técnica

María Belén Jaimes Sanabria

Elaboración

Sonia Liliana Guzmán Rodríguez

Coordinación editorial y cuidado de texto

Jineth Ardila Ariza

Diseño y Diagramación

Isabel Sandoval

Imprenta Nacional de Colombia

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32-76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97

Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia, septiembre de 2013



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora de Epidemiología y Demografía



Equipo técnico del grupo ASIS

María Belén Jaimes Sanabria
Claudia Marcela Moreno Segura
Sonia Liliana Guzmán Rodríguez
Luz Stella Ríos Marín

*Oficina de Tecnologías de la
Información y la Comunicación*

Luz Dary Baquero Moreno
Luz Emilse Rincón Medrano

*Coordinación grupo
Planeación en Salud Pública*

María Belén Jaimes Sanabria

*Gerencia del Plan Decenal
de Salud Pública*

Jacqueline Acosta de la Hoz

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	11
METODOLOGÍA	13
Fuentes y presentación de resultados	13
1 GÉNERO	19
<i>Comportamiento demográfico</i>	19
<i>Índices demográficos</i>	20
<i>Mortalidad</i>	22
<i>Morbilidad</i>	25
LGBTI	28
Población HSH	28
<i>Grupos de edad</i>	29
<i>Nivel educativo</i>	30
<i>Estrato socioeconómico</i>	32
<i>Aseguramiento al SGSSS</i>	33
2 CICLO VITAL	35
<i>Mortalidad</i>	35
Primera infancia	37
<i>Morbilidad</i>	37
<i>Mortalidad</i>	39
<i>Estado nutricional</i>	40
<i>Lactancia</i>	40

Sífilis congénita 42

Programa Ampliado de Inmunización PAI 43

Infancia 44

Morbilidad 44

Mortalidad 46

Adolescencia 48

Morbilidad 48

Mortalidad 50

Salud oral 52

Consumo de sustancias psicoactivas 54

Juventud 58

Morbilidad 58

Mortalidad 60

Adulthood 61

Morbilidad 61

Mortalidad 63

Persona mayor 64

Morbilidad 64

Mortalidad 66

3 DISCAPACIDAD 69

Población con discapacidad 70

Grupos de edad 70

Distribución territorial 72

Población con discapacidad según grupos étnicos 72

Nivel educativo 74

Estrato socioeconómico 75

Factores fisiológicos 77



4 VIOLENCIA	81
Desplazamiento	81
<i>Grupos de edad</i>	83
<i>Distribución territorial</i>	83
<i>Población desplazada según grupos étnicos</i>	86
Violencia interpersonal	88
Violencia intrafamiliar	90
5 GRUPOS ÉTNICOS	93
<i>Distribución étnica y de género</i>	94
<i>Índice de dependencia</i>	100
<i>Distribución territorial</i>	102
<i>Mortalidad</i>	102
6 ENFERMEDADES RARAS	111
CONCLUSIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	119
Lista de siglas	121
Índice de figuras y mapas	123
Índice de tablas	127





POR UN VAUPÉS LIBRE DE LA TUBERCULOSIS

SI TIENE TOS CON GARGAJO POR MÁS DE 15 DÍAS ACUDA DE INMEDIATO AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCAÑO O AL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTAL

¡OJO!
Puede ser TUBERCULOSIS

Examen y tratamiento totalmente gratuitos

¡SOSPECHAR A TIEMPO ES CORTAR LA CADENA DE TRANSMISIÓN!

Secretaría de Salud Pública Departamental
Programa de Control y Prevención de Enfermedades
Instituto de Salud y Bienestar Social
Secretaría de Salud
Secretaría del Interior



PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el ejercicio del fortalecimiento de las capacidades para la toma de decisiones, presenta el Análisis de Situación de Salud con enfoque diferencial 2013.

Las *poblaciones diferenciales* corresponden a grupos de personas vulneradas históricamente en sus derechos, y por lo tanto con un nivel alto de fragilidad social; se trata de las personas que se reconocen como parte de algún grupo étnico, como víctimas de la violencia, como población en situación de discapacidad, la población diagnosticada con enfermedades raras, y la población en los extremos del ciclo vital y el género.

La información que aquí se presenta fue producida a partir de los registros administrativos (nacimientos, defunciones, registros de vacunación, registros de eventos de notificación obligatoria, Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS) dispuestos en los cubos del Sistema de Información gerencial para la Salud y la Protección Social SISPRO; a partir de encuestas poblacionales (*Encuesta Nacional de Salud Nutricional, Estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tiene relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia*) y del Programa Ampliado de Inmunización PAI.

El objetivo fundamental de este análisis consiste en evidenciar las desigualdades y brechas existentes respecto a la población consolidada, visibilizando la necesidad



de ahondar en la disminución de inequidades a través de acciones sectoriales y transectoriales. Por lo tanto, resulta imprescindible la medición, dado que fundamenta el quehacer de la salud pública, evalúa las labores y desarrolla responsabilidades (OMS, 2011).

Es necesario mencionar que el documento presenta un Análisis de Situación de Salud de las poblaciones diferenciales, de acuerdo con la disponibilidad actual de la información oficial del Ministerio de Salud y Protección Social. Adicionalmente, se presenta información de otros sectores, obtenida mediante un esfuerzo colaborativo institucional.

El Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del año 2012, adelanta un proceso de mejoramiento de los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento (ROSS)¹. Es así como actualmente cuenta con 29 observatorios, entre los cuales están el Observatorio Nacional de Violencias ONV, el Observatorio Nacional de Salud Mental ONSM, el Observatorio Nacional de Discapacidad y el Observatorio Nacional de Salud de los Grupos Étnicos de Colombia, entre otros, que más adelante permitirán ampliar los ASIS nacionales y de orden territorial para la toma de decisiones en salud, así como ampliar el panorama de las poblaciones diferenciales que aquí se presenta.

1 *Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud.* Ministerio de Salud y Protección Social. 2013.



METODOLOGÍA

El eje ordenador de este análisis fueron las características diferenciales reconocidas a nivel nacional: 1) *género*; 2) *ciclo vital*; 3) *situación de discapacidad*; 4) *situación de violencia*; 5) *grupos étnicos*; y 6) *diagnóstico de enfermedades raras*; características que generan poblaciones que presentan desigualdad con el resto de la población o la población consolidada.

Fuentes y presentación de resultados

Para el Análisis de Situación de Salud se utilizaron los datos de las proyecciones de población del DANE, con el cual se elaboraron pirámides poblacionales y se calcularon índices demográficos. En relación con los datos de morbilidad y mortalidad, estos fueron tomados del cubo de SISPRO, los cuales permitieron obtener información de los registros de defunción y de los RIPS. Partiendo de allí, se presentaron tasas específicas, tasas ajustadas de mortalidad y la distribución de las grandes causas de mortalidad según la lista 6/67 de la OPS. Adicionalmente, se ilustran los diagnósticos más frecuentes según el número de personas atendidas de acuerdo con los RIPS, por tipo de atención (consulta, urgencias, hospitalización).

En la presentación de los datos por género se incluyó información de Hombres que tienen Sexo con Hombres HSH, a partir del estudio sobre el *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tiene relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia, 2010*. De esta forma, se expone la distribución de población HSH en



las siete grandes ciudades (Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta), diferenciada por grupos de edad, nivel educativo, estrato socioeconómico y aseguramiento.

La información que se registra en el capítulo de ciclo vital se encuentra desagregada así: 1) primera infancia (hasta 5 años); 2) infancia (6 a 11 años); 3) adolescencia (12 a 18 años); 4) juventud (14 a 26 años); 5) adultez (27 a 59 años); 6) persona mayor (60 años y más). Es importante tener en cuenta, a la hora de interpretar los datos, que los ciclos vitales adolescencia y juventud se traslapan.

Para la población que integra la primera infancia se obtuvieron datos sobre el estado nutricional y la lactancia, a partir de la Encuesta Nacional de Salud Nutricional ENSIN, 2010. La información sobre Sífilis congénita se obtuvo a través del grupo de Gestión de la Información del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual a su vez calculó la tasa para este evento de notificación obligatoria partiendo del SIVIGILA. Por último, se presenta la información sobre coberturas de vacunación de los biológicos de SRP, Polio y DPT, registrada en la página web de este Ministerio.

Para la población adolescente se muestra la distribución del índice de COP modificado por quintiles a los 12 años de edad, y por entidad territorial, el cual se obtuvo del informe de *Línea de base para el seguimiento a las metas de salud oral 2010-2011*. El levantamiento de la línea de base en salud bucal se hizo a través de las Secretarías e Institutos Departamentales de Salud, a quienes, mediante comunicación desde el Ministerio, se instó a participar en el proceso, seleccionando los referentes de salud bucal que fueron los interlocutores del proceso (MSPS, 2011). A su vez, ellos adelantaron gestiones con las secretarías municipales, las Entidades Promotoras de Salud EPS, los regímenes especiales e Instituciones Prestadoras de Salud IPS públicas y privadas (MSPS, 2011). La información sobre el consumo de sustancias ilícitas y tabaco en la adolescencia se tomó del *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia 2011*.

Para la población en condición de discapacidad se usó el cubo de SISPRO, en donde se ilustran la tendencia del registro de esta población en los últimos ocho años, la pirámide poblacional, la distribución geográfica por entidad territorial, los registros





de la población según grupos étnicos, nivel de alfabetización, estrato socioeconómico, tipo de régimen, y según el tipo de alteraciones presentadas en el momento del registro.

En el capítulo sobre violencia se desagrega la información sobre población víctima del desplazamiento y víctima de violencia interpersonal e intrafamiliar. En el primer caso, se tomaron datos del cubo de personas en situación de desplazamiento, el cual se basa en el Registro Único de Población Desplazada RUPD, utilizando el Sistema de Información de Población Desplazada SIPOD, liderado por el Departamento para la Prosperidad Social. En el segundo caso, que corresponde a la violencia intrapersonal e intrafamiliar, se obtuvieron datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INML y CF, de su publicación *Forensis. Datos para la vida. 2011*.







Poblaciones diferenciales





1

1 GÉNERO

Comportamiento demográfico

El análisis de la estructura de la población, al menos por edad y sexo, ofrece un panorama fundamental acerca de las necesidades vitales en el territorio. Permite, además, definir en los procesos de planeación territorial, como son los requerimientos en salud, vivienda, educación, empleo, dado que la pirámide expresa tendencias pasadas y futuras (UNFPA, 2009).

En Colombia, la tasa de crecimiento total resultó en aumento, entre el periodo de 2005 a 2012, con un ritmo positivo de 82,5 personas por cada 1.000 habitantes². Adicionalmente, el 2005 experimentó un mayor volumen en los grupos de edad de 5 a 9 y de 10 a 14 años respecto a los grupos siguientes. Las entrantes en los grupos de 20 a 39 años muestran pérdidas de la población, especialmente en los hombres, probablemente por migración o mortalidad. Finalmente, la cúspide reducida estaría evidenciando niveles de mortalidad altos, que le impiden a la población llegar a edades avanzadas para este periodo.

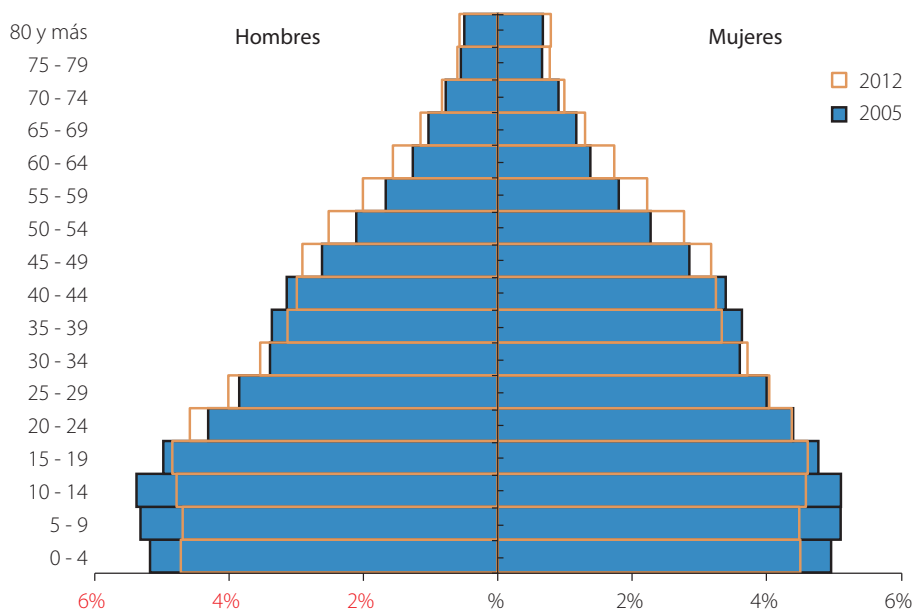
En el año 2012, se observa una reducción de la población en los primeros grupos de edad, así como un ensanchamiento en los grupos de 20 a 39 años, particularmente

² Tasa de crecimiento total definida como el cociente (relación) entre el crecimiento total del periodo y la población a mitad de periodo, o población promedio.



en los hombres. El grupo de personas de edad de 45 a 64 años cobra un mayor peso relativo en ambos sexos, comparado con el año 2005 (ver Figura 1).

FIGURA 1. Pirámide poblacional. Colombia 2005 y 2012



Fuente: DANE, Proyecciones de población 2005 y 2012.

Índices demográficos

Los datos expresados en la Tabla 1 corroboran los resultados de los indicadores sobre estructura poblacional expuestos. De tal manera, se observa la reducción de niños y niñas (0 a 4 años), entre el periodo 2005 a 2012, pasando de 38 a 34 menores por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años); por su parte, el índice de envejecimiento muestra que por cada 100 personas mayores de 15 años, 20 correspondieron a adultos mayores de 65 en el 2005 y 25 en el 2012.



El envejecimiento de la población es un proceso sin precedentes en la historia de la humanidad (CELADE, 2011). El índice de envejecimiento permite observar cómo las personas mayores van remplazando a los niños y jóvenes, y el ritmo en el que esto ocurre brinda información sobre la velocidad con que debe ajustarse la oferta de bienes y servicios a las necesidades de una demanda nueva y creciente (CELADE, 2011).

Un indicador relevante en la estructura de la población, que plantea desafíos importantes desde el punto de vista social y económico, es la relación de dependencia³. Se ha asociado con los procesos de transición demográfica y el bono demográfico. Vincula la población en edades potencialmente inactivas (personas menores de 15 años y de 65 años y más) con la población en edades potencialmente activas (entre 15 y 64 años); por lo tanto, los cambios en la estructura por edades tienden a producir un impacto importante en el proceso de desarrollo económico. La existencia de una elevada proporción de personas dependientes (niños o adultos mayores) suele limitar el crecimiento económico, ya que una parte significativa de los recursos se destina a atender sus demandas. En contraste, una alta proporción de personas en edad de trabajar puede impulsar el crecimiento económico, mediante el incremento de los ingresos y la acumulación acelerada del capital resultante de la mayor proporción de trabajadores y de la reducción del gasto en personas dependientes (CELADE, 2011). Para el periodo revisado, Colombia expresa una reducción del índice de dependencia, pasando de 59 a 53 personas menores de 15 años y de 65 años y más (dependientes) por cada 100 personas en edad económicamente activa. Esta disminución ocurrió a expensas de la población menor de 15 años, pasando de 49 a 42 menores, por cada 100 personas en edad de trabajar.

Por último, el índice de Friz permite establecer si la población está envejeciendo o no, de tal manera que si este índice es mayor de 160, la población se considera joven; si se halla entre 60 y 160, la población es madura; y si es menor de 60, la población

³ El índice de dependencia económica ha sido definido por la CELADE y la CEPAL (revisión de 2011) como: $(\text{Población de 0 a 14 años} + \text{Población de 60 años y más} / \text{Población de 15 a 59 años}) \times 100$.



se considera vieja⁴. Los datos indican que la población en Colombia es madura; la cantidad de jóvenes está disminuyendo y las personas mayores de 60 años están aumentando.

TABLA 1. Índices demográficos. Colombia 2005 y 2012

Índices demográficos	Año	
	2005	2012
Población total	42.888.592	46.581.823
Población masculina	21.169.835	22.997.087
Población femenina	21.718.757	23.584.736
Relación hombre:mujer	97,47	97,51
Razón niños:mujer	38,03	34,78
Índice de infancia	31,01	27,74
Índice de juventud	26,28	26,44
Índice de envejecimiento	20,17	25,22
Índice demográfico de dependencia	59,41	53,23
Índice de dependencia infantil	49,44	42,51
Índice de dependencia mayores	9,97	10,72
Índice de Friz	156,97	142,97

Fuente: DANE, Proyecciones de población 2005 y 2012.

Mortalidad

En el año 2008 se presentaron 195.817 muertes, de las cuales el 57% (111.647) ocurrió en hombres y el 42,9% (84.170) restante en mujeres; es decir, hubo 32% más muertes en hombres que en mujeres. Las muertes se acentúan en el grupo de edad de 25 a 29 años en los hombres, en donde se incrementa el riesgo en 4,7 veces más que en las mujeres. Ese comportamiento se mantiene en los años posteriores, en donde se presenta entre el 32 y el 35% más mortalidad en los hombres que en las mujeres, y

⁴ El índice de Friz representa la proporción de población en el grupo de 0 a 19 años en relación con la de 30 a 49 años, que toma como base 100.

el grupo de edad de mayor riesgo es también el de 25 a 29 años (4,9 y 4,8 veces más mortalidad en hombres para 2009 y 2010, respectivamente) (ver Tabla 2).

Al realizar el ajuste de tasas, se evidencia que si la población masculina de Colombia tuviese la misma distribución de la población de referencia, se esperarían 509, 208 y 506 muertes para los años 2008, 2009 y 2010 respectivamente; y entre la población

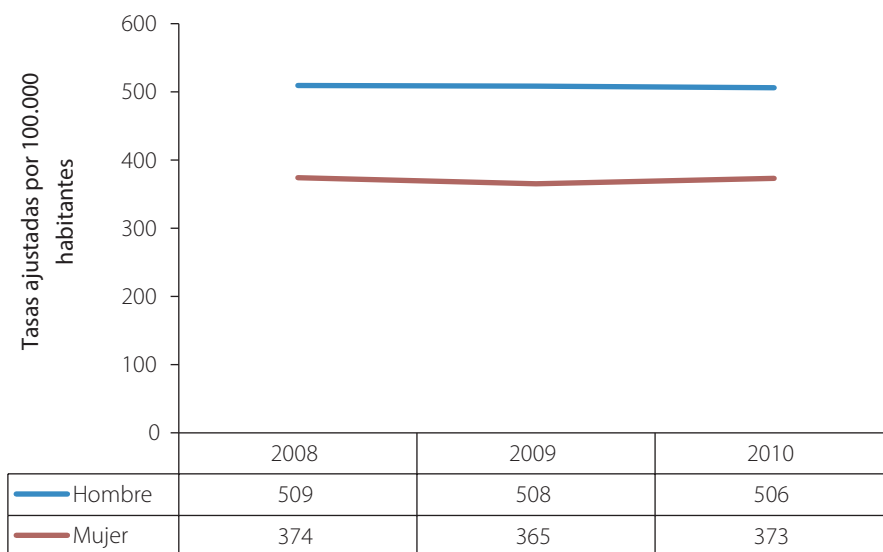
TABLA 2. Tasas específicas de mortalidad por edad y sexo, por 100.000 habitantes. Colombia 2008-2010

Edad (años)	2008				2009				2010			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Casos	Tasas específicas	Casos	Tasas específicas	Casos	Tasas específicas	Casos	Tasas específicas	Casos	Tasas específicas	Casos	Tasas específicas
De 0 a 4	7.215	329,4	5.489	262,1	6.496	296,8	5.141	245,9	5.772	263,7	4.493	214,9
De 5 a 9	644	28,8	453	21,1	631	28,5	471	22,2	620	28,2	454	21,5
De 10 a 14	809	35,3	512	23,4	851	37,4	523	24,0	814	36,0	569	26,3
De 15 a 19	3.154	141,9	1.046	49,6	3.612	161,1	1.043	49,0	3.543	157,3	992	46,4
De 20 a 24	5.222	264,5	1.190	61,1	5.625	278,6	1.258	63,9	5.463	265,3	1.167	58,7
De 25 a 29	5.302	308,3	1.182	66,0	6.081	348,2	1.291	71,2	5.622	315,9	1.214	66,1
De 30 a 34	4.523	296,0	1.298	80,5	4.838	309,9	1.360	82,7	4.760	299,0	1.334	79,7
De 35 a 39	4.123	291,8	1.549	101,8	4.177	296,7	1.583	104,6	3.902	276,2	1.557	102,8
De 40 a 44	4.060	290,4	2.115	139,3	4.166	296,7	2.117	138,6	4.071	289,9	2.121	138,7
De 45 a 49	4.476	359,7	2.699	198,9	4.626	361,4	2.794	200,3	4.456	340,2	2.756	193,0
De 50 a 54	5.114	505,9	3.362	303,3	5.103	486,4	3.524	305,3	5.266	483,8	3.712	309,4
De 55 a 59	5.849	728,3	4.127	471,8	6.017	721,9	4.129	453,2	6.097	704,4	4.270	449,5
De 60 a 64	6.703	1088,4	4.957	734,6	6.774	1052,1	4.856	686,0	7.228	1076,6	5.239	707,2
De 65 a 69	8.254	1774,5	6.487	1234,7	8.320	1743,5	6.316	1174,0	8.267	1677,3	6.318	1137,3
De 70 a 74	10.088	2797,7	8.633	2007,2	9.931	2685,4	8.388	1897,9	10.358	2738,4	8.393	1857,4
De 75 a 79	11.776	4980,9	10.613	3641,8	11.360	4598,3	10.189	3306,6	11.351	4361,2	10.613	3236,0
De 80 y más	24.335	10268,1	28.458	8883,7	24.126	9887,9	28.258	8524,2	25.990	10364,0	30.823	8989,2

Fuente: Población: Proyecciones de población DANE. Casos de Mortalidad: Cubo de EEVV-SISPRO. Consultado el 14 de enero de 2013.

femenina se esperarían 374, 365 y 373 para el mismo periodo. En conclusión, en este periodo los hombres presentan tasas ajustadas superiores a las mujeres.

FIGURA 2. Tasas ajustadas de mortalidad por edad según sexo. Colombia 2008-2010

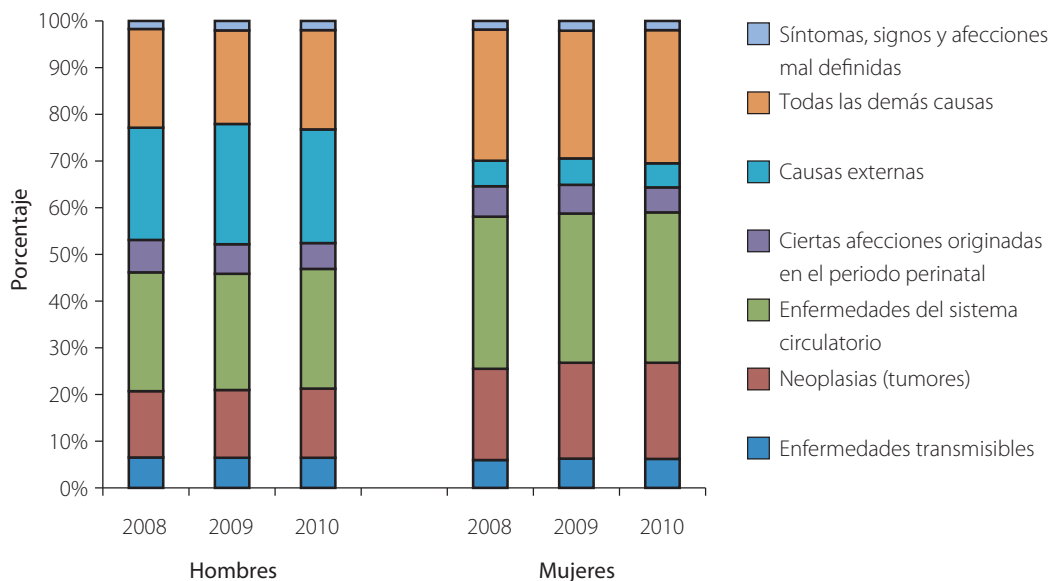


Fuente: Población: Proyecciones de población DANE. Casos de Mortalidad: Cubo de EEV-SISPRO. Consultado el 14 de enero de 2013. Población de referencia: Segi⁵.

En Colombia, la primera causa de mortalidad correspondió a las enfermedades del sistema circulatorio, pero en las mujeres fue mayor que en los hombres en un 27%. La mortalidad originada por causa externa fue 4,4 veces mayor en los hombres que en las mujeres. Por el contrario, la mortalidad por neoplasias (tumores) se presenta más en las mujeres, superando la de los hombres en un 41%.

⁵ Para realizar el ajuste de tasas de mortalidad se utilizó la Población Segi, la cual fue propuesta en 1960 en Japón para facilitar la comparación de las medidas resumen entre grupos, haciéndolos homogéneos.

FIGURA 3. Mortalidad general por sexo según grandes causas. Colombia 2008-2010



Fuente: Elaboración a partir de los datos de mortalidad del DANE dispuestos en el Cubo EEVV-SISPRO.

Morbilidad

En el 2011, las mujeres acudieron con mayor frecuencia a los servicios de consulta externa que los hombres, a quienes superaron en un 39%. El diagnóstico más frecuente en consulta fue la Hipertensión esencial, con un 11,2% en mujeres y un 8,2% en hombres. Sin embargo, la diferencia se agudiza al revisar las atenciones recibidas por infección de vías urinarias, la cual fue 2,5 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Este mismo comportamiento se mantiene en el servicio de urgencias, llegando a ser 1,7 veces mayor en las mujeres. Consecuentemente, en el servicio de hospitalización las infecciones de vías urinarias son la primera causa de diagnóstico.

En los hombres, el diagnóstico más frecuente para este año fue la Diarrea y la Gastroenteritis de presunto origen infeccioso, en los tres tipos de atenciones: consulta, urgencias y hospitalización (ver Tabla 3).

