

*Reporte Exploratorio*

*Texto para socialización*

Discapacidad Vial

# ITAGÜÍ

## 2016



*Medellín, Colombia. Jueves 2 de febrero de 2017*

Esta exploración se dedica a todas las personas que superan el trauma inicial por incidente vial y que sobreviven con discapacidad en contextos excluyentes como Colombia. La empresa SITT y CÍA S.A.S. asume la responsabilidad social empresarial como compromiso con la gestión sostenible de sus proyectos y entorno.

Con comportamientos éticos y compromiso social, ambiental y económico es agente de cambio en la propia empresa, la sociedad en general y las diferentes comunidades específicas en las que actúa. El reporte busca visibilizar el problema de la Discapacidad de origen Vial en Colombia



#### **SITT – SERVICIO INTEGRADO DE INGENIERÍA, TRÁNSITO Y TECNOLOGÍA**

Juan José Franco Zuluaga  
PRESIDENCIA

Simón Franco Medina  
GERENCIA GENERAL

María José Franco Medina y Ángela Vela Zúñiga  
RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

Claudia Trejos García y Manuel Castro Amaya  
GERENCIA OPERACIONES

#### **SERVICIOS DE TRÁNSITO ITAGÜÍ - SETI**

Mauricio Andrés Bedoya Echeverri  
Santiago Herrera Callejas

#### **COMITÉ DE DISCAPACIDAD ITAGÜÍ**

#### **SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN SOCIAL ITAGÜÍ**

Verónica Vanesa Martínez Tobón

#### **CENTRO DE ATENCION INTEGRAL A LA DISCAPACIDAD - CAID**

Mary Luz Acosta Hernández

#### **SECRETARÍA DE MOVILIDAD ITAGÜÍ**

Julián David Jaramillo Vásquez

#### **FAMILIA MARÍN TORO**

Jhon Alejandro Marín Toro  
Yeison Alexander Marín Toro  
Sra. Emma Toro de Marín.

#### **FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA "HÉCTOR ABAD GÓMEZ" UdeA**

Gustavo Cabrera Arana, María Victoria Osorio Ruiz,  
Natalia Velásquez Osorio y Edwin Salazar Henao

#### **Seguridad Vial de Antioquia-SEVIDA**

Discapacidad de Origen Vial  
GRUPOS DE INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN Y POLÍTICAS  
DE SALUD / EPIDEMIOLOGÍA



# CONTENIDO

RESUMEN

1. PRESENTACIÓN

2. OBJETIVOS

3. ESTADO DEL ARTE

4. MARCOS DE LA EXPLORACIÓN

5. MÉTODO DE LA EXPLORACIÓN

6. COMUNICACIÓN

7. RESULTADOS

8. CONCLUSIONES

9. RECOMENDACIONES

REFERENCIAS



## RESUMEN

### **Introducción:**

En Colombia, después del homicidio por riñas, robos, venganzas y la guerra, las lesiones viales han sido por décadas la 2a causa de muerte violenta, pero su visibilidad se opacó por el peso social y mediático del conflicto armado. Con el proceso de Paz se observa reducción progresiva de los homicidios mientras las más de 7.000 muertes viales y 600.000 lesiones no fatales en calles y carreteras en 2016 son la mayor cifra registrada en el siglo XXI, en su décimo año de aumento, principalmente en jóvenes varones en moto y adultos mayores a pie. Se estima que por cada muerte vial hay 6 a 9 lesionados con alguna discapacidad, 1 muy o severa, pero se desconocen cifras precisas y su situación de vida actual.

### **Método:**

Diseño empírico, exploratorio y observacional sobre la situación de

discapacidad de origen vial en Itagüí a 2016.

### **Resultados:**

Se identifica plataforma política, normativa e institucional para gestión de discapacidad de origen vial en el municipio, operada en Comité de Discapacidad CdD. Sin embargo, según estimaciones poblacionales de referencia y tomando en cuenta datos locales, hay sub-registro de discapacidades por toda causa; las de origen vial se desconocen.

### **Discusión:**

Es necesaria una estrategia municipal de búsqueda activa, extramural y permanente de casos de discapacidad de origen vial, de modo que la estimación real del problema permita formular una respuesta integral y eficaz de actores públicos y privados en el CdD frente al riesgo vial general y de situaciones discapacitantes originadas en la movilidad



# PRESENTACIÓN

Moverse es una necesidad biopsicosocial determinante del bienestar de personas a naciones; sin movilidad no hay desarrollo. Depende de la edad, género, etnia, información, motivación, actitudes, prácticas, educación, ocupación e ingreso, así como de la fisiografía, clima, gobierno, infraestructura y economía, entre otras muchas variables. Junto a la nutrición o el hábitat, la movilidad es de los mayores desafíos globales, en especial para que sea saludable, segura, sinérgica y sostenible. La movilidad, o mover un bien o un servicio, genera riesgo de incidente vial-IV. Los IV son eventos evitables que lesionan personas, dañan objetos y generan costos. Los IV existen desde el origen humano; hay evidencia de muerte-lesión vial en primates arrollados por mega-fauna prehistórica, en clanes nómadas y grupos bárbaros, así como en la expansión de imperios, hechos que preceden la era automotriz que a lo largo del siglo XX elevó los IV a nivel pandémico.

