

General y metodológico



***Profundización del análisis de la
Situación de Salud,
Medellín 2005 - 2020***



Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Profundización
del Análisis de Situación de Salud
con el Modelo de los Determinantes
Sociales de Salud

Alcaldía de Medellín

Secretaría de Salud de Medellín
Dirección Técnica de Planeación

Medellín, 2021



Alcalde

Daniel Quintero Calle

Equipo Directivo

Jennifer Andree Uribe Montoya

Secretaria de Salud de Medellín

Natalia López Delgado

Subsecretaria de Salud Pública

Ruth Helena Mena Pino

Subsecretaria de Gestión de Servicios de Salud

Narda Constanza Moreno Benítez

Subsecretaria Administrativa y Financiera

Mónica Lucía Sánchez Mayorga

Dirección Técnica de Planeación en Salud

Equipo Coordinador ASIS

Mónica Lucía Sánchez Mayorga

Dirección Técnica de Planeación en Salud

Luis Augusto Hurtado Carvajal

Líder de Programa Dirección Técnica de Planeación

Verónica María Lopera Velásquez

Bacterióloga, Esp. en Epidemiología, Mg. en Gobierno y Políticas Públicas

Mary Salazar Barrientos

Gerente de Sistemas de Información en Salud, Mg. en Epidemiología

Eduardo Santacruz Sanmartín

Gerente de Sistemas de Información en Salud, Mg. en Epidemiología

Con la participación de:

Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento

Dirección Técnica Planeación Salud

Unidad de Salud Ambiental

Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública

Subsecretaría de Salud Pública, Secretaría de Salud

Subsecretaría de Gestión de Servicios de Salud

Departamento Administrativo de Planeación Municipal

Personería de Medellín

Secretaría de Movilidad

Tabla de contenido

Presentación	1
Introducción	2
1. Metodología	4
1.1. Análisis Situacional de Salud General	4
1.2. Análisis situacional a profundidad.....	5
1.2.1. Método mesas de trabajo para el análisis participativo.	14
2. Resumen Análisis situacional de salud Medellín General	16
2.1. Contexto territorial y demográfico.....	16
2.2. Descripción de las diferentes zonas con amenazas geográficas	19
2.2.1. Movimientos en masa en Medellín	19
2.2.2. Zonas de amenazas por inundaciones	19
2.3. Contexto Demográfico	20
2.3.1. Grado de urbanización.....	22
2.3.2. Estructura demográfica.....	23
2.3.3. Esperanza de vida	25
2.4. Análisis de Mortalidad.....	26
2.4.1. Mortalidad general por grandes causas.....	26
2.4.2. Años de Vida Potencialmente Perdidos -AVPP.....	29
2.5. Análisis de Morbilidad.....	31
2.5.1. Principales causas de morbilidad	31
2.5.2. Morbilidad de eventos de alto costo	33
2.6. Priorización de los efectos de salud municipio de Medellín.....	35
2.7. Análisis de profundización eventos priorizados con enfoque territorial y determinantes	38

Tabla de contenido

Tabla 1. Distribución de los territorios por extensión territorial y área de residencia. Medellín, 2016	17
Tabla 2. Población proyectada por área de residencia. Medellín, 2018	22
Tabla 3. Otros indicadores de estructura demográfica en Medellín. 2005, 2018, 2020.	24
Tabla 4. Indicadores de la dinámica poblacional en Medellín, periodos 2005-2010 y 2010-2015	25
Tabla 5. Otros indicadores de la dinámica de la población del municipio de Medellín, 2005-2015	32
Tabla 6. Principales causas de morbilidad, población general Medellín 2009 - 2017	32
Tabla 7. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos. Antioquia y Medellín 2009-2017	34
Tabla 8. Priorización de los problemas de salud de Medellín	36

Índice de figuras

Figura 1. Pirámide poblacional de Medellín. 2005, 2018, 2020	23
Figura 2. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento de Antioquia, 1885 - 2020 y Municipio de Medellín 2005-2015-2020	26
Figura 3. Tasa de mortalidad total ajustada por edad de Medellín, 2005 - 2016.	28
Figura 4. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general. Medellín, 2005 - 2016.....	30

Indice de mapas

Mapa 1. División política administrativa y límites. Medellín, 2018.....	17
Mapa 2. Mapa de fenómenos amenazantes. Medellín, 2017.	20
Mapa 3. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado. Medellín, 2018.....	21

Siglas

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dpto: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
IMCV: Índice Multidimensional de Calidad de Vida
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
Mpio: Municipio

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano.

Presentación

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP), es el Análisis de Situación de la Salud- ASIS.

El interés y la necesidad de la Alcaldía de Medellín de conocer el comportamiento y la dinámica de sus poblaciones, así como los retos a los que estas impulsan día a día, constituyen el motor principal de la presente actualización del Análisis de Situación de Salud. Donde no sólo se pretende documentar las principales causas de enfermar y morir de la población, sino también ilustrar efectivamente el comportamiento de los eventos en salud en las dieciséis comunas y cinco corregimientos que componen el municipio, con el fin de lograr una mejor comprensión de la situación de salud-enfermedad en todo el territorio y, acercarse así, hacia la comprensión de los determinantes sociales de la salud que inciden en dicha realidad.

La constante preocupación de la Alcaldía en ofrecer, acercar y prestar a sus ciudadanos mejores servicios, hace que el presente documento se constituya en una valiosa oportunidad para conocer tanto las necesidades en salud de su población como la capacidad instalada para satisfacerlas. En este sentido, durante el año 2021 se inició una actualización al ejercicio de profundización en los diferentes territorios del municipio, sobre los eventos de mayor relevancia identificada en el Análisis Situacional de Salud Metodología Ministerio, estos documentos estarán disponibles a través de la página web de la Alcaldía, junto con los de la versión anterior; estableciéndose como un precedente, un punto de partida para la comprensión de la Situación de Salud de lo nacional y regional a lo local, con enfoque de determinantes según las dimensiones contempladas en el Plan Decenal de Salud Pública.

En virtud de lo anterior, y para complementar la información necesaria para la comprensión de esta situación, se comenzó entonces un trabajo conjunto con los referentes técnicos de la Secretaría de Salud, expertos y diferentes entidades que podrían aportar información valiosa que condujera, si no a la explicación, si a la mejor ilustración posible de cómo y por qué algunos eventos no se comportan de manera similar en los diferentes territorios.

Finalmente, conedores del valor que representa este documento, producto de una tarea continua, valiosa y que constituye una herramienta imprescindible para la planeación óptima y el mejoramiento continuo, se espera enriquecerla año tras año hasta lograr la mejor comprensión posible de la situación de salud del municipio y de los argumentos que definen la toma de algunas decisiones en servicios de salud para la población.

Introducción

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción y seguimiento de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP), es el Análisis de Situación de la Salud- ASIS. Así mismo se constituye en una herramienta indispensable para la focalización de acciones y toma de decisiones, propendiendo en el actuar de la Secretaría de Salud la linealidad y concordancia con el Modelo de atención integral de Salud en el marco de la Política integral de Atención en Salud.

El interés y la necesidad de la Alcaldía de Medellín de conocer el comportamiento y la dinámica de sus poblaciones, así como los retos a los que estas impulsan día a día, constituyen el motor principal de la presente profundización del Análisis de Situación de Salud. Donde no sólo se pretende documentar las causas priorizadas de enfermar y morir de la población, sino también ilustrar efectivamente el comportamiento de los eventos en salud en las dieciséis comunas y cinco corregimientos que componen el municipio, con el fin de lograr una mejor comprensión de la situación de salud enfermedad en todo el territorio bajo el modelo de los determinantes sociales de la salud que inciden en dicha realidad.

Adicionalmente, la constante preocupación de la Alcaldía en ofrecer, acercar y prestar a sus ciudadanos mejores servicios, hace que el presente documento se constituya en una valiosa oportunidad para conocer las necesidades en salud de su población, la cual se ofrece como insumo para determinar la capacidad instalada que logrará atender tales necesidades. En este sentido, se tendrá como punto de partida el conocimiento de la situación de salud a nivel municipal que se elaboró durante el mes de diciembre del año 2020 con la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social; se realizará un análisis a profundidad de los eventos de morbilidad-mortalidad priorizados, teniendo como ejes de análisis los diferentes territorios (comunidades y corregimientos) del municipio, el ciclo vital, el género, el comportamiento de los determinantes de la salud.

Finalmente introducimos en un análisis exploratorio de desigualdad e inequidad, como herramienta para continuar avanzando en la mejoría de la situación de salud, para ello se considera como ejes de desigualdad las condiciones socioeconómicas y de calidad de vida de la población de Medellín, basados en la encuesta de calidad de vida.

En virtud de lo anterior, y para complementar la información necesaria para la comprensión de esta situación, se comenzó entonces un trabajo conjunto con algunos actores del sistema, los referentes técnicos de la Secretaría de Salud, soportados también en análisis comunitarios de las

diferentes comunas y corregimientos, que podrían aportar información valiosa que condujera, si no a la explicación, si a la mejor ilustración posible de cómo y por qué algunos eventos no se comportan de manera similar en los diferentes territorios.

Finalmente, conocedores del valor que representa este documento, producto de una tarea continua, valiosa y que constituye una herramienta imprescindible para la planeación óptima y el mejoramiento continuo, se espera enriquecerla año tras año hasta lograr la mejor comprensión posible de la situación de salud del municipio y de los argumentos que definen la toma de algunas decisiones en servicios de salud para la población.

1. Metodología

Se definieron los siguientes pasos para contar con un documento amplio y con elementos que permitan tomar decisiones sobre la implementación del modelo MIAS en Medellín, contando así con un panorama de profundidad de la situación de salud de la población de la ciudad:

- Revisión del Análisis situacional de salud entregado general del año 2020, según la metodología dada por el Ministerio de Salud, con priorización de eventos.
- Análisis a profundidad por territorio a partir de la priorización.
- Análisis de desigualdad e inequidad en salud a la luz de los determinantes sociales.

