

Revista

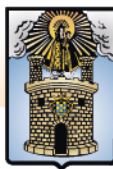
Salud Pública
de Medellín



Plan Municipal de Salud

“Para Vivir más y mejor”

2016 - 2019



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

#MedellínCuentaConVos

www.medellin.gov.co

Plan Territorial de Salud 2016-2019

"Medellín para vivir más y mejor"

Alcaldía de Medellín

Documento aprobado por el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, el Consejo de Gobierno Municipal y el Honorable Concejo Municipal de Medellín mediante Acuerdo 003 de 2016. Dimensión estratégica 3 "para trabajar unidos por un nuevo modelo de equidad social", 3.1 Medellín para vivir más y mejor.

Forma de citar: Secretaría de Salud de Medellín, Alcaldía de Medellín. Plan Territorial de Salud 2016-2019. Rev Salud Pública de Medellín 2016; 6(num 1):8-203





Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

Plan Territorial de Salud 2016 - 2019

“Medellín parar vivir más y mejor”

Federico Gutiérrez Zuluaga
Alcalde

Equipo directivo

Claudia Helena Arenas Pajón
Secretaria de Salud de Medellín

Clara Luz Trujillo Escobar
Subsecretaria de Salud Pública

Verónica María Lopera Velásquez
Directora Técnica de Planeación

Yanneth Castaño Castaño
Subsecretaria de Gestión de Servicios de Salud

Gloria Emilse Urrego Urrego
Subsecretaria Administrativa y Financiera

Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud
Asesoría y aprobación del Plan

Verónica María Lopera Velásquez
Coordinadora general del Plan Territorial de Salud

Luis Diego Galeano, Horacio Botero, Jorge Ivan Mejia, Dora Beatriz Rivera, Andres Felipe Hoyos,
Diego Leon Bastidas, Eduardo Santacruz y Miller Cuellar
Equipo coordinador del Plan Territorial de Salud

Equipo de la Subsecretaría de Salud Pública
Equipo de la Dirección Técnica de Planeación
Equipo de la Subsecretaría Administrativa y Financiera

Andrés Felipe Ochoa Valencia
Comunicaciones

Editorial

Claudia Helena Arenas Pajón
Secretaría de Salud de Medellín

Diseño y diagramación

Jhon Dairo Rodas López

Salud Pública de Medellín
Revista de la Secretaría de Salud
Municipio de Medellín
Volumen 6, número 1. Diciembre de 2016

Carátula

Jhon Dairo Rodas López, Diseñador Gráfico Secretaría de Salud

Esta es una publicación oficial del Municipio de Medellín. Se realiza en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 10 de la Ley 1474 de 2011-Estatuto Anticorrupción, que dispone la prohibición de la divulgación de programas y políticas oficiales para la promoción de los servidores públicos, partidos políticos o candidatos.

Queda prohibida la reproducción total o fragmentaria de su contenido, sin autorización escrita de la Secretaría General del Municipio de Medellín. Así mismo, se encuentra prohibida la utilización de características de la publicación, que puedan crear confusión. El Municipio de Medellín dispone de marcas registradas, algunas citadas en la presente publicación con la debida autorización y protección legal.

ISSN 1909-1265

© 2016 Alcaldía de medellín
Nit: 890.905.211-1
Calle 44 N 52 – 165 Centro Administrativo
La Alpujarra – Medellín, Colombia.

Todas las publicaciones de la Alcaldía de Medellín son de distribución gratuita.

Contenido

1	<u>MARCO NORMATIVO</u>	9
2	<u>ALCANCE</u>	13
3	<u>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</u>	16
3.1.	VISIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO	17
3.2.	OBJETIVO SUPERIOR PLAN DE DESARROLLO	17
3.3.	PRINCIPIOS DEL PLAN DE DESARROLLO	18
3.4.	VISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.....	18
3.5.	OBJETIVO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	18
3.6.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	19
3.7.	PRINCIPIOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	19
3.8.	ENFOQUES	20
A.	ENFOQUE DE DERECHOS:	20
B.	ENFOQUE DIFERENCIAL:	21
C.	CURSO DE VIDA	21
D.	ENFOQUE DE GÉNERO	21
E.	ENFOQUE ÉTNICO.....	22
F.	ENFOQUE POBLACIONAL.....	22
G.	ENFOQUE DE DETERMINANTES	22
H.	ENFOQUE TERRITORIAL	22
I.	ENFOQUE DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:	23
4.	<u>BASES CONCEPTUALES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD</u>	24
4.1.	CONCEPTO DE SALUD	25
4.2.	LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL	25
4.3.	DESARROLLO HUMANO INTEGRAL	25
4.4.	EQUIDAD	27
4.5.	SALUD EN TODAS POLÍTICAS	27
4.6.	CIUDAD SALUDABLE	27
4.7.	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)	28
4.8.	ABORDAJE POR ENTORNOS.....	28
4.9.	POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD - PAIS	29
4.10.	MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (MIAS)	29
4.11.	MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA SOCIO-SANITARIA	30
4.12.	COMUNICACIÓN, EDUCACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL PARA LA SALUD.....	30
5.	<u>METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN</u>	31
5.1	ESTRATEGIA PASE A LA EQUIDAD EN SALUD BIT PASE	32
5.2.	PROCESO DE PLANEACIÓN EXTERNA DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD: COMUNIDAD, ACTORES SECTORIALES Y DE OTROS SECTORES	36
6.	<u>ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD</u>	38

6.1. ASPECTOS GENERALES DE LA POBLACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA.....	39
6.2 MORTALIDAD GENERAL	41
6.3.1 DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL.....	46
6.3.2 VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	49
6.3.3 INDICADORES CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES	51
6.3.4 CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	54
6.3.5 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.....	56
6.3.6 SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	58
6.3.7 VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	62
6.3.8 EMERGENCIAS Y DESASTRES	65
6.3.9 SALUD LABORAL.....	65
6.3.10 DIMENSIÓN TRANSVERSAL: FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD.....	66
6.4 PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS EN SALUD	68
<u>7. DESCRIPCIÓN DE LAS TENSIONES</u>	<u>73</u>
7.1. DIMENSIÓN: SALUD AMBIENTAL.....	74
SITUACIONES EN SALUD RELACIONADAS CON CONDICIONES AMBIENTALES.....	75
7.2.DIMENSIÓN: VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES	75
MODOS, CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.....	75
CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES	76
7.3 DIMENSIÓN: CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL.....	76
PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA CONVIVENCIA	76
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES Y DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA.....	76
7.4. DIMENSIÓN: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	76
DISPONIBILIDAD Y ACCESO A LOS ALIMENTOS	76
CONSUMO Y APROVECHAMIENTO BIOLÓGICO DE ALIMENTOS	76
7.5. DIMENSIÓN: SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	77
PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GÉNERO.....	77
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS	78
7.6. DIMENSIÓN: VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	79
ENFERMEDADES EMERGENTES, RE-EMERGENTES Y DESATENDIDAS	79
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	80
CONDICIONES Y SITUACIONES ENDEMO-EPIDÉMICAS	81
7.7. DIMENSIÓN: EMERGENCIAS Y DESASTRES	81
GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	81
7.8. DIMENSIÓN: SALUD Y ÁMBITO LABORAL.....	82
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	82
<u>8. MAPA DE TENSIONES</u>	<u>83</u>
<u>9. EJES ESTRUCTURANTES DE LA SITUACIÓN DE SALUD.....</u>	<u>85</u>
9.1. DINÁMICAS POBLACIONALES.....	86
9.2. CIUDADANÍA Y CULTURA	86
9.3. GOBERNANZA, RECTORÍA Y ARTICULACIÓN	86
9.4. CONCEPCIÓN DE LA SALUD.....	87

10. RETOS Y METAS	88
10.1. DIMENSIÓN: SALUD AMBIENTAL	89
COMPONENTE HÁBITAT SALUDABLE.....	89
SITUACIONES EN SALUD RELACIONADAS CON CONDICIONES AMBIENTALES.....	90
10.2. DIMENSIÓN: VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES	90
MODOS, CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.....	90
CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES	91
10.3. DIMENSIÓN: CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	91
PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA CONVIVENCIA	91
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES Y A DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA.....	92
10.4. DIMENSIÓN: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	92
DISPONIBILIDAD Y ACCESO A LOS ALIMENTOS	92
CONSUMO Y APROVECHAMIENTO BIOLÓGICO DE ALIMENTOS	92
CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS.....	92
10.5. DIMENSIÓN: SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	93
PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GÉNERO.....	93
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS	93
10.6. DIMENSIÓN: VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	93
ENFERMEDADES EMERGENTES, RE-EMERGENTES Y DESATENDIDAS	93
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	94
CONDICIONES Y SITUACIONES ENDEMO-EPIDÉMICAS	94
10.7. DIMENSIÓN: EMERGENCIAS Y DESASTRES	94
GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	94
RESPUESTA EN SALUD ANTE SITUACIONES DE URGENCIA, EMERGENCIAS EN SALUD PÚBLICA Y DESASTRES	94
10.8. DIMENSIÓN: SALUD Y ÁMBITO LABORAL.....	94
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	94
10.9. DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO AUTORIDAD SANITARIA.....	95
11. LÍNEAS OPERATIVAS	96
11.1. LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	97
11.2. LÍNEA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	97
11.3. LÍNEA DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.....	98
11.4. ACCIONES INTERSECTORIALES	98
12. RESULTADOS DE LAS CONSULTAS EXTERNAS REALIZADAS CON DIFERENTES ACTORES DEL SECTOR Y OTROS SECTORES.	99
12.1. COMUNIDAD.....	100
12.2. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.....	101
12.3. GRUPOS POBLACIONALES.....	102
12.4. ACADEMIA	103
12.5. EXPERTOS.....	103
12.6. EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EAPB	105
13. ESTRATEGIAS	108

13.1. ESTRATEGIAS TRANSVERSALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN SALUD:	110
13.1.1 PROGRAMA FORTALECIMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	110
13.1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE ESTRATEGIAS EN SALUD	112
13.1.3 PROGRAMA GOBERNANZA Y GOVERNABILIDAD PARA LA SALUD	115
13.1.4 PROGRAMA CIENCIA, INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA LA SOCIEDAD	117
13.1.5 PROGRAMA VIGILANCIA INTEGRAL EN SALUD	117
13.1.6 PROGRAMA POR LA CALIDAD DEL AIRE QUE RESPIRAMOS	118
13.2 ESTRATEGIAS LÍNEAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA EL ABORDAJE DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS NACIONALES	118
13.2.1 PROGRAMA SALUD AMBIENTAL.....	118
13.2.2. PROGRAMA: BUENAS PRÁCTICAS CIUDADANAS PARA EL GOCE DE MIS DERECHOS Y DEBERES	120
13.3 SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS.....	123
13.4 ARTICULACION DE LAS METAS, ESTRATEGIAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD CON LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL PLAN DE DESARROLLO.....	142
<u>14. MONITOREO Y EVALUACIÓN</u>	<u>198</u>
<u>15. PRESUPUESTO.....</u>	<u>201</u>

Editorial

Según Amartya Sen la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social (Sen, 2002). En este sentido, la salud debe ser considerada como una característica elemental de la justicia en los acuerdos sociales. El alcance que le da Sen al concepto equidad en salud es muy amplio, pero es fundamental, su visión para identificar la diferencia entre inequidades y desigualdades en salud; Por lo cual, la equidad en salud no concierne únicamente al sector salud, sino que debe abarcar diferentes ámbitos y sectores que influyen sobre la salud de la población. En este sentido, este concepto hace referencia a la justicia social que se ve representada en los acuerdos sociales, incluyendo la distribución económica e identificando la salud como una necesidad básica con altas condiciones de vida y de libertad humana. Ya que la equidad en salud, no solo trata de la distribución en salud y la distribución de la asistencia médica, sino que el concepto en sí mismo asume un carácter crítico de diferentes sectores que influyen sobre la salud.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud indica que la equidad en salud, implica que, idealmente todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse (OMS, 1991). En base a esta definición, el objetivo de la política local para la equidad y la salud en el territorio, no debe consistir en eliminar las diferencias en salud para que todos obtengan el mismo bienestar, sino más bien reducir o eliminar aquellas brechas que generan inequidad y condiciones de exclusión social que se consideran evitables o injustos.

La palabra bienestar describe el conjunto de elementos que requiere el individuo para mantener un balance con su entorno, este, debe ser integrado a una serie de condiciones proporcionadas por la sociedad. Por este motivo, la preservación del bienestar y el alcance de sus diferentes dimensiones, se convierte en un reto para las sociedades modernas, absorbidas por un ritmo de vida exigente y caótico.

Con lo anterior “Medellín para vivir más y mejor”, está pensado para la incidencia positiva en la intervención de determinantes de la salud, y para contribuir a la disminución de las brechas de equidad social en salud, y así avanzar hacia una población que viva más y mejor, no solo más en más tiempo de vida sino con mayor vitalidad y ánimos para enfrentar los retos.

Claudia Arenas Pajón
Secretaria de Salud de Medellín

1. Marco Normativo



1. Marco Normativo

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

A nivel internacional, la Organización de las Naciones Unidas –ONU- ha proclamado diversas declaraciones, en beneficio de la salud colectiva con el fin de reunir esfuerzos para alcanzar la prosperidad, igualdad, libertad y dignidad de la población mundial, así como el abordaje de temáticas relacionadas con la erradicación de la pobreza y el hambre, la construcción de ciudades más sostenibles, la lucha contra el cambio climático y la protección de los bosques y océanos. Dentro de estas declaraciones se encuentran: la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y Objetivos de desarrollo de Desarrollo Sostenible (2015), marco de referencia para la formulación de la estrategia Atención Primaria en Salud APS elaborados por la Organización Panamericana de la Salud OPS, entre otros.

La Constitución Política de Colombia 1991, hace referencia a la salud como un derecho fundamental para los niños y las niñas, la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio a cargo del Estado; el artículo 11 establece la protección del derecho a la vida, como un derecho fundamental, que se satisface, en la medida que se garantizan otros derechos afines como la salud, enunciada en la constitución en el artículo 49, con una connotación de rango constitucional que vincula a todos los poderes del Estado y a los particulares. De igual manera establece las responsabilidades que el Estado, las personas y la comunidad tienen con respecto a la Salud; en el

contexto nacional se encuentran además leyes, decretos, resoluciones, acuerdos que reglamentan y operatividad el sector salud como se describen a continuación:

Por otro lado la ley 1751 de 2015, conocida como la Ley estatutaria en salud, define que la salud para los colombianos de ahora en adelante es un derecho fundamental, obliga al Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud, mediante la adopción de decisiones que no conlleven al deterioro de la salud de la población y de acciones que resulten un daño en la salud de los pacientes. La Ley 1751 de 2015 establece que de ahora en adelante no basta con la atención a los pacientes, sino que se debe garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad. “No se podrá fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”.

Esta ley busca garantizar la equidad dentro del Sistema de Salud, para ello el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida. Valida la estrategia de Atención Primaria en Salud, priorizando la atención de los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

En el marco de esta ley, también se establecen otros asuntos sobre la prestación del servicio de salud como prohibición de la negación del servicio, autonomía médica, la regulación de la Política Farmacéutica y garantizar el acceso a la salud en todo el territorio nacional especialmente en las zonas marginadas

Norma	Objeto de la Norma
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones
Ley 152 de 1994	Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
La Ley 715 de 2001	Que define los recursos y competencias nacionales, departamentales y municipales en salud.
La Ley 1098 de 2006	Código de Infancia y Adolescencia y la Directiva 001 de 2012 de la Procuraduría General de la Nación sobre la inclusión de la política de infancia, adolescencia en el Plan de Desarrollo 2012-2015.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones al SGSSS
Ley 1257 de 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones
Conpes 3550 de 2008	Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad aire, calidad de agua y seguridad química.
Ley 1295 de 2009	Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y niñas de la primera infancia.
Ley 1355 de 2009	Por la cual se definen la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad en salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.
Ley 1438 de 2011	Por la cual se reforma el SGSSS
Ley 1450 de 2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014. Ley 1448 de 2011, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 3518 de 2006	Por el cual crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones
Resolución 14861 de 1985	Por la cual se dictan normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de la población en condición de discapacidad
Resolución 1577 de 2006	Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal

Norma	Objeto de la Norma
Resolución 1841 de 2013	Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
Resolución 4015 de 2013	Por la cual se establecen los términos y se adopta la metodología para la elaboración de los Planes Financieros Territoriales de Salud por parte de los departamentos y distritos y se dictan otras disposiciones
Resolución 1536 de 2015	Por la cual se establecen disposiciones para el proceso de planeación integral para la salud
Resolución 0518 de 2015	Por la cual se define las funciones de Salud pública, y las acciones que integran el Plan de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales
Resolución 0429 de 2016	Donde se adopta la Política integral de atención en salud y el modelo integral de atención en salud

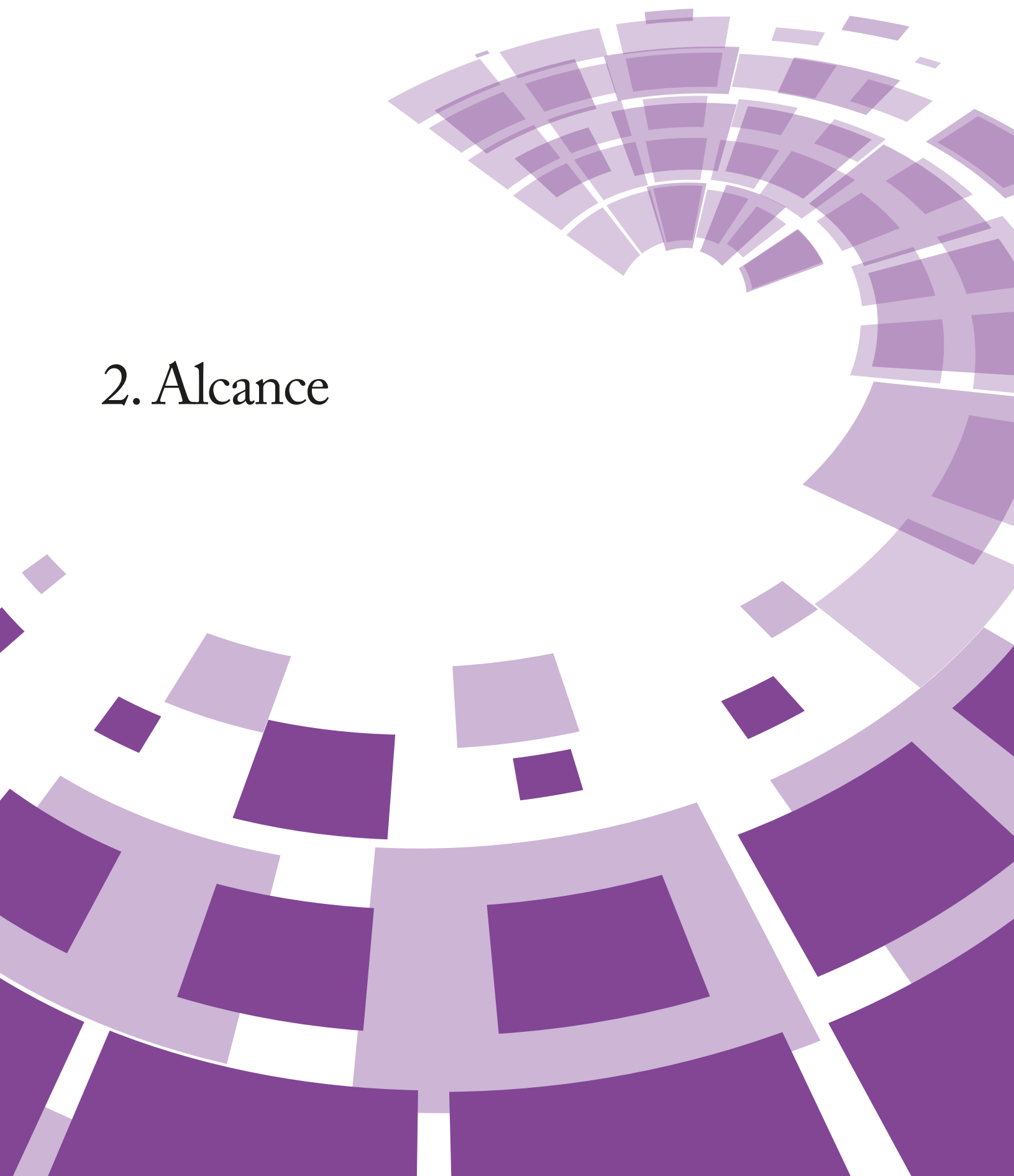
El Ministerio de Salud y Protección Social además, ha formulado planes de orden nacional de salud con el propósito de definir políticas públicas que garanticen las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana; dentro de estos planes se encuentran: La política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, Plan Nacional Estratégico de lucha contra la tuberculosis y lepra, Política Nacional de discapacidad y Política Nacional

para la reducción del Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y su impacto de 2008. Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el Sida. Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia. Plan Nacional de Salud Ocupacional y la Resolución 429 de 2016 donde se adopta la política de atención integral en salud y el modelo de atención integral de salud.

A nivel municipal se tienen entre otros, los siguientes acuerdos:

Acuerdo	Objeto del Acuerdo
Acuerdo 38 de 2005	Por el cual se establece la Política Pública de seguridad alimentaria y nutricional para la Ciudad de Medellín
Acuerdo 09 de 2005	Por el cual se institucionaliza la semana de disminución y prevención de cáncer de cérvix y mama
Acuerdo 84 de 2006	Por el cual se adopta una política pública de protección y atención integral de la infancia y la adolescencia y se crea el Consejo de Política de Infancia y adolescencia en la ciudad de Medellín
Acuerdo 03 de 2007	Por el cual se crea la política pública para la prevención de la morbilidad por causas cardiocerebrovasculares
Acuerdo 86 de 2009	Que adopta la política pública de discapacidad en la ciudad de Medellín
Acuerdo 05 de 2011	Por medio del cual se modifica y se actualiza el acuerdo 64 de 2005 sobre la creación de la Política de Salud Mental y Adicciones para el Municipio de Medellín y se dictan otras disposiciones
Acuerdo 306 de 2011	Por medio del cual se crea la política pública de prevención de embarazo infantil y adolescente
Acuerdo 025 de 2015	Por medio del cual se establece la política pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013-2022.

2. Alcance



2. Alcance

En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, y La ley 1753 de 2015 por medio de la cual se reglamenta el actual Plan de Desarrollo Nacional 2014-2018, el Ministerio de Salud y Protección Social, tiene la responsabilidad de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas debido a que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Estas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los actores del sector y de la comunidad.

Así mismo, El Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, se sustenta en declaraciones internacionales, líneas de trabajo promovidas por las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud –OMS-, por lo cual establece la necesidad de incorporar estrategias con enfoque prospectivo que le permitan al país dar cumplimiento a la Agenda de Desarrollo Post-2015 de ONU -ADP2015-, a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)- y a sus respectivas metas establecidas a 2030, con el fin de erradicar de manera irreversible la pobreza en todo el territorio y generar las condiciones para alcanzar un desarrollo sostenible con una visión a largo plazo.

A los entes territoriales, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007 y la resolución 1536 de 2015, les corresponde:

Definir el Plan territorial de salud para cada cuatrienio en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública y el Plan de Desarrollo Nacional, el cual debe quedar expresado en el Plan de Desarrollo Municipal, que incluya acciones para

la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y de los diferentes actores territoriales, para lo cual debe tener en cuenta:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con el Análisis de Situación de Salud, las políticas de salud nacionales, departamentales y municipales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
2. Las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territorial.

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

El Plan Territorial de Salud 2016-2019, construido de forma participativa, ha adoptado como marco general la Resolución 1841 de 2015 del Plan Decenal de Salud Pública, la Resolución 1536, la Resolución 0518 del 2015, en coherencia con el Plan Municipal de Desarrollo 2016-2019, y define las prioridades en salud para el

período de vigencia, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados, teniendo presente la disponibilidad de recursos, la intersectorialidad y la transectorialidad.

3. Plataforma Estratégica



3. Plataforma Estratégica

El Plan territorial de salud del Municipio de Medellín, está enmarcado en la plataforma estratégica del Plan de Desarrollo “Medellín Cuenta con Vos 2016-2019”, donde sus componentes están inmersos en la dimensión transversal “Creemos en la cultura ciudadana” en su componente de promoción y educación para la salud con el programa de cultura del cuidado; en la dimensión estratégica “Un nuevo modelo de equidad social”, en sus componentes de fortalecimiento del acceso a los servicios de salud, Gestión de estrategias integrales en salud, gobernanza y gobernabilidad para el sector y la vigilancia integral en salud; en la dimensión “Educación con calidad para el desarrollo y la competitividad”, con el componente de tecnologías para la salud como un proyecto de innovación regional y finalmente en la dimensión de “Una apuesta de ciudad por el cuidado del medio ambiente” con el componente de salud ambiental.

El Plan de Desarrollo 2016-2019, “Medellín cuenta con vos,” parte de un claro modelo viable, sostenible y sustentable de ciudad liderado por el Alcalde Federico Gutiérrez Zuluaga, en el cual se establecen la visión, el objetivo superior y los principios como ruta de nuevos retos para transformación de la ciudad entre los años 2016 y 2019.

3.1 Visión del Plan de Desarrollo

De acuerdo al Plan de Ordenamiento Territorial, al Plan Director BIO 2030, al Plan Integral Metropolitano, y al Plan de Desarrollo “Medellín cuenta con vos”, en 2030 Medellín será reconocida como una ciudad sostenible, que recuperó la confianza, sobre la base de la transformación cultural, donde los habitantes comprendieron que su participación activa de la mano de las acciones

de la institucionalidad eran claves para lograr una ciudad con un modelo social incluyente, con equilibrio de derechos y deberes, con bienestar equitativo para sus ciudadanos, con oportunidades de calidad para todos y con un modelo de desarrollo y competitividad consolidado.

3.2 Objetivo superior Plan de Desarrollo

Nuestro objetivo es hacer de Medellín una ciudad legal, segura, equitativa y sostenible; en la cual la ciudadanía recupere la confianza en la institucionalidad a partir de nuestra gestión cercana, eficiente, transparente y visible.

Una ciudad que previene y enfrenta el delito, que promueve la convivencia pacífica, y genera mejores condiciones de vida y oportunidades para su población urbana y rural, en donde la educación sea pertinente y de calidad; y en conjunto con el ecosistema empresarial de la ciudad, se generen más y mejores condiciones de empleo para la ciudadanía.

Una ciudad en sinergia con la región, que responde a los nuevos retos de la movilidad sostenible, los procesos de renovación, expansión y ocupación territorial, como también a la conservación del medio ambiente y a la gestión adecuada de los recursos.

Nuestro objetivo es hacer que Medellín sea una ciudad para vos, una ciudad para toda la ciudadanía.

3.3 Principios del Plan de Desarrollo

Estos son un punto de partida y prenda de garantía para el buen ejercicio de lo público del actual gobierno. Estos serán asumidos para el actual Plan Territorial de Salud.

1. Se gobierna con transparencia y honestidad.
2. El respeto de lo público en la transparencia y eficiencia como expresiones de legalidad.
3. Medellín responsable e incluyente desde la diversidad en la construcción de ciudad desde el territorio y con la comunidad.
4. La ciudad como lugar de encuentro para sus ciudadanos.
5. El Gobierno se ve y se siente cercano a la gente, siendo efectivo en sus acciones.
6. La seguridad no es de izquierda ni de derecha, es un derecho y hay que garantizarlo.
7. La ciudad sin miedo que se atreve a pasar de la esperanza a la confianza.
8. Con cultura ciudadana las personas se sientan dueñas y responsables con su ciudad.
9. La educación, el deporte y la cultura como motores de la transformación social.
10. La dignidad de las personas, desde el valor que cada ciudadano tiene como ser humano. En el respeto a la vida, en la equidad y el bienestar de nuestros ciudadanos.
11. Diversidad de ideas y opiniones, pues la crítica es necesaria en las democracias cuando se hace con altura, respeto y argumentos.
12. La importancia del control político y la independencia de los poderes.

13. El crecimiento que se traduce en desarrollo, empleo, oportunidades laborales y mejores condiciones de vida para nuestros ciudadanos.

14. La ciudad responsable con su región y abierta al mundo.

15. Medellín con un proyecto y objetivo común: una ciudad debidamente planeada, amigable y responsable con sus habitantes y su entorno.

El actual Plan Territorial de Salud (PTS) alineado al Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 con el propósito de propender por el desarrollo y bienestar de la población de Medellín, establece su visión y objetivo como ruta estratégica:

3.4 Visión del Plan Territorial de Salud

El Municipio de Medellín avanzará en el camino de la consolidación como ciudad saludable, fortaleciendo la intersectorialidad y la participación social, fomentando la cultura del cuidado integral, el ejercicio de ciudadanía y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de toda su población; influyendo positivamente en los determinantes de salud, equidad, desarrollo humano y calidad de vida, para que sus habitantes vivan más y mejor.

3.5 Objetivo del Plan Territorial de Salud

Avanzar en Medellín hacia la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, fortaleciendo el acceso a la prestación de los servicios socio-sanitarios de forma integral, interinstitucional, intersectorial, participativa y corresponsable, disminuyendo la inequidad en salud, logrando mejores condiciones y resultados de salud, bienestar y calidad de vida, para el desarrollo individual, colectivo y ambiental, con ciudadanos apropiados de su cuidado integral, a través del enfoque de salud en todas las políticas e implementación de la estrategia de Atención primaria en salud.

3.6 Objetivos Estratégicos

- Disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable a través del impacto positivo en los determinantes de la salud, con un enfoque de Salud en Todas las políticas.
- Lograr mejores condiciones y resultados de salud, bienestar y calidad de vida, para el desarrollo individual colectivo y ambiental, con ciudadanos apropiados de su cuidado integral.
- Avanzar en Medellín hacia la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, fortaleciendo el acceso a la prestación de los servicios socio-sanitarios de forma integral.
- Fortalecer el sistema de salud en la ciudad a través de ejercicio de la articulación de todos los actores y el fortalecimiento del empoderamiento de los ciudadanos a través del fortalecimiento de la participación social en salud.

3.7 Principios del Plan Territorial de Salud

Considerando los principios establecidos en la Ley 100 de 1993 y en la Ley 1751 de 2015, y lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública Nacional, se establecen como principios para el Plan Territorial de Salud los siguientes:

La Salud como derecho fundamental: un derecho fundamental es el inherente a la persona humana. Es así como el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud

Disponibilidad: garantizar la existencia de servicios y tecnologías en las instituciones de salud, así como de programas de salud

Accesibilidad: Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural

Universalidad: Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

Equidad: adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección

Oportunidad: La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones

Prevalencia de derechos: el Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes, en cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política.

Eficiencia: procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles, para garantizar el derecho a la salud de toda la población;

Interculturalidad: Es el respeto por las diferencias culturales existentes en la ciudad, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del recono-

cimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global

Participación social: la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

Transparencia: Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

Corresponsabilidad: toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

Intersectorialidad: Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

3.8 Enfoques

Para dar respuesta a los objetivos planteados y alcanzar la visión de ciudad, se plantea desarrollar un Plan Territorial de Salud con enfoque de derechos, territorial y poblacional, donde de forma transectorial se considere el abordaje de los determinantes sociales y ambientales de la salud, y así trabajar para aportar a la disminución de las inequidades en salud y al mejoramiento de la calidad de vida de la población de Medellín.

El Plan Territorial de Salud Municipal en consonancia con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), integra los diversos enfoques conceptuales y los cuales están enmarcados en los contemplados en el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 para el logro de los objetivos planteados.

Para ello se articulan los siguientes enfoques, considerados en el Plan Decenal Salud Pública.

a. Enfoque de Derechos:

El Estado Social de Derecho en la Constitución Política de Colombia reconoce que la sociedad no es un ente compuesto por sujetos en abstracto, sino un conglomerado de personas y grupos en condiciones de desigualdad real, para lo cual, debe crear los supuestos sociales de la misma libertad para todos, esto es, suprimir la desigualdad de cualquier tipo, y en primer plano la social, para la que la acción del Estado se dirija a garantizarles a todos los ciudadanos condiciones de vida dignas. De allí la necesidad de apropiar los valores relacionados con los derechos fundamentales; uno de ellos, la equidad, entendida, en su fundamento operativo, como darle a cada quien lo que necesita, en una relación íntima con la justicia, cuyo fin es reducir inequidades basadas en las diferencias.

En el escenario de los derechos humanos, el derecho fundamental a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal (para todos los seres humanos), que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de los contextos sociales e históricos.

En el contexto del derecho a la salud, el Plan Territorial de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública, son instrumentos que dan cuenta de

abordajes explícitos que persiguen el goce efectivo de este derecho en campos de actuación propios de la salud pública y en la interrelación desde una perspectiva de determinantes.

b. Enfoque Diferencial:

La fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en particulares dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia.

Así mismo, tiene en cuenta el curso de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes, como es el caso de la discapacidad y de situaciones sociales como el desplazamiento. El enfoque diferencial supone una organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación.

Este enfoque también implica distinguir entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho, y en ese mismo contexto de especial protección, y las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto. el enfoque diferencial comprende los sub-diferenciales del curso de vida, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad, y particulares situaciones generadoras de inequidades sociales (desplazamiento forzado, trabajo sexual, región a la que se pertenece o donde se habita, entre otras).

c. Curso de Vida

Se reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida y que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, dado a que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en períodos vitales anteriores. Da cuenta entonces, de los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos (en procesos y algunas veces en estructura y recursos), para algunas fases del ciclo de vida, bajo los principios del respeto y el reconocimiento del derecho a las diferencias poblacionales y de las mayores vulnerabilidades. En el curso de vida se reconocen los siguientes momentos:

- La gestación
- La infancia
- La adolescencia
- La juventud
- La vida adulta

d. Enfoque de Género

El género no es sinónimo de mujer, como ha sido utilizado en muchas ocasiones. El género es una categoría de análisis que permite tener una comprensión integral de la sociedad, la política, la economía, la historia, entre otras, que visibiliza las relaciones de poder existentes en diferentes espacios, tanto públicos como privados. El género es una forma de ordenamiento de las relaciones humanas que históricamente ha producido violencias, desigualdades y discriminaciones, principalmente para las mujeres, sin desconocer que los modelos hegemónicos de la masculinidad además de tener graves implicaciones para la vida de las mujeres, también afectan a los hombres. Estas diferencias y desigualdades persisten en la cultura pese a que en la vida real las mujeres traspasan muchas fronteras, rompen

muchos paradigmas y están cada vez más articuladas a la producción económica, a la generación de ingresos y a procesos de participación social y política.

Persisten brechas de género que es necesario reducir; en especial las referidas a la ciudadanía plena de las mujeres y a la eliminación de las múltiples formas de discriminación y de violencia, sobre todo las violencias sexuales, que se ejercen en su contra por el simple hecho de ser mujeres o de identificarse con el género femenino. Específicamente en el ámbito de la salud, el género ha sido incluido como uno de los determinantes de la salud. Para efectos del Plan Decenal de Salud Pública –PDSP-, incorporar el enfoque de género significa visibilizar e intervenir las inequidades derivadas de las relaciones establecidas entre hombres y mujeres, como sujetos en distintos momentos vitales, con diversas cosmovisiones y orientaciones, en diferentes condiciones sociales y económicas, así como mejorar la capacidad de evaluación para orientar políticas y programas de manera acertada

e. Enfoque Étnico

Una etnia es un grupo humano diferenciado que habita en un espacio geográfico, posee características culturales propias y una historia común. Por tanto, cada etnia está ligada a un territorio y a un origen ancestral común, que le permite construir una identidad colectiva y compartir una cosmovisión. Colombia se reconoce como un país pluriétnico y multicultural (Constitución Política de Colombia, 1991); esto exige y obliga a que toda actuación del Estado, en su conjunto, incorpore el enfoque diferencial étnico, sustentado en el respeto, la protección y la promoción de su diversidad. Las etnias reconocidas en Colombia son: indígena, afrocolombiana, negra, palenquera, raizal y Rom o gitana.

f. Enfoque Poblacional

El enfoque poblacional (Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA) consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio.

g. Enfoque de Determinantes

Los Determinantes de la Salud, entendidos como aquellas situaciones, condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población.

Los Determinantes de la Salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente; la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el estado de salud es compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel microcelular hasta el macroambiental (OMS, 2011).

h. Enfoque Territorial

El enfoque territorial pretende establecer coherencia en las acciones de intervención con las necesidades de los territorios como es el caso del territorio rural y el urbano, específicamente en cada una de las comunas y corregimientos de la

ciudad de Medellín. Se tiene en cuenta que cada territorio tiene sus particularidades de acuerdo a la importancia que tienen para el resto de la ciudad; sumándose a la búsqueda de mejorar las condiciones de bienestar para los mismos.

Desde este enfoque, además, se pretende establecer y articular estrategias de desarrollo a través de proyectos regionales y nacionales, buscando desde lo local, mejorar las condiciones de salud y aprender de las buenas prácticas de los demás territorios, teniendo como resultado mejores impactos y más eficientes en los territorios.

i. Enfoque de Educación Para la Salud:

El enfoque de Educación para la salud tiene como propósito conocer las múltiples construcciones sociales, culturales, simbólicas y políticas que la ciudadanía concibe y vive alrededor de los procesos de salud-enfermedad.

La educación para la salud es entendida como una "práctica social intencionalmente dirigida a fortalecer las percepciones y significaciones que sobre la salud hacen los individuos y las comunidades, con el fin de favorecer los procesos de toma de decisiones frente a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano" (Zea,2007)¹

La Educación para la salud como enfoque, permite dinamizar todos los componentes de la salud, desde la gestión de servicios, la promoción de la salud y la prevención de riesgo, hasta la atención y la rehabilitación. La Secretaría de Salud, parte de una educación para el cuidado de sí, del otro y del entorno, mediante la generación de propuestas reflexivas y críticas que transformen las prácticas cotidianas hacia el buen vivir.

¹ Zea L. Aportes epistemológicos y pedagógicos desde la educación popular a las prácticas de educación para la salud con colectivos sociales. Tesis de grado. Maestría en Desarrollo Educativo y Social. CINDE- UPN Bogotá, 2007.

The background features a complex, abstract graphic design. It consists of various shades of green (from light to dark) forming overlapping, curved, and rectangular shapes. A prominent feature is a circular pattern of concentric, slightly offset rings of these shapes, creating a sense of depth and movement. The overall aesthetic is modern and clean, typical of academic or institutional branding.

4. Bases conceptuales del Plan Territorial de Salud

4. Bases conceptuales del Plan Territorial de Salud

Como se mencionó inicialmente, el Plan Territorial de Salud, se encuentra enmarcado en el Plan de Desarrollo Municipal en tres dimensiones estratégicas y una dimensión transversal, en la cual, se plantea la equidad como un factor básico para la transformación y desarrollo de la ciudad.

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

4.1. Concepto de Salud

Según Milton Terris²(1987), en su modificación al concepto original de salud de la Organización Mundial de la Salud –OMS- define "La salud como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, adaptación, autogestión y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades y en armonía con el medio ambiente", definición que ha sido incorporada en varias de las normas que regulan el Sistema de Seguridad Social en Salud, como la Ley 100 de 1993 en donde la salud implica algo más que ausencia de la enfermedad, y que es tenida en cuenta para la formulación de este plan al priorizar acciones para la salud física, mental y el mejoramiento de la condiciones del entorno, reconocido como determinante importante del estado de salud de las comunidades.