Desde su creación en 1945 la Organización de Naciones Unidas-ONU actúa sobre determinantes globales de salud, de morir o lesionarse, incluso en las vías. Gracias a la evidencia acumulada la ONU declaró desde 1962 los IV como serio problema de Salud Pública, no asunto de Dios, ni destino o azar. En estos 55 años varios países desarrollados lograron avances en gestión de su riesgo vial pero muchos en desarrollo, que apenas se motorizan, experimentan los impactos. En los últimos 25 años países nórdicos como Suecia, asiáticos como Japón e ibéricos como España, redujeron su mortalidad por IV a tasas de 5 a 6 x100 mil hab mientras en América Latina son de 11 x100 mil en Chile a 20 o más en Brasil, Haití o Paraguay. La de Colombia, con más de 7.000 defunciones viales en 2016, llega a casi 15 x100 mil, de las más altas en dos décadas.

Desde la 1ª Conferencia Global de Alto Nivel en Seguridad Vial de Moscú en 2009 la ONU implementa una Década de Acción en Seguridad Vial-DASV. Estimaciones en la 2ª Conferencia -Brasilia 2015, proyectaban 1,3 millones de muertes globales por IV en 2016, con 155 mil de Alaska a Patagonia. Las más de 7.000 defunciones en Colombia son, principalmente, de jóvenes varones en moto y adultos mayores de ambos sexos a pie. Los peatones, ciclistas y moteros son más vulnerables a la ocurrencia y letalidad de IV; cuando sobreviven a incidentes graves tienen secuelas, la mayoría de por vida, pero su estimación es imprecisa.

La Constitución de Colombia de 1991 es garante de los derechos a la vida, salud y movilidad. Las leyes 100 de 1993 sobre Seguridad Social, la 769 de 2002 o Código de Tránsito, las de psicoactivos al conducir, de la Agencia Nacional de Seguridad Vial-ANSV o estatutaria en Salud, expresan este interés. Sin embargo, los resultados no son favorables; en Colombia, desde 1991, unas 200 mil personas han muerto en IV, cifra similar a la de muertes por el conflicto armado desde 1965. En 25 años los lesionados graves por IV serían 2,5 millones, una población como Medellín; los moderados a leves unos 7,5 millones, como Bogotá. Medicina Legal ha sido la fuente oficial en cifras de muerte vial. De 5.700 en 2010, año base de la DASV, se pasó a 6.400 en 2014, 6.900 en 2015 y más



de 7.000 en 2016. Valle y Antioquia lideran con unos 1.000 registros mortales por año cada uno; les sigue Bogotá con una media de 555 al año. Según Registros Individuales de Prestación de Servicios-RIPS del Ministerio de Salud y reclamaciones al SOAT de FASECOLDA, los lesionados en Colombia por IV al año serían de 600.000 a 650.000, con 1/6 en Antioquia. Itagüí tiene un promedio de 25 muertes viales al año; por cada muerte registrada en IV las proyecciones estadísticas indicarían hasta 99 lesiones no fatales, 9 muy o graves, 40 moderadas y otras 50 leves, para un estimado de 2.500 personas afectadas al año en IV la ciudad.



Con cada muerte vial habría 6 a 9 sobrevivientes con secuelas. Uno en condición de discapacidad muy o severa, tipo cuadri o hemiplejía, de por vida. Dos a tres moderadas y, cuatro a seis leves. El costo en dolor, bienestar, productividad y desarrollo por externalidades viales es percibido como alto. Con el cruce de tres metodologías, propuestas separadamente por Bocarejo en UniAndes, Bhalla en Harvard y Henao en la escuela Julio Garavito, el grupo SEVIDA-UdeA estimó que las externalidades viales de Colombia en 2016 costaron entre 2,2% y 3,3% del PIB nacional estimado en unos \$800 billones; serían hasta \$27 billones, una cifra año similar al costo anual del conflicto armado, o a la necesidad presupuestal al año del posconflicto.

En este complejo contexto, buscando generar evidencia y aportar referentes preventivos a la gestión del riesgo vial, la empresa SITT y Cía. S.A.S., junto con su consorcio local SETI, se articularon a finales de 2016 con el grupo SEVIDA-UdeA y con representantes municipales para explorar el tema en Itagüí.



## OBJETIVOS

### General:

Explorar la situación de la Discapacidad de origen vial en Itagüí a 2016, para ofrecer algunas bases conceptuales, socio-epidémicas, político-programáticas y metodológicas para su intervención integral

### Específicos

- Sintetizar un estado del arte sobre Discapacidad.
  - Identificar los marcos político-normativo internacional y local en el tema.
  - Documentar aspectos para la gestión de discapacidad de origen vial en Itagüí al 2016.
- Proponer una estrategia de socialización de hallazgos para la sensibilización en el tema en 2017.
- Proponer una intervención general al riesgo vial, y específica en discapacidades asociadas en Itagüí a 2019.





# ESTADO DEL ARTE

Referente temático.