1.1. Análisis Situacional de Salud General

El análisis situacional de salud general del municipio de Medellín año 2020 metodología Ministerio, consolida y sistematiza los resultados en tres capítulos. El primero contiene la caracterización de los contextos territorial y demográfica, cada uno constituido por una serie de indicadores que se comportan como Determinantes Sociales, que permiten caracterizar, georreferenciar el territorio e identificar las necesidades sanitarias como insumo para la coordinación intersectorial y transectorial. El segundo capítulo contiene el abordaje de los efectos de salud y sus determinantes; en este capítulo se realizó el análisis de la mortalidad por grandes causas, específica por subgrupo, materno-infantil y de la niñez, así mismo, se analizó la morbilidad atendida, y una descripción de algunos determinantes sociales de la salud: intermediarios y estructurales a nivel de ciudad como nivel educativo, área de residencia, régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pertenencia étnica, situación de desplazamiento, situación de discapacidad, entre otras. El análisis realizado fue de tipo descriptivo utilizando medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos - AVPP, tasas específicas de mortalidad ajustadas por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., todo esto a través de la hoja de cálculo Excel.

Finalmente, en el tercer capítulo se reconocieron en una matriz por dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, los principales efectos de salud identificados a lo largo de los capítulos anteriores y realizando su priorización mediante la metodología Halon, el cual es un instrumento que clasifica los problemas con base su magnitud y severidad.

1.2. Análisis situacional a profundidad

Teniendo en cuenta las necesidades del municipio para focalizar acciones que le permitan avanzar en la intervención social y de salud, en el desarrollo de autonomía de las personas y colectivos, se estableció una metodología para profundizar el análisis de la situación en salud a partir de la priorización de eventos mencionada antes y los eventos de gran interés identificados en la formulación del Plan Territorial de Salud 2020-2023. El análisis de profundidad se desarrolló por medio de un análisis descriptivo de los indicadores de salud con medidas de frecuencia de mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad, tasa de mortalidad ajustada por edad, tasas específicas de mortalidad, razones. Desagregado las mediciones de los eventos por comuna y corregimiento, sexo, grupos de edad, cursos de vida y régimen de afiliación. Utilizando software como el Excel y SPSS.

Para desarrollar el análisis de la situación de salud a profundidad se identificaron los datos apropiados, sus potencialidades y limitaciones, su disponibilidad, calidad y flujo. Se establecieron dos grandes categorías de fuentes de datos: las que contienen datos basados en población y las que contienen datos de fuentes institucionales. Las primeras incluyen información de todas las personas de la población como censos y estadísticas vitales, o la proveniente de muestras representativas de la población como las encuestas. La segunda categoría recopila fuentes de datos institucionales, basadas en datos del curso administrativo y operacional, por lo que solo se cuenta con información de personas que tuvieron alguna interacción con la institucionalidad. Cada fuente de datos posee ventajas y limitaciones, de las cuales es necesario ser consciente al hacer uso de ellas. Teniendo en cuenta las limitaciones en el acceso de la información de las diferentes fuentes, se estableció analizar el periodo 2005-2020 de los diferentes eventos e indicadores.

A continuación, se detallan las fuentes utilizadas tanto para el análisis situacional general como para la profundización de municipio:

- 1.** Las estimaciones y proyecciones de la población de los censos 1985, 1993, 2005 y 2018. Indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico, publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.
- 2.** Estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) registradas en la plataforma RUAF; consolidadas y publicadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.
- 3.** Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS, que reposan en SISPRO, se utilizaron para el análisis general. Para el análisis a profundidad se utilizó la base de datos nominal de RIPS

del periodo 2009-2020 que reposa en la Secretaría de Salud de Medellín, con el fin realizar cruces con otras fuentes para el análisis.

4. Los informes y documentos disponibles de los eventos de alto costo dispuestos la Cuenta de Alto Costo.

5. Sistema de Vigilancia de Salud Pública SIVIGILA, para los eventos seleccionados, en el periodo de tiempo 2009 - 2020

6. Encuesta de Calidad de Vida de Medellín periodo 2006 -2020. Esta encuesta se realiza de forma anual por el Departamento Administrativo de Planeación de Medellín.

7. Gran Encuesta Integrada de Hogares, esta se realiza para Medellín en convenio con el DANE, de forma anual.

8. Encuesta de Seguridad alimentaria, año 2010 y año 2015, esta se realiza desde la Secretaría de Inclusión social y familia de la Alcaldía de Medellín.

9. Registro de discapacidad dispuesto según la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social. La información disponible con corte a diciembre del año 2020.

10. Base de datos de registros de accidentabilidad vial de Medellín, desarrollado por la Secretaría de Movilidad de la ciudad de Medellín.

11. Sistema de información para la vigilancia nutricional de la Secretaría de Salud de Medellín 2014-2020.

12. Registro único de víctimas nacional -RUV-, de la Unidad para las Víctimas Nacional. 2005-2020.

13. Libro de indicadores de la Secretaría de Salud de Medellín años 2005 -2019.

14. Información documental de diferentes informes finales productos del desarrollo de los contratos financiados con recursos de la Secretaría de Salud de Medellín, en las áreas de Salud Sexual y Reproductiva, Asesoría y Asistencia Técnica, Salud laboral, entre otros.

15. Informes de análisis y seguimiento de los eventos de Interés en Salud pública, elaborados por la Unidad de Epidemiología de la Secretaría de Salud de Medellín.

- 16.** Encuesta de factores de riesgo cardiovascular STEPS, años 2011 -2015, desarrollada por la Universidad CES en convenio con la Secretaría de Salud de Medellín.
- 17.** Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar 2011 y 2019.
- 18.** Información de personas que acceden a tratamiento ambulatorio u hospitalario de centros de atención en drogas -SUICAD-, Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud y Protección Social. 2020
- 19.** Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín 2011-2012, desarrollada por la Universidad CES en convenio con la Secretaría de Salud de Medellín.
- 20.** Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2018, desarrollada por la Universidad CES en convenio con la Secretaría de Salud de Medellín.
- 21.** Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008.
- 22.** Encuesta de cultura ciudadana (ECC). Medellín, 2015.
- 23.** ¿Qué es la felicidad? Primer diagnóstico para Colombia. Departamento Nacional de Planeación -DNP-, 2015.
- 24.** Mediciones de concentraciones de ruido, aire (material particulado 2.5 y material particulado 10) y disposición de residuos del área metropolitana.
- 25.** Informe de servicios públicos, Secretaría de Gestión y Control Territorial del municipio de
- 26.** Información cobertura de prestadores de servicio de acueducto y alcantarillado en Medellín.
- 27.** Datos abiertos publicados por el Fondo de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, la Federación de Aseguradores Colombianos-FASECOLDA a 2020, Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, la Cámara de Comercio de Medellín a 2018 y el Registro para la Localización. 2014-2015.
- 28.** Informe Pérdida de años de vida saludable por la población de Medellín, 2006-2012.
- 29.** Información del programa de atención Pre-hospitalaria Medellín, 2014-2020.

30. Sistema de información de Salud Ambiental. Secretaría de Salud de Medellín – SIVICOF.

31. Sistema de información de Vigilancia en salud pública resistencia y consumo de antimicrobianos

32. Registro especial de prestadores de servicios de salud- REPS.

33. Base de Datos Única de Afiliados -BDUA.

34. Información del programa de tuberculosis y lepra.

35. Información del Registro de Cáncer de Antioquia.

36. Información de Programa de Vacunación PAI Web.

37. Información de las emergencias y desastres atendidas por el DAGRD.

Para el análisis de mortalidad, se utiliza el método de análisis de la mortalidad por grandes causas y por causas específicas según subgrupos, haciendo uso de la lista propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lista corta 6/67 que agrupa los diagnósticos de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) en seis grandes grupos y en 67 subgrupos de causas de muerte. A continuación, se relaciona la lista:

Enfermedades Transmisibles

(A00-B99, G00-G03, J00-J22, P35.0)

1.01	Enfermedades Infecciosas Intestinales	A00 - A09
1.02	Tuberculosis, Inclusive Secuelas	A15 - A19, B90
1.03	Ciertas Enfermedades Transmitidas Por Vectores Y Rabia	A20, A44, A68, A75 - A79, A82 - A84, A85.2, A90 - A91, A95, B50 - B57
1.04	Ciertas Enfermedades Prevenibles Por Vacuna	A33 - A37, A80, B05, B06, B16, B17.0, B18.0, B26, B91, P35.0
1.05	Meningitis	A32.1, A39, A87, B00.3, B01.0, B02.1, B37.5, B38.4, G00 - G03
1.06	Septicemia	A40 - A41
1.07	Infecciones con Modo De Transmisión Predominantemente Sexual	A50 - A64
1.08	Enfermedad por el VIH/SIDA	B20-B24
1.09	Infecciones Respiratorias Agudas	J00-J22

1.10	Otras Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	RESTO DE (A00-B99) : A21 - A31, A32.0, A32.7 - A32.9, A38, A42 - A43, A46 - A49, A65 - A67, A69 - A74, A81, A85.0 - A85.1, A85.8, A86, A88-A89, A92 - A94, A96 - A99, B00.0 - B00.2, B00.4 - B00.9, B01.1 - B01.9, B02.0, B02.2 - B02.9, B04, B07 - B15, B17.1 - B17.8, B18.1 - B19.9, B25, B27-B36, B37.0 - B37.4, B37.6 - B37.9, B38.0 - B38.3, B38.7 - B38.9, B39 - B49, B58 - B89, B92 - B99
NEOPLASIAS (TUMORES)		(C00-D48)
2.01	T. Maligno Del Estómago	C16
2.02	T. Maligno Del Colón	C18
2.03	T. Maligno De Los órganos Digestivos Y Del Peritoneo, Excluyendo Estomago Y Colon	C15, C17, C19 - C21, C26, C48
2.04	T. Maligno Hígado Y Vías Biliares	C22-C24
2.05	T. Maligno Del Páncreas	C25
2.06	T. Maligno De La Tráquea , Bronquios Y Pulmón	C33 - C34
2.07	T. Maligno De Los órganos Respiratorios E Intratorácicos, Excepto Tráquea, Bronquios Y Pulmón	C30 - C32, C37 - C39
2.08	T. Maligno De La Mama	C50
2.09	T. Maligno Del Útero	C53 - C55
2.10	T.Maligno De La Próstata	C61
2.11	T. Maligno De Otros órganos Genitourinarios	C51 - C52, C56 - C57, C60, C62 - C68
2.12	T. Maligno Del Tejido Linfático, De Los órganos Hematopoyéticos Y De Tejidos Afines	C81 - C96
2.13	Otros Tumores Malignos	RESTO DE (C00-C97): C00 - C14, C40 - C47, C49, C58, C69 - C80, C97
2.14	Carcinoma-In-Situ, T. Benignos Y De Comportamiento Incierto O Desconocido	D00 - D48
Enfermedades Del Sistema Circulatorio		(100-199)
3.01	Fiebre Reumática Aguda Y Enfermedades Cardiacas Reumáticas Crónicas	I00 - I09
3.02	Enfermedades Hipertensivas	I10 - I15
3.03	Enfermedades Isquémicas Del Corazón	I20 - I25
3.04	Enf. Cardiopulmonar, De La Circulación Pulmonar Y Otras Formas De Enf. Del Corazón	I26 - I45, I47 - I49, I51

