

# Revista Salud Pública de Medellín



**Medellín**  
un hogar para la vida

**salud** deberes  
estilos nutrición bienestar  
humanización cuidado sexualidad  
**hombres** responsabilidad promoción  
confianza **comunidad** desarrollo **vida**  
derechos indicadores deporte bienestar cultura mujeres crecimiento servicios  
**atención** jóvenes hábitos proyectos participación deberes prevención  
**higiene** acceso confianza honestidad **calidad** planeación  
inclusión infraestructura amor **humanización** promoción responsabilidad  
niños educación **hogar**  
programas **hogar**  
trabajo escuela  
deberes escuela  
comunidad  
recreación  
indígenas  
discapacidad deberes **atención** derechos gestión  
**solidaridad** oportunidad construcción  
honestidad **equidad** **equidad**  
protección

# Medellín Ciudad Saludable

Plan de Salud Municipal 2012 - 2015



Alcaldía de Medellín



Alcaldía de Medellín



Medellín  
un hogar para la vida

Plan de Salud Municipal 2012-2015  
“Medellín, ciudad saludable”  
Alcaldía de Medellín





**Alcaldía de Medellín**



Alcalde

**Aníbal Gaviria Correa**

Equipo directivo

**Gabriel Jaime Guarín Alzate**

Secretario de Salud de Medellín

**Clara Luz Trujillo Escobar**

Subsecretaria de Salud Pública

**Gloria Inés Garro Cossio**

Subsecretaria de Planeación en Salud

**Alberto Aristizábal Ocampo**

Subsecretario de Aseguramiento

**Gloria Emilse Urrego Urrego**

Subsecretaria de Gestión Administrativa

**Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud**

Asesoría y aprobación del Plan

**Gloria Inés Garro Cossio**

Coordinadora general del Plan de Salud Municipal

**Liliana Acevedo Arenas, Rita Elena Almanza Payares, Fernando Nicolás Montes Zuluaga,  
Verónica María Lopera Velásquez, Jorge Iván Mejía Saldarriaga, Lina María Guzmán Saldarriaga**

Equipo coordinador del Plan de Salud Municipal

Equipo de Subsecretaría de Salud Pública

Equipo Subsecretaría de Aseguramiento

Equipo Subsecretaría Gestión Administrativa

**Andrés Felipe Ochoa Valencia**

Comunicaciones

#### **COMITÉ EDITORIAL**

Angela Segura Cardona. Estadística, Mg. y Ph. D. en Epidemiología  
Jorge Julián Osorio Gómez, Médico, Mg. en Salud Pública  
Rubén Dario Manrique Hernández, QF, Mg. en Epidemiología, candidato a doctor en Epidemiología  
Ana Milena Herrera Torres, médica, Mg. en Epidemiología, Ph. D. en Patología  
Liliana Patricia Montoya Vélez, GESIS, Mg. en Epidemiología  
Luis Fernando Toro Palacio, Médico, Mg. en Epidemiología  
Dedsy Yajaira Berbesí Fernández, enfermera, Mg. en Epidemiología  
Gloria Inés Garro Cossio, Subsecretaría de Planeación, Secretaría de Salud

#### **COMITÉ CIENTÍFICO**

María Doris Cardona Arango: Ph. D. en Demografía, Mg. en Epidemiología y en Salud Pública  
Gladys Rocío Ariza Sosa, Médica, Mg. y Ph.D. en Salud Pública  
Verónica Lopera Velásquez, Epidemióloga, Secretaría de Salud de Medellín

#### **COORDINADOR EDITORIAL POR LA UNIVERSIDAD CES**

Francisco Luis Ochoa Jaramillo. Médico, Mg. Epidemiología

#### **EDITORIAL**

Gabriel Jaime Guarín Alzate  
Secretario de Salud

#### **DISEÑO, DIAGRAMACIÓN E IMPRESIÓN**

Editorial Artes y Letras S.A.S.

#### **CORRECCIÓN DE ESTILO**

Julio César Mora Suárez

#### **INFORMACIÓN GENERAL DE LA REVISTA**

La Revista Salud Pública de Medellín presenta artículos científicos en el campo de la salud colectiva. Su aporte se orienta a los diferentes condicionantes, tanto del sector salud como de otros sectores que estén involucrados con la salud de las poblaciones, con el objeto de que sirvan en la definición de estrategias, en la toma de decisiones y contribuyan a impactar positivamente en la calidad de vida de la ciudadanía. La Revista Salud Pública de Medellín publica artículos con base en la revisión anónima por pares y se adhiere a las políticas, criterios y recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

#### **Salud Pública de Medellín**

Revista de la Secretaría de Salud  
Municipio de Medellín  
*Volumen 5 número 1* enero-junio de 2012

#### **Carátula**

Andres Felipe Ochoa, Comunicador Secretaría de Salud

# Contenido

7	Lista de gráficas
9	Lista de tablas
11	Editorial
13	1. Marco normativo
17	2. Alcance
19	3. Plataforma estratégica
21	4. Enfoques
23	5. Principios
25	6. Aspectos conceptuales del Plan de Salud Municipal
27	7. Metodología para la construcción del Plan de Salud Municipal
31	8. Análisis de la situación de salud
67	9. Descripción de los problemas y necesidades identificadas según las prioridades en salud

91	10. Prioridades municipales en salud
93	11. Líneas de política
97	12. Objetivos del Plan de Salud Municipal 2012-2015 “Medellín, ciudad saludable”
99	13. Metas y estrategias planteadas para cada uno de los objetivos del Plan de Salud Municipal
115	14. Alianza AMA (estrategia conjunta de trabajo Medellín–Antioquia)
117	15. Articulación entre los programas del Plan de Salud Municipal 2012-2015 “Medellín ciudad saludable” y el Plan de Desarrollo Municipal
121	Anexo 1. Financiación del Plan de Salud Municipal
123	Anexo 2. Lista de siglas y abreviaturas
125	Instrucciones a los autores

## Lista de gráficas

- |    |   |
|----|---|
| 34 | Gráfica 1. Comparación de pirámides de población de Medellín, 1993-2010.  |
| 36 | Gráfica 2. Tasas de mortalidad por año. Medellín, 1999-2010.  |
| 40 | Gráfica 3. Tendencia de la incidencia de tuberculosis. Medellín 1990 -2010.   |
| 45 | Gráfica 4. Primeras causas de mortalidad por cáncer. Medellín 2005 -2010.   |
| 48 | Gráfica 5. Comparativo de las tasas de suicidio en Medellín, Antioquia y Colombia. 1999-2010.   |
| 48 | Gráfica 6. Tasa de mortalidad por suicidio, por grupo de edad. Medellín. 2005-2010.   |
| 49 | Gráfica 7. Distribución porcentual de la mortalidad por causas externas ocurridas en la ciudad de Medellín. 2005-2010.                                      |
| 50 | Gráfica 8. Tasa de mortalidad por causas externas según lugar de ocurrencia del hecho. Medellín 2005-2011.  |
| 50 | Gráfica 9. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte, por grupos de edad. Medellín. 2005-2010.  |
| 54 | Gráfica 10. Tasas de mortalidad reportada por las administradoras de riesgos profesionales para Antioquia. 2000-2010.                                       |
| 55 | Gráfica 11. Distribución porcentual de empresas por tamaño, que evidencian planes y actividades en salud ocupacional ofrecidas por sus ARP. Medellín, 2010. |

60	Gráfica 12. Comportamiento de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Medellín.
61	Gráfica 13. Comportamiento del total de afiliados al régimen subsidiado en Medellín, 2002-2010.
61	Gráfica 14. Tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social. Comunas de Medellín.
67	Gráfica 15. Presupuesto de la Secretaría de Salud Medellín 2004-2011.
101	Gráfica 16. Programa estratégico: "Salud en el Hogar - APS".

## Lista de tablas

37	Tabla 1. Distribución de la población de Medellín por edad y sexo, 2012.
55	Tabla 2. Modos de exposición de mortalidad por otros accidentes, 2005-2010.
61	Tabla 3. Principales orígenes de la discapacidad. Medellín, 2010.
71	Tabla 4. Ejecución presupuestal 2008-2011. Secretaría de Salud de Medellín.



El Plan de Salud Municipal "Medellín, ciudad saludable" se convierte en el eje articulador de todas las estrategias y las acciones que se implementarán para contribuir al desarrollo humano integral de los habitantes de la ciudad. Este plan es el resultado del trabajo responsable y consensuado de los representantes de las comunidades, el sector académico, el sector salud y la administración municipal, y pretende mejorar la salud para todos sus habitantes. En él se incorporan los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud y de la Resolución 425 del 11 de febrero de 2008.

Acorde con el Plan de Desarrollo Municipal "Medellín, un hogar para la Vida 2012-2015", el plan de salud pretende aportar a una "ciudad que respeta, valora y protege la vida", y hace corresponsables a los ciudadanos del cuidado de la salud, complementadas mediante acciones de promoción y educación en salud, prevención de la enfermedad y control de factores de riesgo, en el marco de un trabajo de ciudad con los actores del sistema de protección social, garantizando el derecho a la salud de la población como aporte a la vida, valor supremo de toda sociedad.

Solo con la actitud proactiva y el compromiso de la sociedad, en el que se involucren todos los actores sociales, económicos y políticos de nuestro territorio, podremos hacer de nuestro plan una guía para lograr una sociedad equitativa, que se fundamenta en los valores del respeto a la vida, la justicia, la solidaridad, la libertad y la honestidad.

Este documento se convierte en un insumo para tener en cuenta en la planificación de los servicios de salud e invita al trabajo intersectorial, interinstitucional, de la mano con la comunidad, para garantizar el derecho de la salud brindando la oportunidad de acceder con calidad a los servicios a toda la población. Como queremos impactar las desigualdades sociales y disminuir la deuda histórica que tenemos con los grupos más desfavorecidos, debemos aumentar nuestros esfuerzos para hacer de Medellín una ciudad saludable.

**Gabriel Jaime Guarín Alzate**  
Secretario de Salud de Medellín



# 1. Marco normativo



Para la formulación del Plan de Salud Municipal se tuvieron como soporte normas nacionales y locales, declaraciones nacionales e internacionales, que incorporan políticas para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la intervención de los determinantes de la salud, el mejoramiento del acceso a los servicios de salud y el fortalecimiento de la participación social. Los referentes normativos más relevantes se relacionan a continuación.

En el orden internacional, las Naciones Unidas han proclamado diversas declaraciones en beneficio de la salud colectiva, tales como: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), marco de referencia para la formulación de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros.

En Colombia, la Constitución Política de 1991 hace referencia a la salud como un derecho fundamental y a la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio.

Entre las leyes más relevantes encontramos las siguientes: Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones; Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones al SGSSS; Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma el SGSSS; Ley 152 de 1994, por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo; Ley 715 de 2001, que define los recursos y competencias nacionales, departamentales y municipales en salud, Ley 1098 de 2006, Código de Infancia y Adolescencia y Directiva 001 de 2012 de la Procuraduría General de la Nación sobre la inclusión de la política de infancia, adolescencia en el Plan de Desarrollo 2012-2015; Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de

violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones; Conpes 3550 de 2008, lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad del aire, del agua y seguridad química; Ley 1295 de 2009, por la cual se reglamenta la atención integral de los niños de la primera infancia; Ley 1355 de 2009, por la cual se definen la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad en salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención; Ley 1450 de 2011, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014; Ley 1448 de 2011, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

Otras disposiciones son las siguientes: Decreto 3518 de 2006, por el cual crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones; Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y 2012-2015; Resolución 3577 de 2006, por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal; Resolución 425 de 2008, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Municipal, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a cargo de las entidades territoriales; y la Resolución 14861 de 1985, por la cual se dictan normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y, en especial, de las personas en situación de discapacidad.

Tenemos los siguientes planes: Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Plan Nacional Estratégico de Lucha contra la Tuberculosis y Lepra, Política Nacional de Discapacidad y Política Nacional para la Reducción del Consumo

de Sustancias Psicoactivas (SPA) y su impacto de 2008; Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el sida; Plan Nacional para el control del Cáncer en Colombia y Plan Nacional de Salud Ocupacional.

En el orden municipal se tienen, entre otros, los siguientes acuerdos: Acuerdo Municipal 38 de 2005, que establece la política de seguridad alimentaria y nutricional para la ciudad de Medellín; Acuerdo 09 de 2005, por el cual se institucionaliza la semana de disminución y prevención del cáncer de cérvix y el de mama; Acuerdo 84 de 2006, por el cual se adopta una política pública de protección y atención integral de la infancia y la adolescencia y se crea el Consejo de Política de Infancia y Adolescencia

en la ciudad de Medellín; Acuerdo 03 de 2007, por el cual se crea la política pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardiocerebrovasculares; Acuerdo 86 de 2009, que adopta la política pública de discapacidad en la ciudad de Medellín; Acuerdo 05 de 2011, que crea la Política de Salud Mental y Adicciones para el municipio de Medellín; Acuerdo 306 de 2011, por medio del cual se crea la política pública de prevención del embarazo infantil y adolescente.

Además, se tuvieron en cuenta los programas de gobierno del alcalde Aníbal Gaviria Correa, "Medellín, un hogar para la vida", y el del gobernador Sergio Fajardo, "Antioquia la más educada".



## 2. Alcance



En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política de Colombia, la Ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y la ley 1450 de 2011, por medio de la cual se reglamenta el actual Plan de Desarrollo Nacional 2011-2014, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene la responsabilidad de proveer de manera integral las acciones de salud individuales y colectivas, debido a que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Estas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de las EPS, ARP, IPS y de la comunidad.

A los entes territoriales, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 3039 de 2007, les corresponde definir el Plan de Salud Municipal para cada cuatrienio, en armonía con el Plan Nacional de Salud Pública, el cual debe quedar expresado en el Plan de Desarrollo Municipal, que incluya acciones para la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y de los diferentes actores territoriales, para lo cual debe tener en cuenta:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud; las políticas de salud nacionales, departamentales y municipales; los tratados y convenios internacionales suscritos por el país, y las políticas sociales transversales de otros sectores;
2. Las responsabilidades en salud pública a cargo de la nación, de las entidades terri-

toriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores, definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

Dando cumplimiento a lo anterior, el municipio de Medellín formulará y aprobó el Plan de Salud Municipal, a cargo de la Secretaría de Salud, el cual comprende acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas, en coherencia con el Análisis de Situación de Salud Municipal, elaborado a partir de la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social y la estrategia marco de Atención Primaria en Salud. Las estrategias propuestas en este plan tendrán como propósito mejorar la salud de la población, que se hará promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud y recuperando o mitigando el daño, y entendiendo la salud como un derecho logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan de Salud Municipal 2012-2015 ha adoptado, como marco general, el Decreto 3039 de 2007, la Resolución 425 del 2008, en coherencia con el Plan Municipal de Desarrollo 2012-2015, y define las prioridades en salud para el periodo de vigencia, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados, teniendo presente la disponibilidad de recursos. Este plan será ajustado de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los planes decenales de salud estipulados en la Ley 1438 de 2011 y Ley 1450 de 2011.

### 3. Plataforma estratégica



## Visión

Para el año 2015, Medellín será reconocida por alcanzar condiciones de salud que favorezcan el desarrollo humano y la calidad de vida en sus habitantes, integrado a la incorporación de la cultura del autocuidado y el fortalecimiento de la participación social activa. Además será proyectada en el ámbito regional e internacional como una ciudad saludable para la vida.

## Objetivo

El Plan de Desarrollo Municipal "Medellín, un hogar para la vida, 2012-2015", en la línea 1, "Ciudad que respeta, valora y protege la vida", desarrolla en el componente 2, "Medellín, ciudad saludable para la vida" cuyo objetivo es facilitar el derecho a la salud de la población como aporte a su desarrollo humano integral y calidad de vida, a través de la promoción y educación en salud, prevención de la enfermedad, control de los factores de riesgo y acceso a los servicios de salud, en el marco de un trabajo intersectorial e interinstitucional con los actores del sistema de protección social, mediante los enfoques de derechos, poblacional, ciclos vitales y características de diferenciación, enfoque de determinantes y territorio.

## 4. Enfoques



El Plan de Salud Municipal integra los diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 y los contemplados en el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015. Para ello se articulan los siguientes enfoques:

#### **4.1 Enfoque de derechos**

Este enfoque define los lineamientos macro que orientan las acciones y estrategias de la Administración Municipal en el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 hacia el avance del desarrollo humano integral de la población, como orientador de la promoción, garantía y protección de los derechos. Su propósito es abordar las desigualdades sociales y problemáticas del desarrollo, corrigiendo aquellas prácticas que obstaculizan la equidad y el progreso de las personas y el territorio.

Basándose en este enfoque, el Plan de Salud Municipal orienta el diseño de acciones dirigidas al bienestar y promoción del derecho fundamental de la salud en toda la población, potenciando la creación de entornos protectores y facilitadores, en los cuales la ciudadanía puede vivir sus derechos y deberes para con su salud y ejercer el liderazgo y la corresponsabilidad en la participación activa frente a su proceso de salud.

#### **4.2 Enfoque poblacional**

De acuerdo con el Decreto 3039 se entiende por enfoque poblacional las intervenciones en salud, simples o combinadas, dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Igualmente, busca el reconocimiento de las múltiples características de identificación de los habitantes, las cuales les confieren poten-

cialidades y necesidades específicas, que deben ser focalizadas a lineamientos de política, que, a través de programas y proyectos, buscarán el desarrollo de los grupos poblacionales:

- a. Por ciclo vital:
  - niñez y adolescencia
  - juventud
  - adultos
  - adultos mayores
- b. Por características de identificación:
  - género
  - población LGBTI
  - población en situación de calle
  - población en situación carcelaria
  - población víctima de desplazamiento
  - población afrocolombiana
  - población indígena
  - población en situación de discapacidad

#### **4.3 Enfoque territorial**

El análisis de la situación de salud con enfoque de equidad (metodología *Urban Heart*) da cuenta de las inequidades existentes en las comunas y corregimientos de la ciudad. Estos resultados reflejan el estado de salud de las comunidades y respaldan la necesidad de una planificación y ejecución diferenciada de las estrategias de intervención, que parta de las características y necesidades propias de cada territorio.

#### **4.4 Enfoque de determinantes**

Para el desarrollo de sus estrategias, el Plan de Salud Municipal, tendrá en cuenta el enfoque de determinantes ambientales, del comportamiento humano, de herencia y de las respuestas de los servicios de salud, como responsables del estado de salud de los individuos y las comunidades. Este abordaje pretende incidir en aquellos factores de riesgo que sean intervinibles.

## 5. Principios



Los principios que guían el Plan de Salud Municipal fueron adoptados del Plan Nacional de Salud Pública, Decreto 3039 de 2007.

**Universalidad:** es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

**Equidad:** la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y, por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

**Calidad:** es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

**Eficiencia:** es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

**Responsabilidad:** es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

**Respeto por la diversidad cultural y étnica:** es la garantía del respeto, el entendimiento de la cosmovisión, los usos, las costum-

bres, el territorio ancestral, los sitios sagrados y las creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, sobre el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud, en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 de 2001, mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Inclusión y equidad de género:** la diversidad es una riqueza de nuestra sociedad. El plan será incluyente y no discriminará por razones de género, edad, condición socioeconómica, orientación sexual, religión y discapacidad. Las acciones afirmativas son esenciales para romper las discriminaciones históricas.

**Participación social:** es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión, control social y evaluación del plan. Se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales y que éstas se concreten en los planes de salud territoriales.

**Intersectorialidad:** es la interrelación y articulación de los distintos actores intrasectoriales y extrasectoriales, con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientados a alcanzar las metas comunes en salud.

**Transparencia:** en el ejercicio de la función pública, la actuación será de cara a la ciudadanía, fortaleciendo mecanismos de rendición de cuentas y entregando información pública de pertinencia. Se entenderá la comunicación y la información como bienes públicos de la movilización de ciudadanías activas y de la institucionalidad.

## 6. Aspectos conceptuales del Plan de Salud Municipal



El Plan de Salud Municipal se encuentra enmarcado en la línea 1 del Plan de Desarrollo Municipal, en el cual se concibe la vida como un valor supremo y se propone, junto a la línea de Equidad, como las "ideas fuerza que expresan la voluntad política y ética del Gobierno 2012-2015".

Para su construcción fueron tenidos en cuenta, entre otras, las siguientes bases conceptuales:

Milton Terris<sup>1</sup> (1987), en su modificación al concepto original de salud de la OMS, define "La salud como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, adaptación, autogestión y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades y en armonía con el medio ambiente"; definición que ha sido incorporada en varias de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como la Ley 100/93, en donde la salud implica algo más que ausencia de la enfermedad y es tenida en cuenta para la formulación de este plan al priorizar acciones para la salud física, mental y el mejoramiento de la condiciones del entorno, reconocido como determinante importante del estado de salud de las comunidades.

**La salud como derecho:** la Organización Mundial de la Salud, en el estudio sobre el derecho a la salud en Las Américas "Estudio constitucional comparado", determinó al respecto: "(...) resulta más correcto hablar del derecho a la atención de la salud. Por lo general se considera que la atención en salud comprende una variada gama de servicios: protección ambiental, prevención y promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación". "En su publicación, la OMS hace referencia a la responsabilidad del Estado para proteger la salud pública o las condiciones sanitarias,

atributo que ha sido reconocido desde las más antiguas civilizaciones". En el municipio de Medellín esta responsabilidad es liderada por la Secretaría de Salud. Su accionar implica un trabajo intersectorial y comunitario, para lo cual ha sido necesario el trabajo participativo de otras dependencias municipales y de otros sectores del municipio, para la planificación de estrategias dirigidas al impacto final esperado en la garantía del derecho a la salud.

**El desarrollo humano integral,** propuesto en el Plan de Desarrollo Municipal como el vehículo para alcanzar un modelo de ciudad equitativa: incluyente en lo social, distributiva en lo económico, democrática en lo político y sostenible en lo ambiental, es un indicador social de referencia que tiene en cuenta el nivel de educación, los ingresos económicos y la esperanza de vida, siendo este último aspecto uno de los objetivos que el sector salud contribuye a mejorar a través de las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control, ejercidas desde su competencias a partir de la priorización realizada por las condiciones de mayor vulnerabilidad y pobreza. Aunque son diversas las conceptualizaciones de lo que es el desarrollo humano integral, porque otros teorizantes lo desligan del concepto económico, ellas coinciden, como explica Amartya Sen<sup>2</sup>, en que el desarrollo se fundamenta en la libertad y que ésta les permite a los individuos vivir de la forma en que quieran vivir.

Todos estos conceptos dejan expreso de forma prioritaria la necesidad y el reto de un trabajo interdisciplinario, articulado, intersectorial y transectorial, con un enfoque ecosistémico que permita incidir en los determinantes de la salud, el logro de las metas que no podrán ser impactadas totalmente con un plan sectorizado.

1. Médico de la Universidad de Nueva York y salubrista de la Universidad Johns Hopkins. Fundador de Asociación Nacional de Políticas de Salud Pública, la Sociedad para la investigación epidemiológica y de la revista de Salud Pública.

2. Premio Nobel de Economía. Autor del libro *El desarrollo como libertad*.

## 7. Metodología para la construcción del Plan de Salud Municipal



Teniendo en cuenta las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Circular 05 de enero 25 de 2012, sobre lineamientos para la formulación del Plan de Salud Municipal 2012-2015, "hasta la publicación del Plan Decenal de Salud Pública definido en la Ley 1438 de 2011, continuará vigente lo establecido en el Decreto 3039 de 2007 y en la Resolución 425 de 2008"<sup>3</sup>.

La construcción del Plan de Salud Municipal fue liderada por un equipo técnico de la Secretaría de Salud, coordinado por la Subsecretaría de Planeación. Inicialmente, se convocó al Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud para su asesoría y acompañamiento. En esta fase se conformó el directorio de aliados estratégicos para la construcción colectiva del plan, como: comunidad organizada, representada en los Comités de Participación Comunitaria en Salud, mesas de salud, ligas de usuarios, grupos poblacionales especiales (LGTBI, afrodescendientes, indígenas, población en situación de discapacidad, víctimas de la violencia, mujeres, adultos mayores, entre otros), sector académico (representado en las universidades que forman talento humano en salud), actores institucionales (representados en EPS, IPS, EAPB, entidades gubernamentales del orden departamental y municipal), otros actores relacionados con el sector salud (Inder, secretarías de Bienestar Social, Medio Ambiente, Cultura, Tránsito, ESE's municipales), entre otros. Todos ellos desarrollaron mecanismos de participación como mesas de trabajo y audiencias ciudadanas, buscando su participación activa en la construcción del plan.

Para el diagnóstico de la situación de salud se utilizó la metodología ASIS, propuesta por el entonces Ministerio de la Protección Social, la cual fue elaborada por el equipo de epide-

miología de la Secretaría de Salud y entregado como insumo a las personas y organizaciones participantes de la construcción del plan.

Para la formulación del Plan se tuvieron en cuenta las líneas priorizadas en el Decreto 3039 de 2007 y otras de interés de la Administración y el sector y se utilizó la metodología de marco lógico, partiendo de la identificación de los problemas o necesidades, describiendo sus causas y planteando posibles soluciones.

Posteriormente, se definieron los objetivos y metas propuestas para el año 2015 a partir de las prioridades y las líneas de política establecidas en el Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 425 de 2008.

Se establecieron las estrategias que se emplearán en el cuatrienio para el logro de las metas planteadas y se identificaron los mecanismos de articulación con el Plan de Desarrollo Municipal, Departamental y Nacional. En este sentido, se definieron los programas para incluir en el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015, teniendo en cuenta los objetivos y funciones misionales de la Secretaría. Para cada programa se enuncian los proyectos que desarrollan y contienen los elementos operativos para la ejecución del Plan de Salud Municipal.

Se establecieron los indicadores de resultado del componente y de los programas, teniendo en cuenta como línea de base las tasas de periodo de los últimos cinco años y proponiendo el impacto esperado, con la consideración de que algunas metas requieren esfuerzos intersectoriales.

Las acciones propuestas en el Plan de Salud Municipal serán desarrolladas a través del programa marco "Salud en el hogar - APS",

<sup>3</sup> Beatriz Londoño S, Ministerio de Salud y Protección Social, Circular 05 de enero 26 de 2012.

que es la materialización de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y serán ejecutadas con los recursos financieros que reci-

be la Secretaría de Salud a través del Sistema General de Participaciones, recursos propios y otras fuentes de financiación (figura 1).



**Figura 1.** Esquema empleado en el desarrollo del Plan de Salud Municipal

La construcción del Plan ha tenido la asesoría, revisión, acompañamiento y aprobación del Consejo Municipal de Seguridad Social en

Salud y será entregado para su inclusión como anexo al Plan de Desarrollo Municipal y presentado para su aprobación al Consejo Municipal.



## 8. Análisis de la situación de salud



Medellín es la capital del departamento de Antioquia y la segunda ciudad del país en importancia económica. Está localizada al centro occidente del país, a una altura de 1 479 metros sobre el nivel del mar.

De acuerdo con las proyecciones del censo poblacional realizado en 2005 por el DANE, la ciudad cuenta con una población de 2 343 049 habitantes en el año 2010, localizados en una extensión territorial urbana de 105,02 km<sup>2</sup> y una extensión rural de 270,42 km<sup>2</sup>. Medellín tiene una temperatura promedio de 24 °C

durante todo el año. Topográficamente está constituida por el Valle de Aburrá, rodeada por cordilleras y atravesada por el río Medellín, que la recorre de sur a norte.

Desde el punto de vista político-administrativo, la ciudad está conformada por seis zonas: Nororiental, Noroccidental, Centroriental, Centroccidental, Suroriental y Suroccidental; divididas en 16 comunas y 249 barrios. El territorio rural lo conforman cinco corregimientos, tal como se observa en el siguiente mapa.

**División político administrativa del municipio de Medellín**



El 98,6 % de la población del Municipio vive en la zona urbana. La ciudad, como centro de su economía, ha incorporado el desarrollo de servicios y se consolida como centro de negocios y convenciones, especialmente en servicios de educación superior y de salud de

alta calidad para el país y el mundo. En el año 2010, la población proyectada para el Municipio de Medellín fue de 2 343 049 habitantes, representando el 38,6 % de la población del departamento de Antioquia y el 5 % del país.

## 8.1 Aspectos generales de la población

### Caracterización demográfica de la población:

En el año 2012, el municipio de Medellín cuenta con 2 393 011 habitantes, de los cuales el 98 % residen en la cabecera y el resto en el área rural, el 47 % de la población es de sexo masculino y 53 % es de sexo femenino.

Según el comportamiento de la población por edades y sexo entre 1993 y el año 2010, como se aprecia en la estructura poblacional, se refleja el cambio en las condiciones demográficas de la ciudad, acercándose cada vez más a las condiciones de una población desarrollada (tabla 1 y gráfica 1).

La disminución en la tasa de crecimiento refleja el mejoramiento del nivel desarrollo de

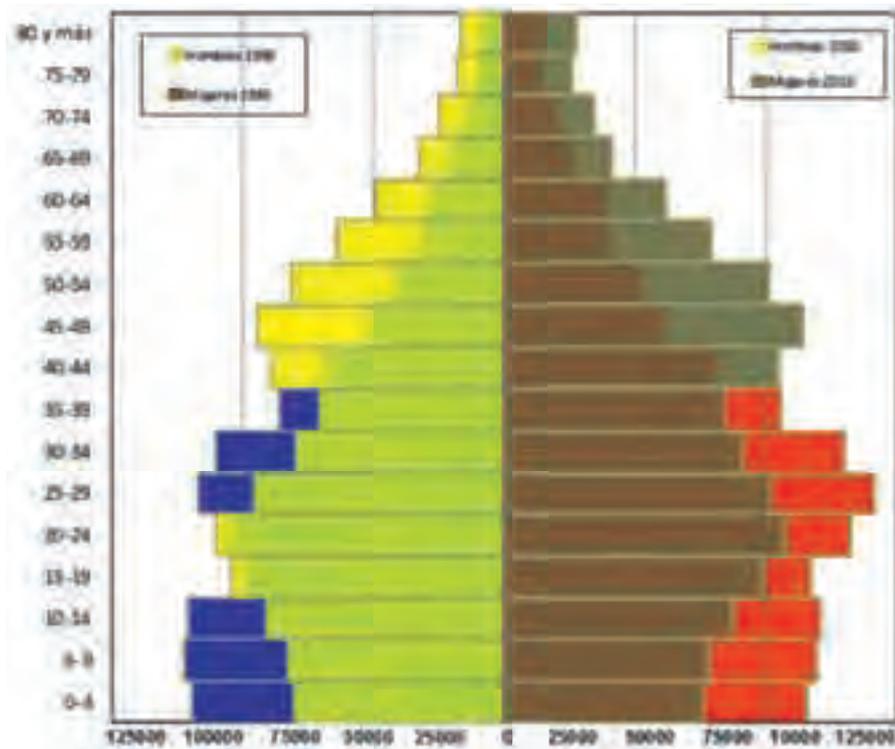
la población, tanto económico como social, disminuyendo de igual forma la proporción de pobreza en la población. Esta tasa pasó de 1,75 en el año 2005 a 1,10 en el año 2010.

En relación con el comportamiento de las tasas de fecundidad, natalidad y de mortalidad, entre el año 2005 a 2010 se presenta una disminución del número promedio de hijos en la ciudad, pasando de 1,8 en el 2008 a 1,5 en 2010; influenciado este cambio por el fortalecimiento de los programas de promoción y prevención hacia una sexualidad responsable, ejemplo de ello lo muestra el programa *Sol y Luna* ("Proyecto de sistematización programa Sol y Luna, Medellín 2009"). La tasa de 1,5 registrada en 2010 no alcanza la tasa de reemplazo generacional, establecida en dos nacimientos por cada mil mujeres, situación que lleva al predominio de personas mayores, y, por lo tanto, cambios en los patrones de morbilidad.

**Tabla 1.** Distribución de la población de Medellín por edad y sexo año 2012

Grupo edad	Total	Hombres	Mujeres
	2 393 011	1 126 595	1 266 416
0-4	146 209	74 674	71 535
5-9	149 093	76 448	72 645
10-14	162 349	82 638	79 711
15-19	183 605	93 581	90 024
20-24	203 167	103 049	100 118
25-29	196 451	96 342	100 109
30-34	172 417	81 014	91 403
35-39	149 234	68 120	81 114
40-44	169 130	77 118	92 012
45-49	196 285	88 835	107 450
50-54	183 123	81 296	101 827
55-59	146 425	64 597	81 828
60-64	113 799	49 753	64 046
65-69	78 664	33 655	45 009
70-74	56 034	22 990	33 044
75-79	42 807	16 530	26 277
80 y más	44 219	15 955	28 264

Fuente: Dane. Proyecciones de población



**Gráfica 1.** Comparación de pirámides de población de Medellín, periodo 1993-2010

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Indicadores Básicos de Salud 2010.

En el indicador de esperanza de vida de la población de Medellín en el año 2010 se observa un cambio en el patrón registrado respecto de 1993, especialmente en los hombres, que tenían una esperanza de vida al nacer significativamente baja (57,64 años), situación que pudo ser influenciada por el aumento de la mortalidad por causas externas en hombres menores de 45 años en la ciudad para ese periodo. Es así como, en el año 2010, la esperanza de vida de los hombres al nacer se estima en 72,8 años y para las mujeres en 77,6 años.

El fenómeno de la migración influye en el cambio de las problemáticas sociales de las ciudades y los territorios, como el aumento del desempleo, la sobre-explotación, la delincuencia, las pandillas, la drogadicción, el alcoholismo y la misma situación de desplazamiento. Desde el punto de vista sociocultural, se pueden

mencionar situaciones de violencia intrafamiliar, agresión y estrés. Por otro lado, la ciudad puede beneficiarse de la fuerza de trabajo que le permite incrementar la actividad productiva. En el año 2010, la tasa de migración para la ciudad de Medellín fue de 24 por 100 habitantes (563 461 personas). Los motivos más frecuentes de migración hacia la ciudad son razones familiares (28 %), búsqueda de trabajo (21 %) y orden público (15 %).

### Caracterización socioeconómica

En Medellín, el 50 % de la población se encuentra en estrato bajo y bajo-bajo. Por otro lado, en el año 2010, según la Encuesta de Calidad de Vida, el índice de necesidades básicas insatisfechas fue de 5,6; sin embargo, las comunas de Popular, Santa Cruz, Aranjuez,

Manrique, Doce de Octubre, Villa Hermosa y San Javier presentaron índices superiores, y en la zona rural se presentaron índices de hasta 25, tal como ocurre en el corregimiento de Altavista.