## Conceptual

La diversidad es propia de toda especie. Por biología o ambiente, congénita o adquirida, a veces hay marcada diferencia en algunos individuos de la especie humana frente a lo considerado "normal", expresándose como déficit orgánico y funcional, cuyo estudio es relativamente reciente. La Organización Mundial de Salud-OMS, agencia especializada de la ONU en Salud Internacional y Salud Pública, que gestiona conocimientos en pro de vidas socialmente plenas para todos y tras una década de trabajo, publicó en 1980 la Clasificación Internacional de Impedimentos, Discapacidades y Desventajas-CIIDD. Fue actualizada a 2001 y re-denominada como Clasificación Internacional de Funcionamiento-CIF por acentuar en la función para actividades y la participación frente a deterioros, limitación de actividad o restricciones de salud corporal, individual y social. La CIF es de la familia de las clasificaciones de OMS; su información dinamiza y enriquece a su pariente más cercana, la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE 10, creada hace 123 años, desde 1893. Así, queda claro que clasificar las discapacidades o enfermedades no es un asunto arbitrario o local, sino una propuesta sistemática, mundial y estandarizada. Como paradigma vigente del siglo XXI la CIF es eje de conceptos relacionados a la salud de amplia utilización en la literatura; metodológicamente es útil para definir qué debemos medir al evaluar el funcionamiento integral y comprender cómo se interactúa. Esta perspectiva supuso un concepto radical y novedoso en que se asume que todos podemos experimentar en cualquier momento un deterioro de salud y, por tanto, alguna discapacidad. La Discapacidad no es característica de grupos ni depende de las causas; es una experiencia humana crítica enmarcada en un concepto universal, dinámico y bidireccional según el impacto de la interacción entre el estado de salud y factores propios del modelo biopsicosocial.

## Socio-epidemiológico

Vivir en desventaja cuesta mucho a individuos, familias y naciones. Los primeros no logran su bienestar mientras las últimas arrastran cargas que impiden su desarrollo. La CIE 10 aborda las enfermedades y lesiones por IV como las asociadas o efectos del transporte. Los mayores avances en la comprensión socio-epidemiológica del impacto de enfermedades-lesiones externas, entre estas por IV, tienen apenas dos décadas gracias al trabajo de Murray, y López desde Seattle con sus colaboradores en todo el mundo; señalaron que costaron en 2010 a la población global 300 millones de años de vida saludable, principalmente en jóvenes y 11% ajustados por discapacidad; que respondieron por 1/3 de lesiones mundiales, casi el doble de lo observado en 1990. Evidencias señalan que los





costos en salud y seguridad social asociados a IV son insostenibles; que empobrecen a todos, sea que los lesionados mueran o sobrevivan, por lo que es obligación moral y social evitarlos, más si causan discapacidad a corto o largo plazo. La OMS estimó hace unos años que el 15% de la población del planeta vive con alguna Discapacidad, 4% del tipo muy o grave. En Colombia los estudios de carga de enfermedad de Peñalosa y colaboradores no dan precisión. Lugo y Seijas, quizá en la contribución más completa, señalan que según el censo DANE 2005 la Discapacidad en Colombia era 6,3% en contraste al 24% reportado por Brasil, 13% en Chile y 12% en Ecuador. Gómez, un investigador del DANE, señaló que el porcentaje en Colombia puede ser de 9 % en ciertas regiones. El registro nacional de Discapacidad de MinSalud revelaba al 2011 una prevalencia de 13% para Antioquia, la mayoría por alteración de movilidad como evento mucho más frecuente en personas jóvenes con baja escolaridad e ingreso residentes en zonas urbanas. La motorización e IV registrados en los últimos años y la evidencia de Forensis sobre muerte y lesión vial en Colombia ratifican ausencia de información sobre el registro y la atención integral de sobrevivientes a IV que quedan en condición de discapacidad.



# MARCOS DE LA EXPLORACIÓN

Referentes de política pública, norma y gestión

Sin líneas de Política, Norma y Gestión, cualquier tarea se condena al fracaso. En el ámbito de la Salud, las líneas en Salud Pública y Discapacidad han sido redefinidas por la ONU en su 70ª Asamblea en los llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS a 2030. También son referentes, en lo internacional la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la ONU desde el 13 de diciembre de 2006. En el ámbito nacional están la Constitución Política de Colombia de 1991, la Ley 100 de 1993 o de Seguridad Social y todos sus desarrollos. El Decreto 730 de 1995, sobre el Comité Consultivo de Discapacidad. El CONPES 2761 de 1995 o Política Nacional de Discapacidad. El Artículo 5 Ley 361 de 1997 sobre titularidad de derechos. El Decreto 275 del 2000 para el Comité Consultivo de Limitación. El CONPES 80 de 2004. La Ley 1145 de 2007: Sistema Nacional de Discapacidad. El Artículo 1 Ley 1346 de 2009: "Personas con discapacidad incluye a aquellas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva, en igualdad de condiciones". El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021, que busca la equidad en salud y desarrollo de todos los colombianos, es el que en una de sus dos dimensiones transversales, de Gestión Diferencial de Vulnerables, enmarca por último un conjunto de políticas e intervenciones sectoriales en salud y transectoriales, para reconocer diferencias e implementar medidas en un marco de derechos para poblaciones de mayor vulnerabilidad, identificando personas en situación de discapacidad y aplicando los desarrollos del PNSP expresados en concreto actualmente en la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS y la Ruta Integral de Atención en Salud-RIAS.

## **OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE**



Fuente: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

# 5

## MÉTODO DE EXPLORACIÓN

Se propuso método rápido para explorar la situación, cuyos hallazgos sean base de trabajo descriptivo.

### Diseño

Enfoque empírico-observacional y alcance exploratorio a fuentes consultadas transversalmente a fines de 2016.

### Fuentes

Para sintetizar el estado del arte e identificar marcos se hizo revisión de referentes. Para documentar aspectos de gestión y del estado de la situación se hicieron visitas de campo y búsqueda de registros.