3.05	Paro Cardíaco	I46
3.06	Insuficiencia Cardíaca	I50
3.07	Enfermedades Cerebrovasculares	I60 - I69
3.08	Aterosclerosis	I70
3.09	Otras De Enfermedades Del Sistema Circulatorio	I71 - I99
Ciertas Afecciones Originada En El Periodo Perinatal		(P00 - P29, P35.1 - P96)
4.01	Feto Y Recién Nacido Afectados Por Ciertas Afecciones Maternas	P00, P04
4.02	Feto Y Recién Nacido Afectados Por Complicaciones Obstétricas Y Traumatismos Del Nacimiento	P01 - P03, P10 - P15
4.03	Retardo Del Crecimiento Fetal, Desnutrición Fetal, Bajo Peso Al Nacer Y Gestación Corta	P05, P07
4.04	Trastornos Respiratorios Específicos Del Periodo Perinatal	P20 - P28
4.05	Sepsis Bacteriana Del Recién Nacido	P36
4.06	Enfermedad Hemolítica Del Feto Y Del Recién Nacido Y Kernicterus	P55 - P57
4.07	Otras Afecciones Originadas En El Periodo Perinatal	P08, P29, P35.1 - P35.9, P37 - P54, P58 - P96
Causas Externas		(V01 - Y89)
5.01	Accidentes De Transporte Terrestre, Inclusive Secuelas	V01 - V89, Y85.0
5.02	Otros Accidentes De Transporte Y Los No Especificados, Inclusive Secuelas	V90 - V99, Y85.9
5.03	Caidas	W00 - W19
5.04	Accidentes Causados Por Maquinas Y Por Instrumentos Cortantes O Punzantes	W24 - W31
5.05	Accidentes Causados Por Disparo De Armas De Fuego	W32 - W34
5.06	Ahogamiento Y Sumersión Accidentales	W65 - W74
5.07	Exposición Al Humo, Fuego Y Llamas	X00 - X09
5.08	Envenenamiento Accidental Por, Y Exposición A Sustancias Nocivas	X40 - X49
5.09	Complicaciones De La Atención Médica Y Quirúrgica, Inclusive Secuelas	Y40 - Y84, Y88

5.10	Otros Accidentes, Inclusive Secuelas	W20 - W23, W35 - W64, W75 - W99, X10 - X39, X50 - X59, Y86, Y89.9
5.11	Lesiones Auto infligidas Intencionalmente (Suicidios), Inclusive Secuelas	X60 - X84, Y87.0
5.12	Agresiones (Homicidios), Inclusive Secuelas	X85 - Y09, Y87.1
5.13	Intervención Legal Y Operaciones De Guerra, Inclusive Secuelas	Y35 - Y36, Y89.0 - Y89.1
5.14	Eventos De Intención No Determinada, Inclusive Secuelas	Y10 - Y34, Y87.2
Todas Las Demas Causas		(D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H95, J30-J98, K00-K92, L00-L98, M00-M98, N00-N99, O00-O99, Q00-Q99)
6.01	Diabetes Mellitus	E10 - E14
6.02	Deficiencias Nutricionales Y anemias Nutricionales	E40 - E64, D50 - D53
6.03	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento	F00 - F99
6.04	Enfermedades Del Sistema Nervioso, Excepto Meningitis	G04 - G98
6.05	Enfermedades Crónicas De Las Vías Respiratorias Inferiores	J40 - J47
6.06	Otras Enf. De Las Vías Respiratorias Superiores	J30 - J39
6.07	Enfermedades Pulmón Debidas A Gentes Externos	J60 - J70
6.08	Otras Enfermedades Respiratorias	J80 - J98
6.09	Apendicitis, Hernia De La Cavidad Abdominal Y Obstrucción Intestinal	K35 - K46, K56
6.10	Ciertas Enfermedades Crónicas Del Hígado Y Cirrosis	K70, K73, K74, K76
6.11	Resto De Enfermedades Del Sistema Digestivo	RESTO DE (K00 - K93) : K00 - K31, K50 - K55, K57 - K66, K71, K72, K75, K80 - K92
6.12	Enfermedades Del Sistema Urinario	N00 - N39
6.13	Hiperplasia De La Próstata	N40
6.14	Embarazo, Parto Y Puerperio	O00 - O99
6.15	Malformaciones congénitas, Deformidades Y Anomalías Cromosómicas	Q00 - Q99
6.16	Residuo	RESTO DE (A00 - Q99) : D55 - D89, E00 - E07, E15 - E34, E65 - E89, H00 - H95, L00 - L98, M00 - M99, N41 - N99
Sintomas, Signos Y Afecciones Mal Definidas		(R00 - R99)

Los indicadores utilizados para el seguimiento:

Tasa de mortalidad cruda: Numero de eventos en un periodo de tiempo / Población durante el mismo periodo de tiempo por una constante.

Tasa de mortalidad estandarizada: se refiere al cálculo de la mortalidad en un territorio dado o tiempo dado si mantiene la misma estructura demográfica estándar.

Tasa de mortalidad de periodo: Se refiere el número total de casos durante un periodo de tiempo determinado (varios años) con relación a la población a la mitad de dicho periodo, por una constante.

Con relación al análisis de morbilidad consultada, se describió el número de atenciones prestadas para cada uno de los eventos priorizados con relación al total de atenciones prestadas en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias; de forma general y desagregada por sexo y grupos de edad. Este se considera un enfoque para el análisis de la demanda o uso de los servicios de salud, por cada uno de los eventos seleccionados. Para estos indicadores cuya fuente de información fueron los RIPS, se realizaron entonces los análisis de las prevalencias consultadas y prevalencias de uso anuales, desagregado por sexo, aseguramiento, edad. La desagregación por territorio no fue posible utilizando solo esta fuente de información.

Prevalencia de uso = Número de atenciones por la causa durante un periodo de tiempo / Número total de atenciones por todas las causas durante en el mismo periodo de tiempo*100

Prevalencia consultada = Número de atenciones por la causa durante un periodo de tiempo / Población total durante el mismo periodo de tiempo*100

Para facilitar el análisis de la morbilidad se tomó las grandes causas de la lista 298.

Medición de diferencias por indicador:

Estas se realizan en una primera instancia utilizando las comparaciones de las diferencias, las cuales se pueden explorar a través de diferencias absolutas (diferencia de tasas) y diferencias relativas (cocientes de tasas), entre dos o más poblaciones. Es necesario identificar si las variables son nominales u ordinales.

Si las categorías son nominales y solamente se están analizando dos subgrupos es fácil comparar uno con otro; cuando existen más de dos subgrupos será necesario seleccionar un subgrupo de referencia adecuado contra el cual comparar todos los demás; aunque a menudo se usa el más saludable, el que está en mejor situación o la tasa general, la elección debe ser cuidadosa pues influirá de manera importante en la magnitud de la desigualdad. Si las categorías son ordinales, la interpretación se basa en el cociente o diferencia de las tasas de mortalidad o morbilidad de los subgrupos con condiciones extremas; por ejemplo, áreas geográficas con mejores y peores condiciones socioeconómicas. Cuanto mayor el valor de la razón o de la diferencia, mayor la desigualdad.

Con este análisis puede evidenciarse desde el punto de vista del indicador cuales son los territorios o poblaciones con mayores problemáticas. También se presentarán análisis comparativos de las diferencias con otras ciudades o incluso países en los análisis y discusión de los resultados del indicador.

1.2.1. Método mesas de trabajo para el análisis participativo

Para lograr una mayor comprensión del comportamiento de los resultados de cada uno de los indicadores de salud y otros determinantes de la calidad de vida durante el periodo de estudio, se conformaron mesas de trabajo por cada una de las dimensiones definidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, y las cuales se incluyeron en la estructura de profundización del ASIS, considerando los siguientes aspectos:

Conformación de las mesas de trabajo por dimensiones: cada mesa se conformó por uno o varios referentes técnicos de la Secretaría de Salud en los temas a discutir en la mesa según la dimensión del plan decenal de salud pública, un referente experto externo a la Secretaría de Salud, un profesional del área de vigilancia epidemiológica y un integrante del equipo de ASIS de la Dirección de Planeación de la Secretaría de Salud.

A los integrantes de cada mesa se hace envío previo de la siguiente información:

- Documento con la información resultado de cada uno de los indicadores por dimensión definidos, con un análisis preliminar de su comportamiento.
- Se anexarán otros documentos técnicos que soportan el análisis, como resultados de análisis comunitarios, y otros diagnósticos situacionales anteriores.
- Se entrega a los integrantes de la mesa la estructura básica para desarrollar el análisis.

La metodología para el desarrollo de la mesa de trabajo: se considera como una metodología abierta y deliberativa, con sesiones de trabajo de 4 horas cada una. El número de sesiones dependió de la extensión del análisis de cada dimensión y el avance propio de cada mesa, pero se consideró que mínimo se deberían desarrollar 2 sesiones por mesa. El representante del equipo de ASIS, se encargaría de moderar, recolectar y consolidar los resultados de la deliberación frente a los documentos entregados, además de hacer seguimiento a las tareas pendientes de la mesa de trabajo.

Para orientar la discusión, se planteó abordar el análisis de cada indicador teniendo en cuenta las siguientes orientaciones:

Dentro de cada dimensión, se realizará el análisis por evento en el siguiente orden de componentes: 1. Mortalidad, 2. Morbilidad, 3. Otros indicadores, 4. Acciones de intervención del plan territorial de salud, 5. Conclusiones y recomendaciones.

El análisis de profundidad para los dos primeros componentes se realizará así:

- Análisis de tendencia del evento por comuna (general).
- Comportamiento evento por comuna según sexo.
- Comportamiento del evento por comuna según grupos de edad (Ciclos vitales).
- Comportamiento del evento por comuna según grupos de edad y sexo (Ciclos vitales).
- Comportamiento de evento por comuna según régimen.

Debe tenerse en cuenta que, para las interpretaciones de gráficos y tablas, el primer párrafo será de interpretación y el segundo párrafo de análisis explicativo del comportamiento del evento, soportado en evidencia. Para los componentes 3 y 4 el análisis se realizará a nivel de municipio dentro de la dimensión del PDSP.