TABLA 3. Diagnósticos más frecuentes según tipo de atención por sexo. Colombia 2011

Tipo de atención	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Consultas	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	1060327	11,2	592324	8,7
	K021	Caries de la dentina	811265	8,5	590319	8,7
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	584078	6,1	455037	6,7
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	363190	3,8	328356	4,8
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	538377	5,7	149543	2,2
	M545	Lumbago no especificado	357837	3,8	269562	4,0
	K051	Gingivitis crónica	359941	3,8	265758	3,9
	R51X	Cefalea	436616	4,6	172692	2,5
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	369355	3,9	185807	2,7
	B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	244955	2,6	216173	3,2
Total consultas			9500025	100	6810146	100
Urgencias	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	67715	6,2	63233	7,4
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	75592	6,9	41852	4,9
	R509	Fiebre, no especificada	50870	4,6	51903	6,1
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	42173	3,8	38505	4,5
	R51X	Cefalea	50522	4,6	21504	2,5
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	50794	4,6	14570	1,7
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	27049	2,5	26083	3,1
	M545	Lumbago no especificado	21862	2,0	21859	2,6
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	26014	2,4	14373	1,7
	R11X	Náusea y vómito	21362	1,9	16643	2,0
Total urgencias			1100626	100	851938	100

Continúa

Tipo de atención	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Hospitalización	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	25769	4,4	8836	2,5
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	16666	2,9	15026	4,3
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	11751	2,0	6394	1,8
	R509	Fiebre, no especificada	8089	1,4	8146	2,3
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	8547	1,5	7195	2,1
	K359	Apendicitis aguda, no especificada	8009	1,4	7622	2,2
	J180	Bronconeumonía, no especificada	7625	1,3	7944	2,3
	J189	Neumonía, no especificada	6594	1,1	6626	1,9
	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	5280	0,9	6690	1,9
	R51X	Cefalea	6777	1,2	2853	0,8
Total hospitalización			582747	100	350812	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS, 2011.

LGBTI

LGBTI son las siglas que designan colectivamente a lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero e intersexuales. Su uso moderno intenta enfatizar la diversidad de las culturas basadas en la sexualidad y la identidad de género, y se puede aplicar para referirse a alguien que no es heterosexual, en lugar de aplicarlo exclusivamente a personas que se definen como homosexuales, bisexuales, transgénero o intersexuales (basado en wikipedia). Varias instituciones gubernamentales han emprendido acuerdos de voluntad para impulsar y fortalecer la política pública que permita hacerles seguimiento a los casos de vulneración de los derechos humanos de esta población (Ministerio del Interior, 2011). Consecuentemente, es necesario contar con información de todos los sectores sobre la orientación sexual de las personas, para visibilizar la situación de este grupo poblacional.

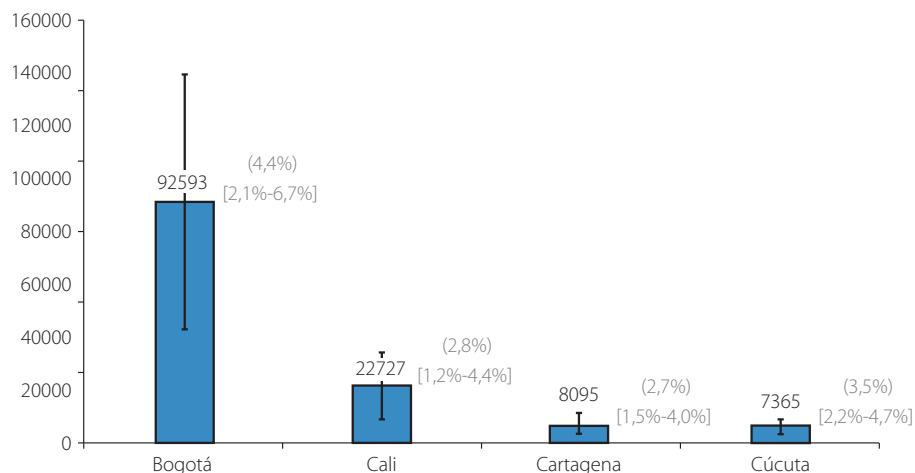
Resulta un desafío para los sistemas de información nacional, el integrar los datos que den cuenta de la población LGBTI. Dado que este desarrollo se viene generando en las entidades territoriales de forma lenta, se presentan a continuación datos que se aproximan a un grupo de la población LGBTI, identificados como Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), teniendo claro que no abarca a toda la población.

Población HSH

Para el año 2010, se estimó que la población HSH era de 130.780 personas en ciudades como Bogotá, Cali, Cartagena y Cúcuta (Ministerio de Salud, 2010); de los cuales 92.593 residían en Bogotá, 4 veces más que en Cali, 11,4 veces más que en Cartagena y 12,5 veces más que en Cúcuta⁶.

-
- 6 Cifras estimadas en el estudio *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia*. La población HSH presentada comprende personas de 18 años a 59 años de edad que residían en las áreas metropolitanas de las ciudades del estudio.

FIGURA 4. Estimación de la población HSH mayor de dieciocho años de edad. Bogotá, Cali, Cartagena y Cúcuta, 2010



Fuente: Estudio sobre el Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia, 2010.

Grupos de edad

En el estudio de HSH realizado en el 2010 se registraron 2.562 personas mayores de 18 y menores de 59 años de edad. En la ciudad de Cúcuta, el 62,6% de los HSH estaban entre los 18 y los 24 años de edad, configurándose como la ciudad con mayor número de HSH en ese grupo etáreo. En contraste, en Barranquilla se observó una mayor participación porcentual de personas de 25 a 34 años de edad, con un 38,9% (134). Por otro lado, la mayoría de los participantes del estudio con edades entre 35 y 44 años se registró en la ciudad de Cali, con un 16,5%. En el grupo de 45 años en adelante, la ciudad con mayor representación fue Barranquilla, con un 13,1%, de tal forma que se registraron 7,2 veces más personas que en Cúcuta y 2,3 más que en Cartagena.

TABLA 4. Población HSH según grupos de edad. Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta, 2010

Grupo de edad (años)	Barranquilla		Cartagena		Medellín	
	Personas	% ajustado (IC 95%)	Personas	% ajustado (IC 95%)	Personas	% ajustado (IC 95%)
18 a 24	147	36,9(27,9-45,8)	209	58,7(49,6-65,8)	190	51,6(42,9-60,1)
25 a 34	134	38,9(31-47,1)	82	24,4(18,6-30,9)	95	27,4(20,2-34,5)
35 a 44	47	11,1(7,7-16,7)	39	11,3(7,1-17,4)	37	11,9(7,4-17,2)
45 en adelante	22	13,1 (4-23,8)	20	5,6(2,4-10,1)	27	9,1(4,8-15,1)
Total	350		350		349	

Fuente: Estudio sobre el *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia*, 2010.

TABLA 5. Población HSH según nivel educativo. Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta, 2010

Grupo de edad (años)	Barranquilla		Cartagena		Medellín	
	Personas	% ajustado (IC 95%)	Personas	% ajustado (IC 95%)	Personas	% ajustado (IC 95%)
Ninguno / Primaria	16	8,7(3,5-14,8)	14	6,7(3-11,7)	25	10(5,7-14,6)
Secundaria	100	31(24,3-38)	122	37,3(29-44,9)	110	32,6(25,4-38,9)
Técnico /Tecnológico	119	31,9(25,2-39)	96	25,9(19,8-31,7)	92	27,6(21,6-35,6)
Universitario	115	28,3(21,8-35,5)	118	30,1(24,1-37,7)	122	29,8(22,5-37,7)
Total	350		350		349	

Fuente: Estudio sobre el *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia*, 2010.

Nivel educativo

Entre los determinantes estructurales que generan estratificación social está la educación. Se sabe además que la educación crea una fuerza de trabajo capaz de asumir empleos más complejos y mejor pagos, haciendo que las personas quieran seguir en la escuela; a largo plazo, las horas no pagas en el aula se traducirán en un empleo que

Pereira		Bogotá		Cali		Cúcuta	
Personas	% ajustado (IC 95%)	Personas	% ajustado (IC 95%)	Personas	% ajustado (IC 95%)	Personas	% ajustado (IC 95%)
214	62,5(54,2-71,3)	248	52,4(44,7-58,9)	139	38,7(31,1-46)	209	62,6(54,7-69,7)
75	22(15,1-27,4)	138	25,3(20,3-31,1)	109	33,1(26,2-39,3)	102	28,2(21,7-35,5)
26	6,1(2,8-10)	53	9,5(6,1-13,4)	51	16,5(11-22,1)	32	7,5(4,5-10,8)
30	9,4(4,5-16,9)	46	12,8(8,3-18,5)	34	11,7(7,8-18)	7	1,8(0,5-3,4)
345		485		333		350	

Pereira		Bogotá		Cali		Cúcuta	
Personas	% ajustado (IC 95%)	Personas	% ajustado (IC 95%)	Personas	% ajustado (IC 95%)	Personas	% ajustado (IC 95%)
20	7(3,3-11)	31	8,8(4,9-12,2)	14	7,6(3,6-11,8)	18	3,5(1,8-5,4)
165	53(43-60,8)	160	38,1(30,5-45,8)	120	35(27,6-41,9)	140	41,5(33,6-49,5)
63	13,7(8,9-19,3)	74	13,9(9,7-18)	78	22(16,6-27,8)	63	19,8(13,6-26,3)
97	26,4(19,6-35,7)	220	39,3(31,7-48,3)	121	35,5(28,5-43,3)	129	35,2(27,7-43,1)
345		485		333		350	

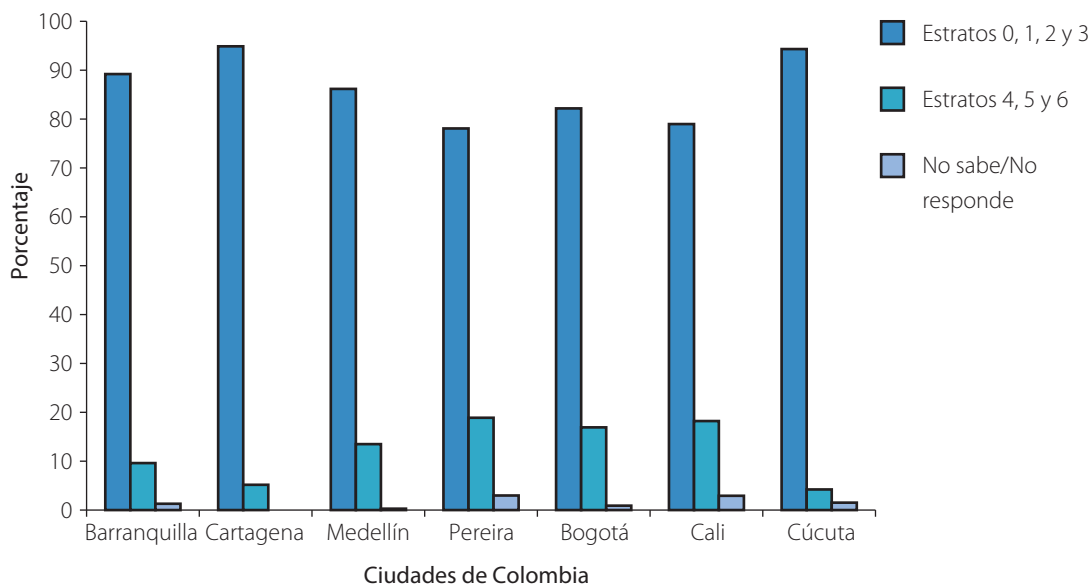
compensará a los trabajadores por el tiempo que estuvieron aprendiendo sin ganar dinero (OCDE, 2007).

De acuerdo con el nivel educativo registrado en el estudio de HSH, se observó que Bogotá obtuvo el mayor porcentaje relativo de personas universitarias, con un 39,3%. Ahora bien, Medellín albergó el mayor peso relativo (10%) de personas sin ningún nivel educativo o que manifestaron solo haber cursado la básica primaria.

Estrato socioeconómico

Al revisar el estrato socioeconómico donde reside la población HSH, se observó que más del 78% de las personas se ubicaron en estratos 0, 1, 2 y 3, en las siete ciudades estudiadas. Sin embargo, las diferencias se acentúan en ciudades como Cúcuta y Cartagena, donde el 94% de la población se encontró en estratos menores o iguales a 3. De esta manera, en los estratos 0 a 3, Cartagena presentó una concentración de población mayor que Pereira en un 21%, el 20% más que en Cali y el 10% más que en Medellín. Por el contrario, Pereira se ubica como una de las ciudades en donde más del 18% de las personas HSH residían en estratos altos (4, 5 y 6), mientras Cúcuta exhibe 4,5 veces menos personas HSH en estratos altos.

FIGURA 5. Población HSH según estrato socioeconómico. Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta, 2010



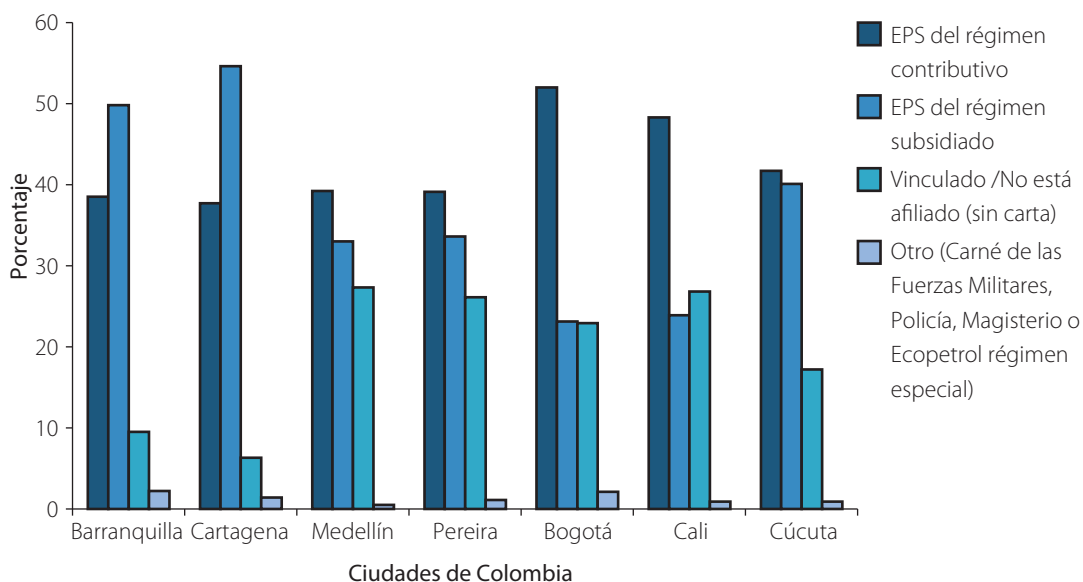
Fuente: Estudio sobre el *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia, 2010.*

Aseguramiento al SGSSS

Dado que los determinantes estructurales no generan directamente inequidades, es necesario tener en cuenta otros determinantes, que han sido calificados como intermedios. El sistema de salud, como determinante intermedio, tiene la capacidad de producir salud, visualizado a través de las diferencias en la vulnerabilidad, en la exposición y en las consecuencias de la enfermedad (OMS, 2007).

Bogotá y Cali presentaron pesos porcentuales mayores de población HSH afiliada a las EPS del régimen contributivo, con un 52% y un 48,3%, respectivamente. Es decir que en Bogotá se presenta el 37% más de población en el régimen contributivo que en Cartagena, y el 35% más que en Barranquilla. Para el régimen subsidiado, Cartagena (54,6%) y Barranquilla (49,8%) exhibieron una proporción de personas HSH mayor que el resto de las ciudades, es decir, 2,4 veces más que en Bogotá y 2,3 veces más que en Cali. Por último, la población vinculada o no afiliada al SGSSS se acentúa en ciudades como Medellín (27,3%), Cali (26,8%) y Pereira (26,1%).

FIGURA 6. Población HSH según afiliación al SGSSS. Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta, 2010



Fuente: Estudio sobre el *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia, 2010.*





2

2 CICLO VITAL

Un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital pone de relieve la perspectiva temporal y social; adicionalmente, permite examinar en retrospectiva las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones para encontrar las claves de las características de su estado de salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que las experiencias, tanto pasadas como presentes, están determinadas por el entorno social, económico y cultural (Ministerio de Economía y Competitividad, 2008). Los ciclos vitales presentados en el documento obedecen a la reglamentación generada en las diferentes políticas públicas en el territorio nacional; por lo tanto, se entenderá como primera infancia a los menores de 5 años de edad, como infantes a los niños y niñas entre 6 y 11 años, como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años, como jóvenes a las personas entre 14 y 26 años, como adultos a las personas entre 27 y 59 años y como personas mayores a los mayores de 60 años⁷.

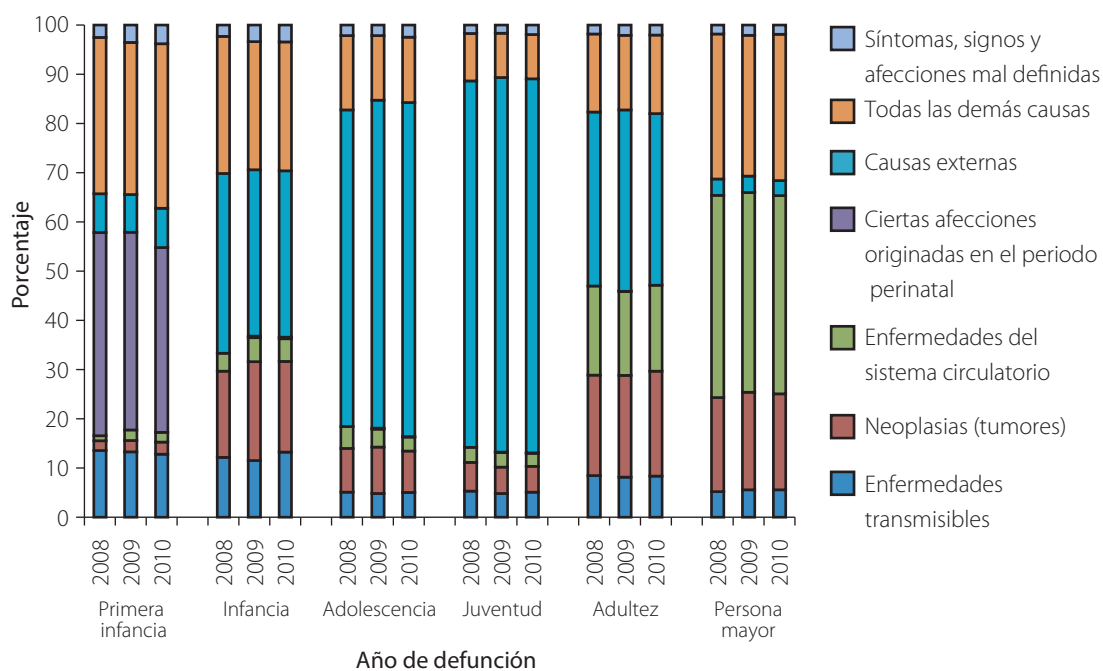
Mortalidad

En Colombia, la distribución de la mortalidad por ciclo vital muestra grandes diferencias; la primera de ellas se evidencia en la primera infancia, en donde entre el 38 y el 41% son originadas por afecciones del periodo perinatal. La segunda causa de muerte está relacionada con las enfermedades transmisibles. Por otra parte, desde

⁷ Ciclos de vida definidos por el equipo del Plan Decenal de Salud Pública.

la infancia hasta la adultez, se refleja un incremento en las defunciones por causas externas, el cual llega en la juventud hasta el 76% del total de muertes. En la adultez, las causas externas se reducen 2,17 veces para el año 2010, al compararlas con los jóvenes, llegando al 35%. No obstante, se observa claramente que a partir del ciclo vital adulto las enfermedades del sistema circulatorio pasan a tener una importante participación porcentual, al igual que en las personas mayores, siendo la causa del 41% del total de fallecimientos.

FIGURA 7. Mortalidad general por ciclo vital según grandes causas. Colombia 2008-2010



Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2008-2010.

Primera infancia

Morbilidad

En la primera infancia, en el año 2011 se evidenció en el servicio de consulta como primera causa de diagnóstico la Rinofaringitis aguda para ambos sexos, seguida de la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Este último diagnóstico se presenta en primer lugar en el servicio de urgencias y hospitalización, sin ninguna diferencia entre sexos. Adicionalmente, las afecciones de origen respiratorio fueron la causa del 27% de la hospitalización en los menores de 5 años. En general, en el año 2011 se atendieron 2'086.789 niños en el servicio de consulta, 327.696 en urgencias y 145.067 en hospitalización, reflejando 6,3 atenciones más en el servicio de consulta que en urgencias, sin presentar diferencias entre niños y niñas.

TABLA 6. Primeras causas de morbilidad atendida. Primera infancia, Colombia 2011

Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Consulta	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	192956	19,1	206092	19,2
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	90331	8,9	104953	9,8
	R509	Fiebre, no especificada	93357	9,2	100199	9,3
	K021	Caries de la dentina	55367	5,5	62916	5,9
	B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	57773	5,7	58122	5,4
	J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	45277	4,5	49767	4,6
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	42546	4,2	50451	4,7
	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	30194	3,0	38165	3,6
	J029	Faringitis aguda, no especificada	31434	3,1	34106	3,2
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	40987	4,1	20222	1,9
Total consultas			1011888	100	1074901	100

Continúa

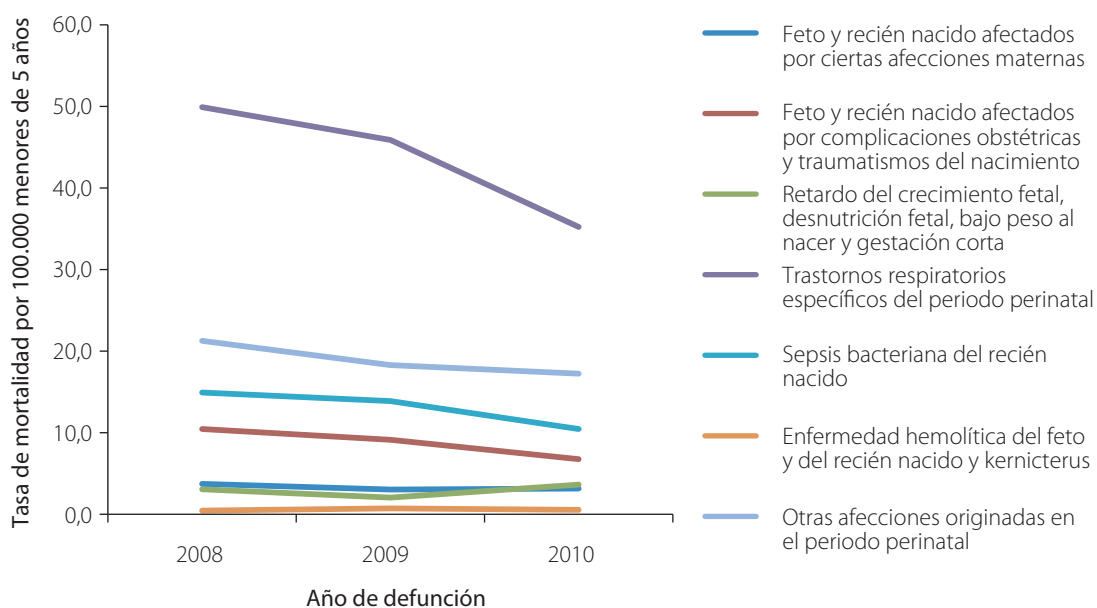
Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Urgencias	R509	Fiebre, no especificada	23327	15,2	25772	14,8
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	19282	12,6	22358	12,8
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	18647	12,2	19858	11,4
	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	8494	5,6	11185	6,4
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	7788	5,1	9463	5,4
	R11X	Náusea y vómito	8482	5,5	8751	5,0
	J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	6879	4,5	7632	4,4
	J459	Asma, no especificada	5192	3,4	7022	4,0
	B349	Infección viral, no especificada	4606	3,0	5189	3,0
	J029	Faringitis aguda, no especificada	4542	3,0	5050	2,9
Total urgencias			153041	100	174655	100
Hospitalización	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5824	8,6	6814	8,8
	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	4739	7,0	6452	8,3
	J180	Bronconeumonía, no especificada	4992	7,4	6034	7,8
	R509	Fiebre, no especificada	3974	5,9	4337	5,6
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	3885	5,8	4080	5,3
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	5029	7,5	2076	2,7
	J189	Neumonía, no especificada	2834	4,2	3448	4,4
	J159	Neumonía bacteriana, no especificada	1737	2,6	2016	2,6
	J459	Asma, no especificada	1551	2,3	2107	2,7
	R11X	Náusea y vómito	1654	2,5	1766	2,3
Total hospitalización			67482	100	77585	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS, 2011.

Mortalidad

Como se mencionó anteriormente, dentro de las grandes causas de mortalidad de la primera infancia se ubicaron las afecciones del periodo perinatal. Dentro de este gran subgrupo, se evidencian los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal como primera causa, observándose de 49 a 35 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años, entre el 2008 y 2010. Ahora bien, las otras afecciones originadas en el periodo perinatal se presentaron como segunda causa de mortalidad; sin embargo, aportaron entre 2 y 2,5 muertes menos que la primera. En el tercer lugar, se registró la sepsis bacteriana del recién nacido, que aportó 3,3 muertes menos que los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (ver Figura 8).

FIGURA 8. Tasa de mortalidad específica según ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal de la primera infancia. Colombia 2008-2010



Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2011.



Estado nutricional

Uno de los derechos consignados en el *Código de la Infancia y la Adolescencia* enfatiza que “los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a los alimentos, [...] de acuerdo con la capacidad económica del alimentante” (Unicef, 2007). Conforme a lo normatizado, es relevante medir en los territorios los indicadores que brinden información sobre el estado nutricional de los menores. De tal manera, el peso y la talla corresponden a variables antropométricas que permiten establecer el estado nutricional de la población, dada su simplicidad y facilidad de recolección (ICBF, 2011). Adicionalmente, permiten generar indicadores que son internacionalmente reconocidos, como la desnutrición aguda, crónica y global, reconociendo similitudes o diferencias en cuanto a otros territorios, y estableciendo brechas en el cuidado de la salud, cuando se compara con valores de referencia.

