

***PERFIL  
EPIDEMIOLOGICO  
DE MANIZALES  
2014***

**ALCALDIA DE MANIZALES**

**JORGE EDUARDO ROJAS GIRALDO**  
**ALCALDE**

**SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA**

**CARLOS HUMBERTO OROZCO TELLEZ**  
**SECRETARIO DE DESPACHO**

**JUAN DIEGO LÓPEZ PALACIO**

**JEFE UNIDAD DE PLANEACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA**

**LEIDY LISBETH MORENO MEZA**

**JEFE UNIDAD DE SALUD PÚBLICA**

**JOSE EDGAR VALENCIA SANCHEZ**

**JEFE UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

## **UNIDAD DE PLANEACION Y EPIDEMIOLOGIA**

*Luz Marina Agudelo Gallego*  
*Luz Stella Rivera Salazar*  
*Yolanda Salazar Sánchez*  
*Beatriz Eugenia Cardona Ruíz*

## **UNIDAD PRETACION DE SERVICIOS**

*Blanca Cecilia Largo Hernández*  
*Paula Andrea Serna Murillo*  
*María Eugenia Gómez Valencia*  
*Natalia Restrepo Herrera*  
*Gladys Montoya Orozco*

## **UNIDAD DE SALUD PÚBLICA**

*Claudia Piedad Estrada Rueda*  
*Myriam Astrid Ramírez Díaz*  
*Lucía Franco Giraldo*  
*Lina María Cardona Castañeda*  
*Ana María Ocampo Mejía*  
*Angélica Arias Hernández*  
*Claudia Liliana Valencia Gutiérrez*

# **CAPITULO 1**

# **CARACTERIZACION DEL MUNICIPIO**

## Contexto territorial

Nombre del Municipio	MANIZALES
Otros nombres	NIDO DE AGUILAS
Fecha de Fundación	12 de Octubre de 1.849
Fundadores	Fermín López, Manuel Grisales, José María Osorio, Joaquín, Antonio,  Victoriano y Gabriel Arango, Antonio Ceballos, Eduardo Hoyos y Marcelino Palacio, entre otros.
Municipio	desde 1864
Altura	2150 MSNM
Temperatura Promedio	18°C
Humedad relativa promedio	80%
Ubicación:	5.4º de latitud norte y 75.3º de Greenwich
Velocidad promedio del viento:	15 Km. por hora
Precipitación:	2.008 mm
Extensión	508 Kms2
Población año 2014	394.627 habitantes
Distancia en kilómetros	285 Kms a Bogotá
Gentilicio	MANIZALEÑO O MANIZALEÑA

## Localización

## Limites – geografía



Según el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC 2001) el Municipio de Manizales posee un área de 43948 hectáreas. Se extiende por la Vertiente Occidental de la Cordillera Central desde su cima hasta las orillas del Río Cauca; se encuentra delimitado de Sur oriente a Nor Occidente por el Río Chinchiná, que actúa como límite natural con los Municipios de Villamaría, Chinchiná y Palestina, el limite hidrográfico se inicia en el Alto del Frailejón ubicado cerca de la vía de acceso al Parque Nacional Natural los Nevados, hasta la desembocadura de la Quebrada los Cuervos (Villamaría); continua en dirección Sur-Norte hasta el punto de confluencia de la Quebrada Cameguadua (Chinchiná); en este punto se inicia el límite con Palestina y se extiende hasta el sitio donde el Río Chinchiná vierte sus aguas al Río Cauca. Aquí se inicia el límite con el Municipio de Anserma y se continúa aguas abajo del Cauca hasta la confluencia de la Quebrada Llano Grande; estos dos Municipios (Palestina y Anserma) constituyen el límite Occidental. Al Norte limita con el Municipio de Neira desde la confluencia de la Quebrada Llano Grande en el Río cauca, siguiendo aguas arriba hasta la desembocadura de la Quebrada Fonditos, dicho limita se prolonga por la zona montañosa hasta encontrar la confluencia del Río el Guineo en el Río Guacaica, continuando por este aguas arriba hasta su nacimiento en la Vereda San Pablo (Neira), a una altura de 3477 M.S.N.M.

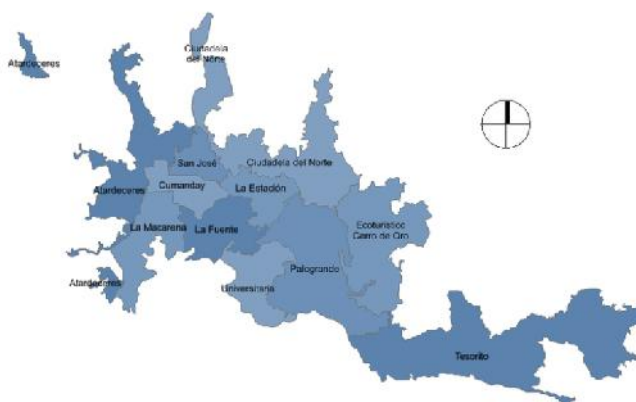
El límite continúa por el Oriente con el Municipio de Marulanda por las laderas del Volcán Cerro Bravo hasta el Alto del Frailejón; en este sector limita en un pequeño tramo con el Municipio de Herveo en el Departamento del Tolima.

### Distribución de Manizales por extensión territorial y área de residencia, 2014

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total (Ha)	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
<b>Manizales</b>	5894	13,4	38054	86,6	43948	100,0

Fuente: IGAC, POT

### División política administrativa y límites, área urbana. Caldas, Manizales 2014



La ciudad cuenta con barrios agrupados en once comunas, las más pobladas son las comunas [Ciudadela del Norte](#), [Tesorito](#) y [Palogrande](#). Entre los barrios más poblados se cuentan: La Sultana, Bosques del Norte, Palermo, La Enea, Los Cábmulos, Fátima, La Carola y Chipre. Los primeros barrios de Manizales se ubicaron en lo que actualmente se conoce como el Centro: La ciudad se fue expandiendo hacia el oriente por la Avenida Santander dando surgimiento a más barrios y el primero de ellos fue el barrio Versailles. A continuación se presentan la ubicación de cada comuna, sus límites y los barrios que la componen:

## Comunas

### Atardeceres:



Esta comuna se ubica en el occidente de la ciudad, antes llamada comuna 1. Limita con las comunas de [San José](#), [Cumanday](#) y [La Macarena](#) y con los corregimientos de [Panorama](#), [El Remanso](#) y [Corredor Agroturístico](#). Conformada por 10 barrios de los cuales, el más reconocido es el barrio chipre y también podría decirse el más antiguo de la comuna, la comuna es en su mayoría zona residencial también posee grandes áreas verdes.

### Barrios:

- Ciudadela La Linda
- Bella Montaña
- Sacatín
- Villapilar
- Chipre
- Campohermoso

- Morrogacho
- La Francia
- Los Alcázares
- Arenillo

### Vecindarios:

- La Quinta
- Hospital Geriátrico San Isidro
- Escuela de trabajo la Linda
- Villapilar II
- Torres de Avila
- Chipre Viejo
- Balcones de Chipre
- La Chimenea I y II
- Altos de Castilla
- Terrazas de Campohermoso

- Portal de los alcázares
- Portales
- Villa Real
- Quinta Hispania
- Asturias
- Candelaria
- San Remo
- Conj. Campohermoso

- San Francisco
- Poblado
- Venecia
- San Luis
- Aquilino Villegas
- Urbanización Atalaya
- Urb. Bello Horizonte
- Urb. Santa Mónica
- Bellavista
- Universidad de Manizales
- Topacio
- Montana
- Palmar



## San José



Antes comuna 2, limita con las comunas de [Atardeceres](#), [Cumanday](#), [Estacion](#) y [Ciudadela del Norte](#),

Barrios:

- Asís
- Avanzada
- San Ignacio
- Galán
- Estrada
- Delicias
- San José
- Colon

Vecindarios:

- Jazmín
- Camino del medio
- Tachuelo
- Alto Galán
- Maizal
- Holanda
- Sierra Morena
- San Vicente
- Galerías

## Cumanday



La comuna Cumanday, antiguamente comuna 3 es la más antigua de la ciudad y por tanto la que más posee historia, conformada por 6 barrios, limita con las comunas [Atardeceres](#), [San Jose](#), [La Macarena](#), [La Fuente](#) y [Estacion](#)

Barrios:

- Las Américas
- Los Agustinos
- Centro
- San Joaquin
- Campoamor
- Fundadores

Vecindarios:

- La Palma
- Residencias Caldas
- Terminal de Transporte
- Valvanera
- Hoyo Frío

## Estación



La comuna Estación, antiguamente comuna 4 está conformada por 9 barrios, limita con las comunas de [San José](#), [La Fuente](#), [Palogrande](#), [Cumanday](#) y [Ciudadela del Norte](#).

Barrios:

- Santa Helena
- Los Cedros
- San Jorge
- El Sol
- La Argentina
- La Asunción
- Versalles
- El Campín
- Lleras

#### Vecindarios:

- Saenz
- Conjunto Cerrado Fundadores
- Parque Castilla
- Universidad Autónoma
- Conjunto Cerrado La Estación
- Urbanización el Río
- La Primavera
- Conjunto Las Américas
- Villa del Río
- Nuevo Versalles
- Bavaria

#### Ciudadela del Norte



Esta comuna conformada por 16 barrios, es la que más barrios posee en la ciudad y además es la más poblada, antiguamente denominada comuna 5 limita con las comunas de [San José](#), [Estación](#), [Ecoturístico Cerro de Oro](#) y [Palogrande](#).

#### Barrios:

- Puerta del Sol(Corinto)
- Sierra Morena(Parte Urbana)
- El Caribe
- San Cayetano
- Bosques del Norte
- San Sebastián
- Solferino
- La Carola
- Villahermosa(La Playa)
- Comuneros
- Fanny Gonzales
- Altos de Capri
- Villa Julia
- Porvenir
- Sinai

- Peralonso

#### Vecindarios:

- |                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| • Piamonte            | La Daniela                      |
| • Bengala             | Viña del río                    |
| • Samaria             | La playa                        |
| • La Carolita         | Palonegro o altos del Encenillo |
| • Villa Café          |                                 |
| • Parte del Ecoparque |                                 |

#### Ecoturístico Cerro de Oro



Esta comuna, conformada por 10 barrios, antiguamente denominada comuna 6, limita con las comunas de [Tesorito](#), [Ciudadela del Norte](#), y [Palogrande](#).

#### Barrios:

- Viveros
- La Cumbre
- Minitas
- Alta Suiza
- Baja Suiza
- Residencias Manizales
- Colseguros
- La Toscana
- La Sultana
- Bosques de Niza

#### Vecindarios:

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| • Yarumales I y II    | Mirador de la Sierra     |
| • Licorera            | Colinas de San Sebastián |
| • Villa Luz           |                          |
| • Parte del Ecoparque |                          |
| • La Riviera          |                          |
| • Torres de Oriente   |                          |
| • Agrícola de Seguros |                          |

- Escuela de Carabineros
- Balcones de la Palma
- Camino de la Palma
- Rincón de la Palma
- Cerro de Oro

## Tesorito



La comuna está conformada por 8 barrios, limita con las comunas [Palogrande](#) y [Ecoturístico Cerro de Oro](#), antes llamada comuna 7.

### Barrios:

- San Marcel
- Alhambra
- Cerros de la Alhambra
- Malteria
- Zona Industrial
- Caserio La Enea
- La Enea
- Lusitania

### Vecindarios:

- |                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| • El Pinar                   | Bosques de la Alhambra |
| • Arboletes                  | Juanchito              |
| • Conjunto Cerrado Santa Ana | Sena                   |
| • Chachafruto                | La Capilla             |
| • Bosque Popular             | Villa Fundemos         |
| • El portal del Bosque       | El Cairo               |
| • Colinas del Viento         | Los Pinos              |
| • Valles de la Alhambra      | Sector Gallinazo       |
| • Juanchito                  | Aeropuerto             |
| • Sena                       |                        |
| • La Capilla                 |                        |

## Palogrande



Esta comuna conformada por 14 barrios, antiguamente denominada comuna 8 limita con las comunas de [Tesorito](#), [Estación](#), [Ciudadela del Norte](#), [La Fuente](#), [Ecoturístico Cerro de Oro](#) y [Universitaria](#) .

### Barrios:

- Leonora                      Guayacanes
- Los Rosales                Arboleda
- La Rambla                 Palermo
- Laureles                    Camelia
- Palogrande                 San Cancio
- La Estrella                 Milán
- Belén                         El Trébol

### Vecindarios:

- Baja Leonora                Alto del Perro
- Estadio                      Sierra Bonita
- Universidad de Caldas     Los Guadales
- Universidad Nacional     Rincón de Doña Elvira
- Conjunto Ibiza             Edificio Tejares del Bosque
- Los Sauces                 Condominio El Tejar
- Bajo Palermo                Rincón del Trébol
- Sector Batallón             Bosques del Trébol
- La alameda                 San Sebastián de Buena Vista
- Villa del Campo
- Loma Verde

## Universitaria



Antes comuna 9, está conformada por 9 barrios; limita con las comunas de [La Fuente](#) y [Palogrande](#) y con el corregimiento [Corredor agroturístico](#).

### Barrios:

- Betania
- Fátima
- Vivienda Popular
- Pio XII
- Kennedy
- Camilo Torres
- Las Colinas
- Malhabar
- Aranjuez

### Vecindarios:

- Granjas y Viviendas 11 de noviembre
- Sector del Aguacate Castilla
- San Luis Sector Malhabar II
- Pepe Cáceres El Encuentro
- Ciudadela del Ciego La Paz
- Sector Bolivariana
- San Fernando
- Santos
- Villa Mercedes

## La Fuente



Esta comuna está conformada por 14 barrios, antiguamente denominada comuna 10 limita con las comunas de [Estacion](#), [Cumanday](#), [La Macarena](#), [Universitaria](#) y [Palogrande](#).

### Barrios:

- Uribe
- Vélez
- Colombia
- El Prado
- Bajo Prado
- Gonzales
- Persia
- El Paraíso
- Villacarmenza
- Arrayanes
- Cervantes
- Nevado
- Marmato

### Vecindarios:

- Villa Nueva
- El Palmar
- Los Alamos
- Bajo Persia
- Isabela
- Eucaliptus
- Portal Eucaliptus
- Portal de San Luis
- La Fuente
- Galicia
- Andes
- Bajo Nevado
- Panamericana
- La Isla
- Solidaridad



## La Macarena



Esta comuna se ubica en el suroccidente de la ciudad, antes llamada comuna 11. Limita con las comunas [Cumanday](#), [La Fuente](#) y [Atardeceres](#) y con el Corregimiento [Corredor Agroturístico](#). Conformada por 10 barrios.

### Barrios:

- San Antonio
- 20 de Julio
- El Carmen
- Castellana
- Buena Esperanza
- Nogales
- Panorama
- Centenario
- Estambul

### Vecindarios:

- Solidaridad                      Niño Jesús de Praga
- Campamento                    Granjas de Estambul
- La Providencia                  Estación
- Albania
- El Rocio
- Bosconia
- Portal de Nogales
- Nuevo Horizontes
- Bella Montaña
- Villa Kempis (Arenillo)
- Chapinero
- Villa Jardín
- Torres de Exponción

**Mapa 2. División política administrativa y limites, área rural de Manizales 2013**



La zona rural compuesta de basta áreas de bosque y cultivos, cuenta con 7 corregimientos los cuales se dividen en veredas, algunos presentan pequeños caseríos; unas de las veredas más reconocidas son Alto tablazo y Bajo tablazo, La cabaña, La cuchilla del Salado, El alto de Lisboa y Morrogacho.

## CORREGIMIENTOS

### Colombia



Es uno de los siete corregimientos que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#), posee una vereda, limita con los corregimientos de [El Remanso](#) y [Cristalina](#); y con los municipios de [Palestina](#), [Neira](#) y [Anserma](#).

Vereda:

- Colombia Km 41

Centros poblados:

- Rumazón
- Tebaida
- El Ruby
- El diamante
- Pinares
- Altamira
- Lagunilla
- Tamboral
- Villa Victoria

**Cristalina**



**Cristalina** es uno de los siete corregimientos que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#), posee 5 veredas o divisiones, limitando con los corregimientos de [Colombia](#) y [El Remanso](#); y con el municipio de [Neira](#).

Veredas:

- El Guineo
- Cascarero
- La Garrucha
- Tarroliso
- Lisboa

Centros Poblados:

- Fonditos
- Mina Rica
- La Arabia
- San Gabriel

## Corredor Agroturístico El Tablazo



Es uno de los 7 Corregimientos , que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#), posee 12 veredas o divisiones limitando con la comunas [Atardeceres](#), [La fuente](#), [Universitaria](#) y [La Macarena](#) de la zona urbana de Manizales, con el corregimiento de [Panorama](#) y con los municipios de [Villamaria](#) y [Chinchina](#).

### Veredas:

- Alto Tablazo
- Bajo Tablazo
- Guacas
- El Aventino
- La Pola
- Agua Bonita
- Java
- La Siria
- Alto del Naranja
- La Violeta
- Hoyo Frío
- Alto del Zarzo

### Vecindarios:

- Caselata
- San Mateo

## El Remanso



Posee 17 veredas o divisiones limitando con la comuna [Atardeceres](#), [San Jose](#) y [Ciudadela del Norte](#) de la zona urbana de Manizales, con los corregimientos de [Panorama](#), [Colombia](#), [Cristalina](#) y [El Manantial](#) , y con los municipios de [Palestina](#) y con [Neira](#) por el norte

Veredas:

- Cuchilla Del Salado
- La Linda (parte)
- La Palma
- Quebra De Velez
- Cueva Santa
- Patio Bonito
- Malpaso
- El chuzo
- Santa Clara
- Manzanares
- La Cabaña

Centros poblados:

- El bosque
- Cuchilla de los Santas
- Farallones
- Morrogordo
- La Pava
- Morrocaliente
- Altamar

### **El Manantial**



Es uno de los 7 Corregimientos , que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#), posee 12 veredas o divisiones limitando con la comunas [Ciudadela del Norte](#) y [Ecoturístico Cerro de Oro](#) de la zona urbana de Manizales, con los corregimientos de [El Remanso](#) y [Río Blanco](#), y con el municipio de [Neira](#).

#### Veredas:

- Alto Corinto
- Bajo Corinto
- Alto Bonito
- Sierra Morena(Parte)
- Olivares
- Guacaica
- Santa Rita
- Pueblo Hondo
- Espartillal
- Hoyo Frio
- Sinaí
- Alto del Guamo
- El Porvenir(Parte)

#### Centros Poblados:

- Mata de Guadua
- Maracas

#### Panorama



Es uno de los 7 Corregimientos, que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#), posee 11 veredas o divisiones, limitando con la comunas [Atardeceres](#) y [La Macarena](#) de la zona urbana de Manizales, con los corregimientos de [El Remanso](#) y [Corredor Agroturístico](#) y con los municipios de [Palestina](#) y [Chinchina](#).

Veredas de las cuales algunas también se encuentran en la zona urbana:

- La Aurora
- Morrogacho(Parte)
- La Francia(Parte)
- La Argelia
- El Arenillo(Parte)
- Quiebra del Billar

- Minitas
- San Peregrino
- La China
- La Trinidad
- El Rosario

Centros poblados:

- La Manuela
- Las Pavas
- Playa Rica

### Río Blanco



Río Blanco es uno de los siete corregimientos que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#). Posee siete veredas o divisiones limitando con la comunas [Tesorito](#) y [Ecoturístico Cerro de Oro](#) de la zona urbana de Manizales, con el corregimiento de [El Manantial](#) y con los municipios de [Villamaria](#), [Neira](#) y [Marulanda](#), siendo el menos poblado pero el más grande de todos los 7 corregimientos.

Veredas:

- Río Blanco
- Belmira
- San Juan
- Chupaderos
- El Paraíso
- El Desquite
- Minitas
- Buenavista
- La Esperanza
- La Enea (Parte)

Centros poblados:



- La Favorita
- Las Palomas



## Características físicas del territorio

Según la publicación, “La gestión local del riesgo en una ciudad andina: Manizales, un caso integral, ilustrativo y evaluado” Manizales es una ciudad de aproximadamente 394627 habitantes, con una altitud media de 2100 msnm en la cordillera central de los andes de Colombia. Es la capital del departamento de caldas, que se encuentra ubicado en el centro-occidente del país, cruzado por los ríos Cauca y Magdalena, cuyos valles estructuran de sur a norte el territorio habitado de Colombia.

Su economía ha sido básicamente agropecuaria. El departamento ha sido uno de los más importantes productores de café en el contexto nacional e internacional. La fertilidad de las tierras, debida, principalmente, al origen volcánico de los suelos y la exitosa industria del café generaron importantes procesos migratorios hacia Manizales y otras poblaciones del departamento en los últimos 150 años (PNUD 2005).

Por su parte, la zona rural del municipio de Manizales abarca un amplio rango de altitudes que van desde los 800 msnm a los 5200 msnm, razón por la cual se presentan diferentes climas y tipos de ecosistemas que representan un patrimonio hídrico y biótico importante (CORPOCALDAS 2004).

Por otra parte, el relieve abrupto ha generado restricciones y dificultades al desarrollo urbano de la ciudad, que se concentra principalmente sobre una meseta estrecha (con una pendiente entre 0° y 7°) con flancos de fuerte pendiente, que pueden superar los 60°, sobre todo en el sector occidental de la ciudad. Esta meseta se encuentra entre dos quebradas de orientación Este-Oeste: el Río Chinchiná, que bordea el límite sur del municipio, y el Río Olivares al Norte de la ciudad (Chardon 2002).

Este desarrollo urbano ha contado con adaptaciones constructivas, principalmente debido a los fuertes sismos que se han presentado como resultado de la actividad tectónica, así como también a la necesidad de construir en ladera. Una de estas adaptaciones fue lo que se denominó en su tiempo el estilo temblorero, que significó a finales del siglo XIX no volver a construir edificaciones en tapia y adobe e impulsar un bahareque de bambú y madera desarrollándose así una cultura sismo-resistente local.

Este tipo de construcción resultó muy vulnerable al fuego, lo que se vio en incendios que destruyeron más de la mitad de la ciudad entre 1925 y 1926. Manizales fue reconstruida y, por tanto, los procesos de renovación urbana se generaron inevitablemente. Así, el concepto de seguridad fue tenido en cuenta desde ese entonces en sus construcciones emblemáticas y en las nuevas edificaciones.

Para los años 50, la dinámica económica de la época influyó el crecimiento demográfico por las migraciones de pobladores rurales, el cual en los años siguientes generó mayor demanda de vivienda, con la aparición de barrios nuevos en la ciudad y zonas de ocupación ilegal de terrenos públicos, instalándose un hábitat marginal y vulnerable en áreas de influencia de amenazas siconaturales como los deslizamientos y las inundaciones.

Aunque esta fue una problemática recurrente que fue necesario afrontar desde los años 70 con obras de estabilización de taludes, se siguieron presentando deslizamientos de gran magnitud en diferentes sectores de la ciudad como consecuencia de lluvias intensas; por ejemplo, las de 1993 y 2003, que causaron en cada caso un preocupante número de muertos, heridos, afectados y evacuados. En general, se reconoce que ha existido un proceso de desestabilización de laderas por la acción de los mismos asentamientos humanos, situación que ha significado que el riesgo sea una variable de especial interés en la ciudad y que se hagan esfuerzos notables para su reducción en forma explícita.

Por otra parte, la expansión urbana y sus procesos de construcción, movilización, expansión de cobertura de servicios públicos y procesos industriales, han venido causando conflictos ambientales por vertimientos de aguas residuales industriales y domésticas sin tratamiento previo a los ríos; emisiones de dióxido de carbono y otras sustancias contaminantes por fuentes industriales y fuentes móviles; la deforestación y el sobrepastoreo de áreas de ladera, que generan la reducción de los caudales y la erosión, lo cual exacerba la susceptibilidad a deslizamientos.

Pero también, frente a esta situación, en forma paralela, han surgido herramientas, acciones e instituciones para afrontar varios de los problemas mencionados.

Los riesgos y amenazas presentes en la ciudad de Manizales son los que se describen a continuación.

**La amenaza sísmica:** Es producto de la actividad sísmica que se presenta por la confluencia de tres placas continentales en el país —Nazca, Caribe y Sur América— y por el fenómeno de cambios en la inclinación de una capa del terreno en las zonas de deslizamiento del borde de una placa de corteza terrestre por debajo de otra, ya que hay zonas de Beniof más superficiales al norte y más profundas al sur. Además, la existencia de una serie de fallas geológicas activas, limitadas por la zona de subducción y la falla Frontal de la cordillera oriental, de las cuales revisten mayor importancia la de Romeral y la frontal (ERN, 2004).

Durante el siglo XX, Manizales sufrió seis sismos importantes: en 1938 (magnitud estimada: 6,7 sobre la escala de Richter), en 1961 (magnitud estimada: 6,1), en 1962 (magnitud estimada: 6,5), en 1979 (magnitud estimada: 6,3), en 1995 (magnitud registrada: 6,6) y en 1999 (magnitud registrada: 6,3).

Los últimos sismos generaron pocas víctimas en la ciudad, pero sí daños materiales de consideración (en vivienda, redes de agua, alcantarillado y vías), y afectaron de manera considerable el sur de la región cafetera (a la cual pertenece Manizales) y más precisamente a la ciudad de Pereira, situada a 60 km al sur de Manizales (en 1995: 45 muertos, 350 heridos, 700 damnificados y daños materiales por 20 millones de dólares) y a la ciudad de Armenia a 120 km al sur de Manizales (en 1999: 1 200 muertos, 220 000 damnificados y daños materiales por 5 mil millones de dólares). Tales consecuencias, tanto materiales como humanas, se pueden esperar en

la ciudad de Manizales si sismos similares a los anteriores (superficiales y de magnitud e intensidad elevadas) ocurren cerca del perímetro urbano (Chardon, 2002; Londoño, 1998).

**La amenaza volcánica:** Representada principalmente por la caída de cenizas, en caso de erupción del volcán Nevado del Ruiz. Estas cenizas pueden llegar a recubrir la ciudad por efecto de los vientos alisios. La última caída de cenizas sobre la ciudad ocurrió el 1 de septiembre de 1989 (Abramovsky, 1990; en Chardon, 2002).

**El riesgo por deslizamientos:** Generado por el crecimiento de la ciudad hacia zonas de ladera con pendientes muy fuertes y con construcciones, conformándose barrios principalmente de estratos socioeconómicos muy bajos, lo cual ha incrementado la vulnerabilidad, por lo que en las temporadas invernales se presentan problemas por deslizamientos.

En el año de 1993, se presentaron varios eventos que afectaron seriamente a la ciudad: en mayo, 20 deslizamientos en la ciudad dejaron como saldo dos muertos, cerca de 98 familias afectadas, 6 viviendas destruidas y 15 en peligro, 40 casas fueron evacuadas, tragedia causada por el fuerte invierno que afectó a familias de zonas marginadas de Manizales, consideradas de alto riesgo.

Otros deslizamientos se presentaron en septiembre, noviembre y diciembre, dejando como saldo algunos muertos, varios heridos, viviendas destruidas y obstrucción del tráfico entre otros. En el año 2003 y en uno de los eventos ocurridos, se detectaron más de 90 deslizamientos, que ocasionaron 18 pérdidas de vidas humanas, 32 personas heridas, con el resultado adicional de 811 familias damnificadas y 74 viviendas destruidas, 104 quedaron afectadas. Fueron evacuadas 635 viviendas y 1700 quedaron en zonas de riesgo

Adicionalmente, Manizales ha sufrido incendios devastadores en 1925 y 1926, y aún hoy es muy vulnerable al fuego esencialmente en su zona central donde predomina un hábitat tradicional de bahareque, que es una construcción con bambú o guadua. También existen algunos sectores inundables, principalmente a orillas de los ríos Chinchiná y olivares, aunque las inundaciones son excepcionales.

### **Accesibilidad geográfica**

La ciudad tiene nomenclatura urbana de carreras que se incrementan de norte a sur y de calles que se incrementan de occidente a oriente.

La principal vía de la ciudad es la carrera 23, ocupa el punto más alto, la conformación urbanística de la Ciudad es longitudinal con un eje articulador la carrera 23, que hacia el oriente, se denomina también Avenida Santander. La avenida paralela al sur y la avenida Kevin Ángel al norte, continúan la orientación de la avenida Santander en un nivel más bajo. En el centro existe la avenida Gilberto Alzate Avendaño que continúa el flujo rápido hacia el occidente.



Manizales está ubicada en el centro de las tres principales ciudades de Colombia, en el llamado triángulo de oro. La distancia entre Manizales y Bogotá es de 290km. Entre Manizales y Medellín hay 180 km y entre Manizales y Cali hay 384 km. Está comunicada con las capitales vecinas de Pereira y Armenia a través de la Autopista del Café.

# **CAPITULO 2**

# **DEMOGRAFIA DEL**

# **MUNICIPIO:**

## **Población total**

Con base en la información de las proyecciones de población del DANE entre el año 2005 y 2014, Manizales aumentó su población en 14833 habitantes en estos 9 años; esto podría explicarse por la disminución de las tasas de natalidad las cuales pasaron de 13.3 a 9.4 por 1000 habitantes respectivamente para los años en mención.

## **Población por área de residencia urbano/rural**

Según el censo del 2005, el DANE publicó las cifras por zona para cada uno de los municipios de Colombia y para ese año, el porcentaje de población que habitaba en el área urbana de la ciudad de Manizales era del 93%; ese porcentaje para el año 2014, según el Centro de Información y Estadística de la Secretaría de Planeación Municipal de Manizales, sólo aumentó en un decimal, ya que pasó a 93.1%.

## **Número de viviendas y Hogares**

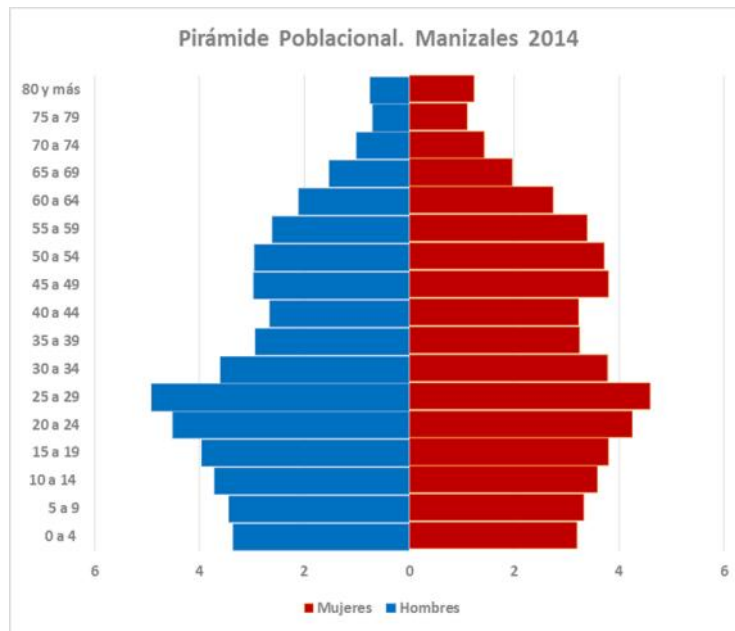
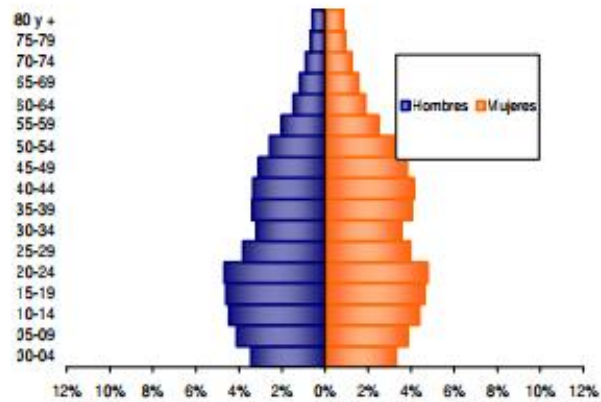
Según el censo 2005, Manizales contaba con 103.978 viviendas y 102773 hogares; el 57.6% vivían en casa, el 39.5% en apartamento y el 3% en otro tipo de vivienda. Para el año 2014 y basados en la información reportada por la oficina de Planeación, para el año 2014 se contaba con 100.982 viviendas de las cuales el 94.2% están ubicadas en el área urbana de la ciudad.

## **Estructura demográfica**

Con base en la información de las proyecciones de población del DANE entre los años 2005 y 2014, Manizales presenta cambios en su estructura demográfica; hasta los 19 años se observa una reducción importante y a partir de los 20 la pirámide comienza a ampliarse excepto en la década de los 35 a 44 años.

En general la pirámide se está ensanchando cada vez más en su vértice, lo que indica el envejecimiento paulatino de la población, casi que alcanza las tendencias de los Países desarrollados; sumado a lo anterior se tiene que aproximadamente cada día en Manizales trece personas cumplen sesenta años situación ésta que obliga a dar una mirada diferente frente a las políticas públicas y de salud, para dar respuesta a las necesidades de la población adulta mayor, que cada vez es más.

**Pirámide poblacional de Manizales, 2005,**



## Población por grupo de edad

El desarrollo del ser humano es un proceso de cambios, es por eso que cada etapa o ciclo de vida es de suma importancia, ésta influye desde los primeros años de vida y cada ciclo afecta o enriquece los ciclos siguientes. Para el Ministerio de Salud y Protección Social, los siguientes son los ciclos vitales, la tabla describe la población y el peso porcentual para los años 2005, 2014 y 2020.

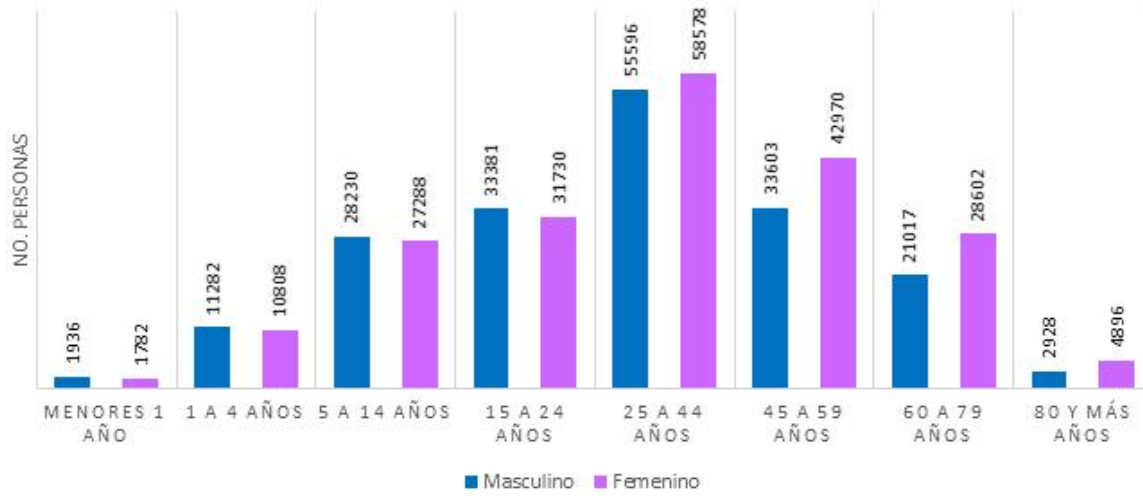
**Proporción de la población por ciclo vital, Manizales 2005, 2014 y 2020.**

Ciclo vital	2005		2014		2020	
	Número personas	%	Número personas	%	Número personas	%
Primera infancia (0 a 5 años)	33249	8.7	31018	7.9	29091	7.2
Infancia (6 a 11 años)	36075	9.5	32787	8.3	31489	7.8
Adolescencia (12 a 18 años)	52490	13.8	41683	10.6	39606	9.8
Juventud (14 a 26 años)	92910	24.5	86243	21.8	76868	19.1
Adultez ( 17 a 59 años)	231155	60.9	243959	61.8	242899	60.3
Persona mayor (60 años y más)	43141	11.4	57443	14.5	70909	17.6
<b>Total</b>	<b>379794</b>	<b>100.0</b>	<b>394627</b>	<b>100.0</b>	<b>402578</b>	<b>100.0</b>

Fuente: DANE



### POBLACIÓN MANIZALES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 2014



Fuente:DANE

En la población de los grupos de edad por sexo, se observa cómo a partir del grupo de 25 a 44 años, es mayor la población en las mujeres que en los hombres, parte de esta diferencia se puede explicar por el comportamiento de la mortalidad ya que es mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente en el grupo de las muertes por causa externa que siempre están ocupando los primeros lugares.

### Dinámica demográfica



Fuente: DANE Certificado Individual de Defunción y Certificado de Nacido Vivo

Comparando las tasas de natalidad y mortalidad se ratifica que la pirámide poblacional de Manizales tiene una forma estacionaria puesto que en siete años la tasa de natalidad disminuyó. pasó de una forma moderada a débil y la mortalidad aunque también disminuyó conservó una forma débil.

Nacimientos por comuna y sexo

**Nacimientos por comuna y sexo. Manizales, 2014**

Comuna	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Atardeceres	181	9,3	154	8,6	335	9,0
San José	87	4,5	99	5,6	186	5,0
Cumanday	128	6,6	127	7,1	255	6,9
La Estación	83	4,3	81	4,5	164	4,4
Ciudadela del Norte	402	20,8	412	23,1	814	21,9
Ecoturístico Cerro de Oro	134	6,9	110	6,2	244	6,6
Tesorito	111	5,7	92	5,2	203	5,5
Palogrande	90	4,6	67	3,8	157	4,2
Universitaria	170	8,8	160	9,0	330	8,9
La Fuente	233	12,0	203	11,4	436	11,7
La Macarena	168	8,7	156	8,8	324	8,7
Rural	150	7,7	120	6,7	270	7,3
<b>Total</b>	<b>1937</b>	<b>100,0</b>	<b>1781</b>	<b>100,0</b>	<b>3718</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: DANE: Certificado de Nacido Vivo

**Nacimientos por edad de la madre. Tasa de fecundidad y Natalidad. Manizales 2014**

Grupos de edad	No.	%	Tasa de fecundidad *	Tasa de Natalidad *
			1000	1000
<b>10 - 14 años</b>	19	0,5	1,3	0.7
<b>15 a 19 años</b>	693	18,6	46,3	22.7
<b>20 a 29 años</b>	2000	53,8	57,4	27.8
<b>30 a 39 años</b>	954	25,7	34,4	17.8
<b>40 a 49 años</b>	52	1,4	1,9	0.3
<b>Total</b>	<b>3718</b>	<b>100,0</b>	<b>312,4</b>	<b>9.4</b>

FUENTE: DANE: Certificado de Nacido Vivo

**Nacimientos por régimen de seguridad social de la madre.  
Manizales 2014**

<b>Grupos de edad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Contributivo</b>	2408	64,8
<b>Subsidiado</b>	1105	29,7
<b>Excepción</b>	117	3,1
<b>No asegurado</b>	86	2,3
<b>Especial</b>	2	0,1
<b>Total</b>	<b>3718</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: DANE: Certificado de Nacido Vivo

# **CAPITULO 3**

# **ESTADO DE ASEGURAMIENTO MUNICIPIO**

Al Sistema General de Seguridad Social en Salud se accede a través del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado y la Entidad Territorial y/o Local de Salud deberán garantizar la atención de la población pobre no asegurada, con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones –SGP– para atención de servicios en lo cubierto por subsidio a la oferta, para lo cual se deberá cancelar las cuotas de recuperación a que haya lugar.

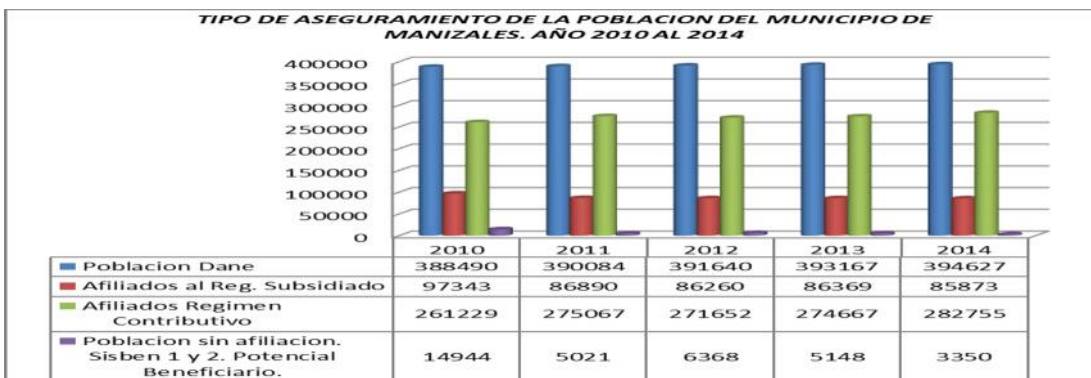
Es función de las entidades locales y territoriales, promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social; organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional; definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos, en caso de enfermedad del afiliado; remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios y establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

A continuación se presenta el diagnóstico del aseguramiento del municipio de Manizales, teniendo en cuenta las coberturas por régimen de aseguramiento, la cofinanciación del municipio para el régimen subsidiado y las aseguradoras o EPS que cuentan con afiliados en el municipio.



El gráfico muestra como ha venido incrementando la financiación del Régimen Subsidiado para el reconocimiento de la unidad de pago por capitación para los afiliados a éste régimen, a través de una Empresa Promotora de Salud Subsidiada. Este reconocimiento es directamente proporcional al Plan Obligatorio de Salud ofrecido a los afiliados. Es así como desde el año 2010 el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido ampliando el Plan Obligatorio de Salud e igualándolo al ofrecido a los afiliados del régimen contributivo.

El mayor incremento en la financiación del Régimen Subsidiado se dio en el año 2013 y para el año 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social igualó el Plan de Salud para ambos regímenes; adicionalmente incluyó a Manizales entre las ciudades capitales con un mayor gasto en salud y le asignó una Unidad de Pago por Capitación (UPC) diferencial al resto del País, lo que generó un mayor valor de la UPC.



Desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, se concibió para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dos tipos de regímenes: El contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarlos parcial o totalmente. Adicionalmente definió un tipo de población que no estaba afiliada al Sistema pero era potencial de ser incluida en alguno de los regímenes; a este grupo se le llamó “Vinculados”, hoy conocidos como población sin afiliación al Sistema de Salud o Población Potencial Beneficiaria con SISBEN nivel uno o dos.

Consecuente con lo anterior, el siguiente gráfico describe el número de afiliados al Sistema de Salud y las personas sin ninguna afiliación, que cumplen los criterios para ser afiliadas al régimen subsidiado.

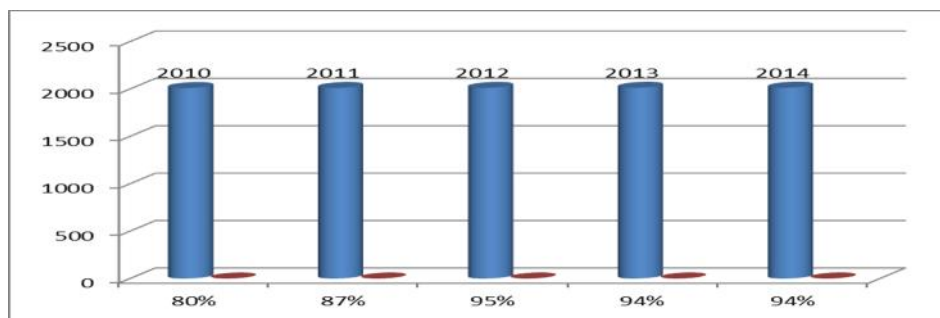
Es así que desde el año 2010 han disminuido drásticamente las personas sin afiliación al Sistema de salud, lo cual puede obedecer al cambio de operación del Régimen Subsidiado en salud, ya que desde el año 2011 hasta la fecha, no se habla de cupos en este régimen y pueden ingresar todas las personas potenciales para ser incluidos al Sistema de Salud. Otra explicación es que desde la Administración Municipal se han venido desarrollando diferentes campañas de afiliación en la zona urbana y rural del Municipio, en población cautiva y en instituciones educativas, en programas sociales como red unidos, familias en acción, hogares del ICBF y centros de desarrollo infantil entre otros.

Existen diferentes motivos por los cuales las afiliaciones al régimen subsidiado en salud, han venido disminuyendo, entre ellos:

- El incremento de las afiliaciones al régimen contributivo gracias a las acciones de evasión y elusión que se adelantan desde el programa de régimen subsidiado, buscando la afiliación al régimen contributivo de las personas que cumplen condiciones como lo define el Decreto 806 de 2005.
- Antes del año 2011, existían contratos de régimen subsidiado entre el Municipio y las EPS, con un cupo de afiliados definidos en el contrato.
- Desde el año 2011 no existen cupos, motivo por el cual, el dato de afiliados al régimen subsidiado son los afiliados activos en la Base de Datos Única del Fosyga.

