

Salud Pública de Medellín

Volumen 5, Suplemento 2, Julio 2011 ISSN 1909-1265



Alcaldía de Medellín



Volumen 5, Suplemento 2, Julio 2011
ISSN 1909 -1265

Alonso Salazar Jaramillo
Alcalde

María del Pilar Pastor Durango
Secretaria de Salud

Carlos Alberto Romero Botero
Subsecretaria de Salud Pública

Gloria Inés Garro Cossio
Subsecretaria de Planeación

Gloria Emilse Urrego Urrego
Subsecretaría de Gestión Administrativa

Omar Benigno Perillo Ballesteros
Subsecretaria de Aseguramiento

María del Pilar Pastor Durango
Editorial

Diseño, diagramación e impresión
Impresos Begón Ltda.

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 tanto en la definición de estrategias, como en la toma de decisiones y contribuyan a impactar positivamente en la calidad de vida de la ciudadanía.

Salud Pública de Medellín
Revista de la Secretaría de Salud
Municipio de Medellín
Volumen 5, suplemento 2, Julio 2011

Diseño carátula y contra-carátula: Secretaría de Salud de Medellín
Foto portada por: Secretaria Salud de Medellín

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 Biomédicas (ICMJE) La revista Salud Pública de Medellín tiene un tiraje de 1000 ejemplares que en su mayoría son distribuidos gratuitamente entre personal e instituciones de salud y de la educación.

Para canje, compra o suscripción diríjase a:
Calle 44 # 52-165 - Piso 4
Centro Administrativo La Alpujarra -Palacio Municipal-
Secretaría de Salud Municipio de Medellín
Subsecretaría de Salud Pública
Dirección electrónica: secre.salud@medellin.gov.co
Precio del ejemplar \$17.000, suscripción (un año) \$30.000
La revista puede descargarse gratuitamente del sitio
<http://www.medellin.gov.co/salud/index.jsp>

Derechos reservados de autor. Queda prohibida la reproducción parcial o total del material gráfico y editorial de la publicación sin previa autorización escrita del editor. Las opiniones y comentarios aquí expresados son responsabilidad exclusiva del autor o autores del artículo y no comprometen a la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín.

Análisis de Situación de Salud Medellín 2010

Documento elaborado por el equipo de Epidemiología de la Secretaría de Salud de Medellín:

Rita Elena Almanza Payares
Enfermera, Epidemióloga

Fernando Nicolas Montes Zuluaga
Médico, Epidemiólogo

Verónica Lopera Velásquez
Bacterióloga, Epidemióloga

Isabel Cristina Grajales Atehortua
Profesional Gerencia Sistemas de Información, Epidemióloga

Elizabeth Hoyos Zuluaga
Estadística, Epidemióloga

Carolina Salas Zapata
Profesional Gerencia Sistemas de Información, Epidemióloga

Isabel Cristina Vallejo Zapata
Medico, Epidemiólogo

Marcela Arrubla Villa
Bacterióloga, Epidemióloga

Carolina Restrepo Estrada
Profesional Gerencia Sistemas de Información

Lina Maria Guzman Saldarriaga
Ingeniera de Sistemas

El equipo de trabajo agradece los valiosos comentarios y aportes recibidos, los cuales han sido incorporados a lo largo del documento.

Equipo de Inspección Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud de Medellín
Equipo de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Medellín

Introducción

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Caracterización de la población | 10 |
| 1.1 | Caracterización Territorial | 10 |
| 1.2 | Caracterización demográfica | 14 |
| 1.2.1 | Distribución poblacional por grupos de edad entre 1993 y 2010 | 15 |
| 1.2.2 | Tasa de crecimiento | 18 |
| 1.2.3 | Migración | 20 |
| 1.3 | Caracterización socioeconómica | 22 |
| 1.3.1 | Población económicamente activa - PEA | 23 |
| 1.4 | Seguridad sanitaria y del ambiente | 27 |
| 1.4.1 | Calidad del agua | 27 |
| 1.4.2 | Servicio de alcantarillado | 29 |
| 1.4.3 | Recolección de basuras | 30 |
| 1.4.4 | Gas natural | 31 |
| 1.5 | Educación | 33 |
| 1.6 | Cobertura en Salud | 35 |
| 1.6.1 | Coberturas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social | 36 |
| 1.6.2 | Recursos, servicios e Infraestructura en Salud | 38 |
| 1.7 | Perfil de Morbilidad-Mortalidad | 42 |
| 2. | SALUD INFANTIL | 45 |
| 2.1 | Morbilidad en niños y niñas | 45 |
| 2.1.1 | Morbilidad por consulta externa | 46 |
| 2.1.2 | Morbilidad por urgencias | 47 |
| 2.2 | Mortalidad en niños y niñas | 48 |
| 2.3 | Análisis con enfoque de equidad | 49 |
| 2.3.1 | Sífilis congénita | 49 |
| 2.3.2 | Mortalidad infantil (menores de 1 año) | 51 |
| 2.3.3 | Mortalidad en menores de 1 año | 53 |
| 2.3.4 | Mortalidad en menores de cinco años | 54 |
| 2.4 | Plan Ampliado de Inmunización - PAI | 58 |
| 3. | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 59 |
| 3.1. | Tasa de fecundidad | 60 |
| 3.1.1. | Tasa de fecundidad en adolescentes | 61 |
| 3.2. | Mortalidad Materna | 63 |
| 3.2.1 | Muerte materna: distribución según grupos de edad | 65 |
| 3.2.2 | Mortalidad Materna: principales causas | 66 |

| | | |
|------|--|-----|
| 3.3. | Mortalidad por cáncer de cuello uterino | 67 |
| 3.4. | Tasa de mortalidad por cáncer de mama (Tasa por cien mil mujeres) | 69 |
| 3.5. | Tasa de mortalidad por cáncer de próstata | 71 |
| 3.6. | VIH/Sida | 73 |
| 3.6 | Importancia del número de controles prenatales | 75 |
| 3.7 | Cobertura parto institucional | 76 |
| 4. | SALUD ORAL | |
| | | 76 |
| 4.1 | Dientes permanentes de los mayores de 18 años | 77 |
| 5. | ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Ecnt Y DISCAPACIDAD | 79 |
| 5.1 | Actividad física / Sedentarismo | 80 |
| 5.2 | Tabaquismo | 81 |
| 5.3 | Consumo de alcohol | 82 |
| 5.4 | Enfermedad renal crónica | 82 |
| 5.5. | Diabetes | 87 |
| 5.6. | Enfermedades circulatorias (Enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón y cerebrovasculares) | 90 |
| 5.7. | Población en situación de discapacidad | 92 |
| 5.8. | Caracterización y origen de la discapacidad | 94 |
| 6. | SALUD MENTAL | 99 |
| 6.1 | Trastornos mentales y/o del comportamiento atendidos por consulta externa | 99 |
| 6.2 | Trastornos mentales y del comportamiento atendidos por hospitalización | 101 |
| 6.3 | Trastornos mentales y/o del comportamiento atendidos por urgencias | 102 |
| 6.4 | Intento de suicidio en Medellín | 102 |
| 6.5 | Suicidio en Medellín | 104 |
| 6.6 | Violencia intrafamiliar y sexual en Medellín | 109 |
| 7. | ENFERMEDADES TRANSMISIBLES | 112 |
| 7.1 | Tuberculosis | 113 |
| 7.2 | Lepra | 115 |
| 7.3 | Dengue | 116 |
| 7.4 | Cólera | 120 |
| 7.5 | Rabia | 120 |
| 7.6 | Fiebre Amarilla | 122 |
| 7.7 | Malaria | 122 |
| 7.8 | Leishmaniasis | 123 |
| 7.9 | Chagas | 124 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 7.10 | Enfermedades de transmisión sexual | 124 |
| 7.11 | Sífilis gestacional | 125 |
| 7.12 | Hepatitis B | 126 |
| 7.13 | Enfermedades inmunoprevenibles | 127 |
| 7.13.1 | Parálisis flácida | 127 |
| 7.13.2 | Sarampión | 127 |
| 7.13.3 | Rubéola | 129 |
| 7.13.4 | Tosferina | 130 |
| 8. | SALUD NUTRICIONAL | 131 |
| 8.1 | Recién nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2500 gr) | 131 |
| 8.2 | Desnutrición global, aguda y crónica | 133 |
| 8.3 | Número de niños beneficiados con el programa de Restaurantes Escolares | 135 |
| 8.4 | Número de adultos mayores beneficiados con complemento alimentario | 136 |
| 8.5 | Mortalidad por desnutrición | 136 |
| | CONCLUSIONES | 138 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 143 |

LISTA DE CUADROS

| | |
|---|--|
| 5 | Cuadro 1. Tasa de fecundidad y de mortalidad en la población. Medellín 2005 – 2010. 18 |
| | Cuadro 2. Esperanza de vida en la población, según grupos de edad. Medellín 2005 – 2010. 19 |
| | Cuadro 3. Población por comuna y causas de migración a Medellín, 2010 (2). 21 |
| | Cuadro 4. Población económicamente activa para Antioquia 23 |
| | Cuadro 5. Tasa de empleo en Medellín 2005 – 2010 24 |
| | Cuadro 6. Cobertura de servicios de electricidad 25 |
| | Cuadro 7. Cobertura de servicios de telefonía. 26 |
| | Cuadro 8. Índice de riesgo para el consumo de agua potable. Medellín. 27 |
| | Cuadro 9. Proporción de población en condición de hacinamiento 32 |
| | Cuadro 10. Tasa de analfabetismo en personas entre 15 y 24 años 33 |
| | Cuadro 11. Años promedio de educación en la población de 15 años y más 34 |
| | Cuadro 12. Distribución porcentual de la población por clasificación de Sisbén 35 |
| | Cuadro 13. Población afiliada al Régimen Subsidiado, por nivel de Sisbén, en Medellín 2010. 39 |
| | Cuadro 14. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS habilitadas en Medellín, según su localización por comunas y naturaleza jurídica, Julio 2011 39 |
| | Cuadro 15. Distribución de las primeras cinco causas de Mortalidad en población total, según grupos de edad. Medellín 2005 – 2010. 42 |
| | Cuadro 16. Distribución de las primeras cinco causas de Morbilidad por consulta externa, población total, (298 causas cie 10). Medellín 2010. 44 |
| | Cuadro 17. Tasa de sífilis congénita por comunas, metodología Urban Heart, Medellín 2005-2010. 49 |
| | Cuadro 18. Tasa de mortalidad infantil por comunas, metodología Urban Heart, Medellín 2005-2010. 51 |
| | Cuadro 19. Mortalidad por Enfermedad Respiratoria aguda (ERA) niños y niñas de Medellín, 2005-2010. Tasas por mil menores de cinco años. 54 |
| | Cuadro 20. Tasa de mortalidad menores de cinco años por EDA, según comunas, metodología Urban Heart, Medellín 2005-2010. 56 |
| | Cuadro 21. Tasa de mortalidad materna por comunas, metodología Urban Heart, Medellín 2005-2010. 63 |
| | Cuadro 22. Causas de mortalidad materna en Medellín 2003-2010 66 |
| | Cuadro 23. Tasas de mortalidad temprana (menores 60 años) por cáncer de próstata. Medellín 2002 – 2010. 72 |
| | Cuadro 24. Número de casos de consulta externa, hospitalización y urgencias por grupos de edad. Medellín 2006 – 2010 78 |

- Cuadro 25. Comportamiento de la prevalencia actividad física. Medellín. 2002 - 2009. 81
- Cuadro 26. Tasas de mortalidad temprana (menores 60 años) por ERC. Medellín 2000 - 2010 85
- Cuadro 27. Tasas de mortalidad por diabetes por comunas. Medellín 2005 - 2010 88
- Cuadro 28. Tasas de mortalidad temprana (menores 60 años) por diabetes. Medellín 2000 - 2010 89
- Cuadro 29. Años de vida potencialmente perdidos por enfermedad isquémica del corazón. Medellín 1999 -2009 91
- Cuadro 30. Mortalidad general y en menores de 60 años por enfermedades circulatorias. Medellín 2000 - 2010 92
- Cuadro 31. Caracterización de población en condición de discapacidad según sexo y comuna 2010. 93
- Cuadro 32. Lugares en los que se encuentran barreras que les impiden a las personas discapacitadas desarrollar actividades diarias. Medellín 2010 96
- Cuadro 33. Principal orígenes de la discapacidad Medellín 2010 97
- Cuadro 34. Principales consecuencias de la discapacidad según sexo Medellín 2010 98
- Cuadro 35. Número y tasas de incidencia de tuberculosis. Medellín, 1990 - 2010. 114
- Cuadro 36. Prevalencia de la desnutrición global, aguda y crónica. Medellín, 2010. 133
- Cuadro 37. Mortalidad por desnutrición, en niños y niñas menores de cinco años por comunas, metodología Urban Heart, Medellín 2005-2010. 136

LISTA DE GRÁFICAS

5

- Gráfica 1. Comparación de pirámides de población de Medellín, años 1993-2010.
- Gráfica 2. Representación proporcional de población por estrato socioeconómico. Medellín 2010.
- Gráfica 3. Representación proporcional de población por pertenencia étnica. Medellín 2010.
- Gráfica 4. Tasa de crecimiento anual de la población. Medellín 2010.
- Gráfica 5. Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas, Medellín, 2009.
- Gráfica 6. Pirámide de población afiliada al Régimen Subsidiado en Medellín 2010.
- Gráfica 7. Población afiliada al Régimen Subsidiado, por nivel de Sisbén, en Medellín 2010.
- Gráfica 8. Índices de camas hospitalarias por mil habitantes por región en el departamento de Antioquia 2011.
- Gráfica 9. Cinco principales motivos de consulta externa en menores de cinco años. Medellín 2005 a 2009 (298 causas CIE 10)
- Gráfica 10. Cinco primeros motivos de consulta de urgencias en menores de cinco años. Medellín 2005 a 2009 (298 causas CIE 10).
- Gráfica 11. Cinco primeras causas de mortalidad en menores de cinco años, según causas y sexo, Medellín 2005 a 2009 (103 causas CIE 10)
- Gráfica 12. Promedios mínimos y máximos de la incidencia de la sífilis congénita por comunas del municipio de Medellín 2005-2010
- Gráfica 13. Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) por comunas, Medellín 2005-2010
- Gráfica 14. Cinco principales causas de mortalidad en menores de 1 año. Medellín, 2005 a 2009 (103 causas CIE 10).
- Gráfica 15. Mortalidad por ERA en niños y niñas menores de 5 años, por comunas, Medellín 2005-2010
- Gráfica 16. Mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años, por comunas, Medellín 2005-2010
- Gráfica 17. Coberturas de Vacunación por biológico con población proyectada Censo DANE 2005
- Gráfica 18. Tasa de Fecundidad según índice de Calidad de Vida, Medellín 2010
- Gráfica 19. Fecundidad específica en adolescentes entre 10 y 19 años Medellín 2010 (Tasa por mil mujeres entre 10 y 19 años)
- Gráfica 20. Fecundidad específica en adolescentes de 10 a 19 años, según comunas, Medellín 2010.
- Gráfica 21. Razón de mortalidad materna por comunas, Medellín 2005-2010
- Gráfica 22. Razón de mortalidad materna por comunas, Medellín 2005-2010
- Gráfica 23. Mortalidad por cáncer de cuello uterino por cien mil mujeres, según comuna de residencia, Medellín 2005-2010.
- Gráfica 24. Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino global y en mujeres menores de 60 años. Medellín años 2000 -2010
- Gráfica 25. Tasas media de mortalidad por cáncer de mama por comunas. Medellín 2005 - 20

- Gráfica 26. Tendencia de la mortalidad por cáncer de mama y peso porcentual de la mortalidad temprana (menores de 60 años) por esta causa. Medellín 2000 -2010
- Gráfica 27. Tendencia mortalidad anual por cáncer de próstata. Medellín 2002-2010
- Gráfica 28. Casos de VIH reportados por sexo, Medellín 1999 - 2010
- Gráfica 29. Casos de VIH diagnosticados por año, residentes en Medellín, 1999-2010
- Gráfica 30. Porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales Medellín, 1999-2010
- Gráfica 31. Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica. Medellín 2000 -2010
- Gráfica 32. Comparación por comunas de la tasa media de mortalidad por ERC Periodo 2005 - 2010. Medellín
- Gráfica 33. Comportamiento de las tasas de mortalidad por diabetes. Medellín 2000-2010.
- Gráfica 34. Tendencia de las enfermedades circulatorias. Medellín 1999 - 2010
- Gráfica 35. Tendencia de la proporción de muertes en menores de 60 años por enfermedad circulatoria. Medellín 2000 - 2010
- Gráfica 36. Distribución por grupos etáreos de la población en situación de discapacidad Medellín 2010
- Gráfica 37. Caracterización de la población en situación de discapacidad por estrato socio económico y afiliación al régimen de seguridad social en salud. Medellín 2010.
- Gráfica 38. Clasificación según CIF de deficiencias en funciones y estructuras corporales
- Gráfica 39. Clasificación de las restricciones según CIF. Medellín 2010.
- Gráfica 40. Porcentaje de consulta externa por trastornos mentales y del comportamiento según sexo (Rips). Medellín, años 2006 a 2010.
- Gráfica 41. Distribución porcentual de consulta externa por trastornos mentales y del comportamiento según grupos de edad. Medellín, años 2006 a 2010.
- Gráfica 42. Motivos más frecuentes de consulta externa por trastornos mentales y/o del comportamiento. Medellín, año 2010.
- Gráfica 43. Motivos más frecuentes de hospitalización por trastornos mentales y/o del comportamiento. Medellín, año 2010.
- Gráfica 44. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según grupos de edad. Medellín, año 2010.
- Gráfica 45. Distribución de las tasas de intento de suicidio en las comunas de Medellín respecto a la tasa municipal. Año 2010.
- Gráfica 46. Comparativo de las tasas de suicidio en Medellín, Antioquia y Colombia. 1999 a 2010.
- Gráfica 47. Distribución porcentual de las defunciones por suicidio según grupos de edad. Medellín, año 2010.
- Gráfica 48. Distribución porcentual de las defunciones por suicidio según estado civil. Medellín, año 2010.
- Gráfica 49. Distribución de las tasas de suicidio en las comunas de Medellín

- respecto a la tasa municipal. Año 2010. 109
- Gráfica 50. Proporción de casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual reportados por las IPS, según tipo. Medellín 2009 - 2010. 110
- Gráfica 51. Número de casos de violencia intrafamiliar y sexual según mes de ocurrencia. Medellín, año 2010. 111
- Gráfica 52. Distribución de las tasas de violencia intrafamiliar y sexual en las comunas de Medellín respecto a la tasa municipal. Año 2010. 112
- Gráfica 53. Número de casos de dengue reportados según clasificación final, Medellín 2010 118
- Gráfica 54. Número de casos de dengue reportados según semana epidemiológica, Medellín 2010 119
- Gráfica 55. Enfermedades de transmisión sexual reportadas por Sivigila Medellín semana 1 - 25 2008 a 2010 125
- Gráfica 56. Número de casos sospechosos de parálisis flácida, sarampión y rubeola reportados en Medellín 2008 - 2010 130
- Gráfica 57. Número de casos de tosferina reportados y confirmados en Medellín 2008 - 2010. 131

Editorial



Introducción

El “Análisis de Situación de Salud” busca trascender la definición de salud como estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1), a partir del gestionamiento y la posibilidad de desarrollar el proyecto de vida de las personas en búsqueda del bienestar colectivo.

En el interés de aportar elementos que permitan una mejor comprensión de la situación de salud de los ciudadanos, la Secretaría de Salud de Medellín ha involucrado a partir de las estadísticas de morbilidad, mortalidad y discapacidad, las coberturas y dinámicas del aseguramiento o el análisis de oferta y demanda de servicios asistenciales, un modelo analítico que pretende develar intereses, capacidades, conflictos y modos diferenciales de concebir la salud entre los actores sociales, para a partir de allí evidenciar cómo se expresan las restricciones o aciertos de una respuesta concebida desde el ámbito institucional, sectorial y social. Desde el concepto de “Análisis de Salud” en este documento se plasman todas estas perspectivas, sin dar un juicio de valor frente a la validez del tipo de análisis, pues se acepta que la lectura de la realidad es posible desde diferentes ángulos y que el diálogo presente permitirá el enriquecimiento y el reconocimiento mutuo para ampliar las competencias analíticas de los diferentes actores.

Este documento busca plasmar la situación de salud en el municipio, proporcionando un análisis desde diferentes ejes trazadores, convirtiéndose en una herramienta útil para la toma de decisiones. Si bien guarda una estructura propia y diferenciada, mantiene hilos conectores con otras dinámicas y ejercicios analíticos institucionales. Por ende, debe entenderse que la mirada presentada en este, es complementaria con los procesos y productos presentados desde el interior de la Secretaría de Salud de Medellín. Para el desarrollo del presente análisis se mantiene el enfoque de determinantes de la salud, en el que se busca entender cómo se manifiesta e interactúan las condiciones diferenciales de calidad de vida, salud y equidad entre diferentes grupos sociales.

La Secretaría de Salud, como garante de las condiciones de calidad de vida y salud de la población medellinense, considera que uno de los insumos estratégicos para potenciar los procesos de planeación y gestión de la salud lo constituye el ANÁLISIS DE SITUACION DE SALUD DE LA CIUDAD, lo que implica desarrollar un proceso permanente de investigación, debate y explicación de los fenómenos del proceso salud - enfermedad.

1. Caracterización de la población

1.1 Caracterización territorial

Medellín es un municipio colombiano, capital del departamento de Antioquia, situado en el centro del Valle de Aburrá ubicado en la cordillera central y atravesado por el río Medellín. Es la segunda ciudad más poblada de Colombia. Medellín pertenece a la región noroccidental del país; se ubica a 409 kms. de Bogotá Distrito Capital por tierra y a 50' por vía aérea. Medellín pertenece a la primera Área Metropolitana creada en Colombia en 1980 y es la segunda Área Metropolitana en población en el país después del Distrito Capital de Bogotá. La mancha urbana del Área Metropolitana del Valle de Aburrá que se encuentra en el centro del valle está conformada por 10 municipios y de estos se destaca la conurbación de las cuatro ciudades más grandes por número de habitantes: Medellín, Bello, Itagüí y Envigado, éstas suman 15.065,13 ha, lo que corresponde a un conglomerado urbano que ocupa el 13% del total del Área Metropolitana.

El río es el eje natural que divide la ciudad en dos grandes zonas, donde se localizan las vertientes oriental y occidental, con características geológicas, topográficas y geomorfológicas diferentes. Los principales determinantes hidrográficos para el desarrollo del área urbana han sido la quebrada La Iguaná y la quebrada Santa Elena, las cuales desde sectores opuestos confluyen al río Medellín, en el área central. A lo largo de estas quebradas y en sus planicies aluviales se iniciaron los primeros desarrollos urbanos incipientes que dieron origen a la configuración actual de la ciudad. Las áreas tributarias de estas dos quebradas facilitaron los sectores de mayor dinámica y desarrollo residencial y comercial, en los cuales se localiza el área central de la ciudad.

Medellín cuenta con una ubicación estratégica por estar situada en un valle de la Cordillera Central de Los Andes. Presenta una topografía diversa, con un gran valle en el centro y sus laderas oriental y occidental que se expanden

hacia las montañas circundantes. En el valle se destacan dos accidentes geográficos que refrescan el paisaje de verde, ellos son el Cerro El Volador y el Cerro Nutibara, los cuales hacen parte de los ocho Cerros Tutelares que rodean la ciudad. El 87,37% de las vías se encuentran en suelo urbano.

En Medellín las zonas constituyen una importante dimensión de percepción del territorio y comprensión de sus procesos y problemas que presenta ya una tradición en la organización y dinámica comunitaria. A ellas se dirigen los procesos de planeación participativa adelantados o en marcha en la ciudad, tanto de iniciativa municipal como ciudadana, y su ámbito constituye un nodo importante en la organización social vigente.

La Zona 1 Nororiental, conformada por las comunas Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez, está localizada entre el río Medellín, el corregimiento de Santa Elena, el municipio de Bello y la zona N° 3 Centroriental. La Zona 2 Noroccidental, conformada por las comunas Castilla, Doce de Octubre y Robledo, está localizada entre el corregimiento de San Cristóbal, el río Medellín y la zona N° 1 al oriente, el municipio de Bello al norte y la Zona N° 4 Centrocidental al sur. La Zona 3, conformada por las comunas Villa Hermosa, Buenos Aires y La Candelaria, está localizada entre la zona N° 4 al occidente, el corregimiento de Santa Elena al oriente, la zona N° 1 al norte y la zona N° 5 al sur. La zona 4 Centrocidental, conformada por las comunas Laureles Estadio, La América y San Javier, está localizada entre el corregimiento de San Cristóbal al occidente, el río Medellín al oriente, la Zona 2 al norte y la Zona 6 al sur. La Zona 5 Suroriental está conformada por la comuna de El Poblado y localizada entre el río Medellín al occidente, el municipio de Envigado al oriente y al sur, y la zona centroriental al norte. Por último, la zona 6 Suroccidental, conformada por las comunas de Guayabal y Belén, está localizada entre el corregimiento de San Cristóbal al occidente, el río Medellín al oriente, la Zona N° 4 al norte y el municipio de Itagüí al sur.

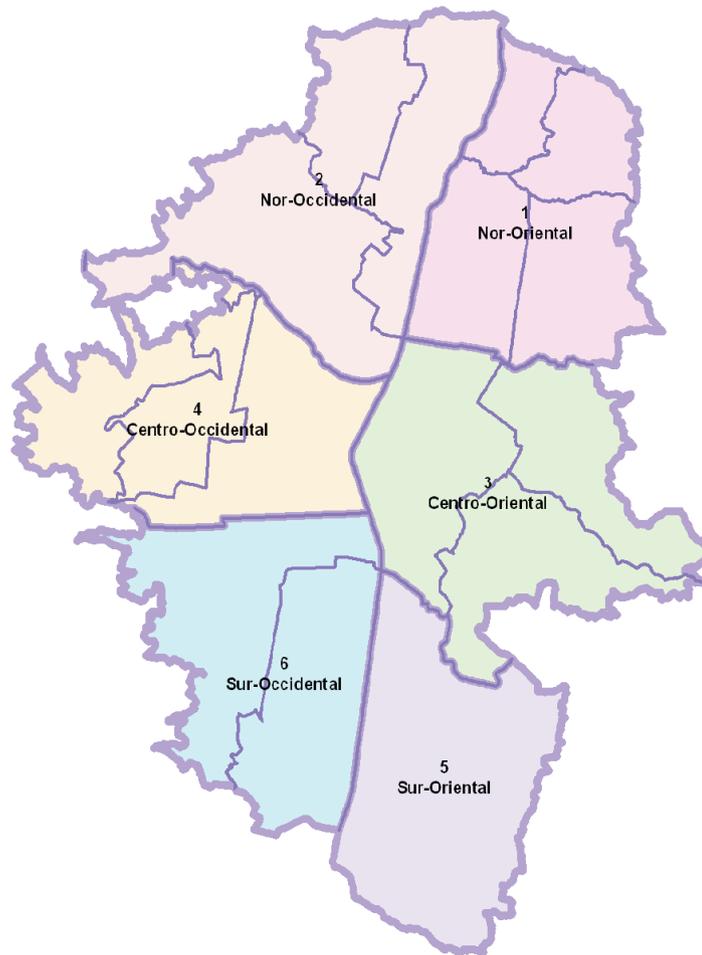


Figura 1. División por Zonas. Medellín 2011

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Medellín en Cifras 2009.

El corregimiento de San Sebastián de Palmitas limita al norte con el municipio de San Jerónimo, al occidente con el municipio de Ebéjico, al sur con el Corregimiento de San Antonio de Prado y por el oriente con el municipio de Bello y el corregimiento de San Cristóbal. Este último limita al norte con el municipio de Bello, al sur con el Corregimiento de Altavista, al oriente con la comuna de Robledo y al occidente con el corregimiento de San Sebastián de Palmitas. El corregimiento de Altavista limita al norte con los corregimientos de San Sebastián de Palmitas y San Cristóbal, al sur con el municipio de Itagüí, al oriente con la Comuna

de Belén y al occidente con el corregimiento de San Antonio de Prado; el que a su vez limita al norte con el corregimiento de San Sebastián de Palmitas, al sur con los municipios de La Estrella e Itagüí, al oriente con los corregimientos de Altavista y San Cristóbal y al occidente con los municipios de Heliconia y Angelópolis; y el corregimiento de Santa Elena, limita por el norte con el municipio de Copacabana, por el sur con el municipio de Envigado, por el oriente con los municipios de Guarne, Rio Negro y El Retiro y por el occidente con las Zonas Urbanas Nororiental, Centroriental y Suroriental.

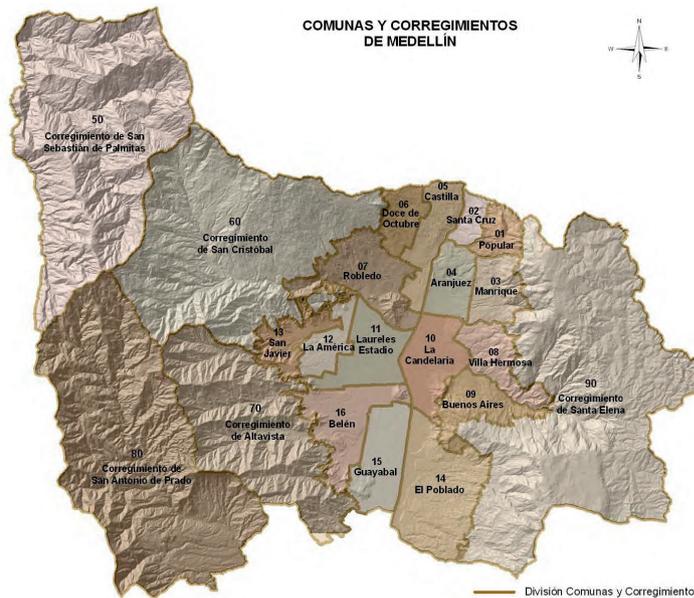


Figura. 2. División por comunas y corregimientos de Medellín.

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Medellín en Cifras 2009.

El Valle de Aburrá, cuyo nombre se deriva de los indígenas Aburraes que habitaron originalmente el territorio, fue descubierto el 24 de agosto de 1541 por Jerónimo Luis Tejelo, pero el poblado que habría de servir de base a la ciudad original sólo se fundaría en 1649. Este tendría que esperar a su erección definitiva hasta el 2 de noviembre de 1675, cuando tomó el nombre de “Nueva Villa de Nuestra Señora de la Candelaria de Medellín”(2).

Debido al gran auge comercial que observaba la villa, don Juan del Corral la declaró ciudad en 1813 y en 1826 fue recategorizada como capital de la provincia de Antioquia, por decreto del vicepresidente Francisco de Paula Santander.

A lo largo de la historia, la ciudad ha ido sumando funciones: de epicentro de una economía agrícola en los siglos XVII y XVIII pasó a ser el eje del comercio y punto de abastecimiento para las zonas mineras y los frentes de colonización del siglo XIX; principal centro de la economía cafetera nacional y, desde la primera mitad del siglo XX, líder del desarrollo manufacturero en Colombia.

El centro cívico y comercial de la ciudad fue desarrollándose alrededor de la Plaza de Berrio, que hizo las veces de núcleo central, hasta que surgieron nuevos polos de desarrollo tales como la plaza de mercado y la estación del Ferrocarril (al sur) y el Parque de Bolívar (al norte), los cuales permitieron el desplazamiento de diversas actividades hacia estos sitios, proporcionaron la mezcla de usos de la tierra, apareciendo como consecuencia los primeros síntomas de congestión. Fue entonces cuando se construyeron las sedes de los gobiernos nacional, departamental y municipal en la forma aislada en que ahora se encuentran (2).

1.2 Caracterización demográfica

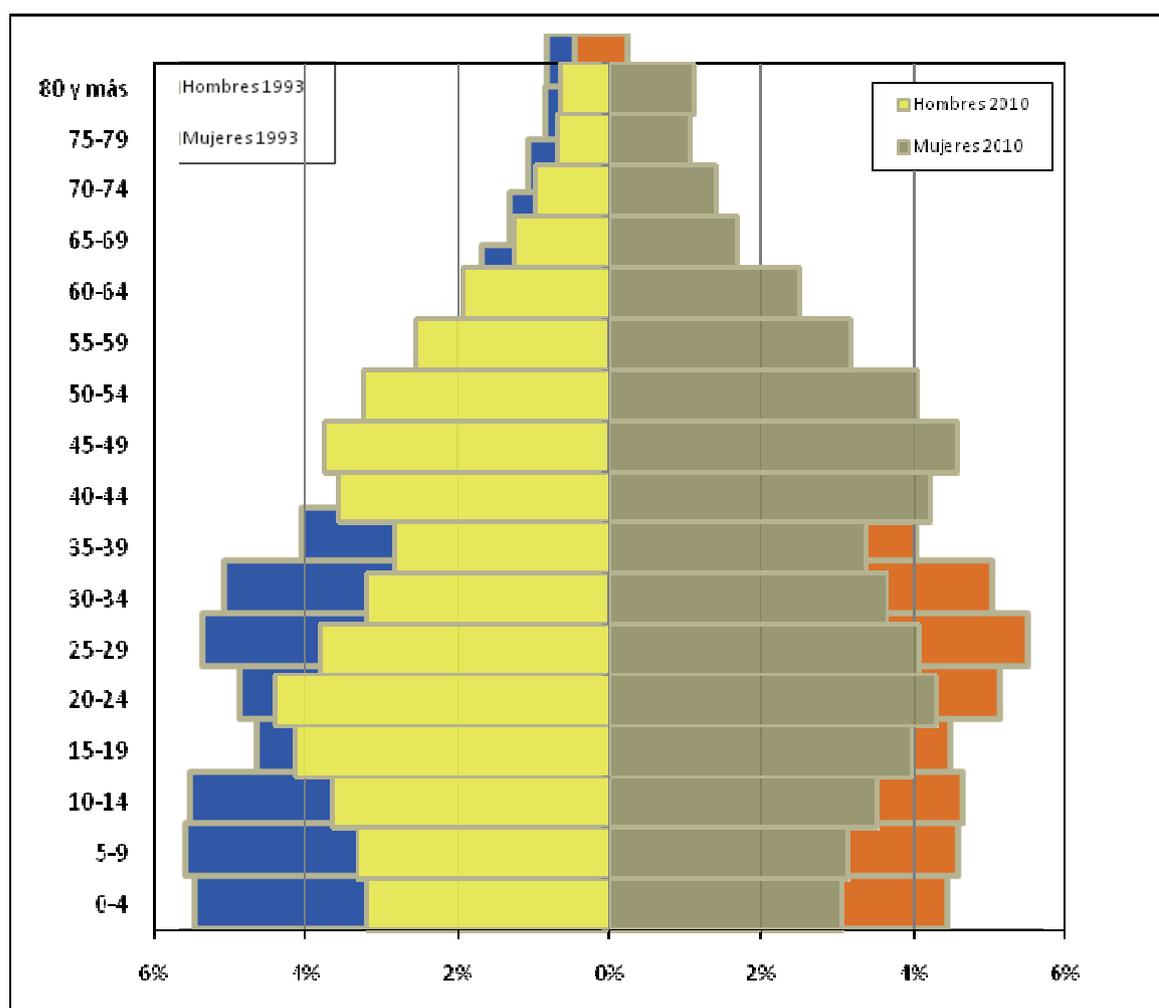
De los 2.343.049 millones de habitantes, el 98,5% residen en la cabecera y el resto en el área rural. Así mismo, el 47,1% de la población es de sexo masculino y el 52,9% son de sexo femenino. Los grupos de edad, representativos en toda la población, se identifican con un 6,3% de niños menores de 5 años; 19,9% en población menores de 15 años, el 13,2% es la población mayor de 60 años, el 8,1% es la población adolescente entre 15 y 19 años y con el

31.7% se encuentran las mujeres en edad fértil entre 10 y 49 años. (3).

1.2.1 Distribución poblacional por grupos de edad entre 1993 y 2010

La pirámide poblacional indica el comportamiento y la composición de hombres y mujeres, a lo largo de los años; se puede determinar

que va ajustándose a una campana, debido a que los grupos de edad de la mitad tienen la misma composición que en la base, existiendo una reducción importante hacia la cumbre; donde se hace factible controlar la mortalidad. Se puede considerar como el paso intermedio desde una pirámide progresiva a otra regresiva.

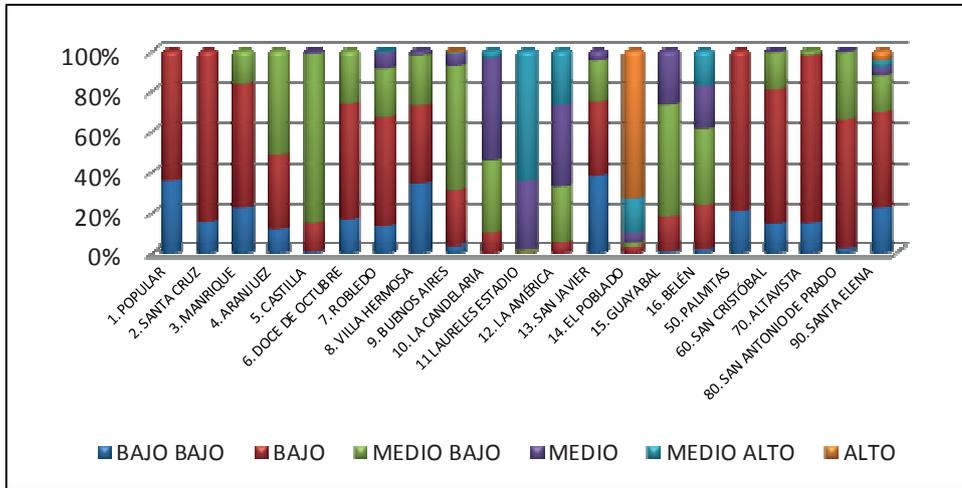


Gráfica 1. Comparación de Pirámides de Población de Medellín, años 1993-2010.