El hacinamiento es la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. En Medellín, el promedio de personas por vivienda es de 3,38 y de hogares por vivienda es de 1,01. Es decir, este indicador global muestra que no hay condiciones de hacinamiento que limiten el vivir con las condiciones básicas necesarias.

La creación de empleo formal y de calidad es uno de los principales retos que enfrenta actualmente la ciudad, si se tiene como propósito aumentar la calidad de vida de sus habitantes. Si bien en el año 2009 se registró un descenso de la tasa de desempleo en Medellín (de 15,7 a 13,9), al terminar el año 2010, más de 249 000 personas se encontraban desempleadas y se reportaba una informalidad laboral superior al 40 % (DANE).

## **8.2 Direccionamiento del sector salud**

La articulación intersectorial es una de las funciones esenciales que la entidad territorial debe liderar. Para ello deberá fortalecer el desarrollo e implementación de políticas; la capacidad institucional para planificación y gestión en salud; el desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas, programas y estrategias; la capacidad de liderazgo y rectoría a través de un proceso participativo, coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan esas decisiones, garantizando la capacidad de gestión de todos los actores en la cooperación intersectorial e interinstitucional en materia de salud.

Medellín, a través del direccionamiento de la Secretaría de Salud, ha realizado esfuerzos

para lograr esta articulación a través de la elaboración de los diagnósticos de salud de cada comuna y corregimiento en forma participativa y la construcción colectiva de los planes de salud, que se materializan en las mesas de trabajo convocadas con todos los actores para tal fin y en los acuerdos como: Pacto por la Salud Pública, Alianza por la Salud y la Vida, Pacto social y otros acuerdos firmados con los actores del sistema de salud y de otros sectores.

Sin embargo, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en Colombia y Medellín se presentan deficiencias estructurales que aún no se corrigen y que generan condiciones de inequidad, ineficiencia y desarticulación de los actores, para garantizar en forma óptima el derecho a la salud, afectando el desarrollo humano integral de los habitantes. Dichas debilidades se reflejan en falta de control por parte del ente rector y la desinformación de los ciudadanos sobre sus derechos y deberes en salud, desarticulación entre entidades del sector, débil e ineficiente participación ciudadana en su propio proceso de salud y deficiente e inadecuado sistema de información, que dificulta el conocimiento de la situación de salud para orientar la toma de decisiones.

La participación social y comunitaria en salud es un pilar fundamental para lograr el mejoramiento de las condiciones de salud y fomentar la cultura de autocuidado en la población. Aunque se ha trabajado en el fortalecimiento y en la cualificación de los integrantes de las organizaciones sociales, persiste una débil e insuficiente participación ciudadana en su propio proceso de salud. Actualmente funcionan como mecanismos de participación social los Copacos, integrados por un representante de cada comuna y corregimiento y, las mesas ampliadas de salud, conformadas por más de 500 líderes.

La ciudad ha venido siendo reconocida en Colombia y América Latina por la calidad y

alta complejidad de sus clínicas, hospitales y centros odontológicos, así como su talento humano, su enfoque investigativo e innovador. Sin embargo, se requiere continuar fortaleciendo el *clúster* de salud para posicionar la ciudad en el mundo y contribuir al desarrollo económico y científico del sector.

### **8.3 Salud Pública**

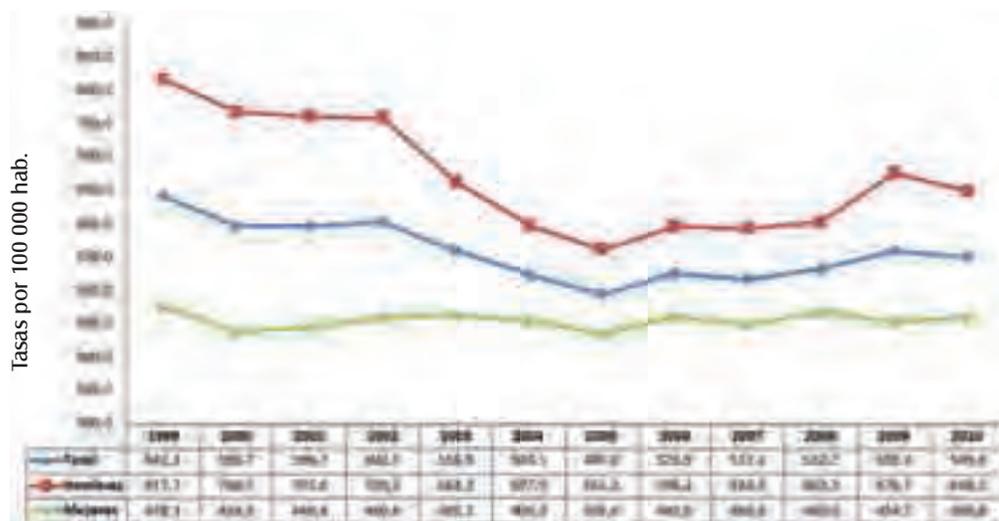
La situación de salud pública de Medellín presenta, inicialmente, un panorama global de morbilidad y mortalidad general; luego, teniendo en cuenta las líneas priorizadas en el Plan Nacional de Salud Pública en el Decreto 3039 de 2008, se muestra un panorama situacional de cada una de ellas, basado en el documento ASIS, publicado por la Secretaría de Salud de Medellín en el año 2011, y, finalmente se considera la situación de salud de poblaciones especiales, como la población en situación de discapacidad, la población víctima de desplazamiento forzado, la población afrocolombiana y la población indígena.

#### **8.3.1 Mortalidad general**

La mortalidad es un fenómeno demográfico inevitable, irrepitable e irreversible, y su análisis reviste especial importancia, tanto para la demografía, como para la economía y la salud pública.

Las tasas de mortalidad general de Medellín, en el periodo 1999-2010, tienen una tendencia a la disminución; sin embargo, en los dos últimos años se observa un aumento en la tasa de mortalidad masculina, a expensas de las muertes de personas en edades entre 15 y 44 años, especialmente por causas externas.

En todo el periodo 1999-2010, las defunciones son mayores en hombres que en mujeres, al pasar de 1,6 hombres por cada mujer en el año 2009 a 1,1 para el 2008. Sin embargo, a partir del año 2009 se observa un incremento en esta razón de masculinidad al pasar a 1,3 hombres por cada mujer. Este comportamiento se da a expensas de la mortalidad en los hombres entre 15 y 44 años de edad, cuando la mortalidad masculina es cinco veces más que la mortalidad femenina en los años 2009 y 2010 (gráfica 2).



**Gráfica 2.** Tasas de mortalidad por año. Medellín, 1999-2010

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Estadísticas Vitales.

En cuanto a las causas de mortalidad general, en Medellín, en el periodo 2005-2010 predominan las muertes por enfermedades circulatorias y las muertes por causas externas, entre ellas, las agresiones, llegando a tasas de mortalidad de 174,1 por cien mil hombres en el 2009, lo que afecta a la población masculina entre los 15 y 44 años y genera un impacto negativo, tanto social como demográfico.

La mortalidad femenina se genera a expensas de las enfermedades del aparato circulatorio y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias; sin embargo, el cáncer de mama ha cobrado importancia en los dos últimos años, alcanzando tasas de 16,8 por cien mil mujeres en el 2011.

La mortalidad en los niños y niñas menores de cinco años, se debe principalmente a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; así desplaza las infecciones respiratorias y gastrointestinales, lo que refleja un mejor desarrollo en la atención integral de los menores.

### 8.3.2 Morbilidad general

En el perfil de morbilidad atendida por consulta externa, hospitalización y urgencias de la ciudad de Medellín, en el año 2010, las mujeres representaron el 63 % del total de consultantes. Durante el periodo 2008 -2010, la hipertensión, los trastornos de los dientes y las afecciones agudas de las vías respiratorias superiores son, de forma constante, las causas más frecuentes de consulta externa en la población de Medellín. Sin embargo, se encuentra un porcentaje importante de signos y síntomas mal definidos como causa de consulta, siendo esto un indicador de calidad que es necesario mejorar en la atención médica desde el personal de salud.

En el grupo de menores de cinco años, las enfermedades infecciosas ocupan el primer lugar

como causa de consulta externa, representando el 34 % del total de las consultas realizadas. Estas consultas están representadas en infecciones agudas de la vías respiratorias (26,9 %) e infecciones gastrointestinales (7,1 %).

En los niños entre los 5 y 14 años, una quinta parte (20,2 %) de las enfermedades están relacionadas con la salud oral (caries y otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén). Los otros motivos de consulta principales en este grupo fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.

Así mismo, el perfil de morbilidad que refleja la principal causa de consulta de las personas entre 15 y 44 años fue la caries y otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén (14,1 %); además, se encuentran enfermedades como las dorsopatías y las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.

En el grupo de 45 a 64 años, la hipertensión, los trastornos de los dientes y la diabetes constituyen las causas de consulta de mayor frecuencia. Y en la población mayor de 64 años, sus principales motivos de consulta son hipertensión, diabetes, bronquitis, enfisema u otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

En el perfil de atención por urgencias, las atenciones por traumas corresponden al 7,7 % del total de las consultas, seguida del dolor abdominal y las infecciones agudas del sistema respiratorio.

En el perfil de atención por hospitalización, predominan las atenciones relacionadas con el embarazo y el parto, seguido de hospitalizaciones por neumonía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

### 8.3.3 Salud infantil

La enfermedad respiratoria es la causa más frecuente de consulta en niños en edad preescolar, grupo en el cual se registran cuadros a repetición que pueden ser favorecidos por el hacinamiento, el contacto estrecho en guarderías, la poca adherencia al lavado de las manos e insuficiente desinfección de superficies, en especial juguetes. Según la vigilancia centinela de virus respiratorios, en Medellín se registran aumentos significativos de la enfermedad en los periodos de abril y septiembre, siendo más frecuente la circulación de virus sincitial respiratorio, parainfluenza e influenza A, incluyendo el virus pandémico AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub>/09.

En cuanto a la mortalidad en los niños menores de un año, la cual es un indicador fundamental para evaluar el nivel de desarrollo y salud de una región, en Medellín, en los últimos años, se ha observado una marcada disminución en el número de casos, al pasar de una tasa de 11,9 en 2005 a 9,45 muertes por mil nacidos vivos en el año 2010. Con este comportamiento, la ciudad cumple la meta de Objetivos de Desarrollo del Milenio propuesta por Colombia en el documento "Consejo nacional de política, económica y social" (Conpes 91). En cuanto a las causas de muerte en la población menor de un año durante el periodo 2005-2010, las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas son las causas más frecuentes por las que fallecen los menores de un año en la ciudad. Con menor peso aparecen las enfermedades respiratorias, incluyendo las neumonías con 0,8 % del total de causas del último año.

El análisis de la mortalidad en los niños menores de un año para cada una de las comunas de la ciudad, utilizando el análisis de la situación con enfoque de equidad, que realiza un comparativo de cada comuna con el promedio municipal y la meta nacional, se encuentra

que en tres de ellas no se alcanza el cumplimiento de la meta de Objetivos de Desarrollo del Milenio, además de superar el promedio municipal y nacional (Doce de Octubre, Villa hermosa y Candelaria). El desempeño observado en estas comunidades evidencia de manera significativa las desigualdades, que pueden pasar desapercibidas al realizar mediciones globales.

La mortalidad en niños menores de cinco años de la ciudad de Medellín es generada principalmente por enfermedades congénitas o infecciosas. Este comportamiento se repite año tras año, sin modificaciones significativas.

Las enfermedades respiratorias agudas son una de las principales causas de muerte de los niños menores de cinco años de todo el mundo, lo que ha obligado a implementar acciones encaminadas a prevenirlas, especialmente con la atención oportuna para evitar las complicaciones. Medellín ha logrado la meta global propuesta por Colombia para el logro de Objetivos de Desarrollo del Milenio, con una tasa de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda para el año 2010 de 10 casos por 100 000 menores de cinco años; sin embargo, se evidencian desigualdades en las comunas de las zonas Nororiental y Noroccidental, las cuales superan el promedio municipal. El análisis de los determinantes o causas incidentes en estas muertes muestra las enfermedades congénitas como uno de los factores principales, entre las cuales están la cardiopatía congénita, el síndrome de Down, la hidrocefalia, la parálisis cerebral infantil, la displasia broncopulmonar y la enfermedad neuromuscular. También se encontraron como otros determinantes la prematuridad y la desnutrición secundaria.

En relación con la mortalidad en niños menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda se ha observado una tendencia a la

disminución durante los últimos cinco años; en el año 2007, la tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años fue de 4,2 por cada 100 mil y en el año 2010 se registró una tasa de 1,67 muertes por cada 100 mil menores de cinco años, logrando una reducción superior al 50 % en el número de casos.

Otro factor importante que influye en la salud infantil es la cobertura de vacunación. En el año 2010, la meta esperada para lograr coberturas útiles de vacunación era de 95 %, y se obtuvo una cobertura de vacunación superior a la esperada para los grupos de menores de un año y de un año de edad en los biológicos de sarampión y BCG; sin embargo, con los biológicos antipolio, hepatitis B, rotavirus y fiebre amarilla no se alcanzó la meta esperada, en parte por la no disponibilidad de este último biológico en la ciudad y también influida por la gran movilidad de población que limita el buen desempeño del programa.

### 8.3.4 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva (SSR) y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella, reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan a un país, por tanto, los indicadores de SSR están especialmente relacionados con los determinantes sociales, biológicos, de estilo de vida, condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud.

Un indicador que incide en el crecimiento de la población es la fecundidad, el cual en la ciudad no es estático y se comporta diferente en cada una de sus comunas y corregimientos. En 2008, la tasa de fecundidad general de la ciudad era de 50,4 por cada mil mujeres en edad fértil y en 2010, fue de 38; además se encuentra una relación inversa de las tasas de natalidad con los índices de calidad de vida. En la población adolescente se viene registrando

una tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad, pues se pasó de 47,3 en el 2005 a 39,8 en el 2010; sin embargo, se presentan desigualdades territoriales, ya que existe también una relación inversa del embarazo adolescente con los índices de calidad de vida.

En lo relacionado con la cobertura y adherencia del control prenatal, en la ciudad se observa que cada año se ha mejorado la adherencia a este programa; así, mientras en 2007 el 88 % de las gestantes realizaban cuatro o más controles prenatales, en 2010 esta cifra asciende a 92 %; así mismo, la cobertura de parto institucional se mantiene en 99,7 % desde el año 2006; el 0,3 % restante corresponde a partos atendidos en la vía pública durante el traslado a los servicios de salud.

### 8.3.5 Mortalidad materna

La mortalidad materna es un indicador de pobreza, exclusión e inequidad. Evitarla favorece la unidad del grupo familiar y la protección de los menores, reduciendo con esto la probabilidad de muerte, especialmente en los más pequeños. Aunque el rol de ambos padres en el grupo familiar es por igual importante, la mujer ha sido históricamente constructora de tejido social. Medellín, en el año 2010, registró una razón de mortalidad materna de 17,9 por cien mil nacidos vivos, con lo cual cumple satisfactoriamente las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, considerando el comportamiento por comunas, tres de ellas (Santa Cruz, Manrique y Robledo) todavía no alcanzan las metas de ODM, lo cual es recurrente en los últimos seis años. Este comportamiento guarda concordancia con los niveles del Índice de Desarrollo Humano, en los cuales las comunas con menores niveles son las que aportan el mayor número de casos.

Por otro lado, se ha presentado un cambio en las causas que originan el desenlace fatal de la gestante, las hemorragias que, a partir de la

implementación de la estrategia Código Rojo, ha descendido significativamente. Otras causas como las sepsis, trastornos de hipertensión asociados al embarazo y tromboembolismos se han mantenido estables y requieren una intervención individual en las instituciones relacionadas con el manejo del caso.

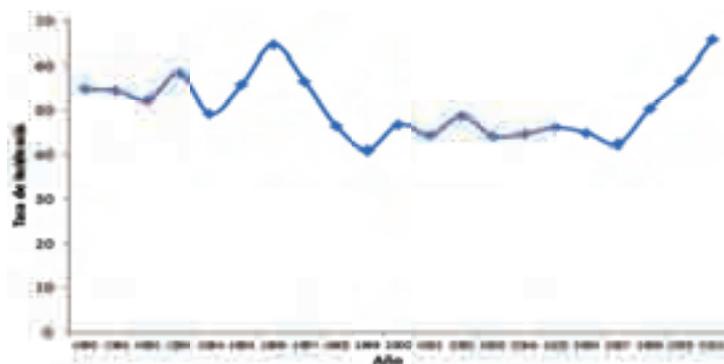
### 8.3.6 Enfermedades transmisibles

El perfil de morbilidad por consulta de la población general del municipio de Medellín muestra las enfermedades infecciosas como la tercera causa, después de la hipertensión y las afecciones de la cavidad oral. En la categoría de enfermedades transmisibles, la tuberculosis, el dengue, las infecciones de transmisión sexual y las infecciones asociadas a la atención en salud representan problemas prioritarios en salud pública, debido a su alta incidencia, alta letalidad y la pérdida de años de vida saludable, dada su distribución en los grupos de población joven y adulta joven, y se convierten en prioridades a ser atendidas por el municipio.

**Tuberculosis:** los registros de la incidencia de tuberculosis en la ciudad de Medellín, según datos reportados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila), muestran ta-

sas que han oscilado entre 40,4 y 65,6 casos por cien mil habitantes, lo que la ubica como una población con incidencia entre media y alta de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Posiblemente, los esfuerzos por mejorar la captación de casos, la disponibilidad de recurso humano más cualificado y la accesibilidad a los centros de diagnóstico han permitido detectar y ofrecer tratamiento a un mayor número de pacientes (gráfica 3).

A pesar de los esfuerzos y las realidades técnicas, operativas y de infraestructura, no se han alcanzado las metas propuestas por la OMS, de captar el 70 % de los casos y curar el 85 % de los pacientes diagnosticados. En el año 2009 se alcanzó un porcentaje de curación del 54 %, 18 % tratamientos terminados (pacientes que terminan el tratamiento, pero no tienen evidencia bacteriológica de curación), 3,5 % fallecidos y 5,3 % transferidos, lo cual indica que se requiere intensificar los esfuerzos para garantizar la evaluación bacteriológica al finalizar el tratamiento, hacer seguimiento de los transferidos y verificar su curación y establecer las causas del por qué están abandonando un 16 % de los pacientes, para generar estrategias que les permitan finalizar su tratamiento.



**Gráfica 3.** Tendencia de la incidencia de tuberculosis, Medellín, 1990-2010

\*Tasas por 100 000 habitantes

Fuente: Sivigila Secretaría de Salud de Medellín, de 1990 a 1998, la fuente es el documento "Cronología de la salud" de la Oficina de Estadística de la ESE Metrosalud

**Dengue:** el dengue es una enfermedad viral, de carácter endemo-epidémico, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti*, que constituye hoy la arbovirosis más importante en la esfera mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico. Tiene diversas formas clínicas, desde cuadros indiferenciados, asintomáticos, hasta formas graves que llevan a choque y fallas en órganos vitales, pero debe ser enfocada como una sola enfermedad.

El comportamiento epidemiológico de la enfermedad en Colombia en las últimas décadas ha sido ascendente, caracterizado por aumento exponencial de las áreas endémicas. Su comportamiento cíclico se ha caracterizado por picos epidémicos cada tres o cuatro años, relacionados con el reingreso de nuevos serotipos al país.

La mortalidad por dengue es evitable en el 98 % de los casos y está estrechamente relacionada con la calidad en la atención del paciente. La identificación precoz de los casos busca principalmente evitar mortalidad. En los últimos 10 años, en el país se presentaron en promedio 29 muertes por año, con una letalidad promedio de 1,17 %. Esta no sobrepasa lo tolerable (2 %), pero puede ser por un sobregistro en el sistema de casos de dengue grave

En el año 2010 se registró una epidemia de dengue sin precedentes en los países de América, y la ciudad de Medellín no fue la excepción: mientras en un año epidémico se registraban 2 500 casos, durante ese año la cifra ascendió a 17 758. Del total de casos de dengue, el 99,3 % (17 641 casos) correspondió a dengue clásico y 117 casos a dengue grave. Durante este año se reportaron 14 muertes por dengue, con una tasa de letalidad cercana al 12 %, entre los que presentaron dengue grave y una tasa de mortalidad global de 0,6 casos por 100 mil habitantes.

**Enfermedades de transmisión sexual:** las enfermedades de transmisión sexual representaron más del 3 % de los eventos de interés en salud pública reportados en la ciudad durante el año 2010, siendo el VIH/sida el evento de mayor número de casos nuevos reportados (incidencia de 22 casos por cada 100 mil habitantes), valor superior al reportado en los tres últimos años; la sífilis gestacional y la hepatitis B mostraron una pequeña reducción en el número de casos durante el periodo.

En Medellín, en el periodo 1999-2010 se han registrado 5 109 casos de personas viviendo con VIH, con un leve incremento en el último año con una prevalencia de 0,33 %. La razón hombre-mujer pasó de 7:1 en 1999 a 5:1 en 2010. Con respecto a los mecanismos de transmisión, sigue siendo la transmisión sexual el mecanismo más frecuente, al representar el 88 % de todos los casos.

La sífilis congénita representa una falla del sistema de salud. Por esto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido el objetivo de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública, disminuyendo su incidencia a 0,5 casos o menos por 1 000 nacidos. En Medellín, durante el año 2010, se reportaron 86 casos para una incidencia de 3,1 casos por mil nacidos vivos. Esta cifra es inferior a la tasa presentada en el año 2008, que fue de 4,0 por mil nacidos vivos; pero aún lejana de alcanzar las metas propuestas de 0,5 por mil. Además, se evidencian desigualdades territoriales, pues las comunas Popular, Santa Cruz, Aranjuez y La Candelaria asumen la mayor carga de la enfermedad.

**Enfermedades inmunoprevenibles:** por otra parte, dentro de las enfermedades transmisibles se encuentran las inmunoprevenibles, como el sarampión y rubeola, en que los casos notificados como sospechosos o probables en la ciudad de Medellín durante los años 2008, 2009

y 2010 se han comportado con tendencia al descenso, con un total reportado para cada año de 139, 60 y 76 casos para sarampión y 239, 160 y 137 casos para rubeola, respectivamente. Es importante tener en cuenta que a todos estos casos sospechosos se les realiza investigación de laboratorio, clínica y epidemiológica, y en el 100 % de ellos se ha descartado como casos positivos.

Otra enfermedad inmunoprevenible de relevancia es la tosferina. En Medellín, el comportamiento del número de casos reportados entre el 2008 y el año 2010 ha presentado una tendencia al descenso. Para el año 2008 se reportaron 380 casos sospechosos y se confirmaron 111 casos; en el año 2009 se reportaron 369, de los cuales se confirmaron 112 casos; en 2010 se reportaron 206 casos y se confirmaron 56 casos; sin embargo, durante el año 2011 se registró un incremento con relación al año inmediatamente anterior, con 262 casos reportados y 174 confirmados. El incremento en el número de casos se registró durante todos los periodos epidemiológicos del año 2011.

**Infecciones asociadas a la atención en salud y resistencia bacteriana a antibióticos:**<sup>5</sup> las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y resistencia bacteriana (RB) son eventos ya considerados como de interés en salud pública, debido a su magnitud e impacto. Durante el año 2011 se llevó a cabo un diagnóstico de la situación de las IAAS, RB y la capacidad operativa de los comités de infecciones en las IPS de tercer nivel de Medellín, encontrando que en la ciudad todas las instituciones cuentan con un comité de prevención y control de infecciones y, aunque todas las instituciones cuentan con definiciones estandarizadas para el diagnóstico de IAAS, se

observa que las versiones empleadas del CDC/NHSN son diferentes y van desde el 2002 hasta el 2011. Se encuentra una debilidad en las IPS en el análisis de la situación de IAAS, en relación a su mortalidad, evitabilidad y estudio y manejo de brotes, situación que requiere de su fortalecimiento. Con respecto al uso de antimicrobianos en el ámbito hospitalario, aunque todas las instituciones tienen un comité de farmacia y terapéutica, en el 68,8 % existe un plan escrito de uso racional de antibióticos.

Una de las capacidades más fortalecidas es la del laboratorio de microbiología, pues el 100 % cuenta con capacidad para identificación y pruebas de sensibilidad a antibióticos, además todas poseen procedimientos de control de calidad internos y externos, y un 87,5 % emplea un estándar de reporte e interpretación de antibiogramas, en este caso el del Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés). Sin embargo, una baja proporción posee un protocolo de remisión y de conservación de aislamientos para estudios epidemiológicos o confirmaciones moleculares.

En cuanto al comportamiento de las IAAS en las UCI de adultos, se encontró en promedio una tasa de neumonía asociada al ventilador (NAV) de 8,10 por 1 000 días de uso de ventilador, mientras que en las UCI neonatales fue de 12,53 por 1 000 días de ventilación mecánica. En cuatro instituciones con UCI pediátrica la tasa promedio de bacteriemia asociada a catéter central (BAC), en el primer semestre de 2011, fue de 7,41 por 1000 días-catéter, cifra superior a las tasas encontradas en adultos y en UCI neonatales, que son de 2,36 y de 2,78 por 1 000 días de uso de catéter, respectivamente. Las tasas medias de infección urinaria asociada a sonda vesical (IUASV) en UCI de adultos y pediátricas fueron de 6,85 y 10,10

4 Maldonado, N; Luna, M; Lopera, V; Robledo, J; Robledo, C. Evaluación de programas hospitalarios de prevención y control de infecciones en instituciones de mediana y alta complejidad, Medellín, 2011.

por 1 000 días de uso de sonda vesical respectivamente.

La especie más frecuente aislada sigue siendo *Escherichia coli* con un 20,2 % y 30 %, respectivamente. En las UCI, el segundo y tercer microorganismo más frecuentemente aislado es *Klebsiella pneumoniae* (13,2 %) y *Pseudomonas aeruginosa* (8,2 %), respectivamente.

En cuanto al perfil de sensibilidad de antimicrobianos, el porcentaje de aislamientos confirmados como productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) fue del 10,4 %, 8,3 %, en UCI y no UCI, respectivamente; mientras que en aislamientos provenientes de pacientes atendidos de manera ambulatoria este porcentaje fue de 5,9. Se encontró un 13,8 % de aislamientos productores de betalactamasas de espectro extendido a partir de *Klebsiella pneumoniae* aislada de pacientes en unidades de cuidado intensivo. Llama la atención el alto porcentaje de betalactamasas de espectro extendido encontrado en muestras de pacientes ambulatorios, con un 19,2 % de 114 aislamientos de *Klebsiella pneumoniae*.

En *Staphylococcus aureus*, proveniente tanto de las unidades de cuidados intensivos, como de hospitalización, se observa una menor proporción de aislamientos resistentes a la meticilina en las UCI (20 % aproximadamente) con respecto a las salas de hospitalización (28,8 %)

### 8.3.7 Salud oral

En Medellín, el Índice COP (dientes, cariados, obturados y perdidos) en el año 2009 en población escolarizada menor de 12 años fue de 0,7, con una tendencia a la disminución, influenciada por los programas de salud oral en la población escolar. Sin embargo, en esta evaluación se encontró una polarización de índice superiores en estratos socioeconómicos bajos, lo que indica la influencia de otros

determinantes sociales y culturales en la salud oral.

En 2006, la prevalencia e historia de caries en dentición permanente se estimó en 1 471 escolares, quienes tenían uno o más dientes permanentes presentes. De ellos, el 27,3 % (402) tenía caries dental y un 15,3 % había tenido caries alguna vez, pero no tenía al momento del examen; por lo tanto, un total de 626 escolares (42,6 %) tenían historia de caries. La proporción de escolares con experiencia de caries bajó de 54,8 a 35,5 %.

La situación particular de los jóvenes de 18 años merece un comentario aparte, en tanto no son muy frecuentes los estudios en esta edad. Aunque la experiencia de caries en este grupo también tiene una tendencia a la reducción, no puede pasar desapercibido lo encontrado en el año 2009 en la población entre los 12 y los 18 años, ya que pasan de ser de 35 a 60 por cada cien los afectados por este problema; el porcentaje de superficies con biopelícula (38,8) no difiere significativamente del promedio global (40,7) y no se ha logrado un indicador de cero pérdidas dentarias por caries en los jóvenes de estratos bajos (2,6 % han perdido).

Es importante resaltar que, a través de los procesos de interventoría y auditoría a los contratos de prestación de servicios de salud al régimen subsidiado y a la población vinculada, se han detectado hallazgos importantes para tener como referencia en este plan.

Los resultados de la ejecución de las actividades del programa preventivo en salud oral presentan un incumplimiento en las metas de todas las acciones que integran el programa, ratificando con ello la baja cobertura para la población objeto, y de manera indirecta, la restricción del acceso al servicio. Lo anterior evidencia que nuestros servicios de salud son procesos curativos y no preventivos.

Las barreras en el acceso son evidentes en la prestación de los servicios de salud oral al igual que la subutilización de los espacios físicos del área. La población que no se encuentra enmarcada dentro del grupo de gestantes, población infantil y los adscritos a programas solamente cuentan con un acceso que se limita única y exclusivamente a las urgencias dentro de la ESE Metrosalud.

### 8.3.8 Enfermedades crónicas no transmisibles

**Enfermedad renal crónica:** la enfermedad renal crónica es considerada como una entidad de alto costo, que genera gran impacto económico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, además del efecto social que produce en los pacientes y sus familias. En Medellín, la mortalidad por enfermedad renal crónica (ERC) tuvo, entre los años 2000 y 2006, una clara tendencia al aumento, pero a partir de 2007 se han disminuido las tasas globales de mortalidad de forma significativa (14,52 por cien mil habitantes en el 2006 a 6,1 en el año 2010). Este cambio en la mortalidad en la ciudad a partir del año 2006 se puede ver influenciado por los cambios realizados en los planes obligatorios de salud en esa época, con la introducción de nuevos medicamentos y medios diagnósticos para la enfermedad renal (24).

Según el informe de la situación de la enfermedad renal en Colombia en el año 2008 y en el año 2009, realizado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, la prevalencia de enfermedad renal crónica terminal en Colombia es de 47,5 pacientes en el año 2008 y 45,4 en el año 2009 por cada 100 000 habitantes, cifras que son superiores a la prevalencia promedio en Latinoamérica (38,1 por 100 000 habitantes). En Medellín, la prevalencia fue de 75,5 (2008) y 79,43 por 100 000 habitantes, según lugar de residencia (2009), siendo la más alta registrada en todo el país

en el año 2009. La prevalencia ajustada por edad según régimen de afiliación tiene mayores diferencias (68,21 por cien mil habitantes para el contributivo y 115,47 para el subsidiado).

**Diabetes:** esta es una de las principales precursoras de ERC. En Medellín se observa a partir del año 2006 una disminución en las tasas de mortalidad, al pasar de 30,39 casos por 100 000 habitantes en el 2005 a 9,56 en el año 2010. Sin embargo, en relación con la mortalidad temprana, esta tiene un peso promedio del 14 % sobre todas las muertes por diabetes durante el periodo 2000-2010, observando el porcentaje más alto en el año 2010 (17 %). Este indicador es más alto que lo estimado por la OPS para las Américas que fue del 6 %. La prevalencia de la diabetes en Medellín en el año 2007 fue de 6 %, sin diferencias por sexo y se estimó una prevalencia de diabetes del 21 % en la población mayor de 61 años.

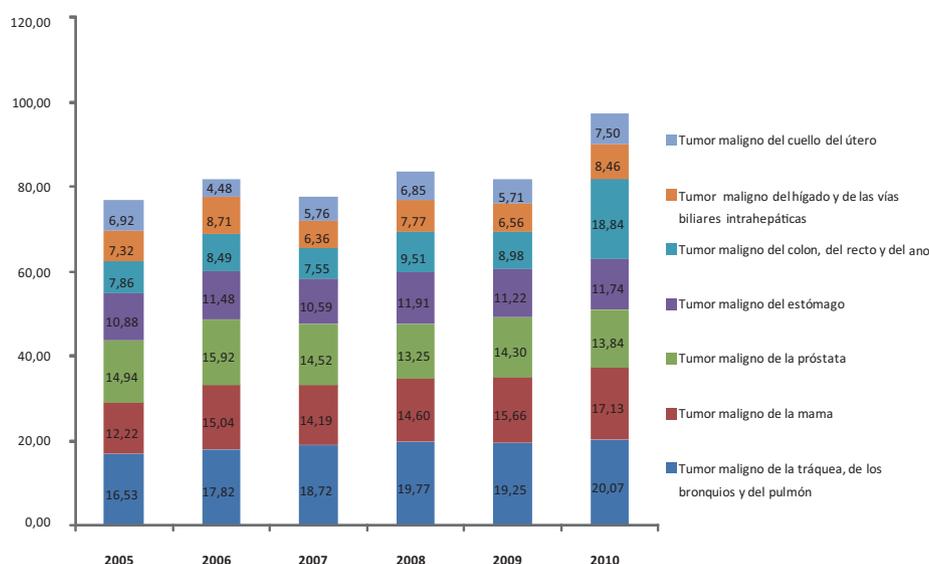
**Enfermedades cardiovasculares:** en cuanto a la mortalidad por las enfermedades cardiovasculares, estas han tenido, en general, una tendencia estable en la última década, en especial las hipertensivas y las cerebrovasculares. Sin embargo, la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón muestra un comportamiento al aumento desde el año 2000 (62,8 casos por 100 000 habitantes) hasta el año 2010 (72,01 casos por 100 000 habitantes).

En relación con la carga de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, en el último decenio la proporción promedio de mortalidad temprana fue de 11 % para las hipertensivas, 18 % para las isquémicas y 20 % para las cerebrovasculares. El indicador de años de vida perdidos por enfermedad isquémica del corazón, medido como tasa de AVPP por 1 000 habitantes, tiene una tendencia estable durante el periodo 2000-2010, con un promedio de cinco AVPP por cada 1 000 habitantes.

**Cáncer:** en relación con el cáncer, como se muestra en la gráfica 4, el principal causante de muerte es el cáncer de pulmón, que afecta principalmente a la población mayor de 60 años, seguido por la mortalidad por cáncer de mama; pero en el año 2010 se observa un aumento importante del cáncer de colon y recto. También se resalta la alta tasa de mortalidad por cáncer gástrico en la población de Medellín.