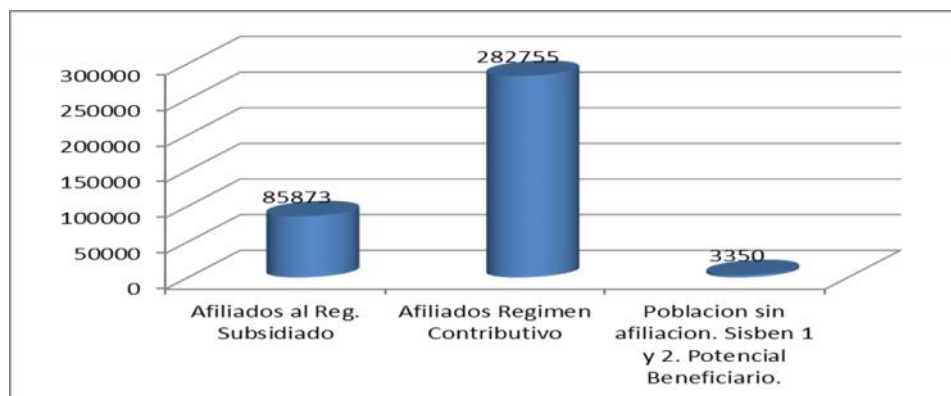
- Gracias a las diferentes campañas del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Unidad de Gestión de pensión y parafiscales y de la Secretaría de Salud, se ha venido impulsando la cultura de afiliación de las personas con capacidad de pago con su grupo familiar a una EPS del régimen contributivo.
- El FOSYGA ha venido fortaleciendo sus herramientas tecnológicas para el cruce de base de datos y la identificación de los afiliados al régimen contributivo, de excepción y regímenes especiales. Esto ha permitido que en el Régimen Subsidiado estén realmente las personas que no tienen capacidad de pago para cotizar la sistema de salud o no reúnen condiciones para ser beneficiarios de tal régimen de salud

### COBERTURAS DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD. MANIZALES, 2010 - 2014



Las coberturas de afiliación al Régimen Subsidiado han venido aumentando en la medida que la población potencial beneficiaria está disminuyendo gracias a las diferentes estrategias, campañas y jornadas de afiliación que se desarrollan en el Municipio de Manizales aunado al trabajo conjunto con grupo cautivos y especiales para búsqueda activa de la población sin afiliación al sistema de salud, que son pobres y vulnerables.

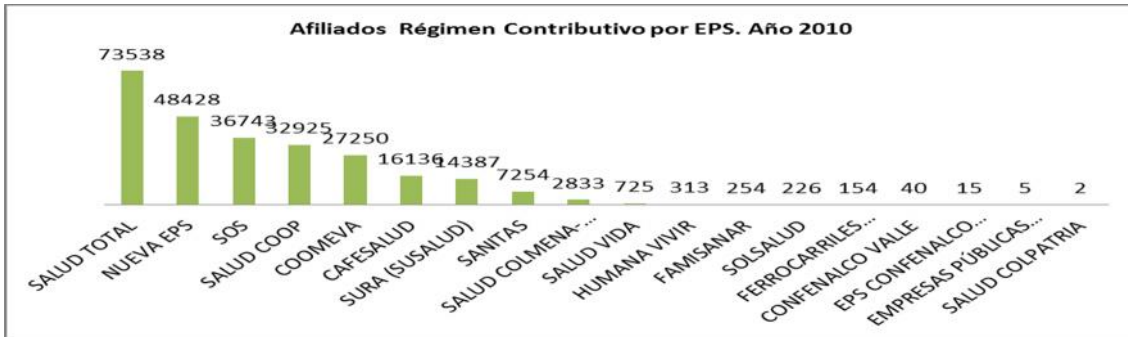
### AFILIADOS AL SISTEMA DE SALUD POR RÉGIMEN DE AFILIACION. MANIZALES AÑO 2014



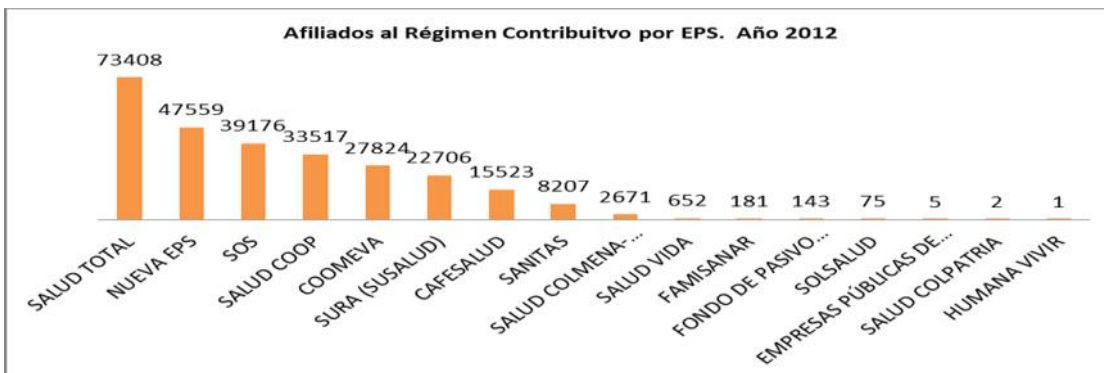


Como se puede observar en el gráfico, el mayor número de afiliados al Sistema de Salud está en el Régimen Contributivo, lo cual puede interpretarse como algo positivo, toda vez, que co-ayuda a una mayor financiación y equilibrio del Sistema de Salud.

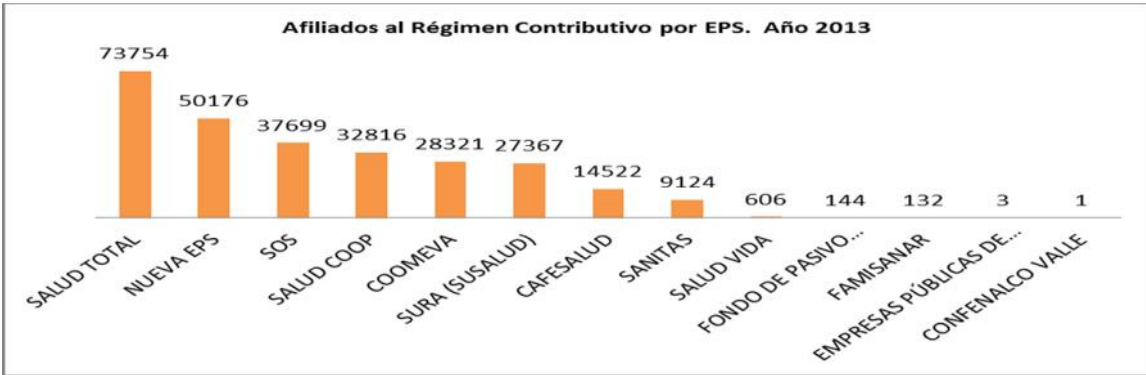
### AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO. MUNICIPIO DE MANIZALES. AÑO 2010 AL 2014



Para el año 2010, salen de la operación del Régimen Contributivo en el Municipio las EPS Humana Vivir y Salud Colombia. Para esta vigencia la EPS con el mayor número de afiliados es la EPS Salud Total.

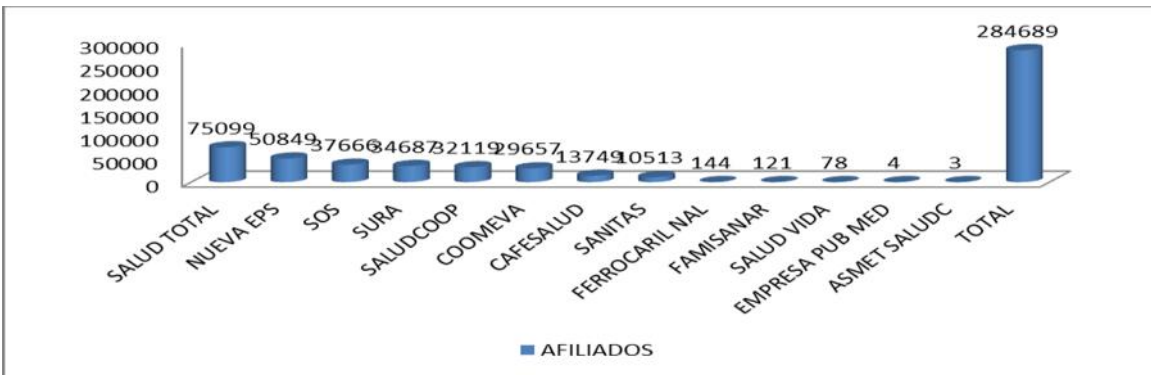


Se observa para los años 2011-2012, un comportamiento similar de afiliación en régimen contributivo frente al año 2010



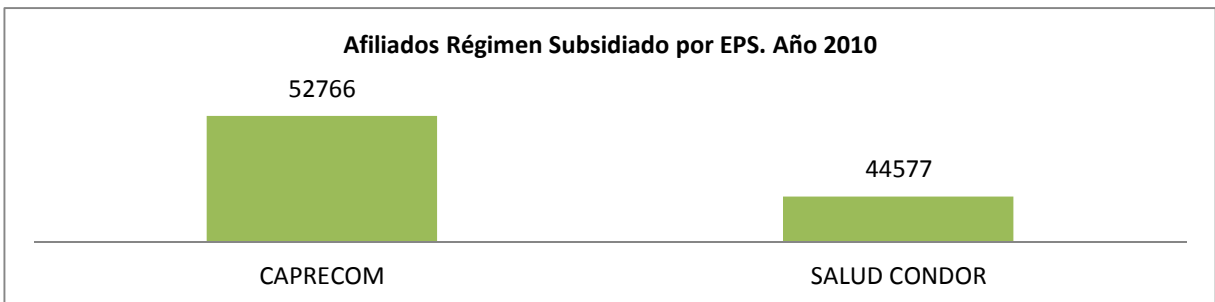
Para el año 2013, salen del Municipio de Manizales, las EPS del Régimen Contributivo Humana Vivir, Salud Colpatría, Solsalud y Famisanar.

**AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO POR EPS PARA EL AÑO 2014**

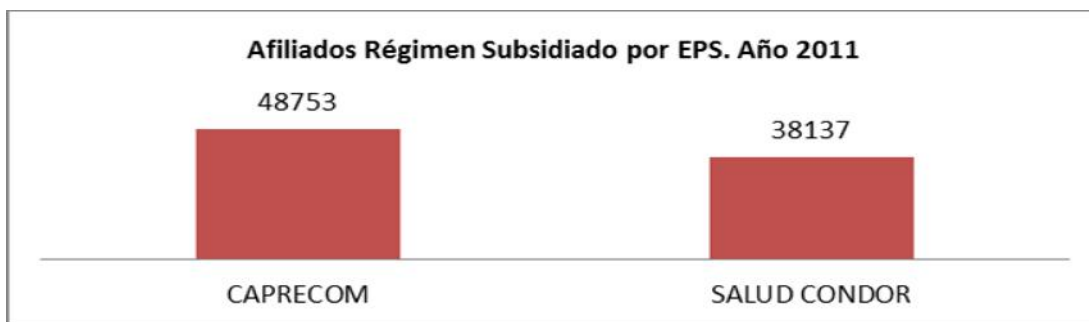


Para el año 2014, gracias al Decreto 3047 de 2013, las EPS de régimen subsidiado deben también operar el régimen contributivo, ya que deben garantizar a sus afiliados el derecho a la movilidad. Es así que puede observarse en la gráfica la EPS Saludvida con un número inicial de afiliados al régimen contributivo.

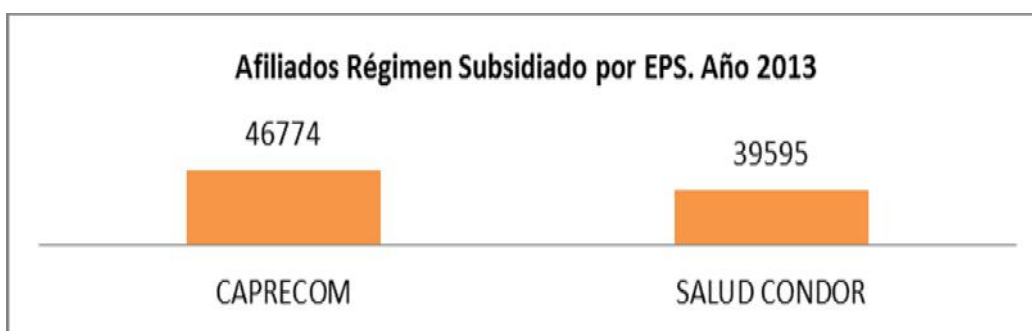
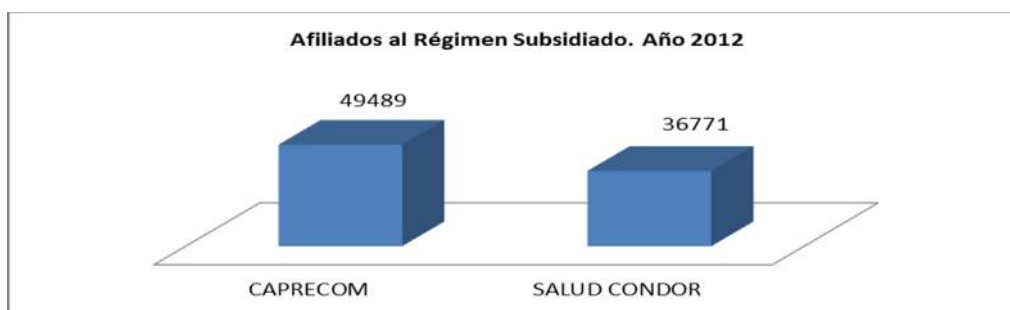
**AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO. MUNICIPIO DE MANIZALES. AÑO 2010 AL 2014**



Para este año las EPS-s Calisalud, Salud Vida y Barrios Unidos del Quibdó, manifiestan su voluntad de retiro para la operación del régimen subsidiado en el Municipio de Manizales y la población queda afiliada a las EPS-s Caprecom y Salud Cóndor. Esta última entra a operar el Régimen Subsidiado el 27 de noviembre de 2010 y recibe la población que estaba afiliada a la EPS-s Saludvida.

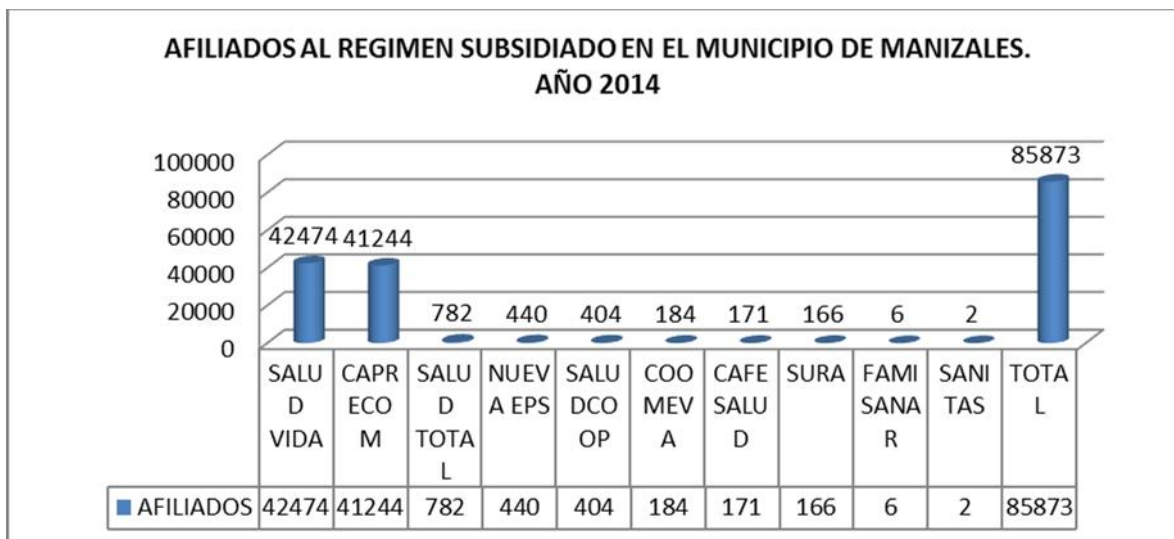


Para el año 2011, una vez expedida la Ley 1438 de 2011, cambia la operación del régimen subsidiado en salud y al no haber contratación entre EPS-s y Municipio, no se habla de cupos de afiliados sino de afiliados activos en la Base de Datos Unica del Fosyga. Por lo anterior se evidencia una disminución de afiliados frente al año 2010.



Para los años 2012-2013, no se observa mayor variación en la operación del régimen subsidiado, respecto a la afiliación y carnetización de los afiliados a la EPS-s. Vale la pena mencionar que la EPS-s Salud Cóndor, es liquidada por la Superintendencia Nacional de Salud y sus afiliados son entregados a la EPS-s Salud Vida, según inscripción que hiciera esta EPS-s para operar nuevamente

el régimen subsidiado en Manizales. Para el año 2012 y 2013, la EPS-s Caprecom, no puede realizar nuevas afiliaciones al régimen subsidiado por haber superado la cobertura regional para Caldas, autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud.



Para el año 2014, en atención al Decreto 3047 de 2013 se inició la operación de la Movilidad entre regímenes, motivo por el cual y como se puede observar en la gráfica anterior los afiliados al régimen contributivo que pierden la condición de capacidad de pago o retiro laboral y que tienen nivel uno o dos del SISBEN o pertenecen a los listados censales de desplazados, puede permanecer en la misma EPSc con movilidad al régimen subsidiado. Como puede observarse en la gráfica anterior los afiliados a este régimen se encuentran principalmente en la EPS Saludvida y Caprecom, pero también se observa un número incipiente de afiliados al subsidiado en ocho EPS del régimen contributivo.

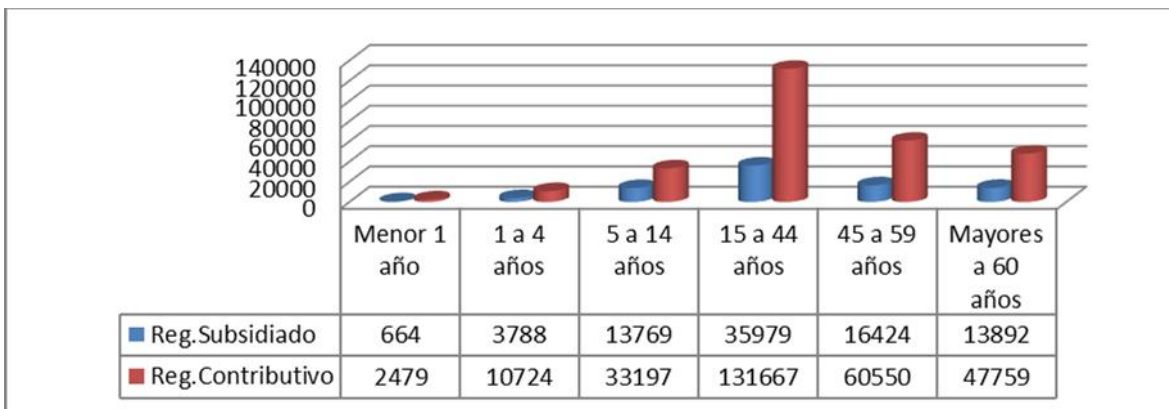
Durante al año 2014, se realizaron diferentes estrategias para la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable del Municipio de Manizales, a continuación se describen las acciones realizadas.

PROGRAMA	ACCIONES REALIZADAS
RED UNIDOS	Se ha mantenido un proceso continuo de capacitaciones con las cogestoras con el fin de garantizar la afiliación de la población beneficiada del programa para lo cual se realiza capacitaciones y jornadas de afiliación.
HOGARES DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR	Se intervinieron Instituciones con el fin de verificar que todos los adultos mayores institucionalizados tengan su afiliación en salud de lo

	<p>contrario se gestiona la afiliación bajo listado censal régimen subsidiado..</p>
<p>ICBF: MENOR INSTITUCIONALIZADO</p>	<p>De manera mensual el ICBF reporta el Listado Censa de los menores que han ingresado bajo la medida de Restablecimiento de Derechos. Estos menores son verificados en el sistema de salud y si no tienen afiliación se gestiona directamente su ingreso al régimen subsidiado con la afiliación y entrega del carnet de la EPS. Adicional se visitan las instituciones del ICBF con menores institucionalizados para verificar en campo la afiliación de estos menores.</p>
<p>POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO</p>	<p>En el marco de la ley de Víctimas 1448 de 2011 y teniendo en cuenta la prioridad para la afiliación de la población víctima semanalmente se realizan charlas de capacitación en deberes y derechos para dicha población en el Centro municipal de Atención a Población Víctima adscrito a la Secretaría de Gobierno.</p>
<p>INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE MANIZALES</p>	<p>Fueron intervenidas las instituciones educativas (I.E) para la afiliación de los estudiantes identificados sin afiliación al sistema de salud. En estas I.E se realizaron directamente las jornadas de afiliación y entrega de carnet de la EPS</p>
<p>CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL</p>	<p>Con la directora de los CDI, la Dra. Mónica Granada, se intervinieron todos los CDI que tuviesen menores sin afiliación al SGSSS, identificados mediante cruce de base de datos y jornadas de afiliación directamente en los hogares.</p>
<p>ACTOS ADMINISTRATIVOS</p>	<p>Cada mes mediante acto administrativo se adopta la base de datos de potenciales beneficiarios, la cual es el resultado del cruce de base de datos del SISBEN certificado, régimen contributivo, personas detectadas con capacidad de pago y bodega de datos de fallecidos.</p>
<p>NOTIFICACIONES POR CORREO CERTIFICADO</p>	<p>Mediante comunicado escrito se avisa a cada persona identificada como potencial beneficiario y sin afiliación a salud, el derecho que tienen de afiliarse al régimen subsidiado y se motiva y convoca para que realicen su afiliación a la EPS-s</p>
<p>JORNADAS DE AFILIACION EN ZONA RURAL</p>	<p>Se realizaron jornadas de afiliación en todos los corregimientos de la zona rural del municipio de Manizales. Con la participación de la EPSs, ESE Municipal, líderes de la vereda, gestoras de red unidos, entre otros.</p>

<p>CHARLAS EDUCATIVAS</p> <p>BOLETINES DE PRENSA</p> <p>VOLANTES INFORMATIVOS</p>	<p>Diariamente se dictan charlas educativas en la oficina de atención al usuario del régimen subsidiado. Todos los miércoles se dictan charlas informativas de régimen subsidiado en el centro de Atención a la violencia y en la comunidad en general. Adicional se hace la Distribución de volantes informativos en el que se indica a las personas cómo afiliarse al régimen subsidiado Boletín de prensa para promocionar la afiliación al régimen subsidiado y al régimen contributivo.</p>
<p>BUSQUEDA ACTIVA DE GESTANTES Y MENORES DE CINCO AÑOS SIN AFILIACION</p>	<p>Desde la auditoría de prestación de servicios de salud, se hace búsqueda activa de Gestantes inscritas en el programa prenatal de Assbasalud ESE, de partos atendidos de mujeres sin afiliación, adicional de las gestantes atendidas sin afiliación en el laboratorio clínico de Assbasalud. Mensual se recibe esta información de la ESE, y por Secretaria de Salud se hace verificación de derechos y se realiza la búsqueda de la gestante o del menor hasta lograr su afiliación a salud.</p>
<p>ICBF: Menores institucionalizados</p>	<p>De manera mensual el ICBF reporta el Listado Censal correspondiente, en el cual incluye la población que recibe medida de Restablecimiento de Derechos inscritos en 12 Instituciones con las cuales de manera mensual se coordina la afiliación por diferentes novedades y las actualizaciones de datos de identificación de los ya afiliados al régimen subsidiado. Adicional se complementa esta labor con visitas.</p>
<p>HABITANTES DE CALLE</p>	<p>Mediante coordinación con la Secretaria de Gobierno se ha logrado que los habitantes de calle que la Secretaria valida accedan de manera inmediata a la afiliación al Régimen Subsidiado.</p>

**PERSONAS AFILIADAS AL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SEGÚN GRUPO DE EDAD.  
MANIZALES, 2014**



La anterior gráfica muestra que el mayor número de afiliados al régimen contributivo se ubica en el rango de edad de 15 a 44 años con una gran diferencia para el menor de un año. El hecho de que un gran número de afiliados esté en el rango de edad descrito, muestra que existe una mayor fuerza laboral en dicho grupo lo que indica que están incluidos los beneficiarios de los cotizantes. En el grupo de edad reproductivo, se observa también éste comportamiento. Aunque la población del régimen subsidiado es menor, la proporción por grupos de edad es muy similar al del régimen contributivo.

**CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LAS EPS-S CON LA IPS PÚBLICAS MANIZALES.  
MANIZALES. AÑO 2014**

EPS	CONTRATACION CON LA RED PÚBLICA	MODALIDAD DE CONTRATACION
CAPRECOM	E.S.E ASSBASALUD HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFIA HOSPITAL GERIATRICO SAN ISIDRO	CAPITA Y EVENTO
SALUDVIDA	E.S.E ASSBASALUD HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFIA HOSPITAL GERIATRICO SAN ISIDRO	CAPITA

Se evidencia que las EPS subsidiadas dan cumplimiento al artículo 16 de la Ley 1122 de 2007 el cual define el porcentaje mínimo de contratación de la EPS-s con la red pública superando el 60%.

GESTANTES POR TIPO DE AFILIACIÓN. MUNICIPIO DE MANIZALES. AÑO 2014

EPS	TOTAL
SALUDCOOP	272
BATALLON (Regimen Especial)	18
SOS	445
SANITAS	86
NUEVA EPS	195
SALUD TOTAL	1024
COOMEVA	314
SURA	436
POLICIA NAL	104
COSMITET	53
CAPRECOM	231
SALUDVIDA	290
POBLACION POBRE	67
<b>TOTAL</b>	<b>3535</b>



# ***CAPITULO 4***

# ***VACUNACION***

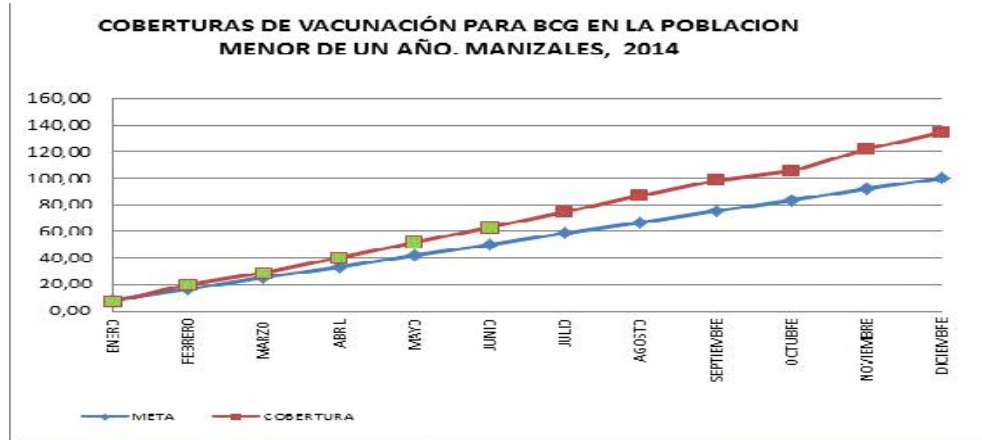
El Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, pilar de la Atención Primaria en Salud, tiene como objeto contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil por causas inmunoprevenibles, mediante el desarrollo de acciones enmarcadas en los componentes de gestión, cadena de frío, sistemas de información, movilización social, entre otros. Estos basados en procesos de articulación intersectorial, fortalecimiento institucional y empoderamiento familiar que conllevan a la protección de la población infantil, mediante la VACUNACIÓN.

Lo anterior, tiene como parámetro de medición el indicador de protección en niños objeto del programa cuya meta es alcanzar el 95% de cobertura en los biológicos trazadores del programa.

A Continuación se presenta el comportamiento de algunos biológicos, mes a mes con su respectiva meta mensual.

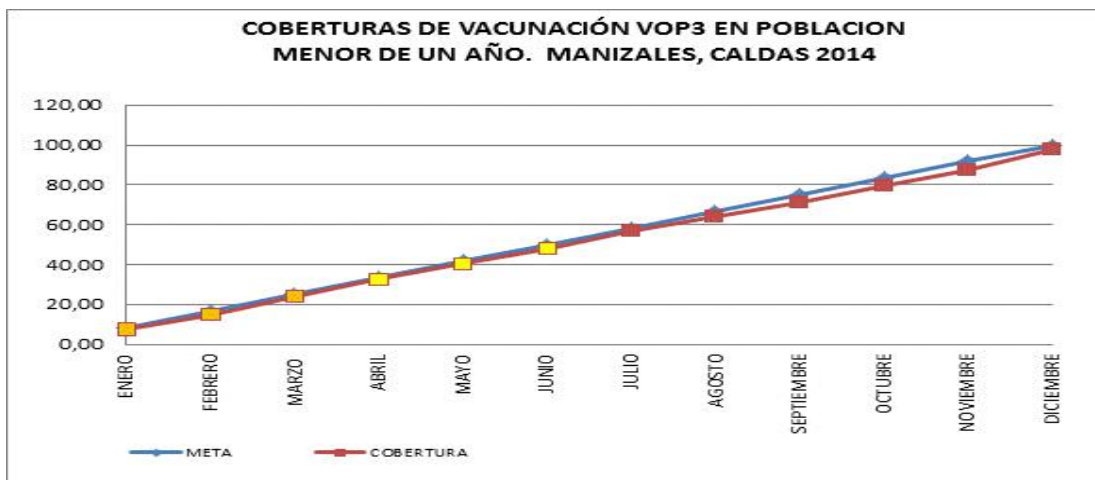
**COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA BCG EN MENORES DE UN AÑO, SEGÚN MES.  
MANIZALES 2014**

MES	ACUMULADO VACUNADO	%	META	%
ENERO	260	6,82	318	8,33
FEBRERO	744	19,53	635	16,67
MARZO	1.078	28,29	953	25,00
ABRIL	1.511	39,66	1.270	33,33
MAYO	1.967	51,63	1.588	41,67
JUNIO	2.396	62,89	1.905	50,00
JULIO	2.831	74,30	2.223	58,33
AGOSTO	3.293	86,43	2.540	66,67
SEPTIEMBRE	3.755	98,56	2.858	75,00
OCTUBRE	4.022	105,56	3.175	83,33
NOVIEMBRE	4.653	122,13	3.493	91,67
DICIEMBRE	5.117	134,30	3.810	100,0



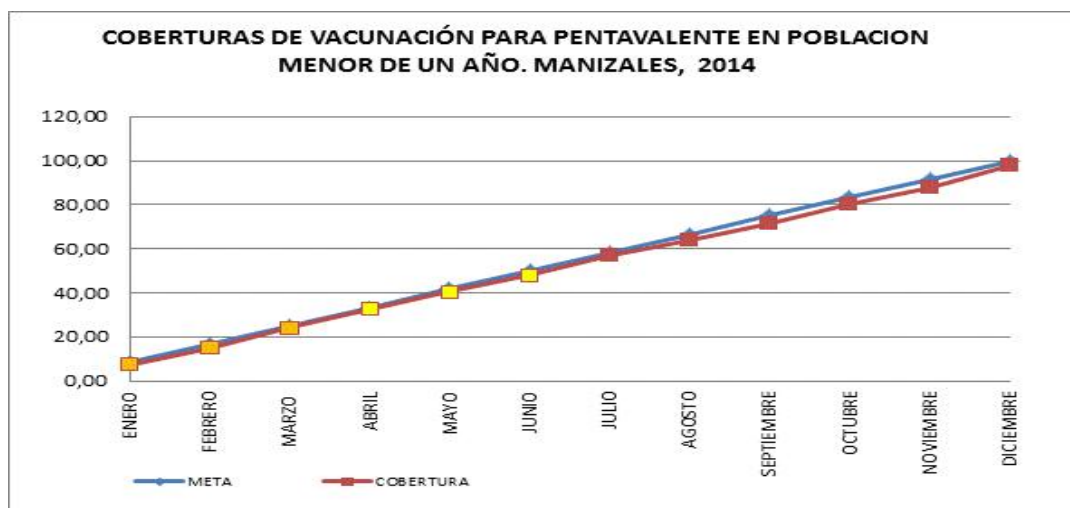
**COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA VOP 3 EN POBLACION DE UN AÑO, SEGÚN MES. MANIZALES 2014**

MES	ACUMULADO VACUNADO	%	META	%
ENERO	284	7,45	318	8,33
FEBRERO	568	14,91	635	16,67
MARZO	911	23,91	953	25,00
ABRIL	1.238	32,49	1.270	33,33
MAYO	1.540	40,42	1.588	41,67
JUNIO	1.824	47,87	1.905	50,00
JULIO	2.155	56,56	2.223	58,33
AGOSTO	2.431	63,81	2.540	66,67
SEPTIEMBRE	2.716	71,29	2.858	75,00
OCTUBRE	3.044	79,90	3.175	83,33
NOVIEMBRE	3.330	87,40	3.493	91,67
DICIEMBRE	3717	97,56	3.810	100,0



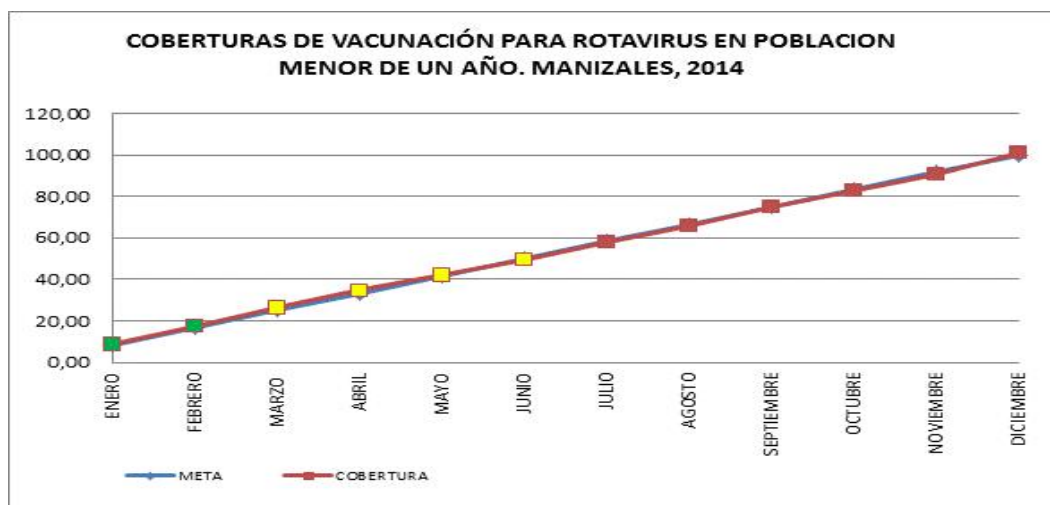
**COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA PENTAVALENTE 3 EN POBLACION DE UN AÑO, SEGÚN MES.  
MANIZALES 2014**

MES	ACUMULADO VACUNADO	%	META	%
ENERO	284	7,45	318	8,33
FEBRERO	568	14,91	635	16,67
MARZO	913	23,96	953	25,00
ABRIL	1.240	32,55	1.270	33,33
MAYO	1.542	40,47	1.588	41,67
JUNIO	1.829	48,01	1.905	50,00
JULIO	2.159	56,67	2.223	58,33
AGOSTO	2.435	63,91	2.540	66,67
SEPTIEMBRE	2.720	71,39	2.858	75,00
OCTUBRE	3.048	80,00	3.175	83,33
NOVIEMBRE	3.334	87,51	3.493	91,67
DICIEMBRE	3721	97,66	3.810	100,0



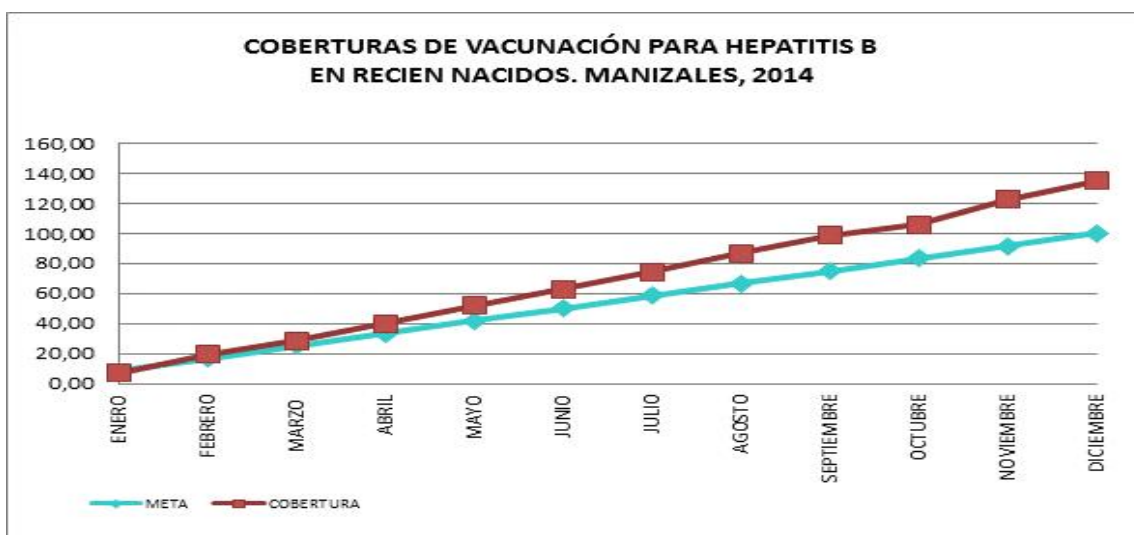
### COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA ROTAVIRUS EN POBLACION DE UN AÑO, SEGÚN MES. MANIZALES 2014

MES	ACUMULADO VACUNADO	%	META	%
ENERO	335	8,79	318	8,33
FEBRERO	666	17,48	635	16,67
MARZO	1.009	26,48	953	25,00
ABRIL	1.323	34,72	1.270	33,33
MAYO	1.610	42,26	1.588	41,67
JUNIO	1.894	49,71	1.905	50,00
JULIO	2.209	57,98	2.223	58,33
AGOSTO	2.504	65,72	2.540	66,67
SEPTIEMBRE	2.848	74,75	2.858	75,00
OCTUBRE	3.154	82,78	3.175	83,33
NOVIEMBRE	3.465	90,94	3.493	91,67
DICIEMBRE	3851	101,08	3.810	100,0



**COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA HEPATITIS EN RECIEN NACIDOS, SEGÚN MES.  
MANIZALES 2014**

MES	ACUMULADO VACUNADO	%	META	%
ENERO	262	6,88	318	8,33
FEBRERO	746	19,58	635	16,67
MARZO	1.082	28,40	953	25,00
ABRIL	1.515	39,76	1.270	33,33
MAYO	1.971	51,73	1.588	41,67
JUNIO	2.401	63,02	1.905	50,00
JULIO	2.835	74,41	2.223	58,33
AGOSTO	3.298	86,56	2.540	66,67
SEPTIEMBRE	3.766	98,85	2.858	75,00
OCTUBRE	4.036	105,93	3.175	83,33
NOVIEMBRE	4.673	122,65	3.493	91,67
DICIEMBRE	5142	134,96	3.810	100,0



En cada uno de los biológicos correspondientes se logró una cobertura útil del 100% teniendo en cuenta la meta poblacional establecida por el MSPS.

BIOLOGICO	No. DOSIS APLICADAS
BCG RN	4854
POLIO 3RA DOSIS	3423

PENTA 3RA DOSIS	3414
ROTA 2DA DOSIS	3423
TRIPLE VIRAL	3460
FIEBRE AMARILLA	3483
NEUMO RZO	3406
HEPATITIS A	3184
1ER RZO POLIO	3495
1ER RZO DPT	3655
POLIO 2DO RZO	3649
DPT 2DO RZO	3655
TRIPLE VIRAL RZO	3594

En la fecha para el año 2014, el municipio contaba con los siguientes biológicos trazadores: la BCG Rn, tercera dosis de Pentavalente (DPT, Hib, Hb y Polio) y segunda dosis de Rotavirus aplicadas en la población menor de un año y primera dosis de triple viral, fiebre amarilla y tercera de neumococo en los niños de un año. Como se observa en los cuadros y gráficos anteriores, las coberturas de vacunación en el municipio de Manizales han cumplido con la meta establecida para tal fin ( 95%) en todos los biológicos.

En el segundo trimestre del 2014, se realizó una investigación con el objeto de conocer el estado actual de los menores de 6 años con respecto a los esquemas permanentes de vacunación. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

#### Niños encuestados según grupo de edad. Manizales, Segundo Trimestre 2014

GRUPO DE EDAD	TOTAL
Niños de 0 a 11 meses	136
Niños de 12 a 23 meses	196
Niños de 24 a 35 meses	232
Niños de 60 a 71 meses	66
<b>TOTAL</b>	<b>630</b>

#### Cobertura por biológico en Menores de 1 año. Manizales, Segundo trimestre 2014

Indicadores	Descripción	No.	Resultado
-------------	-------------	-----	-----------

Cobertura con BCG en menores de 1 año	Número de niños de 0 a 11 meses vacunados con BCG	136	100.0
	Total de niños de 0 a 11 meses encuestados (Con carné)	136	
Cobertura con terceras dosis de pentavalente en menores de 1 año	Número de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente	59	98.3
	Total de niños de 6 a 11 meses encuestados (Con carné)	60	
Cobertura con terceras dosis de antipolio en menores de 1 año	Número de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de antipolio	59	98.3
	Total de niños de 6 a 11 meses encuestados (Con carné)	60	
Cobertura con segunda dosis de neumococo en menores de 1 año	Número de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de neumococo	78	100.0
	Total de niños de 4 a 11 meses encuestados (Con carné)	78	
Cobertura con segunda dosis de rotavirus en menores de 1 año	Número de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus	78	100.0
	Total de niños de 4 a 11 meses encuestados (Con carné)	78	



### Cobertura por biológico, en niños y niñas de 1 año. Manizales, Segundo trimestre 2014

Indicadores	Descripción	No.	Resultado
Cobertura de vacunación con dosis de Triple viral	Número de niños de 12 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral	196	100.0
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	196	
Cobertura de vacunación con dosis de Febre Amarilla	Número de niños de 12 a 23 meses vacunados con dosis de Febre Amarilla	196	100.0
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	196	
Cobertura de vacunación con refuerzo de Neumococo	Número de niños de 12 a 23 meses vacunados con refuerzo de Neumococo	196	100.0
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	196	
Cobertura de vacunación con DPT primer refuerzo	Número de niños de 18 a 23 meses vacunados con DPT primer refuerzo	105	96.3
	Total de niños de 18 a 23 meses encuestados (Con carné)	109	
Cobertura de vacunación con antipolio primer refuerzo	Número de niños de 18 a 23 meses vacunados con antipolio primer refuerzo	105	96.3
	Total de niños de 18 a 23 meses encuestados (Con carné)	109	

### Cobertura por biológico, en niños y niñas de 5 años. Manizales, Segundo trimestre 2014

Indicadores	Descripción	No.	Resultado
Cobertura de vacunación con DPT segundo refuerzo	Número de niños de 60 a 71 meses vacunados con DPT segundo refuerzo	66	100.0%
	Total de niños de 60 a 71 meses encuestados (Con carné)	66	
Cobertura de vacunación con antipolio segundo refuerzo	Número de niños de 60 a 71 meses vacunados con antipolio segundo refuerzo	66	100.0%
	Total de niños de 60 a 71 meses encuestados (Con carné)	66	
Cobertura de vacunación con triple viral refuerzo	Número de niños de 60 a 71 meses vacunados con triple viral refuerzo	66	100.0%
	Total de niños de 60 a 71 meses encuestados (Con carné)	66	

En resumen se observa una óptima cobertura en vacunación en la mayoría de biológicos, a excepción de PENTA (98.3%), POLIO (98.3%) y DPT (96%).

A continuación se presentan los resultados de oportunidad en la aplicación del biológico en los menores de 6 años.