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

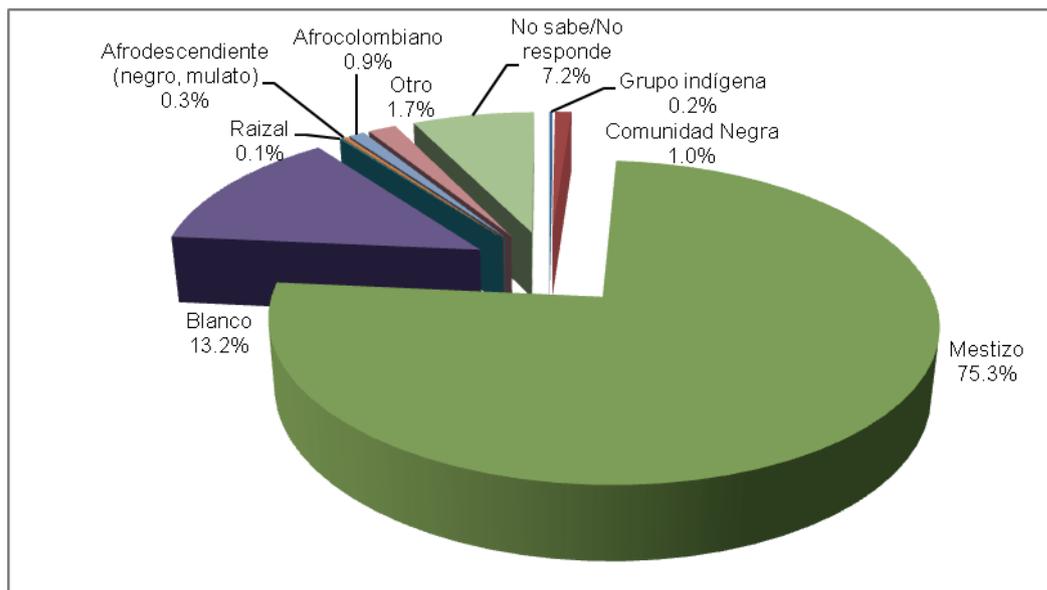
Las comunas con mas porcentaje de población en el municipio de Medellín son Belén (Comuna 16) con 8.25% y Doce de Octubre (Comuna

6) con 8.12%. Con respecto al estrato por vivienda en Medellín el 50.2% se encuentra en estrato bajo y bajo bajo (4).



Gráfica 2. Representación proporcional de población por estrato socioeconómico. Medellín 2010.

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2010.



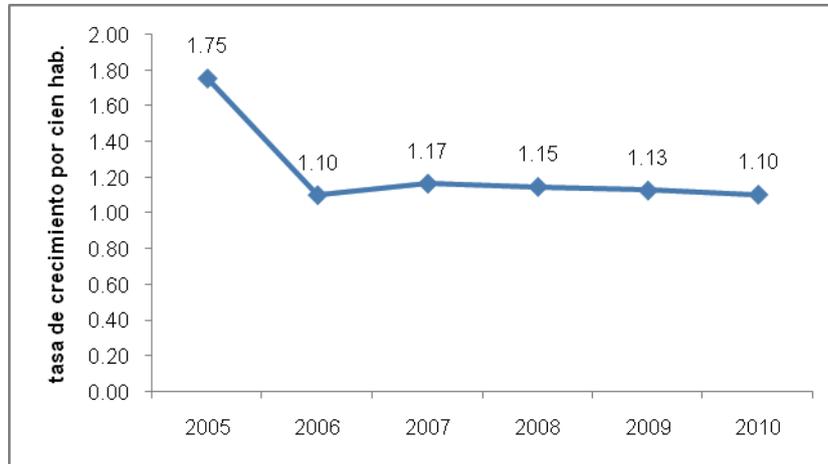
Gráfica 3. Representación proporcional de población por pertenencia étnica. Medellín 2010.

Fuente: Dane. Proyecciones de Población 2005 -2010.

Se observa que la población de la ciudad se percibe como mestiza (75,3%), mientras que el 13,2% se considera blanco. Aunque esta característica es más una percepción de cada ciuda-

dano, indica una proporción alta de personas que se consideran o son consideradas mestizas o blancas.

1.2.2 Tasa de crecimiento



Gráfica 4. Tasa de Crecimiento anual de la población. Medellín 2010.

Fuente: Dane. Proyecciones de Población 2005 -2010.

La disminución en la tasa de crecimiento propende por mejorar el desarrollo tanto económico como social de la población, disminuyendo de igual forma la proporción de pobreza en la población.

En Medellín, el comportamiento de las tasas de fecundidad, natalidad y de mortalidad, para los años de 2005 a 2010, se comporta así:

Cuadro 1. Tasa de fecundidad y de mortalidad en la población. Medellín 2005 - 2010.

| Año | Tasa General Fecundidad TGF | Tasa de Natalidad | Tasa Global de Fecundidad (número promedio de hijos) | Tasa Bruta de Mortalidad por mil hab. |
|------|-----------------------------|-------------------|--|---------------------------------------|
| 2005 | 51,8 | 15,9 | 1,7 | 4,95 |
| 2006 | 50,6 | 14,9 | 1,7 | 5,26 |
| 2007 | 56,6 | 14,9 | 1,8 | 5,17 |
| 2008 | 50,4 | 14,5 | 1,8 | 5,33 |
| 2009 | 48,3 | 13,8 | 1,7 | 4,61 |
| 2010 | 38,3 | 12,2 | 1,5 | 5,50 |

Fuente: Dane. Proyecciones de Población 2005 -2010.

Se observa una disminución del número promedio de hijos en la ciudad, a partir de 2008, debido a una decisión consciente y responsable en cuanto a la reproducción. La tasa de 1,5 registrada en 2010 no alcanza la tasa de reemplazo generacional establecida en 2 nacimientos por cada mil mujeres, situación que puede tener como consecuencia el predominio de personas mayores y en su consecuencia el cambio en los patrones de morbilidad.

En la esperanza de vida de la población de Medellín se observó un cambio en el patrón registrado respecto a 1993, especialmente en los hombres. Hace una década este grupo tenía una esperanza de vida significativamente inferior, situación que puede ser atribuible a la mortalidad por causas externas registradas en la ciudad para ese período. Estos cambios se ven reflejados en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Esperanza de vida en la población, según grupos de edad. Medellín 2005 - 2010.

| Grupo de edad (en años) | 1993 | | 2005 | | 2005-2010 | |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|-----------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| 0 | 57,64 | 73,36 | 71,32 | 77,15 | 72,81 | 77,63 |
| 1-4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 73,26 | 78,03 |
| 5-9 | 54,37 | 70,31 | 67,92 | 73,72 | 69,39 | 74,18 |
| 10-14 | 49,53 | 65,46 | 63,04 | 68,84 | 64,48 | 69,29 |
| 15-19 | 44,91 | 60,66 | 58,22 | 63,96 | 59,61 | 64,4 |
| 20-24 | 43,42 | 56,1 | 53,66 | 59,11 | 54,93 | 59,53 |
| 25-29 | 42,25 | 51,48 | 49,37 | 54,3 | 50,43 | 54,71 |
| 30-34 | 39,75 | 46,84 | 45,17 | 49,46 | 45,99 | 49,86 |
| 35-39 | 36,63 | 42,2 | 40,81 | 44,63 | 41,45 | 45,02 |
| 40-44 | 33,28 | 37,59 | 36,54 | 39,89 | 36,99 | 40,26 |
| 45-49 | 29,49 | 33,01 | 32,09 | 35,18 | 32,45 | 35,54 |
| 50-54 | 25,67 | 28,58 | 27,76 | 30,58 | 28,04 | 30,92 |
| 55-59 | 21,9 | 24,33 | 23,63 | 26,13 | 23,82 | 26,45 |
| 60-64 | 18,12 | 20,22 | 19,68 | 21,85 | 19,81 | 22,13 |
| 65-69 | 14,72 | 16,59 | 16,06 | 17,88 | 16,11 | 18,12 |
| 70-74 | 11,62 | 13,2 | 12,67 | 14,16 | 12,71 | 14,36 |
| 75-79 | 8,64 | 10,04 | 9,55 | 10,73 | 9,66 | 10,88 |
| 80 y más | 6,02 | 7,34 | 7,03 | 7,92 | 7,17 | 8,02 |

Fuente: Dane. Proyecciones de Población 2005 -2010.

1.2.3 Migración

En términos de salud, entre varias de las consecuencias o aspectos problemáticos que se incrementan con el fenómeno de migración de una ciudad a otra o entre barrios, se encuentran el desempleo, la sobreexplotación, 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 fuerza de trabajo que le permite incrementar la actividad productiva.

Para el año 2010 la tasa de migración para la ciudad de Medellín es de 24 por 100 habitantes (563.461 personas). Las tasas más representati-

vas, donde se registra mayor migración, son respectivamente en las comunas La Candelaria, Laureles Estadio y La América, en la zona urbana y en la zona rural la mayor tasa de migración es en el corregimiento de Altavista.

Un gran porcentaje se presenta en estratos bajo-bajo y bajo, siendo la principal causa de esta migración la búsqueda de trabajo, seguida por razones de orden público. Para los estratos medios y altos, la principal causa son razones familiares.

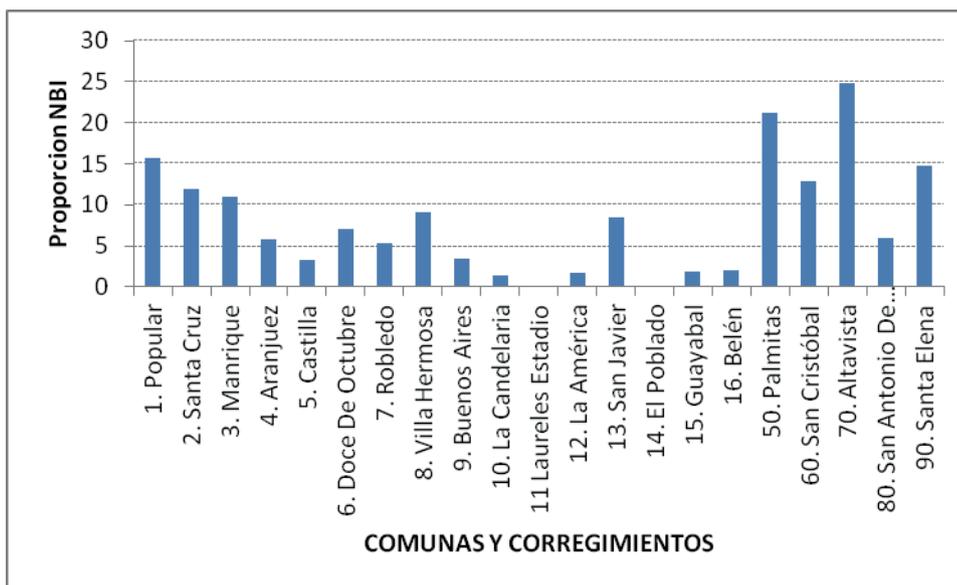
En el área rural, el comportamiento de la migración es similar al área urbana; en esta se identifica como primera causa de este fenómeno las razones familiares y como segunda causa de migración al área urbana, la búsqueda de trabajo. (Ver tabla anexa).

Cuadro 3. Población por comuna y causas de migración a Medellín, 2010 (4).

| Comuna o Corregimiento | Orden Público | Estudio | Búsqueda de trabajo | Venta de Tierra | Razones familiares | Fenómeno natural | Motivos laborales | Razones de salud | Traslado del hogar | Nos quedaba cerca | Nos pareció atractiva | Otra causa | No sabe | No responde | Total | Tasa |
|-------------------------|---------------|---------|---------------------|-----------------|--------------------|------------------|-------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|------------|---------|-------------|---------|------|
| 1 Popular | 7.591 | 623 | 7.612 | 438 | 9.686 | | 690 | 222 | 4.202 | 36 | 830 | 779 | 292 | 205 | 33.206 | 26,2 |
| 2 Santa Cruz | 7.297 | 706 | 5.774 | 45 | 5.555 | 83 | 1.224 | 549 | 2.988 | 213 | 180 | 367 | 296 | 55 | 25.332 | 23,5 |
| 3 Manrique | 8.974 | 923 | 7.880 | 185 | 9.721 | 246 | 1.622 | 118 | 4.938 | | 159 | 367 | 100 | 87 | 35.320 | 22,8 |
| 4 Aranjuez | 8.530 | 2.780 | 10.256 | 292 | 11.772 | 38 | 1.443 | 848 | 3.392 | 622 | 978 | 1.201 | 496 | 262 | 42.910 | 26,8 |
| 5 Castilla | 4.334 | 3.351 | 8.518 | 105 | 11.081 | 360 | 3.148 | 107 | 3.634 | 147 | 395 | 63 | | 317 | 35.560 | 24,3 |
| 6 Doce de Octubre | 7.876 | 1.145 | 8.760 | 160 | 10.682 | 247 | 1.701 | 473 | 8.091 | | 720 | 459 | 302 | 932 | 41.548 | 21,8 |
| 7 Robledo | 6.564 | 4.040 | 9.385 | 211 | 9.541 | 52 | 2.721 | 677 | 7.672 | 98 | 1.175 | 353 | 103 | 328 | 42.920 | 26,2 |
| 8 Villa Hermosa | 8.435 | 2.025 | 6.606 | 178 | 9.184 | 133 | 2.011 | 641 | 4.055 | 57 | 313 | 760 | 436 | 45 | 34.879 | 26,0 |
| 9 Buenos Aires | 5.429 | 1.940 | 6.778 | 96 | 8.490 | 535 | 1.065 | 471 | 3.344 | | 853 | 190 | | 319 | 29.510 | 21,9 |
| 10 La Candelaria | 1.104 | 4.447 | 4.597 | 137 | 8.558 | 63 | 1.217 | 265 | 4.838 | | 851 | 312 | 48 | 246 | 26.683 | 31,4 |
| 11 Laureles Estadio | 2.115 | 6.288 | 4.934 | 144 | 9.668 | 456 | 3.477 | 213 | 6.359 | 385 | 1.367 | 464 | 149 | 214 | 36.233 | 30,0 |
| 12 La América | 1.379 | 2.571 | 4.397 | | 10.645 | | 1.788 | 381 | 3.452 | 311 | 538 | 403 | 83 | 444 | 26.392 | 28,0 |
| 13 San Javier | 6.521 | 1.111 | 8.443 | 36 | 8.119 | | 1.766 | 148 | 6.066 | | 852 | 779 | 154 | 199 | 34.194 | 25,5 |
| 14 El Poblado | 519 | 4.041 | 4.456 | 496 | 11.740 | | 3.338 | 373 | 5.171 | 67 | 747 | 901 | 29 | 144 | 32.022 | 26,5 |
| 15 Guayabal | 1.240 | 1.017 | 4.027 | 156 | 1.449 | 427 | 1.525 | 170 | 4.579 | 296 | 689 | 57 | | 261 | 15.893 | 17,4 |
| 16 Belén | 2.657 | 2.790 | 7.237 | 252 | 11.033 | 379 | 2.481 | 398 | 7.939 | 214 | 309 | 426 | 212 | 83 | 36.410 | 18,8 |
| 50 Palmitas | 352 | 0,06 | 82 | | 92 | | 178 | | | | | | | | 704 | 16,1 |
| 60 San Cristóbal | 2.262 | 198 | 2.690 | | 3.083 | 421 | 378 | 70 | 176 | | 602 | 306 | 300 | 332 | 10.818 | 18,0 |
| 70 Altavista | 2.412 | 88 | 1.815 | | 1.703 | | 231 | 83 | 411 | | 146 | 239 | 747 | 49 | 7.924 | 27,3 |
| 80 San Antonio de Prado | 1.441 | 392 | 2.369 | | 4.670 | 183 | 648 | 126 | 2.892 | 82 | 42 | 29 | | 200 | 13.074 | 17,0 |
| 90 Santa Elena | 230 | 76 | 38 | | 1.222 | | 74 | | 34 | | | | | 255 | 1.929 | 13,3 |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | 563.461 | 24,0 |

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2010.

1.3 Caracterización socioeconómica



Gráfica 5. Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas, Medellín, 2009

Fuente: Encuesta de calidad de vida, Medellín 2009 expandida.

Según la encuesta de calidad de vida 2009, las comunas que presentan el más alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas son Popular, Santa Cruz, Aranjuez, Manrique, Doce de Octubre, Villa Hermosa y San Javier, las

que superan el promedio municipal de 5,6; este comportamiento es similar en todos los corregimientos, especialmente en San Sebastián de Palmitas y Altavista, con 21,25 y 24,95 respectivamente.

La pobreza es el nivel de ingreso mínimo necesario para satisfacer las necesidades básicas o adquirir un adecuado estándar de vida; este índice se considera una herramienta útil para medir a una población y considerar las reformas socioeconómicas para su reducción. La indigencia está determinada por el nivel de ingresos insuficientes para adquirir una canasta básica familiar, es decir, se le considera pobre si el nivel de ingreso se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer las necesidades básicas; e indigente, si éste no le permite satisfacer las necesidades alimentarias.

1.3.1 Población económicamente activa - PEA

De acuerdo con la información suministrada por el Dane para Medellín y su área metropo-

litana durante el periodo 2004 - 2010 (promedios móviles doce meses), la PEA, es decir el número de personas en edad de trabajar que laboran o están en búsqueda de empleo, aumentó cada año con excepción de 2005 y 2006 cuando se evidenciaron disminuciones del 2% y 1%, respectivamente. A partir de 2007 la PEA creció a una tasa promedio del 5% anual y en el 2008 reportó el mayor incremento del periodo en mención, con un aumento del 7% que representó la entrada de 108.000 personas al mercado laboral, asociado a la crisis económica mundial, a la cual no fue ajena la ciudad. En el año 2010 la PEA registró una variación positiva del 2% con 43.000 personas más haciendo parte de la fuerza laboral de la ciudad.

Cuadro 4. Población económicamente activa para Antioquia

| Factor | Personas* |
|------------------------------------|-----------|
| Población total | 6.066 |
| Población en edad de trabajar | 4.868 |
| Población económicamente activa | 2.977 |
| Ocupados | 2.622 |
| Desocupados | 355 |
| Abiertos | 329 |
| Ocultos | 25 |
| Inactivos | 1.891 |
| Subempleados | 874 |
| Insuficiencia de horas | 336 |
| Empleo inadecuado por competencias | 361 |
| Empleo inadecuado por ingresos | 727 |

Fuente: Dane-Gran Encuesta Integrada de Hogares 2010 * Cantidades expresadas en miles

Cuadro 5. Tasa de Empleo en Medellín. 2005 - 2010

| Indicador (%) | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Tasa de participación global | 59.6 | 57.8 | 59.4 | 60.8 | 63.6 | 64 |
| Tasa de ocupación | 51.4 | 50.0 | 52.3 | 52.5 | 53.7 | 55.1 |
| Tasa de desempleo | 13.8 | 13.4 | 12.1 | 13.6 | 15.7 | 13.9 |
| Tasa de subempleo subjetivo | 21.2 | 23.6 | 27.4 | 26.5 | 28.3 | 28.8 |
| Tasa de subempleo objetivo | 9.6 | 9.8 | 8.9 | 10.1 | 13.5 | 13.0 |

Fuente Dane

La creación de empleo formal y de calidad es uno de los principales retos que enfrenta la ciudad actualmente, 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, al terminar el año 2010, más de 249.000 personas se encontraban desempleadas y se reportaba una informalidad laboral superior al 40%.

La ciudad cerró el año 2010 con la tasa de ocupación más alta del periodo 2004-2010, al igual que la mayor tasa global de participación. El desempleo logró un leve descenso, sin embargo sigue siendo uno de los más elevados entre las principales áreas metropolitanas del país y pese a que la tasa de informalidad de Medellín es de las más bajas, sigue siendo elevada.

Cuadro 6. Cobertura de servicios de electricidad

| Comuna o Corregimiento | Viviendas | | Posee | | Calidad | | | Suspendido | | Desconectado | |
|-------------------------|----------------|---------------|----------------|-------------|----------------|---------------|--------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| | Total | % | Si | No | Buena | Regular | Mala | Si | No | Si | No |
| 1 Popular | 36.498 | 5,27 | 36.498 | | 35.513 | 777 | 207 | 2.177 | 34.321 | 2.021 | 34.477 |
| 2 Santa Cruz | 29.922 | 4,32 | 29.922 | | 29.352 | 466 | 104 | 2.178 | 27.744 | 933 | 28.989 |
| 3 Manrique | 44.884 | 6,48 | 44.884 | | 43.848 | 1.036 | | 3.115 | 41.769 | 985 | 43.899 |
| 4 Aranjuez | 42.550 | 6,15 | 42.550 | | 41.719 | 727 | 104 | 1.298 | 41.252 | 156 | 42.394 |
| 5 Castilla | 36.823 | 5,32 | 36.823 | | 36.405 | 314 | 104 | 1.466 | 35.357 | 418 | 36.405 |
| 6 Doce de Octubre | 47.596 | 6,87 | 47.596 | | 47.129 | 467 | | 1.557 | 46.039 | 935 | 46.661 |
| 7 Robledo | 50.428 | 7,28 | 50.428 | | 49.209 | 1.003 | 216 | 1.888 | 48.540 | 449 | 49.979 |
| 8 Villa Hermosa | 43.328 | 6,26 | 43.328 | | 41.614 | 1.454 | 260 | 2.086 | 41.242 | 258 | 43.070 |
| 9 Buenos Aires | 43.110 | 6,23 | 43.110 | | 42.444 | 506 | 160 | 1.469 | 41.641 | 414 | 42.696 |
| 10 La Candelaria | 27.386 | 3,96 | 27.386 | | 27.229 | 157 | | 466 | 26.920 | 519 | 26.867 |
| 11 Laureles Estadio | 38.517 | 5,56 | 38.517 | | 38.155 | 362 | | 1.655 | 36.862 | 621 | 37.896 |
| 12 La América | 32.414 | 4,68 | 32.414 | | 31.997 | 417 | | 884 | 31.530 | 415 | 31.999 |
| 13 San Javier | 46.188 | 6,67 | 46.188 | | 45.203 | 726 | 259 | 2.595 | 43.593 | 518 | 45.670 |
| 14 El Poblado | 38.395 | 5,55 | 38.395 | | 38.006 | 345 | 44 | 1.238 | 37.157 | 207 | 38.188 |
| 15 Guayabal | 20.416 | 2,95 | 20.416 | | 20.312 | 104 | | 406 | 20.010 | 154 | 20.262 |
| 16 Belén | 64.877 | 9,37 | 64.877 | | 64.414 | 410 | 53 | 1.513 | 63.364 | 940 | 63.937 |
| 50 Palmitas | 1.134 | 0,16 | 1.134 | | 1.134 | | | 83 | 1.051 | | 1.134 |
| 60 San Cristóbal | 15.130 | 2,19 | 15.130 | | 14.243 | 768 | 118 | 803 | 14.327 | 228 | 14.902 |
| 70 Altavista | 5.936 | 0,86 | 5.936 | | 5.781 | 155 | | 258 | 5.678 | 52 | 5.884 |
| 80 San Antonio de Prado | 22.839 | 3,30 | 22.787 | 52 | 22.473 | 315 | | 517 | 22.270 | 209 | 22.578 |
| 90 Santa Elena | 4.013 | 0,58 | 4.013 | | 3.960 | 53 | | 53 | 3.960 | 51 | 3.962 |
| Total | 692.384 | 100,00 | 692.384 | 52 | 680.139 | 10.563 | 1.631 | 27.705 | 664.627 | 10.486 | 681.846 |
| % | | 100,00 | 99,99 | 0,01 | 98,24 | 1,53 | 0,24 | 4,00 | 96,00 | 1,51 | 98,46 |

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2010, Medellín 2010

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 encuentran desconectados por falta de pago.

Cuadro 7. Cobertura de servicios de telefonía.

| Comuna o Corregimiento | Viviendas | | Posee | | Calidad | | | Suspendido | | Desconectado | |
|-------------------------|-----------|--------|---------|--------|---------|---------|-------|------------|---------|--------------|---------|
| | Total | % | Si | No | Buena | Regular | Mala | Si | No | Si | No |
| 1 Popular | 36.498 | 5,27 | 30.692 | 5.806 | 29.759 | 726 | 207 | 2.489 | 28.204 | 311 | 30.381 |
| 2 Santa Cruz | 29.922 | 4,32 | 26.655 | 3.267 | 26.085 | 467 | 104 | 2.489 | 24.167 | 156 | 26.500 |
| 3 Manrique | 44.884 | 6,48 | 40.477 | 4.407 | 39.699 | 622 | 156 | 3.272 | 37.206 | 623 | 39.854 |
| 4 Aranjuez | 42.550 | 6,15 | 38.488 | 4.062 | 37.813 | 519 | 156 | 1.199 | 37.290 | 103 | 38.385 |
| 5 Castilla | 36.823 | 5,32 | 33.947 | 2.876 | 33.519 | 377 | 52 | 1.785 | 32.163 | 369 | 33.578 |
| 6 Doce de Octubre | 47.596 | 6,87 | 44.222 | 3.374 | 43.807 | 363 | 52 | 3.165 | 41.057 | 675 | 43.547 |
| 7 Robledo | 50.428 | 7,28 | 46.177 | 4.251 | 44.852 | 1.104 | 220 | 2.766 | 43.410 | 382 | 45.795 |
| 8 Villa Hermosa | 43.328 | 6,26 | 39.118 | 4.210 | 37.451 | 1.459 | 208 | 1.981 | 37.137 | 367 | 38.752 |
| 9 Buenos Aires | 43.110 | 6,23 | 39.509 | 3.601 | 38.720 | 680 | 109 | 2.877 | 36.631 | 576 | 38.933 |
| 10 La Candelaria | 27.386 | 3,96 | 25.159 | 2.227 | 24.795 | 311 | 52 | 620 | 24.539 | 207 | 24.952 |
| 11 Laureles Estadio | 38.517 | 5,56 | 36.823 | 1.694 | 35.944 | 775 | 104 | 724 | 36.098 | 207 | 36.616 |
| 12 La América | 32.414 | 4,68 | 29.917 | 2.497 | 29.293 | 520 | 104 | 780 | 29.138 | 52 | 29.865 |
| 13 San Javier | 46.188 | 6,67 | 41.253 | 4.935 | 40.316 | 779 | 157 | 3.112 | 38.141 | 985 | 40.267 |
| 14 El Poblado | 38.395 | 5,55 | 36.126 | 2.269 | 35.365 | 709 | 52 | 512 | 35.614 | 310 | 35.816 |
| 15 Guayabal | 20.416 | 2,95 | 19.541 | 875 | 19.386 | 154 | | 663 | 18.877 | 362 | 19.178 |
| 16 Belén | 64.877 | 9,37 | 60.524 | 4.353 | 59.748 | 672 | 104 | 1.357 | 59.167 | 731 | 59.793 |
| 50 Palmitas | 1.134 | 0,16 | 644 | 490 | 644 | | | 43 | 600 | | 644 |
| 60 San Cristóbal | 15.130 | 2,19 | 13.591 | 1.539 | 11.279 | 1.084 | 1.228 | 1.220 | 12.371 | 228 | 13.363 |
| 70 Altavista | 5.936 | 0,86 | 5.209 | 727 | 5.157 | | 52 | 520 | 4.689 | 51 | 5.158 |
| 80 San Antonio de Prado | 22.839 | 3,30 | 20.756 | 2.083 | 20.337 | 316 | 103 | 1.405 | 19.351 | 209 | 20.547 |
| 90 Santa Elena | 4.013 | 0,58 | 3.594 | 419 | 3.594 | | | 52 | 3.542 | | 3.594 |
| Total | 692.384 | 100,00 | 632.421 | 59.963 | 617.562 | 11.638 | 3.222 | 33.031 | 599.391 | 6.903 | 625.518 |
| % | | 100,00 | 91,34 | 8,66 | 97,65 | 1,84 | 0,51 | 5,22 | 94,78 | 1,09 | 98,91 |

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2010, Medellín 2010

La cobertura de servicios de telefonía para Medellín está en el 91.34%, el 1.09% están desconectados y en el 97.65% la percepción de la calidad del servicio es buena, el 5.22% tiene el servicio suspendido por falta de pago.

La cobertura no es mayor debido a que las personas están cambiando la telefonía en casa por telefonía móvil, que les ofrece mayores alternativas en cuento a la oportunidad del servicio.

1.4 Seguridad sanitaria y del ambiente

La salud ambiental, según la Organización Mundial de la Salud, es “aquella disciplina que comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales, físicos, químicos, biológicos, sociales y psico-sociales”. También se refiere

a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones. Esta norma constitucional puede interpretarse de manera solidaria con el principio fundamental del derecho a la vida, ya que éste sólo se podría garantizar bajo condiciones en las cuales la vida pueda disfrutarse con calidad.

1.4.1 Calidad del agua

La calidad del agua para el consumo humano debe ser una preocupación y una prioridad para las autoridades sanitarias, dadas las implicaciones en la salud que tienen los agentes infecciosos y los productos químicos y/o tóxicos que la suelen contaminar. Como competencia de la SSM, la vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano se realiza de forma continua para los acueductos tanto ur-

banos como rurales. La calidad es medida con el Índice de Riesgo para el Consumo de Agua

Potable (IRCA), de acuerdo con al siguiente cuadro:

Cuadro 8. Índice de Riesgo para el Consumo de Agua Potable. Medellín.

| Nivel de Riesgo | Factor de Riesgo |
|-----------------|---|
| 0% - 5% | Sin riesgo. Agua apta para consumo humano |
| 5.1% - 14% | El nivel de riesgo es bajo |
| 14.1% – 35% | El nivel de riesgo es medio |
| 35.1% - 70% | El nivel de riesgo es alto |

Fuente: Secretaria de Salud Medellín

A través de la oficina de Inspección, Vigilancia y Control y con funcionarios motivados y cualificados, la Secretaría de Salud de Medellín realiza la vigilancia y el control de la calidad del agua para el consumo humano de 21 acueductos que funcionan en la ciudad y los cuales fueron certificados en su totalidad como abastecedores de agua apta para el consumo humano. El suministro de agua potable se garantizó al 95% de la población, ya que los fenómenos de migración y de desplazamiento que se presenta en la ciudad de Medellín hacen que algunas poblaciones subnormales no dispongan de este servicio.

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 y arrojó unos índices de riesgo de calidad del agua potable de 0.08 para el año 2008, 0.38 para el 2009 y 0.42 para el 2010, de un total de 692, 802 y 747 muestras tomadas en los años 2008, 2009 y 2010 respectivamente. 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.

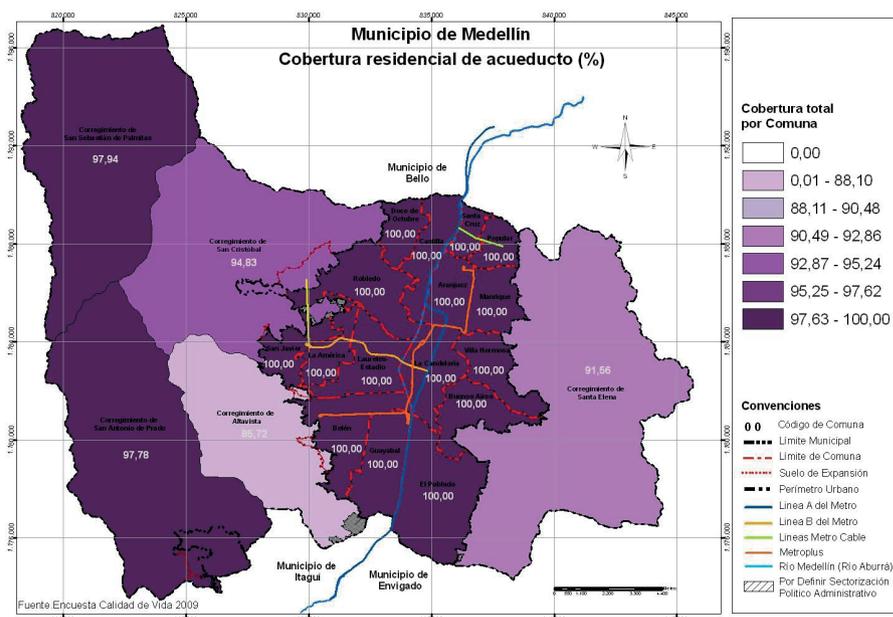


Figura. 3. Cobertura residencial de acueducto, Medellín, 2009.

Fuente: Encuesta Calidad de Vida 2009

Cuadro 9. Proporción de población en condición de hacinamiento

| Comuna o Corregimiento | Hacinamiento | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| | Datos Generales | | | Densidad | | | | |
| | Número de Habitantes | Número de Viviendas | Número de Hogares | Personas por Vivienda | Hogares por Vivienda | Personas por Hogar | Hogares sin Vivienda (n°) | % de Hogares que Comparten Vivienda |
| 1 Popular | 126.887 | 36.498 | 37.017 | 3,48 | 1,01 | 3,43 | 519 | 1,40 |
| 2 Santa Cruz | 107.869 | 29.922 | 30.493 | 3,61 | 1,02 | 3,54 | 571 | 1,87 |
| 3 Manrique | 155.049 | 44.884 | 45.196 | 3,45 | 1,01 | 3,43 | 312 | 0,69 |
| 4 Aranjuez | 160.068 | 42.550 | 42.654 | 3,76 | 1,00 | 3,75 | 104 | 0,24 |
| 5 Castilla | 146.471 | 36.823 | 37.084 | 3,98 | 1,01 | 3,95 | 261 | 0,70 |
| 6 Doce de Octubre | 190.155 | 47.596 | 47.855 | 4,00 | 1,01 | 3,97 | 259 | 0,54 |
| 7 Robledo | 163.559 | 50.428 | 50.904 | 3,24 | 1,01 | 3,21 | 476 | 0,94 |
| 8 Villa Hermosa | 134.235 | 43.328 | 44.164 | 3,10 | 1,02 | 3,04 | 836 | 1,89 |
| 9 Buenos Aires | 135.005 | 43.110 | 43.266 | 3,13 | 1,00 | 3,12 | 156 | 0,36 |
| 10 La Candelaria | 85.000 | 27.386 | 27.488 | 3,10 | 1,00 | 3,09 | 102 | 0,37 |
| 11 Laureles Estadio | 120.607 | 38.517 | 38.517 | 3,13 | 1,00 | 3,13 | 0 | 0,00 |
| 12 La América | 94.165 | 32.414 | 32.518 | 2,91 | 1,00 | 2,90 | 104 | 0,32 |
| 13 San Javier | 133.918 | 46.188 | 46.499 | 2,90 | 1,01 | 2,88 | 311 | 0,67 |
| 14 El Poblado | 120.695 | 38.395 | 38.446 | 3,14 | 1,00 | 3,14 | 51 | 0,13 |
| 15 Guayabal | 91.147 | 20.416 | 20.572 | 4,46 | 1,01 | 4,43 | 156 | 0,76 |
| 16 Belén | 193.343 | 64.877 | 65.188 | 2,98 | 1,00 | 2,97 | 311 | 0,48 |
| 50 Palmitas | 4.370 | 1.134 | 1.134 | 3,85 | 1,00 | 3,85 | 0 | 0,00 |
| 60 San Cristóbal | 60.025 | 15.130 | 15.130 | 3,97 | 1,00 | 3,97 | 0 | 0,00 |
| 70 Altavista | 28.973 | 5.936 | 5.988 | 4,88 | 1,01 | 4,84 | 52 | 0,87 |
| 80 San Antonio de Prado | 77.007 | 22.839 | 22.839 | 3,37 | 1,00 | 3,37 | 0 | 0,00 |
| 90 Santa Elena | 14.501 | 4.013 | 4.065 | 3,61 | 1,01 | 3,57 | 52 | 1,28 |
| Total | 2.343.049 | 692.384 | 697.016 | 3,38 | 1,01 | 3,36 | 4632 | 0,66 |

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2010, Medellín 2010

El hacinamiento es la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas

disponibles para las personas no pobres. En Medellín el promedio de personas por vivienda es de 3,38 y hogares por vivienda es de 1,01, es decir, no hay condiciones de hacinamiento que limiten el vivir con las condiciones básicas necesarias.