En el desarrollo del componente 5 deberán resaltarse los hallazgos principales encontrados en cada uno de los eventos analizados en función de cada dimensión. Conclusiones y recomendaciones del análisis realizado en la dimensión, incluyendo comparaciones de la situación con otras ciudades, con el país o con otros países, además posibles relaciones causales y otros efectos posibles, basados en evidencia.

2. Resumen Análisis situacional de salud Medellín General

2.1. Contexto territorial y demográfico

Medellín es un municipio colombiano, capital del departamento de Antioquia, situado en el centro del Valle de Aburrá ubicado en la cordillera central y es atravesado por el río Medellín. Es la ciudad más poblada del departamento y la segunda más poblada del país. Pertenece a la región noroccidental del territorio colombiano y se ubica a 409 kilómetros de Bogotá por carretera y a 50 minutos por vía aérea. Medellín fue fundado el 2 de marzo de 1616 y hace parte de la primera Área Metropolitana creada en Colombia en 1980. Este municipio limita, al norte con los municipios de Bello, Copacabana y San Jerónimo; al sur con Envigado, Itagüí, La Estrella y El Retiro; al oriente con Guarne y Rionegro, y por el occidente con Angelópolis, Ebéjico y Heliconia. (Plan de Ordenamiento Territorial de Medellín, 2015).

El municipio, se encuentra organizado territorialmente en 6 zonas geográficas, las cuales están conformadas por dieciséis comunas (275 barrios urbanos oficiales) y cinco corregimientos. Estas zonas constituyen una importante dimensión de percepción del territorio, para la comprensión de sus procesos, sus problemas y es parte de la organización y dinámica comunitaria. A ellas se dirigen los procesos de planeación participativa, tanto de iniciativa municipal como ciudadana; y su ámbito constituye un nodo importante en la organización social vigente (Mapa 1).

Medellín se ha destacado en los últimos años por su desarrollar iniciativas innovación y sostenibilidad social. En el año 2014 la encuesta sobre el estado global de las Ciudades Inteligentes desarrollada por la multinacional del sector tecnológico Indra Sistemas catalogó a Medellín como una de las mejores ciudades para vivir en América del Sur, compartiendo el primer lugar con Santiago de Chile y junto a Barcelona y Lisboa en Europa (Portafolio, 2014). Medellín ganó el premio de la Ciudad Mundial Lee Kuan Yew 2016. El premio busca reconocer y celebrar los esfuerzos en fomentar la innovación en las soluciones urbanas y el desarrollo urbano sostenible. En 2013 fue elegida como la ciudad más innovadora del mundo en el marco del concurso City of the Year, que organizan The Wall Street Journal y Citigroup



Mapa 1. División política administrativa y límites. Medellín, 2018

Fuente: DAP Departamento Administrativo de Planeación.

El municipio cuenta con una extensión territorial de 375,74 Kms², donde el 73,23% del territorio corresponde al área rural (275,17 Km²) y el 26,77% restante al área urbana (100,57 Km²). Aunque la zona rural corresponde a la tercera parte del territorio de Medellín, en ella solo se produce el 3% de los alimentos que necesita el municipio. Tabla 1

Tabla 1. Distribución de los territorios por extensión territorial y área de residencia. Medellín, 2020

<i>Municipio</i>	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
1. Popular	3,1	3,1			3,1	0,8
2. Santa Cruz	2,2	2,2			2,2	0,6
3. Manrique	5,1	5,0			5,1	1,4
4. Aranjuez	4,9	4,8			4,9	1,3
5. Castilla	6,1	6,0			6,1	1,6
6. Doce de Octubre	3,9	3,8			3,8	1,0

7. Robledo	9,5	9,4	9,5	2,5
8. Villa Hermosa	5,7	5,7	5,7	1,5
9. Buenos Aires	6,1	6,0	6,1	1,6
10. La Candelaria	7,4	7,3	7,4	2,0
11. Laureles	7,4	7,3	7,4	2,0
12. La América	4,0	3,9	4,0	1,1
13. San Javier	4,8	4,8	4,8	1,3
14. El Poblado	14,4	14,3	14,4	3,8
15. Guayabal	7,3	7,2	7,3	1,9
16. Belén	8,9	8,8	8,9	2,4
50. Cgto de Palmitas		57,8	21,0	57,8
60. Cgto de San Cristóbal		54,1	19,7	54,1
70. Cgto de Altavista		28,7	10,4	28,7
80. Cgto de San Antonio de Prado		60,6	22,0	60,6
90. Cgto de Santa Elena		74,1	26,9	74,1
Suelo de expansión urbana	0,5	0,5		0,1
TOTAL		100	100	100

Fuente: DAP Departamento Administrativo de Planeación.

Según el estudio realizado durante el año 2016 por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) denominado: "Sistemas de Abastecimiento Alimentario - Bases para la Inclusión de la Agricultura Familiares en la Subregión Valle de Aburrá", la relación urbano-rural en Medellín es crítica, debido a que cada día tiende a ser menor el área del suelo destinada a la producción de alimentos. Los habitantes de municipio dependen casi en su totalidad de los alimentos y materias primas provenientes de otras subregiones del departamento, de otras zonas del país y del mercado internacional. Un estudio de la Universidad Nacional reveló que el Valle de Aburrá, en un año consume 2'809.767 toneladas de comida, de las cuales 45% se producen en las subregiones de Antioquia y 44% en otras regiones del país.

Pese a la gran presión existente por la dinámica del crecimiento urbanístico, la especulación de los suelos y los fenómenos generales de conurbación en Medellín, la FAO resaltó la Agricultura

Familiar campesina como visible e importante en la subregión, además es enfática en recomendar que la Agricultura Familiar debe ser entendida no sólo como un sistema simple de producción de diversos alimentos, sino como una gran reserva de conocimientos, de modelos de desarrollo sustentable en tiempo y espacio, de resiliencia a procesos industriales y de artificialización del medio. La Agricultura familiar se propone como un modelo equitativo de desarrollo social y económico, incluyente, con oportunidades de generación de empleo rural y de vida campesina.

2.2. Descripción de las diferentes zonas con amenazas geográficas

2.2.1. Movimientos en masa en Medellín

El municipio tiene una extensión de 5,92 Km² considerados como áreas de amenaza por movimientos en masa, distribuidos en 48,5% como zonas con condiciones de riesgo en el suelo urbano, 26,7% con condiciones de riesgo en el suelo rural; el 17,4 como zonas de alto riesgo no mitigable en el suelo urbano y el restante 7,4% como zonas de alto riesgo no mitigable en el suelo rural. Por las características topográficas y geológicas del Valle de Aburrá, el municipio de Medellín ha sido propenso históricamente a la ocurrencia de deslizamientos y otros movimientos en masa, e inundaciones, con víctimas fatales e importantes pérdidas económicas.

La extensión más grande de movimientos en masa se encuentra en la comuna 3 (Manrique), con un 17,6%, seguido de Villa Hermosa (15,5%), Popular (13,2%) y el corregimiento de Santa Elena (12,2%) (Mapa 1).

2.2.2. Zonas de amenazas por inundaciones

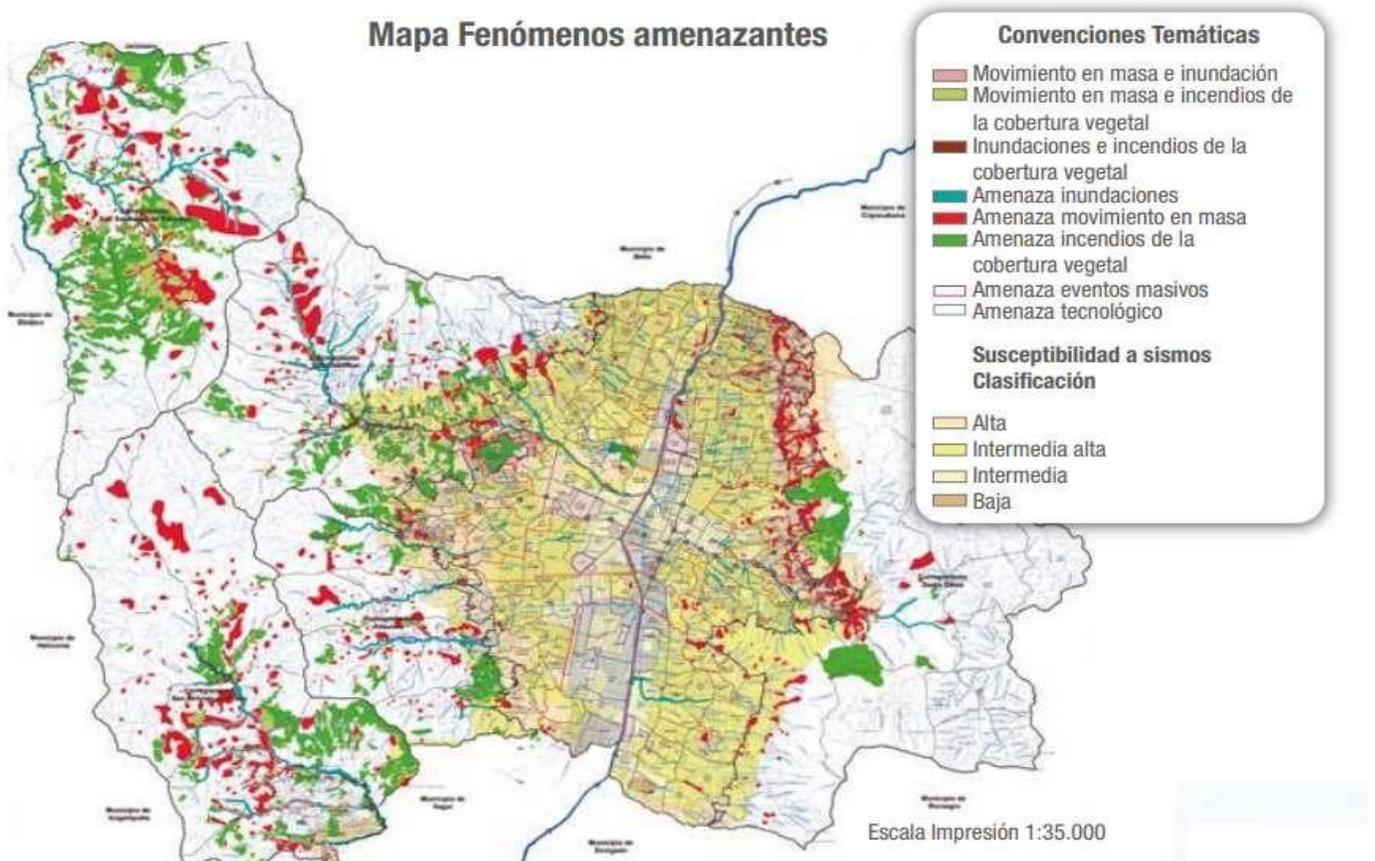
En Medellín se ha identificado un total 223.426,24 m² como zonas de amenaza por inundaciones, de los cuales la mayor cantidad se localiza en el suelo urbano categorizados como en condiciones de riesgo (69,3%), un 22,4% ha sido catalogado como zona de alto riesgo no mitigable en el suelo urbano y el 8,3% como zonas con condiciones de riesgo en el suelo rural. La comuna con mayor parte de extensión de áreas de amenazas por inundaciones es Aranjuez con 50.701 m², que corresponden a un 22,7% del total de este tipo de zonas. En orden, las otras comunas con gran extensión amenazas por inundaciones son Doce de octubre, Santa Cruz y Buenos Aires.