### Universo

Personas en Itagüí a 2016 con discapacidades sensoriales, perceptuales, motoras, cognitivas, psico-sociales, entre otras, por efecto de IV ocurrido en cualquier tiempo y lugar

### Variables

De infraestructura, demográficas y sociales; de IV, condición de vida, salud y movilidad

### Instrumento

De registro de hechos, observaciones y los diversos referentes de interés

### Técnicas

Observacionales, con prioridad a revisión documental

### Ética

Según norma y criterios, en especial en anonimato de personas de estudio, respeto de no participación, intimidad, protección de información se estimó riesgo bajo al ejecutar la exploración.



## 6 COMUNICACIÓN

Para sensibilización y acción.

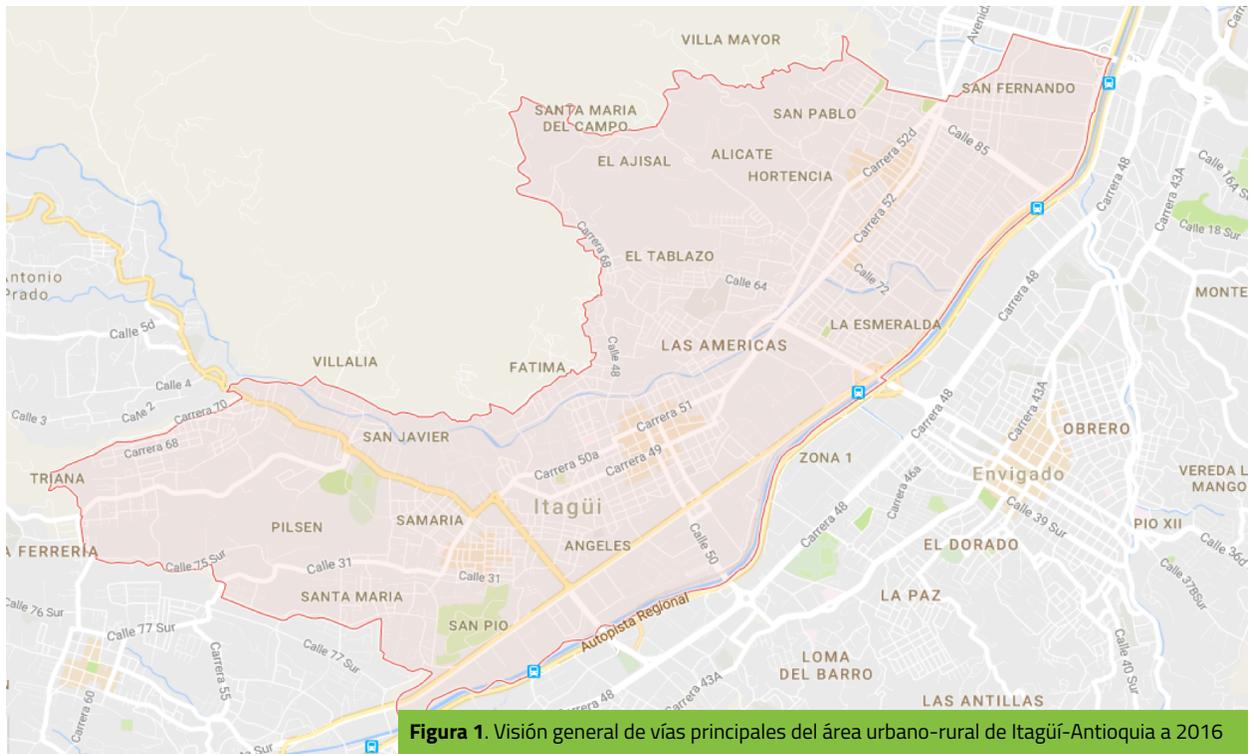
Se prevé presentación a SITT Bogotá y SETI Itagüí; al Presidente del Concejo Nacional de Discapacidad; al Comité de Discapacidad, Secretaría de Movilidad y Alcalde de Itagüí. Con base en sugerencias, inquietudes y recomendaciones recibidas se comunicará en: periódico Alma-Mater UdeA; revista MUNICIPIOS SIMIT-Federación Colombiana de Municipios; boletines de prensa y socialización en medios o redes varias, a partir de reseña con síntesis del estudio para divulgación en 2017, incluyendo en el informe general y de Responsabilidad Social Empresarial de SITT 2016.



## 7 RESULTADOS

Al final de 2016 se efectuó trabajo de campo en Itagüí, uno de diez municipios del Área Metropolitana y clave en la movilidad del centro-sur de Antioquia. Con 266.000 habitantes y miles de visitantes que trabajan, compran, se recrean, originan o terminan viajes a motor o no cada día en su territorio, límite con Medellín, Envigado, Sabaneta y La Estrella. Es el tercer municipio más pequeño del país con 19 Km<sup>2</sup>, antecedido por Providencia-Santa Catalina con 18 Km<sup>2</sup> y Sabaneta de 15 Km<sup>2</sup>. Itagüí es el municipio más densamente poblado y de los más industrializados de Colombia. Está ocupado por edificaciones comerciales y orientación industrial, cerca al río Medellín. Aproximación a su configuración revela vías de diversa amplitud, con asimetría e irregularidad de trazado, probablemente muestra de trazados no planeados, observables a groso modo en la figura 1. La distribución urbano-rural se presenta en figura adjunta a este reporte. En varios recorridos se observó infraestructura y se identificó que, como en muchas otras municipalidades, Itagüí tiene, excepto en zonas como el parque central, serias limitaciones de infraestructura física por especificaciones técnicas y geometría, con ausencia, falta de continuidad o deterioro físico de andenes peatonales y de calzadas vehiculares, algo que se traduce, necesariamente, en mayor riesgo y exposición local a eventos viales no deseados así como a limitaciones a la movilidad general.