1.5 Educación

Cuadro 10. Tasa de analfabetismo en personas entre 15 y 24 años

| Comuna o Corregimiento | Total | Hombres | Mujeres |
|-------------------------|-------|---------|---------|
| 1 Popular | 2,1 | 2,7 | 1,6 |
| 2 Santa Cruz | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 3 Manrique | 1,6 | 2,0 | 1,1 |
| 4 Aranjuez | 0,3 | 0,4 | 0,2 |
| 5 Castilla | 0,8 | 0,9 | 0,7 |
| 6 Doce de Octubre | 1,0 | 1,1 | 1,0 |
| 7 Robledo | 0,4 | 0,3 | 0,5 |
| 8 Villa Hermosa | 1,3 | 2,0 | 0,6 |
| 9 Buenos Aires | 0,4 | 0,2 | 0,6 |
| 10 La Candelaria | 0,7 | 0,8 | 0,6 |
| 11 Laureles Estadio | 0,5 | 0,8 | 0,3 |
| 12 La América | 0,6 | 0,7 | 0,5 |
| 13 San Javier | 0,6 | 0,9 | 0,2 |
| 14 El Poblado | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 15 Guayabal | 0,7 | 1,4 | 0,0 |
| 16 Belén | 0,6 | 0,5 | 0,6 |
| 50 Palmitas | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 60 San Cristóbal | 1,0 | 1,5 | 0,6 |
| 70 Altavista | 0,6 | 0,0 | 1,3 |
| 80 San Antonio de Prado | 0,8 | 0,8 | 0,7 |
| 90 Santa Elena | 0,6 | 1,3 | 0,0 |
| Total Medellín | 0,8 | 1,0 | 0,7 |
| Área Urbana | 0,8 | 1,0 | 0,7 |
| Área Rural | 0,8 | 0,9 | 0,7 |

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2010, Medellín 2010

El alfabetismo es un factor para tener en cuenta en el grado de desarrollo de un país. En la práctica se usa su contrario, el analfabetismo: mide el número de personas adultas que no han logrado los niveles mínimos de alfabetización. Esta cifra incide en la capacidad de producir riqueza, en el acceso a nuevas oportunidades y en la igualdad social.

La mayor tasa de analfabetismo para la ciudad de Medellín la presenta la comuna Popular, seguida por las comunas Manrique y Santa Cruz. Se destacan las comunas de El Poblado y el Corregimiento de Palmitas por no tener analfabetismo en la población entre 15 y 24 años.

Cuadro 11. Años promedio de educación en la población de 15 años y más

| Comuna o Corregimiento | Hombres | Mujeres | TOTAL |
|-------------------------|---------|---------|-------|
| 1 Popular | 7,7 | 7,6 | 7,6 |
| 2 Santa Cruz | 8,0 | 7,9 | 7,9 |
| 3 Manrique | 8,6 | 8,4 | 8,5 |
| 4 Aranjuez | 9,1 | 8,7 | 8,9 |
| 5 Castilla | 9,8 | 9,6 | 9,7 |
| 6 Doce de Octubre | 8,7 | 8,6 | 8,6 |
| 7 Robledo | 10,2 | 9,8 | 10,0 |
| 8 Villa Hermosa | 8,8 | 8,6 | 8,7 |
| 9 Buenos Aires | 10,4 | 9,9 | 10,1 |
| 10 La Candelaria | 11,8 | 11,1 | 11,4 |
| 11 Laureles Estadio | 13,4 | 12,5 | 12,9 |
| 12 La América | 11,6 | 11,1 | 11,3 |
| 13 San Javier | 8,8 | 8,8 | 8,8 |
| 14 El Poblado | 14,8 | 13,3 | 14,0 |
| 15 Guayabal | 10,3 | 10,1 | 10,2 |
| 16 Belén | 11,4 | 11,1 | 11,2 |
| 50 Palmitas | 7,1 | 8,4 | 7,8 |
| 60 San Cristóbal | 8,5 | 9,2 | 8,9 |
| 70 AltaVista | 8,4 | 8,3 | 8,4 |
| 80 San Antonio de Prado | 9,6 | 9,5 | 9,6 |
| 90 Santa Elena | 8,7 | 9,0 | 8,8 |
| Total Medellín | 10,1 | 9,8 | 9,9 |
| Área Urbana | 10,2 | 9,8 | 10,0 |
| Área Rural | 9,0 | 9,2 | 9,1 |

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2010, Medellín 2010.

La población de Medellín mayor de 15 años, tiene en promedio 9.9 años de escolaridad. Dentro de los objetivos de desarrollo del milenio se encuentra la meta para Colombia de tener en promedio 10,6 años de escolaridad, Medellín poco a poco se acerca a la meta.

Mientras en la zona rural se tiene un promedio de años de educación de 9.1, la zona urbana lo tiene en 10 años, ambos cumplen con el mandato constitucional colombiano de 9 años de escolaridad.

1.6 Cobertura en salud

Con la promulgación de la Ley 100 de 1993 que implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se cambió de un sistema de subsidio a la oferta de los servicios de salud, a un sistema de subsidio a la demanda y bajo un esquema de aseguramiento se afilió a la población a empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB), que se responsabilizan de asegurar la prestación de servicios a la población beneficiaria.

Con el fin de lograr la cobertura universal y garantizar el acceso a los servicios de salud de toda la población, se ha fortalecido el aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado. Según la encuesta de Calidad de Vida realizada en el año 2010, en Medellín el 59.8% de la población se encuentra afiliada al régimen contributivo, 28.1% al régimen subsidiado y el 12.1% restante corresponde a población afiliada a regímenes especiales, de excepción y población pobre no asegurada. Las acciones realizadas por la Secretaría de Salud de Medellín se han enfocado a promocionar la afiliación, al control de las bases de datos de afiliados y al control de las 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.

Cuadro 12. Distribución porcentual de la población por clasificación de Sisbén

| Régimen | Número | % |
|------------------------|------------------|--------------|
| Contributivo | 1.400.784 | 59,8 |
| Subsidiado | 658.417 | 28,1 |
| Régimen especial | 72.428 | 3,1 |
| Población no asegurada | 147.521 | 6,3 |
| Otros | 63.899 | 2,7 |
| Total | 2.343.049 | 100,0 |

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2010, Medellín 2010.

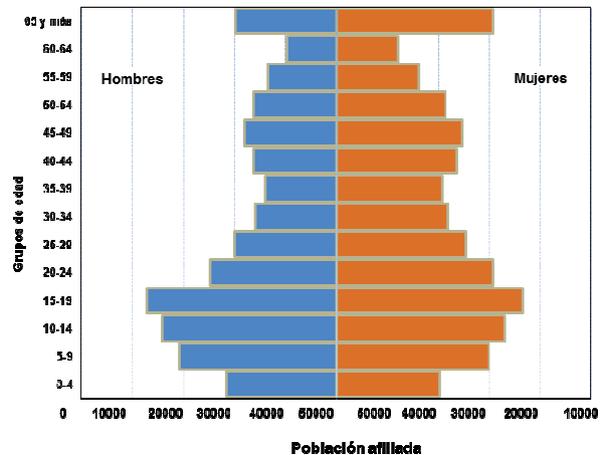
1.6.1 Coberturas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social

Medellín es una de las pocas capitales de departamento que cuenta con cobertura superior, certificada a la fecha por parte del Ministerio de la Protección Social, y es la única capital que cubre dentro del aseguramiento de la población pobre y vulnerable los niveles de Sisbén 1, 2 y 3. Uno de los retos más importantes ha sido mantener y ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado para esta población; para el logro de esta meta, la Secretaría de Salud implementó el programa de "cero oportunidades perdidas en la afiliación al Régimen Subsidiado" que consiste en que todo usuario

identificado como población pobre y vulnerable por cualquier entidad del orden municipal gestione la afiliación al Régimen Subsidiado, entre ellas están la ESE Metrosalud, la ESE Hospital General de Medellín, las Secretarías de Bienestar Social y Educación y el Programa Medellín Solidaria, generando un compromiso de trabajo en equipo por la comunidad.

El esfuerzo realizado durante el año 2004 permitió aumentar el número de afiliados al régimen subsidiado en salud en 79.3%, pasando de 413.110 a 740.631 beneficiarios. En general, la disminución progresiva en el número de afiliados que se presenta 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 de depuración de las bases de datos en la que se detectan duplicidades de afiliación y fenómenos de migración.

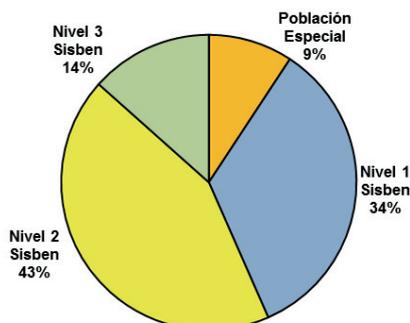
Gráfica 6. Pirámide de población afiliada al Régimen Subsidiado en Medellín 2010.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Libro Indicadores de Salud 2010

La estructura poblacional de los afiliados al régimen subsidiado en Medellín para el año 2010 es un reflejo de la dinámica que ha tenido nuestra ciudad. El estrechamiento en los grupos de 0 a 4 es una consecuencia de la disminución de la fecundidad y la disminución en el grupo de 20 a 39 años puede explicarse por la sobre mortalidad masculina y la afiliación al régimen contributivo que es mayor en el grupo económicamente activo.

Gráfica 7. Población afiliada al Régimen Subsidiado, por nivel de Sisbén, en Medellín 2010.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Libro Indicadores de Salud 2010

Respecto a la afiliación al Régimen subsidiado según el nivel de pobreza, el 77% de estos corresponden a los niveles 1 y 2 del Sisbén, con un importante peso porcentual de la población especial que alcanza el 9%.

1.6.2 Recursos, servicios e infraestructura en Salud

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. La distribución de estas instituciones por comunas se puede observar en el cuadro 14. Del total de instituciones habilitadas el 77.4%

son instituciones privadas con ánimo de lucro; 48 (5.6%) corresponden 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, que son aproximadamente 900 000 personas.

Cuadro 13. Población afiliada al Régimen Subsidiado, por nivel de Sisbén, en Medellín 2010.

| Naturaleza Jurídica de las IPS | Total | % |
|--------------------------------|------------|--------------|
| Privado con Ánimo de Lucro | 658 | 77,4 |
| Privado sin Ánimo de Lucro | 130 | 15,3 |
| Pública | 48 | 5,6 |
| Mixta | 2 | 0,2 |
| Sin definir | 12 | 1,4 |
| Total general | 850 | 100,0 |

Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, bases de datos Habilitación. Información preliminar sujeta a ajustes por las continuas novedades que reportan las IPS. Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín

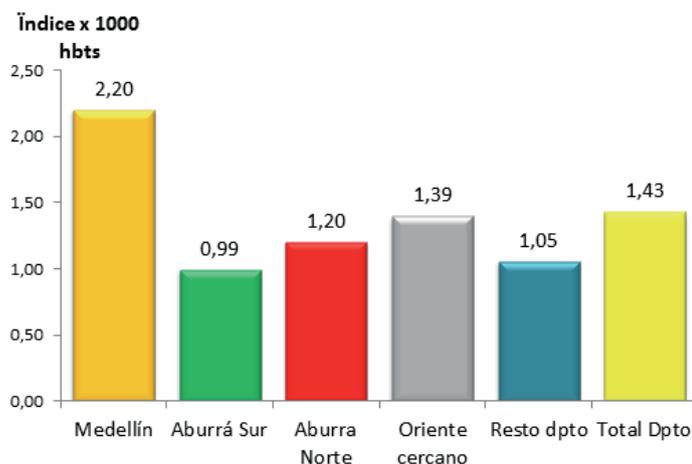
| Comuna de localización de las IPS | Naturaleza Jurídica de las IPS | | | | | Total general |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------|----------|-------------|---------------|
| | Privado con Ánimo de Lucro | Privado sin Ánimo de Lucro | Pública | Mixta | Sin Definir | |
| Comuna 1 Popular | -- | -- | 1 | -- | -- | 1 |
| Comuna 2 Santa Cruz | 1 | 1 | 1 | -- | -- | 3 |
| Comuna 3 Manrique | 3 | -- | 1 | -- | -- | 4 |
| Comuna 4 Aranjuez | 11 | 2 | 2 | 1 | -- | 16 |
| Comuna 5 Castilla | 8 | 2 | 3 | -- | -- | 13 |
| Comuna 6 Doce De Octubre | -- | -- | 1 | -- | -- | 1 |
| Comuna 7 Robledo | 9 | 7 | 5 | -- | -- | 21 |
| Comuna 8 Villa Hermosa | 7 | 3 | -- | -- | -- | 10 |
| Comuna 9 Buenos Aires | 4 | 2 | 1 | -- | 1 | 8 |
| Comuna 10 La Candelaria | 199 | 52 | 20 | 1 | 4 | 276 |
| Comuna 11 Laureles | 123 | 24 | -- | -- | 5 | 152 |
| Comuna 12 La América | 13 | 6 | -- | -- | -- | 19 |
| Comuna 13 San Javier | 3 | 1 | 2 | -- | -- | 6 |
| Comuna 14 El Poblado | 201 | 15 | 3 | -- | 2 | 221 |
| Comuna 15 Guayabal | 11 | 3 | -- | -- | -- | 14 |
| Comuna 16 Belén | 61 | 5 | 2 | -- | -- | 68 |
| Corregimiento de Palmitas | -- | -- | -- | -- | -- | 0 |
| Corregimiento de San Cristóbal | -- | 4 | 1 | -- | -- | 5 |
| Corregimiento de Altavista | 1 | -- | 1 | -- | -- | 2 |
| Corregimiento de San Antonio de Prado | 2 | 2 | 1 | -- | -- | 5 |
| Corregimiento de Santa Elena | -- | 1 | | -- | -- | 1 |
| Sin Información | 1 | -- | 3 | -- | -- | 4 |
| Total general | 657 | 130 | 48 | 2 | 12 | 850 |

La infraestructura hospitalaria de la ciudad ha tenido un importante desarrollo. Cuenta con instituciones de alta complejidad en las cuales se prestan servicios especializados no solo a la población de la ciudad, del departamento y en ocasiones de otras regiones del país, sino convirtiéndose además en un referente para la atención de extranjeros (6).

De acuerdo con los resultados preliminares del Diagnóstico de la Demanda, la Oferta y

Déficit de servicios de salud en la ciudad, realizado durante el año 2011 por la Secretaría de Salud, el índice de camas hospitalarias del municipio de Medellín es de 22 por 10 mil habitantes y de 14.3 para el departamento, valores superiores a los del país (10 camas por 10 mil habitantes) pero por debajo del índice esperado (25 camas por 10 mil habitantes) y al valor reportado para el mundo (26 camas por 10 mil habitantes). Fuente OMS, Estadísticas sanitarias Mundiales 2010.

Gráfica 8. Índices de camas hospitalarias por mil habitantes por región en el departamento de Antioquia 2011.



Fuente: Diagnóstico de la Demanda, la Oferta y Déficit de servicios de salud en la ciudad realizado durante el año 2011

Según este estudio, el municipio de Medellín 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). 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.

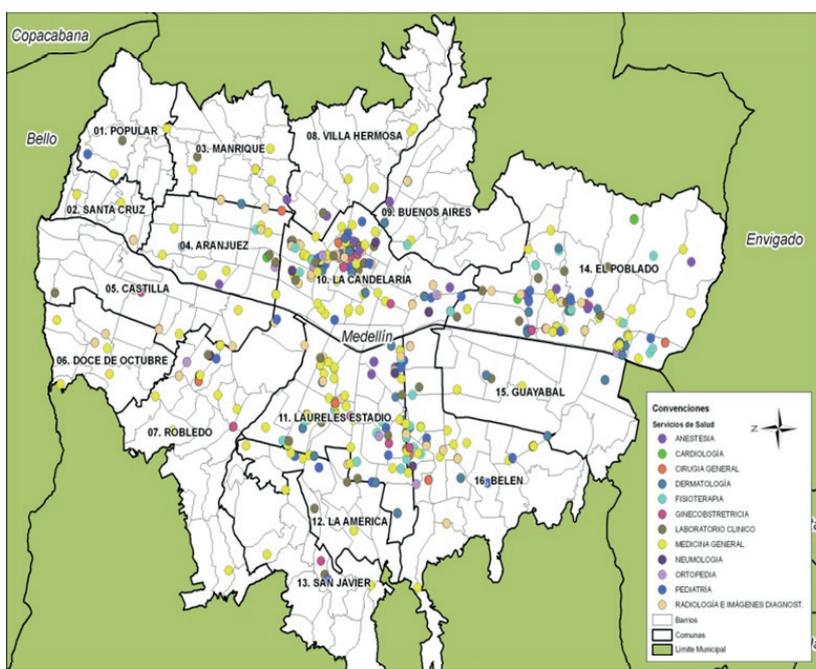


Figura. 7. Georeferenciación de los servicios de salud según especialidad. Medellín 2011,

Fuente: Diagnóstico de la Demanda, la Oferta y Déficit de servicios de salud en la ciudad realizado durante el año 2011

1.7 Perfil de Morbilidad-Mortalidad

La Secretaría de Salud de Medellín recibe a través de estadísticas vitales toda la informa-

ción relacionada con la mortalidad y los nacimientos ocurridos en la ciudad. Para 2010 las primeras cinco causas de muerte en la ciudad son:

Cuadro 15. Distribución de las primeras cinco causas de Mortalidad en población total, según grupos de edad. Medellín 2005 - 2010.

| Menores de 1 año (tasa por mil nacidos vivos para este grupo de edad) | Muertes | % | Tasa |
|---|--------------|------------|--------------|
| Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | | | |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 95 | 35,2 | 3,2 |
| Neumonía | 10 | 3,7 | 0,3 |
| Septicemia | 5 | 1,9 | 0,2 |
| Todas las demás causas externas | 5 | 1,9 | 0,2 |
| Otras causas | 37 | 13,7 | 1,3 |
| Total en menores de 1 año | 270 | 100 | 9,1 |
| De 1 a 4 años | | | |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 16 | 22,9 | 0,7 |
| Neumonía | 6 | 8,6 | 0,3 |
| Resto de enfermedades del sistema nervioso | 5 | 7,1 | 0,2 |
| Resto de enfermedades del sistema respiratorio | 5 | 7,1 | 0,2 |
| Todas las demás causas externas | 5 | 7,1 | 0,2 |
| Otras causas | 33 | 47,1 | 1,4 |
| Total de 1 a 4 años | 70 | 100 | 3,0 |
| De 5 a 14 años | | | |
| Agresiones | 36 | 31,0 | 1,5 |
| Accidentes de transporte | 11 | 9,5 | 0,5 |
| Resto de enfermedades del sistema nervioso | 8 | 6,9 | 0,3 |
| Leucemia | 7 | 6,0 | 0,3 |
| Neumonía | 6 | 5,2 | 0,3 |
| Otras causas | 48 | 41,4 | 2,0 |
| Total de 5 a 14 años | 116 | 100 | 5,0 |
| De 15 a 44 años | | | |
| Agresiones | 1.496 | 60,1 | 63,8 |
| Accidentes de transporte | 171 | 6,9 | 7,3 |
| Lesiones autoinflingidas intencionalmente | 87 | 3,5 | 3,7 |
| Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] | 72 | 2,9 | 3,1 |
| Todas las demás causas externas | 53 | 2,1 | 2,3 |
| Otras causas | 612 | 24,6 | 26,1 |
| Total de 15 a 44 años | 2.491 | 100 | 106,3 |
| De 45 a 64 años | | | |
| Enfermedades isquémicas del corazón | 359 | 14,0 | 15,3 |
| Agresiones | 183 | 7,2 | 7,8 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 168 | 6,6 | 7,2 |
| Resto de tumores malignos | 120 | 4,7 | 5,1 |
| Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón | 116 | 4,5 | 5,0 |
| Otras causas | 1.612 | 63,0 | 68,8 |
| Total de 45 a 64 años | 2.558 | 100 | 109,2 |

| De 65 años y más | | | |
|---|---------------|------------|--------------|
| Enfermedades isquémicas del corazón | 1312 | 18,0 | 56,0 |
| Enfermedades crónicas de la vías respiratorias inferiores | 769 | 10,5 | 32,8 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 690 | 9,4 | 29,4 |
| Neumonía | 382 | 5,2 | 16,3 |
| Resto de enfermedades del sistema genitourinario | 359 | 4,9 | 15,3 |
| Otras causas | 3.795 | 51,9 | 162,0 |
| total de 65 años y más | 7.307 | 100 | 311,9 |
| Todas las edades | | | |
| Agresiones | 1769 | 13,7 | 75,5 |
| Enfermedades isquémicas del corazón | 1721 | 13,4 | 73,5 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 908 | 7,1 | 38,8 |
| Enfermedades crónicas de la vías respiratorias inferiores | 886 | 6,9 | 37,8 |
| Neumonía | 522 | 4,1 | 22,3 |
| Otras causas | 7.071 | 54,9 | 301,8 |
| Total todas las edades | 12.877 | 100 | 549,6 |

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Certificados de defunción, año 2010.

Debido a la normatividad vigente la información sobre consultas médicas (morbilidad) es enviada por las IPS directamente al Ministerio de Protección Social, por lo cual la fuente de

estos datos es tomada de un ejercicio hecho con la ESE Metrosalud. Las cinco primeras causas de morbilidad en la ciudad de Medellín por grupos de edad son:

Cuadro 16. Distribución de las primeras cinco causas de morbilidad por consulta externa, población total, (298 causas cie 10). Medellín 2010.

| Menores de 1 año | Casos | Porcentaje |
|---|----------------|------------|
| Otras infecciones agudas de la vías respiratorias superiores | 21.021 | 18,6 |
| Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados en otra parte | 9.315 | 8,3 |
| Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda | 9.301 | 8,3 |
| Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 7.964 | 7,1 |
| Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo | 5.730 | 5,1 |
| Otras causas | 59.408 | 52,7 |
| Total en menores de 1 año | 112.739 | 100 |
| De 1 a 4 años | | |
| Otras infecciones agudas de la vías respiratorias superiores | 41.363 | 12,6 |
| Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados en otra parte | 28.074 | 8,5 |
| Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 19.324 | 5,9 |
| Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la mastoides | 18.412 | 5,6 |
| Faringitis aguda y amigdalitis aguda | 17.758 | 5,4 |
| Otras causas | 203.972 | 62,0 |
| Total de 1 a 4 años | 328.903 | 100 |
| De 5 a 14 años | | |
| Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén | 68.213 | 13,6 |
| Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados en otra parte | 49.964 | 10,0 |
| Caries dental | 32.895 | 6,6 |
| Otras infecciones agudas de la vías respiratorias superiores | 20.598 | 4,1 |
| Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo | 20.432 | 4,1 |
| Otras causas | 309.340 | 61,7 |
| Total de 5 a 14 años | 501.442 | 100 |

| De 15 a 44 años | | | |
|---|------------------|------------|------------|
| Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén | 234.075 | 10,8 | |
| Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados en otra parte | 195.053 | 9,0 | |
| Caries dental | 81.455 | 3,8 | |
| Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo | 77.141 | 3,6 | |
| Otras dorsopatías | 70.217 | 3,2 | |
| Otras causas | 1.513.362 | 69,7 | |
| Total de 15 a 44 años | 2.171.303 | 100 | |
| De 45 a 64 años | | | |
| Hipertensión esencial | 296.846 | 19,6 | |
| Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados en otra parte | 112.527 | 7,4 | |
| Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén | 98.754 | 6,5 | |
| Diabetes Mellitus | 72.188 | 4,8 | |
| Otras dorsopatías | 55.800 | 3,7 | |
| Otras causas | 882.120 | 58,1 | |
| Total de 45 a 64 años | 1.518.235 | 100 | |
| De 65 años y más | | Casos | Porcentaje |
| Hipertensión esencial | 245.388 | 28,1 | |
| Diabetes Mellitus | 61.697 | 7,1 | |
| Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados en otra parte | 58.487 | 6,7 | |
| Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | 42.146 | 4,8 | |
| Otras dorsopatías | 20.594 | 2,4 | |
| Otras causas | 443.419 | 50,9 | |
| total de 65 años y más | 871.731 | 100 | |
| Todas las edades | | | |
| Hipertensión esencial | 611.464 | 11,1 | |
| Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados en otra parte | 453.420 | 8,2 | |
| Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén | 433.385 | 7,9 | |
| Otras infecciones agudas de la vías respiratorias superiores | 168.615 | 3,1 | |
| Caries dental | 162.691 | 3,0 | |
| Otras causas | 3.675.048 | 66,8 | |
| Total todas las edades | 5.504.623 | 100 | |

2. SALUD INFANTIL

2.1 Morbilidad en niños y niñas

Debido a que no existe una obligación normativa para el envío de Registros Individuales Prestación de Servicios -RIPS a la Secretarías Municipales, La Secretaría de Salud de Medellín lideró una propuesta en la cual las IPS públicas y privadas de la ciudad y Entidades Administradoras Planes de Beneficio -- envían

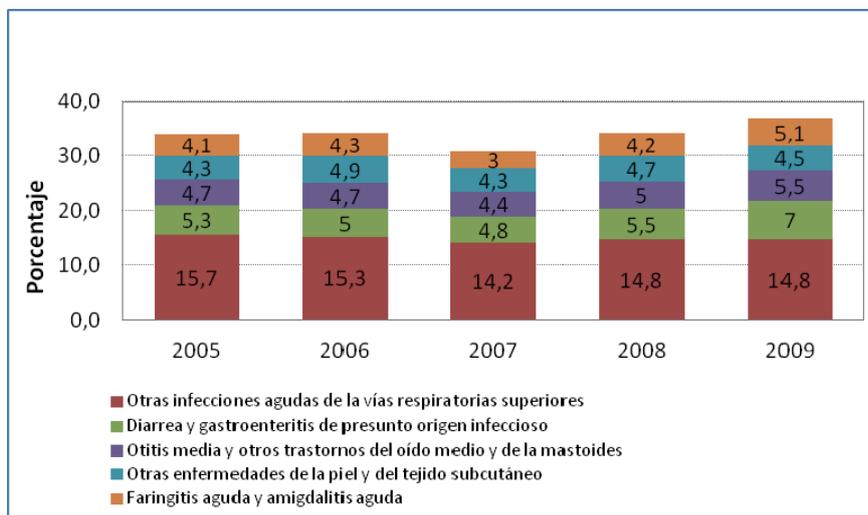
de manera voluntaria copia de sus RIPS, con el fin de tener una aproximación del comportamiento de la morbilidad de sus habitantes generada por consulta externa, hospitalización y urgencias. Esta información recibida con una periodicidad mensual es sometida a un proceso de validación, verificación y consolidación de los datos para su posterior análisis. La muestra recibida es representativa de toda la ciudad y el análisis de los datos obedece a la disponibilidad de los mismos.

A continuación se describen las causas más frecuentes de consulta externa, hospitaliza-

ción y urgencias de los menores de cinco años residentes en Medellín.

2.1.1 Morbilidad por consulta externa

Gráfica 9. Cinco principales motivos de consulta externa en menores de cinco años. Medellín 2005 a 2009 (298 causas CIE 10)



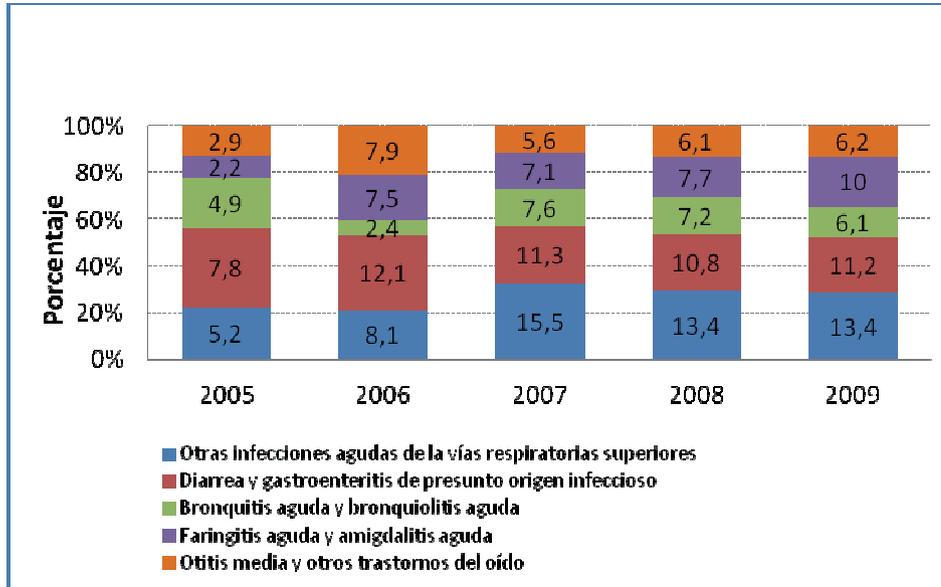
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

La Enfermedad Respiratoria es la causa más frecuente de consulta en niños y niñas 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 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 septiem-

bre, siendo más frecuente la circulación de Virus Sincitial Respiratorio, Parainfluenza e Influenza A incluyendo el virus pandémico AH1N1/09. La Enfermedad Diarreica Aguda es la segunda causa de consulta más frecuente en la ciudad, con un aumento progresivo en los últimos 3 años. Se hace necesario enfatizar con padres y cuidadores sobre las medidas higiénicas sanitarias, dado que la ciudad cuenta con buenas coberturas de servicios de agua potable y saneamiento básico.

2.1.2 Morbilidad por urgencias

Gráfica 10. Cinco primeros motivos de consulta de urgencias en menores de cinco años. Medellín 2005 a 2009 (298 causas CIE 10).



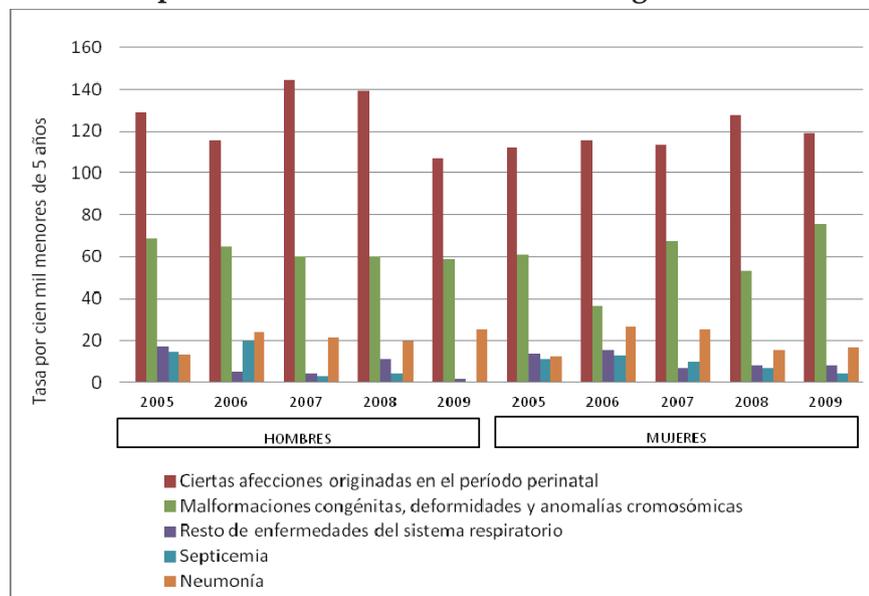
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

El perfil de consultas por urgencias es concordante con las causas identificadas en la consulta externa, en donde la Enfermedad Respiratoria y la Enfermedad Diarreica Aguda son

las causas más representativas. Aparecen las Bronquitis y Bronquiolitis Aguda como complicaciones de la Enfermedad Respiratoria.

2.2 Mortalidad en niños y niñas

Gráfica 10. Cinco primeros motivos de consulta de urgencias en menores de cinco años



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

La mortalidad en niñas y niños menores de cinco años de la de la ciudad de Medellín son generadas por patologías congénitas y enfermedades infecciosas. Este comportamiento se repite año tras año sin modificaciones significativas.

congénita, mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años, realizando un comparativo con el promedio municipal y la meta nacional. A partir de este parámetro se representó con verde las incidencias inferiores al promedio municipal y nacional; en amarillo las incidencias superiores al promedio municipal pero inferiores al nacional y en rojo cuando la incidencia de la comuna supera ambos referentes.

2.3 Análisis con enfoque de equidad

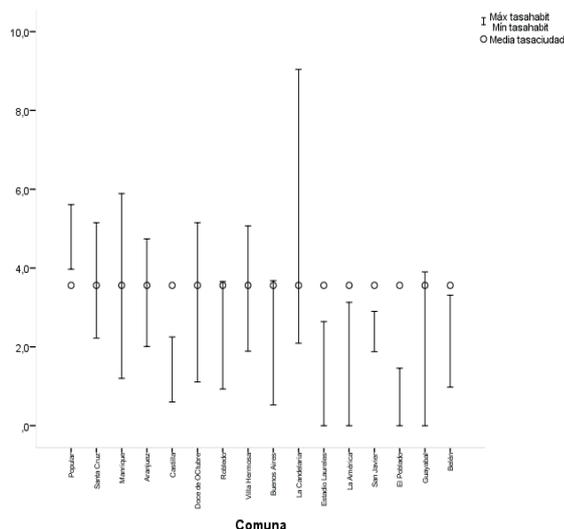
A continuación se realizará el análisis con enfoque de equidad (Urban Heart,) de la sífilis

2.3.1 Sífilis congénita

Cuadro 17. Tasa de sífilis congénita por comunas, metodología Urban Heart, Medellín 2005-2010.

| Año | 1 Popular | 2 Santa Cruz | 3 Manrique | 4 Aranjuez | 5 Castilla | 6 Doce De Octubre | 7 Robledo | 8 Villa Hermosa | 9 Buenos Aires | 10 La Candelaria | 11 Laureles | 12 La América | 13 San Javier | 14 El Poblado | 15 Guayabal | 16 Belén | Ciudad | Colombia |
|------|-----------|--------------|------------|------------|------------|-------------------|-----------|-----------------|----------------|------------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|----------|--------|----------|
| 2005 | 4,42 | 2,22 | 2,51 | 2,03 | 2,25 | 5,15 | 1,66 | 3,59 | 2,19 | 2,09 | 0,00 | 3,13 | 2,51 | 1,46 | 3,90 | 2,68 | 3,72 | 0,5 |
| 2006 | 4,23 | 4,09 | 2,43 | 3,53 | 1,54 | 1,75 | 3,66 | 2,64 | 2,06 | 5,48 | 1,43 | 1,05 | 1,98 | 1,26 | 1,22 | 0,98 | 4,26 | 0,5 |
| 2007 | 5,61 | 2,75 | 1,20 | 2,01 | 1,08 | 2,32 | 2,26 | 5,07 | 3,68 | 7,82 | 0,00 | 0,00 | 2,27 | 1,18 | 1,20 | 2,38 | 3,70 | 0,5 |
| 2008 | 5,34 | 2,76 | 4,48 | 4,74 | 2,14 | 3,45 | 1,98 | 3,13 | 2,22 | 7,94 | 2,64 | 2,88 | 2,90 | 0,00 | 1,13 | 3,31 | 3,96 | 0,5 |
| 2009 | 4,43 | 5,15 | 3,67 | 2,35 | 0,60 | 2,82 | 1,23 | 1,89 | 2,26 | 7,58 | 0,00 | 1,04 | 2,05 | 0,00 | 0,00 | 2,02 | 2,64 | 0,5 |
| 2010 | 3,97 | 4,57 | 5,89 | 3,73 | 2,08 | 1,11 | 0,93 | 4,16 | 0,53 | 9,04 | 0,00 | 0,00 | 1,88 | 0,00 | 3,00 | 2,11 | 3,08 | 0,5 |

Gráfica 12. Promedios mínimos y máximos de la incidencia de la sífilis congénita por comunas del Municipio de Medellín 2005-2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

La sífilis congénita representa una falla del sistema de salud. Entre los factores que contribuyen a la persistencia de este problema se destacan, las barreras al acceso a diagnóstico y tratamiento de la madre de forma oportuna, mala calidad del control prenatal, el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual y la reinfección en la madre en las últimas semanas de gestación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido el objetivo de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluidos mortinatos). Para lograr este objetivo es necesario que más del 95% de las gestantes infectadas sean detectadas y tratadas, con lo que se logre reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0%. En la ciudad de 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. El comportamiento en la ciudad no es homogéneo, las comunas Popular, Santa Cruz, Aranjuez y La Candelaria asumen la mayor carga de la enfermedad con una prevalencia que supera los promedios municipales y las metas nacionales de manera significativa y continua en los últimos años. Esta desigualdad es aún mayor en la Comuna La Candelaria, donde residen un porcentaje importante de personas en situación de calle.