Zonificación de amenaza por avenidas torrenciales. Las avenidas torrenciales son crecientes súbitas que por las condiciones geomorfológicas de la cuenca, están compuestas por un flujo de agua con alto contenido de materiales de arrastre y con un gran potencial destructivo debido a su

alta velocidad.

Todas las áreas identificadas en quebradas con evidencias o antecedentes de avenida torrencial se consideran de alta amenaza (ZAAT), debido al grado de energía y destrucción que implica este tipo de fenómeno (Mapa 2).

En Medellín hay un total de 1.579.963 m² con amenazas por avenidas torrenciales. Las áreas con esta condición son más frecuentes en la zona rural, principalmente en los corregimientos San Antonio de Prado (20,4%), San Cristóbal (20,2%) y Altavista (13,6%). En la zona urbana la comuna con mayor proporción de las áreas de amenaza por avenidas torrenciales es Robledo, con el 7,3%, seguida de Poblado con el 6,7% y Buenos Aires con 6,5% (Mapa 2).



Mapa 2. Mapa de fenómenos amenazantes. Medellín, 2017.
Fuente: Open Data Geográfico - Alcaldía de Medellín, 2017.

2.3. Contexto Demográfico

De acuerdo a las proyecciones del DANE y a las publicaciones del departamento de planeación municipal en su perfil demográfico 2005-2018-2020 y según las proyecciones a partir del Censo del año 2018 la población de Medellín pasó de 2.214.494 en el año 2005 a 2.533.424 en 2020.

Por otro lado, las comunas de Guayabal, La Candelaria, Laureles-Estadio y El Poblado son las que presentan menor densidad poblacional, albergando entre 9.202 y 16.618 habitantes por Km². Finalmente, a pesar que los corregimientos presentan las densidades poblacionales más bajas del municipio (Mapa 5), se resalta que San Antonio de Prado y San Cristóbal, son los corregimientos más poblados, con 2.017 y 1.844 habitantes por Km², respectivamente.



Mapa 3. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado. Medellín, 2020.
Fuente: DAP Departamento Administrativo de Planeación.

2.3.1. Grado de urbanización

Medellín es un municipio que, a pesar de tener una mayor extensión territorial en zonas rurales, está mayormente poblada en áreas urbanas y cabeceras de corregimientos, para el 2020 alcanzó la cifra de 98%, esto implica que mientras en el área urbana viven 24.873 habitantes por Km² en el área rural sólo 102 habitantes por Km². Algunas de las causas relacionadas con la urbanización creciente de la población medellinense pueden estar asociadas al decaimiento del sector agrario, la pobreza rural, la concentración de la propiedad privada, la situación de violencia generada por grupos armados y el consecuente desplazamiento forzado, y para los años 2018 y 2019 un incremento en la tasas de migración por el aumento de migrantes Venezolanos a la Ciudad, que hace que los habitantes de áreas rurales y pequeños poblados afectados, salgan de sus lugares de origen para ubicarse en los barrios del sector urbano del municipio, con el consecuente detrimento en sus condiciones de vida. Por otro lado, se encuentra el imaginario de la existencia de mayores oportunidades de desarrollo en el área urbana.

Aunque el papel de la migración y el desplazamiento de la población continúan siendo importantes como factores de crecimiento urbano, en buena parte de las ciudades grandes e intermedias, el crecimiento vegetativo explica la mayor parte del incremento poblacional urbano lo cual conlleva importantes implicaciones de política pública (1). Sea por migración o por crecimiento vegetativo, lo cierto es que una buena parte del mismo está compuesto por población en condiciones de precariedad social y económica generando una concentración del fenómeno de pobreza en las ciudades (Banco Mundial, 2012).}

Tabla 2. Población proyectada por área de residencia. Medellín, 2021.

Habitantes de Medellín	Cabecera			Resto		
	Nº	%	Habitantes por c/ Km²	Nº	%	Habitantes por c/ Km²
2.549.537	2.490.164	98	24.558	43.260	2	160

Fuente: Proyección población 2018 -2035 Censo Nacional de Población y Vivienda, DANE 2021.

2.3.2. Estructura demográfica

La pirámide poblacional de Medellín ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2023 comparado con el año 2015, de igual forma, comparando éstos mismos años se evidencia el ensanchamiento que representa a la población adulta mayor, con mayor proporción entre las mujeres, entre otros factores por el descenso en la mortalidad por causas externas y el aumento de la esperanza de vida de la población en Medellín. Se proyecta que para el año 2023 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas.

Durante los tres años analizados, todos los grupos de edad hasta los 24 años disminuyen en cantidad al avanzar el tiempo; pero de 35 años en adelante el comportamiento es inverso y dichos grupos aumenta. Con este comportamiento para el año 2023 se percibe una inversión de la pirámide poblacional de, pasando de mayoría la población infantil a incrementar el número de adultos.

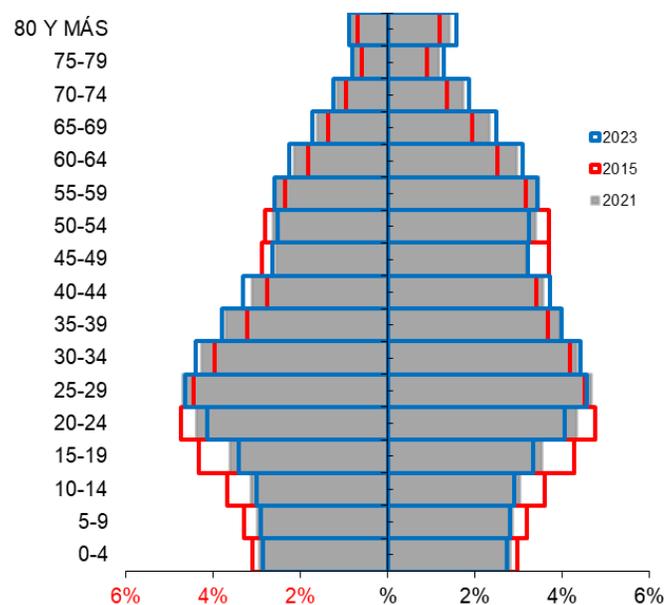


Figura 1 Pirámide poblacional de Medellín. 2015, 2021, 2023.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

Nota: para el año 2015 se toman las proyecciones del Censo 2015, para los años 2021 -2023 se toma desde las proyecciones del Censo 2018.

En la figura 1 se describe como Medellín está evolucionando a la segunda transición demográfica pasando de grupos numerosos de población en edades infantiles y juveniles y un escaso número de población en los grupos de edades maduras y longevas a una estructura denominada revolución reproductiva donde básicamente crecen los grupos de edades

maduras y longevas manteniéndose o disminuyendo los grupos de menor edad. Esto es consecuencia directa de cambios socioeconómicos, políticos, culturales y tecnológicos que conllevan una mayor supervivencia generacional. El mejoramiento general de la calidad de vida se refleja en los cambios sociales de la alimentación, en mejoras higiénicas y sanitarias de los diversos entornos, en el éxito de las políticas de salud pública, en mejores atenciones y en la amplia gama de tratamientos tecnológicos y científicos para garantizar la sobrevivencia de la población. Sin embargo, es necesario crear instituciones económicas y sociales que brinden seguridad en cuanto a los ingresos, presten una adecuada atención de salud y satisfagan otras necesidades de la población que está envejeciendo.

Tabla 3. Otros indicadores de estructura demográfica en Medellín. 2015, 2021, 2023.

Índice Demográfico	Año		
	2015	2021	2023
Población total	2.431.666	2.573.220	2.653.729
Población Masculina	1.140.438	1.213.421	1.252.750
Población femenina	1.291.228	1.359.799	1.400.979
Relación hombres:mujer	88,32	89,24	89
Razón niños:mujer	22	21	21
Índice de infancia	20	18	17
Índice de juventud	26	25	24
Índice de vejez	13	16	17
Índice de envejecimiento	67	90	100
Índice demográfico de dependencia	41,01	40,50	41,20
Índice de dependencia infantil	28,29	25,05	24,36
Índice de dependencia mayores	12,72	15,45	16,84
Índice de Friz	102,13	87,09	81,32

Fuente: Indicadores demográficos - Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

Nota: para el año 2015 se toman las proyecciones del Censo 2015, para los años 2021 -2023 se toma desde las proyecciones del Censo 2018.

Tabla 4. Indicadores de fecundidad en Medellín - Antioquia. 2005 - 2019

Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Medellín															
Tasa bruta de natalidad	15,13	15,03	14,91	14,50	13,76	12,20	11,69	11,62	11,40	11,66	11,85	11,35	11,28	10,74	10,93
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	3,54	3,77	3,38	3,45	3,67	3,21	3,37	3,15	3,03	2,99	3,52	3,06	2,74	2,25	1,88
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	75,48	78,10	79,32	78,51	74,76	66,96	65,13	67,27	64,77	65,63	63,10	59,17	56,45	51,49	42,14
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 19 años	40,98	42,76	43,39	43,08	41,26	36,96	36,10	37,16	35,79	36,21	35,08	32,58	30,76	27,71	23,67
Antioquia															
Tasa bruta de natalidad	16,65	16,35	15,85	15,39	14,35	12,89	12,44	12,40	11,87	11,98	11,76	11,48	11,62	11,15	11,15
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	3,83	3,89	3,96	3,99	3,99	3,65	3,78	3,90	3,68	3,73	3,52	3,17	3,36	2,93	2,78
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	81,78	83,25	82,20	81,00	75,59	67,69	67,40	69,56	65,44	64,79	60,82	58,92	57,97	54,18	50,92
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 19 años	42,17	43,27	43,13	42,89	40,43	36,43	36,47	37,70	35,47	35,13	32,91	31,63	31,09	28,83	27,88

Fuente: Estadísticas vitales. Proyecciones DANE. Construcción Secretaría de Salud de Medellín

2.3.3. Esperanza de vida

La esperanza de vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país, el desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad.