**Figura 1.** Visión general de vías principales del área urbano-rural de Itagüí-Antioquia a 2016

Desde el 22 de Mayo de 2013, según Acuerdo 06 del Concejo de Itagüí, se creó el Comité de Atención Integral a la Discapacidad-CdD. Dicho CdD cuya Secretaría Técnica ejerce la SubSecretaría de Atención Social con apoyo de profesionales y auxiliares adscritos al CAID, está integrado por el Alcalde o su delegado, quien lo preside, los responsables de Salud, Educación, Movilidad, Participación e Inclusión Social, Deporte y Recreación, Infraestructura, Vivienda y Habitat, Gobierno, Cultura, Comunicaciones y, la Agencia para el Desarrollo Local de Itagüí-ADELI, así como representantes de organizaciones cuyo objeto social es con Personas con Discapacidad-PcD, sea física, visual, auditiva, cognitiva, displásico-esquelética o múltiple. El Centro de Atención a la Discapacidad-CAID opera en la Cr 47ª #50-65 de Itagüí, sede administrativo-programática local. A los responsables del CAID se socializó el interés por explorar la situación; se conoció de la responsabilidad del CAID como generadora de datos al Registro de Localización y Caracterización de Población con Discapacidad-RLCPcD, con gestión centralizada en la Secretaría de Protección Social de Antioquia. SEVIDA-UdeA buscó más información del RLCPcD; no fue posible con la Secretaría de Protección Social de Antioquia.



El CdD adopta políticas y construye el plan local de Discapacidad. En el Acuerdo 011 del 21 de Diciembre 2015 se adoptó la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social a 2024, y se establecieron las líneas al Plan Operativo de Discapacidad-POD, en construcción. Tomando en cuenta el Acuerdo 06 de Mayo del 2013 se estimó necesario presentar la propuesta de

investigación a la Secretaría Técnica del CdD, Sub-Secretaría de Atención Social - Secretaría de Participación e Inclusión Social para informe del proceso ante el CdD.

El RLCPcD depende de consultas espontáneas o remisiones; por falta de recursos diversos, de humanos a tecnológicos, no hay búsqueda activa ni extramural; Itagüí tiene apenas 1.117 casos registrados. Con 266.000 hab en 2016 según proyecciones DANE, cifra referente del Plan de Desarrollo Local 2016-2019, los 1.117 PcD arrojan una prevalencia de solo 0,42% discapacidades por toda causa lo que, frente a mínimo 6% en Colombia y 18% en población como Brasil, es muy baja. Se identificó una fuente adicional de información sobre PcD en Itagüí; la base de datos de la Secretaría de Planeación, referente del Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales-SISBEN, tiene 3.707 registros, 3 veces más que 1.117 del CAID, arroja una prevalencia del 1,4% PcD. Con estos 3.707 registros de PcD se caracteriza que:

1. 3.210 (87%) son urbanos; 487 (13%) rurales. El 52% de discapacidades son en varones de toda edad.
2. 1.060 (29%) tienen compromiso cognitivo. Hay 866 (24%) con limitación para moverse y 755 (20%) no salen solas a la calle. 422 (11%) tienen déficit auditivo; 325 (9%) en actividades cotidianas; 144 (4%) déficit visual y 133 (3%) compromiso del habla, la voz o la comunicación.
3. 3% son <10 años; 10% tienen de 10-19; 13% de 20-29; 11% están de 30-39 y de 40-49, 17% de 50 a 59, 13% de 60-69, 9% de 70-79, 7% de 80-89. Hay 110 >90 años y, sorprende, 14 personas superan 100 años.
4. Según nivel de educación 37% tienen primaria, en 35% no hay dato, 25% refiere estudios de secundaria y solo 3% reporta estudios técnicos, tecnológicos, universitarios o de posgrado.

Como complemento a la caracterización exploratoria del riesgo y con información consolidada por SITT-SETI la síntesis de eventos viales registrados a 31 de diciembre de 2016 en Itagüí es la siguiente:

1. Hubo 4.645 Incidentes Policiales de Accidente de Tránsito-IPAT reportados, media de 13 x día, con 8.721 personas involucradas, 24 a cada día o sea unas 2 personas por cada reporte; 6.946 (88%) eran varones.
2. En estos 4.645 IPAT 10 fueron IV con 15 muertos. La distribución de IV con heridos o solo daños es similar: 2.340 con lesiones y 2.295 solo daños.
3. No hubo variación significativa en IPAT por mes, de 7% a 9%. La menor fue Enero con 346 (7,4%); las mayores en Agosto y Septiembre, respectivamente, con 419 y 417 (9%).
4. La incidencia de IV es mayor viernes (16,1%) con media de 750 IPAT respecto de los 664 que en promedio se reportan otros días. El domingo, con 460 eventos (9,9%) es el de menor frecuencia.



5. Según muerte-lesión en 3.039 afectados, 1.735 (57%) fueron motociclistas, 390 (13%) peatones, 227 (7%) pasajeros de autos, 184 (6%) acompañantes, 118 (4%) ciclistas y 385 (13%) conductores.