² Médico de la universidad de New York y Salubrista de la Universidad Johns Hopkins; fundador de Asociación Nacional de Políticas de Salud Pública, la Sociedad para la investigación Epidemiológica, y la revista de Salud Pública.

4.2. La salud como derecho fundamental

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; reconoce además que está determinado por múltiples determinantes sociales de la salud que van más allá del ámbito sanitario, que implica una actuación integral y articulada del Estado, el cual asegurará por medio de políticas, la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política de 1991, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Es así como en la ley 1751 del año 2015 "la ley estatutaria en salud", define para el país la salud como un derecho fundamental autónomo, por tal razón, tiene que ser garantizado prioritariamente por el Estado, y debe ser responsabilidad de toda la sociedad, implica el reconocimiento social de un derecho esencial para garantizar la dignidad humana y la igualdad de oportunidades de los ciudadanos.

4.3. Desarrollo Humano Integral

Según la Organización de Naciones Unidas para las Poblaciones y el Desarrollo, (PNUD) en 1998 describe al Desarrollo Humano: "Proceso de ampliación de las opciones de la gente. Se logra ampliar esas opciones, aumentando la capacidad

y los funcionamientos humanos sobre la base de las tres capacidades esenciales: que la gente viva una vida larga y saludable, que tenga conocimientos y que cuente con acceso a los recursos necesarios para tener un nivel decente de vida”.

Pero el ámbito del desarrollo humano es mayor, los sectores esenciales de las opciones, que la gente valora en gran medida, van desde las oportunidades políticas, económicas y sociales de ser creativos y productivos para tener respeto por sí mismos, hasta la potenciación y la conciencia de pertenecer a una comunidad; el ingreso económico es desde luego, uno de los muchos medios de ampliar las opciones y el bienestar, pero no es el total de la vida de la gente.

El desarrollo humano se relaciona con las preocupaciones mundiales actuales de la siguiente manera:

Derechos humanos: El desarrollo humano conduce a la realización de los derechos humanos, económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, la perspectiva del desarrollo humano adopta una visión integrada de todos los derechos humanos, no el enfoque estrecho y exclusivo en los derechos civiles y políticos. Brinda un marco en que el adelanto del desarrollo humano coincide con la realización de los derechos humanos

Bienestar colectivo: Pero los derechos, las opciones y las oportunidades individuales no pueden ser ilimitados. La libertad de una persona puede limitar o violar la libertad de muchas otras. Como lo indica la reacción al individualismo excesivo del libre mercado, existe la necesidad de formas socialmente responsables de desarrollo. El bienestar individual y el colectivo están entrelazados, y el desarrollo humano requiere una fuerte cohesión social y la distribución equitativa de los beneficios del ingreso para evitar tensiones entre ambas y el poder de la acción

colectiva es una fuerza impulsora esencial en la búsqueda del desarrollo humano.

Equidad: La preocupación por la equidad asume un lugar central en la perspectiva del desarrollo humano, el concepto de equidad se aplica con mayor frecuencia a la riqueza o al ingreso; pero el desarrollo humano hace hincapié en la equidad en cuanto capacidad básica y oportunidades para todos, equidad del acceso a la educación, a la salud y a los derechos políticos.

Sostenibilidad o Sustentabilidad: Sostenibilidad significa satisfacer las necesidades de las generaciones actuales sin comprometer la capacidad y las oportunidades de las futuras. De esta manera implica equidad tanto intra-generacional como inter-generacional; entre tanto, el desarrollo humano no es un concepto separado de desarrollo sostenible, pero no hay que confundir lo de sostenible con la sola dimensión ambiental de desarrollo; todos estos criterios, destacan la necesidad del desarrollo centrado en la gente, con preocupaciones por la potenciación humana, la participación, la igualdad de género, el crecimiento equitativo, la reducción de la pobreza y la sostenibilidad de largo plazo”.

Aunque son diversas las conceptualizaciones de lo que es el Desarrollo Humano Integral por que otros teorizantes lo desligan del concepto económico, estas coinciden como explica Amartya Sen³ en que el desarrollo se fundamenta en la libertad y que esta le permita a los individuos vivir de la forma en que quieran vivir.

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

4.4. Equidad

Margareth Whitehead (1992), define la equidad en salud como “la ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables”⁴.

Por otro lado, se refiere a inversión o gasto diferencial, con base en el conocimiento objetivo de las diferencias de la población, lo que significa mayor gasto en las personas que tienen mayor necesidad. Es la ausencia de diferencias injustas en las situaciones de salud, de las personas que habitan los territorios del país, en el acceso a la atención en salud y a los ambientes saludables y en el trato digno que se ofrece en las instituciones que conforman el sistema de salud y en aquellas que proveen otros servicios sociales conexos; de manera que las personas tengan los mismos derechos, deberes y oportunidades frente a los procesos y decisiones que atañen a su salud, sin discriminación negativa de ningún tipo.

Lo antes descrito, se constituye en un requisito para fortalecer las capacidades de ciudadanos, comunidades e instituciones y, de esta forma, garantizar, el ejercicio de los derechos y los deberes de las personas y de las entidades con influencia directa en los determinantes de la salud.

³ Premio nobel de Economía. Autor del libro *El desarrollo como Libertad*.

⁴ Whitehead M. *The concepts and principles of equity in health*. *Int J Health Serv* 1992; 22: 429-445.

4.5. Salud en todas Políticas

“La incorporación de la salud a todas las políticas consiste en adoptar un enfoque intersectorial de las políticas públicas en el que se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones sanitarias de las decisiones, se promuevan las sinergias y se eviten los efectos perjudiciales para la

salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.”

Declaración de Helsinki sobre la incorporación de la salud a todas las políticas 2013; OMS (WHA67.12) 2014.

El enfoque de incorporación de la salud en todas las políticas se basa en el reconocimiento de los mayores desafíos sanitarios, por ejemplo: las enfermedades no transmisibles (ENT), las iniquidades y desigualdades sanitarias, el cambio climático y el aumento creciente de los costos de la asistencia sanitaria; son muy complejos y suelen estar interrelacionados por conducto de los determinantes sociales de la salud, entendiendo éstos como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que los afectan, como las políticas económicas y de desarrollo, las normas sociales, las políticas sociales y los sistemas políticos.

4.6. Ciudad Saludable

Una ciudad saludable es aquella donde ciudadanos, organizaciones y Gobierno, construyen en forma articulada y mediante la inclusión social, la apropiación del autocuidado, la promoción de la salud, la protección social, la gestión de riesgos y la prestación de servicios, mejores condiciones y resultados de salud, bienestar y calidad de vida, para el desarrollo individual y colectivo.

Una ciudad saludable concibe la salud como un derecho humano, innegociable, no solamente para mejorar la calidad de vida individual sino también en el plano colectivo.

En este sentido la ciudad saludable es una de las manifestaciones más visibles e importantes de la aplicación del enfoque de promoción de la salud en la práctica real de la salud pública. En consecuencia, la ciudad es vista como lugar de convi-

vencia y de vida, tiene un papel determinante en la salud de las personas que viven en ella; es en la ciudad donde se desarrollan las actividades que condicionan la vida del individuo (económicas, sociales, culturales, educativas, de ocio, entre otras), y donde se toman las decisiones sobre políticas de vivienda, urbanismo, tráfico, servicios públicos, entre otras. Por tanto, una ciudad saludable comprende el entorno urbano como espacio de relaciones y de actividad y el entorno físico como espacio o soporte natural adaptado y modificado por los ciudadanos, que marcan pautas que habilitan el modo y estilos de vida.

Para Medellín la definición de ciudad saludable, construida de forma participativa, se considera como “Una ciudad donde ciudadanos, organizaciones y Gobierno, construyen en forma articulada y mediante la inclusión social, la apropiación del autocuidado, la promoción de la salud, la protección social, la gestión de riesgos y la prestación de servicios, mejores condiciones y resultados de salud, bienestar y calidad de vida, para el desarrollo individual y colectivo. Una ciudad saludable se cuida, cuida a sus ciudadanos y permite que los ciudadanos se cuiden”

4.7. Atención Primaria en Salud (APS)

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos,

tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.

Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud se rige por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad

4.8. Abordaje por Entornos

Un entorno, es el marco social en el cual confluyen condiciones y escenarios en los cuales los individuos y los grupos sociales ejercen su autonomía funcional y política, que contribuyen al desarrollo de la comunidad y en los cuales influyen positiva o negativamente los determinantes sociales, culturales y ambientales. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud –OMS-, un entorno es donde las personas interactúan activamente con el medio que los rodea (espacio físico, biológico, ecosistema, comunidad); es también donde la gente crea y/o soluciona problemas relacionados con la salud.

El entorno se identifica por tener un espacio físico definido, grupo de personas con roles definidos, y una estructura organizacional. Los entornos, además de los relacionados con el espacio físico, biológico o del ecosistema que rodea a las

personas, son los relacionados con el ámbito social donde interactúa el ser humano con los demás.

La Organización Mundial de la Salud, define los entornos saludables como aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, el hogar, los sitios de estudio, los lugares de trabajo y el esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento”.

Un entorno saludable alude a un ámbito de la vida que carece o presenta factores de riesgos controlados y prevenibles e incluye factores promotores de la salud y el bienestar. Los entornos saludables son el marco para identificar los factores protectores (físicos y sociales) y comprender como estos contribuyen a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible y sustentable.

Para Medellín se reconocen cuatro entornos: Hogar, educativo, espacio público y laboral.

4.9. Política de Atención Integral en Salud - PAIS

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS-) es orientar el sistema para la generación de mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes, con el fin de alcanzar el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la

promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), de forma tal que se pueda garantizar el derecho a la salud.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015).

El marco de referencia expuesto, plantea un Sistema de Salud, articulado y armonizado con los principios, normas, políticas, procedimientos, financiamiento, controles y demás acciones del Estado para garantizar el acceso integral, conformar el núcleo de su intervención; la política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

4.10. Modelo integral de Atención en Salud (MIAS)

Es el modelo establecido en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en el cual se propone la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, requiere la armonización de objetivos y estrategias del sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo; busca además generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales, lo que exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la

salud, no obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias.

El Modelo Integral de Atención en Salud, trasciende la dimensión técnico instrumental de las acciones en salud, transformándola en medios que propicien la “expansión de la libertad”, fundamento ético de las acciones en salud, donde prima la concepción de la persona como “sujeto con capacidad de gestión de su propia vida”. El modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

4.11. Modelo de Atención Primaria Socio-Sanitaria

Trascender la atención en salud, propone trabajar sobre una visión amplia de salud, bienestar y equidad para la población, centrada en los determinantes sociales de la salud; esta visión amplia de salud y bienestar, exige un trabajo coordinado y transversal del sistema de salud de la ciudad con el resto de sectores sociales, como parte del enfoque de salud en todas las políticas.

Se considera entonces, la estrategia de atención primaria en salud, como una de las herramientas más importantes y es a través de ésta que se plantea entonces el desarrollo de un modelo de atención primaria socio-sanitaria, la cual se entiende como el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención en salud y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención. Es decir se trata de un ámbito en el que interactúan múltiples sectores, distintos niveles asistenciales, y que necesita de una coordinación de los mismos, para construir respuestas integradas y en

equidad a la población, con el propósito de mejorar sus condiciones y calidad de vida.

4.12 Comunicación, Educación y Movilización social para la salud

Comunicación, Educación y Movilización social para la salud, más que una estrategia, es una construcción social permanente, cambiante, que transversaliza todos los hechos de la vida y es un factor determinante para el buen vivir.


La comunicación para la salud, es un proceso estratégico que integra el uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e influir positivamente sobre el buen vivir. La comunicación democratizadora como derecho para informarse y desarrollar capacidades comunicativas conscientes, críticas, reflexivas y respetuosas. La Educación para la Salud como un derecho y una práctica social y cultural que integra factores subjetivos y vivenciales y fortalece las capacidades para la toma de decisiones y el cuidado de sí, del otro y del entorno.

La movilización social, como un conjunto de procesos sinérgicos que promueven las capacidades de acción colectiva para el buen vivir; en el cual confluyen intereses comunes y se materializa en propuestas que generan transformaciones equitativas desde y para lo colectivo.

Tanto la comunicación como la educación y la movilización social para la salud, tienen como objetivo superar el enfoque de cambios comportamentales hacia construcciones más colectivas con las comunidades, más democráticas y más reflexivas que permitan colectivizar y materializar la acción.

La Secretaría de Salud, incluye desde este abordaje conceptual una plataforma de estrategias de Información, Educación, Comunicación y Movilización social (IECMS), desde una perspectiva integral e integradora, orientadas a las construcciones colectivas desde el ser, saber, saber hacer y estar, para fomentar el cuidado de sí, el cuidado del otro y el cuidado del entorno.

5. Metodología para la construcción del plan

The background features a complex, abstract graphic design. It consists of various shades of blue (light, medium, and dark) forming a circular, fan-like pattern that radiates from the top right. The pattern is composed of overlapping, semi-transparent rectangular and trapezoidal shapes, creating a sense of depth and movement. The overall effect is reminiscent of a stylized globe or a network diagram.

5. Metodología para la construcción del plan

Considerando la Resolución 1841 de 2013, donde se reglamentan los procedimientos para la planeación territorial en salud para adaptar el Plan Decenal de Salud Pública, la Secretaría de Salud direccionó y coordinó el proceso de armonización y construcción del Plan Territorial de Salud de Medellín 2016-2019; será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones, por tanto debe adaptarse y armonizarse en los diferentes territorios. Para lograrlo se establecieron dos procesos, basados en la participación activa y la articulación de los sectores, actores y la comunidad misma, en concordancia a lo establecido en el Plan de Desarrollo, los cuales se describen a continuación.

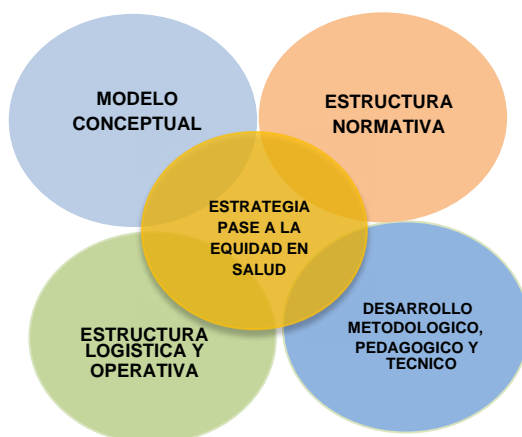
5.1 Estrategia PASE a la Equidad en Salud BIT PASE

Para este proceso se trabajó bajo la metodología BIT-PASE, propuesta por el Ministerio de Protección Social para la adaptación del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- en los territorios, de acuerdo a la Estrategia PASE a la Equidad en Salud.

Esta metodología, plantea una secuencia lógica de los procedimientos, momentos, pasos y actividades que le permiten a los entes avanzar exitosamente en la formulación del Plan territorial de Salud. Permite desarrollar un análisis de Balances, Interacciones y Tensiones entre las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas, la cual, es una herramienta necesaria para lograr una comprensión integral del territorio.

En articulación con las dinámicas y las situaciones de Salud, la estrategia PASE a la equidad en salud, interrelaciona elementos normativos, conceptuales, metodológicos y operativos que se entretujan de manera orgánica para facilitar la aplicación de la metodología BIT PASE y la formulación técnica de Plan Territorial de Salud.

Elementos de la Estrategia a PASE a la Equidad en Salud



Para el desarrollo e implementación de esta metodología en Medellín se siguieron dos procesos, tres momentos y diez pasos establecidos en la Estrategia de PASE a la Equidad en Salud, de igual forma, se tuvo en cuenta los lineamientos y directrices para la formulación del Plan Territorial de Salud a través de la planeación integral de salud, establecido por la resolución 1536 de 2015. Se consideraron además, actividades realizadas en cada año con el fin de construir el marco estratégico de salud para la ciudad con visión de mediano plazo para el logro de metas hasta el año 2021 y que sirva como herramienta para la planificación territorial de los próximos dos cuatrienios. La construcción del Plan de Salud Municipal fue liderada por el equipo técnico de la Secretaría de Salud y coordinada por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Medellín.

Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Procesos, Momentos y Pasos para planeación integral

Primer proceso: Alistamiento Institucional

En este proceso, se definieron los lineamientos técnicos, metodológicos, y operativos; la actividad de alistamiento institucional comprendió la preparación de la entidad territorial en salud para la formulación del Plan Territorial de Salud (PTS). Entre las actividades más importantes desarrolladas se encuentran: la conformación del equipo técnico, elaboración de cronograma de trabajo para formalizar las acciones y/o de planeación y la identificación, caracterización y convocatoria de actores, a fin de lograr su vinculación al proceso de planeación de la ciudad.

Dentro de este, se elaboró y actualizó el Análisis Situacional de Salud (ASIS) de la ciudad de Medellín hasta el año 2014. La importancia de este documento radica en generar la información que el componente técnico y político requiere para los procesos de conducción, gerencia, y toma de decisiones en la planeación eficiente, oportuna y efectiva en el territorio.

Segundo proceso: Ruta lógica para la formulación de planes

Este proceso permitió ofrecer pautas metodológicas, técnicas y operativas; para que los equipos conformados en el proceso de alistamiento institucional a cargo del Plan Territorial de Salud, contaran con herramientas que les permitieran tener una visión integral del territorio, con el fin de comprender las dinámicas y condiciones que determinan la salud para responder a las necesidades territoriales en el proceso de planeación.

Dentro de este proceso se identifican tres momentos, los cuales se desarrollaron en diez pasos:

Momento de Identificación:

En este espacio se realizó un reconocimiento del panorama sobre las condiciones actuales de Medellín en cada una de las dimensiones del desarrollo PASE (Poblacional, Ambiental, Social y Económica), en comparación e interacción del Análisis de la Situación de Salud (ASIS), presente en el territorio en cada una de las dimensiones prioritarias y transversales establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP-. Los pasos en los cuales se desarrolló este momento fueron:

Paso1: Reconocimiento Inicial del territorio y su dinámica demográfica

En este paso, se estructuró un documento donde se desarrolla la descripción general del municipio de Medellín en su geografía, topografía, división político-administrativa, población e infraestructura relacionada con la accesibilidad geográfica. Así mismo, se desarrolló un análisis espacial por medio de mapas, sobre el comportamiento socio-demográfico de la ciudad de Medellín con indicadores relacionados a las dimensiones PASE (Poblacional, Ambiental, Social y Económica).

Para el reconocimiento de las dinámicas básicas se realizó una breve descripción de la realidad de cada una de las dimensiones del desarrollo de

PASE con los componentes identificados asociados según las competencias del municipio.

Paso 2: Reconocimiento de las condiciones básicas de salud

El equipo técnico identificó la situación básica de salud por medio de la descripción de las ocho dimensiones prioritarias y las dos transversales del Plan Decenal de Salud Pública –PDSP- y las competencias en Salud pública del municipio de Medellín. Para la identificación de la situación básica de salud el insumo primordial fue el Análisis de la Situación en Salud –ASIS-, ya que la lectura de este documento, el reconocimiento de las dimensiones del PDSP y las tendencias de los indicadores en el tiempo aportaron elementos para desarrollo del Plan Territorial de Salud.

Por otro lado, se realizó un ejercicio de reconocimiento sobre los efectos que tiene la dinámica demográfica y el desarrollo en los resultados de la salud por cada dimensión, los cuales, requieren ser abordados por el municipio dentro del Plan.

Paso 3: Reconocimiento de las tensiones en salud

Una tensión en salud se define como “el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias y transversales para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población; ésta expresa la forma como se materializan las condiciones y situaciones presentes en el territorio y los determinantes de la salud

La identificación de tensiones es la actividad más importante en el proceso de formulación del Plan Territorial de Salud (PTS) pues de esta, dependerán la construcción de configuraciones territoriales, la visión y el componente estratégico del PTS.

Dicha identificación exige además, el reconocimiento de los factores generadores, de los que las refuerzan, así como de aquellos que las contra-

rrestan y de las implicaciones que tienen en distintas áreas del desarrollo local. La identificación igualmente, facilita y ordena la actividad para la visualizar los determinantes de la salud.

Paso 4: Proyección de tensiones sino se intervienen

Se proyectaron las tensiones y valoraron en cuatro elementos: intensidad, cronicidad, impacto e ingobernabilidad.

Teniendo en cuenta las ocho dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública –PDSP-, fueron identificadas un total de 59 tensiones, alineadas a cada uno de los componentes y áreas de observación de cada una de las dimensiones.

Momento de Comprender

Una vez se reconocieron las tensiones de salud del municipio, fue necesario comprender de forma integral, clara y concisa las condiciones de salud presentes, para desarrollar este momento se desarrollaron cuatro pasos:

Paso 5: Construcción de la configuración actual

Se construyó la configuración actual del municipio de Medellín por medio del análisis especial de las tensiones (racismos, ejes estructurantes y conexiones), la descripción en salud de estos elementos y la metáfora de la realidad de la ciudad.

Paso 6: Identificación de ventajas y oportunidades

Después de identificar las tensiones y situaciones problemáticas del municipio para desarrollo pleno de la salud, se elaboró un documento en donde se identificaron las ventajas y oportunidades que tiene el municipio en dotación de la ciudad, políticas públicas, programas y proyectos, gobernabilidad, reconocimiento y posicionamiento de la ciudad, alianzas estratégicas de la ciudadanía, empoderamiento y educación,

normatividad vigente, sistema de gestión y atención en salud, implementación y ejecución de políticas, tecnologías de información y comunicación, formación, capacitación y gestión del talento humano que pudiesen aprovecharse para resolver eficientemente las situaciones críticas.

Paso 7: Construcción de la configuración deseada

Tomando los productos resultantes de los pasos anteriores, se realizó un análisis prospectivo a través de la identificación de realidades y ejes estructurantes transformados, planteando igualmente, el escenario más favorable de salud para la ciudad.

Paso 8: Transformación esperada de tensiones y priorización para respuesta

En este paso, se transformaron las tensiones identificadas en la ciudad por cada dimensión en propuestas de desarrollo, es decir, se configuró la situación deseada de cada tensión para lograr el mejor escenario de salud estructurado en el paso anterior.

Momento de Respuesta

El Momento de Respuesta define el marco estratégico y el plan de inversiones del Plan Territorial de Salud (PTS), así como los respectivos mecanismos de implementación, monitoreo y evaluación. Para llevar a cabo este momento se siguieron los dos últimos pasos (9 y 10): la construcción del componente estratégico del PTS y la construcción del componente de inversión plurianual del PTS.

Por lo anterior, se definió la visión y las apuestas de salud a corto, mediano y largo plazo, de tal forma que los diferentes actores y sectores puedan confluír hacia la equidad en salud y el desarrollo sostenible y sustentable. Cabe anotar que la información producida durante este Paso (9) es indicativa.

Los insumos para este paso son: I) el producto de los ejercicios realizados durante los momentos anteriores, II) el Marco Fiscal de mediano Plazo, el Plan Financiero Territorial de Salud y III) los resultados de los procesos participativos de planeación estratégica sectorial de largo plazo que se hayan adelantado en el territorio y en ámbitos superiores de gobierno.

Para la formulación del plan se tuvieron en cuenta las dimensiones priorizadas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y otras valoradas por la administración y el sector.

Se establecieron las estrategias que se emplearán en el cuatrienio para el logro de las metas planteadas y se identificaron los mecanismos de articulación con el Plan de Desarrollo Municipal, Departamental y Nacional, en este sentido, se definieron los programas a incluir en el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 teniendo en cuenta los objetivos y funciones misionales de la Secretaria, para cada programa se enuncian los proyectos que desarrollan y contienen los elementos operativos para la ejecución del Plan Territorial de Salud.

Con el fin de realizar monitoreo de las estrategias y el cumplimiento de metas planteadas, se establecieron indicadores de resultado de los componentes y de los programas, teniendo en cuenta como línea de base las tasas de período de los últimos cinco años y proponiendo el impacto esperado, con la consideración de que algunas metas requieren esfuerzos intersectoriales.

Las acciones propuestas en el Plan Territorial de Salud serán desarrolladas desde la estrategia de Atención Primaria en Salud, estas serán ejecutadas con los recursos financieros que recibe la Secretaria de Salud a través del Sistema General de Participaciones, recursos propios y otras fuentes de financiación.

5.2. Proceso de planeación externa del Plan Territorial de Salud: Comunidad, Actores Sectoriales y de otros sectores

En primera instancia, el Consejo Municipal de Seguridad Social asesoró, revisó, acompañó y aprobó la construcción del presente Plan. Este documento será entregado para su inclusión como anexo al plan de Desarrollo Municipal y presentado para su aprobación al Concejo Municipal.

Para la construcción del Plan Territorial de Salud, se contó con la participación, asesoría y validación de diversos actores y sectores de la ciudad. A continuación se describen las actividades realizadas con ellos.

Comunidad

La Secretaría de Salud de Medellín, siendo consciente de la importancia de la participación y la capacidad de decisión de la ciudadanía sobre los asuntos de la ciudad, y teniendo en cuenta que para la actual administración es fundamental propender por el fortalecimiento de la rectoría y garantizar una estructura administrativa competente y comprometida con las necesidades de los diferentes territorios, estableció un cronograma de encuentros con líderes, representantes y habitantes de cada comuna con el fin discutir la situación de salud en la territorio bajo las dimensiones establecidas por el Plan Decenal de Salud y el sueño de ciudad plasmado en el Plan de Desarrollo 2016-2019 para el fortalecimiento del Plan de Acción comunal y la construcción del plan territorial de Salud del Municipio de Medellín.

Estos encuentros con las comunidades buscaban identificar los problemas claves de salud en la Comuna, Identificar las posibles soluciones de los problemas identificados y reconocer los actores involucrados en la resolución de las problemáticas en cada territorio.

Para desarrollar estos encuentros se utilizó la metodología de mesas de diálogo comunitario en los diferentes territorios.; esta metodología consiste en un conversatorio para el intercambio de ideas, enfocadas en las prácticas, experiencias y conocimientos de los participantes, retroalimentando las visiones, de cada uno de los participantes. Este espacio se construye a través del diálogo, del ejercicio de conversar, entendido como el libre intercambio de ideas, visiones, argumentos y opiniones compartidas, contradictorias, conflictivas, provocadoras, novedosas para discutir y deliberar poniendo en común inquietudes que pueden ser afirmadas o relativizadas en un ambiente constructivo por los participantes.

Breve descripción del desarrollo de la actividad

Un servidor público del equipo de trabajo de participación Social en Salud de la Dirección Técnica de Planeación de la Secretaría de Salud ,realizaba la presentación de encuadre de los principales elementos del Plan de Desarrollo Local y el Plan Decenal de Salud Pública y mediante la metodología de mesa de diálogo por cada una de las dimensiones prioritarias del PDSP, trabajo propuesto en equipos, un moderador por cada grupo iba realizando las preguntas orientadoras para la discusión sobre la salud en la comuna frente a la dimensión asignada, luego se unificaban los grupos para realizar la plenaria en donde se validaba la Identificación de problemas y se priorizaron las acciones que estableció cada equipo en su respectiva dimensión.

Mesas de trabajo con actores: Expertos, universidades y actores del sector

Teniendo en cuenta la plataforma normativa vigente y el Plan de Desarrollo Municipal, se hace necesaria la construcción de un modelo de gestión para la Salud en el marco de la intervención articulada de los actores del sistema sobre los determinantes de salud de Medellín, donde se desarrollan acciones pertinentes y estrategias que dan respuesta a las metas de ciudad con el fin de

fortalecer la gestión pública y orientar las acciones a resultados.

Para el logro de este objetivo, se citaron según el rol y en diferentes espacios, a los actores involucrados, estos fueron: EPS contributivas y subsidiadas, ARLs, Clínicas y Hospitales, Universidades y expertos. El tiempo programado para el desarrollo de estas fue de cuatro horas.

La persona delegada de la Secretaría de Salud realizó la presentación del Plan de Desarrollo Local y el Plan Decenal de Salud Pública con un enfoque específico de acuerdo a los actores citados. Posterior a esto, se realizaron preguntas orientadoras para generar por parte de estos actores las propuestas, estrategias y acciones articuladoras con el fin potencializar los recursos de la ciudad.

En cada reunión se realizó plenaria para la identificación de acciones y estrategias propuestas por los asistentes, teniendo en cuenta la amplia experiencia en el sector salud.

Mesa de trabajo con las Empresas Administradoras de Plan de Beneficios EAPB

Una de las responsabilidades de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB- según la Resolución 1536 de 2015 (artículos 7, 14 y 16); es la de concertar con las Entidades Municipales, las metas que a través del Componente Estratégico Operativo (CEO.EA-PB) establecieron basados en el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP-.

Estas metas producto de la caracterización poblacional, produjeron prioridades, las cuales se armonizaron respecto al PDSP: Se ubicaron dentro de una dimensión, un componente, dos metas visión y una estrategia del PDSP, y se definieron tres intervenciones para cada prioridad y tres indicadores programáticos para cada intervención.

La labor de la Secretaría de Salud fue concertar con las EAPB, si las prioridades definidas y armonizadas con el Plan Decenal que ellos eligieron, realmente podían cumplirse o si se consideraba que se debía replantear. Este proceso fue dirigido en dos reuniones por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y los resultados se registraron en actas de reunión y en el aplicativo CEO.EAPB suministrado por el Ministerio de Salud; aplicativo que incluye datos trimestrales de resultado de la consolidación en SISPRO de la información de las intervenciones ordenadas por la Resolución 4505 de 2012.

Durante la concertación se tuvo en cuenta que la línea de base fue la misma del año 2014, y que el Ministerio de Salud, manifestó que se encontraba pendiente la actualización a 2015. Así mismo que algunas EAPB repitieron indicadores o intervenciones más de una vez, dada la cantidad de afiliados que tenían en el municipio y las prioridades seleccionadas.

El resultado de esta concertación se ampliara más adelante.

6. Análisis Situacional de Salud



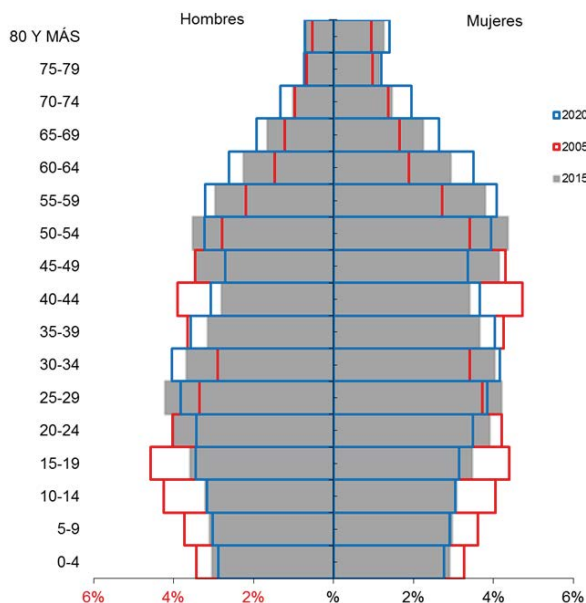
6. Análisis Situacional de Salud

A continuación se presenta un resumen de los aspectos más relevantes del análisis situacional integral de salud en la ciudad de Medellín, esta información se puede ampliar en los informes Análisis Situacional de la Salud (ASIS) de los años 2014 y 2015 de la ciudad, los cuales se construyeron considerando el enfoque territorial, de género, curso de vida y de determinantes de la salud, a partir de la metodología del Ministerio de Salud adaptada por la Secretaria de Salud y utilizando Urban Heart como base para la medición de desigualdades en los territorios, como herramienta básica para la construcción del índice de Ciudad Saludable.

6.1. Aspectos generales de la población y caracterización demográfica

Medellín es la capital del departamento de Antioquia y la segunda ciudad del país en importancia económica. Está localizada al centro occidente del país, a una altura de 1.479 metros sobre el nivel del mar. Localizados en una extensión territorial urbana de 105,02 km² y una extensión rural de 270,42 km². Medellín tiene una temperatura promedio de 24 °C durante todo el año. Topográficamente está constituida por el Valle de Aburrá, rodeada por cordilleras y atravesada por el río Medellín, que la recorre de sur a norte. Desde el punto de vista político-administrativo, la ciudad está conformada por seis zonas: Nororiental, Noroccidental, Centroriental, Centroccidental, Suroriental y Suroccidental; divididas en 21 comunas y 249 barrios. Para el año 2016, el municipio de Medellín cuenta con 2.486.723 habitantes, de los cuales el 98,7% residían en la cabecera y el resto en el área rural. El 47.1% de la población era de sexo masculino y el 52.9% de sexo femenino.

Gráfica 1. Estructura poblacional de Medellín. 2005, 2015 y 2020

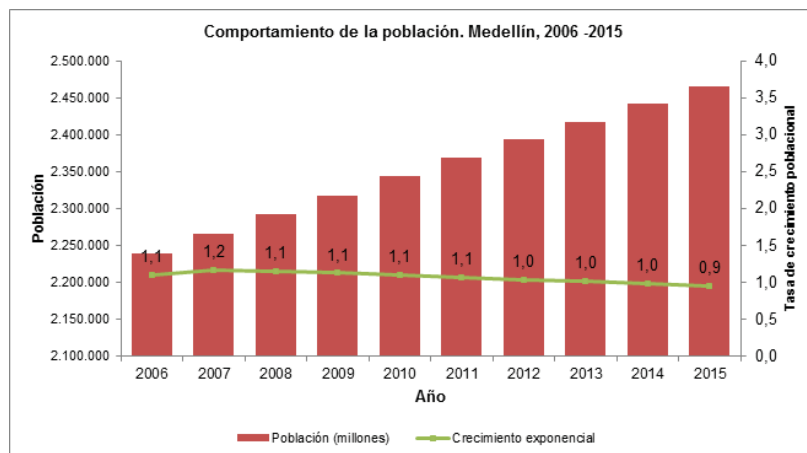


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Según la gráfica relacionada con la estructura poblacional de Medellín 2005, 2015 y 2020, en Medellín se han producido variaciones representativas, durante este período, el grupo de edad de 0 a 19 años ha disminuido drásticamente. El grupo de adultos mayores de 50 ha aumentado representativamente. Al comparar con las proyecciones poblacionales al 2020 se concluye que con el paso del tiempo, la población tiende a envejecer.

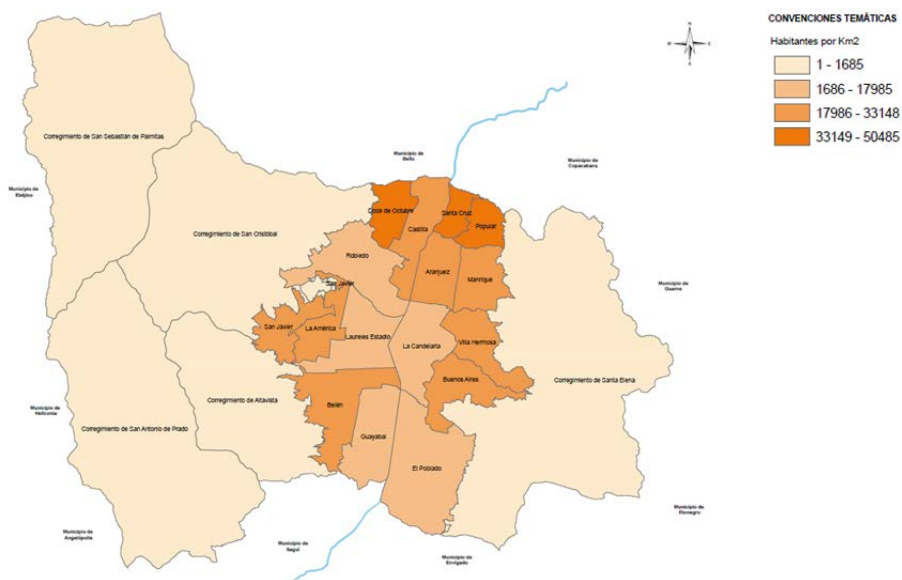
La tasa de crecimiento poblacional tiene una tendencia a la disminución lo que refleja el mejoramiento del nivel desarrollo de la población, tanto económico como social, disminuyendo de igual forma la proporción de pobreza en la población. Esta tasa pasó de 1,76 en el año 2005 a 0,95 en el año 2015.

Gráfica 2. Comportamiento de la población. Medellín, 2006 -2015.



Fuente: Proyecciones de población 2006 – 2015 Convenio DANE – Municipio de Medellín.

Gráfica 3. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado. Medellín, 2015.

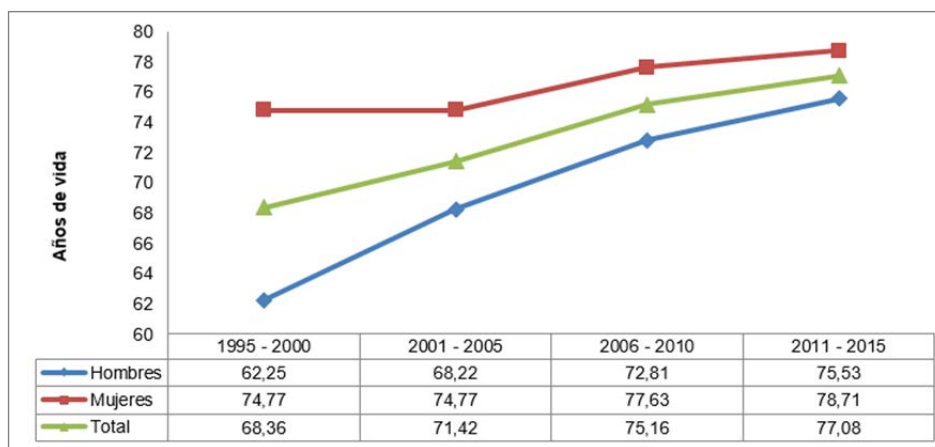


Fuente: Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

El anterior mapa muestra la densidad poblacional por kilómetro cuadrado; en dónde se evidencia que las comunas con mayor densidad poblacional son: Popular, Santa Cruz y Doce de Octubre. Según los datos del DANE, la tasa de natalidad fue de 11,6 nacimientos por mil habitantes. Entre las comunas con mayor tasa de natalidad se encuentran: Popular (17,5), San Javier (16,0) y Villa Hermosa (15,0).

En la siguiente gráfica se muestra la esperanza de vida de la población de Medellín en el año 2015, en dónde se observa un cambio en el patrón registrado respecto de 2005, especialmente en los hombres, quienes tenían una esperanza de vida de 68,2 años, situación que pudo ser influenciada por el aumento de la mortalidad por causas externas en hombres menores de 45 años en la ciudad para ese período. Es así como, en el año 2015, la esperanza de vida de los hombres al nacer se estima en 75,5 años y para las mujeres en 78,7 años, siendo la esperanza de vida de la ciudad de 77,08 años.

Gráfica 4. Esperanza de vida al nacer, Medellín 1995 – 2015.