Se considera el cáncer de cuello uterino como la primera causa mundial de mortalidad por cáncer en las mujeres, razón por la cual fue incluido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio como un tema de alta prioridad. En Medellín, en el año 2007 se registró una tasa

de 5,76 muertes por cada 100 mil mujeres, registrando un incremento para el año 2010 de 7,4 por 100 mil mujeres; adicionalmente, siete de las 16 comunas presentaron cifras superiores a la tasa municipal, especialmente las ubicadas en la zona nororiental de la ciudad, con un comportamiento persistente a través de los años, teniendo una relación inversa con el Índice de Desarrollo Humano y los Indicadores de Calidad de Vida. Otro aspecto importante respecto al cáncer de cuello uterino es la carga de enfermedad que éste representa para la ciudad, medida en la mortalidad temprana (mujeres menores de 60 años), puesto que entre el año 2000 y el año 2010 el 58 % de las muertes por esta causa han sido en este grupo de edad.



**Gráfica 4.** Primeras causas de mortalidad por cáncer. Medellín, 2005-2010

Fuente: Secretaría de Salud

En Medellín, para el periodo 2005-2010 se tuvo una tasa de mortalidad por cáncer de mama de 14,7 casos por 100 000 mujeres y el 47 % correspondió a mujeres menores de 60 años. Si se compararan las tasas de mortalidad por comunas con la tasa de la ciudad y del país, se podría observar como en las comunas de La Candelaria, Laureles Estadio y La Amé-

rica es donde se presenta la mayor carga de mortalidad para la ciudad por cáncer de mama.

La tasa de mortalidad por cáncer de próstata en Medellín es de 14,4 casos por 100 000 hombres entre el periodo 2005-2010. En cuanto a la mortalidad temprana, ésta ha representado en los últimos 10 años el 7 % de las muertes,

con pocas variaciones en las tasas de mortalidad para la población de hombres menores de 60 años.

Referente al cáncer infantil, la leucemia aguda pediátrica es uno de los más importantes. A ésta se le realiza un seguimiento dentro del proceso de vigilancia epidemiológica a partir del año 2010 en Medellín. Para ese año se diagnosticaron 19 casos nuevos, el 68 % de los pacientes se diagnosticaron de forma hospitalaria, con una tasa de incidencia de 3,4 casos por 100 000 niños menores de 15 años en el año 2010, teniendo mayor frecuencia la leucemia linfocítica aguda, la cual representa el 73 % de los casos de la ciudad. En relación con la mortalidad se registró en el año 2010 a un tasa de 1,5 casos por 100 000 menores de 15 años.

**Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles:** En cuanto al comportamiento de algunos de los factores de riesgo más importantes que inciden en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, la actividad física en la población de Medellín se ha evaluado en diferentes estudios y, si bien más de la mitad de la población manifestó que realiza actividades de recreación y deporte, la prevalencia de actividad física mínima para que sea un factor protector es del 22 %. Sin embargo, la prevalencia de actividad física en los adolescentes se ha incrementado entre 2002 y 2007.

En cuanto al tabaquismo, el segundo estudio de salud mental del adolescente en Medellín, realizado en el año 2009 por la Universidad CES, encontró que la prevalencia anual del consumo de esta sustancia aumentó de 23 % en el año 2006 a 25,4 % en el año 2009. En cuanto a la edad promedio de inicio de consumo de cigarrillo, pasó de 12,8 en el año 2006 a 12,5 en el año 2009.

### 8.3.9 Salud mental

Los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo, por lo que representan un reto, tanto en términos de políticas de salud, como en la planificación de servicios. Solo en el continente americano se estima que 400 millones de personas sufren actualmente de trastornos psiquiátricos y neurológicos. Este tipo de padecimientos son la causa de muchos sufrimientos y discapacidades (28 % del total de la discapacidad causada por enfermedades) y son responsables del 11,5 % de la carga global de las enfermedades.

En Medellín, el número de consultas por trastornos mentales y del comportamiento ha mostrado, durante los últimos cinco años, un descenso, que representa el 2 % del total de consultas por todas las causas en el año 2010, observándose una mayor proporción en mujeres. En relación a la edad, se observa que el mayor número de consultas por trastorno mental y del comportamiento se presenta en las personas de 15 a 44 años; sin embargo, en el grupo de 5 a 14 años, se viene presentando un incremento en el número de consultas durante los últimos cinco años. En relación con las causas de consulta más frecuentes, se observa que los diagnósticos relacionados con depresión y ansiedad son los más frecuentes en la consulta externa.

En la atención en el servicio de hospitalización, contrariamente a lo encontrado en el servicio de consulta externa, se encontró que los hombres son hospitalizados por estas causas con mayor frecuencia que las mujeres, y las causas más frecuente de hospitalización son el trastorno del comportamiento por uso de psicofármacos y el trastorno afectivo bipolar.

En relación con la prevalencia de los trastornos mentales en Medellín, según el primer estudio de salud mental, realizado durante el año 2011, se encontró que los trastornos de ansiedad del DSM-IV/CIDI de mayor prevalencia de vida corresponden a la fobia específica (13,5 %), estrés post-traumático (6,5 %), y la fobia social (6,0 %). Para los trastornos del ánimo, la depresión mayor fue del 12,9 %, seguido por el trastorno bipolar (2,4 %). En los trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia, el trastorno negativista desafiante presentó la prevalencia más alta con el 7,6 %.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, según el segundo estudio de salud mental del adolescente, realizado en 2009 por la Universidad CES en Medellín, se encontró que la prevalencia anual del consumo de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez aumentó de 19 % en el año 2006 a 23,2 % en el año 2009. La edad promedio de inicio fue de 13,9 años. Un indicador importante que se calculó fue el índice de abstinencia, el cual mostró que 70 de cada 100 estudiantes no han llegado a consumir alcohol hasta la embriaguez. En la población general de Medellín, en el año 2011, se tiene una prevalencia anual de consumo de sustancias ilícitas de 6,7 %, siendo más alta en el grupo entre 19-29 años (15,7 %).

## Violencia intrafamiliar y sexual

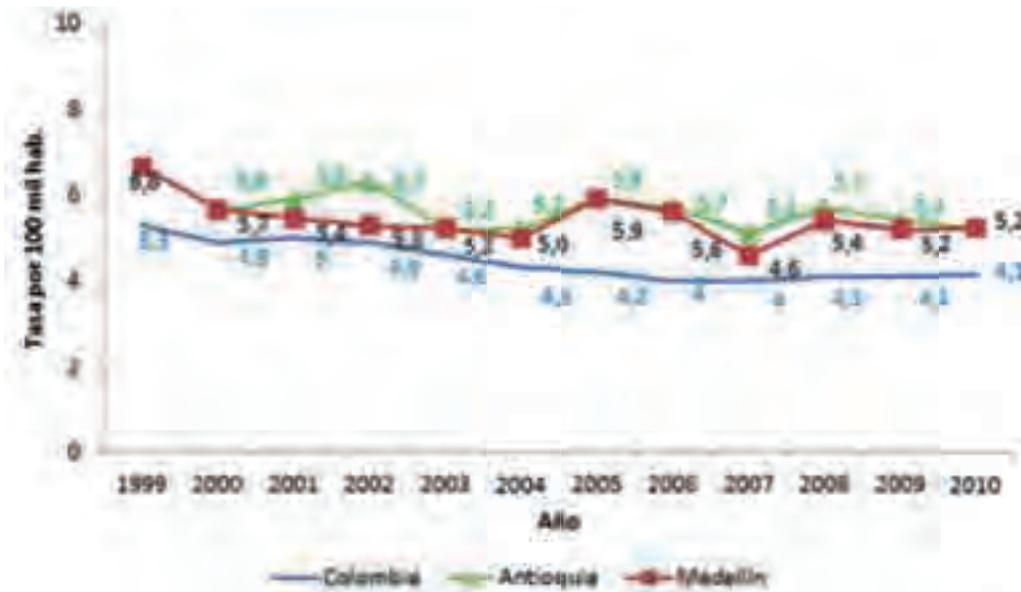
En Medellín, la violencia intrafamiliar y sexual agrupa los siguientes eventos de salud pública: abuso sexual, violencia sexual, violencia física, violencia psicológica, abandono y negligencia. La violencia intrafamiliar es toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia que afecte el bienestar y la integridad física, psicológica o la libertad y derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia, sin importar el espacio físico donde ocurra. La violencia intrafamiliar y sexual es una problemática compleja, dado que requiere intervención interinstitucional e intersectorial.

En el año 2010, los prestadores de servicios de salud registraron 1 084 casos de violencia intrafamiliar y sexual en Medellín, una cifra superior a la presentada en el año 2009 (738 casos), lo que equivale a un aumento del 32 % en el reporte. Es importante aclarar que esta cifra corresponde a los eventos que requirieron consulta médica; el resto de estos, captados a través de otras instancias gubernamentales (comisarías de familia, CAIVAS, inspecciones de policía, entre otras), no están reflejados en estas cifras. Al igual que en las estadísticas nacionales y departamentales, la mujer es la más afectada por la violencia intrafamiliar y sexual (82 %).

## Suicidio e intento de suicidio

En relación con las conductas suicidas, el intento de suicidio, llamado también suicidio frustrado o no exitoso, teniendo en cuenta el número de casos notificados en Medellín durante los últimos años, se estima que ocurren tres intentos de suicidio cada día, lo que refleja la gran problemática que este evento representa para la ciudad, donde se reportan en promedio 1 100 intentos anuales, para una tasa de intento de suicidio en el año 2010 de 48,6 por cada cien mil habitantes.

Por otro lado, el suicidio es el resultado fatal de la conducta autodestructiva, es uno de los problemas psicosociales que se presentan en todos los grupos y sociedades. Se estima que por cada suicidio en el mundo se presentan entre 10 y 25 intentos o tentativas de suicidio, y del 10 % al 15 % de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo. En los últimos 10 años, Medellín ha presentado tasas de mortalidad por suicidio superior a las tasas promedio del país y similar a las de Antioquia (gráficas 5 y 6).

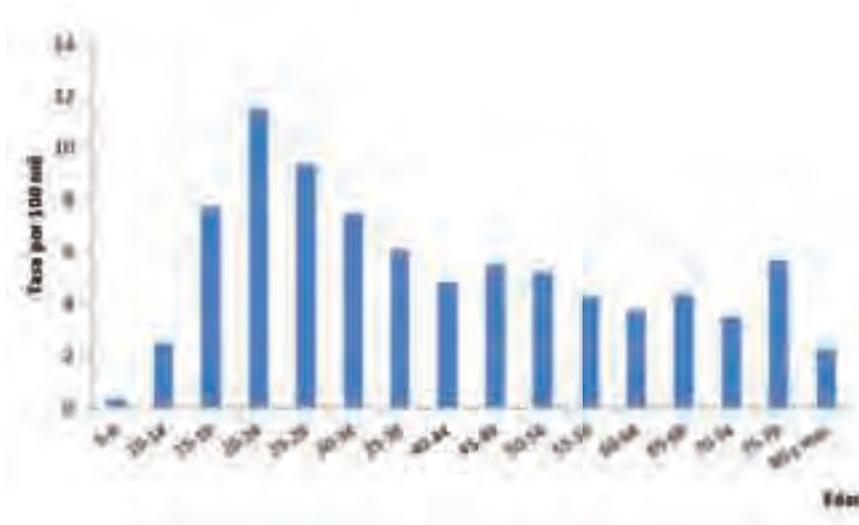


**Gráfica 5.** Comparativo de las tasas de suicidio en Medellín, Antioquia y Colombia. 1999-2010

Fuentes: Estadísticas vitales Secretaría de Salud de Medellín; Estadísticas vitales, Dirección Seccional de Salud de Antioquia e Informe Forensis 2010, del Instituto Nacional de Medicina Legal

En Medellín, la tasa de mortalidad por suicidio en el año 2010 fue de 5,2 defunciones por

cada cien mil habitantes, el 50 % de los casos correspondía a personas de 30 años o menos.



**Gráfica 6.** Tasa de mortalidad por suicidio por grupo de edad. Medellín, 2005-2010

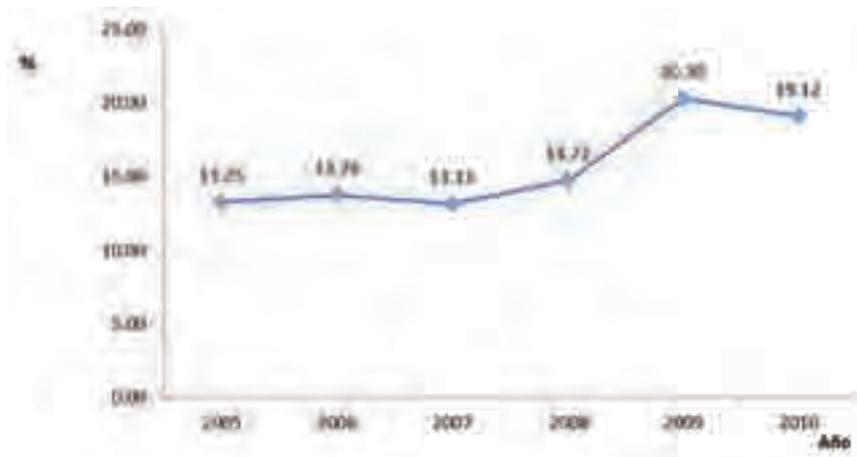
Fuente: Sistema de Información Estadísticas vitales Secretaría de Salud de Medellín

### 8.3.10 Lesiones de causa externa

La violencia y sus diversas manifestaciones constituyen un problema multidimensional, socialmente relevante y de elevada complejidad. En él confluyen factores sociales, políticos y culturales que dan cuenta de sus más variadas manifestaciones. Desde el ámbito de la salud, la violencia es el principal problema

de salud pública en Colombia. Prueba de ello son las estadísticas, según las cuales el trauma intencional aparece en primer lugar como causa de muerte.

En la ciudad de Medellín se registran anualmente en promedio 16 106 defunciones de las cuales el 16,1 % son muertes violentas, con una tendencia al aumento, como se muestra en la gráfica 7.

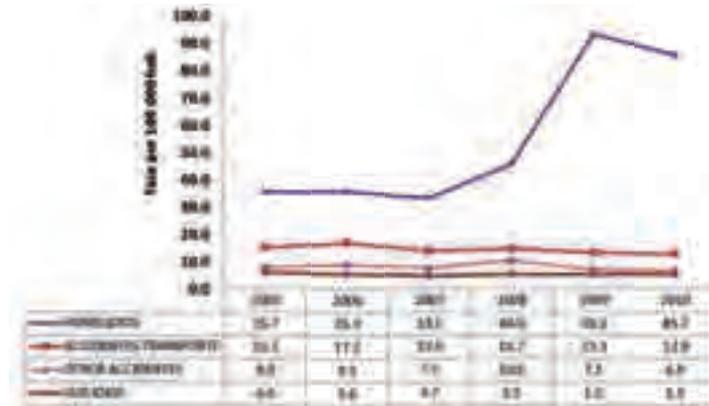


**Gráfica 7.** Distribución porcentual de la mortalidad por causas externas ocurridas en la ciudad de Medellín, 2005-2010

Fuente: Sistema de Información Estadísticas Vitales Secretaría de Salud de Medellín

La mortalidad por causas externas totales ocurridas en la ciudad de Medellín, presentó una tasa de periodo 2005-2010 de 84,5 por 100 000 habitantes, destacándose un importante aumento en el año 2009 y 2010. En el periodo 2005-2010, los homicidios fueron la principal causa de muerte externa, con aumento de su peso porcentual al pasar de un 54 % a un 76 %, seguido por los accidentes de tránsito.

Los hombres han sido los más afectados con la mortalidad por causas externas. La tasa en el periodo 2005-2010 fue de 120,8 por 100 mil hombres y para las mujeres de 19,5 por 100 mil mujeres. Los homicidios en los hombres presentan una tasa de 79,6 por 100 mil hombres, en el periodo 2005-2010, y para las mujeres de 7,9 por 100 mil mujeres.



**Gráfica 8.** Tasa de mortalidad por causas externas según lugar de ocurrencia del hecho. Medellín, 2005-2011

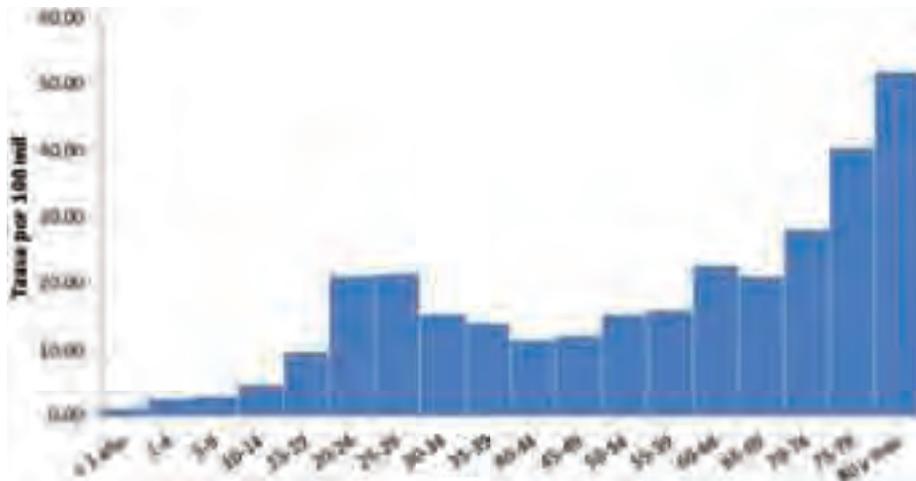
Fuente: Sistema de Información Estadísticas Vitales Secretaría de Salud de Medellín

### 8.3.11 Accidentes de tránsito

En Medellín, durante el periodo 2005-2010, los accidentes de tránsito representan alrededor del 17 % de la mortalidad por causas externas, siendo los hombres la población más afectada, pues por cada mujer que fallece en accidente de tránsito, fallecen cuatro hombres. Según el tipo de vehículo involucrado, el 40 % de las muertes por accidentes de tránsito

durante el periodo 2005-2010 son causadas por motocicletas. El grupo de edad que más se ve afectado por las muertes por accidentes de tránsito está entre los 20 y 30 años y el de más de 70 años; en este último, las muertes ocurren principalmente como causa de atropellamiento (gráfica 9).

El comportamiento de la mortalidad por accidentes de tránsito y grupos de edad se muestra en la siguiente gráfica.



**Gráfica 9.** Tasa de mortalidad por accidentes de transporte por grupo de edad. Medellín, 2005-2010

Fuente: Sistema de Información Estadísticas Vitales. Secretaría de Salud de Medellín

**Otros accidentes:** En cuanto a la mortalidad por otro tipo de accidentes, el 57 % de los ocurridos durante el periodo 2005-2010 son originados por caídas, y el grupo poblacional más afectado es el de las personas mayores de 80 años. En la población menor de 10 años, se

presenta una tasa de mortalidad por esta causa de 5,5 por cada 100 000 niños menores de 10 años durante el periodo 2005-2010. Estas muertes se consideran evitables y en su mayoría están representadas por accidentes en el hogar (tabla 2).

**Tabla 2.** Modos de exposición de mortalidad por otros accidentes. Medellín, 2005- 2010

Modo de exposición	Total	%
Caídas	769	57
Todas las demás causas externas	405	30
Ahogamiento y sumersión accidentales	63	5
Quemaduras	67	5
Envenenamientos	52	4
<b>Total</b>	<b>1356</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Información Estadísticas Vitales Secretaría de Salud de Medellín

### 8.3.12 Salud nutricional

La Cumbre Mundial sobre la Alimentación de noviembre de 1996 y otros encuentros entre los países miembros de la Organización de Naciones Unidas han reafirmado el derecho de todas las personas a una alimentación apropiada, fundamentalmente el derecho de no padecer hambre, relacionados con los derechos humanos y que fueron consolidados en la siguiente normatividad regional y local.

**Seguridad alimentaria y nutricional:** según el perfil alimentario y nutricional de Medellín del año 2010, elaborado por la Secretaría de Bienestar Social a través de la Universidad de Antioquia, el 58,6 % de la población presenta inseguridad alimentaria, distribuida así: 36,7 % con inseguridad leve, 13,7 % con inseguridad moderada y 8,2 % con inseguridad severa. Los porcentajes de inseguridad alimentaria no son homogéneos, los índices más altos se presentan en las comunas de Popular, Santa Cruz, Manrique y los corregimientos de san Antonio

de Prado, Palmitas y San Cristóbal. Estos sectores se ubican en mayores niveles de pobreza y menores índices de calidad de vida de la ciudad. En este sentido, se observó que ocho de cada 10 familias presentaron inseguridad alimentaria cuando el jefe de hogar no tiene un buen nivel educativo. En los hogares encabezados por la madre, la inseguridad fue 10 % más alta que en aquellos con jefatura masculina.

**Lactancia materna:** mediante la leche materna se proveen los nutrientes necesarios para el adecuado desarrollo del niño, además de establecer un vínculo madre-hijo. En 2010, las madres que lactaron alguna vez representaron el 92 %; sin embargo, la duración total de la lactancia materna fue inferior a siete meses y de la lactancia exclusiva fue inferior a cuatro meses, lo anterior según datos del perfil alimentario y nutricional de Medellín 2010.

**Estado nutricional:** es una situación condicionada por diferentes factores, entre ellos la ingesta alimentaria, valorado por la composi-

ción corporal en los adultos y el crecimiento en los niños; se encuentra íntimamente relacionado con el estado de salud y los factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales, y es considerado un indicador de calidad de vida poblacional al reflejar el desarrollo físico, intelectual y emocional del individuo.

En los niños menores de cinco años, el 2,4 % presenta alteración de su peso para la edad. Por otro lado, el 10,2 % se encuentra en riesgo, lo cual indica mayores posibilidades de padecer este tipo de desnutrición global. La desnutrición aguda fue del 1,9 % y el estado de riesgo para la desnutrición aguda se presenta en 7,1 % de los menores de 5 años.

La desnutrición crónica para los niños menores de cinco años fue del 8,1 %. Ella refleja una privación afectiva y una dieta deficiente. El riesgo en este indicador fue del 20,1 %.

Es importante destacar el alto porcentaje (más del 20 %) de población menor de cinco años que ya tiene algún indicador de exceso de peso, lo que repercutirá en la salud futura de esta población, al aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión.

En población menor de 18 años, según el perfil alimentario y nutricional de Medellín 2010, el mayor problema se encuentra en los excesos, representados por el sobrepeso y la obesidad, con un porcentaje de 17,9 % y 7,9 % respectivamente; mientras que la delgadez y el riesgo de delgadez fueron del 2,3 % y 10,4 %.

Y finalmente, en la población mayor de 18 años se observa un exceso marcado de peso, el cual representa el 50,8 % de la población, sumado a que la obesidad abdominal está afectando al 44,7 % de esta población. Este problema de salud puede llegar a reducir la esperanza de vida de una persona hasta en diez años, a la vez que genera una elevada carga económica para la sociedad.

Lo anterior muestra que la ciudad, en su conjunto, está seriamente afectada por la que se ha denominado "la paradoja nutricional", es decir, la coexistencia en la misma población de las deficiencias nutricionales, como el bajo peso y la baja talla con el exceso de peso y la obesidad. En Medellín, esta situación, tal como sucede en países con niveles medios de desarrollo o con procesos de desarrollo acelerado, se presenta principalmente en estratos más pobres de la sociedad, que tienen simultáneamente las prevalencias más altas de baja talla para la edad, sobrepeso en los niños y jóvenes y obesidad, especialmente en las mujeres, situación que refleja las deficiencias en la calidad y cantidad de la alimentación consumida.

**Mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años:** el registro de las muertes por desnutrición, como causa básica en la ciudad de Medellín, en el año 2007 mostró 3,4 muertes por cada 100 mil menores de cinco años, y la meta propuesta para el año 2011 fue reducirla a 2,4 muertes por cada 100 mil menores de cinco años. Esta meta fue superada: en los últimos dos años no se han registrado muertes por esta causa en la ciudad.

**Diversidad de la dieta:** según el perfil alimentario dependiendo del estrato económico, se observó que el nivel de acceso a variedad de grupos de alimentos incrementa a medida que aumenta el estrato y los recursos económicos. En este aspecto se ha demostrado la importancia de la diversidad de la dieta y la inclusión de frutas y hortalizas por sus beneficios para la salud; sin embargo, en el perfil alimentario de la ciudad de Medellín, éstas no aparecieron en los dos primeros estratos socioeconómicos, solo comienzan a reportarse en el estrato tres para el caso de las frutas, las cuales incrementan en la medida en que aumenta el estrato socioeconómico. En general, para la población de Medellín, el 72 % no consume de forma regular frutas y hortalizas en su dieta.

**Bajo peso al nacer (menos de 2 500 gr):** el bajo peso al nacer es el principal factor determinante de la mortalidad infantil, principalmente en los primeros meses de vida, en los cuales el riesgo de muerte neonatal es cuatro veces mayor en los lactantes que pesan menos de 2,5 kilogramos al nacer y 18 veces mayor en los que pesan menos de 2 kg. Los sobrevivientes tienen mayores riesgos de sufrir desnutrición en cualquiera de sus indicadores y en la etapa adulta aumentan las probabilidades de sufrir diabetes y males cardíacos.

En Medellín, de los niños con bajo peso al nacer a término, sólo el 12 % de sus madres asistieron a menos de tres controles prenatales durante su embarazo y, de estas, el 54 % pertenecía al régimen subsidiado, lo que implica que no están siendo adecuadamente intervenidas dentro de toda su gestación, con acciones de promoción, prevención y tratamientos oportunos, que no solo favorezcan el bajo peso al nacer (BPN), sino otras afecciones que afectan el binomio madre-hijo.

Según el régimen de afiliación, el 52 % del total de madres de los niños con BPN a término, pertenecía al régimen contributivo, mostrando que este evento no tiene diferencia en el tipo de aseguramiento. Y por clasificación de edad, es importante resaltar que en el 26 % de los niños con BPN, sus madres son menores de 19 años, lo que concuerda con el embarazo adolescente como factor de riesgo para nacimientos de bajo peso.

### 8.3.13 Salud ambiental

**Servicios públicos:** Medellín cuenta con un 99,9 % de cobertura en servicios de electricidad. El 98,24 % de la población tiene la percepción de que el servicio es de buena calidad, el 96 % tiene el servicio activo, es decir, pagan a tiempo sus obligaciones financieras y solo el 1,51 % se encuentra desconectado por falta de pago.

**Calidad del agua:** la vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano se realiza de forma continua por parte de la Secretaría de Salud de Medellín, para los acueductos, tanto urbanos como rurales. El acueducto urbano es administrado por las Empresas Públicas de Medellín y abastece el 100 % de las viviendas cobijadas en el Plan de Ordenamiento Territorial. El Índice de Riesgo de la Calidad de Agua (IRCA) determina la calidad de la misma y arrojó, para el agua suministrada por Empresas Públicas de Medellín, valores de 0,08 para el año 2008, 0,38 en el 2009 y 0,42 en el 2010. El IRCA de los acueductos veredales de la ciudad de Medellín se ha mantenido en un promedio de 1,6 en los últimos tres años. El IRCA municipal global (acueducto urbano más los sistemas rurales) para 2008 fue de 1,79, en 2009 de 1,35 y en 2010 de 1,54.

Sin embargo, se presentan problemas en las zonas llamadas subnormales y en algunas zonas rurales, en las cuales las Empresas Públicas no pueden prestar el servicio de agua potable. En esas partes se presenta el mayor riesgo para problemas de salud pública relacionados con las condiciones ambientales.

**Sistema de recolección de aguas servidas:** la recolección domiciliar de aguas residuales alcanza niveles del 100 % en el área de influencia de las Empresas Públicas de Medellín. Al igual que en acueducto, la cobertura se ha visto favorecida por el programa de Habilitación de Viviendas, que ha permitido que viviendas de estratos socioeconómicos bajos se beneficien con la construcción de redes de evacuación de aguas servidas, sin las cuales las quebradas de la ciudad y el mismo río serían los depositarios de los vertimientos.

**Gestión integral de residuos sólidos:** las coberturas del servicio de aseo son, desde el año 2004, superiores al 97 %; en el año 2010, al igual que en el año 2009; estas cifras son constantes, con una cobertura del 98 % de las viviendas. El mayor problema se presenta en aquellas zonas de difícil acceso, donde

no pueden llegar Empresas Varias con sus carros recolectores. Allí se pretende implementar otro tipo de recolección, como la puerta a puerta y sitios comunitarios de recolección.

**Gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares:** la Secretaría de Salud de Medellín, como autoridad sanitaria, tiene la competencia de realizar acciones de inspección y vigilancia a la gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares a todas las personas naturales o jurídicas que presten servicios de salud a humanos y/o animales e igualmente a las que generen, identifiquen, separen, desactiven, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, manejen, aprovechen, recuperen, transformen, traten y/o dispongan finalmente los residuos hospitalarios y similares.

**Calidad del aire:** según el estudio del índice de ciudades verdes de América Latina, Medellín y el Valle de Aburrá, tenían en el año 2009, un promedio anual de concentración de dióxido de nitrógeno de 40  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ , concentración de dióxido de azufre de 1,0  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  y de material particulado de 56,8  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Este estudio de América Latina califica a Medellín y el Valle de Aburrá con un desempeño bueno en la calidad del aire, debido a que las concentraciones de contaminantes están dentro del promedio

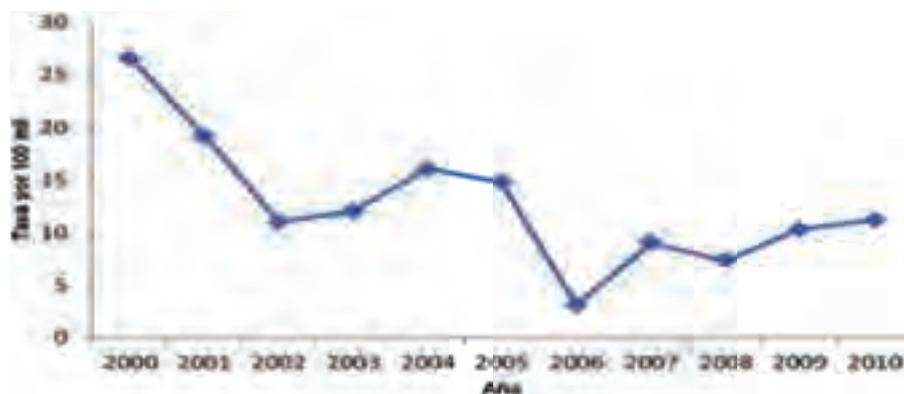
de América Latina y, además, por la implementación de políticas regionales de calidad del aire y su monitoreo permanente.

### 8.3.14 Seguridad laboral

En Medellín, el número de trabajadores dependientes afiliados al Sistema de General de Riesgos Profesionales en Medellín disminuyó en el año 2010 alrededor del 4 % con respecto al año anterior. Por otro lado, el número de trabajadores independientes ha permanecido constante, al igual que el número de empresas afiliadas.

Durante el año 2010, según reporta Fasecolda, en Medellín se han disminuido los reportes de muertes clasificadas como accidentes de trabajo, de 62 casos en el 2009 a 41 en el 2010, así mismo las pensiones otorgadas por invalidez (de 26 casos a 21), como se muestra en la gráfica 10.

También se refleja una tendencia a la disminución de las tasas de mortalidad por accidentes de trabajo reportadas para Antioquia desde el año 2000, no siendo esto necesariamente un reflejo del mejoramiento de las condiciones laborales, sino de una deficiente identificación de los accidentes laborales o enfermedad profesional por el personal de salud.

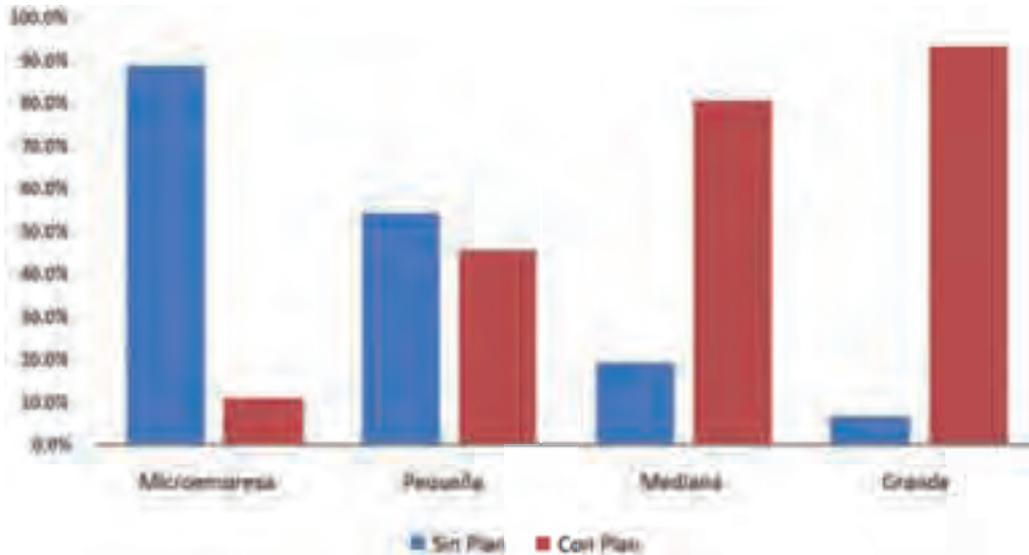


**Gráfica 10.** Tasas de mortalidad reportada por las administradoras de riesgos profesionales para Antioquia, 2000-2010

Fuente: Información enviada al Ministerio de la Protección Social por las administradoras de riesgos profesionales, Estadísticas para la Presidencia de la República - Cálculos Cámara Técnica de Riesgos Profesionales - Fasecolda

En Medellín, a través del proyecto de seguimiento a los planes y programas de salud ocupacional de las empresas de la ciudad y a la gestión de promoción de la salud y prevención de los riesgos desarrolladas por las

ARP, desarrollado por la Secretaría de Salud, se encontró que en las microempresas existe una deficiencia en el desarrollo y la implementación de los programas de salud ocupacional, comparadas con empresas de mayor tamaño.



**Grafica 11.** Distribución porcentual de empresas por tamaño que evidencian planes y actividades en salud ocupacional ofrecidas por sus ARP. Medellín, 2010

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Proyecto Salud Laboral. Segunda encuesta evaluación programas de salud ocupacional 2010.