2.3.2 Mortalidad infantil (menores de 1 año)

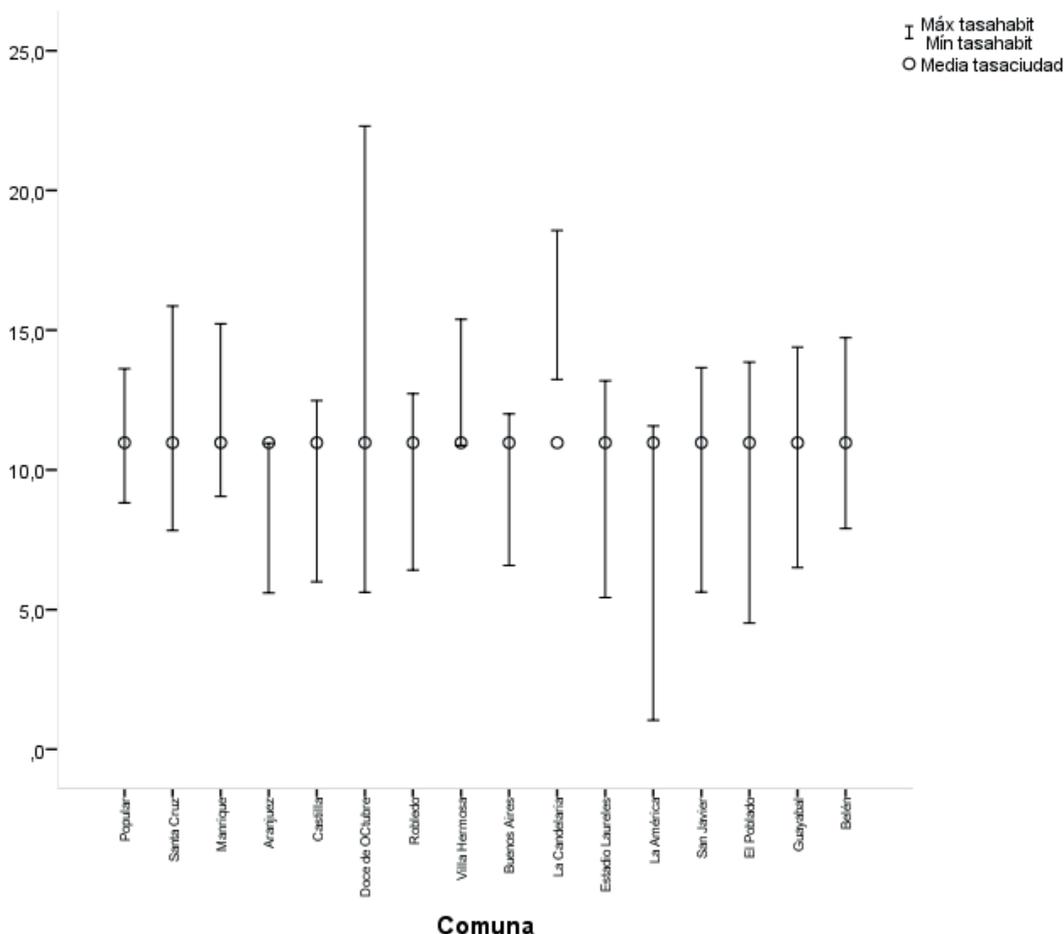
Es un indicador fundamental para evaluar el nivel de desarrollo y salud de una región o un país. La tasa de mortalidad infantil (TMI) para el país de acuerdo con los datos publicados por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) para el año 2007 fue de 15.3 muertes en niños menores de un año por cada mil nacidos vivos.

Cuadro 18. Tasa de Mortalidad infantil por comunas, metodología Urban Heart, Medellín 2005-2010.

| Año | 1 Popular | 2 Santa Cruz | 3 Manrique | 4 Aranjuez | 5 Castilla | 6 Doce De Octubre | 7 Robledo | 8 Villa Hermosa | 9 Buenos Aires | 10 La Candelaria | 11 Laureles | 12 La América | 13 San Javier | 14 El Poblado | 15 Guayabal | 16 Belén | Ciudad | Colombia |
|------|-----------|--------------|------------|------------|------------|-------------------|-----------|-----------------|----------------|------------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|----------|--------|----------|
| 2005 | 13,62 | 12,7 | 12,9 | 8,48 | 8,44 | 5,62 | 12,47 | 15,39 | 10,94 | 17,75 | 8,86 | 6,27 | 7,94 | 11,64 | 6,50 | 13,39 | 11,94 | 14 |
| 2006 | 8,82 | 15,8 | 11,3 | 8,66 | 8,24 | 11,37 | 8,13 | 12,31 | 6,58 | 13,70 | 12,88 | 11,57 | 9,11 | 13,85 | 12,21 | 14,73 | 11,10 | 14 |
| 2007 | 12,3 | 11,0 | 15,2 | 7,39 | 10,8 | 12,06 | 6,41 | 13,37 | 9,82 | 18,57 | 9,16 | 7,85 | 10,99 | 8,29 | 14,39 | 8,08 | 11,63 | 14 |
| 2008 | 11,4 | 13,8 | 11,0 | 10,9 | 6,96 | 9,92 | 9,49 | 14,78 | 12,00 | 13,23 | 13,19 | 7,69 | 13,66 | 4,52 | 10,14 | 8,52 | 11,26 | 14 |
| 2009 | 10,0 | 13,7 | 10,6 | 7,82 | 6,00 | 12,67 | 12,73 | 10,88 | 11,78 | 15,15 | 5,43 | 1,04 | 9,84 | 10,47 | 6,88 | 12,65 | 10,45 | 14 |
| 2010 | 8,93 | 7,83 | 9,05 | 5,60 | 12,48 | 22,30 | 7,48 | 14,04 | 7,38 | 15,82 | 7,53 | 4,65 | 5,63 | 5,05 | 7,51 | 7,90 | 9,45 | 14 |

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfica 13. Tasa de mortalidad infantil (menores de un año) por comunas, Medellín 2005-2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

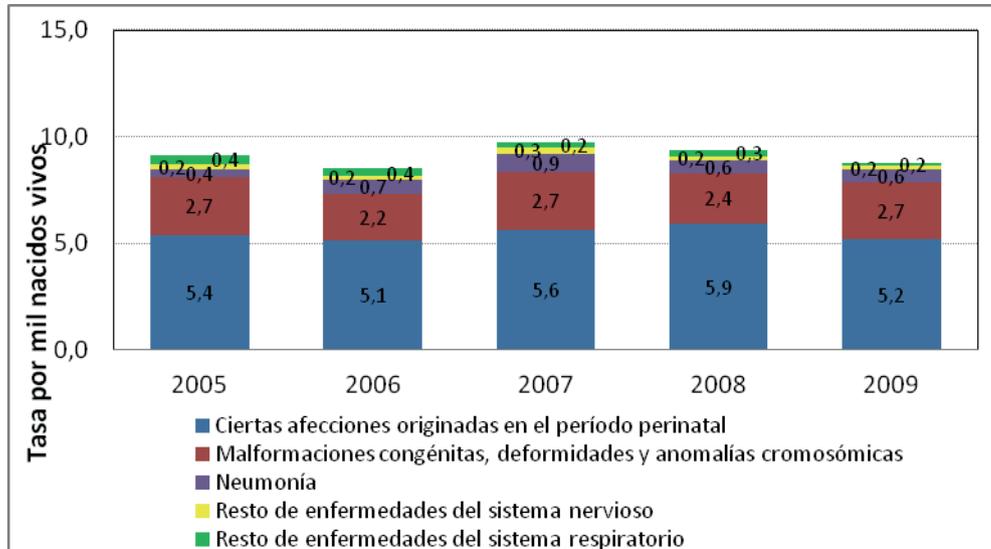
En Medellín, en los últimos años se ha observado una marcada disminución en el número de casos, pasando de una tasa de 11.9 en 2005 a 9,45 muertes por mil nacidos vivos en el año 2010. Con este comportamiento la ciudad cumple la meta de Objetivos de Desarrollo de Milenio propuesto por Colombia en el documento Consejo Nacional de Política, Económica y Social - Conpes 91, que plantea “reducir la tasa de mortalidad en menores de un año a 14 por mil nacidos vivos” (7).

Sin embargo, al observar el comportamiento por comunas, encontramos que tres de ellas no cumplen con la meta de Objetivos de Desarrollo

del Milenio, superando el promedio municipal y nacional. Estas son la Comuna 6 (Doce de Octubre): se observan tres años en zona de alarma y el último año con una tasa de 22.3 supera de manera significativa el promedio municipal; la Comuna 8 (Villa Hermosa) y la Comuna 10 (La Candelaria) de los seis años de información analizada, en tres de ellos han estado en alarma y los tres restantes superan los promedios municipal y nacional. El desempeño observado en estas comunidades evidencia de manera significativa las desigualdades que pueden pasar desapercibidas al realizar mediciones globales.

2.3.3 Mortalidad en menores de un año

Gráfica 14. Cinco principales causas de mortalidad en menores de un año. Medellín, 2005 a 2009 (103 causas CIE 10).



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

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. Las causas evitables deben ser tenidas en cuenta para minimizar el impacto de la mortalidad en este grupo de edad.

2.3.4 Mortalidad en menores de cinco años

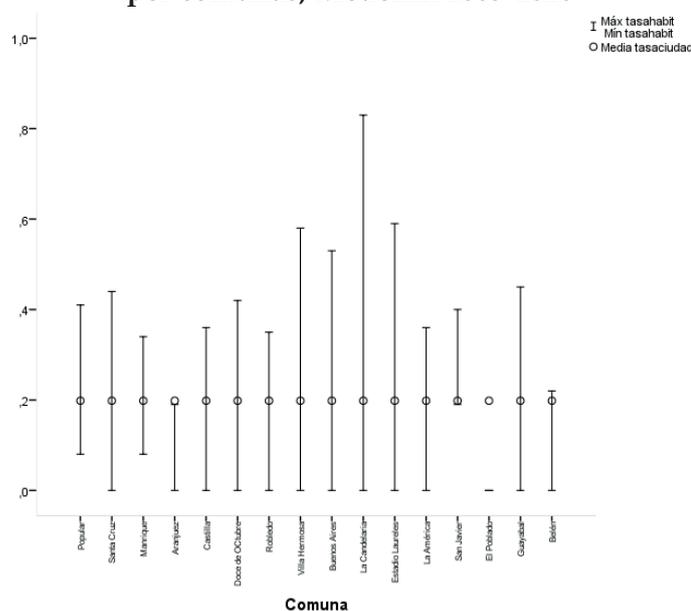
A. Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA)

Cuadro 19. Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) niños y niñas de Medellín, 2005-2010. Tasas por mil menores de cinco años.

| Año | 1 Popular | 2 Santa Cruz | 3 Manrique | 4 Aranjuez | 5 Castilla | 6 Doce De Octubre | 7 Robledo | 8 Villa Hermosa | 9 Buenos Aires | 10 La Candelaria | 11 Laureles | 12 La América | 13 San Javier | 14 El Poblado | 15 Guayabal | 16 Belén | Ciudad | Colombia |
|------|-----------|--------------|------------|------------|------------|-------------------|-----------|-----------------|----------------|------------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|----------|--------|----------|
| 2005 | 0,08 | 0,00 | 0,08 | 0,09 | 0,11 | 0,00 | 0,35 | 0,19 | 0,26 | 0,00 | 0,29 | 0,00 | 0,19 | 0,00 | 0,00 | 0,21 | 0,13 | 17 |
| 2006 | 0,41 | 0,11 | 0,08 | 0,18 | 0,00 | 0,42 | 0,18 | 0,58 | 0,13 | 0,83 | 0,00 | 0,00 | 0,20 | 0,00 | 0,45 | 0,11 | 0,25 | 17 |
| 2007 | 0,33 | 0,43 | 0,17 | 0,18 | 0,23 | 0,22 | 0,09 | 0,49 | 0,53 | 0,28 | 0,59 | 0,35 | 0,40 | 0,00 | 0,23 | 0,22 | 0,27 | 17 |
| 2008 | 0,25 | 0,11 | 0,25 | 0,18 | 0,12 | 0,22 | 0,18 | 0,20 | 0,27 | 0,28 | 0,00 | 0,00 | 0,40 | 0,00 | 0,00 | 0,11 | 0,19 | 17 |
| 2009 | 0,08 | 0,44 | 0,34 | 0,19 | 0,24 | 0,15 | 0,27 | 0,00 | 0,41 | 0,56 | 0,30 | 0,36 | 0,20 | 0,00 | 0,45 | 0,00 | 0,23 | 17 |
| 2010 | 0,25 | 0,22 | 0,26 | 0,00 | 0,36 | 0,07 | 0,00 | 0,10 | 0,00 | 0,00 | 0,30 | 0,36 | 0,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,12 | 17 |

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfica 15. Mortalidad por ERA en niños y niñas menores de 5 años, por comunas, Medellín 2005-2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

Las enfermedades respiratorias agudas son unas de las principales causas de muerte en los niños y las niñas 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 un desempeño desigual entre las comunas de las zonas nororiental y noroccidental, las cuales superan el promedio municipal.

En Medellín hasta el año 2007 por cada mil niños menores de cinco años morían 23 a causa de enfermedades respiratorias agudas. El Plan de Desarrollo Municipal definió como meta para el año 2011 reducir el número de muertes por esta causa a 17,4 por cien mil menores de cinco años. La ciudad ha avanzado significativamente en alcanzar esta meta y ya para el

año 2010 la había logrado, mostrando una tasa de 10,01 por cada cien mil menores de cinco años debidas a esta causa.

Al analizar de manera individual los determinantes o causas incidentes en estas muertes se encontraron 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. En estos casos también fue frecuente la prematuridad y la desnutrición secundaria. Con respecto a los casos confirmados de muerte por ERA como causa básica, se encontró que al 92% de los niños analizados se les prestó una atención adecuada en las instituciones de salud, esto es un buen diagnóstico y tratamiento del cuadro respiratorio.(8).

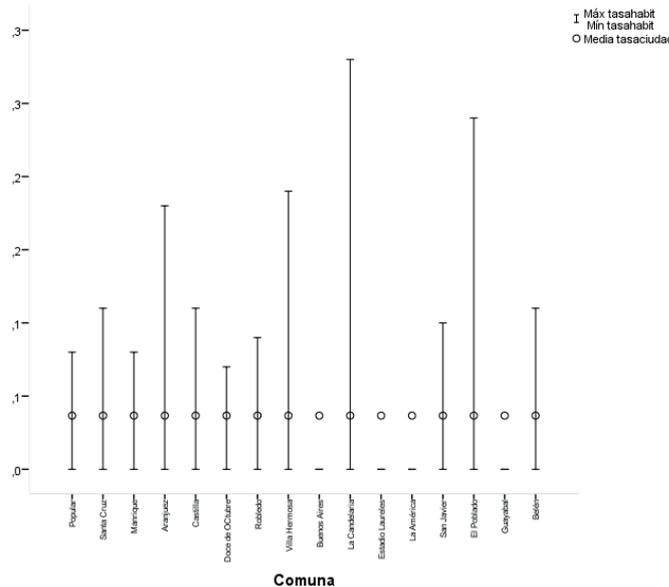
B. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Cuadro 20. Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas de Medellín, 2005-2010. Tasas por mil menores de cinco años.

| Año | 1 Popular | 2 Santa Cruz | 3 Manrique | 4 Aranjuez | 5 Castilla | 6 Doce De Octubre | 7 Robledo | 8 Villa Hermosa | 9 Buenos Aires | 10 La Candelaria | 11 Laureles | 12 La América | 13 San Javier | 14 El Poblado | 15 Guayabal | 16 Belén | Ciudad | Colombia |
|------|-----------|--------------|------------|------------|------------|-------------------|-----------|-----------------|----------------|------------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|----------|--------|----------|
| 2005 | 0,00 | 0,00 | 0,08 | 0,18 | 0,11 | 0,07 | 0,00 | 0,19 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,11 | 0,09 | 17 |
| 2006 | 0,00 | 0,11 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,03 | 17 |
| 2007 | 0,00 | 0,00 | 0,08 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,10 | 0,00 | 0,28 | 0,00 | 0,00 | 0,10 | 0,24 | 0,00 | 0,00 | 0,04 | 17 |
| 2008 | 0,08 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,09 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,10 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,03 | 17 |
| 2009 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,09 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,10 | 0,00 | 0,28 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,03 | 17 |
| 2010 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 17 |

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfica 16. Mortalidad por EDA en niños y niñas menores de cinco años, por comunas, Medellín 2005-2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

En 2010 la meta mundial es reducir a la mitad el número de muertes por diarrea entre menores de cinco años, en comparación con el año 2000, y disminuir en dos terceras partes en

2015 la tasa de mortalidad entre las niñas y los niños menores de cinco años, en comparación con el año 1990.

En Colombia las muertes por enfermedad diarreica aguda ocupan uno de los primeros lugares en la mortalidad de los menores de cinco años especialmente en los municipios con mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas y mala calidad de agua para consumo humano. Las tasas de mortalidad disminuyeron de 45,4 a 21,5 por 100 mil menores de cinco años entre 1990 y 2001. De acuerdo con los indicadores básicos publicados por el Ministerio de la Protección Social en el periodo 2002 - 2007 la tasa nacional de muertes por EDA en los niños menores de cinco años pasó de 20.2 a 11.7 muertes por enfermedad diarreica aguda por cada 100 mil menores de cinco años.

En Medellín, al igual que en el resto del país, 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 para el año 2010 se registró una tasa de 1.67 muertes por cada 100 mil menores de cinco años, logrando una reducción del 50% del número de casos y superando la meta proyectada a 2011.

A pesar de que la tasa de mortalidad por diarrea aguda entre los niños menores de cinco años ha descendido en los últimos años como resultado de los esfuerzos de los organismos internacionales para incentivar el uso sistemático de sales de hidratación oral y la atención oportuna de los casos graves, esta patología continúa cobrando víctimas dentro de la población infantil, lo que hace fundamental trabajar sobre los factores determinantes biológicos, culturales, sociales y ambientales que favorecen la presentación de casos de EDA y que pueden ser susceptibles de ser modificados.

2.4 Plan Ampliado de Inmunización - PAI

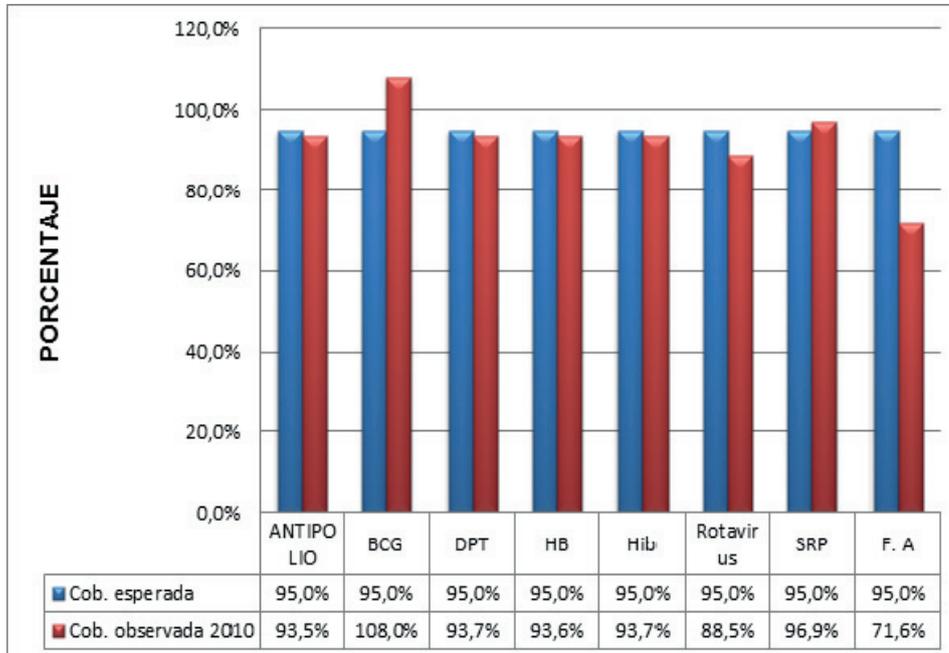
La vacunación ha sido demostrada como una de las mejores estrategias costo efectivas a partir de las cuales ha sido posible la erradicación,

eliminación y control de algunos eventos inmunoprevenibles de interés en Salud Pública. Así se erradicó la poliomiélitis de las Américas, registrando el último caso de la ciudad para 1987; se ha eliminado el sarampión y la rubeola sin casos confirmados por laboratorio en la ciudad desde 2005, y se tiene un control de la tosferina con un promedio de 120 casos en los últimos cinco años en niños y niñas residentes en Medellín.

Para el año 2009 al analizar la cobertura de vacunación para la ciudad de Medellín, a partir de los registros enviados por las IPS notificadoras hasta el mes de diciembre, se observa que en la mayoría de los biológicos se alcanzaron coberturas útiles muy superiores a la esperada (meta 95.5%). Sin embargo, respecto a tétanos y difteria (Td) para gestantes y mujeres en edad fértil se obtuvieron coberturas inferiores a la esperada, lo que podría explicarse ya que en muchos casos las mujeres vuelven a empezar los esquemas, pues no presentan el carné de vacunación a la hora de ser vacunados y no vuelven a continuar su esquema (ver gráfica).

Para mayo de 2010 la meta esperada para lograr coberturas útiles de vacunación era de 39.5% 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 todos los biológicos, registrando mayor cobertura la vacunación de los recién nacidos con el biológico de BCG (vacuna que protege de la tuberculosis), el cual tiene coberturas de 46.7%, seguido del grupo de un año de edad con SRP (vacuna contra el sarampión, la rubeola y las paperas) que tiene coberturas del 45.1% y la vacuna contra la fiebre amarilla con el 44.6% de cobertura. En cuanto al grupo de mujeres en edad fértil las coberturas observadas fueron menores a las esperadas (tétano y difteria para gestantes que tiene coberturas de 28.2% y tétanos difteria para no gestantes con un 4.8%), (ver gráfica).

Gráfica 17. Coberturas de vacunación por biológico con población proyectada Censo Dane 2005



Fuente: PAISOFT, Secretaría de Salud de Medellín. Año 2010. Cohorte población utilizada: proyección Dane para Medellín año 2010.

3. 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 un país(9), por tanto, los indicadores de SSR están especialmente relacionados con los determinantes sociales biológicos, de

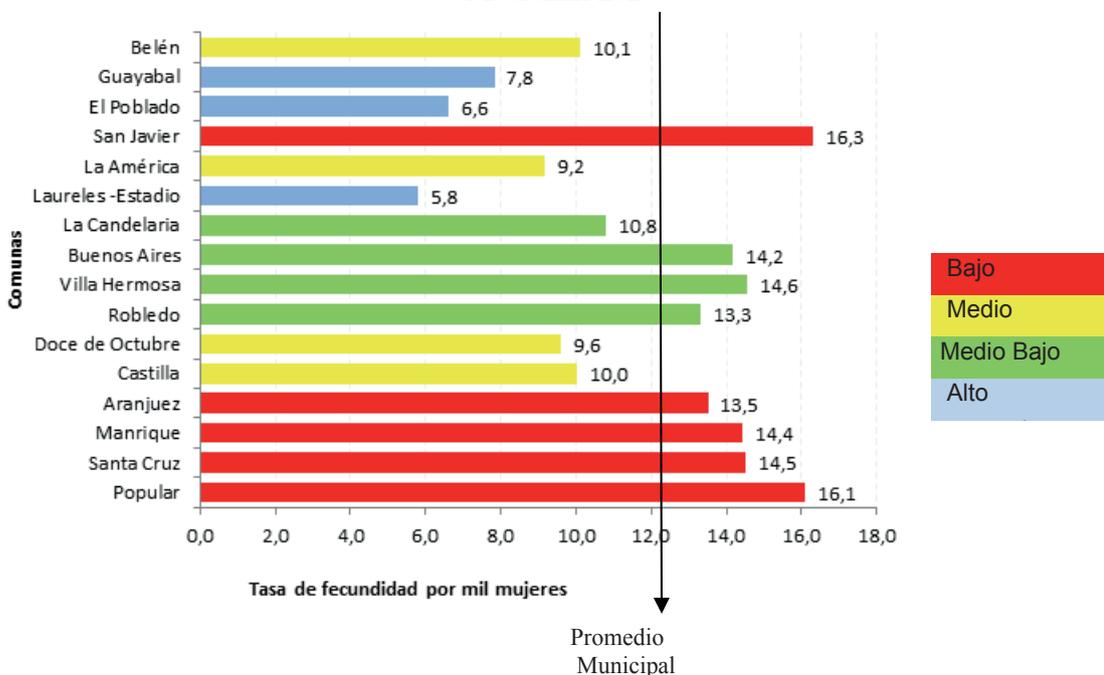
estilo de vida, condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud (10).

3.1. Tasa de fecundidad

Representa el número de embarazos por cada mil mujeres.....

Contextualizar con la definición y la tasa nacional.

Gráfica 18. Tasa de Fecundidad según índice de Calidad de Vida, Medellín 2010



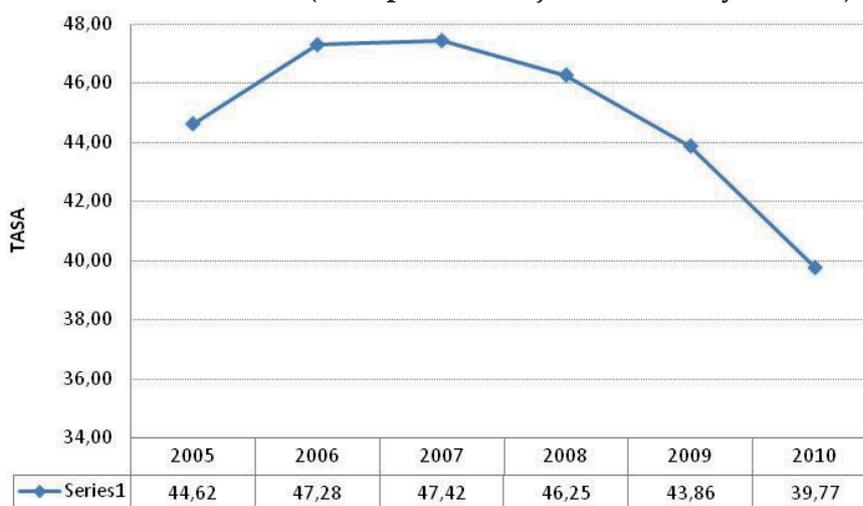
Fuente: Índice Calidad de Vida 2010 y Secretaría de Salud de Medellín.

En la gráfica se observa que las tasas de fecundidad son inversas a los índices de calidad de vida. Las comunas que tienen los índices de calidad más altos representados en azul, tie-

nen las tasas más bajas de fecundidad. El promedio municipal es de 12.2. Las comunas con los índices de calidad de vida más bajos superan este promedio de manera significativa.

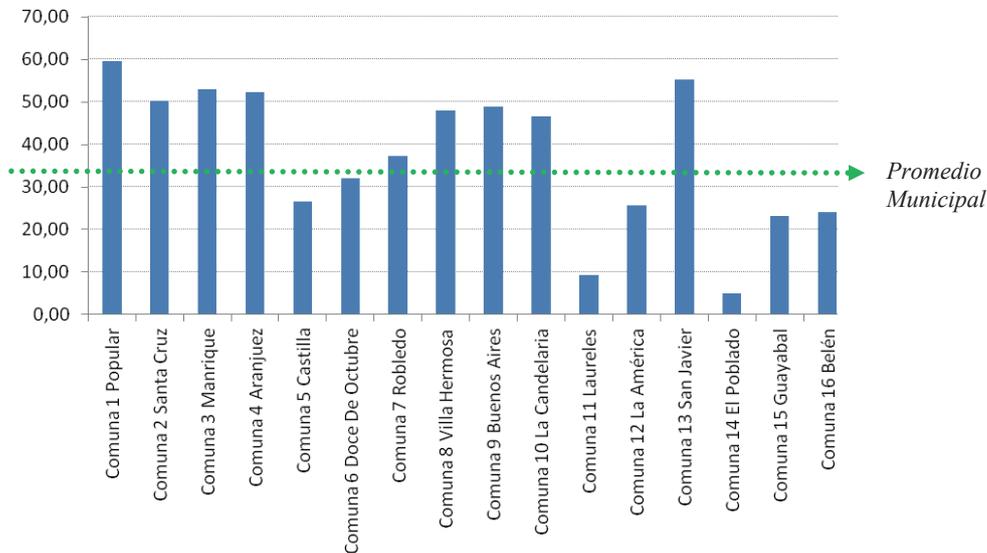
3.1.1. Tasa de fecundidad en adolescentes

Gráfica 19. Fecundidad específica en adolescentes entre 10 y 19 años. Medellín 2010 (Tasa por mil mujeres entre 10 y 19 años)



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfica 20. Fecundidad específica en adolescentes de 10 a 19 años, según comunas, Medellín 2010.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Durante 2010 la reducción en el número de embarazos de las jóvenes de 10 a 19 años fue significativa (844 embarazos menos respecto al año anterior) con un comportamiento similar en el resto de grupos de edad.

En el país se observó un comportamiento similar según lo expuesto por Profamilia en la Encuesta de Demografía y Salud con información de 2010, en donde la tasa global de fecundidad ha mostrado un comportamiento con tendencia a la reducción (11).

Figura. 8. Información recolectada a partir de la Encuesta de Demografía y Salud. Año 2010.

Tasas específicas por edad, tasas acumuladas de fecundidad y tasa bruta de natalidad para los tres años que precedieron la encuesta, por zona de residencia, Colombia 2010

| Edad e indicador | Zona de residencia | | Total 2010 | Total 2005 | Total 2000 |
|---|--------------------|-------|------------|------------|------------|
| | Urbana | Rural | | | |
| 15-19 | 73 | 122 | 84 | 90 | 85 |
| 20-24 | 110 | 168 | 122 | 132 | 142 |
| 25-29 | 95 | 119 | 100 | 116 | 129 |
| 30-34 | 69 | 74 | 70 | 77 | 99 |
| 35-39 | 34 | 51 | 38 | 46 | 49 |
| 40-44 | 11 | 19 | 12 | 15 | 15 |
| 45-49 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 |
| Tasa Global de Fecundidad ¹ | 2.0 | 2.8 | 2.1 | 2.4 | 2.6 |
| Tasa General de Fecundidad ² | 68 | 96 | 74 | 83 | 91 |
| Tasa Bruta de Natalidad ³ | 17 | 20 | 18 | 20 | 23 |

¹La tasa global está expresada en nacimientos por mujer
²La tasa general (nacimientos divididos por número de mujeres de 15-49) está expresada en nacimientos por 1,000 mujeres
³La tasa bruta está expresada en nacimientos por 1,000 habitantes

Fuente: Profamilia, Encuesta de Demografía y Salud. Año 2010

3.2. 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.

La vigilancia de este evento deberá trascender el reporte de casos y fortalecer el análisis de

determinantes con el fin de focalizar las intervenciones necesarias para su reducción.

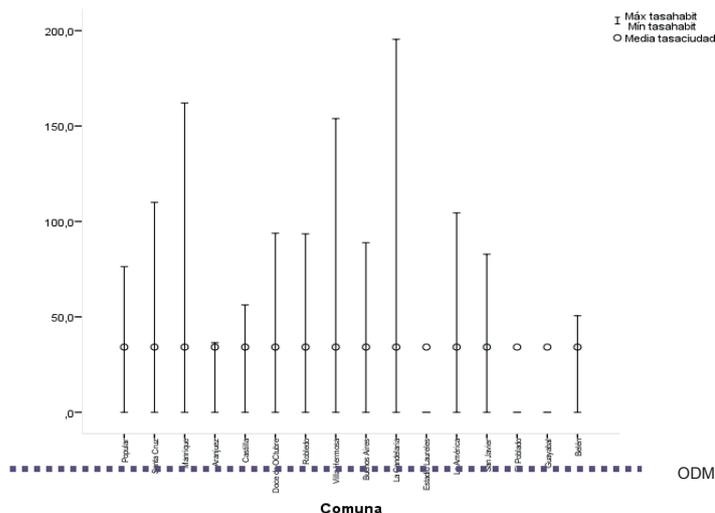
A continuación se realizará el análisis de la mortalidad materna con enfoque de equidad (Urban Heart), realizando un comparativo con el promedio municipal y la meta nacional. A partir de este parámetro se representó con verde las incidencias inferiores al promedio municipal y nacional; en amarillo las incidencias superiores al promedio municipal pero inferiores al nacional y en rojo cuando la incidencia de la comuna supera ambos referentes.

Cuadro 21. Tasa de mortalidad materna por comunas, metodología Urban Heart, Medellín 2005-2010.

| Año | 1 Popular | 2 Santa Cruz | 3 Manrique | 4 Aranjuez | 5 Castilla | 6 Doce De Octubre | 7 Robledo | 8 Villa Hermosa | 9 Buenos Aires | 10 La Candelaria | 11 Laureles | 12 La América | 13 San Javier | 14 El Poblado | 15 Guayabal | 16 Belén | Ciudad | Colombia |
|------|-----------|--------------|------------|------------|------------|-------------------|-----------|-----------------|----------------|------------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|----------|--------|----------|
| 2005 | 36,81 | 0,00 | 83,7 | 33,91 | 56,24 | 0,00 | 0,00 | 153,9 | 0,00 | 104,3 | 0,00 | 104,4 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 42,00 | 45 |
| 2006 | 35,26 | 51,18 | 162,0 | 32,07 | 0,00 | 0,00 | 40,67 | 0,00 | 0,00 | 91,3 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 49,12 | 41,68 | 45 |
| 2007 | 0,00 | 109,9 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 37,69 | 0,00 | 0,00 | 195,5 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 32,55 | 45 |
| 2008 | 76,31 | 0,00 | 0,00 | 36,5 | 53,5 | 43,12 | 0,00 | 0,00 | 88,89 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 82,82 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 33,21 | 45 |
| 2009 | 40,26 | 0,00 | 81,63 | 0,00 | 0,00 | 93,8 | 0,00 | 0,00 | 45,3 | 0,00 | 0,00 | 103,5 | 81,97 | 0,00 | 0,00 | 50,58 | 37,65 | 45 |
| 2010 | 0,00 | 65,23 | 45,27 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 93,4 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 17,90 | 45 |

Fuente: Secretaría Salud de Medellín

Gráfica 21. Razón de mortalidad materna por comunas, Medellín 2005-2010



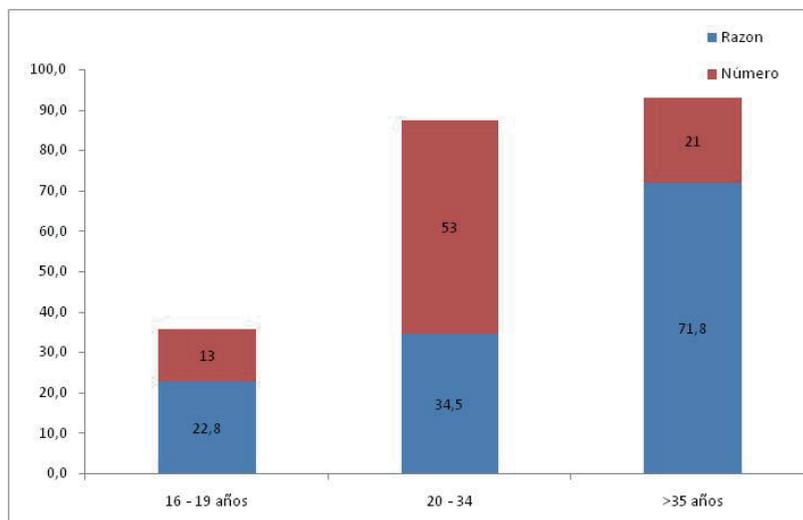
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

La reducción de la mortalidad materna continúa siendo una tarea pendiente para la mayor parte de los países en desarrollo. En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la meta mundial establecida para el año 2015 es reducir en tres cuartas partes esta mortalidad. Esta meta implica para Colombia reducirla a 45 muertes por cien mil nacidos vivos. Medellín logró esta meta de manera satisfactoria con una razón de 17.9 registrada en 2010, sin embargo al observar el comportamiento por comunas, tres de ellas no la alcanzaron para este mismo período.

En los últimos seis años se observan comunas como Manrique y Santa Cruz en las que el problema no ha tenido mejoría. Otras como La Candelaria, donde la razón de mortalidad superaba el promedio municipal y la meta nacional, han tenido mejoría en los últimos 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.

3.2.1 Muerte materna: distribución según grupos de edad

Gráfica 22. Razón de mortalidad materna por comunas, Medellín 2005-2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

En Medellín la mortalidad materna tiene dentro de sus aspectos relevantes la edad. 53 (60%) de los 87 casos acumulados en los últimos siete años, han ocurrido en mujeres con edades

comprendidas entre 20 y 34 años, sumando los años de vida potenciales perdidos a los aspectos negativos que representa la mortalidad en este grupo.