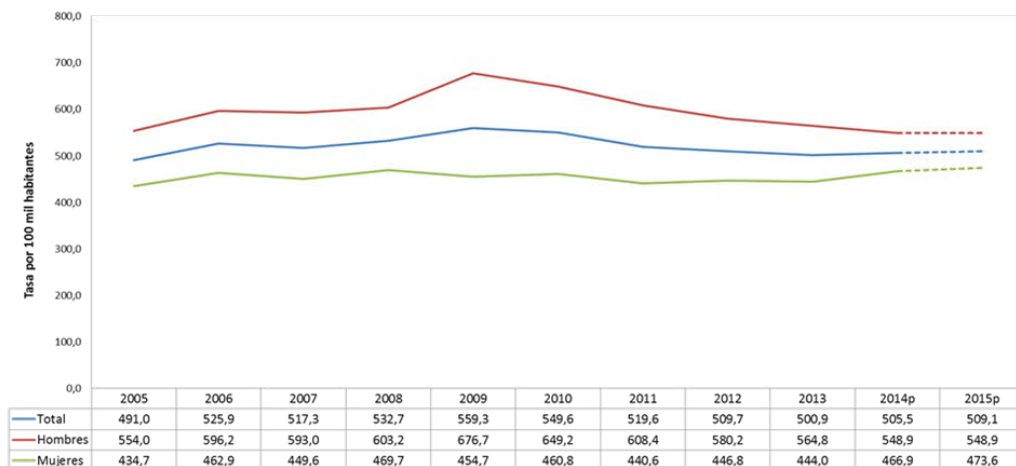
Fuente: Proyecciones de población 2006 – 2015 Convenio DANE – Municipio de Medellín.

6.2 Mortalidad general

La mortalidad es un fenómeno demográfico inevitable, irrepitable e irreversible, y su análisis reviste especial importancia, tanto para la demografía, como para la economía y la salud pública. las tasas de mortalidad general de Medellín en el periodo 2005-2015 se observa una tendencia a la disminución. Las defunciones son mayores en

hombres que en mujeres, en los dos últimos años la tasa de mortalidad masculina se ha mantenido constante, es necesario aclarar que los mayor número de casos se presenta en edades entre 15 a 44 años.

Gráfica 5. Mortalidad general por género. Medellín 2005-2015p.



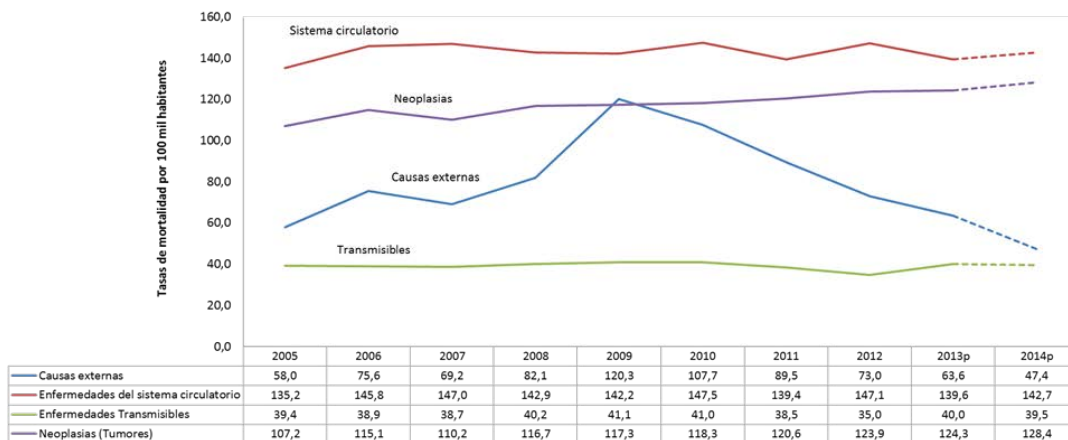
Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento,
Secretaría de Salud de Medellín.

P: Cifras preliminares. 2015 corte 31 de diciembre – publicadas 30 de marzo 2016

En cuanto a las causas de mortalidad, la siguiente gráfica muestra su comportamiento desde el 2005 al 2014. Las causas de mortalidad relacionadas con el sistema circulatorio siguen siendo

las de mayor tasa (142,7 casos por cien mil habitantes), seguido por las neoplasias (128,4 casos por cien mil habitantes).

Gráfica 6. Causas de Mortalidad según Clasificación OPS 6/67. Medellín 2005-2014.

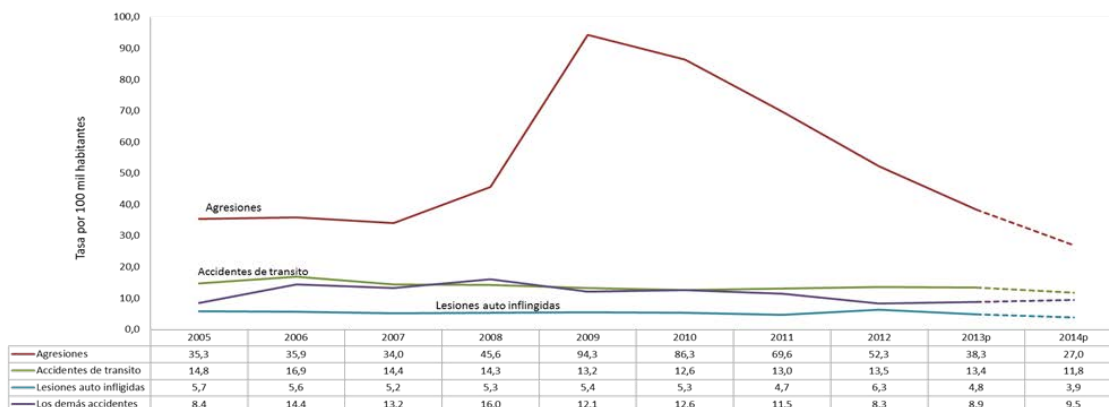


Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento,
Secretaría de Salud de Medellín.

En lo referente a las causas externas de mortalidad, a continuación se muestra el comportamiento de las agresiones, accidentes de tránsito y lesiones auto-inflingidas desde el 2005 al 2014.

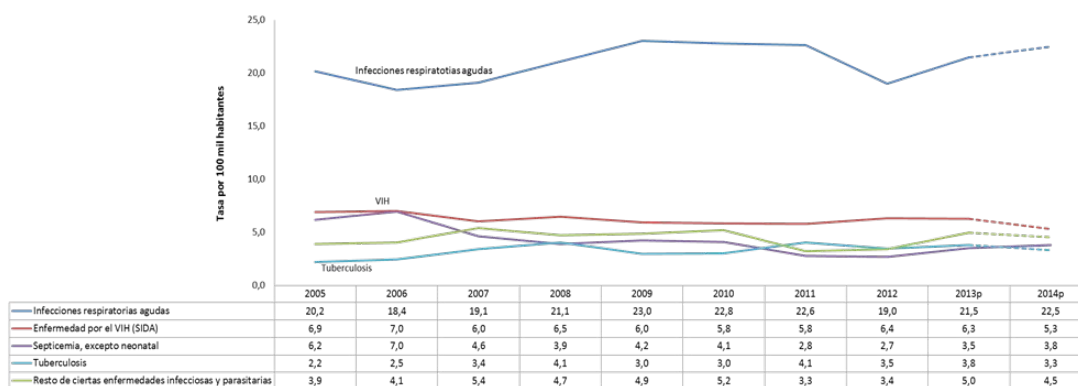
Las agresiones son el grupo de causas con mayor número de casos (658 casos), seguido por accidentes de tránsito con 289 casos.

Gráfica 7. Causas Externas de Mortalidad según Clasificación OPS 6/67. Medellín 2005-2014.



Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfica 8. Causas Externas de Mortalidad según Clasificación OPS 6/67. Medellín 2005-2014.



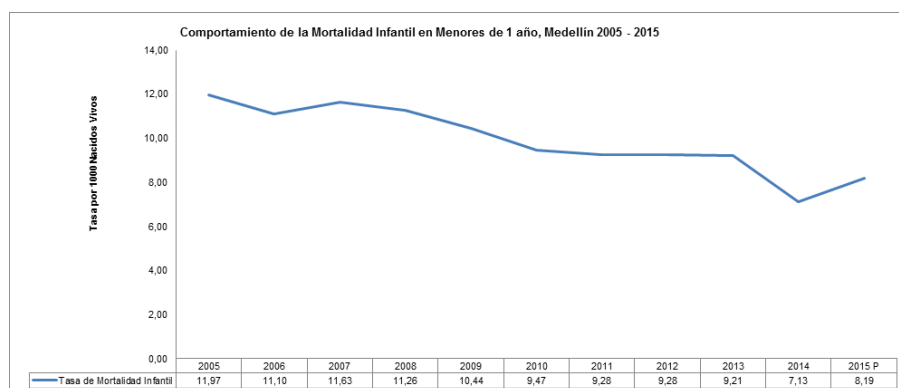
Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Respecto a las causas de mortalidad relacionadas con las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas constituyeron la causa con mayor número de muertes (549 casos), seguido por la Mortalidad por VIH/SIDA con 130 casos.

Mortalidad Infantil

Según los reportes calculados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Secretaría de Salud de Medellín, la tasa de mortalidad infantil para el 2015 fue de 8,2 casos por mil nacidos vivos y en los menores de 5 años fue de 9,5 casos por mil menores de 5 años, mientras que para los menores de 1 año fue de 8.19 casos por mil nacidos vivos para el año 2015

Gráfica 9. Comportamiento Mortalidad Infantil en Menores de 1 año. Colombia, Antioquia y Medellín, 2005-2015p.



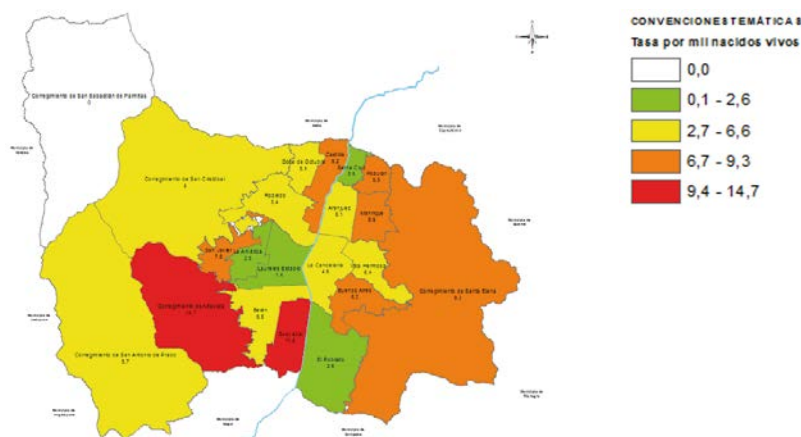
Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

P: Cifras preliminares. 2015 corte 31 de diciembre – publicadas 30 de marzo 2016

Al analizar su distribución por comunas, se encontró que las zonas con mayor de mortalidad en menores de un año en Medellín son: corregi-

miento de Altavista y la comuna 15 (Guayabal). Aspecto que se ve reflejado en el siguiente mapa.

Gráfica 10. Distribución por comunas de la Mortalidad Infantil (menores de un año), Medellín 2014.



Fuente: Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

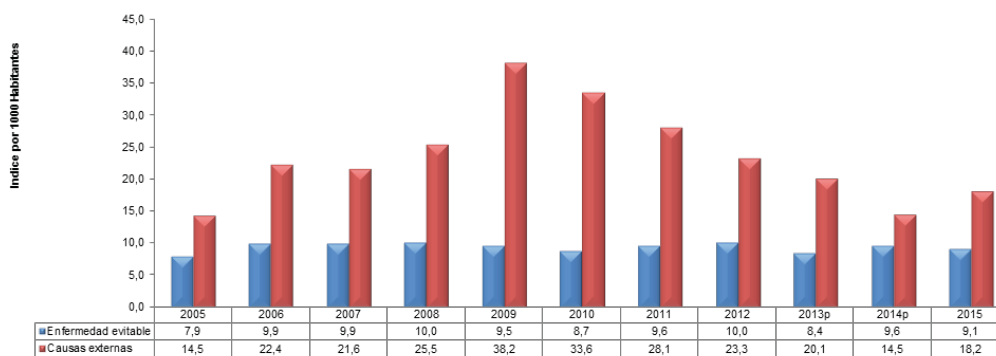
Indicadores Básicos de Salud Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social

Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

Al analizar los Años de Vida potencialmente perdidos, se encontró que para enfermedades evitables se perdían 9,1 años de vida por cada mil

habitantes en el año 2015; mientras que por causas externas la pérdida era de 18,2 años por cada mil habitantes.

Gráfica 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos . Medellín 2005-2015.

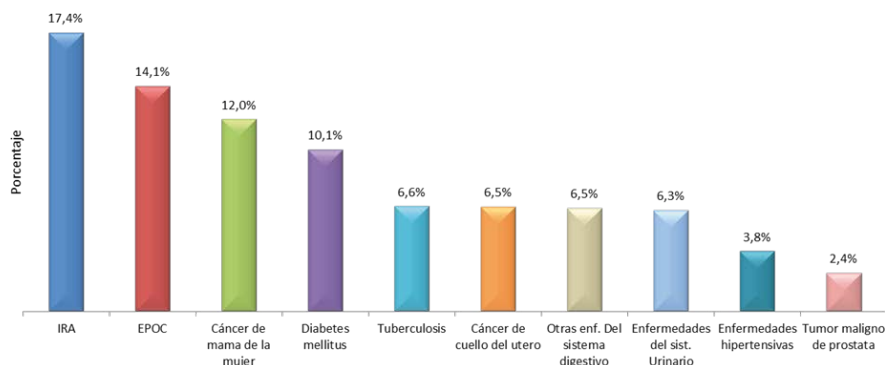


Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

A continuación se muestran las principales enfermedades evitables con mayor carga de AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos). Dentro de estas enfermedades sobresalen:

infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Pulmónar Obstructiva Crónica y Cáncer de Mama.

Gráfica 12. Principales enfermedades evitables con mayor carga de AVPP. Medellín 2005 – 2014.



Fuente: Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

6.3.1 Dimensión salud ambiental

Habitat Saludable

Según la Encuesta de Calidad de Vida; en el 2014, en la ciudad de Medellín de 796.200 hogares encuestado, el 56% habitaba en una vivienda propia, el 35% habitaba una vivienda arrendada, el 7% en usufructo y ocupante de hecho el 1%. Estos datos representan una disminución en la proporción de personas que habitaban vivienda propia en 2013 (53%), mientras que la proporción de personas que habitan en vivienda arrendada se mantuvo sin variaciones.

Por zonas, desde el 2006 la zona Sur-oriental de la ciudad ha sido la que presenta mayor tenencia de vivienda. En efecto, para el 2014 continúa ocupando el primer lugar (68%), en contraste con las zonas Nor-oriental y Centro-oriental que

presentan la menor tenencia (41% y 40%, respectivamente). Por su parte, en las zonas del centro, el porcentaje de arrendamientos es mayor (Centro-occidental 43% y Centro-oriental 42%) y menor en la Sur-oriental (18%). Por NSE, el alto es el que ostenta el mayor porcentaje de vivienda propia (63%), mientras que para los niveles bajo y medio, la proporción de viviendas arrendadas (35% bajo, 38% medio) y familiares (22% bajo, 19% medio) es similar.

De las 791.467 viviendas en el Municipio de Medellín se reportó que el 73,3% eran apartamentos y el 25,9 eran casas. En un muy bajo porcentaje los medellinenses vivían en una casa tipo rancho (0,1%) o en un cuarto (0,5%). El poblado es la comuna en la que más personas residen en una vivienda tipo apartamento (92,5%), seguido por La Candelaria (85%) y Laureles-Estadio (84,4%). El mayor porcentaje de viviendas tipo rancho o tugurio se localizaron

en Popular (0,4%) y Manrique (0,2%). En total la ciudad presentó para 2014 menos del 1% de hacinamiento, es decir menos de ese porcentaje de viviendas fueron habitadas por más de 3 personas por cuarto.

De las 791.467 viviendas en el Municipio de Medellín, el 99,9% cuenta con servicios de energía, acueducto, alcantarillado y recolección de basuras. De acuerdo a la fuente de agua, se observó que el acceso a agua potable, por medio de la empresa prestadora de servicios públicos o de acueductos veredales, es inferior en la zona rural de la ciudad que en la zona urbana. Sin embargo cuatro comunas de la ciudad (Popular, Manrique, Aranjuez y Villa Hermosa) tuvieron un porcentaje iguales superiores de hogares sin

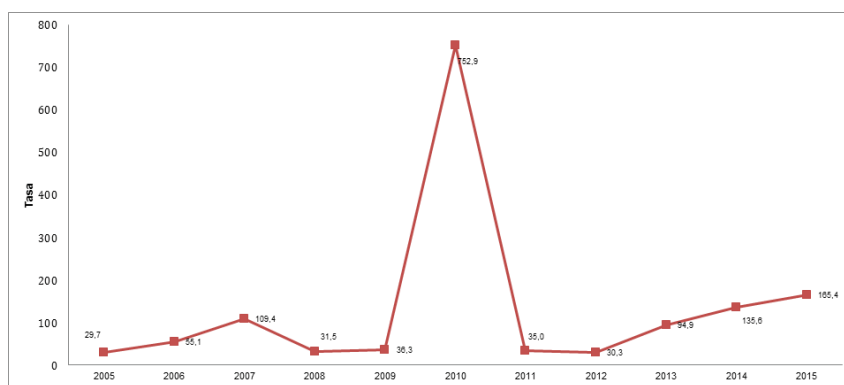
acceso a una fuente de agua potable para consumo humano que las que se reportaron en algunos de los corregimientos.

Situación de salud en relación con condiciones ambientales

Dengue

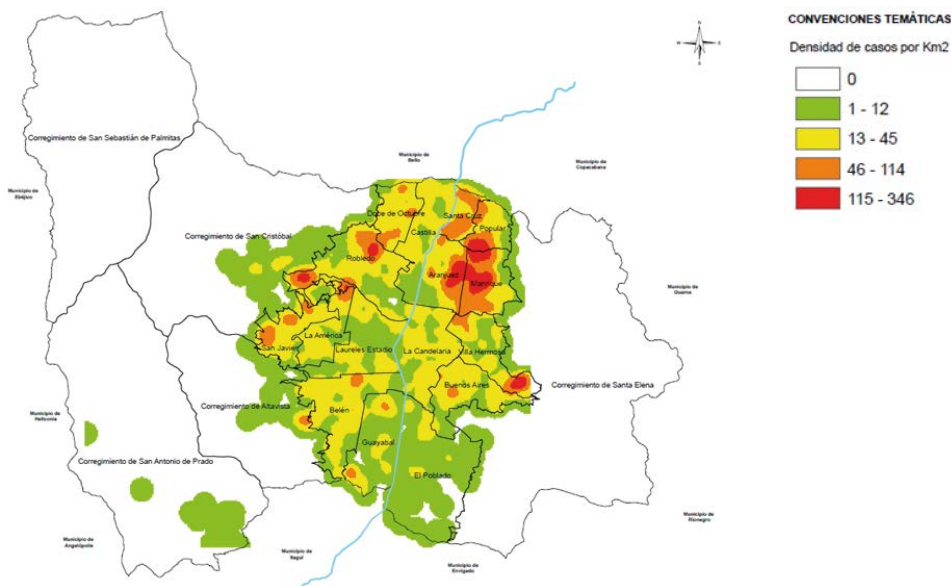
Entre el período comprendido entre el 2012 al 2015 los casos de dengue han ido en aumento. La tasa en el 2015 fue de 165,4 por cien mil habitantes, que representa 4.077 casos. Las comunas en donde se presentaron más casos fueron: Villa Hermosa (907 casos), Aranjuez (387 casos) y Manrique (333 casos). En cuanto a la mortalidad por dengue se reportó 0,1 casos por 100.000 habitantes que equivalen a 3 casos.

Gráfica 13. Incidencia Dengue, Medellín 2005 – 2015



Fuente: Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfica 14. Densidad de Casos de Dengue por Km²



Fuente: Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

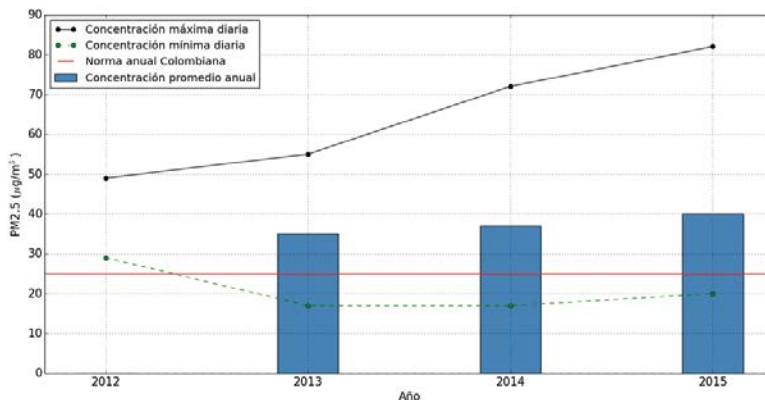
Medio ambiente saludables

Calidad del aire

En Medellín se tienen principalmente dos estaciones de monitoreo de calidad del aire una

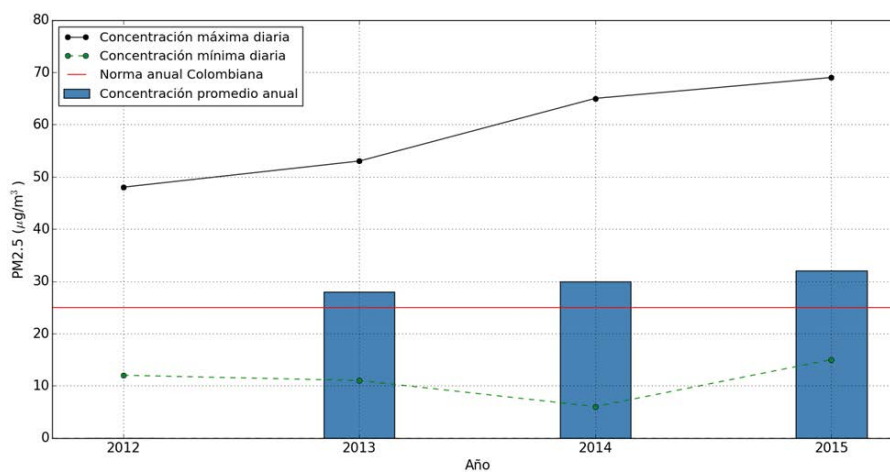
llamada MED-MANT Estación Museo de Antioquia y la otra MED-UNNV la Estación Universidad Nacional Núcleo El Volador, los resultados se muestran en las siguientes gráficas.

Gráfica 15. Resultados calidad del Aire según la Estación Museo de Antioquia (MED-MANT) 2015



Fuente: Universidad Nacional

Gráfica 16. Resultados Calidad del Aire Según la Estación Universidad Nacional Núcleo El Volador. (MED-UNNV) 2015



Fuente: Universidad Nacional

Según la anterior gráfica, la concentración promedio de PM2.5, obtenida en la estación MED-MANT, para el año 2015 fue de 39,7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Y para MED-UNNV fue de 32,1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ las cuales superan la norma anual colombiana para PM2.5 igual a 25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ definida en la Resolución 610 de 2010 del MAVDT (actual MADS). Por otra parte, las concentraciones diarias máximas registradas en las estaciones - MED-MANT de 82,3 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ y en MED-UNNV igual a 69,4 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ durante el año, permiten concluir que se superó la norma diaria colombiana (50,0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) para PM2.5 en ambas estaciones.

Calidad del agua

Según el informe mensual del Índice de Riesgo de Calidad del Agua en los Acueductos urbanos y rurales durante el 2015 se reportó un promedio de 2,1 en el Municipio de Medellín, que equivale a no tener riesgo para el consumo humano. Sin embargo, se encontraron zonas como en el corregimiento de Santa Elena y Altavista en donde el agua no es apta para el consumo humano.

6.3.2 Vida saludable y condiciones no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles son consideradas como la epidemia del siglo XXI y son enfermedades de larga gestación (entre 20 a 30 años), sus principales causas son hábitos no saludables: alimentación desequilibrada, inactividad física, falta de rutinas de higiene de sueño, bajo control del estrés y abuso de drogas lícitas e ilícitas. de igual manera, los cambios en los perfiles demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos han incrementado la migración urbana y el tamaño de las poblaciones, exponiendo a los habitantes a cambios en las condiciones y estilos de vida, que aumentan el riesgo para estas patologías. Dentro de dicho grupo se encuentran la obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemia, cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, trastornos neuropsiquiátricos y lesiones músculo-esqueléticas (osteoporosis, tendinitis y lumbago, entre otras).

En el caso de las cinco primeras causas de atención en consulta externa en la ciudad para 2015, la hipertensión arterial continuó como la causa más frecuente, pero con una mayor participación dentro de las consultas realizadas, el segundo puesto fue ocupado por síntomas, signos y hallazgos anormales no especificados. Por su parte, los trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén fueron la tercera causa más frecuente.

Modos, condiciones y estilos de vida saludables

Para analizar la situación de esta problemática en la ciudad es importante tener en cuenta las prioridades que la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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. Así mismo prioriza como principales enfermedades crónicas las que tienen la mayor carga de morbimortalidad a nivel mundial como lo son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes e hipertensión. A continuación se describen la situación de las principales factores de riesgo teniendo en cuenta la encuesta STEPwise 2015.

Consumo de tabaco

Para el 2015 se encontró una prevalencia de 18,2% en el consumo de tabaco y una edad promedio de inicio de consumo de 16 años. Del grupo de fumadores el 84,7% dijeron fumar diariamente.

Consumo de alcohol

En Medellín en el año 2015, evidenció que el 68,09% de las personas con rango de edad entre 13 a 18 años son consumidores de bebidas alcohólicas; de este grupo el 11,2% se excedió en el consumo en la última semana.

Alimentación saludable

Referente al consumo diario de frutas, se encontró en la encuesta que la población alrededor de 3,9 días a la semana consume frutas y en promedio una porción por día, con diferencias por sexo, edad y zona. Hubo mayor consumo en mujeres, personas de mayor edad y residentes en zona urbana.

Actividad física

En Medellín, la mitad de las personas dedican una hora o menos a la realización de cualquier tipo de actividad física en el día

Sobrepeso y obesidad

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad se evalúan por lo general mediante el índice de masa corporal (IMC), variable determinada por el peso y la estatura que guarda estrecha relación con el contenido de grasa del organismo. Según los criterios de la OMS, existe sobrepeso a partir de 25 kg/m², y obesidad a partir de 30 kg/m². Estos valores del IMC constituyen los puntos de referencia habituales para la evaluación, y fueron los utilizados en la encuesta STEP, según lo anterior, se encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 55,6%.

6.3.3 Indicadores condiciones crónicas prevalentes

Mortalidad por Enfermedad Renal Crónica

Desde el año 2008, la mortalidad por Enfermedad Renal Crónica ha presentado una disminución paulatina pero progresiva (14,2 por cien mil habitantes para el 2008 a 11,2 para el año 2014). Se ha logrado disminuir los Años de vida potencialmente perdidos de 1,1 a 0,9.

Mortalidad por Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

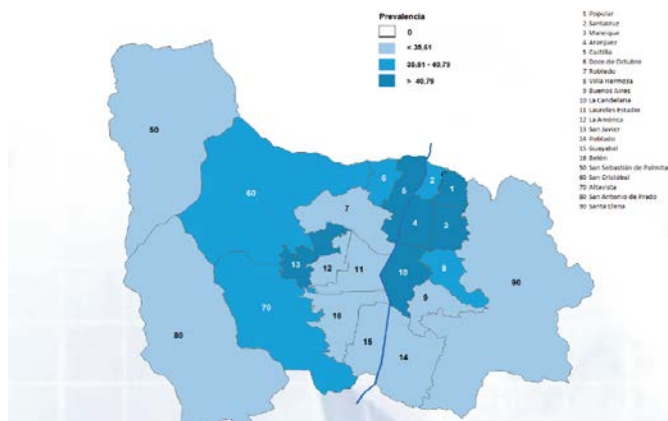
La mortalidad por Enfermedad Pulmónar Obstructiva Crónica (EPOC) ha presentado un descenso desde 2005, con un registro de 28.6 casos por 100mil habitantes en 2005 a 22,3 en 2014. En cuanto a los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), la ciudad ha registrado un comportamiento similar entre 2005-2014, con aproximadamente 1 AVPP a causa de EPOC por cada mil habitantes.

Enfermedades Cardiovasculares

En Medellín, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha presentado una tendencia estable los últimos 5 años; tanto para enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón y cerebrovascular; las cuales son las enfermedades cardiovasculares más representativas en morbilidad y mortalidad. En este periodo, se mantuvo la enfermedad isquémica del

corazón como la enfermedad cardiovascular con la tasa de mortalidad más elevada, presentándose variaciones sutiles que oscilan entre 52,9 (año 2005) a 47,2 (año 2014) defunciones por 100 mil habitantes. Respecto a los años de vida potencialmente perdidos por enfermedades cardiovasculares, durante el período 2005-2014, se presentó una tendencia estable tanto por la enfermedad isquémica del corazón como por la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades hipertensivas. Durante este mismo período, la enfermedad isquémica del corazón superó significativamente el número de años potencialmente perdidos, respecto a la enfermedad cerebrovascular y a las enfermedades hipertensivas. Para el año 2014, los AVPP por la enfermedad isquémica del corazón fue de 4,3 años por mil habitantes, por enfermedad cerebrovascular fue de 2,2 años por mil habitantes y por enfermedades hipertensivas, fue de 0.6 años por mil habitantes. A continuación se muestra la distribución de riesgo cardiovascular alto por comuna. Según este mapa, las comunas con mayor prevalencia son: Castilla, Aranjuez, Popular, Manrique, La Candelaria y San Javier.

Gráfica 17. Distribución Riesgo Cardiovascular alto por comuna



Fuente: estudio relación Factores de Riesgo Cardiovascular y Salud Mental.

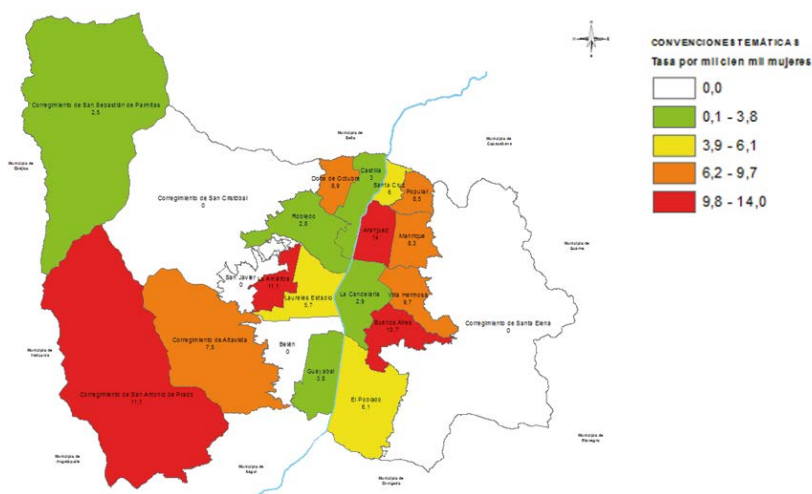
Cáncer de Cuello Uterino

Según datos del DANE, el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y Globocan (Sistema de Registro en Cáncer de la OMS), cada año se diagnostican aproximadamente 6.800 mujeres con cáncer cervico uterino en Colombia y mueren poco más de 3.200., esta enfermedad es una de las principales causas de mortalidad por cáncer en las mujeres a nivel mundial, razón por la cual fue incluida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como un tema de alta prioridad.

En el municipio de Medellín en el año 2005, se registró una tasa ajustada por edad de 6.10 muertes por cada 100 mil mujeres, registrando una tendencia a la disminución alcanzando en el 2014 una tasa ajustada 4,6 por 100 mil mujeres, cumpliendo así, antes de tiempo la meta establecida de 5,5 por 100.000 mujeres para el año 2021.

Se ha evidenciado una relación entre la mortalidad por esta causa y las condiciones de calidad de vida en Medellín, siendo mucho mayor en las comunas donde se presentan las condiciones de vida más desfavorables.

Gráfica 18. Distribución por comunas de la Mortalidad por cáncer de cuello uterino



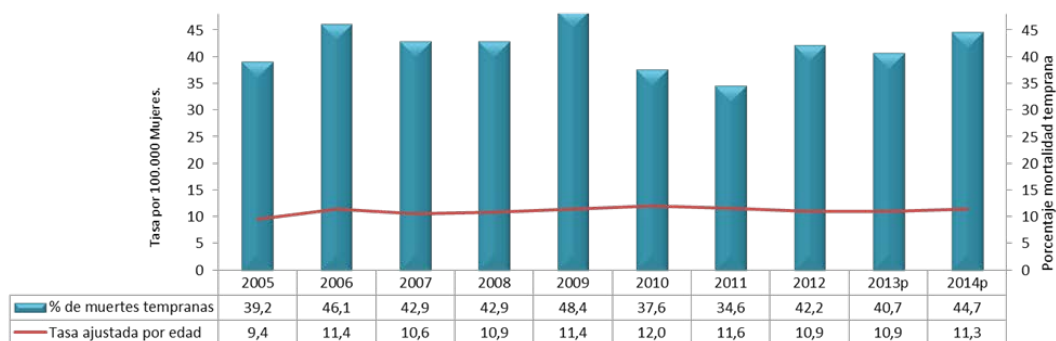
Fuente: Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Cáncer de Mama

Para el año 2014, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en Medellín fue de 11,3 por 100.000 mujeres lo que podría confirmar la tendencia hacia el incremento de la mortalidad

por esta causa; situación que es el resultado de muchos factores entre los que se cuentan como los más importantes, la educación para la identificación temprana y el reconocimiento de señales de peligro y el acceso a los servicios de tamización y diagnóstico temprano.

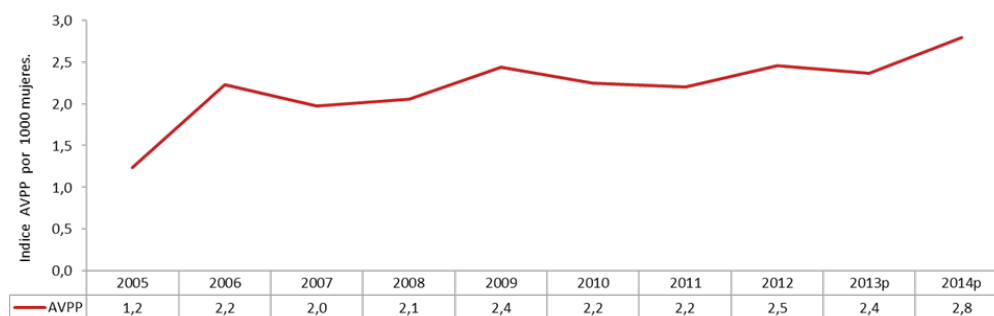
Gráfica 19. Mortalidad Total y prematura por cáncer de mama. Medellín, 2005 – 2014.



Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

P: Datos preliminares, 2014 con corte a 31 de enero de 2015.

Gráfica 20. Años de vida potencialmente perdidos por cáncer de mama. Medellín, 2005 – 2014.



Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

P: Datos preliminares, 2014 con corte a 31 de enero de 2015.

Cáncer de próstata

Durante el año 2014, la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de próstata fue de 11,6 por 100.000, resultado que evidencia un comportamiento estable en la tasa comparado con la de los años anteriores; reviste importancia el hecho de identificar varias comunas de la ciudad que superan la tasa local, situación que evidencia la trascendencia del cáncer de próstata en su población.

Cáncer Digestivo

En la ciudad de Medellín, la mortalidad por cáncer de estómago es la primera causa de muerte por cáncer, seguido por el de pulmón, próstata, mama y cérvix, desde el año 2005, la tasa ajustada de mortalidad por esta causa se ha mantenido en promedio de 16 casos por cada cien mil habitantes, siendo el año 2006 el año con la mayor tasa (17,6) y el año 2014 el de menor tasa de mortalidad (15,1).

Cáncer de Pulmón

En la ciudad de Medellín, la mortalidad por cáncer de pulmón es la segunda causa de muerte. Desde el año 2005 la tasa ajustada de mortalidad por esta causa, se ha mantenido en promedio de 15 casos por cada cien mil habitantes, siendo el año 2014, el año con la mayor tasa (15,5) y el año 2005 el de menor tasa de mortalidad (13,9).

Discapacidad

Según registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, del Ministerio de Salud y Protección Social, en Medellín se encontraron 55.109 personas con alguna discapacidad; 51% eran hombres y el 49% mujeres. El 51% de esta población es mayor de 50 años. Entre las causas más importantes que se relacionaron con

la discapacidad se encontraron: accidente de tránsito (13,3%) y Alteraciones genéticas hereditarias (10,1%). Dentro de las deficiencias en funciones y estructuras corporales el mayor porcentaje las más frecuentes son las relacionadas con las alteraciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento, seguida de las discapacidades mentales y sensoriales, estas tres representan el 75% de la población discapacitada encuestada.

Salud bucal

Los dos principales diagnósticos reportados en consultas odontológicas en el 2015 fueron: caries dental (28,28%) y gingivitis y enfermedades periodontales (26,79%). Las mujeres representaron el 57,46% del total general.

6.3.4 Convivencia social y salud mental

Consumo de sustancias psicoactivas

Según informe de SUISPA para el 2014, La prevalencia de vida, muestra las personas que han consumido drogas en algún momento de su vida alguna de estas sustancias. El municipio de Medellín presenta la condición de estar por encima del nivel de consumo nacional tanto para las sustancias legales de alcohol 87.5% y tabaco 52.6%, así como de las sustancias ilegales. La prevalencia de vida, muestra las personas que han consumido en algún momento de su vida alguna de estas sustancias. El municipio de Medellín presenta mayor prevalencia de vida que el país en el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, bazuco, tranquilizantes, estimulantes, heroína, éxtasis y en general de cualquier sustancia legal, ilegal o de uso indebido. La sustancia ilícita de mayor uso en población escolar en el país y en el municipio de Medellín es la marihuana. En el municipio, el consumo de mari-

huana tiene una prevalencia de vida de 16% mientras que el consolidado nacional presenta un 7,0%, lo que indica un consumo superior de Marihuana en el municipio de Medellín de 2.28%.

Respecto a la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales, alcohol y cigarrillo, el municipio de Medellín se ubica por encima del consolidado nacional, con una prevalencia de vida de consumo de alcohol de 74.3 % y de tabaco de 34,4% en relación al consolidado nacional que presenta consumos de 63,4% y 24,3% respectivamente, hecho que llama la atención si se tiene en cuenta la población que reporta dichos consumos.

El promedio de edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas, es un indicador que permite conocer cómo evoluciona el consumo en las comunidades, es decir, las tendencias entre las diferentes poblaciones y grupos étnico para probar o consumir “socialmente” una sustancia, a continuación se presentan los resultados correspondientes al municipio de Medellín a partir del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008 en población general y el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población Escolar Colombia 2011.

La sustancia que presenta los consumos a edades más tempranas es el tabaco, tanto a nivel Nacional 16,9 como en el municipio de Medellín 16,4 años. En términos de edad, en el municipio de Medellín, se están iniciando consumos de sustancias legales de cigarrillo y alcohol, así como de la sustancia ilegal marihuana, a los 17 años y medio; muy similar al consolidado Nacional la edad de inicio de alcohol y de marihuana. Sin embargo se observa que en los estimulantes la edad de inicio es muy inferior a la edad nacional 20 años para Colombia contrario a 17 años en Medellín.