#### Oportunidad por biológico en los menores de 1 año. Manizales, Segundo Trimestre 2014

Indicador	Descripción	No.	Resultado
Oportunidad en la vacunación con BCG en el recién nacido	Número de niños de 1 a 11 meses vacunados en los primeros 29 días con BCG	116	100.0
	Total de niños de 1 a 11 meses encuestados (Con carné)	116	
Oportunidad en la vacunación con Hepatitis B en el recién nacido	Número de niños de 1 a 11 meses vacunados en los primeros 29 días con BCG	116	100.0
	Total de niños de 1 a 11 meses encuestados (Con carné)	116	
Oportunidad en la vacunación con primera dosis de antipolio	Número de niños de 3 a 11 meses vacunados en las primeras dosis de antipolio entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	88	98.9
	Total de niños de 3 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	89	
Oportunidad en la vacunación con segunda dosis de antipolio	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados en segundas dosis de antipolio entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	67	100.0
	Total de niños de 5 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	67	
Oportunidad en la vacunación con tercera dosis de antipolio	Número de niños de 7 a 11 meses vacunados en tercera dosis de antipolio entre los 6 meses y 6 meses 29 días de edad	49	100.0
	Total de niños de 7 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	49	
Oportunidad en la vacunación con primera dosis de pentavalente	Número de niños de 3 a 11 meses vacunados en segundas dosis de pentavalente entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	88	98.9
	Total de niños de 5 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	89	
Oportunidad en la vacunación con segunda dosis de pentavalente	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados en segundas dosis de pentavalente entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	67	100.0
	Total de niños de 5 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	67	

Indicador	Descripción	No.	Resultado
Oportunidad en la vacunación con tercera dosis de pentavalente	Número de niños de 7 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente entre los 6 meses y 6 meses 29 días de edad	49	100.0
	Total de niños de 7 a 11 meses encuestados (Con carné)	49	
Oportunidad de la vacunación con primera dosis de rotavirus	Número de niños vacunados con primera dosis de rotavirus entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	89	100.0
	Total de niños entre 3 y 11 meses encuestados (Con carné)	89	
Oportunidad de la vacunación con segunda dosis de rotavirus	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	67	100.0
	Total de niños entre 5 y 11 meses encuestados (Con carné)	67	
Oportunidad en la vacunación con primera dosis de neumococo	Número de niños de 3 a 11 meses vacunados en las primeras dosis de antipolio entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	88	98.9
	Total de niños de 3 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	89	
Oportunidad de la vacunación con segunda dosis de neumococo	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de neumococo entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	67	100.0
	Total de niños entre 5 y 11 meses encuestados (Con carné)	67	

#### Oportunidad por biológico en los niños y niñas de 1 año. Manizales, Segundo Trimestre 2014

Indicador	Descripción	No.	Resultado
Oportunidad en la vacunación con dosis de triple viral	Número de niños de 16 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad	137	100.0
	Total de niños entre 16 y 23 meses encuestados (Con carné)	137	
Oportunidad en la vacunación con dosis de Fiebre Amarilla	Número de niños de 16 a 23 meses vacunados con fiebre amarilla entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad	137	100.0
	Total de niños entre 16 y 23 meses encuestados (Con carné)	137	
Oportunidad en la vacunación con refuerzo de Neumococo	Número de niños de 16 a 23 meses vacunados con refuerzo de neumococo entre los 12 meses 15 meses 29 días de edad	137	100.0
	Total de niños entre 16 y 23 meses encuestados (Con carné)	137	

#### Oportunidad por biológico en los niños y niñas de 2 años. Manizales, Segundo Trimestre 2014

Indicador	Descripción	No.	Resultado
Oportunidad de vacunación con DPT primer refuerzo	Número de niños de 22 a 35 meses vacunados con primer refuerzo de DPT entre los 18 y 21 meses de edad	262	97.0
	Total de niños entre 22 a 35 meses encuestados (Con carné)	270	
Oportunidad de vacunación con Antipolio primer refuerzo	Número de niños de 22 a 35 meses vacunados con primer refuerzo de DPT entre los 18 y 21 meses de edad	262	97.0
	Total de niños entre 22 a 35 meses encuestados (Con carné)	270	

#### Oportunidad por biológico en los niños y niñas de 5 años. Manizales, Segundo Trimestre 2014

Indicador	Descripción	No.	Resultado
Oportunidad de vacunación con DPT segundo refuerzo	Número de niños de 64 a 71 meses vacunados con segundo refuerzo de DPT entre los 60 y 63 meses 29 días de edad	29	100.0
	Total de niños entre 64 a 71 meses encuestados (Con carné)	29	
Oportunidad de vacunación con Antipolio segundo refuerzo	Número de niños de 64 a 71 meses vacunados con segundo refuerzo de antipolio entre los 60 y 63 meses 29 días de edad	29	100.0
	Total de niños entre 64 a 71 meses encuestados (Con carné)	29	
Oportunidad de vacunación con triple viral refuerzo	Número de niños de 64 a 71 meses vacunados con triple viral refuerzo entre los 60 meses y 63 meses 29 días de edad	29	100.0
	Total de niños entre 64 a 71 meses encuestados (Con carné)	29	

Se observa una excelente continuidad en vacunación en la mayoría de los biológicos, a excepción de DPT y POLIO Refuerzo 1, PENTA, POLIO y NEUMOCOCO , 1ª dosis.

**Cobertura de Esquema Completo en los niños y niñas de 1 y 2 años.  
Manizales, segundo trimestre 2014**

Indicador	Descripción	No.	Resultado
Esquema completo para el grupo de 12 a 23 meses	Número de niños entre 12 a 23 meses que tienen esquema completo de menor de un año	196	100.0
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	196	
Esquema completo para el grupo de 24 a 35 meses	Número de niños entre 24 a 35 meses que tienen esquema completo de un año	93	40.1
	Total de niños de 24 a 35 meses encuestados (Con carné)	232	

Llama la atención el resultado del indicador de Esquema Completo de la población de 24 a 35 meses de edad, con sólo el 40.1%. Esto podría explicarse dado que la vacuna de Neumococo fue aprobada dentro del esquema de vacunación, a partir de noviembre de 2010.

**Indicadores Tenencia de Carné en los menores de 1 año. Manizales segundo trimestre de 2014**

Indicador	Descripción	No.	Resultado
Tenencia de carné (grupo de edad 0 a 11 Meses)	Número de niños de 0 a 11 meses que tienen carné	136	100.0
	Total de niños encuestados de 0 a 11 meses (Con y sin carné)	136	
Porcentaje de encuestados por régimen	Número de niños encuestados por cada régimen	630	100.0
	Total de niños encuestados * 100	630	
Porcentaje de encuestados por asegurador	Número de niños encuestados por cada asegurador	630	100.0
	Total de niños encuestados * 100	630	
Tenencia de carné (grupo de edad 12 a 23 Meses)	Número de niños de 12 a 23 meses que tienen carné	196	100.0
	Total de niños encuestados de 12 a 23 meses (Con y sin carné)	196	
Tenencia de carné (grupo de edad 24 a 35 Meses)	Número de niños de 24 a 35 meses que tienen carné	232	100.0
	Total de niños encuestados de 24 a 35 meses (Con y sin carné)	232	
Tenencia de carné (grupo de edad 60 a 71 Meses)	Número de niños de 60 a 71 meses que tienen carné	66	100.0
	Total de niños encuestados de 60 a 71 meses (Con y sin carné)	66	

En conclusión:

- La tenencia del carne de los niños menores de 6 años en todos los grupos de edad en la ciudad de Manizales está por encima del 100%.
- Los biológicos con los indicadores más deficientes en Cobertura (96.3%) y Oportunidad (97%), fueron DPT y POLIO, Refuerzo 1.

# **CAPITULO 5**

## **SALUD AMBIENTAL EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Manizales es un municipio que cuenta con una Unidad de Saneamiento Ambiental (Autoridad Sanitaria), dependencia adscrita a la Secretaría del Medio Ambiente - SMA de la Alcaldía, conformada por un (1) Profesional Especializado, Un (1) Profesional Universitario, diez (10) Técnicos de Saneamiento Ambiental y un (1) Auxiliar Administrativo.

Tiene en su territorio aproximadamente 12000 establecimientos, entre públicos y privados, vigilados por la Autoridad Sanitaria con priorización según evaluación de riesgo, (alimentos, bebidas alcohólicas, centros de estética y educativos y viviendas de riesgo, principalmente).

En el año 2014 la Unidad de Saneamiento Ambiental desarrolló los programas de Vigilancia y Control de:

- **Factores de Riesgo de Consumo**, a través de toma de **246** muestras, de agua para consumo humano, de los diferentes sistemas de abastecimiento, **181** de alimentos para consumo humano y **48** de bebidas alcohólicas, en cumplimiento a una programación establecida entre la SMA y la DTSC para análisis FQ y MB, previa determinación de sujetos de mayor riesgo.

Los porcentajes en los reportes de aceptación por parte del laboratorio Departamental de alimentos, fueron en su orden: Agua urbana **97,7%**, Agua de acueductos rurales **36,25%**; en Alimentos **90,6 %**, y Bebidas Alcohólicas **91,3%**. En los casos en los cuales los reportes son de rechazo, por incumplir con las condiciones establecidas por la normatividad sanitaria, se realiza la visita de Inspección y de acuerdo con los hallazgos se aplican o exigen los correctivos sanitarios pertinentes. El cumplimiento de las exigencias supera el 90%, los demás casos, son motivo de proceso sancionatorio.

- **Factores de Riesgo Biológicos**, especialmente a través de campañas, de Vacunación Antirrábica masiva – gratuita - de Caninos y Felinos, (con 21.034 animales vacunados en 2014. Control de Vectores en los sectores vulnerables de los estratos 1 o 2 y zona rural, con alto grado de infestación; a diciembre de 2014, se realizaron 11512 desinsectaciones, de las cuales 8590 fueron en la zona urbana y 2922 en la zona rural (1063 con larvicidas 1859 para mosquito adulto). Para el control de roedores-plaga, se realizaron 9167 erradicaciones urbanas y 73 rurales. Con dichas campañas se ha logrado controlar la incidencia de ETV, especialmente en uno de los sectores rurales de mayor riesgo para Dengue y Chikungunya, (Vereda Colombia-Kilómetro 41).
- **Factores de Riesgo Ambientales**, Mediante la realización de 19.627 visitas a establecimientos y viviendas, de las cuales, 12.82 fueron a establecimientos de alimentos y 3411 a viviendas, las restantes a otros establecimientos.



**Acueductos rurales con su respectivo índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano – IRCA. Manizales 2014**

ACUEDUCTOS RURALES	IRCA %	Nivel de Riesgo	Con suministro de Aguas Manizales y acueducto rural sin tratar	Con sistema de tratamiento funcionando	Con sistema de tratamiento sin operar	Sin sistema de tratamiento	Suscriptores	Usuarios
JAVA	67,36	Alto	X				25	110
LA TRINIDAD	85	Alto	X				47	295
LA CABAÑA	72,85	Alto	X				356	1598
MAL PASO	75,3	Alto	X				36	155
PATIO BONITO	72,45	Alto	X				23	96
LA CHINA	78,03	Alto	X				35	152
BUENA VISTA	15,06	Medio		X			98	450
TARRO LISO	61,2	Alto		X			27	126
ALTO BONITO	25,38	Medio		X			53	382
COLOMBIA	0	Sin Riesgo		X			306	1377
MARACAS	71	Alto		X			16	81
LA GARRUCHA,	71,05	Alto		X			148	673
PUEBLO HONDO	83,6	Inviabile Sanitaria mente			X		60	270
BAJO CORINTO	81,31	Inviabile Sanitaria mente			X		65	292
MALTERIA	24,46	Medio			X		168	520
CHISPEROS-LA ESTRELLA	85,1	Inviabile Sanitaria mente				X	48	255
EL AGUILA	79,36	Alto				X	43	250
MINA RICA-LISBOA	81,31	Inviabile Sanitaria mente				X	34	155
ALTO DEL GUAMO	74,51	Alto				X	46	214
ESPARTILLAL	94,86	Inviabile Sanitaria mente				X	28	96
SAN GABRIEL	79,36	Alto				X	16	172

- **Seis (6) acueductos**, Java, La Trinidad, La Cabaña y Mal Paso, Patio Bonito y La China, abastecen veredas que tienen otra fuente alternativa (abastecimiento por Aguas de Manizales). Los pobladores de estas veredas, en su mayoría, se sirven del acueducto municipal para las necesidades domiciliarias y utilizan el agua del acueducto veredal para labores agrícolas principalmente. Es recomendable que todas las viviendas que aún no se sirven del acueducto municipal, lo hagan.
- **Seis (6) acueductos** que poseen como única fuente de abastecimiento el acueducto veredal; con sistema de tratamiento en funcionamiento Buena Vista, Tarro Liso, Alto Bonito, Colombia (operado por EMPOCALDAS) Maracas y el acueducto de Maltaría cuya planta de tratamiento fue construida en 2013 por el Plan Departamental de Agua, (a través de un proceso contractual) y puesta en funcionamiento a partir de 2014.
- **Tres (3) acueductos**, tienen plantas de tratamiento, sin operar: La Garrucha, Pueblo Hondo, Bajo Corinto.
- **Seis (6) acueductos** no tienen planta de tratamiento: Chisperos – La Estrella, El Águila, Mina Rica, Alto del Guamo, Espartillal y San Gabriel y **son los que requieren de manera prioritaria la solución.**

Es importante aclarar que en Manizales el acueducto municipal, operado por la empresa “Aguas de Manizales, tiene una cobertura cercana al 100% en el área urbana (de una población de 367.143 habitantes) y al 70% en el área rural (de una población de 27.484 habitantes), las cuales sumadas a las coberturas de otros pequeños acueductos urbanos (ACUEDUCTOS LA ENEA S.A” - 22 Usuarios, PROMOTORA DE INVERSIONES DEL CAFÉ” - 53 usuarios, ACUEDUCTO DE LA INDUSTRIA LICORERA DE CALDAS ILC - que abastece a la I.L.C., C.I. SUPER DE ALIMENTOS - que abastece la planta de producción) y los acueductos veredales con sistemas de tratamiento, alcanza una **cobertura municipal** de 98,56% con agua potable, como se registra en el cuadro siguiente:

Año	Cobertura Área Urbana con Aguas de Manizales %	Cobertura Área Rural con Aguas de Manizales %	Total Cobertura Municipal con Aguas de Manizales y Otros Sistemas Urbanos y Rurales %
2014	99,98	68,67	98,56
Población Atendida	367.069	18.803	388.944

## Cobertura de acueducto y alcantarillado en zona rural y urbana de Manizales

### Viviendas con Servicio de Recolección de Residuos según área. Manizales 2014

Área	Cobertura %
Urbana	100
Rural	85,91

La totalidad de los Residuos Sólidos son trasladados para su eliminación al Relleno Sanitario “La Esmeralda”, de EMAS.

### Viviendas con Servicio de Alcantarillado, según área. Manizales, 2014.

Área	Cobertura %
Urbana	99,03
Rural	19,36

Otro sistema de disposición de Excretas utilizado en Manizales es el de Tanques Sépticos (soluciones individuales), en zona rural, con un 40% de cobertura, aproximadamente.

### Censo canino y felino año 2014

Manizales realizó un censo canino y felino en 2008 y 2009 y cada año hace un registro de los animales vacunados contra la rabia en cada campaña, incluyendo aquellos que cuando se acercan a los puestos de vacunación no requieren ser vacunados (porque aún tienen el esquema de vacunación vigente). Con ese registro, más los animales reportados como vacunados por los centros veterinarios de la ciudad se calcula la población de animales en 2014, se tiene un aproximado de **22.000** animales entre caninos y felinos.

### Índices aélicos (adultos, larvarios Breteau),

A pesar de que Manizales no es considerado un municipio Endémico para Dengue, Chikunguña y Leishmaniasis, Se desarrolla el programa de Vigilancia de ETV que incluye actividades mensuales de Vigilancia en sectores clasificados de Riesgo para Dengue y Chikunguña, las cuales incluyen levantamiento mensual de Índices Aélicos (que se intensifica según el comportamiento de dichas patologías), aplicación de larvicidas en depósitos positivos, desinsectación para combatir mosquito adulto, cuando a criterio técnico se ha necesitado, campañas de recolección de inservibles, limpieza y mantenimiento de tanques de almacenamiento de agua, educación a la comunidad (Charlas sobre prevención y control y distribución de material alusivo), con lo cual hemos logrado mantener los Índices Aélicos en porcentajes bajos (3,7% en diciembre de 2014), lo cual disminuye el riesgo de incidencia de las enfermedades mencionadas.

Las campañas de control del mosquito se desarrollan a través del contrato de Control de Plagas que celebra la SSP con una Empresa Aplicadora, la cual realiza además campañas de control de artrópodos y roedores en sectores vulnerables.

En 2014 se realizaron las siguientes actividades:

- **1063 depósitos** tratados con Larvicida en la zona rural.
- **1786 desinsectaciones** en sectores con infestación del mosquito transmisor de Dengue y Chikunguña en sectores vulnerables del área rural.
- **9240 Erratizaciones** en viviendas Urbanas y **73** viviendas Rurales, vulnerables.
- **11512 Desinsectaciones** en viviendas Urbanas y **73** viviendas Rurales, vulnerables.

A continuación se relacionan las presuntas ETAs Vigiladas y confirmadas mediante pruebas de laboratorio

<b>AÑO</b>	<b>INVESTIGACIONES A PRESUNTAS ETAs</b>	<b>ETAs CONFIRMADAS</b>
<b>2013</b>	2	0
<b>2014</b>	5	1

A pesar de ser Manizales el lugar donde se desarrollan muchos eventos masivos (encuentros deportivos, eventos musicales, variedad de actos culturales con mucha afluencia de público), además de las festividades propias de la ciudad (Feria de Manizales, Festival del teatro y otros), donde se comercializa variedad de alimentos y en algunos casos, bebidas alcohólicas, y teniendo en cuenta que posee un número considerable de establecimientos de venta de alimentos, fiestas familiares y de amigos, etc. La incidencia de ETAs es relativamente baja y las confirmadas mediante análisis de laboratorio mucho menores. En conclusión, podríamos afirmar que las ETAs en Manizales no son un problema de gran Incidencia y por consiguiente no representan, actualmente, una preocupación mayor para la Salud Pública.

# **CAPITULO 6**

# **VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**

La vigilancia en Salud Pública es un proceso sistemático y planificado de los eventos de interés, que permite describir, analizar, interpretar el comportamiento de los eventos y evaluar las intervenciones realizadas en cada uno de ellos. El fin de éste sistema es contribuir a que los programas de promoción y prevención definan estrategias para disminuir dicho problema y que generen investigaciones en las entidades locales de salud.

A continuación se presentarán los resultados que arrojó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en Manizales durante el año 2014.

#### **Eventos de interés en Salud Pública notificados y confirmados. Manizales 2014.**

<b>Nombre evento</b>	<b>Total casos</b>
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	1,294
Varicela individual	1,284
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	749
Intoxicación por sustancias psicoactivas	184
Intoxicación por medicamentos	167
Tuberculosis	97
Bajo peso al nacer	95
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (eta)	82
VIH/sida/mortalidad por sida	82
Intoxicación por plaguicidas	58
Parotiditis	57
Dengue	55
Intoxicación por otras sustancias químicas	41
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	39
Defectos congénitos	34
Morbilidad materna extrema	28
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	21
Sífilis gestacional	18
Tos ferina	18
Lesiones por artefactos explosivos	16
Intoxicación por solventes	15
Chikungunya	14
Hepatitis b, c y coinfección hepatitis b y delta	11
Tuberculosis pulmonar	11
Cáncer infantil	9
Hepatitis a	7
Anomalías congénitas	5
Evento adverso seguido a la vacunación.	5

Nombre evento	Total casos
Lesiones por pólvora y explosivos	5
Mortalidad por ira	5
Mortalidad materna	3
Rubeola	3
Sífilis congénita	3
Tuberculosis extra pulmonar	3
Accidente ofídico	2
Infección respiratoria aguda grave irrag inusitada	2
Intoxicación por gases	2
Intoxicación por metales pesados	2
Leishmaniasis cutánea	2
Leptospirosis	2
Leucemia aguda pediátrica linfoide	2
Chagas	1
Dengue grave	1
Exposición a flúor	1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1
Intoxicación por metanol	1
Leishmaniasis mucosa	1
Lepra	1
Malaria falciparum	1
Meningitis por haemophilus influenzae	1
Meningitis tuberculosa	1
Mortalidad por EDA 0-4 años	1
Total	4,543

**Fuente:** SIVIGILA.

Durante el año 2014 se notificaron y confirmaron en el municipio de Manizales un total de 4.543 casos de eventos de interés en Salud Pública. Del total de eventos confirmados, las Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y la Varicela notificada de forma individual, aportaron el 56% de los casos. Por su parte la Vigilancia en salud pública de las violencias de género significó un 16% del total de casos, seguido de intoxicaciones por sustancias psicoactivas y medicamentos, que sumadas representaron un 8% de los casos.

### Comportamiento eventos de interés en Salud Pública trazadores. Manizales, 2009 - 2014

Nombre evento	Total casos por año					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	738	759	857	890	1145	1294
Bajo peso al nacer	*	*	52	85	108	95
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (eta)	240	225	327	171	47	82
Intoxicación por medicamentos	71	55	62	99	120	167
Intoxicación por sustancias psicoactivas		4	32	25	41	184
Tuberculosis	104	96	78	101	126	111
Varicela individual	87	348	993	931	1466	1284
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	**	**	**	83	513	749
VIH/sida/mortalidad por sida	69	78	79	105	104	82
<b>Total</b>	<b>1205</b>	<b>1469</b>	<b>2402</b>	<b>2389</b>	<b>3544</b>	<b>4034</b>

**Fuente:** SIVIGILA.

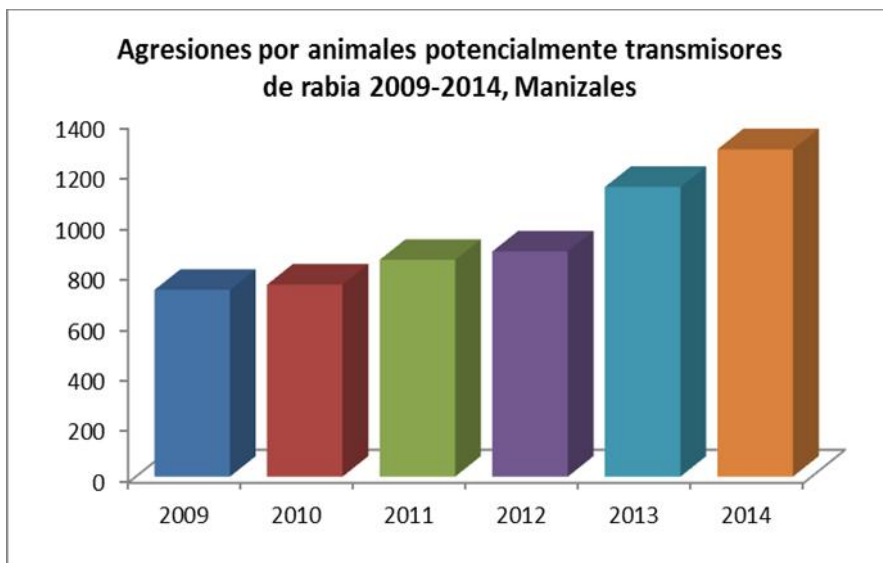
\* Para el 2010, en reunión nacional con las entidades territoriales, entidades del orden nacional y las entidades territoriales en salud del país, se definieron 5 eventos a vigilar: 1. Vigilancia nutricional de la gestante, 2. Bajo peso al nacer, 3. Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años, 4 y 5. Desnutrición y sobrepeso en diferentes grupos de edad.

\*\* En Colombia, según el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, el Sistema de vigilancia en Salud Pública (Sivigila) recibe información relacionada con la violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual.

Según la tabla anterior, se evidencia que en el periodo analizado el mayor número de casos notificados se presentó en el evento de Varicela individual en el año 2013, seguido de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en el año 2014.



**Tendencias eventos trazadores Municipio de Manizales, años 2009 – 2014.**



**Fuente:** SIVIGILA.

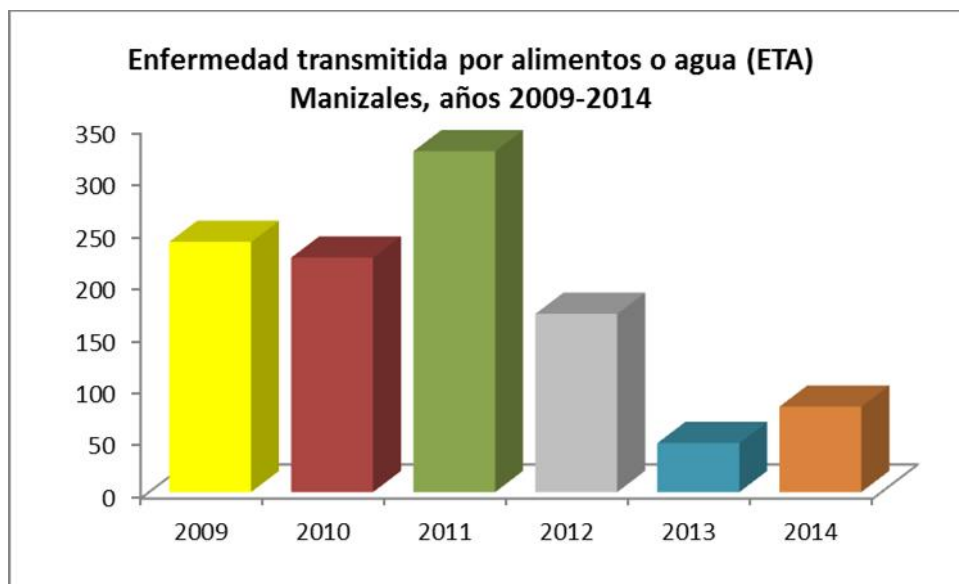
Según el análisis por año se evidencia que la mayor notificación de casos se presentó en el año 2014, con un total de 1.294 casos, lo cual significa un mayor conocimiento de la población y el desarrollo de mejores estrategias del sistema de seguridad social en salud para el control de los casos. Durante los años 2009 y 2010 la notificación fue estable y la más baja del periodo analizado, con 738 y 759 casos respectivamente.



**Fuente:** SIVIGILA.

El bajo peso al nacer se presenta con un total de casos de 108 para el año 2013, siendo este el de mayor número notificado respecto al periodo analizado. En el año 2011, se inició el reporte de este evento al SIVIGILA, lo cual pudo influir en el bajo número de casos reportados, equivalente a 52 casos.

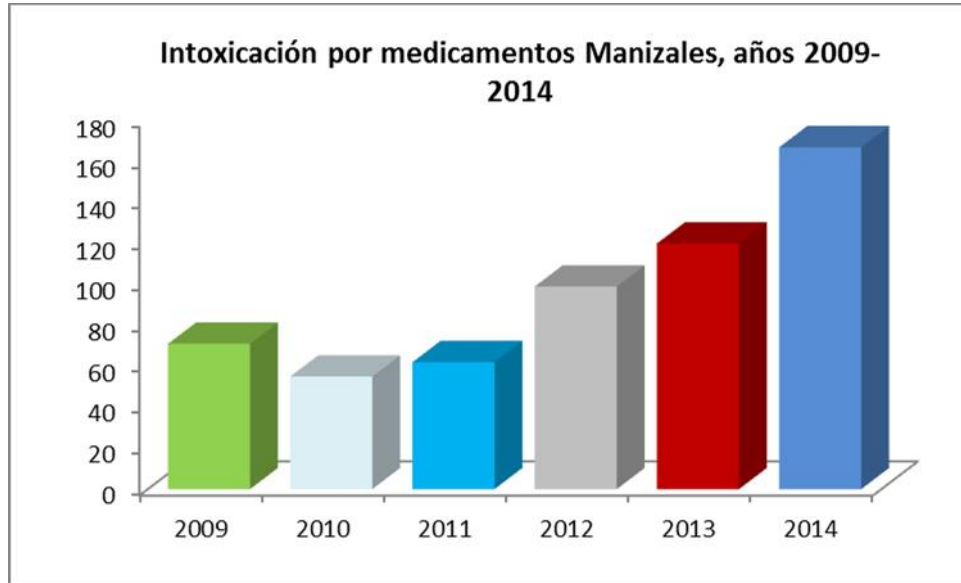
Haciendo un seguimiento de la notificación en el municipio de Manizales al número de casos reportados de bajo peso, se observa que ha mejorado el proceso y existe una mayor adherencia al protocolo de vigilancia implementado por el Instituto Nacional de Salud, lo cual se evidencia con el seguimiento desarrollado por el programa de Salud Infantil municipal.



**Fuente:** SIVIGILA.

Las ETA constituyen en el ámbito mundial, uno de los problemas sanitarios más comunes y de mayor impacto sobre la salud de las personas. Afectan, principalmente, a la población pobre, niños, mujeres embarazadas y ancianos.

En Manizales, del total de casos notificados individualmente durante los años 2009 a 2014 de enfermedades transmitidas por alimentos, el mayor número se reportó durante el año 2011 con un total de 327. Observando una tendencia decreciente, con el menor número de casos: 47 para el año 2013, lo que se traduce en el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico ambiental en la población.



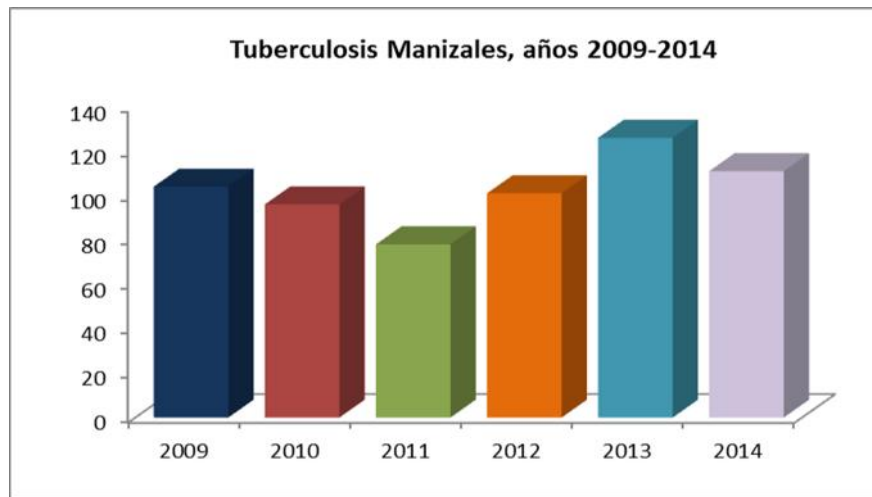
Fuente: SIVIGILA.



Fuente: SIVIGILA.

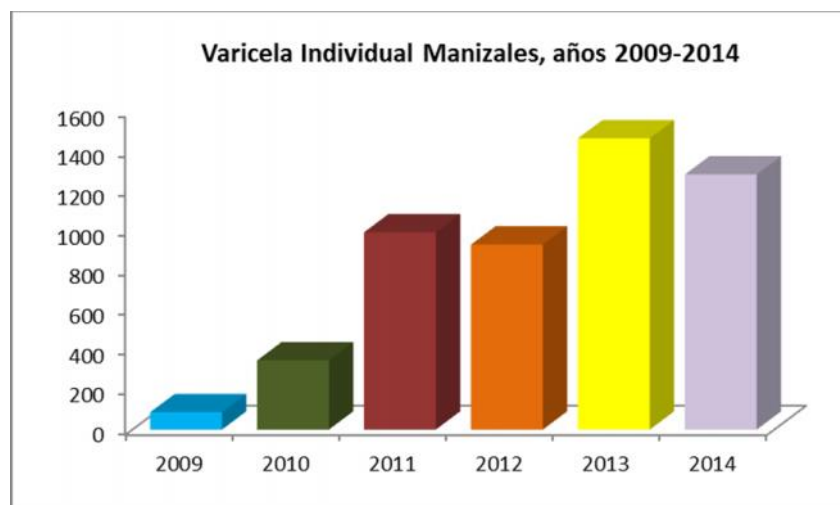
Las intoxicaciones por sustancias químicas son causa de morbilidad y discapacidad importante, sin embargo la información que se puede obtener del comportamiento del evento a pesar de ser escasa, se ha ido fortaleciendo con la implementación de los protocolos de vigilancia a nivel nacional y con la obligatoriedad de notificar de manera oportuna los casos identificados

Las intoxicaciones agudas por medicamentos y sustancias psicoactivas fueron los de mayor relevancia durante el año 2014 en el municipio de Manizales, con un total de casos reportados de 167 y 184 respectivamente.



Fuente: SIVIGILA.

La tendencia de la incidencia de tuberculosis (en todas sus formas) en la ciudad de Manizales mostró un comportamiento estable durante los años 2009, 2010, 2012 y 2014. Para el año 2011 se evidenció una reducción de casi el 30% en comparación con los casos de la patología para el año 2014. En lo que refiere al año 2013, se reportó 23 casos más que el año inmediatamente siguiente. Respecto al comportamiento de la TB, persiste la necesidad de incrementar esfuerzos para realizar una búsqueda de sintomáticos respiratorios con calidad y en las zonas de mayor vulnerabilidad, con el fin de lograr un diagnóstico oportuno y un tratamiento exitoso de la enfermedad.



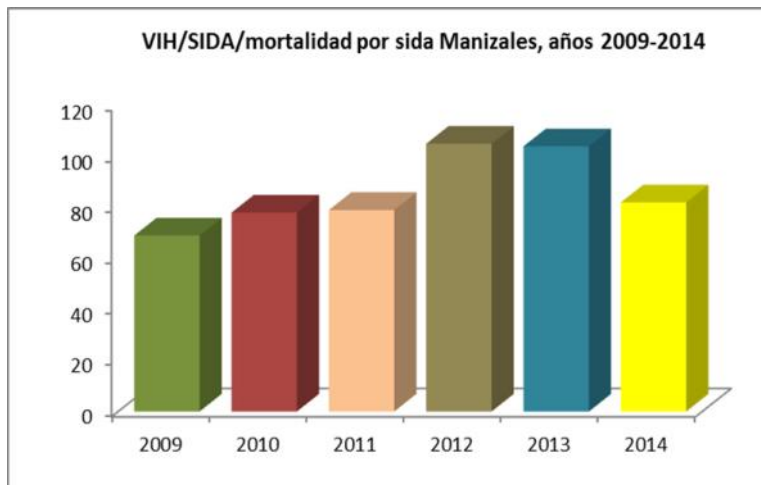
Fuente: SIVIGILA.

Entre los años 2009 al 2014 se notificaron 5.109 casos, con un mínimo de 87 casos en el año 2009 y un máximo de 1.466 en el año 2013. Para el año 2014 se reportó un leve descenso con 1.284 casos. Es importante seguir realizando el seguimiento continuo y sistemático de la ocurrencia de varicela con el fin de identificar los casos oportunamente, para la toma de medidas de control que contribuyan a disminuir la incidencia de la enfermedad.



Fuente: SIVIGILA.

La violencia manifestada a través de diversas modalidades, es una de las principales causas que afectan la vida social y el estado de salud de las poblaciones. Este es un evento que se interviene con el ánimo de empezar a cortar el círculo vicioso de personas maltratadas, que solo aprenden esta forma de interacción social y que en futuro serán unos potenciales maltratadores. En el periodo analizado se puede evidenciar que tras el desarrollo e implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar, se ha incrementado la notificación llegando en el año 2014 a 749 casos.



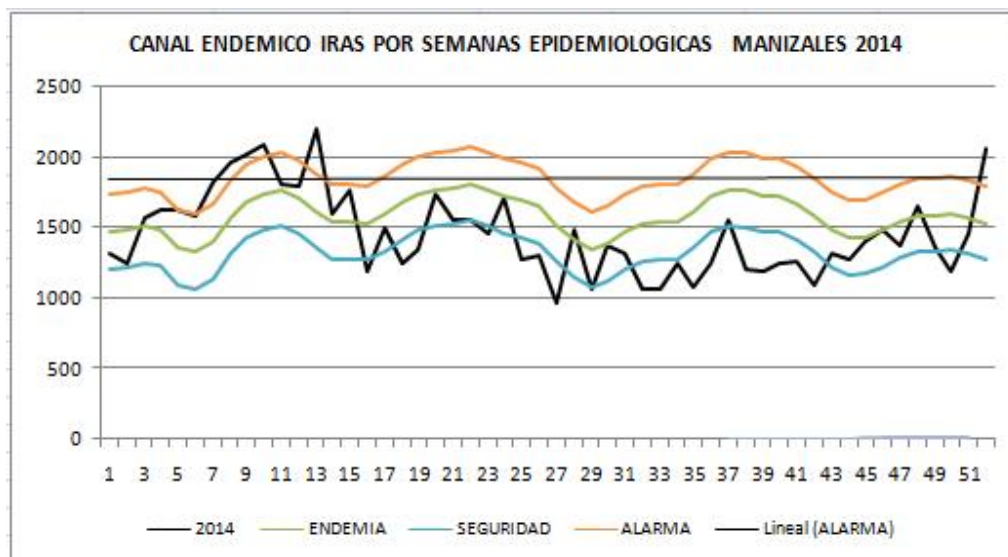
Fuente: SIVIGILA.

Colombia con relación al VIH ha sido clasificada, como un país con una epidemia concentrada, “el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones pero aún no se ha extendido entre la población general.

Desde 2009 al 31 de diciembre de 2014 en Manizales, se ha reportado un total de 517 casos de infección por VIH, Sida y muerte, lo que evidencia que hasta el año 2013 existió un crecimiento paulatino de casos a nivel municipal. Para el año 2014 sin embargo se observó una reducción de 22 casos respecto al año 2013, en donde se reportaron 104 casos.

Es necesario focalizar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo en las subpoblaciones más afectadas por el VIH, a la vez que se reconoce que ninguna subpoblación es totalmente aislada.

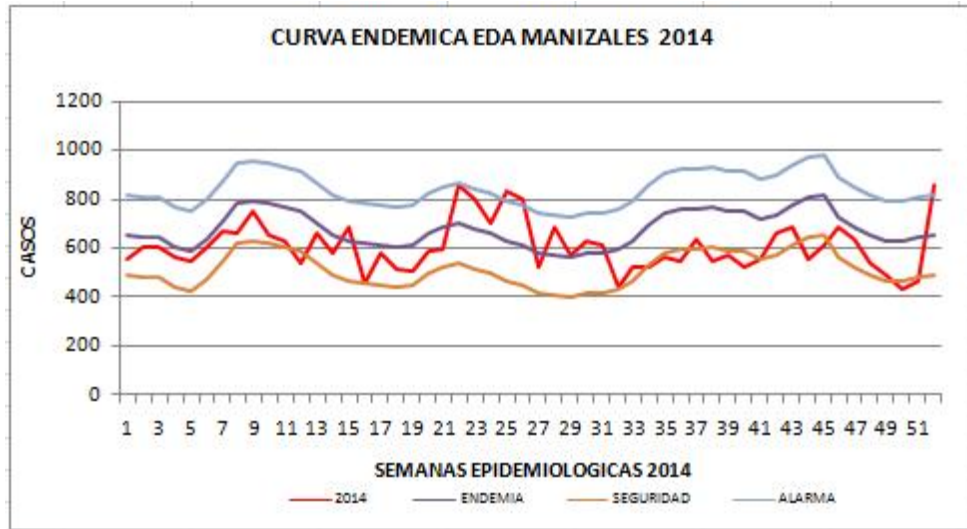
### Canales endémicos eventos trazadores en el Municipio



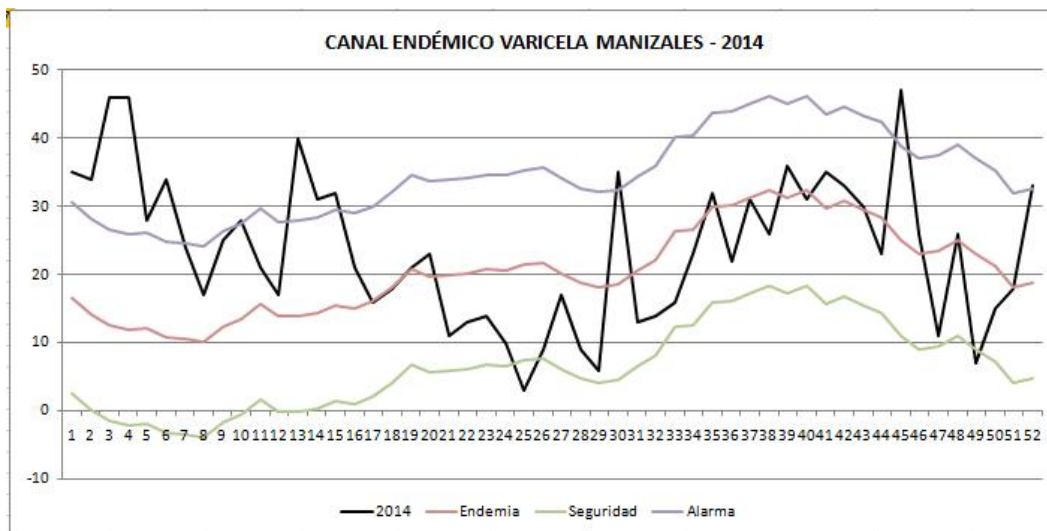
Las Infecciones respiratorias agudas en la ciudad, en el año 2014 generaron 75776 consultas, con un promedio semanal de 1457; la tendencia terminó en alza en la última semana epidemiológica.

El comportamiento del evento, muestra una caída de la frecuencia ocurrida después de la semana 52 del 2014; los primeros 4 primeros períodos epidemiológicos muestran un promedio de casos registrados de 1457.

Las afecciones respiratorias pueden ser incrementadas por la polución generada por la expulsión de ceniza del Volcán Nevado Del Ruiz; un leve incremento en la notificación de casos, podría atribuirse a una fluctuación usual.

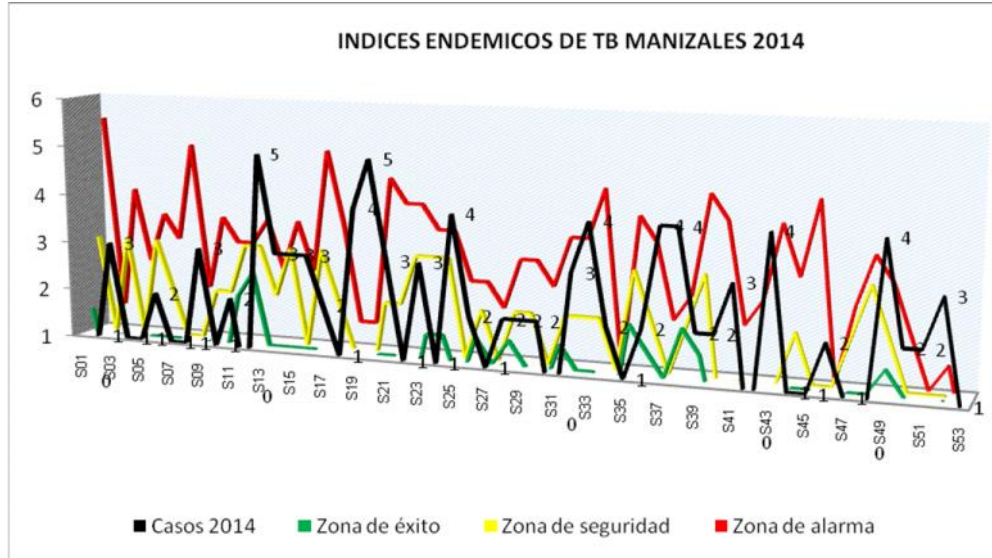


Durante el año, la curva endémica de enfermedad diarreica aguda presentó un patrón de ocurrencia dentro de lo esperado. El promedio de casos semanales registrados fue de 606 durante 2014, evidenciando un incremento en la notificación durante la última semana.

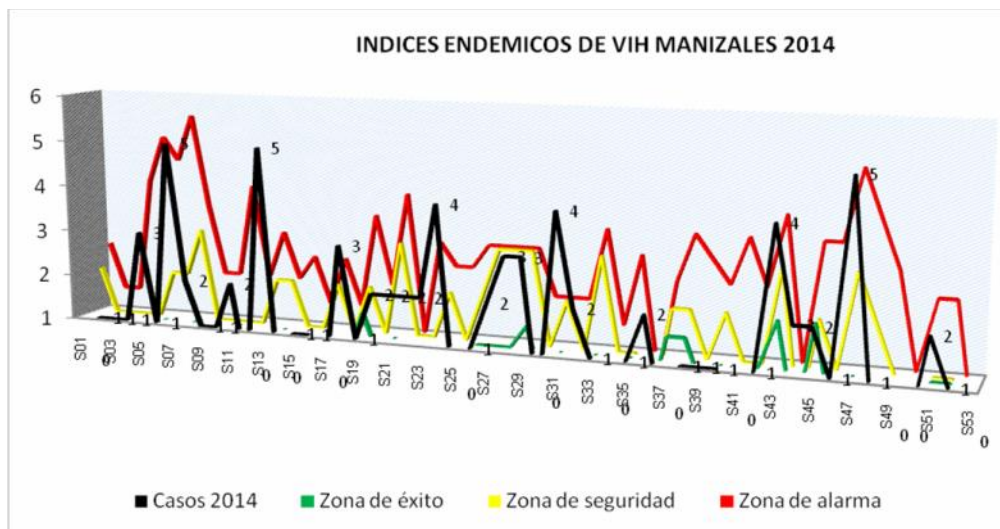


El patrón de ocurrencia de varicela durante 2014, aparece registrado en el canal endémico; en términos generales se presentan incrementos paulatinos en el segundo semestre con descensos en el primero.

Durante el año 2014, se socializaron estrategias de prevención orientadas a jardines infantiles, CDI de Bienestar Familiar, Hogares comunitarios, escuelas y colegios, a través de acciones de IEC realizadas con ASSBASALUD en cada institución.