Según el grado de desarrollo de los programas de salud ocupacional, se encontró que más del 50 % de las empresas en la ciudad tienen un grado deficiente de desarrollo de los programas de salud ocupacional, y este problema se evidencia mucho más en las empresas pequeñas o microempresas, donde además el total de éstas no tienen desarrollo o lo tienen deficiente. El 50 % de las empresas de tamaño grande están en niveles óptimos de desarrollo de los programas de salud ocupacional; sin embargo, un porcentaje importante (26 %) apenas tiene el programa de salud ocupacional en niveles bajos o deficientes.

### 8.3.15 Poblaciones especiales

#### Población en situación de discapacidad

En Colombia, solo hasta hace pocos años se comenzó a trabajar bajo un nuevo enfoque que considera que la discapacidad es ante todo un problema social, resultado de un complejo multifactorial del entorno de cada individuo. Esto indica que el manejo de la discapacidad no es exclusiva del sector salud, sino que se requiere de la participación del conjunto de la sociedad, es responsabilidad del colectivo, lo que implica hacer profundos cambios para

permitir la plena participación de las personas en todos sus ámbitos de la vida.

Durante los años 2009 y 2010, la Secretaría de Salud realizó el registro de discapacidad en el área urbana y rural de la ciudad, donde se identificaron 45 042 personas con algún tipo de discapacidad según la clasificación CIF, sin encontrar diferencias entre sexos. La tasa más alta de discapacidad se encontró en la zona uno de la ciudad, y se encuentra una relación directamente proporcional con la edad.

Dentro de otras variables sociodemográficas, se halló un alto porcentaje de personas en situación de discapacidad en el estrato 1 y 2 (68 %), comparado con los estratos 4, 5 y 6 (4,7 %), lo que indica una polarización socioeconómica de la discapacidad en la ciudad y, adicional a esto, el 83,1 % de la población en situación de discapacidad que trabaja tiene unos ingresos inferiores a \$500 000 mensuales.

En relación con la caracterización de la discapacidad en Medellín, el mayor porcentaje se encuentra con alteraciones neuromusculares relacionadas con el movimiento, seguida de las discapacidades mentales y sensoriales. Estas tres representan el 67 % de la población discapacitada encuestada, mostrando especialmente un mayor porcentaje de las limitaciones de actividades en las personas en la movilidad; también se destaca la limitación en el aprendizaje y la aplicación del conocimiento (tabla 3).

Como consecuencia de lo anterior, se encontró que el 50 % de las personas en situación de discapacidad considera que los principales lugares con barreras para su desarrollo o movilidad se encuentran en las vías públicas, escaleras, transporte público y en espacios públicos como parques, plazas, estadios e iglesias, lo que restringe su participación dentro de la sociedad

En la encuesta de discapacidad también se discriminan los eventos que dieron origen a la situación de discapacidad de la población de Medellín, considerándose que en el 75 % de las causas se encuentran la enfermedad general, las causas externas como accidentes y violencia, y también la condición de discapacidad por causas hereditarias o condiciones propias del embarazo, la madre y el parto. Dentro de los accidentes, el 38 % corresponde a accidentes de tránsito, el 27 %, a accidentes en el hogar y el 20 %, a accidentes en el trabajo.

El fenómeno de la violencia es un factor importante generador de discapacidad, el 3,6 % de los casos, y de estos se considera a la violencia común, violencia social y la violencia en el hogar como principales causas.

### Población víctima del desplazamiento forzado

En Medellín, el total de población víctimas de desplazamiento forzoso registrado en el Sistema de Identificación de Población Desplazada (SIPOD) es 187 027. Este número de personas equivale a un 8 % del total de la población proyectada, que se encuentra ubicada principalmente en los estratos 1 y 2 de la ciudad. De estos, el 57 % corresponde a mujeres, principalmente entre los 25 y 34 años, mientras que en los hombres el grupo de edad con mayor proporción que se encuentra víctima de desplazamiento forzoso está entre los 10 y 14 años. Además se encuentra que en los menores de 18 años, hay un porcentaje importante de desescolarización, a pesar de las garantías que se tienen para la población en situaciones de vulnerabilidad. Esto se refleja en la composición de las familias desplazadas, cuya jefatura es femenina con alta proporción de analfabetismo y desempleo (tabla 3).

Muy importante es que en Medellín, dentro de la población en situación de desplazamiento, el mayor porcentaje pertenece al grupo étnico afrocolombiano, seguido de población indígena, lo que incide en los comportamientos etno-culturales de esta población; por tanto

los proyectos de atención de víctimas por desplazamiento forzoso deben tener un enfoque etno-cultural. Frente a la condición de discapacidad se reporta aproximadamente un 2 % de población desplazada en situación de discapacidad, según el informe de CDAIPD.

**Tabla 3.** Principales orígenes de la discapacidad Medellín 2010

Principales causas de la discapacidad	Total	%
Enfermedad general	19 118	42,4
Accidente	5 961	13,2
Alteración genética, hereditaria	4 632	10,3
Condiciones de salud de la madre durante embarazo	2 904	6,4
Víctima o violencia	1 610	3,6
Complicaciones en el parto	1 191	2,6
Consumo de psicoactivos	553	1,2
Conflicto armado	522	1,2
Otra causa	474	1,1
Enfermedad profesional	442	1
Dificultades en la prestación de servicios de salud	400	0,9
Lesión auto-infringida	148	0,3
Desastre natural	21	0
Sin información	7 066	15,7
<b>Total</b>	<b>45 042</b>	<b>100</b>

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Encuesta de discapacidad 2009-2010

Referente a la situación de salud percibida en esta población, se evidencia una alta percepción de enfermedad en las edades extremas de la vida, con predominio de problemas de origen infeccioso, nutricional y psicosocial. Las enfermedades y síntomas referidos con mayor frecuencia son la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarréica aguda. Cerca del 17 % de las mujeres adolescentes víctimas de desplazamiento forzado ya han sido madres. En cuanto a la situación de salud mental en esta población, en más de la mitad se encuentra algún nivel de depresión y ansiedad, siendo mayor en las mujeres.

## Población indígena en Medellín

Los pueblos indígenas han vivido en América Latina un importante proceso de urbanización, y en la actualidad alrededor de un 40 % de ellos reside en ciudades (Del Popolo, Oyarce y Ribotta, 2009). En el caso de Medellín, esta situación comprende a casi su totalidad —el 98,9 % de ellos habitan en las zonas urbanas—, lo que contrasta con la realidad nacional, pues solamente el 21,4 % de los indígenas colombianos viven en las ciudades.

La población indígena de Medellín es pequeña, representa el 0,1 % de la población total de

la ciudad y se encuentra mayoritariamente en el área urbana; su composición etarea muestra que es una población mayormente joven y adulta, con muy pocos niños, y que se encuentran en la ciudad por motivos laborales. En relación con el nivel de analfabetismo de los jóvenes indígenas de 15 a 24 años, alcanza un 3,5 %. Representa una mejor situación de Medellín respecto de las cifras nacionales.

Aunque por motivaciones distintas, tanto la migración a la ciudad como el desplazamiento forzado a los cascos urbanos cercanos a sus asentamientos, inciden en forma directa en las maneras de vivir: cambios en la vivienda, en el trabajo en el campo, en las estrategias para organizarse, en la forma de alimentarse y la obtención de los alimentos. Es así como refiriéndose a estos procesos en el país, afirma la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR): "Hay cerca de un millón de indígenas en Colombia, pertenecientes a más de 80 grupos indoamericanos diferentes, con más de 60 lenguas distintas. Casi todos ellos han sido víctimas del desplazamiento forzado o han sido amenazados como resultado del conflicto armado interno. De acuerdo con la Organización Nacional Indígena de Colombia, 18 de los grupos más pequeños están en riesgo de desaparecer totalmente".

Para los indígenas, la enfermedad constituye un hecho que va más allá de lo orgánico, como la ruptura del equilibrio entre lo físico y lo espiritual, que hace parte de su universo social y cultural. A la vez, la curación se presenta como la lucha dialéctica entre los principios contrarios: la enfermedad como desequilibrio y la salud como armonía, la lucha entre la vida y la muerte manifestada por una serie de elementos presentes en el ritual. Son los mediadores quienes realizan la "presentación" simbólica y ritual de esa lucha.

Las percepciones de los indígenas acerca de los servicios de salud que les ofrece la ciudad

de Medellín, se enmarcan en el reconocimiento de la realidad que ellos viven en el mundo compartido como indígena y con otros en la ciudad, con el cual se construye un conocimiento que es social, que integra aspectos objetivos y subjetivos.

La respuesta social para la atención en salud en la ciudad se considera en dos vertientes: la organizada y la espontánea. La primera es ofrecida para todos los habitantes de Medellín, y que en este caso ha sido orientada por los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud; la segunda respuesta social espontánea, comprende las estrategias de atención a las cuales recurren desde su cosmovisión como indígenas, anclada en la atención que reciben en sus comunidades de origen en el marco de un conocimiento y práctica ancestral; esta no es organizada desde el Estado, sino desde las expectativas de atención que se orientan por sus experiencias anteriores y con las posibilidades que acorde con estas encuentran en la ciudad.

Los indígenas reconocen la existencia de entidades de diversos tipos que se preocupan por atender o acompañar a sus hermanos en la búsqueda de mejores condiciones en la ciudad. Algunos de ellos son la Organización Indígena de Antioquia (OIA) y la Asociación Indígena del Cauca (AIC).

De igual manera, se reconoce la existencia de organizaciones como los cabildos indígenas que, aunque no tienen el reconocimiento mediante personerías jurídicas, sí lo tienen socialmente, establecen coordinación con distintas organizaciones y hacen seguimiento y acompañamiento a indígenas residentes en la ciudad o que se dirigen a Medellín para alguna gestión.

Esta respuesta social no organizada está basada en la medicina tradicional o ancestral, la que no existe en la concepción del sistema de salud formal, y es socialmente reconocida por la población indígena residente en la ciu-

dad. Los indígenas, enfermos o residentes, recurren a ella por la creencia en la ineffectividad del tratamiento al cual están siendo sometidos, o cuando sienten que las intervenciones o tratamientos occidentales afectan su manera de vivir, en lo relacionado con la espiritualidad, entonces buscan atención o complementación con lo tradicional, sea a través de un actor o una práctica específica. Lo anterior puede ser considerado un riesgo, debido a que cuando la población indígena recurre a esta atención tradicional pueden caer en las redes de la charlatanería, con efectos adversos en su salud.

Los indígenas, en sus percepciones, destacan obstáculos para acceder al servicio de salud en la ciudad de Medellín o dificultades que hacen más oneroso el servicio, entre ellas, identifican los aspectos geográficos relacionados con la distancia entre sus lugares de origen, las localidades cercanas, la ciudad y la movilidad en la ciudad, el desconocimiento del español por parte de los usuarios y del idioma nativo por parte de los funcionarios de las IPS, los costos y los trámites para acceder al servicio.

## Población afrocolombiana en Medellín

Históricamente, ha existido tensión entre Gobierno y organizaciones sociales afrocolombianas sobre el volumen poblacional de estas comunidades en el país. "El Departamento Nacional de Planeación DNP, estima que la población afrocolombiana es de 12 millones de colombianos, pero para el movimiento Nacional Afrocolombiano CIMARRÓN es superior a los 18 millones de habitantes, aproximadamente el 45 % de la Nación, son africanos criollos y afro mestizos"\*.

La población afrocolombiana de Medellín tiene una estimación de 218 068 personas, que

puede variar entre 199 914 y 236 222 en el año 2010. Su situación está descrita en el documento Conpes 3310, el cual expone el siguiente dato: "Los afrocolombianos son el grupo poblacional que registra los mayores niveles de marginalidad histórica en el país: sus indicadores de calidad de vida son significativamente inferiores a los del resto de la población".

Las percepciones de salud de la población afrocolombiana se describen en el documento "Percepciones del proceso-salud enfermedad de las comunidades afro descendientes de Medellín 2009-2010", donde se encuentra que un gran número de las personas de este grupo étnico habían llegado a la ciudad en condición de desplazamiento forzado, relacionando esta situación con el proceso de salud enfermedad que vive esta población, y que recurre a prácticas propias de curación y además se encuentra una particular situación con el proceso salud - enfermedad que muestra el sincretismo entre la espiritualidad africana y la religiosidad católica, lo que influye en sus comportamientos y relaciones con su comunidad y la ciudad.

El fenómeno de desplazamiento forzado influye también en las familias afrocolombianas, las cuales se aglutinan para permitir la llegada de miembros de otras partes del país, lo cual, hipotéticamente, duplica el costo de la calidad de vida, particularmente, la carga de los costos de la salud para las familias.

Los gastos indirectos de los problemas de salud son asumidos por familias cuya jefatura de hogar es manejada, en la mayoría de los casos, por la mujer afro. Sobre ella recae el cuidado de los enfermos, niños y ancianos, hecho que contribuye a la pauperización de la situación socioeconómica y detiene el desarrollo humano en equidad de las mujeres afrocolombianas en comparación con los hombres de esta

\* BLAA. Banco de la República. Biblioteca Virtual.

misma etnia, las mujeres de otras etnias y el resto de la población.

Entre los problemas de salud que más se presentan en las personas afrocolombianas que residen en Medellín están los de crecimiento y desarrollo de los niños y la violencia contra la mujer.

## 8.4 Acceso a los servicios de salud

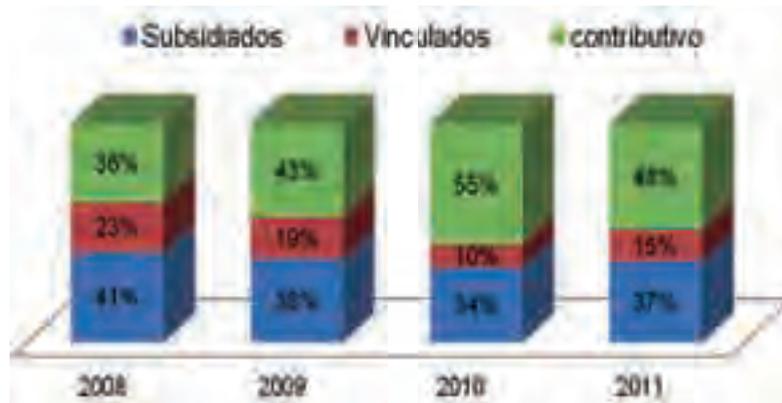
### 8.4.1 El aseguramiento y la prestación del servicio de salud en Medellín

Con el fin de lograr la cobertura plena y garantizar el acceso a los servicios de salud de toda la población, se ha fortalecido el aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado. Las acciones realizadas por la Secretaría de Salud de Medellín se han enfocado a promover la afiliación, el control de las bases de datos de afiliados y el control de las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) del régimen subsidiado y contributivo, frente a la garantía en el acceso a los servicios de salud de la población afiliada y la red de prestadores de servicios.

En relación con el aseguramiento en el régimen contributivo, debido a las dinámicas de empleo y productividad que se viene generando en el país durante los últimos años, se viene observando importantes avances en la formalización del empleo, el cual constituye la base fundamental del fortalecimiento del potencial de cotización que posibilita un mejoramiento de las cifras de aseguramiento y seguridad social. Para este propósito, la Secretaría de Salud de Medellín viene desarrollando campañas para promover la afiliación al régimen contributivo con resultados satisfactorios para el SGSSS y la calidad del aseguramiento de la ciudad, lo cual redundará en mayor bienestar para el trabajador y su grupo familiar.

En el aseguramiento en el régimen subsidiado, Medellín fue una de las pocas capitales del país que contó con cobertura superior certificada durante los últimos cinco años por parte del Ministerio de la Protección Social por lograr coberturas superiores al 90 % de la población objeto, y es la única capital que cubre, dentro del aseguramiento de la población pobre y vulnerable, el nivel 3 del Sisbén.

Los resultados del aseguramiento para la ciudad permiten obtener un buen nivel de complementariedad por medio de los diferentes regímenes, tal como se observa en la gráfica 12.

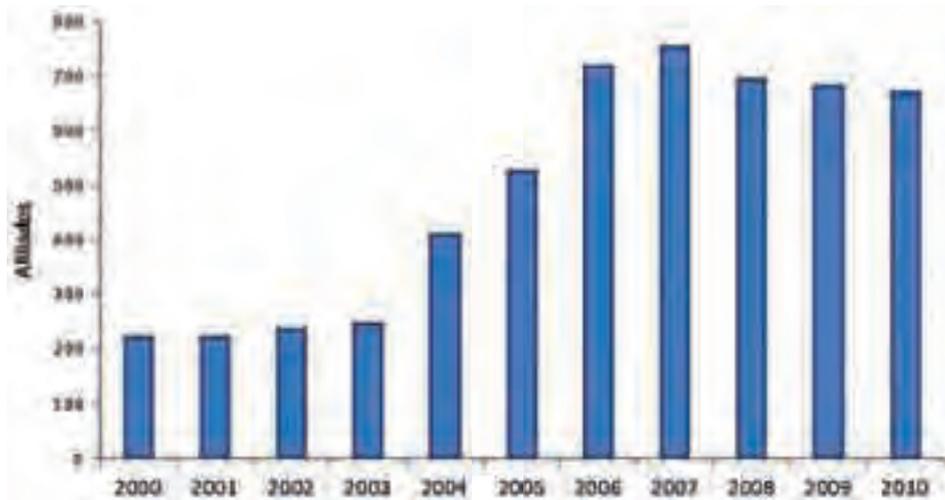


**Gráfica 12.** Comportamiento de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Medellín

Fuente: Informe de gestión de la Secretaría de Salud 2008- 2011

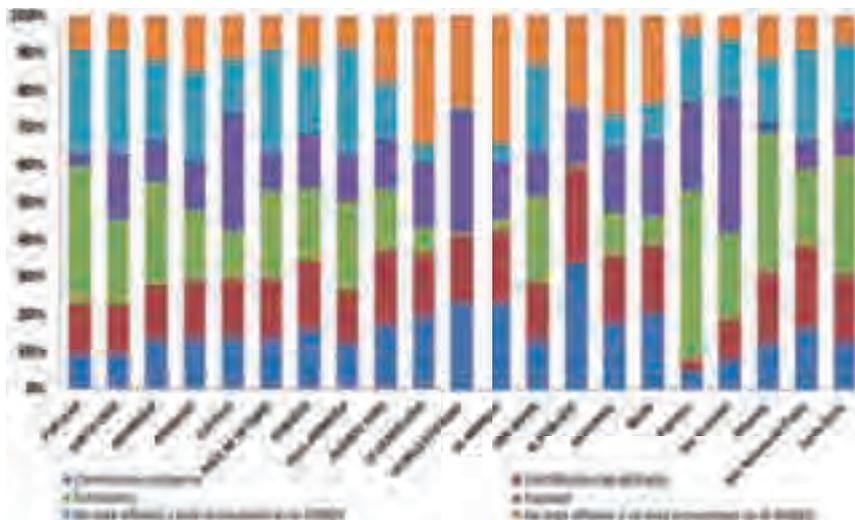
La disminución progresiva en el número de afiliados que se ha presentado a partir del año 2006 puede reflejar la dinámica del aseguramiento debida a la movilidad de usuarios entre los diferentes regímenes, el mejoramiento en la gestión del sistema de información con la depuración de las bases de datos, en la que se detectan duplicidades de afiliación y fenómenos de migración.

No obstante lo anterior, es necesario particularizar el tipo de intervenciones para realizar, de acuerdo con el diagnóstico situacional que se presenta en cada sector de la ciudad, en los que se encuentran diferentes tipos de afiliación al SGSSS, como se muestra en la gráficas 13 y 14.



**Gráfica 13.** Comportamiento del total de afiliados al régimen subsidiado en Medellín, 2002-2010

Fuente: Informe de gestión de la Secretaría de Salud 2008-2011.  
\*Número de afiliados en miles



**Gráfica 14.** Tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social. Comunas de Medellín

Fuente: Informe de gestión de la Secretaría de Salud 2008-2011.  
\*Número de afiliados en miles

El total de población pobre vulnerable objeto del aseguramiento en el régimen subsidiado en salud, ha venido disminuyendo paulatinamente, pues en el 2008 se contaba con 363 318 personas potenciales beneficiarios del aseguramiento subsidiado y en el 2011 la cifra es de 175 077. Sin embargo, el municipio de Medellín garantiza la prestación de los servicios de salud del primer nivel de complejidad para esta población, hasta tanto se afilien a una EPS.

#### 8.4.2 Acceso a los servicios de salud

A pesar del aumento en la cobertura de afiliación de los ciudadanos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, esta afiliación no se refleja en la calidad de la atención que deben garantizar las EAPB. Continuamente, se presentan quejas de los ciudadanos por las barreras para el acceso a servicios de salud, y que se manifiestan en dificultades para la asignación de citas, realización de exámenes y procedimientos, atención de urgencias y la remisión a niveles de mayor complejidad, entre otros.

El exceso de tramitología y asuntos administrativos de las EPS e IPS han sido identificados por los ciudadanos y los grupos organizados de la comunidad como la principal causa de las llamadas "rutas de la muerte", en que las demoras en la atención, en el suministro de medicamentos, en la realización de exámenes o procedimientos o en la remisión a niveles superiores de atención generan muertes que podrían ser evitables. La garantía del aseguramiento en salud contrasta con los cientos de miles de acciones legales interpuestas para garantizar el derecho ciudadano a la salud.

Según informe de la Personería de Medellín, durante el año 2011 se presentaron 7 789 tutelas en el ámbito de salud, de las cuales el 48,2 % se instauró contra las EPS del régimen contributivo, 29,5 % correspondió al régimen

subsidiado y 22,3 % se interpuso contra la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia (SSSA). El desgaste administrativo para tramitar los derechos es una de las causas que generan más inoportunidad en el acceso, con el consecuente deterioro del estado de salud de las personas que incide negativamente en su calidad de vida.

En Colombia, la salud es un bien jurídico exigible al Estado a través de la acción de tutela, en virtud de los acuerdos sobre protección de los derechos económicos, sociales y culturales, los cuales fueron suscritos y ratificados por el Gobierno. En este sentido, el Estado tiene la obligación de garantizar este derecho, por encima de la rentabilidad económica del modelo de prestación del servicio, que hoy cuestiona la gran mayoría de la población.

#### 8.4.3 Red de prestación de servicios

En la actualidad, Medellín cuenta con 850 instituciones habilitadas para la prestación de servicios de salud, de las cuales 457 son de baja complejidad (53,8 %), 365 de mediana complejidad (42,9 %) y 28 (3,3 %) de alta complejidad. Del total de instituciones habilitadas, el 77,4 % corresponde a instituciones privadas con ánimo de lucro; 48 (5,6 %) corresponde a la red pública municipal, conformada por dos empresas sociales del Estado: el Hospital General de Medellín, entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa -que presta servicios de salud de alta complejidad- y la Empresa Social del Estado (ESE) Metrosalud, -que presta servicios de primero y segundo nivel de complejidad-, conformada por 47 puntos de atención (10 hospitales y 37 centros de salud), ubicados estratégicamente en todas las zonas de la ciudad; en ellas se brindan servicios de salud a la población más vulnerable adscrita al régimen subsidiado de salud.

La infraestructura hospitalaria de la ciudad ha tenido un importante desarrollo. La ciudad cuenta con instituciones de alta complejidad que prestan servicios especializados a la población residente en el municipio, el departamento, otras regiones del país y del exterior, convirtiéndose en un referente internacional. Sin embargo, aunque la ciudad cuenta con una amplia oferta, el diagnóstico de la demanda, oferta y déficit de servicios de salud en la ciudad, realizado en 2011 por la Secretaría de Salud, encontró que la ciudad cuenta en la actualidad con 5 154 camas generales (60 % del total de camas del departamento), 426 camas de cuidado intensivo (UCI) y 408 camas de cuidados especiales (UCE); el índice de camas hospitalarias existentes es de 22 por cada 10 mil habitantes, superando el indicador del país (10 camas por 10 mil habitantes), pero inferior al índice recomendado por la Organización Mundial de la Salud (25 camas por 10 mil habitantes).

Esta oferta indicaría que contamos con suficiencia de camas para las necesidades de la población residente en Medellín; sin embargo, como se expuso anteriormente, la ciudad ofrece sus servicios a personas de otras regiones, con lo cual se supera la capacidad de respuesta. En cuanto a las camas de cuidados especiales (1,5 camas por cada cama UCI), representan un déficit incluso para los residentes de la ciudad. Por otro lado, el talento humano en salud para algunas especialidades es insuficiente; además, su formación no está orientada a las necesidades y propósitos del sector.

#### 8.4.4 Infraestructura de la red pública

La oportunidad de acceso a los servicios de salud posibilitada por el aumento de la cobertura de la afiliación al régimen subsidiado, generó un aumento en la demanda de servicios y, como consecuencia, se evidencia una debilidad en la oferta que hace necesario desarrollar estrategias que permitan la atención con

oportunidad y calidad a todos los ciudadanos que la demanden.

Una de las formas para optimizar la atención de las personas la define la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2001, al promover la organización de redes integradas de servicios de salud (RISSS), partiendo de las necesidades de la población identificadas en la estrategia de la atención primaria renovada, donde se pretende que el paciente reciba una atención integral de calidad, desde el nivel de baja complejidad hasta otros niveles superiores de atención.

Es necesario planificar adecuadamente el sistema, con énfasis en las redes de servicio, con proyecciones de mediano plazo, teniendo claras las necesidades de la población, el tipo de modelo de atención, las tecnologías apropiadas y los requerimientos de infraestructura que se espera requerirá el sistema. Esta planificación tiene que ver con las características poblacionales y la frecuencia e intensidad de uso de servicios de salud que están relacionados directamente con los estratos socioeconómicos de la ciudad. En las comunas Nororiental, Noroccidental, Centro Oriental y Centro Occidental y Suroccidental se concentra el mayor porcentaje de las consultas, explicado en parte por la mayor densidad de la población con condiciones de vida menos favorables y grupos económicos más pobres. Estas condiciones ponen de manifiesto las posibles subredes de servicios que se podrían organizar en la ciudad.

La red de hospitales, integrada a una red de servicios con la implementación de la estrategia de atención primaria, se debe visualizar como parte del sistema. Estas instituciones deben ser parte de una serie de entidades que tienen un espacio y población asignado y que son, entre todas, responsables de la salud de la población. Se requiere desarrollar servicios de salud con enfoque integral, que den res-

puesta a las necesidades de atención de las personas y en los que se mejore la capacidad resolutoria de los centros de atención para atender la mayoría de enfermedades y contar con especialidades básicas que resuelvan, de manera ambulatoria, el déficit actual, no solo de la ciudad sino de los otros municipios del Valle de Aburrá y el Departamento.

Adicionalmente, se evidencia aumento en el uso de tecnologías que no siempre han demostrado su eficacia y costo efectividad, muchas veces acompañadas de la posible deshumanización de la atención centrada en los hospitales de alta complejidad, que son los que disponen de estas tecnologías.

Medellín tiene el índice de consultas por persona-año más alto del Departamento, luego el Oriente cercano y el resto de Antioquia. Los índices bajos en Aburrá Norte y Sur pueden estar explicados por la concentración de oferta de servicios en Medellín. Este mismo patrón se repite para las hospitalizaciones y urgencias.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, Medellín tiene un indicador de 2,5 camas por 1 000 habitantes y debiera contar con 5 858 camas para atender su población y actualmente existen 5 154 habilitadas, lo que significa que existe aproximadamente un déficit de 704 camas.

Para fortalecer la red de servicios y en cumplimiento de la normatividad vigente (Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2001 y Resolución 5123 de 2006), el municipio de Medellín tiene, viabilizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, proyectos de inversión en infraestructura física para la Unidad Hospitalaria de San Cristóbal, la Unidad Hospitalaria de Buenos Aires, la Unidad Hospitalaria de Pajarito y los centros de salud La Cruz y Las Estancias.

Los proyectos de UH San Cristóbal y UH Pajarito adelantan, a la fecha su primera fase de

construcción y los proyectos de centros de salud La Cruz y Las Estancias tienen predios adquiridos mediante expropiación, lo que obliga a la administración a desarrollarlos para fines de utilidad pública en salud. El Centro de Salud Las Estancias se encuentra ubicado en un proyecto que es una centralidad e incluye en un mismo edificio un jardín infantil, una escuela de música y una biblioteca. Se desarrolla en forma articulada con las secretarías de Obras Públicas, Cultura Ciudadana y Educación.

Es necesario priorizar, como proyecto estratégico, la reconstrucción de la Unidad Hospitalaria de Buenos Aires, que atiende una demanda aproximada de 127 000 usuarios, posee una estructura que no cumple condiciones de sismorresistencia y habilitación; su planta física no se adecúa al desarrollo que han tenido los servicios de la institución y al incremento de la demanda de servicios.

Dado que las consultas del género femenino son superiores a las del género masculino, especialmente a partir de los 19 años hasta el fin de su vida, se requiere generar una oferta adicional de servicios de salud para atender a la mujer y su familia que permita la accesibilidad a servicios ambulatorios de atención, con énfasis en la resolución de problemas de salud mental, violencias sexuales, violencia intrafamiliar y otros problemas de la familia, los temas de salud sexual y reproductiva y acciones de promoción y prevención en salud, mediante la construcción de un centro integral de servicios ambulatorios que priorice el enfoque de género y de familia.

De igual manera, se requiere fortalecer la prestación de servicios materno infantil, buscando mejorar la calidad y capacidad para la oferta de servicios para la gestante, mejorar la gestión integral de su riesgo y reducir el impacto de la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna. En el caso de los niños, se busca

mejorar la cobertura en programas de promoción y prevención, la atención especializada y la promoción de instituciones con atención de enfermedades prevalentes en la infancia y aumentar el número de instituciones amigas de la mujer y la infancia, que motiven la lactancia materna como factor protector de los menores.

En el tema de salud mental, la demanda por la prestación del servicio por causa de eventos relacionados con suicidio, intento de suicidio y de los trastornos mentales tiene un peso importante, frente al que existe un reto de ciudad para seguir trabajando en la integración y fortalecimiento de las redes prestadoras de servicios y seguir dotando de elementos los primeros niveles, con acciones encaminadas para la atención inicial y la prevención.

Por otro lado, el posicionamiento del Hospital General de Medellín como un centro de referencia de alta complejidad con estándares superiores de calidad, hace necesario hacer inversiones en esta institución para la reposición y adquisición de equipos de tecnología biomédica que le permitan continuar con estos. También es necesario revisar el tema de la sostenibilidad y el fortalecimiento administrativo y financiero de la ESE Metrosalud, para enfrentar el reto que plantea el modelo de redes integradas de servicios de salud y el desarrollo de la estrategia APS de la Ley 1438.

## **8.5 Desarrollo de la Secretaría de Salud**

La estructura administrativa definida por el Decreto No. 151 de febrero 20 de 2002 determina el funcionamiento de la administración municipal y define las funciones de las dependencias; a su vez, por medio del Decreto 2291 de diciembre 27 de 2010, las dependencias del municipio se vienen ajustando al Modelo de Operación por Procesos.

Dentro de este modelo, la Secretaría de Salud tiene como objetivo estratégico dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el orden local mediante el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y la gestión de la salud pública para mejorar las condiciones de salud de la población del municipio de Medellín.

Al evaluar la correspondencia entre la estructura de procesos y la estructura administrativa, encontramos lo siguiente: Procesos de direccionamiento: Despacho de Salud y Subsecretaría de Planeación; procesos misionales: Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Aseguramiento; procesos de apoyo: Subsecretaría Gestión Administrativa; y procesos de evaluación y mejora: Secretario de Despacho y Subsecretaría de Planeación.

Al evaluar las responsabilidades de los procesos de acuerdo con la planta de cargos actual, se encuentra un déficit en la planta de empleos para desarrollar las competencias para el direccionamiento estratégico de la Secretaría de Salud. En lo relacionado con el proceso de gestión de políticas, programas y proyectos, sistemas de información, la administración del sistema integral de gestión y el proceso de evaluación y mejora, encontramos también que el talento humano para los procesos misionales de acceso a los servicios de salud, salud pública y hacienda pública, es insuficiente para poder cumplir con todas las obligaciones y competencias de ley.

Paralelo a esta situación, se encuentra que no hay disponibilidad de espacio locativo que facilite la integración de todos los procesos misionales, de direccionamiento y apoyo administrativo. Actualmente, la Secretaría realiza su operación desde 10 puntos diferentes, que la hacen ineficiente en el modelo de operación por procesos y le genera gran desgaste funcional y administrativo.

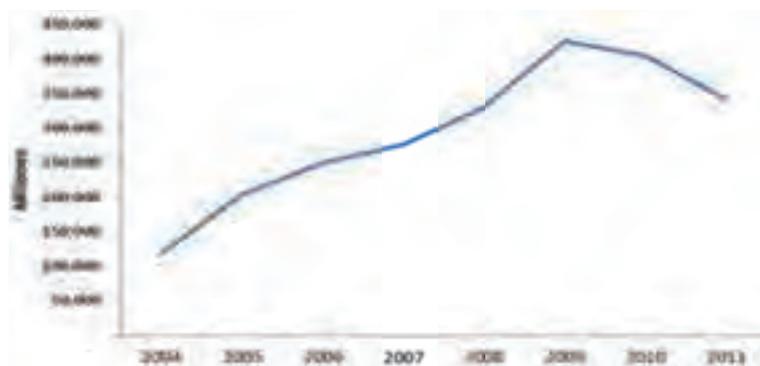
## 8.6 Presupuesto de inversión de la Secretaría de Salud

A continuación se presenta la ejecución presupuestal de la Secretaría de Salud con corte a 2011, en que se evidencia un aumento del presupuesto para la ejecución de los programas y proyectos desarrollados para mejorar la salud de la población. El cambio observado en la ejecución presupuestal durante el año 2011 se debe a la dinámica diferente para el cubrimiento del régimen subsidiado durante ese año, la cual se genera a través de la demanda atendida y no por un contrato global de aseguramiento (gráfica 15).

Durante el periodo 2008-2011, el presupuesto de la Secretaría se destinó en un 67 % al cubrimiento de la población afiliada al régimen subsidiado en salud y el 8 % a la atención de población vulnerable no afiliada, este último financiado con recursos del SGP, aportes patronales de salud sin situación de fondos.

La inversión para las acciones de salud pública en el cuatrienio representó el 10 % del presupuesto, financiada en un 31,4 % con recursos de SGP destinados a salud pública y un 69,6 % con recursos propios.

Los otros gastos de inversión en salud y el funcionamiento se financian en su totalidad con recursos propios del municipio de Medellín.