Con relación al bazuco, el municipio de Medellín presenta edad de 21.3 más tardía que en el consolidado Nacional 19,9. A la edad de 18 años, los medellinenses inician el consumo de éxtasis un año menos que la edad promedio nacional. El contraste de la muestra permite deducir que las personas del municipio de Medellín, están iniciando a edades más precoces los consumos de las sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, con relación a la edad promedio nacional, exceptuando cocaína, bazuco y heroína. Sin embargo el estudio de Caracterización de primer consumo de sustancias Psicoactivas encontró edades de inicio de consumo más tempranas en la comuna 2 de Medellín y específicamente en los barrios de Santa Cruz y la Isla, para las sustancias de Alcohol, Tabaco, Marihuana, Cocaína.

Las sustancias que presentan los consumos a edades más tempranas en el municipio de Medellín y a nivel nacional son: estimulantes, tabaco, alcohol, solventes y energizantes, con edad de inicio de 12 años. Por su parte el consumo de popper, dick, tranquilizantes y alucinógenos, presenta edad de inicio de 13 años. Las sustancias ilegales bazuco, marihuana y éxtasis presentan edad de inicio de 14 años, tanto en el municipio de Medellín como en el consolidado nacional. Con relación a la cocaína, tanto el municipio de Medellín como el consolidado nacional presentan edad de inicio de 14 años. Finalmente la edad de inicio para el consumo de heroína en el municipio de Medellín es de 13.9 años, similar a el consolidado nacional, que presenta edad de inicio de 13,8 años.

Mortalidad por homicidios

Las tasas de homicidio en Medellín, muestran un descenso importante desde el año 2011; convirtiéndose en una de las ciudades de Colombia con descensos importantes en lo que respecta a este flagelo.

En el año 2011, había una tasa de 69,6 homicidios por cada cien mil habitantes, para un total de 1.649 casos. La reducción ha sido significativa en los últimos años; en el 2015 la tasa fue de 20,1 por cien mil habitantes.

Mortalidad por Suicidios

En la última década Medellín ha presentado tasas de mortalidad por suicidio superior a la tasa promedio del país y similares a las de Antioquia, teniendo en cuenta que el 40% de los casos de Antioquia los aportan las estadísticas de Medellín. Para el año 2015, la tasa de suicidios fue de 5,9 por cien mil habitantes.

Mortalidad por Accidentes de Transporte

El año 2015 se registraron 271 casos de muertes por accidente de transporte que representó 11,0 casos por 100.000 habitantes.

6.3.5 Seguridad alimentaria y nutricional

Disponibilidad de los alimentos

De acuerdo con el Plan de Abastecimiento y distribución de alimentos de Medellín - PADAM año 2010, para el año 2013 se requerían en total 1.989.734,4 toneladas de alimentos para cubrir las demandas recomendadas de canasta básica de los habitantes de la ciudad (según proyección poblacional).

Para el año 2012 se realizó una investigación sobre disponibilidad y consumo de alimentos en tiendas escolares de Medellín (Alimentación en las tiendas escolares de Medellín en 2012, dispo-

nibilidad y consumo de alimentos – Secretaría de Salud). En la cual la población escolar dispone de una oferta alimentaria basada principalmente en alimentos de alta densidad calórica, ricos en grasas y azúcares con alto contenido de sodio, bajo aporte de nutrientes, contribuyendo al incremento de factores predisponentes a problemas de sobrepeso, obesidad, enfermedades no transmisibles a más corta edad. La oferta de fruta es considerablemente menor de acuerdo a lo evidenciado en las 169 instituciones educativas que se visitaron.

Según el perfil alimentario y Nutricional de Medellín y sus corregimientos del año 2015, el 46,4% de los hogares se encuentran con seguridad alimentaria y 53,6% de los hogares se encuentran en inseguridad alimentaria, distribuida así: leve 26,8%, moderada 15,4% y severa 11,4%

La encuesta de calidad de vida de Medellín indaga sobre seguridad alimentaria a partir de 15 preguntas; 53% de los hogares de Medellín reportaron algún problema relacionado con la seguridad alimentaria durante el mes anterior a la visita domiciliaria. Si todas las comunas/corregimientos experimentasen las condiciones de salud urbana de El poblado, se esperaría una reducción de 69,7 casos por cada mil en toda la ciudad, lo cual implica una reducción relativa de 83,6%. El índice de concentración de casos de seguridad alimentaria por comunas/corregimientos ordenadas por el índice de salud urbana es de -0,191.

Consumo y aprovechamiento biológico

Los datos que se presentan a continuación fueron tomados del sistema de Seguimiento Nutricional Infantil (SENIN)

Desnutrición global (Peso/Estatura)

El porcentaje de niños y niñas menores de seis años que asistieron al programa de crecimiento y desarrollo y que presentaron desnutrición global por el indicador peso para la edad en el año 2015 fue de 3,3%, porcentaje igual al presentado el año anterior. El mayor porcentaje de desnutrición global se encuentra ubicado en el rango de edad que va de los 0 a los <2 años de edad (3,5%).

El indicador de riesgo bajo para la edad ,se encuentra en un 15,8%, en donde los niños son los que mayor porcentaje presentan, y la mayor población de niños y niñas con riesgo se ubican en el rango de edad que va de los 2 a los 5 años de edad. En este indicador tanto para desnutrición como para riesgo la mayor prevalencia se presenta en la población de género masculino.

Desnutrición crónica (Talla/Estatura)

En relación al indicador estatura para la edad de desnutrición crónica, se observa que en el año 2015 para los niños y niñas que asistieron al programa de crecimiento y desarrollo, se presentó desnutrición crónica en el 7,3% del total de la población reportada, un 0,3% menos que en el año 2014. Entre los niños y las niñas menores de dos años se observa la mayor prevalencia con un 8%, 0,9% más que el rango que va de 2 a 5 años y 2,6% más que el rango que va de >5 a <6 años de edad.

En relación al riesgo de estatura baja para la edad, este se presentó en un 22,3%, 0,5% menos que en el año anterior, de toda la población reportada el 23,8% de los niños y niñas que se encuentran en el rango que va de 2 a 5 se clasifican en

esta condición, siendo la población con el mayor número de casos. El riesgo se presenta especialmente en la población de género masculino.

Desnutrición aguda (Peso/Talla)

En el año 2015 para los niños y niñas que asistieron al programa de crecimiento y desarrollo, en relación al indicador de peso para la talla de desnutrición aguda, se presentó una prevalencia de 2,0% en el total de la población reportada, 0,2% menos que en el año 2014.

En cuanto al análisis de los datos se puede evidenciar que el mayor número de casos con desnutrición se encuentra en la población que va de 0 a <2 años con un 2,4% del total de la población, el género más afectado en cuanto a esta desnutrición es el masculino con un 2,1% de prevalencia. En relación al riesgo de peso bajo para la estatura este se presentó en un 10,3%, aumentando en 0,2% más que el año anterior. Tanto el riesgo como la desnutrición, el rango más afectado es aquel que va de los 0 a los <2 años de edad.

Sobrepeso (Peso/Talla)

En relación al indicador peso para la talla, se observa que en el año 2015 para los niños y niñas que asistieron al programa de crecimiento y desarrollo, se presentó sobrepeso en el 15,5% del total de la población reportada 0,1% más que en el año 2014, siendo mayor en el rango de edad que va de los 0 a <2 años de edad, en esta población se presenta en un 16,7%, 1,2% más que en el rango que va de los 2 a los 5 años de edad. Esta condición nutricional se presenta especialmente en los niños.

Obesidad (Peso/Talla)

En el año 2015 para los niños y niñas que asistieron al programa de crecimiento y desarrollo, se presentó en relación al indicador peso para la talla un 4,7% de niños y niñas con obesidad, aumentando en 0,1% en relación con el año anterior, en el grupo de edad donde más se presenta esta condición nutricional es en el rango que va de 0 a <2 años de edad. Presentándose especialmente en los niños, en los dos rangos de edad (0 a <2 años y 2 a 5 años de edad).

Bajo Peso Al nacer

La proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer total al 2014 fue del 10,2%. Al analizar de este grupo los de bajo peso al nacer a término (37 semanas o más de gestación) se encontró un 3,9% de los nacidos vivos, dicha proporción se ha mantenido, presentando una cifra de 3,9% en todo el periodo. Sin embargo, el comportamiento de este evento al interior de las comunas ha presentado variaciones importantes.

Las comunas en donde se presentó este evento en mayor proporción fueron: Altavista (6,6%), Manrique (4,7%), Villa hermosa (4,7%), Popular (4,5%) y San Antonio de Prado (4,1%).

Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

Durante el año 2014 no se presentaron defunciones por desnutrición en menores de cinco años.

6.3.6 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

La salud sexual y reproductiva 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, los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a información, con los índices de pobreza y en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital.

Embarazo

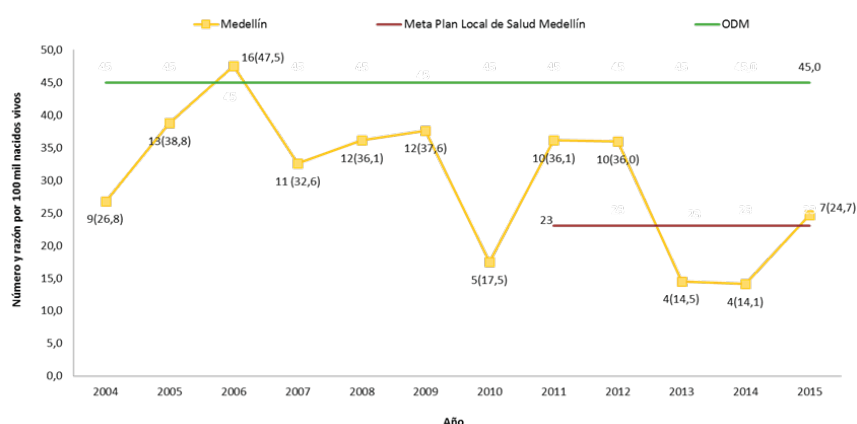
Para el 2014, el total de embarazos fue de 31.986. Al discriminar por grupo de edad se encontró que hubo 276 (0,86%) embarazos en mujeres de 10 a 14 años y 6.346 (19,8%) en mujeres de 15 a 19. El ingreso al programa de control prenatal es cada vez más temprano y el promedio de mujeres que asisten a 4 o más controles prenatales ha oscilado entre 75,5% al 93,8% desde 2005 al 2014. Al analizar la tasa de fecundidad específica en las mujeres de 10 a 19 años desde el año 2005 al 2014 se encontró una disminución significativa; en el 2005 la tasa era de 40,8 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil, mientras que en el 2014, la tasa fue de 36,1 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil. Al especificar la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, se encon-

tró una tasa de 3 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil; esta tasa se mantuvo en los años 2013 y 2014. En la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años para el 2014 fue de 65,4 nacimientos por mil mujeres en edad fértil; al evaluar el comportamiento desde el 2005 (75,06 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil) se ha evidenciado una disminución significativa.

Mortalidad y Morbilidad materna extrema

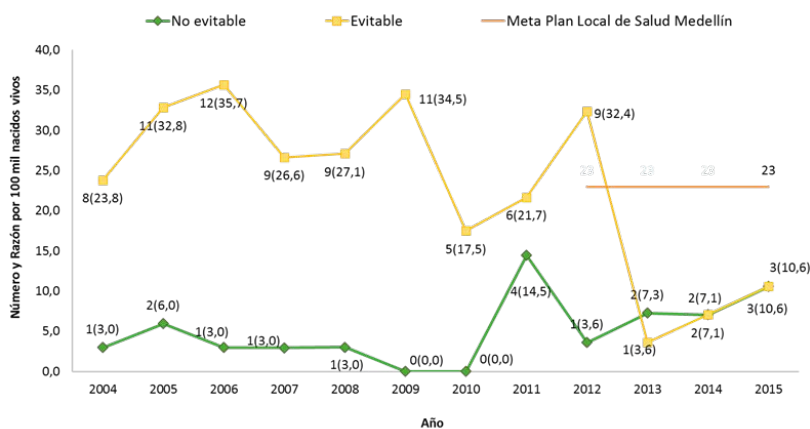
El dato preliminar para el 2015 de Mortalidad Materna fue de 24,8 casos por mil nacidos vivos, que correspondió a 7 casos. En la siguientes gráficas se especifica número y razón de mortalidad materna en Medellín, comparada con la situación de Colombia y lo propuesto por los ODM y la tendencia de la mortalidad materna según evitabilidad.

Gráfica 21. Razón de mortalidad materna. Medellín, 2004 – 2015.



Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfica 22. Tendencia de la mortalidad materna según evitabilidad. Medellín, 2004 – 2015

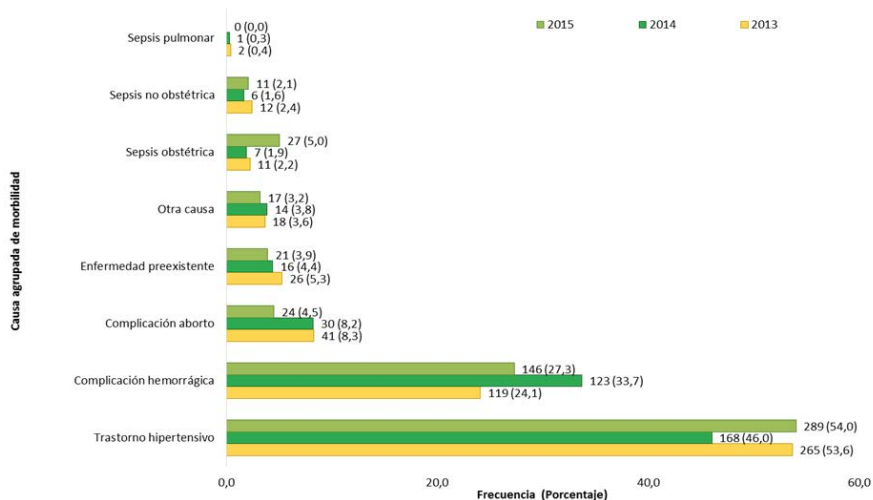


Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

El dato preliminar para el 2015 de Morbilidad Materna Extrema fue de 17,9 por mil nacidos vivos, correspondiente a 525 casos. A continua-

ción se muestra la distribución según causa agrupada de Morbilidad Materna Extrema.

Gráfica 23. Distribución según causa agrupada de Morbilidad Materna Extrema. Medellín, 2013 – 2015.



Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Para el año 2015 se registraron 836 casos de IVE notificados por las IPS de Medellín, de mujeres residentes en el Departamento de Antioquía. De estos, 599 (71.7%) eran habitantes del municipio (porcentaje similar a lo reportado en el año 2014, donde el 75.2% correspondían a personas de Medellín). El 20.3% correspondió a municipios del área metropolitana (diferentes a Medellín) que comparado con el año anterior se observa un incremento del 17.4%, por último el 8% a otros municipios de Antioquia.

Del total de casos reportados se observa que las mujeres de 22 a 49 años son quienes más ejercen su derecho a la IVE, también hay una disminución porcentual respecto a las mujeres que ejercen su derecho a la IVE y que son menores de Edad, pasando de un 7% en el 2014 a un 6.3% en el año 2015.

Violencia de Género

Para el año 2015 el reporte de violencia de género tuvo un total de 3.204 casos; se observa una tendencia al aumento en el registro de casos si se compara con el reporte del 2014 (2.693 casos) y 2013 (2.578 casos). Este aumento se puede considerar un indicador del mejoramiento del sistema de vigilancia de estos eventos en la ciudad gracias a las asistencias técnicas al personal de salud manejo de rutas y protocolos y por la difusión que se realiza a través de eventos.

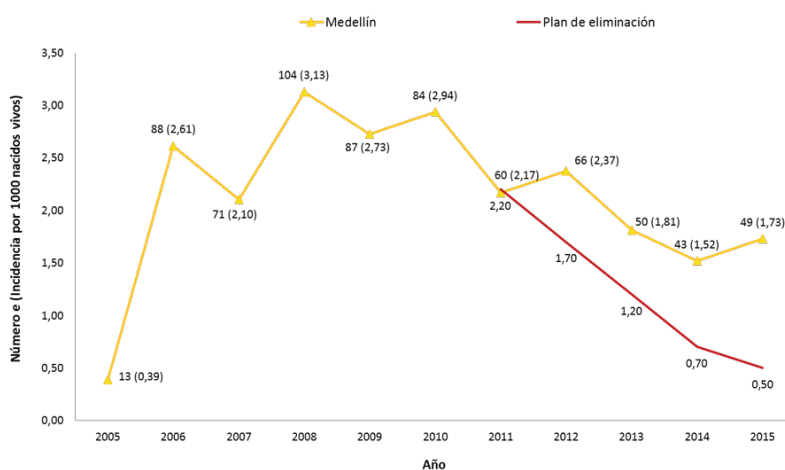
Sífilis gestacional y congénita

En el año 2015 en Medellín se notificaron 220 casos de mujeres residentes de Medellín como casos de sífilis gestacional, que corresponde a una tasa de 7,5 casos por mil nacidos vivos. En el año inmediatamente anterior la tasa fue de 7,4

por mil nacidos vivos correspondiente a 209 casos. En el 2013 la tasa fue de 8,0 por mil nacidos vivos y se presentaron el mismo número de casos del 2015. Respecto a la Sífilis congénita se

identificaron 56 casos que equivalen a una tasa de 1,9 casos por mil nacidos vivos. En la siguiente gráfica se muestra la tendencia de sífilis congénita desde el 2005.

Gráfica 24. Incidencia de Sífilis congénita, Medellín, 2005 – 2015



Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Enfermedades de Transmisión Sexual

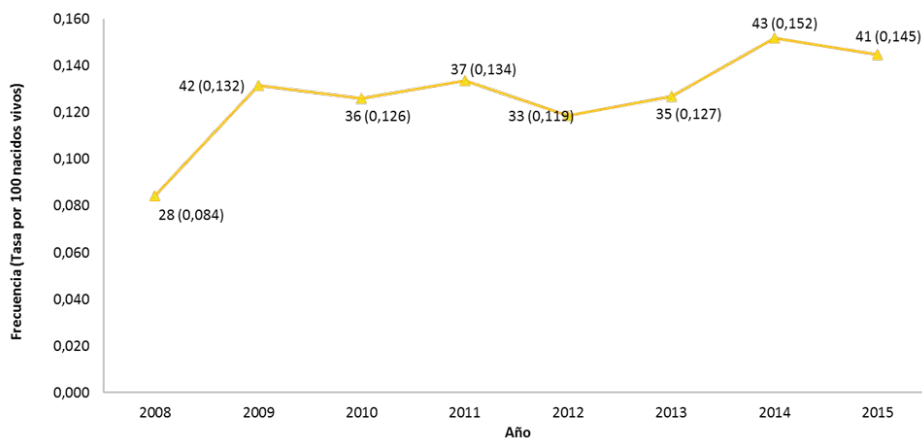
Infección por VIH en la población general

En Medellín se reportó una tasa de infección por VIH para la ciudad de 42,12 casos por cada 100,000 habitantes; correspondiente a 1.038 casos. Durante este año se produjo el mayor número de reportes comparado con los reportados en los últimos 5 años. Al analizar la mortalidad por VIH se encontró que para el 2014 se produjeron 130 casos. La meta de ODM es evitar

que sobrepase el 1% de la población; actualmente la prevalencia en Medellín es del 0,33%.

A continuación se muestra el comportamiento de la Prevalencia de gestantes con VIH. Medellín, 2008 - 2015.

Gráfica 25. Prevalencia de gestantes con VIH. Medellín, 2008 – 2015



Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

6.3.7 Vida saludable y enfermedades transmisibles

Tuberculosis

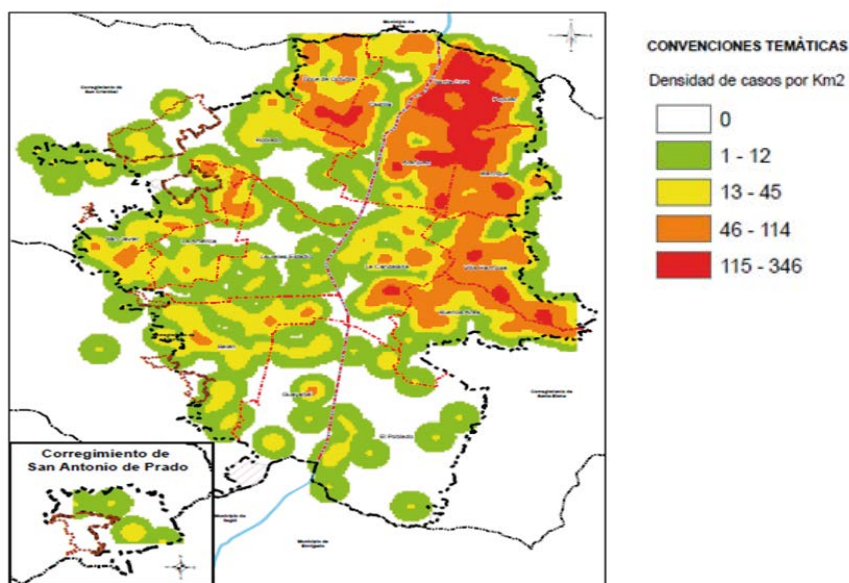
De acuerdo con el registro de casos de tuberculosis reportados al sistema de vigilancia epidemiológica en los últimos 7 años, se encontró un promedio de 1.165 casos nuevos reportados por año. Es necesario aclarar que en los años 2008 y 2009 no se sobrepasaron los 1000 casos nuevos, durante estos años las tasas más altas se reportaron en el año 2011 (58,4 x 100.000 habitantes; 1.384 casos) y en el año 2013 (55,1 x 100.000 habitantes; 1.331 casos). El número de casos

incidentes ubica a la ciudad de Medellín como un territorio de alto riesgo. En el 2015, se reportó una tasa de 49,75 casos por cien mil habitantes, correspondiente a 1.226 casos de Tuberculosis pulmonar. En cuanto a la Tuberculosis Extrapulmonar se reportó una tasa de 11,77 casos por cien mil habitantes, correspondiente a 290 casos nuevos.

En cuanto a la mortalidad, a 2014 se confirmaron 81 casos de muertes por esta causa correspondiente a una tasa de 3,32 casos por 100.00 habitantes.

A continuación se muestra la distribución de casos por tuberculosis por comunas.

Gráfica 26. Densidad de Casos de Tuberculosis por Km²



Fuente: Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

para el 2015 se presentaron tres casos de muerte por EDA que equivale a una tasa de 2,1 casos por cada cien mil menores de cinco años. Los tres casos se registraron en Manrique (1), Villa Hermosa (1) y San Javier (1). Y en el año 2014 no se presentaron casos de mortalidad por esta causa. Según registros RIPS, se reportaron 338.872 consultas por esta causa en la población general

Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA)

Según los datos procesados por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud, para el 2015 se presentaron ocho casos de muerte por ERA que equivale a una tasa de 5,5 casos por cada cien mil menores de cinco años. Los tres casos se registraron en Manrique (1), Villa Hermosa (1) y San Javier (1).

Enfermedades inmunoprevenibles

Incidencia tosferina 2008-2015

Al evaluar la incidencia de tosferina en estos 7 años se ha encontrado picos en el año 2012 (1.471) y 2013 (1.043). A partir de este año se evidenció una tendencia a la disminución de casos. El número de casos reportados en 2015 fue de 131 equivalente a una tasa de 5,32 casos por cien mil habitantes.

Varicela

Según el SIVIGILA para el 2015 se reportaron 5.257 casos correspondiente a 213,32 casos por cien mil habitantes. El comportamiento de la incidencia de la varicela desde 2008 en la ciudad muestra una tendencia al aumento hasta 2014; con dos picos máximos para los años 2008 (6.761 casos) y 2011 (7.117).

Parotiditis

Según los datos reportados en el SIVIGILA, para el 2015 se reportaron 431 casos, que correspondió a una tasa de 17,5 casos por cien mil habitantes. Durante el periodo comprendido entre el 2008 al 2015 se reportó un pico en el 2008 correspondiente a 2.428 casos (106 x 100.000 habitantes), desde ese año, la tendencia es a la disminución de casos.

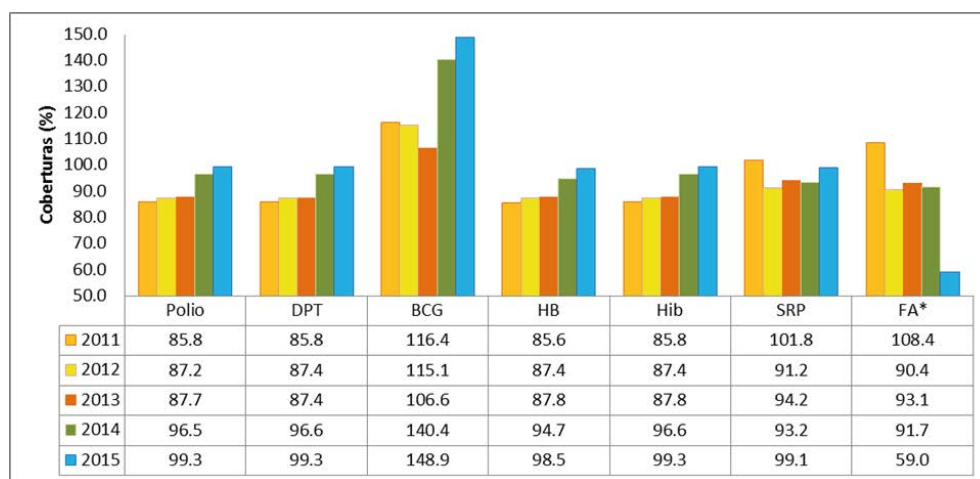
Hepatitis A

Según los datos reportados por el SIVIGILA; el comportamiento de la Hepatitis A tiene una tendencia a la disminución a partir del años 2012, las tasas han variado de 17,1 casos por cien mil habitantes (409 casos) en el 2012 hasta llegar a una tasa de 10 casos por cien mil habitantes (246 casos) al 2015.

Plan Ampliado de Inmunización –(PAI)

Disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por vacunas mediante el logro y el mantenimiento de coberturas útiles de vacunación, es una necesidad apremiante y requiere de una efectiva gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones –(PAI) en el Municipio de Medellín es el objetivo de la Secretaria de Salud. Mantener en el municipio las acciones tendientes a la erradicación de la poliomielitis; consolidar la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal; controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, neumococo, haemophilus influenza tipo b, diarreas producidas por rotavirus, tosferina, parotiditis e influenza, al igual que disminuir la incidencia de cáncer cérvico uterino a través de la vacunación contra el virus del papiloma humano. En los últimos 5 años las coberturas del municipio de Medellín han alcanzado coberturas útiles con algunos de los biológicos trazadores como lo muestra el Figura siguiente.

Gráfica 27. Coberturas de vacunación por biológico, en menores de 1 año y 1 año de edad. Medellín, 2011 – 2015.



Fuente: Secretaría de Salud programa ampliado de inmunizaciones PAI. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Los biológicos trazadores de menores de un año son terceras de polio y terceras de DPT en el año 2014 y 2015 se lograron coberturas útiles con un 96% y 99%, superando las coberturas de años anteriores, lo que refleja el mejoramiento del programa en toda la ciudad

Los biológicos trazadores de un año de edad son SRP; la triple viral en los años 2011 y 2015 alcanzó coberturas útiles, pero en los años 2012, 2013 y 2014 se baja las coberturas al 91.2%, 94.2% y al 93.2%. Las coberturas esperadas del 95% le permiten a la ciudad estar protegida para el ingreso de patologías que aún se encuentran activas en el mundo.

6.3.8 Emergencias y desastres

Los indicadores de gestión de la central de monitoreo para la referencia y contrarreferencia y atención de urgencias del Municipio de Medellín NUSE-123 salud APH entre los meses de enero a diciembre de 2015, registra el reporte de 19.475 lesionados al 123 Salud, lo que significa un incremento del 1% con relación a los casos ingresados en el año 2014 (19.290). Para ambos años se encuentra que cerca del 79.42% de los incidentes atendidos están asociados con accidente de tránsito con lesionados, seguido del requerimiento de Emergencia de Médica.

Según el registro de Atención Prehospitalaria del NUSE 123 el 94.6% de los lesionados en 2014 y 86% en 2015 fueron direccionados a la IPS, de los cuales cerca del 46.4% se obtuvo una llamada efectiva de recepción por parte de la IPS y el 56.6% aunque no se logró contacto telefónico con la IPS receptora este lesionado fue trasladado e ingresado al servicio de urgencias según el nivel requerido. En los últimos dos años de los casos reportados y atendidos el 13% se resuelven en el sitio, y menos del 1% falleció en el lugar del siniestro.

6.3.9 Salud laboral

Para el análisis de la situación de salud laboral, las estadísticas laborales de la ciudad se presentan agrupadas con los del Valle de Aburrá, dada la cercanía que facilita la movilidad y dificulta una mayor delimitación territorial. Se encontró que, el porcentaje de población en edad de trabajar (personas de 12 y más años en la parte urbana, y de 10 años y más en la parte rural) presentó un crecimiento sostenido, pasando de 83,2% en 2012 a 83,9% en 2013.

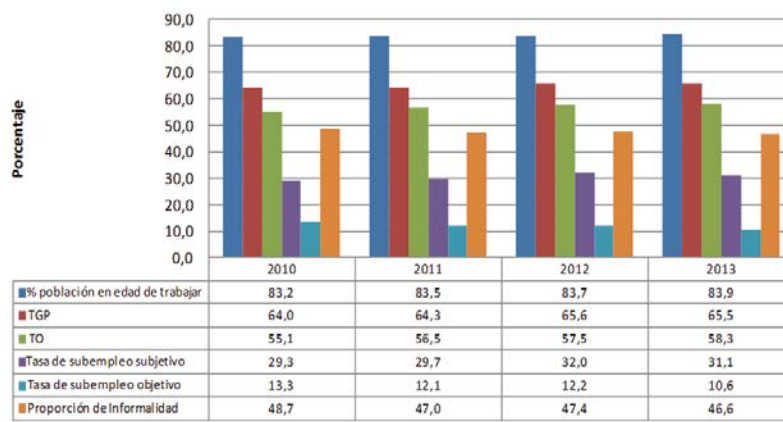
La tasa global de participación (relación porcentual entre la población económicamente activa y la población en edad de trabajar), ha crecido entre de 2010 y 2012 y reporta un leve descenso en 2013 al pasar de 64% (2010) a 65,6% (2012) y a 65,5% en 2013. Sin embargo es clara la mayor presión de la población en edad de trabajar por introducirse al mercado. De esta misma forma, la tasa de ocupación (relación porcentual entre la población ocupada (OC) y el número de personas que integran la población en edad de trabajar (PET)) crece durante los años: con un 55,1% en 2010, 56,5% en 2011, 57,5% en 2012 y finalmente para 2013 en un 58,3.

La proporción de informalidad (relación porcentual de la población ocupada informal (I) y el número de personas que integran la población ocupada (PO)) disminuyó, pasando de un 47,4% en 2012 a 46,6% en 2013.; cifras estas, que se complementan con el análisis del subempleo donde se percibe un leve incremento en la conformidad que sienten los trabajadores con sus trabajos, dada la reducción de la tasa de subempleo subjetivo (simple deseo manifestado por el trabajador de mejorar sus ingresos, el número de horas trabajadas o tener una labor más propia de sus personales competencias), que para 2012 reportaba un 32% y para 2013 un 30,9%. Por su

parte, la tasa de subempleo objetivo (quienes tienen el deseo, pero además han hecho una gestión para materializar su aspiración y están en

disposición de efectuar el cambio) pasó de 12,2% en 2012 a 10,6% en 2013. es clara la mejoría en la calidad de empleo que tienen los habitantes de Medellín y el Valle de Aburrá.

Gráfica 28. Situación laboral en Medellín- Valle de Aburrá, 2010-2013



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares.
Afilación al Sistema de Riesgos Profesionales y Empresas en la ciudad

Según la Encuesta de Calidad de vida, para 2014, en la ciudad de Medellín el 25,5% de las personas se encontraban afiliadas al sistema de riesgos laborales, cifra que para 2013 fue de 23,68%. No obstante, el reporte de no afiliados en 2014 fue de 72,5% , evidenciando que aún es baja la conciencia de la importancia de estar afiliado a este ítem de seguridad. Aclarando que estos datos no permiten visualizar el trabajo infantil pues excluye a la población menor de 15 años.

6.3.10 Dimensión transversal: fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud

En la ciudad se reconocen las dificultades en el acceso a los servicios de salud, tanto para la población no afiliada como para los afiliados al sistema de seguridad social,

Direccionamiento del sector salud

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

Medellín, a través del direccionamiento de la Secretaría de Salud, ha realizado esfuerzos para lograr esta articulación a través de la elaboración de los diagnósticos de salud de cada comuna y corregimiento en forma participativa y la construcción colectiva de los planes de salud, que se

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

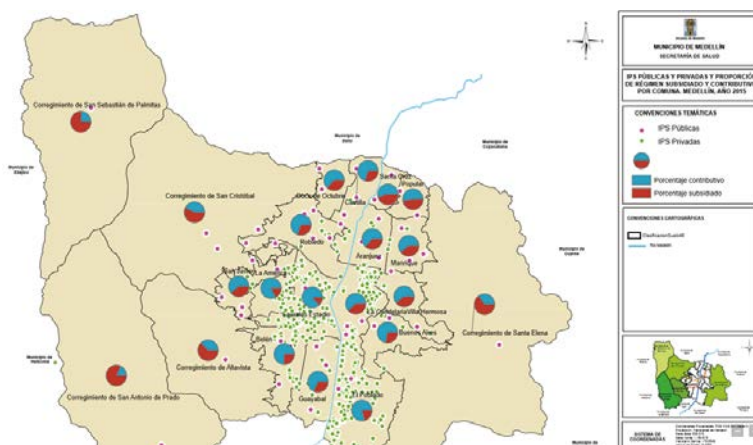
La participación social y comunitaria en salud es un pilar fundamental para lograr el mejoramiento de las condiciones de salud y fomentar la cultura de autocuidado en la población. Aunque se ha trabajado en el fortalecimiento y en la cualificación de los integrantes de las organizaciones sociales, persiste una débil e insuficiente participación ciudadana en su propio proceso de salud; actualmente funcionan como mecanismos de participación social los Copacos, integrados por un representante de cada comuna y corregimiento y, las mesas ampliadas de salud, conformadas por más de 800 líderes.

Cobertura y aseguramiento en salud en el municipio de Medellín 2015

según las fuentes de información de la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín se calcula para el año 2015 una cobertura del 100,12%, debido a que se cuenta con una afiliación para el Régimen Contributivo de 1.852.690 habitantes, en el Régimen Subsidiado un total de afiliados de

614.626 y el régimen especial con 276.033 afiliado, superando el total de la población proyectada por el DANE. Es necesario aclarar que este fenómeno ocurre debido a que muchas de las personas afiliadas en Medellín no residen en este municipio; dado que los usuarios entran y salen del sistema o cambian de regímenes, a lo que se le suma la dificultad con la actualización de la información, presentando así duplicidades en la base de datos única de afiliados. La Encuesta de Calidad de Vida ECV para el año 2014, la percepción de la población sobre la facilidad de acceso a los servicios de salud en general fue del 33,57% y de calidad de estos servicios fue de 44,74%. Respecto a la infraestructura de salud, en la última década la ciudad ha avanzado en la adecuación y modernización de su estructura física y tecnológica, hoy cuenta con una extensa red de servicios de salud con predominio de IPS privadas (91,9%), las IPS públicas y mixtas solo alcanzan el 8,1%. La red pública de salud de ciudad, dispone de 10 unidades hospitalarias y 42 centros de salud que conforman la Empresas Sociales del Estado Metrosalud que presta servicios de primero y segundo nivel; para la atención de alta complejidad cuenta con el Hospital General de Medellín y El Hospital Infantil Consejo de Medellín. Esta infraestructura podría dar una adecuada cobertura a la población de la ciudad de Medellín, pero resulta insuficiente observándose saturación de los servicios y demoras en la atención, al ser receptora de pacientes de diferentes zonas del país.

Gráfica 29. Distribución del aseguramiento y de prestadores públicos y privados por comuna, Medellín 2015.



Fuente: Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

6.4 Priorización de los efectos en salud

Análisis y Priorización Territorial según Metodología Urban Heart

Se presentan las condiciones de desigualdad entre territorios (comunales/corregimientos) de Medellín según los criterios definidos para las ciudades saludables, según el modelo desarrollado para la ciudad. Metodológicamente se recurre a la herramienta Urban HEART de la Organización Mundial de la salud.⁵

⁵Organización Mundial de la Salud, *Urban Heart, Instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad en salud en los medios urbanos, 2010*

Se describen las condiciones definidas para de las ciudades saludables por dimensiones del Urban HEART a partir de indicadores construidos tomando como base la información de la encuesta de calidad de vida. Posteriormente se presenta una medida de síntesis de dichas condiciones de la ciudad y se comparan mediante razones. Por último, se presentan medidas de desigualdad social en salud tomando como variable social la

Desigualdad es en las condiciones por territorios

Es importante aclarar que los porcentajes reportados en las tablas que describen las condiciones de ciudad saludable, hacen referencia a desigualdades entre territorios, no a la magnitud con que se expresa la variable que describe el indicador. Los porcentajes deben leerse como fracciones de la diferencia máxima observada entre los territorios con los valores máximo y mínimo.

Infraestructura y entorno físico

En relación a la dimensión de infraestructura y entorno físico se identifica que la percepción de basuras y escombros en las calles y de calidad de la vivienda son los indicadores que muestran mayor cantidad de territorios (33% y 29% respectivamente) con alta diferencia respecto al rango de la ciudad. El corregimiento Palmitas muestra alta diferencia en el 73% de los indicadores, seguido por Aranjuez en el 45%.

Comuna	Infraestructura y entomo físico										Total	
	Vivienda nueva	Calidad vivienda nueva	Acceso a servicios de salud	Calidad servicios de salud	Basuras y escombros en las calles	Arborización	Pavimentación y señalización de las vías	Andenes y separadores de calles	Calidad del transporte público	Agua		Basuras
Popular	>75%	>75%	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	27%
Santa Cruz	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	>75%	>75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	18%
Manrique	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	>75%	>75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	18%
Aranjuez	>75%	>75%	>75%	>75%	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	45%
Castilla	25%-75%	<25%	25%-75%	<25%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	0%
Doce de Octubre	>75%	>75%	25%-75%	25%-75%	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	27%
Robledo	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	0%
Villa Hermosa	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	9%
Buenos Aires	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	0%
La Candelaria	25%-75%	<25%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	0%
Laureles	<25%	<25%	<25%	<25%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	0%
La América	25%-75%	<25%	25%-75%	25%-75%	<25%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	0%
San Javier	25%-75%	>75%	25%-75%	25%-75%	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	18%
El Poblado	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	0%
Guayabal	25%-75%	<25%	25%-75%	<25%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	0%
Belén	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	0%
Palmitas	25%-75%	>75%	>75%	>75%	25%-75%	<25%	>75%	>75%	>75%	>75%	>75%	73%
San Cristóbal	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	0%
Altavista	25%-75%	>75%	<25%	<25%	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	>75%	<25%	<25%	36%
San Antonio de Prado	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	25%-75%	<25%	<25%	0%
Santa Elena	<25%	25%-75%	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	<25%	25%-75%	<25%	27%
Total	10%	29%	10%	10%	33%	14%	14%	14%	10%	5%	5%	

Desarrollo humano y social

El indicador de personas con estudios universitarios (76%), es la dimensión que muestra diferencia más alta respecto al rango de la ciudad entre los indicadores de desarrollo humano y social. El

segundo indicador relevante de esta dimensión, es estudios universitarios con 48% de los territorios. Popular y Santa Elena son los territorios más afectados por altas diferencias en el 78% de los indicadores, seguidos por Palmitas con el 56%.