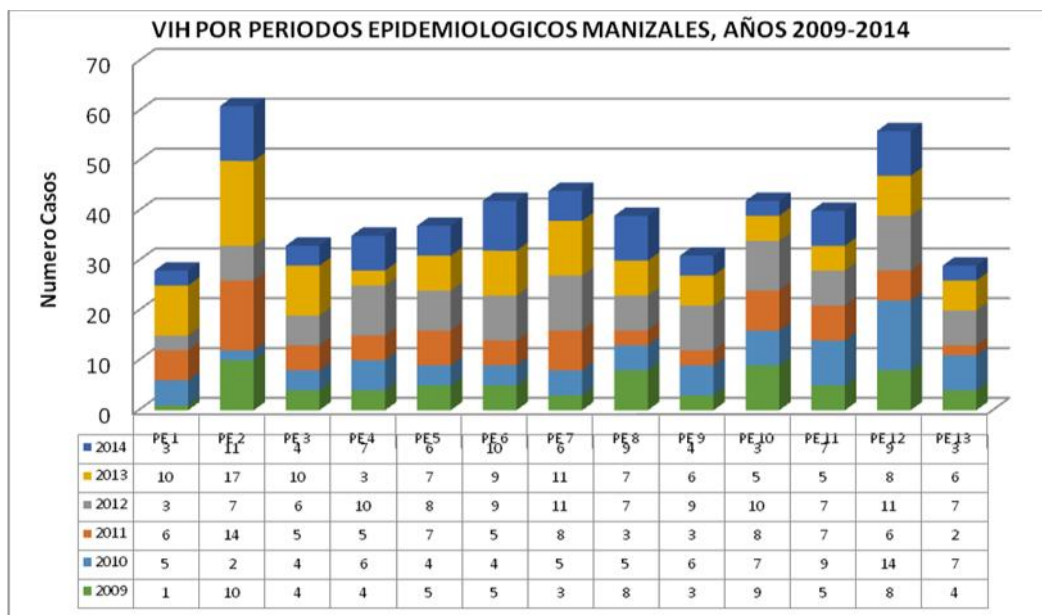


El promedio de casos de TB para el año 2014 fue de 2 casos semanales. El canal endémico municipal en las semanas epidemiológicas 13, 20, 25, 33, 37, 38, 43, 49 y 52 del año 2014 se encuentra en situación de epidemia. Por su parte durante las semanas 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 17, 18, 22, 23, 27, 29, 30, 31, 35, 36, 39, 40, 44, 45, 47 y 48 el número de casos reportados se mantuvo en la zona de seguridad, lo que significa que pese al desarrollo de acciones de búsqueda de pacientes sintomáticos respiratorios, la detección de nuevos casos fue baja durante la mayor parte del año, motivando un mejoramiento en las estrategias de búsqueda de casos en zonas priorizadas y vulnerables.





El canal endémico municipal en las semanas epidemiológicas 5, 13, 18, 24, 31, 43 y 47 del año 2014 se encuentra en situación de epidemia. Durante el resto del año el número de casos reportados se mantuvo en la zona de seguridad, esta tendencia puede ser porque se quedan casos sin diagnosticar, o debido a que baja la consulta médica en esos periodos y por lo tanto baja también la solicitud de la prueba.



En la gráfica se observa que los periodos epidemiológicos donde predominan la notificación de casos son el 2 y el 12. Durante el año 2014, se incrementó el reporte de casos para los periodos epidemiológicos 2, 6, 8 y 12, esto se puede atribuir al aumento de la oferta de la prueba de VIH y la disminución de las barreras administrativas por parte de las EPS, igualmente la asistencia técnica ofrecida a todas las UPGD por parte del programa de VIH de la Secretaría de Salud Municipal donde se insiste en la obligatoriedad de ofertar la prueba a todas las personas que consultan por cualquier otra ITS y que se debe realizar la prueba a todas las personas que la soliciten de manera voluntaria y no tiene que ser ordenada por el médico.

#### **COMITÉ DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA REALIZADOS AÑO 2014**

Los comités de vigilancia en salud Pública, tienen como objetivo desarrollar los análisis pertinentes de la información generada por el sistema, facilitar la toma de decisiones que se traducen en acciones que deben ser difundidas y tener seguimiento e impacto en el control de los eventos, brotes o epidemias. En el Municipio se realizaron los siguientes comités:

FECHA	TEMA TRATADO
30/01/2014	Informe del comportamiento programa de <b>MATERNIDAD SEGURA</b> .
27/02/2014	informe de los resultados del seguimiento del sistema de vigilancia en intoxicaciones, importancia de la búsqueda activa institucional
27/03/2014	Instrucciones para la detección y alerta temprana ante la introducción de la fiebre de Chikungunya en Colombia, resultados de la información del sistema de vigilancia en <b>DENGUE</b>
24/04/2014	Actualización protocolo <b>DENGUE</b> y <b>TUBERCULOSIS</b>
29/05/2014	Lineamientos en Salud para la copa mundial de futbol, acciones en salud pública para viajeros y sanidad portuaria, actualización <b>FIEBRE DEL CHIKUNGUNYA</b>
25/06/2014	Actualización de Protocolo de Rabia debido a la situación del caso notificado de Rabia animal importado.
31/07/2014	Presentación Protocolo de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda. Informe Salud mental, suicidio.
21/08/2014	Capacitación Vida saludable y enfermedades transmisibles.
25/09/2014	Presentación protocolo de Vigilancia de IRA. El virus que más ha circulado es el sincitial respiratorio.
31/10/2014	Informe del grupo de <b>SALUD ORAL</b> Socialización de tendencias de los principales eventos.
27/11/2014	Seguimiento a eventos de <b>EXPOSICION RABICA</b> , actualización protocolo <b>EBOLA</b> .

La dinámica de los comités del año 2014 se basó, en la mayoría, en presentar los diagnósticos sobre el tema a tratar y se persistió en los eventos que deben notificar relacionado con el tema. En algunos de ellos se adquirieron compromisos, se diseñó un plan de acción y se le realizó el seguimiento.

Este espacio es utilizado también para reforzar los conceptos de las actividades que deben realizar las UPGD's, tal es el caso de las BAI, tema que se consideró en el segundo comité del año, donde se les recordó que el objetivo era "identificar algún caso de enfermedad de interés en salud Pública objeto de control o de erradicación, que por algún motivo no haya sido Captado por el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA". Para esta situación se adquirieron los siguientes compromisos:

Realizar la Búsqueda activa institucional de los diagnósticos diferenciales con RIPS.

Ingresa al SIVIGILA los eventos que se encuentren en la búsqueda activa, para disminuir el subregistro de los casos, de cada uno de los eventos a notificar.

Realizar de forma mensual la búsqueda activa institucional de acuerdo a los lineamientos 2014 del INS.

Hacer envío semanal de la curva de IRA y EDA a la Secretaría de Salud Pública Municipal

Para el tema del Dengue, se presentó el informe del seguimiento del Sistema de Vigilancia en Dengue. De igual forma se socializaron las observaciones relacionadas con la caracterización de los eventos notificados en Manizales; la calidad del dato de los registros y la coherencia entre las diferentes variables incluidas en la ficha epidemiológica. Se hizo revisión de los casos con fallas en el proceso de notificación y atención, para realimentar el adecuado manejo de los mismos desde la detección y notificación, hasta el manejo en caso de mortalidad relacionada. Se hizo énfasis en la importancia de cumplir con los plazos establecidos para realizar ajustes de los casos en el SVIGLA oportunamente.

De éste comité, se definieron los siguientes compromisos:

Socializar con todo el equipo de salud de la UPGD las presentaciones del COVE.

Entregar las evidencias de la socialización de los contenidos del COVE a la Unidad de Planeación y Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública de Manizales.

Para el tema de TUBERCULOSIS, se aclararon los diferentes parámetros de medición y evaluación que deben estar incluidos en el informe trimestral de cada UPGD, con el fin de optimizar tiempo al consolidar la información del municipio. Adicionalmente se presentó la evaluación de la eficacia del programa y la concordancia entre la programación y los resultados de cada UPGD.

Por último se brindó orientación en aspectos como: diligenciamiento en la programación de sintomáticos respiratorios, el informe de casos y actividades de tuberculosis, el informe de cohortes, el libro de sintomáticos respiratorios, el de pacientes con tuberculosis y de la guía para la evaluación de indicadores. Se hace énfasis en los parámetros de oportunidad en la entrega del informe durante los primeros 5 días calendario del primer mes siguiente a la terminación de cada trimestre.

En el siguiente comité se socializó la CIRCULAR 023 DE 24/04/2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL la cual hace referencia a los lineamientos en salud para la copa mundial de fútbol 2014 específicamente en el obligatorio cumplimiento de las acciones en salud pública para los viajeros con respecto a las inmunizaciones: Triple viral, polio, Influenza; las acciones de sanidad portuaria para los viajeros que regresan a la ciudad.

Se socializó además la Circular 0014 de marzo 12 de 2014. **FIEBRE CHIKUNGUNYA**- Emanada por el Ministerio de Salud y Seguridad Social donde se especifican las instrucciones para la detección y alerta temprana ante la eventual introducción del virus de la fiebre Chikungunya en Colombia.

En el mes de junio, se presentó la descripción general del protocolo de atención a los pacientes con agresión por animales potencialmente transmisores de rabia, se detalló la clasificación de la exposición y se socializó el patrón de ocurrencia de las exposiciones rábicas en el departamento,

haciendo énfasis en los casos notificados por municipio y la caracterización de la población notificada.

Se presentaron las acciones de vigilancia del evento en los animales mordedores, se especificaron las acciones a desarrollar por parte de los técnicos de saneamiento ambiental, las recomendaciones que debe conocer la comunidad sobre la tenencia responsable de mascotas y los aspectos del tratamiento de los pacientes que sufren mordeduras por animales potencialmente transmisores de la rabia.

En Julio, se presentó el tema del protocolo de Infección Respiratoria Aguda Grave, por parte del funcionario del INS y se recordó que las únicas instituciones que participarían en la vigilancia centinela de los eventos ESI e IRAG eran: Assbasalud, SES – Hospital de Caldas e Instituto del Corazón.

Se informó que en una próxima actualización al documento del protocolo, habrían cambios importantes y que en aras de mejorar el rendimiento en la vigilancia microbiológica del evento, se eliminarían los criterios de edad y comorbilidad y que en lugar del hisopado se realizaría aspirado para la toma de muestras.

De manera adicional se realizó la presentación del informe de los eventos de suicidio entre los meses de enero y julio de 2014 y el informe de intento de suicidio para el año 2013.

Quedó como compromiso iniciar el reporte de los eventos de Intento de Suicidio y la notificación negativa del evento, a través de la plataforma [www.siismanizales.net](http://www.siismanizales.net).

En el mes de Agosto se realizó la presentación de la situación de la resistencia bacteriana a nivel mundial y su impacto en salud pública a cargo de un funcionario de la Universidad de Caldas y se socializó la implementación del sistema de vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud, dentro de la cual se vigilan la resistencia bacteriana.

Se presentó la importancia de la vacunación en la prevención de las enfermedades infecciosas, y la problemática de las bajas coberturas en algunas de los biológicos, específicamente en Polio, Sarampión, VPH.

Se realizó también una descripción sobre los virus, la forma de tomar muestras, la calidad de las tomas de muestra y se recordó que las muestras de Sarampión rubeola, tuberculosis y fiebre Chikungunya, deben enviarse al laboratorio de salud pública por parte de todas las IPS en vista que allí se realizan pruebas para ambos eventos dada la vigilancia integrada.

En el siguiente mes se realizó la presentación del protocolo actualizado de IRA y se hizo énfasis especial en la toma de muestras en caso de BROTE, solo a los pacientes hospitalizados.

Se sugirió afinar la selección de casos principalmente en el periodo neonatal (tener en cuenta las enfermedades respiratorias derivadas de malformaciones congénitas y que no corresponden a eventos objeto de vigilancia en IRA). Para la toma de muestras en caso de mortalidad, ahora son 3 muestras (iguales tejidos) pero son 1 formol y 2 en solución salina.

Se reforzó la importancia de la calidad del dato registrada en las fichas de notificación del SIVIGILA.

En octubre se presentaron los aspectos más relevantes de la Política Pública de salud oral y la armonización del plan de acción con el PDSP. Se informó sobre la actualización en los criterios diagnósticos de caries para los odontólogos (ICDAS III).

Se presentaron los datos del levantamiento de indicadores del estado de salud oral para Manizales en 2011; los índices COP e índice de DEAN (fluorosis), se mencionó sobre el reentrenamiento para la certificación de profesionales en el tema de salud oral y se presentó el programa Odontobebé.

Y en noviembre se socializaron los procedimientos operativos para posible entrada del virus Ébola Elaborados por el Ministerio de Salud de Colombia y derivados de la OMS y la OPS. Se establecieron 25 procedimientos distribuidos en los siguientes grupos:

**GRUPO 1:** Preparación a puntos de entrada para el tamizaje poblacional.

**GRUPO 2:** Preparación a puntos de contacto para la detección y la atención de casos.

**GRUPO 3:** Preparación para el rastreo y manejo de contactos, cerco epidemiológico y respuesta inmediata.

#### **TRASVERSALES:**

**TRASVERSAL 1:** Procedimiento de Bioseguridad. Anexo: Elementos de protección personal.

**TRASVERSAL 2:** Elementos de protección personal. Trabajadores expuestos a riesgo biológico Virus Ébola EVE. Se sugirió revisar el procedimiento paso a paso para la colocación, retiro y desecho de los EPP.

Se realizó también la socialización de resultados del seguimiento a la gestión con los eventos de EXPOSICIÓN RÁBICA en la ciudad de Manizales, por parte del equipo de Planeación y Epidemiología de la Secretaría de Salud Municipal.

Se puso en evidencia las falencias en el diligenciamiento de la ficha, las intervenciones que se deben realizar, de acuerdo a la clasificación del caso, y el seguimiento realizado a los eventos reportados.

# **CAPITULO 7**

## **POLITICA DE**

### **SALUD SEXUAL Y**

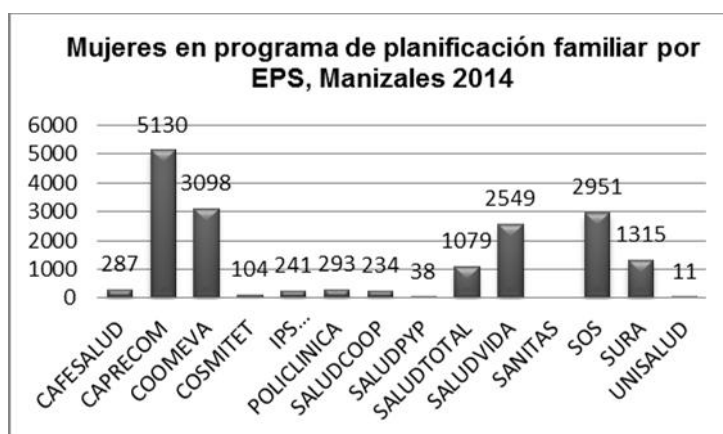
  

#### **REPRODUCTIVA**

### Caracterización de los métodos de planificación familiar en el municipio

Contar con la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en la ciudad, se constituye en un objetivo difícil de alcanzar, ya que muchos usuarios obtienen dichos métodos en sitios que no reportan este tipo de venta y mucho menos cuentan con un programa de planificación familiar, tales como droguerías, supermercados y dispensadores.

Sin embargo, en el marco del programa de asistencia técnica que la Secretaría de Salud Pública de Manizales, realiza al programa de planificación familiar de las EPS e IPS de la ciudad, durante el 2014, logró identificar el número de usuarias inscritas en programa. En el cuadro que se presenta a continuación, se evidencia este registro y que la mayor cantidad de mujeres que hacen control a su método anticonceptivo, se encuentran en la EPS CAPRECOM, seguida por la EPS COOMEVA. La EPS Sanitas no proporcionó información.



Fuente: Informes EPS, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública.

### Caracterización del VIH/SIDA en los últimos 10 años

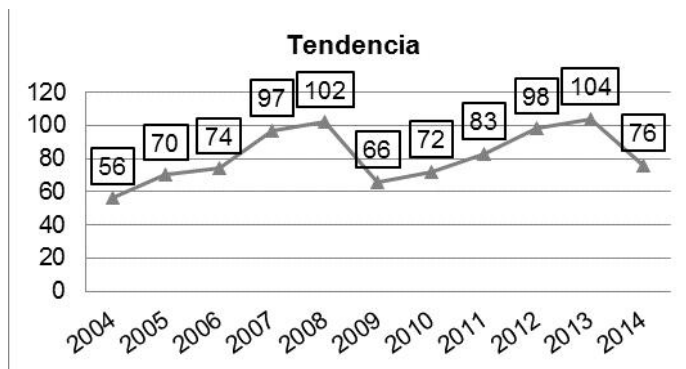
La Secretaría de Salud Pública cuenta con un consolidado de casos diagnosticados en la ciudad desde el año 1996. A partir de información del SIVIGILA, el programa de prevención y control de las ITS/SIDA da lugar a la caracterización correspondiente. Se discriminan las variables: tendencia del evento (número de casos a través del tiempo), sexo, estado al momento del diagnóstico, sitio de residencia, posible mecanismo de transmisión, distribución por grupos de edad y aseguramiento. A continuación se detalla cada una de estas variables para el período comprendido entre 2004 y 2014

- Tendencia del evento:

Desde 2004 hasta 2014, se diagnosticaron en Manizales 898 personas viviendo con VIH/SIDA, 76 de ellas en el último año. Se evidencia un incremento progresivo del número de casos diagnosticados hasta el 2008 con un descenso en el 2009 y luego un aumento de la tendencia que vuelve a bajar en el 2014.

La disminución de barreras administrativas, con base en la normatividad que reglamentó la asesoría y prueba voluntaria y la inclusión de las pruebas de tamizaje en la baja complejidad, probablemente han incidido en el aumento de casos diagnosticados, pero sin duda obedece también al trabajo en promoción y prevención con énfasis en la autoevaluación de conductas de riesgo.

Personas diagnosticadas como viviendo con VIH-SIDA en Manizales, 2004-2014

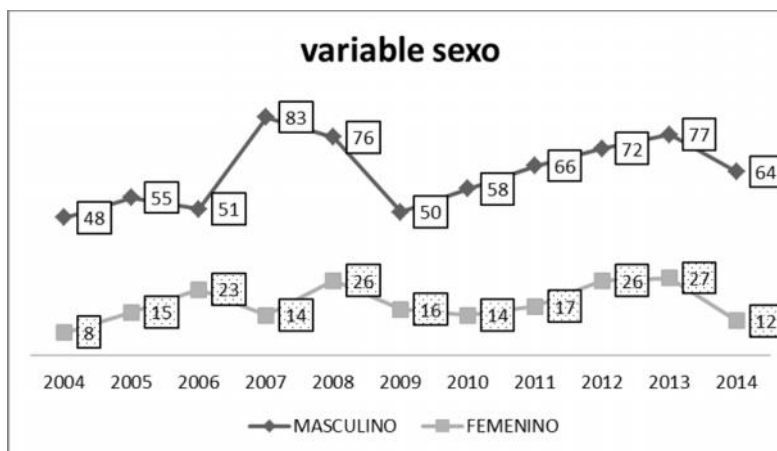


Fuente: SIVIGILA

- Sexo:

En la gráfica que se presenta a continuación, se evidencia el comportamiento del diagnóstico año a año, teniendo en cuenta la variable sexo. La relación Hombre: Mujer, se mantiene de 4:1. Aproximadamente el 80% personas diagnosticadas son de sexo masculino y el 20%, restante de sexo femenino.

Comportamiento del diagnóstico de personas viviendo con VIH o SIDA en Manizales, según sexo, 2004-2014



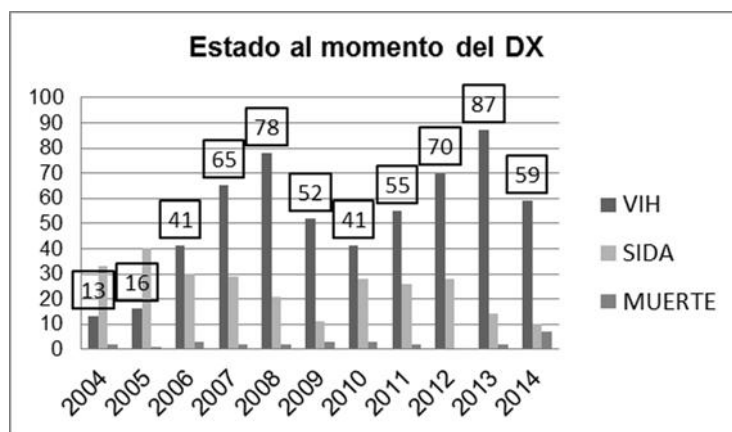
Fuente: SIVIGILA



- Estado al momento del diagnóstico:

En el siguiente gráfico, aunque aparecen los tres estadios, se resalta el número de casos diagnosticados en fase VIH, con el fin de destacar la tendencia cada vez mayor a diagnosticar los casos en esta fase, lo que posiblemente se debe al incremento de la inducción a la demanda de la prueba en las EPS e IPS. Es de esperar que esta situación se vea reflejada en la mejor calidad de vida y mayor sobrevivencia de los usuarios.

Relación de casos de VIH-SIDA diagnosticados, según estado al momento del diagnóstico, Manizales 2004-2014

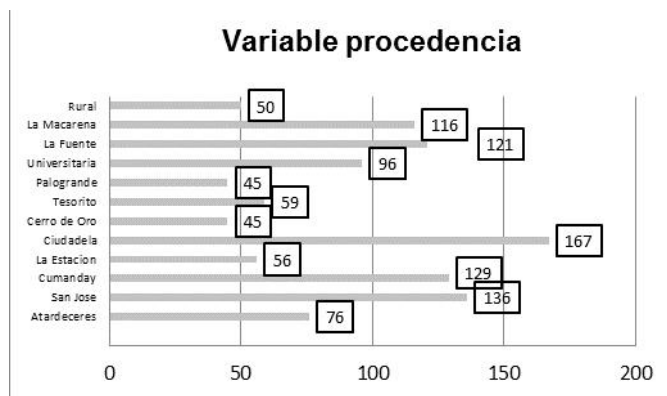


Fuente: SIVIGILA

- Sitio de residencia:

En orden decreciente, las comunas con mayor prevalencia de VIH/SIDA en todos los grupos de población son: Ciudadela del Norte, San José, La Fuente y Cumanday.

Casos por sitio de residencia al momento del diagnóstico de VIH-SIDA, Consolidado, Manizales 2004-2014

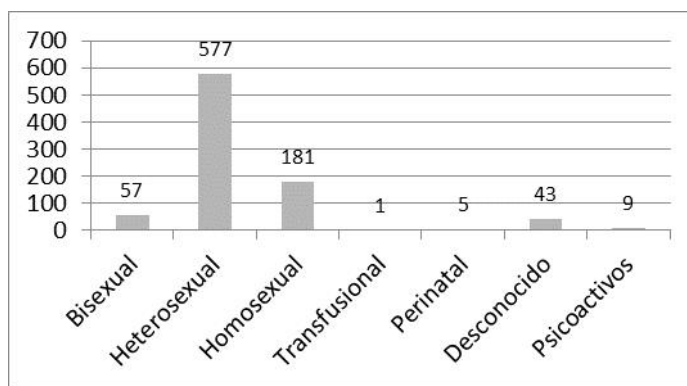


Fuente: SIVIGILA

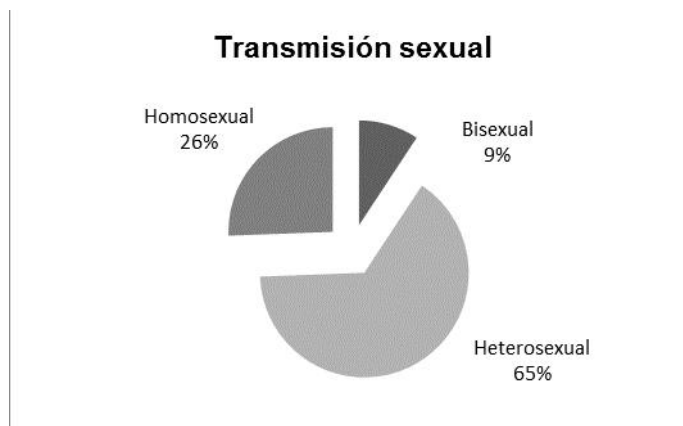
- Posible mecanismo de transmisión:

Tal como se observa en la siguiente gráfica, durante los 10 años de seguimiento al diagnóstico, la transmisión heterosexual es la predominante, lo que contrasta con el porcentaje significativamente diferente de mujeres diagnosticadas en relación con el de hombres, lo que da lugar a suponer que existen casos sin diagnosticar o un subregistro importante.

Comportamiento del diagnóstico de casos de VIH-SIDA por posible mecanismo de transmisión, Manizales, 2004-2014



Fuente: SIVIGILA



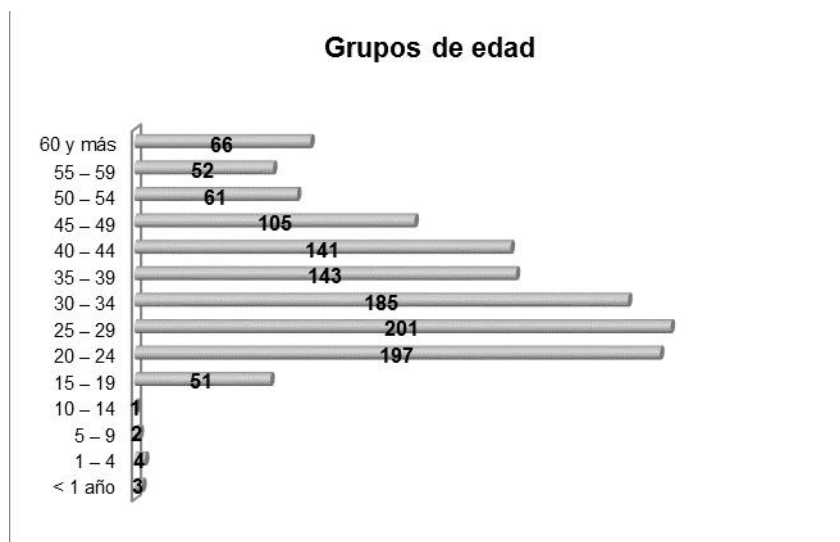
Fuente: SIVIGILA

- Grupos de edad:

El grupo poblacional con mayor número de personas infectadas, es el comprendido entre los 20 y 29 años, (32%), seguido por el de 30-39 años (27%). Una de cada 5 personas infectadas tiene

menos de 24 años, con el impacto que esto puede tener en la vida sexual y afectiva de personas en plena etapa de conformación de pareja y vida sexual activa.

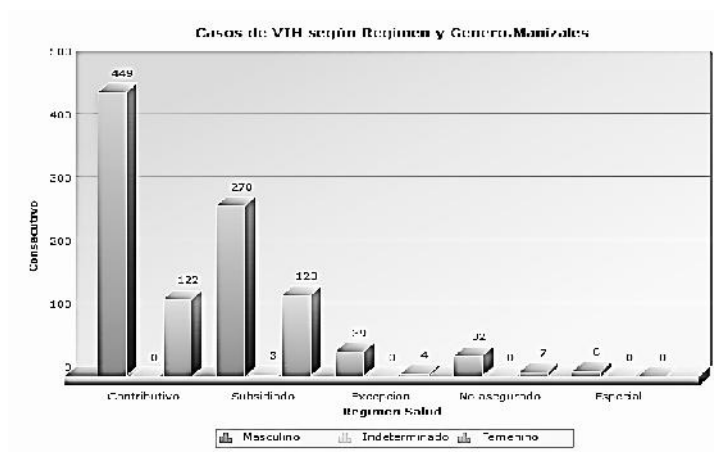
Distribución de casos diagnosticados, por grupos de edad, consolidado, Manizales, 2004-2014



Fuente: SIVIGILA

- Tipo de aseguramiento de los personas diagnosticadas:

Al momento del diagnóstico, el 96% de las personas estaban afiliadas a alguna EPS, así: 54% al régimen contributivo, 37% al régimen subsidiado y 5% a Regímenes especiales. 4% no estaban afiliados.



Fuente: SIVIGILA

## **ESTRATEGIAS**

En el marco de la política de sexualidad: derechos sexuales y derechos reproductivos, se desarrollan estrategias tendientes a abarcar las 6 líneas, que son: Maternidad segura, salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, planificación familiar, prevención de cáncer de cuello uterino y mama, prevención de ITS/VIH-SIDA, violencia sexual y doméstica.

En todas las líneas, se cuenta con estrategias de asistencia técnica a EPS e IPS, con el fin de garantizar la atención de los usuarios de acuerdo con los lineamientos y la normatividad vigente, pero adicionalmente se cuenta con programas de protección específica y detección temprana, que se operan de manera directa desde la Secretaría de Salud Pública o a través de instituciones habilitadas para ello. A continuación se resumen algunos:

### **1. Modelo de atención y buenas prácticas para una maternidad segura y un recién nacido sano del municipio de Manizales**

El Municipio de Manizales a través de la Secretaría de Salud Pública y teniendo en cuenta que la mortalidad materna e infantil son indicadores claves del desarrollo de una región, ha determinado como prioridad brindar una atención integral, con calidad y sin barreras a este grupo poblacional, una atención que permita llevar a feliz término la gestación garantizando el bienestar del binomio madre – hijo; una atención que garantice la calidad desde la propia consulta preconcepcional, proporcionando a la usuaria y a su grupo familiar una educación para el auto cuidado de su gestación, los cuidados oportunos y con calidad, clasificación adecuada del riesgo y un sistema de vigilancia y control que permita modificar los riesgos que puedan generar terminaciones adversas de la gestación, todo ello enfocados a una maternidad segura no solo como una línea importante del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva PNSSR sino como punto clave para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población del municipio.

Dentro de las metas nacionales establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública está la de reducir la mortalidad materna, para lo cual es necesario detectar oportunamente y controlar los riesgos que pueden ocasionar daño a la salud del binomio madre-hijo; siendo necesario entonces establecer parámetros que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, por parte de un equipo de salud entrenado para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal que aseguren el cumplimiento de este objetivo, incluyendo en este el proceso la atención preconcepcional.

Para el fortalecimiento de la gestión institucional de la Secretaría de Salud Pública de Manizales en el logro de servicios orientados hacia una salud pública de calidad, la construcción e implementación de un Modelo Único Municipal de Atención a la Gestante y Recién Nacido, cobra vital importancia teniendo en cuenta que la estandarización de los procesos de atención permiten racionalizar los servicios y los recursos, y a hacer intervenciones más integrales por parte de los equipos de salud trascendiendo la atención individual y fomentando el desarrollo de competencias

en los demás integrantes del equipo de trabajo y en los mismos usuarios, eliminando las barreras administrativas y/o profesionales en el acceso a la atención integral del binomio madre-hijo.

El desarrollo de este modelo permite incidir en la salud de este grupo poblacional, y obtener mayor eficiencia en el desempeño y producción del equipo de salud teniendo como resultado intervenciones costo-efectivas que impacten positivamente en el bienestar integral de las mujeres, niños y niñas y en el manejo racional de los recursos asignados para ello. Como resultado de todo esto, se puede garantizar una atención secuencial que incluya la valoración preconcepcional, la captación temprana de la gestante, la atención prenatal y la atención institucional del parto y del puerperio que conlleven a un feliz término el proceso para la madre y el recién nacido.

## **2. Servicios de Salud Amigables para jóvenes:**

Desde el 14 de julio de 2010, en Manizales se cuenta con un servicio de consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes (10 a 29 años) en los Centros de atención de La Asunción (cobertura a comuna Ciudadela del Norte) y El Prado (Comuna La Fuente) de ASSBASALUD. A partir del 1 de marzo del año 2011, se amplió la oferta a las comunas San José, Universitaria y La Macarena y en el 2013, se amplió la oferta a los Corregimientos Manantial y Colombia y durante este año se hace itinerante en otros dos corregimientos, Remanso y Agroturístico.

Los servicios amigables cuentan con el siguiente grupo de profesionales: 5 médicos (1 por centro de salud, que dedica parte de su tiempo a esta consulta diferenciada), 3 enfermeras y 1 psicóloga (de tiempo completo para el programa). Quienes desarrollan la atención intramural en los Centros de Salud de ASSBASALUD de los sectores antes mencionados y extramural en instituciones educativas y otros espacios de interacción juvenil como Casas de la Cultura y Clubes Juveniles.

Durante la semana de prevención del embarazo adolescente, se prestarán los servicios de salud amigables de manera habitual en las comunas y corregimientos previamente descritos. En el área rural durante estos días en servicio que estará operando será el del Centro de Salud La Cabaña, Corregimiento El Remanso.

## **3. Actividades educativas en salud sexual y reproductiva:**

Cuenta con dos modalidades, talleres grupales y consejerías individuales, que buscan responder de manera adecuada y oportuna a las inquietudes más frecuentes de las personas jóvenes, sobre temáticas como Maternidad segura, Planificación familiar, Salud sexual y reproductiva, Infecciones de transmisión sexual, Prevención de Cáncer de cuello uterino y mama, violencia sexual y doméstica. Además de brindar respuestas puntuales, busca inducir la demanda de atención en salud y acercar la población juvenil al sistema.

#### **4. Programa de planificación familiar y anticoncepción sin barreras:**

Según el Acuerdo 380 de 2007, están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud todos los anticonceptivos hormonales, DIU y quirúrgicos, de tal manera que previa consejería e indicación médica podrá acceder a ellos quien los necesite. Esto incluye a los adolescentes mayores de 14 años, quienes pueden acceder a cualquier servicio de salud sexual y reproductiva sin autorización de sus padres.

#### **5. Programa TU DECIDES, prevención y atención al embarazo adolescente:**

La prevención del embarazo adolescente es uno de los programas bandera de esta administración, tanto así que el programa TU DECIDES, prevención y atención al embarazo adolescente, es coordinado de manera directa por la Primera Gestora Social, y cuenta con reconocimiento nacional y el aval de la Alta Consejería para la Equidad de Género. En la Mesa Municipal de Infancia y Adolescencia se adoptó este documento como una de las líneas prioritarias y se cuenta con el Plan de acción respectivo.

Este programa busca afrontar la prevención del embarazo adolescente con un enfoque de impulso del proyecto de vida personal, partiendo del conocimiento de las condiciones actuales de la juventud, las expectativas frente al futuro, el entorno socio cultural, la situación familiar que afrontan y las razones por las cuales se embarazan por voluntad y opción de vida. De la mano de la Secretaría de Salud Pública, este programa busca fortalecer las actuaciones que el municipio ha venido realizando con respecto a este tema y reforzar el conocimiento de los adolescentes en métodos de anticoncepción e infecciones de transmisión sexual, con el fin de generar un mayor impacto y recordación en la población a intervenir.

Este programa cuenta con múltiples estrategias tales como las actividades educativas sobre prevención de embarazo, experiencias vivenciales de embarazo y maternidad-paternidad, campañas publicitarias, difusión de mensajes a través de artistas juveniles de reconocimiento nacional e internacional, tomas de colegios, Psicodrama “Murmullós”, etc. Todas ellas con un lenguaje juvenil y metodologías lúdicas participativas.

A continuación se presenta el comportamiento de la fecundidad de las adolescentes en Manizales desde 2003 hasta la fecha.

AÑO	10-14 AÑOS		15-19 AÑOS	
	Nº NACIMIENTOS	TASAx1000	Nº NACIMIENTOS	TASAx1000
2003	52	2,28	1163	64
2004	25	1,3	1113	60,7
2005	42	2,2	1124	65,3
2006	39	2,4	1080	64,1
2007	41	2,59	1134	68,5
2008	34	2,27	1005	56,1
2009	47	3,11	825	48,4
2010	46	3,14	1076	65,43
2011	27	1,86	764	48,11
2012	34	2,3	806	51,1
2013	17	1,19	738	48,6
2014	19	1,33	686	45,9

#### 6. Programa de prevención de cáncer de cuello uterino y mama:

Procesos de movilización social (Capacitaciones y Campaña Súma+e) que promueven acciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludables y prevención e identificación de factores de riesgo para cáncer de mama, cérvix, estómago, pulmón, colon-recto, próstata y en menores de 18 años.

#### 7. Seguimiento a pacientes con cáncer de cuello uterino y mama

Actualización del Modelo de gestión para la detección temprana, Diagnóstico Oportuno, tratamiento, Seguimiento, Rehabilitación y Reinserción de cáncer de Cuello Uterino - Cérvix, Mama, Colon - Recto, Próstata, Estómago, Pulmón y en menores de 18 años.

#### 8. Programa de seguimiento a personas viviendo con VIH-SIDA

El programa de seguimiento implementado por la Secretaría de Salud Pública, monitorea la situación de las personas que son atendidas por las diferentes aseguradoras, verificando que se mantenga la adherencia al tratamiento y se brinden todas las garantías de acuerdo con los protocolos establecidos en la guía de atención, en el marco de la legislación vigente. A través de



este se conoce que 30 de septiembre de 2015 existen 679 personas viviendo con el VIH-SIDA (PVVS) estaban en seguimiento por EPS e IPS en la ciudad y con acceso a tratamiento.

#### **9. Centro de Atención a la violencia intrafamiliar - CAVI**

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, tiene un carácter interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, el cual desarrolla estrategias de Promoción de la convivencia pacífica, Prevención de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil, brinda Atención psicosocial y asesoría jurídica a los individuos y sus familias, Capacita a los profesionales y orienta asistencia técnica a las instituciones que intervienen directamente en el fenómeno de la violencia; coordina el sistema de vigilancia epidemiológica de la Violencia intrafamiliar, contra la mujer y sexual. Los servicios se ofertan a los individuos, familias, comunidades e instituciones, con el fin de orientar procesos terapéuticos y educativos a nivel psicosocial para generar cambios que estimulen el desarrollo del potencial humano y social en el Municipio de Manizales. Se financia a través de las Secretarías de Salud Pública y Gobierno.



# **CAPITULO 8**

# **INDICADORES DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN SALUD**

PRIMERA INFANCIA

**CALDAS - MANIZALES**

**Cinco primeras causas de mortalidad de niños y niñas**

PRIMERA INFANCIA

Año	Desagregación (Causa de mortalidad)	Resultado
2011	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11.00
2011	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	8.00
2011	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	7.00
2011	Sepsis bacteriana del recién nacido	5.00
2011	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	3.00
2012	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	9.00
2012	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8.00
2012	Infecciones respiratorias agudas	4.00
2012	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	3.00
2012	Sepsis bacteriana del recién nacido	2.00
2013	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16.00
2013	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	8.00
2013	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	5.00
2013	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	4.00
2013	Sepsis bacteriana del recién nacido	3.00

2014	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8.00
2014	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	4.00
2014	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	3.00
2014	Infecciones respiratorias agudas	3.00
2014	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	3.00

Una de las fortalezas que tiene la fuente local para establecer las principales causas de mortalidad es que se cuenta con un aplicativo para registrar el Certificado Individual de Defunción vía web. Paralelamente se cuenta con el aplicativo SIVIGILA debido a que específicamente las defunciones en los menores de 1 año, se consideran de reporte obligatorio para la Vigilancia Epidemiológica.

El número de defunciones en la primera infancia viene disminuyendo y esto es debido al seguimiento oportuno de los eventos, la adherencia a los protocolos y guías existentes para cada patología; a la realización de Comités de Vigilancia Epidemiológica máximo a los 45 días de haber ocurrido el evento y al seguimiento de los planes de mejoramiento que se establecen en estos comités.

Otra de las razones por las que las causas de mortalidad en este grupo de edad, están disminuyendo a través del tiempo es por las actividades sobre la atención preconcepcional, la educación relacionada con factores de riesgo que se le brinda a la pareja y la actualización permanente que se le ofrece a los profesionales de la salud en el manejo adecuado de los eventos que se presenten.

Por esta razón se le recomienda a la próxima administración que haya personal permanente en el programa materno infantil con el fin de darle continuidad a los procesos estructurados (acompañamiento, seguimiento y actualización) y que se le asigne más presupuesto para el desarrollo de proyectos enfocados a mejorar las condiciones de salud y atención a ésta población.

### Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas

#### PRIMERA INFANCIA

Año	Desagregación (Causa de morbilidad)	Resultado
2011	Faringitis Aguda	1154
2011	Amigdalitis Aguda	862
2011	Infección Aguda de las Vías Respiratorias Superiores	830
2011	Rinofaringitis Aguda	3288
2011	Diarrea y Gastroenteritis	2193
2012	Rinofaringitis Aguda	3978
2012	Diarrea y Gastroenteritis	2449
2012	Caries de la dentina	1586
2012	Faringitis Aguda	1407
2012	Amigdalitis Aguda	942
2013	Rinofaringitis Aguda	4203
2013	Diarrea y Gastroenteritis	2438
2013	Faringitis Aguda	1545
2013	Amigdalitis Aguda	1007
2013	Otitis media	971
2014	Rinofaringitis Aguda	3907
2014	Diarrea y Gastroenteritis	2321

2014	Faringitis Aguda	1521
2014	Caries de la dentina	1264
2014	Amigdalitis Aguda	923

Con respecto a las causas de morbilidad en primera infancia, han permanecido estable en los últimos años. Las estrategias AIEPI, PAI, APS, el programa de crecimiento y desarrollo, la adherencia a las guías de manejo y la respuesta de la comunidad, han permitido que cada vez se detecten y se traten en forma más oportuna.

Pero a pesar que se utilizan muchas estrategias para intervenir en las patologías asociadas con ERA y EDAS, éstas siguen ocupando las principales causas de morbilidad en este grupo de edad. Sin embargo existen factores externos como las condiciones climáticas, condiciones de higiene, inadecuada manipulación y conservación de alimentos y el bajo promedio en meses de lactancia materna exclusiva que influyen para que continúe este comportamiento.

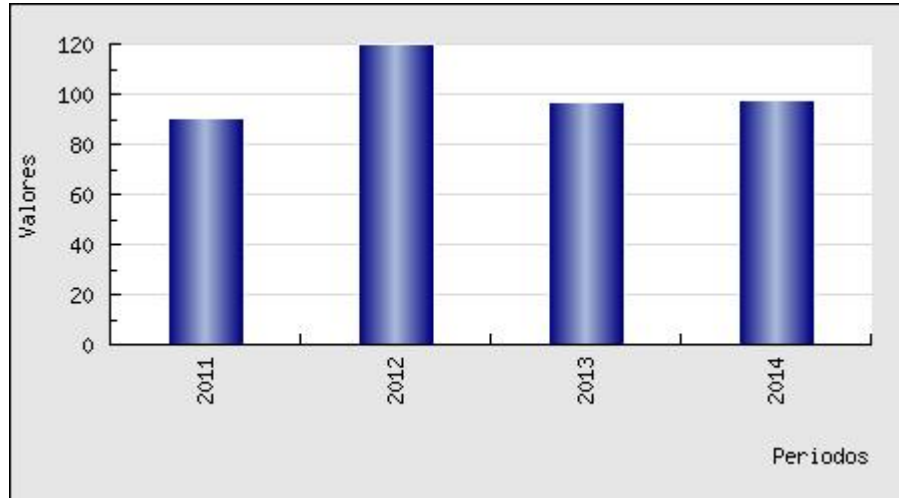
#### CALDAS - MANIZALES

#### Cobertura de vacunación con pentavalente (DPT y Hepatitis) tres dosis en niños y niñas menores de 1 año

#### PRIMERA INFANCIA

#### Valores Totales

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2011	3,597.00	3,978.00	90.40
2012	4,381.00	3,660.00	119.70
2013	3,721.00	3,851.00	96.60
2014	3,721.00	3,810.00	97.70



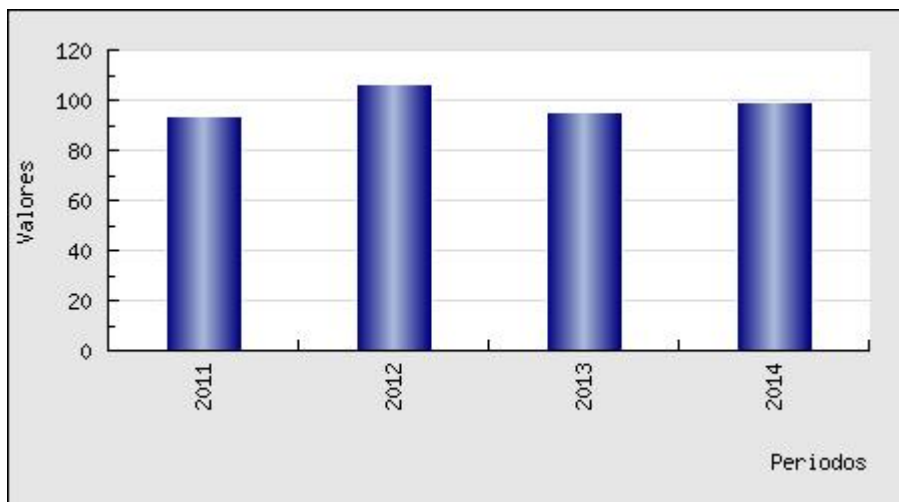
### CALDAS - MANIZALES

Cobertura de vacunación con triple viral en niños y niñas menores de 1 año

#### PRIMERA INFANCIA

#### Valores Totales

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2011	3,796.00	4,050.00	93.70
2012	4,250.00	3,978.00	106.80
2013	3,479.00	3,660.00	95.00
2014	3,828.00	3,851.00	99.40



Con respecto a las coberturas de vacunación, nivel Nacional se cuenta con un sistema de información el cual es operado por cada una de las IPS, allí se registra la información de cada menor y lo relacionado con el biológico en el momento en que se le aplique la vacuna.