**Gráfica 15.** Presupuesto de la Secretaría de Salud Medellín 2004-2011

Fuente: Informe de Gestión Secretaría de Salud 2008-2011. Cifras en millones de pesos

**Tabla 4.** Ejecución presupuestal 2008-2011. Secretaría de Salud de Medellín

Concepto	Ejecución Presupuestal				Total periodo	%
	2008	2009	2010	2011		
Régimen Subsidiado	245 143 526	293 274 278	258 829 577	203 585 526	1 000 832 907	67
Salud Oferta	21 351 508	36 631 103	31 361 861	25 344 316	114 688 788	8
Salud Publica	26 032 481	36 716 585	41 019 641	43 648 118	147 416 825	10
OGS-inversión	35 019 925	56 542 469	69 519 111	65 273 127	226 354 632	15
Sub Total Inversión	<b>327 547 443</b>	<b>423 164 440</b>	<b>400 730 193</b>	<b>337 851 087</b>	1 489 293 163	99
Funcionamiento	<b>2 829 262</b>	<b>3 507 699,63</b>	<b>3 806 429</b>	<b>4 838 064</b>	11 473 755	1
Total Secretaría	<b>330 376 706</b>	<b>426 672 139</b>	<b>404 536 622</b>	<b>342 689 151</b>	1 504 274 618	100

Fuente: Informe de gestión de la Secretaría de Salud 2008-2011. Cifras en miles de pesos

\*Datos de 2011 con corte al 30 de noviembre de 2011

## 9. Descripción de los problemas y necesidades identificadas según las prioridades en salud



## 9.1 Direccionamiento del sector salud

### Problema o necesidad:

- Desarticulación de los actores del sector.
- Falta de control por parte del ente rector.
- Débil e insuficiente participación ciudadana en su propio proceso de salud.

### Causas:

- Falta articulación de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud entre ellos y con otros sectores que permita impactar los indicadores de salud.
- Desarrollo incipiente de la participación social en salud, para adoptar comportamientos que incidan en su propio proceso de salud.

### Soluciones propuestas:

- Crear alianzas estratégicas entre los actores y sectores involucrados en el proceso salud para potenciar esfuerzos que contribuyan al mejoramiento de la salud de la población.
- Promover y fortalecer los mecanismos de participación social en salud, capacitándolos en el conocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud como herramienta para garantizar el derecho a la salud y para que sean partícipes de su proceso de salud.
- Facilitar espacios comunitarios para la participación social y el acompañamiento de los líderes de salud en el desarrollo de los programas de salud, su difusión e implementación en los territorios.

## 9.2 Salud pública

### 9.2.1 Salud infantil

**Problema o necesidad:** alta incidencia y prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas y factores de riesgo en la infancia.

### Causas:

- Conocimientos insuficientes por parte de adultos o cuidadores de los niños sobre las enfermedades y sus factores de riesgo, factores protectores e identificación oportuna de signos de alarma.
- Poco conocimiento de la población sobre los derechos, los mecanismos para ejercerlos y los deberes en salud.
- La población no tiene conocimiento sobre los programas en salud, sus contenidos, objetivos, alcance y rutas de acceso.
- Hábitos alimentarios inadecuados y prácticas higiénicas sanitarias deficientes.
- Condiciones habitacionales y ambientales deficientes que llevan a un entorno no saludable.
- Estado nutricional inadecuado que predispone a la población infantil a enfermedades.
- Barreras de acceso (geográficas, culturales, administrativas, de orden público), disponibilidad y uso de los servicios de salud.
- Baja adherencia en la aplicación de las guías y normas técnicas para la atención de la salud infantil por parte de los actores del sistema.
- Debilidad en los sistemas de información y vigilancia en salud infantil.
- Rutas de atención deficientes.
- Debilidad en la cobertura y calidad de programas comunitarios enfocados a la atención de la población infantil.
- Inequidad, marginalidad y pobreza.
- Población flotante, desplazada y sin acceso a servicios de salud.
- Manejo indiscriminado de antibióticos, no refuerzo de medidas preventivas y no aplicación de medidas básicas para el cuidado en el hogar.

### Soluciones propuestas:

- Fortalecimiento y ampliación de la cobertura de la estrategia AIEPI comunitario.

- Diseño e implementación de estrategias de IEC enfocadas a fomentar en los individuos, la familia y la comunidad, prácticas de comportamientos saludables, la demanda oportuna de los servicios y el ejercicio de sus derechos y deberes.
- Fortalecimiento de la gestión de aseguramiento.
- Mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia.
- Continuar con la vigilancia, asesoría y asistencia técnica para incrementar la adherencia a las normas técnicas y guías de atención.
- Fortalecer los programas de vigilancia epidemiológica y sistemas de información.
- Implementar la estrategia de atención primaria en salud en los ámbitos familiar, escolar, comunitario e institucional.
- Fortalecer la articulación intersectorial e interinstitucional.
- Desarrollar una línea de investigación relacionada con la salud infantil.

**Problema o necesidad:** esquemas de vacunación incompletos e inadecuados que potencian el riesgo en la población de enfermar o morir por enfermedades inmunoprevenibles.

**Causas:**

- Barreras de acceso (geográficas, culturales, administrativas, de orden público), disponibilidad y uso de los servicios de vacunación.
- Debilidad en los sistemas de información y vigilancia en el PAI.
- Fallas en términos de calidad y oportunidad en el registro de la información y de la notificación de casos detectados.
- Alta rotación del personal de salud de los servicios de vacunación, propiciando que se pierda el conocimiento y las habilidades adquiridas.
- Baja adherencia en la aplicación de las normas técnicas y directrices relacionadas con el PAI y la calidad del servicio de vacunación.
- Poco conocimiento de la población sobre los derechos, los mecanismos para ejercerlos y los deberes en salud.
- Bajo conocimiento y seguimiento de los adultos o cuidadores sobre el programa de vacunación e inmunización.
- La población no tiene conocimiento sobre los programas en salud, sus contenidos, objetivos, alcance y rutas de acceso.
- Oportunidades perdidas para la atención integral de los menores por fragmentación de los servicios en salud.
- Población flotante, desplazada y sin acceso a servicios de salud.

**Soluciones propuestas:**

- Fomentar el acceso a los servicios con horarios más adecuados a las necesidades de la población.
- Fomentar la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador o del régimen de seguridad.
- Mejoramiento del sistema de información en vacunación.
- Estrategia de IEC para la promoción y educación de la comunidad sobre la importancia de la vacunación con el logro del esquema completo.
- Posicionar el tema de los derechos de la infancia.
- Vacunación extramural.
- Estrategia de IEC para la promoción y educación de la comunidad sobre la importancia de la vacunación con el logro del esquema completo.
- Capacitación y actualización del personal de salud en esquemas de vacunación y sensibilización sobre registros de vacunación.
- Sensibilización de los actores del sistema en la importancia del mantenimiento del conocimiento en los programas de vacunación.

- Seguimiento de todos los actores del sistema frente al cumplimiento y la calidad en la aplicación de las normas, guías y directrices relacionadas con el PAI.

**Problema o necesidad:** ocurrencia de accidentes como causa externa de morbimortalidad en la población infantil.

**Causas:**

- Desconocimiento por parte de la población de pautas para la seguridad e identificación de riesgos.
- Desconocimiento de los riesgos en el hogar de los accidentes en los menores de cinco años.
- Debilidad de redes sociales de apoyo y falta de capacitación de la comunidad en primeros auxilios.
- Condiciones habitacionales y ambientales deficientes que llevan a un entorno no saludable.

**Soluciones propuestas:**

- Implementar estrategias que contemplen la información y comunicación dirigida a la población infantil, padres, cuidadores y comunidad en general en pos de fomentar conductas seguras, utilización de mecanismos de prevención de la accidentalidad de los menores y mitigación de riesgos.
- Fortalecer la articulación intersectorial e interinstitucional para formular políticas encaminadas a la implementación de medidas para la prevención de la accidentalidad y la identificación e intervención de entornos de mayor riesgo de accidentalidad para la población infantil.
- Incentivar la creación y funcionamiento de redes sociales que incluya la formación en primeros auxilios, con la finalidad de atender en los primeros momentos al menor accidentado.
- Identificar los riesgos en el hogar a través de la estrategia APS salud en el hogar.

**Problema o necesidad:** mortalidad y morbilidad en menores de un año asociadas a afecciones originadas en el periodo perinatal y las anomalías congénitas.

**Causas:**

- Incumplimiento de los protocolos para el tamizaje con THS neonatal.
- Debilidad en el seguimiento y monitoreo de los casos.
- Detección tardía de anomalías congénitas que dificultan la toma de decisiones e intervenciones adecuadas y oportunas.
- Incipiente sistema de vigilancia epidemiológica de las anomalías congénitas.
- Desconocimiento en la identificación de factores de riesgo y los cuidados específicos del recién nacido por parte de sus cuidadores.
- Consultas tardías y falta de calidad en la aplicación de las normas técnicas y guías de atención.
- Deficiencia en el control prenatal que conlleva a la identificación tardía o no identificación de las anomalías congénitas.
- Falta de consulta preconcepcional.
- Deficiencias en el proceso de remisión y contrarremisión.

**Soluciones propuestas:**

- Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica para determinar el comportamiento de las anomalías congénitas que permita su detección y atención oportuna.
- Seguimiento y acompañamiento a todos los actores del sistema, de tal forma que se detecten, diagnostiquen y traten oportunamente los casos de anomalías congénitas.
- Seguimiento a todos los actores del sistema frente al cumplimiento en la aplicación de la norma técnica de atención del recién nacido.

- Implementación de procesos de capacitación y actualización al personal de salud frente a la intervención de esta situación específica.
- Estimulación en la ciudad de la consulta preconcepcional.
- Mejoramiento del acceso a los servicios de salud de la población materno infantil.

### 9.2.2 Salud sexual y reproductiva

**Problema o necesidad:** falta de calidad en la atención materno-perinatal que incide negativamente sobre los indicadores de morbimortalidad de esta población.

**Causas:**

- Ingreso tardío al control prenatal que dificulta la detección oportuna de complicaciones y la intervención adecuada.
- No se aplican integralmente los protocolos y guías establecidas para la atención del binomio madre-hijo, lo que dificulta la toma adecuada y oportuna de decisiones.
- Deficiencia en el abordaje multidisciplinario de la gestante.
- Deficiente gestión del riesgo para planificación familiar en mujeres con comorbilidades que lo requieran.
- Deficiencias en el proceso de remisión y contrarremisión.
- Servicios de salud deficientes y desarticulados, servicios que den respuesta a la atención de SSR bajo estándares de calidad y oportunidad.
- No existen consultas de atención preconcepcional que favorezcan la detección de factores de riesgo para el binomio madre-hijo.

**Soluciones propuestas:**

- Monitorear permanentemente los indicadores de calidad en la atención en salud a

través de la vigilancia, asesoría y asistencia técnica.

- Promover y divulgar la importancia del control prenatal y del ingreso temprano al mismo teniendo en cuenta la atención diferencial cuando esta se requiera.
- Realizar monitoreo al cumplimiento de la consulta post-parto y del recién nacido establecidos por la normatividad.
- Fortalecer los mecanismos de inspección y vigilancia, competencia del municipio, y los procesos de coordinación con el departamento frente a los mecanismos de control establecidos por la normatividad.
- Promover la importancia de la consulta preconcepcional a través de campañas de información y comunicación.

**Problema o necesidad:** deficiencia en la gestión de los procesos de atención en salud sexual y reproductiva.

**Causas:**

- Falta de articulación y continuidad entre los diferentes programas de promoción y prevención.
- Concentración de las actividades en la misma población, lo que lleva a una baja cobertura de las acciones.
- Deficiencia en los procesos de demanda inducida de población no consultante y búsqueda de inasistentes.
- Deficiencia en los procesos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes programas.
- Débil evaluación y seguimiento de las acciones en salud en términos de resultado e impacto.
- Dificultades en el seguimiento regular y continuo de la entrega de medicamentos para diferentes tratamientos.

**Soluciones propuestas:**

- Establecer un trabajo articulado interinstitucional e intersectorial de demanda indu-

cida y de atención de la misma, con el fin de aumentar el ingreso temprano y oportuno de la población a los programas de SSR.

- Diseñar e implementar un modelo para la gestión integral de la atención en salud para la ciudad, establecido por la legislación, teniendo como base las normas técnicas y guías de atención priorizadas.
- Establecer un proceso de asesoría y acompañamiento técnico enfocado al fortalecimiento de la gestión de los programas, en pos de su eficiencia y efectividad.
- Establecer, difundir y monitorear de manera articulada en los órdenes intersectorial e interinstitucional las rutas efectivas de atención en SSR para los usuarios del sistema en la ciudad.

**Problema o necesidad:** falta de adopción de prácticas de autocuidado por parte de la población frente a la SSR.

**Causas:**

- Barreras y comportamientos de tipo cultural (mitos, tabúes, prácticas indebidas e inseguras, inequidad de género) que limitan el abordaje de la SSR en la población.
- Estigma y discriminación.
- Barreras de acceso a mecanismos de protección en términos de oportunidad y costo.
- El enfoque morbicéntrico de la atención que reduce la importancia de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

**Soluciones propuestas:**

- Desarrollo de estrategias educativas dirigidas a la población en general y al personal de salud, en pos de disminuir el estigma, la discriminación y la atención diferenciada de acuerdo con las poblaciones.
- Desarrollo de un modelo de IEC a través de estrategias de pares, enfocado a favorecer

actitudes y prácticas protectoras frente a la SSR con enfoque etno-cultural.

- Facilitar el acceso de la población a mecanismos de protección disminuyendo las barreras geográficas y de costo.

**Problema o necesidad:** presencia de casos de sífilis congénita, transmisión perinatal de VIH y hepatitis B en la ciudad.

**Causas:**

- Ineficiencia en la búsqueda, tratamiento y seguimiento de las gestantes con sífilis y de sus contactos.
- Incumplimiento por parte de las IPS y EAPB en la realización de las pruebas diagnósticas y seguimientos establecidos por la normatividad.
- Falta de programas para la prevención y manejo de ITS en la ciudad.
- Ingreso tardío al control prenatal que dificulta la detección oportuna de complicaciones y la intervención adecuada.
- Falta de promoción, en las gestantes, de mecanismos de protección –uso del preservativo– durante la gestación.

**Soluciones propuestas:**

- Monitorear y verificar en las instituciones del control prenatal y de la atención de parto en los protocolos de atención de gestantes para la prevención de la transmisión perinatal del VIH y de la hepatitis B.
- Promover y divulgar la importancia del control prenatal, del ingreso temprano al mismo y el cumplimiento de las recomendaciones dadas por el personal de salud.
- Mejorar el sistema de información para el seguimiento de los casos de sífilis, VIH y hepatitis B.

**Problema o necesidad:** prevalencia de embarazo en población adolescente.

**Causas:**

- Factores de riesgos sociales, económicos, culturales y del sistema de salud.
- Falta de oportunidades para la consolidación del proyecto de vida.
- Desconocimiento por parte de los jóvenes de sus derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.
- Falta de acompañamiento y seguimiento a las adolescentes para evitar un segundo embarazo.
- Débil articulación intersectorial para implementar acciones conjuntas en pos de la prevención del embarazo en la población adolescente.

**Soluciones propuestas:**

- Establecer mecanismos intersectoriales para el desarrollo de estrategias articuladas de información, comunicación y educación para el ejercicio de una sexualidad sana y responsable.
- Fortalecer la estrategia de servicios amigables para adolescentes y jóvenes en la ciudad.
- Estimular y acompañar el proceso de participación social juvenil en los temas de SSR.
- Monitorear y verificar en las IPS la inscripción de adolescentes gestantes o que han sido padres al programa de planificación familiar, con el fin de evitar el segundo embarazo.
- Fortalecer los procesos de articulación entre los diferentes proyectos del municipio que trabajen con población joven para la ocupación del tiempo libre y el acceso a oportunidades educativas y/o laborales.
- Monitorear y verificar en las EAPB e IPS la búsqueda, inscripción y atención de la población adolescente que tiene afiliada.

**Problema o necesidad:** inadecuado manejo farmacológico de infecciones de transmisión sexual (ITS).

**Causas:**

- Autoformulación o instauración de tratamientos por personal no calificado.
- Estigma y discriminación.
- Barreras personales, sociales, institucionales, culturales que limitan la búsqueda y el acceso a la atención en los servicios de salud.
- Incumplimiento por parte de los actores del sistema en la aplicación de las normas, guías y protocolos establecidos.

**Soluciones propuestas:**

- Desarrollar una estrategia de sensibilización, información y comunicación de la comunidad sobre los riesgos de la autoformulación.
- Sensibilizar a los farmacéuticos sobre la debida remisión de casos a las instituciones prestadoras de servicios de salud para su adecuado tratamiento y seguimiento.
- Mejorar el acceso de la población a los servicios de salud.

### 9.2.3 Salud oral

**Problema o necesidad:** las enfermedades orales son una de las principales causas de morbilidad en la ciudad.

**Causas:**

- Motivaciones culturales, mitos, tabúes, aptitudes y prácticas que limitan abordar el tema de salud oral por parte de la población.
- Barrera de acceso para la prestación del servicio.
- Bajas coberturas e impacto de los programas de promoción y prevención en salud oral.
- Debilidad en el cumplimiento de los lineamientos nacionales para alcanzar las metas de actividades de promoción y prevención por parte de las EAPB.

- Debilidad en la vigilancia en la prestación del servicio y el acceso a los servicios de salud oral.

**Soluciones propuestas:**

- Desarrollar actividades de educación para la promoción de la importancia de la salud oral y la prevención de enfermedades orales en colegios públicos y guarderías, centros del ICBF y para padres y cuidadores, apoyándose en los programas: Salud Familiar y Comunitaria, Escuelas y Colegios Saludables, Buen Comienzo y otros programas y proyectos de actividades colectivas.
- Evaluación de la suficiencia de la red disponible para la atención de salud oral, evaluación de demanda insatisfecha y de cobertura del servicio, como herramienta para la generación de políticas públicas que mejoren la accesibilidad.
- Abogacía frente a los diferentes actores del sistema en pos del mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios y de los procesos de gestión, administración, seguimiento y control de los servicios de salud oral.
- Fortalecimiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica de eventos relacionados con la salud oral.

**Problema o necesidad:** falta reconocimiento de la salud oral como aspecto relevante de la salud general.

**Causas:**

- La población no identifica la salud oral como una necesidad prioritaria.
- No se tiene un enfoque integral de la salud en el ser humano.
- Concentración de la atención de tipo curativo, con una demanda inducida incipiente hacia las acciones de promoción y prevención en salud oral.

- Desconocimiento de deberes y derechos del paciente frente al proceso de salud.

**Soluciones propuestas:**

- Capacitación al personal de la salud para fortalecer el abordaje de la salud oral como parte integral de la atención.
- Desarrollar e implementar estrategias de IEC enfocadas a posicionar la salud oral como un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud y para la adopción de unos buenos hábitos de higiene oral.

**Problema o necesidad:** incremento de la incidencia de fluorosis dental.

**Causas:**

- Uso indiscriminado y excesivo del flúor en diferentes formas.
- Desconocimiento por parte de los padres, cuidadores y población general de las consecuencias de la fluorosis general.

**Soluciones propuestas:**

- Implementar el sistema de vigilancia centinela de la exposición a flúor y sus efectos en la salud bucal, que permita contar con información para la toma de decisiones.
- Desarrollar estrategias de IEC que permitan el abordaje del evento desde la promoción de la salud.
- Fortalecer la articulación con el ente departamental frente al cumplimiento del monitoreo de las concentraciones de flúor en aguas de consumo humano, con el fin de establecer la clasificación de riesgo de las poblaciones.
- Gestionar ante los organismos competentes la vigilancia de los productos que contienen fluoruro en el mercado y su uso por la población infantil.

### 9.2.4 Salud mental y lesiones violentas evitables

**Problema o necesidad:** bajo posicionamiento de la salud mental en la agenda pública y política.

**Causas:**

- Bajo reconocimiento de la salud mental como derecho fundamental y como problemática de salud pública.
- No se implementa la política municipal de salud mental y adicciones.
- Faltan políticas claras en los diferentes ambientes (escolar, laboral, comunitario, etc.)

**Soluciones propuestas:**

- Socialización, difusión e implementación de la política municipal de salud mental y adicciones.
- Posicionamiento del Comité Político y Técnico de Salud Mental.
- Creación de un equipo técnico de salud mental.
- Articulación del Plan Municipal de Salud Mental con las políticas, planes y programas que promuevan la salud mental en el municipio.
- Institucionalización de la *Semana de la Salud Mental* en Medellín con motivo de su día mundial.
- Motivación de desarrollos legislativos que promuevan la salud mental en el Municipio.
- Gestión para obtener mayor inversión para el desarrollo del Plan de salud mental.
- Promoción de los derechos y deberes en salud y de las personas con trastorno mental.
- Fomento de la movilización social para el posicionamiento de temas de interés en salud mental.

**Problema o necesidad:** pocas e inadecuadas intervenciones en salud mental y discontinuidad en los procesos para su abordaje.

**Causas:**

- Insuficiente formación del talento humano en el tema de salud mental.
- Políticas de contratación que no facilitan calidad y continuidad en los servicios por parte de profesionales, instituciones, programas y proyectos.
- Baja cobertura de la atención.
- Estigmatización en la comprensión de la salud mental y deshumanización en su abordaje.
- Oferta institucional insuficiente, fragmentada, atomizada y poco conocida que no responde a las necesidades en salud mental.
- Poca capacidad para el manejo de las enfermedades de salud mental en los primeros niveles (diagnóstico, tratamientos, remisiones, etc.).
- Poco tiempo para la atención del paciente con problemas de salud mental.
- Bajo posicionamiento de la promoción y prevención en salud mental.
- No hay suficiente control sobre los consumos.
- Insuficiente vigilancia y control a las IPS y EPS por parte de las entidades competentes.

**Soluciones propuestas:**

- Asistencia y supervisión técnica para fortalecer el talento humano en temas de salud mental.
- Gestión con universidades para incluir en currículos académicos aspectos que mejoren el abordaje del tema de salud mental y para el desarrollo de diplomados y otras estrategias metodológicas en temas de actualización en salud mental.
- Sensibilización y desestigmatización de la salud mental en el ámbito institucional y comunitario.
- Identificación de barreras para la remisión y plan de mejoramiento para su reducción.

- Fortalecimiento de la articulación de las redes de servicios en salud mental.
- Identificación y difusión de instituciones y/o servicios de salud mental.
- Mejoramiento de los criterios para dar continuidad a proyectos en temas de salud mental.
- Promoción de la ampliación y cualificación de la oferta de servicios en salud mental integral, considerando aspectos de prevención, promoción, atención y vigilancia epidemiológica de los eventos priorizados en salud mental con las instituciones competentes.

**Problema o necesidad:** desarticulación de acciones en el tema de salud mental en los ámbitos intrainstitucional, interinstitucional e intersectorial

**Causas:**

- Insuficiente acompañamiento, por parte del equipo de salud mental, a programas, proyectos y acciones que para su desarrollo requieren involucrar el tema de salud mental al interior de la Secretaría de Salud, en otras secretarías municipales y departamentales.
- Poco reconocimiento de la salud mental en los demás estamentos de la ciudad (banca, industria, comercio, iglesias, comunidad).
- Fragmentación y atomización de las acciones y servicios de salud mental existentes.
- Pobre impacto de las acciones desarrolladas para intervenir la salud mental en la ciudad de Medellín.

**Soluciones propuestas:**

- Trabajar por la transversalización del tema de salud mental en los distintos programas y proyectos de la Secretaría de Salud a través de un plan de trabajo coordinado con los distintos interesados.

- Fortalecer distintos espacios que favorezcan la coordinación y articulación de acciones en salud mental con otras instituciones del sector tales como EPS, IPS, ESE Carisma, HOMO, entre otras.
- Fomentar y participar en espacios de encuentro, articulación y coordinación de acciones con otros sectores relacionados con el desarrollo de la salud mental como las secretarías de Educación, Gobierno, Mujeres, Bienestar Social, Desarrollo Social, ONG, entre otros.
- Fomentar y participar en espacios de encuentro, articulación y coordinación de acciones con otros estamentos de la ciudad (banca, industria, comercio, iglesias, comunidad).

**Problema o necesidad:** incipiente análisis situacional que permita identificar las necesidades y prioridades en salud mental y la cualificación de las intervenciones.

**Causas:**

- Información en salud mental de mala calidad, no es oportuna.
- Deficiente la detección oportuna de las problemáticas de salud mental.
- Las intervenciones poco se evalúan y se sistematizan, lo que no permite su cualificación.
- Insuficiente investigación que permita comprender las problemáticas de salud mental más allá de los datos epidemiológicos.

**Soluciones propuestas:**

- Articular las necesidades de información en salud mental al sistema de información de la Secretaría de Salud de Medellín.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de los eventos priorizados en salud mental: violencias intrafamiliar y sexual, conducta suicida, intoxicación por sustancias psicoactivas.

- Fortalecer la cultura de la evaluación y la sistematización de experiencias.
- Promover, participar y desarrollar investigaciones cualitativas que aumenten la comprensión de la salud mental y las problemáticas asociadas a ésta y desarrollar investigaciones cuantitativas que posibiliten la comparabilidad con otras investigaciones en temas de salud mental.

### 9.2.5 Enfermedades transmisibles

**Problema o necesidad:** alta incidencia de tuberculosis.

**Causas:**

- Deficiencia en la captación y diagnóstico de casos.
- Débil gestión del programa de tuberculosis al interior de las IPS/EPS.
- Prevalencia de factores de riesgo que favorecen la infección y la progresión de infección a enfermedad.
- Presencia de determinantes que afectan la adherencia de los pacientes al tratamiento.

**Soluciones propuestas:**

- Realizar acciones de vigilancia, monitoreo de la adherencia a las guías y protocolos del programa de tuberculosis.
- Articulación con otras estrategias de la Alcaldía de Medellín para el mejoramiento de los determinantes que afectan al tratamiento.
- Generación de una política pública para el manejo integral de la tuberculosis para poblaciones con condiciones especiales.
- Implementación de una estrategia de atención integral para población vulnerable con tuberculosis.

**Problema o necesidad:** presencia de enfermedades inmunoprevenibles en población general.

**Causas:**

- Barreras de las personas al acceso en lo administrativo, geográfico y lo socio económico.
- Debilidad en el manejo clínico y epidemiológico de los casos.
- Deficiencia en los sistemas de información para el seguimiento de las cohortes de población objeto de vacunación.
- Riesgo de reactivación de eventos en eliminación y erradicación.
- Circulación de microorganismos causales de enfermedades prevenibles por vacunas.
- Deficiencias en la captación y notificación oportuna de casos sospechosos de enfermedades prevenibles por vacunación.
- Acúmulo de susceptibles por bajas coberturas de vacunación.

**Soluciones propuestas:**

- Articulación y fortalecimiento de las estrategias de vigilancia epidemiológica y PAI, con el fin de lograr la erradicación y eliminación de los eventos priorizados.
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica para la captación temprana de casos y aplicación de medidas de contención.
- Desarrollo del programa de asesoría y asistencia técnica a las instituciones con vacunación.
- Fortalecimiento del sistema de información en el ente territorial y demás actores del sistema que permita un monitoreo permanente de la cobertura de vacunación real del municipio.
- Mantenimiento de las coberturas útiles de vacunación.
- Estrategias de vacunación extramural articuladas con las EPS /IPS.
- Desarrollo de una dirección en el área de vacunación incorporando herramientas informáticas y administrativas que forta-

lezcan las acciones requeridas según competencias del ente territorial.

**Problema o necesidad:** infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y resistencia bacteriana (RB) a antibióticos.

**Causas:**

- No existe en la ciudad un programa de vigilancia, control y prevención de infecciones asociadas a la atención en el ámbito municipal.
- No existe un sistema de monitoreo y alarma para la presencia de brotes en la ciudad.
- Poca estandarización de las IPS en el monitoreo y seguimiento de las IAAS y RB
- Poca adherencia a los protocolos y normas de prevención de IAAS y RB.
- No existe una política formal de uso de antibióticos en el ámbito territorial ni de IPS.
- Automedicación por parte de la población.

**Soluciones propuestas:**

- Implementar un programa de vigilancia, control y prevención de infecciones y resistencia bacteriana en la ciudad de Medellín.
- Fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica y sistemas de información.
- Desarrollar acciones de asistencia técnica y estandarización según los protocolos y definiciones del CDC y el INS.
- Desarrollar acciones de monitoreo y asistencia técnica en la implementación de la política de seguridad del paciente.
- Liderar de forma intersectorial el proceso de generación e implementación de una política de uso racional de antibióticos.
- Desarrollar estrategias de IEC encaminadas a fomentar el uso responsable de los antibióticos.

## 9.2.6 Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad

**Problema o necesidad:** baja adherencia a los hábitos y estilos de vida saludable.

**Causas:**

- Las metodologías educativas empleadas en los diferentes ciclos vitales no son motivantes ni continuas.
- Falta de contextualización poblacional para la implementación de estrategias educativas en hábitos de vida saludable.
- Poca oferta de alimentación saludable en diferentes escenarios, tales como: laborales, escolares, institucionales, comerciales.
- Desaprovechamiento de los espacios de ciudad para la recreación, la actividad física y el deporte.

**Soluciones propuestas:**

- Gestión de espacios seguros en los parques o escenarios para la recreación, la actividad física y el deporte.
- Brindar asesoría técnica para la incorporación, dentro de los horarios laborales, de la práctica de las pausas activas, según la normatividad vigente.
- Promoción de los estilos de vida saludable a través de todos los programas que se desarrollan en los diferentes ciclos vitales.
- Desarrollo de estrategias de IEC, encaminadas a promover actitudes y prácticas saludables en la población.

**Problema o necesidad:** sistema de información incipiente para el monitoreo de la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles.

**Causas:**

- Falta de lineamientos nacionales para la implementación de un sistema de vigilancia adecuado para las enfermedades crónicas no transmisibles.

**Soluciones propuestas:**

- Vigilancia epidemiológica a través de la asistencia técnica y monitoreo para la implementación de las guías y normas en la ciudad de Medellín para las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo asociados.

**Problema o necesidad:** discapacidad y mortalidad temprana por las enfermedades crónicas no transmisibles.

**Causas:**

- Falta de oportunidad en el acceso a los servicios de salud de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Falta de continuidad en la atención y tratamiento de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Falta de oportunidad en la detección e intervención temprana de factores de riesgo que potencializan la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones.
- El sistema de atención en salud está centrado en la enfermedad y no en la gestión del riesgo.

**Soluciones propuestas:**

- Facilitar y apoyar el fortalecimiento de la capacidad y las competencias para el manejo integrado e integral de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.
- Monitoreo, asistencia técnica y seguimiento a la calidad en la atención y adherencia a guías y normas técnicas.
- Desarrollo de actividades de información y comunicación para el fortalecimiento en la

detección de riesgo y adopción de actitudes y prácticas saludables.

- Desarrollo de un componente educativo con el personal asistencial para la gestión del riesgo y abordaje preventivo de la discapacidad.
- Desarrollo de un componente de educación continuada para el personal asistencial de la ciudad.
- Liderar la conformación de rutas de atención para el abordaje adecuado en el manejo de la discapacidad.

**Problema o necesidad:** Falta generación de una política pública integral para la intervención de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores asociados.

**Causas**

- Lineamientos nacionales y territoriales poco claros y fragmentados, no responden generalmente a un interés público.
- Falta de acompañamiento y liderazgo territorial para el abordaje del tema.
- Debilidad del control, manejo, gestión del riesgo por parte de los EAPB y los prestadores.

**Soluciones propuestas:**

Promover la movilización social para la formulación e integración de una política pública, basada en la evidencia, para el control e intervención de las enfermedades crónicas.

**Problema o necesidad:** presencia de factores asociados al ambiente, tanto abierto como cerrado, que inciden en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

**Causas:**

- Desconocimiento de la interrelación de los factores de riesgo ambientales y sus efectos en la salud de la población.

- Presencia de factores de riesgo de contaminación en espacios abiertos, cerrados y ambientes laborales, que afectan la salud de la población.

#### **Soluciones propuestas:**

- Fortalecer los sistemas de vigilancia de los factores de riesgo y su relación con la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad.
- Generar una agenda pública de ciudad en torno a las enfermedades crónicas no transmisibles.

### 9.2.7 Nutrición

**Problema o necesidad:** corta duración del periodo de lactancia materna, tanto exclusiva como complementaria.

#### **Causas:**

- Inadecuada cultura alimentaria frente a las prácticas de alimentación en la primera infancia y presiones sociales que afectan la lactancia materna.
- Inadecuada motivación y transmisión de conocimientos sobre lactancia materna por parte del personal de salud a las madres.
- Poco apoyo a la lactancia materna por parte de las instituciones de salud.
- Poca difusión y continuidad en la promoción masiva de los beneficios de la lactancia materna.
- Condiciones laborales de la madre, incluyendo corta duración de la licencia de maternidad y falta de espacios laborales para la extracción.
- Tenencia de prótesis mamarias.

#### **Soluciones propuestas:**

- Establecer, desde la línea de nutrición, lineamientos de IEC que contemplen las

prácticas culturales, mitos y tabúes referente al tema.

- Brindar capacitación al personal de salud en la lactancia materna y técnicas de sensibilización a las madres en el periodo de gestación y postparto, con un abordaje integral, incluyendo los componentes fisiológicos y sociológicos.
- Tener en cuenta, en la asistencia técnica institucional, la aplicación de la normatividad vigente frente a la lactancia materna.
- Abordar integralmente la lactancia materna incluyendo los componentes fisiológicos y psicológicos del tema.
- Promover la estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI) en todas las instituciones de salud de la ciudad de Medellín, según la Resolución 425 de 2008.
- Orientar en el campo laboral el cumplimiento de las normas que protegen la lactancia materna y los derechos de la mujer.

**Problema o necesidad:** prevalencia e incidencia de desnutrición en la primera infancia.

#### **Causas:**

- Bajo seguimiento y vigilancia de la desnutrición en la ciudad, lo cual impide la adecuada y oportuna focalización de programas y proyectos dirigidos a esta población.
- Necesidades básicas insatisfechas en la población (el 75 % recibe menos de 2 SMLV, ubicada principalmente en los estratos 1 y 2), entre ellas, la alimentación y poca integración intersectorial para intervenir el problema.
- Desinformación del sector industrial a la población en general sobre la alimentación en la primera infancia.
- Inadecuada transmisión de conocimientos, por parte del personal de salud, a las madres y acudientes en cuanto a las prácticas de alimentación y nutrición en la primera infancia.