6. 151 (2%) conductores eran < de 18 años. De 25 a 34 hubo 2.715 (34%); de 35 a 44 fueron 1.612 (20%) seguidos del grupo de 18 a 24 con 1.476 (18%); 45 a 54 fueron 1.282 (16%) y 736 (9%) >55 años.

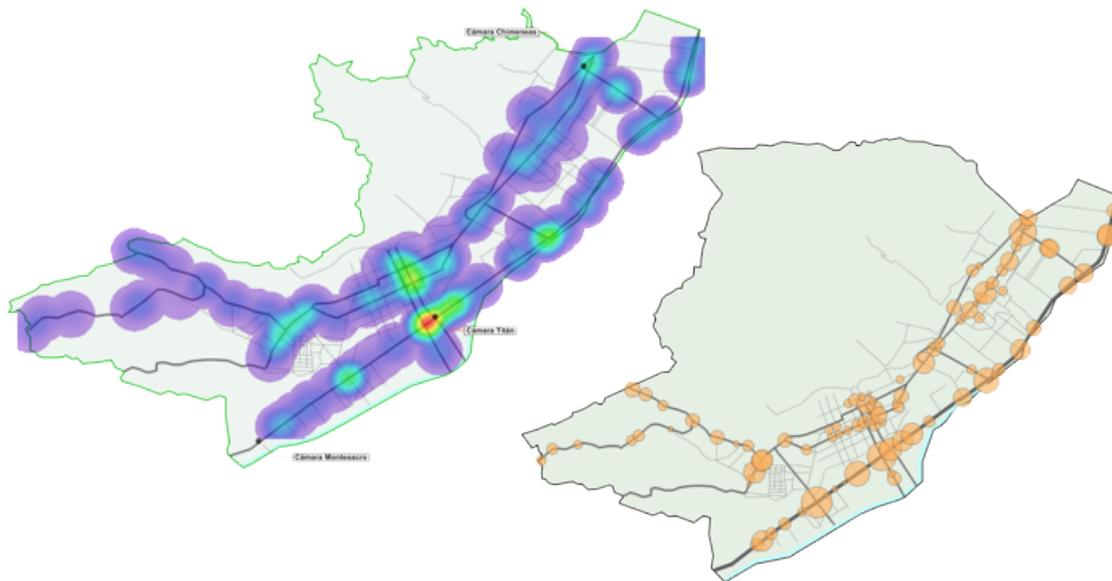
7. Según vehículo involucrado hubo 3.553 auto-camioneta-campero (43%), 2.917 motos (36%), 715 bus-buseta-microbús (9%), 670 camión o tracto-camión (8%), 203 otros (3%) y 139 ciclas (2%).

8. Por servicio involucrado 5.591 (69%) fueron particulares, 2.200 (27%) públicos y 357 (4%) otros.

Vale señalar que en Colombia no todo IV es registrado en IPAT, por lo que hay sub-registro de eventos; lo mismo ocurre con lesiones captadas por Medicina Legal respecto de la cifra real de personas que requieren atención médica por IV pero no consultan en una IPS.

Análisis exploratorio a sub-muestra de 3.039 IPAT 2016, en los que hubo lesiones graves fatales (n:15) y no fatales (n:3.024) indicó que: >70% de lesiones fueron en residentes de otros municipios; que >50% se desplazaban en moto; que 33% ocurrió con 25-34 años; que el registro de datos como sexo, incluso de muertos, no es completo; que 95% de involucrados tenía SOAT vigente pero que 50% de 436 que no tenían SOAT se involucró en IV graves y que los IV graves aumentaron hacia el fin de año.

Dos mapas ilustran de dos formas distintas pero complementarias, el comportamiento de los IV en Itagüí durante 2016. En el primero, como mapa de calor representado en colores violeta a rojo se presenta la agrupación geo-referenciada y creciente de eventos según direcciones en IPAT. El segundo, mediante circunferencias, muestra como los más de 4.500 IPAT se distribuyen a lo largo y ancho del territorio, con predominio en intersecciones.



En diciembre de 2016, gracias a vínculos previos entre el grupo de investigación SEVIDA-UdeA con una familia domiciliada en Itagüí, uno de cuyos integrantes está en condición de Discapacidad por efecto de IV, se hizo una visita previamente consentida. Se constató el impacto del IV en la vida personal y familiar, las barreras arquitectónicas domiciliarias y las urbanísticas comunitarias por falta de infraestructura apropiada para la movilidad asistida o el transporte público de una persona en CdD. Esta familia, sensibilizada ante la situación, relató sobre otros casos de IV conocidos con efectos o secuelas en personas y familia. Fue muy relevante su vivencia respecto de andenes o vías asimétricas, irregulares y deterioradas, que hacen más difícil la transitabilidad y el uso del espacio público para todos, en especial para las PcD en Itagüí.

A seguir breve descripción de dos casos; el de la familia antes comentada y, de una persona conocida por intermedio de ellos, cercana a su domicilio, también con discapacidad derivada de IV.