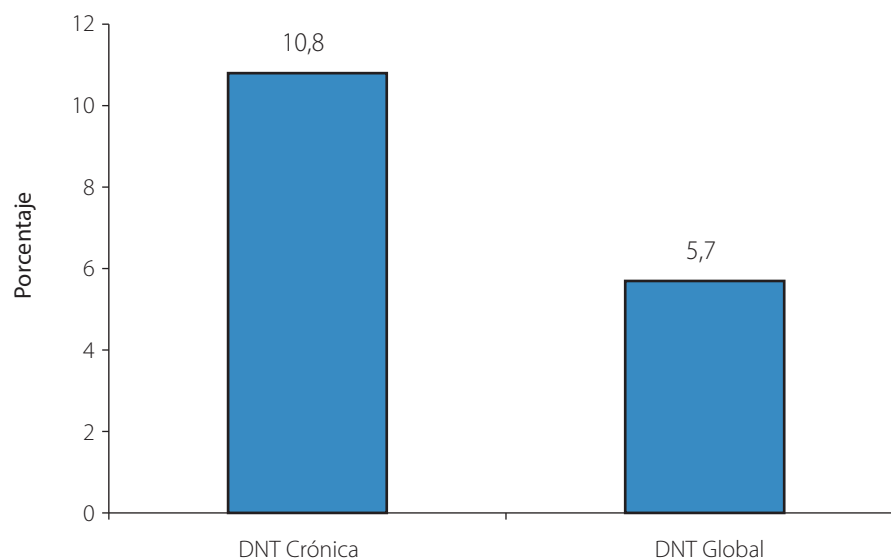
En Colombia, en el año 2010 la desnutrición crónica fue del 10,8%; es decir que por cada 100 niños con talla adecuada para la edad, 10 de ellos presentaron retraso en la talla. A su vez, el 5,7% de los niños menores de 6 años presentó un peso muy bajo para la edad. Los datos consignados en la *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010* corresponden a menores de 6 años; sin embargo, en el *Código de Infancia y Adolescencia* el concepto de primera infancia se definió como aquel menor de 5 años de edad (ver Figura 9).

Lactancia

La lactancia materna es la mejor manera de aportarles a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y un desarrollo saludables; por lo tanto se recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar desde la primera hora de vida; la lactancia materna debe extenderse exclusivamente hasta los primeros seis meses de vida (OMS, 2011). Por ser tan importante el hecho de lactar al menor en los primeros seis meses de vida de forma exclusiva, se ha constituido en uno de los marcadores en salud pública relevantes en salud nutricional, incluyéndose como meta en compromisos internacionales y nacionales.



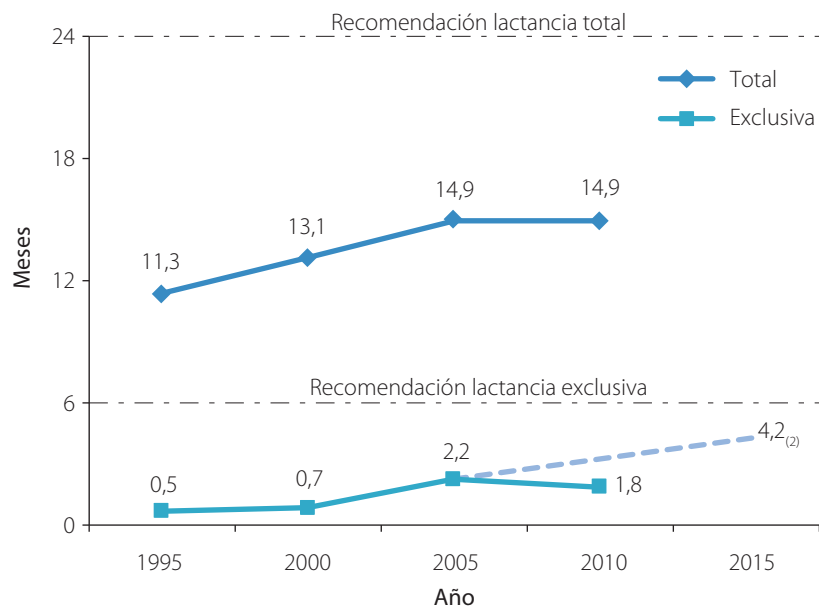
FIGURA 9. Desnutrición crónica y global por edad (en meses) en niños y niñas menores de 6 años. Colombia 2010



Fuente: *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010*

En Colombia desde 1995 hasta el 2005 se ha observado un incremento de 4,4 veces en lactancia materna exclusiva (mediana), la cual ha sido definida como el consumo únicamente de leche materna, recibiendo o no rehidratación oral, vitaminas, minerales o medicina (ICBF, 2011). A pesar de esto, en el año 2010 se observa una reducción de este indicador, el cual pasó de 2,2 a 1,8 meses; es decir que el 50% de los niños menores de 6 años solo recibieron leche materna exclusiva hasta 1,8 meses.

FIGURA 10. Duración de lactancia materna total y exclusiva. Colombia 1995-2010



(1) Mediana en meses

(2) Meta Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010.

Sífilis congénita

La Sífilis congénita es un evento de interés en salud pública en Colombia, indicativo de la salud materna perinatal, y por ende de las acciones de salud sexual y reproductiva, de la cobertura del control prenatal y de la calidad del mismo. Adicionalmente, confluyen otras condiciones estructurales como son la educación de los padres y la ocupación, los cuales inciden en la salud del binomio madre-hijo. Para Colombia, la incidencia de notificación de Sífilis congénita fue de 2,89 menores en el año 2009 y de 3,0 casos por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2010 (MSPS, 2012).

Programa Ampliado de Inmunización PAI

Dada la necesidad de garantizar la protección integral de los niños y niñas, a través de su reconocimiento como sujetos de derecho, se han implementado políticas, planes, programas y proyectos que se ejecutan en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal. Dentro de estas políticas están las orientadas a disminuir las enfermedades prevalentes de la infancia a través de la vacunación. Ahora bien, en los últimos seis años Colombia ha presentado coberturas de vacunación inferiores al 95%, para polio y DPT. A diferencia de SRP, que en los años 2006 y 2009 obtuvo coberturas útiles.

TABLA 7. Coberturas de vacunación de Polio, Difteria-Tétanos-Tos ferina (DPT), Sarampión- Rubéola-Parotiditis (SRP). Colombia 2005-2010

Año	Cobertura		
	%Polio	%DPT	%SRP
2005	93,10	93,10	93,90
2006	93,90	93,50	95,40
2007	92,80	92,90	94,60
2008	92,00	92,20	92,40
2009	92,10	92,20	95,20
2010	88,00	88,00	88,60

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Programa Ampliado de Inmunización PAI, 2005 a 2010.



Infancia

Morbilidad

En el año 2011, en el servicio de consulta el diagnóstico más frecuente fue Caries de la dentina, sin diferencia de género. Sin embargo, es de anotar que se presentaron otros diagnósticos relacionados con la salud oral, como la Gingivitis crónica y aguda, que sumada a la Caries de la dentina cobró un peso porcentual del 18% en el total de la consulta externa. Así mismo, se evidenció que el 14% de las consultas realizadas obedecen a diagnósticos relacionados con el sistema gastrointestinal.

Al igual que en la primera infancia, la Diarrea de presunto origen infeccioso se presentó en segundo lugar en el servicio de urgencias. A pesar de esto, en la primera infancia fue más frecuente la atención que en la infancia, es decir, ocupó más del 14% del total de consultas de urgencias, a diferencia de la infancia, en donde se redujo a un 7%. Este comportamiento se mantuvo en los casos diagnosticados como Rinofaringitis aguda, observándose una reducción de 2,6 veces en la infancia en comparación con la primera infancia. Por último, dentro de los primeros diagnósticos de hospitalización se ubicaron la Diarrea y la Gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con un peso relativo que no superó el 6%; a diferencia de la primera infancia, en donde cobró un peso porcentual de hasta 8,8%.



TABLA 8. Primeras causas de morbilidad atendida. Infancia. Colombia 2011

Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Consulta	K021	Caries de la dentina	91738	11,4	95926	11,6
	B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	63855	7,9	61525	7,5
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	60283	7,5	60556	7,3
	R509	Fiebre, no especificada	29677	3,7	32051	3,9
	K051	Gingivitis crónica	29539	3,7	30570	3,7
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	26070	3,2	28115	3,4
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	29827	3,7	22723	2,8
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	26851	3,3	25468	3,1
	K050	Gingivitis aguda	23986	3,0	24139	2,9
	R51X	Cefalea	24398	3,0	19542	2,4
Total consultas			805459	100	825270	100
Urgencias	R509	Fiebre, no especificada	6277	9,2	6875	8,8
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4738	6,9	5170	6,7
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	5281	7,7	4594	5,9
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	3903	5,7	3922	5,0
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	3253	4,7	3342	4,3
	J459	Asma, no especificada	2625	3,8	3506	4,5
	R11X	Náusea y vómito	2526	3,7	2658	3,4
	J029	Faringitis aguda, no especificada	1800	2,6	1743	2,2
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2568	3,7	823	1,1
	R51X	Cefalea	1756	2,6	1553	2,0
Total urgencias			68537	100	77713	100

Continúa

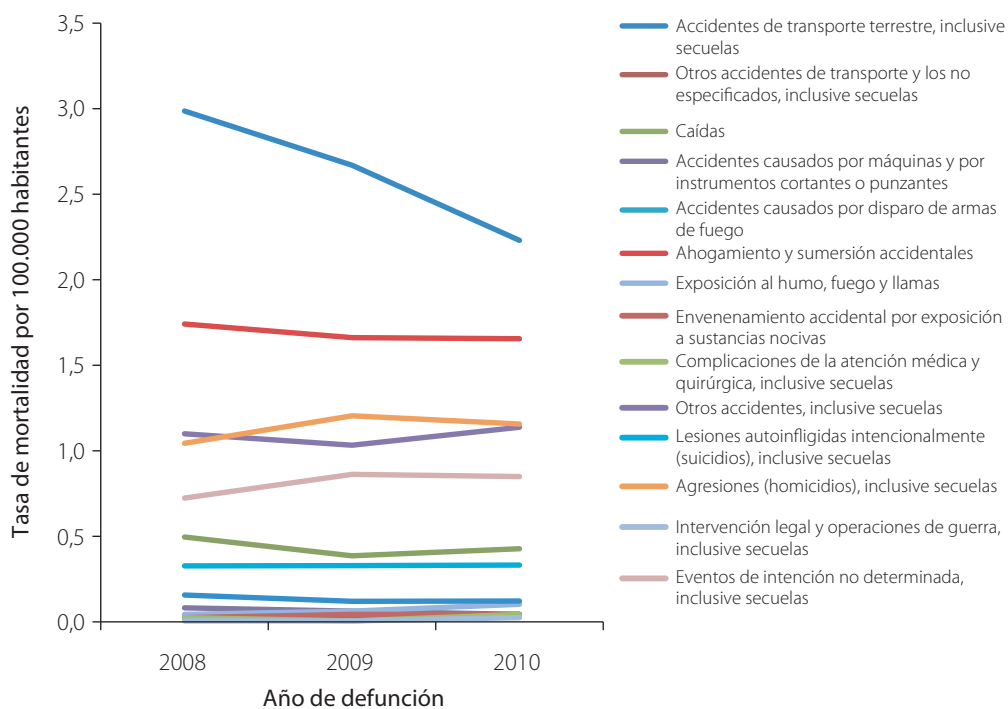
Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Hospitalización	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1301	5,6	1418	5,4
	J459	Asma, no especificada	824	3,5	1128	4,3
	R509	Fiebre, no especificada	928	4,0	944	3,6
	K359	Apendicitis aguda, no especificada	790	3,4	1062	4,0
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1469	6,3	373	1,4
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	971	4,2	812	3,1
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	771	3,3	798	3,0
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	728	3,1	725	2,7
	J180	Bronconeumonía, no especificada	505	2,2	622	2,4
	R11X	Náusea y vómito	458	2,0	514	1,9
Total hospitalización			23237	100	26371	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS, 2011.

Mortalidad

La primera causa de mortalidad en este ciclo vital correspondió a causas externas. Ahora bien, al desglosar las causas dentro de este gran grupo, se observa que los accidentes de transporte terrestre fueron los más frecuentes, con tasas de 3 casos por cada 100.000 menores de 6 a 11 años en el 2008, y de 2 casos para el 2010. Como segunda causa de muerte estuvo el ahogamiento y sumersión accidental, generando el 70% menos de muertes en el 2008, el 60% menos en el 2009 y el 34% menos en el 2010, en comparación con los accidentes de transporte terrestre.

FIGURA 11. Tasa de mortalidad específica en población infantil por causas externas. Colombia 2008-2010



Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2008 a 2010.

Adolescencia

Morbilidad

En el 2011 se registraron 1'798.264 consultas de adolescentes en los RIPS; dentro de las primeras causas de consultas estuvieron la Caries de la dentina y la Gingivitis crónica, tanto para hombres como para mujeres, seguida de la Rinofaringitis aguda, con un peso relativo de hasta 4,3%. Posteriormente se observan diagnósticos relacionados con afecciones gastrointestinales, como lo son las parasitosis intestinales, otros dolores abdominales y la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso, alcanzando un 9,9% de consultas en las mujeres y un 11,6% en los hombres. Este comportamiento fue similar al presentado en el ciclo vital de la infancia.

El 19,6% de los diagnósticos más frecuentes presentados en urgencias estuvieron asociados a alteraciones gastrointestinales en los hombres, y el 14,4% en las mujeres, de tal modo que se presentaron un 36% más en los varones que en las adolescentes. Las infecciones de vías urinarias de sitio no especificado presentaron una relación inversa, es decir, cuatro veces más en las mujeres que en los hombres. Finalmente, en el servicio de hospitalización, la Apendicitis aguda emerge como el primer diagnóstico, en donde la diferencia relativa entre hombres y mujeres fue del 82%.

Al revisar las diferencias entre la demanda de servicios según el tipo de atención se obtuvo que las mujeres acudieron un 29% más veces al servicio de consulta, un 38% más veces al servicio de urgencias y un 92% más veces a hospitalización que los hombres.

TABLA 9. Primeras causas de morbilidad atendida. Adolescencia, Colombia 2011

Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Consultas	K021	Caries de la dentina	100798	9,9	80080	10,2
	K051	Gingivitis crónica	44047	4,3	37431	4,8
	R51X	Cefalea	53219	5,2	26652	3,4
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	41766	4,1	33846	4,3
	B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	35419	3,5	35248	4,5
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	42880	4,2	20665	2,6
	K050	Gingivitis aguda	30540	3,0	25653	3,3
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	37890	3,7	9421	1,2
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	23268	2,3	21544	2,7
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	21807	2,1	17644	2,3
Total consultas			1014747	100	783517	100
Urgencias	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	9735	9,8	4492	6,3
	R509	Fiebre, no especificada	3714	3,7	4189	5,9
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4056	4,1	3486	4,9
	R51X	Cefalea	4563	4,6	2250	3,1
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	2633	2,7	2162	3,0
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3932	4,0	700	1,0
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	3076	3,1	1400	2,0

Continúa

Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Urgencias	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2074	2,1	1607	2,2
	R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	2629	2,6	955	1,3
	J459	Asma, no especificada	1747	1,8	1471	2,1
Total urgencias			99287	100	71548	100
Hospitalización	K359	Apendicitis aguda, no especificada	1769	3,5	1675	6,5
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1591	3,2	759	2,9
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1644	3,3	264	1,0
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	984	2,0	839	3,2
	R509	Fiebre, no especificada	515	1,0	544	2,1
	R51X	Cefalea	574	1,2	364	1,4
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	520	1,0	300	1,2
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	451	0,9	357	1,4
	K37X	Apendicitis, no especificada	431	0,9	364	1,4
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	409	0,8	370	1,4
Total hospitalización			49856	100	25935	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS.

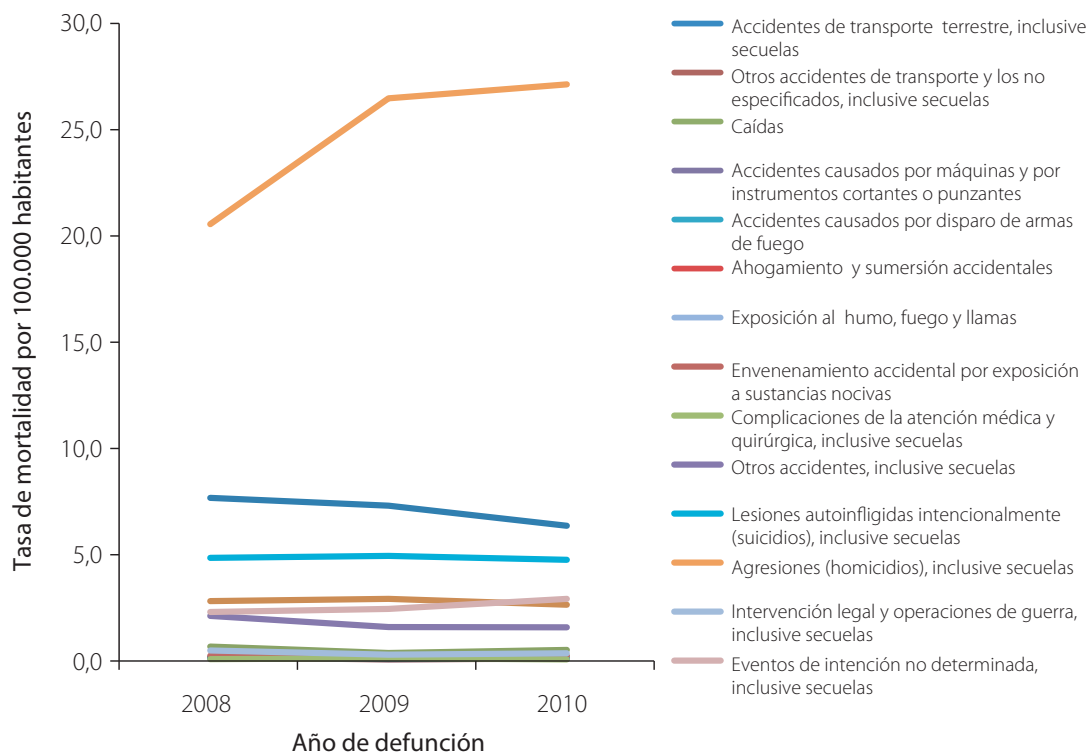
Mortalidad

En la adolescencia, la mortalidad más frecuente se debió a causas externas, las cuales alcanzan el 68% en el 2010. Entre las causas externas, el 31% y el 39% correspondió a agresiones (homicidios), inclusive secuelas, presentándose una tendencia al aumento de 411 muertes en el año 2010, en relación con el año 2008. En seguida, estuvieron

los accidentes de transporte terrestre, cobrando un peso relativo de hasta el 11,7% en el 2008, en su punto más alto.

El ahogamiento y la sumersión accidental se presentó en el cuarto lugar como causa de fallecimiento en los adolescentes, a diferencia de los infantes, para quienes se ubicó en un segundo lugar. En los tres años observados, aumentó el número de muertes en este ciclo vital en un 5%, pasando de 4.009 en el año 2008 a 4.237 en el 2010.

FIGURA 12. Tasa de mortalidad específica en población adolescente por causas externas. Colombia 2008-2010



Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO.

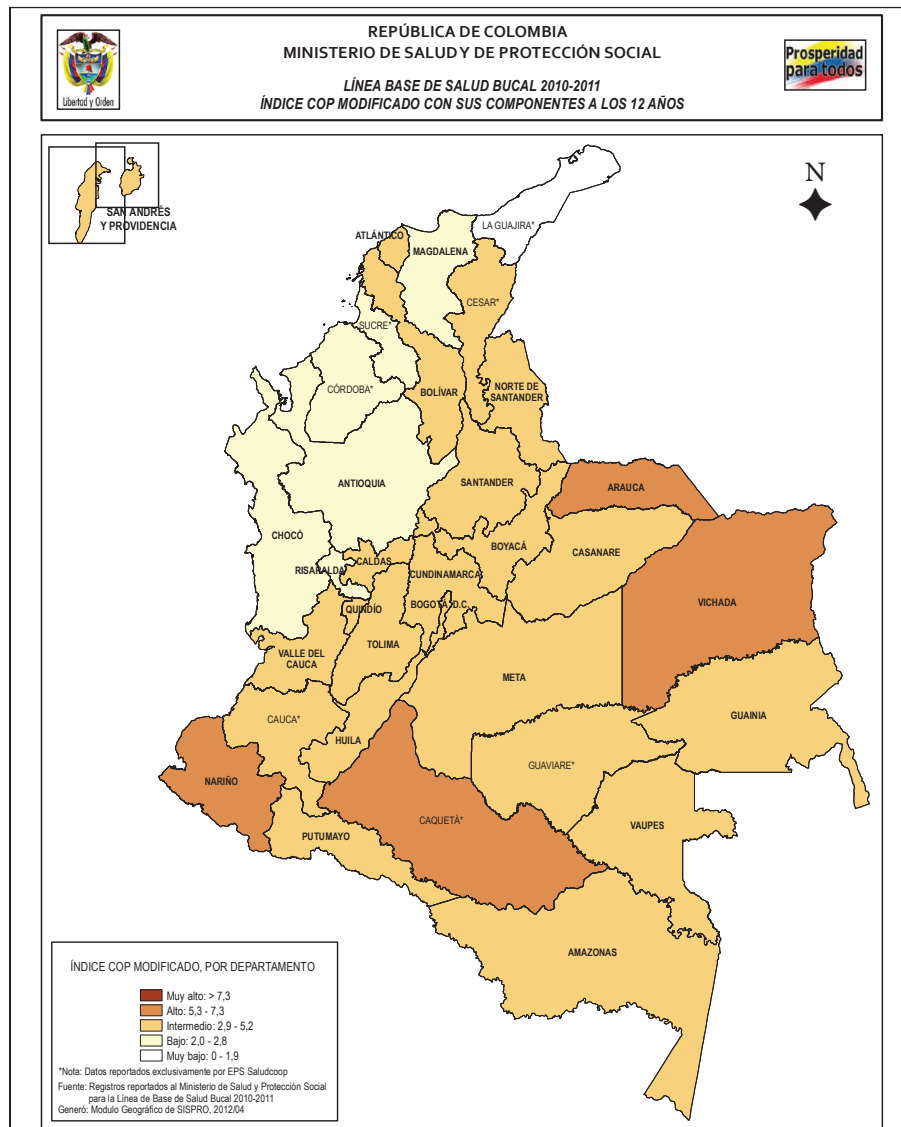


Salud oral

Dentro de las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública, a través del Decreto 3039 se estableció lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor a 2,3, en todo el territorio nacional. Sin embargo, el Mapa 1 ilustra los quintiles del índice de COP modificado, en donde departamentos como Chocó, Risaralda, La Guajira, Antioquia, Córdoba, Sucre y Magdalena tuvieron un índice menor a 2,9. En contraste, Nariño, Vichada, Caquetá y Arauca estuvieron en el quintil superior, es decir, dentro de las entidades territoriales con índices de COP modificado superior a 7,3 (MSPS, 2011).



MAPA 1. Índice de COP modificado para la edad de 12 años por departamento y clasificación de severidad según OMS. Colombia 2010-2011



Fuente: Informe de Línea de base para el seguimiento a las metas de salud oral, 2010-2011.

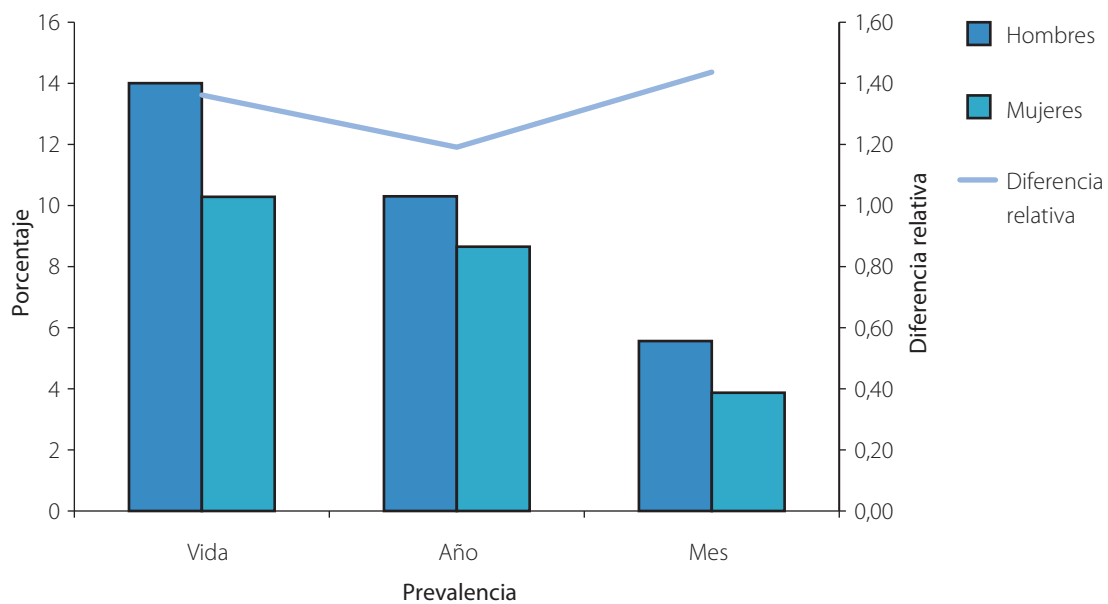
Consumo de sustancias psicoactivas

A continuación se presenta la prevalencia de vida, año y último mes de consumo de sustancias ilícitas. Dentro de las sustancias ilícitas se contemplan las siguientes: marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, alucinógenos, *popper*, *dick* y solventes; el consumo de estas sustancias se ve incrementado en los hombres en comparación con las mujeres. Consecuentemente, las diferencias se acentúan en la prevalencia de consumo del último mes, pues en los hombres se incrementa en un 40%, en relación con las mujeres (ver Figura 13). Al desagregar el consumo de dichas sustancias ilícitas por tipo de colegio, se evidenció una prevalencia de vida mayor en los colegios privados (18% más alta) que en los públicos. Así mismo, los niños de grado décimo consumieron en toda su vida 3,4 veces más algún tipo de sustancia ilícita que los niños del grado sexto. Por último, el 50% de los estudiantes que declararon el consumo de sustancias ilícitas iniciaron a los 13 años de edad, sin presentarse diferencias entre hombres y mujeres.

El *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia, 2011* muestra que 12,06 de cada 100 estudiantes menores han consumido alguna vez en su vida sustancias ilícitas en Colombia. Entidades territoriales como Caldas, Antioquia, Risaralda, Quindío, Bogotá, Valle del Cauca y Amazonas superan la prevalencia del nivel nacional. En contraste, Sucre, Cesar, Córdoba, La Guajira, Chocó, Bolívar y Magdalena no superan los 4,3 niños de cada 100 que han consumido este tipo de sustancias a lo largo de su vida (ver Mapa 2).