- Barreras en la atención en salud y bajas coberturas en el programa de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en los menores de 10 años, que lleva a una inadecuada detección y remisión oportuna de las alteraciones.

**Soluciones propuestas:**

- Alianzas y estrategias sectoriales para reconocer y atender el problema con un trabajo articulado, a través de la definición de rutas de remisión a los programas de la Alcaldía de Medellín y los programas de los prestadores de servicios de salud. Seguimiento permanente a través de la continuidad de un sistema de información de la desnutrición en la ciudad de Medellín.
- Sensibilización a los prestadores de salud sobre la importancia de la calidad y remisión oportuna de los datos antropométricos al sistema de información (SISVIN).
- Abordaje de la problemática de desinformación sobre la alimentación en la primera infancia mediante estrategias para la interpretación adecuada del etiquetado nutricional de los alimentos y la revisión de la normatividad de etiquetado.
- Capacitación del personal de salud en la alimentación y nutrición en la primera infancia para lograr un abordaje integral de la desnutrición, que incluya los componentes psicológicos y socioculturales del tema.
- Revisión, asesoría y seguimiento a la implementación, por parte de las instituciones de salud, del programa de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en los menores de 10 años, según la normatividad vigente.
- Definición de rutas de remisión a los programas de salud, capacitación en los nuevos estándares de crecimiento y desarrollo al personal de salud y seguimiento a la implementación a los programas de salud.
- Desarrollo de investigación para la identificación de los determinantes socioeconó-

micos y culturales de la desnutrición infantil para la reformulación de estrategias en este tema.

**Problema o necesidad:** alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población.

**Causas:**

- Cultura de las prácticas alimentarias, influenciada por la industrialización de la alimentación.
- Barreras en la atención en salud y bajas coberturas en los programas de promoción y prevención (programa de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en los menores de 10 años, joven sano, adulto sano).
- Inadecuada ruta para la detección y remisión oportuna de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo por parte de los prestadores de salud (menores de 10 años).
- Inadecuada transmisión de conocimientos, por parte del personal de salud, a las madres, acudientes y usuarios del sistema de salud en cuanto a los estilos de vida saludables relacionados con la alimentación y nutrición.
- Inadecuados hábitos alimentarios en la población de Medellín.
- Ausencia de lineamientos que regulen la oferta de alimentos en las tiendas escolares, tanto del sector público como del sector privado.
- Ausencia de un programa de educación alimentaria que haga parte de los estilos de vida saludable, en el sector educativo, tanto público como privado.
- Desinformación, por parte de la población, en el contenido nutricional e interpretación del etiquetado nutricional.

**Soluciones propuestas:**

- Establecer lineamientos y desarrollar estrategias de educación alimentaria y nutri-

cional contextualizada con los gustos, rechazos y preferencias alimentarias, en los diferentes programas de salud pública que incluyen el componente de alimentación.

- Definición de rutas de remisión a los programas de salud, capacitación en los nuevos estándares de crecimiento y desarrollo al personal de salud y seguimiento a la implementación de los programas de salud.
- Fortalecimiento al sistema de vigilancia nutricional para la detección y seguimiento del problema del sobrepeso y obesidad, como herramienta de focalización de los programas y proyectos.
- Capacitar al personal de salud sobre el tema de alimentación y nutrición en las diferentes etapas del ciclo vital, para lograr un abordaje integral del exceso en el peso.
- Revisión, asesoría y seguimiento a la implementación, por parte de las instituciones de salud, de los programas de promoción y prevención relacionados con el tema de alimentación y que atienden a todos los grupos etáreos, según la normatividad vigente.
- Fortalecimiento de los programas y proyectos e la Secretaría de Salud dirigidos al fomento de los estilos de vida saludables.
- Articulación interinstitucional e intersectorial con las entidades que desarrollan programas relacionados con el tema.
- Desarrollo de una estrategia IEC en el tema de alimentación saludable para la población en general, que incluya la interpretación del etiquetado nutricional.
- Articulación con otras dependencias para establecer los lineamientos e intervención que hay que implementar en el sector educativo.
- Asesoría y asistencia al sector educativo para la Implementación de un programa de educación alimentaria, de acuerdo con los lineamientos y guías del Ministerio de Protección Social y el ICBF para promover una

alimentación balanceada y saludable en los escolares.

- Participación en el trazado de los lineamientos para la oferta alimentaria en las tiendas escolares, mediante acciones de articulación intersectorial.
- Desarrollo de investigación para la identificación de la oferta y demanda en las tiendas escolares y el contexto social y cultural que influye en esta dinámica.

**Problema o necesidad:** baja ganancia de peso durante la gestación.

**Causa:**

- Inadecuada ruta para la detección y remisión oportuna de las gestantes con bajo peso, por parte de los prestadores de salud.
- Barreras en la atención en salud y bajas coberturas en el programa de control prenatal.
- Inadecuada transmisión de conocimientos, por parte del personal de salud, a las gestantes en cuanto a las prácticas de alimentación y nutrición durante el periodo de gestación.

**Soluciones propuestas:**

- Estrategia de IC para fomentar la asistencia a los programas de promoción y prevención del ciclo vital en la etapa pre concepción, favoreciendo la salud nutricional de la mujer y el hijo.
- Capacitación del personal de salud del programa de control prenatal en los estándares de valoración nutricional de la gestante.
- Detección oportuna de las gestantes con bajo peso para la edad gestacional mediante un sistema de monitoreo y vigilancia.
- Definición de rutas de remisión de las gestantes con bajo peso a los programas de salud y asistenciales, con un abordaje integral de la situación que presenta la gestante.
- Capacitación del personal de salud del programa de control prenatal en alimentación

de la gestante e incluir el componente psicoafectivo relacionado con la alimentación y nutrición.

- Revisión, asesoría y seguimiento a la implementación por parte de las instituciones de salud de los programas de control prenatal, según la normatividad vigente.

**Problema o necesidad:** bajo peso al nacer.

**Causas:**

- Inadecuada ruta para la detección y remisión oportuna de los niños con bajo peso al nacer por parte de los prestadores de salud.
- Barreras en la atención en salud y bajas coberturas en el programa de control prenatal.
- Inadecuada transmisión de conocimientos, por parte del personal de salud, a las gestantes en cuanto a las prácticas de alimentación y nutrición durante el periodo de gestación.
- Poca ganancia de peso por parte de la gestante durante el embarazo, debido a múltiples factores: económicos, sociales, familiares, de salud física, de salud mental.
- Deterioro del estado nutricional y de salud de la madre antes de la gestación, incluyendo la anemia gestacional.

**Soluciones propuestas:**

- Capacitación del personal de salud de las instituciones que atienden partos en los estándares de valoración nutricional del recién nacido.
- Detección oportuna de los niños con bajo peso al nacer mediante un sistema de monitoreo y vigilancia de nivel interinstitucional.
- Definición de rutas de remisión de los niños con bajo peso al nacer a los programas de salud y asistenciales.
- Capacitación del personal de salud del programa de control prenatal en alimentación de la gestante.

- Revisión, asesoría y seguimiento a la implementación, por parte de las instituciones de salud, de los programas de control prenatal, según la normatividad vigente.
- Detección oportuna de las gestantes con bajo peso para la edad gestacional mediante un sistema de monitoreo y vigilancia.
- Definición de rutas de remisión de las gestantes con bajo peso a los programas de salud y asistenciales, con un abordaje integral de la situación que presenta la gestante.
- Estrategia de IEC para fomentar la asistencia a los programas de promoción y prevención del ciclo vital en la etapa preconcepcional, favoreciendo la salud nutricional de la mujer y el hijo.

### 9.2.8 Salud ambiental

**Problema o necesidad:** riesgo de presentar casos de rabia animal, humana y otras enfermedades transmitidas por animales.

**Causas**

- Baja cobertura de vacunación de perros y gatos en la ciudad.
- Falta de conocimiento sobre el manejo clínico adecuado y la clasificación en exposiciones rábicas en las IPS de la ciudad.
- Reproducción no controlada de animales, lo que genera gran cantidad de población canina y felina.
- Presencia de accidentes por mordeduras, arañazos o agresiones a personas, por parte de animales potencialmente transmisores de rabia.
- Desconocimiento por la población de los riesgos que se pueden generar por tenencia inadecuada de animales, como perros y gatos.

**Soluciones propuestas**

- Desarrollo de estrategias integrales que permitan aumentar la cobertura de vacunación a perros y gatos.
- Programa de control natal a la población canina y felina, con la realización de cirugías de esterilización.
- Vigilancia y seguimiento a los casos de exposiciones rábicas.
- Acciones de promoción y educación sanitaria.
- Asesorías y capacitaciones, en las IPS de la ciudad, en el manejo de pacientes con exposiciones rábicas.

**Problema o necesidad:** presencia endémica de casos de dengue y dengue grave.

**Causas:**

- Conductas de la población que permiten la presencia de criaderos en el ámbito domiciliario y en exteriores que favorecen la proliferación del vector.
- Condiciones ambientales y de saneamiento que favorecen la presencia del vector y su multiplicación.
- Presencia de nuevos vectores eficientes para el dengue como *Aedes Albopictus*.
- Falta de adherencia a los protocolos y guías de manejo de dengue por parte de IPS.
- Falta continuidad en las acciones de control químico vectorial.

**Soluciones propuestas:**

- Realizar acciones de prevención y promoción por medio de estrategias de IEC.
- Desarrollar y liderar una estrategia integral e intersectorial, con participación de la comunidad y otros sectores
- Vigilar este vector en la ciudad.
- Garantizar la asesoría y capacitación de personal asistencial de IPS de Medellín en

el adecuado manejo de pacientes con dengue y dengue grave.

- Garantizar las acciones de control químico y físico del vector en casos de dengue grave, de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de Salud.
- Mantener de manera rutinaria y permanente la vigilancia entomológica de los vectores de dengue en la ciudad.

**Problema o necesidad:** presencia de roedores, insectos y factores de riesgo para la leptospirosis y otras enfermedades.

**Causas:**

- Condiciones de saneamiento básico deficientes en algunas zonas de la ciudad que favorecen la presencia de roedores.
- Inadecuado almacenamiento y manipulación de alimentos de consumo humano y animal.
- Ausencia de un programa de control integral de roedores en áreas de alto riesgo para esta plaga.
- Dificultad de diagnóstico oportuno y adecuado manejo de casos detectados.

**Soluciones propuestas:**

- Realizar acciones de promoción y educación sanitaria y ambiental en cuanto al manejo y disposición de los residuos sólidos y líquidos.
- Estrategia de información, educación y comunicación relacionada con el manejo y almacenamiento adecuado de alimentos.
- Inspección, vigilancia y control de establecimientos abiertos al público y bodegas de almacenaje.
- Diseñar e implementar el programa de control integral de roedores plaga de Medellín, sujeto a ajuste de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de la Protección Social.
- Garantizar la asesoría a IPS y capacitación en manejo adecuado de casos de leptospirosis.

**Problema o necesidad:** existencia de factores de riesgo para la salud por el uso y consumo de alimentos.

**Causas:**

- Inadecuadas condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos.
- Desconocimiento de los derechos y deberes de la población frente a los factores de riesgo asociados al consumo de alimentos.
- Desarticulación y debilidad del sistema de inspección, vigilancia y control de toda la cadena de procesamiento de alimentos.

**Soluciones propuestas:**

- Acciones permanentes de inspección, vigilancia y control de las condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos y la calidad de los alimentos.
- Desarrollo de estrategias de IEC para estimular el autocontrol, la apropiación de habilidades y hábitos saludables que disminuyan los factores de riesgo.
- Priorización de factores de riesgo asociados al consumo de alimentos y articulación en los diferentes niveles para la atención de los mismos.

**Problema o necesidad:** efectos en la salud por la contaminación o por la existencia de factores asociados al ambiente (agua, aire y suelo).

**Causas:**

- Desconocimiento del perfil epidemiológico del comportamiento de los factores de riesgo ambientales y sus efectos en la salud de la población.
- Agua no apta para el consumo humano.
- Presencia de factores de riesgo de contaminación del ambiente en espacios cerrados, especialmente por ruido y contaminación atmosférica que afectan la salud de la población.

- Factores de riesgo químico y biológico generados en la ciudad.

**Soluciones propuestas:**

- Implementación y fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de los factores de riesgo y su relación con las enfermedades asociadas a la salud ambiental.
- Inspección y vigilancia de los sistemas de abastecimiento de agua para el consumo humano.
- Acciones de inspección y vigilancia de la contaminación del aire en espacios cerrados.
- Generación de una línea de investigación que relacione los factores de riesgo asociados al aire, suelo y agua con la salud de la población.

### 9.2.9 Seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral:

**Problema o necesidad:** alta incidencia y prevalencia de enfermedades y accidentes asociados a riesgos ocupacionales.

**Causas:**

- Bajo cumplimiento por parte de las ARP de las competencias frente a sus empresas afiliadas.
- Desconocimiento de los empleadores de la normatividad y sus responsabilidades en relación con la salud ocupacional de sus trabajadores.
- Desconocimiento por parte de los empleados de los riesgos que tienen en su área de trabajo, su prevención y reporte oportuno de accidentes laborales.
- Debilidad en la inspección, vigilancia y control por parte de las autoridades competentes.
- Falta de coordinación para realizar acciones de gestión y valoración de los riesgos

laborales, entre las empresas, ARP y los trabajadores.

- Panoramas de riesgo desactualizados en las empresas.
- Sistemas de información deficientes.
- Desconocimiento del personal del sector salud sobre el abordaje y el diagnóstico de estas enfermedades.
- Falta de liderazgo del ente rector para articular a los actores responsables del sistema general de riesgos profesionales.
- Hay una importante subnotificación de las enfermedades profesionales, incidentes y de los accidentes.

#### **Soluciones propuestas:**

- Dotar y consolidar la estructura de salud laboral vinculada a la salud pública, que le permita el desarrollo de las siguientes funciones y tareas:
- Fomentar una línea de investigación sobre la relación de la ocupación y la desocupación con la salud.
- Desarrollar un programa de vigilancia de la salud de los trabajadores que incorpore un sistema de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica de los problemas de salud relacionados con el trabajo.
- Fomentar y verificar el desarrollo de actividades IE en las empresas para la prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral.
- Monitorear (IVC) a las empresas para que implementen los programas de salud ocupacional.
- Asistir a comités, mesas de trabajo y de concertación entre los actores del sistema general de riesgos profesionales.
- Realizar visitas de inspección a las ARP muestreadas aleatoriamente.
- Asesorar y asistir técnicamente al personal médico para el diagnóstico y tratamiento

oportuno de las enfermedades de origen laboral.

- Verificar la implementación de las acciones de promoción y prevención de riesgos en las empresas.

### **9.3 Acceso a los servicios de salud**

**Problema o necesidad:** barreras en el acceso al SGSSS por persistencia de población no afiliada.

#### **Causas:**

- Población con problemas de carencia o desactualización de los documentos de identificación.
- Desarticulación de los entes responsables de la identificación de la población.
- Insuficiente desarrollo de los sistemas de información para subsanar las dificultades en la gestión del dato con oportunidad en la notificación de novedades y lograr compatibilidad entre los sistemas de información de los diferentes actores.
- La migración poblacional hacia Medellín buscando mejores oportunidades económicas y servicios de salud.
- Evasión de las responsabilidades de las EPSS para el proceso de afiliación.
- Falta de educación y cultura de la población sobre la afiliación y sus beneficios, así como desconocimiento de deberes y derechos en el SGSSS.

#### **Soluciones propuestas:**

- Realizar jornadas de identificación por parte de las entidades competentes.
- Fortalecer las actividades educativas en derechos y deberes a través de diferentes estrategias, entre ellas, programas de presupuesto participativo y participación social.

- Mantener, estimular y fortalecer el desarrollo de sistemas de comunicación en línea que faciliten la comunicación entre sistemas, los trámites a los usuarios y la fidelidad del dato y las bases.
- Realizar espacios de concertación, asesoría y compromisos entre los diferentes actores responsables del tema.
- Desarrollar actividades de asesoría, asistencia técnica, vigilancia y control.
- Fortalecer las actividades IEC en el SGSSS a través de diferentes estrategias entre ellas, programas de presupuesto participativo y participación social.
- Fortalecer las actividades de promoción de la afiliación (cero oportunidades perdidas, afiliación en línea, campañas masivas).

**Problema o necesidad:** dificultades en el acceso a los servicios de salud.

**Causas:**

- Oferta de los servicios de salud apenas suficiente para atender la población de Medellín.
- Insuficiencia de la red prestadora para garantizar los servicios a los usuarios, especialmente en el II nivel, UCE y UCI.
- Insuficiencia de servicios de salud en la región y en los departamentos vecinos.
- Barreras económicas relacionadas con el pago de transporte, pagos de servicios de salud (cuota recuperación, copagos y cuotas moderadoras).
- Barreras administrativas relacionadas con los procesos de autorización por parte de los aseguradores, la gestión de las bases de datos, la doble afiliación, novedades de afiliación, duplicidades, traslados de municipios, autorizaciones y tramitología, entre otros.
- La contratación entre aseguradores y prestadores genera barreras geográficas de acceso para la población afiliada.

- Insuficiencia de la red prestadora para garantizar los servicios a los usuarios, están sobrendidas por tener contratos con todas o la gran mayoría de entidades responsables de pago.
- Discriminación por parte de los prestadores, que supeditan la atención de acuerdo con el pagador o la EPS-S o EPS-C a la que se encuentre afiliado el usuario, ya sea porque pagan oportunamente o por carteras altas
- Desarticulación de las IPS, aun dentro de las redes de prestadores de las aseguradoras.
- Por ser la ciudad capital con una amplia red de servicios y alta percepción de calidad de los servicios de salud, se genera una alta movilidad de población de otros municipios hacia el municipio de Medellín.
- El aumento de habitantes de la calle incrementa el número de personas pobres y vulnerables no afiliadas con mayor carga de enfermedad.
- Los obstáculos en la regulación de los usuarios por las dificultades en la comunicación con las líneas 018000 por fuera del departamento.
- El aumento del número de lesionados por accidentes de tránsito.

**Soluciones propuestas:**

- Estructurar las RISS para que la población acceda a los servicios de salud en el sitio más cercano a su lugar de residencia de acuerdo con la georreferenciación.
- Implementar la atención primaria en salud y fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud.
- Articular con el ente departamental para el fortalecimiento de la atención por regiones.
- Desarrollar actividades de inspección y vigilancia del acceso a la prestación de los servicios de salud para la población en todos los niveles EPS e IPS.

- Disponer de una red de servicios de salud con capacidad resolutoria para la atención del primer nivel de complejidad de la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda.
- Fortalecer la atención de urgencias, emergencias y desastres con una red de atención prehospitolaria y de prestadores públicos y privados, articulados, capacitados y desarrollados tecnológicamente.
- Fortalecer el proceso de referencia y contrarreferencia desde el CRUE para grupos priorizados como población no asegurada, materno infantil, salud mental y población con situación de urgencias y emergencias.

**Problema o necesidad:** en la prestación de servicios de salud se presentan fallas en el cumplimiento de los criterios de calidad.

**Causas:**

- Deficiencia en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad por parte de las EPS e IPS.
- Inadecuada gestión del riesgo (implementación efectiva de la política nacional de la seguridad del paciente).
- La falta de enfoque de la atención en salud en torno a la seguridad del paciente, evidenciada por la no adherencia a las guías de atención y protocolos, la no aplicación de barreras de protección, la falta de gestión del riesgo y eventos adversos, junto con el deterioro en las relaciones interpersonales entre los usuarios y los dispensadores de cuidados en salud.

**Soluciones propuestas:**

- Inspección, vigilancia, auditoría, asesoría y asistencia técnica en el SOGC y política de seguridad del paciente.
- Establecimiento de estrategias de sensibilización y motivación para que las EPS e IPS implementen acciones en pro de la calidad y seguridad del paciente.

- Articulación con el ente departamental para desarrollar estrategias en pro del cumplimiento del SOGC por parte de IPS y EPS.
- Seguimiento a los indicadores de oportunidad y satisfacción del usuario en las IPS públicas de la ciudad.

## 9.4 Infraestructura de la red pública hospitalaria

**Problema o necesidad:** las cantidades de camas hospitalarias no responden a la demanda de servicios. Algunas edificaciones de la red pública hospitalaria no cumplen con los requerimientos legales para sismorresistencia. Las edificaciones requieren dotación para su funcionamiento.

**Causas:**

- En Medellín existe un déficit de camas, debido a la demanda por parte de las otras regiones del departamento y del país.
- El aumento en la cobertura de aseguramiento facilita el acceso a los servicios de salud aumentando la demanda local.
- Mayor densidad de la población en grupos económicos más pobres con condiciones de vida menos favorables, aumenta el número de consultas en determinadas zonas de la ciudad.
- Existen edificaciones que no cumplen los requerimientos actuales en normas de construcción.
- Se han construido nuevos equipamientos que requieren ser dotados para su funcionamiento y otros requieren renovación tecnológica para prestar servicios de calidad.
- La ciudad tiene un débil desarrollo en la red de segundo nivel de atención.

**Propuestas:**

Fortalecer la red pública hospitalaria a través de dotación de equipos biomédicos, la ade-

cuación, reconstrucción y construcción de nuevos equipamientos en salud, a partir de un diagnóstico de necesidades.

## 9.5 Desarrollo de la Secretaría de Salud

**Problema o necesidad:** La planta de cargos de la Secretaría de Salud es insuficiente frente a las competencias en salud que debe cumplir y el modelo de operación por procesos. La Secretaría de Salud tiene un incipiente desarrollo en tecnologías de la información y comunicación. El sistema de información del sector aún no responde a las necesidades de los actores, en oportunidad y confiabilidad, de manera que facilite la toma de decisiones y el seguimiento de sus programas. Los espacios locativos disponibles para su funcionamiento no responden al modelo de operación por procesos y no facilitan la integración de los procesos misionales con los administrativos.

### Causas:

- La normatividad vigente ha delegado nuevas competencias a la Secretaría de Salud que obligan la asignación de actividades misionales y administrativas permanentes a contratistas de prestación de servicios.
- No se dispone de un espacio locativo único que facilite la integración de los procesos misionales y administrativos, lo que hace ineficiente la gestión de la Secretaría y la articulación con las otras secretarías de la administración.
- Los espacios de trabajo están hacinados, con lo cual aumenta el riesgo de enfermedad profesional y deterioro del ambiente laboral.
- Incipiente desarrollo de tecnologías de información y comunicación en salud que

permitan conocer en forma integral la situación de salud. La información del sector es fraccionada y no se articula entre los actores.

- Existe una alta demanda de información generada por la Secretaría de Salud por parte de diferentes sectores de la comunidad, los organismos de control, los entes territoriales y otros actores.
- Existen reprocesos en el sistema de información que aumentan los costos del sistema y limitan la calidad, cobertura y oportunidad de los datos.

### Soluciones:

- Adecuar la planta de cargos a las responsabilidades misionales de la Secretaría de Salud, en el proceso de modernización institucional.
- Garantizar un espacio físico que ofrezca puestos de trabajo suficientes, dignos, adecuados a las especificaciones requeridas por salud ocupacional para minimizar los riesgos laborales y la enfermedad profesional y que facilite la integración de las áreas.
- Incorporar las tecnologías de información y comunicación en salud como herramientas para el fortalecimiento del sistema de información.
- Crear el observatorio de la salud, como una instancia que permita hacer seguimiento a las políticas de salud y realice evaluación permanente de la situación de salud.
- Fomentar la gestión del conocimiento en el proceso de salud a través de la investigación de temas priorizados que permitan obtener información sobre necesidades detectadas por el observatorio, que sirva para la toma de decisiones y la focalización de los recursos.



## 10. Prioridades municipales en salud



Entre las principales razones que fundamentan la necesidad de establecer prioridades en salud, se destacan las siguientes: el cambio en los patrones en salud -por envejecimiento poblacional, cambio en los determinantes por desarrollo económico y social, nuevas enfermedades-, el cambio en los conceptos de salud -descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables-, las necesidades y expectativas de los grupos de interés, los recursos disponibles -necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares- y, sobre todo, el hecho de que el uso de los recursos de salud es de interés público y se tiene la exigencia y el compromiso de utilizarlos en forma eficiente, buscando que el bienestar para la mayoría prime sobre el particular y se impacte de la manera más amplia posible.

El Plan Nacional de Salud Pública define las prioridades y los parámetros de actuación, en

respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la nación en las políticas nacionales y en los acuerdos internacionales.

El municipio de Medellín, siguiendo las directrices del PNSP de inclusión obligatoria de las prioridades definidas en los planes de salud territorial y en los planes operativos, en coherencia con los perfiles de salud territorial, adopta como prioridades en salud las siguientes:

- El direccionamiento como eje articulador del sector salud en la búsqueda del bienestar comunitario.
- La salud pública y su estrategia marco "Salud en el Hogar – APS".
- El acceso a los servicios de salud.
- La consolidación de la red pública hospitalaria.
- El desarrollo de la Secretaría de Salud.

## 11. Líneas de política



La definición de las prioridades en salud tiene como propósito identificar aquellas áreas en las que se focalizarán los mayores esfuerzos y recursos por parte de los actores involucrados, para lograr el mayor impacto en la situación de salud. Esta definición es el producto de una cuidadosa revisión normativa y de la concertación con los diferentes actores, ejercicio que otorga mayor legitimidad, transparencia y racionalidad a las metas y estrategias propuestas.

La definición de las metas se basó en las necesidades identificadas y en los compromisos adquiridos, tanto en el ámbito nacional como internacional, como el caso de los Objetivos de Desarrollo de Milenio, así como en el análisis de las tendencias de los eventos priorizados con la información nacional disponible y las proyecciones existentes en el ámbito internacional. En los casos en los que la evidencia no era suficiente o no se disponía de fuentes sistemáticas de información, se fijaron metas de proceso.

La definición de las estrategias fue fundamentada en la revisión de la evidencia sobre experiencias exitosas para abordar cada problema prioritario, así como en la consulta a expertos durante el proceso de concertación interinstitucional e intersectorial.

Para el logro de cada una de las metas se proponen diversas estrategias operativas, que se desarrollan según las líneas de política previstas en el PNSP de la siguiente manera:

### Línea 1. La promoción de la salud y la calidad de vida

Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas orientadas a fomentar la conformación de entornos favorables a la salud en las dimensiones físicas y socioculturales, así como en el desarrollo de habilidades y competencias ciudadanas y co-

munitarias encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud. Esta línea se materializa básicamente en el programa marco del plan "Salud en el Hogar", que no es más que la implementación de la "Atención Primaria en Salud Renovada".

### Línea 2. La prevención de los riesgos

Esta línea plantea acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir, con las cuales se espera minimizar la pérdida de bienestar, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud, EPS, las administradoras de riesgos profesionales, ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

### Línea 3. La recuperación y superación de los daños en salud

En esta línea se propondrán acciones dirigidas a garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad, acciones de protección específica, la detección temprana y la atención integral de los eventos de interés para la salud.

### Línea 4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Para su desarrollo se formularán estrategias que ayuden a fortalecer los procesos de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y procesos de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida. Incluye los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión.

## 5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Municipal

Se espera fortalecer la capacidad del desempeño de las competencias de salud por parte de la Secretaría. Permite generar escenarios

para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector, mejorar la capacidad de coordinación, regulación, planificación, conducción, vigilancia, evaluación y comunicación de los riesgos en salud y de los resultados y efectos de las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud.





### Son objetivos del Plan de Salud Municipal:

- Fortalecer el **direccionamiento** como eje articulador de los sectores para la búsqueda del bien colectivo.
- Contribuir con las acciones de **salud pública** como compromiso por la defensa de una vida digna y plena para todos los hombres y mujeres, sin distinción de clase, religión o etnia, en el marco de la estrategia "Salud en el Hogar – APS", a través del mejoramiento de la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la salud mental, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, el mejoramiento de la situación nutricional, de la seguridad sanitaria y ambiental, de la seguridad en el trabajo y la disminución de las enfermedades de origen laboral.
- Gestionar y supervisar el **acceso a los servicios de salud**, con el propósito de que los ciudadanos de Medellín accedan a servicios de salud con calidad, humanos y eficientes.
- Consolidar la **infraestructura de la red pública de salud** para mejorar el acceso y dar respuesta a la demanda de servicios de salud con calidad.
- **Desarrollar la Secretaría de Salud** para el cumplimiento de las competencias delegadas.

## 13. Metas y estrategias planteadas para cada uno de los objetivos del Plan de Salud Municipal



En su mayoría, las acciones planificadas para el cumplimiento de las metas propuestas a continuación, en cada una de las prioridades, serán articuladas a través de la estrategia marco de Atención Primaria en Salud "Salud en el Hogar- APS, la cual se desarrollará en los territorios priorizados teniendo en cuenta los ámbitos del hogar, escuela, laboral y comunitario, y facilitará el acceso a los servicios de promoción, prevención y asistencia en salud requeridos por la comunidad. Los otros territorios recibirán las acciones del plan de intervenciones colectivas hasta lograr gradualmente la cobertura de la estrategia "Salud en el Hogar -APS" para todo el municipio.

### 13.1 Programa estratégico: "Salud en el Hogar - APS"

#### **Metas**

- Llegar a 75 000 familias.
- Alcanzar una cobertura del 60 % de personas identificadas con necesidades que no han sido intervenidas en el sector salud y otros sectores, derivadas por el programa para su intervención.
- Lograr que en el 60 % de las familias se evidencie modificación positiva de factores de riesgos a partir de la intervención del programa.

El programa "Salud en el Hogar" se desarrollará bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la cual para el municipio de Medellín será considerada como una estrategia marco para darle funcionalidad al modelo de atención vigente en el SGSSS.

Tiene un propósito orientador y articulador al interior del sector salud y con otros sectores sociales y la comunidad. Pretende acercar los servicios de salud a los hogares más vulnerables de la ciudad, llevando acciones integrales de cuidado primario ambulatorio, prevención de la enfermedad y promoción de la salud a

través de equipos de salud multidisciplinarios. Se persigue la transformación de un modelo de salud asistencial a uno preventivo, con énfasis en la participación social y comunitaria y la articulación de acciones intersectoriales.

Este es el esquema para desarrollar la estrategia:

La Atención Primaria en Salud se debe desarrollar como una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver en los territorios los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad.

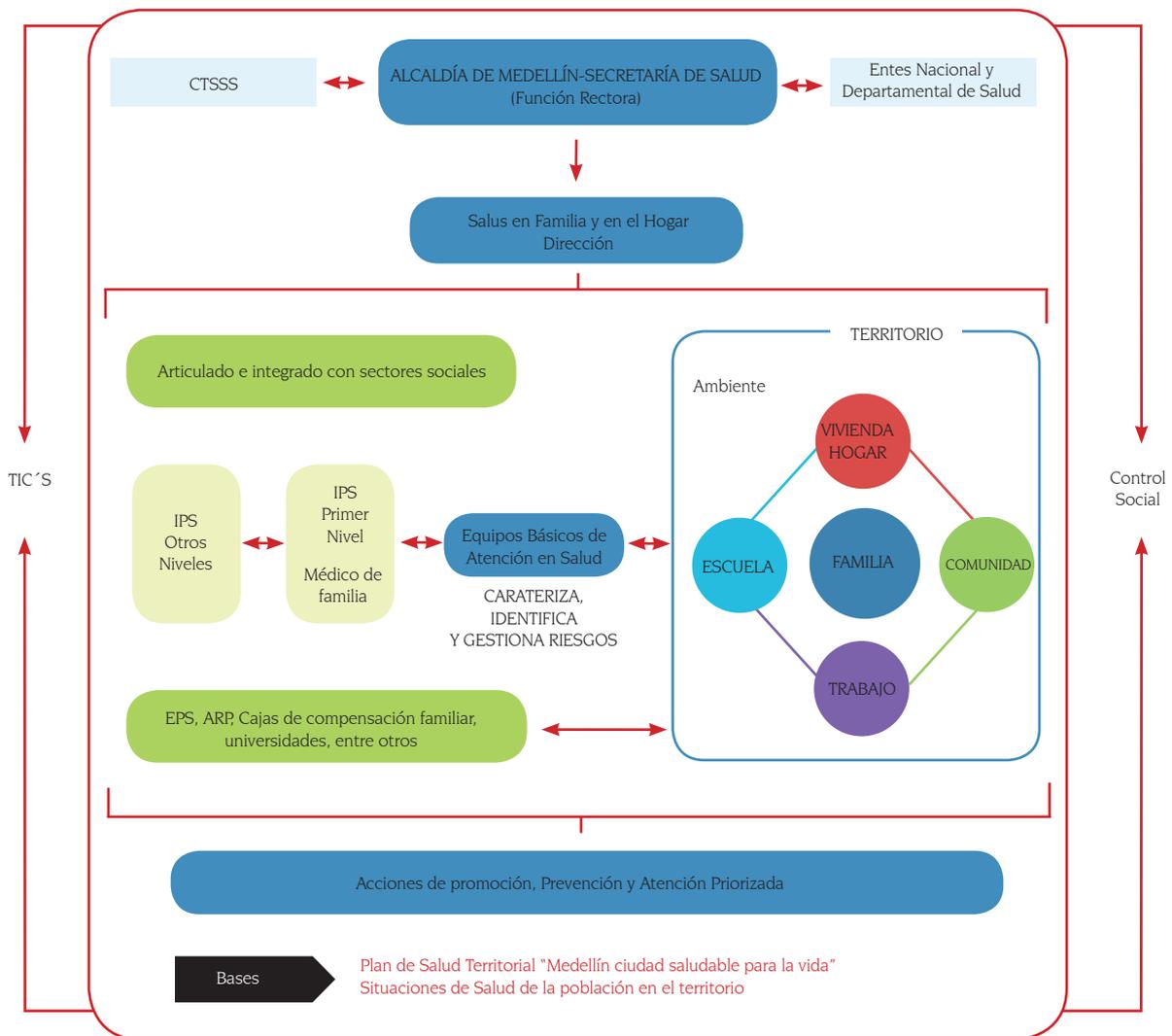
La implementación de la estrategia de APS renovada en la ciudad permitirá incorporar el desarrollo de nuevos conocimientos, instrumentos y tecnologías que fortalecerán su efectividad. Además, será uno de los mecanismos que fortalecerá la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud, que finalmente, se traducirá en el mejoramiento de la calidad de vida.