3.2.2 Mortalidad materna: principales causas

Cuadro 22. Causas de mortalidad materna en Medellín 2003-2010

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Hemorragia | 4 | 4 | 2 | 5 | 0 | 2 | 0 | 2 | 19 |
| Sepsis | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 | 15 |
| Otras indirectas | 2 | 1 | 6 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 14 |
| THAE | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 12 |
| Tromboembolismos | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 12 |
| Aborto | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 0 | 8 |
| Indeterminadas | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 6 |
| Complicación Anestésica | | | | 1 | | | | | 1 |

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

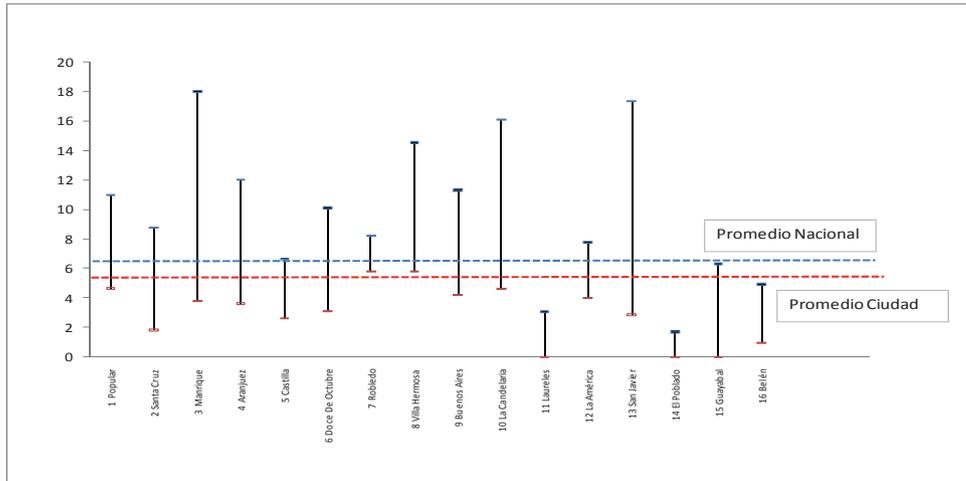
El análisis individual de caso se realiza con representación de los sectores involucrados en la atención de la gestante: aseguradores, prestadores, responsables de los temas de calidad, referencia y contrarreferencia y los entes territoriales municipal y departamental, asesorados por un grupo de expertos, quienes entregan como producto final la confirmación de las causas básicas de muerte y un análisis de determinantes con planes de mejoramiento según sea necesario. En el cuadro 22 se observan las causas identificadas cada año y la evolución que estas han venido presentando, como es el caso de las hemorragias, que a partir de la implementación de la estrategia Código Rojo,

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

Los determinantes que inciden de manera significativa en las muertes y que se encuentran relacionados con la comunidad son la baja percepción del riesgo, las barreras económicas y el retraso en la toma de decisiones; y en lo relacionado con el sistema de salud son los tratamientos inadecuados y cuidados obstétricos y sistema de referencia insuficientes.

3.3. Mortalidad por cáncer de cuello uterino

Gráfica 23. Mortalidad por cáncer de cuello uterino por cien mil mujeres, según comuna de residencia, Medellín 2005 - 2010.



Fuente: Secretaria de Salud de Medellín

Según datos del Dane y el Instituto Nacional de Cancerología -INC- y Globocan (Sistema de Registro en Cáncer de la OMS)(12), cada año se diagnostican aproximadamente 6.800 mujeres con cáncer cervico uterino en Colombia y mueren poco más de 3.200. Esta enfermedad es la primera causa 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.

El país ha registrado en los últimos años una ligera disminución en la tasa de mortalidad por esta causa, pasando de una tasa de 8.0 muertes por cada 100 mil mujeres en el año 2002 a una tasa de 7.2 muertes por cada 100 mil mujeres en el año 2007. En el municipio de Medellín en el año 2007 se registró una tasa de 5.76 muertes por cada 100 mil mujeres, registrando un incremento para el último año.

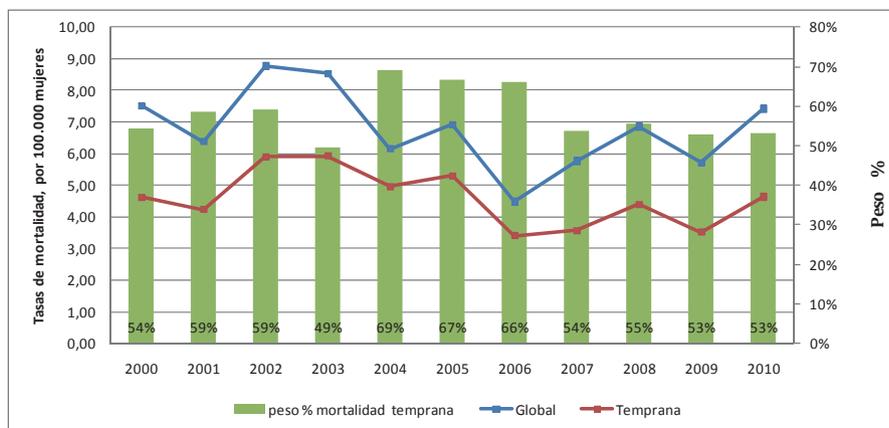
Siete de las 16 comunas presentaron el peor desempeño, especialmente las ubicadas en la zona nororiental de la ciudad, con un comportamiento persistente a través de los años. Estas zonas de la ciudad son las que registran los ni-

veles más bajos en el Índice de Desarrollo Humano y en los indicadores de calidad de vida.

Otro aspecto importante respecto al cáncer de cuello uterino es la carga de enfermedad que este representa para la ciudad, medida en la mortalidad temprana (mujeres menores de 60 años), que entre el año 2000 y el año 2010 el 58 % de las muertes por esta causa han sido en este grupo de edad, esta situación se ha mantenido estable durante los últimos 10 años (ver gráfica), lo que es un reflejo de la no oportunidad en el diagnóstico temprano y la falla de los programas de prevención y de detección temprana de la enfermedad.

Es necesario garantizar programas integrales que promuevan la salud sexual y reproductiva con el fin de reducir la tasa de mortalidad, evitable por el fácil acceso a medios diagnósticos y tratamientos especializados que ofrece la ciudad y que son garantizados a través del aseguramiento que tiene cobertura superior certificada por el Ministerio de Protección Social del País.

Gráfica 24. Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino global en mujeres menores de 60 años. Medellín años 2000 -2010



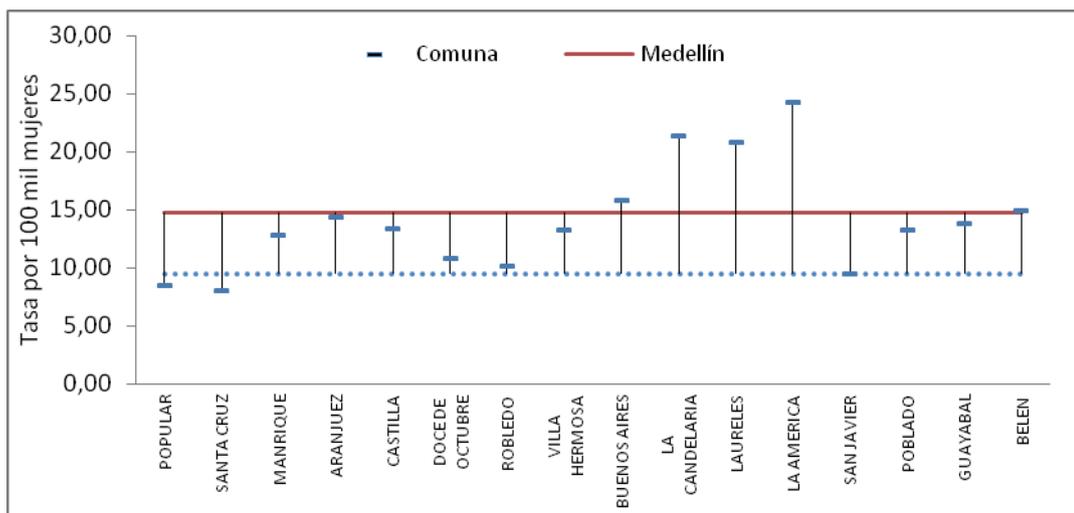
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

3.4. Mortalidad por cáncer de mama (Tasa por cien mil mujeres)

Para Medellín entre el año 2005 y el año 2010 se tiene una tasa media de mortalidad de 14.73 casos por 100.000 mujeres, similar a la tasa estimada para Estados Unidos (14.7) y superior a la tasa de mortalidad reportada por el país (12).

Si se comparan las tasas de mortalidad por comunas con la tasa de la ciudad y del país, se puede observar como en las comunas de La Candelaria, Laureles Estadio y La América, es donde está la mayor carga de mortalidad para la ciudad.

Gráfica 25. Tasas media de mortalidad por cáncer de mama por comunas. Medellín 2005 - 2010

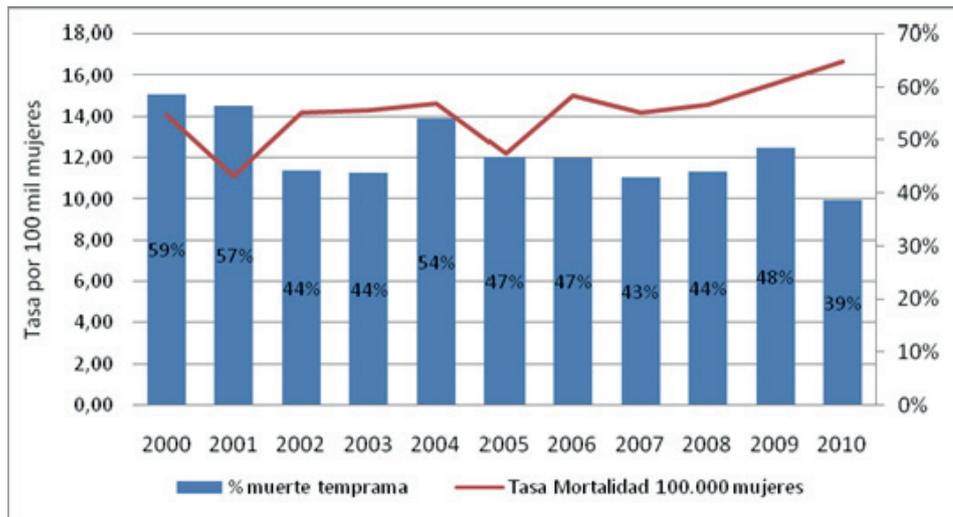


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

El cáncer de mama es la tercera causa de muerte en las mujeres menores de 60 años residentes en Medellín y corresponde al 6% del total de muertes de mujeres en este grupo de edad. Del total de las muertes por esta causa ocurridas durante los años 2000 a 2010, el 47% corresponden a mujeres menores de 60

años. Sin embargo, según la gráfica siguiente, se observa una tendencia al aumento de las tasas de mortalidad a partir del 2006 pero el porcentaje de mortalidad temprana tiene una leve tendencia a la disminución, lo que puede deberse a una mayor sobrevivencia de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

Gráfica 26. Tendencia de la mortalidad por cáncer de mama y peso porcentual de la mortalidad temprana (menores de 60 años) por esta causa. Medellín 2000 -2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

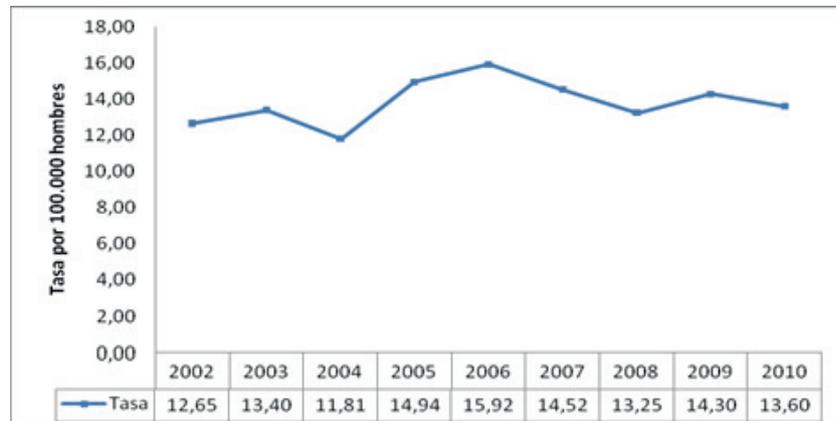
3.5. Mortalidad por cáncer de próstata

El cáncer de próstata es el segundo cáncer en los hombres (para el año 2008 según Globocan 899.000 casos nuevos, 13.6% del total). Casi tres cuartos de los casos registrados ocurren en los países desarrollados (644.000 casos) y la mortalidad es mucho más alta en poblaciones predominantemente negras (El Caribe 26.3 por 100.000 y África Subsahariana 18-19 por 100.000), y más bajas en países asiáticos (2.5 por 100.000).

Según el reporte de Globocan 2008 Colombia tiene una tasa estimada de mortalidad de 14.6 casos por 100.000 hombres, similar a la tasa media de Medellín (14.4 casos entre el periodo 2005 - 2010). Evaluando la mortalidad anual por cáncer de próstata en la ciudad, su comportamiento presenta una tendencia estable con variaciones poco significativas (12).

En cuanto a la mortalidad temprana, estas han representado en los últimos 10 años el 7% de las muertes por esta causa, con pocas variaciones en las tasas de mortalidad para la población de hombres menores de 60 años.

Gráfica 27. Tendencia mortalidad anual por cáncer de próstata. Medellín 2002-2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

Cuadro 23. Tasas de mortalidad temprana (menores 60 años) por cáncer de próstata. Medellín 2002 - 2010.

| Año | Tasa* mortalidad población general | Tasa* mortalidad temprana | Peso porcentual de total de casos de muertes temprana |
|------|------------------------------------|---------------------------|---|
| 2002 | 12,65 | 0,99 | 7% |
| 2003 | 13,40 | 1,19 | 12% |
| 2004 | 11,81 | 1,51 | 11% |
| 2005 | 14,94 | 1,39 | 8% |
| 2006 | 15,92 | 0,63 | 4% |
| 2007 | 14,52 | 0,63 | 4% |
| 2008 | 13,25 | 0,73 | 5% |
| 2009 | 14,30 | 1,34 | 8% |
| 2010 | 13,60 | 1,13 | 7% |

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

3.6. VIH/Sida

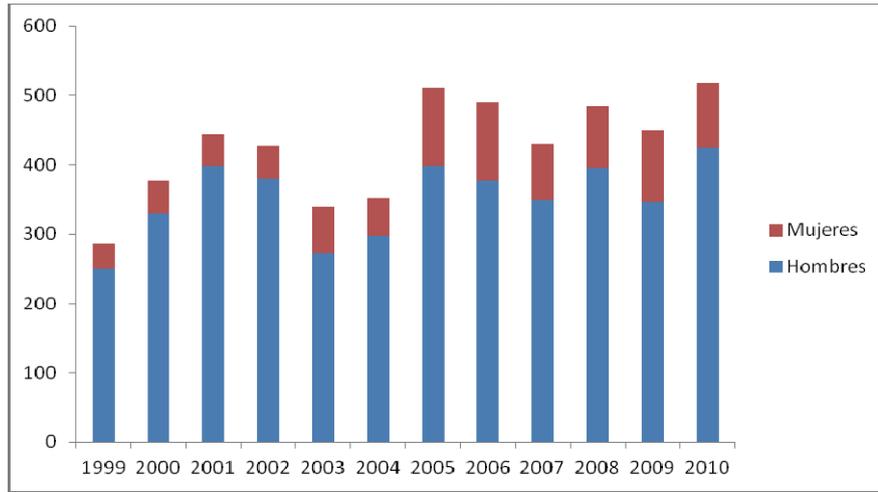
Esta enfermedad aguda, producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), tiene un período de latencia en el cual hay ausencia de síntomas durante años (persona infectada asintomática), situación que puede afectar el diagnóstico oportuno de los casos (13).

En Colombia, el primer caso de Sida se diagnosticó en 1983 y desde entonces se ha evidenciado tendencia al aumento de su incidencia a través de los años y cambios en el compor-

tamiento de los mecanismos de transmisión y vulnerabilidad (13).

En Medellín, entre 1999 y 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. Aunque la enfermedad no tiene afinidad por sexo, las dificultades para el diagnóstico por situación de violencia o poco acceso a los servicios de salud puede favorecer la brecha existente en el diagnóstico (3).

Gráfica 28. Casos de VIH reportados por sexo, Medellín 1999 - 2010

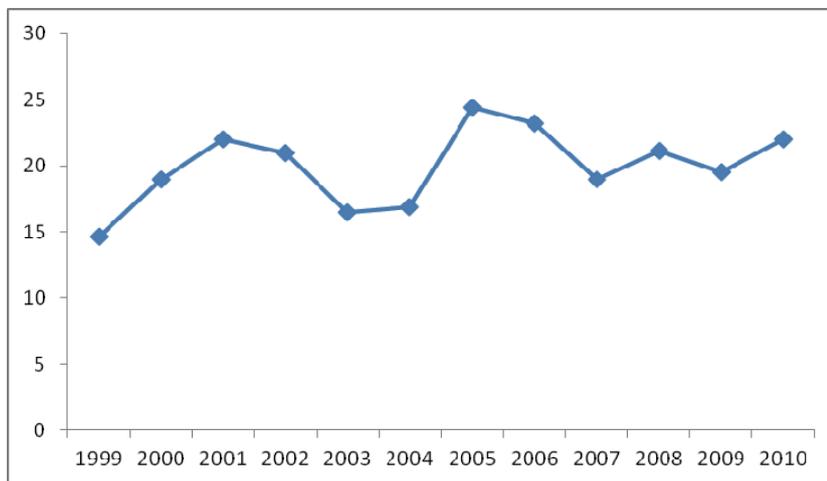


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

Con respecto a los mecanismos de transmisión, sigue siendo la transmisión sexual el mecanismo más frecuente representando el 88% de todos los casos. Aunque la transmisión pe-

rinatal solo representa el 0.6%, es un indicador que refleja fallas en los controles prenatales y que se deben corregir (3).

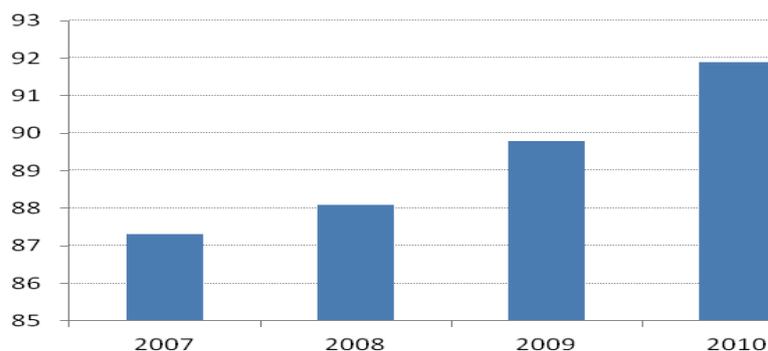
Gráfica 29. Casos de VIH diagnosticados por año, residentes en Medellín, 1999-2010



A 31 de diciembre de 2010 se ha registrado un acumulado de 5.109 casos diagnosticados de VIH en personas residentes en la ciudad.

3.6 Importancia del número de controles prenatales

Gráfica 30. Porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales Medellín, 1999-2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

El control prenatal es reconocido como un factor protector cuando es realizado de manera integral según lo reglamentado en las guías de detección temprana de alteraciones en el embarazo. El control prenatal fomenta en la mujer el autocuidado y permite identificar de manera temprana señales de alarma que pueden ser intervenidos y los riesgos para el bebé por enfermedades transmisibles como son sífilis, hepatitis B y VIH. 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, para 2010 esta cifra asciende a 92%.

3.7 Cobertura institucional del parto

La atención del parto en las instituciones de salud es un factor protector, debido a que se garantizan las condiciones de seguridad para la madre y el niño. Un comportamiento observado en algunas zonas rurales o de difícil acceso a los servicios de salud es que las madres buscan la atención de parteras y tienen sus niños en las viviendas en condiciones de riesgo por las deficiencias de medidas de bioseguridad, higiene y por las falta de competencia para el manejo de las complicaciones. En Medellín la cobertura de parto institucional se mantiene en 99.7% desde el año 2006; el 0.3% restante

corresponde a partos atendidos en vía pública durante el traslado a los servicios de salud.

4. SALUD ORAL

La estrategia Escuela Saludable orienta sus acciones desde los lineamientos propuestos en la Carta de Ottawa de 1986, en los que el fortalecimiento de la participación comunitaria en la dinámica escolar aparece como una de las prioridades; por eso surgen alianzas con diferentes sectores para trabajar conjuntamente por unas mejores condiciones de vida de la comunidad educativa. Si bien, la evaluación de la calidad del cepillado, es una forma de evaluar indirectamente el resultado de las acciones educativas emprendidas en programas como el de Escuelas y Colegios Saludables, muestra que estas acciones no sólo deben mantenerse sino también mejorarse y posiblemente replantearse en términos de su metodología, por cuanto el indicador promedio para las cuatro edades estudiadas (8, 12, 15 y 18) fue 40.7% de las superficies dentales con biopelícula, lo que significa que cerca de la mitad de las superficies siguen en riesgo aún después del cepillado, la calidad del cepillado de los escolares ha desmejorado pues el indicador pasó de 23.9% a 40.3% a los 12 años. (14).

El cuidado profesional, la educación y la motivación de las personas para utilizar técnicas efectivas de cepillado y mantenerlas a lo largo del tiempo, son muchos más importantes que el diseño del cepillo y otros elementos de higiene bucal. En general se considera que con un cepillado cuidadoso cada 12 o cada 24 horas es posible mantener una buena salud gingival; en cuanto al recambio del cepillo dental, se encuentran recomendaciones que oscilan entre los 2,5 y los 6 meses (15). El Índice COP (dientes, cariados, obturados y perdidos) en población escolarizada menor de 12 años fue de 0,7 (14).

4.1 Dientes permanentes de los mayores de 18 años (16)

A 2006, la prevalencia e historia de caries en dentición permanente se estimó en 1471 escolares, quienes tenían uno o más dientes permanentes presentes. De ellos, el 27,3 % (402) tenía caries dental y 15,3 % habían tenido caries alguna vez, pero no tenían al momento del examen; por lo tanto, un total de 626 (42,6 %) escolares tenían historia de caries. La proporción de escolares con experiencia de caries bajó de 54,8 a 35,5. (7).

La situación particular de los y las 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 que entre los 12 y los 18 años, pasan de ser 35 a 60 por cada cien, los afectados por este problema; que el porcentaje de superficies con biopelícula (38,8) no difiere significativamente del promedio global (40,7) y que no se ha logrado un indicador de cero pérdidas dentarias por caries en los y las jóvenes de estratos bajos (2,6% han perdido uno o más dientes por esta causa) como una muestra más de las desigualdades. (7).

El Ministerio de la Protección Social realiza un monitoreo del COP-D y CEO-D el cual incluye el diagnóstico de fluorosis dental (tiene en cuenta la evaluación de las dos arcadas dentales y todos los dientes presentes en boca) este indicador da cuenta del estado de salud oral de los individuos el cual tiene su impacto en la nutrición y autoestima y de las debilidades en acciones preventivas o de autocuidado. En el siguiente cuadro se presentan el número de atenciones prestadas en los servicios de salud entre 2006 y 2010, para Medellín según grupos de edad (16).

Cuadro 24. Número de casos de consulta externa, Hospitalización y Urgencias por grupos de edad. Medellín 2006 - 2010

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Consulta externa | | | | | |
| 1 a 4 años | 1.265 | 5.268 | 5.970 | 5.234 | 10.244 |
| 5 a 9 años | 3.582 | 13.104 | 15.856 | 11.068 | 19.651 |
| 10 a 14 años | 2.952 | 9.445 | 10.806 | 6.995 | 13.262 |
| 15 a 19 años | 2.862 | 8.915 | 9.727 | 6.965 | 13.292 |
| TOTAL | 10.661 | 36.732 | 42.359 | 30.262 | 56.449 |
| Hospitalización | | | | | |
| 1 a 4 años | 1 | 1 | -- | 1 | 3 |
| 5 a 9 años | -- | 1 | -- | 1 | -- |
| 10 a 14 años | -- | -- | -- | 1 | 1 |
| 15 a 19 años | -- | -- | -- | 1 | -- |
| TOTAL | 1 | 2 | 0 | 4 | 4 |
| Urgencias | | | | | |
| 1 a 4 años | 1 | 1 | -- | -- | 1 |
| 5 a 9 años | -- | -- | 5 | 1 | -- |
| 10 a 14 años | 2 | -- | 1 | -- | 1 |
| 15 a 19 años | -- | -- | 1 | -- | -- |
| TOTAL | 3 | 1 | 7 | 1 | 2 |

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Morbilidad por consulta externa. Información SisMaster de las entidades administradoras de planes de beneficios EAPB e Instituciones Prestadoras de Salud IPS particulares, año 2006 a 2010. Datos preliminares sujetos a revisión y ajuste.

5. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES ECNT Y DISCAPACIDAD

Según el Informe Mundial de la OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Del año 2005 (17), la epidemia de las enfermedades crónicas amenaza el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas. En 2005, unos 35 millones de personas de todo el mundo murieron debido a las enfermedades crónicas, esta cifra duplica el número de defunciones debidas a todas las enfermedades infecciosas (incluida la infección por el VIH y el sida, la malaria y la tuberculosis). Si bien se espera que las defunciones por las enfermedades infecciosas, las afecciones perinatales y las carencias nutricionales disminuyan 3% en los próximos 10 años, se prevé que las muertes debidas a las enfermedades crónicas aumentarán 17% para 2015.

Actualmente, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En 2002, representaban 44% de las defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años de edad y provocaron dos de cada tres defunciones en la población total.

En Colombia las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 (según el DANE) la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59 al 62,6%, mientras que la violencia y los accidentes representaron el 23,9% y las del grupo de las transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición el 11,3%. Dentro de la estructura de causas de morbilidad en la población general, las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebro vascular y

la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar, seguido de tumores, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades degenerativas osteoarticulares.

Para analizar la situación de esta problemática en la ciudad es importante tener en cuenta las prioridades que la Organización Mundial de la Salud identifica para realizar acciones de intervención y lograr impacto en la reducción de la carga de la enfermedad por estas patologías, donde se identifica como los principales factores de riesgo asociados a las ECNT más importantes, como son el Tabaco, consumo de alcohol, inactividad física y malnutrición(18). Así mismo prioriza como principales enfermedades crónicas las que tienen la mayor carga de morbilidad a nivel mundial como lo son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes e hipertensión. Desde el año 2010 la OMS, comienza a estructurar criterios para el manejo integrado de las patologías de salud mental como un componente importante para las enfermedades crónicas no transmisibles (19).

5.1 Actividad física / sedentarismo

Diversos estudios han mostrado que la inactividad física dobla el riesgo de enfermedad coronaria, además el riesgo global de infarto de miocardio y muerte súbita cardiaca está reducido entre aquellos que hacen ejercicio con regularidad (20), por otro lado, el ejercicio físico con acondicionamiento cardiovascular puede reducir los niveles de proteína C reactiva. La actividad física se convierte en un elemento fundamental en la reducción del riesgo cardiovascular que no solo ataca la obesidad, la diabetes mellitus tipo II o el síndrome metabólico, sino también la respuesta inflamatoria.

En la ciudad se ha evaluado en varias investigaciones la prevalencia de sedentarismo o de actividad física en diferentes grupos de edad, encontrando los siguientes resultados y tendencias en el tiempo.

Cuadro 25. Comportamiento de la prevalencia actividad física. Medellín. 2002 - 2009.

| Grupo de edad | Factor | Estudio | Año 2002 | Año 2007 | Año 2009 |
|-------------------|---|---------|----------|----------|----------|
| 15-19 años | Actividad física global | 1 | 23% | | |
| | | 2 | | 31% | |
| 18 -30 años | Actividad física mínima | 3 | | 56% | |
| 18 – 64 | Actividad física mínima | 3 | | 48.6% | |
| Población general | Actividad física en los niveles necesarios para proteger la salud | 2 | | 22% | |
| | Actividades de deporte y recreación global | 2 | | | 63% |

1.Uscátegui Peñuela RM, et al. Factores de riesgo cardiovascular An Pediatr 2003;58(5):411-7

2.Martínez E, Saldarriaga JF, Sepúlveda FE. Actividad física en Medellín: desafío para la promoción de la salud. Rev Fac Nac Salud Pública 2008; 26(2): 117-123.

3.TORRES. Y. , et. Al. Diagnóstico del riesgo cardiovascular global. Evaluación de su impacto poblacional Medellín y sus corregimientos 2007 - 2008

Estos resultados muestran que, 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 para Ecnt es del 22%. Sin embargo si comparamos la prevalencia de actividad física en los adolescentes, esta se ha incrementado entre el 2002 y 2007.

5.2 Tabaquismo

En cuanto al consumo de cigarrillo, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en el año 2008 por el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes, en personas de 12 a 65 años de edad, mostró que la prevalencia del consumo en personas de 12 a 17 años, para ese momento, era de 5.93%, con mayor representación de los estratos socioeconómicos 3, 5 y 6. Una variable importante que se evaluó en este estudio fue la edad de inicio en el consumo de tabaco, la cual fue aproximadamente de 17 años, con una diferencia de un año entre hombres y mujeres. En la muestra global, 50% de las personas que declararon haber consumido tabaco alguna vez en la vida, lo hicieron por primera vez a los 16 años o antes. Por otra parte, el 25% inició el consumo a los 14 años o antes y otro 25% lo inició a los 18 años o después de esa edad.

En el contexto local, el Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente en Medellín, rea-

lizado 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 (21).

5.3 Consumo de Alcohol

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 (21).

5.4 Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica (22) consiste en una alteración de tipo funcional o estructural del riñón de duración superior a tres meses, con o sin alteración en la tasa de filtración glomerular, que se manifiesta por marcadores de daño renal, como la proteinuria.

La enfermedad renal crónica es considerada como una patología de alto costo, que genera gran impacto económico en el Sistema Gene-

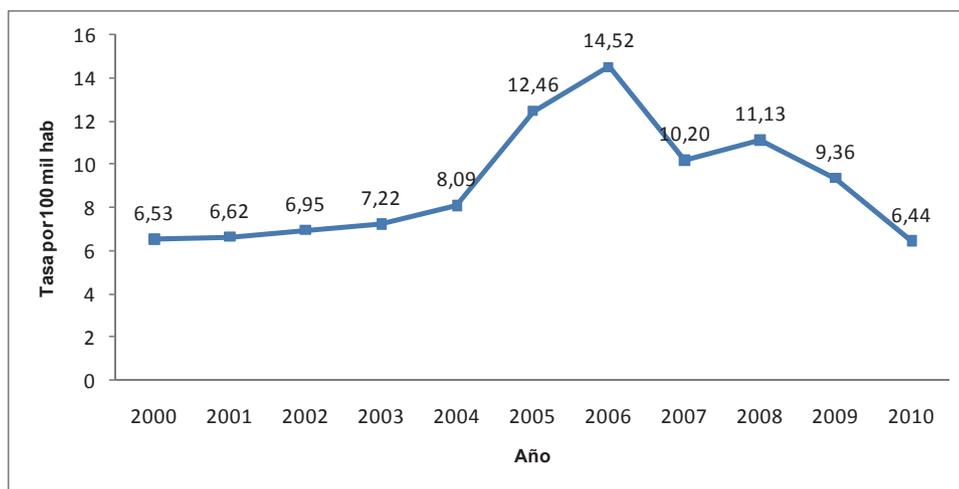
ral de Seguridad Social en Salud, además del efecto social que produce en los pacientes y sus familias. Según el último informe de la situación de enfermedad renal crónica en Colombia del año 2009, se determina que las personas mayores de 75 años tienen un riesgo 2.3 veces mayor de desarrollar esta enfermedad, que los menores de este grupo de edad, además se encontró en los pacientes con diabetes que la probabilidad de desarrollar ERC es del 28% comparada con los no diabéticos, mientras los hipertensos presentan una probabilidad del 21%.⁹

En Medellín la mortalidad por enfermedad renal crónica –ERC– entre los años 2000 y 2006 tuvo 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 para el 2006 a 6.1 para el año 2010), aunque se considera que hay un aumento de la incidencia de ERC en el país,

según la Asociación Colombiana de Nefrología, la disminución en la tasa de mortalidad puede deberse al acceso de estos pacientes a mejores tratamientos, el aumento de pacientes en diálisis que mejora su sobrevivencia, como lo muestra Gómez E. en los resultados del registro colombiano de diálisis y trasplantes (23), donde se pasa de 841 pacientes en diálisis en el año 2005 a 1860 en el 2007, de igual forma un aumento de los trasplantes de riñón en un 30%. 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 enfermedad renal (24).

Evaluando la mortalidad por ERC en la ciudad por comunas (ver gráfica), se encuentra con una tasa superior a la media de la ciudad en las comunas de La Candelaria, Laureles Estadio y La América.

Gráfica 31. Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica. Medellín 2000 -2010

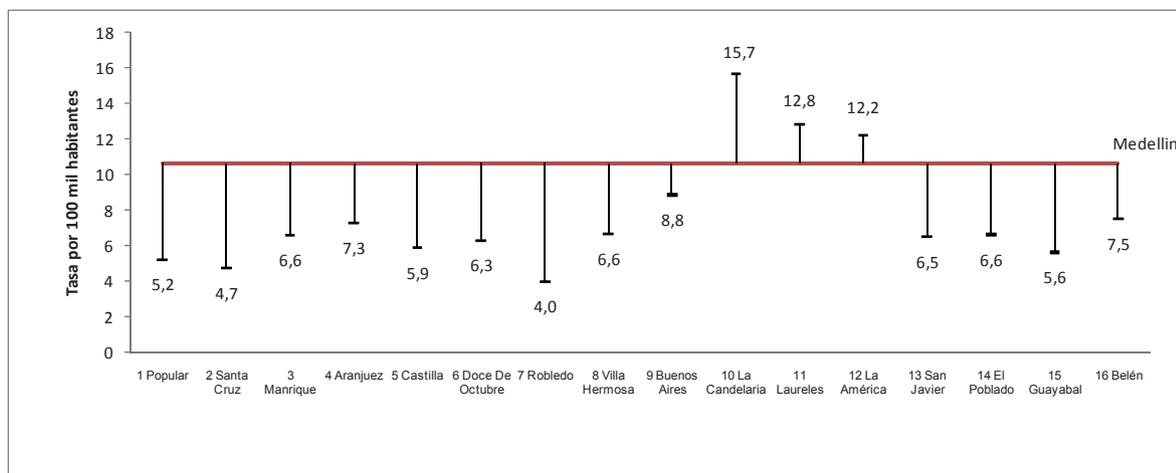


Fuente: Estadísticas vitales Secretaría de Salud de Medellín.

Desde el año 2000 se encuentra una tendencia a la disminución de la proporción de muertes prematuras por ERC, como se observa en el siguiente cuadro, los casos de muertes antes de

los 60 años durante la década corresponde al 18% del total de fallecimientos por ERC, siendo este el mejor indicador de sobrevivencia de los pacientes.

Gráfica 32. Comparación por comunas de la tasa media de mortalidad por ERC Periodo 2005 - 2010. Medellín



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Cuadro 26. Tasas de mortalidad temprana (menores 60 años) por ERC. Medellín 2000 - 2010

| Año | Tasa* mortalidad población general | Tasa* mortalidad temprana | Peso porcentual de total de casos de muertes temprana |
|------|------------------------------------|---------------------------|---|
| 2000 | 6,53 | 1,89 | 26% |
| 2001 | 6,62 | 2,08 | 28% |
| 2002 | 6,95 | 2,37 | 30% |
| 2004 | 8,09 | 2,12 | 23% |
| 2005 | 12,46 | 2,35 | 17% |
| 2006 | 14,52 | 1,77 | 11% |
| 2007 | 10,20 | 1,76 | 15% |
| 2008 | 11,13 | 1,59 | 13% |
| 2009 | 9,36 | 1,09 | 10% |
| 2010 | 6,44 | 1,38 | 18% |

*Tasa por 100.000 habitantes Fuente. Estadísticas Vitales Secretaría de Salud de Medellín

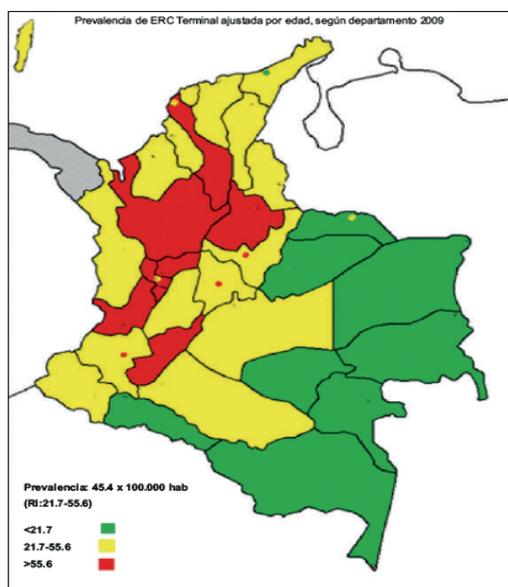
El comportamiento de la morbilidad de enfermedad renal crónica en la ciudad, vista desde la consulta externa y los egresos hospitalarios (información basada en los RIPS) (16), entre los años 2008 y 2010, ha tenido variaciones en especial en la distribución por edad, aumentando la morbilidad en las edades entre los 40 y 50 años especialmente y una disminución de las consultas en los adultos mayores de 70 años. Para el año 2010, el 50% de los pacientes

que consultaron por ERC se encontraron entre 15 y 64 años.

Según el informe de la Situación de la Enfermedad Renal en Colombia en el año 2008 y para el año 2009, realizado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (25,25,26), la prevalencia de enfermedad renal crónica terminal en Colombia es de 47.5 año 2008 y 45.4 año 2009 pacientes por 100.000 ha-

bitantes, 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 (2009), siendo la más alta registrada en todo el país para el año 2009.

Figura. 9. Prevalencia de enfermedad renal crónica por departamento ajustada por edad. Año 2009



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta Alto Costo, Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia año 2009.

En el informe 2009 se destacó la diferencia de prevalencia entre el régimen subsidiado y contributivo para todo el territorio nacional (Subsidiado 36.8 y Contributivo de 51 pacientes por cien mil habitantes). En Medellín las cifras de prevalencia ajustadas por edad según régimen de afiliación tienen mayores diferencias (68.21 por cien mil habitantes para el contributivo y 115.47 para el subsidiado).