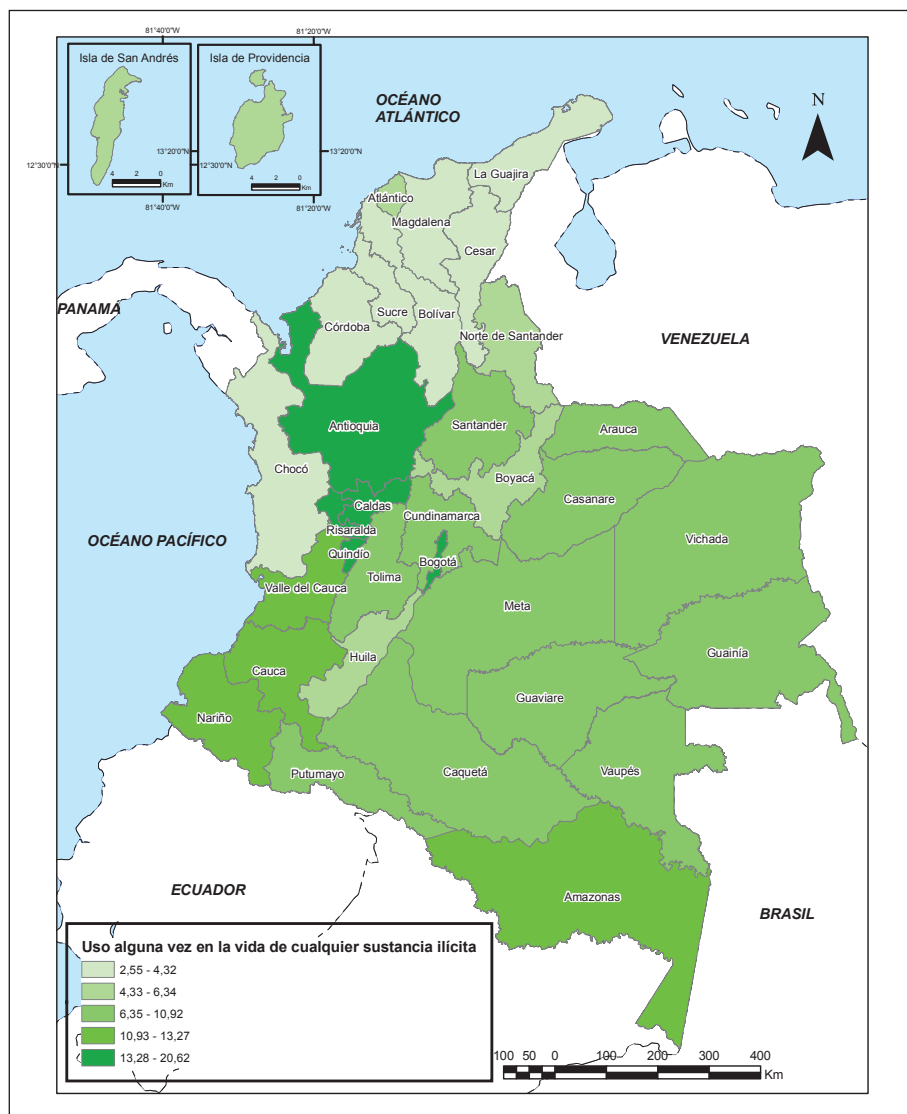
El consumo de tabaco en el último mes de los estudiantes de secundaria fue de 9,78 personas por cada 100 en el año 2011; en promedio se inició a los 12,4 años de edad. Adicionalmente, el consumo se vio incrementado en un 14% entre los estudiantes de colegios privados (prevalencia 10,82) que entre los estudiantes de colegios públicos (prevalencia 9,44), referida a la población estudiantil de los grados sexto, séptimo, octavo, noveno, décimo y once analizada. Las entidades territoriales que superaron la prevalencia frente al resultado nacional y adicionalmente se ubicaron en el quintil superior fueron Bogotá, Caldas, Risaralda, Cundinamarca, Antioquia y las ubicadas en la región de Orinoquia (ver Mapa 3).

FIGURA 13. Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita por sexo. Colombia 2011



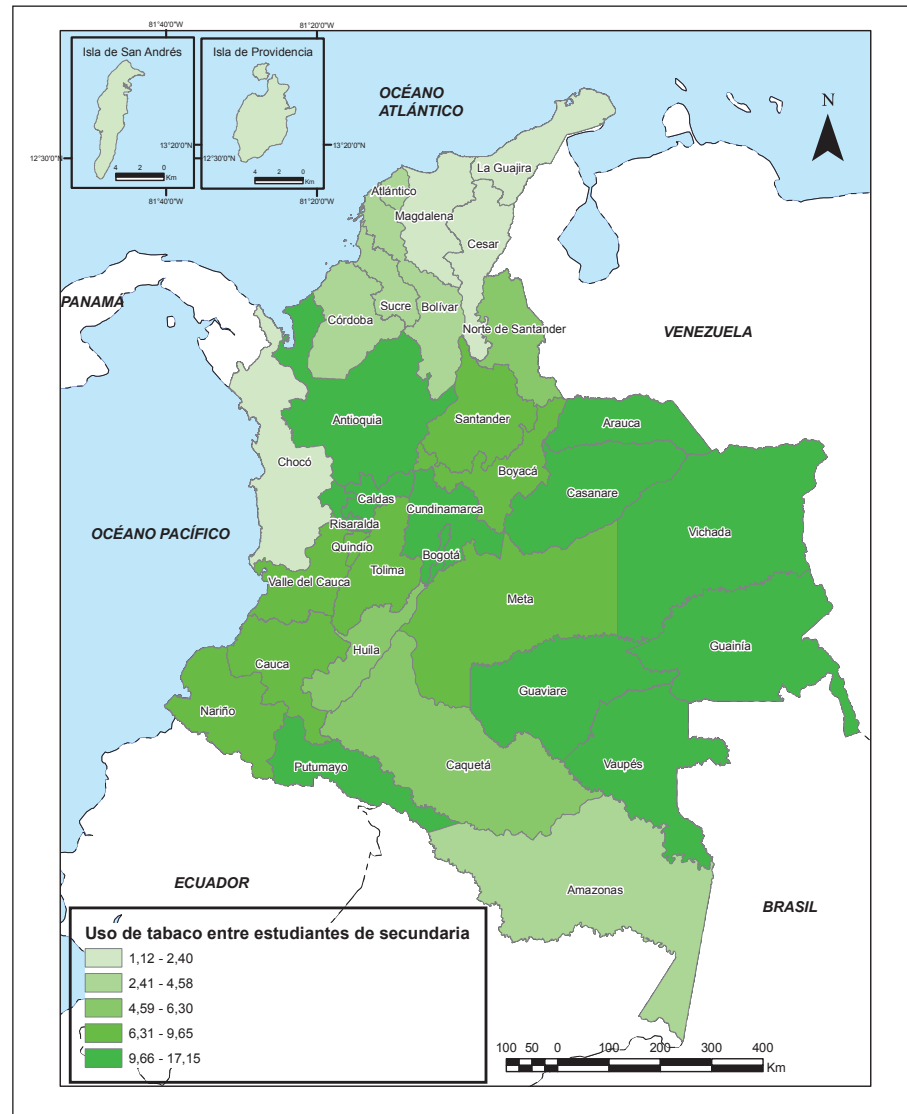
Fuente: Elaborado a partir del *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia, 2011*.

MAPA 2. Prevalencia de vida del consumo de cualquier sustancia ilícita en población escolar. Colombia 2011



Fuente: Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia, 2011.

**MAPA 3. Prevalencia del último mes de uso de tabaco en población escolar.
Colombia 2011**



Fuente: Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia, 2011.

Juventud

Morbilidad

Durante el año 2011, en Colombia se registraron para este ciclo vital 3'930.399 atenciones; el 83,9% (3'297.930) correspondió a atenciones de consultas, el 11% (433.548) en urgencias y el 5% (198.885) en hospitalización. La Caries de la dentina encabeza el diagnóstico más frecuente en el servicio de consulta; sin embargo, se presentaron otros diagnósticos relacionados con la cavidad oral, como fueron la Gingivitis crónica y aguda, alcanzando un 17,4% en los hombres y un 18,1% en las mujeres.

En el servicio de urgencias se ubicaron los dolores abdominales en el primer lugar; la Apendicitis aguda se conserva encabezando la lista de diagnósticos por los que más consultan los jóvenes, al igual que los adolescentes.

TABLA 10. Primeras causas de morbilidad atendida. Juventud, Colombia 2011

Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Consulta	K021	Caries de la dentina	201069	9,8	126132	10,1
	R51X	Cefalea	118853	5,8	41380	3,3
	K051	Gingivitis crónica	95604	4,7	63035	5,0
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	90627	4,4	55545	4,4
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	74538	3,6	58352	4,7
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	112496	5,5	19446	1,6
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	95489	4,7	35610	2,8
	K050	Gingivitis aguda	59141	2,9	37776	3,0
	M545	Lumbago no especificado	46946	2,3	40557	3,2
	R688	Otros síntomas y signos generales especificados	50024	2,4	31204	2,5
Total consultas			2045147	100	1252783	100

Continúa

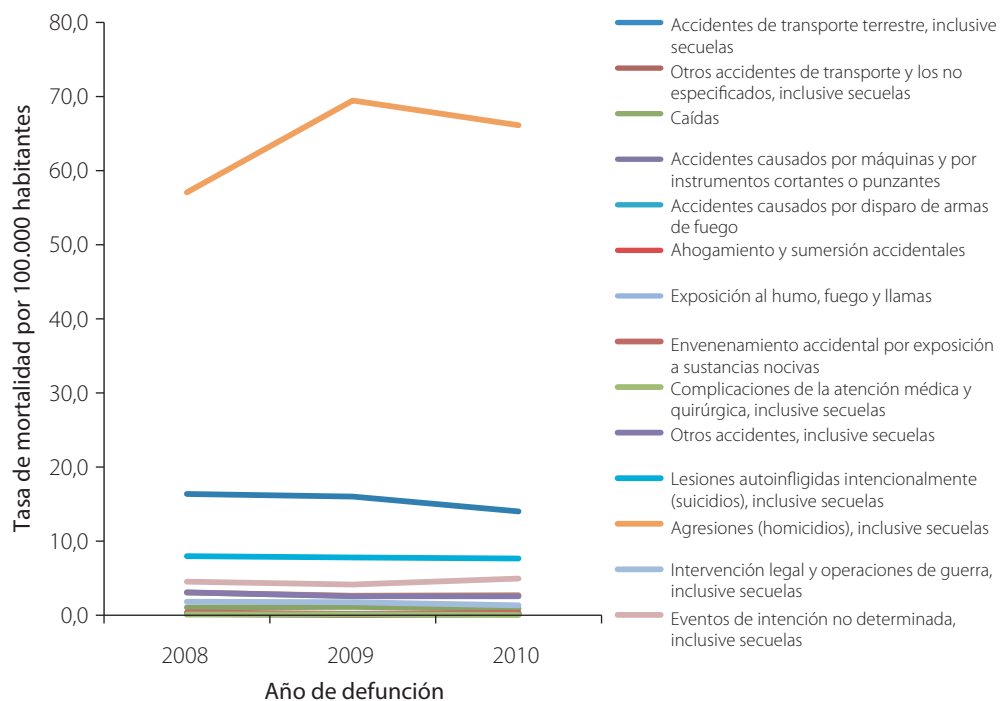
Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Urgencias	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	24459	8,9	9668	6,1
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	14490	5,3	11611	7,3
	R51X	Cefalea	15328	5,6	5940	3,7
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	13840	5,1	1814	1,1
	R509	Fiebre, no especificada	7554	2,8	6611	4,1
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	7244	2,6	5228	3,3
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	6300	2,3	5213	3,3
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	7559	2,8	3155	2,0
	R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	6544	2,4	1679	1,1
	M545	Lumbago no especificado	4034	1,5	4045	2,5
Total urgencias			273797	100	159787	100
Hospitalización	K359	Apendicitis aguda, no especificada	3116	2,1	2674	5,7
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	5195	3,4	523	1,1
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3003	2,0	2074	4,4
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	3049	2,0	1199	2,5
	R51X	Cefalea	1766	1,2	686	1,5
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1182	0,8	741	1,6
	R509	Fiebre, no especificada	1036	0,7	757	1,6
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	1165	0,8	539	1,1
	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	909	0,6	708	1,5
	R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	1091	0,7	292	0,6
Total hospitalización			151582	100	47303	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS, 2011.

Mortalidad

En los jóvenes de 14 a 26 años se presentaron 13.666 muertes originadas por causas externas en el 2008, 14.971 en el 2009 y 14.405 en el 2010. De ellas, entre el 44 y el 47% obedeció a agresiones (homicidios), las cuales continúan siendo la primera causa de mortalidad. Este comportamiento se registró de forma similar en la adolescencia. Los accidentes de transporte terrestre son la segunda causa de mortalidad, oscilando entre tasas de 16,4 hasta 14 casos por cada 100.000 jóvenes. Las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) ocuparon el tercer lugar entre las causas por las cuales fallecieron los jóvenes entre el año 2008 y 2010 (ver Figura 14).

FIGURA 14. Tasa de mortalidad específica en población joven por causas externas. Colombia 2008-2010



Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2008 a 2010. Elaboración a partir de los datos de mortalidad del DANE dispuestos en el Cubo EEVV-SISPRO. Población: visor DANE.

Adultez

Morbilidad

La Hipertensión esencial se ubicó entre los diagnósticos más frecuentes por los cuales las personas de 27 a 59 años de edad acudieron al servicio de consulta en el año 2011, con un 10,4% (436.732) en las mujeres y un 8,7% (224.339) en los hombres. Las infecciones de vías urinarias se ven claramente incrementadas en las mujeres en el servicio de consulta, urgencias y hospitalización. Así mismo, las mujeres fueron quienes demandaron mayores servicios: en consulta, el 62%; en urgencias, el 58,7%; y en hospitalización, el 67,4%.

TABLA 11. Primeras causas de morbilidad atendida. Adultez. Colombia 2011

Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Consulta	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	436732	10,4	224339	8,7
	K021	Caries de la dentina	399224	9,5	245257	9,5
	M545	Lumbago no especificado	235587	5,6	177561	6,9
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	267871	6,4	60268	2,3
	R51X	Cefalea	235408	5,6	78245	3,0
	K051	Gingivitis crónica	186511	4,4	126566	4,9
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	181320	4,3	94501	3,7
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	174011	4,1	77459	3,0
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	135510	3,2	111867	4,3
	M255	Dolor en articulación	144484	3,4	71254	2,8
Total consultas			4204947	100	2580435	100
Urgencias	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	33228	7,4	17743	5,6
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	21925	4,9	19654	6,2

Continúa

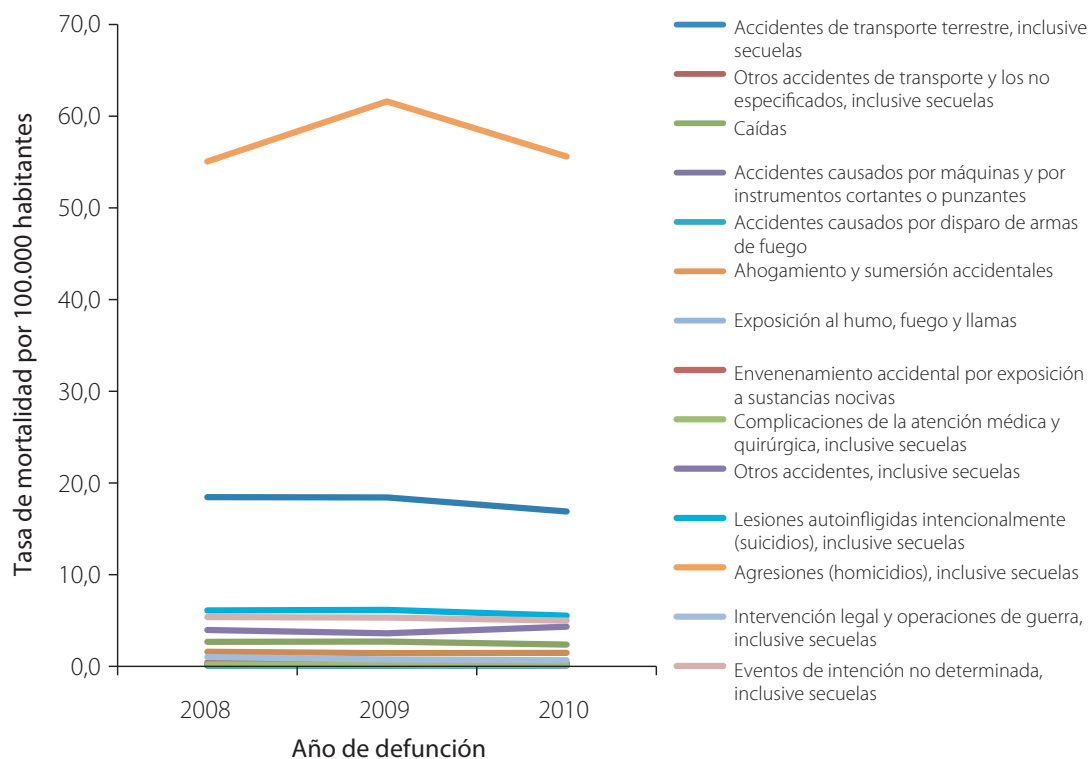
Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Urgencias	R51X	Cefalea	27761	6,2	10512	3,3
	M545	Lumbago no especificado	14495	3,2	15300	4,8
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	20875	4,6	4854	1,5
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	10822	2,4	8480	2,7
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	12184	2,7	6424	2,0
	R509	Fiebre, no especificada	9769	2,2	8797	2,8
	R074	Dolor en el pecho, no especificado	8924	2,0	7854	2,5
	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	9739	2,2	5885	1,9
Total urgencias			449061	100	315519	100
Hospitalización	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	8225	3,4	2076	1,8
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4763	2,0	3548	3,0
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	5105	2,1	2489	2,1
	D259	Leiomioma del útero, sin otra especificación	6963	2,9	27	0,0
	K359	Apendicitis aguda, no especificada	3126	1,3	2896	2,5
	N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	5235	2,2	31	0,0
	R51X	Cefalea	3867	1,6	1359	1,2
	M545	Lumbago no especificado	2765	1,1	2379	2,0
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	2522	1,0	1351	1,2
	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2301	0,9	1256	1,1
Total hospitalización			243310	100	117387	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS, 2011.

Mortalidad

La primera causa de mortalidad en este ciclo vital correspondió a causas externas, entre las cuales las agresiones (homicidios) y los accidentes de transporte terrestre ocuparon los primeros dos lugares, comportamiento similar al registrado en el ciclo vital de la juventud. Las tasas de mortalidad registradas para la primera causa (agresiones) oscilaron entre 55 casos en el 2008, 61 casos en el 2009 y 55,6 casos en el 2010 por cada 100.000 personas (ver Figura 15).

FIGURA 15. Tasa de mortalidad específica en población adulta por causas externas. Colombia 2008-2010



Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVW-SISPRO, 2008-2010.

Persona mayor

Morbilidad

En el año 2011 se registraron 2'622.040 consultas de personas mayores; de las cuales el 83,9% (2'200.786) fue en consulta externa, el 9,5% (251.182) en urgencias, y el 6,4% restante (170.072) en hospitalización. Al revisar las diferencias por sexo, se observa que las mujeres acuden un 42% más veces al servicio de consulta, un 33% más a urgencias y un 22% más a hospitalización. En este ciclo vital se ven reflejadas enfermedades crónicas, encabezando los diagnósticos más frecuentes la Hipertensión esencial, la Diabetes mellitus y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC. En el servicio de consulta, la Hipertensión esencial y las infecciones de vías urinarias en las mujeres cobran un mayor peso porcentual que en los hombres. Sin embargo, la relación se invierte cuando se trata de la EPOC, la cual fue un 30% más frecuente en los hombres que en las mujeres (ver Tabla 12).

TABLA 12. Primeras causas de morbilidad atendida. Persona mayor. Colombia 2011

Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Consulta	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	619280	47,9	362463	39,9
	E119	Diabetes mellitus no insulino-dependiente sin mención de complicación	85839	6,6	56896	6,3
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	84339	6,5	35976	4,0
	M545	Lumbago no especificado	70071	5,4	47316	5,2
	J449	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, no especificada	46515	3,6	42783	4,7
	M255	Dolor en articulación	52512	4,1	26351	2,9
	K021	Caries de la dentina	40358	3,1	38132	4,2

Continúa

Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Consulta	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	47583	3,7	26892	3,0
	E039	Hipotiroidismo, no especificado	55316	4,3	12308	1,4
	M199	Artrosis, no especificada	47697	3,7	16438	1,8
Total consultas			1292775	100	908011	100
Urgencias	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	11932	8,3	6881	6,4
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	7357	5,1	4749	4,4
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	7130	5,0	4303	4,0
	A09X	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6446	4,5	3415	3,2
	R074	Dolor en el pecho, no especificado	4411	3,1	3564	3,3
	J449	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, no especificada	3275	2,3	3073	2,9
	J441	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con exacerbación aguda, no especificada	3165	2,2	2813	2,6
	R51X	Cefalea	4022	2,8	1850	1,7
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	3531	2,5	2245	2,1
	R509	Fiebre, no especificada	3071	2,1	2626	2,4
Total urgencias			143603	100	107579	100
Hospitalización	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	5714	6,1	3739	4,9
	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	3641	3,9	2308	3,0
	J449	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, no especificada	2699	2,9	2277	3,0
	J441	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con exacerbación aguda, no especificada	2466	2,6	2199	2,9

Continúa

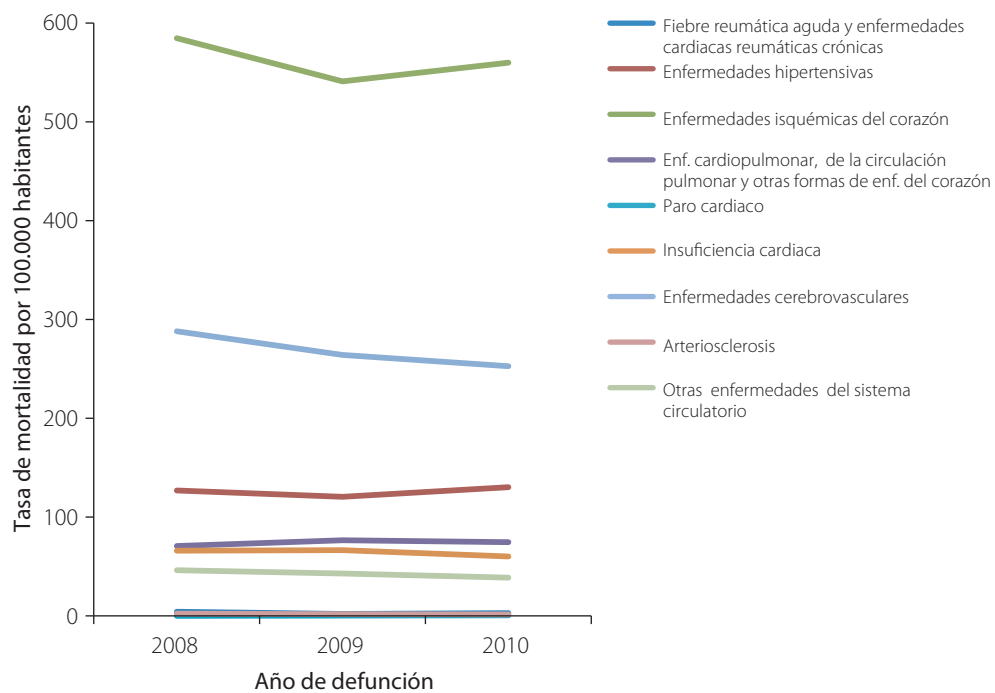
Tipo de servicio	CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
			Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
Hospitalización	I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	2094	2,2	2314	3,0
	I219	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	1511	1,6	1996	2,6
	J189	Neumonía, no especificada	1927	2,1	1558	2,0
	N40X	Hiperplasia de la próstata	0	0,0	3403	4,5
	K922	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	1451	1,5	1572	2,1
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1702	1,8	1089	1,4
Total hospitalización			93631	100	76441	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS, 2011.

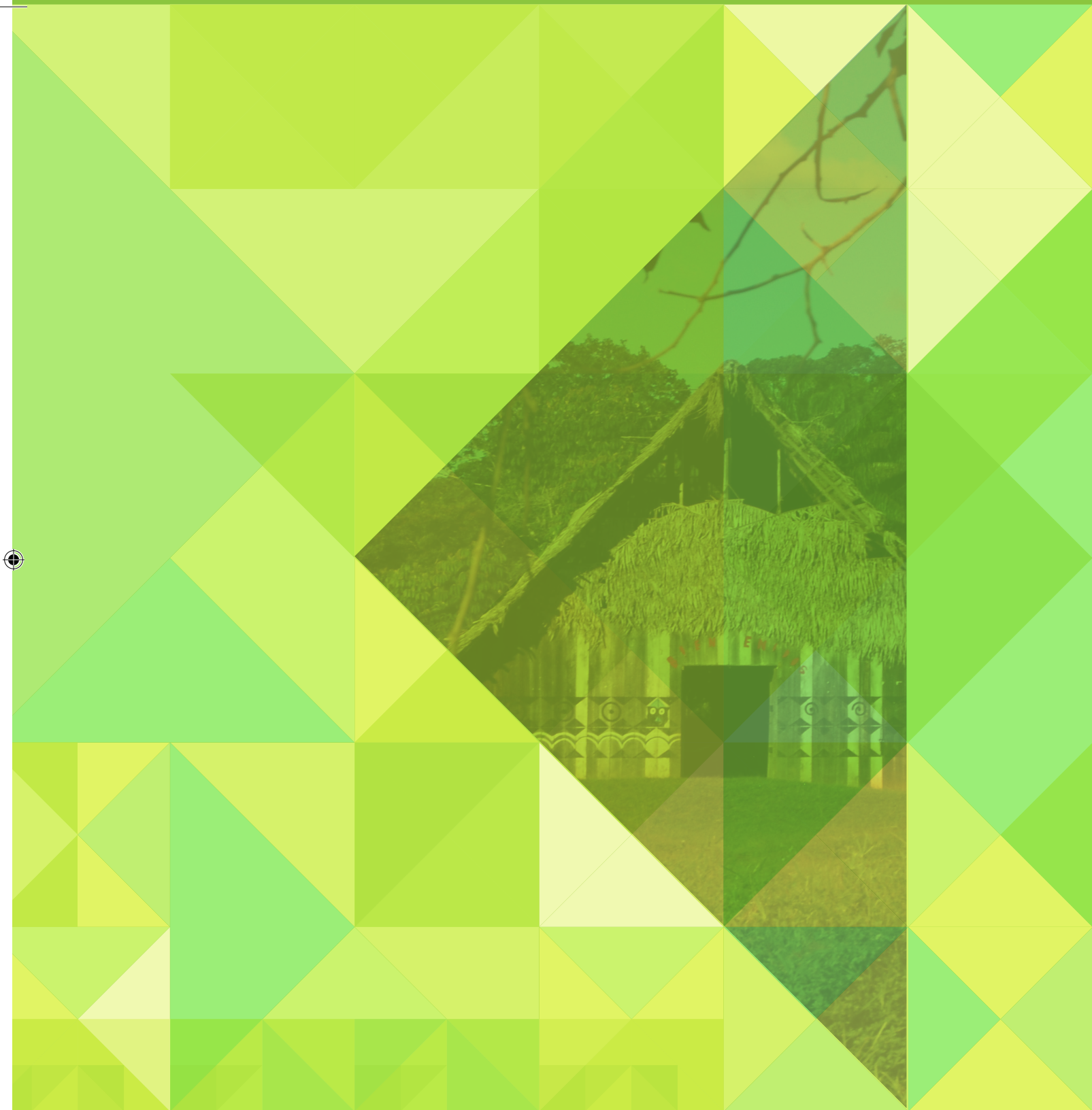
Mortalidad

La tendencia de las causas de mortalidad en la persona mayor varía en relación con los tres ciclos vitales anteriores, dado que las causas externas pasan a ocupar quinto lugar. Las enfermedades del sistema circulatorio aportan alrededor de un 40% del total de fallecimientos para este ciclo. A continuación se desagregan las causas de mortalidad en este gran grupo: las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el primer lugar y alcanzaron tasas de 585 muertes en el 2008, 542 en el 2009 y 560 en el 2010 por cada 100.000 personas. Las enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas ocuparon el segundo y tercer lugar dentro de las causas de mortalidad en este ciclo vital (ver Figura 16).