Por lo tanto, esta estrategia es una condición esencial para contribuir al logro de los objetivos de desarrollo en el campo internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (los Objetivos de Desarrollo del Milenio), así como para abordar las causas y los determinantes sociales de la salud y para garantizarla como un derecho humano, como lo han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros.

Para el logro de los propósitos del mejoramiento del estado de salud, de la equidad en salud y de la solidaridad, la estrategia "Salud en el Hogar - APS", debe hacer parte integral y ser eje articulador del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual debe contemplar un conjunto de elementos de marco político y normativo, elementos estructurales

y funcionales esenciales, que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, con participación de la comunidad y que promuevan la equidad. En el funcionamiento y desarrollo de la estrategia se debe garantizar la prestación de atención integral y apropiada de forma sostenible, fortaleciendo el primer nivel de atención con énfasis en la prevención y la promoción y, además, debe garantizar el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias, comunidades y territorios como base para la planificación y la

acción, fortaleciendo la cultura del autocuidado. Es necesario el fortalecimiento del recurso humano y la inclusión de las tecnologías de información y comunicación en salud. Para lograr este propósito, la propuesta es vincular a las universidades e instituciones de formación de talento humano en salud a participar en el desarrollo de la estrategia en los territorios, con el fin de asegurar la calidad en la atención en todos los niveles y ámbitos en que se desarrolle la estrategia y como elemento fundamental para su evaluación y seguimiento.



**Gráfica 16.** Programa estratégico: "Salud en el Hogar - APS"

## Componentes de la APS

- **Coordinación e integración de acciones de todas las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud presentes en el territorio local:**

En este componente se desarrollarán actividades dirigidas a mejorar la coordinación interinstitucional, para aumentar el acceso a los servicios de salud con calidad a través de la integración de esfuerzos sectoriales. Para ello, se promoverá la suscripción de una alianza por la garantía del derecho a la salud, donde se harán las acciones necesarias para la "construcción e implementación de un modelo único de atención basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud y la operativización a través de las redes territoriales de servicios de salud para el municipio de Medellín" y la participación de las universidades, con el propósito de promover y facilitar la universalización del aseguramiento y el acceso a la atención en salud integral e integrada.

- **Gestión territorial de la salud:**

En este componente se desarrollarán los aspectos relacionados con la planeación local en salud y el fortalecimiento del sistema de información para la gestión y evaluación del programa en el ámbito municipal. En este componente se hará una divulgación amplia del Plan de Salud Municipal 2012-2015 en el orden comunitario e institucional, en los territorios, se socializarán y ajustarán los diagnósticos de salud mediante la metodología de planeación local participativa, se elaborará el plan operativo anual territorial y se definirán los indicadores para la medición y seguimiento del programa.

- **Prestación de servicios de salud:**

En este componente se pretende acercar los servicios de salud a la población e integrar sus acciones para llevarlos a los ám-

bitos del hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad. Para desarrollar este componente, se definen los perfiles y número de personal requeridos para la conformación de los equipos de salud, las estrategias para el fortalecimiento del equipo técnico de apoyo, las acciones que se llevarán a la población en el territorio y la capacitación al talento humano, con la incorporación de elementos conceptuales y operativos para la implementación del modelo de cuidado integral de la salud.

- **Componente intersectorial y de participación social en salud:**

En este componente se pretende fortalecer la coordinación y articulación del sector salud con otros sectores que contribuyen al desarrollo humano integral, se identificarán los programas y proyectos que se desarrollan localmente y que contribuyen a impactar los determinantes de la salud. Se desarrollarán estrategias para el fortalecimiento de los mecanismos de participación social en salud y para la articulación del sector salud con otros sectores del desarrollo de orden territorial.

## Ámbitos de acción de la estrategia

- **El hogar**

El hogar será el ámbito priorizado para desarrollar la estrategia. En él se promoverá el autocuidado en salud, mediante procesos formativos y de acompañamiento a los miembros del hogar, se identificarán los riesgos en salud del grupo familiar, se realizarán acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de direccionamiento a las redes prestadoras de servicios de salud y otros sectores. Se realizarán las siguientes acciones:

- Caracterización de las condiciones del hogar para la identificación de factores de riesgo que afectan la salud de sus miembros.

- Acercamiento, mediante los equipos de salud, de las acciones de salud a los hogares más vulnerables de la ciudad, llevando médico de familia en aquellos casos en los que, por movilidad reducida y según las condiciones de salud, se requiera la realización de acciones integrales de cuidado primario ambulatorio en el hogar.
- Realización, seguimiento y evaluación de acciones de información, comunicación y educación (IEC) como un mecanismo probado para adquirir hábitos saludables y cultura del cuidado de la salud.
- Remisión y seguimiento, de las personas que lo requieran, a los prestadores de servicios de salud y otros sectores para la atención y/o la incorporación en los programas de promoción y prevención de carácter individual.
- **La escuela:**

En el entorno educativo se realizarán acciones de acompañamiento a las instituciones educativas, ubicadas en el territorio, en todos los niveles y con énfasis en prevención de factores de riesgo, tales como el acoso escolar, consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva, deficiencias comunicacionales en los niños, enfatizando en el derecho a la salud, la promoción de prácticas de autocuidado y hábitos saludables, acciones que deben articularse con la estrategia de Escuelas y Colegios Saludables, ya ampliamente validada y aplicada por el sector salud.
- **La comunidad:**

Busca promover la participación comunitaria en salud, mediante procesos formativos y de acompañamiento a las organizaciones comunitarias con presencia en el territorio y otros grupos poblacionales, a partir del reconocimiento de los derechos y deberes en salud y del empoderamiento del estado de salud de su comunidad como parte de la estrategia, a través de las siguientes acciones:

  - Informar sobre la estrategia de Atención Primaria en Salud.
  - Acompañar a la ejecución de estrategias extramurales desarrolladas por la Secretaría de Salud en el territorio.
  - Fortalecer el trabajo colectivo extramural mediante el apoyo a los equipos básicos de salud;
  - Realizar y actualizar el diagnóstico de las instituciones u organizaciones de participación comunitaria y social existentes en el territorio.
  - Promover la coordinación del trabajo intrasectorial y extrasectorial para complementar la atención integral a los hogares, mediante la información de los servicios de salud existentes y la promoción de los programas y proyectos de salud, promoviendo su adecuada utilización.
  - Desarrollar acciones educativas en salud, según las necesidades identificadas en los grupos poblacionales.
  - Promover el ejercicio de la participación social y comunitaria en salud en los diferentes escenarios del territorio.
- **El trabajo:**

La intencionalidad en el ámbito laboral es mantener la atención integral del individuo en todos los ámbitos en los que desarrolla su vida. En él se realiza la identificación de los riesgos inherentes a la actividad desarrollada, y se promueve el fortalecimiento de las acciones preventivas y la articulación con los actores corresponsables de intervenir estos riesgos.

Para el desarrollo operativo de "Salud en el Hogar" se articularán e integrarán acciones

y actividades con los programas de Medellín Solidaria y Buen Comienzo, los cuales también tienen acciones fundamentales para el logro de los objetivos planteados.

### **13.2 Objetivo 1: Direccionamiento del sector salud**

Fortalecer el **direccionamiento** como eje articulador de los sectores para la búsqueda del bien colectivo.

#### **Metas:**

- 90 % de los actores del sector salud y la comunidad miembros de la alianza por la salud y la vida que participan en la implementación de políticas y programas de salud (línea de base 2011: 0 % Fuente: Secretaría de Salud de Medellín).

#### **Estrategias para el direccionamiento:**

- Realización de alianzas estratégicas con las entidades administradoras de planes de beneficios, instituciones prestadoras de servicios de salud y otros actores en salud, para coordinar acciones y establecer compromisos que faciliten la intervención conjunta de los determinantes de la salud y la gestión social de los riesgos.
- Articulación del programa estratégico Salud en el Hogar- APS con los programas Medellín Solidaria y Buen Comienzo, llevando las acciones correspondientes que desarrollan los programas de la Secretaría de Salud.
- Fortalecimiento y desarrollo de la red social y comunitaria en salud a través de los mecanismos de participación formales e informales, tales como Copacos, ligas de usuarios, veedurías en salud, mesas de salud, comisiones de Protección Social y Salud de Presupuesto Participativo y fortalecer su articulación a las acciones comunitarias de

red comunal (JAL/JAC/equipos de gestión de los planes de desarrollo local) de cada territorio, comuna /corregimiento.

- Desarrollo de los mecanismos de coordinación, orientación y apoyo a las instituciones de formación de talento humano en salud, para mejorar las competencias relacionadas con la atención integral, la estrategia de APS, las acciones de promoción y prevención y el manejo de los riesgos.
- Fortalecimiento de los mecanismos de difusión de la situación de salud.

### **13.3 Objetivo 2: Salud pública**

Contribuir con la **salud pública** como compromiso por la defensa de una vida digna y plena para todos los hombres y mujeres, sin distinción de clase, religión o etnia, a través del mejoramiento de la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la salud mental, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, la situación nutricional, la seguridad sanitaria y ambiental, la seguridad en el trabajo y con la disminución de las enfermedades de origen laboral.

#### **Para todas las líneas:**

- Fortalecimiento del modelo de vigilancia en salud en el componente epidemiológico de los factores de riesgo de las líneas priorizadas.
- Cumplimiento de los lineamientos y protocolos de eventos de interés en salud Pública del Instituto Nacional de Salud y del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las competencias delegadas en la norma.
- Fortalecimiento de la conformación y/o funcionamiento de comités de vigilancia en salud pública, en entidades promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

- Fortalecer el funcionamiento del Comité de Vigilancia Epidemiológica municipal (Cove) y el comité de infecciones asociadas a la atención en salud y resistencia bacteriana, con la participación de la comunidad científica y académica, como escenarios de análisis de la situación de salud e instancias asesoras.
- Coordinación y realización de unidades de análisis de casos de morbilidad y mortalidad por eventos de interés en salud pública priorizados.
- Implementación de mecanismos de articulación con otros actores para mejorar la estrategia de vigilancia en salud, relacionada con los accidentes de tránsito, los accidentes y enfermedades laborales, maltrato infantil (abuso sexual, violencia física, emocional, negligencia y abandono) y la violencia física y sexual.
- Asesoría y asistencia técnica para el fortalecimiento del sistema de información y estandarización de protocolos y guías para los eventos de interés en salud pública.

### 13.3.1 Salud infantil

#### **Metas:**

- Reducir a 9,3 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año (línea de base: 11,3 por mil nacidos vivos. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, tasa calculada para el periodo 2005-2010).
- Lograr y mantener la cobertura de vacunación del biológico trazador DPT (tercera dosis) del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por encima del 95 %, en niños menores de un año (línea de base: DPT: 93,5 % en menores de un año. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, PAI 2011).
- Lograr y mantener la cobertura de vacunación del biológico trazador sarampión rubéola y papera (SRP) del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por encima del 95 %, en niños de un año (línea de base: SRP: 97 % de niños de un año. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, PAI 2011).
- Reducir a 201 por 100 000 niños menores de cinco años la tasa de mortalidad (línea de base: 292,53 por cien mil niños menores de cinco años. Fuente: Secretaría de Salud, Subsistema de Estadísticas Vitales, tasa calculada para el periodo 2005-2010).

#### **Estrategias para la salud infantil**

- Desarrollo de acciones de educación e información para promover los derechos en salud de la infancia y estilos de vida saludable.
- Difusión y promoción de las políticas públicas en salud, modelos, normas técnicas y guías de atención integral en salud infantil, entre los actores involucrados en la prestación de servicios de salud.
- Articulación intersectorial y coordinación de las políticas relacionadas con la primera infancia, niñez y adolescencia.
- Fortalecimiento de los procesos de participación social y comunitaria frente a los temas de infancia.
- Promoción de la estrategia "Vacunación sin barreras", con la cooperación intersectorial y comunitaria para el logro de coberturas útiles de vacunación.
- Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).
- Promoción comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos años de vida.
- Promoción y desarrollo de las estrategias de "Instituciones amigas de la mujer y la infancia" (IAMI) y "Atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia"

(AIEPI) en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

- Desarrollo de las jornadas de vacunación promovidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud.
- Inspección y vigilancia del funcionamiento de la estrategia "Atención Integral de las enfermedades prevalentes de la infancia" en las EPS e IPS.
- Fomentar la implementación del programa Canguro en las IPS y EPS para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer.
- Vigilancia y monitoreo de la implementación en las EPS e IPS de estrategias para mejorar la prevención y control de la retinopatía perinatal, la sífilis gestacional y congénita y la detección y control del hipotiroidismo congénito.
- Fortalecimiento de la asesoría y asistencia técnica para mejorar el acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los riesgos y atención de las enfermedades que afectan la población gestante e infantil.
- Desarrollo de acciones de capacitación específica del recurso humano asistencial y la comunidad, en la atención y manejo de riesgos de la salud infantil.
- Articulación intersectorial para el desarrollo de estrategias de promoción de entornos saludables para la infancia y prevención de la accidentabilidad.

### 13.3.2 Salud sexual y reproductiva

#### **Metas:**

- Reducir a 23 por cien mil nacidos vivos la razón de mortalidad materna (línea de base: 35,47 por cien mil nacidos vivos. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Sivigila 2011).
- Reducir a 2,5 por mil nacidos vivos la incidencia de sífilis congénita (línea de base:

3,64 por mil nacidos vivos. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Sivigila 2011).

- Disminuir a seis por cien mil mujeres la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (línea de base: 6,2 por cien mil mujeres. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Subsistema de Estadísticas Vitales 2011).
- Prevalencia menor al 1 % de infección por VIH en población total (línea de base: 0,35 %. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Sivigila 2011).
- Lograr cobertura mayor o igual al 95 % de pacientes VIH que requiere terapia antirretroviral (línea de base: 85 %. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, UPGD notificadoras de VIH 2005-2010).
- Lograr un 43 % en la proporción de mortalidad temprana por cáncer de mama (mujeres menores de 60 años) (línea de base: 45 %. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Subsistema de Estadísticas Vitales 2010, proporción calculada para el periodo 2005-2010).
- Reducir a 23 % la proporción de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años) (línea de base: 25 %. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Subsistema de Estadísticas Vitales 2010, proporción calculada para el periodo 2005-2010).

#### **Estrategias para la salud sexual y reproductiva:**

- Conformación de mecanismos de coordinación y articulación intersectorial e interinstitucional, para la formulación y seguimiento de los planes, programas y proyectos de salud sexual y reproductiva.
- Desarrollo e implementación de estrategias de información, comunicación, educación y movilización social con enfoque diferencial, para promover el ejercicio responsable de la sexualidad, la importancia del ejercicio de los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva y las rutas para acceder a los servicios de SSR.

- Fortalecimiento de los procesos de participación social y comunitaria frente a los temas de SSR.
- Fomento del acceso a los servicios de control prenatal desde el inicio del embarazo y al programa de planificación familiar.
- Desarrollo e implementación, con la Secretaría de Educación, de un modelo para la capacitación de docentes de las IE en temáticas de SSR, que facilite la implementación del Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC).
- Realización de acciones de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva.
- Fortalecimiento de la consulta preconcepcional en los programas de planificación familiar.
- Fortalecimiento y promoción del modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes.
- Verificación de la aplicación del modelo de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA en las IPS y EPS.
- Incremento de la cobertura y la calidad de la asesoría para la prueba voluntaria de VIH en población general y gestante, mediante acciones de asesoría y asistencia técnica.
- Vigilancia en el manejo adecuado de la gestante VIH positivo, para reducir la transmisión perinatal del VIH.
- Establecimiento, difusión y monitoreo de las rutas efectivas de atención de la violencia sexual en la ciudad.
- Mecanismo de comunicación permanente con la ciudadanía a través de la línea 123 para ayudar y orientar en salud sexual.
- Asesoría y asistencia técnica para la difusión e implementación del protocolo de

manejo integral para la atención de víctimas de violencia sexual.

### 13.3.3 Salud oral

#### **Metas:**

- Mantener en 0,7 el índice de COP en población escolarizada menor de 12 años de edad (línea de base: 0,7. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Monitoreo de caries dental en escolares, año 2009).
- Aumentar en un 10 % la cobertura de la prestación de servicios de promoción y prevención en salud oral en la población afiliada al régimen subsidiado, con respecto a la línea de base 2011 (fluor, sellantes, detartraje, control de placa bacteriana).

#### **Estrategias para la salud oral:**

- Promoción de hábitos higiénicos de salud bucal en el hogar y en la escuela como rutina de cuidado diario desde el periodo prenatal, primera infancia y edad escolar.
- Promoción de factores protectores sobre la salud bucal, en los padres y cuidadores.
- Implementación de las directrices del Instituto Nacional de Salud Pública sobre fluorosis, con acciones intersectoriales.
- Desarrollo de acciones de monitoreo y vigilancia a las ARP para la promoción de salud oral en el ámbito laboral.
- Fortalecimiento en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, del rol de la familia para proteger la salud oral y generar hábitos higiénicos para su mantenimiento.
- Fomento de estrategias de información a las embarazadas y de educación al personal de salud sobre la importancia del componente de salud oral en el control prenatal.
- Difusión y vigilancia del cumplimiento de la norma técnica de atención preventiva en salud bucal.

- Supervisión del acceso a los servicios de salud oral conforme al plan de beneficios en la población.
- Fortalecimiento del componente de salud oral en los programas de detección de alteraciones en el crecimiento y desarrollo.

### 13.3.4 Salud mental

#### **Metas:**

- Disminuir a cinco por cien mil habitantes la tasa de mortalidad por suicidio en la población (línea de base: 5,44 por cien mil habitantes. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Subsistema de Estadísticas Vitales 2010, tasa calculada para el periodo 2005-2010).
- Retrasar la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas (marihuana) a los 14 años (línea de base: 13,5 años. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, investigación sobre salud mental y factores de riesgo en población adolescente, 2009).
- Disminuir a 3,5 % la prevalencia anual de consumo de alcohol hasta la embriaguez (abuso) en adolescentes (13-18 años) (línea de base: 4 %. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, investigación sobre salud mental y factores de riesgo en población de 13 a 65 años, 2011).

#### **Estrategias para la salud mental:**

- Conformación y/o fortalecimiento de los mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial, para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.
- Promoción de iniciativas para mejorar los conocimientos y actitudes de los individuos, las familias y la comunidad sobre la salud mental.
- Construcción con otros actores locales, de propuestas para la salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas.

- Desarrollo de acciones de información y comunicación sobre salud mental a la población en general.
- Monitoreo de la inclusión del componente de salud mental en los planes de promoción y prevención en el ámbito laboral, para la detección y abordaje de trastornos mentales. Incorporación del componente de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en los programas y/o proyectos de la Secretaría de Salud y otras instancias del ámbito municipal.
- Capacitación de redes comunitarias en temas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, para dar respuesta de orden primario a problemáticas relacionadas con la salud mental.
- Asesoría y asistencia técnica para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud mental, de diagnóstico temprano y de tratamiento integral.
- Mecanismo de comunicación permanente con la ciudadanía a través de la Línea 123 para ayudar y orientar en salud mental, farmacodependencia y salud familiar.
- Asesoría técnica, capacitación, monitoreo y evaluación a las IPS respecto a la implementación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para víctimas del conflicto armado del Ministerio de Salud y la Protección Social.

### 13.3.5 Enfermedades transmisibles y las zoonosis

#### **Metas:**

- Tasa de mortalidad por tuberculosis menor a 3,04 por cien mil habitantes (línea de base: 3,04 por cien mil habitantes. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Subsistema de Estadísticas Vitales 2010, tasa calculada para el periodo 2005-2010).

- Aumentar al 85 % el porcentaje de éxito de tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (línea de base 68,4 %. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, UPGD notificadoras de atención a pacientes con tuberculosis, 2011).
- Mantener en cero la tasa de incidencia de los eventos del plan de eliminación y/o erradicación (polio, SRC, sarampión, rubéola, difteria, rabia, tétano), (línea de base: 0,0. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Sivigila 2011).
- Reducir a 2 % la tasa de letalidad por dengue (línea de base: 3,17 %. Fuente. Secretaría de Salud de Medellín, Subsistema de Estadísticas Vitales, tasa del periodo 2005-2010).
- Disminuir en un 10 % la tasa de densidad de infección asociada a catéter central (IAC) en UCI adultos no mayor (línea de base: 2,36 por mil días catéter. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Evaluación de los programas de Prevención y Control de Infecciones. Incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud y resistencia bacteriana en instituciones de mediana y alta complejidad de Medellín, 2011).

### **Estrategias para las enfermedades transmisibles y las zoonosis**

- Diseño y ejecución de estrategias de información y comunicación para la prevención de las enfermedades transmisibles y zoonosis.
- Promoción de estrategias de participación social para la prevención de factores de riesgo y control de la transferencia de las enfermedades de transmisión vectorial y zoonosis; movilización, coordinación y ejecución de acciones intersectoriales con participación comunitaria, para mejorar las coberturas de vacunación antirrábica de caninos y felinos.
- Fortalecimiento del control de la población de caninos y felinos en Medellín a través de esterilización en las hembras.
- Implementación del Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2000–2015,

para la expansión y fortalecimiento de la estrategia Tratamiento Acortado Supervisado DOTS/TAS en el manejo de pacientes con tuberculosis.

- Integración del programa de VIH y tuberculosis entre las entidades administradoras de planes de beneficio y el ente territorial municipal.
- Realización de alianzas estratégicas entre entidades promotoras de salud (EPS) y prestadores de servicios de salud (IPS) públicas y privadas, para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, prevención específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- Vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos.
- Gestión nacional de la disponibilidad de medicamentos e insumos críticos y de medidas de protección para el control de enfermedades transmisibles, vectores, zoonosis y realizar seguimiento y evaluación.
- Asesoría y asistencia técnica a las IPS hospitalarias para el fortalecimiento de los programas de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud y resistencia bacteriana.
- Diseño y ejecución de estrategias de información y comunicación para desestimular la automedicación de antibióticos.

### **13.3.6 Enfermedades no transmisibles y las discapacidades**

#### **Metas:**

- Disminuir el índice de años de vida potenciales perdidos (AVPP) por enfermedad evitable a 10 por mil habitantes (línea de base: 11,9 por mil habitantes. Fuente. Secretaría de Salud de Medellín, Subsistema de Estadísticas Vitales, índice del periodo 2005-2010).
- Alcanzar una prevalencia del sedentarismo menor a 51 % en población de 18 a 65

años. (línea de base: 51 %. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Encuesta STEPS de factores de riesgo, 2011. Nota: medición realizada cada cuatro años).

- Alcanzar una prevalencia de exceso de peso no mayor a 45 % en la población entre 18 y 64 años (línea de base: 51 %. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Encuesta STEPS de factores de riesgo, 2011, medición para realizarse cada 4 años).
- Alcanzar una proporción mayor al 80 % de los pacientes hipertensos controlados que asisten al programa de control de hipertensión (línea de base 59,9 %. Resultado Nacional. Fuente Ministerio de Protección Social, Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, corte 2011).
- Lograr el 85 % del diagnóstico temprano de pacientes con enfermedad crónica renal (línea de base 55 %. Resultado Nacional. Fuente: Ministerio de Protección Social, Cuenta de alto costo, corte 2009).
- Proporción de mortalidad temprana por diabetes mellitus no mayor del 13 % (línea de base: 14 %. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Subsistema de Estadísticas Vitales, periodo 2005-2010).
- Prevalencia de consumo diario de tabaco menor del 16,7 % en la población que está entre 18 y 65 años de edad (línea de base 16,7 %. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Encuesta STEPS de factores de riesgo, 2011, medición para realizarse cada 4 años).

### **Estrategias para las enfermedades no transmisibles y las discapacidades**

- Fomento de estrategias intersectoriales para mejorar la seguridad vial en áreas rurales y urbanas, con el propósito de disminuir de la accidentalidad y la discapacidad.
- Establecimiento de estrategias intersectoriales para impulsar la promoción de la actividad física en diferentes escenarios.

- Diseño e implementación de estrategias de educación, información y comunicación para la promoción de estilos de vida saludable en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad.
- Promoción de estrategias intersectoriales de información, educación, comunicación para desestimular el hábito de fumar, y fortalecimiento de la política en el convenio marco para los espacios libres de humo.
- Promoción de los entornos saludables y acciones de identificación de población en riesgo para su canalización a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos y atención de los daños en enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad.
- Articulación de acciones con las secretarías de Bienestar Social y Educación para mejorar la oferta nutricional en las tiendas escolares.
- Promoción de estrategias de IEC articuladas e interinstitucionales para motivar la seguridad vial como mecanismo para la contención de los daños en salud.
- Monitoreo, asesoría y asistencia técnica del modelo de prevención, detección y control de las enfermedades crónicas no transmisibles y la discapacidad en las entidades promotoras de salud (EPS) y su red prestadora.
- Verificación de la adherencia a las guías de atención por parte de las EPS e IPS para prevenir, atender y rehabilitar personas en riesgo y con diagnóstico de diabetes mellitus, retinopatía diabética, hipertensión arterial, enfermedad renal y cáncer.
- Fortalecimiento de la respuesta oportuna en el sitio del accidente de tránsito por parte del personal de atención prehospitalaria (APH).

### 13.3.7 Nutrición

#### **Metas:**

- Prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de cinco años no mayor al 9 % (línea de base: 9 %. Fuente: Secretaría de Bienestar Social de Medellín. Perfil alimentario y nutricional de Medellín, año 2010).
- Reducir a cero la tasa la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. (línea de base: 0,6 por cien mil menores de cinco años. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Subsistema de Estadísticas Vitales, tasa del periodo 2005-2010).
- Prevalencia de exceso de peso en población menor de cinco años no mayor a 28,2 % (línea de base: 28,2 %. Fuente: Secretaría de Bienestar Social de Medellín. Perfil alimentario y nutricional de Medellín, año 2010)

#### **Estrategias para la nutrición**

- Coordinación interinstitucional e intersectorial en las estrategias de seguridad alimentaria y nutricional.
- Estrategias de educación, información y comunicación para promoción de estilos de vida saludable y patrones alimentarios adecuados.
- Estrategias de educación, información, comunicación para el fomento y protección de la lactancia materna.
- Actividades de información y comunicación respecto a la interpretación del contenido nutricional en las etiquetas de los alimentos.
- Asesoría y asistencia técnica al sector educativo para la inclusión del tema de educación alimentaria y nutrición en el proyecto educativo institucional, de acuerdo con los lineamientos y guías del Ministerio de Salud y Protección Social y del ICBF.
- Acciones de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna en los casos de bajo peso al nacer.

- Atención integral a niños entre dos y cinco años con riesgo de desnutrición, a través de un programa de recuperación nutricional ambulatoria.
- Asistencia técnica y asesoría en el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, según la Resolución 3384 y la Resolución 412/2000, en detección de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años, joven sano y gestante.

### 13.3.8 Seguridad sanitaria y ambiental

#### **Metas:**

- Aumentar a 90 % el concepto favorable de los establecimientos de consumo de alto riesgo vigilados (línea de base: 80 % de establecimientos de consumo con prioridad de alto riesgo vigilados con concepto favorable. Fuente: Secretaría de Salud- Sivicof 2011).
- No incremento de la incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos (línea de base: tasa de 27 casos por cien mil habitantes enfermedades transmitidas por alimentos. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín - Siviigila 2010).
- Mantener el 100 % de los acueductos de agua potable existentes vigilados (línea de base: 100 % de acueductos de agua potable existentes vigilados. Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Sivicof, 2011).

#### **Estrategias para la seguridad sanitaria y ambiental**

- Fomento de los entornos saludables en espacios educativos, en la vivienda y en los espacios laborales.
- Desarrollo de acciones permanentes de sensibilización: información a la comunidad para la prevención de riesgos ambientales en el hogar.
- Fortalecimiento de los procesos de veeduría y control social, incluyendo la prioridad de la seguridad sanitaria y del ambiente.

- Desarrollo de estrategias de información y comunicación para el manejo alternativo del saneamiento ambiental en las zonas rurales y marginales.
- Promoción de la formulación de planes de emergencia, prevención y control en las empresas que manejan sustancias químicas peligrosas, incluyendo las rutas de transporte de las mismas.
- Fortalecimiento de las acciones de control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales.
- Promoción de acciones para la identificación y mitigación de los riesgos.

### 13.3.9 Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral

#### **Metas:**

- Incrementar a 75 % el porcentaje promedio de empresas visitadas con planes de salud ocupacional diseñados e implementados (línea de base: 57 %, informe de gestión Proyecto de Seguridad Laboral, Medellín, 2010).

#### **Estrategias para la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral**

- Desarrollo de estrategias de información y comunicación para fomentar la afiliación de los trabajadores independientes al sistema de riesgos profesionales.
- Implementación de estrategias de promoción para la disminución de las enfermedades profesionales en la población de trabajadores informales.
- Seguimiento y vigilancia a los planes de mitigación de los riesgos profesionales, ocupacionales y de accidentalidad en las empresas.
- Capacitación en prevención y mitigación de los riesgos ocupacionales en la población trabajadora informal.

- Fortalecimiento de los programas de salud ocupacional en pequeñas y medianas empresas, con el fin de garantizar un ambiente seguro.
- Estrategias de fomento de estilos de vida saludables en los ambientes laborales.
- Desarrollo de acciones de verificación y asesoría a las ARP para la inclusión de los temas de nutrición en los programas de promoción y prevención de salud laboral.

### **13.4 Objetivo 3. Acceso a los servicios de salud**

Gestionar y supervisar el **acceso a los servicios de salud** con el propósito de que los ciudadanos de Medellín accedan a los servicios de salud con calidad y eficiencia.

#### **Metas:**

- Mantener por encima del 90 % la cobertura de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (línea de base 90,7 Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2011).

#### **Estrategias para el acceso a los servicios de salud**

- Fomento de la afiliación de la población de Medellín al SGSSS y desarrollo de acciones de seguimiento y control al aseguramiento de los afiliados.
- Desarrollo e implementación de un modelo de supervisión y vigilancia de la atención en salud con calidad.
- Desarrollo de acciones de inspección y vigilancia en el acceso a la prestación de los servicios de salud.
- Apoyo de la atención integral de las violencias sexuales e intrafamiliares, en coordinación con el CAIVAS y CAVIF y secretarías municipales que atienden el tema.

- Desarrollo de acciones y mecanismos para generar procesos sistemáticos dirigidos a mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el municipio de Medellín.
- Promoción de la integración de los sistemas de referencia de la ESE municipal Metrosalud (SISME), del ente territorial (123 salud) y las ERP en el SIES-M con el CRUE departamental.
- Fortalecimiento de la atención con médicos y tecnólogos en atención prehospitalaria para el manejo de emergencias en la vía pública, regulación de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, direccionamiento de los pacientes con emergencia médica en la vía pública o domicilio y asesorías en salud.
- Verificación y certificación de casos de muerte natural ocurridos en domicilio.
- Desarrollo de acciones para la verificación de la atención a población víctima de la violencia, poblaciones especiales, atención prioritaria a gestantes, niños, niñas y adolescentes.
- Fortalecimiento del modelo de vigilancia del acceso a los servicios de salud.
- Realización de análisis de carga de enfermedad de acuerdo con las necesidades detectadas y con el perfil epidemiológico.
- Asesorías y asistencia técnica a los prestadores y EAPB para el mejoramiento de la calidad y humanización de los servicios de salud.

### **13.5 Objetivo 4. Infraestructura de la red pública de salud**

Mejorar y fortalecer la red pública de prestación de servicios de salud, de acuerdo con los requerimientos del Sistema Obligatorio de la Calidad.

#### **Metas:**

- Instituciones de salud de la red pública intervenidas en su infraestructura física y do-

tación para el cumplimiento de lo normado en el SOGC (línea de base: 6. La línea de base corresponde a las intervenciones realizadas durante 2008-2011). Meta 2015: 2.

- Centros de salud de la red pública hospitalaria construidos o repotenciados. (línea de base: 52. Meta 2015: 56).

### **Estrategias para la infraestructura de la red pública de salud**

- Fortalecimiento de la red pública de servicios de salud para dar respuesta a la demanda inducida a través de la estrategia marco de Atención Primaria en Salud.
- Adecuación y repotenciación de los equipamientos priorizados que no cumplen con normas de sismorresistencia.
- Dotación para mejorar la prestación de servicios en las IPS públicas, priorizadas.
- Construcción y remodelación de equipamientos priorizados por la Secretaría de Salud.

## **13.6 Objetivo 5. Desarrollo de la Secretaría de Salud**

Fortalecer la Secretaría de Salud para el cumplimiento de las competencias delegadas.

#### **Metas:**

- Desarrollar en un 100 % el proceso de modernización planificada a partir de las necesidades del recurso humano, identificadas según competencias.
- Garantizar en un 100 % los puestos de trabajo requeridos para el adecuado funcionamiento de la Secretaría de Salud.

### **Estrategias para el desarrollo de la Secretaría de Salud**

- Modernización de la estructura administrativa de la Secretaría de Salud ajustada a las necesidades, identificadas según competencias.

- Integración, mejoramiento y ampliación de los espacios locativos de la Secretaría de Salud.
  - Fortalecimiento y desarrollo de tecnologías de información y comunicación (TIC) como herramienta esencial para la vigilancia en salud.
  - Creación del Observatorio de Salud como instancia para el análisis, evaluación y seguimiento de la situación de salud y el comportamiento de los indicadores de salud.
- Fomento a la investigación en salud pública, en las temáticas priorizadas, según las necesidades identificadas por el Observatorio.
  - Desarrollo de un programa de educación continuada para servidores de la Secretaría de Salud que permita mejorar la capacidad de gestión del talento humano en salud frente a los nuevos retos.
  - Apoyo a la investigación en temas relacionados con la oferta y suficiencia del talento humano para la prestación de servicios de salud.

## 14. Alianza AMA (estrategia conjunta de trabajo Medellín–Antioquia)



A partir del talento, los esfuerzos, los recursos, la experiencia y el conocimiento que tienen la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín, se propone mejorar por igual las condiciones de salud, la calidad de vida y las oportunidades de la población de Medellín y de las regiones de Antioquia.