La diferencia de concentración de ERC por regiones o departamentos en otros países (27) (28) se ha explicado porque existen variaciones de acuerdo con las características de cada región, porque las personas se enfrentan a otras exposiciones aún no claras para establecer asociaciones con ERC y por el desplazamiento natural de la población hacia las zonas de ma-

yor desarrollo por asegurar una buena oferta de servicios, esta misma situación puede estar sucediendo en el país, por lo que se podría explicar la alta prevalencia en la ciudad de Medellín debido a la mayor oferta de servicios especializados frente a otras ciudades de la región.

5.5. Diabetes

La diabetes es considerada una enfermedad crónica producida por una alteración en el funcionamiento del páncreas en la producción de insulina o en la utilización de esta por el organismo. Existen varios tipos de diabetes(29): Diabetes tipo I, que se caracteriza por una producción deficiente de insulina; la Diabetes tipo II, que se produce por una utilización deficiente de la insulina y representa el 90% de los casos de diabetes en el mundo, y uno de los factores predisponentes más importantes son el sobrepeso y el sedentarismo.

Según el reporte de la OMS, para enero del 2011, se calculó que en el mundo había más de 220 millones de personas con esta enfermedad y del total de la mortalidad, el 80% se registró en países en desarrollo. En la región de las Américas, del total de las muertes por Ecnt el 44% son en menores de 70 años, y de estas el 6% corresponde a mortalidad temprana por diabetes (30).

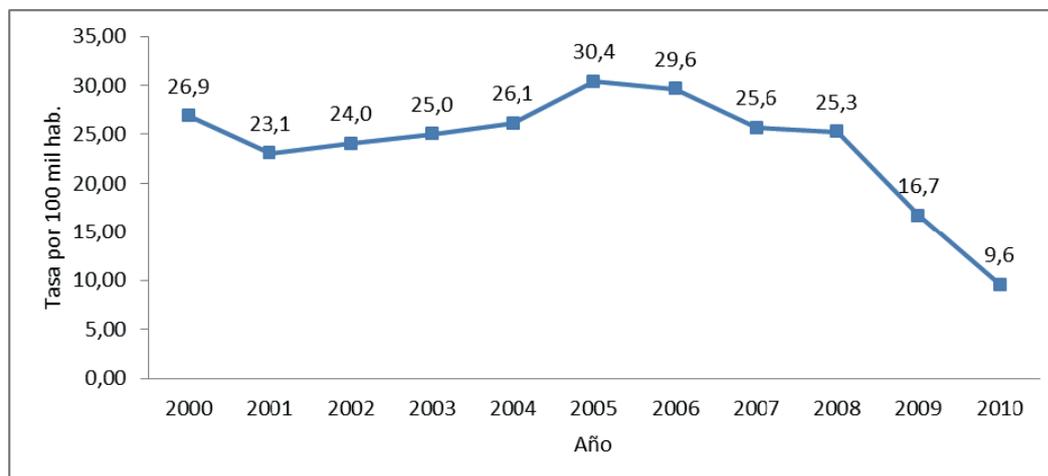
En Medellín, como se muestra en la gráfica, de forma similar que en la mortalidad por insuficiencia renal crónica, se observó a partir del año 2006 una disminución en la mortalidad, la cual se ha mantenido hasta el 2010. En el análisis por comuna de las tasas de mortalidad por diabetes en todas las edades, se encontró entre el año 2005 y el año 2009 a la comuna La Candelaria con las tasas más altas de la ciudad. Este comportamiento fue diferente para el año 2010, donde la tasa más alta se encuentra en Guayabal (ver tabla). Sin embargo, en la mayoría de las comunas se encuentra una tendencia a la disminución de esta mortalidad.

**Cuadro 27. Tasas de mortalidad por diabetes por comunas.
Medellín 2005 - 2010**

| COMUNA | TASA ANUAL POR 100.000 HABITANTES | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| POPULAR | 19,66 | 17,06 | 20,94 | 14,39 | 11,90 | 6,30 |
| SANTA CRUZ | 15,50 | 30,72 | 12,39 | 17,91 | 11,22 | 10,20 |
| MANRIQUE | 18,15 | 21,32 | 14,53 | 17,68 | 16,24 | 4,51 |
| ARANJUEZ | 22,95 | 28,56 | 25,27 | 20,77 | 16,30 | 5,62 |
| CASTILLA | 21,70 | 13,93 | 15,24 | 23,44 | 11,66 | 7,51 |
| DOCE DE OCTUBRE | 15,62 | 13,39 | 15,46 | 14,86 | 7,39 | 10,52 |
| ROBLEDO | 19,47 | 14,74 | 11,39 | 13,76 | 2,22 | 6,11 |
| VILLA HERMOSA | 25,82 | 19,14 | 13,68 | 21,88 | 9,74 | 7,45 |
| BUENOS AIRES | 23,39 | 29,31 | 23,95 | 23,12 | 11,89 | 7,41 |
| LA CANDELARIA | 40,35 | 43,82 | 35,47 | 28,49 | 18,85 | 8,24 |
| LAURELES | 26,25 | 23,60 | 15,94 | 13,37 | 14,98 | 6,63 |
| LA AMERICA | 20,80 | 21,75 | 29,18 | 16,11 | 11,75 | 8,50 |
| SAN JAVIER | 25,01 | 17,03 | 19,93 | 18,99 | 9,04 | 3,73 |
| POBLADO | 10,84 | 9,75 | 8,71 | 7,70 | 10,10 | 4,14 |
| GUAYABAL | 19,69 | 34,33 | 6,79 | 13,43 | 9,97 | 12,07 |
| BELEN | 17,57 | 21,68 | 18,92 | 15,67 | 18,19 | 7,24 |
| TOTAL | 30,39 | 29,61 | 25,65 | 25,27 | 16,66 | 9,56 |

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfica 33. Comportamiento de las tasas de mortalidad por diabetes. Medellín 2000-2010.



Fuente: Estadísticas Vitales. Secretaria de Salud de Medellín

La mortalidad temprana debido a diabetes, en Medellín tiene un peso del 14% sobre todas las muertes por esta causa entre el 2000 y 2010, siendo mas alta que la estimada por la OPS para las Americas que fue del 6% 14. En la tabla se muestra el comportamiento de la

mortalidad temprana y el peso porcentual por año, donde se observó una tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad en menores de 60 años, mientras que el peso porcentual de muertes tempranas tiene una tendencia estable en el tiempo.

Cuadro 28. Tasas de mortalidad temprana (menores 60 años) por diabetes. Medellín 2000 - 2010

| Año | Tasa* mortalidad población general | Tasa* mortalidad temprana | Peso porcentual de total de casos de muertes temprana |
|------|------------------------------------|---------------------------|---|
| 2000 | 26,87 | 4,33 | 14% |
| 2001 | 23,06 | 4,91 | 19% |
| 2002 | 24,04 | 3,48 | 13% |
| 2003 | 25,00 | 3,91 | 14% |
| 2004 | 26,01 | 5,52 | 19% |
| 2005 | 30,39 | 4,40 | 13% |
| 2006 | 29,61 | 4,81 | 14% |
| 2007 | 25,65 | 3,16 | 11% |
| 2008 | 25,27 | 2,99 | 10% |
| 2009 | 16,66 | 2,57 | 13% |
| 2010 | 9,35 | 1,82 | 17% |

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

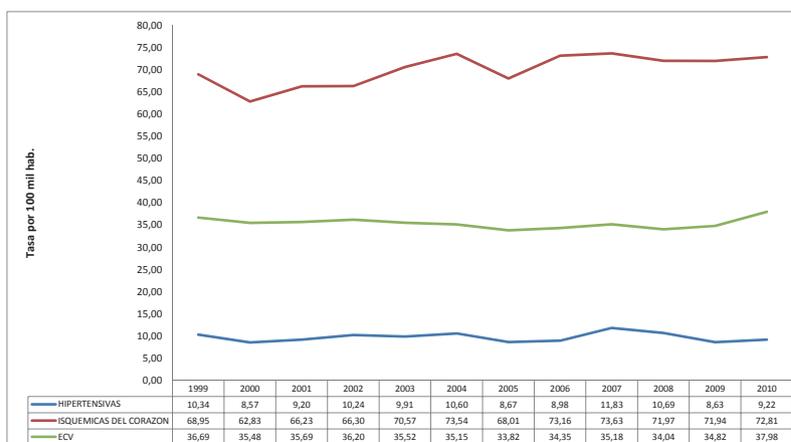
En el estudio de evaluación del riesgo cardiovascular realizado en el año 2007, se encontró una prevalencia global para la ciudad de 6%, sin diferencias por sexo. En este mismo estudio se estimó una prevalencia de diabetes del 21% en la población mayor de 61 años (31).

Según la información de los RIPS de los años 2008 y 2009, el número de consultas por diabetes mellitus correspondió a un 2% del total en ambos años, observándose diferencias entre estos dos años en el aumento de la proporción de consultas por esta causa en los menores de 45 años, tanto en las consultas totales como en las consultas de diagnóstico de primera vez, reflejando un diagnóstico cada vez mayor en población Joven.

5.6. Enfermedades circulatorias (enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón y cerebrovasculares)

En cuanto a la mortalidad por las enfermedades circulatorias, estas en general han tenido una tendencia estable en la última década, en especial las hipertensivas y las cerebrovasculares. En lo referente a las enfermedades isquémicas del corazón, estas muestran un comportamiento hacia el aumento desde el año 2000 hasta el año 2010, mientras que las enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares permanecen con un comportamiento estable en la población general.

Gráfica 34. Tendencia de las enfermedades circulatorias. Medellín 1999 - 2010

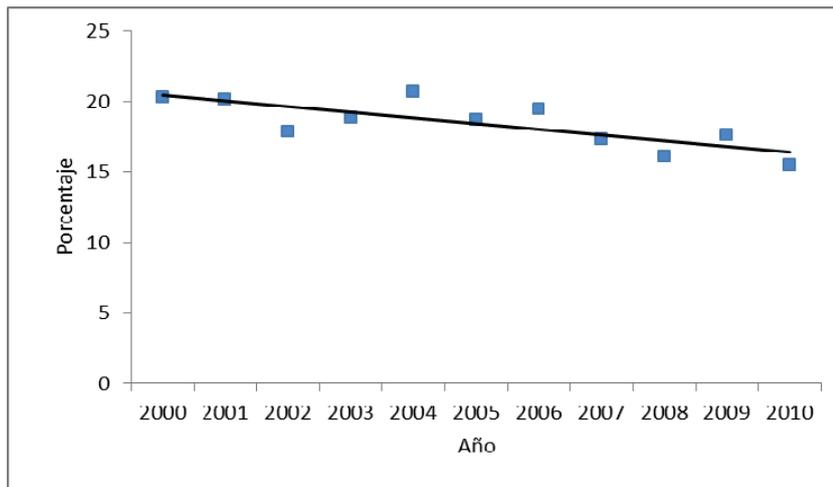


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Con relación a la carga de la mortalidad por enfermedades circulatorias, en el último decenio la proporción de mortalidad temprana en cada uno de los grupos de enfermedades fue de 11% para las hipertensivas, 18% para las isquémicas y 20% para las cerebrovasculares, con una tendencia a la disminución de esta proporción para el total de muertes por

estas causas en la población menor de 60 años, este cambio se ve reflejado en la mortalidad por enfermedad isquémica, lo que es además complementado con el análisis de los AVPP (años de vida potencialmente perdidos) por esta última causa, donde se observó un comportamiento estable de los AVPP mientras la tasa de mortalidad aumenta.

Gráfica 35. Tendencia de la proporción de muertes en menores de 60 años por enfermedad circulatoria. Medellín 2000 - 2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

En lo referente a la comparación por comunas de la mortalidad por estas causas, el mayor

peso se encuentra en las comunas 10, 11 y 12, con tasas superiores al promedio de la ciudad.

Cuadro 29. Años de vida potencialmente perdidos por enfermedad isquémica del corazón. Medellín 1999 -2009

| Año | Tasa mortalidad | AVPP total | AVPP promedio | Tasa AVPP por 1.000 hab. |
|------|-----------------|------------|---------------|--------------------------|
| 1999 | 68.95 | 11627 | 8.31 | 5.73 |
| 2000 | 62.83 | 10075 | 7.76 | 4.88 |
| 2001 | 66.23 | 10485 | 7.54 | 5.00 |
| 2002 | 66.30 | 9386 | 6.65 | 4.41 |
| 2003 | 70.57 | 10570 | 6.94 | 4.89 |
| 2004 | 73.54 | 11581 | 7.20 | 5.29 |
| 2005 | 68.01 | 10210 | 6.78 | 4.61 |
| 2006 | 73.16 | 10929 | 6.67 | 4.88 |
| 2007 | 73.63 | 10737 | 6.44 | 4.74 |
| 2008 | 71.97 | 9994 | 6.06 | 4.36 |
| 2009 | 71.94 | 10676 | 6.40 | 4.61 |

Fuente: Estadísticas Vitales Medellín

Cuadro 30. Mortalidad general y en menores de 60 años por enfermedades circulatorias. Medellín 2000 - 2010

| AÑO | HIPERTENSIVAS | | | ISQUEMICAS DEL CORAZON | | | CEREBRO VASCULARES | | |
|------|-----------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| | Tasa mortalidad población general | Tasa mortalidad menores 60 años | Peso porcentual de total de casos de muertes menores 60 años | Tasa mortalidad población general | Tasa mortalidad menores 60 años | Peso porcentual de total de casos de muertes menores 60 años | Tasa mortalidad población general | Tasa mortalidad menores 60 años | Peso porcentual de total de casos de muertes menores 60 años |
| 2000 | 8,57 | 0,97 | 10% | 62,83 | 14,55 | 21% | 35,48 | 8,76 | 22% |
| 2001 | 9,20 | 1,33 | 13% | 66,23 | 15,27 | 21% | 35,69 | 8,49 | 21% |
| 2002 | 10,24 | 1,63 | 14% | 66,30 | 12,65 | 17% | 36,20 | 8,33 | 20% |
| 2003 | 9,91 | 1,72 | 15% | 70,57 | 14,60 | 18% | 35,52 | 8,34 | 21% |
| 2004 | 10,60 | 1,65 | 14% | 73,54 | 17,80 | 21% | 35,15 | 8,41 | 21% |
| 2005 | 8,67 | 0,97 | 10% | 68,01 | 14,11 | 18% | 33,82 | 8,28 | 22% |
| 2006 | 8,98 | 1,11 | 11% | 73,16 | 15,90 | 19% | 34,35 | 8,71 | 22% |
| 2007 | 11,83 | 0,85 | 6% | 73,63 | 14,91 | 18% | 35,18 | 8,03 | 20% |
| 2008 | 10,69 | 1,05 | 9% | 71,97 | 13,61 | 17% | 34,04 | 6,78 | 17% |
| 2009 | 8,63 | 0,99 | 10% | 71,94 | 14,65 | 18% | 34,82 | 7,67 | 19% |
| 2010 | 9,22 | 0,79 | 8% | 72,81 | 13,13 | 16% | 37,98 | 7,72 | 17% |

Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes. Fuente: Estadísticas Vitales Medellín

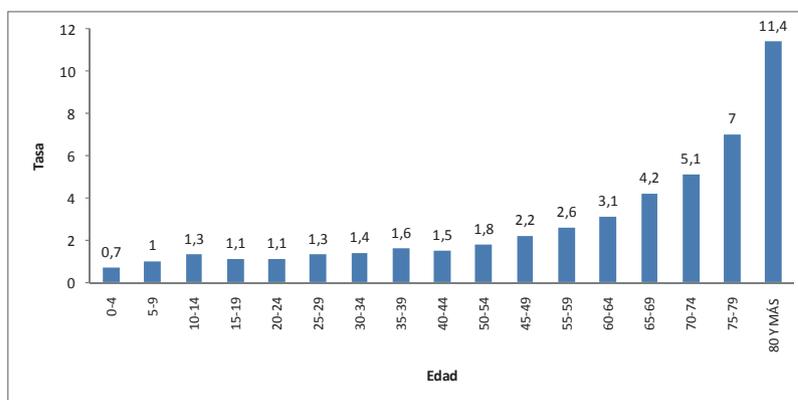
5.7. Población en situación de discapacidad

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 el año 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 sexo. Las tasas más altas de discapacidad se encontraron en la zona uno de la ciudad, y se encuentra una relación con los grupos de edad, como se muestra en la gráfica.

Gráfica 36. Distribución por grupos etáreos de la población en situación de discapacidad Medellín 2010



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

Cuadro 31. Caracterización de población en condición de discapacidad según sexo y comuna 2010.

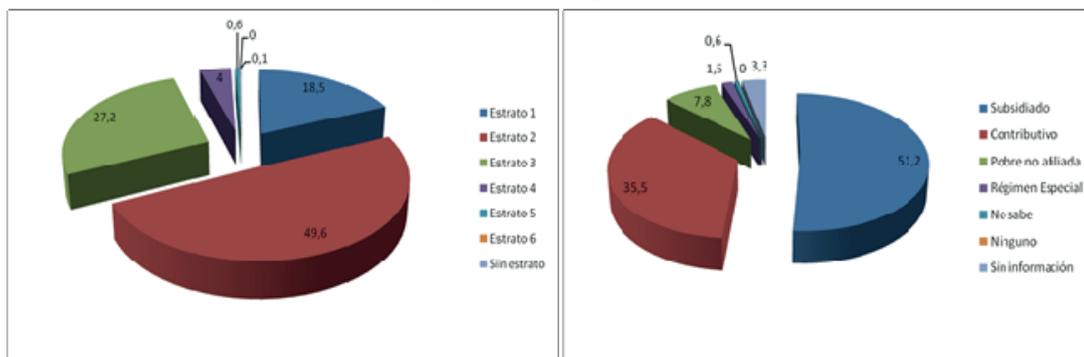
| Comuna | Sexo | | | | | | tasa por 1000 habitantes |
|-------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------------------|
| | Mujer | | Hombre | | Total | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Población Urbana | | | | | | | |
| Popular | 1752 | (3,9) | 1762 | (3,9) | 3514 | (7,8) | 27,9 |
| Santa Cruz | 1706 | (3,8) | 1637 | (3,6) | 3343 | (7,4) | 31,2 |
| Manrique | 1851 | (4,1) | 1966 | (4,4) | 3817 | (8,5) | 24,8 |
| Aranjuez | 2240 | (5,0) | 2194 | (4,9) | 4434 | (9,8) | 27,8 |
| Castilla | 1349 | (3,0) | 1295 | (2,9) | 2644 | (5,9) | 18,1 |
| Doce de Octubre | 1937 | (4,3) | 2085 | (4,6) | 4022 | (8,9) | 21,2 |
| Robledo | 1556 | (3,5) | 1555 | (3,5) | 3111 | (6,9) | 19,2 |
| Villa Hermosa | 1655 | (3,7) | 1747 | (3,9) | 3402 | (7,6) | 25,5 |
| Buenos Aires | 1299 | (2,9) | 1182 | (2,6) | 2481 | (5,5) | 18,4 |
| La Candelaria | 702 | (1,6) | 735 | (1,6) | 1437 | (3,2) | 16,9 |
| Laureles -Estadio | 14 | (0,0) | 10 | (0,0) | 24 | (0,1) | 0,2 |
| La América | 69 | (0,2) | 78 | (0,2) | 147 | (0,3) | 1,6 |
| San Javier | 2208 | (4,9) | 2165 | (4,8) | 4373 | (9,7) | 32,9 |
| El Poblado | 19 | (0,0) | 28 | (0,1) | 47 | (0,1) | 0,4 |
| Guayabal | 520 | (1,2) | 463 | (1,0) | 983 | (2,2) | 10,9 |
| Belén | 1831 | (4,1) | 1616 | (3,6) | 3447 | (7,7) | 17,9 |
| Población Rural | | | | | | | |
| San Cristóbal | 770 | (1,7) | 726 | (1,6) | 1496 | (3,3) | 28,0 |
| San Antonio de Prado | 975 | (2,2) | 882 | (2,0) | 1857 | (4,1) | 14,1 |
| Altavista | 192 | (0,4) | 200 | (0,4) | 392 | (0,9) | 25,0 |
| Santa Elena | 19 | (0,0) | 27 | (0,1) | 46 | (0,1) | 3,4 |
| Sin información | 7 | (0,0) | 18 | (0,0) | 25 | (0,1) | |
| Total | 22671 | (50,3) | 22371 | (49,7) | 45042 | (100) | 19,4 |

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

Dentro de otras variables sociodemográficas se encontró 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 so-

cioeconómica 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.

Gráfica 37. Caracterización de la población en situación de discapacidad por estrato socio económico y afiliación al régimen de seguridad social en salud. Medellín 2010.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Encuesta de Discapacidad 2009-2010. Encuesta de Calidad de Vida 2009. Perfiles por estrato.

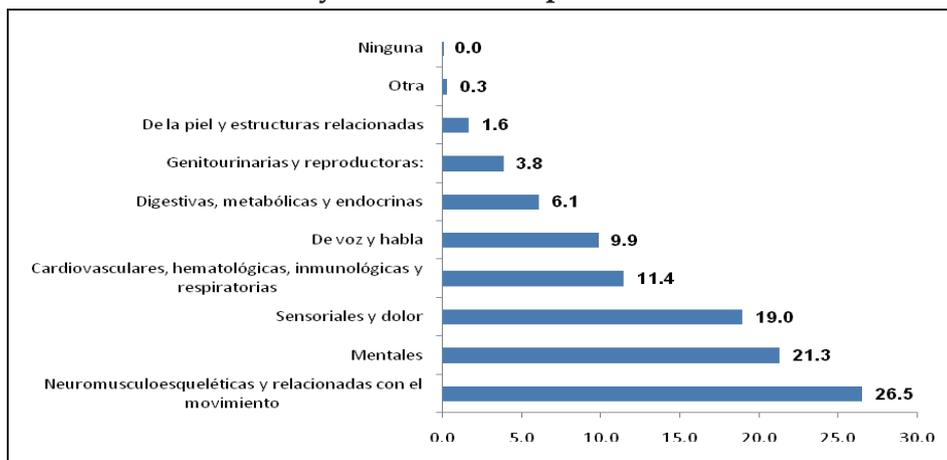
5.8. Caracterización y origen de la discapacidad

La discapacidad se puede identificar mediante la observación de las alteraciones o deficiencias en funciones y estructuras corporales (32), en Medellín el mayor porcentaje se encuentran en alteraciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento, seguida de las discapacidades mentales y sensoriales, estas tres representan el 67% de la población discapacitada encuestada, mostrando un mayor porcentaje de las limitaciones de actividades en las personas especialmente en la movilidad, como se muestra en la gráfica, destacándose también la limitación en el aprendizaje y la aplicación del conocimiento. Estas dos limita-

ciones son importantes a la hora de la planeación en la ciudad tanto de los equipamientos urbanos como de la oferta educativa, ya que se tiene un porcentaje importante de población que requiere de infraestructura y programas educativos adecuados y especializados.

Como consecuencia de esto, 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, limitando todo esto la actividad física de la población en situación de discapacidad, lo que restringe su participación dentro de la sociedad (ver gráfica).

Gráfica 38. Clasificación según CIF de deficiencias en funciones y estructuras corporales



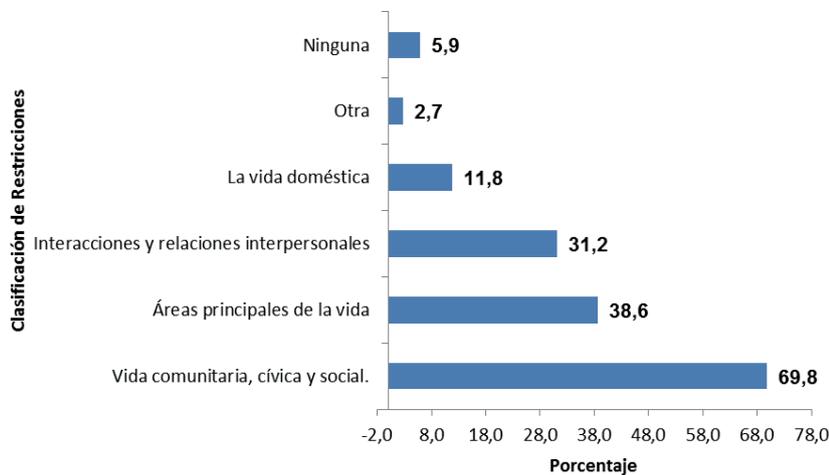
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Encuesta de Discapacidad 2009-2010

Cuadro 32. Lugares en los que encuentra barreras que les impiden a las personas discapacitadas desarrollar actividades diarias. Medellín 2010

| Lugares | Total población | % |
|---|-----------------|------|
| Calles, vías | 29991 | 66,6 |
| Escaleras | 25259 | 56,1 |
| Vehículos de transporte público | 23469 | 52,1 |
| Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias | 18316 | 40,7 |
| Andenes, aceras | 17348 | 38,5 |
| Paraderos, terminales de transporte | 16228 | 36 |
| Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado | 14169 | 31,5 |
| Centros de salud, hospitales | 12709 | 28,2 |
| Lugares de trabajo | 12340 | 27,4 |
| Pasillo-patios | 11549 | 25,6 |
| Centros educativos | 10288 | 22,8 |
| Baño-sanitario | 7617 | 16,9 |
| Dormitorio | 4310 | 9,6 |
| Sala-comedor | 4298 | 9,5 |
| Otros Lugares | 3724 | 8,3 |
| Ninguno | 8130 | 18 |

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

Gráfica 39. Clasificación de las restricciones según CIF. Medellín 2010.



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

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% corresponden a accidentes de tránsito, el 27% a accidentes en el hogar

y el 20% a accidentes en el trabajo, esto nos puede indicar como focalizar las acciones de prevención de la discapacidad con intervenciones desde el manejo de accidentes y el trabajo con la seguridad y la salud ocupacional de la población trabajadora tanto formal como informal.

Los principales orígenes y su discriminación según causa, se pueden observar detalladamente en los siguientes cuadros:

Cuadro 33. Principal orígenes de la discapacidad Medellín 2010

| Principales orígenes de la discapacidad | Total | % |
|---|--------------|------------|
| Enfermedad general | 19118 | 42,4 |
| Accidente | 5961 | 13,2 |
| Alteración genética, hereditaria | 4632 | 10,3 |
| Condiciones de salud de la madre durante embarazo | 2904 | 6,4 |
| Víctima o violencia | 1610 | 3,6 |
| Complicaciones en el parto | 1191 | 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 | 7066 | 15,7 |
| Total | 45042 | 100 |

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

Cuadro 34. Principales consecuencias de la discapacidad según sexo Medellín 2010

| Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: | Sexo | | | | | |
|---|----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|
| | Mujer | | Hombre | | Total | |
| | n | % | N | % | n | % |
| Accidente | | | | | | |
| De tránsito | 700 | (32,7) | 1594 | (41,7) | 2294 | (38,5) |
| En el hogar | 971 | (45,3) | 647 | (16,9) | 1618 | (27,1) |
| De trabajo | 154 | (7,2) | 1038 | (27,2) | 1192 | (20,0) |
| Otro tipo de accidente | 276 | (12,9) | 432 | (11,3) | 708 | (11,9) |
| Deportivo | 21 | (1,0) | 80 | (2,1) | 101 | (1,7) |
| En el centro educativo | 19 | (0,9) | 26 | (0,7) | 45 | (0,8) |
| Sin información | 1 | (0,0) | 2 | (0,1) | 3 | (0,1) |
| Víctima o violencia | | | | | | |
| Delincuencia común | 152 | (45,0) | 945 | (74,3) | 1097 | (68,1) |
| Social | 69 | (20,4) | 199 | (15,6) | 268 | (16,6) |
| Al interior del hogar | 100 | (29,6) | 71 | (5,6) | 171 | (10,6) |
| Otra | 16 | (4,7) | 54 | (4,2) | 70 | (4,3) |
| Sin información | 1 | (,3) | 3 | (,2) | 4 | (,2) |
| Consumo de psicoactivos | | | | | | |
| Psicoactivos aceptados socialmente | 169 | (83,7) | 162 | (46,2) | 331 | (59,9) |
| Psicoactivos socialmente no aceptados | 33 | (16,3) | 189 | (53,8) | 222 | (40,1) |
| Conflicto armado | | | | | | |
| Arma de fuego | 52 | (78,8) | 316 | (69,3) | 368 | (70,5) |
| Minas antipersonales | 3 | (4,5) | 63 | (13,8) | 66 | (12,6) |
| Otro tipo de arma | 7 | (10,6) | 37 | (8,1) | 44 | (8,4) |
| Bomba | 4 | (6,1) | 37 | (8,1) | 41 | (7,9) |
| Sin información | 0 | (,0) | 3 | (,7) | 3 | (,6) |
| Enfermedad profesional | | | | | | |
| Medio ambiente físico del lugar de trabajo | 58 | (34,9) | 96 | (34,8) | 154 | (34,8) |
| Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos) | 32 | (19,3) | 71 | (25,7) | 103 | (23,3) |
| Condiciones de seguridad (máquinas, equipos herramientas) | 20 | (12,0) | 50 | (18,1) | 70 | (15,8) |
| Contaminantes (químicos, biológicos) | 21 | (12,7) | 30 | (10,9) | 51 | (11,5) |
| Otra causa | 28 | (16,9) | 21 | (7,6) | 49 | (11,1) |
| Organización del trabajo (psico-laborales) | 7 | (4,2) | 8 | (2,9) | 15 | (3,4) |
| Desastre natural | | | | | | |
| Deslizamiento | 4 | (44,4) | 7 | (58,3) | 11 | (52,4) |
| Otro desastre | 3 | (33,3) | 2 | (16,7) | 5 | (23,8) |
| Inundación | 1 | (11,1) | 2 | (16,7) | 3 | (14,3) |
| Terremoto | 1 | (11,1) | 1 | (8,3) | 2 | (9,5) |
| Total | 9 | (100,0) | 12 | (100,0) | 21 | (100,0) |

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

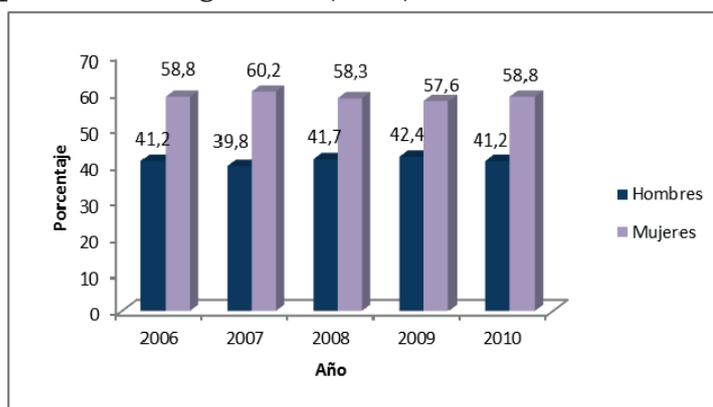
6. SALUD MENTAL

6.1 Trastornos mentales y/o del comportamiento atendidos por consulta externa

El número de consultas por trastornos mentales y del comportamiento durante los últimos

cinco años ha mostrado un descenso, representando el 2% del total de consultas por todas las causas para el año 2010. Por sexo se observa un número más alto de consultas por parte de las mujeres respecto a los hombres (ver gráfica).

Gráfica 40. Porcentaje de consulta externa por trastornos mentales y del comportamiento según sexo (RIPS). Medellín, años 2006 a 2010.

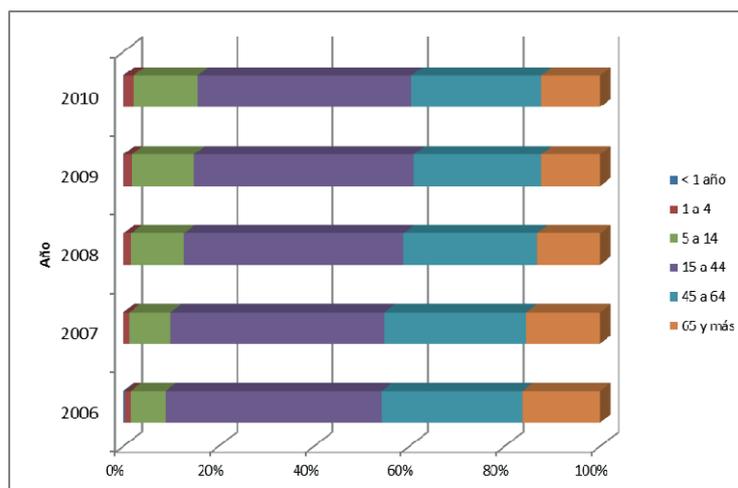


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. 2009-2010

Con 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. Llama la atención el grupo de 5 a 14 años, en el cual se viene presentando

un incremento en el número de consultas durante los últimos cinco años. En el grupo de edad de 65 y más años ha disminuido el número de consultas por esta causa.

Gráfica 41. Distribución porcentual de consulta externa por trastornos mentales y del comportamiento según grupos de edad. Medellín, años 2006 a 2010.

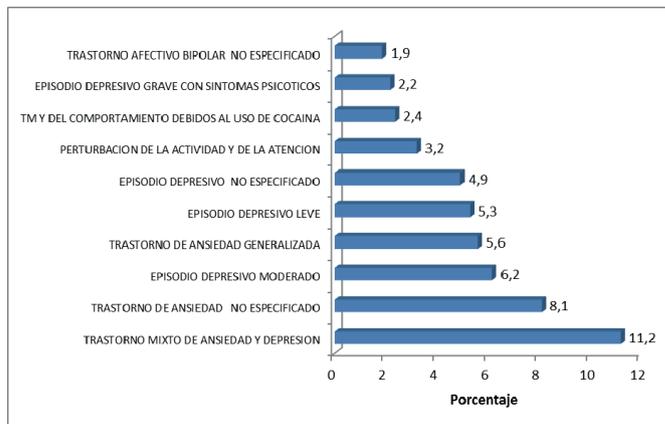


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. 2009-2010

Las diez causas más frecuentes, respecto al total de consulta externa por trastornos mentales y del comportamiento, se muestran en la gráfica, las cuales representan el 51% del total de

consultas por esta causa para el año 2010. Se observa que los diagnósticos relacionados con depresión y ansiedad son los más frecuentes en la consulta externa.

Gráfica 42. Motivos más frecuentes de consulta externa por trastornos mentales y/o del comportamiento. Medellín, año 2010.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. 2009-2010

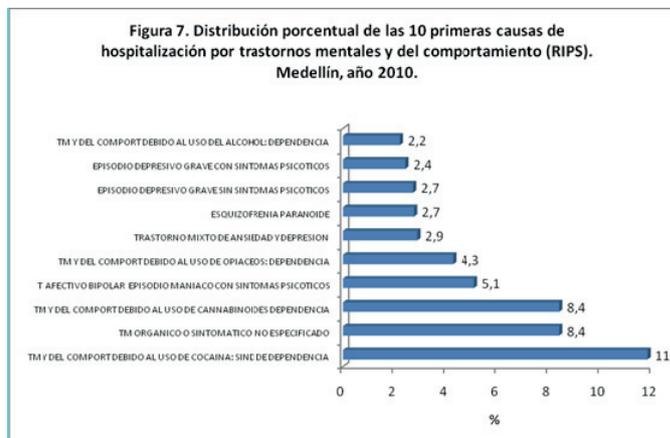
6.2 Trastornos mentales y del comportamiento atendidos por hospitalización

Para el año 2010 el total de hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento fue de 2.369. 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. Las personas de 15 a 44 años son las

que utilizan con mayor frecuencia el servicio de hospitalización por trastornos mentales y del comportamiento, en coherencia con el grupo de edad que más consulta por estas causas.

Las diez causas más frecuentes de hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento se muestran en la gráfica y se observa que los trastornos debido al uso de cocaína (síndrome de dependencia) son los más frecuentes en el servicio de hospitalización.

Gráfica 42. Motivos más frecuentes de consulta externa por trastornos mentales y/o del comportamiento. Medellín, año 2010.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. 2009-2010

6.3 Trastornos mentales y/o del comportamiento atendidos por urgencias

Para el año 2010 el total de atenciones por trastornos mentales y del comportamiento en urgencias fue de 3.510; se observa que más de la mitad (60%) de personas atendidas en urgencias son hombres, con una diferencia marcada respecto al porcentaje de mujeres. Tanto en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, la población que accede a los servicios con mayor frecuencia es la del grupo de 15 a 44 años. Los trastornos mentales y del comportamiento relacionados con ansiedad, depresión y la intoxicación aguda por consumo de alcohol son los más frecuentes en el servicio de urgencias.

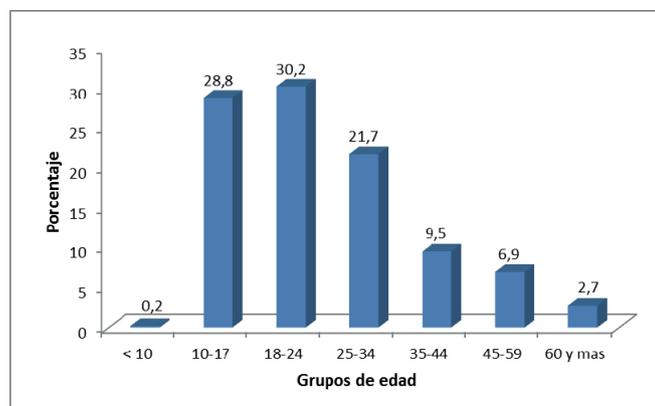
6.4 Intento de suicidio en Medellín

El intento de suicidio, llamado también suicidio frustrado o no exitoso, es aquel realizado por

una persona que habiendo decidido terminar con su vida o actuando en un súbito impulso, escoge el método más efectivo disponible, estando seguro de que nadie intervendrá y fracasa (33). 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.