FIGURA 16. Tasa de mortalidad específica en personas mayores por enfermedades del sistema circulatorio. Colombia 2008-2010



Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2008 a 2010.





3

3 DISCAPACIDAD

Al analizar la situación de las personas con discapacidad en Colombia, se observa que a pesar de la extensa normatividad y las actividades desarrolladas, se encuentran aún barreras (actitudinales-físicas) que les impiden participar en igualdad de condiciones frente a las demás personas, en la vida familiar, social, comunitaria, y que les restringen la oportunidad de disfrutar plenamente de sus derechos (Saldarriaga, 2010). Estos impedimentos retardan el desarrollo del capital humano, definido como “el conocimiento, habilidades, competencias y atributos que le permiten a la gente contribuir a su bienestar personal y social, así como al de su país” (OCDE, 2007). La educación y el goce efectivo de la salud se sitúan como factores claves para la formación de capital humano, los cuales a su vez generan mejores ingresos, reflejándose en el crecimiento económico de un país (OCDE, 2007).

Resulta, pues, imperativo garantizar los principios y las obligaciones enmarcados en la normatividad colombiana dispuesta en la Ley 1346 de 2009, en donde se establece “asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad” (República de Colombia, 2009).

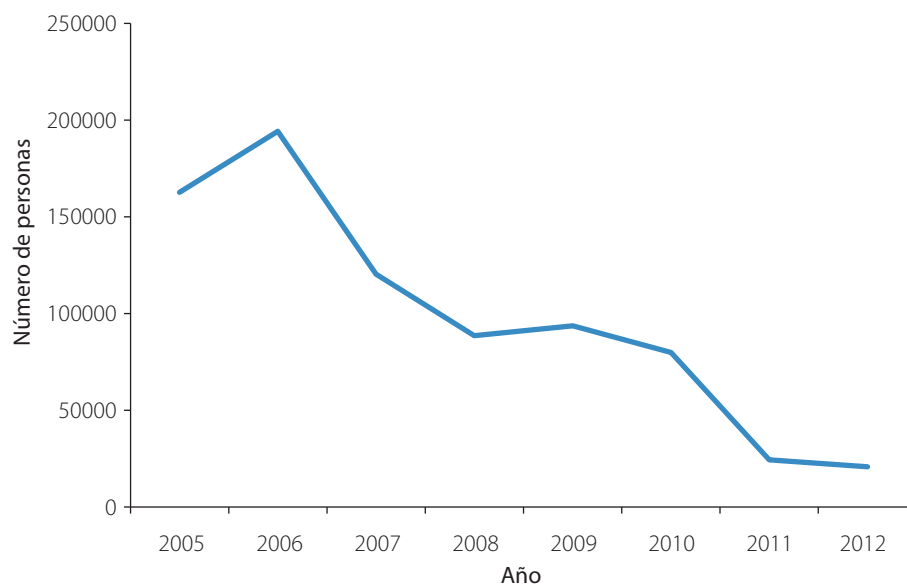
En Colombia, el *Registro de localización y caracterización de la población en condición de discapacidad* era liderado por el DANE hasta el 2010, fecha en la cual quedó a cargo del Ministerio de Protección Social. Esta información busca no solo la caracterización sino además la evidencia de la situación de las personas con discapacidad, para el fortalecimiento de la política pública encaminada a la atención, rehabilitación e igualdad de oportunidades.



Población con discapacidad

Para el año 2005, se registraron 162.665 personas en condición de discapacidad, número que ha ido decreciendo a través de los años, hasta llegar, el 31 de octubre de 2012, a 20.801 registros (ver Figura 17).

FIGURA 17. Población registrada con discapacidad. Colombia 2005-2012



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de Discapacidad basado en el *Registro de caracterización y localización de personas en condición de discapacidad*. Datos a 31 de octubre de 2012.

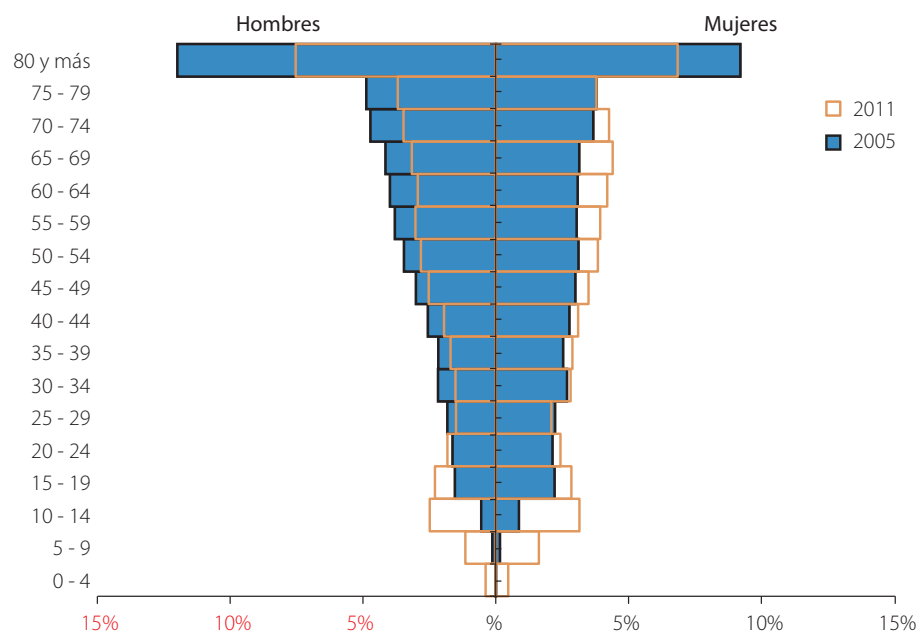
Grupos de edad

La estructura poblacional de las personas con discapacidad resulta invertida ante cualquier pirámide poblacional, dado que la población de 80 años y más cobró un mayor peso relativo, para ambos años (superior al 8%). En el 2005, el 12% de los registros fue en hombres y el 9% en mujeres, y para el 2011, el 8% fue en hombres y el 7%

en mujeres (ver Figura 18). El índice de vejez disminuyó, pasando de 45 en el 2005 a 37 en el 2011 por cada 100 personas⁸. A su vez, el índice de masculinidad presentó un comportamiento igualmente descendente, en el 2005 de 110 hombres y en el 2011 de 78 por cada 100 mujeres que fueron registrados con discapacidad.

Resulta relevante destacar que en el 2005, de cada 100 personas en condición de discapacidad, 2 correspondían a la población menor de 15 años, mientras que para el 2011 el número aumentó a 9 personas.

FIGURA 18. Pirámide poblacional de las personas con discapacidad. Colombia 2005 y 2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de Discapacidad basado en el *Registro de caracterización y localización de personas en condición de discapacidad*. Datos a 31 de octubre de 2012.

⁸ Índice de vejez entendido como la relación entre personas mayores de 65 años y más sobre el total de población.



Distribución territorial

Uno de los enfoques utilizados con mayor fuerza es el enfoque territorial. El cual debe llevar a estrategias que superen las metas sectoriales y a abordar la integralidad de las múltiples variables que conforman un proyecto de sociedad más participativa y corresponsable en la gestión de su propio desarrollo (Universidad de los Andes, s.f). En esta medida, es necesario supeditar los objetivos sectoriales a propósitos de desarrollo humano, dentro de los cuales se busca una sociedad incluyente, particularmente hacia las personas con discapacidad (Universidad de los Andes, s.f). Es así como resulta necesario el análisis de la información para orientar las políticas sanitarias a través del enfoque territorial.

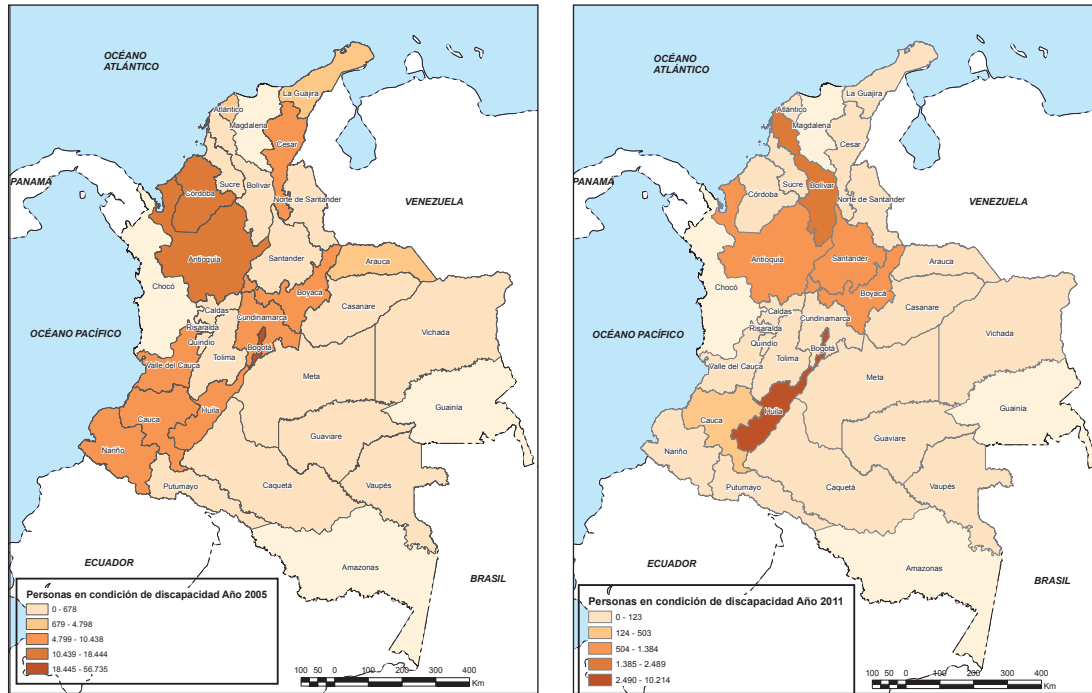
Por lo anterior, en el Mapa 4 se ilustra la distribución de las personas con discapacidad en el territorio colombiano para los años 2005 y 2011. Según el Mapa, para el 2005 las entidades territoriales de Bogotá, Antioquia y Córdoba aportaron el 56,6% (92.137) del total de población registrada; y para el 2011, Huila, Bogotá y Bolívar participaron con el 81,5% (19.923). Sin embargo, en el 2011 hubo 138.221 registros menos que en el 2005.

Población con discapacidad según grupos étnicos

Reconocer la concreción de los derechos de las personas en condición de discapacidad que se consideran como parte de algún grupo étnico, para ponerlos en una situación de igualdad, implica, en primer lugar, contar con información sistemática, oportuna y de calidad (CEPAL, 2010). El registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad brinda un acercamiento a los datos relacionados con la etnicidad. Consecuentemente, de las 162.665 personas que se registraron en el año 2005 con discapacidad, el 46,4% (75.415) se autorreconoció como parte de algún grupo étnico, y de las 24.444 personas que se registraron en el 2011, se autorreconoció el 41,5% (10.139). Las "otras etnias" y los "indígenas" se encuentran dentro de los grupos étnicos con mayores registros de personas con discapacidad. No obstante, el registro de personas que se autorreconocen como indígenas disminuyó en un 60% en el 2011, al compararlo con el año 2005 (ver Tabla 13).



MAPA 4. Personas con discapacidad, Colombia 2005 y 2011



Fuente: Ministerio de Salud y protección Social, SISPRO, Cubo de Discapacidad basado en el *Registro de caracterización y localización de personas en condición de discapacidad*. Datos a 31 de octubre de 2012. San Andrés y Providencia no registran datos para 2005 ni para 2011.

TABLA 13. Población con discapacidad según grupos étnicos. Colombia 2005 y 2011

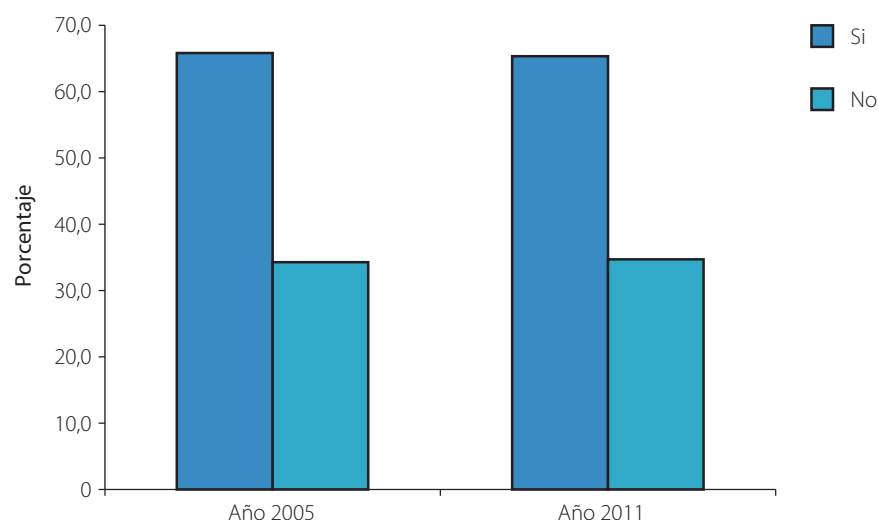
Grupos étnicos	Año 2005		Año 2011	
	Número de personas	%	Número de personas	%
Indígena	1.523	0,94	145	0,59
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	933	0,57	20	0,08
Otras etnias	72.915	44,83	9.969	40,78
Palenquero de San Basilio	12	0,01	0	0,00
Raizal (San Andrés y Providencia)	22	0,01	3	0,01
Rrom (Gitano)	10	0,01	2	0,01
No reportado*	87.250	53,64	14.305	58,52
Total	162.665	100	24.444	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de Discapacidad basado en el *Registro de caracterización y localización de personas en condición de discapacidad*. Datos a 31 de octubre de 2012*. Personas que no se autorreconocen en ningún grupo étnico.

Nivel educativo

Entre los determinantes estructurales que generan estratificación social está la educación. Para la población con discapacidad se logra aproximar este indicador a través de la variable “sabe leer y escribir”. El 65% de la población manifestó saber leer y escribir, comportamiento que se mantuvo durante los dos años registrados. Tan solo menos del 1% de la población no aplicaba para la valoración de esta pregunta, dada su corta edad en ambos años. Resulta fundamental abordar a ese 34% de personas que refirieron no saber leer ni escribir, dado que la educación aumenta la calidad de la fuerza de trabajo, y por lo tanto el bienestar personal, social y económico (OCDE, 2007) (ver Figura 19).

**FIGURA 19. Población con discapacidad que sabe leer y escribir.
Colombia 2005 y 2011**



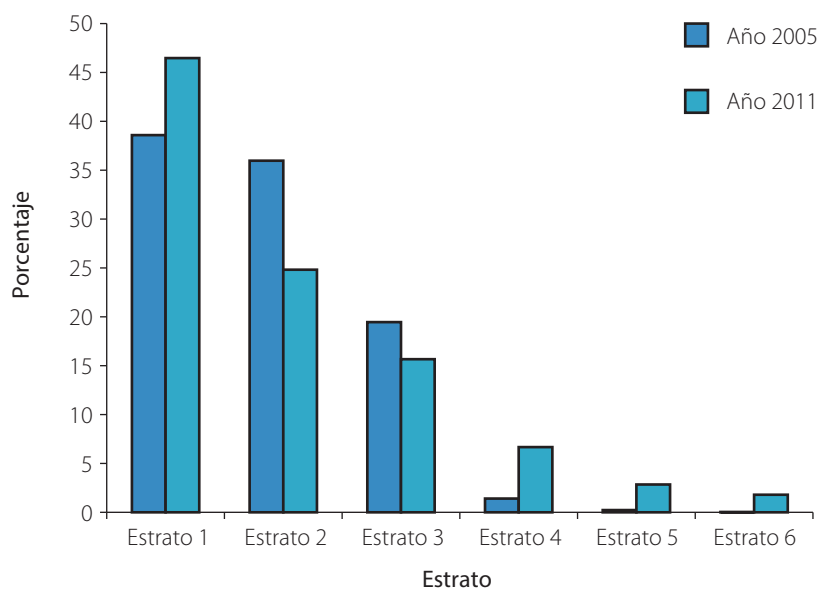
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de Discapacidad basado en el *Registro de caracterización y localización de personas en condición de discapacidad*. Datos a 31 de octubre de 2012.

Estrato socioeconómico

La clase social es considerada un determinante estructural, y puede indentificarse por medio del estrato social. En Colombia, la estratificación socioeconómica está definida como “una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos” (DANE, 2013). Por consiguiente, el diseño de viviendas y la planificación de la infraestructura que tienen en cuenta la salud y el bienestar (por ejemplo, aislamiento, ventilación, espacios públicos, recolección de residuos) hacen que la comunidad participe, mejore la cohesión social y se acreciente el apoyo a los proyectos de desarrollo (OMS, 2011). Estos ejemplos de política integran un enfoque basado en los determinantes sociales, los cuales deben ser aplicados a la población, y con especial énfasis a la población en condición de discapacidad (República de Colombia, Ley 142 de 1994). De acuerdo con los registros de personas con discapacidad, se evidencia que el grupo de personas residentes en los estratos 1, 2 y 3 cobra mayor

peso relativo, alcanzando el 94% (152.870) del total de la población, a diferencia de los estratos altos, en los cuales se aloja el 6%.

FIGURA 20. Población con discapacidad según estrato socioeconómico. Colombia 2005 y 2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de Discapacidad basado en el *Registro de caracterización y localización de personas en condición de discapacidad*. Datos a 31 de octubre de 2012.

Dado que los determinantes estructurales no generan directamente inequidades, es necesario tener en cuenta otros determinantes, que han sido calificados como intermedios. El sistema de salud, como determinante intermedio, tiene la capacidad de producir salud, visualizado a través de las diferencias en la vulnerabilidad, en la exposición y en las consecuencias de la enfermedad (OMS, 2007). A su vez, dentro de la exposición se ubica la prestación de los servicios sanitarios, brindados de acuerdo con el tipo de régimen al que pertenecen. Entre la población con discapacidad, de las 162.665 personas registradas en el 2005, el 90,4%, es decir 146.758, se encuentra

en la base del Registro Único de Afiliación RUAF, cuyo peso relativo se mantuvo para el 2011, con un 88,9% (21.752)⁹. El tipo de régimen más frecuente en la población con discapacidad es el subsidiado, para ambos años, superando el 65%. Esta información concuerda cuando se compara con el estrato socioeconómico, dado que más del 70% de la población con discapacidad se ubica en los estratos 1 y 2; el régimen subsidiado es entendido como el régimen a través del cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado (SDS, 2012).

TABLA 14. Población con discapacidad según tipo de régimen. Colombia 2005 y 2011

Tipo de Régimen	Año 2005		Año 2011	
	Número de personas	%	Número de personas	%
Contributivo	48.822	33,27	7.378	33,92
Excepción	475	0,32	163	0,75
Subsidiado	97.461	66,41	14.211	65,33
Total	146.758	100	21.752	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de Discapacidad basado en el *Registro de caracterización y localización de personas en condición de discapacidad*. Datos a 31 de octubre de 2012.

Factores fisiológicos

Los factores fisiológicos se ubican como determinantes intermedios, pues contribuyen a generar o no equidad en salud cuando sufren alguna alteración. Los factores fisiológicos se logran evidenciar por medio de la descripción del tipo de alteraciones que presentan, y contribuyen al direccionamiento de las acciones no solo en la prevención sino en la promoción de la salud. En Colombia se identifica “el movimiento

- 9 El RUAF es un sistema que tiene como componente principal una base de datos única, donde se almacena la información de la población afiliada al SGSSS. Cuenta con una serie de aplicaciones que le permiten al Ministerio de la Protección Social disponer de una herramienta fundamental para la planeación y la definición de políticas.

del cuerpo, manos, brazos, piernas” como la alteración fisiológica más frecuente, con un 22,2% en el 2005 y un 30,8% en 2011¹⁰. El sistema nervioso y los ojos ocupan el segundo y tercer lugar en el tipo de alteraciones más frecuentes para ambos años (ver Tabla 15).

TABLA 15. Población con discapacidad según tipo de alteraciones. Colombia 2005 y 2011

Tipo de alteraciones	Año 2005		Año 2011	
	Número de personas	%	Número de personas	%
Movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	84.166	22,20	15.334	30,38
Sistema nervioso	68.976	18,20	8.629	17,10
Ojos	69.124	18,23	7.331	14,52
Sistema cardio-respiratorio y defensas	49.070	12,94	4.780	9,47
Oídos	31.872	8,41	4.209	8,34
Voz y habla	27.302	7,20	4.748	9,41
Digestión, metabolismo, hormonas	24.706	6,52	2.587	5,13
Sistema genital y reproductivo	12.635	3,33	1.712	3,39
Piel	6.745	1,78	684	1,36
Otros órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	4.493	1,19	458	0,91

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de Discapacidad basado en el *Registro de caracterización y localización de personas en condición de discapacidad*. Datos a 31 de octubre de 2012.

¹⁰ Una persona puede identificarse con más de un tipo de alteración, por lo tanto los totales no corresponden al número de personas, sino a la alteración o alteraciones que una persona presenta.







4

4 VIOLENCIA

Desplazamiento

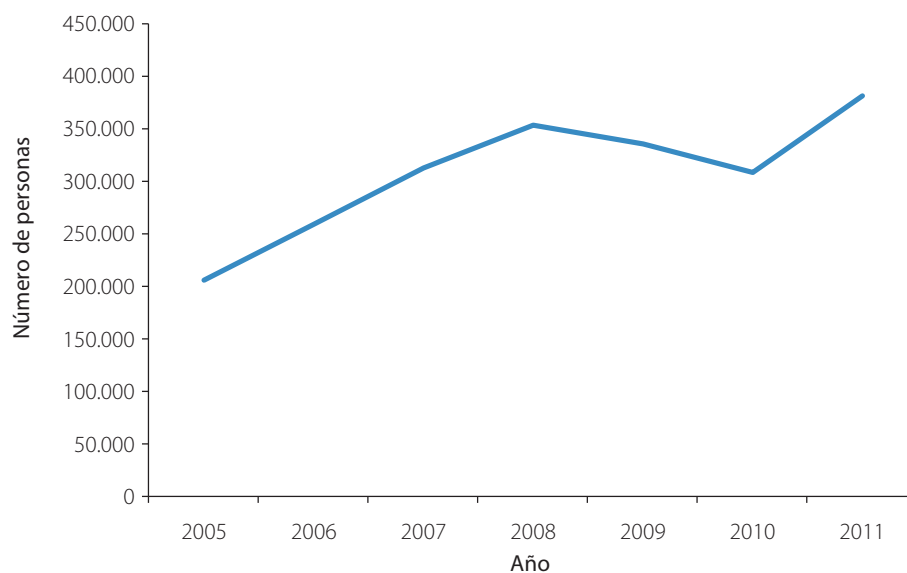
En Colombia, la Ley 387 de 1997 definió como población desplazada a “toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público” (República de Colombia, 1997).

Con independencia de las diversas situaciones que pueden originar el desplazamiento, la población desplazada se desliga de su territorio, de su entorno social, de las actividades económicas que le son propias, ingresando así en un estado de exclusión, dado que resulta compleja y tardía la reivindicación de sus derechos en un territorio ajeno. En el año 2011 se registraron en Colombia 381.379 personas desplazadas en el Sistema de Información de Población Desplazada SIPOD; y en el 2005 se registraron 205.826. Este registro tiene como objetivo contar con información de la población, actualizada según sus características y especificidades, para poder brindarle una atención integral por parte del Departamento para la Prosperidad Social



y otras entidades estatales¹¹. Los datos obtenidos a través del registro muestran un incremento de 175.553 personas en situación de desplazamiento a lo largo de los últimos seis años (ver Figura 21).

FIGURA 21. Población registrada en situación de desplazamiento. Colombia 2005 a 2012



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO. Sistema de Información de Población Desplazada SIPOD, 2005 a 2012.

¹¹ De acuerdo con el Departamento para la Prosperidad Social, el registro permite identificar a la población y observar la evolución de su situación en todas las fases de atención; el Registro Único de Población Desplazada RUPD, utiliza el Sistema de Información de Población Desplazada SIPOD.



Grupos de edad

Un aspecto destacado de los cambios demográficos observados es la reestructuración etaria de la población desplazada. En la pirámide poblacional se evidencian las profundas transformaciones en la estructura por edades de esta población. Se observa un incremento de tres veces de la población menor de 9 años para el 2011, comparada con el 2005, pasando de 27.026 a 83.586. Sumado a esto, el índice de infancia indica que, en el año 2005, de cada 100 personas, 28 correspondían a población menor de 14 años, mientras para el 2011 este grupo poblacional fue de 35 personas.