Según información del DANE, la esperanza de vida en Antioquia entre los años 2005 al 2023 presentó un constante aumento, siendo mayor para las mujeres que para los hombres, asociado a la situación de violencia imperante en el departamento en décadas anteriores. Este comportamiento es similar al observado a nivel nacional (Figura 8).

Con respecto al municipio de Medellín, la esperanza de vida aumentó 6,8 años entre 2005 y 2016, observándose mayor esperanza de vida en el área urbana en comparación con la observada en el área rural. Las comunas que superaron la esperanza de vida observada del municipio fueron: El Poblado, Laureles-Estadio, Belén, La América, Guayabal, Castilla y Doce de octubre. Las comunas con menor esperanza de vida fueron San Javier, Robledo, Popular, Manrique, Buenos Aires y La Candelaria. Este comportamiento coincide con los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida reportada por el Departamento de Planeación Municipal, donde las comunas con menores valores en el índice multidimensional de calidad de vida presentaron menor esperanza de vida, lo que lleva a inferir que las condiciones y determinantes ambientales, sociales, económicos e instituciones en los cuales se desarrolle la población, interviene en su calidad de vida, expectativa de vida y desarrollo económico.

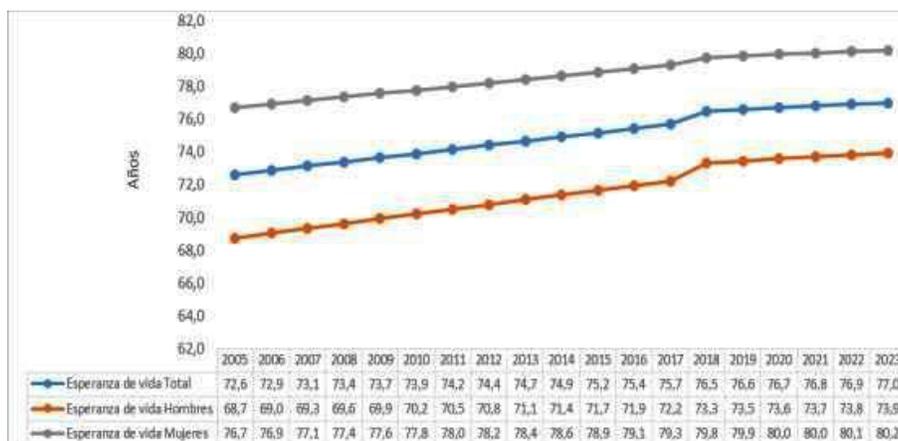


Figura 2. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento de Antioquia, 1885 - 2020 y Municipio de Medellín 2005-2015-2020.

Fuente: DANE Indicadores demográficos según departamento 1985-2020

Nota: Los años 2005 a 2017 son calculados con el Censo de 2005, las proyecciones de los años 2018 a 2023 son calculadas a partir del CNPV 2018.

2.4. Análisis de Mortalidad

2.4.1. Mortalidad general por grandes causas

Con relación a las causas de mortalidad general en el municipio de Medellín entre los años 2005 y 2019, se destacan las enfermedades del sistema circulatorio, como la principal causa con una tasa de 141,3 muertes por cada cien mil habitantes en el año 2005 y de 138,3,0 para el año 2019; en segundo lugar, se encuentra la mortalidad por neoplasias, las cuales presentaron una tasa de 103,9 al inicio del período y de 122,5 muertes por cada cien mil habitantes al final del período estudiado. Como tercer grupo de causa de mortalidad en relevancia, se encuentra las causas externas, alcanzando una tasa de 67,4 muertes por cien mil habitantes en el 2005 y de 59,2 por cien mil habitantes en el 2019, cifra superior a los últimos cuatro años.

Tanto la primera como la segunda causa, requieren para su control la implementación guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana a la población en cuyos programas se intervienen afecciones crónicas con el fin avanzar en la identificación temprana y tratamiento, y conservar el estado de salud en la población en general.

Llama la atención el comportamiento del tercer grupo de causas de mortalidad más relevantes en Medellín para el periodo de tiempo comprendido entre los años 2005 y 2019, las causas externas. Aunque ha presentado un decremento porcentual del 19% con respecto al 2005, se evidencia un pico importante en el año 2009 donde la tasa alcanzó un valor de 120 muertes por cada 100.000 habitantes. Después de este año, en parte a acciones de acercamiento con grupos armados, se logró avanzar en la reducción de los homicidios, la principal causa que castiga el indicador por esta causa específica, sin embargo, a partir del año 2016 se observa un aumento en las tasas de mortalidad, llegando a valores cercanos a los presentados en al año 2013 (Figura 3).

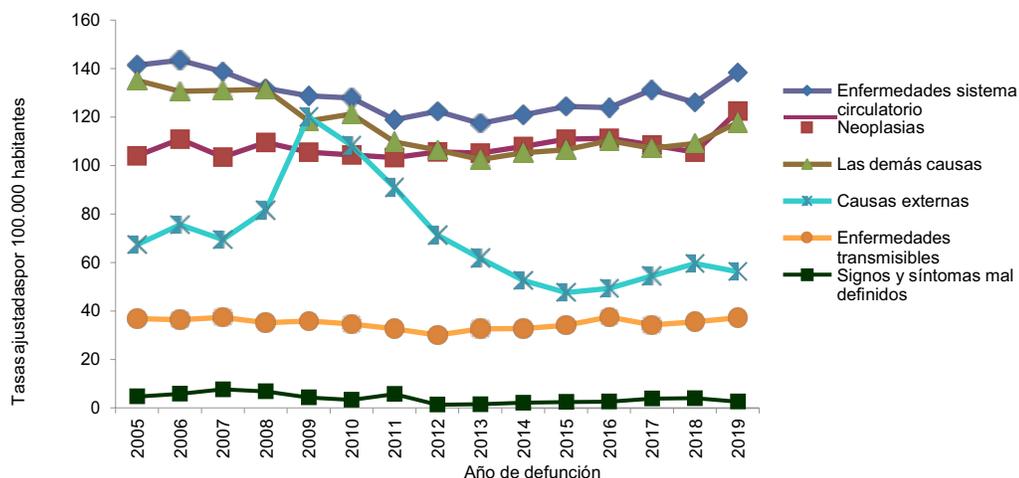


Figura 3. Tasa de mortalidad total ajustada por edad de Medellín, 2005 - 2019.

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) - Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2019.

La mortalidad en la población masculina presenta un comportamiento muy similar a la mortalidad general del municipio de Medellín en el periodo de análisis. Se destacan como principales causas de mortalidad, el grupo de enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 171,1 muertes por cada 100.000 hombres para el año 2005 y para el año 2018 esta tasa presentó un valor de 173,0 muertes, lo que representa un aumento del riesgo de morir por estas causas de un 1,16%.

El segundo lugar lo ocupa el grupo de neoplasias que entre los años 2005 y 2019 presentó una tendencia al incremento, pues pasó de 120,6 a 137,4 muertes por cada 100.000 hombres residentes del municipio. Al comparar la mortalidad por causas externas general en relación con la específica de la población masculina, se evidencia que ésta última aportó mayor número de casos a la mortalidad general por esta causa comparado con la población femenina. La magnitud de la mortalidad por esta causa que venía en descenso desde el año 2009, cuando era la primera causa de mortalidad (226,9), para el año 2019 llegó a 99,9, muertes por cada cien mil hombres, menor que en el año 2018.

En el periodo comprendido entre 2005 y 2019, en 2016 fue la primera vez que el grupo de neoplasias ocupó el primer lugar como causal de muertes en la población femenina; sin embargo, para el último año de la serie, nuevamente las enfermedades del sistema circulatorio volvieron al primer lugar con una tasa de 114,1 muertes por cada cien mil mujeres, con una tendencia a la disminución comparado con el año 2005, sin embargo, superior al año 2018, desplazando las neoplasias al segundo lugar, seguidas por las demás causas en el tercero, y enfermedades transmisibles.

Al comparar las tasas ajustadas según las grandes causas de mortalidad en hombres y mujeres, es posible evidenciar que tanto en la población masculina como en la femenina la mortalidad se debe principalmente a enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias principalmente.

Por otra parte, según la información suministrada por SISPRO, para el municipio de Medellín, la cuarta y quinta causa de muerte en los hombres se relaciona con causas externas que vienen en descenso desde 2012 seguida de las enfermedades transmisibles, mientras que en las mujeres lo hace al inverso con las enfermedades transmisibles que han presentado un comportamiento estable en el periodo 2005 a 2019, seguida de las causas externas.

La sexta causa de muerte fueron los signos y síntomas mal definidos en ambos sexos, evidenciando el arduo proceso de calidad en la clasificación de las causas de mortalidad, la cual venía presentando tendencia al descenso, con la excepción del último año, donde se registró aumento.

2.4.2. Años de Vida Potencialmente Perdidos -AVPP

Para el período comprendido entre los años 2005 a 2019, las causas externas fueron las responsables de la mayor cantidad de años perdidos entre la población general del municipio de Medellín, siendo las causantes de la pérdida de 2.398 años de vida por cada cien mil habitantes durante el último año analizado. Es importante resaltar que los años de vida perdidos por esta causa han disminuido en comparación con el año 2009 -año con la tasa más alta del periodo.

Las neoplasias se ubican en segundo lugar, siendo las responsables de la pérdida de 2.176 años de vida perdidos por cada cien mil habitantes para el año 2019, mientras la tercera causa de pérdida de años de vida potencial son las demás enfermedades con un total de 1894 de años de vida perdidos por cada cien mil habitantes para el año 2019. Es de resaltar, las neoplasias vienen presentando un comportamiento al incremento en la tasa de los AVPP.