## Caso 1

Varón de 26 años, soltero, sin hijos, que vive en domicilio familiar en un 2° piso, con sus padres y un hermano mayor quien no laboró más por fuera para dedicarse a su cuidado después de secuelas IV. Hace 26 meses, mientras conducía rápido y sin pleno control emocional por haber tenido disputa verbal con su pareja, al volante de moto de su propiedad, choca contra bus de servicio público. Al caer, por llevar el casco sin abrochar, este sale de su cabeza que golpea el asfalto y bordillo del andén, con trauma masivo en cráneo y pérdida de masa encefálica. Traslado, ingreso y cirugía de urgencias, con permanencia prolongada en unidad de cuidado intensivo en coma inducido. En la actualidad no tiene comunicación oral, sufre severa limitación de movimientos, en especial del hemi-cuerpo derecho con fuerte dependencia del cuidado por familiares, uno de ellos su hermano mayor como mencionado. Acaban de alcanzar notificación de reconocimiento pensional, asunto infrecuente pero que se surte gracias a las semanas acumuladas por cotización que su padre hizo desde que él cumplió 18 años, y que solo se interrumpía cuando era contratado y asegurado por tercero natural o jurídico. La familia reseña gasto de bolsillo superior acumulado de 3 millones de pesos en el proceso con abogados para obtener el beneficio pensional que, sin duda, se valora útil ante gastos diarios como pañales, de cuidado y desplazamientos ocasionales para consultas de salud o terapias de diverso tipo

## Caso 2

Varón, soltero, sin hijos y 32 años, quien vive con su madre de 80 años y que se comunica oralmente pero tiene serio compromiso de la movilidad que le obliga a usar silla de ruedas y depender de otros para ponerse en pie o desplazarse a corta distancia en el domicilio, también ubicado en 2° piso, razón por la que casi no sale. Hace 11 años, mientras conducía una moto en horas nocturnas en una vía al sur del Valle de Aburrá, en construcción, mal señalizada y sin iluminación, fue arrollado desde atrás por un campero Toyota Prado que lo quiso adelantar en sitio estrecho. Los ocupantes, al parecer ebrios según relato de su parrillero quien sufrió fracturas, huyen del lugar de los hechos al ver movimiento del acompañante. Por baja temperatura, coma y mínimo signo vital fue dado por muerto en la vía por personal sin entrenamiento en Atención Pre Hospitalaria-APH que atendió llamado, e introducido a bolsa de despojos mortales para ser trasladado a necropsia o embalsamamiento en hospital cercano donde, por acaso, alguien presente sintió sus movimientos respiratorios o reflejos, lo reaniman con maniobras y es trasladado al Hospital San Vicente de Medellín donde pasó 25 días en coma. No tiene Seguridad Social y sus averiguaciones todos estos años han sido infructuosas buscando un beneficio pensional. Tuvo lesión severa de tráquea que lo lleva a someterse a procedimiento experimental del reconocido cirujano de cuello de la Facultad de Medicina de la UdeA, Dr. Tintinago, gracias a lo cual sobrevive y tiene preservada la voz y el habla. Daños cerebrales derivados de cuadro epiléptico, anoxia e hipoxia dejaron compromisos de cuerpos callosos que conectan los hemisferios cerebrales. Refiere, con insistencia y amargura, críticas fuertes ante la falta de ayuda del Estado local, departamental o nacional.

# 8

## CONCLUSIONES

Según estimaciones sobre prevalencia de discapacidad en diversas poblaciones existe en Itagüí un importante sub-registro general de PcD, corregible con una estrategia de búsqueda activa de casos. Aunque cerca del 25% en más de 3.700 personas del RLCPCD se clasifican o presentan limitaciones en movilidad, no se conoce la cifra o porcentaje específico asociado a la ocurrencia de IV. Es pertinente una articulación decidida de distintos sectores, actores y despachos, especialmente Gobierno, Planeación, Educación, Salud e Infraestructura, para mejorar la cultura vial local así como para estructurar una respuesta integral a las víctimas viales.

Para trabajo local, sistemático, ante riesgos y efectos de discapacidad de origen vial es altamente favorable la existencia del CAID, del Acuerdo municipal así como la estructura institucional y humana actualmente a cargo de la implementación de la Política pública y la ejecución del Plan, hoy en construcción. Así, a pesar de la naturaleza exploratoria de este reporte, se alcanzaron resultados valiosos gracias a la apertura y colaboración en los actores locales. Los reportes IPAT podrían ser más útiles si la calidad del registro mejora.

La Política local de discapacidad no se expresa aún en una propuesta que contemple frecuencia observada y creciente de muerte-lesión vial no fatal en Itagüí, indicador indirecto de PcD sobrevivientes a IV, que se acumulan por sobrevida, en especial de jóvenes en grave condición discapacitante.

Existe marco global, nacional y local para abordar integralmente el riesgo, eventos y efectos viales en Itagüí





## RECOMENDACIONES

El CAID, su Plan de trabajo y la adopción-monitoreo de la Política de Discapacidad pueden beneficiarse de esta exploración. Trabajo articulado del Alcalde, el Comité, el grupo SEVIDA-UdeA y equipo SETI-SITT, así como otros actores públicos y privados como son grupos de interés en movilidad, Metroplús, transportadores colectivos e individuales, redundará en mejor condición de movilidad segura para todos.

La búsqueda activa y extramural de PcD para un censo local, o gestión ante el DANE para obtener y analizar información del censo nacional efectuado en 2016, son opciones para la estimación real del problema. Es necesario establecer mecanismos de acompañamiento socio-legal institucional y domiciliar a víctimas de IV graves, su afiliación preferente a la Seguridad Social y el monitoreo de la situación en el tiempo. Vale señalar que está en ejecución una contratación de la Agencia Nacional de Seguridad Vial en este sentido.