Comuna	Desarrollo humano y social									Total
	Leer y escribir	Primaria completa	Bachillerato completo	Estudios universitarios	Afiliación a seguridad social	Hogares por vivienda	Vivienda inapropiada	Razón de etnias	Suspendido/desconectado	
Popular	>75%	>75%	>75%	>75%	<25%	<25%	>75%	>75%	>75%	78%
Santa Cruz	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	<25%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	33%
Manrique	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	22%
Aranjuez	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	<25%	22%
Castilla	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	<25%	25%-75%	<25%	25%-75%	25%-75%	11%
Doce de Octubre	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	<25%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	22%
Robledo	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	<25%	<25%	25%-75%	25%-75%	<25%	11%
Villa Hermosa	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	<25%	<25%	<25%	25%-75%	25%-75%	22%
Buenos Aires	<25%	<25%	25%-75%	>75%	<25%	<25%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	11%
La Candelaria	<25%	<25%	25%-75%	25%-75%	<25%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	0%
Laureles	<25%	<25%	<25%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	0%
La América	<25%	<25%	<25%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	25%-75%	<25%	0%
San Javier	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	<25%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	22%
El Poblado	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	0%
Guayabal	<25%	25%-75%	25%-75%	>75%	25%-75%	<25%	<25%	25%-75%	<25%	11%
Belén	<25%	<25%	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	<25%	25%-75%	<25%	0%
Palmitas	>75%	>75%	>75%	>75%	25%-75%	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	56%
San Cristóbal	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	25%-75%	<25%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	22%
Altavista	25%-75%	>75%	>75%	>75%	25%-75%	25%-75%	>75%	25%-75%	<25%	44%
San Antonio de Prado	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	<25%	<25%	>75%	25%-75%	<25%	22%
Santa Elena	>75%	25%-75%	>75%	>75%	>75%	>75%	>75%	>75%	<25%	78%
Total	14%	14%	48%	76%	5%	10%	19%	14%	10%	

Oportunidad económica

En relación a la dimensión de oportunidad económica, los territorios Palmitas y Popular muestran diferencias mayores al 75% del rango de la ciudad en todos los indicadores. Manrique, Altavista, Aranjuez y Doce de octubre son los siguientes territorios donde las desigualdades se expresan en mayor cantidad de indicadores con 63%, 67%, 67% y 50% respetivamente. En relación a los indicadores, el porcentaje de casas en estrato bajo muestra desigualdades altas en el 71% de los territorios.

Comuna	Oportunidad económica						Total
	Cotizante pensiones	Afiliado ARL	Desempleado	Posibilidades de crédito del hogar	Ingreso medio	Estrato	
Popular	>75%	>75%	>75%	>75%	>75%	>75%	100%
Santa Cruz	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	33%
Manrique	>75%	>75%	>75%	25%-75%	>75%	>75%	83%
Aranjuez	>75%	>75%	25%-75%	>75%	25%-75%	>75%	67%
Castilla	25%-75%	25%-75%	<25%	25%-75%	<25%	>75%	17%
Doce de Octubre	25%-75%	>75%	25%-75%	>75%	25%-75%	>75%	50%
Robledo	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	25%-75%	>75%	33%
Villa Hermosa	25%-75%	25%-75%	<25%	25%-75%	25%-75%	>75%	17%
Buenos Aires	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	17%
La Candelaria	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	25%-75%	0%
Laureles	25%-75%	25%-75%	<25%	25%-75%	<25%	25%-75%	0%
La América	25%-75%	25%-75%	<25%	25%-75%	<25%	25%-75%	0%
San Javier	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	17%
El Poblado	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	<25%	0%
Guayabal	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	>75%	17%
Belén	25%-75%	25%-75%	<25%	25%-75%	<25%	25%-75%	0%
Palmitas	>75%	>75%	>75%	>75%	>75%	>75%	100%
San Cristóbal	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	17%
Altavista	>75%	>75%	25%-75%	25%-75%	>75%	>75%	67%
San Antonio de Prado	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	>75%	17%
Santa Elena	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	0%
Total	24%	29%	14%	24%	24%	71%	

Gobernanza y compromiso cívico

En relación a la dimensión de gobernanza y compromiso cívico, el indicador que más genera alta desigualdad es participación en elecciones con

33% de los territorios, diferenciados así: Alta vista (100%), Palmitas (75%) y San Javier (50%) son los más afectados por las desigualdades de esta dimensión.

Comuna	Gobernanza y compromiso cívico				Total
	Participación en elecciones	Interés en política	Machismo percepción política	Cumplimiento normas de tránsito	
Popular	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%
Santa Cruz	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%
Manrique	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%
Aranjuez	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	0%
Castilla	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	0%
Doce de Octubre	25%-75%	<25%	<25%	25%-75%	0%
Robledo	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	0%
Villa Hermosa	>75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%
Buenos Aires	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	0%
La Candelaria	<25%	<25%	<25%	25%-75%	0%
Laureles	<25%	<25%	<25%	<25%	0%
La América	25%-75%	25%-75%	<25%	<25%	0%
San Javier	>75%	25%-75%	>75%	25%-75%	50%
El Poblado	<25%	<25%	<25%	<25%	0%
Guayabal	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	0%
Belén	<25%	25%-75%	<25%	25%-75%	0%
Palmitas	>75%	>75%	<25%	>75%	75%
San Cristóbal	25%-75%	25%-75%	25%-75%	25%-75%	0%
Altavista	>75%	>75%	>75%	>75%	100%
San Antonio de Prado	25%-75%	25%-75%	25%-75%	<25%	0%
Santa Elena	25%-75%	25%-75%	>75%	25%-75%	25%
Total	33%	10%	14%	10%	

Resumen de variables por dimensión que se expresan de forma desigual entre territorios

En conclusión, el territorio más afectado por las desigualdades observadas en la ciudad es Palmitas con 76% de los indicadores, y afectado en todas las dimensiones de manera relevante, en segundo lugar, se ubica Altavista con 62% de los

indicadores afectados principalmente en las dimensiones Gobernanza y compromiso cívico (100%) y oportunidad económica. En tercer lugar, se ubica Popular con 58% de los indicadores afectados principalmente en las dimensiones oportunidad económica y desarrollo social y humano.

Comuna	Infraestructura y entorno físico	Desarrollo social y humano	Oportunidad económica	Gobernanza y compromiso cívico	Total	Orden
Popular	27%	78%	100%	25%	58%	3
Santa Cruz	18%	33%	33%	25%	27%	8
Manrique	18%	22%	83%	25%	37%	4
Aranjuez	45%	22%	67%	0%	34%	5
Castilla	0%	11%	17%	0%	7%	13
Doce de Octubre	27%	22%	50%	0%	25%	9
Robledo	0%	11%	33%	0%	11%	11
Villa Hermosa	9%	22%	17%	25%	18%	10
Buenos Aires	0%	11%	17%	0%	7%	13
La Candelaria	0%	0%	0%	0%	0%	14
Laureles	0%	0%	0%	0%	0%	14
La América	0%	0%	0%	0%	0%	14
San Javier	18%	22%	17%	50%	27%	7
El Poblado	0%	0%	0%	0%	0%	14
Guayabal	0%	11%	17%	0%	7%	13
Belén	0%	0%	0%	0%	0%	14
Palmitas	73%	56%	100%	75%	76%	1
San Cristóbal	0%	22%	17%	0%	10%	12
Altavista	36%	44%	67%	100%	62%	2
San Antonio de Prado	0%	22%	17%	0%	10%	12
Santa Elena	27%	78%	0%	25%	33%	6

Medida de síntesis de ventaja en condiciones de Ciudad Saludable

La anterior clasificación, se basa únicamente en los indicadores que muestran desigualdades mayores al 75% del rango observado en la ciudad para cada uno de estos. Para considerar de forma integral el aporte de toda la información disponible sobre desigualdades entre los territorios de Medellín, se muestra en la siguiente tabla una medida de síntesis de todas las dimensiones que puede interpretarse como una medida de resumen de condiciones de ciudad saludable de Medellín.

Se observa que Palmitas es el corregimiento con puntuación más desfavorable (67,7) y Popular es la comuna con menor puntuación (81.4). En relación a esta comuna Castilla, Robledo, Villa Hermosa, Buenos aires, La candelaria, Guayabal, Belén, San Cristóbal y San Antonio de Prado obtienen una puntuación entre 20% y 50% mayor. Los territorios Laureles-Estadio y La América obtienen puntuación entre 50% y 80% mayor y la comuna de El poblado obtiene una puntuación 127% más alta.

Comuna/Corregimiento	Condiciones de ciudad saludable	Razón
Popular	81.4	--
Santa Cruz	95.3	1.17
Manrique	90.6	1.11
Aranjuez	89.1	1.09
Castilla	116.1	1.43
Doce de Octubre	96.9	1.19
Robledo	103.3	1.27
Villa Hermosa	105	1.29
Buenos Aires	108.2	1.33
La Candelaria	122.4	1.5
Laureles-Estadio	142.1	1.75
La América	129	1.58
San Javier	93.7	1.15
El Poblado	184.4	2.27
Guayabal	113	1.39
Belén	119.2	1.46
Palmitas	67.7	0.83
San Cristóbal	100.1	1.23
Altavista	83	1.02
San Antonio de Prado	108.2	1.33
Santa Elena	89.1	1.09

Desigualdades sociales en salud asociadas a las condiciones de Ciudad Saludable

A través del índice de desigualdad acotado y el índice de concentración se hace una aproximación a las desigualdades en indicadores de salud entre territorios cuando estos son comparados en función de sus condiciones de ciudad saludable.

Se observa como los indicadores de la dimensión salud sexual y reproductiva son los que evidencian mayor desigualdad entre territorios con razones tan altas como 5.04 para sífilis congénita. De forma similar, los indicadores de discapacidad y salud

bucal muestran desigualdades en esta magnitud. Las enfermedades transmisibles muestran desigualdades con razones que ronda el 3.6. En relación a los indicadores de salud mental se observa un contraste importante con riesgo de suicidio mayor en el territorio de mejor condición de ciudad (0,67) e intento de suicidio menor en el territorio de menor condición de ciudad saludable (1,89). Los indicado-

res de seguridad alimentaria y nutricional se muestran desfavorecidos en los territorios de menor puntaje en condiciones de ciudad saludable con riesgos entre 1,85 y 3,94 veces el del mejor territorio, por su parte; la prestación de servicios y redes muestra igualmente desigualdades que desfavorecen los territorios con menor puntaje en las condiciones de ciudad saludable.

Dimensión	Indicador	Desigualdades sociales en salud	
		Índice de desigualdad acotado	Índice de concentración
Salud ambiental	Dengue	1.20	-0.03
	Calidad del aire	1.44	-0.06
Salud sexual y reproductiva	Embarazo adolescente 10-19	4.41	-0.22
	Embarazo adolescente 10-14	-23.11	-0.37
	Embarazo adolescente 15-19	4.82	-0.22
	VIH	1.01	0.00
	Sifilis Congenita	5.04	-0.23
Salud mental	Muertes violentas	1.11	-0.02
	Suicidio	0.67	0.07
	Intento de suicidio	1.89	-0.11
Enfermedades transmisibles	Tuberculosis	3.68	-0.20
	Mortalidad por ERA	3.63	-0.20
Salud laboral	Accidente de trabajo	N/A	N/A
	Enfermedad laboral	N/A	N/A
	Afiliados a ARL	0.46	0.13
ECNT, Salud bucal y discapacidad	Ca Cuello de útero	0.92	0.02
	Ca mama	0.50	0.11
	Ca pulmón	0.98	0.00
	DiabetesM	1.29	-0.04
	Diabetes	0.50	0.11
	Sedentarismo	0.83	0.03
	Consumo de frutas y verduras	1.26	-0.04
	Discapacidad	4.93	-0.23
	Salud bucal	5.07	-0.23
	reg. Subsidiado	-8.42	-0.25
Prestación de servicios y redes	reg. Contributivo	4.40	-0.10
	vinculados	2.34	-0.17
	IPS por comuna	N/A	0.64
	Capacidad instalada	N/A	N/A
Emergencias y desastres	Accidentes de tránsito	0.16	0.25
	Accidentes en el hogar	0.66	0.07
	Zonas de riesgo	N/A	N/A
Seguridad alimentaria y nutricional	BPN	1.85	-0.10
	Desnutrición global	2.43	-0.14
	Hogares en inseguridad alimentaria	3.94	-0.21

Priorización de los territorios

Se presentan estimaciones de la afectación de los indicadores por dimensión en cada territorio. La candelaria tiene 55% de las dimensiones en peor condición de desigualdad siendo el territorio más afectado seguido por Popular, Manrique, Villa Hermosa y San Javier con 36% de los indicadores.



7. Descripción de las Tensiones

7. Descripción de las Tensiones

La información que se describe a continuación es el resultado de la identificación de las dificultades, de los estados indeseables, de las carencias y limitaciones en procesos y situaciones que impide el disfrute pleno de la salud de los habitantes en la ciudad de Medellín según las dimensiones y componentes establecidos por el Plan Decenal de Salud.

7.1. Dimensión: Salud Ambiental

Componente Hábitat saludable

La migración, ubicación dispersa y desordenada de la población hacia las laderas y las áreas rurales de la ciudad de Medellín desde los años 60, han generado una mínima cobertura en las necesidades relacionadas con el acueducto (98,5%) y saneamiento básico (alcantarillado 95.3%, recolección pública de residuos sólidos 97.2%). La población principalmente involucrada es la que se encuentra en situación de desplazamiento y/o de bajos recursos económicos, representando el 1.5% (36.255 personas aproximadamente) de la población total del municipio y se encuentran especialmente en cuatro comunas: 1 (Popular), 3 (Manrique), 2(Aranjuez) y 8 (Villa Hermosa); y los cinco corregimientos: San Sebastián de Palmitas, Altavista, San Antonio de Prado, San Cristobal y Santa Elena. Las condiciones precarias y de hacinamiento son otro de los problemas de mayor relevancia en las que vive esta población.

Las zonas más afectadas por este fenómeno se hallan en las comunas: Popular (21,0%), Manrique (20,0%) Santa Cruz (20,0%) y los corregimientos San Antonio de Prado (21,0%) y San Sebastián de Palmitas (14,0%). Estas problemáticas, incrementan en la ciudad afecciones relacio-

nadas con enfermedades transmitidas por vectores, por vía aérea, hepatitis, enfermedades diarreicas agudas, todo tipo de violencias, problemas sociales y económicos.

A cerca de la calidad del aire en la ciudad, la exposición al ruido y a radiaciones electromagnéticas se han incrementado por encima de los niveles permitidos desde la década de los 90's. Existen, además, zonas con calidad del aire deteriorada, provocada especialmente por el alto tráfico vehicular y la actividad comercial e industrial. Esta situación afecta aproximadamente al 90% de la población residente en el área urbana de la ciudad, en las comunas, 10 (La Candelaria), 11(Laureles-estadio), 14 (El Poblado), 15 (Guayabal) y 16 (Belén).

Las radiaciones electromagnéticas por su parte, han marcado un incremento sustancial en los últimos 15 años con el uso de tecnologías; consecuencia inevitable del desarrollo económico, comercial e industrial en el que ha incursionado la ciudad. Aunque se conoce del riesgo, no se cuenta con estudios que permitan establecer la magnitud de este en las diferentes etapas del curso de vida. Los residuos tecnológicos que impactan directamente sobre el medio ambiente y la salud humana, es otra de las dificultades a las que se enfrenta hoy la ciudadanía, se estima que al año se generan entre 0,1 y 0,15 kg de residuos tecnológicos por persona.

Aunque se han dado pasos importantes en la articulación con actores del sector salud; continúan falencias de tipo estructural que permitan la generación y fortalecimiento de redes institucionales transectoriales y de movilización comunitaria, para el control de factores de riesgo ambientales, igualmente, la ausencia de una política integral de salud ambiental, ha desencadenado situaciones adversas como el crecimiento en la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito, el déficit en espacio público, problemas en el

ecosistema debido a la desafectación de zonas verdes para el desarrollo urbanístico, la expansión de la malla urbana con asentamientos precarios, la invasión de los retiros de las quebradas urbanas y rurales que ha puesto en riesgo la conservación de los entornos estratégicos.

La falta de compromiso ambiental por parte de la comunidad y de muchas empresas clandestinas, generan condiciones de manejo inadecuado de los residuos sólidos, aguas residuales, aguas lluvias y aguas estancadas, propiciando la proliferación de insectos transmisores de enfermedades, como dengue, chikunguya y otros agentes patógenos que ponen en riesgo y afectan la salud y el ambiente de la población en general.

Finalmente, pero no menos importante, controlar la mediana y pequeña industria generadoras de productos químicos como factores de riesgo para la salud, que predispone a mayor contaminación y la aparición de enfermedades relacionadas con dicha exposición, es un dolor de cabeza para los entes de control ambiental.

Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales

El incremento de las enfermedades del sistema respiratorio, del sistema cardiovascular, el cáncer, los resultados adversos en la gestación o alteraciones en el desarrollo de los niños, se han asociado a la contaminación atmosférica urbana, a la exposición a productos tóxicos como los metales pesados y los posibles efectos del cambio climático, la falta de agua potable y servicios de saneamiento básico, condiciones estas que afectan a toda la población, especialmente a los habitantes de la zona urbana de la ciudad. El incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad, pérdida de años de vida saludable y sus implicaciones en los costos de atención para el sistema de salud, se le atribuyen en parte a las deficiencias identificadas para la gestión de estos riesgos.

sin embargo, no existen estudios de carga ambiental que identifiquen la problemática dada por los diferentes riesgos y condiciones ambientales particulares que tiene la ciudad de Medellín.

7.2. Dimensión: Vida saludable y condiciones no trasmisibles

Modos, condiciones y estilos de vida saludables

La principal debilidad de la ciudad para contener, mitigar y/o eliminar las primordiales afecciones crónicas y de discapacidad identificadas en la morbimortalidad territorial, en las alteraciones de salud bucal, visual y auditiva, es la gestión del riesgo desde la educación para la salud de manera integral y pertinente que promueva la adopción de estilos de vida saludable en los diferentes entornos, con enfoque diferencial y cobertura universal.

Tal situación es consecuencia en primer lugar, de la escasa articulación entre los diferentes actores que propenden por la adopción estilos de vida saludable; la falta de comunicación entre ellos, favorece la sobre intervención en algunas poblaciones y la generación de acciones aisladas que impiden un mayor impacto. Por ende, la población no realiza acciones que contribuyan al apoderamiento, empoderamiento y legitimidad en temas de deberes, derechos y habilidades en salud, lo que conlleva a una cultura asistencialista y subsidiaria favoreciendo prácticas no saludables. En segundo lugar, la infraestructura insuficiente que permita la adopción de estilos de vida saludables en los diferentes entornos, con enfoque diferencial y curso de vida; y la coexistencia de factores de seguridad y convivencia, favorece la no adopción de prácticas saludables.

Condiciones crónicas prevalentes

Las bajas coberturas y el austero impacto de los programas de detección temprana y protección específica de las enfermedades no transmisibles, las barreras de acceso en la prestación del servicio, la discontinuidad en la atención y el incumplimiento de las EAPB en el logro de las metas de actividades de promoción y prevención según lineamientos nacionales, y la falta de articulación con las acciones del plan de intervenciones colectivas territorial, contribuyen directamente al incremento en la carga de las enfermedades y discapacidad por falta de control en los factores de riesgo individuales y colectivos, además de generar sobrecostos en el sistema de salud en la atención la población.

7.3 Dimensión: Convivencia Social y Salud Mental

Promoción de la salud mental y la convivencia

Las prácticas sostenidas en representaciones sociales que perpetúan formas de relaciones violentas y que no favorecen conductas que propenden por el cuidado de la salud mental. Las acciones de promoción y generación de cultura para el autocuidado de la salud mental y de la convivencia social no han sido priorizadas en los diferentes momentos del curso de vida durante años.

Múltiples factores internos y externos de la ciudad: políticos, sociales, económicos, históricos y culturales han permeado los diferentes entornos. En la actualidad se reconoce el alto impacto perjudicial del conflicto armado en la salud de la población medellinense; los retos en temas de salud mental y convivencia que se identifican a partir de esta problemática para la ciudad y el país, no son despreciables para el sector salud.

Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia

El acceso a servicios adecuados y pertinentes en salud mental de Medellín, es inoportuno; este efecto se materializa por la precaria capacidad instalada en la red de servicios de salud, pública y privada tanto ambulatoria como hospitalaria, que den respuesta a las necesidades del territorio. Un escenario visible de esta problemática la atención de víctimas de conflicto armado.

7.4. Dimensión: Seguridad Alimentaria y Nutricional

Disponibilidad y acceso a los alimentos

A pesar de que el abastecimiento de alimentos en el Municipio de Medellín presenta una oferta adecuada según las proyecciones estimadas, en los hogares se presentan problemas relacionados con el acceso a los alimentos que afecta directamente la seguridad alimentaria. Existe una brecha (53.6%) de inseguridad alimentaria en el Municipio de Medellín de acuerdo al Perfil Alimentario y Nutricional 2015.

Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos

La introducción temprana de alimentos sustitutos de la leche materna en los primeros 6 meses de vida, contribuye al aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres y en los niños y niñas. Actualmente, el promedio de lactancia materna exclusiva es de sólo 21 días según lo evidenciado en la ENSIN 2010 cuando ésta debe ser de 6 meses.

Con relación al indicador peso para la talla (P/T), de los 68.802 niños y niñas de 0 a 5 años de edad

que asistieron al programa de Crecimiento y Desarrollo en el año 2015 a las diferentes IPS de la red pública y privada de la Ciudad de Medellín y que fueron reportados al sistema de vigilancia nutricional, el 67,5% de los niños y niñas presentaron peso adecuado para la talla, el 10,7% riesgo de desnutrición aguda y el 1,5% presentaron desnutrición aguda moderada y el 0,4% presentaron desnutrición aguda severa.

Desde el año 2013 hasta la actualidad, no se han presentado defunciones por desnutrición en menores de cinco años.

Los casos investigados por bajo peso al nacer a término durante el año 2013, recibieron lactancia materna exclusiva, consejería materna y asistencia alimentaria por parte de la alcaldía con sus programas de alimentación complementaria.

La introducción temprana de alimentos sustitutos de la leche materna en los primeros 6 meses de vida, contribuye al aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres y en los niños y niñas. Actualmente, el promedio de lactancia materna exclusiva de la ciudad se encuentra por debajo del tiempo estimado (6 meses).

Calidad e Inocuidad de alimentos

En cuanto al proceso que lleva a acabo la Secretaría de Salud de Medellín de inspección y vigilancia en establecimientos públicos para el consumo de alimentos, en el 2013 existían 11.476 establecimientos de los cuales 336 tuvieron medida sanitaria de seguridad consistente en clausura, 9.749 con concepto favorable condicionado y 1.391 con concepto de favorabilidad. En el 2014 incrementaron los establecimientos a 15.749 de los cuales 531 tuvieron medida sanitaria porque presentaban factores de riesgo para la salud y 14.091 con concepto sanitario condicionado.

Se evidencia además, un incremento en la cantidad de venta y consumo de alimentos y bebidas en inadecuadas condiciones higiénico sanitarias, que ponen en riesgo la salud de los usuarios. En el año 2013 se presentaron 24 brotes de Enfermedades de Transmisión Alimentarias (ETAS). Estos brotes se presentaron principalmente en las comunas 16 (Belén), 14 (El Poblado) y 9 (Buenos Aires).

Por último, el recurso humano y económico para la realización de acciones de IVC (Inspección, vigilancia y control) y de IEC (Información, educación y comunicación) en prácticas higiénico sanitarias adecuadas, es muy limitado. Es de considerarse además, la articulación deficiente entre las diferentes entidades de control nacionales y territoriales y la falta de continuidad en las estrategias, programas y proyectos

7.5. Dimensión: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género

En Medellín, la garantía de derechos en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) aunque se ha avanzado en muchos aspectos, todavía se evidencian situaciones de violencia sexual contra las mujeres.

Los casos de violencia contra las mujeres, así como las violencias sexuales se reportan con mayor frecuencia en las comunas 1 (Popular), 3 (Manrique), 6 (Doce de Octubre), 8 (Villa Hermosa), 4 (Aranjuez), 7 (Robledo) y 13 (San Javier). Aunque se ha avanzado en la normatividad; falta una mayor implementación de la misma y compromiso para su aplicación de manera oportuna, con calidad y humanización. La ciudad carece de una política pública transectorial que de lineamientos para la difusión y garantía de los derechos de SSR.

Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos

En la actualidad, la ciudad no cuenta con la suficiente capacidad instalada, ni accesibilidad para garantizar y facilitar el acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud sexual y reproductiva que den respuesta desde un enfoque diferencial a los derechos de la población medellinense. Una de las barreras más importantes que se identifica es el recurso humano, pues no cuenta con elementos suficientes que le permitan abordar temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva desde la promoción y prevención con calidad y calidez, ni con la suficiente habilidad para desarrollar capacidades y herramientas para la toma de decisiones libres e informadas respecto a la salud y ejercicio de la sexualidad de la población.

Las instituciones de salud no han implementado de manera adecuada servicios de atención a los jóvenes, los cuales están reglamentados; como es el caso de servicios amigables, programas de protección específica y detección temprana y joven sano. La implementación de estas estrategias haría más efectivo el servicio de salud para realizar gestión del riesgo que permita de acuerdo a la caracterización de su respectiva población tener coberturas adecuadas. Por otro lado, la implementación de contenidos de salud en programas académicos que favorezcan la vivencia de una sexualidad responsable por parte del sector educativo no está ampliamente difundida en todas las instituciones tanto públicas como privada y es un proceso que debe continuar fortaleciéndose, ya que la falta de empoderamiento de los jóvenes para la exigibilidad, la veeduría del derecho a la salud sexual y reproductiva y el acceso a servicios diferenciales o acordes a sus características obedecen a estas problemáticas.

En este sentido, la falta de claridad frente a la prevención del embarazo en aquellos casos donde se conoce previamente que este se constituye en un riesgo para la salud y la vida de la materna como la de su bebé, (enfermedades crónicas u otros riesgos previos), pues no intervienen estos casos desde la preconcepción, en la identificación y gestión temprana de riesgos o intervención eficiente del mismo, lo que conlleva a prácticas inadecuadas al momento de direccionar de forma oportuna los programas de planificación familiar, e incluso hacia la interrupción voluntaria del embarazo cuando se cuenta con las evidencias suficientes para justificar la realización de dicho procedimiento; lo que indica falta de divulgación en las instituciones de salud ante la obligatoriedad de cumplir con la sentencia C355, así como la débil circulación de esta sentencia para que la comunidad conozca sus derechos y los pueda ejercer. Incluso algunos profesionales de salud

En términos de atención, se encuentran fallas en la calidad, integralidad, oportunidad, en la humanización de los servicios; pues es evidente que prima un modelo biomédico y mercantilista del enfoque de la atención en salud.

Respecto a los indicadores más relevantes sobre maternidad segura y su distribución en la ciudad, se tiene que los casos de mortalidad materna en el 2013 se presentaron en la comuna 6 (Doce de Octubre), la sífilis gestacional fue más frecuente en las comunas 1 (Popular), 4 (Aranjuez), 8 (Villa Hermosa), 10 (La Candelaria), 9 (Buenos Aires) y 2 (Santa Cruz), la sífilis congénita en 3 (Manrique) y 1 (Popular). Los embarazos adolescentes en el 2014 se registraron para el grupo de 10 a 14 años, mayoritariamente en las comunas de 2 (Santa Cruz), 60 (San Cristóbal), 1 (Popular), 2 (Aranjuez) y 70 (Altavista); para el grupo de edad entre 15 a 19 años, las comunas fueron 1 (Popular), 2 (Santa Cruz), 50 (San Sebastián de Palmitas), 70 (Altavista) y 60 (San Cristóbal).

En relación con la mortalidad perinatal y neonatal en el 2013, su ocurrencia fue más frecuente en las comunas de 8 (Villa Hermosa), 1 (Popular), 6 (Doce de Octubre), 4 (Aranjuez), y 10 (La Candelaria).

En otro orden de ideas, la atención integral a las víctimas de violencia basadas en género y sexual se encuentra fragmentada, y los protocolos para tal atención no son claros. En este aspecto en particular, se continúa observando falencias en las capacidades del recurso humano de los sectores de salud, educación, justicia y protección para un abordaje integral ante estas situaciones violentas. Es claro además, que no se cuenta con estrategias de coordinación con otros sectores dirigidas hacia la prevención de las violencias de género y sexuales. Las comunas donde más casos se reportan de violencia son: 1 (Popular), 3 (Manrique), 6 (Doce de Octubre), 7 (Robledo), 8 (Villa Hermosa), 13 (San Javier).

Por último, la débil participación de los actores del sector y de otros sectores para la prevención y atención generan un obstáculo para lograr un tratamiento oportuno en las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), ejemplo: (La aplicación de la Penicilina en forma inmediata y así como se debe hacer en los casos del manejo sindrómico). Otra dificultad es el incumplimiento de la solicitud de pruebas de VIH a todas las personas que consultan por cualquier (ITS).

Las infecciones de transmisión sexual se presentaron o se registraron con más frecuencia en las comunas de 3 (Manrique), 13 (San Javier), 8 (Villa Hermosa), 7 (Robledo), 6 (Doce de Octubre), 4 (Aranjuez) y 1 (Popular). Por otra parte, los casos de VIH en 10 (La Candelaria), 90 (Santa Elena) y 12 (La América), y la mortalidad por esta misma causa en 10 (La Candelaria), 7 (Robledo), 6 (Doce de Octubre), 5 (Castilla) y 4 (Aranjuez).

7.6. Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas

La Tuberculosis es una enfermedad multicausal, que se presenta especialmente en poblaciones vulnerables y en edades extremas, con desnutrición, enfermedades o condiciones inmunosupresoras entre otras y Afecta principalmente el grupo de 15 a 44 años, sin embargo, se ha visto un incremento de los casos en los mayores de 60 años. A partir de 2008 se ha registrado un incremento notable en los casos. A excepción del corregimiento de San Sebastián de Palmitas, todas las comunas reportaron casos de Tuberculosis en el año 2013, registrándose las tasas de incidencias más altas en la comunas de la zona Nororiental: 1-Popular), 4- Santa Cruz), 3-Manrique , 4-Aranjuez () y La Candelaria (), la tasa más baja se encontró en la comuna 14 – El Poblado. Se sigue perpetuando la transmisión de la enfermedad lo que impide lograr su control y adicionalmente genera muertes evitables si se realizan diagnósticos oportunos y tratamiento precoz. En la ciudad, la incidencia de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas también es elevada.

Medellín reporta en promedio 28 intoxicaciones por alimentos al año, los cuales son de manera frecuente en grupos familiares o empresas con eventos masivos. Los alimentos mayormente implicados son el pollo y los lácteos, sin embargo, no ha habido acceso a las muestras de alimento en todos los casos para orientar mejor las medidas de intervención. El municipio garantiza la investigación de campo para la intervención epidemiológica y de control sanitario sobre las empresas que ofrecen los alimentos buscando garantizar la inocuidad de los mismos. Esto

predispone a que las personas vulnerables, como los niños particularmente, presenten episodios de enfermedad diarreica aguda; que manejadas de forma inadecuada y sin oportunidad pueden generar casos graves que desencadenan en muertes.

En cuanto a las Infecciones asociadas a la atención en salud, el 70% de las UCI adultos y el 66% de las UCI/I adultos presentaron tasas acumuladas en algún momento del año por encima del valor de referencia nacional, lo que pone en riesgo la salud y la vida de la población con el aumento de la morbimortalidad y los costos para el sistema. Adicionalmente, el uso indiscriminado y la venta no regulada de antibióticos, aumenta el riesgo de la resistencia bacteriana y la disminución de las opciones terapéuticas exitosas

Enfermedades inmunoprevenibles

En la ciudad aún no se logra el control de enfermedades inmunoprevenibles como la tosferina; en el 2012 se inició un brote y hoy permanece como una endemia estable. En cuanto a Sarampión y Rubeola declaradas como eliminación en la región de las Américas, Medellín no tiene casos de Rubeola desde 2005 y de sarampión desde 1989, a la fecha se realiza vigilancia activa de estos casos para mantener el logro por las constantes amenazas internacionales de importación de virus.

Respecto a los casos reportados de tosferina por grupo de edad, se observa que la tasa más altas se registraron en el grupo de los 0 a 4 años (540,4 casos por cien mil habitantes), quienes presentaron el 75,7% de los casos reportados en la ciudad. Como se mencionó anteriormente, si bien los niños son el grupo de edad históricamente más afectado para esta enfermedad, la definición de caso establecida por el Instituto Nacional de Salud diferenciado por grupo de edad, las limitaciones para el diagnóstico favorece la mayor

notificación en los menores de tres meses y su respectiva confirmación por clínica, con el riesgo de sobreestimar la presentación del evento en este grupo de edad. A partir de 2001, se observa una endemia estable de la tosferina con incidencias anuales de menos de 10 casos por cien mil habitantes y que se extiende hasta el 2011.

En 2012 se presentó un aumento muy significativo de los casos en la ciudad con respecto al comportamiento de los años anteriores, alcanzando un tasa de incidencia de 61,5 casos por cien mil habitantes, esto fue debido principalmente a un brote que se desarrolló en varias Instituciones Educativas. En 2013 la tasa de incidencia fue de 43,1 casos por cien mil habitantes con una defunción. En cuanto a la incidencia de la parotiditis desde 2005 (4,87), se observa una tendencia estable entre el año 2005 a 2007, luego dos picos para los años 2008 y 2009 (106 y 83 por cien mil), y finalmente una tendencia sostenida desde 2010 (18,8). En cuanto a la Hepatitis en la ciudad fue de 14,7 casos por cada cien mil habitantes, por lo tanto, no se logra el impacto esperado en el control de estas patologías permaneciendo como un evento importante en la carga de la morbilidad en la ciudad.

El programa ampliado de inmunizaciones cuenta con lineamientos nacionales, los cuales dan a cada ente territorial una meta programática poblacional por rangos de edad para cumplir coberturas útiles por biológicos, que corresponde al 95%. Se evidencia falta de coberturas útiles (95%), lo que permite que se aumenten los riesgos de presentar enfermedades inmunoprevenibles. El no cumplimiento de las coberturas útiles se presenta por razones sociales y comportamentales de la población, relacionado con la cultura que genera barreras en el acceso, así como la limitada oferta de los servicios de salud por capacidad instalada insuficiente debido a la alta demanda poblacional

Condiciones y situaciones endemo-epidémicas

Medellín, es una ciudad endemo-epidémica para la presentación de dengue, con condiciones climáticas adecuadas para la reproducción de los vectores *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, además de condiciones socio culturales que favorecen este tipo de eventos de interés en salud pública permanezcan. Al evaluar la distribución de la carga del dengue por comuna encontramos que a excepción del corregimiento de Palmitas, todas las comunas han reportado casos, registrándose las tasas de incidencias más altas en las comunas de San Javier, Santa Cruz, Guayabal, La Candelaria y el corregimiento de Altavista. El riesgo de transmisión por la mayor presencia de criaderos e infestación de mosquitos perpetua la transmisión de la enfermedad, por lo que no se logra su control que tiene impacto negativo en la morbimortalidad.

El riesgo de transmisión por la mayor presencia de criaderos e infestación de mosquitos perpetua la transmisión de la enfermedad, por lo que no se logra su control que tiene impacto negativo en la morbimortalidad.

Las enfermedades zoonóticas en la ciudad han tenido dos grandes líneas de acción, una enfocada al evitar la presentación de casos de rabia transmitida por perros y gatos y otra enfocada al control de la población de caninos y felinos en la ciudad a través del programa de esterilización quirúrgica de estas especies. En cuanto a la *Leptospira* han registrado un tendencia al incremento; se ha registrado una defunción por esta causa en los últimos 3 años. La Rabia Humana: Medellín nunca ha tendido esta situación, sin embargo, el último caso de rabia en perros se registró en 1986 en granizal.

En gran parte de Medellín se encuentra con coberturas de vacunación en caninos y felinos entre el 20 y 50%, tres comunas (Popular, Santa

cruz y Robledo) y un corregimiento (San Sebastián de Palmitas) entre el 50 y 80%, una comuna (Aranjuez) y un corregimiento (San Antonio de Prado) por encima del 80 % y una comuna (Poblado) por debajo del 20%. Si no se logra el control aumenta la probabilidad de enfermedades zoonóticas que impactan de manera negativa la morbimortalidad por esta causa y el riesgo de reintroducción de la rabia. Incremento de la Incidencia y mortalidad por leptospirosis y riesgo de reintroducción del virus de la Rabia

7.7. Dimensión: Emergencias y Desastres

Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

En la ciudad de Medellín se identifican debilidades en la gestión integral de los riesgos, existiendo zonas de alto riesgo donde los equipos de atención de emergencias y desastres en muchos casos no logran acceder a estos lugares a para realizar las acciones de mitigación y reducción del riesgo.

Por otro lado, ante una situación de multitud de lesionados se tienen dificultades para el ingreso de los afectados a ciertas instituciones de salud, por el estado crítico de los servicios de urgencias de la ciudad. Además, no se cuenta con un sistema de información robusto que permita direccionar a los afectados, con el fin de descongestionar y optimizar los recursos. Es importante mencionar además, que la ciudad no cuenta con los suficientes componentes sanguíneos y sangre para abastecer la demanda del municipio, se observa alto consumo de hemocomponentes por las instituciones y baja captación de estos en la población.