Se tiene como estrategias para garantizar el esquema completo para la edad, el seguimiento permanente a la asistencia de los controles de crecimiento y desarrollo y a la vacunación, esto ha permitido superar las coberturas óptimas nacionales establecidas para el municipio, las cuales son del 95%.

Con el fin de darle continuidad a los procesos estructurados (acompañamiento, seguimiento y actualización), se recomienda que haya personal permanente en el programa materno infantil y asignar más presupuesto para el desarrollo de proyectos enfocados a mejorar las condiciones de salud y atención a ésta población.

#### CALDAS - MANIZALES

##### Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2011	3,269.00	3,660.00	89.32
2012	3,475.00	3,851.00	90.24
2013	3,483.00	3,810.00	91.42
2014	3,396.00	3,718.00	91.34



Es una fortaleza contar con un aplicativo en web, que permite ingresar la información de los nacidos vivos por parte de todas las IPS que atienden partos a más tardar a las 24 horas después del nacimiento. El porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales es un indicador que en la ciudad no disminuye del 91 % ya que se está captando tempranamente la gestante para ingresar al programa de control prenatal y se detectan y controlan los factores de riesgo que puedan llevar a la morbilidad materna – perinatal; también se debe a la socialización y adherencia a las guías y protocolos orientados a la atención de las gestantes, también a los talleres teórico prácticos de maternidad segura dirigidos a profesionales y comunidad en general los cuales promocionan la captación temprana y/o consulta oportuna ante una amenorrea.

Para mantener el porcentaje a ese nivel, se recomienda conservar las campañas de promoción de consulta oportuna ante la presencia de amenorrea, continuar con la búsqueda activa de gestantes mediante la promoción de la demanda inducida de los programas de promoción y prevención en los cuales está incluida la detección temprana y alteraciones durante el embarazo y contemplar en los contratos entre las IPS, EPS y el municipio, las actividades de P y P de detección temprana de las alteraciones durante el embarazo.

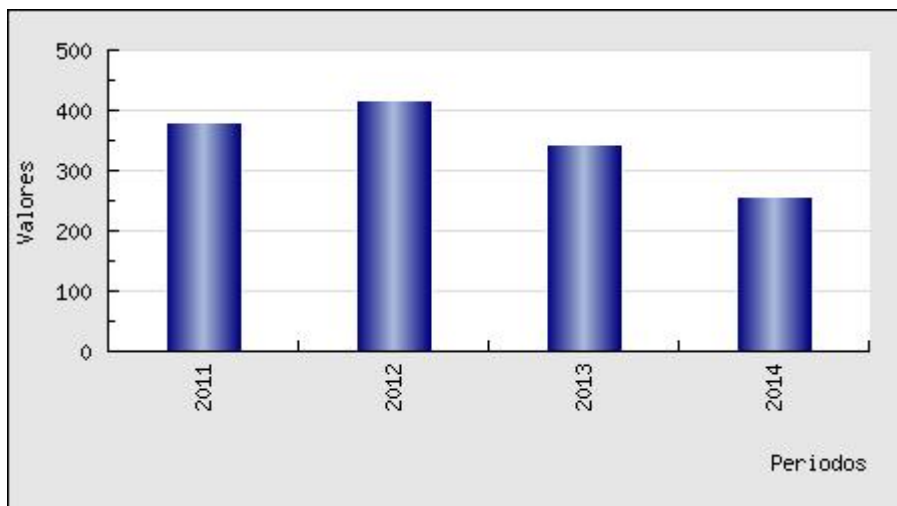


**CALDAS - MANIZALES**

**Tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes**

PRIMERA INFANCIA

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2011	121.00	31,899.00	379.30
2012	132.00	31,621.00	417.40
2013	108.00	31,318.00	344.80
2014	80.00	31,018.00	257.90



Para registrar la información que permite obtener indicadores como la tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes, se cuenta con un sistema de información conocido históricamente por parte de las UPGD's, el cual garantiza cada vez más la calidad del dato y adicionalmente se cuenta con el aplicativo SIVIGILA en donde se registran los eventos de violencia intrafamiliar, sexual y contra la mujeres por parte de las IPS de la ciudad.

Como impactos positivos al medir este indicador se tiene el desarrollo paulatino de los procesos de intervención desde los diferentes sectores, en especial salud y educación, los cuales vienen fortaleciendo acciones tales como como la identificación de factores de riesgo frente a posibles situaciones de violencia.

El indicador tiene una tendencia al descenso y se logra evidenciar que se vienen incorporando los elementos normativos, conceptuales del maltrato infantil, lo que facilita la identificación del fenómeno sin ser el motivo de consulta inicial.

Para continuar con este comportamiento, se espera fortalecer los procesos educativos, en especial en la primera infancia para que los padres de familia y/o cuidadores tengan las herramientas necesarias de autovalorar los estilos educativos y analizar las pautas relacionales para establecer los procesos de crianza y modificarlos hacia unos más asertivos. Adicionalmente se espera continuar con la articulación intersectorial con el fin de propender por el desarrollo integral de los NNA y sus familias y realizar investigaciones en torno a la temática de violencia.

## INDICADORES DE INFANCIA

### CALDAS - MANIZALES

#### Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas

INFANCIA		
Año	Desagregación (Causa de morbilidad)	Resultado
2011	Caries de la dentina	995
2011	Rinofaringitis Aguda	931
2011	Diarrea y Gastroenteritis	777
2011	Parasitosis Intestinal	773
2011	Faringitis Aguda	641
2012	Caries de la dentina	1855
2012	Rinofaringitis Aguda	1331

2012	Diarrea y Gastroenteritis	897
2012	Faringitis Aguda	889
2012	Gingivitis Crónica	799
2013	Caries de la dentina	1745
2013	Rinofaringitis Aguda	1201
2013	Gingivitis Crónica	968
2013	Faringitis Aguda	789
2013	Diarrea y Gastroenteritis	784
2014	Caries de la dentina	2008
2014	Gingivitis Crónica	1178
2014	Rinofaringitis Aguda	1090
2014	Diarrea y Gastroenteritis	893
2014	Faringitis Aguda	775

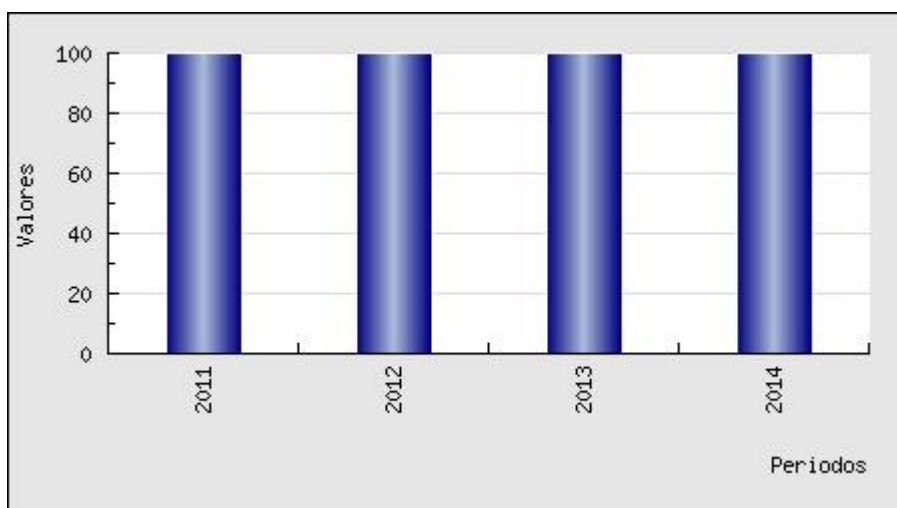
La estrategia AIEPI, PAI, APS, el programa de crecimiento y desarrollo, la adherencia a las guías de manejo y la respuesta de la comunidad, ha permitido que cada vez se detecten y se traten en forma más oportuna las patologías. Sin embargo no se puede descartar que existen factores externos como las condiciones climáticas, condiciones de higiene, inadecuada manipulación y conservación de alimentos, que están asociadas a las patologías que ocupan los primeros lugares en las causas de morbilidad.

## CALDAS - MANIZALES

### Cobertura de tratamiento antiretroviral

#### INFANCIA

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2011	2.00	2.00	100.00
2012	2.00	2.00	100.00
2013	4.00	4.00	100.00
2014	5.00	5.00	100.00



El contar con un Sistema de información entre EPS, IPS y Secretaría de Salud se pueden mantener los datos actualizados y obtener las novedades de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) lográndose de ésta forma realizar una intervención oportuna en pro de la calidad de vida de los pacientes.

Todo esto se logra por la normatividad vigente que obliga a las EPS a contar con centros de tratamiento antirretroviral especializados que ofrecen atención integral a las PVVS, garantizando vigilancia y control del acceso al aseguramiento y al tratamiento antirretroviral de éstas personas.

Como meta se tiene el lograr el 100% de cobertura de tratamiento antirretroviral, indicador que se cumplió durante el periodo. Los resultados que se obtienen se le socializan a las EPS e IPS de la ciudad y a las comunidades académicas.

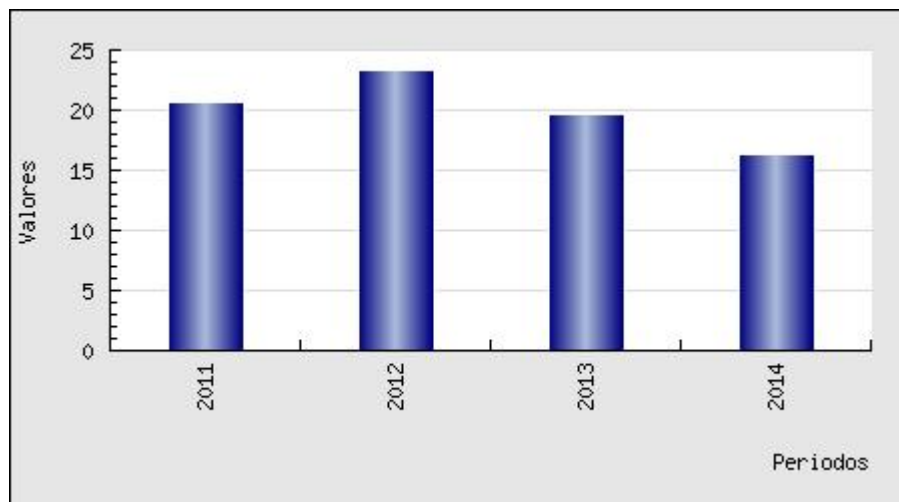
## INDICADORES DE ADOLESCENCIA

### CALDAS - MANIZALES

#### Tasa de fecundidad específica

#### ADOLESCENCIA

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2011	372.00	18,042.00	20.60
2012	416.00	17,762.00	23.40
2013	345.00	17,571.00	19.60
2014	285.00	17,478.00	16.30



La fuente de información para obtener este indicador es el sistema de información via web a nivel nacional utilizado para registrar los nacimientos ocurridos en las IPS de la ciudad.

El impacto que se ha logrado con las campañas de movilización social, visitas de acompañamiento a través de las estrategias APS y Tu Decides y el fortalecimiento del programa Atención al joven ha permitido población adolescente concientizada de no considerar un embarazo temprano en su proyecto de vida y disminución de los embarazos de alto riesgo en este grupo de edad.

Aunque continúan presentándose embarazos de alto riesgo, es más bien por las condiciones asociadas a otros factores como consumo de SPA, ITS y deserción escolar entre otras.

Se debe dar continuidad a los programas asociados a la Maternidad Segura, con la idea de continuar disminuyendo la tasa de fecundidad en este grupo de edad.

## INDICADORES DE JUVENTUD

### CALDAS - MANIZALES

**Número de Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 18 años, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006**

#### JUVENTUD

Año	Resultado
2011	13.00
2012	21.00
2013	24.00
2014	24.00

De acuerdo a las circulares emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial de Salud de Caldas, todas las IPS deben reportar los procedimientos realizados sobre la Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE).

Es un impacto muy positivo contar con la sentencia C-355 del 2006, ya que permite que este tipo de procedimiento se realice bajo unas condiciones de bioseguridad favorables para la usuaria, disminuyendo así las complicaciones resultado de los procedimientos que se venían realizando en forma insegura y clandestina. Se impacta también en forma positiva la mortalidad materna.

El número de IVE ha venido aumentando año tras año debido a la socialización de la normatividad vigente y a la capacitación y actualización en temas relacionados con esta práctica a través de talleres. Adicionalmente se le ha socializado a la comunidad la inclusión de este procedimiento en los servicios de salud contemplados en el POS, lo que ha permitido reconocer este derecho y solicitarlo cuando lo requiera.

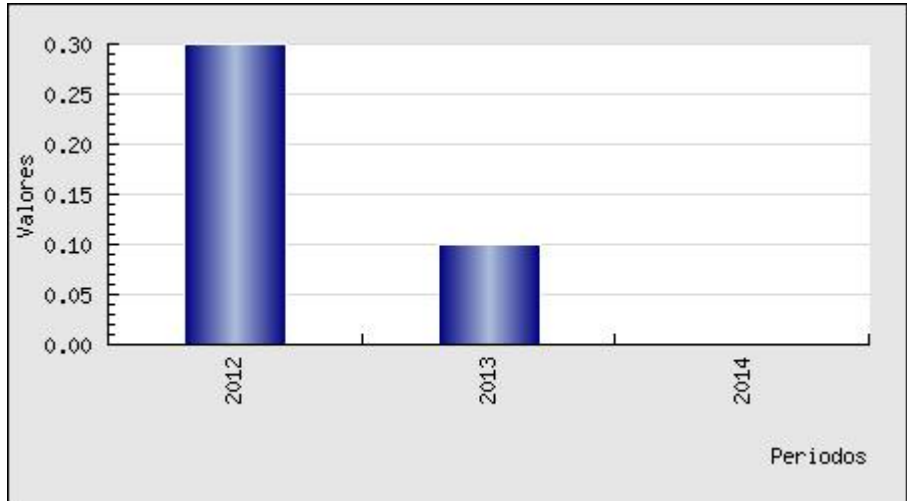
Para continuar con éste comportamiento es muy importante actualizar permanentemente tanto al personal de salud como a la comunidad sobre la legalidad y accesibilidad de ésta práctica encaminada a salvaguardar la vida de la usuaria.

### CALDAS - MANIZALES

#### Porcentaje de gestantes entre 18 y 28 años diagnosticadas con VIH

#### JUVENTUD

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2012	5.00	1,725.00	0.30
2013	2.00	1,575.00	0.10
2014	0.00	2,414.00	0.00



El Programa de prevención de transmisión perinatal del VIH evita dicha transmisión tiene a la fecha Cero casos positivos. Una de las razones por lo que este indicador haya disminuido es la implementación universal del programa de prevención de transmisión perinatal del VIH. Para mantener este indicador en cero se debe dar continuidad al Programa.

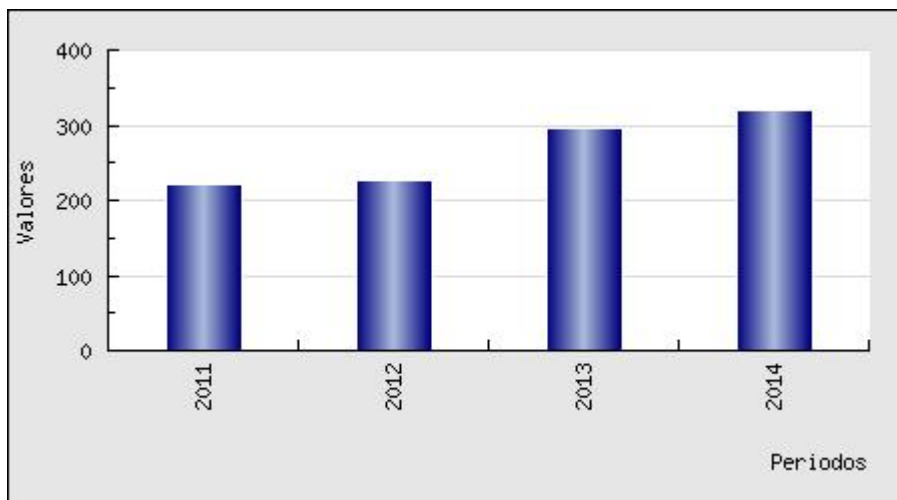
**INDICADORES TRANSVERSALES**

**CALDAS - MANIZALES**

**Tasa de violencia intrafamiliar**

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2011	859.00	390,084.00	220.20
2012	883.00	391,640.00	225.50
2013	1,169.00	393,167.00	297.30
2014	1,267.00	394,627.00	321.10





Para la construcción de éste indicador, se cuenta con un sistema de información conocido históricamente por parte de las UPGDs, el cual garantiza cada vez más la calidad del dato.

Las campañas de sensibilización frente a la búsqueda de ayuda en los diferentes sectores (justicia, salud y social) y el empoderamiento de las mujeres frente a la denuncia y adherencia al proceso es una fortaleza para la notificación de éstos eventos.

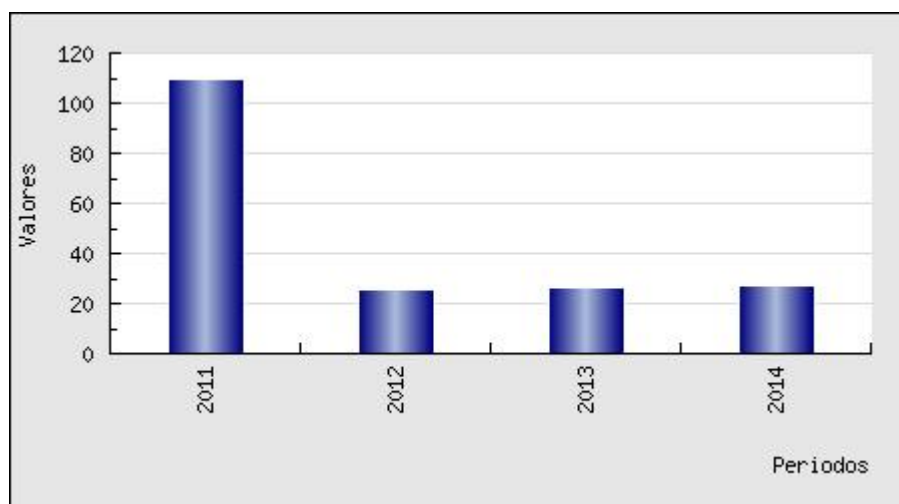
El indicador va en aumento debido a que existe más capacidad de detección de los comportamientos violentos en los diferentes sectores: salud, Social, educación y justicia; la oferta de servicios institucionales es más amplia para intervenir el evento y la normatividad en salud exige la detección, valoración y tratamiento de la problemática

Para darle continuidad a este sistema de vigilancia hay que fortalecer interdisciplinariamente el talento humano que interviene en la violencia y los comités intersectoriales.

## CALDAS - MANIZALES

### Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2011	4.00	3,660.00	109.30
2012	1.00	3,851.00	26.00
2013	1.00	3,810.00	26.20
2014	1.00	3,718.00	26.90



Existe un Sistema de Notificación Inmediata por parte de las IPS de la ciudad para reportar una muerte materna en un aplicativo denominado SIVIGILA.

La razón de mortalidad materna es un indicador trazador y a través de éste se califica la calidad de la atención en salud a la población en general. La adherencia a las guías de atención a la materna ha permitido detectar en forma oportuna factores de riesgo y atender en forma efectiva las complicaciones que en un momento dado se presenten.

Este indicador ha disminuido en los últimos años, algunas de las razones para que esto esté ocurriendo es que se ha considerado la población gestante como prioridad número uno para la atención; se ha fortalecido el sistema de vigilancia de la calidad de la atención brindada a este grupo poblacional y se cumple el cronograma establecido para realizar las visitas de asistencia técnica en maternidad segura a las EPS e IPS del municipio habilitadas para prestar dicha atención.

La realización de las unidades de análisis a los eventos de mortalidad materna y morbilidad materna extrema, han contribuido a desarrollar estrategias y acciones que impacten en una atención eficiente y eficaz a las gestantes desde la misma atención preconcepcional.

Es recomendable asignar presupuesto suficiente para mantener y fortalecer el programa de maternidad segura que permita: contar con recurso humano capacitado, idóneo y actualizado; fortalecer el primer nivel de atención en prevención de complicaciones de la gestación y recuperar el segundo nivel de atención para atender las complicaciones detectadas en el primero y así descongestionar el tercer nivel de atención.

Dentro de las acciones que se formularon y desarrollaron para ejecutar el programa están las visitas de asistencia técnica en maternidad segura a las EPS e IPs del municipio y la construcción del modelo de atención y buenas prácticas para una maternidad segura y un recién nacido sano del municipio de Manizales.

El mecanismo que se ha utilizado en el programa es el seguimiento a la implementación de la atención preconcepcional en las IPS del municipio el cual se ha utilizado para la captación temprana de la gestante al programa maternidad segura, para el análisis e informe de la adherencia y cumplimiento de la normatividad vigente y guías de atención para las gestantes por parte del referente de maternidad segura del municipio y para la retroalimentación a las IPS de los hallazgos identificados.

# **CAPITULO 9**

# **SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

En la actualidad, la administración Municipal cuenta con programas de atención al adulto mayor, programas de soporte nutricional para la gestante con bajo peso para la edad gestacional, programa de soporte ambulatorio para los niños menores de 5 años que presentan algún grado de desnutrición, y con el programa de Rehabilitación integral a las personas con discapacidad.

5 años 2009-2013.

### Desnutrición aguda

- Fuente nacional – ENDS 2000 -2010

Indicador	Meta nacional 2015	Dato de prevalencia 2000	Dato de prevalencia 2005	Dato de prevalencia 2010
Desnutrición aguda (bajo peso para la talla)		0.8%	1.2%	0.7%

- Fuente local- Alcaldía de Manizales

2012		2013		2014	
No.	Porcentaje de prevalencia	No.	Porcentaje de prevalencia	No.	Porcentaje de prevalencia
13324	2.4	18342	2.0	13064	1.8

- Fuente: Diagnóstico Nutricional de Caldas 2014 DTSC – OBSAN UN

Indicador	Resultado 2014
Peso bajo para la talla (Desnutrición aguda)	7.0

#### Fortalezas:

Se ha ido disminuyendo la cifra del indicador con respecto al dato inicial del año 2012.

#### Debilidades:

No se cuenta con datos anteriores a la vigencia 2012, lo que evita realizar un análisis más amplio de la tendencia del indicador, para determinar una disminución significativa.

El bajo peso para la talla es un indicador de desnutrición reciente, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato. La desnutrición aguda generalmente responde a situaciones de coyuntura; es decir a la convivencia de períodos de alimentación suficiente con períodos de insuficiente ingesta de alimentos, por este motivo la ganancia de peso con respecto a la estatura no es la adecuada pues existen breves recuperaciones del estado nutricional. Este tipo de desnutrición es recuperable en tanto se mantenga la ingesta de alimentos constante para asegurar la recuperación del peso perdido y la adecuada ganancia progresiva.

La desnutrición aguda es un grave problema de salud pública, por ello son necesarias acciones en términos de prevención e iniciativas multisectoriales que es necesario poner en marcha en ámbitos como la seguridad alimentaria y nutricional, la igualdad de género, la sanidad, el acceso a agua potable, saneamiento y la educación.

### Desnutrición crónica

- Fuente nacional

Indicador	Meta	Dato de	Dato de
	nacional	prevalencia	prevalencia
	2015	2010	2015
Desnutrición crónica (retraso en talla para la edad)	8,0	15.9	13.2

- Fuente local- Alcaldía de Manizales

2012		2013		2014	
No.	Porcentaje de prevalencia	No.	Porcentaje de prevalencia	No.	Porcentaje de prevalencia
1705	12,60	2568	14,0	1490	11,40

- Fuente: Diagnóstico Nutricional de Caldas 2014 DTSC – OBSAN UN

Indicador	Resultado 2014
Talla baja para la edad (Desnutrición crónica)	23.7

- Fortalezas: Se ha ido disminuyendo la cifra del indicador con respecto al dato inicial del año 2012.
- Debilidades: No se cuenta con datos para la vigencia 2011, lo que evita realizar un análisis más amplio de la tendencia del indicador.

Numerosas causas pueden explicar el nivel de la desnutrición crónica infantil en un territorio y, por lo general, poseen un complejo entramado de relaciones entre ellas. En el caso del país donde la desigualdad en la concentración en la distribución socioeconómica de esta variable es alta, la disminución de la desnutrición crónica infantil puede lograrse de manera más efectiva disminuyendo dicha desigualdad; las causas atribuibles a esta mejora en el municipio de Manizales tienen que ver con mejores ingresos en los hogares; por otro lado el mejoramiento del nivel educativo en especial el de la madre pues a mayor nivel educativo el ingreso mejora y la decisión de compra de alimentos es más adecuada. A su vez, factores geográficos, culturales, étnicos e idiosincráticos juegan un rol explicativo, pero de estos no se tiene una evidencia clara.

- Mejorar la nutrición materna, prácticas de lactancia y alimentación complementaria; necesidad de alimentos fortificados complementarios (6–24 meses) agua y saneamiento básico en toda la población; buen acceso y calidad a servicios de salud.

## DESNUTRICIÓN GLOBAL

- Fuente nacional

Indicador	Meta	Dato de	Dato de
	nacional 2015	prevalencia 2010	prevalencia 2015
Desnutrición global (bajo peso para la edad)	2.6	4.9	3.4

- Fuente local – Alcaldía de Manizales

AÑO	0 A 5 AÑOS		Porcentaje de prevalencia
2013	438	13100	3.3
2014	371	13073	2.8

- Fuente – Diagnóstico Nutricional Departamento de Caldas 2014 DTSC – OBSAN UN

Indicador	Resultado 2014
Bajo peso para la edad (Desnutrición global)	7.0

- Fortalezas: Se ha ido disminuyendo la cifra del indicador con respecto al dato inicial del año 2013.
- Debilidades: No se cuenta con datos para la vigencia 2011, lo que evita realizar un análisis más amplio de la tendencia del indicador.

La desnutrición infantil y la pobreza se encuentran asociadas y estas a su vez con el progreso de los países. Conocer las determinantes sociales y económicas de la niñez que padece de bajo peso es necesario para crear escenarios propicios para el adecuado desarrollo de la primera infancia y de esta manera contribuir con la superación de la pobreza en el marco de sistemas sanitarios equitativos.

Por otro lado el indicador de Peso para la edad indica que el niño recibe una dieta insuficiente; pero también puede reflejar enfermedades recientes que provocan alteración en el peso; es decir que existen factores ambientales que afectan la salud de los niños y niñas dando como resultado la aparición de enfermedades prevalentes de la infancia (Infección Diarreica Aguda – Infección Respiratoria Aguda) que no son atendidas oportuna y adecuadamente; es así que deben fortalecerse los programas de atención integral a la primera infancia en todos los ámbitos (institucional, clínico, comunitario.)

La mejora del indicador puede deberse a el aumento en la cobertura por parte de diferentes instituciones en la población de primera infancia, lo que permite hacer garantía efectiva de los derechos incluyendo el derecho a la alimentación.

Mejorar la nutrición materna, prácticas de lactancia y alimentación complementaria; necesidad de alimentos fortificados complementarios (6–24 meses) agua y saneamiento básico en toda la población; buen acceso y calidad a servicios de salud.

#### **BAJO PESO AL NACER (peso menor a 2500 g)- Departamento de Caldas**

<b>Año</b>	<b>No. RN</b>	<b>Prevalencia (%)</b>
2006	898	6.79
2007	853	6.49
2008	828	6.62
2009	781	6.8
2010	743	6.83
2011	717	6.71



### BAJO PESO AL NACER – Manizales

Año	Prevalencia
2009	7.3
2010	7.8
2011	7.7
2012	7.4
2013	8.5
2014	8.1

Fuente: Secretaría de Salud Pública de Manizales

### TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS

Año	Prevalencia
2009	11.3
2010	13.9
2011	13.4
2012	10.6
2013	13.9
2014	6.3

Fuente: Secretaría de Salud Pública de Manizales

### NÚMERO DE MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR IRA, EDA Y DESNUTRICIÓN.

Causa	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EDA	0	0	0	0	0	1
IRA	6	3	3	5	2	1
Desnutrición	0	0	0	0	0	0

Fuente: Secretaría de Salud Pública de Manizales

- Intervenciones en población en riesgo de desnutrición, integradas y articuladas a nivel multisectorial.
- Intervenciones focalizadas basadas en evidencias para la prevención de la mortalidad por desnutrición.
- Programa de seguimiento nutricional a los niños, niñas y adolescentes intervenidos o beneficiarios del programa de nutrición.
- Campañas de promoción, información para promover la lactancia materna
- Adiciones de coordinación interinstitucional e intersectorial efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población del territorio.
- Sistemas de vigilancia y monitoreo que permitan la focalización de la población riesgo.
- Campañas de desparasitación.
- Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud especialmente de poblaciones más vulnerables en prácticas alimentarias saludables.
- Fortalecimiento de las capacidades del personal de grupos comunitarios especialmente de poblaciones más vulnerables en prácticas alimentarias saludables.

Con respecto al plan municipal de salud pública las acciones realizadas se articulan a las siguientes áreas subprogramáticas:

- Prevención de riesgos biopsicosociales, ambientales y sanitarias.
- Vigilancia en salud pública.
- Gestión integral en salud pública para el desarrollo operativo y funcional del plan.
- Promoción, prevención y atención de las poblaciones sociales vulnerables.

Dichas acciones buscan mejorar el estado nutricional de la población más vulnerable del municipio, las actividades para el año 2015 tienen que ver con la promoción de la lactancia materna, atención a la primera infancia, Programa de Alimentación y seguimiento desde la preconcepción hasta los dos años de edad, soporte nutricional a menores de 5 años y gestantes con problemas nutricionales por déficit, y actualmente se está realizando la evaluación y proyección de la Política Pública SAN como insumo fundamental para la planeación y toma de decisiones en salud pública.

#### **Programa de complementación alimentaria para escolares:**

Actualmente se está ejecutando el programa de Alimentación escolar PAE- Jornada Única en el Municipio de Manizales, que tiene por alcance contribuir al acceso y permanencia de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes registrados en la matrícula oficial del área urbana y rural del Municipio de Manizales, se están suministrando 22.518 raciones en la modalidad de Desayuno Industrializado y 11.695 raciones en la modalidad de almuerzo preparado en sitio, la atención durante el año 2015 corresponde a 180 días hábiles calendario escolar. Los operadores que ejecutan los programas deben realizar acciones con la población beneficiaria como: Valoración nutricional al 100% de la población atendida, desparasitación al 15% de la población que presenta alteración de su estado nutricional, deben realizar capacitación a los titulares de derecho, procesadoras de alimentos, padres de familia y docentes en “Estilos de vida saludable”.

# **CAPITULO 10**

# **DISCAPACIDAD**

La información estadística sobre la población con discapacidad que se presenta, parte de la información existente en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, RLCPD, el cual es una herramienta nacional, de aplicación voluntaria y gratuita, direccionada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que permite recoger vía web información sobre dónde están y cómo son las personas con algún tipo de discapacidad residentes en Colombia. Este aplicativo también permite actualizar la información de las personas con discapacidad registradas, por ejemplo en casos de cambio de domicilio o variación del estado de salud.

El registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad se realizó entre los años 2006 a 2012 por parte del DANE y a partir del 2013, se trasladó la responsabilidad del registro en los entes territoriales o locales de Salud, bajo la coordinación del respectivo Ministerio.

Sin embargo, es importante anotar que la información de 2006-2012 y 2013-2014 no permite hacer comparativos, ya que los instrumentos de recolección y las plataformas de registro utilizadas, son diferentes.

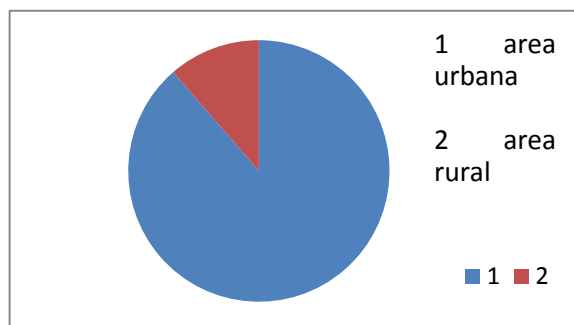
La información que se registra debe ser actualizada constantemente con el fin de que la plataforma no inactive los registros ingresados.

Para el año 2014 se cuentan un total de 4.106 registros de personas con discapacidad en el Municipio de Manizales.

#### **Personas con discapacidad según área de residencia. Manizales 2014**

<b>AREA DE RESIDENCIA</b>	<b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b>
URBANA	3638
RURAL	468
<b>TOTAL</b>	<b>4106</b>

### PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGUN AREA DE RESIDENCIA. MANIZALES 2014



Con relación al área de residencia de las personas con discapacidad registradas en el Municipio de Manizales al año 2014, podemos identificar que el 89% de las personas con discapacidad están ubicadas en la zona urbana y solo el 11% en el área rural situación similar a las información del registro nacional, donde puede evidenciarse mayor reporte de población en el perímetro urbano.

### POBLACION CON DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y AREA DE RESIDENCIA.

#### Personas con discapacidad por rangos de edad en la zona urbana

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	PORCENTAJE
MENORES DE 1 AÑO	6	0,2
DE 1 A 4 AÑOS	26	0,7
DE 5 A 9 AÑOS	213	5,8
DE 10 A 19 AÑOS	985	27,1
DE 20 A 29 AÑOS	230	6,3
DE 30 A 39 AÑOS	343	9,4
DE 40 A 49 AÑOS	482	13,2
DE 50 A 59 AÑOS	637	17,5
DE 60 AÑOS Y MAS	716	19,7
<b>TOTAL</b>	<b>3638</b>	<b>100,0</b>

En cuanto a las edades de las personas con discapacidad registradas para el año 2014, en el área urbana del Municipio de Manizales, puede observarse que la mayor cantidad de personas registradas se encuentran entre los 10 y los 19 años con un porcentaje del 27%, seguido de adultos mayores con el 20%.

**Personas con discapacidad por GRUPOS de edad en la zona rural. Manizales, 2014**

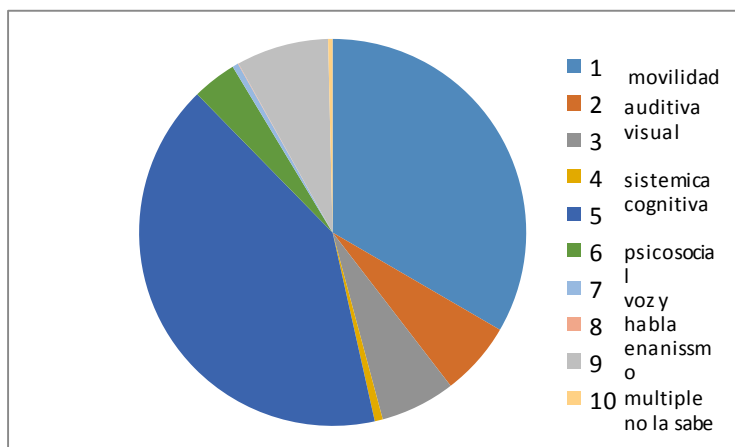
GRUPO DE EDAD	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	PORCENTAJE
MENORES DE 1 AÑO	0	0,0
DE 1 A 4 AÑOS	2	0,4
DE 5 A 9 AÑOS	21	4,5
DE 10 A 19 AÑOS	77	16,4
DE 20 A 29 AÑOS	21	4,5
DE 30 A 39 AÑOS	28	6,0
DE 40 A 49 AÑOS	69	14,7
DE 50 A 59 AÑOS	104	22,2
DE 60 AÑOS Y MAS	146	31,2
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>100,0</b>

Con relación al área rural, se encuentra que las edades de las personas con discapacidad registradas para el año 2014, la distribución es diferente, correspondiendo en mayor porcentaje a adultos mayores con un 31%. Esta información coincide con el comportamiento nacional.

**Personas con discapacidad por tipo y tiempo promedio de tener la discapacidad en años.  
Manizales, 2014**

<b>TIPO DE DISCAPACIDAD</b>	<b>No.</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PROMEDIO EN AÑOS DE DISCAPACIDAD</b>
MOVILIDAD	1371	33,0	38
SENSORIAL AUDITIVA	254	5,5	53
SENSORIAL VISUAL	257	5,6	35
SISTEMICA	28	1,0	18
MENTAL COGNITIVA	1690	41,0	39
MENTAL PSICOSOCIAL	151	4,0	43
VOZ Y HABLA	21	1,0	24
ENANISMO	2	0,1	35
MULTIPLE	316	8,0	42
NO LA SABE NOMBRAR	16	0,8	8
<b>TOTAL</b>	<b>4106</b>	<b>100,0</b>	<b>33, 5</b>

## TIPO DE DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD. MANIZALES 2014



Con relación al tipo de discapacidad de acuerdo a la clasificación implementada por el RLPCD, en el Municipio de Manizales para el año 2014, el mayor porcentaje que corresponde a la discapacidad cognitiva con un 41%, cuyos diagnósticos predominantes son el déficit cognitivo y el síndrome de Down, seguida de la discapacidad motora con un 33%, con las hemiparesias y amputaciones como diagnósticos predominantes. En este ítem se evidencia diferencia con el nivel nacional que reporta mayor número de personas con discapacidad de movilidad registradas.

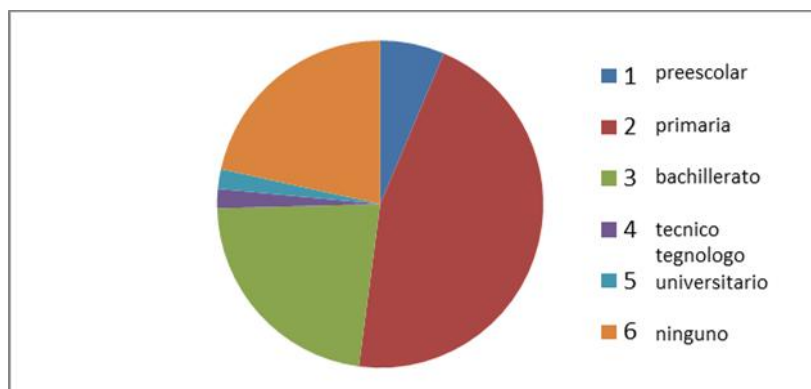
El tiempo promedio en años que llevan con la discapacidad las 4.106 personas registradas, es de 33,5 años.

### Nivel de escolaridad de las personas con discapacidad de Manizales - 2014

NIVEL DE ESCOLARIDAD	No.	PORCENTAJE
PREESCOLAR	262	6,0
PRIMARIA	1877	46,0
BACHILLERATO	924	23,0
TECNICO TEGNOLOGO	78	1,6
UNIVERSITARIO	80	1,4
NINGUNO	885	22,0
<b>TOTAL</b>	<b>4106</b>	<b>100,0</b>



### NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. MANIZALES 2014



En cuanto al nivel de escolaridad de las personas con discapacidad identificadas en el RLCPCD de Manizales para el año 2014, encontramos que el 26% de estas personas ha terminado el bachillerato y el 4 % de ellos han ingresado a estudios superiores. El mayor porcentaje, se encuentra con nivel de primaria, representado por 1.877 personas.

### Ocupación de las personas con discapacidad. Manizales 2014

OCUPACION ACTUAL	No.	PORCENTAJE
TRABAJANDO	627	15,0
BUSCANDO TRABAJO	160	4,0
INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR SIN PENSION	1178	29,0
INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR CON PENSION	77	1,6
ESTUDIANDO	1076	26,0
REALIZANDO OFICIOS DEL HOGAR	599	15,0
RECIBIENDO RENTA	14	0,1
PENSIONADO	67	1,3
OTRA ACTIVIDAD	308	8,0
<b>TOTAL</b>	<b>4106</b>	<b>100,0</b>

En cuanto a la ocupación actual de las personas con discapacidad registradas en el Municipio de Manizales para el año 2014, puede evidenciarse el 30% de ellas se encuentran incapacitados permanentes para trabajar sin pensión y solo el 1% son personas pensionadas o jubiladas, además

el 15% refieren que se encuentran trabajando. La información de la ciudad coincide con el nivel nacional, donde también se evidencia que la mayoría de las personas con discapacidad no realizan ninguna actividad laboral.

Las 627 personas con discapacidad equivalentes al 15% de las personas registradas que refieren estar trabajando se encuentran vinculadas laboralmente y de acuerdo a la clasificación implementada por el RLCPCD, podemos observar que el 37% lo hacen por cuenta propia o independientes.

#### **Tipo de trabajo con que cuentan las personas con discapacidad. Manizales 2014**

<b>TIPO DE TRABAJO</b>	<b>No.</b>	<b>PORCENTAJE</b>
EMPLEADO DEL GOBIERNO	50	7,6
EMPLEADO PARTICULAR	186	30,0
JORNALERO O PEON	48	7,4
PATRÓN O EMPLEADOR	10	2,0
TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA	231	37,0
EMPLEADO DOMESTICO	98	15,0
TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACION	4	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>627</b>	<b>100,0</b>

#### **ESTRATEGIA DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD, R.B.C.**

El proyecto de “Rehabilitación Basada en la Comunidad, R.B.C.” se ha desarrollado en el Municipio de Manizales desde el año 1994, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud Pública de la Alcaldía de Manizales, con un excelente cobertura e impacto social, a través del direccionamiento del Programa de Atención Integral a la Discapacidad. (P.A.I.D.)

Dentro del contexto de la R.B.C. como estrategia que busca la inclusión social, la equiparación de oportunidades y la participación activa de la comunidad en los procesos de rehabilitación, en el ámbito local el objetivo de la implementación de la RBC es contribuir a la inclusión familiar, social y ocupacional de personas con discapacidad, aportando así al mejoramiento de su calidad de vida.

Durante estos años la experiencia ha permitido definir la R.B.C. como una estrategia que facilita fomentar los procesos de rehabilitación integral con la participación de organizaciones comunitarias, para apoyar las personas con discapacidad en el municipio, aportando al mejoramiento de la calidad de vida, a la inclusión socio familiar y la generación de aprendizajes diversos.

Para el desarrollo operativo de las acciones:

- Se identifican los sectores a intervenir.
- Se identifican las personas con discapacidad de los sectores objeto de trabajo.
- Se realizan intervenciones individuales y familiares de forma periódica y dentro del ámbito familiar.
- Se realizan acciones de movilización de líderes y organizaciones comunitarias.

El proceso, que va acompañado de acciones de planeación, sensibilización, elaboración y distribución de material educativo y evaluación de desarrolla a través de un operador, encargado de disponer del talento humano idóneo requerido para el desarrollo de las acciones.

#### **ACCIONES DE LA ADMINISTRACION MUNICIPAL.**

- Implementación y actualización del RLPCD.
- Programa de prevención de otoemisiones acústicas para la evaluación y detección de alteraciones óticas y auditivas.
- Acciones de Rehabilitación Integral: atención terapéutica institucional y atención grupal para ocupación del tiempo libre
- Talleres a Cuidadores de personas con discapacidad.
- Jornadas de sensibilización y prevención de la discapacidad.
- Campaña de sensibilización para la inclusión socio laboral de personas con discapacidad.
- Elaboración y distribución de la Revista Sin Barreras.
- Acompañamiento al programa Zonas Azules.
- Acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, sensibilización y formación en temas relacionados con la discapacidad dirigida a cuidadores - familias de las personas con discapacidad y comunidad en general.
- Coordinación de la red de inclusión integral de personas con discapacidad de Manizales.
- Conmemoración de la Semana de la Discapacidad.

# **CAPITULO 11**

# **ENFERMEDADES CRONICAS**

Dentro del plan decenal de salud pública 2012-2021, las enfermedades crónicas se enmarcan en la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, la cual pretende fomentar el bienestar y disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de la vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.

A través de los lineamientos de esta dimensión, se desarrollan acciones de promoción, y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) las cuales son de larga duración y evolución generalmente lenta. Estas enfermedades van en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación. Hacen referencia entre otras, a las enfermedades cardiocerebrovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades respiratorias de vías inferiores, enfermedad renal crónica, y alteraciones que afectan la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa.