Mejoras en la infraestructura de andenes, ciclo-carriles, vías, nomenclatura urbana, señales verticales y de piso, tal como es observada en la zona central municipal recientemente modernizada, así como del uso sistemático de diversos recursos de tecnología como semaforización inteligente, foto-detección con fines preventivos y de control en toda la ciudad así como en zonas específicas de próxima operación de buses alimentadores y troncales de METROPLÚS, factores significativos para reducción del riesgo vial local.

Esta exploración en Itagüí demuestra que un simple proceso basado en el chequeo local de la existencia de: grupo o instancia oficial o de organización pública o privada encargada del tema, de la promulgación de Política para Personas con Discapacidad en general, del RLPcD, y evidencia de acciones locales, puede ser la base para estructurar un trabajo sistemático para afrontar el riesgo vial y sus efectos. La experiencia SEVIDA UdeA, tanto en formulación a 2015 como en evaluación del Modelo de Gestión en Seguridad Vial-MOGESVI en Antioquia 2016, se ofrece a Itagüí para gestión integral de riesgo vial.



## Referencias

1. Cabrera G, Velásquez N. Seguridad vial en Colombia a 2016: Evidencias del fracaso. Preparado a Rev Panam de Salud Pública 2017.
2. World Health Organization. International classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: WHO, 1980.
3. World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO, 2001.
4. Fernández J. Funcionamiento y discapacidad: Clasificación CIF. Rev. Española Salud Pública 2009; 83 (6): 775-83.
5. Cortes E, Riveros L, Pineda G. Clasificación Internacional del Funcionamiento y certificación de discapacidad en Colombia. Rev. Salud Pública 2013; 15 (1): 129-37.
6. Fernández J, Fernández M, Ciesa A. Clasificación internacional como plataforma esencial para la clarificación de conceptos relacionados con la salud. Salud (i) Ciencia 2015; (21): 388-95.
7. World Health Organization. International statistical classification diseases-related health problems. 5th ed. Geneva: WHO, 2016.
8. Murray C. Quantifying Disease: Technical Basis for Disability-Adjusted Life Years. Bull World Health Org 1994; 73(3): 429-45.
9. Murray C, López A. Evidence-Based Health Policy-Lessons Global Burden Disease Study. SCIENCE 1996; 274: 740-3.
10. Murray C, López A. Global mortality, disability, risk factors: Global Burden Disease Study. LANCET 1997; 349: 1436-42.
11. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, et al. Global, regional and national incidence, prevalence and years lived with disability for acute and chronic diseases and injuries 1990-2013: a analysis for GBD Study 2013. LANCET 2015; 386: 743-800.
12. World Health Organization. World report on disability. Geneva: WHO, 2011.
13. Peñalosa E, Salamanca N, Rodríguez J, et al. Estimación carga de enfermedad Colombia 2010. Bogotá: CENDEX, 2014.
14. Lugo L, Seijas V. La discapacidad en Colombia: una mirada global. Rev Col Med Fis Rehab 2012; 22(2): 164-79.
15. Gómez J. Identificación de personas con discapacidad con rediseño de registro. Bogotá: DANE, 2008.
16. Mendivelso F. Panorama de discapacidad en Colombia. Bogotá: Observatorio de Género N° 14: 9-15, 2012.
17. Area Metro del Valle de Aburrá. Encuesta origen-destino 2012. Medellín: El Área, 2013.
18. Concejo de Itagüí. Acuerdo 20 de 2017 sobre el Plan de Ordenamiento Territorial-POT. Itagüí: El Concejo, 2007.
19. Ministerio de Salud. Accesibilidad física. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Discapacidad\\_Accesibilidadfisica.aspx](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Discapacidad_Accesibilidadfisica.aspx) consultado en nov de 2016.
20. Verswyvel S. Manual de medidas básicas para la construcción accesible. Bogotá: Una Ciudad para Todos, 2012.
21. Caballero L. Solución de hábitat para población en personas en condición de discapacidad motriz. Bogotá: U Javeriana, 2012.
22. Tapia S, Calvo L. Transitemos: Decenio de infracciones en Colombia. Bogotá: FCM-SIMIT, 2015.
23. Dirección Nacional SIMIT. Transitemos 2015. Bogotá: FCM-SIMIT, 2016.
24. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible a 2030. Nueva York: ONU, 2015.
25. Concejo de Itagüí. Acuerdo 06 del 22 de Mayo de 2013, Por el cual se conforma el Comité Municipal de Discapacidad y se dictan otras disposiciones. Itagüí: El Concejo, 2013.
26. Concejo de Itagüí. Acuerdo 011 del 21 de Diciembre de 2015, Por el cual se adopta la Política Pública de Discapacidad y se dan lineamientos para el Plan Operativo de Discapacidad. Itagüí: El Concejo, 2015.
27. Urquieta J, Figueroa J, Hernández B. Gasto en salud y discapacidad: análisis en México. Salud Pública Méx 2008; 50 (2): 136-46.
28. Rodríguez G. Muerte prematura y discapacidad en derecho-habientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de Méx 2007; 49 (2): 132-43.
29. Fraga H. Factores asociados a incapacidad funcional al año del trauma craneoencefálico. Salud Colectiva 2013; 9 (3): 335-52.
30. Gutiérrez C. Epidemiología de discapacidad por accidentes de tránsito en Perú. Rev Per Med Exp Salud Pública 2014; 31 (2): 267-73.
31. Salazar E, Cabrera G. Epidemiología de la discapacidad de origen vial en Medellín. Medellín: Maestría en Epidemiología FNSP UdeA, 2017.

# Discapacidad Vial Itagüí 2016