En la población desplazada se observa una disminución en el índice de envejecimiento, en donde para el año 2005 de cada 100 personas 18 correspondían a población de 65 años y más, mientras para el 2011, correspondían a ese grupo etario 14 personas. Ahora bien, resulta preocupante observar que la proporción de personas de 0 a 14 años, y la de los mayores de 65 años, en relación con la población económicamente activa (de 15 a 64 años) se ha incrementado, a expensas de la población menor de 15 años. Es decir, para cada 100 personas de 15 a 64 años en el 2005, había 49 personas menores de 15 años o mayores de 65 años (llamados dependientes), mientras que para el año 2011 este grupo se incrementó a 65 personas. En conclusión, el índice de dependencia en la población desplazada ha aumentado 1,3 veces más para el año 2011, dado el incremento de la población menor de 15 años (ver Figura 22).

Distribución territorial

El territorio juega un papel importante en los análisis de la población, y más aún en el caso de la población desplazada, dado que la migración es una situación que genera demandas importantes en el individuo como sujeto de derechos, en la comunidad y en el entorno social. De ahí que deba analizarse el lugar expulsor y receptor de esta población. En el 2005, los departamentos expulsores de mayor número de desplazados fueron Antioquia (16,7%), Bolívar (7,2%) y Meta (6,6%). De tal forma que Antioquia expulsó 2,3 veces más personas que Bolívar y 2,5 más que Meta. A diferencia de

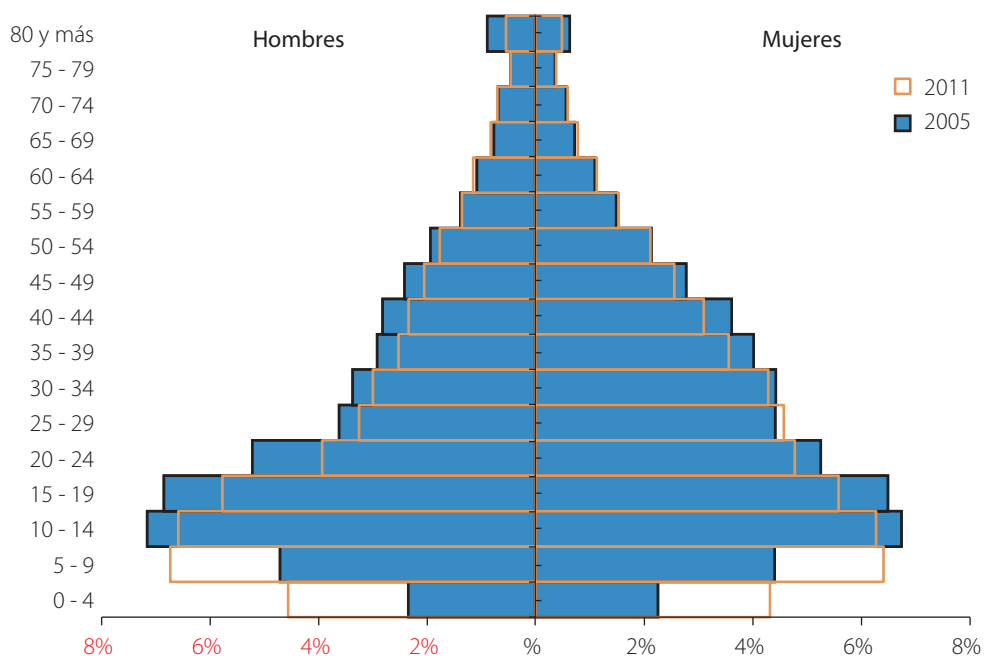


Amazonas, Vaupés y Bogotá, los cuales no alcanzaron un peso relativo de 0,6% (ver Mapa 5).

En el 2011, Antioquia continuó siendo el departamento que más expulsó población en Colombia, con un 25,5% (97.116 personas); es decir, 2,83 veces más que en el 2005. Dentro del 20% de las entidades territoriales que expulsaron menos de 1.155 personas, se ubicaron San Andrés y Providencia, Amazonas, Bogotá y Vaupés, cuyo peso relativo fue menos de 0,2%.

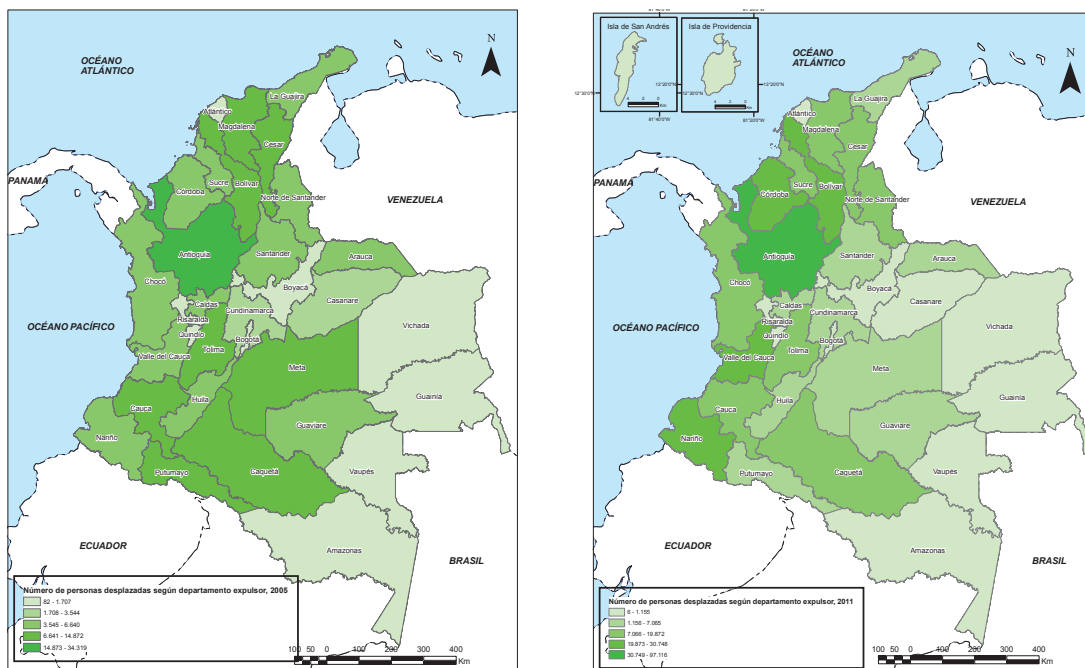
Toda persona que haya sido desplazada debe declarar los hechos de desplazamiento ante las oficinas de la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y

FIGURA 22. Pirámide poblacional de personas en situación de desplazamiento. Colombia 2005 y 2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO. Sistema de Información de Población Desplazada SIPOD, 2005 a 2011.

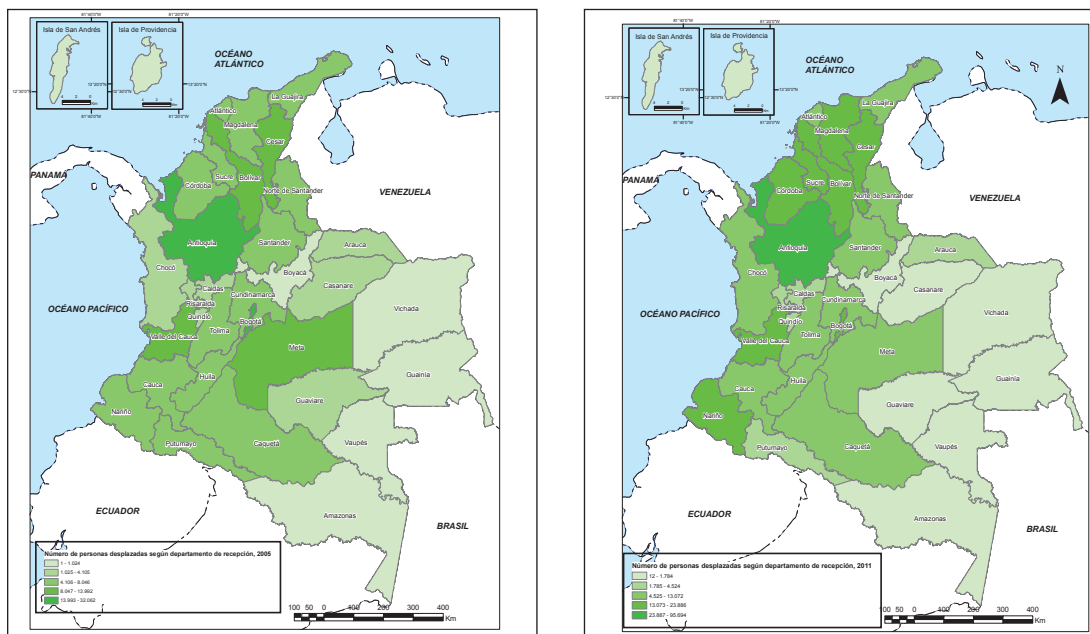
MAPA 5. Personas en situación de desplazamiento según departamento expulsor. Colombia 2005 y 2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO. Sistema de Información de Población Desplazada SIPOD, 2005 a 2011. San Andrés y Providencia no registran datos para el año 2005.

las Personerías, las cuales deben presentarse dentro del año siguiente a la ocurrencia de los hechos que dieron lugar al desplazamiento (MSPS, 2012). Esta información se ve incluida dentro del SIPOD y permite contar con información no solo del lugar expulsor sino además del receptor. Por lo tanto, para el 2005, de las 205.826 personas desplazadas, el 15,6% (32.062) llegó a Antioquia, el 11,3% (23.187) a Bogotá y el 6,8% (13.992) a Meta. Por el contrario, dentro del 20% de los departamentos que recibieron menos de 1.024 personas estuvieron San Andrés, Amazonas, Vaupés, Vichada, Guai-nía y Boyacá (ver Mapa 6).

MAPA 6. Personas en situación de desplazamiento según departamento receptor. Colombia 2005 y 2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO. Sistema de Información de Población Desplazada SIPOD, 2005 a 2011.

Población desplazada según grupos étnicos

Dentro de las variables que se consignan en el registro, se encuentra la pertenencia étnica. Se aprecia que el 2,5% de la población, es decir 5.143 personas, se autorreconocieron en el 2005 como parte del grupo étnico negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, ocupando el segundo lugar, seguido de otras etnias con un 62,6% (128.981). Para el 2011, se mantuvo el mismo comportamiento, ocupando el primer lugar en el registro las personas que declararon ser desplazadas en Colombia y que se autorreconocieron como de otras etnias y del grupo étnico negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente (44,9% y 4,7% respectivamente). Se puede concluir que para el 2011 se incrementó en 1,8 veces más la población desplazada autorreconocida

como del grupo negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente. Por el contrario, la población Rom disminuyó alrededor de 2,4 veces en el 2011 (ver Tabla 16).

TABLA 16. Población en situación de desplazamiento según grupos étnicos. Colombia 2005 y 2011

Grupos étnicos	Año 2005		Año 2011	
	Número de personas	%	Número de personas	%
Indígena	3.746	1,82	5.612	1,47
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	5.143	2,50	17.917	4,70
Otras etnias	128.981	62,67	171.239	44,90
Palenquero de San Basilio	14	0,01	44	0,01
Raizal (San Andrés y Providencia)	94	0,05	92	0,02
Rom (Gitano)	372	0,18	284	0,07
No informa	57	0,03	46	0,01
No reportado	67.418	32,75	186.144	48,81
No definido	1	0,00	1	0,00
Total	205.826	100	381.379	100

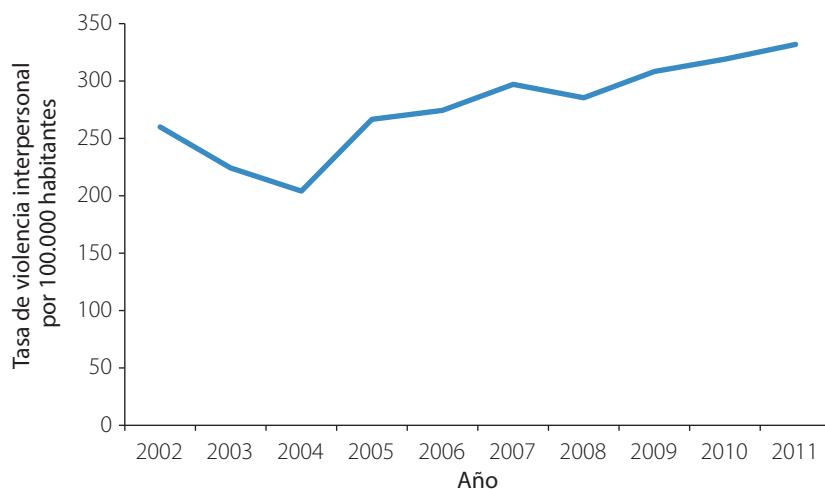
Fuente: Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO. Sistema de Información de Población Desplazada SIPOD, 2005 a 2011.

Violencia interpersonal

La violencia interpersonal se define como “el fenómeno de agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño al cuerpo o a la salud de la víctima, y no la muerte, cuyo ejecutante no es un familiar en grado consanguíneo o de afinidad del agredido, y que excluye los casos de transporte” (INML y CF, 2011). Por lo tanto, se presume “la existencia de un conflicto entre dos o más partes (que no comparten una unidad doméstica) que no logran determinar al otro como un interlocutor válido y, por ende, no le significan como sujeto dialógicamente posible en discurso conciliador, generándose, entonces, una relación asimétrica que se resuelve en tratar la imposición por la fuerza de cada visión interpretativa del mundo de la vida” (INML y CF, 2011).

El comportamiento de la violencia interpersonal en Colombia presenta una tendencia al aumento, especialmente desde el año 2004, pasando de 204 casos en el 2004 a 331 en el año 2011 por cada 100.000 habitantes; es decir, un incremento de 127 casos.

FIGURA 23. Tasa de violencia interpersonal. Colombia 2002-2011



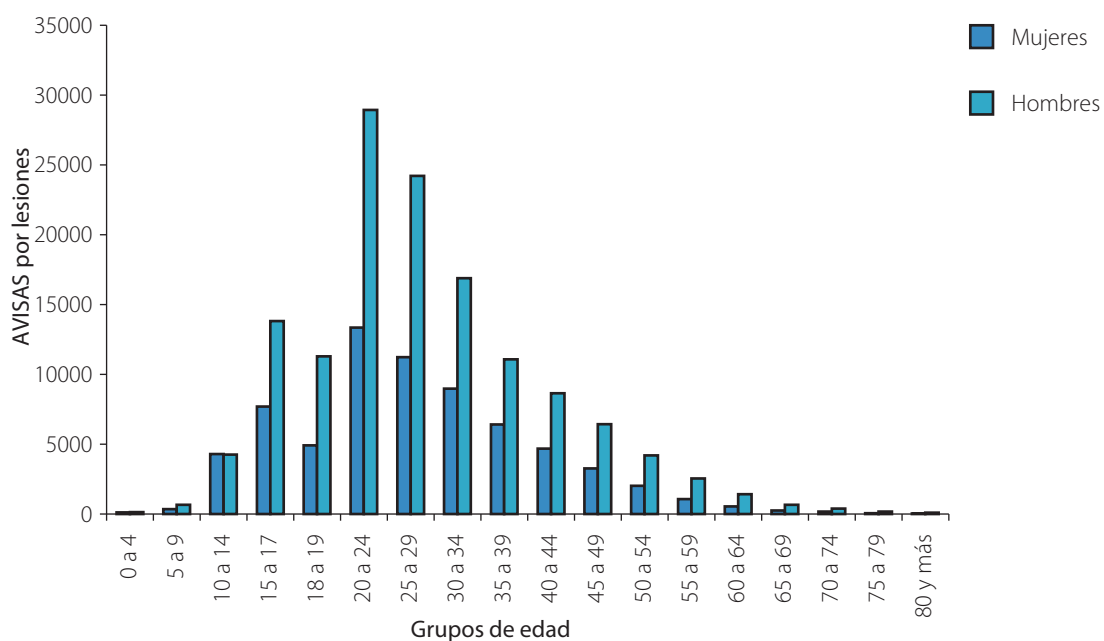
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, INML y CF, *Forensis. Datos para la vida*. 2011.



Para el año 2011, los Años de Vida Saludables AVISAS perdidos por lesiones fueron 205.297, de los cuales 69.461 se generaron en mujeres y 135.836 en hombres. De tal forma, se observan diferencias entre género, presentándose 1.95 veces más casos en los hombres que en las mujeres. Estas diferencias se acentúan en los grupos de edad de 60 a 64 y de 65 a 69 años, registrándose 2,6 veces más casos en los hombres que en las mujeres.

Adicionalmente, se ilustra que en el grupo de edad de 25 a 29 años se perdieron más años de vida saludables por lesiones interpersonales, alcanzando 35.442 años. Sin embargo, resulta sorprendente observar que en los menores de 4 años se pierden 267 años por algún tipo de lesión interpersonal.

FIGURA 24. Años de Vida Saludables perdidos por lesiones distribuidos por género. Colombia 2011



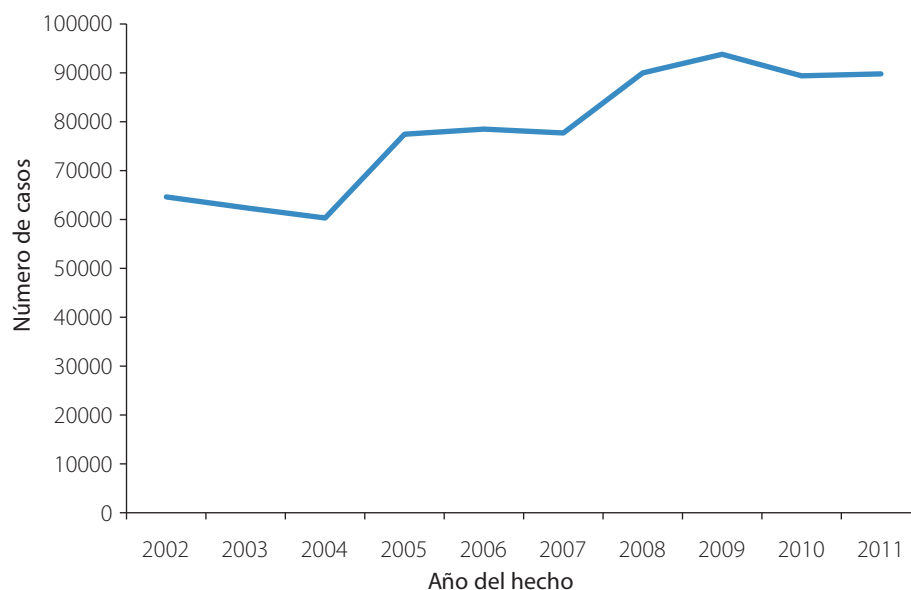
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INML y CF, *Forensis. Datos para la vida*. 2011.



Violencia intrafamiliar

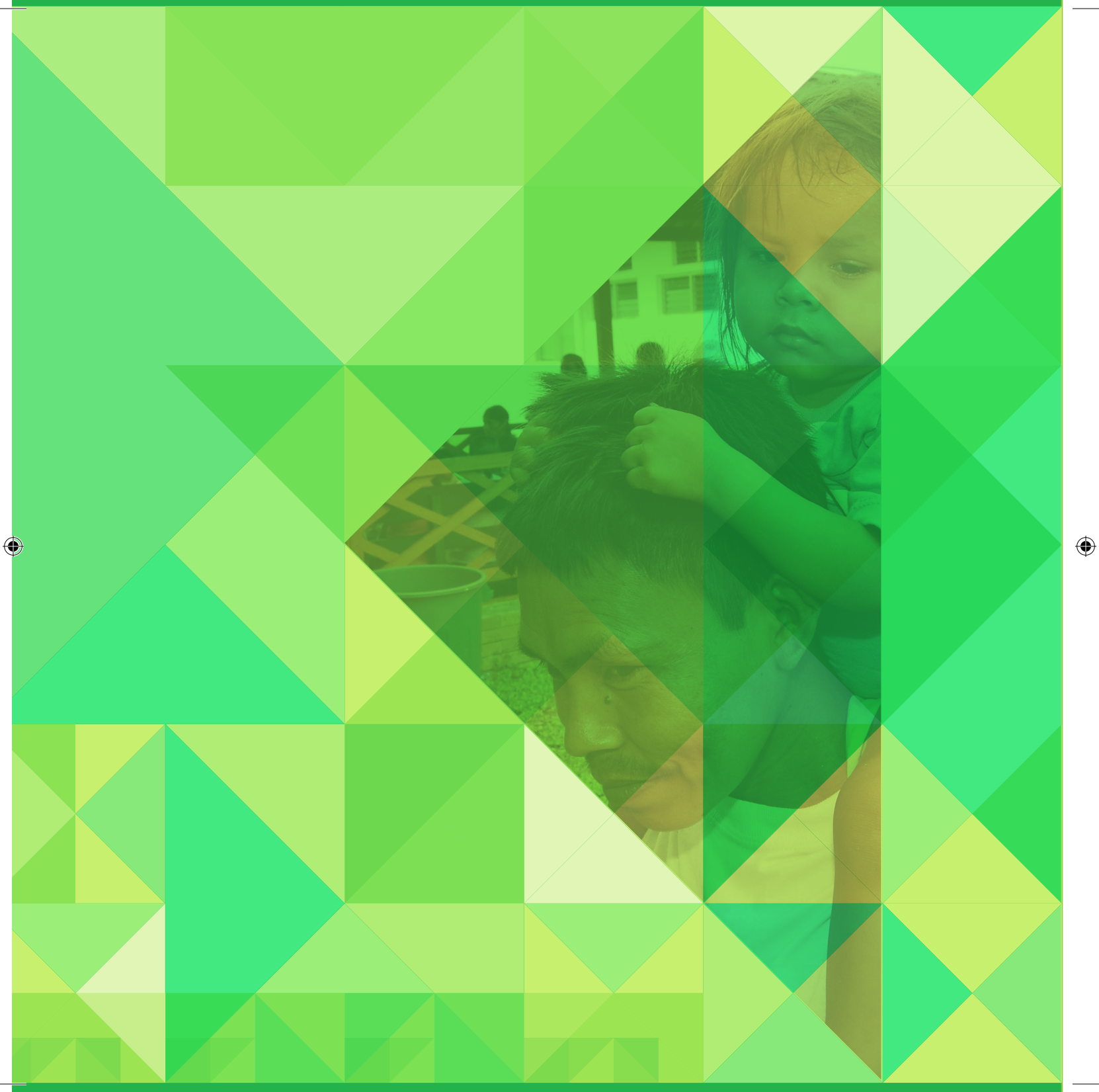
En Colombia, los casos de violencia intrafamiliar han ido en aumento, pasando en el 2002 de 64.619 a 89.807 en el 2011; es decir que se registraron 25.188 casos más. Las tasas de violencia intrafamiliar en niños de 0 a 4 años no presentan diferencias por género, en contraste con las registradas en la población de 5 a 9 años, donde la violencia intrafamiliar es el 23% más alta en los hombres (86,7 por cada 100.000 personas) que en las mujeres (70,3 por cada 100.000 personas). En el grupo de 10 a 14 años esta relación se invierte, dado que es más frecuente en las mujeres (124,3 por cada 100.000 personas) que en los hombres (99,3 por cada 100.000 personas), al igual que en el grupo de 15 a 17 años, en donde se obtuvieron tasas de 183,6 casos en mujeres y 85,5 casos en hombres por cada 100.000 personas.

FIGURA 25. Violencia intrafamiliar según año del hecho. Colombia 2002-2011



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INML y CF, *Forensis. Datos para la vida. 2011.*







5

5 GRUPOS ÉTNICOS

En un Estado Social de Derecho, como Colombia, la visión intercultural debe predominar sobre la visión de un Estado monocultural y etnocéntrico, en beneficio de la democracia, en la cual el ciudadano colombiano indígena, afrodescendiente, raizal, palenquero, gitano y de cualquier otro origen debe ser el sentido y el ser del servicio público (Ministerio de Justicia, 2009).

Con la entrada en vigor de la Constitución Política de 1991 y la adopción de instrumentos internacionales relacionados con grupos étnicos de la Organización Internacional del Trabajo, Colombia ha sido exaltada como uno de los Estados más adelantados en el reconocimiento de los derechos fundamentales individuales y colectivos de los grupos étnicos (Ministerio de Justicia, 2009). Sin embargo, es necesario avanzar en la restitución de los derechos de esta población en los territorios, para lo cual es necesario mostrar el panorama de las dinámicas poblacionales de los grupos étnicos, partiendo de la información generada por el censo 2005 realizado por el DANE.

La población de Colombia para el año 2005 fue de 41'468.384 personas, de las cuales el grupo étnico con peso relativo fue el negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, con un 10%. Los indígenas participaron porcentualmente con el 3,3%, es decir, 3 veces menos que el grupo anterior. Dentro de los grupos con menor peso poblacional se ubicaron la población Rrom (gitano) y raizal (San Andrés y Providencia), que no superan el 1% (ver Tabla 17).



TABLA 17. Distribución de la población por grupos étnicos. Colombia 2005

Grupo étnico	Número de personas	%
Indígena	1.392.623	3,36
Rrom (gitano)	4.857	0,01
Raizal (San Andrés y Providencia)	30.565	0,07
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	4.281.192	10,32
Ninguno	35.759.147	86,23
Total	41.468.384	100

Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.

Distribución étnica y de género

Para el año 2005, la población indígena ilustra una pirámide progresiva, observándose un crecimiento de la población joven, con una base ancha, y una rápida disminución de la población a medida que se acerca a la cima o a la población adulta mayor. La pirámide de la población Rrom y negra presenta una distribución diferente, especialmente en la base, donde se evidencia un estrechamiento en los menores de 15 años, probablemente por el descenso de las tasas de natalidad. La población Rrom disminuye más progresivamente y lentamente hacia la cúspide, quizás por la disminución en la tasa de mortalidad. La pirámide de la población raizal tiende a ser regresiva debido al bajo porcentaje de los menores de 9 años, dadas las posibles tasas de natalidad disminuidas en comparación con la población Rrom y negra.