#### CAUSAS DE MORTALIDAD, TODAS LAS EDADES. MANIZALES. 2013

ORDEN	CAUSAS	CASOS	TASA (100000 Hab.)	%
1	Enfermedades isquémicas del corazón	399	101,5	17,5
2	Enfermedades cerebrovasculares	141	35,9	6,2
4	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	126	32,0	5,5
7	Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	75	19,1	3,3
10	Enfermedades hipertensivas	61	15,5	2,7
11	Enf. pulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enf. del corazón	60	15,3	2,6
12	Tumor maligno del estómago	58	14,8	2,5
13	Diabetes Mellitus	56	14,2	2,5
15	Tumor maligno del tejido linfático de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	47	12,0	2,1
16	Carcinoma - In - Situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	44	11,2	1,9
18	Tumor maligno hígado y vías biliares	41	10,4	1,8
19	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excluyendo estómago y colon	39	9,9	1,7
22	Tumor maligno del colon	32	8,1	1,4
23	Tumor maligno de la mama	31	**15,05	1,4
26	Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	29	7,4	1,3
27	Tumor maligno de la próstata	29	***15,49	1,3
29	Tumor maligno del útero	22	**10,68	1,0
33	Insuficiencia cardíaca	17	4,3	0,7
35	Tumor maligno del páncreas	16	4,1	0,7
37	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	13	3,3	0,6
39	Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	11	2,8	0,5
43	Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	6	1,5	0,3
<b>TOTAL CAUSAS</b>		<b>2283</b>	<b>580,7</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Certificado Individual de Defunción. Cálculos Unidad de Planeación y Epidemiología - Área de Estadística, Secretaría de Salud Pública.  
 Los datos son preliminares. Población 2013: 393167. \* Nacimientos: 3810. \*\* Total Mujeres: 205952. \*\*\*Total Hombres: 187215

Dentro de las 10 primeras causas de mortalidad en la ciudad de Manizales, las enfermedades isquémicas del corazón se ubican como principal motivo de defunción, generando el 19.5% de las muertes en éste grupo priorizado de patologías y en segundo lugar se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con el 6.5% del total, estando por encima de condiciones prevalentes como las agresiones y homicidios.

La diabetes mellitus y la hipertensión hacen parte de las 10 primeras causas de muerte; esto equivale al 40% de las muertes evidenciando la necesidad de desarrollar estrategias de intervención para ésta población.

MANIZALES. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, EN TODAS LAS EDADES. 2013

ORDEN	CAUSAS	CASOS	TASA (100000 Hab.)	%
1	Enfermedades isquémicas del corazón	399	101,5	17,5
2	Enfermedades cerebrovasculares	141	35,9	6,2
4	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	126	32,0	5,5
7	Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	75	19,1	3,3
10	Enfermedades hipertensivas	61	15,5	2,7
11	Enf. pulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enf. del corazón	60	15,3	2,6
12	Tumor maligno del estómago	58	14,8	2,5
13	Diabetes Mellitus	56	14,2	2,5
15	Tumor maligno del tejido linfático de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	47	12,0	2,1
16	Carcinoma - In - Situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	44	11,2	1,9
18	Tumor maligno hígado y vías biliares	41	10,4	1,8
19	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excluyendo estómago y colon	39	9,9	1,7
22	Tumor maligno del colon	32	8,1	1,4
23	Tumor maligno de la mama	31	**15,05	1,4
26	Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	29	7,4	1,3
27	Tumor maligno de la próstata	29	***15,49	1,3
29	Tumor maligno del útero	22	**10,68	1,0
33	Insuficiencia cardíaca	17	4,3	0,7
35	Tumor maligno del páncreas	16	4,1	0,7
37	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	13	3,3	0,6
39	Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	11	2,8	0,5
43	Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	6	1,5	0,3
<b>TOTAL CAUSAS</b>		<b>2283</b>	<b>580,7</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Certificado Individual de Defunción. Cálculos Unidad de Planeación y Epidemiología - Área de Estadística, Secretaría de Salud Pública.  
 Los datos son preliminares. Población 2013: 393167. \* Nacimientos: 3810. \*\* Total Mujeres: 205952. \*\*\*Total Hombres: 187215

Según los estudios Interstroke e Interheart, el principal factor de riesgo en Colombia, asociado a la presentación de infarto agudo de miocardio y ataque cerebrovascular isquémico es la obesidad seguida por la dislipidemia, el tabaquismo y la hipertensión arterial; la prevalencia de hipertensión arterial en Colombia se sitúa entre 20% y 25% y de diabetes mellitus tipo 2, entre el 5,1 y 8%.

La prevalencia de **Hipertensión Arterial** en Colombia se ubica entre el 20 y el 25%. La Hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de muerte a nivel mundial, pues el 12% del total de

muertes, son atribuibles a ésta entidad. Constituye el principal factor de riesgo de muerte debido a que se le atribuyen el 51% de las enfermedades cerebrovasculares y el 45% de las enfermedades isquémicas del miocardio

Las enfermedades hipertensivas fueron en conjunto la novena causa de muerte en Colombia en el 2009 y la octava en el 2010. Según el seguimiento realizado en estudios del DANE, las más altas tasas de mortalidad por hipertensión se presentan en Boyacá, Tolima, Quindío, Caldas y Santander, con tasas por encima de 19 muertes por 100.000 habitantes.

Los estudios han demostrado deficiencias en los controles que se realizan a éstos pacientes, pues sólo el 71.5% de los pacientes hipertensos son controlados adicionalmente con niveles de lípidos séricos y sólo al 2,6% de los mismos se les recomienda actividad física como parte importante de sus hábitos y tan sólo el 9% permanecen o logran niveles de presión arterial normales con el tratamiento y los controles.

La Encuesta Nacional de Salud del 2007 encontró que el 7.94% de los Hipertensos se encontraban diagnosticados y controlados; el 19.4% se encontraban diagnosticados y no controlados; el 63.5% sin diagnosticar y el 9.1% se encontraban diagnosticados y sin tratamiento.

#### Mortalidad por enfermedades hipertensivas, Tasa por 100.000 Habitantes.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>CALDAS</b>	19.29	15.77	19.11	15.1	21.8	
<b>NACIONAL</b>	12.9	12.59	13.97	14.46	15.1	14.45

Como puede observarse, la tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas en el Departamento de Caldas mantiene un nivel mayor al promedio nacional.

La prevalencia estimada de **Diabetes** en adultos oscila entre el 5,1 y 8%, de acuerdo con diversos estudios.

La Diabetes Mellitus es responsable de 3 millones de muertes al año en todo el mundo, afectando en una mayor proporción a la población entre 35 a 64 años de edad, siendo mayor su prevalencia en mujeres que en hombres. Es la responsable del 6% de las muertes a nivel mundial, sobre todo en los países de ingresos medios y bajos donde ocurren el 83% de dichas muertes.

De acuerdo con el Observatorio Regional de Salud de las Américas, la diabetes fue la tercera causa de muerte en la región durante el 2008; en este informe Colombia reportó una tasa de 20.7 muertes por 100.000 habitantes por ésta causa.

A nivel departamental, Caldas, en compañía de otros departamentos como Meta, Risaralda, Norte de Santander, Quindío, Santander, San Andrés y Valle del Cauca, presentan tasas superiores a las 20 muertes por 100.000 habitantes.

Los datos mencionan deficiencias en la efectividad de los servicios prestados debido a que tan sólo el 9.82% de los diabéticos entre 18 y 29 años de edad están controlados y sólo el 30% en el grupo etario de 50 a 69 años de edad. Adicionalmente factores de riesgo para diabetes y enfermedad cardiovascular tales como la obesidad y el sobrepeso, se encuentran presentes en el 51.1% de la población colombiana y la inactividad física en 2 de cada 3 colombianos.

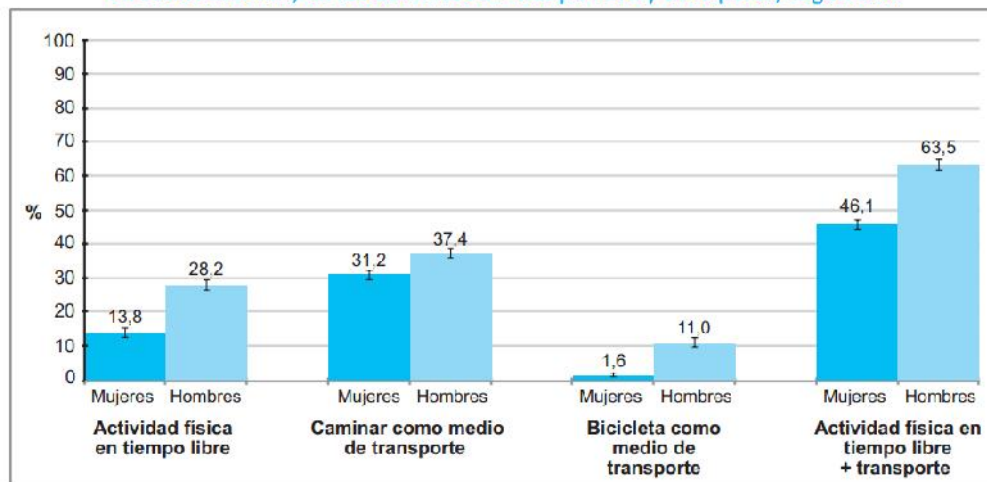
<b>Mortalidad por Diabetes, Tasa por 100.000 Habitantes</b>						
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
CALDAS	24.1	20.18	20.14	18.7	15.8	
NACIONAL	16.5	14.4	15.07	14.62	13.73	14.62

En Manizales, en el período 2007 a 2011 la tasa de mortalidad se encontró entre el 18.7 y 23 por 100.000 habitantes, ocupando el séptimo lugar entre las causas de mortalidad (Análisis de la situación de salud Manizales 2011).

La OMS determinó que la inactividad física es el cuarto factor de mortalidad a nivel mundial. El 6% de las muertes a nivel mundial son atribuibles a la inactividad física. Se estima que la inactividad física causa alrededor del 21-25% de los casos de cáncer de colon, 27% de los casos de diabetes mellitus tipo II y 30% de los casos de enfermedad coronaria. Por esta razón en el Municipio de Manizales, se está desarrollando un programa intersectorial e interinstitucional denominado **Grupo de Vida Saludable- GVS** que tiene como objetivo Desarrollar, fomentar y promover la adopción de estilos de vida saludables a través de la actividad física, la recreación, la protección, adecuación y recuperación del medio ambiente, la utilización sana del tiempo libre y el autocuidado, como elementos fundamentales para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad con el fin de prevenir enfermedades crónicas no transmisibles asociadas al riesgo cardiovascular.



Gráfica 1. Prevalencias de cumplir recomendaciones de actividad física ( $\geq 150$  minutos a la semana) de la población de adultos de 18 a 64 años en zonas urbanas, en los dominios de tiempo libre y transporte, según sexo



Fuente: ESIN 2010

## CARACTERIZACIÓN DE CÁNCER FEMENINO MUNICIPIO DE MANIZALES, 2012-2015

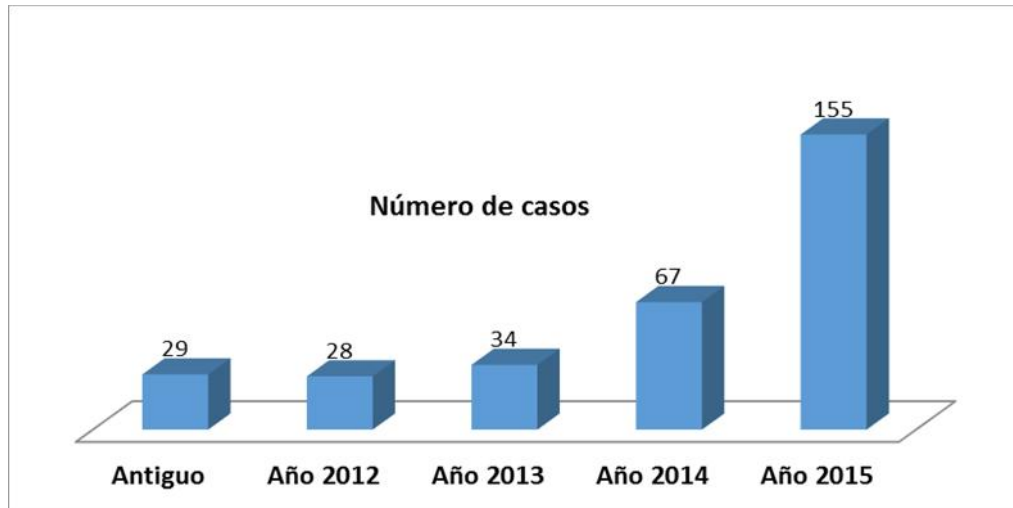
### CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es un crecimiento anormal e incontrolable de las células mamarias usualmente como resultado de mutaciones en genes que controlan la proliferación y muerte celular. En la mayoría de los casos, estas mutaciones ocurren debido a eventos aún no plenamente entendidos con efectos acumulativos durante el tiempo de vida de la persona. El tumor resultante tiene la característica de invadir localmente los tejidos sanos vecinos así como enviar células tumorales a órganos a distancia, con una destrucción progresiva de los mismos (1).

Según estimaciones locales, durante el periodo 2002-2006, Colombia tuvo una tasa cruda de incidencia anual de 32.6 por 100.000 habitantes y una tasa cruda corregida de mortalidad anual de 9.5 por 100.000 muertes (2). Según datos reportados por la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC por su sigla en inglés) (3) la incidencia anual estandarizada por edad es de 31.2 por 100.000 mujeres y la mortalidad de 10 por 100.000 muertes de mujeres.

Actualmente, es el cáncer de mayor incidencia del sexo femenino con una mortalidad similar a la del cáncer de cérvix. La disminución en las tasas de mortalidad en países desarrollados se explica por la introducción de los programas organizados de tamización y por importantes avances en el tratamiento de quimioterapia citotóxica y hormonoterapia. Este fenómeno no se ve reflejado de la misma forma en países en desarrollo con recursos limitados, en donde se ha incrementado la mortalidad. Probablemente debido a la falta de programas de alto cubrimiento para la detección temprana.

### Casos de cáncer de mama, reportados en tratamiento y seguimiento, Preliminar. Manizales 2012-2015



Fuente: Base de datos Línea de Cáncer. SSPM Año 2015

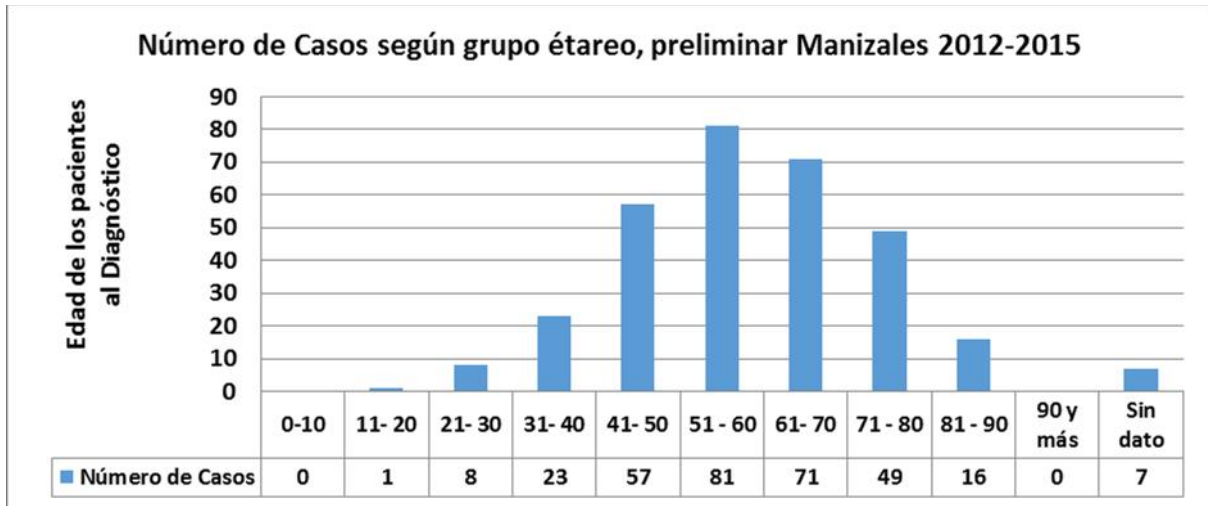
La gráfica muestra un aumento de casos para el año 2015, dado a la continua búsqueda de pacientes mujeres y hombres con cáncer de mama, histológicamente confirmados, registrados y reportados por cada una de las EAPB durante la asistencia técnica (Asesoría, capacitación y seguimiento) al igual que la búsqueda realizada en los servicios, instituciones públicas, privadas y con profesionales de PyP que se adhieren al Modelo de gestión de la línea de cáncer de la Secretaría de salud pública de Manizales.

### Casos de cáncer de mama por género, Preliminar. Manizales 2012-2015

Genero	Numero	%
Femenino	311	99,0
Masculino	3	1,0
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100,0</b>

En Manizales, las mujeres son más propensas de tener cáncer de mama en comparación con los hombres. El cáncer de mama en hombres es alrededor de 1% (3 Casos) del total de incidencia preliminar para el periodo 2012-2015. En este base de datos la frecuencia masculina corresponde a 0.98% y 99.9% en las mujeres.

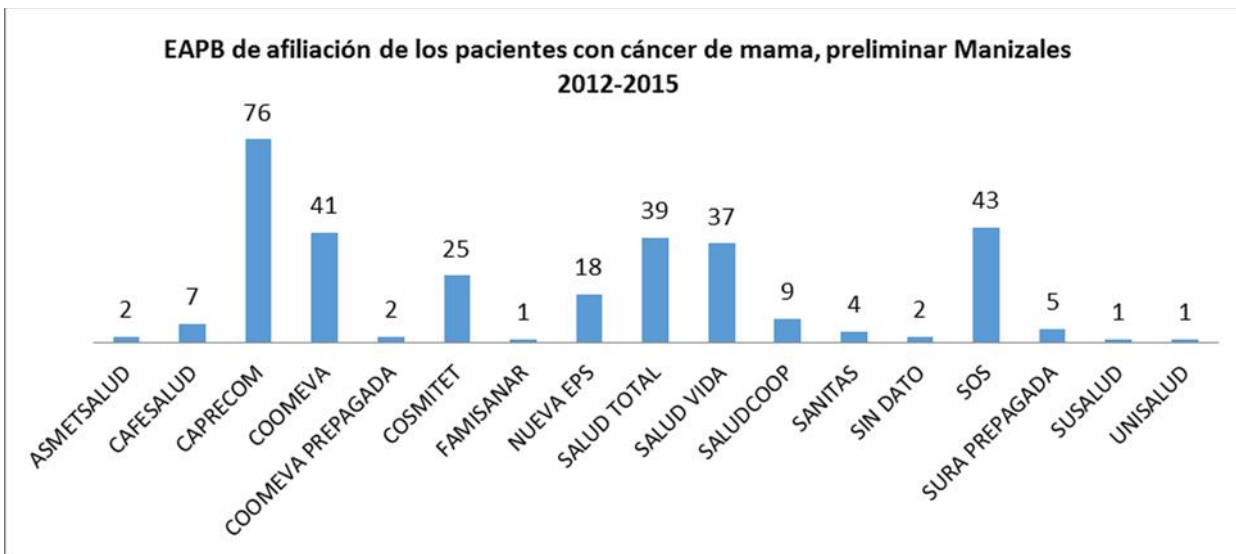
**Casos de cáncer de mama, reportados en tratamiento y seguimiento por grupo etario, Preliminar. Manizales 2012-2015**



Fuente: Base de datos Línea de Cáncer. SSPM Año 2015

En Manizales, para el año 2015, ocupa el primer lugar los diagnósticos realizados entre los 51 años y los 60 años de edad, por lo cual se debe aumentar el número de coberturas de toma de mamografía después de los 50 años, en segundo lugar en frecuencia están los pacientes con edades entre los 61 y 71 años; las edades de mayor riesgo están comprendidas entre los 40 a 80 años, representando el 82.4% de los casos. Durante la asistencia técnica realizada a las diferentes EAPB de ambos regímenes, se dan pautas clave para desarrollar en las instituciones tales como autoexamen de mama después de los 20 años, una vez al mes, 10 días después del ciclo menstrual, con ciclo irregular o sin ciclos menstruales, examen detallado de la mama después de los 40 años como parte del control médico anual y mamografía cada dos años después de los 50 años.

**Casos de cáncer de mama, por EAPB reportados en tratamiento y seguimiento, Preliminar. Manizales 2012-2015**



Fuente: Base de datos Línea de Cáncer. SSPM Año 2015

Para Manizales, el mayor número de casos reportados con lesiones malignas y pre malignas del seno están afiliados al régimen contributivo con un 57%, y el subsidiado con un 43%. Se tiene la red de prestadores actualizada y es la IPS Oncólogos de Occidente quien trata a los pacientes alto costo de las EAPB de la ciudad.

**DEFUNCIONES POR CANCER DE MAMA EN MANIZALES. 2012 - 2014**

Grupos de edad	2012	2013	2014
30 a 39 años	0	3	3
40 a 49 años	3	4	0
50 a 59 años	8	6	8
60 a 69 años	8	7	8
70 y mas	15	12	7
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>26</b>

Fuente: Certificado Individual de defunción. Secretaria de Salud Pública de Manizales

### DEFUNCIONES POR CANCER DE MAMA EN MANIZALES. 2012 - 2014

Comuna	2012	2013	2014	2015
Atardeceres	6	6	1	4
San José	2	4	0	0
Cumanday	3	3	1	3
La Estación	1	4	1	2
Ciudadela del Norte	5	1	6	6
Ecoturístico Cerro de Oro	0	1	1	2
Tesorito	1	2	1	1
Palogrande	3	5	4	1
Universitaria	2	1	2	0
La fuente	7	2	5	3
La Macarena	4	2	3	2
Rural	0	0	1	0
Corregimiento Corredor Agro turístico El Tablazo	0	0	0	2
Corregimiento Remanso	0	0	1	1
Sin dato	0	1	0	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>26</b>	<b>27</b>

En Manizales las comunas que presentan mayor mortalidad para cáncer de mama son la comuna Ciudadela del norte, con 16 barrios, y la comuna la Fuente con 14 barrios inscritos, se debe evaluar más a fondo la problemática en la zona y poder intervenir desde salud estos indicadores a futuro.

### DEFUNCIONES POR CANCER DE MAMA EN MANIZALES. 2012 - 2014

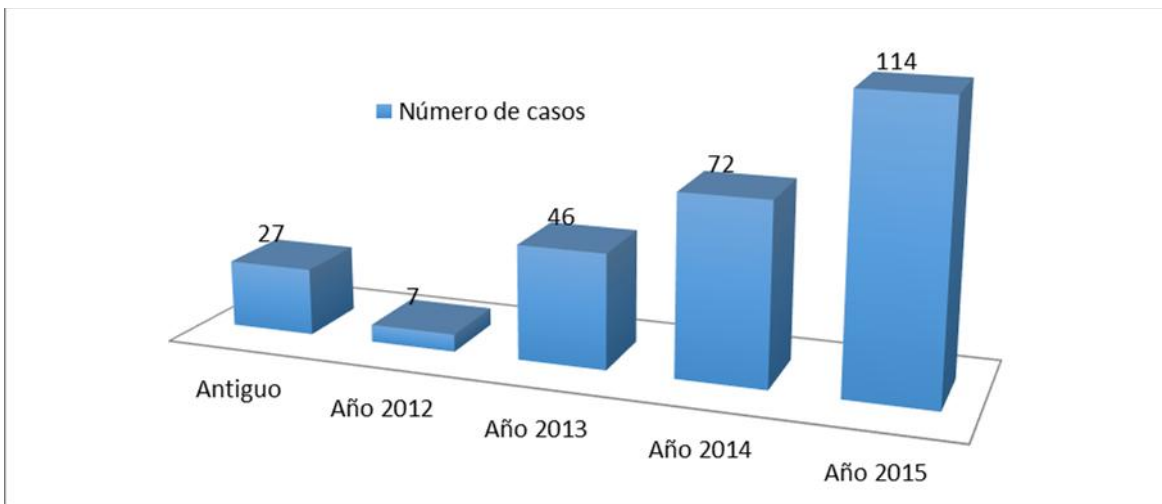
Régimen	2012	2013	2014
Contributivo	23	23	19
Subsidiado	9	7	5
Excepción	2	2	1
No asegurado	0	0	1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>26</b>

## CÁNCER DE CERVIX

En Colombia, el cáncer de cuello uterino es de alta incidencia y mortalidad. Este es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad. Este cáncer está fuertemente asociado con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales tanto en las mujeres como en sus parejas.

La efectividad de los exámenes citológicos practicados a intervalos regulares para detectar precozmente el cáncer cervical, ha sido demostrada mediante estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo. La detección precoz por citología reduce efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino infiltrante en las poblaciones que son sometidas a tamizaje sistemático.

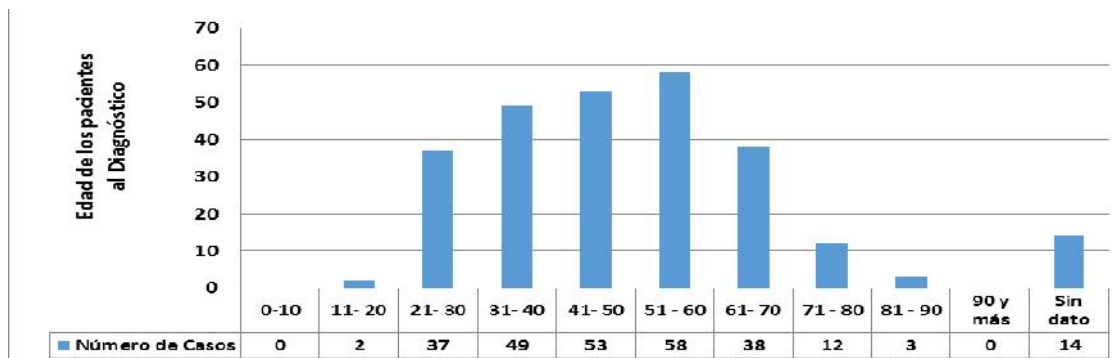
### Número de casos de cáncer de cérvix, reportados en tratamiento y seguimiento, Preliminar. Manizales 2012-2015



Fuente: Base de datos Línea de Cáncer. SSPM Año 2015

La gráfica muestra un aumento de casos para el año 2015, dado a la continua búsqueda de pacientes mujeres con cáncer de cérvix, histológicamente confirmados con lesiones pre neoplásicas y neoplásicas, registrados y reportados por cada una de las EAPB durante la asistencia técnica (Asesoría, capacitación y seguimiento) al igual que la búsqueda realizada en los servicios, instituciones públicas, privadas y con profesionales de PyP que se adhieren al Modelo de gestión de la línea de cáncer de la Secretaría de salud pública de Manizales.

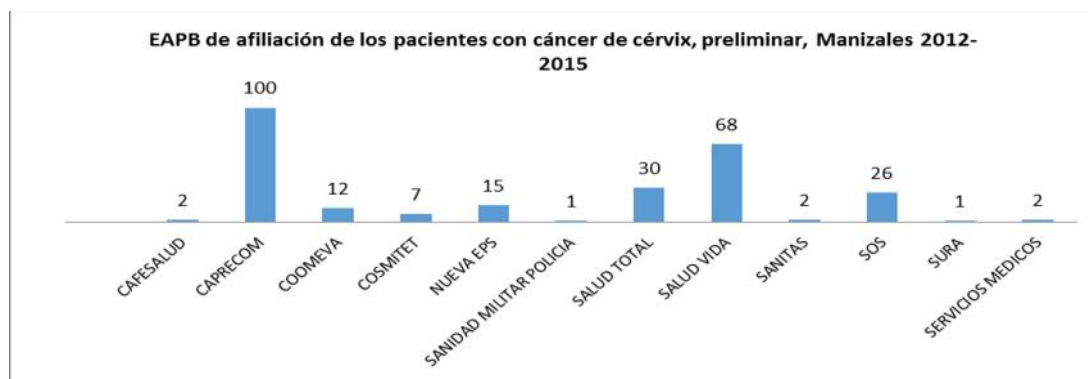
### Casos de cáncer de cervix, reportados en tratamiento y seguimiento por grupo etario, Preliminar. Manizales 2012-2015



Fuente: Base de datos Línea de Cáncer. SSPM Año 2015

En Manizales, para el año 2015, ocupa el primer lugar los diagnósticos realizados entre los 51 años y los 60 años de edad, sin embargo se tiene un dato muy interesante y es el número de casos diagnosticados entre 21 y 30 años, lo cual indica que se debe aumentar la cobertura de toma de citología cervico uterina en la población de menos de 25 años con vida sexual activa, según la normatividad vigente, en tercer lugar en frecuencia están las pacientes con edades entre los 41 y 51 años; las edades de mayor riesgo están comprendidas entre los 21 a 70 años, representando el 88,34% de los casos. Durante la asistencia técnica realizada a las diferentes EAPB de ambos regímenes, se dan pautas clave para desarrollar en las instituciones tales como captación temprana a los programas de demanda inducida para la toma de citología, y el cruce con variables como nacidos vivos, mujeres que deben estar en seguimiento según la norma, igual se hace mayor énfasis en la captación de mujeres hasta los 69 años, dada la incidencia que se tiene de lesiones pre y neoplásicas en mujeres de 70 a 80 años.

### Casos de cáncer de cérvix, por EAPB reportados en tratamiento y seguimiento, Preliminar. Manizales 2012-2015



Para Manizales, el mayor número de casos reportados con lesiones pre neoplásicas y neoplásicas del cérvix, están afiliadas al subsidiado con un 63% y un 34% al régimen contributivo. Se tiene la red de prestadores actualizada y es la IPS Oncólogos de Occidente quien trata a los pacientes alto costo de las EAPB de la ciudad.

#### DEFUNCIONES POR CANCER DE CERVIX EN MANIZALES. 2012 - 2014

Grupos de edad	2012	2013	2014
30 a 39 años	2	1	0
40 a 49 años	2	2	2
50 a 59 años	10	6	3
60 a 69 años	6	0	2
70 y mas	4	8	4
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>11</b>

Fuente: Estadísticas Vitales Secretaria de salud pública de Manizales, 2015

#### DEFUNCIONES POR CANCER DE MAMA EN MANIZALES. 2012 - 2015

Comuna	2012	2013	2014	2015
Atardeceres	2	2	2	0
San José	1	3	0	1
Cumanday	4	0	0	2
La Estación	1	1	1	2
Ciudadela del Norte	3	4	4	8
Ecoturístico Cerro de Oro	3	0	0	0
Tesorito	2	0	1	2
Palogrande	1	0	0	1
Universitaria	2	1	0	1
La fuente	4	2	3	1
La Macarena	1	3	0	0
Rural	0	1	0	0
Sin dato	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>18</b>

En Manizales las comunas que presentan mayor mortalidad la comuna Ciudadela del Norte con 16 barrios inscritos y la comuna la Fuente, con 14 barrios inscritos.



## DEFUNCIONES POR CANCER DE MAMA EN MANIZALES. 2012 - 2015

Régimen	2012	2013	2014
Contributivo	16	8	9
Subsidiado	6	8	2
Excepción	2	0	0
No asegurado	0	1	0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>11</b>

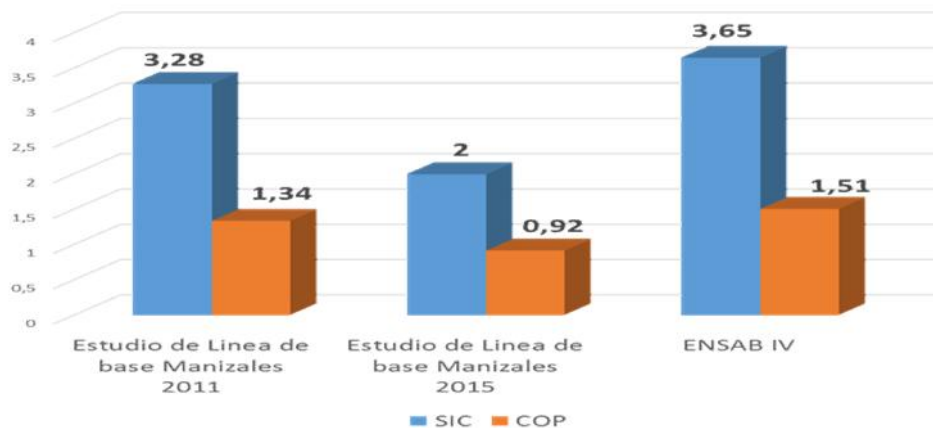
### SALUD ORAL

El Municipio de Manizales ha realizado para evaluar los logros de su Política Pública en Salud Oral al final de la actual administración, la medición a sus indicadores de Salud Oral, destacando el análisis del estado de salud oral mediante el uso de la edad de comparación internacional para la OMS (12 años)

Los datos para la edad centinela se presentan con los índices COP y SIC, el Índice COP corresponde al promedio poblacional de dientes con Caries avanzada, Obturados y Perdidos por Caries y el SIC: Índice de Significancia de Caries, resulta de ordenar de mayor a menor el índice COP individual, tomar solamente el tercil con mayor severidad y sacar el promedio de dientes cariados.

En la siguiente gráfica, los datos reportados por la investigación poblacional de Octubre de 2015, son comparados con los datos de ciudad de Octubre de 2011 y con los reportes del Estudio Nacional de Salud Bucal 2014 - 2015.

**Gráfica. Índice COP-D y SIC en la edad de 12 años Manizales 2011-2015 y ENSAB IV**



Fuente: Levantamiento de los indicadores de salud oral en las edades centinelas para el municipio de Manizales 2015

## **SALUD VISUAL Y AUDITIVA**

Desde la Línea de Salud Visual y Auditiva, se inicia la identificación, vigilancia, priorización e intervención de los factores de riesgo de la salud visual y auditiva en el municipio de Manizales, con el propósito de promocionar hábitos saludables, prevenir los riesgos y superar o disminuir los daños en estos órganos de vital importancia, todo esto se pretende lograr a través de los procesos de capacitación, sensibilización, educación y movilización social para la integración de todos los actores relacionados con la temática.

En el análisis de la problemática se encontró que en el municipio de Manizales están en primer lugar las alteraciones visuales tales como las Cataratas, Glaucoma y Miopía.

Además encontramos otras estadísticas de vital importancia para el direccionamiento de los procesos así:

### **Número de casos de pacientes con alteraciones visuales, Preliminar. Manizales 2012-2015**

<b>Genero</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Femenino</b>	60	56.0
<b>Masculino</b>	47	44.0
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>

**Fuente: SISPRO**

En la tabla, se observa que el sexo femenino es quien presenta mayor alteración en la salud visual con un 56% del total de casos, en relación al sexo masculino quien presenta un 44%. Estas patologías se presentan en edades desde 14 años y máxima de 84 años.

En salud visual se tiene la alteración visual conocida como Glaucoma con 38 casos femeninos y 70 masculinos y una edad mínima de 16 años y máxima de 102 años y a nivel de Miopía con 22 casos femeninos y 33 masculinos, una edad mínima de 2 años y máxima de 80 años.

### Consultas de primera vez por enfermedades visuales y auditivas. Manizales 2014

Diagnóstico	Sexo		Edad	
	Femenino	Masculino	Edad mínima	Edad máxima
Diptopia	0	0	0	0
Ambliopatía	2	3	5	67
Miopía	22	33	2	80
Hipermetropía	11	11	1	57
Astigmatismo	30	30	1	65
Desprendimiento de retina	8	1	18	76
Glaucoma	38	70	16	102
Cataratas	60	47	14	84
Estrabismo	12	18	1	73
Hipoacusia conductiva	22	21	4	70
Hipoacusia neurosensorial	157	173	1	90
Otitis externa	213	256	1	95
Otitis media supurativa	112	160	1	82
Otitis media aguda	132	105	1	79
Otitis media crónica	14	6	3	83
Otosclerosis	1	12	19	64

FUENTE: RIPS

Se evidencia en el municipio de Manizales que las personas presentan alteraciones auditivas y como principal patología se tiene la Otitis externa con 213 casos femeninos y 256 masculinos, con una edad mínima de 1 año y máxima de 95 años; Hipoacusia Neurosensorial, con 157 casos femeninos y 173 masculinos con una edad mínima de 1 año y máxima de 90 años; Otitis media supurativa con 112 casos femeninos y 160 masculinos con una edad mínima de 1 año y máxima de 82 años.

Es por este motivo que se deben fortalecer las acciones de estilos de vida saludables y autocuidado con el fin de disminuir la incidencia de estos casos a nivel de la Salud visual, auditiva y comunicativa.

# **CAPITULO 12**

# **SALUD MENTAL**

## **ESTILOS PARENTALES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE 8º, 9º Y 10º DEL MUNICIPIO DE MANIZALES - 2013**

### **Introducción**

El estudio realizado por la Secretaría de Salud Pública del Manizales en los estudiantes escolarizados de los grados 8º, 9º y 10º de las zonas urbana y rural del Municipio de Manizales, del sector público y privado, de la jornada diurna, con edades comprendidas entre los 10 y 18 años, buscó establecer la relación entre los estilos parentales y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en estudiantes de 8º a 10º de Manizales.

Es un estudio descriptivo, transversal, que utilizó como instrumentos la escala de estilos de socialización parental de adolescentes (ESPA29) y un instrumento basado en el del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de la Organización de Estados Americanos.

El instrumento que sirvió de base para el tema del consumo de sustancias psicoactivas, fue aplicado en el año 2011 en el Estudio Nacional de Consumo de SPA en Población Escolar, estudio que fue realizado por el Gobierno Nacional de la República de Colombia, a través del Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia), el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia.

La información se recolectó por medio de equipos de computó a través de un aplicativo construido para este propósito, a fin de encuestar al 100% de los estudiantes de los grados mencionados de Manizales. Se obtuvo finalmente 13.029 encuestas que pertenecen a estudiantes de 79 instituciones educativas del municipio.

El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete SPSS v17 y se hizo la interpretación de datos a la luz del marco teórico, utilizando medidas estadísticas como el Chi cuadrado, el riesgo relativo, riesgo atribuible al factor y la regresión logística.

### **Resultados**

#### **Aspectos demográficos**

Los estadísticos descriptivos de la variable edad de las y los estudiantes encuestados, refieren una media de 14,97 años, con un valor mínimo de 10 años, un máximo de 18 años y una desviación típica de 1,24 años. A su vez encontró que el 77,3% de la población está entre los 14 y 16 años con 10068 estudiantes de 13029.

Población encuestada según sexo, zona de residencia, sector, tipo de colegio, jornada y grado

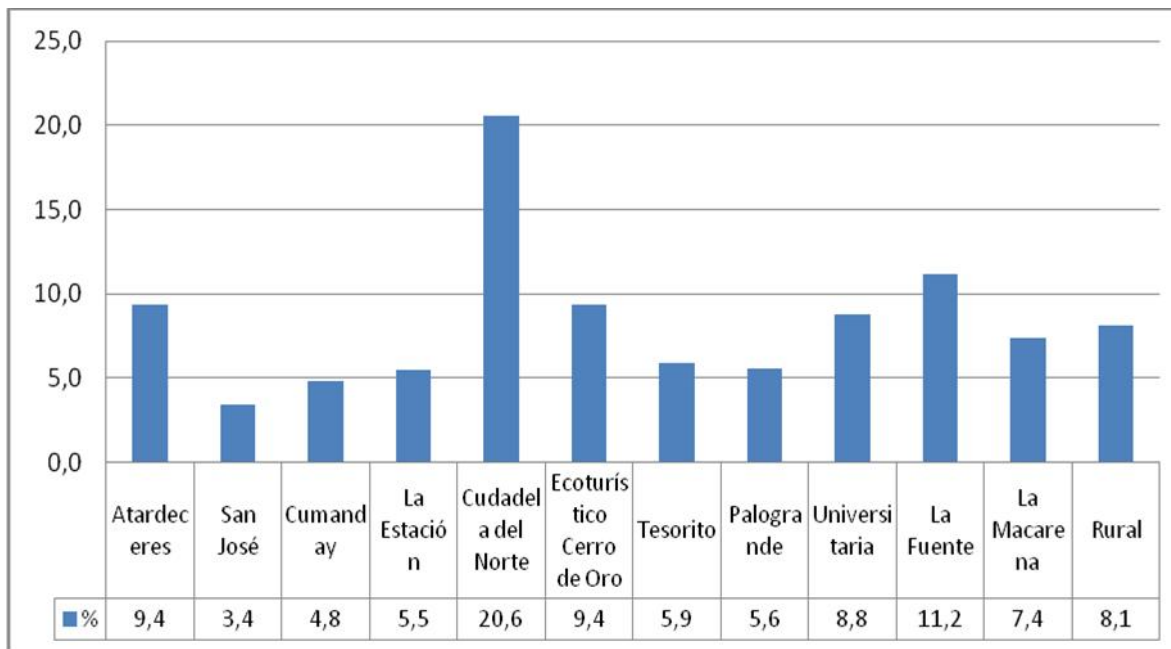
Variables		No. Estudiantes	%
Sexo	Femenino	6528	50,1
	Masculino	6501	49,9
Zona de residencia	Urbano	11973	91,9
	Rural	1056	8,1
Sector	Público	10247	78,6
	Privado	2782	21,4
Tipo de colegio	Masculino	1065	8,1
	Femenino	1545	11,9
	Mixto	10419	80,0
Jornada	Mañana	9940	76,3
	Tarde	1255	9,6
	Completa	1834	14,1
Grado	Octavo	4676	35,9
	Noveno	4117	31,6
	Décimo	4236	32,5

Se observa que la distribución de la población por sexo es muy similar en una relación 1:1, existiendo solo una diferencia de 27 mujeres sobre los hombres. En cuanto a la zona de residencia cerca de 1 de cada 10 estudiantes viven en zona rural y según el sector al que pertenece la institución educativa, las instituciones públicas poseen cerca de 8 estudiantes por cada 10 del total de la población.

En cuanto al tipo de institución educativa al que pertenecen las y los encuestados, la mayoría estudian en una institución compuesta por hombres y mujeres, con 4 de cada 5 estudiantes y el restante de la población estudia en un ámbito exclusivo de un solo sexo, siendo mayor las instituciones con población exclusiva femenina con 3,8 puntos porcentuales sobre la de los hombres.

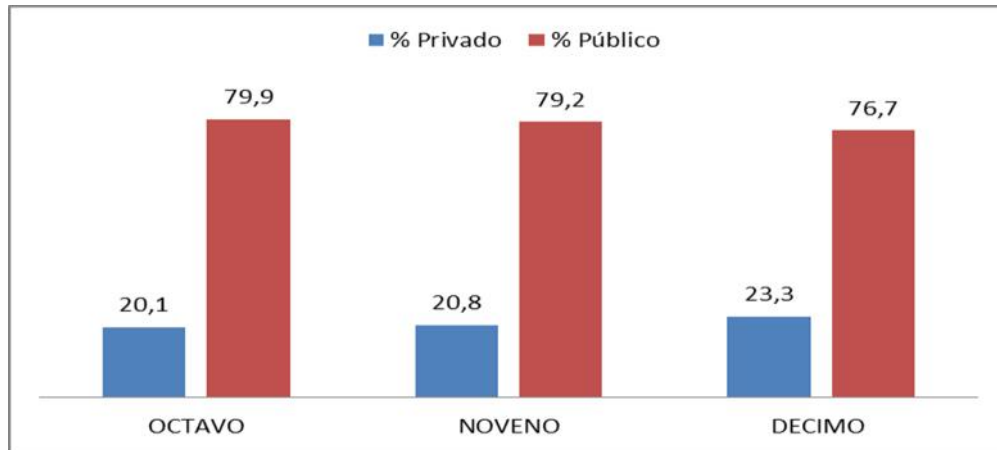
En cuanto a la jornada, la de la mañana es la más alta, siguiéndole la jornada completa, que representa instituciones privadas y por último la jornada de la tarde, que corresponde a población

del sector público. Por grado de escolaridad, la población del grado octavo es la que más estudiantes diligenciaron la encuesta, seguido de la del grado décimo.



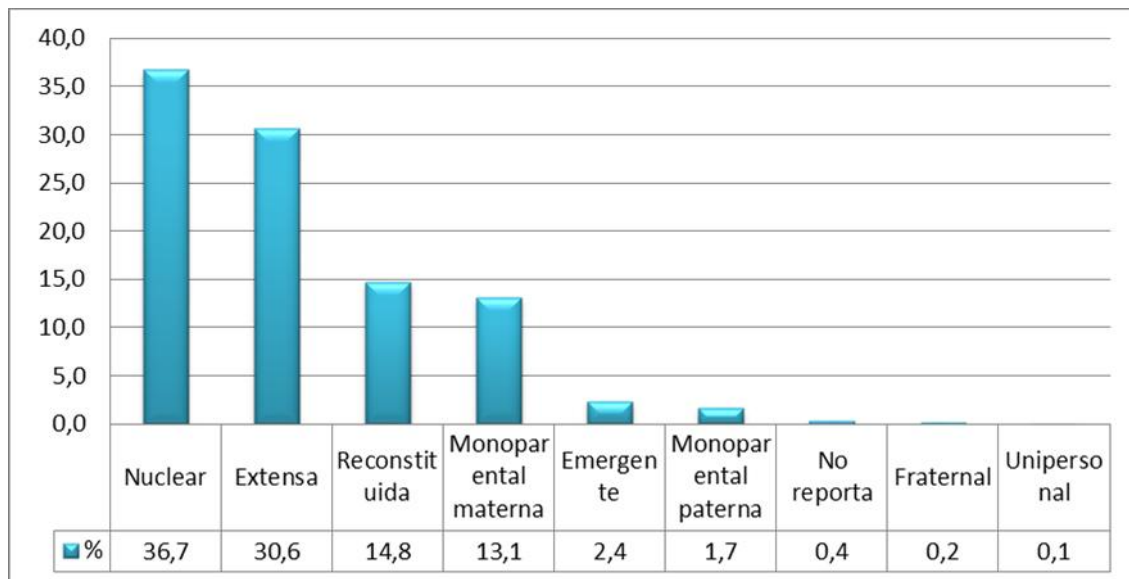
Distribución de las y los estudiantes por comuna o zona rural de residencia.