Las estrategias para trabajar conjuntamente con el Departamento en el marco de la alianza AMA son las siguientes:

- Estabilización del aseguramiento en el municipio de Medellín y en el departamento de Antioquia por medio de alianzas público privadas con las cajas de compensación, propósito que se construye en varias fases, así: operación del régimen subsidiado en todo el territorio por parte de Comfama EPS-S (población que entregaron las EPS Cafesalud y Comfenalco), estudios para la constitución de una EPS mixta con la participación de la empresa privada para administrar cerca 1,5 millones de afiliados.
- Integración del 1,2,3, componente salud, de la ciudad con la DSSPA para gestionar las demandas de urgencias y emergencias a través del número único de seguridad, adicionalmente, integrar el sistema de atención pre-hospitalaria con alcance al área metropolitana, donde se concentra el 70 % de la población del departamento.
- Articular el concepto de redes integradas de servicios de salud (RISS) en el área metropolitana y el departamento de Antioquia.
- Cobertura universal en aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población del Municipio y el Departamento, a través de la estrategia de afiliación en línea y cero oportunidades perdidas.
- La estrategia de Atención Primaria en Salud debe tener alcance a todas las comunas y corregimientos de la ciudad y los municipios del departamento, el proceso de atención de esta estrategia debe tener una convergencia para todo el territorio.

15. Articulación entre los programas del  
Plan de Salud Municipal 2012-2015  
“Medellín ciudad saludable”  
y el Plan de Desarrollo



**Medellín**  
**un hogar para la vida**

A continuación se definen los programas generales que incorporan proyectos específicos para cada tema para darle cumplimiento a las necesidades detectadas, a la normatividad vigente, a los objetivos, metas y estrategias planteadas.

El Plan de Desarrollo 2012-2015 "Medellín un Hogar para la vida" en la línea 1 "Ciudad que respeta, valora y protege la vida", incluye el componente salud, el cual desarrollará seis programas: un programa estratégico "Salud en el Hogar" y cinco programas adicionales: Salud pública, Acceso a los servicios de salud, Direccionamiento del sector salud, Desarrollo de la Secretaría de Salud, Ciudad viva, consolidación de la infraestructura de la red pública hospitalaria y Jóvenes por la vida.

A continuación se describen los objetos de cada programa:

### Programa estratégico: Salud en el hogar - APS

Acercar los servicios de salud a los hogares más vulnerables de la ciudad, llevando acciones integrales de cuidado primario ambulatorio, prevención de la enfermedad y promoción de la salud a través de equipos de salud multidisciplinarios. Con ellos se busca la transformación de un modelo de salud asistencial a uno preventivo, con énfasis en la participación social y comunitaria, en la articulación entre los actores y en acciones intersectoriales a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada.

Se define trabajar las siguientes líneas:

- Acciones de promoción y prevención en el hogar.
- Cuidado primario en personas con movilidad reducida.
- Articulación con la atención domiciliaria.
- Acciones en los ámbitos escolar, laboral y comunitario.

- Participación social.

### Programa: Direccionamiento del sector salud

Direccionar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en la ciudad a través de acciones intersectoriales, la articulación entre los actores y el fomento de la participación social en salud, para adoptar, formular y ejecutar políticas públicas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Los proyectos definidos son:

- Articulación intersectorial e interinstitucional: Alianza por la Salud y la Vida
- Fortalecimiento de la participación en salud.

### Programa: Salud pública

Promover la adopción de factores de protección de la salud y el fomento de una cultura saludable en la población del municipio de Medellín, mediante acciones e intervenciones individuales y colectivas acordes con la normatividad y las competencias delegadas al municipio, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, a la prevención y control de los riesgos, con enfoque de familia y sus ciclos vitales, según ámbitos de intervención. Así mismo, ejercer la vigilancia, inspección y control de los factores de riesgo del ambiente, consumo, vectores y zoonosis y la vigilancia de la salud pública, con el fin de lograr los objetivos definidos en el Plan Nacional de Salud Pública y en el Plan de Salud Municipal. Los proyectos definidos son:

- Promoción y educación en salud.
- Prevención de los riesgos en salud.
- Control de factores de riesgo del ambiente, consumo y zoonosis.
- Vigilancia epidemiológica para la salud.

**Programa:****Acceso a los servicios de salud**

Gestionar y supervisar el acceso a los servicios de salud mediante la planeación, la coordinación de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el seguimiento a la prestación de los servicios, con el propósito de que los ciudadanos de Medellín accedan los servicios de salud con calidad y eficiencia, a través de la gestión para el aseguramiento de la población objeto al Régimen Subsidiado, el acceso a los servicios de salud por parte de la población no asegurada, el fomento de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, la supervisión y vigilancia del acceso a los servicios, la gestión para el mejoramiento de la calidad de la atención en los servicios y el apoyo a la red de prestación de servicios; se pondrá énfasis en la red de urgencias, emergencias y desastres y en la atención prehospitalaria, así como en el apoyo a la red primaria de atención, mejorando su capacidad resolutive para dar respuesta a la estrategia marco de Atención Primaria en Salud. Los proyectos definidos son:

- Gestión para el aseguramiento en el régimen subsidiado.
- Acceso a los servicios de salud de la población no asegurada.
- Fomento de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Calidad y humanización de los servicios de salud.
- Supervisión y vigilancia del acceso a los servicios de salud.
- Fortalecimiento de las redes integradas e integrales de servicios de salud, con énfasis en urgencias, emergencias y desastres.

**Programa: Desarrollo de la Secretaría de Salud**

Fortalecer la Secretaría de Salud para el cumplimiento de las competencias delegadas, a

través de la modernización de la estructura administrativa, el mejoramiento de los espacios locativos, el desarrollo de tecnologías de información y comunicación (TIC) en salud y el fortalecimiento de la gestión del conocimiento, que posibiliten la generación de información con calidad, oportunidad y cobertura para mantener actualizado el análisis de la situación de salud de la ciudad, a través de un observatorio que sirva para la toma de decisiones y el direccionamiento de las políticas, programas, proyectos y estrategias en salud. Los proyectos definidos son:

- Gestión del conocimiento –Observatorio de salud– y desarrollo de tecnologías de información en salud.
- Fortalecimiento de los recursos humanos, físicos y tecnológicos de la Secretaría.

**Programa: Ciudad viva, consolidación de la infraestructura de la red pública hospitalaria**

Mejorar y fortalecer la red pública de prestación de servicios de salud, de acuerdo con los requerimientos del Sistema Obligatorio de la Calidad y las condiciones de sismorresistencia, mediante la adecuación, construcción, reconstrucción y dotación de sedes y unidades hospitalarias de la red pública, acordes con las necesidades de atención reflejadas en las dinámicas poblacionales, para mejorar los estándares de calidad en la atención. Los proyectos definidos son:

- Reconstrucción de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires.
- Construcción de la segunda fase de las unidades hospitalarias San Cristóbal y Pajarito.
- Construcción de la primera fase del Centro Integral de Servicios Ambulatorios para la Mujer y la Familia.
- Construcción de los centros de salud Las Estancias, San Lorenzo y La Cruz.

- Dotación y adecuación para mejorar la capacidad resolutive de la red pública hospitalaria.

## Jóvenes por la vida sana y libre de adicciones

---

Proteger a nuestros jóvenes mediante la implementación de estrategias para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, del primer consumo y del embarazo en adolescentes, a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida y el ejercicio de una sexualidad responsable para mejorar su calidad de vida y se conviertan en agentes de cambio de la sociedad. Los proyectos definidos son:

- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

- Prevención del embarazo adolescente.
- Sexualidad responsable.

## Emprendimiento y desarrollo empresarial de alto impacto

---

Promover el emprendimiento y el fortalecimiento empresarial de alto impacto consolidando los *cluster* productivos y de servicios definidos como estratégicos para Medellín, en función de sus potencialidades, para el mejoramiento de su competitividad.

Los planes de desarrollo del Hospital General de Medellín y la ESE Metrosalud se encuentran articulados al Plan de Salud Municipal "Medellín, ciudad saludable" como un esfuerzo conjunto por garantizar la salud como un derecho constitucional en una ciudad que respeta, valora y protege la vida.

# Anexo 1.

## Financiación del Plan de Salud Municipal

En la financiación del Plan de Salud Municipal, concurren recursos de múltiples orígenes, tanto del orden nacional, como departamental y municipal. A continuación presentamos la

proyección estimada de recursos de inversión por fuentes, según el marco final de mediano plazo para la ejecución del Plan, periodo 2102-2015:

<b>Presupuesto de inversiones 2012-2015 (en millones)</b>	
	<b>TOTAL</b>
<b>Medellín, ciudad saludable para la vida</b>	<b>\$ 1 329 378</b>
<b>Salud pública</b>	<b>\$ 115 999</b>
Promoción y educación en salud	\$ 47 673
Control de factores de riesgo del ambiente, consumo y zoonosis	\$ 33 861
Vigilancia epidemiológica para la salud	\$ 16 017
Prevención de los riesgos en salud	\$ 18 448
<b>Acceso a los servicios de salud</b>	<b>\$ 1 001 866</b>
Programa de apoyo a las redes de atención en salud con énfasis en la red de urgencias, emergencias y desastres	\$ 30 000
Gestión para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado	\$ 899 676
Calidad y humanización de los servicios de salud	\$ 2 400
Fomento de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	\$ 1 120
Acceso a los servicios de salud de la población no asegurada	\$ 67 670
Supervisión y vigilancia del acceso en salud	\$ 1 000
<b>Direccionamiento del sector salud</b>	<b>\$ 2 100</b>
Fortalecimiento de la participación en salud	\$ 1 500
Articulación intersectorial e interinstitucional: alianza por la salud y la vida	\$ 600
<b>Desarrollo de la Secretaría de Salud</b>	<b>\$ 16 632</b>
Fortalecimiento de los recursos humanos, físicos y tecnológicos de la Secretaría	\$ 11 832
Gestión del conocimiento. -Observatorio y desarrollo de tecnologías de información en salud	\$ 4 800
<b>Ciudad viva, consolidación de la infraestructura de la red pública hospitalaria</b>	<b>\$ 114 361</b>
Reconstrucción Unidad Hospitalaria Buenos Aires	\$ 33 600

<b>Continuación. Presupuesto de inversiones 2012-2015 (en millones)</b>	
	<b>TOTAL</b>
Dotación y adecuación para mejorar la capacidad resolutive de la red pública de salud	\$ 36 261
Primera fase. Centro integral de Servicios Ambulatorios para la Mujer y la Familia	\$ 13 000
Construcción segunda fase Unidad Hospitalaria San Cristóbal	\$ 14 000
Construcción segunda fase Pajarito	\$ 12 000
Construcción centro de salud la Cruz	\$ 2 900
Construcción centro de salud Las Estancias	\$ 2 600
<b>Salud en el hogar</b>	<b>\$ 59 400</b>
Salud en el hogar	\$ 59 400
<b>Jóvenes por la vida sana y libre de adicciones</b>	<b>\$ 17 820</b>
Jóvenes por la vida	\$ 17 820
<b>Promoción de Medellín ante el mundo</b>	<b>\$ 1 200</b>
Internacionalización de la salud- Medellín, salud para el mundo	\$ 1 200

## Anexo 2.

### Lista de siglas y abreviaturas

**AIEPI:** Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la infancia.

**APS:** Atención Primaria en Salud.

**ARP:** Administradoras de Riesgos Profesionales.

**Asis:** Análisis de Situación de Salud.

**AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos.

**BCG:** Bacillus de Calmette y Guérin.

**CAIVAS:** Centro Atención Integral para Víctimas Abuso y Violencia Sexual.

**CIE 10:** Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima revisión.

**CMSSS:** Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud.

**Copaco:** Comité de Participación Comunitaria

**COPD:** Promedio de dientes permanentes cariados, obturados y perdidos por caries.

**COVE:** Comité de Vigilancia Epidemiológica Municipal.

**CRUE:** Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

**DAP:** Departamento Administrativo de Planeación.

**DPT:** Difteria, Tosferina y Tétanos.

**SSSSA:** Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

**EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficio.

**ECNT:** Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

**EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda.

**EPP:** Elementos de Protección Personal.

**EPS:** Empresa Promotora de Salud.

**EPS-S:** Empresa Promotora de Salud Subsidiada.

**ERA:** Enfermedad Respiratoria Aguda.

**ESE:** Empresa Social del Estado.

**HB:** Hepatitis B.

**ICBF:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

**IDH:** Índice de Desarrollo Humano.

**IE:** Institución Educativa.

**IEC:** Información Educación y Comunicación.

**Inder:** Instituto de Deportes y Recreación.

**INS:** Instituto Nacional de Salud.

**Invima:** Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

**IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.

**IIV:** Índice de Infestación de Vivienda.

**JAL:** Juntas Administradoras Locales.

**LGTBI:** Lesbianas - Gays - Travestis, Bisexuales e Indeterminados.

**PAMEC:** Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

**PESCC:** Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía.

**POA:** Plan Operativo Anual.

**PNSP:** Plan Nacional de Salud Pública.

**RIPS:** Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Simpad:** Sistema Municipal para la Prevención y Atención de Desastres.

**Sisbén:** Sistema de Identificación de Beneficiarios.

**Sivicof:** Sistema de Vigilancia para el Control de Factores.

**SSM:** Secretaría de Salud de Medellín.

**SSR:** Salud Sexual y Reproductiva.

**TAR:** Terapia Antirretroviral.

**TBN:** Tasa Bruta de Natalidad.

**TSH:** Hormona Estimuladora de la Tiroides.

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.



## Información para los autores

---

La Revista "Salud Pública de Medellín" publicará manuscritos inéditos discriminados bajo las siguientes denominaciones, las cuales son adaptadas del "Servicio permanente de indexación de revistas" de Colciencias.

**Artículo de investigación científica y tecnológica:** documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones. Requiere mínimo 25 referencias.

**Artículo de reflexión:** documento que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Requiere mínimo 25 referencias.

**Artículo de revisión:** documento resultado de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias.

**Artículo corto:** documento breve que presenta resultados originales preliminares o parciales de una investigación científica o tecnológica, que por lo general requieren de una pronta difusión.

**Reporte de caso:** documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.

**Revisión de tema:** documento resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular.

**Cartas al editor:** posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista que a juicio del Comité Editorial, constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

**Editorial:** documento escrito por el editor, un miembro del Comité Editorial o un investigador invitado sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

**Traducción:** traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.

**Revisión de la normatividad:** resumen, análisis y comentarios sobre la legislación municipal, departamental y nacional, que tengan relación con la Salud Pública.

**Documento de reflexión no derivado de investigación**

**Reseña bibliográfica:** revisión y comentarios sobre libros, revistas y otro tipo de material, relacionado con el campo de la Salud Pública.

**Otros:** diferentes tipos de material escrito, como por ejemplo: informe de gestión, reseña histórica, sitios Web de interés, entre otros.

Esta revista acoge los "Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a la revistas biomédicas: redacción y edición de las publicaciones biomédicas" (actualizado a octubre de 2007).

A continuación se ofrecen instrucciones prácticas para elaborar el manuscrito.

**Envío del manuscrito:** se prefiere que los autores envíen sus manuscritos elaborados en Microsoft Word a [secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co). Cualquier autor que no tenga acceso a correo electrónico puede mandar el manuscrito original, tres fotocopias y un CD-ROM con el texto completo a la siguiente dirección: Secretaría de Salud de Medellín, Calle 44 N 52 – 165 Centro Administrativo la Alpujarra – Palacio Municipal. Subsecretaría de Salud Pública 4to piso Colombia.

La Revista "Salud Pública de Medellín" acusará recibo del manuscrito mediante correo electrónico o carta al autor encargado de la correspondencia. El autor puede solicitar información sobre el estado de su manuscrito a [secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co).

**Derechos de reproducción (copyright):** cada manuscrito se acompañará de una declaración en la que se especifique que es inédito, que no ha sido publicado anteriormente en formato impreso o electrónico y que no se presentará a ningún otro medio antes de conocer la decisión de la revista. En todo caso, cualquier publicación anterior, sea en forma impresa o electrónica, deberá darse a conocer a la redacción por escrito.

Los autores adjuntarán una declaración firmada indicando que, si el manuscrito se acepta para publicación, los derechos de reproducción son propiedad exclusiva de la Revista de Salud Pública de Medellín y que asumen la responsabilidad por los conceptos y juicios emitidos en el mismo. Se debe anexar una carta firmada por el autor principal, en donde se exprese claramente que el trabajo ha sido leído y aprobado por todos los autores. Se solicita a los autores que proporcionen la información completa acerca de cualquier beca o subvención recibida para costear el trabajo en que se basa el artículo.

Los autores tienen la responsabilidad de obtener los permisos necesarios para reproducir cualquier material protegido por derechos de

reproducción. El manuscrito se acompañará de la carta original que otorgue ese permiso; en ella debe especificarse con exactitud el número del cuadro o gráfico o el texto exacto que se citará y cómo se usará, así como la referencia bibliográfica completa.

**Extensión y presentación:** el texto completo del manuscrito, sin incluir cuadros, gráficos y referencias bibliográficas, no excederá de alrededor de 15 a 20 páginas a doble espacio en Microsoft Word. Se deberá usar caracteres de estilo Times New Roman o Arial que midan 12 puntos. Todos los márgenes serán de 2,5 cm.

**Título y autores:** el título debe limitarse a 10 palabras, de ser posible, y no exceder de 15. Debe describir el contenido de forma específica, clara y concisa. Hay que evitar los títulos y subtítulos demasiado generales y el uso de jerga y abreviaturas. Un buen título permite a los lectores identificar el tema fácilmente y ayuda a los centros de documentación a catalogar y clasificar el material. Es necesario que también se coloque el título del artículo en idioma inglés.

En hoja aparte deben ir el nombre y apellido de todos los autores (en el orden en que deseen aparecer), así como la institución donde trabaja cada uno, indicando el título académico más alto además de su cargo y su afiliación a un grupo de investigación (si existiere). También se debe incluir el correo electrónico y los números de teléfono y de fax del autor encargado de responder a la correspondencia relativa al manuscrito.

Así mismo, los agradecimientos deberán colocarse en hoja aparte. Solo deben constar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del manuscrito y puedan hacerse públicamente responsables de su contenido. La inclusión de otras personas como autores, por amistad, reconocimiento u otras bases no científicas, constituye una falta de ética. Por estos motivos para

cada artículo se pide un límite máximo de ocho autores individuales.

**Resumen:** cada artículo se acompañará de un resumen estructurado de hasta 300 palabras dividido en las siguientes secciones: a) Objetivos, b) Métodos, c) Resultados y d) Conclusiones. En el resumen no se incluirá ninguna información o conclusión que no aparezca en el texto. Conviene redactarlo en tono impersonal, sin abreviaturas, remisiones al texto principal, notas al pie de página o referencias bibliográficas. El resumen permite a los lectores conocer el contenido del artículo y decidir si les interesa leer el texto completo. De hecho, es la única parte del artículo que se incluye, además del título, en los sistemas de disseminación de información bibliográfica, tales como Index Medicus. Los autores deberán traducir sus resúmenes al inglés (*Abstract*).

**Palabras claves:** a continuación del resumen agregue de tres a cinco palabras claves. Para ello, utilice preferentemente los términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) para las palabras en castellano y su traducción al inglés. Consultar en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

**Cuerpo del artículo:** los trabajos que exponen investigaciones o estudios por lo general se dividen en los siguientes apartados correspondientes al llamado "formato IMRYD": introducción, materiales y métodos, resultados y discusión. Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica y los informes especiales suelen requerir otros títulos y subtítulos acordes con el contenido.

**Notas a pie de página:** estas aclaraciones en letra menor que aparecen enumeradas consecutivamente en la parte inferior de las páginas se utilizarán para identificar la afiliación (institución y grupo de investigación) y dirección de los autores y algunas fuentes de información inéditas. También sirven para hacer aclaraciones y dar explicaciones marginales que interrumpen el flujo natural del texto. Su uso debe limitarse a un mínimo.

**Referencias bibliográficas:** estas son esenciales para identificar las fuentes originales de

los conceptos, métodos y técnicas a los que se hace referencia en el texto y que provienen de investigaciones, estudios y experiencias anteriores; apoyar los hechos y opiniones expresados por el autor, y proporcionar al lector interesado la información bibliográfica que necesita para consultar las fuentes primarias. Para los artículos de investigación y revisión la Revista de Salud Pública de Medellín, requiere un mínimo de 20 referencias bibliográficas pertinentes y actualizadas en el caso de un artículo científico. Los artículos de revisión tendrán un mayor número de fuentes.

La Revista de Salud Pública de Medellín usa el "Estilo de Vancouver" para la citación de las referencias. La lista de referencias se numerará consecutivamente según el orden de aparición de las citas en el texto. La lista de referencias o la bibliografía se agregará en hojas separadas, al final del manuscrito, y se ajustará a las normas que se describen a continuación.

Las referencias en el texto aparecerán como números entre paréntesis al finalizar la idea que requiere el apoyo de la cita bibliográfica y antes del signo de puntuación, tal como se muestra aquí mismo (9). Para aquellas situaciones en donde se mencionan varias referencias deberá hacerse como se muestra en el siguiente ejemplo: (13,35-37). Se recomienda no usar más de tres referencias para respaldar una idea o párrafo.

La citación de los artículos en la sección de la bibliografía debe hacerse de la siguiente forma:

**1. Artículos de revistas.** Es necesario proporcionar la siguiente información: autor(es), título del artículo (en su versión original sin traducir), título abreviado de la revista (tal como aparece en PubMed/Index Medicus) en que este se publica; año; volumen (en números arábigos), número y páginas inicial y final.

Toda la información se presentará en el lenguaje original del trabajo citado. Los siguientes son ejemplos que ilustran el "Estilo de Vancouver" para la elaboración y puntuación de citas bibliográficas.

**a. De autores individuales:** se darán los apellidos e iniciales de los primeros seis autores y, si son más, se añadirá la expresión "et al.". Los nombres de los autores deben ir en letras altas y bajas, no en letras mayúsculas (p. ej., escriba Ramos AG, no RAMOS AG). Ejemplos: Kerschner H, Pegues JAM. Productive aging: a quality of life agenda. *J Am Diet Assoc* 1998; 98(12):1445-1448.

Morán Moguel MC, Aceves Hernández D, Peña Montes de Oca PM, Gallegos Arreola MP, Flores Martínez SE, Montoya Fuentes H, et al. Detección de *Mycobacterium tuberculosis* mediante la reacción en cadena de la polimerasa en una población seleccionada del noroccidente de México. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7(6):389-394.

**b. Que constan de varias partes:** Lessa I. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arq Bras Cardiol* 1985;44:255-260.

**c. De autor corporativo:** Si consta de varios elementos, mencionar de mayor a menor. En revistas publicadas por organismos gubernamentales o internacionales, los trabajos sin autor se pueden atribuir al organismo responsable:

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ.* 1993;27(3):287-295.

Organisation Mondiale de la Santé, Groupe de Travail. Déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase. *Bull World Health Organ.* 1990;68(1):13-24.

**d. Artículo sin autor dentro de una sección regular de una revista:** Organisation Mondiale de la Santé. Vers l'utilisation de nouveaux vaccins antipoliomyélitiques: memorandum d'une reunión de l'OMS. *Bull World Health Organ.* 1990;68(6):717-720.

**e. Tipos especiales de artículos y otras comunicaciones:** Se indican entre corchetes.

García Hernández N. ¿Es el marcapaso VI aún vigente? [editorial]. *Arch Inst Cardiol Mex.* 1998;68(3):203-205.

**f. Suplemento de un volumen:** Guerrero LB. Vacunas experimentales contra la fiebre hemorrágica argentina.

*Medicina.* (Buenos Aires) 1977;37 (supl 3):252-259.

**g. Suplemento de un número:** Barreiro C. Situación de los servicios de genética médica en Argentina. *Brazil J. Genet.* 1997;20(1 supl):5 -10.

**2. Libros y otras monografías.** Se incluirán los apellidos e iniciales de todos los autores (o editores, compiladores, etc.) o el nombre completo de una entidad colectiva; título; número de la edición; lugar de publicación, entidad editorial y año. Cuando proceda, se agregarán los números del volumen y páginas consultadas, serie a que pertenece y número que le corresponde en la serie.

**a. De autores (o editores) individuales:** Pastor Jimeno JC. Anestesia en oftalmología. Barcelona: Ediciones Doyma; 1990.

**b. Cómo citar la edición:** Day RA. How to write and publish a scientific paper. 3.a ed. Phoenix, Arizona: OryxPress; 1988.

**c. De autor corporativo que es también editor:** España, Ministerio de Sanidad y Consumo Dirección General de Planificación Sanitaria. Alcohol y juventud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.

**d. Cómo citar un capítulo:** Soler C, Tanislawski EC. Pruebas de laboratorio para detectar infección por VIH. En: Sepúlveda Amor J, Bronfman MN, Ruiz Palacios GM, Stanislawski EC, Valdespino JL, eds. SIDA, ciencia y sociedad en México. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1989. Pp. 103-117.

**e. Cómo indicar el número de volumen o citar uno en particular:** Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Publicación científica 524; 2 vol).

Organización Panamericana de la Salud. Vol II: Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Publicación científica 524).

**f. Cómo citar un volumen que tiene título propio:** Kessler RM, Freeman MP. Ischemic cerebrovascular disease. En: Partain CL, Price RR, Patton JA, eds. Magnetic resonante imaging. 2.a ed. Vol. 1: Clinical principles. Philadelphia: Saunders; 1988. Pp. 197-210.

Cowie AP, Mackin R. Volume 1: Verbs with prepositions and particles. En: Oxford dictionary of current idiomatic English. London: Oxford University Press; 1975.

**g. Actas publicadas de congresos, simposios, conferencias, etc:** Organización Panamericana de la Salud. Informes finales: 104.a y 105.a Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS; XXIII

Conferencia Sanitaria Panamericana; XLII Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Documento oficial 238).

**h. Informes y documentos completos sin autor:** solo se darán detalles acerca de informes escritos que los lectores puedan solicitar y obtener. Es importante indicar el nombre exacto de la entidad colectiva responsable del documento, más su título completo, ciudad, año y número. De ser posible, se debe dar la fuente del documento.

Ejemplo:

World Health Organization. Case management of acute respiratory infections in children in developing countries. Geneva 1985. (WHO/RSD/85.15).

**3. Otros materiales publicados.** Deben seguirse en general las indicaciones para citar un libro, especificando su procedencia (autores o entidad responsable), título, denominación común del material, sitio de elaboración o emisión y fecha.

**a. Artículos de prensa:** Sánchez Ron JM. La ciencia del envejecimiento [reseña]. El País 1998 10 de enero; sección "Babelia":15 (col. 1).

#### **b. Materiales en la Internet:**

Artículos de revista:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [publicación periódica en línea] 1995. Jan-Mar [citada 1996 Jun 5]; 1(1):[24 pantallas]. Hallado en: URL://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm

Sitios en Internet

Pritzker TJ. An early fragment from Central Nepal. [Sitio en Internet] Ingress Communications. Hallado en: <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html> Acceso el 8 junio 1995.

#### **4. Fuentes inéditas y resúmenes (abstracts).**

No se consideran referencias apropiadas los resúmenes de artículos, los artículos que aún no han sido aceptados para publicación, y los trabajos o documentos inéditos que no son fácilmente accesibles al público. Se exceptúan los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación y aquellos documentos que, aun siendo inéditos, pueden encontrarse fácilmente. En esta categoría se encuentran las tesis y algunos documentos de trabajo de organismos internacionales.

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [tesis doctoral]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Estrategia global, metas y líneas de acción de la cooperación técnica sobre mujer, salud y desarrollo 1992-1993. Washington, D.C., febrero de 1991. (Documento fotocopiado).

**5. Trabajos presentados en conferencias, congresos, simposios, etc.** Los trabajos inéditos que han sido presentados en conferencias deben citarse en notas al pie de página dentro del texto. Solo deben constar en las referencias si se han publicado en su totalidad (no solo el resumen) en las actas correspondientes u otras fuentes.

Harley NH. Comparing radon daughter dosimetric and risk models. En: Gammage RB, Kaye SV, eds. *Indoor air and human health: proceedings of the Seventh Life Sciences Symposium*; 1984 Oct 29-31; Knoxville, Tennessee, Chelsea, Michigan: Lewis; 1985. Pp. 69-78.

World Health Organization. *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care*; 1978 Sept; Alma-Ata, Kazakstán, old U.S.S.R. Geneva:WHO; 1979.

**6. Comunicaciones personales.** Inclúyanse únicamente cuando aporten información esencial no obtenible de una fuente pública. Con el texto entre paréntesis, sin nota a pie de página, de la manera siguiente:

"D. A. Ramírez (comunicación personal, 7 de abril de 1991) observó que . . ." "Para el análisis de los datos se usó un modelo de regresión logística modificado (S. M. Pereira, comunicación personal, 1996)". Obténgase de la fuente, sin excepción alguna, verificación por escrito de la exactitud de la comunicación.

**Cuadros.** Los cuadros, cuyo propósito es agrupar valores en renglones y columnas fáciles de asimilar, deben presentarse en una forma comprensible para el lector. Deben poder explicarse por sí mismos y complementar -no duplicar- el texto. Los cuadros no deben contener demasiada información estadística porque resultan incomprensibles y confusos.

Cada cuadro debe estar identificado con un número correlativo. Tendrá un título breve pero completo, de manera que el lector pueda deter-

minar sin dificultad lo que se tabuló; indicará, además, lugar, fecha y fuente de la información. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida y ser lo más breve posible; debe indicarse claramente la base de las medidas relativas (porcentajes, tasas, índices) cuando estas se utilizan. Se pone "NA" en las casillas correspondientes a datos que no son aplicables; si falta información porque no se hicieron observaciones, deberán insertarse tres puntos suspensivos.

No se usarán líneas verticales y solo habrá tres horizontales: una después del título, otra a continuación de los encabezamientos de columna y la última al final del cuadro, antes de las notas al pie si las hay. Las llamadas a notas al pie del cuadro se harán mediante letras colocadas como exponentes ("voladitos") en orden alfabético: a, b, c, etc. Dentro de los cuadros las llamadas deben colocarse en orden consecutivo de arriba a abajo y de izquierda a derecha. El título de un cuadro debe ir en la parte superior de éste.

**Gráficos.** Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos lineales, mapas, fotografías, etc.) se deben utilizar para destacar tendencias y comparaciones de forma clara y exacta. Deben ser fáciles de comprender y agregar información, no duplicar la que ya se ha dado en el texto. Los títulos de los gráficos serán tan concisos como sea posible, pero al mismo tiempo muy explícitos. No se pondrán notas a pie de gráfico, pero se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación y se obtendrá el permiso por escrito para reproducirla del dueño de los derechos de autor de la publicación original. Si hay espacio suficiente, la explicación de los gráficos o mapas quedará incluida dentro del propio gráfico, pero si no es así, se incorporará al título del gráfico. Los mapas y dibujos llevarán una escala en unidades SI. El título de un gráfico debe ir en la parte inferior de éste.

Las fotografías deberán tener gran nitidez y excelente contraste, e incluir antecedentes, escala, fuente de origen y fecha. Cada fotografía es-

tará identificada en el reverso con un número e incluirá un título claro y breve. Esta información se deberá escribir en una etiqueta engomada en el dorso de la fotografía.

El exceso de cuadros, material gráfico o ambos resulta costoso, disminuye el efecto que se desea lograr y ocupa mucho espacio. Es preciso seleccionar estos materiales cuidadosamente y evitar, por ejemplo, dar la misma información en un cuadro y una gráfica.

**Abreviaturas y siglas.** Se utilizarán lo menos posible. La primera vez que una abreviatura o sigla aparezca en el texto, hay que escribir el término completo al que se refiere, seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis, como en el ejemplo, Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

**Unidades de medida.** Se utilizarán las unidades del Sistema Internacional (SI), que se basa en el sistema métrico decimal. De acuerdo con dicho sistema, los símbolos de las unidades no toman la terminación del plural (5 km y no 5 kms) ni van seguidos de punto (10 mL y no 10 mL.). En textos en castellano, los números decimales se expresarán mediante la coma decimal en vez del punto. Las cifras deben agruparse en tríos, dispuestos a la derecha y a la izquierda de la coma decimal, y separados entre sí por un espacio simple. Las cifras con porcentaje se expresarán en su respectivo número, luego un espacio y luego el símbolo de porcentaje.

**Forma correcta:**

12 500 350 (doce millones quinientos mil trescientos cincuenta)

1 900,05 (mil novecientos y cinco céntimos)

**Formas incorrectas:**

12,500,350 / 1.900,05 / 1,900.05.

**Forma correcta en los porcentajes:**

58,8 %

**Formas incorrectas:**

58,8% / 58.8% / 58.8 %

**Forma correcta en los años calendario:**

2007

**Formas incorrectas**

2 007 / 2.007 / 2,007

**Las fechas se presentarán en el orden: día/mes/año**

**Forma correcta:**

14/01/2006

**Formas incorrectas:**

Enero 14 de 2006 / 14 de enero de 2006 / 14-01-06 / 01-14-06

**Proceso de selección:** los manuscritos recibidos pasan por un proceso de selección mediante el sistema de arbitraje por expertos en las distintas materias. En una primera revisión, el equipo editorial de la Revista de Salud Pública de Medellín, determina si el manuscrito cumple con los criterios generales descritos anteriormente. En una segunda revisión se examinan el valor científico del documento y la utilidad de su publicación; esta parte está a cargo de profesionales expertos en el tema, que revisan los manuscritos independientemente. Cada manuscrito se somete a la revisión de expertos. En una tercera revisión, basada en los criterios generales, el valor científico del artículo y la utilidad de su publicación, y la opinión de los árbitros, se toma una decisión que puede ser: rechazo; aceptación a condición de que el autor incorpore al texto los comentarios y recomendaciones de los expertos; o aceptación definitiva. Tras la aceptación condicional, los textos revisados se someten a una cuarta revisión para verificar que se hayan cumplido las condiciones señaladas en dicha aceptación; si es así, se aceptan de forma definitiva; de lo contrario, se rechazan. Cuando un manuscrito se acepta condicionalmente, a la hora de mandar su versión revisada los autores deben acompañarla de una explicación pormenorizada de los cambios efectuados para acatar las recomendaciones de los expertos. Si están en desacuerdo con alguna de ellas, deben explicar en detalle los motivos. Toda decisión se comunica por escrito al autor con la mayor rapidez posible. El plazo depende de la complejidad del tema y de la disponibilidad de revisores expertos.



# Medellín

## Ciudad Saludable

**Secretaría de Salud de Medellín**

Calle 44 No. 52 - 165 La Alpujarra - Piso 4, oficina 425

[www.medellin.gov.co/salud](http://www.medellin.gov.co/salud)

e-mail: [secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)

Línea de atención a la ciudadanía 44 44 144

 Secretaría de Salud  @saludmedellin

 Medellín ciudad saludable