Los índices de masculinidad (definidos como la proporción de hombres por cada 100 mujeres) pueden reflejar importantes desequilibrios entre los géneros, como resultado del comportamiento diferencial que presentan los fenómenos demográficos básicos y las condiciones sociales de vida que afectan de manera distinta a hombres y mujeres, incluyendo las prácticas culturales que también involucran diferencialmente a cada uno (Álvarez, s.f). Sin embargo, se ha comprobado que en ausencia de graves catástrofes demográficas, tales como epidemias y guerras, la mayor fuente del desequilibrio en los índices de masculinidad se deben a los efectos selectivos de la migración, dependiendo de las razones que acompañen a este fenómeno (Álvarez,



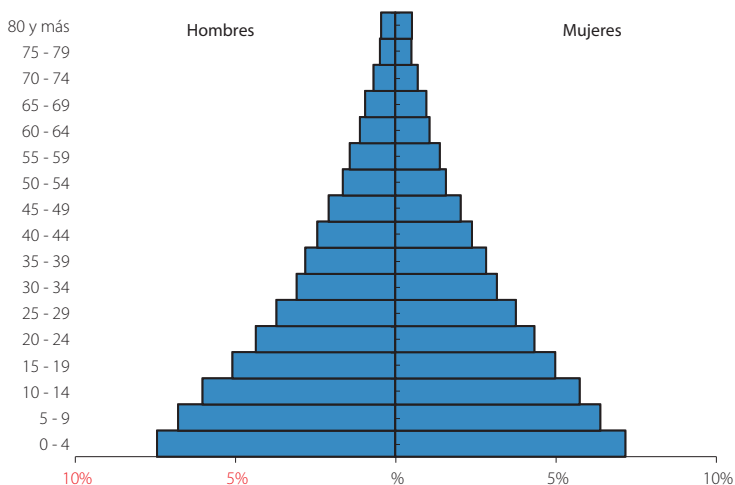
s.f). Al analizar el índice de masculinidad, las brechas por grupos étnicos son evidentes, dado que en el 2005, por cada 100 mujeres había 110 hombres en la población Rrom, a diferencia del grupo étnico negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, en donde existían 98 mujeres, es decir el 11% menos. La población indígena presentó un índice de masculinidad superior para el mismo año, pues por cada 101 hombres había 100 mujeres (ver Figura 27).

La relación niños:mujer también orienta el gasto y el direccionamiento de las políticas nacionales; por lo tanto resulta relevante la revisión por grupos étnicos del número de niños con que cuenta una población por cada 100 mujeres. El grupo étnico con mayor desequilibrio entre la relación niños:mujer es el indígena, entre quienes, para el 2005, por cada 62 niños y niñas menores de 5 años, había 100 mujeres; seguido del grupo étnico negro, mulato, afrocolombiano y afrodescendiente, con 42 menores por cada 100 mujeres.

Como se mencionó anteriormente, el índice de envejecimiento expresa la forma como varía el crecimiento de la población adulta mayor con respecto a la más joven (CELADE, 2011). Este índice está asociado a los niveles de desarrollo económico; adicionalmente, evidencia la posibilidad que la población tiene de vivir más años de vida (CELADE, 2011). En Colombia también hay diferencias entre los grupos étnicos según su situación en el proceso de transición demográfica, según el índice de envejecimiento. Consecuentemente, se observa que la población Rrom y raizal (San Andrés y Providencia) ocupan los primeros lugares en el proceso de envejecimiento, con 22 y 18 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años (respectivamente).

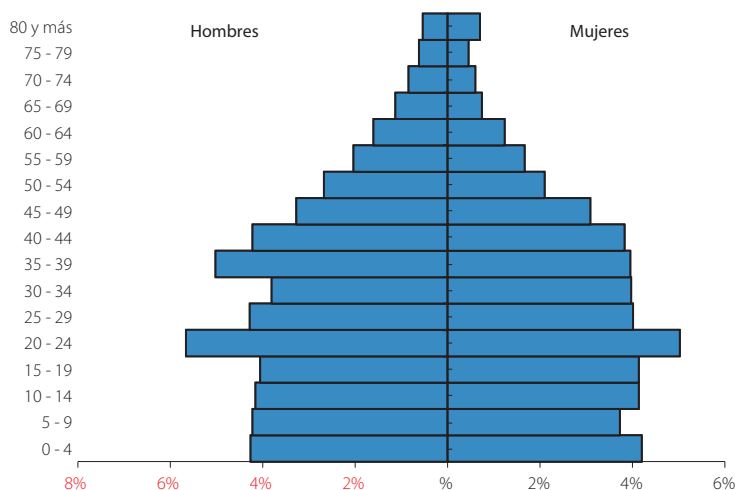


FIGURA 26A. Pirámide poblacional por grupos étnicos. Colombia 2005. Indígenas



Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.

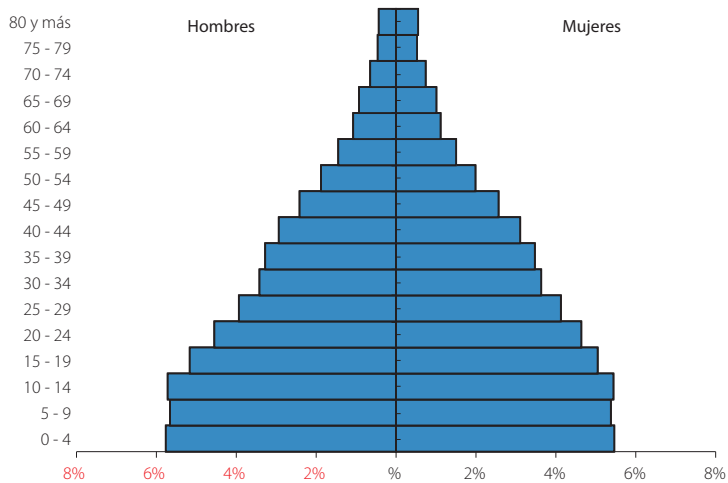
FIGURA 26B. Pirámide poblacional por grupos étnicos. Colombia 2005. Rrom



Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.

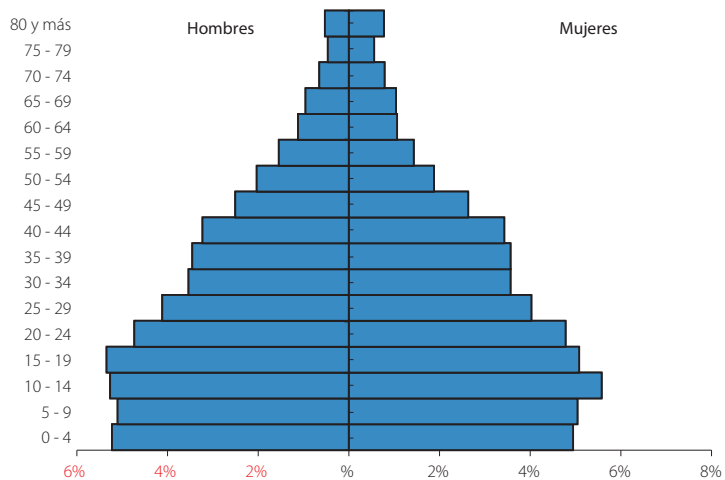


FIGURA 26C. Pirámide poblacional por grupos étnicos. Colombia 2005. Negros



Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.

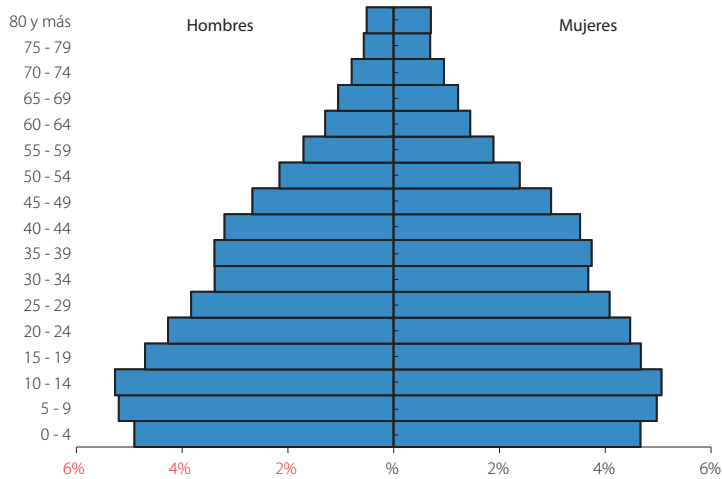
FIGURA 26D. Pirámide poblacional por grupos étnicos. Colombia 2005. Raizales



Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.

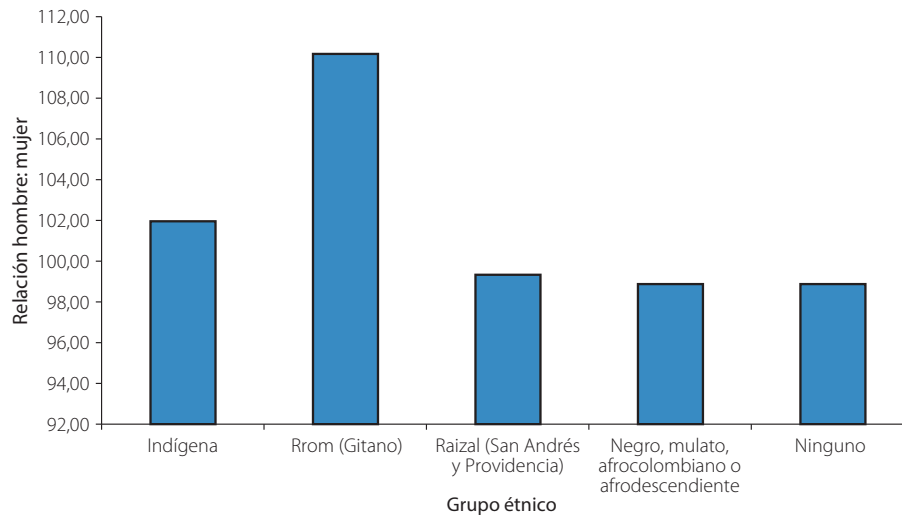


FIGURA 26D. Pirámide poblacional por grupos étnicos. Colombia 2005. Ninguno



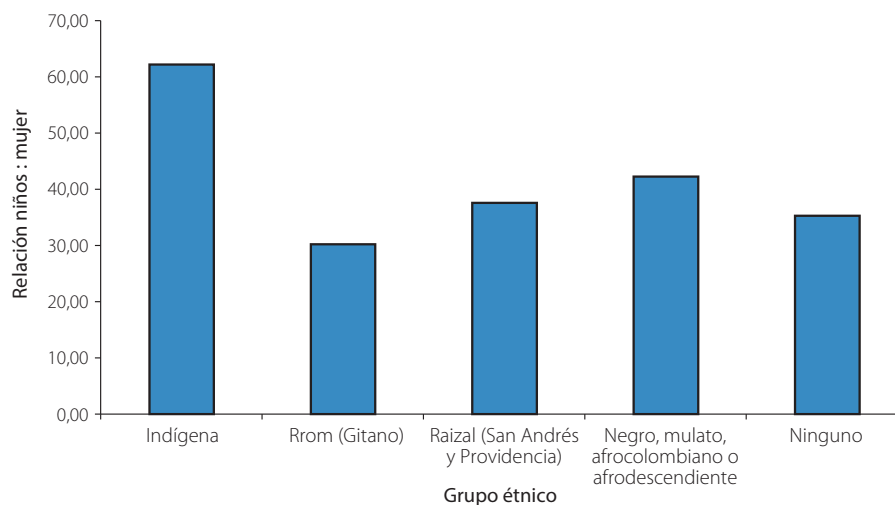
Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.

FIGURA 27. Relación hombre:mujer por grupos étnicos. Colombia 2005



Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.

FIGURA 28. Relación niños:mujer por grupos étnicos. Colombia 2005



Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.

TABLA 18. Índice de envejecimiento por grupos étnicos. Colombia 2005

Grupo étnico	Índice de envejecimiento
Indígena	13,22
Rrom (Gitano)	22,75
Raizal (San Andrés y Providencia)	18,48
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	15,84
Ninguno	21,54

Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.



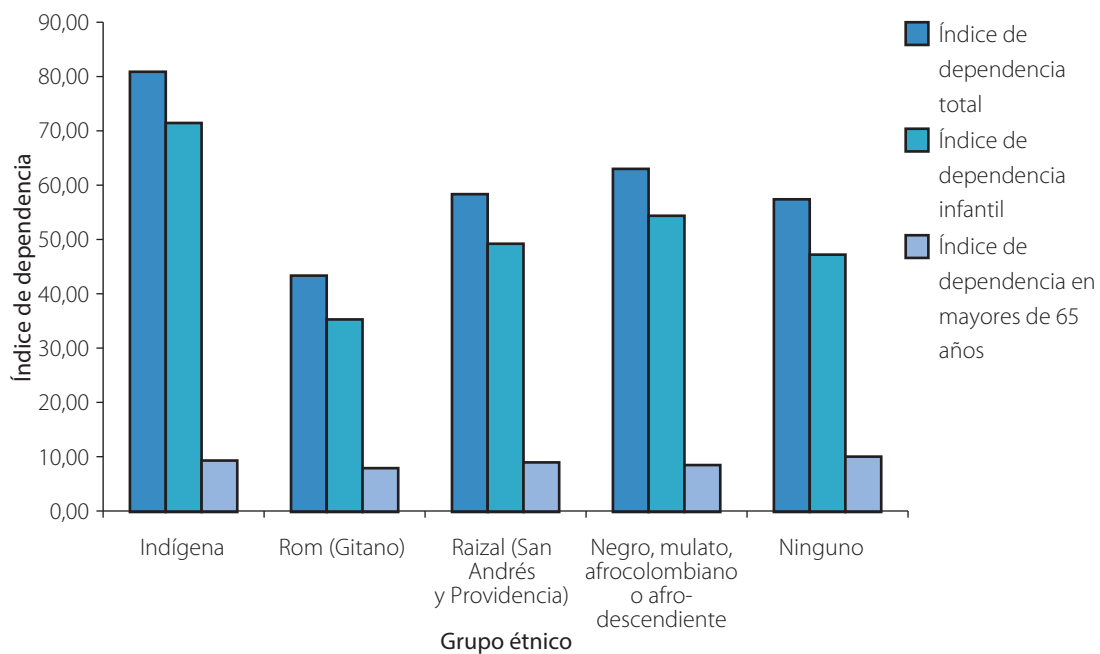
Índice de dependencia

El índice de dependencia también es un importante indicador de los efectos potenciales de los cambios demográficos en el desarrollo socioeconómico (CELADE, 2011).

Se estima que la relación de dependencia es el 40% mayor entre la población indígena que entre la población que manifestó no pertenecer a ningún grupo étnico. Por lo tanto, en el 2005, de cada 100 personas indígenas potencialmente activas, 81 eran inactivas. Adicionalmente, se reconoce que la dependencia en los grupos indígenas obedece a un incremento porcentual de los niños menores de 15 años y no a las personas mayores de 65 años. Por el contrario, la relación de dependencia desciende sustancialmente en la población Rrom, dado que cobra un mayor peso porcentual la población productiva (ver pirámide poblacional Rrom) y disminuyen los inactivos, tanto así, que este grupo étnico es un 32% menos dependiente que las personas que no se reconocieron en ninguno.



FIGURA 29. Índice de dependencia por grupos étnicos. Colombia 2005



Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.



Distribución territorial

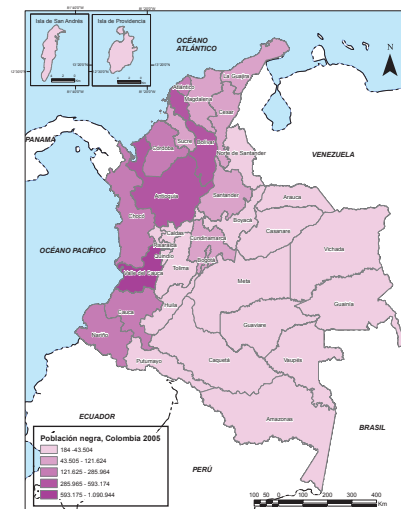
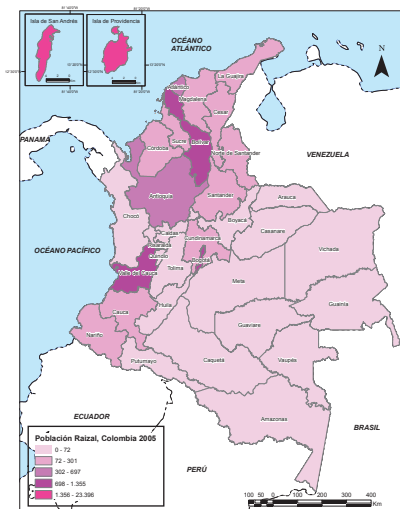
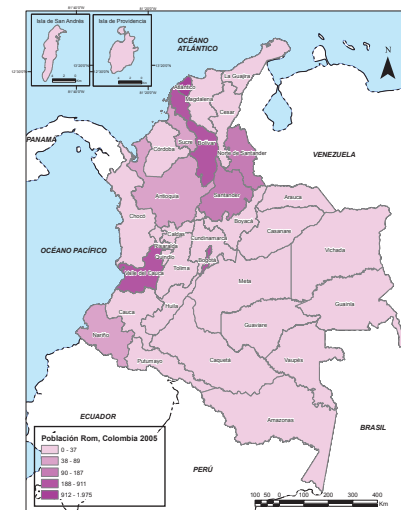
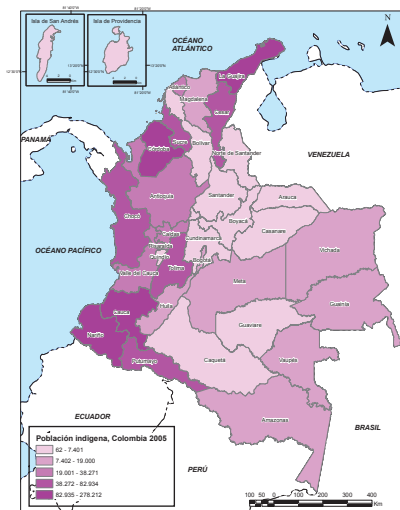
En el año 2005, se censaron 5'709.237 personas que se autorreconocieron en algún grupo étnico. La población indígena contó con participación en todas las entidades territoriales, en donde los departamentos de La Guajira, Cauca, Nariño, Córdoba y Sucre se ubicaron en el quintil superior (quintil 5), con más de 82.935 personas. La población Rrom se ubicó principalmente en las entidades territoriales de Atlántico (quintil 5-superior), Bolívar, Valle del Cauca y Bogotá (quintil 4). Sin embargo, en ocho de las 36 entidades territoriales no se autorreconoció ninguna persona como Rrom: Amazonas, Arauca, San Andrés, Caldas, Guainía, Guaviare, Putumayo y Vichada. El 76,5% (23.396) de la población raizal se ubicó en San Andrés, Providencia y Santa Catalina, seguidos de Bogotá, con un peso relativo del 4,4% (1.355). Por el contrario, Guaviare y Vaupés no registraron ninguna persona raizal como residente. Por último, el 25,5% (1'090.944) de la población negra residía al momento del censo en el Valle del Cauca, en segundo lugar en Antioquia y en tercer lugar en Bolívar, con el 13,9% (593.174) y el 11,6% (496.342) de la población, respectivamente.

Mortalidad

En el periodo que va de 2008 a 2010, en la población indígena, las enfermedades del sistema circulatorio cobraron un peso relativo de entre el 25 y el 23% dentro de las grandes causas de mortalidad, ubicándose como la primera causa que originó defunciones entre dicha población. A continuación están las causas externas, que se incrementaron en un 11% para el 2010.

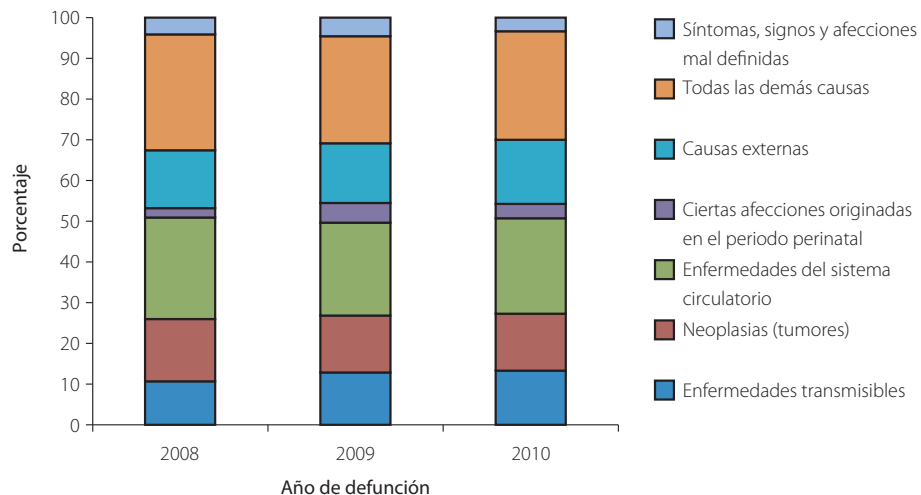
Entre la población Rrom, las enfermedades del sistema circulatorio se incrementaron 2,29 veces más en el 2010, pasando de 57 muertes (en 2008) a 131 (en 2010), ocupando de este modo el primer lugar entre las causas de defunciones. En contraste, las causas externas disminuyeron en un 40%, al igual que las causas denominadas como ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (3,2 veces menos), como se ilustra en la Figura 31. En general, la mortalidad en este grupo étnico aumentó en un 37%, de modo que fallecieron 329 personas en el 2008 y 451 en el 2010.

MAPA 7. Población según grupos étnicos, Colombia 2005



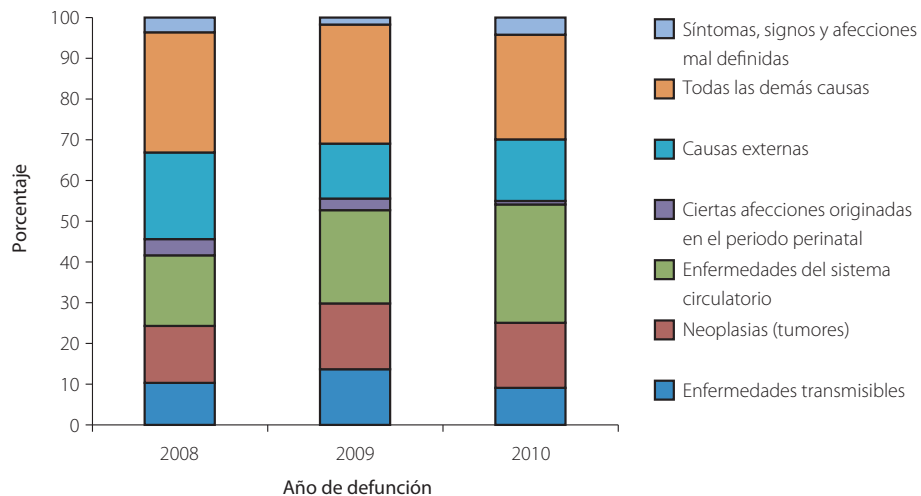
Fuente: DANE, Infraestructura Colombiana de Datos, Censo 2005.

FIGURA 30. Mortalidad general según grandes causas, en la población indígena. Colombia 2008-2010



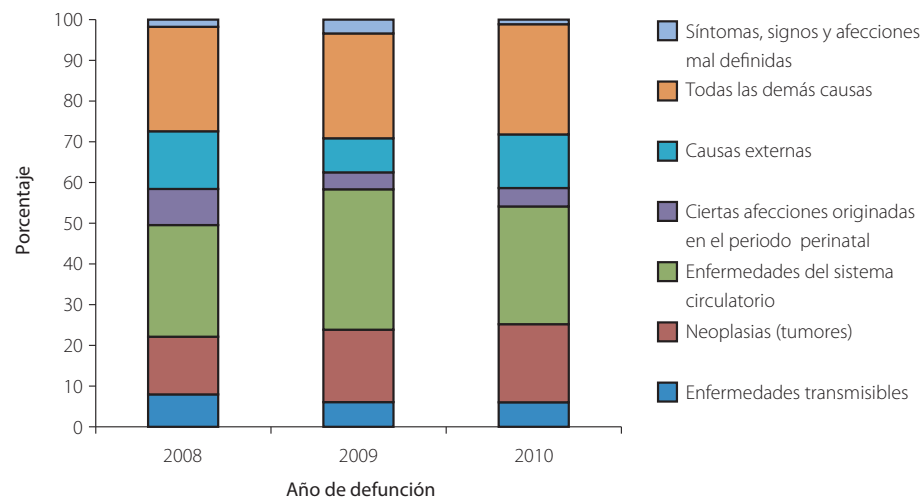
Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2008 a 2010.

FIGURA 31. Mortalidad general según grandes causas, en la población Rrom (gitano). Colombia 2008-2010



Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2008 a 2010.

FIGURA 32. Mortalidad general según grandes causas, en la población raizal (San Andrés y Providencia). Colombia 2008-2010

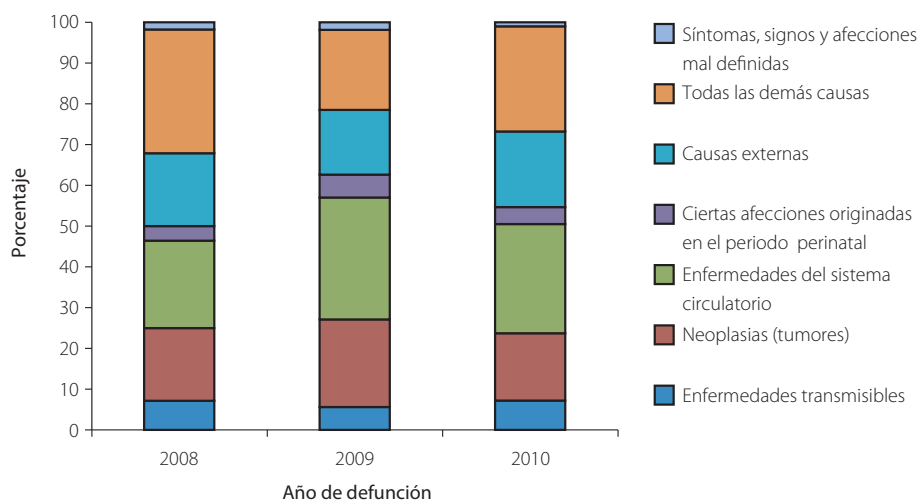


Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2008 a 2010.

Entre la población raizal se mantiene la tendencia a que las causas más frecuentes de mortalidad sean las enfermedades del sistema circulatorio. No obstante, resulta relevante observar el incremento de las neoplasias (tumores) en 3,1 veces, que corresponde al paso de 16 muertes (en 2008) a 51 (en 2010). En general, en este grupo étnico se incrementaron 2,3 veces los casos de mortalidad, pasando de 113 en el 2008 a 266 en el 2010.