En el año 2010 las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) notificaron 1.139 casos de intento de suicidio, de los cuales el 65% son mujeres. La tasa de intento de suicidio fue de 48,6 intentos por cada cien mil habitantes. En cuanto a la edad, la mayoría de las personas que lo intentaron tenían entre 18 y 24 años (ver gráfica). Se observa que la mitad de las personas que lo intentaron tenían 22 años o menos.

Gráfica 44. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según grupos de edad. Medellín, año 2010.

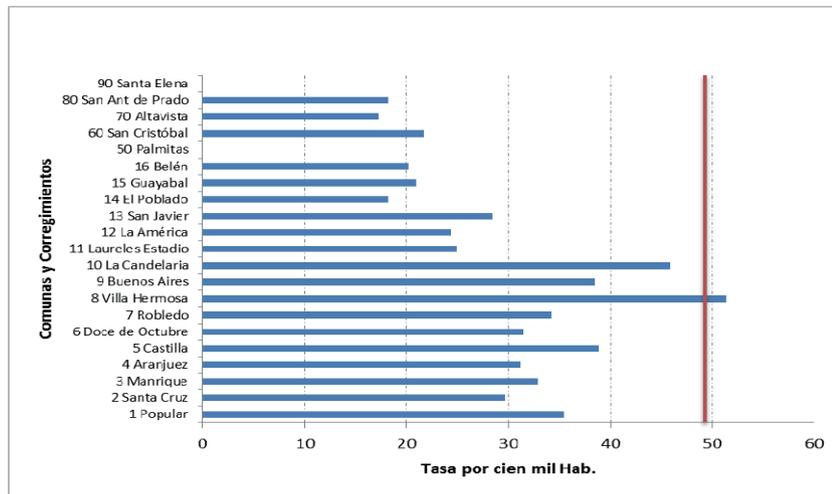


Fuente: Base de datos Sivigila, Secretaría de Salud de Medellín. Datos preliminares sujetos a revisión y ajuste.

Al analizar la información de los casos reportados en 2010, se puede observar que las comunas que presentaron mayor problemática respecto a este evento fueron La Candelaria, Castilla, Buenos Aires y Villa Hermosa, sobre-

saliendo esta última por tener una tasa mayor a la de Medellín, y en el área rural se concentró el problema en el corregimiento de San Cristóbal (ver gráfica).

Gráfica 45. Distribución de las tasas de intento de suicidio en las comunas de Medellín respecto a la tasa municipal. Año 2010.



Tasa municipal = 48,6 intentos x cien mil habitantes para Medellín en el año 2010. (Por lugar de residencia)
 Fuente: Base de datos Sivigila, Secretaría de Salud de Medellín. Datos preliminares sujetos a revisión y ajuste.
 Nota: El 37% de los casos de intento de suicidio tenían dirección incompleta o incorrecta.

6.5 Suicidio en Medellín

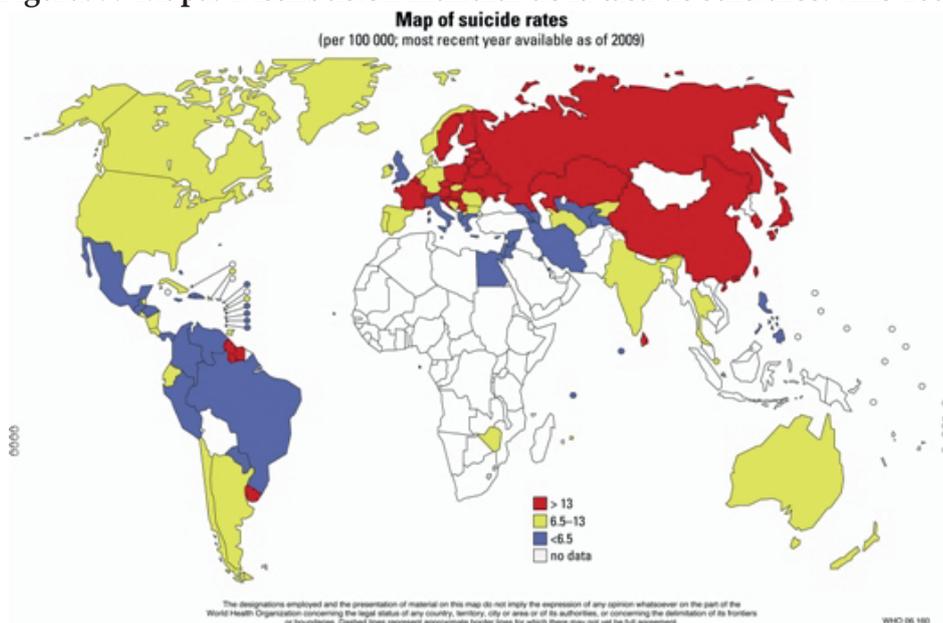
El suicidio es el resultado fatal de la conducta autodestructiva que puede ser determinada por patología forense, toxicología, investigación criminal, evidencia psicológica y declaraciones de familiares o testigos. Es uno de los problemas psicosociales que se presentan en todos los grupos y sociedades, incrementando el número de muertes trágicas y con grandes trastornos emocionales para las familias. Es considerado un problema difícil de analizar, en donde la angustia, el sufrimiento y la confusión llevan al individuo a elegir la muerte, afectando la salud mental de la comunidad a través de la huella que deja en los sobrevivientes (34).

Cada año se suicidan en el mundo un millón de personas (1,8% del total de muertes), aunque tradicionalmente las tasas de suicidios han sido mayores en hombres de edad avanzada,

cada vez aumentan más las tasas en hombres jóvenes, considerándose la segunda causa de mortalidad violenta entre personas de 15 a 24 años de edad. 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. Se estima que en la mayoría de los países existe un sub-registro cercano al 50%, lo que no permite tener un panorama real de esta situación (34).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos 40 años ha habido un aumento global de las tasas de suicidio (ver figura). Mientras cada 40 segundos muere alguien por homicidio en el mundo, cada 30 segundos muere alguien por suicidio. La gran mayoría de los suicidios son evitables, el 80% de las personas suicidas avisan de su intención y el 50% mencionan abiertamente su deseo de morir.

Figura. 9. Mapa. Distribución mundial de la tasa de suicidios. Año 2009



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según el informe Forensis 2009 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en Colombia se considera el suicidio como la cuarta causa de muerte violenta, observándose un aumento en el número de casos a partir del año 2006. Según el Estudio Nacional de Salud Mental del año 2003 realizado en Colombia, el 40.1% de la población entre 18 y 65 años ha tenido algún trastorno mental en su vida y el 4.9% de la población ha intentado suicidarse en algún momento de su vida, estas prevalencias de conducta suicida son más altas en el grupo de 30 a 44 años de edad (35).

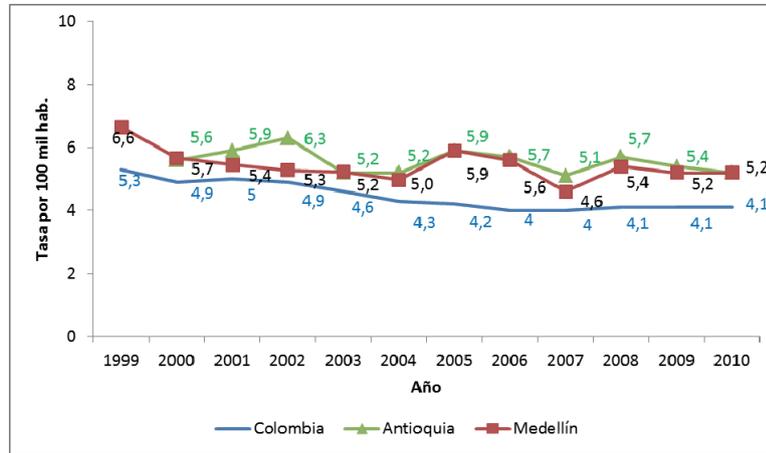
Los informes Forensis del Instituto Nacional de Medicina Legal señalan que en nuestro país mueren más los hombres por suicidio, aunque se observa un mayor intento de éste en las mujeres. Específicamente el alcohol podría estar

relacionado con cerca del 40% de las muertes por suicidio. Además, se ha encontrado que la probabilidad de que una persona conciba ideas de suicidio puede aumentar al doble si hay consumo de alcohol y se puede triplicar si hay consumo de sustancias psicoactivas ilegales (35).

Desde el año 1993 hasta 1999 la mortalidad por suicidio en Colombia tuvo una tendencia ascendente. Entre el año 2000 y el 2006 se observó un descenso en la mortalidad con un ligero incremento para el año 2008 respecto al año anterior.

En los últimos 10 años Medellín ha presentado tasas de mortalidad por suicidio superiores a la tasa promedio del país y similares a las de Antioquia (ver gráfica).

Gráfica 46. Comparativo de las tasas de suicidio en Medellín, Antioquia y Colombia. 1999 a 2010.



* No se obtuvo el dato de Antioquia para el año 1999.

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

En Medellín la tasa de mortalidad por suicidio para el año 2010 fue de 5.2 defunciones por cada cien mil habitantes, la mayoría de las defunciones ocurrieron en personas de 25 a 34 años (ver gráfica), aunque el 50% de los casos tenían 30 años o menos. En este año se

encontró un caso de un niño de 11 años, lo cual sugiere una alerta sobre la presencia de factores psicosociales que impulsan a la población al suicidio desde edades tempranas. En cuanto al sexo de los fallecidos, la mayoría (85,4%) correspondía a hombres.

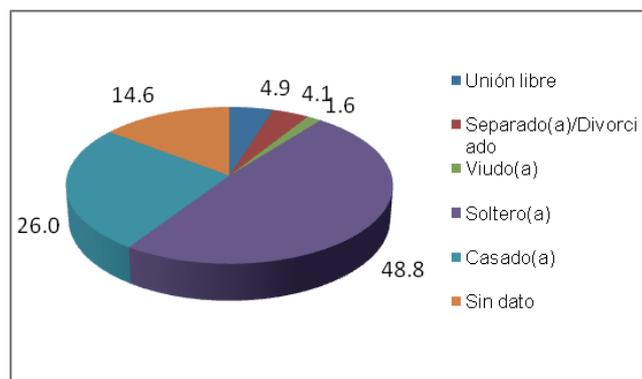
Al analizar separadamente el comportamiento de este evento en hombres y en mujeres por grupos de edad, se observa que en los hombres la problemática se concentra en las personas de 25 a 34 años, mientras que en las muje-

res está entre los 18 y 24 años y 45 a 59 años, presentando porcentajes similares estas dos últimas categorías. En el grupo de 60 años y más no se registraron mujeres.

Al igual que en Colombia y Antioquia, en Medellín mueren más hombres por suicidio, pero las mujeres lo intentan más. Durante el año 2010 se reportaron 9 intentos de suicidio por cada suicidio. Teniendo en cuenta el total de ca-

sos presentados se estima que cada tres días se suicidó una persona en la ciudad y cada año se reportan en promedio 120 suicidios. En cuanto al estado civil de los fallecidos por esta causa, la mayoría (49%) eran solteros (ver gráfica).

Gráfica 48. Distribución porcentual de las defunciones por suicidio según estado civil. Medellín, año 2010.



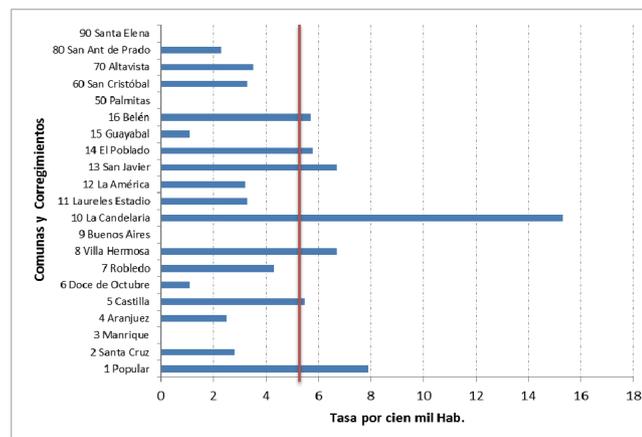
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. 2009-2010

Según lo reportado en los certificados de defunción, los mecanismos más frecuentes para los suicidios fueron en su orden:

1. Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en vivienda.
2. Envenenamiento.
3. Disparo de arma de fuego.
4. Saltar desde un lugar elevado.
5. Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, en lugar especificado.

Según lo registrado en el registro de estadísticas vitales en el año 2010, las comunas que presentaron tasas más altas fueron: Popular, Villa Hermosa, San Javier, El Poblado y La Candelaria, sobresaliendo esta última por tener una tasa mayor a la de Medellín, y en el área rural, se concentra el problema en el corregimiento de Altavista (ver gráfica).

Gráfica 49. Distribución de las tasas de suicidio en las comunas de Medellín respecto a la tasa municipal. Año 2010.



Tasa municipal = 5,2 defunciones x cien mil habitantes para Medellín en el año 2010. (Por lugar de residencia)
Fuente: Estadísticas Vitales. Secretaría de Salud de Medellín. Datos preliminares sujetos a revisión y ajuste.

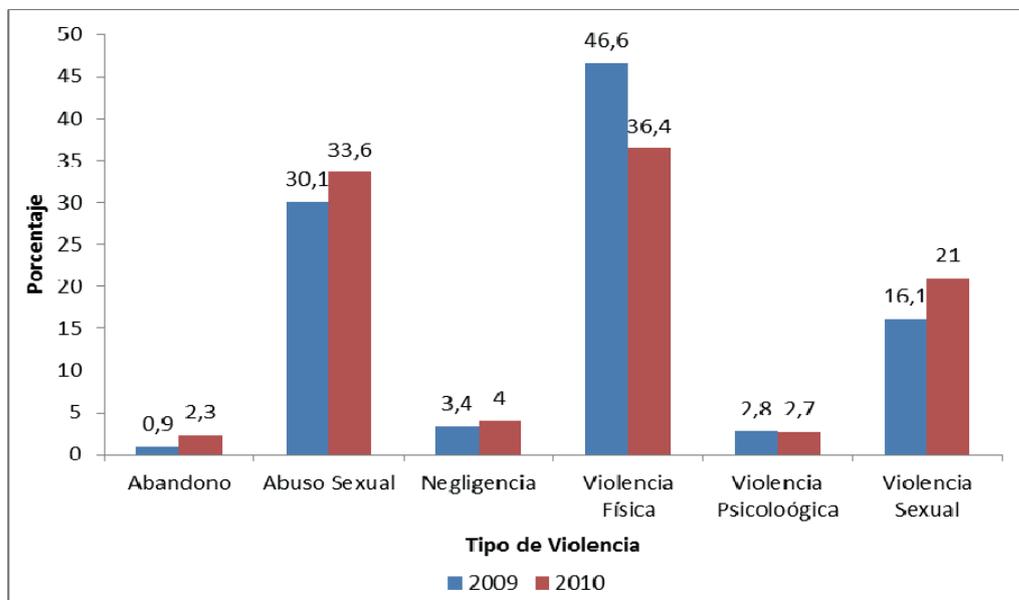
Nota: El 22% de los casos de suicidio tenían una dirección incompleta o incorrecta.

6.6 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 en donde ocurra.¹ 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, 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. La tasa de violencia intrafamiliar para el año 2010 fue de 46 casos por cien mil habitantes, superior a la presentada en el año 2009, la cual fue de 32 por cien mil habitantes (ver gráfica).

Gráfica 50. Proporción de casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual reportados por las IPS, según tipo. Medellín 2009 - 2010.



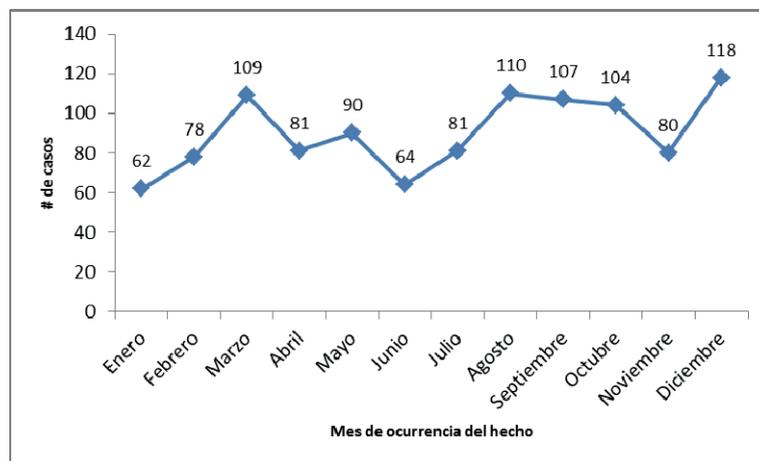
Fuente: Sivigila. Secretaría de Salud de Medellín. Años 2009-2010. Datos preliminares sujetos a revisión.

Al igual que en las estadísticas nacionales y departamentales, la mujer es la más afectada por la violencia intrafamiliar y sexual (82%).

En Medellín, cada día se reportan aproximadamente tres casos de violencia intrafamiliar

y sexual. Teniendo en cuenta el sub-registro, se estima que la cifra real puede ser de 4.336 casos anuales, con un promedio de 12 casos diarios. El 50% de los casos reportados en el año 2010 correspondían a personas de 17 años o menos.

Gráfica 51. Número de casos de violencia intrafamiliar y sexual según mes de ocurrencia. Medellín, año 2010.

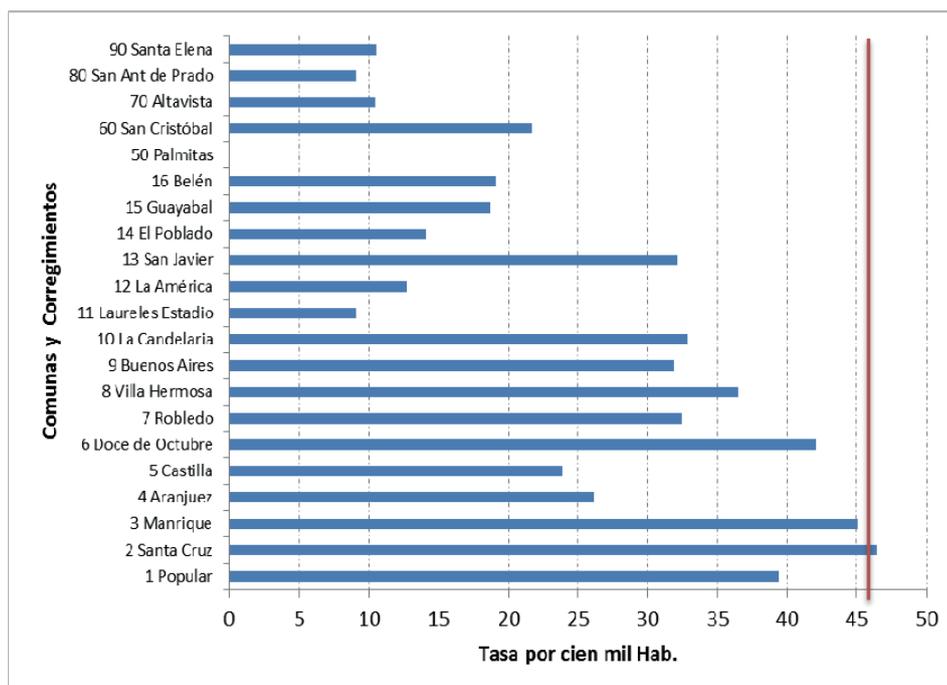


Fuente: Sivigila. Secretaría de Salud de Medellín. Años 2009 - 2010. Datos preliminares sujetos a revisión.

En cuanto a la ubicación geográfica de los casos, las comunas que registraron las tasas más elevadas en el año 2010 fueron: Manrique, Doce de Octubre, Popular, Villa Hermosa y Santa Cruz, llamando la atención esta última,

la cual presentó una tasa superior a la municipal. En cuanto a los corregimientos, San Cristóbal fue el que tuvo la tasa más alta en Medellín (ver gráfica).

Gráfica 52. Distribución de las tasas de violencia intrafamiliar y sexual en las comunas de Medellín respecto a la tasa municipal. Año 2010.



Tasa municipal = 46 casos x cien mil habitantes para Medellín en el año 2010. (Por lugar de residencia)
 Nota: El 39% de los casos de violencia intrafamiliar y sexual tenían una dirección incompleta o incorrecta.

7. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El perfil de morbilidad de la población general del municipio de Medellín muestra las enfermedades infecciosas como cuarta causa después de la hipertensión, las afecciones de la cavidad oral y los traumatismos. En la categoría de enfermedades transmisibles, la tuberculosis, el dengue y las infecciones de transmisión sexual representan problemas prioritarios en salud pública debido a su alta incidencia, su 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.

7.1 Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, el cual puede afectar cualquier órgano o tejido; sin embargo, la forma más común de la enfermedad es la pulmonar; cuyo principal síntoma es la presencia de tos con expectoración mucoide o mucopurulenta por más de 15 días, denominándose a la persona que presente esta condición como sintomático respiratorio; esta tos puede estar acompañada por otros signos y síntomas como hemoptisis, fiebre, sudoración nocturna, malestar general, dolor torácico, astenia, anorexia y pérdida de peso. Cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón se denomina tuberculosis extrapulmonar, la localización más frecuente de esta forma de la enfermedad es la pleural, seguida por la ganglionar (36).

La Organización Mundial de la Salud publicó en el World Health Statistics 2010 una prevalencia mundial de 170 casos por cada cien mil habitantes para el año 2008, lo que supone que para ese año convivían con la enfermedad más

de once millones de personas en el mundo, de los cuales 9 millones 600 mil fueron casos nuevos (Tasa de 140 casos por cien mil habitantes). La región del África es la que reportó la tasa de incidencia más alta con 320 casos por cien mil habitantes y la más baja la región de las Américas con 40 casos por cien mil habitantes. En Colombia la tasa de incidencia fue de 36 casos por cien mil habitantes en el año 2008, lo que muestra una tendencia al descenso, pues en el año 2000 había 43 casos por cien mil habitantes (37).

Los registros de la incidencia de tuberculosis en la ciudad de Medellín, según datos reportados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica - Sivigila - muestran tasas 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 a 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 mayor número de pacientes (ver gráfica y tabla) (38).

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. Para el año 2009 se alcanzó un porcentaje de curación del 54%, 18% tratamientos terminados, 3.5% fallecidos y 5.3% transferidos), indicando 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 porqué están abandonando un 16% de nuestros pacientes para generar estrategias que les permitan finalizar su tratamiento (39).

Cuadro 35. Número y tasas de incidencia de tuberculosis. Medellín, 1990 - 2010.

| Año | Número de casos | Tasa de incidencia* |
|------|-----------------|---------------------|
| 1990 | 976 | 54.8 |
| 1991 | 981 | 54.5 |
| 1992 | 953 | 52.3 |
| 1993 | 1078 | 58.5 |
| 1994 | 917 | 49.2 |
| 1995 | 1052 | 55.8 |
| 1996 | 1234 | 64.7 |
| 1997 | 1090 | 56.5 |
| 1998 | 904 | 46.3 |
| 1999 | 809 | 41.0 |
| 2000 | 932 | 46.7 |
| 2001 | 892 | 44.2 |
| 2002 | 996 | 48.7 |
| 2003 | 909 | 44.0 |
| 2004 | 931 | 44.5 |
| 2005 | 973 | 46.0 |
| 2006 | 957 | 44.8 |
| 2007 | 914 | 42.3 |
| 2008 | 1.155 | 50.4 |
| 2009 | 1.316 | 56.8 |
| 2010 | 1.546 | 65.9 |

*Tasas por 100.000 habitantes (Población Dane proyectada según censo de 2005)
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).

7.2 Lepra

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, producida por un bacilo ácido alcohol resistente (Baar) conocido como bacilo de Hansen, que afecta principalmente los nervios periféricos y la piel. Entre los signos y síntomas de la enfermedad se presentan decoloraciones o manchas en la piel, con pérdida de la sensibilidad; es una enfermedad de evolución lenta que de acuerdo a su progresión puede generar alteraciones en el tracto respiratorio superior, los párpados, las manos, los pies, el polo anterior del globo ocular, los testículos y el riñón; incluso puede llegar a producir graves deformidades e incapacidades si no se recibe tratamiento (36).

La gravedad de la lepra como problema de salud pública, no solo puede evaluarse con lo que indican las estadísticas, sino que hay que tener en cuenta la duración de la enfermedad, las desfiguraciones físicas que causa y las discapacidades permanentes, que se reflejan en el

sufrimiento humano y rechazo social del que es objeto el paciente y la familia (36).

Según los informes oficiales procedentes de 121 países y territorios, la prevalencia mundial de la lepra a principios de 2009 fue de 213.036 casos, mientras que el número de casos nuevos detectados en 2008 había sido de 249.007. En todo el mundo, durante 2008, se detectaron 9.126 casos nuevos menos que en 2007 (un descenso del 4%) (40).

En Colombia se introdujo la poliquimioterapia (PQT) a partir de 1985, cumpliendo globalmente con la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública en 1997 con una prevalencia registrada de 0,8 por 10 mil habitantes; en 1999 con 1.974 casos reportados se redujo la prevalencia a 0,5 por 10 mil habitantes. Colombia, desde hace más de 10 años, ha presentado tasas por debajo de la meta de eliminación. En relación con la incidencia, aunque se observa una tendencia a la disminución (R2: 0,87) ésta ha sido lenta en los últimos

años; los casos nuevos en 1995 fueron 682, en el año 2005 fueron 593 casos y para el 2007 se reportaron 458; el 2008 presentó un ligero aumento con 468 casos (41).

En Medellín desde el año 2000 y hasta el año 2009 se reportaron 28 casos de lepra, de los cuales el 57,1% (16) son del género femenino. El reporte en los últimos tres años es de siete casos, cuatro en el año 2008, tres en el año 2009 y ninguno en el año 2010. De estos siete pacientes, el 42,9% (3 pacientes) son del género masculino. El 57,1% (4 pacientes) presentaron lepra multibacilar (38).

7.3 Dengue

El dengue es una enfermedad viral, de carácter endémo-epidémico, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti*, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico.

Tiene diversas formas clínicas desde cuadros indiferenciados, asintomáticos hasta formas graves que llevan a shock y fallas en órganos vitales pero debe ser enfocada como una sola enfermedad.

La incidencia del dengue ha aumentado extraordinariamente en todo el mundo en los últimos decenios. Unos 2,5 mil millones de personas (dos quintos de la población mundial) corren el riesgo de contraer la enfermedad. La OMS calcula que cada año puede haber 50 millones de casos de dengue en todo el mundo.

Sólo en 2007 se notificaron más de 890 000 casos en las Américas, entre ellos 26.000 de DH.(42).

En América, hasta la semana epidemiológica 44 del 2010, la región había notificado un total de 1.536.899 casos de dengue, con 35.455 casos severos y 807 muertes, con un índice de fatalidad de caso de 2,28%. Descripción de la situación epidemiológica actual del dengue en las

Américas (43).

En Colombia el dengue representa un problema prioritario en salud pública debido a múltiples factores, entre ellos la reemergencia e intensa transmisión viral con tendencia creciente, el comportamiento de ciclos epidémicos cada vez más cortos, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue hemorrágico y otras formas graves de la enfermedad, la circulación simultánea de los cuatro serotipos, la infestación por *Aedes aegypti* del más del 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 m.s.n.m., y la urbanización de la población por problemas de violencia en el país, pone en riesgo a aproximadamente 25 millones de personas que habitan en zonas urbanas con transmisión de esta enfermedad. De esta forma, el dengue es una de las patologías infecciosas con mayor impacto en Colombia y constituye un evento cuya vigilancia, prevención y control revisten especial interés en salud pública.

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

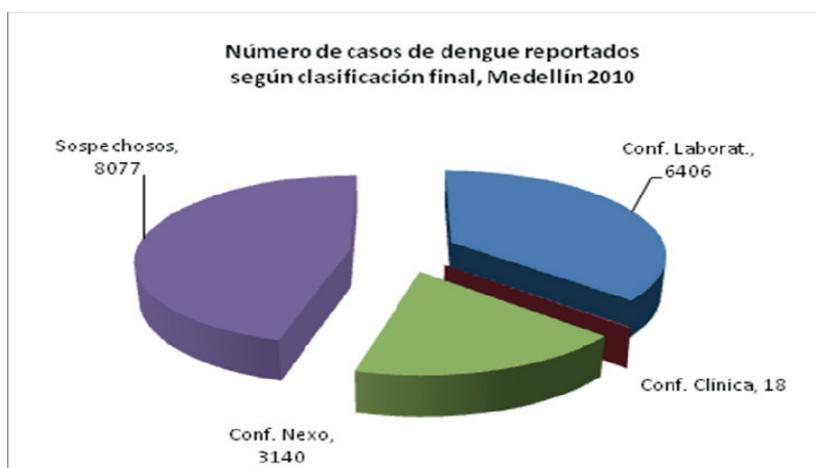
La mortalidad por dengue es evitable en el 98% de los casos y está estrechamente relacionada con la calidad en la atención de paciente, la identificación precoz de los casos busca principalmente evitar mortalidad. En los últimos 10 años se presentaron en promedio 29 muertes por año, con una letalidad promedio de 1,17%, esta no sobrepasa lo tolerable (2%) pero puede ser por un sobregistro en el sistema de casos de dengue grave (43).

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 el último año la cifra as-

cendió a 17.758 con una tasa de mortalidad de 0.5 casos por 100 mil habitantes. Del total de casos de dengue, el 99,3% (17.641 casos) corresponden a dengue clásico y 117 casos son dengue grave; en el grafico se ilustra el número de casos de dengue reportados por semana

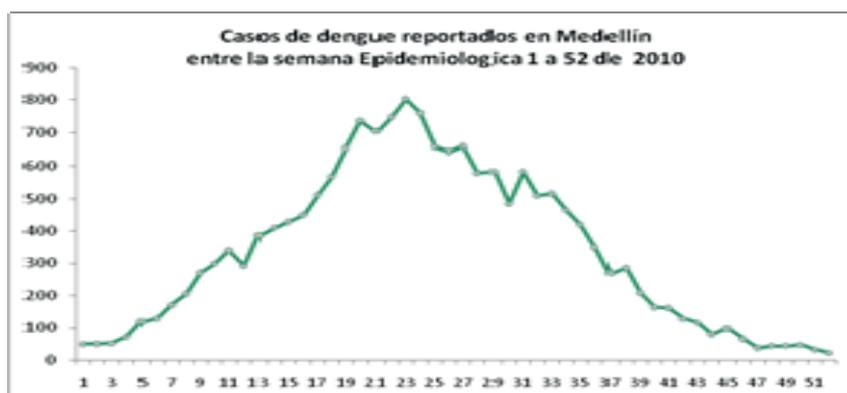
epidemiológica, en el cual se observa que alrededor de la semana 23 se alcanzó el pico de la epidemia con más de 800 personas reportadas y un posterior descenso hasta alcanzar en las últimas semanas 40 casos en promedio (38).

Gráfica 53. Número de casos de dengue reportados según clasificación final, Medellín 2010



Fuente: Sivigila Secretaría de Salud de Medellín

Gráfica 54. Número de casos de dengue reportados según semana epidemiológica, Medellín 2010



Fuente: Sivigila Secretaría de Salud de Medellín

De los 17.758 casos de dengue reportados, 6.406 se confirmaron por laboratorio, 3.140 por nexo epidemiológico, 18 por clínica y 8.077 están como sospechosos. Dado el volumen de casos no fue posible procesar muestras a todos los casos para definir su clasificación y tampoco fue posible establecer nexo epidemiológico (38).

El año 2007 se comportó como año epidémico en la ciudad de Medellín, con 2.427 casos. 2008 y 2009 tuvieron un comportamiento esperado con 722 y 831 casos, respectivamente.

En el año 2010 se reportaron 14 muertes por dengue con una tasa de letalidad cercana al

12% entre los que presentaron dengue grave, este valor está por encima de la tasa de letalidad del país (1.5%), lo cual podría indicar que hay dificultades en la clasificación inicial de los eventos, ya que muchos casos de dengue grave se notificaron como dengue clásico.

7.4 Cólera

El cólera es una enfermedad bacteriana intestinal aguda de tipo secretorio que se caracteriza por comienzo repentino, generalmente sin fiebre. La enterotoxina producida por *Vibrio Cholerae* 01 provoca el escape de enormes cantidades de líquido y electrolitos hacia la luz del intestino, lo cual produce rápidamente una diarrea acuosa y profusa sin dolor, vómitos ocasionales, deshidratación rápida, acidosis, calambres y choque circulatorio. La deshidratación puede llevar a la muerte si los casos no son tratados oportunamente (36).

Desde el año 2000, las cifras de cólera se han incrementado significativamente. Para el año 2010, según reporte de la OMS, se presentaron 317.534 casos en todo el mundo y 7.543 casos fatales, lo que arrojó una tasa de letalidad de 2.38%; el incremento de casos entre el 2009 y 2010 fue del 43% y del 130% con relación al año 2000 (1).

En Colombia los últimos casos diagnosticados fueron de tres personas residentes en el departamento de Nariño en el año 2004 (8). El sistema de vigilancia epidemiológica de la ciudad de Medellín durante los últimos años ha captado casos sospechosos, los cuales se han descartado en su totalidad.

7.5 Rabia

Zoonosis fatal y transmisible producida por el virus rábico, que afecta a los animales de sangre caliente, incluyendo al hombre. La transmisión al hombre se produce casi exclusivamente por la mordedura de un animal rabioso.

La rabia es de distribución mundial. En América Latina, Asia y África la mayor frecuencia de casos se presenta en perros de zonas urbanas, mientras que en Europa, Estados Unidos y Canadá se presenta en fauna mamífera silvestre (36).

En Colombia, las acciones de vigilancia y control de la rabia, desde su implementación a comienzos de la década de 1970, han logrado disminuir exitosamente el número de casos de rabia humana transmitida por perros. En Medellín, a pesar de que se presenta un alto número de accidentes rábicos, un bajo porcentaje se clasifica como exposición rábica, la vigilancia epidemiológica y las campañas de vacunación canina y felina que se realizan para el control de esta patología han podido mantener a la ciudad libre de rabia desde 1984.

El Gobierno de Colombia se ha comprometido en alcanzar la meta impulsada por la Organización Panamericana de la Salud, de alcanzar para el año 2012 en los países de las Américas, la eliminación de la rabia humana transmitida por perros, y reducir el riesgo de presentación de casos de rabia humana a través del ciclo silvestre transmitido principalmente por murciélagos, gatos y zorros.

Medidas de control:

- Coberturas útiles de vacunación en población animal.
- Seguimiento en campo a los animales agresores.
- Vacunación en humanos en casos de exposiciones rábicas leves y graves.
- Programas de esterilización para control natal.
- Regulación sobre la tenencia de mascotas.
- Eliminación sanitaria de caninos y felinos.
- Programas de adopción responsable de mascotas.

Casos de rabia en perros:

No se han reportado casos de rabia en perros desde 1984.

7.6 Fiebre amarilla

Enfermedad producida por un virus de fiebre amarilla y transmitida por la picadura del mosquito hembra *Aedes aegypti*, caracterizada por un inicio agudo y malestar general, seguido por una breve remisión y recurrencia de fiebre, hepatitis, albuminuria y síntomas en algunas ocasiones de fallo renal, shock y hemorragias generalizadas (36).

Según la OMS, entre 1987 y 1991 se informaron en el mundo cerca de 19 mil casos de fiebre amarilla, con mortalidad global de 24% y anualmente se estiman 200 mil casos, la gran mayoría en África. El número real de afectados puede ser 10 a 20 veces el registrado. En Suramérica, entre 1985 y 1994 se confirmaron en promedio 150 enfermos anuales (36). En Colombia se confirman casos todos los años y desde 1934 se registran en una mediana de 20 casos por año y temporalidad en los meses de diciembre y enero, julio y agosto.

Los casos reportados a la Secretaría de Salud de Medellín corresponden a casos de personas provenientes de áreas endémicas. No hay reporte histórico de ningún caso confirmado en la ciudad de Medellín.

7.7 Malaria

La malaria es una enfermedad infecciosa causada por protozoarios del género *Plasmodium*. Los parásitos son transmitidos por la picadura de una hembra anofelina infectada a un huésped humano susceptible.

La malaria es un grave problema de salud pública en el mundo por la elevada carga de la enfermedad en 40% de la población mundial. Se producen anualmente entre 300 a 500 millones de casos clínicos y mueren más de un millón de personas. El 90% de las personas que mueren corresponde a niños menores de cinco años (36).

En América hay transmisión de paludismo en nueve países de la región que comparten la

selva amazónica y en ocho países de América Central y El Caribe. Los desplazamientos de población asociados a la explotación de minas de oro y bosques han provocado epidemias aisladas. Las características de transmisión son muy variables entre regiones, incluso en un mismo país (36).

El comportamiento de la morbilidad por malaria en Colombia en las últimas tres décadas ha mantenido una tendencia ascendente, y en el nuevo milenio se ha registrado un comportamiento con promedios anuales de 120 mil a 140 mil casos.