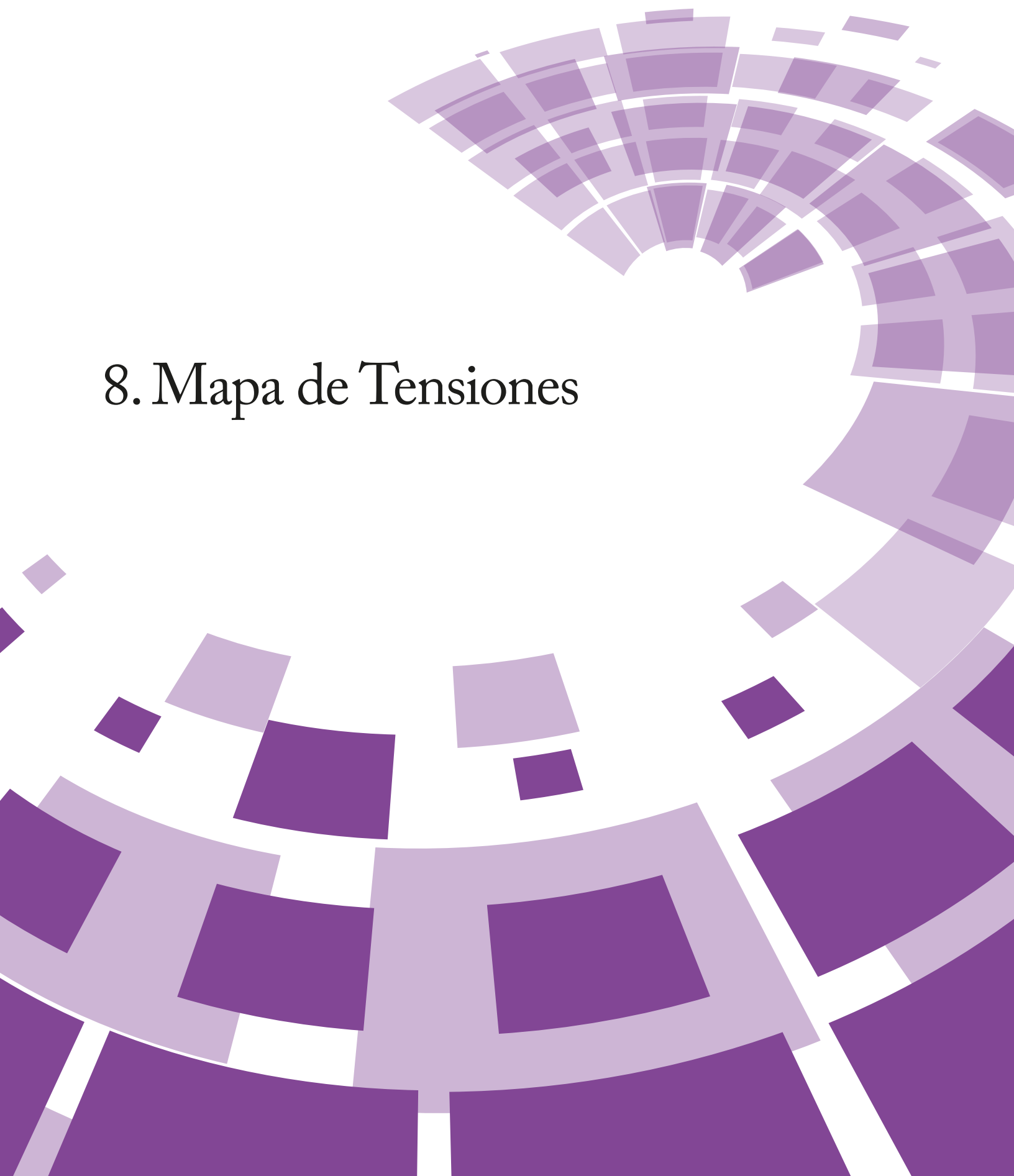
7.8. Dimensión: Salud y Ámbito Laboral

Seguridad y salud en el trabajo

El alto nivel de trabajo informal en la ciudad de Medellín, sin aseguramiento en riesgos laborales. El poder adquisitivo de las personas que trabajan en el sector informal, no les alcanza para afiliarse al sistema como lo obliga el SGSSS por el alto costo que les representa. Por otro lado, los trabajadores informales desconocen los riesgos a los cuales están expuestos, presentando así estilos de vida insalubres en los trabajos, no usan o lo hacen de forma indebida los elementos de protección; tampoco hay educación de autocuidado y actitudes laborales.

No se visibiliza la verdadera situación de las enfermedades laborales de los trabajadores informales, debido a la falta de un registro adecuado y seguimiento en el tiempo de estos trabajadores.

8. Mapa de Tensiones

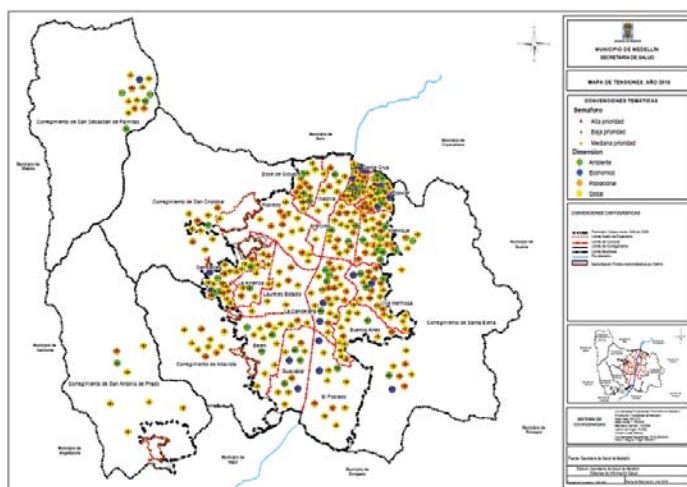


8. Mapa de Tensiones

Una vez identificadas las tensiones y basados en los diferentes conceptos construidos durante su configuración y valoración, las fuentes de información existentes, como el ASIS, las estadísticas vitales indicadores de ciudad, conversatorios con los líderes de cada comuna y corregimiento entre otros, se

valoró y se procedió a ubicar una por una, cada tensión.

Como resultado se obtuvo un mapa, donde se destaca que la mayor parte de las tensiones tienen como común denominador lo Poblacional y lo Social, según las dimensiones PASE y con mayor concentración en unas comunas determinadas.



Este mapa se socializó con los grupos que habían participado en su construcción, para considerar el porqué se daban estas situaciones en la ciudad. Bajo una metodología de lluvia de ideas que explicaran esta situación, se pudo identificar cuatro grupos o “causas de las causas”, que originaban todas las tensiones identificadas. Estas causas se denominaron bajo la metodología BIT-PASE como los Ejes Estructurantes de la Situación en Salud.

9. Ejes estructurantes de la situación de salud



9. Ejes estructurantes de la situación de salud

Dentro del marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública, se identificaron cuatro ejes estructurantes, los cuales se consideran como los generadores de las principales tensiones referentes a las dimensiones del desarrollo humano y la situación de salud actual, estos ejes estructurantes, son la plataforma sobre la cual se construyen los retos y metas de salud para Medellín a partir de acciones transformadoras de ciudad:

9.1. Dinámicas poblacionales

La migración a la ciudad de Medellín en el transcurso de los siglos XX y XXI ha tenido como motivaciones: el crecimiento industrial y económico, la búsqueda de mejores oportunidades y/o un refugio de la violencia, debido a este desarrollo; la ciudad ha avanzado en el fortalecimiento de programas sociales y ha trabajado en la calidad en salud y educación, lo que hace la ciudad muy atractiva para muchas personas.

Algunas de las características comunes que compartían estas personas son: bajos recursos económicos y con capacidades diferentes a las dinámicas de la ciudad; que sumada a los altos costos de vida, incrementan la dificultad en su adaptación y estilos de vida diferentes, para poder sobrellevar la situación en la ciudad.

Estas personas se fueron agremiando y asentando en barrios localizados en la periferia de la ciudad, en las comunas Nor-Oriental, Centro-Oriental, en el Nor-Occidente (Comuna 5) y al Occidente (Comuna 13), muchas de las viviendas se ubicaron en orillas de quebradas, lotes baldíos o con restricciones, y su construcción fue irregular;

todo este proceso migratorio evidenció que no fue pensado en su momento, ni hubo una correcta planeación o regulación para manejarlo, lo cual, con el tiempo comenzó afectar el desarrollo social, la salud y ampliar las brechas de inequidades.

9.2. Ciudadanía y cultura

La anomia o falta de acatamiento de las normas en diferentes esferas y contextos de la población, afectan los estilos de vida y convivencia de las personas, pues en ocasiones su incumplimiento o desinterés ponen en riesgo la vida y salud. No hay un buen ejercicio de ciudadanía, hay una cultura basada en el asistencialismo, se exigen algunos derechos pero se desconocen los deberes inherentes al ejercicio ciudadano, falta respeto y educación en ética y valores. La idiosincrasia de los habitantes de la ciudad limita el ejercicio básico de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

9.3. Gobernanza, rectoría y articulación

La normatividad vigente no es compatible con la realidad local, falta fortalecer las políticas para mejorar las condiciones de vida y de equidad. Adicionalmente, existe un desconocimiento del impacto generado por las intervenciones que repercuten en la salud de las personas.

La desarticulación entre los diferentes actores que intervienen en los procesos orientados al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, no logran los impactos esperados por la desagregación y falta de continuidad de las acciones.

9.4. Concepción de la salud

La visión no integral del ser humano y su consecuente aplicación en salud (médico-clínico) y bienestar ciudadano (planes y políticas de asistencialismo), han generado que las acciones y políticas sean desarticuladas con un enfoque meramente mórbido y asistencialista que no mejoran las condiciones de vida. Adicionalmente, las personas no asumen la responsabilidad sobre su propia salud, delegando su cuidado a las instituciones de salud, sin incorporar en su vida hábitos de vida saludable.

Para dar respuesta a los objetivos estratégicos planteados y alcanzar la visión de ciudad, se plantea desarrollar un plan de salud con enfoque territorial y poblacional, donde de forma transectorial se considere el abordaje de los determinantes sociales y ambientales de la salud y así trabajar para aportar a la disminución de las inequidades en salud y al mejoramiento de la calidad de vida de la población de Medellín.

10. Retos y metas



10. Retos y metas

Una vez se comprendió la situación de salud de la ciudad, se identificaron las tensiones y se definieron las condiciones deseadas, se tiene claridad frente a las transformaciones que se deben alcanzar y lograr; en este aspecto, se configuraron los retos y las metas que permitirán a la ciudad de Medellín avanzar y mejorar el estado de salud de su población.

A continuación, se presentan los retos y las metas para la ciudad de Medellín a 2019 según las dimensiones establecidas por el PDSP, y armonizadas con las metas nacionales a 2021. Estas metas serán gestionadas para lograr lo propuesto, desde una perspectiva de territorio, curso de vida y enfoque diferencial, a través del desarrollo de las intervenciones y estrategias integrales en salud que se realizan desde los modelos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, prestación de servicios de salud y la intervención de los determinantes de la salud, manteniendo el enfoque de Salud en Todas las Políticas, bajo el esquema de un trabajo articulado con todos los actores del sector salud y demás sectores considerando las competencias y alcances municipales, la viabilidad de las estrategias y el marco de acción.

Retos trazadores del Plan Territorial de Salud.

Considerando el Objetivo del Plan y los cuatro objetivos estratégicos, se definen los siguiente retos trazadores, que dan cuenta del desarrollo integral de la ciudad en materia de salud, bienestar y calidad de Vida.

- Disminuir los años de vida potencialmente perdidos por enfermedad evitable pasando de 9.6 años por mil personas a 9.5, lo que se estima una reducción en 24.000 años en los cuatro años.
- Disminuir la mortalidad infantil pasando de 8.2 a 7.8 por mil nacidos vivos, lo que equivale a evitar la muerte de 11 niños menores de un año.
- No superar de 9.1 la mortalidad en menores de 5 años por cada mil nacidos vivos, lo que equivale a evitar 269 fallecimientos.
- Disminuir las brechas de desigualdad en salud en los diferentes territorios, considerando las situaciones de salud priorizadas.

10.1. Dimensión: Salud Ambiental

Componente Hábitat saludable

- Aumentar el Índice de salud ambiental a 30% en el municipio de Medellín a partir de la línea de base
- Disminuir La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda EDA pasando de 2.1 a 1,5 por 100.000 menores de 5 años
- No superar de 0.1 por cien mil personas la tasa de mortalidad por dengue
- Disminuir la letalidad por dengue en menos del 2 por ciento
- Implementar el protocolo de caracterización de intervención sanitaria de sustancias químicas y biológicas definido por el Ministerio de Salud. (agroindustria, desarrollos tecnológicos como determinantes de riesgo del aire, ruido, riesgo químico y residuos hospitalarios)

- Aumentar la cobertura de alcantarillado en el Municipio de Medellín, pasando de 88,6% a 95,39%
- Formular e implementar una metodología que permita calcular la carga ambiental de la enfermedad de los eventos priorizados relacionados con la problemática ambiental.
- El 70% de los establecimientos de alto riesgo de interés sanitario serán vigilados y controlados, según censo territorial.
- Lograr un 100% en la vigilancia entomológica de vectores de dengue, chikunguña y zika efectuada.
- El municipio de Medellín, logrará implementar el componente de Salud Ambiental, del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC.
- Aumentar la cobertura de Acueducto en el Municipio de Medellín, pasando de 95,81% a 97,44%
- Se contará con mapas de riesgo del 100% de los sistemas de abastecimiento de agua de las comunas y corregimientos; así mismo se realizará vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, en los diferentes sistemas de abastecimiento.
- Se tendrá incluido y con monitoreo el componente de salud ambiental en el Plan de Desarrollo Territorial y de Ordenamiento Territorial POT.
- Implementar intervenciones para las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis de acuerdo a los lineamientos de la EGI definida por el ministerio
- Ampliar y optimizar los acueductos veredales a 6

Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.

- Se diseñará, e implementará en un 25% el sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a la exposición a radiación solar ultravioleta.
- Implementar en un 80% el protocolo de vigilancia de calidad del aire.
- Implementar en un 60% el Sistema de Vigilancia en salud ambiental
- Se logrará implementar el protocolo de caracterización de intervención sanitaria de sustancias químicas según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud (agroindustria, desarrollos tecnológicos como determinantes de riesgo del aire, ruido y riesgo químico.
- Reducir la tasa de mortalidad por accidentes viales por cada 100.000 habitantes, pasarla de 11 a 9,4.

10.2. Dimensión: Vida saludable y condiciones no trasmisibles

Modos, condiciones y estilos de vida saludables

- Posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes por encima de 14 años
- Lograr el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados, en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009
- Incrementar el consumo diarios de frutas y verduras a 2 porciones diarias los siete días a la semana

- Incrementar en 10% la prevalencia poblacional de actividad físicamoderada global en la población general
- Se pospone la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de 14 años
- Se incrementará en un 10% la prácticas de autocuidado para prevención y manejo de cáncer de mama, cérvix, próstata
- La elaboración y documentación del 100% de la política pública transectorial de estilos de vida saludable.
- Se aumentará anualmente 40 alianzas con organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT, a nivel local.
- Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en población de 18 -69 años a 17%
- Implementar en un 30% la política pública de salud bucal.

Condiciones crónicas prevalentes

- Disminuir la mortalidad ajustada por Cáncer de Cuello Uterino a 4 por 100.000 mujeres
- Se logrará que la proporción de mortalidad temprana por Hipertensión arterial sea del 6%
- La proporción de mortalidad temprana por Diabetes Mellitus será del 16%
- Incrementar al 5% la prevalencia de la población sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia Índice de Caries Dental (COP=0).

- Incrementar en un 10% las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y crónicas y sus factores de riesgo.
- Se identificará los defectos refractivos en niños entre 2 y 8 años y tratar al 100% de los niños identificados
- Acceso oportuno al tratamiento de Leucemia, del 100% de los casos identificados
- Identificar la hipoacusia en niños de alto riesgo de 0 a 12 años, y tratar el 100% de los identificados

10.3. Dimensión: Convivencia Social y Salud Mental

Promoción de la salud mental y la convivencia

- Disminuir el nivel de victimización pasando del 15% al 12%.
- En armonía con el aumento en la resiliencia a nivel nacional, para Medellín se aumentara el Índice de Condiciones para la Reconciliación Nacional, pasando de 43.8 a 47.
- Política pública de salud mental modificada, reglamentada, implementada y evaluada que responda al tema de salud mental de manera integral.
- Lograr el 100% de la estrategia para la prevención del primer consumo implementada
- Estrategias para la implementación de las garantías de no repetición tanto en su dimensión reparadora como preventiva (Índice de Condiciones para la Reconciliación Nacional)

Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

- Se disminuirá la tasa de homicidios en pasando de 20 casos por cada 100 mil habitantes a 15
- Aumentar la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas (marihuana) a 15 años.
- Disminuir la tasa de suicidio en la ciudad de Medellín, pasando de 5.8 a 5 por cada 100.000 personas para el 2019
- Aumentar la frecuencia de uso de servicios de salud mental en 2 puntos porcentuales , según trastorno y a partir de la línea de base

10.4. Dimensión: Seguridad Alimentaria y Nutricional

Disponibilidad y acceso a los alimentos

- Reducir el porcentaje de hogares que se perciben con inseguridad alimentaria, pasando de 47,7 a 43,7
- Aumentar el número de personas capacitadas en temas de alimentación y nutrición, pasando de 46.000 a 50.000 personas para el año 2019.
- Aumentar el número de huertas para el autoconsumo y/o comercialización establecidas, pasando de 1.600 a 3.600 huertas-

Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos

- Incrementar en 8 puntos porcentuales, el número de madres que brinda lactancia materna en la primera hora de vida, hasta lograr una meta

del 64,6% (línea de base 56,6%, fuente Ensin 2010)

- Incrementar el tiempo promedio de lactancia materna exclusiva en 2,3 meses más de la línea base, hasta lograr una meta de 3 meses. Línea de base ENSIN 2010 (21 días).
- Pasar de 13% a 9.9 % la proporción de niños y niñas menores de seis años en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla) de los niños que asisten al programa de crecimiento y desarrollo
- Disminuir de 2.% a 1.6 % la proporción el número de niños y niñas menores de seis años con desnutrición aguda (peso/talla,) de los niños que asisten al programa de crecimiento y desarrollo
- Disminuir de 20.2% a 19.8% el porcentaje de niños y niñas menores de seis años con sobrepeso y obesidad) de los niños que asisten al programa de crecimiento y desarrollo

- Mantener en cero las muertes por desnutrición en niños y niñas menores de seis años en la ciudad de Medellín (Estadísticas Vitales DANE)
- Reducir la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término pasando de 10.2% a 9.5%

Calidad e inocuidad de los alimentos

- 100% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo. (Línea base 80%, SIVICOF)
- 70% de los establecimientos vigilados y controlados, implicados y notificados en brotes de ETA. Incrementar en un 10% sobre la línea base (Línea base 60%, SIVIGILA)

10.5. Dimensión: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género.

- Se Adaptará, implementará y evaluará la Política pública en Sexualidad y Derechos sexuales y Reproductivos en el Municipio de Medellín.

Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos

- La tasa de mortalidad materna llegará a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos
- Se logrará que la tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años sea de 65,4 nacidos vivos de madres (15 a 19 años) por cada 1.000
- Alcanzar que el 90% de las mujeres gestantes tengan 4 o más controles prenatales
- Aumentar en un 20% la proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de Gestación
- La tasa de fecundidad específica en niñas de 10 a 14 años será de 2,5 nacidos vivos
- El 100% de las personas atendidas para el restablecimiento de los derechos y garantías de las víctimas de violencias sexual
- Implementación de la ruta contra la Explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, ESCNNA
- Evitar que la prevalencia de infección por VIH supere el 0,5% de la población

- Se logrará que la incidencia de sífilis congénita sea de 0,5 casos o menos por mil nacidos vivos

- Mantener el porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menos del 2% del total de niños expuestos.

- La proporción de Embarazos en adolescentes de 10-19 años en el municipio de Medellín será de 19,7%.

- Proporción de embarazo adolescente de 15 - 19 años en el municipio de Medellín será de 17,5%.

10.6. Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas

- Reducir a menos de 2,6 por 100.000 habitantes de la ciudad la mortalidad por tuberculosis.
- Aumentar al 85% el éxito terapéutico de pacientes con Tuberculosis TB
- Reducir a 8,9 por cien mil casos la mortalidad por ERA en menores de 5 años.
- Reducir a menos de 27 casos por 100.000 la tasa de incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos
- Reducir a 1,5 la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda EDA
- 100% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo.

- Reducir a menos de dos, la tasa de densidad de infección asociada a catéter central en Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos.

Enfermedades inmunoprevenibles

- Mantener en cero la tasa de incidencia de casos autóctonos de los eventos del plan de eliminación y/ o erradicación (polio, SRC, sarampión, rubeola, difteria, rabia, tétanos neonatal) y por debajo de dos casos las muertes por tosferina en menores de 5 años.

- Lograr coberturas útiles de vacunación en menores de 1 año (biológico trazador DPT)

Condiciones y situaciones endemo-epidémicas

- Reducir la letalidad por dengue grave por lo menos al 2% en el municipio de Medellín
- Evitar que la tasa de mortalidad por dengue sea superior a 0,1 en el total de la población de la ciudad
- 100% de implementación del componente de inteligencia epidemiológica en la estrategia de gestión integrada EGI para el control de enfermedad transmitidas por vectores.
- Mantener por debajo de 2 casos por 100 mil personas, las muertes por tosferina.

10.7. Dimensión: Emergencias y Desastres

Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

- Atención integral y oportuna del 100% emergencias y desastres.

- Alcanzar el 95% en cobertura de instituciones que reportan al sistema de información para la vigilancia en salud.

- Se logra incluir en el 100% de los planes hospitalarios de gestión del riesgo las acciones de suministro de sangre y componentes sanguíneos seguros.

Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres

- No superar los 14 minutos en el tiempo de la atención pre hospitalaria en caso de urgencias, y en emergencias y desastres

10.8. Dimensión: Salud y Ámbito Laboral

Seguridad y salud en el trabajo

- Desarrollar, implementar y evaluar el plan intersectorial y participativo de promoción de la salud de las poblaciones vulnerables a riesgos ocupacionales con enfoque diferencial, dirigidos a prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población
- Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo por lo menos en el 50% de una muestra seleccionada de empresas afiliadas a las ARL
- Lograr la articulación con las ARL para el fortalecimiento e implementación de metodologías efectivas que promueven la salud de los trabajadores.

Situaciones prevalentes de origen laboral

- Implementación en el 100% de un sistema de vigilancia epidemiológico de morbimortalidad laboral en el sector informal.

10.9. Dimensión fortalecimiento autoridad sanitaria

- Consolidación y apropiación social de la estrategia Ciudades y Comunidades Saludables OMS/OPS con sistematización, monitoreo y evaluación de sus resultados.

- Contar con un plan de comunicación para la salud desarrollado, implementado de forma intersectorial e interinstitucional y que cuente con un sistema de evaluación en el 100%

- El 50% de los casos de triage III, IV y V son regulados al nivel de atención adecuado.

- Lograr en un 100% un sistema para la atención de urgencias, emergencias y desastres operando las 24 horas de los 365 días del año.

- Aumentar el acompañamiento a las Instituciones prestadoras de servicios de salud con asistencia técnica en procesos de calidad, pasando de 200 a 600 instituciones

- El 50% de las instituciones prestadores de servicios de salud que logran un nivel adecuado de la implementación del PAMEC (Pautas de Auditoría para el Mejoramiento a la calidad en Salud)

- La Ciudad cuenta con un sistema de información y conocimiento integrado y articulado con los actores del sistema de salud y logrando la apropiación social del conocimiento

- Lograr un acompañamiento en todas las comunas y corregimientos para la gestión territorial basada en comunidad y participación social en salud

- Lograr que el 50% de las Instituciones y Organizaciones focalizadas en las ciudad implementen acciones de apropiación social del conocimiento para el control social

- Cobertura superior en la afiliación al SGSSS pasando del 97,5% al 98.5%

- Disminuir el porcentaje de déficit de cobertura del régimen subsidiado certificada por el Ministerio de Salud, pasando de 4% al 2% (50% del déficit de cobertura certificada por el Ministerio en el año anterior)

- Lograr el 100% en el acceso a servicios de salud de primer nivel para la población pobre no asegurada (PPNA garantizado)

- Lograr el 95% del fortalecimiento a las instituciones de la red Pública.

- El 80% de Instituciones priorizadas con acciones de vigilancia del acceso implementadas

- Se consolida el modelo integral de atención en salud- MIAS, basado en la política integral de atención en salud del país,

- Ruta de atención integral sociosanitarias para la población vulnerable implementada.

- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y sus redes de atención para el abordaje integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles con acompañamiento.

- Disminución de los AVPP por enfermedad evitable pasando de 9.6 a 9.5 años por cada 1000 personas

11. Líneas operativas

An abstract graphic design featuring a complex, layered pattern of red and pink geometric shapes. The pattern consists of numerous overlapping squares and rectangles of varying sizes and shades, arranged in a way that creates a sense of depth and movement. The colors range from light pink to deep red. The overall effect is a vibrant, textured background that frames the central text.

11. Líneas operativas

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

11.1. Línea de promoción de la salud

Conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones de:

- Formulación de políticas públicas.
- Movilización social.
- Generación de entornos saludables.
- Generación de capacidades sociales e individuales.
- Participación ciudadana.
- Educación en salud.

11.2. Línea de gestión del riesgo en salud

Conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas para que en el sector salud o fuera de él tengan a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser la declinación de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera logrado evitarse.

Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza como la frecuencia y la severidad de un evento o de los eventos, a través de una secuencia de actividades que incluye la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Las amenazas pueden estar causadas por el medio ambiente, la actividad laboral, la tecnología, los comportamientos humanos, la epidemiología poblacional y los factores biológicos de las personas, entre otros. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de una enfermedad, su evolución negativa o su complicación. Esta línea incluye acciones de:

- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial.
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial.
- Modificación del riesgo.
- Vigilancia de la gestión del riesgo.
- Gestión de la calidad de la atención.
- Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes.

11.3. Línea de gestión de la salud pública

Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos. Orienta la integración de manera coordinada y efectiva, las acciones de todos los actores que operan en el territorio, y garantiza el cumplimiento del rol de cada uno, armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados. Esta línea incluye acciones de:

- Conducción
- Sostenibilidad del financiamiento
- Garantía del aseguramiento
- Fiscalización
- Intervenciones colectivas
- Movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía

11.4. Acciones Intersectoriales

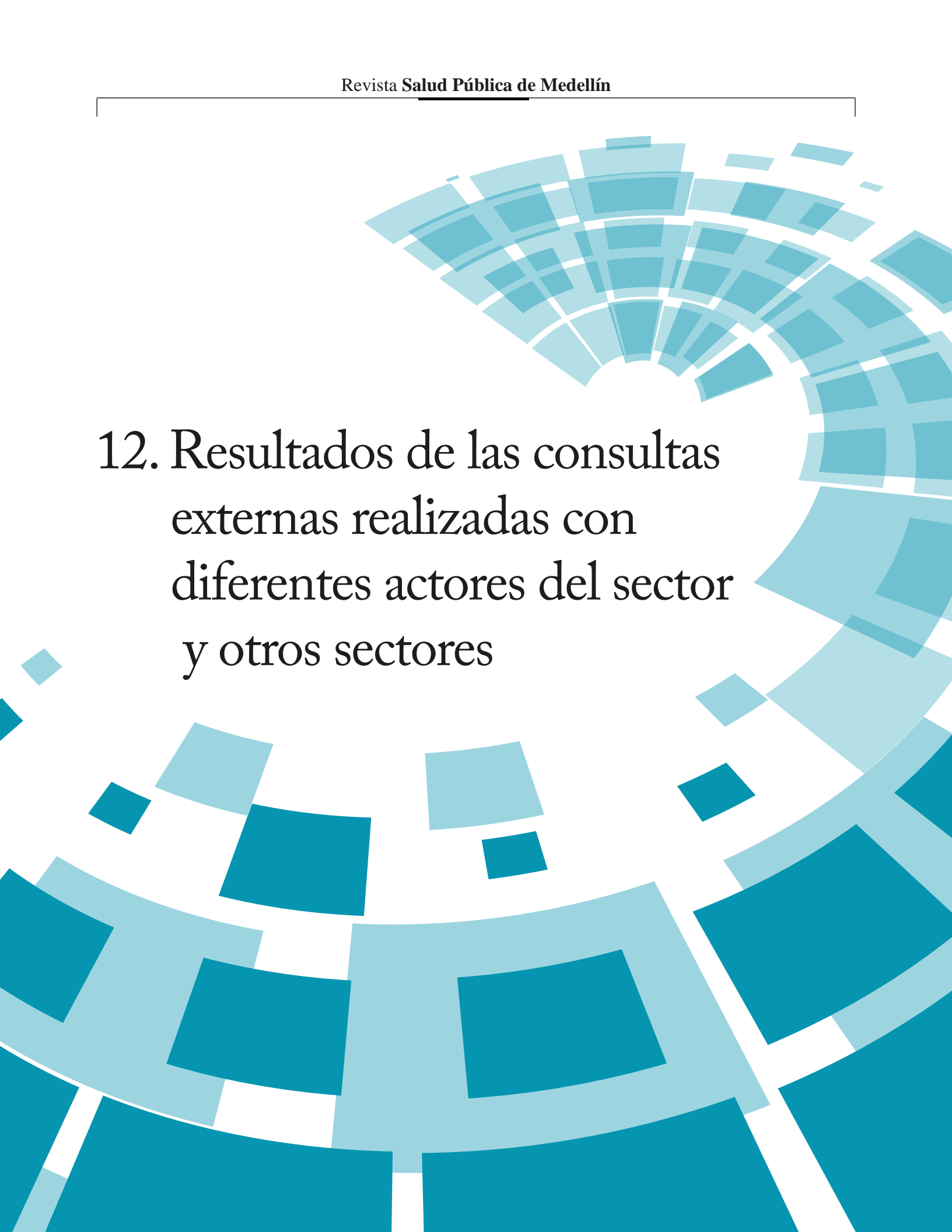
Adicionalmente a las líneas operativas planteadas por la nación el Plan Decenal de Salud Pública, para Medellín es fundamental el fortalecimiento del trabajo intersectorial y transectorial para el cumplimiento de las metas propuestas y los objetivos planteados, y más aún cuando las estrategias del Plan Municipal se basan en el enfoque de Salud en todas las políticas.

En este sentido se define la intersectorialidad como la integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales, con dos connotaciones, la primera se refiere a la integración entre sectores que posibilita la búsqueda de soluciones integrales (desde la implementación de políticas públicas integrales y globales) y la segunda es la integración entre sectores permitiendo que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemas sociales (crea mejores soluciones al compartir los recursos que son propios de cada sector)⁶

La Transectorialidad se define cuando un sector o una autoridad tiene influencia y sus decisiones toman el carácter vinculante con las decisiones de otros sectores, en Salud esta se traduce cuando se incide en la construcción de políticas públicas o decisiones que afectan positivamente el estado de salud y bienestar de una población, en otras palabras toma el enfoque de Salud en Todas las políticas.⁷

⁶ Nuria Cunill Grau. *La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21 Oct. 2005*

⁷ OMS. *Cerrando La Brecha: La Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil, 19-21 Oct, 2011.*



12. Resultados de las consultas externas realizadas con diferentes actores del sector y otros sectores

12. Resultados de las consultas externas realizadas con diferentes actores del sector y otros sectores.

La Secretaría de Salud de Medellín comprometida con el bienestar de la ciudadanía, establece un mecanismo de inclusión de actores como un proceso direccionado para la planificación, desarrollo articulado y evaluación de acciones. Este proceso será continuo, lo que implicará el establecimiento de agendas de trabajo lideradas por la Alcaldía, con el fin de monitorear la eficacia de las acciones trabajadas en pos de las necesidades específicas de los diferentes territorios. En este contexto, mantener relaciones de largo plazo con los actores que influyen en la salud de la ciudad, es un prerrequisito para una adecuada gestión del riesgo.

De las reuniones realizadas en esta primera etapa de articulación con los actores que influyen en la salud de la ciudad de Medellín, se identificó:

12.1. Comunidad

Bajo la dinámica de la estrategia PASE a la Equidad en Salud, se trabajó en la socialización del PDSP con la comunidad y con ellos, en la identificación de las tensiones que visualizaban y vivían como ciudadanos.

Este trabajo se desarrolló por comunas, donde cada una tuvo la posibilidad de expresar sus necesidades sentidas, proponer posibles soluciones e identificar responsables para mejorar las situaciones detectadas; durante este intercambio también se dió la oportunidad de que las comunidades pudieran compartir los diferentes avances que han logrado en diversos aspectos que los afectan, por medio del acompañamiento que han recibido desde la instancia institucional.

Además de que las tensiones identificadas concuerdan en un alto grado con las ya expresadas anteriormente, las necesidades y características de las tensiones que relata la comunidad se pueden clasificar en seis categorías que se describen a continuación:

- **Compromisos y deberes ciudadanos:** la comunidad identifica la indiferencia social y la falta de acatamiento de las reglas y normas de convivencia entre vecinos como acciones que afectan su salud en diferentes dimensiones, algunas de esas situaciones comunes son: música a alto volumen, vehículos altamente contaminantes, manejo y disposición inadecuada de basura en andenes y quebradas, manejo inadecuado de mascotas, mal uso y apropiación del espacio público al destinarlo a otro tipo de actividades como parqueaderos, sitios de comida callejera, entre otros.

Otra situación identificada, fue la falta de interés de las personas en buscar información o referencias respecto a los programas, proyectos y servicios que ofrece el Municipio en diferentes ámbitos.

- **Falta de educación:** varias de las tensiones identificadas tienen en común la falta de educación, preparación, y capacitación en temas como el manejo ambiental de residuos, prácticas de manipulación de alimentos, salud mental, salud sexual y reproductiva, prevención y control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y laborales, así como prácticas de autocuidado en las diferentes dimensiones.

- **Falta y mejoramiento de los canales de comunicación y divulgación de los programas y servicios existentes,** la comunidad identificó la falta de interés en algunos por buscar información, también manifiestan que los canales actuales no han tenido la suficiente penetración y cobertura para informarlos adecuadamente, de tal manera que les permita empoderarse, conocer las rutas de atención y saber a quién acudir.

- Falta de control, intervención y vigilancia: Las diferentes comunas concuerdan en que parte de las tensiones también son provocadas por la falta de intervención, acciones y sanciones desde la Institucionalidad, a los violadores de normas. Falta evaluación, seguimiento, control y veeduría ciudadana en cuanto a los servicios que reciben, pues identifican algunos con baja calidad y cobertura.

- Baja calidad y cobertura en los servicios: la comunidad manifiesta que estas carencias deterioran aún más sus estados de enfermedad, por la no disposición de medicamentos o vacunas, horarios de atención muy limitados, ausencia de servicios y falta de citas, que los obliga a desplazarse a otros sitios de la ciudad o recurrir a la automedicación.

- Espacios, infraestructura de equipamientos: la comunidad manifiesta que varios de los espacios existentes, se encuentran en mal estado, a otros aún les falta mejorar las condiciones de accesibilidad a población con movilidad reducida, en otros, se observa un uso inadecuado, y en otras ocasiones la comunidades no se apropia bien de estos espacios

En lo referente a la parte de la infraestructura, la comunidad tiene identificadas, algunas zonas de la ciudad donde se necesitan intervenciones de acueducto y alcantarillado, para poder mejorar sus condiciones mínimas de vida.

Respecto a las posibles soluciones y responsabilidades, la comunidad identifica la necesidad de un trabajo articulado desde la institucionalidad municipal, como de otras organizaciones y de la misma comunidad. Se identifican plenamente varios de los servicios y programas que se ofrecen en la ciudad, y actores que los ayuden a mejorar cada una de las tensiones señaladas, se resalta también las diferentes formas de participación ciudadana existentes, como canales para llegar a un mayor número de ciudadanos.

12.2. Instituciones Prestadoras de servicios de salud

Desde el enfoque poblacional y diferencial, las comunidades indígenas manifiestan la necesidad que el conocimiento ancestral y no occidental sea tenido en cuenta en los diversos momentos culturales y de educación, con especial fuerza en el cuidado del medio ambiente, de la tierra y observando a las personas desde su integralidad que lo compone desde el cuerpo, mente y espíritu. Es prioritario realizar un abordaje integral con las comunidades indígenas, generando una cultura del cuidado integral, pero teniendo en cuenta sus experiencias y perspectivas, procurando una adecuada relación entre la tierra y el individuo, con un enfoque del alma y espiritual y desde la etno-educación.

Con respecto a las enfermedades transmisibles, se enfocaron que las aguas estancadas desde lo energético se considera “malo” porque lo que no se mueve es muerte, que es necesario identificar la medicina indígena y ancestral para la prevención y el trabajo de las enfermedades. Además, las diferentes etnias manifestaron que desde los sistemas de información es necesario identificar la variable de etnias para conocer la situación de salud de cada una. Es importante trabajar el ámbito laboral, en su gran mayoría son del sector laboral informal.

En la población de niños, niñas y adolescentes, es importante la formación pedagógica para el aporte de la cultura del cuidado integral en todos los entornos, focalizando desde la salud ambiental en manejo de los recursos ambientales, el manejo adecuado de las basuras, los residuos de las mascotas y la parte de la protección animal. La otra dimensión importante para este grupo poblacional es la relacionada con la salud sexual y derechos reproductivos, por medio de la educación en las familias sobre el cuidado del cuerpo y la necesidad del acompañamiento del adulto sobre éste tema, además de generar estrategias para ir en contra de la explotación sexual comercial infantil en niños, niñas y adolescentes evitan-

do la revictimización, trabajando en la garantía de la no repetición.

En los jóvenes es necesario trabajar desde la dimensión de la convivencia y salud mental con respecto a la garantía y no repetición en relación al tema de violencias urbanas derivado del post-conflicto, trabajando de forma articulada entre la institucionalidad. Es importante trabajar el tema de masculinidades y la garantía de la ruta de atención de policonsumo y del diagnóstico dual del consumo, teniendo un enfoque de sujeto de derechos. Es necesario desde el trabajo de participación social, articular a las organizaciones juveniles para desarrollar estrategias innovadoras de intervención en los temas de suicidio, depresión, agresión, bullying, reconociendo las iniciativas juveniles que trabajan sobre este tema.

Las personas en situación de discapacidad, manifiestan la necesidad de revisar todas las barreras de acceso a los servicios de salud, realizaron mayor énfasis desde la infraestructura. En la dimensión de salud sexual y derechos reproductivos, trabajar el goce efectivo en la sexualidad y de una forma responsable. Además para la prevención de las enfermedades crónicas es necesario tener espacios del deporte sin límites o sin barreras, para ellos poder ejercitarse. Desde la seguridad alimentaria es importante realizar procesos educativos teniendo en cuenta que dentro de una familia hay individuos que deben alimentarse diferente por sus condiciones de enfermedad o de situación de discapacidad, generando estrategias articuladas con los distintos actores para apoyar la alimentación saludable, también es necesario realizar un trabajo articulado para la intervención de la población con ésta situación desde la primera infancia, para el acceso de los complementos alimentarios que por su condición, muchas veces no pueden acceder, porque muchos de estos complementos se encuentra en las instituciones educativas o en programas de buen comienzo que para éstas personas es difícil de acceder, además reconocen

una exclusión en el ámbito laboral, lo que requiere estrategias intersectoriales para su intervención.

Además hay que considerar que los cuidadores de las personas en situación de discapacidad no son muy reconocidas en la sociedad, que presentan continuamente problemas de salud mental, para lo cual se debe realizar un abordaje integral, uno de los aspectos es la articulación que se debe desarrollar con las EAPB para facilitar el acceso a la atención integral, de las personas en situación de discapacidad, sus cuidadores y familias

12.3. Grupos Poblacionales

En la reunión realizada con representantes de las clínicas y hospitales de la ciudad de Medellín, se propuso fortalecer el clúster de salud, por medio de un trabajo articulado desde la secretaría y la dirección ejecutiva de las EAPB y del clúster para alinear los esfuerzos. Las líneas de mayor interés fueron:

- Gestión comercial y de promoción de los servicios de salud de las clínicas y hospitales de la ciudad en el exterior.
- Fortalecer la acreditación institucional a nivel nacional como internacional, con el fin de garantizar oportunidad, eficiencia y efectividad en la atención de los usuarios de nivel local, regional, nacional e internacional.
- Por otro lado, se manifestó preocupación en el manejo adecuado de la congestión de los servicios de urgencias de las diferentes instituciones, y en la necesidad de generar mecanismos de articulación entre los diferentes actores del sector salud para darle solución a esta problemática. Adicionalmente, se propuso desarrollar un plan de emergencia para gestionar los servicios de urgencias de alta complejidad.