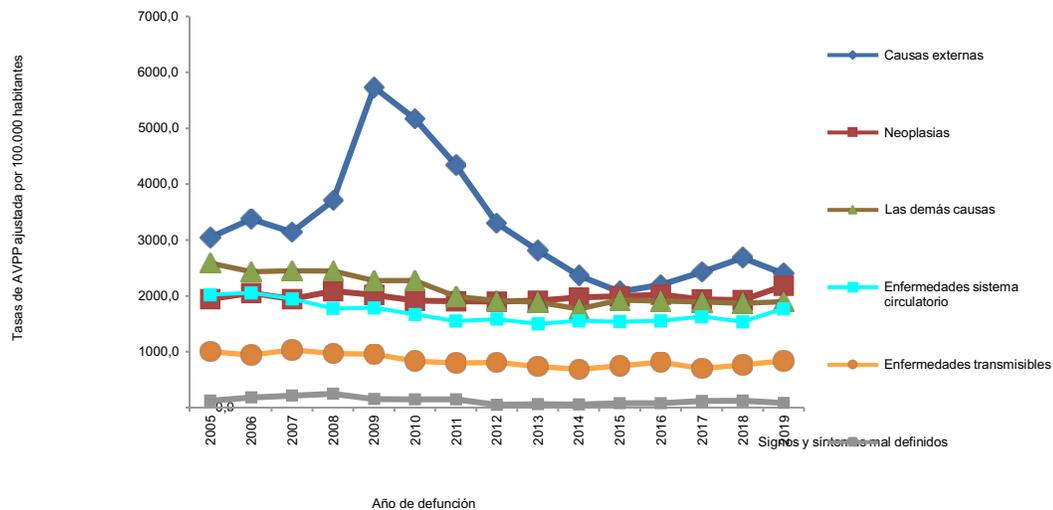


Figura 4. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general. Medellín, 2005 - 2019.
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) - Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 9.

Para el período comprendido entre 2005 a 2019, las causas externas dentro de las que se incluyen homicidios, suicidios y accidentes de cualquier tipo, fueron las responsables de la mayor cantidad de años perdidos entre la población masculina del municipio de Medellín, siendo las causantes de la pérdida de 4177 años de vida por cada cien mil hombres durante el año 2019, cifra inferior a la presentada en 2018. Sin embargo, es importante resaltar que los años de vida perdidos por esta causa han disminuido en comparación con el año 2009, donde las causas externas fueron las responsables de la pérdida de 10.760 por cada cien mil hombres. Por otra parte, para el año 2019 las enfermedades del sistema circulatorio aportan 2.274 años por

cada cien mil hombres, siendo mayor a lo presentado en el año 2018, y en tercer lugar se ocupan las neoplasias. Sin duda, estos dos grupos de causas vienen presentando protagonismo en la mortalidad y en la carga de la mortalidad, por lo que es indispensable continuar mejorando y solucionando los problemas del acceso a salud.

Con relación a la población femenina, para el período comprendido entre los años 2005 a 2019, las neoplasias fueron las responsables de la mayor cantidad de años perdidos entre la población femenina del municipio de Medellín, siendo las causantes de la pérdida de 2192 años de vida por cada cien mil mujeres durante el último año revisado, con una tendencia al aumento.

Por otra parte, las demás causas se ubicaron en segundo lugar, siendo las responsables de la pérdida de 1.703 años de vida perdidos por cada cien mil mujeres; mientras que la tercera causa de pérdida de años de vida potencial son las enfermedades del sistema circulatorio con un total de 1.388 de años de vida perdidos por cada cien mil mujeres para el año 2019, esta última con una tendencia al aumento comparado con los últimos 5 años.

El cuarto y quinto lugar entre las causas de años de vida potencial perdidos por cada cien mil mujeres lo ocupan las causas externas, responsables de 733 AVPP y las enfermedades transmisibles que causaron la pérdida de 540 años de vida perdidos por cada cien mil mujeres durante el año 2019. La población masculina le aporta en gran medida a los AVPP de causas externas, mientras la población femenina en las neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio.

2.5. Análisis de Morbilidad

2.5.1. Principales causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas y condiciones mal clasificadas.

Primera infancia: comprendida entre los 0 y 5 años de edad; registro para el 2019 un total de 608.824 atenciones, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con

un total de 248.554 (40,8%) consultas, seguido de las Condiciones Transmisibles y Nutricionales con 193.358 (31,8%). El número de atenciones registradas entre 2018 a 2019 presentó un incremento en un 12,8%. Para el año 2019 la mayor variación la presentó el grupo de las Lesiones con un incremento del 19,7% con respecto al año anterior. Del total de atenciones en el año 2019, el 5,7% corresponden al grupo de población de la primera infancia.

Infancia: comprendida entre los 6 y 11 años de edad, registro para 2019 un total de 372.468 atenciones, siendo la principal causa las Enfermedades no Transmisibles con un total de 216.993 consultas (58,2%) seguido de las Condiciones Transmisibles y Nutricionales con 517.087 (14,2%). El número de consultas registradas entre 2009 y 2019 presentó un incremento en un 48%. Durante el año 2019, la mayor variación la presentó el grupo enfermedades no transmisibles con un incremento del 14,1% con respecto al año anterior. Del total de atenciones en el año 2019, el 4,5% corresponden al grupo de población de la infancia.

Adolescencia: comprendida entre los 12 y 18 años de edad, registraron para 2019 un total de 682.525 atenciones, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 431.476 (63,2%) consultas. El número de atenciones registradas entre 2009 y 2019 aumentó aproximadamente en un 42%. Del total de atenciones en el año 2019, el 6,4% corresponden a población adolescente. Es importante realizar acciones extramurales para la intervención de esta población.

Juventud: comprendida entre los 14 y 26 años de edad, en este grupo se registraron para 2019 un total de 1.574.188 atenciones, siendo la principal causa de consulta las enfermedades no transmisibles con un total de 888.626 (56,4%), seguido de condiciones transmisibles y nutricionales 246.896 (16,7%). El número de atenciones registradas entre 2009 y 2019 presentó un incremento del 77%. Del total de atenciones en el año 2019, el 14,8% corresponden al grupo de población de la juventud.

Adultez: comprendida entre los 27 y 59 años de edad, en este grupo de edad se registraron para 2019 un total de 4.536.408 atenciones, siendo la principal causa de consulta las Enfermedades no Transmisibles con un total de 3.162.665 (69,7%) consultas; seguidas por las condiciones mal clasificadas (14,6%) y las condiciones transmisibles y nutricionales (9,2%). El número de atenciones registradas entre 2009 y 2019 presentó un incremento del 109,4%. Del total de atenciones en el año 2019, el 42,6% corresponden al grupo de población de la adultez.

Adulto mayor: Población de 60 años o más, registró para el año 2019 un total de 2.886.152 atenciones, siendo la principal causa de consulta las enfermedades no transmisibles con un total de 2.296.804 atenciones (79,6%). Otros motivos de consulta fueron condiciones mal clasificadas

y condiciones transmisibles y nutricionales 12,5 % y 4,1% respectivamente. El número de atenciones registradas entre 2009 y 2019 presentó un incremento de más del 200%. Del total de atenciones registradas en el año 2019, el 27,0% corresponden al grupo de población del adulto mayor.

Tabla 5. Principales causas de morbilidad, población general Medellín 2009 - 2019

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total											4to 2019-2019
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Primera infancia (0-5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	43,30	41,19	42,83	41,03	39,72	34,42	35,54	39,24	37,10	33,98	31,79	-2,22
	Condiciones perinatales	3,08	3,83	3,90	4,17	3,55	4,31	4,10	2,79	2,90	3,29	2,83	-0,88
	Enfermedades no transmisibles	2,45	3,52	3,34	3,72	4,10	4,20	4,66	3,03	3,35	4,16	4,03	0,94
	Lesiones	4,27	4,23	4,56	4,56	4,78	4,74	5,26	5,04	4,83	4,43	5,36	0,91
	Condiciones mal clasificadas	14,40	13,22	13,37	14,13	12,77	12,50	13,44	14,92	10,62	10,11	19,22	1,11
Infancia (6-11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,18	24,36	18,27	17,67	16,91	16,81	15,75	17,46	16,69	14,45	14,22	-0,22
	Condiciones maternas	0,09	0,26	0,04	0,05	0,05	0,10	0,25	0,02	0,05	0,06	0,88	0,02
	Enfermedades no transmisibles	60,07	53,24	40,59	39,29	41,13	42,18	41,19	39,83	37,81	39,11	39,23	-0,04
	Lesiones	6,64	6,81	6,39	6,43	6,67	6,66	7,29	7,79	7,90	6,94	7,91	0,98
	Condiciones mal clasificadas	15,41	16,22	15,17	16,58	16,05	14,26	15,02	16,10	18,00	19,41	19,93	0,52
Adolescencia (12-18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,56	15,14	11,77	11,23	10,84	10,40	9,21	11,37	10,63	9,10	8,68	-0,42
	Condiciones maternas	3,43	2,99	3,09	2,91	3,11	2,99	2,82	1,69	1,90	1,81	1,92	0,11
	Enfermedades no transmisibles	50,55	50,69	42,71	42,54	43,01	43,66	44,42	42,45	42,94	45,64	43,22	-0,42
	Lesiones	6,87	7,50	7,47	7,55	7,52	8,71	9,35	9,17	8,96	7,92	8,10	0,17
	Condiciones mal clasificadas	15,59	15,74	14,96	15,77	15,50	14,05	14,61	15,12	16,46	17,52	18,09	0,57
Juventud (14-20 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,33	16,40	17,34	16,14	16,90	16,44	16,29	19,10	17,65	16,73	15,66	-1,07
	Condiciones maternas	6,64	6,64	6,60	5,32	5,40	5,29	4,95	3,73	3,80	3,71	4,11	0,41
	Enfermedades no transmisibles	56,57	54,25	46,07	47,76	46,69	46,50	46,22	54,34	50,23	46,84	46,06	-0,78
	Lesiones	5,82	6,19	6,56	6,82	7,39	6,46	6,78	6,84	6,78	7,89	8,05	0,16
	Condiciones mal clasificadas	14,83	13,53	13,33	13,89	13,38	12,35	13,77	13,99	14,30	14,81	15,70	0,89
Adultez (21-59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,12	10,84	9,78	9,55	10,07	10,20	9,99	11,21	10,48	9,89	9,22	-0,67
	Condiciones maternas	1,50	1,36	1,20	1,00	1,07	0,99	0,99	0,82	0,87	0,89	0,85	-0,04
	Enfermedades no transmisibles	70,42	71,94	73,24	72,01	72,65	72,54	72,01	70,61	70,22	70,04	68,72	-0,32
	Lesiones	4,36	4,50	4,50	5,01	5,05	6,05	5,88	6,17	5,75	5,52	5,59	0,08
	Condiciones mal clasificadas	13,19	11,53	11,09	11,83	11,16	9,82	11,13	11,30	12,63	13,67	14,62	0,95
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,70	5,43	5,25	5,78	4,53	4,64	4,73	4,70	4,82	4,88	4,10	-0,78
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	80,04	81,37	81,88	79,16	83,08	84,22	82,84	82,19	79,57	78,44	79,98	1,54
	Lesiones	3,59	4,06	3,70	4,32	3,62	4,06	3,78	4,92	3,61	3,73	3,82	0,08
	Condiciones mal clasificadas	10,96	9,13	9,08	10,74	8,77	7,57	8,64	8,18	12,16	13,34	12,50	-0,85

Fuente: DANE-SISPRO RIPS, 2009 -2019.