Los casos reportados a la Secretaría de Salud de Medellín corresponden a casos de personas provenientes de áreas endémicas. No hay reporte histórico de ningún caso confirmado en la ciudad de Medellín.

7.8 Leishmaniasis

Las leishmaniasis son zoonosis que afectan la piel, las mucosas o las vísceras, se introducen en el organismo por la picadura de un insecto flebotómico, que en el nuevo continente pertenece al género *Lutzomyia*. En la leishmaniasis cutánea las lesiones se inician como pápulas que se convierten gradualmente en pequeños nódulos firmes que se van ulcerando gradualmente. Las úlceras típicas son redondeadas, con un fondo limpio de aspecto granular y bordes elevados y eritematosos, que usualmente son indoloras (36).

A la fecha no se ha demostrado presencia de los flebotomos en la ciudad de Medellín y los casos notificados a la Secretaría de Salud se han presentado en personas que viven o han permanecido en áreas endémicas para la leishmaniasis.

7.9 Chagas

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una enfermedad parasitaria tropical generalmente crónica causada por un protozooario flagelado, el *Trypanosoma cruzi*. Es transmitida al hombre comúnmente por los

triatominos hematófagos como el *Triatoma infestans*, el cual transmite el parásito cuando defeca sobre la picadura que él mismo ha realizado para alimentarse. En raras ocasiones se puede transmitir por transfusión de sangre contaminada, por la ingesta de alimentos contaminados por el parásito o verticalmente de la madre infectada al feto (36). La etapa aguda infantil se caracteriza por fiebre, linfadenopatía, aumento del tamaño de hígado y bazo y, en ocasiones, miocarditis o meningoencefalitis con pronóstico grave (36).

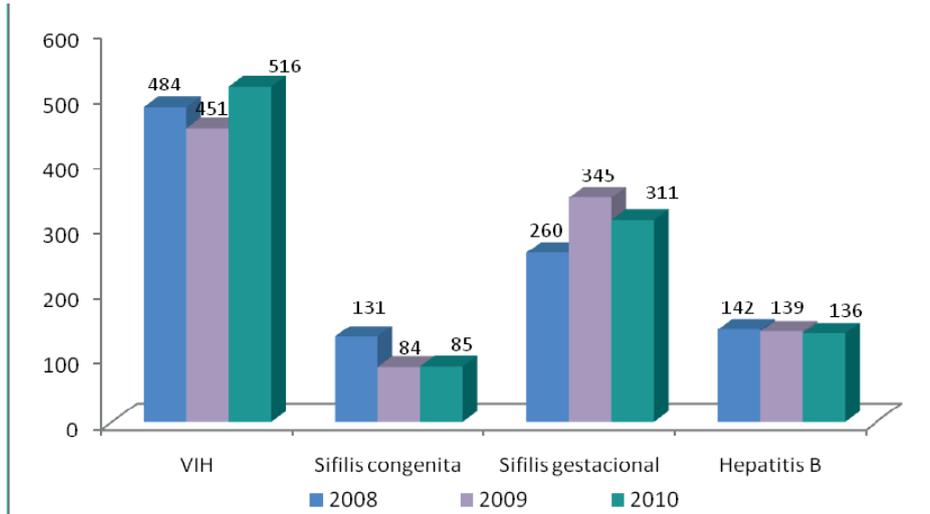
Se considera que la enfermedad de Chagas es un padecimiento endémico de América Latina. En Colombia el *Trypanosoma cruzi* se presenta en forma endémica en los departamentos de Santander, Norte de Santander, Cundinamarca, Boyacá, Meta, Casanare, Arauca, Tolima,

Huila y Bolívar. En la ciudad de Medellín, los casos reportados a la Secretaría de Salud son casos que se presentan en personas con antecedente epidemiológico de vivir o haber estado en zonas endémicas.

7.10 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 que mayor número de casos reportó (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(38).

Gráfica 55. Enfermedades de transmisión sexual reportadas por Sivigila Medellín semana 1 - 25 2008 a 2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. 2009-2010

7.11 Sífilis gestacional

La sífilis gestacional (SG) es aquella que se diagnostica durante la gestación, el post aborto o el puerperio inmediatos, y puede encontrarse en cualquiera de sus fases, aunque es más frecuente en la secundaria indeterminada. La transmisión vertical antes del cuarto mes de

gestación es poco frecuente; si la madre recibe tratamiento antes de la semana 16, es posible prevenir el daño fetal, de allí la importancia de la solicitud de pruebas no treponémicas prenatales en el primer trimestre (36).

En América Latina y El Caribe la prevalencia estimada de sífilis gestacional es de 3,1 por

cien gestantes evaluadas. Colombia presenta una prevalencia de 2,2 casos por cien gestantes evaluadas. Se calcula que en esta región 330 mil mujeres gestantes con prueba positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal, y que de estas gestaciones nacen 10 mil niños con sífilis congénita y un número similar resulta en aborto espontáneo (36).

La Secretaría de Salud de Medellín tiene reportados 260, 345 y 317 casos de sífilis gestacional en los años 2008, 2009 y 2010, respectivamente. En el año 2010 se presentó una incidencia de 11.1 casos por cada mil nacidos vivos (38).

7.12 Hepatitis B

La hepatitis B es una enfermedad causada por el VHB que cursa asintomática en 50% de los casos; desde el momento de la exposición al virus hasta que la enfermedad se manifiesta transcurren de uno a seis meses; los síntomas más comunes son náusea, vómito, pérdida del apetito, fatiga, dolores musculares y articulares, luego se presenta ictericia junto con coluria y acolia; varía desde formas no manifiestas hasta mortales, puede resolverse por sí sola o hacerse crónica, produciendo cirrosis hepática y cáncer hepático, sin embargo, alrededor de 90% de las infecciones en los adultos curan espontáneamente sin dejar secuelas (36).

Colombia está entre los países con moderada endemia (prevalencia 2-7%), la incidencia global de hepatitis B en 2005 fue de 2,45 por 100.000 habitantes (36).

En el municipio de Medellín anualmente se reportan alrededor de 140 casos de Hepatitis B, para el año 2010 la tasa de incidencia fue de 5.8 por 100 habitantes, y según sexo el comportamiento fue similar (69 mujeres y 68 hombres), para éste mismo año se reportaron casos en niños desde los 10 años hasta adultos mayores, pero el 80% de los casos se reportan en población adulta (18 a 50 años) (38).

7.13 Enfermedades inmunoprevenibles

7.13.1 Parálisis flácida

La poliomielitis es una enfermedad aguda de etiología viral que se presenta como una infección inaparente o abortiva, que causa daño en el sistema nervioso central por destrucción de las neuronas motoras de la médula espinal y genera parálisis flácida, que en la mayoría de los casos es asimétrica y que compromete con mayor frecuencia los miembros inferiores. Los agentes etiológicos que producen la enfermedad son los Poliovirus tipo 1, 2 y 3 del género enterovirus. Todos los serotipos pueden causar parálisis. El tipo 1 es el que más ha ocasionado epidemias en América (36).

La erradicación de la poliomielitis se logró en América en 1991 y la región fue certificada libre de la circulación autóctona del virus salvaje de la polio en el año 1994, sin embargo en países asiáticos y africanos aun en la actualidad existen casos (36).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de Medellín registra el reporte de 16, 8 y 3 casos probables para los años 2008, 2009 y 2010, respectivamente. El estudio por laboratorio de estos casos fue negativo para virus de la poliomielitis (38). Debido a que la ciudad cada vez es reconocida como un destino nacional e internacional es importante mantener una vigilancia activa, por el alto riesgo de casos importados de otros países.

7.13.2 Sarampión

El sarampión es una enfermedad eruptiva aguda, sumamente contagiosa, causada por el virus del sarampión. Clínicamente se diferencian dos etapas en la enfermedad: la primera, llamada fase prodrómica, pre-exantemática o catarral, se caracteriza por fiebre de 38,5° C a 40,5° C y síntomas de las vías aéreas superiores, tos y coriza (rinorrea), además de una fuerte conjuntivitis; en algunas ocasiones, es posible detectar las llamadas manchas de Ko-

plik, signo característico del sarampión. La segunda fase, llamada exantemática o eruptiva, se presenta al tercer o cuarto día después del inicio de la enfermedad y se refiere a una erupción característica con manchas rojas parduscas, que comienzan en la cara y después se generalizan; dura de cuatro a siete días y a veces termina con una descamación fina (36).

En 2002, la Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados miembros a reducir las defunciones debidas a sarampión a la mitad antes de 2005. En comparación con estimaciones de 1999, cuando se calculaban en 873.000, en 2003, la OMS estimó que el sarampión causaba alrededor de 530.000 muertes en el mundo (36).

En América, entre los años 2003 y 2006, se reportaron aproximadamente 122 casos confirmados por año; el 2005 fue el primer año con menos de 100 casos, se reportaron 75; la gran mayoría se asoció con casos importados desde otras regiones del mundo como Europa, Asia y África (36).

En Colombia, la enfermedad se ha presentado en el pasado tanto en forma endémica como en brotes epidémicos. En los últimos 30 años, se presentaron epidemias en los años 1981, 1987, 1990, 1993 y 2002; en estos brotes, las tasas alcanzaron 118.5, 67.9, 42.1, 28 y 0,35 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. El último brote de sarampión se presentó en 2002 y dejó un total de 139 casos confirmados. Las tasas de incidencia más elevadas se observaron en los menores de un año de edad (2,28 por 100 mil niños) y en el grupo de 1-4 años (1,53 casos por 100 mil niños) (36).

Así mismo los casos notificados como sospechosos o probables de Sarampión 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 respectivamente. Es importante tener en cuenta que a todos estos casos sospechosos se les realiza la investigación de laboratorio, clínica y epidemiológica, y en el 100% de ellos se han descartado como casos positivos.

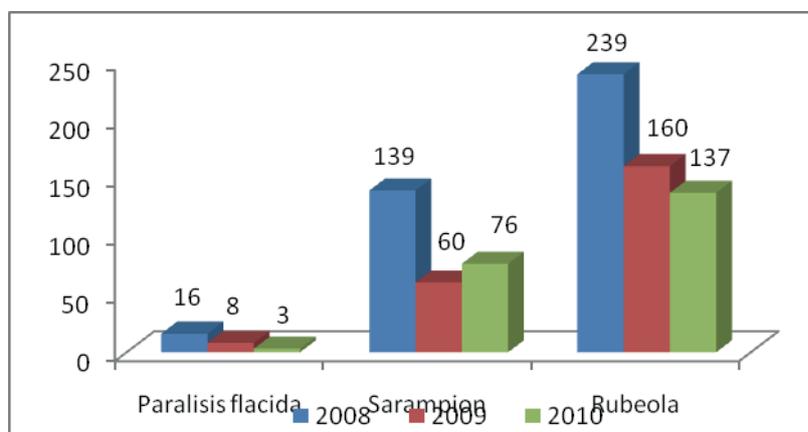
7.13.3 Rubéola

La rubéola es una enfermedad infecciosa aguda, exantemática, producida por el virus de la rubéola, altamente contagiosa, caracterizada por fiebre, rash máculo-papular difuso puntiforme; los niños usualmente presentan pocos o ningún síntoma, pero los adultos pueden presentar pródromos por 1 - 5 días de fiebre leve ($< 39^{\circ}C$), cefalea, malestar general, coriza y conjuntivitis. La característica clínica más relevante es la presencia de linfadenopatías retro auriculares, occipitales y cervicales posteriores y precede al rash en 5-10 días (36).

Para el periodo 1998 - 2003, la incidencia en el grupo de menores de un año ocupó el primer lugar (rango de 0,13-0,84 por mil), excepto en el 2000 cuando el grupo de 20-24 años de edad tuvo una tasa de incidencia de 1,04. La característica principal de este período fue la presentación de dos picos de incidencia, siendo el primero en el grupo de 20 - 24 años y el otro en el grupo de 30 - 34 años (36).

Así mismo los casos notificados como sospechosos o probables de rubéola 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 239, 160 y 137 casos respectivamente. Es importante tener en cuenta que a todos estos casos sospechosos se les realiza la investigación de laboratorio, clínica y epidemiológica, y en el 100% de ellos se han descartado como casos positivos (38).

Gráfica 56. Número de casos sospechosos de parálisis flácida, sarampión y rubeola reportados en Medellín 2008 - 2010



Fuente: Sivigila. Secretaría de Salud de Medellín.

7.13.4 Tosferina

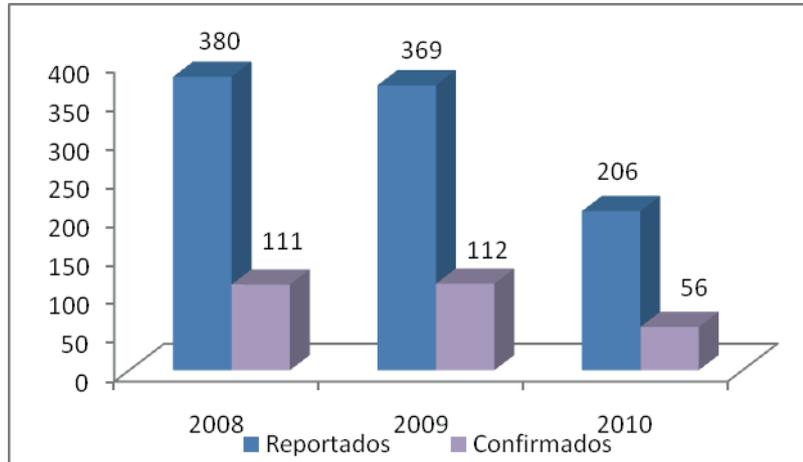
La tos ferina es una enfermedad bacteriana aguda que compromete el tracto respiratorio y se caracteriza por una fase catarral inicial de comienzo insidioso, con tos irritante que se torna paroxística en una o dos semanas. Los paroxismos se caracterizan por accesos repetidos y violentos de tos que pueden ser seguidos de estridor inspiratorio y en ocasiones de vómito (44).

La incidencia actual de la tos ferina se calcula en 3,6 casos por 100 mil habitantes en el mundo y el objetivo de la OMS es reducirla a 1 caso por 100 mil habitantes. Desde la implementación del programa regular de vacunación e inclusión de la vacuna de DPT para menores de

cinco años, la reducción de los casos de morbimortalidad en Colombia ha sido considerable y se observa una tendencia al descenso, paralela al aumento en las coberturas de vacunación con DPT. En el periodo de 1982 a 1993, la cobertura aumentó en 53% y la incidencia en menores de un año pasó de 398 a 13 casos por 100 mil habitantes (44)

En la ciudad de Medellín el comportamiento en los últimos tres años es con 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, y en 2010 se reportaron 206 casos y se confirmaron 56 casos, es decir que se confirmaron el 29.2%, 30.3% y 27.2% respectivamente (38).

Gráfica 57. Número de casos de tosferina reportados y confirmados en Medellín 2008 - 2010.



Fuente: Sivigila. Secretaría de Salud de Medellín.

8. SALUD NUTRICIONAL

8.1 Recién nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gr)

Se encuentra relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles porque es el principal factor determinante conocido 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 crónica o baja talla para la edad en la primera infancia y en la etapa escolar su rendimiento se verá afectado por fallas en sus habilidades cognitivas. En la etapa adulta las probabilidades de sufrir diabetes y males cardíacos son más elevadas. (45). La atención de estos casos se catalogan como intervenciones sencillas en las instituciones de salud, como parte del proceso de atención

continua a la salud materno infantil y que conllevan a un alto impacto al salvar las vidas de recién nacidos (46).

A nivel mundial, entre 2005 y 2009 los recién nacidos con bajo peso al nacer (< 2500 gramos) fueron de 15 por mil, de los cuales más del 96% pertenecen a países en desarrollo; en América Latina fue de 8 por mil y Colombia de 6 por mil, con una tendencia al aumento, además asociado con la edad gestacional de 37 o más semanas de gestación. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, reportó que en Antioquia fue de 7,7 % y en Medellín de 8,8%. En 2009, representó el 40% y en 2010 el 36% del bajo peso al nacer con 37 ó más semanas de gestación.

En Medellín de los niños con bajo peso al nacer a término, sólo el 12% de las madres asistieron a menos de tres controles prenatales durante su embarazo y de estos 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 favorecen el bajo peso al nacer (BPN) sino

otras afecciones que afectan el binomio madre hijo.

Según el régimen de afiliación, del 52% de los niños con BPN a término, la madre 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 es concordante con el embarazo adolescente como factor de riesgo para nacimientos de bajo peso.

8.2 Desnutrición global, aguda y crónica

En la investigación del Perfil Alimentario y Nutricional de Medellín 2010 elaborada por la Universidad de Antioquia y la Secretaría de Bienestar Social, se encontró lo siguiente (47):

Cuadro 36. Prevalencia de la desnutrición global, aguda y crónica. Medellín, 2010.

| Grupos de edad | T/E Indicador de Desnutrición crónica | | | P/T Desnutrición aguda | | |
|----------------|---------------------------------------|--------------------------------|--------|------------------------|------------------------------|--------|
| | Desnutrición crónica | Riesgo de desnutrición crónica | Normal | Desnutrición aguda | Riesgo de desnutrición aguda | Normal |
| < 2 años | 6.7% | 13.3% | 80% | 2.1% | 8.3% | 61.3% |
| 2 a < 5 años | 9.1% | 24.9% | 66% | 1.8% | 6.2% | 63.9% |

Fuente: Secretaría de Bienestar Social y Universidad de Antioquia, Perfil Alimentario y Nutricional. Medellín, 2010.

El estado nutricional de la población, valorado por la composición corporal 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.

Su evaluación es trascendental para establecer un diagnóstico oportuno de la malnutrición en la población, que oriente a la toma de decisiones y la creación de programas y políticas. (47).

En el año 2010 en Medellín la malnutrición por déficit registró cifras de 0,7% de desnutrición global o ponderal grave, 8,1% de retraso en el crecimiento, 0,5% desnutrición aguda grave o emaciación y 1,7% riesgo de delgadez. (47) (46).

Al relacionar el peso para la estatura en menores de cinco años, expresado en el índice de

masa corporal, en el año 2010 en Medellín se presentó un 10% de sobrepeso y 21,2% de obesidad, cifra mucho mayor a la encontrada para la población colombiana en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005.

Este problema de salud puede llegar a reducir la esperanza de vida de una persona hasta en diez años, generando una elevada carga económica para la sociedad. (47,48).

Según este perfil en adultos la relación del peso con la estatura o índice de masa corporal fue del 1,7% de delgadez y 5,7% de riesgo de delgadez, pero también se presentó un 34,6% de sobrepeso y 16,2% de obesidad, sumado a que la obesidad abdominal afecta al 44,7% de la población mayor de 18 años. En 2005 en Medellín se encontraron mayores prevalencias de excesos de peso (obesidad y sobrepeso del 51%) con relación al porcentaje encontrado para Colombia del 46% (47).

En Medellín, como sucede en países en vía de desarrollo, los resultados anteriores demues-

tran que en la ciudad, principalmente en los estratos más pobres, se encuentran seriamente afectados por “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, 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; esta situación refleja las deficiencias en la calidad y cantidad de la alimentación consumida.

8.3 Número de niños beneficiados con el programa de Restaurantes Escolares

La siguiente información se obtuvo de la Unidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Secretaría de Bienestar Social de Medellín:

Población beneficiada con el complemento del Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia - Maná.

Hasta el mes de junio de 2011, se han atendido 23.978 niños y niñas, aunque han ido migrando hacia programas de mayor cobertura en Buen Comienzo, por lo que se están atendiendo efectivamente unos 14.500 niños.

Con el programa Buen Comienzo se están atendiendo alrededor de 72.000 niños y niñas, incluyendo los hogares infantiles del ICBF.

Número de niños beneficiados con el programa de restaurantes escolares.

El programa de alimentación escolar se divide en 2 proyectos:

Restaurantes escolares: consiste en la entrega diaria de una ración de comida presentada en tres modalidades: desayuno víveres, almuerzo víveres y desayuno preparado. Con este programa se han atendido al mes de junio de 2011 a 193.668 niños, niñas y adolescentes de las instituciones educativas públicas y de cobertura del Municipio de Medellín.

Vaso de leche escolar: consiste en la entrega diaria de una bebida láctea y un dulce o un panificado y se han atendido al mes de junio de 2011 124.696 estudiantes.

En total se han atendido 318.364 niños, niñas y adolescentes.

8.4 Número de adultos mayores beneficiados con complemento alimentario

Al mes de junio de 2011, se han atendido con presupuesto de la Administración Municipal 3.719 personas mayores, con complemento alimentario, la meta para el año 2011 es llegar a 5.200 personas atendidas.

También se cuenta con recursos de Presupuesto Participativo, con lo que se han atendido a 314 personas mayores con complemento alimentario y la meta para este año es atender a 815 con este programa.

En total se han atendido a junio de 2011, 4.033 personas mayores.

8.5 Mortalidad por desnutrición

Cuadro 37. Mortalidad por desnutrición, en niños y niñas menores de cinco años por comunas, metodología Urban Heart, Medellín 2005-2010.

| Año | 1 Popular | 2 Santa Cruz | 3 Manrique | 4 Aranjuez | 5 Castilla | 6 Doce De Octubre | 7 Robledo | 8 Villa Hermosa | 9 Buenos Aires | 10 La Candelaria | 11 Laureles - Estadio | 12 La América | 13 San Javier | 14 El Poblado | 15 Guayabal | 16 Belén | Ciudad | Colombia |
|------|-----------|--------------|------------|------------|------------|-------------------|-----------|-----------------|----------------|------------------|-----------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|----------|--------|----------|
| 2005 | 0,08 | 0,11 | 0,25 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,10 | 0,13 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,11 | 0,05 | 17 |
| 2006 | 0,08 | 0,11 | 0,00 | 0,00 | 0,23 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,13 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,10 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,04 | 17 |
| 2007 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,09 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,10 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 17 |
| 2008 | 0,08 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,24 | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 17 |
| 2009 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 17 |
| 2010 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 17 |

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Una gran proporción de las muertes en menores de cinco años son debidas a múltiples causas y decidir cuál es la causa primaria puede resultar difícil. Si bien la desnutrición está relacionada con la mitad de todas las muertes en la niñez, es difícil identificar cuales están relacionadas de manera directa por esta causa. Sin embargo, las estadísticas de muertes por desnutrición como causa básica en la ciudad de Medellín, para el año 2007 mostraron 3.4 muertes por cada 100 mil menores de cinco años y la meta propuesta para el año 2011 era 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.

CONCLUSIONES

Medellín muestra un claro perfil de transición epidemiológica, sin embargo, este perfil no está generalizado en toda la ciudad, ya que existen comunas donde todavía hay problemáticas relacionadas con las enfermedades transmisibles y emergen a su vez también las enfermedades crónicas como alta carga de mortalidad.

Este cambio también se ve reflejado en la tendencia que tiene la dinámica de la población

al envejecimiento, modificando el comportamiento de indicadores tanto sociodemográficos como de salud, lo que conlleva a una implosión demográfica, característica de los países desarrollados que tiene consecuencias como el aumento de la tasa de dependencia, el impacto en la economía, el impacto en el costo social de la salud y en general el aumento de las enfermedades crónicas, propias del envejecimiento. Pero la ciudad tiene zonas con características de explosión demográfica, pudiendo ser generadas por factores como las migraciones y el aumento en la natalidad; lo que conduce a tasas altas de desempleo, niveles altos de indigencia y pobreza (49).

Para enfrentar esta situación de los cambios en la población y sus consecuencias en el perfil de salud, en Medellín se garantiza la cobertura en el aseguramiento al 100% de la población cumpliendo uno de sus principios de la Ley de Seguridad Social que define la universalidad como uno de los ejes principales para el aseguramiento. A pesar de ello, la accesibilidad se ve limitada por el déficit de la infraestructura y los recursos necesarios para la atención, afectando la oportunidad en la prestación del servicio, que es uno de los factores que incide en el comportamiento de los indicadores de salud que se presentan en este análisis.

La población infantil, juega un papel muy importante dentro de la planificación y atención en salud, ya que muchos de los eventos que suceden en esta etapa de la vida pueden tener una repercusión desfavorable en la vida adulta. Es así como en la ciudad se han venido fortaleciendo los programas de promoción, prevención y atención a los niños y niñas logrando cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sin embargo, en algunas zonas de la ciudad los indicadores no alcanzan estos Objetivos, como en el caso de la incidencia de sífilis congénita y de la mortalidad en menores de un año, reflejando esto brechas en desarrollo social y económico en estas zonas.

Es importante resaltar el avance que ha tenido la ciudad en cuanto a la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y por desnutrición, logrando llegar a cero muertes por esta última causa.

Otro aspecto importante de la situación de salud en la población infantil y adolescente es la salud oral, medida a través del índice de COP, que para niños menores de siete años, cumple con los objetivos del milenio, sin embargo se evidencia un porcentaje importante de adolescentes en edad escolar entre los 12 y 18 años, que tienen experiencia de caries, como consecuencia de una mala calidad del cepillado y malos hábitos del cuidado en la salud oral, lo que debe llevar a replantear las acciones de promoción y prevención incluyendo estos grupos de edad.

En la última década se ha observado un aumento importante en la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer; tendencia que es comparable con la situación que se vive en el mundo. Algunas de estas enfermedades tienen una alta carga debida a la mortalidad temprana, como es el caso de la diabetes que tiene un peso del 14% (mucho más alto que el estimado para la región de las Américas 6%), y más preocupante aún, la mortalidad temprana, relacionada con

el cáncer de cuello de útero, pues en la última década el 58% de las muertes por esta causa fueron en mujeres menores de 60 años.

Se encuentran diferencias en las incidencias de muertes por las enfermedades crónicas entre las diferentes zonas de la ciudad, siendo las más afectadas las comunas 10, 11 y 12. A pesar que en la ciudad se realizan programas de promoción y prevención frente a los factores asociados a estas enfermedades, se requiere un fortalecimiento de estos programas para lograr la disminución de la carga de enfermedad debido a ellas.

Las enfermedades circulatorias son la primera causa de muerte en la ciudad, por lo que se requiere la intervención desde la promoción de los estilos de vida saludables y la prevención de los factores de riesgo de forma transversal en todos los ciclos de vida. Como se evaluó en los apartes iniciales, en Medellín hay una alta prevalencia de factores como malnutrición, sedentarismo y tabaquismo, que son las principales conductas que llevan a padecer Ecnt.

Debido al ritmo de vida de la población de la ciudad, esta se ha visto afectada por factores que llevan a un deterioro de la salud mental, encontrando los trastornos de depresión y ansiedad como las principales causas de consulta, reflejado esto en la alta incidencia de intentos de suicidio que se reportan en la ciudad y en la tasa de mortalidad por suicidio, la cual se considera superior al promedio en Colombia (4,1 por cien mil habitantes).

La violencia intrafamiliar y sexual es una problemática compleja dado que requiere intervención interinstitucional e intersectorial. No debe ser suficiente la meta de aumentar el número de casos reportados, sino que se requiere desarrollar un trabajo articulado que brinde garantías a la población respecto a la denuncia y que promueva una oferta suficiente de servicios de salud mental, no sólo hacia la población agredida sino también hacia los agresores.

En la población en condición de discapacidad existe una correlación de varios factores, como la manifestación de esta que se da en la persona misma, las alteraciones en el desarrollo de la cotidianidad y en las condiciones de cómo la persona se involucra en espacios o roles de la vida común y su relación con el entorno inmediato o entorno natural {{227 Julio Cesar G. B. 2008}}.

La situación de discapacidad en una región es un tema complejo, de enorme repercusión social y económica, donde los cambios demográficos que conducen a las modificaciones en su composición, con una desviación hacia los grupos de mayor edad, conlleva a una mayor exposición a sufrir de enfermedades cardiovasculares y discapacidad (50)(51).

En Medellín se ve reflejada esta situación, ya que la discapacidad se presenta en una mayor proporción en las personas mayores de 70 años y su principal origen es la enfermedad general. También se evidencia una clara relación entre niveles de pobreza y la discapacidad, lo que hace a esta población mucho más vulnerable y con acceso limitado a la atención integral en salud. Además de las causas comunes que se comparten con los países industrializados, como defectos congénitos, enfermedades y accidentes de tránsito, Medellín cuenta con un porcentaje significativo de discapacidad relacionado con problemas de salud relativos al desarrollo del feto y el parto, situación similar a la presentada en la región de las Américas.

Las enfermedades infecciosas son la cuarta causa de morbilidad en el municipio de Medellín y en ellas la tuberculosis presenta una incidencia con tendencia al aumento, ubicando a Medellín en riesgo medio según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Se deben intensificar los esfuerzos del programa de control de tuberculosis en la ciudad para mejorar sus indicadores.

La situación de salud en cuanto a la enfermedad de dengue en la ciudad, presenta un comportamiento endémico y después del pe-

ríodo epidémico presentado en el año 2010, se acentúa aún más esta situación e invita a la reflexión de cómo los sistemas de vigilancia epidemiológica y de atención deben estar preparados para responder a una situación epidémica como esta.

En Medellín el comportamiento de la epidemia de VIH es similar al resto del país, con una tendencia al aumento en el número de casos, guardando una proporción de hombre / mujer de 1 a 4, lo que nos muestra una epidemia concentrada. Si bien las cifras del año 2010 de transmisión vertical de VIH, son inferiores a las reportadas en el año 2008, (Tasa de incidencia de 2.6 por mil nacidos vivos comparada con 4 casos por mil nacidos vivos, respectivamente) aún se logra alcanzar la meta de los Objetivos del Milenio, por lo que se requiere aumentar los esfuerzos para evitar la muerte y la discapacidad por esta causa.

Se destaca que en la ciudad, la certificación que se obtuvo por parte de la OPS de la erradicación de enfermedades como parálisis flácida y rubeola, y un comportamiento en descenso de los casos de tosferina. Sin embargo, se deben fortalecer las acciones para lograr y mantener las coberturas útiles de vacunación en la ciudad.

Finalmente la ciudad de Medellín ha realizado grandes esfuerzos en mejorar la salud y calidad de vida de su población tanto desde el sector público y privado, sin embargo se evidencian brechas en algunos de los indicadores de la situación de salud en algunas zonas de la ciudad, y el tener esta información georeferenciada permite focalizar los esfuerzos de intervención no solo desde la atención, sino desde los programas de prevención de los factores de riesgo y promoción de las prácticas saludables, además refleja la necesidad de lograr un trabajo interdisciplinario e intersectorial para el mejoramiento de factores socioeconómicos y de índole cultural que inciden en la situación de salud de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1.) OMS. Weekly epidemiological. 2011 vol. 86, 31;2011(Agosto de 2011):325.
- (2.) Alcaldía de Medellín. ISOLucion. 2011; Available at: <http://www.medellin.gov.co/isolucion/IdentificaUsuario.asp?Pagina1=FrameSetGeneral.asp&>. Accessed 10/03, 2011.
- (3.) Alcaldía de Medellín. Proyecciones de Población. Available at: <http://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://a2d20c-19c9fa69168cea30d571b3110f>. Accessed Julio 2011, 2011.
- (4.) Alcaldía de Medellín. Encuesta de calidad de vida. 2010; Available at: <http://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://6040d52005a1249b4093faed62e47682>. Accessed Julio 2011, 2011.
- (5.) Empresas Públicas de Medellín. Alcantarillado. 2011; Available at: http://www2.epm.com.co/bibliotecaepm/biblioteca_virtual/documents/Alcantarillado.pdf. Accessed 09/09, 2011.
- (6.) Alcaldía de Medellín. Medellin ciudad Cluster. 2011; Available at: <http://www.medellincidadcluster.com/>. Accessed 10/28, 2011.
- (7.) Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES SOCIAL 91. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015. Bogotá; 2005.
- (8.) Secretaría de Salud de Medellín, Universidad de Antioquia. Actividades de vigilancia epidemiológica. 2009.
- (9.) Ministerio de Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Bogotá, 2003.
- (10.) Ministerio de Protección Social. Guía metodológica para el Análisis de Situación de Salud. 2010 Bogotá Enero.
- (11.) Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2011; Available at: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9. Accessed 10/28, 2011.
- (12.) Globocan. Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. 2010; Available at: <http://globocan.iarc.fr/>. Accessed 09/15, 2011.
- (13.) Ministerio de la Protección Social. Información de contexto .Guías de práctica clínica y los modelos de gestión de VIH/sida y ERC. 2005.
- (14.) Secretaria de Salud de Medellín. Plan Indicador 2008-2011. 2011.
- (15.) Manau C GS. Métodos de control de la placa bacteriana. Barcelona: Masson; 1999.
- (16.) Alcaldía de Medellín. Registro Individual de Prestadores de Servicios de Salud (RIPS).
- (17.) Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. OMS 2005 Ginebra, 2005.
- (18.) Organización Mundial de la Salud. Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, OMS 2008 2008 - 2013.
- (19.) Federación mundial de la salud mental. La salud mental y las enfermedades físicas crónicas: La necesidad de atención constante e integrada. ; 2010.
- (20.) Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georgiades A, et al. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. JAMA 2005 2005 Apr 6;293(13):1626-34. (13):1626.
- (21.) Torres Y, Zapata MA, Montoya LP, Garro GI, Hurtado G, Valencia ML. Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente. 2009.
- (22.) Ministerio de la Protección Social. Guía de atención de la enfermedad renal crónica. 2005.
- (23.) Gómez R. Registro Colombiano de Diálisis y Trasplantes. Congreso Iberoamericano de Nefrología SLANH. ; 2009.

- (24.) Ministerio de la Protección Social. Información de contexto. Guías de práctica clínica y los modelos de gestión de VIH/sida y ERC. 2005.
- (25.) Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta Alto Costo. Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Colombia. 2008; Available at: <http://www.cuentadealtocosto.org/byblos/Docs/Situacion%20de%20la%20Enfermedad%20Renal%20Cronica%20en%20Colombia%202008.pdf>, 2011.
- (26.) Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta Alto Costo. Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Colombia. 2009.; Available at: <http://cuentadealtocosto.org/byblos/Docs/Situacion%20de%20la%20Enfermedad%20Renal%20Cronica%20en%20Colombia%202009.pdf>, 2011.
- (27.) Serralde E. Panorama Epidemiológico de la Insuficiencia Renal Crónica en México. Available at: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/insuficiencia_renal.pdf.
- (28.) Serralde E. Panorama Epidemiológico de la Insuficiencia Renal Crónica en México. Available at: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/insuficiencia_renal.pdf, 2011.
- (29.) Ministerio de la Protección social. Guía de atención de la diabetes tipo 2. 2005.
- (30.) Pan American Health Organization (PAHO). Regional Mortality Information System. Regional Health Observatory. 2011; Available at: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5542&Itemid=259.
- (31.) Torres Y., Aristizabal D, et. al. Diagnóstico del riesgo cardiovascular global. Evaluación de su impacto poblacional Medellín y sus corregimientos. 2007 □ 2008.
- (32.) OMS. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. 2001.
- (33.) Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica del suicidio. ; 2001.
- (34.) Taborda RL, Téllez-Vargas J. El suicidio en cifras.
- (35.) Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2009 Datos para la Vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. 2010 Mayo 2010; Volumen 11 - -(Número 1).
- (36.) Instituto Nacional de Salud. Protocolos de Vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública. 2010; Available at: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=38849>. Accessed 03-08-2011, 2011.
- (37.) World Health organization. World Health Statistics. Annual compilation of data from its 193 Member States, and . includes a summary of progress towards the health-related Millennium Development Goals and targets. 2010. 2010; Available at: <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>. Accessed 03-08-2011a las 16:06 horas, 2011.
- (38.) Secretaria de Salud de Medellín. Sistema de Vigilancia de Eventos de interés en salud pública. SIVIGILA 2010.
- (39.) Secretaria de Salud de Medellín. Libro diario de seguimiento a los pacientes con tuberculosis. Cohorte 2010. 2010.
- (40.) OMS. Nota descriptiva N° 101 Febrero de 2010. 2010; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>. Accessed agosto de 2011, 2011.
- (41.) OPS, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Plan Estratégico de Colombia; Para Aliviar la Carga de la Enfermedad y Sostener las Actividades de Control de Lepra. 2010-2015. . Primera ed.; Diciembre 2009.
- (42.) OMS. OMS. Nota descriptiva N° 117 Marzo 2009. 2011; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>. Accessed 07/08, 2011.
- (43.) Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue. 2010.
- (44.) Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia y Mortalidad por Cáncer. 2002-2006.

- (45.) [nutrinet.org](http://peru.nutrinet.org/bajo-peso-al-nacer). Nutrición Materno Infantil 2011; Available at: <http://peru.nutrinet.org/bajo-peso-al-nacer>. Accessed 09/06, 2011.
- (46.) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades. 2011; Available at: http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf. Accessed 09/02, 2011.
- (47.) Alcaldía de Medellín. Perfil Alimentario y Nutricional de Medellín y sus corregimientos. 2010:321-340.
- (48.) Ministerio de Salud. Boletín No. 1. Cumbre de Nutrición y Salud. Chile 2008. Available at: www.ego-chile.cl. Accessed 04/15, 2011.
- (49.) Las tendencias demográficas. Available at: <http://cienciasempresariales.info/las-tendencias-demograficas/>. Accessed 09/27, 2011.
- (50.) Vásquez A. La discapacidad en América Latina. Available at: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>. Accessed 09/27, 2011.
- (51.) Julio Cesar G. B., Clara Inés, G. de B. Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. 2008 septiembre.