La población encuestada presenta un mayor número en la comuna Ciudadela del Norte, con 2678 estudiantes, lo que representa 1 de cada 5 encuestados, seguido de la comuna La Fuente con 1454 estudiantes, es decir, cerca de la mitad de la población de la Comuna ciudadela del Norte y posteriormente le siguen las comunas Atardeceres y Ecoturístico Cerro de Oro, con 1223 y 1222 estudiantes respectivamente, lo que significa que 2 de cada 10 estudiantes encuestados residen en alguna de estas 2 comunas. Estas 4 comunas representan en total el 50,5% de toda la población encuestada. Distribución que es consistente con la población general que representa estas comunas en la ciudad.



Distribución de las y los estudiantes según grado y naturaleza de la Institución Educativa.

La razón estudiante de institución educativa privada es de 1 por cada 4 del sector público; de todos los estudiantes que estudian en la jornada de la mañana, el 90% corresponde al sector público y en relación con los estudiantes de instituciones de naturaleza privada se encontró que el 65.9% estudia en jornada completa y el restante en la jornada de la mañana.



Estudiantes según tipología familiar.

Se encontró una tipología familiar donde prima la nuclear con 4784 familias, le sigue la tipología familiar extensa, que da cuenta de 3989 estudiantes que conviven con integrantes de diferentes generaciones, incluyendo familiares de la nuclear, arrojando que 3 de cada 10 viven en este tipo de familias. La tercera tipología, con cerca de la mitad de la población que la extensa, es la reconstituida y la cuarta es la monoparental materna con 13 casos de cada 100 encuestados.



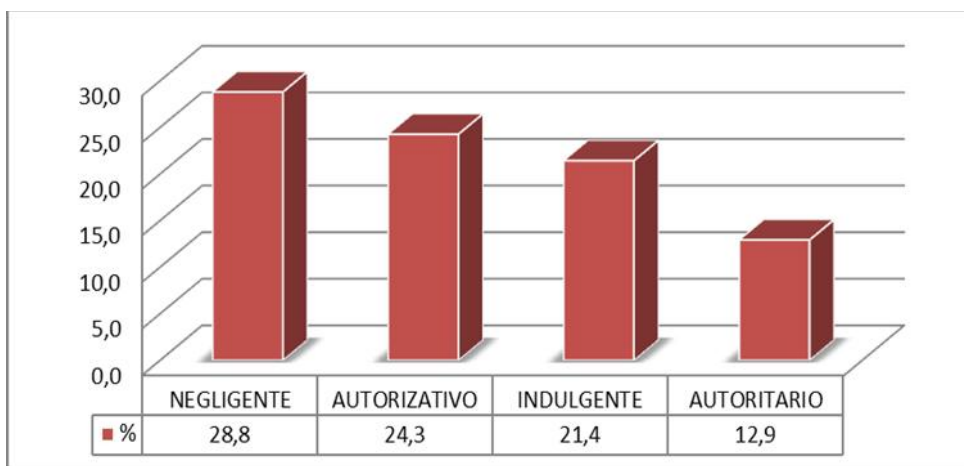
## Estilos parentales

Es importante especificar que la relación en torno a los estilos parentales, se realizó al final con un total de 12268 registros, debido a que para éste análisis se eliminaron los datos de las y los estudiantes que no evidenciaron un estilo parental dominante dentro de los cuatro que arroja el instrumento ESPA, en tanto la puntuación promedio de ambos padres (estilo familiar) obtenida por la población encuestada, se ubicó exactamente sobre las líneas del plano cartesiano, sin poder determinar así un estilo parental específico.

Estilos familiares

Variable	No. estudiantes	%
Autorizativo	4384	35,7
Indulgente	3554	29,0
Negligente	2697	22,0
Autoritario	1633	13,3
Total	12268	100,0

Según se observa en la Tabla, el estilo familiar predominante es el autorizativo, en segunda medida el indulgente, le prosigue el negligente y en última instancia el autoritario. Con una diferencia del primero con el último de 22,4%.



## Estilo parental del padre.

Según el instrumento ESPA29, el cual permitió identificar el estilo parental de los padres de las y los estudiantes encuestados, se encontró que en relación con la figura paterna, el estilo parental

más frecuente en los 13029 estudiantes, en 3 de cada 10 encuestados es el negligente, el cual se caracteriza por la no aplicación de la norma y suelen ser indiferentes frente al cuidado de los hijos. En 3162 casos se encontró un estilo parental paterno autorizativo, el cual se expresa a través del establecimiento de normas concertadas y estimulan el diálogo.

En un tercer lugar, se encuentra en 1 de cada 5 casos, los padres que ejercen la educación de sus hijos a través de un parámetro indulgente, manifestándose en comportamientos en donde no se aplica la sanción física ni verbal y se da autonomía por medio de la responsabilidad y en último lugar se encuentra el autoritario en el cual prima la sanción y se minimiza la importancia del afecto y la comunicación. En un 12,6% no se encontró un estilo parental dominante por parte del padre.



Estilo parental de la madre.

En relación con los resultados de los estilos parentales de la madre, se evidencia que el estilo autorizativo se presenta en 2 de cada 5 estudiantes encuestados, le sigue el estilo indulgente con 3471 casos, el estilo autoritario es el siguiente estilo parental predominante en las madres de las y los estudiantes con 1 caso de cada 10 y en último lugar con 1280 estudiantes, el estilo negligente. En un 10,7% de los y las encuestadas no se encontró un estilo parental dominante por parte de la madre.

#### Consumo de SPA

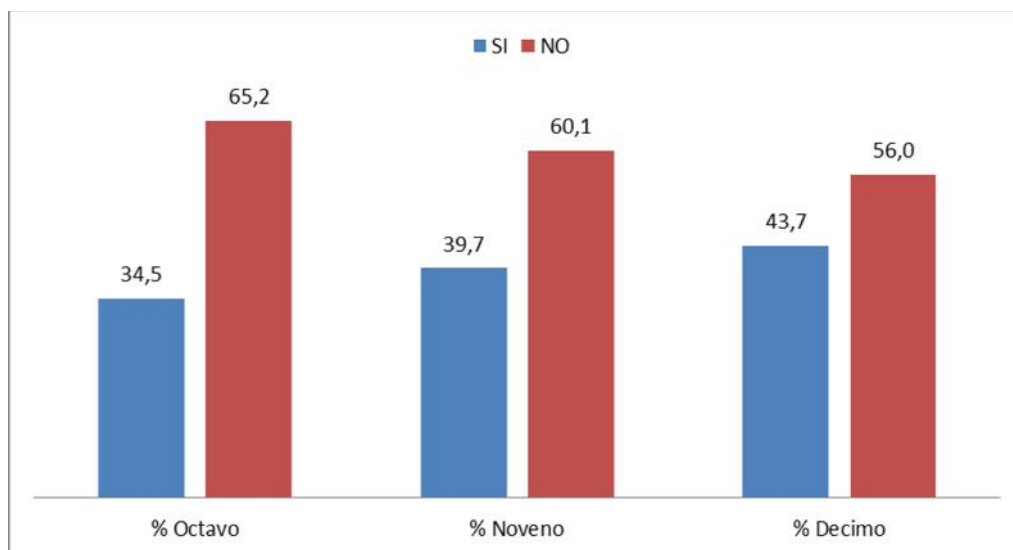
En términos de describir la situación del consumo de SPA, se presentaran los resultados principalmente desde el análisis de la prevalencia de último año, considerados como los datos que evidencian la situación reciente frente al consumo de SPA.

Se hará énfasis en las 3 principales SPA de consumo a nivel mundial y local, estas son alcohol, cigarrillo y marihuana. Así mismo en los pegantes y el dick, por ser SPA que según los estudios locales y nacionales vienen en incremento y por último en la cocaína, debido a que es la segunda SPA ilícita de mayor consumo en Colombia.

#### Percepción del consumo de SPA en la Institución Educativa

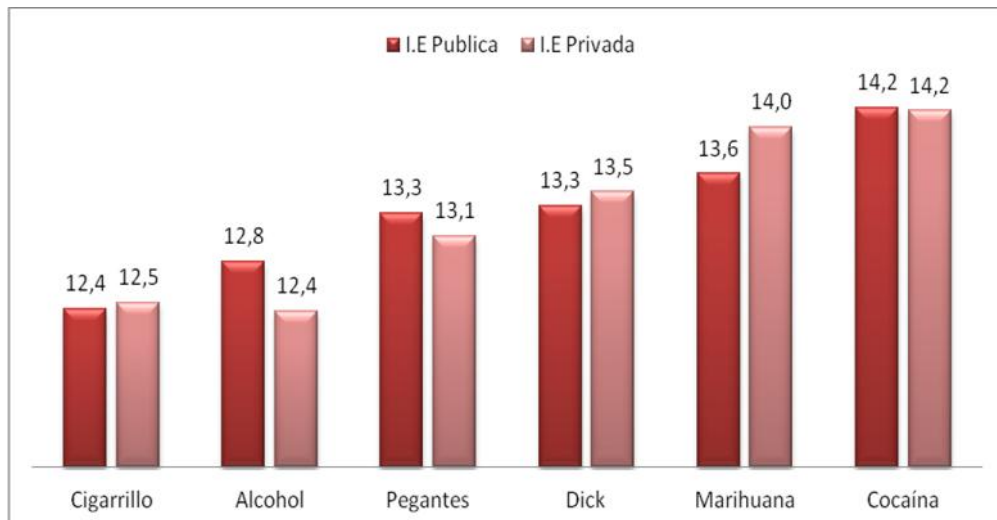
PERCEPCIÓN SPA EN EL COLEGIO	GRADO						Total general	
	Octavo		Noveno		Décimo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SÍ	2825	60,4	2611	63,4	2866	67,7	8302	63,7
NO	1841	39,4	1499	36,4	1364	32,2	4704	36,1
SD	10	0,2	7	0,2	6	0,1	23	0,2
Total	4676	100	4117	100	4236	100	13029	100

A la pregunta si consideraban que hay SPA dentro del colegio, en términos de estudiantes que portan, prueban o se pasan estas sustancias entre ellos, la mayoría de estudiantes expresaron que es una situación que se presenta en la institución educativa donde estudian. En el cual a mayor grado de escolaridad mayor la percepción afirmativa respecto, arrojando en el grado 10 una razón de cerca de 7 a 3 de los que consideran como real esta situación en su institución.



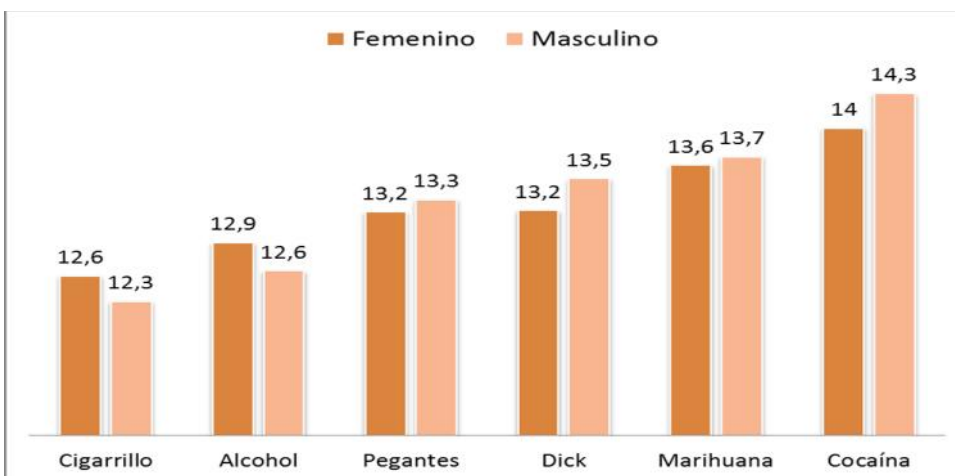
Curiosidad por probar algún tipo de SPA y grado.

A medida que aumenta el grado de escolaridad, es decir, la edad, se incrementa la curiosidad por probar cualquier tipo de SPA, representando en total 5100 jóvenes con esta situación, lo que equivale a un 39,1% de las y los estudiantes de estos grados.



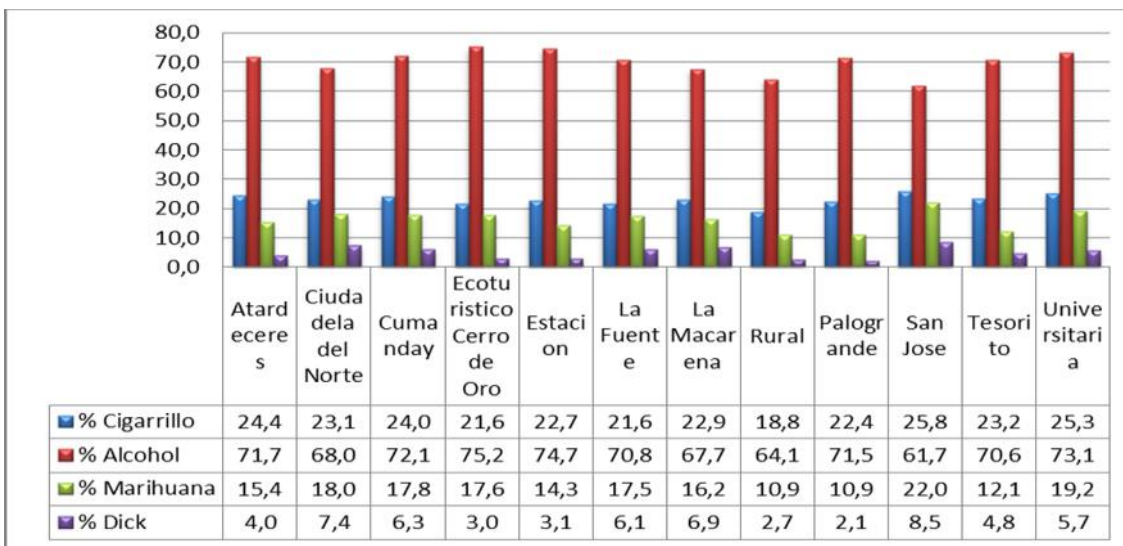
Promedio de edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas, según naturaleza de la Institución Educativa (I.E.).

Para consumo de cigarrillo, dick y marihuana, según se observa en la Figura 10, la edad de inicio es más temprana en el sector público que en el privado. Para consumo de cocaína, la edad es igual en ambas con 14,2 años. Y para las otras dos sustancias, alcohol y pegantes, la edad de inicio en el consumo es más precoz en el sector privado.



Promedio de edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas según sexo.

Al cruzar las variables edad de inicio y el consumo en el último año de las 6 SPA mencionadas, se encontró en relación con el sexo, que las mujeres inician primero que los hombres el consumo en 4 de las 6 SPA, siendo estas las sustancias de uso ilícito para la población general. Por el contrario los hombres inician primero el consumo de las SPA consideradas como la puerta de entrada al resto de sustancias, es decir el cigarrillo y el alcohol, arrojando para el primero una edad de inicio de 12,3 años y para el alcohol de 12,6 años.



Sustancias psicoactivas priorizadas y de mayor prevalencia de consumo año y comuna/zona de residencia.

Según los resultados, se puede evidenciar como el consumo de estas cuatro SPA priorizadas, presentan diferencias con respecto a la comuna/zona de residencia de los estudiantes.

Para el consumo de cigarrillo se encuentra encabezando la prevalencia de último año la comuna San José, con 116 jóvenes, arrojando a su vez una diferencia de 7 puntos porcentuales con la zona rural que arrojó la menor prevalencia para esta SPA.

Para el tema de alcohol, la comuna de mayor prevalencia de consumo en el último año, la presenta la comuna Cerro de Oro, con 919 casos; la segunda con 536 jóvenes es la Estación. Y la comuna con menores prevalencias de consumo de año, de esta SPA de mayor uso en el mundo, es

la comuna San José con 277 casos, presentando una diferencia porcentual de 13,3% con respecto a la comuna Cerro de Oro.

La marihuana por su parte arrojó que la comuna que presenta mayores prevalencias de consumo en el último año, son en su orden la comuna San José, la comuna Universitaria, la comuna Ciudadela del Norte. En último lugar con las prevalencias más bajas de consumo de la SPA ilícita de mayor consumo en el mundo, son la comuna Palogrande y la zona rural con la misma puntuación porcentual.

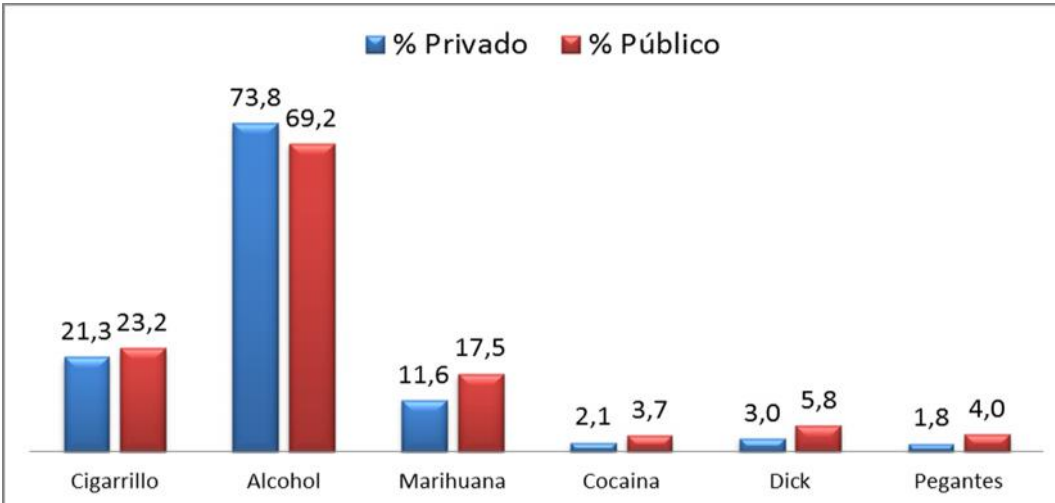
Y para el consumo de dick, se encontró que la mayor prevalencia de consumo año se da en la comuna San José en 8,5 de cada 100 jóvenes, en la comuna ciudadela del norte en 7,4 de cada 100 y en la Macarena en 6,9 estudiantes de cada 100 encuestados.

De esta forma, se puede plantear que en la comuna San José se presenta las mayores prevalencias en 3 de las 4 SPA analizadas, por otro lado se evidenció que las dos SPA ilegales para la población de cualquier edad, como lo son el dick y la marihuana, arrojó las menores prevalencias en la comuna Palogrande.

Sustancias psicoactivas priorizadas, de mayor prevalencia de consumo año y zona de residencia del estudiante

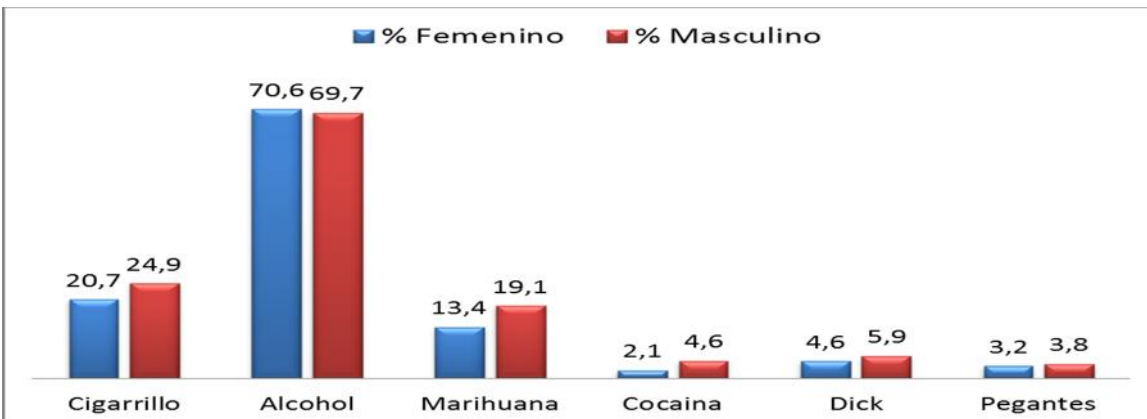
ZONA DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE	PREVALENCIA CONSUMO SPA							
	Cigarrillo		Alcohol		Marihuana		Dick	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Rural	199	18,8	677	64,1	115	10,9	28	2,7
Urbana	2776	23,2	8462	70,7	2002	16,7	655	5,5
Total	2975	22,8	9139	70,1	2117	16,2	683	5,2

Se observa que en estas 4 SPA priorizadas para el análisis, se presentan mayores prevalencias de consumo en la zona urbana que en la rural. Evidenciando que el alcohol y la marihuana son las que presentan mayores diferencias porcentuales según la zona de residencia de las y los estudiantes encuestados.



Sustancias psicoactivas de mayor consumo según naturaleza de la Institución Educativa. Prevalencia de año.

Según las prevalencias de consumo, se evidencia que en relación con la naturaleza de la institución educativa, las y los estudiantes encuestados del sector público, presentaron mayores porcentajes en 5 de las 6 SPA analizadas. Siendo la excepción el consumo de alcohol, quienes en el sector privado la consumieron 73,8 estudiantes de 100, en este período de tiempo.



Sustancias psicoactivas de mayor consumo según sexo. Prevalencia de año.

En relación con la variable sexo de las y los encuestados, el porcentaje de consumidores en el último año es mayor en hombres en casi todas las 6 SPA analizadas, exceptuando el consumo de alcohol, el cual resultó ser mayor en las mujeres con un 70,6%. En diferencias porcentuales el cigarrillo arrojó 4,2% de diferencia entre hombres y mujeres, el alcohol 0,9%, la marihuana 5,7%, la cocaína 2,5%, el dick 1,3% y los pegantes 0,6%.

#### Prevalencia de consumo de alcohol según sexo

SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL						
	Último mes		Último año		En la vida		Total consumidores
	Prev.	%	Prev.	%	Prev.	%	No.
Femenino	45,6	50,1	70,6	51,1	83,5	50,2	5454
Masculino	45,6	49,9	69,7	48,9	83,3	49,8	5413
Total	45,6	100	70,1	100	83,4	100	10867

Como se puede observar en la Tabla 5, no existe diferencia por sexo para consumo de alcohol, según las diferentes prevalencias de último mes, año y de vida. Siendo la diferencia porcentual de 0,4% para consumo general.

#### Prevalencia de consumo de cigarrillo según sexo

SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO DE CIGARRILLO						
	Último mes		Último año		En la vida		Total consumidores
	Prev.	%	Prev.	%	Prev.	%	No.
Femenino	10,0	43,2	20,7	47,9	40,0	46,2	2609
Masculino	13,2	56,8	24,9	52,1	46,7	53,8	3038
Total	11,6	100	22,8	100	43,3	100	5647

Para consumo de cigarrillo se presenta una diferencia por sexo de 6,7% en prevalencia de vida, siendo los hombres los que arrojaron un porcentaje más alto al respecto. Para consumo actual 1513 estudiantes expresaron haber consumido en el último mes cigarrillo, de los cuales 653 corresponden al sexo femenino, obteniendo que en el último mes cerca de 1 de cada 10 estudiantes consumieron esta SPA. Asimismo, 2975 expresaron haber consumido cigarrillo en el último año, con 1 estudiante de cada 5.



### Prevalencia de consumo de marihuana según sexo

SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO DE MARIHUANA						
	Último mes		Último año		En la vida		Total consumidores
	Prev.	%	Prev.	%	Prev.	%	No.
Femenino	6,0	38,6	13,4	44,1	19,7	42,8	1286
Masculino	9,6	61,4	19,1	55,9	26,5	57,2	1722
Total	7,8	100	16,2	100	23,1	100	3008

Para el consumo de marihuana, como primer SPA ilícita de consumo para toda la población, se evidencia en el consumo actual predominio masculino, con 22,8% de diferencia con el sexo femenino.

Permite observar que 3008 estudiantes han consumido alguna vez marihuana, en donde una tercera parte con 1014 estudiantes lo hicieron en el último mes.

### Prevalencia de consumo de dick/leidys según sexo

SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO DE DICK						
	Último mes		Último año		En la vida		Total consumidores
	Prev.	%	Prev.	%	Prev.	%	No.
Femenino	1,1	47,6	4,6	42,5	14,0	48,2	911
Masculino	1,2	52,4	5,9	57,5	15,1	51,8	979
Total	1,1	100	5,2	100	14,5	100	1890

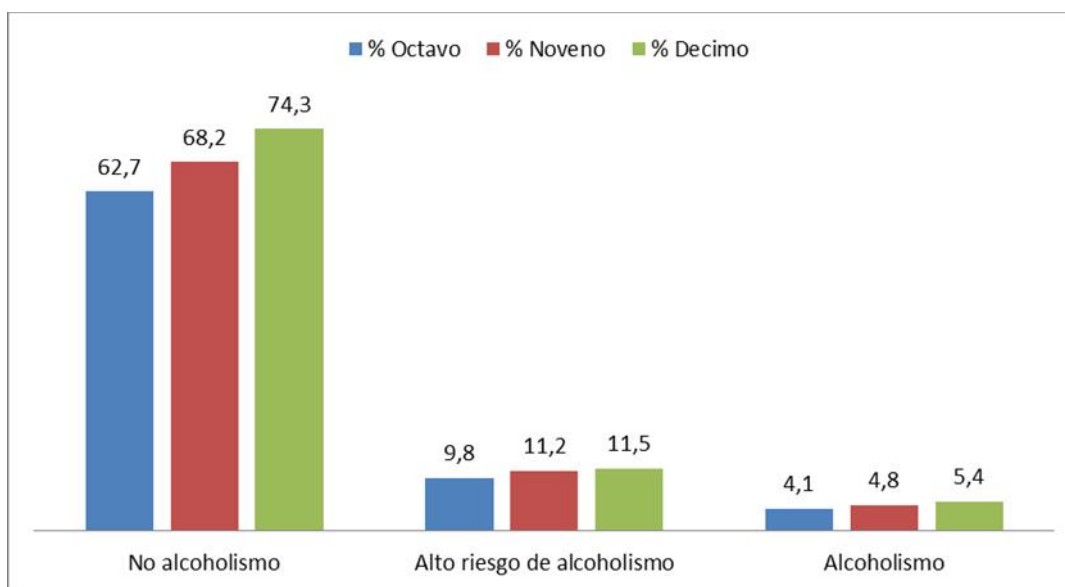
En esta investigación se preguntó específicamente por el dick, debido a que pese a que no es una sustancia nueva, ha tenido acogida en los jóvenes de nuestra ciudad en los últimos años.

Se encontró en relación con el sexo de las y los encuestados, que no hay una diferencia particular en su consumo y que éste se ha presentando alguna vez en la vida por 1890 estudiantes en general, lo que significa el 14,5% de la población encuestada.

### Prevalencia de consumo de pegantes según sexo

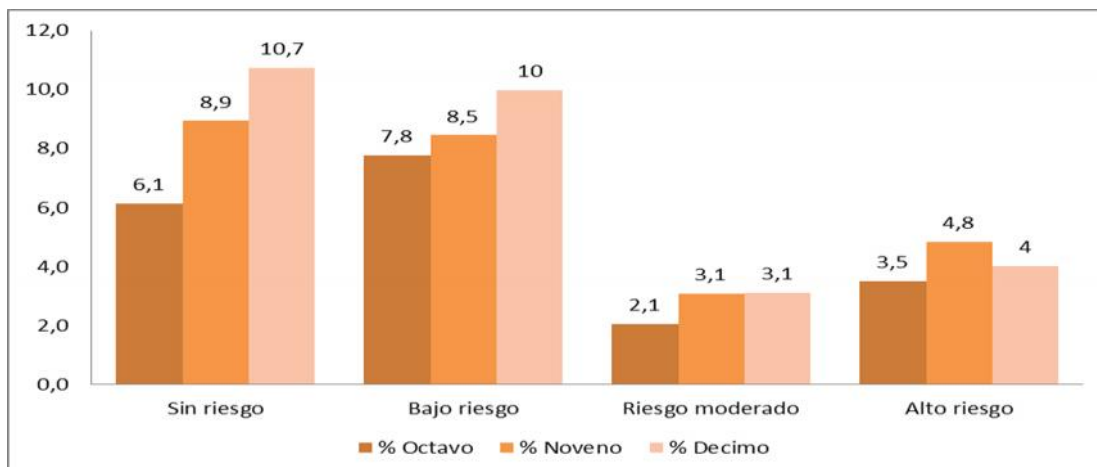
SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO DE PEGANTES						
	Último mes		Último año		En la vida		Total consumidores
	Prev.	%	Prev.	%	Prev.	%	No.
Femenino	1,5	47,3	3,2	45,1	7,0	45,4	454
Masculino	1,6	52,7	3,8	54,9	8,4	54,6	547
Total	1,5	100	3,5	100	7,7	100	1001

Esta investigación arrojó según prevalencia de vida, que el porcentaje de mujeres versus hombres que consumieron alguna vez en la vida pegantes es de 9,3%, siendo los hombres los que más la han consumido. Los consumos en el último mes fueron reportados por 201 jóvenes, en el último año por 458 estudiantes y alguna vez en la vida por 1001 estudiantes.



### Índice de posible riesgo de alcoholismo (CAGE) según grado.

Según los resultados, del total de encuestados, el 16,2% no ha consumido licor, el 68,2% lo ha consumido pero no presenta alcoholismo, el 10,8% están en alto riesgo de presentarlo y el 4,8% pueden estar cursando con esta enfermedad (621 jóvenes). En donde el grado décimo es el grupo en el cual se presenta un mayor porcentaje de esta población, con 229 casos, en segunda medida el grado noveno con 198 casos y para el grado octavo las y los estudiantes identificados con esta posible situación son 194 estudiantes.



Consumo problemático de marihuana (CAST) según grado.

La escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) es una escala utilizada para medir el consumo problemático de marihuana en encuestas escolares, consiste en 6 preguntas que definen la posible presencia de consumo de riesgo. En la población encuestada se encontró que del total de las y los estudiantes, el 76% no ha consumido ni marihuana ni cripa, el 8,5% la ha consumido y en estos momentos no presenta dependencia, el 8,7% está en bajo riesgo, en riesgo moderado el 2,7% y en alto riesgo de problemáticas asociadas a este consumo está el 4,1%. En relación con el alto riesgo de consumo problemático por la marihuana, se encontró a 533 estudiantes, correspondiendo al grado noveno 199, en el grado décimo 170 casos y en el grado octavo a 164 estudiantes.

Prevalencias de consumo de las SPA de mayor consumo, comparativo 2001 - 2007 - 2013

SUSTANCIA PSICOACTIVA	PREVALENCIAS DE CONSUMO DE SPA COMPARATIVO								
	Último mes			Último año			En la vida		
	Año 2001	Año 2007	Año 2013	Año 2001	Año 2007	Año 2013	Año 2001	Año 2007	Año 2013
Alcohol	53,9	54,4	45,6	SD	72,9	70,1	92,3	80,0	83,4
Cigarrillo	SD	26,6	11,6	SD	39,8	22,8	53,4	54,1	43,3
Marihuana	3,6	6,4	7,8	SD	11,4	16,2	14,6	15,9	23,1
Dick	SD	SD	1,1	SD	SD	5,2	SD	SD	14,5
Pegantes	1,1	1,4	1,5	SD	3,3	3,5	4,8	6,8	7,7
Tranquilizantes	3,9	2,1	1,7	SD	4,5	3,7	11,4	7,2	6,5
Poppers	SD	15,0	0,6	SD	26,2	2,2	SD	29,9	6,1
Cocaína	1,5	3,5	1,6	SD	6,9	3,4	4,1	9,0	5,7

Se presentan los resultados comparativos de las investigaciones que sobre consumo de SPA se han realizado en la ciudad de Manizales con población estudiantil de secundaria.

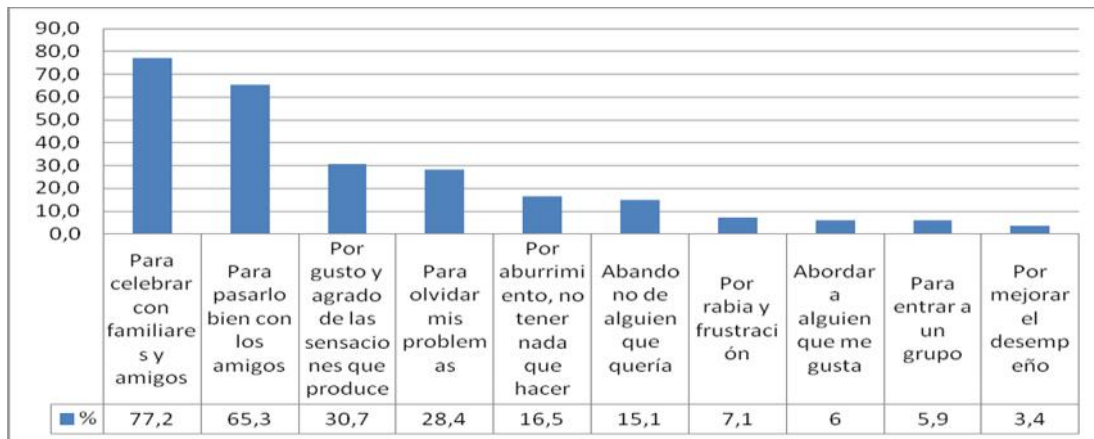
SUSTANCIA PSICOACTIVA	PREVALENCIA AÑO	PREVALENCIA MES
	%	%
Alcohol	70,1	45,6
Energizantes	65,3	32,8
Cigarrillo	22,8	11,6
Marihuana	16,2	7,8
Chamber	7,7	2,9
Dick	5,2	1,1
Cripa	10,1	5,2
Pegantes	3,5	1,5
Tranquilizantes	3,7	1,7
Poppers	2,2	0,6
Cocaína	3,4	1,6

Frecuencias de consumo de SPA en el último año y mes

Estos son: el del año 2001, *Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media*, realizado por la Alcaldía de Manizales en estudiantes de grado 8 y 9; y el del año 2007, realizado igualmente por este ente territorial y la Fundación Universitaria Luis Amigó, *Factores socioculturales en la prevalencia del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes de enseñanza media del municipio de Manizales*, de los grados 8, 9 y 10.

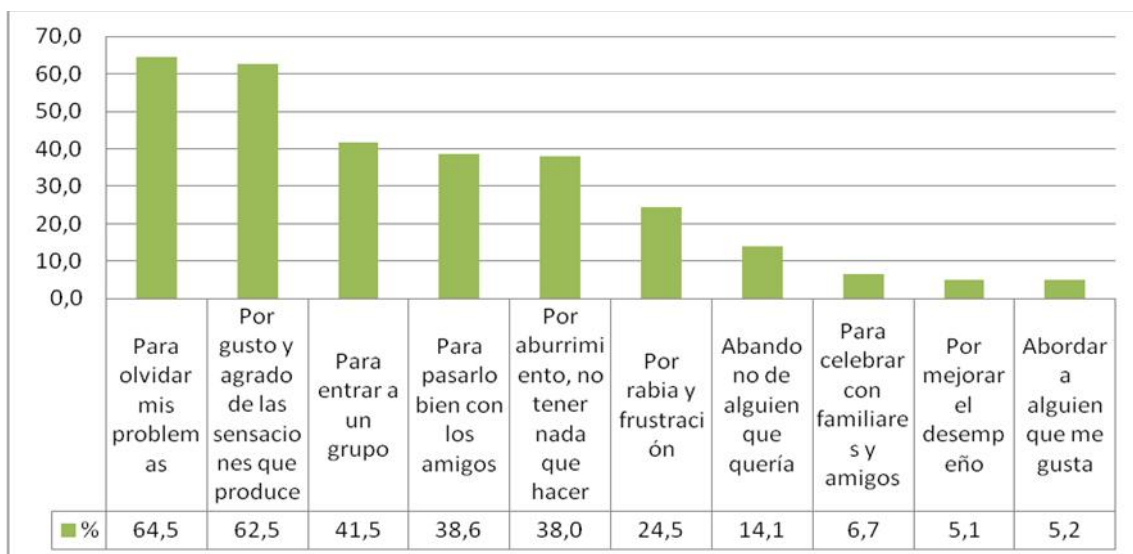
Según se observa, el comportamiento del consumo de alcohol, cigarrillo, tranquilizantes y poppers vienen presentando una reducción en las prevalencias del año 2001 al 2013 y por el contrario el consumo de marihuana y pegantes vienen en ascenso.

Se presentan los resultados de las prevalencias de último año y mes de las SPA que más consume la población encuestada, en la cual se evidencia que en su orden las sustancias con mayores prevalencia de consumo son el alcohol, los energizantes, cigarrillo y la marihuana. Los ácidos, hongos, éxtasis, cacao sabanero, metanfetamina, bazuco, anfetaminas, heroína, yagé y ketamina arrojaron prevalencias menores a un 1%.



Percepción sobre principales motivos para consumir licor.

A la pregunta sobre los tres principales motivos que la gente tiene para consumir licor, la población encuestada indicó que en primera instancia es por celebrar con familiares y amigos (10054), el pasarlo bien con los amigos (8511), por las sensaciones que produce (4002) y cerca de éste con 3698 estudiantes, el olvidar problemas.



Percepción sobre principales motivos para consumir marihuana.

Las y los estudiantes, ante la pregunta sobre los tres principales motivos que la gente tiene para consumir marihuana, expresaron que en primera medida es por querer olvidar los problemas, situación expuesta por 8479 estudiantes. Le sigue con dos puntos de diferencia porcentual el gusto y agrado por las sensaciones que produce, con 8206 estudiantes a favor. En tercera posición se encuentra el consumo de marihuana con el objetivo de entrar a un grupo, al cual respondieron afirmativamente 5696 jóvenes y en cuarto y quinto lugar con unos resultados muy similares, el pasarlo bien con los amigos y por aburrimiento y no tener nada que hacer, con 4994 y 4670 casos respectivamente.

Promedio de edad de inicio de consumo de las SPA de mayor consumo

Sustancia	Promedio en años	Desviación Estándar
Cigarrillo	12,4	2,0
Alcohol	12,7	1,9
Pegantes	13,2	1,7
Dick	13,3	1,4
Popper	13,5	1,6
Marihuana	13,7	1,5
Tranquilizantes	13,8	1,7
Cocaína	14,2	1,6

En la Tabla se puede ver por cada sustancia, la edad promedio de inicio por cada una de ellas. Como se observa el cigarrillo y el alcohol, sustancias legales para personas mayores de 18 años, son las que encabezan el listado, con una edad de inicio para la primera de 12,4 años y para el alcohol de 12,7 años.

#### Asociación entre consumo de spa y estilos parentales

*Asociación entre el consumo de cualquier SPA y los estilos parentales en general*

SPA	Estilos Parentales	
	Chi <sup>2</sup>	p
Alcohol	109,09	0,000001
Marihuana	148,05	0,000001
Cigarrillo	190,34	0,000001
Pegante	107,00	0,000001
Dick	60,50	0,000
Cocaína	42,11	0,000

Fuente: elaboración propia.

Según los valores de  $p$  del estadístico  $X^2$ , con un nivel de confianza del 95%, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de SPA y los estilos parentales en general ( $p < .05$ ).

Los estilos autoritario y negligente arrojaron que son un factor de riesgo para el alcoholismo (medido a través del CAGE). Evidenciando que las y los estudiantes que cuentan con padres con un estilo autoritario o negligente, tienen una probabilidad respectivamente de un 32% y un 20% mayor, de presentar alcoholismo que el de los estudiantes con padres con un estilo indulgente.

En relación con la tamización realizada por medio del CAST, en donde se evaluó la posible dependencia a la marihuana, se pudo encontrar a través del  $X^2$  que todos los estilos parentales ( $p < .05$ ) tienen una asociación estadísticamente significativa con esta problemática. Incrementando en un 37% y un 27% el riesgo de esta situación, en las y los estudiantes con padres con un estilo negligente y autoritario. Por el contrario los estilos autoritativo e indulgente dieron positivo como factor protector, evidenciando que las y los estudiantes que están siendo educados bajo este estilo de educación, tienen respectivamente un 54% y un 72% menos posibilidades de desarrollar una dependencia a la marihuana.

*Asociación entre los estilos parentales específicos y el consumo de las SPA de mayor interés*

Estilo Parental	Asociación entre los Estilos Parentales y el Consumo de SPA				
	Chi <sup>2</sup>	p	RR	Rango del IC	%RAF
<b>Consumo de Alcohol</b>					
Autoritario	12,7582	0,000355	1,0427	1,0209 – 1,0649	4,09
Autoritativo	29,5799	0,00000122	0,9549	0,9387 – 0,9715	-4,72
Indulgente	25,1330	0,00000170	0,9560	0,9385 – 0,9737	-4,60
Negligente	78,4090	0,000	1,0880	1,0704 – 1,1059	8,08
<b>Consumo de Marihuana</b>					
Autoritario	15,2391	0,0000958	1,1942	1,0943 – 1,3033	16,26
Autoritativo	44,0011	0,000	0,7891	0,7531 – 0,8471	-26,72
Indulgente	29,8639	0,000	0,8123	0,7531 – 0,8762	-23,10
Negligente	109,4020	0,000	1,4580	1,3610 – 1,5620	31,41
<b>Consumo de Cigarrillo</b>					
Autoritario	33,5293	0,000	1,1808	1,1192 – 1,2458	15,31
Autoritativo	48,3935	0,000	0,8573	0,8202 – 0,8961	-16,64
Indulgente	49,7432	0,000	0,8461	0,8067 – 0,8875	-18,18
Negligente	121,5613	0,000	1,2935	1,2387 – 1,3508	22,69
<b>Consumo de Pegante</b>					
Autoritario	30,5523	0,000	1,5502	1,3283 – 1,8091	35,49
Autoritativo	41,6317	0,000	0,6316	0,5482 – 0,7278	-58,31
Indulgente	16,2934	0,0000554	0,7407	0,6394 – 0,8581	-35,00
Negligente	54,0776	0,000	1,6379	1,4362 – 1,8679	38,94
<b>Consumo de Dick</b>					
Autoritario	10,4218	0,0012465	1,2146	1,0808 – 1,3649	17,66
Autoritativo	16,2631	0,0000562	0,8267	0,7532 – 0,9074	-20,96
Indulgente	14,8938	0,0001149	0,8228	0,7446 – 0,9093	-21,53
Negligente	39,0090	0,000	1,3570	1,2343 – 1,4920	26,31

### Consumo de Cocaína

Autoritario	6,9773	0,008255	1,3002	1,0707 – 1,5789	23,09
Autorizativo	18,7602	0,0000159	0,7004	0,5953 – 0,8240	-42,78
Indulgente	4,4891	0,03411	0,8349	0,7061 – 0,9872	-19,77
Negligente	26,6882	0,0000014	1,5156	1,2943 – 1,7748	34,02

Fuente: elaboración propia.

Los cuatro estilos parentales tienen una asociación estadísticamente significativa con cada una de las seis SPA analizadas ( $p < .05$ ), en donde el estilo autoritario y negligente se comportan generalmente como factores de riesgo y el estilo parental indulgente y autorizativo como factores protectores.

Las y los estudiantes que tienen padres con un estilo parental negligente, tienen un 39% más de riesgo de consumir pegantes y los que cuentan con padres con un estilo autoritario tienen este riesgo incrementado en un 35,5%. Situación contraria a las y los estudiantes que están expuestos a un estilo parental indulgente o autorizativo, en donde para esta misma SPA, el 65% y el 42% de estas personas tienen menos posibilidades de consumir pegantes.

De igual forma se encontró que poseer unos padres con un estilo negligente eleva el riesgo en un 34% de consumir cocaína, en un 31% marihuana, 23% para cigarrillo y en un 26% para dick.

### Asociación entre los estilos parentales y el consumo de cualquier SPA

Estilo Parental	Consumo de Cualquier SPA				
	Chi <sup>2</sup>	p	RR	Rango del IC	%RAF
Autoritario	19,0945	0,0000136	1,0479	1,0285 – 1,0676	4,56
Autorizativo	32,4016	0,000	0,9567	0,9417 – 0,9720	-4,52
Indulgente	42,7691	0,000	0,9475	0,9313 – 0,9640	-5,54
Negligente	103,3442	0,000	1,0926	1,0771 – 1,1084	8,47

Fuente: elaboración propia.