12.4. Academia

Se identificó la necesidad de intercambiar experiencias de campo para el desarrollo de agendas de capacitación y sensibilización de los profesionales en las actividades de promoción y educación para salud y prevención de la enfermedad. Los programas de extensión o cursos extracurriculares se deben trabajar con los profesionales del sector, enfocados en el ser y hacer, con el fin de darle respuesta al Modelo Integral de Atención en Salud (MIA), y a las necesidades del sector salud en campo.

Se planteó la posibilidad de realizar actividades de vigía de la salud y/o prácticas académicas al servicio de la comunidad, como una estrategia para la destinación eficiente de recurso, además de alinear temáticas a trabajar con la población estudiantil según las necesidades identificadas por la alcaldía, con el fin de apoyar las actividades de la Secretaría de Salud del Plan de Intervenciones Colectivas.

Se identificó la necesidad de unificar esfuerzos entre los saberes de las Universidades para el desarrollo de proyectos según las necesidades apremiantes de la ciudad, las cuales deben ser lideradas por la Secretaría de Salud, en la línea de trabajo en una Alianza convenio-cooperativa.

Para un mejor aprovechamiento de los recursos de investigación se propuso continuar con las mesas de trabajo entre la SSM, universidades y otros actores para fortalecer la agenda de investigación según las necesidades de la ciudad, sobre todo cuando ya se está trabajado con Ruta N, con el fin de aprovechar los recursos en investigación de la ciudad.

12.5. Expertos

Los distintos expertos de cada una de las dimensiones del PDSP expresaron que para alcanzar el sueño de ciudad de vivir más y mejor, es necesario entender que la corresponsabilidad de todos los actores es fundamental por medio de un abordaje integral de la Atención Primaria en Salud. Para ello se enfocaron en los siguientes cuatro lineamiento

Seguimiento

El seguimiento está orientado a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, procurando que todos los procesos educativos y pedagógicos cuenten con un enfoque diferencial y poblacional, con el fin de promover hábitos de vida saludable y un diálogo continuo con cada uno de los sectores y actores, generando impacto en las condiciones de salud de los individuos y de las comunidades; una de las herramientas de las instituciones y de las comunidades para buscar una mejor calidad de la prestación de los servicios de salud es la denuncia, al cual es necesario realizar un seguimiento oportuno para el mejoramiento de cada uno de los procesos de la atención en salud.

La vigilancia y control en la afiliación de los individuos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto de los trabajadores formales e informales y de los ciudadanos en estado de vulnerabilidad, teniendo acceso y accesibilidad a los servicios de salud, buscando la eliminación de las barreras por medio de una atención oportuna, un diagnóstico precoz y agilidad en las distintas órdenes y trámites del servicio.

Además, es necesario poder contar con acceso de la información, para poder tomar decisiones orientadas en la realidad y así poder focalizar cada una de las acciones pertinentes en un contexto amplio y con todos los actores. La información debe ser medible, oportuna y con calidad.

El Sistema de vigilancia epidemiológica, como un Sistema de alerta temprana de cada uno de los factores de riesgo que se encuentran en la ciudad, desde las condiciones de: salud ambiental (electromag-

netismo, el ruido, calidad del aire y del agua), de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles; aportando al seguimiento de las condiciones de salud de toda la población.

Para lograr los resultados esperados, la planificación estratégica es fundamental, ya que permite el seguimiento a los diagnósticos de situación de salud, a la formulación de estrategias por medio de una focalización de éstas para implementarlas, priorizando los diagnósticos, los grupos poblacionales, los grupos de riesgos, los programas, los proyectos y revisando constantemente el costo-beneficio de cada una de las acciones.

Todos los actores son corresponsables de realizar el seguimiento de las condiciones de salud, de los procesos de atención y de calidad en la prestación de los servicios, procurando el mejoramiento continuo de la salud de toda la población.

Articulación

Las acciones en salud deben ser articuladas e integradoras, entendiendo las estructuras y dinámicas de la población, usando todos los recursos existentes para su mejor utilización, adecuando las realidades locales, con corresponsabilidad de todos los actores, esa responsabilidad es clave para la apropiación y empoderamiento de los determinantes que influyen en la salud de la población. Desde lo académico, los procesos pedagógicos orientados a través de los distintos grupos poblacionales, deben estar articulados entre la población (conocimiento de su entorno, las necesidades y las perspectivas que pueda tener el otro frente a lo que se desea transformar) con las instituciones. Las instituciones académicas como agentes formadoras, deberían realizar procesos de información, comunicación y educación con la comunidad para generar visibilidad y apropiación de los distintos programas y proyectos que generen una cultura del cuidado de la salud.

Además, desde el quehacer de los profesionales del área de la salud, es necesario establecer procesos con la comunidad para la atención individual y familiar, para realizar diagnósticos a tiempo y con calidad, para un abordaje integral comunitario. Por lo anterior, los profesionales se deben articular con las acciones que las instituciones académicas y las aseguradoras puedan ejecutar desde la formación, capacitación y sensibilización a la comunidad. Además, los profesionales deben aprovechar los espacios de fortalecimiento de conocimientos, de formación y capacitación que las instituciones académicas brindan orientadas a realizar un diagnóstico apropiado y a tiempo de todas las enfermedades, procesos de una atención humanizada y con calidad. Las universidades para el mejoramiento de los procesos de prácticas de los estudiantes, deben fortalecer el trabajo en campo para realizar e identificar con un diagnóstico apropiado los problemas de salud procurando la formación no solamente desde lo cognitivo sino también desde el ser, potenciando las habilidades y capacidades de los estudiantes.

Una orientación fundamental es la articulación de todas las normas y de los planes que generan cambios en las condiciones de salud, para lograr esto se debe considerar la información existente, contemplando cada uno de los enfoques y prioridades que se encuentran en cada uno de los grupos poblacionales y en el territorio. Para lo anterior, es fundamental la articulación transectorial, intersectorial y extrasectorial por medio de las Juntas Administradoras Locales, las Juntas de Acción Comunal, las EAPB, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo, las ONG, las Federaciones y Gremios Económicos, las distintas instituciones gubernamentales y la comunidad por medio de las redes familiares y sociales.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Las estrategias de promoción de la salud (hábitos y condiciones de vida saludable) son distintas a las estrategias de prevención de la enfermedad (riesgos de enfermar), porque cambian el foco y el objeto de las intervenciones, para alcanzar las condiciones adecuadas de salud, es necesario que cada una de las actividades de promoción y de prevención sean articuladas con los distintos actores involucrados con el fin de incrementar las oportunidades de elecciones saludables en las comunidades y en cada uno de los entornos.

La promoción de la salud, debe centrarse en la consecución de hábitos de vida saludable en cada una de las dimensiones, por ejemplo, desde la educación, la alimentación saludable, el ejercicio físico, entre otras. Llevando las acciones a cada uno de los territorios, interviniendo cada una de las particularidades y fomentando la participación ciudadana, creando así una cultura del cuidado.

La prevención, está orientada desde la enfermedad y el problema social y comunitario, buscando la intervención y la prevención de las diferentes expresiones de violencia como: la violencia intrafamiliar, violencia sexual, de género, contra niños, niñas y adolescentes. La prevención de los factores de riesgo como: los ambientales, los transmisibles, la malnutrición, el tabaquismo, el alcoholismo, los riesgos psicosociales que se puedan generar por el postconflicto (construcción de paz), los riesgos derivados por un manejo inadecuado en los hábitos de la salud sexual y reproductiva, de los riesgos de la salud visual, bucal y cardiorenocerebrovascular.

El uso de las tecnologías de la información y de la comunicación son fundamentales para avanzar en la apropiación y el autocuidado de cada uno de los ciudadanos, por medio de acciones de información, educación y comunicación en las comunidades.

Gestión de la información y del conocimiento:

Es necesaria la generación de la información y del conocimiento con un enfoque interdisciplinario, a través de la integración del conocimiento generado por la comunidad (desde la perspectiva del otro, desde la sociedad), generando así apropiación de las herramientas para el autocuidado de la salud personal y de las comunidades, con un abordaje integral de la Salud Pública.

Para poder generar el conocimiento, es necesario el uso de tecnologías de la información y la comunicación, estableciendo acciones de apropiación del conocimiento, por medio de la información de calidad, clara, efectiva y oportuna. Además, es necesario establecer mecanismos para el acceso de la información institucional e investigativa para profundizar en determinadas áreas de conocimiento y así tener un abordaje más completo al tomar las decisiones.

12.6. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB

En la reunión con las EAPB identificaron la necesidad de fortalecer la red de prestación de servicios de salud, mejorando el Sistema en cada uno de los niveles de atención, siendo una prioridad la red pública. Además, en la necesidad de revisar el tema de acceso a urgencias, especialistas y el trabajo relacionado con los procedimientos no POS.

Las priorizaciones que realizaron cada una de las EAPB para el municipio de Medellín en su gran mayoría se encuentran en las dimensiones de vida saludable y condiciones no transmisibles, Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos; en los grupos de riesgo de cardio – cerebro – vascular – metabólico, materno perinatal. A continuación se encuentran una tabla resumen de las priorizaciones:

Revista Salud Pública de Medellín

EAPB	NUMERO PRIORIDAD	DIMENSIÓN	COMPONENTE	GRUPO RIESGO	INDICADOR
ASMET - ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA DE EL TAMBO ASMET ESS	1	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años
	2	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años
ECOPETROL S.A.	1	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años
SURA - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA-SUBSIDIADO	1	Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Enfermedades inmunoprevenibles	<00>	Tasa de mortalidad en la niñez
	2	Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos	Materno perinatal	Porcentaje de muertes por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta
SURA - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA-CONTRIBUTIVO	1	Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Enfermedades inmunoprevenibles	<00>	Tasa de mortalidad en la niñez
	2	Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos	Materno perinatal	Porcentaje de muertes por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta
UNIDAD SERVICIO MEDICO Y ODONTOLOGICO DE EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN EAS016	1	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cáncer	Tasa de mortalidad por neoplasias
	2	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas
SOS EPS	1	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	captación de diabetes mellitus de personas de 18 a 69 años
	2	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	1	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludable	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años
	2	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años
EPS FAMISANAR LTDA	1	Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos	De transmisión sexual	Prevalencia registrada de VIH/SIDA
	2	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años

Revista Salud Pública de Medellín

EAPB	NUMERO PRIORIDAD	DIMENSIÓN	COMPONENTE	GRUPO RIESGO	INDICADOR
COOMEVA EPS	1	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Enfermedades raras	Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
	2	Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	IRA	Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)
CRUZ BLANCA EPS	1	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos	Materno perinatal	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
	2	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos	Materno perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
NUEVA EPS-CONTRIBUTIVO	1	Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Alteraciones nutricionales	Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años
	2	Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	En adultos	Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles
NUEVA EPS-SUBSIDIADO	1	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Servicios de salud individuales y colectivos.	Alteraciones nutricionales	Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años
	2	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Servicios de salud individuales y colectivos.	En adultos	Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles
SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	1	Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos	Materno perinatal	Razón de mortalidad materna
	2	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	Cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
EPS SANITAS	1	Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género	Materno perinatal	Tasa de años de vida potencialmente perdidos por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
	2	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Tasa de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
UNISALUD	1	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Tasa ajustada de mortalidad por las demás enfermedades del sistema circulatorio
	2	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cardio – cerebro – vascular – metabólico	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
CAFESALUD	1	Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos	Materno perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
SAVIA	1	Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero

13. Estrategias

A decorative graphic element consisting of overlapping, semi-transparent purple geometric shapes, primarily squares and rectangles, arranged in a circular, fan-like pattern that radiates from the center of the page. The shapes vary in size and orientation, creating a complex, layered effect.

13. Estrategias

Enmarcado en las competencias municipales que trae la Resolución 0518 del año 2015, la cual establece el Plan de intervenciones Colectivas y la Política de atención integral en salud establecida en la resolución 0429 del año 2016, el desarrollo de este plan, considera la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) como una de sus herramientas más importantes y es a través de esta, que se plantea el desarrollo de un modelo de atención integral en salud desde los ámbitos de la promoción, prevención y atención, articulando todos los actores de sector en un verdadero sistema que logre la consolidación de las redes integradas de salud. A este modelo de Atención Primaria en Salud, se vinculan los mecanismos de protección social, constitutivos en un modelo de atención primaria socio-sanitaria la cual, se entiende como el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención en salud y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.

Por lo anterior, se requiere coordinación, direccionamiento, seguimiento y control para la implementación del modelo holístico de atención primaria socio-sanitaria integrando a dicho modelo las EAPB públicas y privadas, con acciones corresponsables, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención y rehabilitación, con un enfoque de gestión integral del riesgo, fortaleciendo el mejoramiento del acceso a la atención integral en salud.

En este sentido se incluye como proyecto estratégico el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, donde se desarrollaran acciones para mejorar la oportunidad y calidad del acceso a los

servicios de salud en la población de Medellín, iniciando con la problemática de la saturación de la red de urgencias en la ciudad, reconociendo que ésta es la manifestación de una problemática más profunda de la organización de las redes de atención en Medellín, con un enfoque territorial y de garantía de derechos.

Por otro lado con la implementación del enfoque de Salud en todas las políticas, se fomenta la intersectorialidad, la transectorialidad y la interculturalidad, la participación social y comunitaria. Fortaleciendo la gestión territorial en salud basada en comunidad, mediante la articulación de los diferentes actores y sectores, incluyendo las intervenciones sociales y de protección para la población más vulnerable; utilizando las herramientas innovadoras en TICs salud como la telesalud, interviniendo de manera positiva los determinantes de la salud

Es fundamental fortalecer en cada uno de los ciudadanos la cultura del cuidado integral, esto fundamentado en el cuidado de la vida y la salud, que requiere implícitamente el desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual, constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud, establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.”

Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el autocuida-

do, mediados por la comunicación. El cuidado integral, tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, cuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, cuidado colectivo. Por ello, se desarrolla un programa enfocado a fomentar esta cultura a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con siete líneas de trabajo que están orientadas según las prioridades del Plan Decenal de Salud Pública.

Así mismo, las intervenciones sobre los riesgos ambientales, biológicos y químicos, son fundamentos y elementos esenciales para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población, considerando que los determinantes ambientales tienen un alto peso en el estado de salud de una población. Dichas intervenciones se realizan en articulación con otros actores y sectores, tanto públicos como privados y con un enfoque de educación para la salud, asesoría y asistencia técnica; más que acciones solamente de control, con el propósito de disminuir los factores de riesgo ambientales y disminuir la carga de enfermedad ambiental en la ciudad.

Finalmente, es fundamental para el direccionamiento del sector salud y la orientación de las políticas públicas en salud, contar con la autoridad sanitaria fortalecida y reconocida a través de la Gobernanza, la gobernabilidad, la construcción de redes y el mejoramiento del sistema de información en salud y acciones de Inspección Vigilancia y Control, las cuales se desarrollan y fortalecen en este plan de Salud.

Las estrategias aquí planteadas se desarrollaran manteniendo el enfoque territorial, curso de vida y diferencial, dichos enfoques se verán expresados en el desarrollo de cada acción implementada en los territorios, y partiendo de la construcción colectiva de los diferentes grupos poblacionales que se expresan en el Anexo de este documento.

13.1. Estrategias transversales para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria en salud:

13.1.1 Programa fortalecimiento del acceso a los servicios de salud

El Acceso es entendido como la posibilidad de obtener de una manera integral los servicios de salud para satisfacer las necesidades de prevención y tratamiento de la enfermedad, de conservación y mejoramiento de la Salud; sin barreras, con oportunidad, equidad y calidad, garantizando el derecho fundamental a la salud y a una vida digna, contando con la persona como corresponsable en el autocuidado y en el uso adecuado del Sistema (Investigación Secretaría de Salud convenio con Universidad de Antioquia GES 2014),

El acceso a la atención y prestación de los servicios de salud debe ser un proceso continuo de mejoramiento, una característica importante es la adecuación del sistema de prestación de servicios de salud a las necesidades de la población, procurando la equidad en el acceso a los servicios y contribuyendo en la disminución de las barreras de acceso, además, es necesario el fortalecimiento de la calidad por medio de la asesoría y asistencia técnica, la articulación de diferentes redes privadas, públicas y mixtas.

Proyecto fortalecimiento de la Calidad de los Servicios de Salud

Los servicios de salud requieren fortalecimiento en Calidad y Humanización, para lo cual la Secretaria de Salud dentro de su competencia, dará continuidad a las acciones de asesoría y asistencia técnica relacionada con estos compo-

entes y contenida en el SOGC, en las EAPB e IPS tanto del sector público como privado. Son componentes de la asistencia técnica: la capacitación, el asesoramiento y el acompañamiento, entendidos como un proceso continuo de mutuo apoyo, orientado al logro de resultados concretos que aporten al mejoramiento de la gestión que realizan los profesionales con el objeto de lograr mayor eficacia y eficiencia en la prestación del servicio de salud. Así mismo, se evaluará la necesidad de diseñar estrategias complementarias que apunten al cumplimiento del objetivo según los resultados obtenidos.

Proyecto Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización

Con este proyecto se busca mejorar la red pública de prestadores de servicios de salud del municipio, buscando la optimización de la capacidad instalada y eficiencia de sus procesos, para contribuir a que sus servicios sean de alta calidad, oportunos, generen impacto en la comunidad y buenos resultados en salud.

El proyecto busca intervenir las dificultades encontradas en el acceso en los servicios de salud, que se reflejan entre otras, en la saturación de las unidades de urgencias, derivados de la problemática multifactorial que vive actualmente el sector salud. La estrategia busca fortalecer el primer y segundo nivel de atención de la red pública de prestadores de servicios de salud del municipio, en concordancia con la Política de Atención Integral del Ministerio, el cual promueve el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), las Redes de Atención Integradas y la georreferenciación de los servicios de salud. Especialmente se buscará el fortalecimiento de la atención en salud mental, desde las competencias municipales, además de continuar con algunos proyectos de renovación y dotación en los equipamientos de salud, se dará cumplimiento al plan de saneamiento fiscal de la red pública en salud.

Proyecto Gestión de la atención Pre hospitalaria, urgencias, emergencias y desastres

Este proyecto brinda a los ciudadanos los servicios de atención pre hospitalaria, transporte en ambulancia para contribuir a garantizar el acceso oportuno y seguro a los servicios hospitalarios, en los eventos ocasionados por accidentes en la vía pública o en caso de emergencia médica; con lo cual se continuará apoyando la gestión del sistema de urgencias, emergencias y desastres de la ciudad, con estándares de calidad, oportunidad y seguridad para el paciente, articulada con la red de urgencias, mediante un sistema de regulación de pacientes óptimo, y fortaleciendo las tecnologías de información y comunicación.

Proyecto Gestión del Aseguramiento en Salud:

La Secretaría de Salud fortalecerá la operación del régimen subsidiado, promoviendo la cobertura universal, gestionando el financiamiento según las competencias municipales, y desarrollando las acciones de supervisión al aseguramiento subsidiado con énfasis en el acceso, la calidad la movilidad y la portabilidad.

Así mismo fomentará la afiliación al sistema general de seguridad social en la población tanto al aseguramiento contributivo cuando exista capacidad de cotización, como al subsidiado cuando se ostente ese derecho; pero también se promoverá la afiliación al sistema pensional y de salud laboral. Se utilizarán diferentes estrategias como eventos y campañas masivas, trabajo conjunto con la EPS pública, incremento de puntos de afiliación, trabajo articulado con las diferentes secretarías para detección y remisión de personas sin afiliación al SGSSS. Así mismo se propenderá por la articulación con el nivel nacional para intervenir las brechas de aseguramiento en las que se encuentran los ciudadanos que no pueden acceder al aseguramiento.(en el

diagnostico evidenciar la población no asegurable según Sisbén) Igualmente, fomentará la afiliación al sistema general de seguridad social en la población tanto al régimen de salud contributivo, subsidiado, así como la afiliación al sistema pensional y de salud laboral.

Proyecto Gestión de la Prestación de Servicios de Salud a la Población Pobre No Afiliada:

Cumpliendo con las competencias municipales que da la ley 715 del 2001, se debe mantener disponible durante el cuatrienio una oferta de servicios de salud del primer nivel de complejidad para la atención en salud de población pobre y vulnerable no asegurada del Municipio de Medellín. La cual se atiende a través de los servicios de primer nivel de atención en la ESE pública. Por otro lado realizar el pago de facturas por las atenciones de urgencias de primer nivel de atención en salud no contratadas

13.1.2 Programa Gestión de estrategias en salud

Este programa incluye abordaje integral, integrado continuo y de calidad para la población general y poblaciones especiales y en condición de vulnerabilidad, abordando de forma integral las condiciones, modos y estilos de vida con énfasis en las enfermedades crónicas no transmisibles, de alto costo, embarazo en adolescentes, salud mental y adicciones.

A través de este programa se implementara en la ciudad el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, adaptado para el país en la resolución 429 en la Política de atención integral en Salud, en acompañamiento con el Ministerio de Salud y con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social y la academia

Así mismo se contempla dentro de estos grupos poblacionales las llamadas poblaciones vulnerables o especiales, como habitante de calle, población carcelaria, población víctima, entre otros, para lo que se definirá en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud nacional MIAS, un modelo de atención primaria socio-sanitaria, la cual se entiende como el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención en salud y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.

Se pretende avanzar, entonces, en la construcción de modelos de atención integral para las poblaciones especiales en el marco de políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones del entorno, con servicios exequibles e incluyentes, de calidad, con disponibilidad, oferta de habilitación basada en las necesidades y características de personas

Proyecto: Implementación modelo integral de atención en salud

Es el modelo operativo establecido en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS-, en el cual se propone la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Busca generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo que exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud.

El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

Proyecto: Abordaje integral socio sanitaria para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos

Una de las estrategias que desde el sector salud contribuyen a la contención del embarazo adolescente es la de Servicios Amigables para Adolescentes y jóvenes –SSAAJ- los cuales propician unos vínculos más cercanos entre los proveedores de salud y los adolescentes, jóvenes y sus familias, siendo un espacio para la reflexión y aprendizaje no solo en sexualidad, sino además en aspectos que son relevantes en este periodo de la vida, así como el acceso a programas de promoción y prevención, la participación social, las acciones de coordinación intersectorial e intersectorial, y la información, la educación y comunicación son otros componentes de esta estrategia que deben fortalecerse

Por lo anterior, este proyecto, se desarrollará con la implementación de la estrategia de servicios de salud amigables para jóvenes y adolescentes de forma integral, tanto en la red pública como privada. Las Acciones de prevención se articularán con las EAPB, sus redes de prestación y otros actores del desarrollo.

Por último, se insiste en la urgencia de establecer alianzas efectivas para el abordaje integral del embarazo en la adolescencia, una de ellas con el sector educativo, por ser este un escenario propicio desde edades tempranas para la formación, no

solo académica sino para la formación de ciudadanos y ciudadanas con capacidades para construir proyectos de vida que incidan positivamente en la salud, en el bienestar, en las condiciones y calidad de vida de los adolescentes, jóvenes y de la sociedad en general

Proyecto: Abordaje integral de atención socio sanitaria, salud mental y adicciones

En el tema de Salud Mental y Adicciones, el país ha avanzado en el desarrollo de nueva normatividad, que no sólo le da un estatus mayor a estas temáticas nombrándolas como prioridades en salud pública, sino además planteando la necesidad de un abordaje integral e integrador que permita generar una mayor organización para su abordaje y por ende un mayor impacto en sus alcances. La ley 1616 de 2013 plantea como objeto “garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental en la población Colombiana a través de la promoción, prevención y atención integral que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dando prioridad a los niños y adolescentes; la atención integral dependerá de los distintos niveles de complejidad que puedan presentar las personas, los cuales pueden ser, trastorno mental, discapacidad mental, problema psicosocial y/o rehabilitación psicosocial”. Igualmente la ley 1566 de 2012 reconoce que “el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.” Se desarrollara bajo el modelo de atención primaria en salud y de forma articulada con los actores del

sistema general de seguridad social en salud y otros sectores, enfatizando las acciones de promoción de la salud, prevención de los factores de riesgo y mitigación del daño.

La atención integral en salud mental es definida como “la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social”. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas. (Ley 1616. Art. 5, numeral 3. Congreso de la Republica 2013).

De acuerdo a lo anterior, este proyecto tendrá como propósito incidir en la reorganización de los servicios en salud mental buscando la integración de acciones que vayan desde el cuidado de la salud mental hasta la gestión de riesgos asociados a problemas y trastornos mentales, tales como: consumo de sustancias psicoactivas, adicciones, conducta suicida, trastornos mentales, y personas afectadas por distintas formas de violencia, las cuales se intervendrán por medio del fortalecimiento de capacidades de afrontamiento de individuos y familia ante estresores vitales y la identificación y caracterización de la vulnerabilidad individual y familiar en salud mental. Por lo anterior, con este proyecto, se desarrollaran acciones de gestión del riesgo incluidas en el Plan de intervenciones colectivas orientadas a fortalecer la salud mental y disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, articuladas con las acciones que desarrollan las EAPB, sus redes de prestación y otros actores del SGSSS.

Proyecto: Abordaje integral socio sanitario para poblaciones especiales

Un modelo de atención primaria socio-sanitaria, la cual se entiende como el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención en salud y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención. Es decir se trata de un ámbito en el que interactúan múltiples sectores, distintos niveles asistenciales, y que necesita de una coordinación de los mismos, para construir respuestas integradas y en equidad a la población, con el propósito de mejorar sus condiciones y calidad de vida.

Se pretende avanzar, entonces, en la construcción de rutas de atención integral para las poblaciones especiales en el marco de políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones del entorno, con servicios exequibles e incluyentes, de calidad, con disponibilidad, oferta de habilitación basada en las necesidades y características de personas

Proyecto: Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles

Para el abordaje integral de las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) especialmente las enfermedades cardiorenocerebrovasculares, la diabetes, la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cáncer, las alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas, se desarrollaran un conjunto de respuestas integrales del sector salud y con acciones de coordinación transsectorial, orientadas a promover el acceso y abordaje efectivo de las ECNT en los servicios de salud, servicios sociales y de protección, a través de la gestión del riesgo y la intervención de los determinantes sociales de la salud, incluidos los

factores de riesgo y el daño acumulado para disminuir la carga de enfermedad evitable y discapacidad de los individuos, familias y comunidades.

A través de este proyecto se fortalecerá la capacidad de respuesta institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individual y colectiva en los territorios. Además se promoverán estrategias de servicios socio sanitarios para un envejecimiento activo y de atención a grupos vulnerables, favoreciendo acciones de promoción de la salud y prevención del riesgo y atención integral de las ECNT

13.1.3 Programa gobernanza y gobernabilidad para la salud

Según Plumtre & Graham, la gobernanza se refiere a los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales) con las que una sociedad toma e implementa sus decisiones, y determina sus conductas; es la interacción forjada por las reglas del juego. La gobernanza es una de las dimensiones que contribuye a explicar las distintas capacidades de gobernabilidad de un sistema.

La gobernabilidad, en tanto se refiere a la capacidad de un sistema sociopolítico para gobernarse a sí mismo en el contexto de otros sistemas más amplios de los que forma parte. De esta forma, la gobernabilidad se derivaría del alineamiento efectivo entre las necesidades y las capacidades de un sistema sociopolítico; en tanto logra alcanzar los objetivos prefijados con gestión eficaz, eficiente, responsable, transparente y con autoridad, con poder ejecutivo frente a otros poderes y la sociedad misma.

La gobernanza y gobernabilidad de la secretaria de salud de la ciudad de Medellín busca la integración y articulación de las instituciones intersectoriales, sectoriales y transectoriales en un contexto sistémico y planificado, buscando la implementación de un modelo de salud para la ciudadanía soportado por el principio de la equidad, con compromisos claros para cada uno de los actores que intervienen en el fortalecimiento del sistema.

Proyecto: Gestión Territorial y Participación Social en salud

La gestión territorial hace referencia al conjunto de procesos y acciones que realiza el ente territorial en salud con otros actores a nivel sectorial e intersectorial para lograr la implementación de una atención integral en salud que reconozca las prioridades en relación con el derecho a la salud y a las particularidades de los contextos y elementos propios de la comunidad. Comprende la gestión de las políticas en todo su ciclo -formulación, implementación y evaluación-, la gestión intersectorial, la adecuación de la arquitectura institucional, la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades de los actores del SGSSS, la construcción de procesos de gestión intercultural entre otras.

Por otro lado, la participación social es la capacidad real que poseen las comunidades para incidir de manera efectiva en los asuntos de interés común que afectan su desarrollo individual y colectivo. Se asiste al derecho a ser partícipe de programas que lo motiven a conocer y reflexionar acerca de los factores de riesgo que puedan amenazar su ambiente, a educarse para protegerse de ellos, a participar en procesos para el desarrollo de un ambiente adecuado para la convivencia. Esta se lleva a cabo a través de la participación de la comunidad en el proceso de Planeación de la Salud, veedurías en salud y representación de los consejos territoriales de Seguridad Social en Salud, entre otros.

En este punto, es importante desarrollar los conceptos de participación ciudadana y participación comunitaria. La primera se define como el ejercicio de los deberes y derechos del individuo para lograr la conservación de su salud, la de su familia y la de la comunidad, ésta se gestiona por medio del servicio de Atención al Usuario, el servicio de Atención a la Comunidad, el sistema de Atención e Información al Usuario. El segundo se refiere a los procesos mediante los cuales las comunidades se organizan, realizan sus intereses, establecen sus necesidades y prioridades e intervienen sobre la realidad para alcanzar el bienestar, los cuales se establecen en las Alianzas o asociaciones de usuarios y en los Comités de etiqueta hospitalaria.

La participación social entonces es el empoderamiento que implica interacción, respeto mutuo, reflexión crítica, acción grupal, compromiso, influencia e información entre el municipio, las instituciones y la comunidad; por tanto, para poder participar efectivamente se requiere acceso real a la educación, a la información, a las actividades sociales y políticas.

Así mismo es necesario, para el desempeño adecuado de las funciones esenciales de la salud pública el fortalecimiento de la capacidad institucional de evaluar, atender las necesidades, las demandas en salud de la población y de la capacidad de gestión, el análisis de la salud, la producción de inteligencia sanitaria para la gestión y el monitoreo y evaluación de intervenciones demográficas.

Proyecto Gestión de la información y el Conocimiento en salud

La gestión de conocimiento se entiende como un proceso que integra y analiza la información y las evidencias generadas como herramienta para apoyar el desarrollo e implementación de las políticas de salud, la planificación y la toma de decisiones.

Como parte de la rectoría del sistema de salud del Municipio, es fundamental el fortalecimiento de la Gestión de la información y del Conocimiento a partir de la administración, análisis y uso de la información en salud y la proveniente de otros sectores,; utilizando metodologías y herramientas avanzadas, con Innovación y la Tecnología. El análisis interdisciplinario e intersectorial para la identificación y seguimiento a las diversas situaciones y problemáticas en salud, son requerimientos indispensables que contribuyen a la gobernanza y gobernabilidad de la Administración Municipal en el sector.

Para lograrlo se fortalecerán los componentes de manejo de información y datos a través de mejores tecnologías, el repositorio de información como un elemento para la disponibilidad del conocimiento generado interno y externo en salud, las salas de análisis situacional en salud las cuales son un elemento central para la gestión del conocimiento y el abordaje transectorial de las problemáticas, la investigación en salud pública e innovación social en salud, articulada esta con la academia y Ruta N dentro del plan de Ciencia y tecnología, y finalmente el desarrollo del observatorio como elemento para la apropiación social del conocimiento.

Proyecto Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad:

Con el interés de afectar positivamente los determinantes sociales de la salud se reconoce la necesidad de fortalecer la gestión propia del sector salud, y la generación de vínculos efectivos, a manera de redes, con otros sectores públicos y privados para que se consoliden como una fuerza común y como condición para el abordaje integral y la transformación de aquellos eventos que ponen en riesgo la salud y la vida de la población en los territorios.

A través de este proyecto se realizara la gestión, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación para la intervención de los determinantes de la salud, como apropiación del enfoque de Salud en todas las políticas, así como el fortalecimiento de las Alianzas con diferentes actores locales, nacionales e internacionales.

13.1.4 Programa Ciencia, innovación y tecnología para la sociedad

Proyecto. Implementar la tecnología en la salud

Este proyecto está orientado al fortalecimiento de los sistemas de información en salud de la red de prestación de servicios de salud pública y privada, a través de procesos inter-operables, el apoyo para el fortalecimiento al desarrollo de software, aplicaciones y contenidos digitales con impacto social.

Con este proyecto se fortalecerá la rectoría y gestión de los actores del sistema general de seguridad social en salud a través de la toma de decisiones basadas en conocimiento soportado en el desarrollo, uso y apropiación de las TIC.

13.1.5 Programa vigilancia integral en salud

La responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva consiste en el proceso sistemático y constante de recolección, organización análisis, interpretación, actualización de los datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes para la utilización en la planificación ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública.

Dentro de las competencias del ente territorial se encuentra la vigilancia en salud, como parte del direccionamiento del sector y de su función como autoridad sanitaria, siendo importante para el seguimiento, prevención e intervención de los eventos de interés en salud pública, a la carga ambiental de la enfermedad y finalmente el acceso efectivo a los servicios en salud. Si bien, este programa se constituye en una pieza fundamental del plan Medellín Saludable, el proceso de vigilancia es transversal y se evidencia en cada uno de los proyectos anteriormente expuestos.

La Vigilancia Integral en Salud estará articulada con el proyecto de Gestión de la Información y el Conocimiento y convocará a todos los actores del sector y de otros sectores. Se definen tres componentes:

Proyecto Vigilancia al Acceso de los Servicios de Salud

Realizar la supervisión y vigilancia del acceso efectivo a los servicios de salud de la población del Municipio de Medellín tanto a la red pública como privada, mediante la implementación del modelo de inspección y vigilancia sobre el acceso a los servicios de salud de la población del Municipio de Medellín, en coordinación con la nación, el departamento y el área metropolitana.

El proyecto plantea brindar asesoría y asistencia técnica a los servicios de urgencias para la implementación de la normatividad reciente y para detectar ineficiencias o desviaciones en los procesos internos de las IPS que llevan a saturar los servicios de urgencias

Proyecto Vigilancia Epidemiológica

La vigilancia en salud pública y control de los riesgos y daños, es una Función Esencial de la Salud Pública que incluye el desarrollo de activi-

dades de asesoría y asistencia técnica con el fin de garantizar el correcto abordaje de eventos de interés; actividades de vigilancia epidemiológica en el territorio y control de brotes por medio de la investigación y seguimiento de casos en campo; y, propiciar escenarios de socialización y análisis que implica acciones de coordinación entre el comité municipal de Vigilancia epidemiológica comunitaria (COVECOM), Comité de Vigilancia Epidemiológica Municipal (COVE), el Comité de Infecciones asociadas al cuidado de la salud y la comunidad para empoderar a ésta última en la gestión de riesgos para la salud y la del entorno.

Proyecto Vigilancia en Salud Ambiental

Vigilancia de los efectos en salud asociados a factores ambientales, partiendo del análisis de la relación de indicadores ambientales con posible impacto a la salud e indicadores en salud, con posible causa ambiental. Incluye el fortalecimiento de la investigación relacionada con los diferentes factores de riesgo ambientales. Se trabajaran la influencia que tienen los siguientes factores ambientales sobre la salud humana: radiaciones electromagnéticas, cambio climático, contaminación ambiental.

13.1.6 Programa Por la calidad del aire que respiramos

Proyecto: Vigilancia epidemiológica de los efectos en salud por la calidad del aire

A través de este proyecto se realizara el monitoreo y vigilancia de los eventos en salud relacionados con los niveles de contaminación atmosférica, a través del monitoreo y seguimiento de indicadores ambientales y de carga de enfermedad, para orientar medidas de promoción, prevención, vigilancia y control en el municipio de Medellín relacionadas con la calidad del aire.

Incluye el fortalecimiento de la investigación relacionada con para tal efecto se fortalecerá el sistema de alerta temprana de acuerdo con el monitoreo permanente de las estaciones que miden el índice de calidad del aire así mismo el seguimiento de los eventos seleccionados como trazadores de las posibles complicaciones a causa de los contaminantes.

13.2 Estrategias líneas de promoción de la salud y gestión del riesgo para el abordaje de las dimensiones prioritarias nacionales

13.2.1 Programa Salud Ambiental

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la salud ambiental es una dimensión prioritaria y la define como el “Conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera transsectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales”; esta incluye acciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control en salud ambiental, como la dinamización de la participación activa a nivel intersectorial e interinstitucional, para buscar la solución integral de los problemas de Saneamiento básico, la universalización de los Servicios públicos y el manejo integral de las cuencas y microcuencas del territorio, y lineamientos para la formulación de los planes territoriales de adaptación al cambio climático del componente de salud ambiental.

Proyecto Establecimientos y servicios sanos, seguros y saludables

Acciones de promoción y prevención, inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo asociados al consumo de bienes y servicios, necesarias para proteger la salud humana individual y colectiva, bajo el marco de la seguridad sanitaria, la gestión del riesgo, desde su detección temprana hasta su intervención oportuna, según normatividad vigente.

Para fomentar establecimientos y servicios sanos, seguros y saludables, se desarrollarán acciones de auditoría sanitaria en establecimientos abiertos al público con el fin de disminuir los factores de riesgo asociados al consumo y al ambiente; acciones de educación sanitaria en buenas prácticas sanitarias para desarrollar hábitos higiénicos en la población; actividades de vigilancia y evaluación microbiológica a alimentos de establecimientos; acciones de seguimiento de acuerdo con lo establecido por el reglamento sanitario internacional y demás normas aplicables; visitas de campo según reportes de enfermedades transmitidas por alimentos y la gestión de quejas, reclamos, certificaciones y solicitudes relacionadas con todos los establecimientos abiertos al público.

Proyecto Gestión integral para la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.

Las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis representan una seria problemática en la salud de la población mundial, nacional y local, lo que ha generado el alistamiento de los países para enfrentar grandes retos en materia de prevención y control. Medellín no es ajena a estas problemáticas y debe alinearse a este proceso basado en estrategias de gestión integral, donde se articulen los diferentes actores que deben hacer parte de las intervenciones a los factores de

riesgo y dinámicas de transmisión de estas enfermedades.

Con los resultados se espera la disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedades endémicas y epidémicas como el Dengue, Chicungunya, Zika, entre otras. Así como también a mantener en cero la incidencia de enfermedades zoonóticas como la rabia y a establecer líneas de base en otras zoonosis para orientar acciones. Las acciones están encaminadas a desarrollar, coordinar y liderar procesos relacionados con la Inteligencia epidemiológica, la Promoción de salud y la Prevención primaria y control vectorial, la Vigilancia entomológica y la atención integral de los pacientes con enfermedades transmitidas por vectores y la zoonosis para generar la transformación de hábitos y conductas orientados a la gestión y autogestión del riesgo en salud, impactando positivamente los casos de enfermedades transmitidas por vectores - zoonosis y su mortalidad.