En el año 2008, entre la población palenquera se presentaron 56 muertes, y 97 en el 2010, es decir, 1,7 veces más que para el último año. Las enfermedades del sistema circulatorio oscilaron entre el 21% y el 30% de las causas de mortalidad, cobrando el mayor peso porcentual a lo largo de los tres años. El comportamiento de las neoplasias se mantuvo en todos los grupos étnicos, aportando alrededor del 16% del total de muertes para el año 2010. En este mismo año se incrementaron en un 46% los casos de mortalidad por causas externas entre la población palenquera, en relación con la población raizal; en un 26% en relación con la población Rrom; y en un 18% en relación con los indígenas.

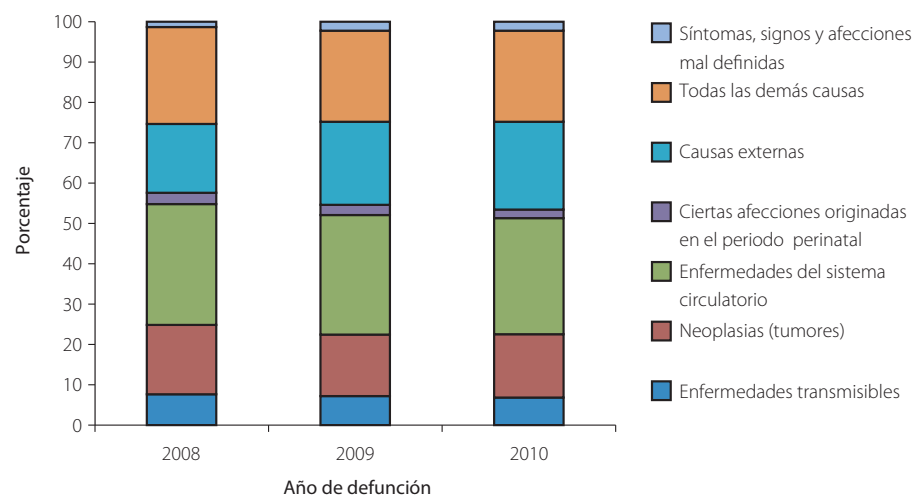
FIGURA 33. Mortalidad general según grandes causas, en la población palenquera (Palenque de San Basilio). Colombia 2008-2010



Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2008 a 2010.

Entre la población negra se presentaron 5.858 muertes más en el año 2010 que en el 2008, es decir que hubo un incremento del 77%. Dentro de las tres primeras grandes causas de mortalidad (lista 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud) se ubicaron las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y las neoplasias, para los tres años ilustrados en la Figura 34. Al comparar las defunciones causadas por ciertas afecciones del periodo perinatal en el 2010, con los otros grupos étnicos, se obtuvo 2 veces menos que entre la población palenquera y 2,5 veces menos que entre la raizal.

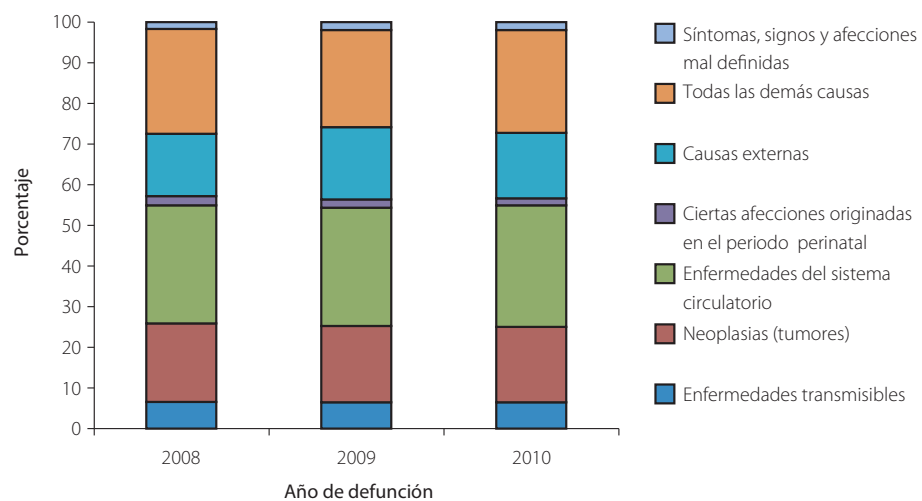
FIGURA 34. Mortalidad general según grandes causas, en el grupo étnico negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente. Colombia 2008-2010.



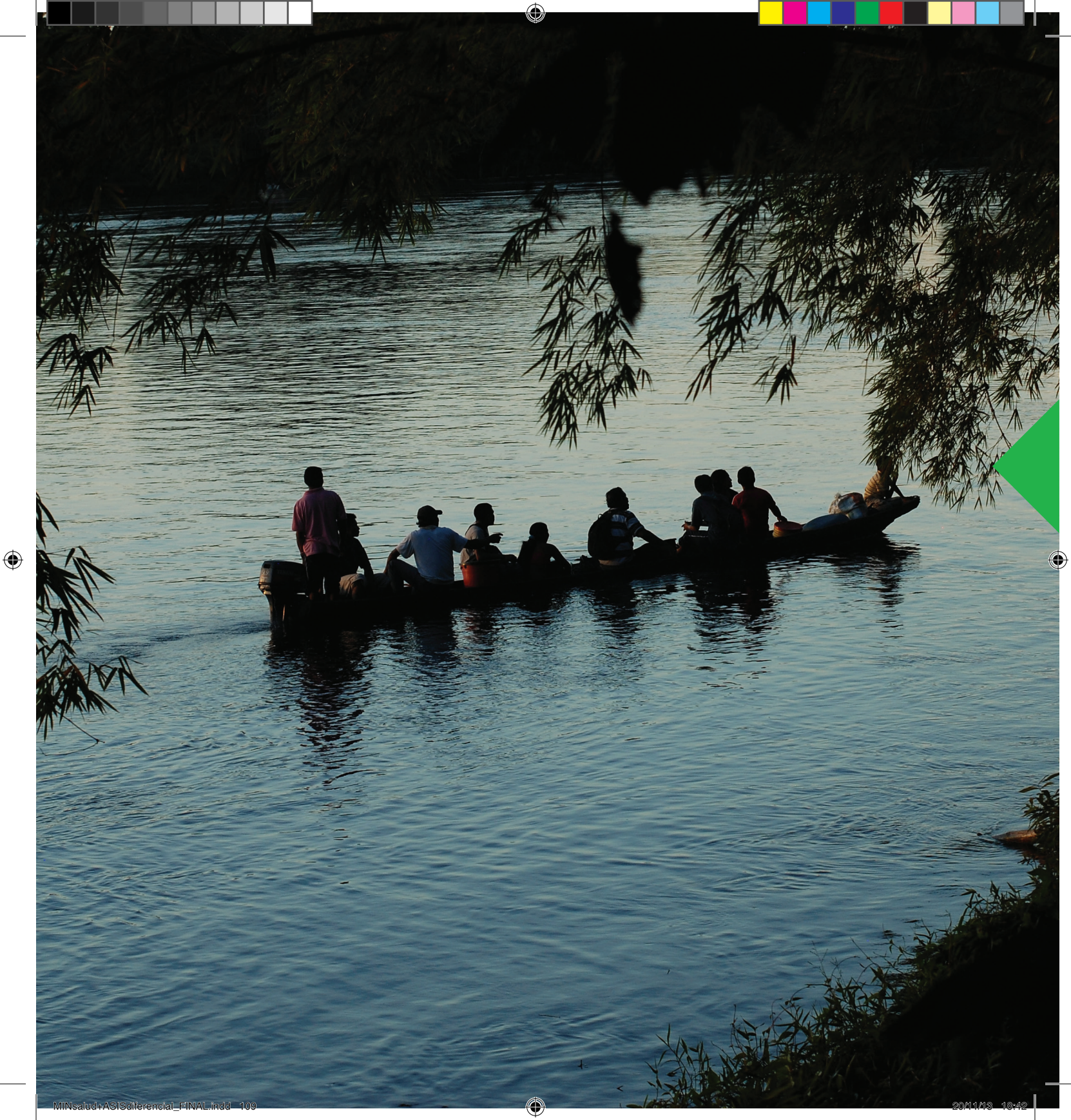
Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2008 a 2010.

La población que no se reconoció como parte de ningún grupo étnico presentó el 85% más muertes en el año 2010 que en el 2008; es así como pasó de 91.344 a 169.744. No obstante, el comportamiento de las causas de mortalidad se mantuvo, siendo las enfermedades del sistema circulatorio las que ocuparon el primer lugar, y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, el último.

FIGURA 35. Mortalidad general según grandes causas, en la población que no se reconoció en ningún grupo étnico. Colombia 2008-2010



Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, Cubo EEVV-SISPRO, 2008 a 2010.





6 ENFERMEDADES RARAS

A partir del año 2010, Colombia reconoce las enfermedades raras¹² como de especial interés, a través de la Ley 1392, por la cual se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades raras y a sus cuidadores (República de Colombia, Ley 1392 de 2010).

Al revisar las diferentes fuentes de información, se obtuvieron datos exclusivamente sobre mucopolisacaridosis, a partir de los RIPS que se encuentran dispuestos en el SISPRO, los cuales se presentan a continuación.

En el año 2009 se registraron 644 personas atendidas con diagnósticos de mucopolisacaridosis, de los cuales el 95,6% (616) fueron en el servicio de consulta, el 2% (13) en urgencias y el 2,3% (15) en el servicio de hospitalización. Adicionalmente, se evidenció que el diagnóstico más frecuente fue el de otras mucopolisacaridosis, aportando un 49,3% (304), en contraste con la mucopolisacaridosis tipo II, la cual aportó tan solo un 6% (41). En el año 2010 se incrementó en 121 el número de casos, en relación con el año anterior (765 en 2010). El comportamiento en relación con el tipo de mucopolisacaridosis fue similar al presentado en el 2009, en donde otras mucopolisacaridosis encabezaron el número de personas atendidas. La relación hombre:mujer se

¹² Las enfermedades raras, de origen genético o no, son enfermedades que presentan un peligro de muerte o de invalidez crónica, que no tienen cura, y que tienen una prevalencia muy baja (menos de 5 casos por cada 10.000 habitantes), según la definición de la Unión Europea.

acentuó en el servicio de consulta, observándose un 44% más de casos en mujeres que en hombres.

Por último, en el año 2011 se registraron 664 personas con diagnóstico de mucopolisacaridosis; sin embargo, en el servicio de consulta el diagnóstico más frecuente fue la mucopolisacaridosis tipo I, con un 37,9% (223), seguido de otras mucopolisacaridosis, con 33,4% (197).

TABLA 19. Distribución de casos mórbidos de mucopolisacaridosis. Colombia 2009-2011

CIE X	Diagnóstico	2009			2010			2011		
		Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
E760	Mucopolisacaridosis tipo I	115	60	175	191	93	284	155	68	223
E761	Mucopolisacaridosis tipo II	12	29	41	37	31	68	38	33	71
E762	Otras mucopolisacaridosis	191	113	304	165	127	292	120	77	197
E763	Mucopolisacaridosis no especificada	33	63	96	37	47	84	41	57	98
Total de consultas		351	265	616	430	298	728	354	235	589
E760	Mucopolisacaridosis tipo I	3	2	5	3	2	5	1	3	4
E761	Mucopolisacaridosis tipo II	1	1	2	2	3	5	0	4	4
E762	Otras mucopolisacaridosis	2	0	2	6	4	10	3	3	6
E763	Mucopolisacaridosis no especificada	1	3	4	1	6	7	0	4	4
Total urgencias		7	6	13	12	15	27	4	14	18
E760	Mucopolisacaridosis tipo I	2	1	3	0	1	1	3	11	14
E761	Mucopolisacaridosis tipo II	0	2	2	0	1	1	3	11	14
E762	Otras mucopolisacaridosis	2	2	4	2	2	4	6	12	18
E763	Mucopolisacaridosis no especificada	4	2	6	1	3	4	2	9	11
Total hospitalización		8	7	15	3	7	10	14	43	57

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS. Colombia 2009 a 2011.





CONCLUSIONES

- Colombia expresa una reducción del índice de dependencia, a expensas de la población menor de 15 años, lo cual indica el potencial del crecimiento económico dado el incremento de la mano de obra. A su vez, esto plantea un desafío importante, debido a la reducción en las próximas décadas de la demanda en servicios de salud de la población menor de 15 años. Sin embargo, se evidencia la ampliación de la población mayor de 65 años de edad, que demanda servicios sociales y por ende sanitarios.
- Entre 2008 y 2010 se presentaron 4,4 muertes más en los hombres que en las mujeres por causas externas. Adicionalmente se evidenció, como diferencia relevante en la mortalidad por género, que las mujeres fallecen por enfermedades del sistema circulatorio entre un 25% y un 28% más veces que los hombres.
- En el servicio de consulta, la Hipertensión esencial continúa siendo la primera causa de diagnóstico en hombres y en mujeres, a diferencia de la hospitalización, en donde las infecciones de vías urinarias encabezan la lista, siendo 2,9 veces más frecuentes en mujeres que en hombres.
- La tendencia de la mortalidad por grandes causas evidencia diferencias por ciclo vital. En la primera infancia se registran las afecciones originadas en el periodo perinatal como primera causa de mortalidad, a diferencia de la infancia, adolescencia, juventud y adultez, en las cuales se acentúan las causas externas. Por último, en las personas mayores, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la causa del 40% de las defunciones en ellas, entre 2008 y 2010.



- La Caries de la dentina se muestra como el diagnóstico más frecuente en consulta externa en infantes, adolescentes y jóvenes. Se observa, además, entre los diez primeros diagnósticos más recurrentes y relacionados con la salud oral la presencia de la Gingivitis aguda y crónica. Sumado a esto, el índice de COP modificado para la edad de 12 años durante 2010-2011, fue de 2,7.
- El consumo de cualquier sustancia ilícita alguna vez en la vida, en escolares de sexto a once grado fue de 11,02 por cada 100 estudiantes. No obstante, entidades territoriales como Caldas, Antioquia, Risaralda, Quindío, Bogotá, Valle del Cauca y Amazonas superaron la prevalencia del nivel nacional en el 2011.
- En el 2011, la población en situación de discapacidad tuvo una reducción en su índice de vejez y un incremento en el grupo de edad menor de 14 años. Lo anterior, probablemente debido a la detección, en edades tempranas, de la discapacidad en las Instituciones Prestadoras de Salud. Huila, Bogotá y Bolívar registraron el mayor número de personas con discapacidad, las cuales, en un 94%, residen en estratos del 1 al 3.
- En los últimos siete años se observa un incremento de la violencia interpersonal e intrafamiliar.
- En la población en situación de desplazamiento el número de personas menores de 15 años aumentó, generando un incremento en el índice de dependencia.
- Antioquia, en el 2011, fue el departamento en donde se registró un número mayor de población expulsada (2,83 veces más que en el 2005). Dentro del 20% de las entidades territoriales que expulsaron menos de 1.155 personas (quintil inferior), estuvieron San Andrés y Providencia, Amazonas, Bogotá y Vaupés.
- En el 2005, los indígenas y el grupo étnico negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente (pirámide expansiva) tuvieron mayor población menor de 9 años de edad que los raizales (pirámide regresiva) y los Rrom (pirámide estacionaria). La población Rrom exhibió más hombres que mujeres, y un índice de envejecimiento superior al de los otros grupos étnicos.
- Las enfermedades del sistema circulatorio encabezaron las primeras causas de mortalidad, seguidas de las causas externas y las neoplasias de todos los grupos étnicos, del 2008 al 2010.





- Entre las enfermedades raras, el evento del cual se obtienen datos a través de los RIPS (cubo SISPRO) es la mucopolisacaridosis, siendo más frecuente el diagnóstico en las mujeres que en los hombres, y la atención en el servicio de consulta, especialmente como “otras mucopolisacaridosis”.

CONCLUSIONES





BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Alejandro, citado en: *Índices de masculinidad en tres ciudades fronterizas del norte de México: el mercado matrimonial en la región*, México: s.n.,s.f.
- CELADE, *Envejecimiento poblacional*, Santiago de Chile: CELADE, 2011.
- Ciberesp, Ministerio de Economía y Competitividad *et al.*, *La salud desde la perspectiva del ciclo vital*, España: Ciberesp, Ministerio de Economía y Competitividad, 2008.
- Congreso de la República de Colombia, Ley 387 de 1997.
- Congreso de la República de Colombia, Ley 1346 de 2009.
- DANE, *Estratificación socioeconómica*, www.dane.gov.co, enero 5 de 2013, http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&id=354&Itemid=114
- Departamento para la Prosperidad Social DPS, Unidad de atención a víctimas: registro, Bogotá: DPS.
- Echeverri Pinilla, Ana María. *Red de políticas públicas: Una mirada territorial a la gestión pública*, Colombia: Universidad de los Andes, s.f.
- Gómez Beltrán, Julio César. *Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en Capital Humano*, Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha, 2010.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INML y CF, *Descripción epidemiológica del fenómeno de la violencia interpersonal*. Colombia 2011, Bogotá: INML y CF, 2011.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INML y CF, *Forensis. Datos para la vida 2011*, Bogotá: INML y CF, 2011.
- Keeley Brian (OCDE), *Cómo influye en su vida lo que usted sabe*, París: Castillo y Organización para el Comercio y el Desarrollo Económico OCDE, 2007.



- Ministerio del Interior, *Construyendo política pública para comunidad LGBTI*, <http://www.mininterior.gov.co/lgbti>, enero 18 de 2013.
- Ministerio del Interior y de Justicia, *La consulta previa a grupos étnicos en Colombia*, Bogotá: Ministerio del Interior y de Justicia, 2009.
- Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010*, Bogotá: MPS-ICBF, 2011.
- Ministerio de Salud y Protección Social, *Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud*. 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social, *Indicadores del Plan Decenal*, Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2012.
- Ministerio de Salud y Protección Social, *Informe de Línea de base para el seguimiento a las metas de salud oral 2010-2011*.
- Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tiene relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia, 2010*, Bogotá: 2010.
- OMS, *Lactancia materna*, consultado en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>, Washington: 2011.
- Organización Mundial de la Salud, *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, Génova: Organización Mundial de la Salud, 2007.
- Organización Mundial de la Salud, *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud*, Río de Janeiro: OMS, 2011.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, *Régimen Subsidiado*, www.sds.gov.co, consultado en: enero 5 de 2013, <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>
- UNICEF, *Código de la Infancia y Adolescencia*, Bogotá: UNICEF, 2007.
- Universidad Externado de Colombia, UNFPA, *Guía para el análisis demográfico local*, Bogotá: UEC y UNFPA, 2009.
- UNFPA y CEPAL, *Juventud afrodescendiente en América Latina: realidades diversas derechos (in) cumplidos*, s.l: UNFPA y CEPAL, 2010.



LISTA DE SIGLAS

ASIS	Análisis de Situación de Salud
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIE X	Clasificación Internacional de Enfermedades versión X
COP	Cariados Obturados y Perdidos
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DPS	Departamento para la Prosperidad Social
DPT	Difteria, Tétanos, Tos ferina
EPS	Entidades Promotoras de Salud
EEVV	Estadísticas Vitales
ENSIN	Encuesta Nacional de Salud Nutricional
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
HSB	Hombres que tienen Sexo con Hombres
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INML y CF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico



OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios
RUAF	Registro Único de Afiliación
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIPOD	Sistema de Información de Población Desplazada
SISPRO	Sistema de Información gerencial para la Salud y la Protección Social
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia
SRP	Sarampión, Rubéola, Parotiditis
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia



ÍNDICE DE FIGURAS Y MAPAS

FIGURA 1.	Pirámide poblacional. Colombia 2005 y 2012	20
FIGURA 2.	Tasas ajustadas de mortalidad por edad según sexo. Colombia 2008-2010	24
FIGURA 3.	Mortalidad general por sexo según grandes causas. Colombia 2008-2010	25
FIGURA 4.	Estimación de la población HSH mayor de dieciocho años de edad. Bogotá, Cali, Cartagena y Cúcuta, 2010	29
FIGURA 5.	Población HSH según estrato socioeconómico. Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta, 2010	32
FIGURA 6.	Población HSH según afiliación al SGSSS. Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta, 2010	33
FIGURA 7.	Mortalidad general por ciclo vital según grandes causas. Colombia 2008-2010	36
FIGURA 8.	Tasa de mortalidad específica según ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal de la primera infancia. Colombia 2008-2010	39
FIGURA 9.	Desnutrición crónica y global por edad (en meses) en niños y niñas menores de 6 años. Colombia 2010	41
FIGURA 10.	Duración de lactancia materna total y exclusiva. Colombia 1995-2010	42
FIGURA 11.	Tasa de mortalidad específica en población infantil por causas externas. Colombia 2008-2010	47



FIGURA 12. Tasa de mortalidad específica en población adolescente por causas externas. Colombia 2008-2010.	51
FIGURA 13. Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita por sexo. Colombia 2011	55
FIGURA 14. Tasa de mortalidad específica en población joven por causas externas. Colombia 2008-2010	60
FIGURA 15. Tasa de mortalidad específica en población adulta por causas externas. Colombia 2008-2010	63
FIGURA 16. Tasa de mortalidad específica en personas mayores por enfermedades del sistema circulatorio. Colombia 2008-2010	67
FIGURA 17. Población registrada con discapacidad. Colombia 2005-2012	70
FIGURA 18. Pirámide poblacional de las personas con discapacidad. Colombia 2005 y 2011	71
FIGURA 19. Población con discapacidad que sabe leer y escribir. Colombia 2005 y 2011	75
FIGURA 20. Población con discapacidad según estrato socioeconómico. Colombia 2005 y 2011	76
FIGURA 21. Población registrada en situación de desplazamiento. Colombia 2005 a 2012	82
FIGURA 22. Pirámide poblacional de personas en situación de desplazamiento. Colombia 2005 y 2011	84
FIGURA 23. Tasa de violencia interpersonal. Colombia 2002-2011	88
FIGURA 24. Años de Vida Saludables perdidos por lesiones distribuidos por género. Colombia 2011	89
FIGURA 25. Violencia intrafamiliar según año del hecho. Colombia 2002-2011	90
FIGURA 26A. Pirámide poblacional por grupos étnicos. Colombia 2005. Indígenas	96
FIGURA 26B. Pirámide poblacional por grupos étnicos. Colombia 2005. Rrom	96
FIGURA 26C. Pirámide poblacional por grupos étnicos. Colombia 2005. Negros	97
FIGURA 26D. Pirámide poblacional por grupos étnicos. Colombia 2005. Ninguno	98





FIGURA 26D.	Pirámide poblacional por grupos étnicos. Colombia 2005. Raizales	97
FIGURA 27.	Relación hombre:mujer por grupos étnicos. Colombia 2005	98
FIGURA 28.	Relación niños:mujer por grupos étnicos. Colombia 2005	99
FIGURA 29.	Índice de dependencia por grupos étnicos. Colombia 2005	101
FIGURA 30.	Mortalidad general según grandes causas, en la población indígena. Colombia 2008-2010	104
FIGURA 31.	Mortalidad general según grandes causas, en la población Rrom (gitano). Colombia 2008-2010	104
FIGURA 32.	Mortalidad general según grandes causas, en la población raizal (San Andrés y Providencia). Colombia 2008-2010	105
FIGURA 33.	Mortalidad general según grandes causas, en la población palenquera (Palenque de San Basilio). Colombia 2008-2010	106
FIGURA 34.	Mortalidad general según grandes causas, en el grupo étnico negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente. Colombia 2008-2010	107
FIGURA 35.	Mortalidad general según grandes causas, en la población que no se reconoció en ningún grupo étnico. Colombia 2008-2010	108
MAPA 1.	Índice de COP modificado para la edad de 12 años por departamento y clasificación de severidad según OMS. Colombia 2010-2011	53
MAPA 2.	Prevalencia de vida del consumo de cualquier sustancia ilícita en población escolar. Colombia 2011	56
MAPA 3.	Prevalencia del último mes de uso de tabaco en población escolar. Colombia 2011	57
MAPA 4.	Personas con discapacidad, Colombia 2005 y 2011	73
MAPA 5.	Personas en situación de desplazamiento según departamento expulsor. Colombia 2005 y 2011	85
MAPA 6.	Personas en situación de desplazamiento según departamento receptor. Colombia 2005 y 2011	86
MAPA 7.	Población según grupos étnicos, Colombia 2005	103

CONTENIDO





ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.	Índices demográficos. Colombia 2005 y 2012	22
TABLA 2.	Tasas específicas de mortalidad por edad y sexo, por 100.000 habitantes. Colombia 2008-2010	23
TABLA 3.	Diagnósticos más frecuentes según tipo de atención por sexo. Colombia 2011	26
TABLA 4.	Población HSH según grupos de edad. Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta, 2010	30
TABLA 5.	Población HSH según nivel educativo. Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta, 2010	30
TABLA 6.	Primeras causas de morbilidad atendida. Primera infancia, Colombia 2011	37
TABLA 7.	Coberturas de vacunación de Polio, Difteria-Tétanos-Tos ferina (DPT), Sarampión- Rubéola-Parotiditis (SRP). Colombia 2005-2010	43
TABLA 8.	Primeras causas de morbilidad atendida. Infancia. Colombia 2011	45
TABLA 9.	Primeras causas de morbilidad atendida. Adolescencia, Colombia 2011	49
TABLA 10.	Primeras causas de morbilidad atendida. Juventud, Colombia 2011	58
TABLA 11.	Primeras causas de morbilidad atendida. Adultez. Colombia 2011	61
TABLA 12.	Primeras causas de morbilidad atendida. Persona mayor. Colombia 2011	64



TABLA 13.	Población con discapacidad según grupos étnicos. Colombia 2005 y 2011	74
TABLA 14.	Población con discapacidad según tipo de régimen. Colombia 2005 y 2011	77
TABLA 15.	Población con discapacidad según tipo de alteraciones. Colombia 2005 y 2011	78
TABLA 16.	Población en situación de desplazamiento según grupos étnicos. Colombia 2005 y 2011	87
TABLA 17.	Distribución de la población por grupos étnicos. Colombia 2005	94
TABLA 18.	Índice de envejecimiento por grupos étnicos. Colombia 2005	99
TABLA 19.	Distribución de casos mórbidos de mucopolisacaridosis. Colombia 2009-2011	112