2.5.2. Morbilidad de eventos de alto costo

En Colombia, Las enfermedades catastróficas en salud pública se encuentran directamente relacionadas con el alto costo, haciéndose mayor énfasis en la enfermedad renal crónica (ERC) en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, el cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata, la leucemia linfocítica aguda, la leucemia mieloide aguda, el linfoma Hodking y no Hodking, la epilepsia, la artritis reumatoide y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y

síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Para para el desarrollo de este documento se tendrán en cuenta las afecciones de las que se posee información a nivel Nacional, la ERC y de la situación del VIH-SIDA la cual se presenta a continuación:

Los valores obtenidos en los indicadores que monitorean los eventos de alto costo desagregados en la tabla 6, no presentan cambios importantes para el departamento de Antioquia y el municipio de Medellín, a excepción de la tasa de incidencia de VIH notificada, la cual presentó valores superiores en el municipio con relación a la observada en el departamento, indicando que el Medellín presenta una situación más desfavorable a la del departamento para este evento. Según el Instituto Nacional de Salud, la incidencia de VIH/Sida en Colombia ha presentado un aumento progresivo a través del tiempo, en donde para el año 2008 fue de 13,7 casos por 100000 habitantes y para el año 2018, a semana 46, se encuentra en 28,1 casos por 100000 habitantes. Para el último año en la semana 46, los departamentos que se encontraron por encima de la incidencia nacional fueron Quindío, Risaralda, Cartagena, Valle del Cauca y Barranquilla. Es importante mencionar, que el departamento de Antioquia se ubicó en el séptimo lugar. Así mismo, el INS encontró que el sexo masculino aporta el 79,4%, de los casos y el 48,9% pertenecen al régimen contributivo. Por pertenencia étnica, 599 casos (4,3 %) se notificaron en afrocolombianos, 165 casos (1,2%) en población indígena y por área de ocurrencia el 88,1 % son de la cabecera municipal. (INS.Boletín Epidemiológico Semanal - Semana epidemiológica 47. Bogotá, 2018).

Pese a los esfuerzos realizados en el país, en el departamento de Antioquia, y específicamente en el municipio de Medellín en materia política, económica y sociosanitaria han sido cada año más loables, no se ha alcanzado el impacto deseado para invertir la progresividad del virus del VIH. (Piedrahita, Posada, & Bermúdez, 2017).

En este contexto, se puede afirmar que, en los diversos servicios ofrecidos para la población con VIH, los aspectos económicos no deben ser los únicos que determinen la accesibilidad; sino que también deben contemplarse dimensiones sociales como el desplazamiento y el prolongado conflicto armado, además de barreras socioculturales como el machismo, la homofobia, la agresión sexual, el sexo por presión económica y la carente percepción de riesgo.

Tabla 6. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos de alto costos. Antioquia y Medellín 2009-2018.

Evento	Antioquia 2018	Municipio 2018	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	1,00	0,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	8,36	9,60	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de VIH notificada	29,03	44,24	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años), 2017	0,40	0,41	-	-	-	↗	↗	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↘	-	-	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años, 2017)	3,60	3,73	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	-	-	

Fuente: Cuenta de alto costo y SIVIGILA. Medellín, 2007-2018.

2.6. Priorización de los efectos de salud municipio de Medellín

Después de realizar el Análisis situacional de Salud general, según la metodología planteada por el Ministerio de Salud y protección Social, se realiza un ejercicio de priorización de eventos en salud inicialmente utilizando la metodología de Hanlon, la cual utiliza los siguientes criterios:

- **Magnitud:** Número de personas afectadas. Definir cómo vamos a dar la puntuación entre 0 y 10 según la magnitud del problema.
- **Severidad:** Podríamos utilizar datos objetivos de los sistemas de información (mortalidad, morbilidad, datos sobre conductas de salud) o pueden utilizarse datos subjetivos.
- **Efectividad:** Se puntuaría la capacidad que tenemos de actuar sobre ese problema (si el problema es fácil o difícil de solucionar).
- **Factibilidad:** Incluye varias dimensiones como pertinencia, economía, recursos, aceptable, legalidad.

Así mismo para complementar dicho análisis, se validó con diferentes actores, complementando con algunos

eventos que no se identificaron como prioritarios inicialmente y además se incluyen los definidos para el seguimiento del actual plan de desarrollo 2016-2019.

La priorización final se muestra en la Tabla 7, y es a partir de estos eventos identificados que se desarrollara el análisis a profundidad del comportamiento de cada uno de ellos, según el territorio, la población y sus determinantes.

Tabla 7. Priorización de los problemas de salud de Medellín.

<i>Dimensión Plan Decenal</i>	<i>Prioridad</i>	<i>Grupo de Riesgo (MIAS)</i>	<i>Programa</i>	<i>Proyecto</i>
1. Salud Ambiental	Enfermedades relacionadas con calidad del aire y ruido	000	Salud Ambiental	CONTROL Y GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD
	Prevalencia de Arbovirosis en la población general	009	Salud Ambiental	CONTROL Y GESTIÓN INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZONOSIS
	Enfermedades relacionadas con condiciones sanitarias y ambientales	009	Salud Ambiental	CONTROL Y GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS SANITARIOS QUE AFECTAN LA SALUD
	Prevalencia de accidentalidad vial	012	Salud Ambiental	CONTROL Y GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD
	Vulnerabilidad territorial, social y en salud al cambio climático	000	Salud Ambiental	CONTROL Y GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	Enfermedades del sistema circulatorio en la población general	001	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Mortalidad por Tumor maligno de mama en mujeres	007	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Mortalidad por Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon general	007	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Mortalidad en menores de 5 años por Leucemia y Cáncer infantil	007	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Incidencia de Enfermedad Renal Crónica en población general Adultos	001	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
3. Convivencia social y salud mental	Mortalidad por suicidio en población general	012	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Prevalencia de intento de suicidio en mujeres	012	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupo de Riesgo (MIAS)	Programa	Proyecto
	Prevalencia de trastornos por consumo de sustancia psicoactivas	004	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Prevalencia de violencia intrafamiliar y de género	012	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
4. Seguridad alimentaria y nutricional	prevalencia de sobrepeso y obesidad en curso de vida de infancia y adolescencia	003	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Bajo peso al nacer	008	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Desnutrición crónica en la primera infancia	003	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Prevalencia morbilidad materna extrema	008	VIGILANCIA EN SALUD	IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA AL ACCESO DE LOS SERVICIOS EN SALUD
	Embarazo Adolescente	008	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Prevalencia de Sífilis congénita y gestacional	008	VIGILANCIA EN SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA EN VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA LA SALUD
	Presencia de casos de Mortalidad Materna evitable	008	VIGILANCIA EN SALUD	IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA AL ACCESO DE LOS SERVICIOS EN SALUD
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	Prevalencia de VIH/Sida en población adulta	009	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Prevalencia de Tuberculosis en población vulnerable	009	VIGILANCIA EN SALUD	IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA AL ACCESO DE LOS SERVICIOS EN SALUD
	Prevalencia de enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años	009	VIGILANCIA EN SALUD	IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA AL ACCESO DE LOS SERVICIOS EN SALUD
7. Salud pública en emergencias y desastres	Prevalencia de eventos de interés internacional – Pandemia por Covid 19	009	VIGILANCIA EN SALUD	IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA AL ACCESO DE LOS SERVICIOS EN SALUD
	Presencia de zonas de alta vulnerabilidad a variables climáticas	000	VIGILANCIA EN SALUD	DESARROLLO DE LA VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL
	Alta mortalidad por accidentalidad vial	012	VIGILANCIA EN SALUD	DESARROLLO DE LA VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL
8. Salud y Ambiente laboral	Prevalencias de accidentalidad laboral	011	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Alta tasa de informalidad laboral y aumento del desempleo	011	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Prevalencia de enfermedad laboral	011	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
9. Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	Tasas de incidencia de leucemia en población de primera infancia	007	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Baja cobertura de programas de Salud sexual y reproductiva en	008	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD

<i>Dimensión Plan Decenal</i>	<i>Prioridad</i>	<i>Grupo de Riesgo (MIAS)</i>	<i>Programa</i>	<i>Proyecto</i>
	población indígena, negra y palenquera			
	Aumento de población migrante	000	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Fortalecimiento de acciones público-privadas conjuntas de salud	000	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	implementación de las estrategias APS, acciones extramurales de IECM en salud y detección temprana de enfermedades	000	MEDELLIN ME CUIDA SALUD	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA MEDELLIN ME CUIDA SALUD
	Fortalecimiento de la Gestión del conocimiento	000	TECNOLOGÍAS EN SALUD, GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO	GESTION DE LA INFORMACION EN SALUD

2.7. Análisis de profundización eventos priorizados con enfoque territorial y determinantes

A continuación, se relacionan los capítulos del análisis específico de cada uno de los eventos anteriormente priorizados por dimensión del Plan Decenal de Salud Pública en cada una de las 16 comunas y 5 corregimientos.

- 1.** Vida saludable y condiciones no transmisibles.
- 2.** Seguridad alimentaria y nutricional.
- 3.** Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.
- 4.** Convivencia social y salud mental.
- 5.** Salud Ambiental.
- 6.** Vida saludable y enfermedades transmisibles.
- 7.** Salud y ámbito laboral.
- 8.** Salud pública en emergencia y desastres.
- 9.** Poblaciones vulnerables.
- 10.** Salud Bucal.
- 11.** Covid 19.
- 12.** Desigualdades en salud.

***Esta es una publicación de la Secretaría de Salud de Medellín
Para ampliar información puede escribir al correo
planeación.salud@medellin.gov.co
www.medellin.gov.co/salud
Línea de atención al ciudadano 4444144***