Este análisis se hizo con la totalidad de SPA estudiadas, excepto los energizantes, que tienen venta libre en mayores de 14 años. Los resultados indican que existe asociación entre el consumo de cualquier SPA y los estilos parentales, indicando de forma consistente que los estilos indulgente y autorizativo son factores protectores frente al consumo de cualquier SPA.

### Coefficientes de correlación

Modelo	Variables dependientes					
	Cigarrillo	Alcohol	Cocaína	Dick	Pegane	Marihuana
1	,210 <sup>a</sup>	,187 <sup>a</sup>	,168 <sup>a</sup>	,147 <sup>a</sup>	,080 <sup>a</sup>	,219 <sup>a</sup>
2	,242 <sup>b</sup>	,209 <sup>b</sup>	,178 <sup>b</sup>	,168 <sup>b</sup>	,103 <sup>b</sup>	,242 <sup>b</sup>
3	,253 <sup>c</sup>	,210 <sup>c</sup>	,187 <sup>c</sup>	,182 <sup>c</sup>	,116 <sup>c</sup>	,259 <sup>c</sup>
4	,263 <sup>d</sup>		,193 <sup>d</sup>	,183 <sup>d</sup>	,122 <sup>d</sup>	,264 <sup>d</sup>

Fuente: elaboración propia.



Se realizó un modelo de regresión múltiple, para evaluar la correlación entre el consumo de SPA como variable dependiente; la edad, el sexo, la naturaleza de la institución educativa y el estilo parental familiar, como variables independientes.

El modelo se realizó con las 6 SPA de mayor consumo por la comunidad escolar y la selección de las variables independientes se llevó a cabo según los resultados del análisis bivariado, debido a que arrojaron un mayor nivel de asociación según los datos del  $X^2$  y del riesgo relativo.

Como se observa en la tabla 16, el coeficiente de correlación en todos los modelos no supera el 30%, indicando que la correlación entre la variable dependiente y las independientes es muy débil. Las máximas correlaciones se presentaron para la marihuana y cigarrillo con las cuatro variables independientes, con 26,4% y 26,3% respectivamente.

Se encontró a través del análisis estadístico realizado, que la pregunta general en torno a si existe una asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y los estilos parentales es afirmativa, según los resultados arrojados por el estadístico  $X^2$ . Lo cual coincide con lo encontrado en diversos estudios como el de Raya (2008), Barba et al. (2002), Martínez et al. (2013), Becoña (2012), Oliva et al. (2008), Santana & Mota (2009), Palacios & Andrade (2008) y el Ministerio de Salud del Perú (2013).

A través de la medida estadística del riesgo relativo (RR) se evidenció que los estilos parentales indulgente y autorizativo funcionan consistentemente como factores protectores y los estilos autoritario y negligente como factores de riesgo para el consumo de las sustancias psicoactivas.

Los resultados confirman para nuestro contexto el papel que ampliamente se le ha dado a la familia como un escenario crucial en relación con el consumo de SPA en los jóvenes y nos permite identificar de forma específica el estilo parental que ideal y preferiblemente deberían asumir los padres en la forma de educar a sus hijos para favorecer conductas más adaptativas (Santana & Mota, 2009) y (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

En Manizales se puede evidenciar al igual que en los estudios hechos en Estados Unidos, España, Perú, México y en la revisión sistemática revisada, que el estilo autorizativo en general evidencia un estilo de educación que favorece que los adolescentes no se involucren en el consumo de SPA. Lo cual refleja que en el contexto cultural de la capital caldense, la educación parental en donde el afecto y la norma están presentes, la comunicación, explicación de las reglas, la autoridad y el apoyo afectivo, serían aspectos que favorecerían que los hijos no incurrieren en el tema del uso de drogas. El estilo indulgente actúa como factor de prevención para el caso Manizales.

De hecho, para el riesgo de alcoholismo evaluado a través del CAGE, el estilo indulgente es el único estilo considerado estadísticamente como factor de prevención, comparado con los otros tres estilos. Indicando que el riesgo de alcoholismo es menor en adolescentes que cuentan con “padres igual de comunicativos con los hijos que los autorizativos, que aceptan los argumentos del hijo/a para retirar una orden o una demanda, argumentan bien, utilizan con más frecuencia la razón para obtener la complacencia y fomentan más el diálogo para lograr un acuerdo, reduciendo las acciones limitantes al diálogo y el razonamiento”. (Musitu & García, 2001, p. 15).

## Conclusiones

En Manizales prevalece la educación de los hijos basados en un modelo en el cual prima la negociación, se reconoce y respeta la independencia de los hijos, favoreciendo su autonomía y estableciendo una relación en donde el afecto es un factor importante en la relación padre e hijas/os.

Factor afectivo que se ve reflejado igualmente en el segundo estilo predominante en las familias de los y las encuestadas, es decir el indulgente, en donde un 29% arroja estos resultados. Los otros dos estilos, negligente y autoritario, el primero relacionado por algunos autores como un tipo de maltrato, debido a que hay déficit de afecto y autoridad y el segundo por ser padres que manifiestan indiferencia por parte de los padres hacia las iniciativas y comportamientos de los hijos, fueron los estilos menos representativos con cerca de 1 caso por cada 3 familias, que no deja de ser significativo. En relación con estos últimos dos estilos mencionados, se encontró que cuando se comparan por sexo, son más predominantes en la educación de las adolescentes mujeres que en los hombres.

Los hombres siguen siendo más ausentes en la educación de los hijos que las madres, factor evidente en relación con el estilo negligente, el cual fue el estilo predominante en el padre y por su parte en la madre fue el menos presente, con cerca de 20 puntos porcentuales de diferencia.

En relación con el consumo de SPA, se continua observando al igual que en el contexto nacional e internacional, que las y los adolescentes pese a tener una restricción legal para la compra, porte y consumo de cualquier SPA, acceden a ellas relativamente fácil, siendo claro que las sustancias legales para mayores de 18 años, es decir alcohol y cigarrillo, son las que en su orden arrojan mayores prevalencias de consumo en esta población.

Las mujeres arrojaron una edad de inicio más temprano que los hombres en el consumo de pegantes, dick, marihuana y cocaína, es decir en SPA de uso ilícito. Por el contrario los hombres inician primero el consumo de las SPA consideradas como la puerta de entrada al resto de sustancias, es decir el cigarrillo y el alcohol.

La situación cada vez más notoria es el incremento gradual de población adolescente que consume marihuana, siendo la SPA ilícita de mayor consumo en el mundo independiente de la edad. Para el caso de Manizales las prevalencias de consumo de último mes se duplicaron en la población estudiada en los últimos 6 años (Aldana et al., 2007). Siendo una SPA que se consume mayoritariamente en población masculina.

Por el contrario se evidencia que en la ciudad de Manizales los adolescentes escolarizados, comparados con los datos de la investigación sobre consumo de SPA del año 2007 en esta misma ciudad, presentan un menor porcentaje de consumo de último mes principalmente para cigarrillo, alcohol, poppers y cocaína (Aldana et al., 2007).

Estadísticamente hablando, se evidencia que existen diferencias significativas entre el consumo de SPA y la naturaleza de la institución educativa (privado o público), el sexo y la zona de residencia de los encuestados (urbana y rural). Encontrando que para el consumo de marihuana, cigarrillo, dick y cocaína, pertenecer a una institución pública, de zona urbana y ser hombre, incrementa las probabilidades de consumir alguna de estas SPA.

Se evidenció que entre las variables de estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas existe una asociación estadísticamente significativa, según los resultados del valor P de la prueba chi cuadrado.

Se constato estadísticamente que los estilos autoritario y negligente suelen ser un factor de riesgo para el alcoholismo, para la dependencia a la marihuana, la curiosidad por el consumo de SPA y el consumo de cualquier SPA. Contrario a los estilos autorizativo e indulgente que arrojaron resultados que los posicionan como factor protector ante estas situaciones.

Para el caso de Manizales se evidenció al igual que en los estudios hechos en Estados Unidos, España, Perú, México y en una revisión sistemática, que el estilo autorizativo en general evidencia una forma de educación que favorece que los adolescentes no se involucren en el consumo de SPA. Lo cual estaría reflejando que en el contexto cultural de este municipio, la educación parental en donde el afecto y la norma están presentes, la comunicación, explicación de las reglas, la autoridad y el apoyo afectivo, serian aspectos que favorecerían que los hijos no incursionen en el comportamiento del uso de drogas.

Teniendo en cuenta que la literatura en general y el contexto local de Manizales evidencian estadísticamente que los estilos parentales autorizativo e indulgente suelen pronosticar mejores resultados frente al no consumo de SPA en escolarizados, es importante enfatizar que comparados con estudios de España y Brasil, Manizales tiene mayores porcentajes (64.7%) de población adolescente educada con este tipo de estilos educativos.

# **CAPITULO 13**

# **TUBERCULOSIS**

### Tuberculosis pulmonar en el municipio en los últimos años.

#### ❖ 2012:

En este año, ingresaron al programa **88** pacientes con tuberculosis de tipo pulmonar, de los cuales 9 eran habitantes de calle.

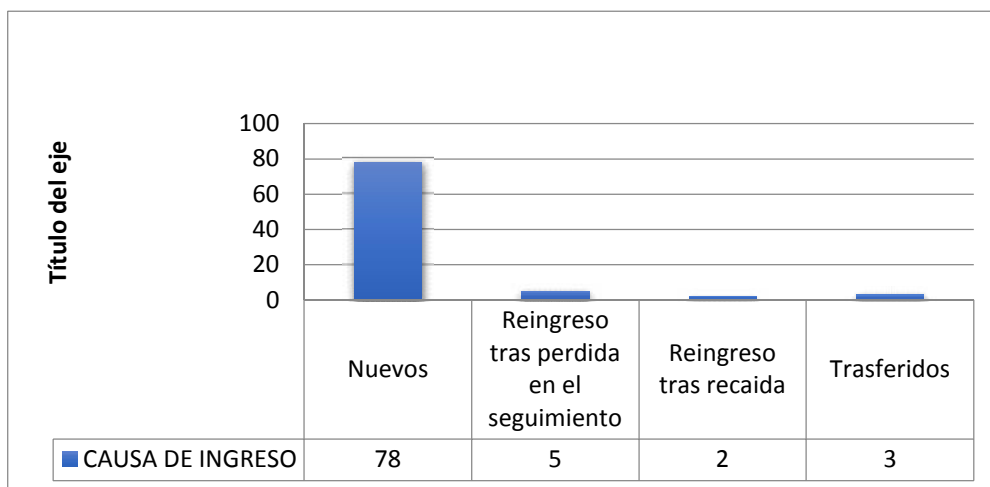
Estos se distribuyeron así:

#### Personas con tuberculosis pulmonar según género



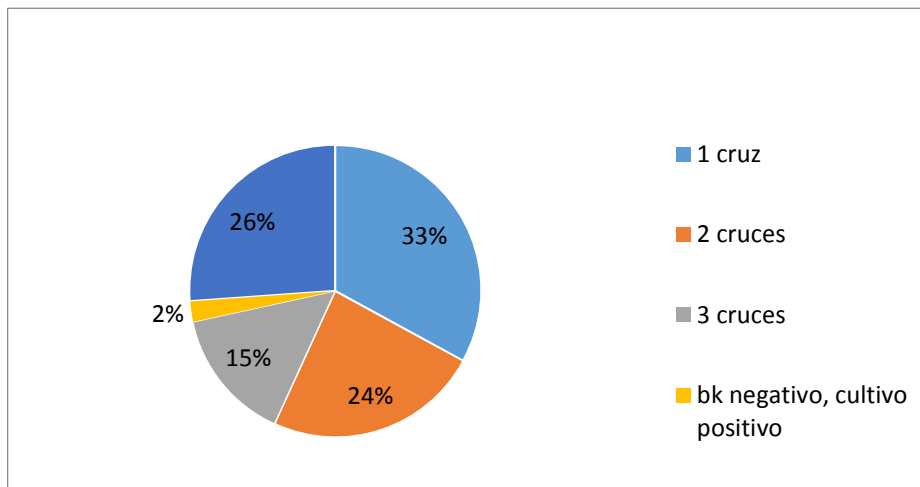
De acuerdo a la clasificación por el género, el 61% (54 pacientes) fueron hombres y el 39% (34 pacientes) fueron mujeres con tuberculosis pulmonar.

- **Personas con tuberculosis pulmonar según causa de ingreso**



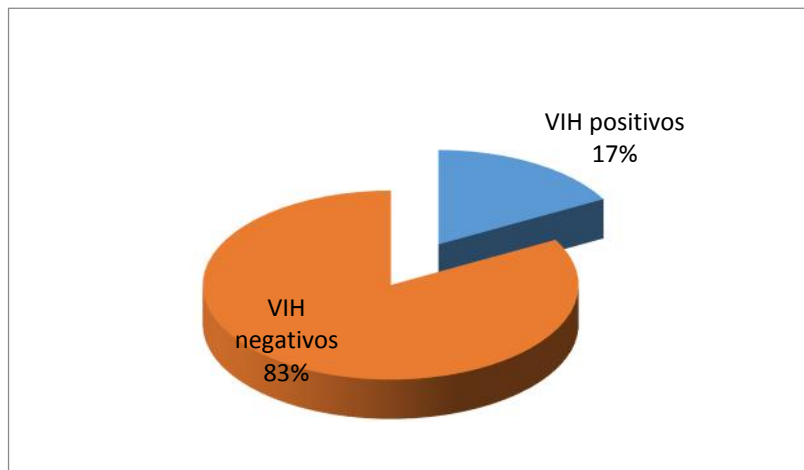
Para el año 2012, ingresaron al programa por tuberculosis pulmonar 88 pacientes, de los cuales 78 ingresaron como nuevos, 5 reingresaron tras pérdida en el seguimiento, 2 reingresaron tras recaída por fracaso en el tratamiento y 3 pacientes ingresaron como transferidos.

- **Tipo de ingreso según baciloscopia de las personas con tuberculosis pulmonar**



Según la realización de la baciloscopia, se pudo evidenciar que: el 33% de los pacientes (29) fueron diagnosticados con una cruz; el 24% (21 pacientes) fueron diagnosticados con dos cruces, el 15% (13 pacientes) se diagnosticaron con tres cruces; el 2% (2 pacientes) tuvieron bk- y cultivo positivo y el 26% no se les realizó bk, fueron diagnosticados por otros medios.

- **Personas con tuberculosis pulmonar según coinfección TB/VIH:**

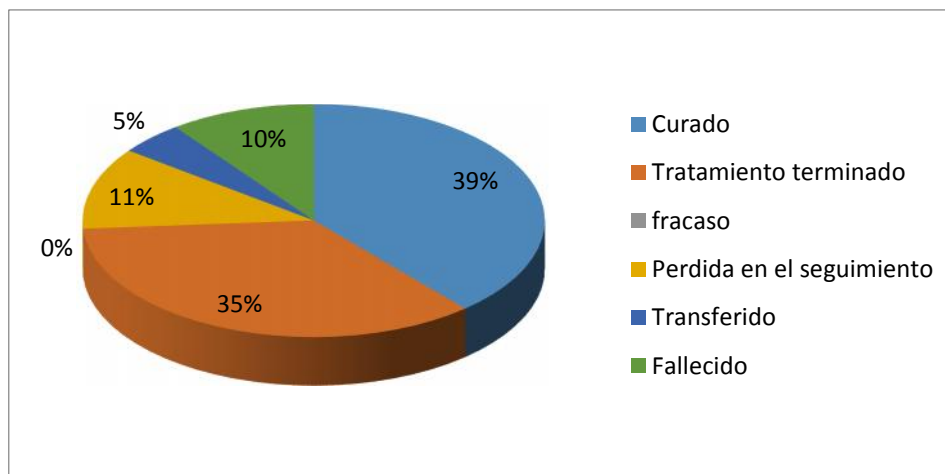


De los 88 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, el 17% (15 pacientes) presentaron coinfección TB/VIH y el 83% (73 pacientes) solo fueron diagnosticados con tuberculosis.

- **EPS de las personas con tuberculosis**

EPS	No. personas
Asmet Salud	1
Cafesalud	3
Caprecom	13
Coomeva	1
Cosmitet	2
Nueva Eps	13
Policía Nacional	1
Salud Cóndor	13
Salud Total	10
Salud Vida	4
Saludcoop	9
SOS	12
Sura	2
Sin Seguridad Social	4

- **Motivo de egreso de las personas con tuberculosis pulmonar.**



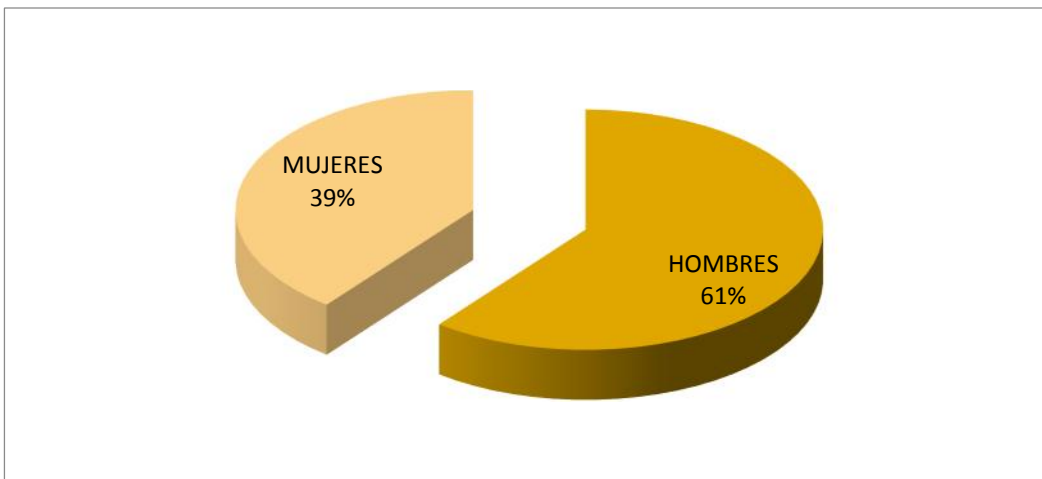
Como causa de egreso de los pacientes con TB pulmonar, se encontró que: el 39% (34 pacientes) egresaron del programa como curados, el 35% (31 pacientes) egresaron con tratamiento terminado, no se presentaron fracasos, el 11% (10 pacientes) egresaron con pérdida en el seguimiento, el 5% (4 pacientes) fueron transferidos y el 10% (9 pacientes) fallecieron.

❖ **2013:**

En este año, ingresaron al programa **88** pacientes con tuberculosis de tipo pulmonar, de los cuales 6 eran habitantes de calle.

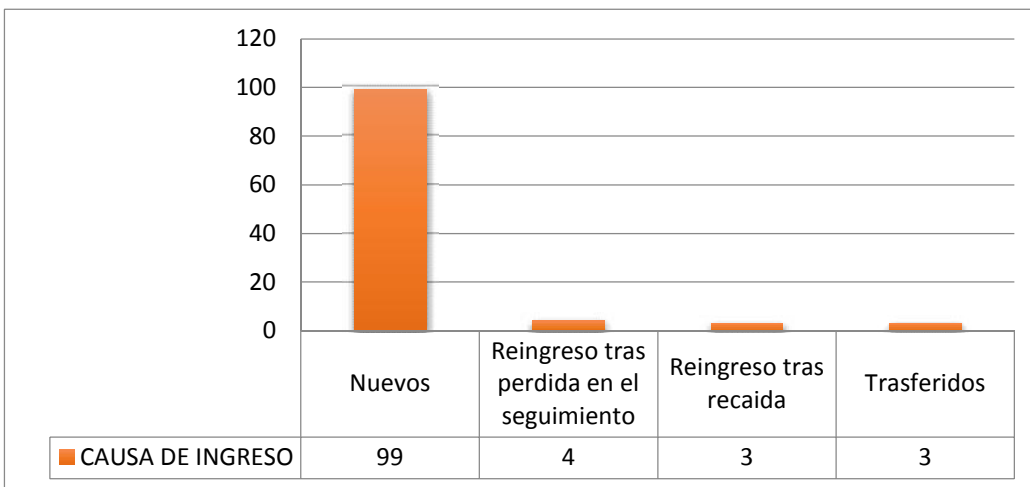
Estos se distribuyeron así:

- **Según género (masculino-femenino):**



De acuerdo a la clasificación por el género, el 61% (66 pacientes) fueron hombres y el 39% (43 pacientes) fueron mujeres con tuberculosis pulmonar.

- **Según causa de ingreso:**

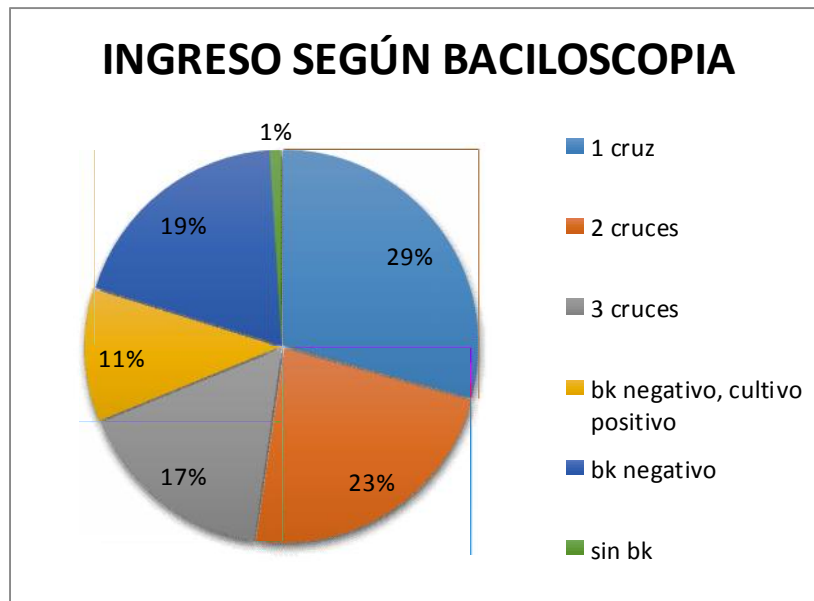




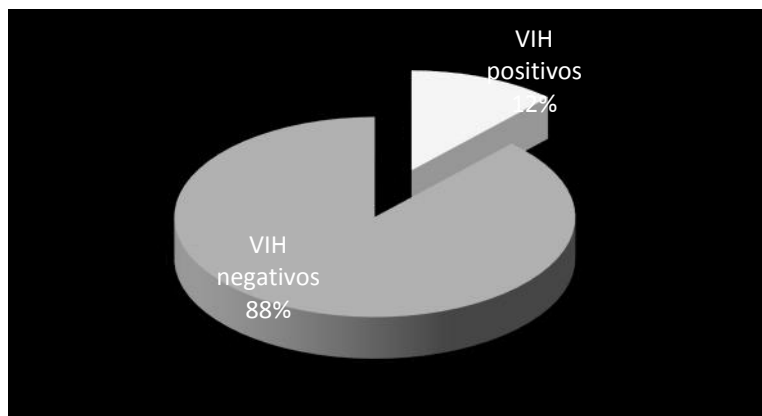
Para el año 2013, ingresaron al programa por tuberculosis pulmonar 109 pacientes, de los cuales 99 ingresaron como nuevos, 4 reingresaron tras pérdida en el seguimiento, 3 reingresaron tras recaída por fracaso en el tratamiento y 3 pacientes ingresaron como transferidos.

- **Ingreso según baciloscopia:**

Según la realización de la baciloscopia, se pudo evidenciar que: el 29% de los pacientes (32) fueron diagnosticados con una cruz; el 23% (25 pacientes) fueron diagnosticados con dos cruces, el 17% (18 pacientes) se diagnosticaron con tres cruces; el 11% (12 pacientes) tuvieron bk- y cultivo positivo, el 19% (21 pacientes) presentaron bk negativa y el 1% (1 paciente) no se les realizó bk, estos últimos fueron diagnosticados por otros medios.



- **Según coinfección TB/VIH:**



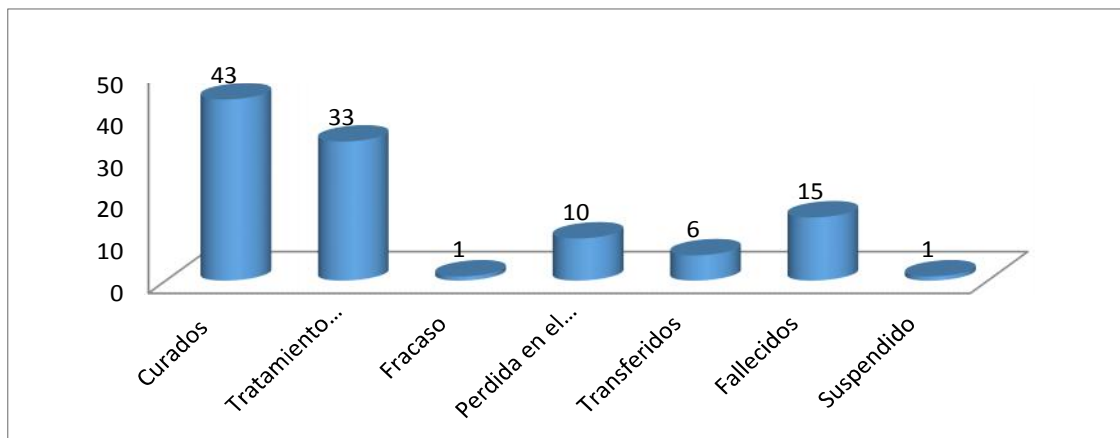
De los 109 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, el 12% (13 pacientes) presentaron coinfección TB/VIH y el 88% (96 pacientes) solo fueron diagnosticados con tuberculosis.

- **Distribución por EPS:**

EPS	NUMERO DE PACIENTES
Cafesalud	1
Comfama	1
Caprecom	26
Coomeva	3
Nueva Eps	13
Policía Nacional	2
Salud Córdor	4
Salud Total	17
Salud Vida	12
Saludcoop	9
Sanitas	2
SOS	10
Sura	6
Sin Seguridad Social	2
Particular	1

- **Causa de egreso:**

Como causa de egreso para este año 2013 de los pacientes con TB pulmonar, se evidencio que: 43 pacientes egresaron del programa como curados, 33 pacientes egresaron con tratamiento terminado, se presento 1 fracaso, paciente resistente a la Rifampicina; 10 pacientes egresaron con perdida en el seguimiento, 6 pacientes fueron transferidos a otras ciudades; 15 pacientes fallecieron y a 1 paciente se le suspendió el tratamiento ya que se le descarto la tuberculosis.

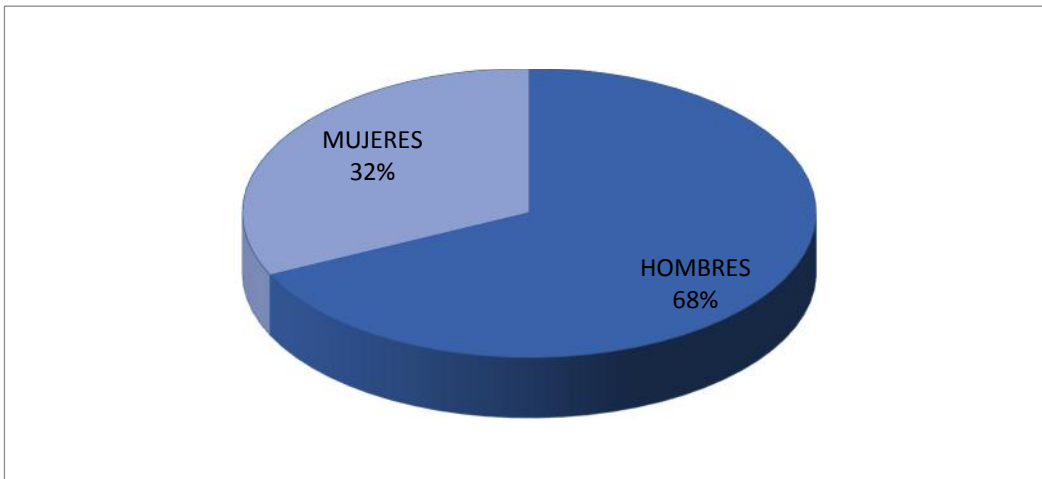


❖ **2014:**

En este año, ingresaron al programa **106** pacientes con tuberculosis de tipo pulmonar, de los cuales 5 eran habitantes de calle.

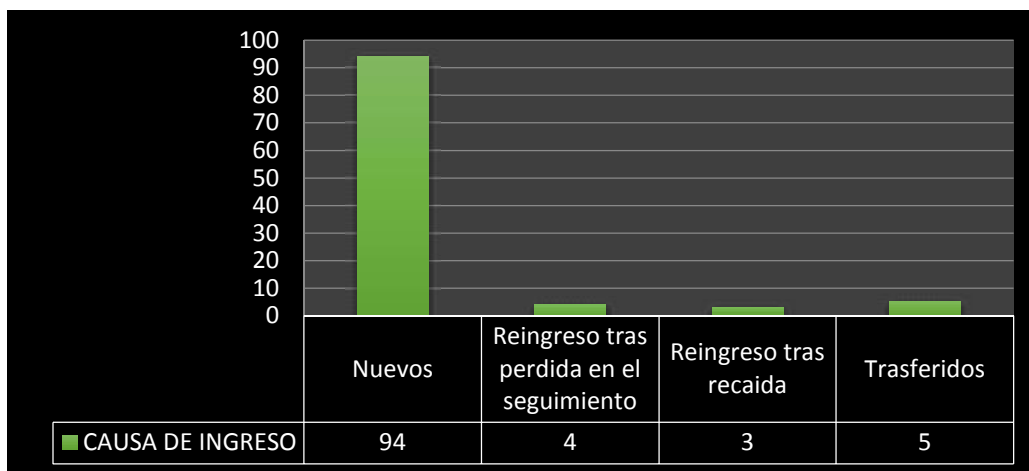
Estos se distribuyeron así:

- **Según género (masculino-femenino):**



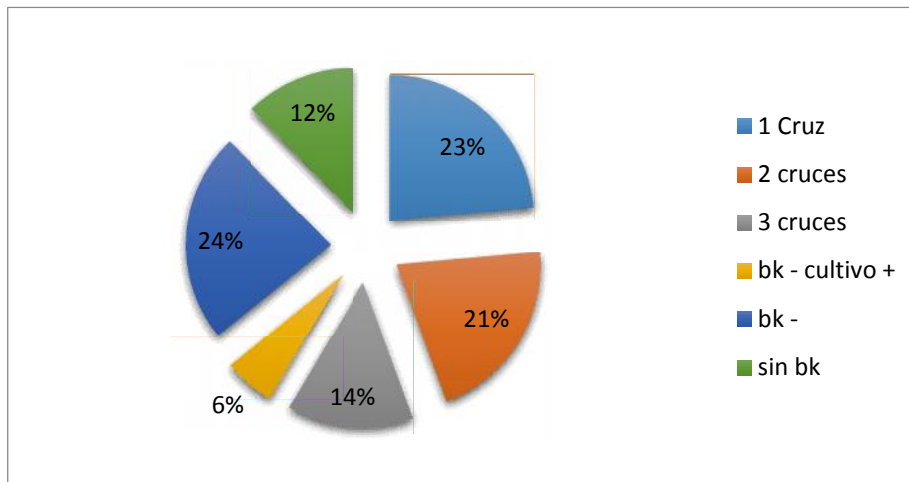
De acuerdo a la clasificación por el género, el 68% (72 pacientes) fueron hombres y el 32% (34 pacientes) fueron mujeres con tuberculosis pulmonar.

- **Según causa de ingreso:**



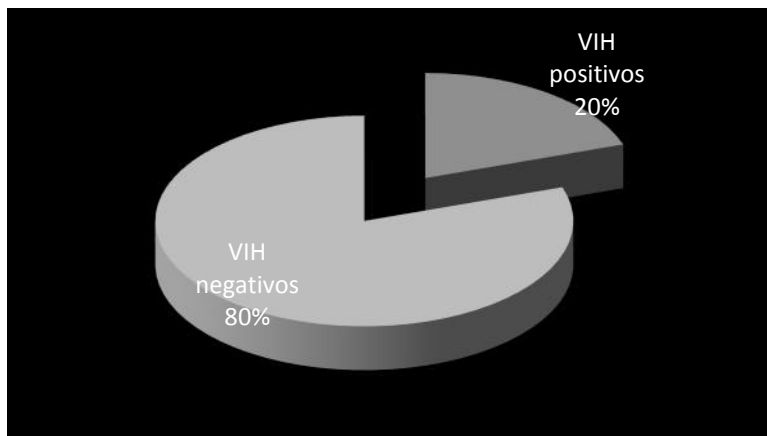
Para el año 2014, ingresaron al programa por tuberculosis pulmonar 106 pacientes, de los cuales 94 ingresaron como nuevos, 4 reingresaron tras pérdida en el seguimiento, 3 reingresaron tras recaída por fracaso en el tratamiento y 5 pacientes ingresaron como transferidos.

- **Ingreso según baciloscopia:**



Según la realización de la baciloscopia, se pudo evidenciar que: el 23% de los pacientes (25) fueron diagnosticados con una cruz; el 23% (25 pacientes) fueron diagnosticados con dos cruces, el 17% (18 pacientes) se diagnosticaron con tres cruces; el 11% (12 pacientes) tuvieron bk- y cultivo positivo, el 19% (21 pacientes) presentaron bk negativa y el 1% (1 paciente) no se les realizó bk, estos últimos fueron diagnosticados por otros medios.

- **Según coinfección TB/VIH:**

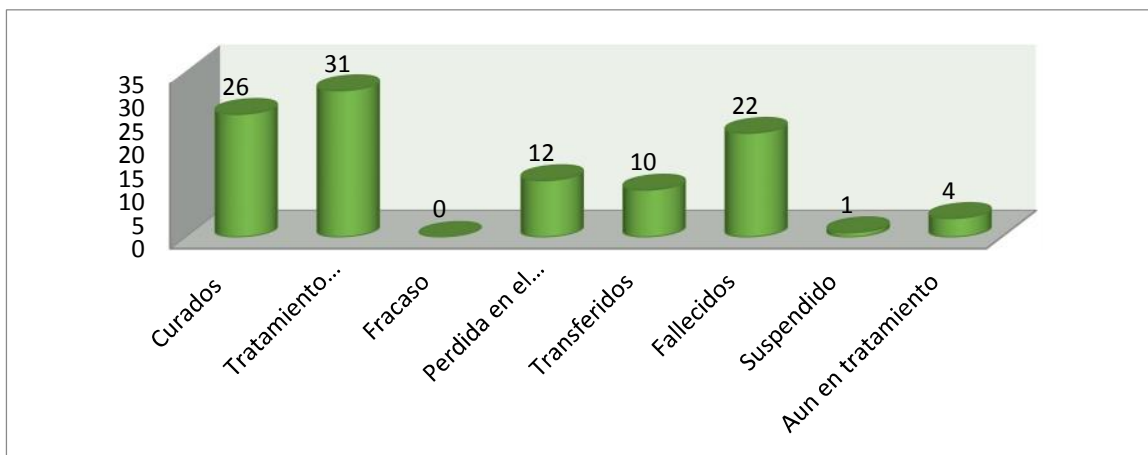


De los 106 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, el 20% (21 pacientes) presentaron coinfección TB/VIH y el 80% (85 pacientes) solo fueron diagnosticados con tuberculosis.

- **Distribución por EPS:**

EPS	NUMERO DE PACIENTES
Batallon	1
Cafesalud	7
Caprecom	27
Coomeva	3
Cosmitet	1
Nueva Eps	10
Pijao salud	2
Policía Nacional	3
Salud Total	5
Salud Vida	28
Saludcoop	7
Sanitas	2
SOS	5
Sura	1
Sin Seguridad Social	4

- **Causa de egreso:**



Como causa de egreso para este año 2014 de los pacientes con TB pulmonar, se evidencio que: 26 pacientes egresaron del programa como curados, 31 pacientes egresaron con tratamiento terminado, no se presentaron fracasos en este año; 12 pacientes egresaron con perdida en el seguimiento, 10 pacientes fueron transferidos; 22 pacientes fallecieron; a 1 paciente se le suspendió el tratamiento ya que se le descarto la tuberculosis y 4 pacientes aun están en tratamiento.

**Sintomáticos respiratorios del 2011-2013, que porcentaje por año de estos sintomáticos se les está practicando baciloscopia seriada (tres muestras), y cuantos cultivos se han realizado cuando las baciloscopias han resultado negativas.**

No puede realizarse este punto ya que no se tienen los informes trimestrales de estos años para poder sacar el número de sintomáticos captados en cada año y el porcentaje de los sintomáticos que se examinaron.

Se realiza solicitud de bases de datos de 2010-2011 al programa de TB de la DTSC junto con los informes trimestrales de dichos años para poder filtrar la información, pero no se obtiene respuesta.

**Pacientes en tratamiento supervisado, y porcentaje de curación en los 5 últimos años.**

❖ **2012:**

Para el año 2012, estuvieron recibiendo tratamiento para tuberculosis 88 pacientes con TB pulmonar.

El porcentaje de curación para este año fue de 46% y el porcentaje de tratamiento terminado fue de 27%, dando así un porcentaje de tratamiento exitoso del **73%**.

❖ **2013:**

Para el año 2013, estuvieron recibiendo tratamiento para tuberculosis 109 pacientes con TB pulmonar.

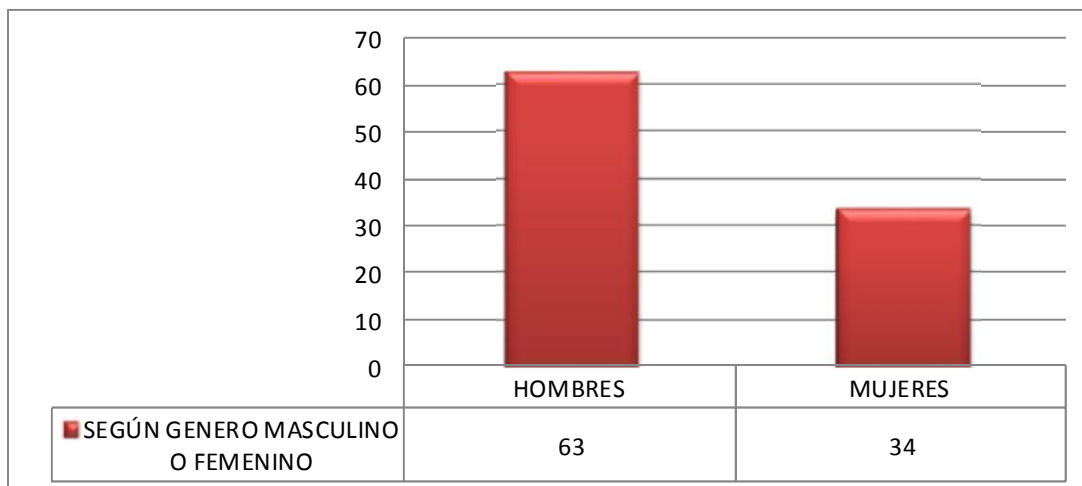
El porcentaje de curación para este año fue de 64% y el porcentaje de tratamiento terminado fue de 14%, dando así un porcentaje de tratamiento exitoso del **78%**.

❖ **2014:**

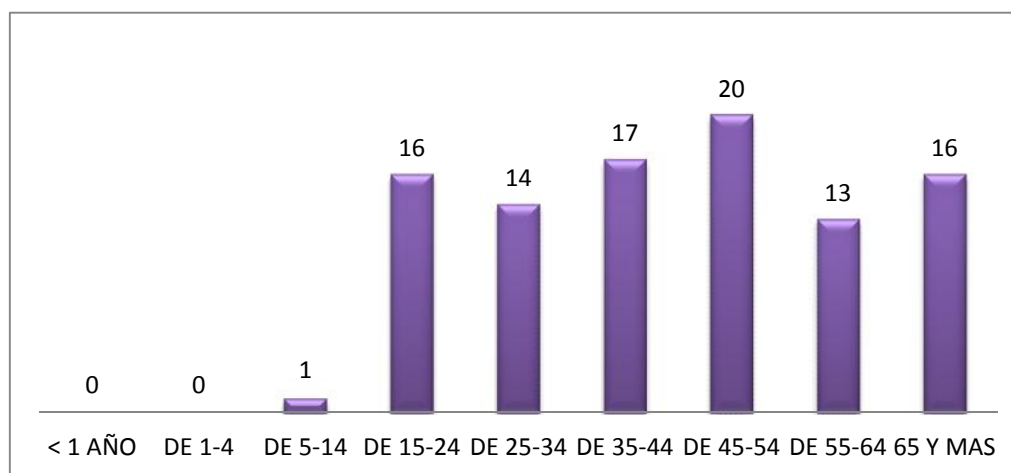
Para el año 2014, estuvieron recibiendo tratamiento para tuberculosis 106 pacientes con TB pulmonar.

El porcentaje de curación para este año fue de 34% y el porcentaje de tratamiento terminado fue de 25%, dando así un porcentaje de tratamiento exitoso del **59%**.

Durante el presente año y hasta el **31 de octubre DEL 2015**, se encontraron en el programa **97 pacientes** distribuidos así:



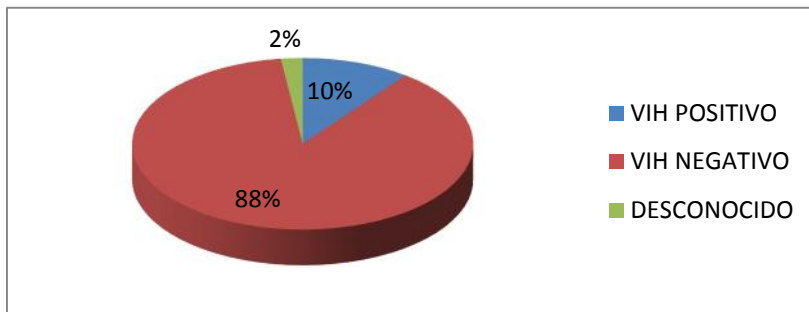
- Según rango de edades se distribuyeron así:



- Según su EPS, la distribución fue la siguiente:

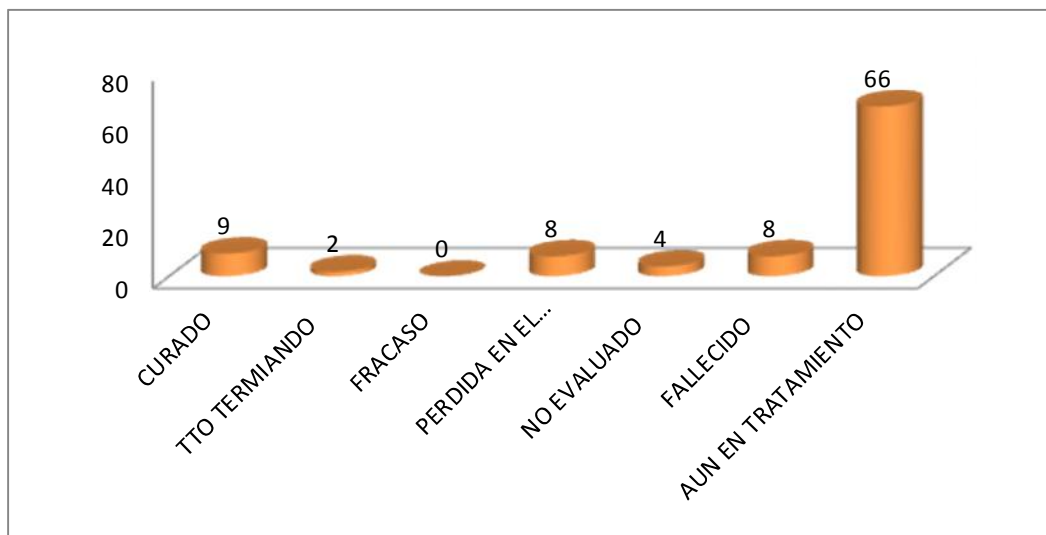
EPS	No. personas
Asmet Salud	2
Caprecom	20
Coomeva	2
Cosmitet	1
Saludcoop	5
Sanitas	1
SOS	8
Nueva Eps	10
Salud Total	13
Salud Vida	29
Sanidad Militar	1
Sura	2
Sin Seguridad Social	3

- Según coinfección TBC/VIH, la clasificación fue la siguiente:



En este año, de los 97 pacientes que se encuentran en el programa, el 88% (85 pacientes) salieron negativos; el 10% (10 pacientes) presentan coinfección TB/VIH y el 2% (2 pacientes) se les desconoce el resultado.

- Condición de egreso al final del tratamiento:



En el transcurso del año 2015, se han inscrito en el programa 97 pacientes, de los cuales hasta el momento 9 egresaron como curados, 2 con tratamiento terminado, no se han presentado fracasos, 8 pacientes presentaron pérdida en el seguimiento, 8 han fallecido, 4 salieron como no evaluados ya sea porque fueron transferidos o porque se les descartó la TB y 66 pacientes aún se encuentran en tratamiento.