Proyecto Gestión integral de riesgos sanitarios del ambiente

Acciones de promoción, prevención, gestión interinstitucional e intersectorial, vigilancia y control de riesgos sanitarios y ambientales para la salud, asociados a la calidad del agua para consumo humano, de uso terapéutico, recreacional; residuos líquidos, la calidad del aire, el ruido, radiaciones, residuos sólidos y cambio climático que permitan modificar la carga ambiental de la enfermedad. Además incluye, la atención técnica a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) relacionadas con problemas sanitarios, seguridad y riesgo químico.

13.2.2. Programa: Buenas prácticas ciudadanas para el goce de mis derechos y deberes

Proyecto Cultura Del Cuidado para una Medellín saludable

La cultura puede entenderse como ideas, símbolos y comportamientos, hace referencia a los valores, creencias, normas y modos de vida que son aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones o patrones de comunicación; la cultura es un sistemas de símbolos compartidos que cambian a través del tiempo.⁸

Por otra parte, el cuidado es entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir, las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad, así como las responsabilidades del Estado al cual se pertenece. Surge desde el autocuidado, es decir, de todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad”.⁹ Involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida la capacidad para acumular aprendizajes, experiencias y autonomía para la toma de decisiones que permitan ganancias en salud.

La cultura del cuidado se identifica como la intersección entre las acciones de cuidado que el individuo y la comunidad emprenden para mantener la salud y con las intervenciones del Estado, tanto de tipo prestacional (dirigidas al individuo) como colectivas (dirigidas a la comunidad).¹⁰

⁸ Duque Páramo, María Claudia. *Cultura y Salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades*. Bogotá. 2007

⁹ Organización Mundial de la Salud, 1998, citado en MSPS. *Política de Atención Integral en Salud*. 2016

¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social *Política de Atención Integral en Salud*. 2016

El programa “Cultura del cuidado para una Medellín saludable”, desarrollará en cada uno de sus proyectos, estrategias que potencie:

- **Cuidado de sí:** como una actitud de respecto a sí mismo, que implica trasladar la mirada, desde el exterior, hacia uno mismo; designa una serie de acciones que se ejercen sobre sí mismo, para modificar, purificar, transformar y configurar.

- **Cuidado del Otro:** el cuidado de sí implica también una relación con los otros en la medida en que para ocuparse de sí, es preciso, en un primer momento, participar de escenarios de socialización que le permitan al sujeto la construcción de su identidad. Cuidar del otro implica entablar relaciones de reconocimiento que permiten confirmarlo como una persona individualizada y autónoma, pero también interdependiente en las relaciones con los otros seres humanos.

- **Cuidado del entorno:** cuidar de los entornos en donde se vive, se estudia o se trabaja, tanto a nivel físico como psicosocial; es una capacidad que los sujetos aprenden en la medida en que toman conciencia de su interacción con el mundo y reconocen es responsabilidad colectiva de toda la ciudadanía.¹¹

Por lo anterior, es necesario desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lideradas por el territorio, de forma intersectorial para la construcción, la generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto logren construir, modificar, implementar y vivenciar la Cultura del Cuidado a partir de la cual se intervengan los Determinantes Sociales, así como las condiciones de salud y bienestar.

El impacto positivo en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, curación y rehabilitación se hace posible en la

medida en que se incrementen los niveles de autocuidado en los individuos, para que sus decisiones reduzcan las conductas riesgosas a la largo de su curso de vida y en los espacios cotidianos en los que se desenvuelve; el autocuidado no es solo una decisión y un objetivo personal, es además el desarrollo de intervenciones a la comunidad por parte del sistema - Estado, para que conjuntamente se construya la cultura del cuidado.¹² Así mismo como reforzador de la cultura del cuidado es fundamental fortalecer el enfoque de derechos y deberes en salud, como uno de los ejes de la promoción de la salud

Para la construcción de la Cultura del Cuidado, la Secretaría de Salud, tendrán en cuenta las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública,¹³ el Curso de Vida, el enfoque diferencial y territorial y su accionar será a través de los entornos Hogar, Educativo, Comunitario, y Laboral – Institucional, como aquellos espacios o lugares donde transcurre la vida de las personas, fomentando las capacidades para tomar decisiones saludables que generen una cultura del cuidado de sí, del otro y del entorno a través de las intervenciones, procedimientos y actividades estipuladas en el Plan de Intervenciones Colectivas – PIC y fortaleciendo una intervención más integral desde la intersectorialidad y el ejercicio de enfoque de Salud en Todas las Políticas

¹¹ Secretaría de Salud. *Enfoque de Educación para la Salud. Alcaldía de Medellín 2013*

¹² Ministerio de Salud y Protección Social. *Política de Atención Integral en Salud. Bogotá. 2016*

¹³ Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá*

Cultura del cuidado en el entorno laboral e institucional¹⁴

El entorno laboral saludable alude a un espacio físico y social caracterizado por un conjunto de condiciones que influyen de manera favorable al mantenimiento y el mejoramiento de la salud y del bienestar de los trabajadores. “Es un espacio del territorio donde las personas y los grupos sociales se organizan para producir bienes y servicios; en él se expresan las relaciones construidas socialmente, que determinan exposiciones diferenciales y resultados desiguales en la salud de las personas en función de la posición ocupacional en las cadena productivas nacionales y transnacionales.¹⁵

Para fomentar la cultura del cuidado en el entorno laboral, se debe partir de reconocer el derecho de los trabajadores a desempeñar sus actividades laborales en un ambiente sano, adecuado y a ser informados sobre los riesgos que conlleva su actividad laboral en relación a su salud, bienestar y supervivencia; así como tener una participación activa en la eliminación y/o mitigación de los factores adversos del ambiente laboral que inciden en su bienestar y calidad de vida, sobre la base de las definiciones de sus responsabilidades y deberes en relación con la protección y recuperación del ambiente de trabajo y la salud, y que tiene como objetivo fundamental obtener mejoras adicionales en los indicadores de salud y seguridad factores adversos del medio ambiente laboral que inciden en su bienestar y calidad de vida.¹⁶

Por otra parte, dentro este entorno Institucional,¹⁷ puede definirse donde confluyen aquellas organizaciones responsables de la administración de planes de beneficios y la prestación de servicios de salud (IPS) y servicios de protección social (Cárceles instituciones para el adulto mayor, instituciones de protección a la infancia, centros para el habitante de calle, entre otros) recono-

ciendo a estas instituciones como unos actores esenciales por ser la expresión institucional que acoge a las personas a lo largo de su curso de vida con el fin de preservar su salud por medio de acciones de promoción, prevención, detección oportuna, protección específica, tratamiento y rehabilitación. Para éste entorno es importante fomentar capacidades para tomar decisiones saludables que generen una cultura del cuidado, fortalecimiento de capacidades para la gestión integral de salud y bienestar que contribuya a la cultura del cuidado a través de las intervenciones, procedimientos y actividades estipuladas en el PIC.

¹⁴Ministerio de Salud y Protección Social Lineamientos de Entornos Saludables Bogotá. 2008.

¹⁵Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá

¹⁶Estrategia de ambiente de trabajo saludable, Rev. Cubana, 2004

¹⁷Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos para la implementación de la Atención Integral en Salud para Niño, Niñas y Adolescentes. Bogotá. 2014

Cultura del cuidado en el entorno Hogar

El entorno hogar - vivienda, es un espacio de residencia caracterizado por un conjunto de condiciones que influyen en los procesos de restauración, protección y prevención, promoción de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje de sus moradores.”

La cultura del cuidado en el entorno hogar, busca promover en sus integrantes, comportamientos saludables, la disminución de riesgos para el goce de una buena salud, fomentando los tejidos familiares basadas en el cuidado mutuo; Fomentando capacidades para tomar decisiones saludables que generen una cultura del cuidado en el entorno hogar a través de las intervenciones, procedimientos y actividades estipuladas en el PIC a través del desarrollo de capacidades con actores institucionales y comunitarios para la

implementación y desarrollo de los componentes y actividades de la rehabilitación Basada en la Comunidad; búsqueda Activa para la Identificación de personas con discapacidad, problemas y trastornos mentales; así como afectaciones psicosociales y nutricionales en los niños y niñas, fortaleciendo las acciones de promoción y prevención con enfoque de curso de vida desde todas las dimensiones del plan decenal de salud pública; Información en salud con enfoque diferencial; canalización que Incluye acciones para gestionar el acceso efectivo a los servicios sociales y de salud, así como el restablecimiento del derecho a la prestación de servicios de salud; Visita domiciliaria e intervenciones breves.

A través de este proyecto, se realizaran las acciones articuladas en los Centros Integrales de Familia CIF, los cuales son un eje central del trabajo centrado en la familia con un enfoque territorial

Cultura del Cuidado en el Entorno Espacio Público y Comunitario

Está constituido por un conjunto de escenarios, esencialmente espacios comunes y públicos que los ciudadanos y ciudadanas comparten para su desarrollo integral; el barrio, el parque, la cancha, bibliotecas, plazas de mercado, las organizaciones comunitarias y las instituciones, allí se establecen relaciones sociales que pueden proteger o deteriorar la salud y que han sido construidos históricamente.

La cultura del cuidado en el espacio público y comunitario, busca promover la construcción de la identidad social y cultural favorecedora de la salud, reestablecer los lazos del tejido humano que reconozca en el cuidado de lo público posibilidades de bienestar en lo comunitario, mediante acciones que promueven el trabajo conjunto y coordinado entre la sociedad civil y organizaciones. Fomentando capacidades para tomar deci-

siones saludables que generen una cultura del cuidado en el entorno comunitario y en el espacio público a través de las intervenciones, procedimientos y actividades estipuladas en el PIC.

Por otro lado se desarrollara la estrategia de Información, educación, comunicación y Movilización (IEC-M) con alcance para toda la población de la ciudad, así mismo con la participación articulada de otros sectores como movilidad, medio ambiente, participación y cultura que también intervienen en este espacio, logrando acciones integrales

Cultura del cuidado en el entorno Educativo

El entorno educativo es definido como el espacio geográfico donde habita la comunidad educativa (Centros de educación inicial, instituciones de preescolar, básica primaria, secundaria, técnica y de educación superior); donde se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos, se buscan alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con su entorno.¹⁸

La cultura del cuidado en el entorno educativo contribuye al desarrollo humano de la comunidad educativa, propiciando acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad para favorecer en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes el desarrollo de capacidades para cuidar su salud, la de su familia y comunidad.

En la ciudad de Medellín se fomentarán capacidades para tomar decisiones saludables que generen una cultura del cuidado de sí, del otro y del entorno a través de las intervenciones, procedimientos y actividades estipuladas en el Plan de intervenciones Colectivas –PIC- a y de la estrategia de Información en salud, educación y comunicación para la salud desarrollada en el entorno

educativo, transversalizando el enfoque de educación para la salud en las Instituciones Educativas y los contenidos de cada una de las dimensiones del plan decenal de salud pública, desarrollando las quince líneas de acción planteadas en el enfoque de educación para la salud

¹⁸Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, *Escuelas Saludables [en línea]* [fecha consulta: 13 de mayo de 2009] Disponible en: < <http://www.cali.gov.co/corporativo.php?id=3440>>.

13.3 Salud en todas las Políticas.

La Salud Pública es transversal a todas las políticas públicas, dado que los determinantes sociales, económicos y ambientales en salud van más allá del sector salud, con el objetivo de mejorar las condiciones y la equidad en salud; para ello es necesario fomentar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con acciones articuladas desde todas las instancias de la gobernabilidad, con los distintos enfoques como: de derechos, diferencial, curso de vida, género, étnico, poblacional, determinantes, territorial y de educación para la salud; buscando el fortalecimiento intersectorial y transectorial, con el fin de cumplir con las metas planteadas, con la base de Salud en todas las Políticas.

A continuación se encuentran algunas acciones en salud que se plantean en distintas políticas públicas y planes estratégicos del Municipio de Medellín, articulados al plan de trabajo del Plan de Desarrollo 2016-2019 “Medellín cuenta con vos”:

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Plan de Cultura	Secretaría de Cultura Ciudadana	Ciudadanía cultural, diversidad e interculturalidad: El subsistema de ciudadanía cultural propende por el conocimiento, reconocimiento, visibilización y puesta en diálogo con la sociedad en su conjunto.	Gestión de la cultura ciudadana
Plan de Cultura	Secretaría de Cultura Ciudadana	Ciudadanía cultural y participación ciudadana: en esta línea deberán promoverse acciones que garanticen la articulación de la participación en cultura con los demás escenarios de participación ciudadana de la ciudad.	Gestión de la cultura ciudadana
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Cada niño y niña vive y disfruta del nivel más alto posible de salud.	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Cada niño y niña cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Cada adolescente cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud y adopta estilos de vida saludables	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos)	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)	Medellín para la niñez y la adolescencia

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) en menores de 5 años	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Mortalidad por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de 5 años	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Mortalidad fetal	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por malaria	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por dengue	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Mortalidad menores de 18 años por causas externas (tasa por 100.000 habitantes)	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	Medellín para la niñez y la adolescencia

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Porcentaje de atención institucional del parto por personal calificado	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 18 años	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Porcentaje transmisión materno - infantil del VIH	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Incidencia de Sífilis Congénita	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Cobertura de inmunización con pentavalente (DPT y Hepatitis) tres dosis en niños y niñas menores de 1 año	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Cobertura de inmunización contra el triple viral (TV) de un año	Medellín para la niñez y la adolescencia
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niñas desde 9 años en adelante	Medellín para la niñez y la adolescencia

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Niños, niñas y adolescentes	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Número de afiliados al régimen contributivo menores de 18 años	Medellín para la niñez y la adolescencia
Política Pública De Diversidad Sexual E Identidades De Género	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	acciones a emprender para el acceso oportuno y con calidad de las personas LGTBI al sistema de salud	Diversidad sexual e identidades de género
Política Pública De Diversidad Sexual E Identidades De Género	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	estrategias de promoción de la salud y prevención de riesgos sociales y epidemiológicos.	Diversidad sexual e identidades de género
Política Pública De Diversidad Sexual E Identidades De Género	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	protocolos de atención diferenciados, que reconozcan las condiciones particulares en materia cultural, psicológica, de orientación sexual y de género	Diversidad sexual e identidades de género
Política Pública De Diversidad Sexual E Identidades De Género	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Apoyo y orientación psicológica y rutas de atención	Diversidad sexual e identidades de género
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial, vinculado a la medicina tradicional indígena	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	acceder a los beneficios en materia de salud de forma oportuna e integral, y acorde a sus tradiciones en el marco de las acciones afirmativas que demandan los pueblos indígenas, mediante una atención diferencial	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	atención diferenciada, que sea oportuna y especializada, que cubra aspectos nutricionales, mentales, reproductivos, educativos y preventivos, que	Diversidad étnica

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
		además se integren a la medicina tradicional	
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Espacios definidos para el sano esparcimiento, la práctica de deportes, la lúdica, la recreación y los juegos ancestrales para la población indígena.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Salud con prioridad para la infancia, adolescencia y juventud.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Cuidado y protección de la salud de este grupos poblacional, promoción del autocuidado e identificación de factores de riesgo	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Campañas de salud oral.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Gestionar apoyo de entidades como Profamilia para el tema de la sexualidad (planificación familiar y educación sexual)	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Diferentes campañas de promoción y prevención.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Atención en salud a la primera infancia	Diversidad étnica

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Salud, atención prioritaria a adultos mayores.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Programa de Mujeres indígenas y lactantes, así como otros de particular atención como los de planificación familiar, atención a tiempo de enfermedades gineco-obstétricas.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	La seguridad social debe ser prestada a la población indígena teniendo en cuenta las particularidades de estos grupos y atendiendo a los desarrollos legislativos que se han dado para darle un enfoque diferencial	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Afilaciones y sistema de información en salud con atención diferencial.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	IPS y EPS indígena con medicina indígena y medicina occidental.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Instalada y funcionando Mesa de Salud en el Cabildo.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Promoción de servicios de salud y prevención de enfermedades.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y	Capacitación en derechos de salud y formación en hábitos saludables.	Diversidad étnica

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
	Derechos humanos.		
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Buena atención en programas de salud mental.	Diversidad étnica
Plan Comunidad Indígena	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Madres gestantes y lactantes:	Diversidad étnica
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Promoción de condiciones y comportamientos saludables, a través de la identificación de factores protectores, la creación de entornos saludables y la creación de conciencia en la población de que la calidad de vida depende de las acciones que ellos y ellas – con participación del Estado – hagan o dejen de hacer, partiendo del conocimiento de derechos y deberes en salud. Las estrategias de promoción se concretan principalmente en la educación, la salud y el fortalecimiento del tejido social	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Generar comportamientos y estilos de vida saludables en las PcD, sus familiares y/o cuidadores; aplicables en todos los ámbitos y actividades que desarrollan cotidianamente en un marco de corresponsabilidad y derechos	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Implementación de programas que fomenten estilos de vida saludable a través de intervenciones en la educación, la salud y el fortalecimiento del tejido social	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
		orientados a PcD, familiares y cuidadores.	
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Identificación prevención y control de factores de riesgo	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Intervenir los factores de riesgo prevenibles, para disminuir la prevalencia de la discapacidad.	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Generación de acciones intersectoriales que permitan identificar e intervenir factores de riesgo que puedan generar discapacidad, a lo largo del ciclo vital	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Prevenir los factores de riesgo asociados a la discapacidad ya existente, sin afectar la imagen y dignidad de las personas que se encuentran en dicha situación	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Adopción de medidas encaminadas a la detección y atención temprana de la discapacidad y a la intervención de factores de riesgo que puedan acentuar la discapacidad existente.	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Incidencia de discapacidad por causa de origen prevenible según las PcD registradas	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Garantizar una atención integral en salud y promover el acceso en los planes complementarios, pólizas y prepagadas, para la población con discapacidad, que cumpla los estándares de calidad establecidos y aquellos que se generen en desarrollo de los procesos de protección, garantía y promoción de esta población que por sus diferentes grados de discapacidad, requieren gradualmente de mayor atención y subsidiaridad en estos servicios	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Garantizar el aseguramiento y el acceso al sistema general de salud, con calidad y oportunidad, a las personas con discapacidad, sus familiares y cuidadores	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Garantizar una atención básica a la población víctima del conflicto armado según hecho victimizante, dignificadora, que promueva autosuficiencia y que coadyuve en la reparación, todo desde este primer momento de la atención	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Promoción en salud acciones sipsociales para la población víctima del conflicto armado	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan Municipal de Discapacidad	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Realizar procesos de rehabilitación integral a través de acciones Jurídicas, médicas, psicológicas y sociales, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de la población	Ser Capaz: Inclusión social de las personas con discapacidad
Plan de acción gerontológico	Secretaría de Inclusión Social, Familia y	Fortalecimiento a los estilos de vida saludables para toda la población incluyendo los Clubes de Vida	Por un envejecimiento y una vejez digna

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
	Derechos humanos.		
Plan de acción gerontológico	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Atención integral humanizada por parte de las instituciones de salud para las Personas mayores	Por un envejecimiento y una vejez digna
Plan de acción gerontológico	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Programas de orientación y recuperación de las personas mayores adictas al juego, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.	Por un envejecimiento y una vejez digna
Plan de acción gerontológico	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Actividad Mental y física	Por un envejecimiento y una vejez digna
Política Pública Familia	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Apoyar a las familias en situación de vulnerabilidad social mediante el desarrollo de estrategias que faciliten el acceso a los sistemas de empleo, salud, educación y vivienda	Familias Medellín
Política Pública Familia	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Ofrecer oportunidades de acompañamiento familiar con estrategias individuales, grupales, colectivas, comunitarias y de red para fortalecer a las familias en sus procesos de socialización en la formación de ser y de vínculos con enfoque diferencial y con énfasis en cuidado, cotidianidad, desarrollo humano y formación de conciencia auto-reguladora	Familias Medellín
Política Pública Familia	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Buen vivir en familia y sociedad: Atención psicológica individual y familiar, Trabajo en redes de apoyo familiar y social	Familias Medellín

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Política Pública Familia	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Proporcionar apoyos adecuados a las familias con alguno de sus miembros con discapacidad y/o en situación de dependencia por trastorno mental o producto del ciclo vital.	Familias Medellín
Política Pública Familia	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Promoción de la Salud Mental Familiar, con énfasis en la resiliencia, las habilidades para la vida y la resolución de conflictos.	Familias Medellín
Plan De Acción Territorial De Lucha Contra La Trata De Personas	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Creación e implementación de los módulos de reporte de casos de trata de personas en el sistema SECAD	Planeación para la seguridad integral
Plan De Acción Territorial De Lucha Contra La Trata De Personas	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Garantizar atención a toda la Población Víctima de Trata de personas	Planeación para la seguridad integral
Consejo Municipal para Asuntos y Políticas Públicas de las Comunidades Afrodescendientes habitantes en el Municipio de Medellín	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Garantizar el estímulo y capacitación a esta población para su participación activa en la toma decisiones, la formulación y ejecución de programas y proyectos del Plan de Desarrollo municipal	Diversidad étnica
Consejo Municipal para Asuntos y Políticas Públicas de las Comunidades Afrodescendientes habitantes en el Municipio de Medellín	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Garantizar el reconocimiento, protección, aplicación y desarrollo de los derechos integrales de este grupo étnico	Diversidad étnica

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Política Pública de seguridad y soberanía alimentaria y nutricional en Medellín	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos humanos.	Fortalecer el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional, centrado en la educación familiar para el desarrollo infantil, la atención nutricional materno infantil, la vigilancia del desarrollo físico y la atención nutricional, focalizando la aplicación de recursos de las zonas del municipio en los que la población presenta los más altos índices de desnutrición. Optimizando los programas de asistencia alimentaria y complementación nutricional, con estrategias de educación, salud pública y bienestar que tengan impactos efectivos y medibles a mediano plazo.	Seguridad alimentaria y nutricional
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Promoción de resiliencia, fortaleciendo factores de protección individuales y sociales para el desarrollo positivo.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Fortalecimiento del modelo de servicios amigables para jóvenes como estrategia de formación para la participación social en salud en los territorios.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Fortalecimiento de factores protectores y estilos de vida saludable en salud sexual reproductiva y salud mental.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Formación, capacitación o adiestramiento a profesionales y personal del área de la salud y mediadores juveniles en metodologías para el trabajo con adolescentes y jóvenes, salud mental y salud sexual y reproductiva.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Consolidación de red de prácticas asociativas de jóvenes para promoción de la salud.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Promoción del autocuidado mediante acciones formativas y de acompañamiento, en temas de desarrollo positivo y habilidades para la vida, direccionando atención a servicios especializados cuando sea necesario.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Divulgación en la población joven el derecho a la salud y generación de estrategias de acceso al servicio del programa Joven Sano en las entidades prestadoras de servicios de salud.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Formación en docentes y orientadores alrededor de metodologías para el trabajo con adolescentes y jóvenes, salud mental, salud sexual reproductiva.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Gestión del conocimiento y diálogo intersectorial con respecto a la salud juvenil y determinantes sociales de la salud entre diversas instancias en donde se desarrolla el joven: trabajo, educación y familia, entre otras.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Atención de problemáticas en salud mental para jóvenes desde un enfoque de salud mental comunitaria.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Implementación de políticas de prevención, formación e información con enfoque diferencial y de responsabilidad para el ejercicio al derecho pleno de la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Prevención de consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales en niveles que requieran prevención primaria, mitigación o superación discriminados por tipo de sustancias y edad según etapa del desarrollo.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Prevención del primer embarazo adolescente y embarazos subsecuentes.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Gestión del conocimiento con los y las jóvenes en relación a la atención para la interrupción voluntaria del embarazo en los casos tipificados por la ley.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Planificación familiar con enfoque de género.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Acompañamiento y atención a jóvenes, con trastornos mentales y conductas de riesgo para la salud mental y sus familias. (intento de suicidio, agresiones, entre otros).	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Fortalecimiento a veedurías ciudadanas y control a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes u otros servicios de atención en salud, como un ejercicio de corresponsabilidad respecto al servicio de salud.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Fortalecer la Gestión de la salud pública Juvenil desde apuestas transectoriales concretas que fortalezcan el trabajo sinérgico entre los diferentes actores responsables de la atención en servicios de salud.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Promoción de acciones de protección integral para jóvenes con discapacidad.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Acciones de garantía al acceso, la disponibilidad de modo, tiempo y lugar y la permanencia al sistema de seguridad social en salud de los y las jóvenes con enfoque diferencial.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Orientación de acciones que garanticen la atención primaria en salud en la prestación de servicios de salud (diagnóstico, prevención, tratamiento, curación y rehabilitación especializada e integral) en cualquiera de las etapas	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	del proceso de salud de enfermedad tanto para salud física como para salud mental en población joven.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Fomento de redes locales de jóvenes formados en temas de salud juvenil y salud sexual para multiplicar en sus territorios.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Fortalecimiento de jóvenes de la ciudad procesos de participación social y comunitaria en salud.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Prestación de servicios de salud sin barreras, bajo el modelo de servicios amigables y eficientes, con un enfoque diferencial y con estrategias extramurales de atención en salud.	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Plan estratégico Juventud	Secretaría de Juventud	Acciones para garantizar el cumplimiento de los derechos en salud mediante la implementación de programas, proyectos o acciones relacionados con la política pública de salud mental y adicciones	Promoción del desarrollo humano integral de la juventud
Política Pública para las Mujeres Urbanas y Rurales del Municipio de Medellín	Secretaría de la Mujer	Asegurar una mayor inclusión de la mujer de todas las edades en la seguridad social en salud, con atención en la calidad de los servicios; garantizar la salud integral de las mujeres, particularmente la salud mental, la salud sexual y reproductiva, como condición para la protección, control y disfrute de los derechos sexuales y reproductivos	Empoderamiento y transversalización de la equidad de género
Política Pública de Biodiversidad	Secretaría de Medio Ambiente	Promover procesos de apropiación social de la biodiversidad y los servicios ecosistémicos sustentados en principios de corresponsabilidad y gobernanza	Estructura ecológica y sus servicios ecosistémicos
Política Pública de Biodiversidad	Secretaría de Medio Ambiente	Fortalecer los procesos educativo-ambientales, desde una perspectiva sistémica del territorio, generando valores y actitudes de convivencia con la biodiversidad y los servicios ecosistémicos	Sistema de gestión ambiental integral y cambio climático

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Política Pública de Medellín Ciudad Verde y Sostenible	Secretaría de Medio Ambiente	Tanto las instituciones gubernamentales como el sector privado y los ciudadanos, adopten medidas para priorizar acciones y criterios medioambientales en vivienda y hábitat, transporte, comunicación, cultura, educación, producción de bienes y servicios, construcción y urbanismo, gestión de los residuos, entre otros, para reducir la presión de la ciudad en el medio ambiente, aumentar la calidad de vida de los ciudadanos y hacer frente a los grandes desafíos ecológicos de la ciudad, como el cambio climático y propiciar una ciudad sostenible ambientalmente, haciendo seguimiento y control continuo e incluyendo a profesionales con debido conocimiento del tema	Sistema de gestión ambiental integral y cambio climático
Plan de Movilidad Segura	Secretaría de Movilidad	Creación del Equipo Interinstitucional entre entidades responsables en la atención de hechos de viales.	Reconociendo la importancia de la Movilidad Segura
Plan de Movilidad Segura	Secretaría de Movilidad	Formación a la ciudadanía como primeros respondientes en la atención de hechos de viales	Reconociendo la importancia de la Movilidad Segura
Plan de Movilidad Segura	Secretaría de Movilidad	Estrategias de formación, información y comunicación para el uso adecuado de la Línea Única de Emergencias.	Reconociendo la importancia de la Movilidad Segura
Plan de Movilidad Segura	Secretaría de Movilidad	Mejoras en la recepción de lesionados por hechos viales en las instituciones de salud	Reconociendo la importancia de la Movilidad Segura
Plan de Movilidad Segura	Secretaría de Movilidad	Creación del registro único de información de los afectados en hechos de tránsito que involucre los datos de las instituciones de salud, Movilidad y Medicina legal	Reconociendo la importancia de la Movilidad Segura

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Plan de Movilidad Segura	Secretaría de Movilidad	Creación de una unidad para la atención de los afectados en hechos viales	Reconociendo la importancia de la Movilidad Segura
Plan de Movilidad Segura	Secretaría de Movilidad	Número de acciones psicosociales y en salud a los afectados de hechos viales.	Reconociendo la importancia de la Movilidad Segura
Política Pública de Seguridad y Convivencia de Medellín	Secretaría de Seguridad y Convivencia	Aumentar la capacidad de los ciudadanos y de sus instituciones para gobernar los fenómenos que afectan la seguridad y convivencia, decidir y actuar para generar de manera concertada un ambiente seguro	Gestión de la cultura ciudadana Formación para la transformación de la cultura ciudadana Buenas prácticas ciudadanas para el goce de mis derechos y deberes
Política Pública de Seguridad y Convivencia de Medellín	Secretaría de Seguridad y Convivencia	Movimiento dinámico de intercambio y articulación en relaciones de cooperación y escenarios que el modelo propone, procurando la efectiva vinculación de actores (públicos, privados, al interior de la Alcaldía y en el orden departamental, nacional e internacional) para el desarrollo de los programas y proyectos que concretan el Modelo Integral de Gestión Local de Seguridad y Convivencia	Medellín cuenta con todos Creemos confianza

POLÍTICA PÚBLICA Y/O PLANES ESTRATÉGICOS	SECRETARÍA	ACCIÓN O TEMA PARA ARTICULAR	PROGRAMA ARTICULACIÓN PDM 2016-2019
Política de Educación Ambiental	Secretaría de Cultura Ciudadana, Secretaría de Medio Ambiente, Secretaría de Educación, Secretaría de Salud, INDER	Política de Educación Ambiental: Establecer lineamientos conceptuales, metodológicos y proyectivos en materia educativo-ambiental, con una visión sistémica del ambiente, para orientar la formación integral y la construcción de conocimiento sobre la realidad y problemática ambiental, que oriente la gestión de los diversos sectores, instituciones y actores sociales que tienen competencias y responsabilidades en la temática buscando el fortalecimiento de los procesos participativos, la instalación de capacidades técnicas y la consolidación, institucionalización y la proyección de la Educación Ambiental, hacia horizontes de construcción de una cultura ética, responsable y participativa en el manejo ambiental y el desarrollo sostenible deseado para una sociedad más justa.	Formación para la transformación de la cultura ciudadana Buenas prácticas ciudadanas para el goce de mis derechos y deberes

13.4 Articulación de las metas, estrategias del Plan Territorial de salud con los programas y proyectos del Plan de Desarrollo.

A continuación se relacionan las estrategias de las diferentes dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, sus metas e indicadores de cada dimensión, las cuales orientan el desarrollo de los programas y proyectos descritos. Es de aclarar, que las estrategias PDSP, sugirieron como alternativa de solución a las tensiones identificadas, conforme a los parámetros PASE a la Equidad.

En Anexo se podrán encontrar con mayor detalle la armonización de las estrategias que emergieron del trabajo con las mesas de expertos, academia, EAPB, IPS y comunidad, así como la relación con las tensiones a modificar.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Convivencia Social y salud Mental	Lograr el 100% de la estrategia para la prevención del primer consumo implementada	% implementación de la estrategia para la prevención del primer consumo	Redes Socio-Institucionales Movilización social y comunitaria para la garantía del derecho a la atención psicosocial y salud integral de víctimas de conflicto armado	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Abordaje integral de atención socio sanitaria de salud mental y adicciones
Convivencia Social y salud Mental	Aumentar la frecuencia de uso de servicios de salud mental en 2 puntos porcentuales según trastorno.	Frecuencia de uso de servicios de salud mental	Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de las acciones orientadas a garantizar el acceso, la oportunidad calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención.	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral de atención socio sanitaria de salud mental y adicciones
Convivencia Social y salud Mental	Lograr que el Índice de Condiciones para la Reconciliación Nacional pase de 43,8 a 47	Índice de Condiciones para la Reconciliación Nacional	Atención psicosocial a víctimas de la violencia. Implementación, monitoreo y evaluación de un modelo intersectorial de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado. Con el fin de identificar necesidades, efectos y daños que requieren atención psicosocial sectorial y transectorial a la población víctima del conflicto.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Abordaje integral de atención socio sanitaria de salud mental y adicciones
Convivencia Social y salud Mental	Política pública de salud mental modificada, reglamentada, implementada y evaluada que responda al tema de salud mental de manera integral.	Política pública de salud mental modificada, reglamentada, implementada y evaluada que responda al tema de salud mental de manera integral.	Redes Socio-Institucionales Movilización social y comunitaria para la garantía del derecho a la atención psicosocial y salud integral de víctimas de conflicto armado	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Abordaje integral de atención socio sanitaria de salud mental y adicciones
Convivencia Social y salud Mental	Aumentar la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas	Promedio edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas	Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral de atención socio sanitaria de salud mental y adicciones

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	(marihuana) a 15 años.		acciones orientadas a garantizar el acceso, la oportunidad calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención.		
Convivencia Social y salud Mental	Disminuir la tasa de suicidio, pasando de 5,8 a 5 por cada 100.000 habitantes	Tasa de suicidio por 100.000 habitantes Frecuencia de uso de servicios de salud mental	Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de las acciones orientadas a garantizar el acceso, la oportunidad calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención.	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral de atención socio sanitaria de salud mental y adicciones
Convivencia Social y salud Mental	En armonía con la resiliencia a nivel nacional para Medellín, se aumentará el índice de condiciones para la reconciliación nacional, pasando de 43,8 a 47	índice de condiciones para la reconciliación nacional	Entorno protectores de la salud Mental: Comprende conjunto de acciones intra y transectoriales para el fortalecimiento de entornos y factores protectores para mejorar y mantener la salud mental, el fomento del envejecimiento mentalmente saludable y la mejora en la movilidad y la seguridad vial en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Convivencia Social y salud Mental	Política pública de salud mental modificada, reglamentada, implementada y evaluada que responda al tema de salud mental de manera integral.	Política pública de salud mental modificada, reglamentada, implementada y evaluada que responda al tema de salud mental de manera integral.	Redes Socio-Institucionales Movilización social y comunitaria para la garantía del derecho a la atención psicosocial y salud integral de víctimas de conflicto armado	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Convivencia Social y salud Mental	Lograr el 100% de la estrategia para la prevención del primer consumo implementada	% implementación de la estrategia para la prevención del primer consumo	Redes Socio-Institucionales Movilización social y comunitaria para la garantía del derecho a la atención psicosocial y	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			salud integral de víctimas de conflicto armado		
Convivencia Social y salud Mental	Aumentar la frecuencia de uso de servicios de salud mental en 2 puntos porcentuales según trastorno.	Frecuencia de uso de servicios de salud mental	Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de las acciones orientadas a garantizar el acceso, la oportunidad calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Convivencia Social y salud Mental	En armonía con la resiliencia a nivel nacional para Medellín, se aumentará el índice de condiciones para la reconciliación nacional, pasando de 43,8 a 47	índice de condiciones para la reconciliación nacional	Entorno protectores de la salud Mental: Comprende conjunto de acciones intra y transectoriales para el fortalecimiento de entornos y factores protectores para mejorar y mantener la salud mental, el fomento del envejecimiento mentalmente saludable y la mejora en la movilidad y la seguridad vial en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Convivencia Social y salud Mental	Disminuir el nivel de victimización pasando del 15% al 12%.	Nivel de victimización	Entornos Favorables para la Convivencia mediante la resolución pacífica de conflictos, el adecuado manejo del poder, la comunicación asertiva, los procesos de autorregulación y regulación social, el fortalecimiento del diálogo intergeneracional y el fomento de espacios libres de contaminación visual y auditiva. en los contextos, familiar, comunitario, en población general y de alta vulnerabilidad priorizadas en el plan	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Convivencia Social y salud Mental	Aumentar la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas (marihuana) a 15 años.	Promedio edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas	Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de acciones orientadas a garantizar el acceso, la oportunidad calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Convivencia Social y salud Mental	Disminuir la tasa de suicidio, pasando de 5,8 a 5 por cada 100.000 habitantes	Tasa de suicidio por 100.000 habitantes Frecuencia de uso de servicios de salud mental	Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de las acciones orientadas a garantizar el acceso, la oportunidad calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Convivencia Social y salud Mental	Aumentar la frecuencia de uso de servicios de salud mental en 2 puntos porcentuales según trastorno.	Frecuencia de uso de servicios de salud mental	Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de las acciones orientadas a garantizar el acceso, la oportunidad calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención.	Programa fortalecimiento del acceso a los servicios de salud	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización
Convivencia Social y salud Mental	Disminuir la tasa de suicidio, pasando de 5,8 a 5 por cada 100.000 habitantes	Tasa de suicidio por 100.000 habitantes Frecuencia de uso de servicios de salud mental	Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de las acciones orientadas a garantizar el acceso, la oportunidad calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención.	Programa fortalecimiento del acceso a los servicios de salud	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización
Convivencia Social y salud Mental	Disminuir la tasa de homicidios en pasando de 20casos por cada 100 mil habitantes a 15	Tasa de homicidios por cada 100 mil habitantes	Atención al impacto de la violencia	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO	
Dimensión Saludable y condiciones trasmisibles	Vida y no	Incrementar en un 10% las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y crónicas y sus factores de riesgo.	% Cobertura de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y crónicas.	Protección y desarrollo integral del recurso humano sectorial incluye medidas de bienestar, cualificación técnica y protección laboral, entre otras.	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles
Dimensión Saludable y condiciones trasmisibles	Vida y no	Acceso oportuno al tratamiento de Leucemia, del 100% de los casos identificados	% de casos identificados de leucemia con acceso oportuno al tratamiento	Desarrollo de modelos y formas de atención diferencial de las ENT sostenibles que permitan la reorientación de los servicios para mejorar la cobertura, acceso, oportunidad, integralidad, continuidad, y seguridad ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria, entre otros, de las ENT, alteraciones bucales, visuales y auditivas y sus factores de riesgo, bajo la estrategia de APS y gestión de riesgo, enfatizando en los diferenciales, la población rural dispersa, poblaciones vulnerables y víctimas del conflicto armado.	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles
Dimensión Saludable y condiciones trasmisibles	Vida y no	Implementación en un 30% de la política pública de salud bucal.	% de implementación de la política pública de salud bucal.	Políticas públicas intersectoriales comprende la inclusión de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en todas las políticas públicas, con enfoque de equidad; y la elaboración e implementación de una política transectorial de estilos de vida saludable (ambientes libres de humo y cesación anti tabáquica)	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles
Dimensión Saludable y	Vida y	La elaboración y documentación del 100% de la política	% de la elaboración de la política	Políticas públicas intersectoriales comprende la inclusión	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
condiciones no transmisibles	pública transectorial de estilos de vida saludable.	pública transectorial de estilos de vida saludable.	de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en todas las políticas públicas, con enfoque de equidad; y la elaboración e implementación de una política transectorial de estilos de vida saludable (ambientes libres de humo y cesación anti tabáquica)	derechos y deberes.	
Dimensión Saludable y no transmisibles	Vida y no Identificar la hipoacusia en niños de 0 a 12 años, y tratar el 100% de los identificados	% de niños y niñas entre 0 y 12 años intervenidos por hipoacusia, una vez identificados.	Promoción, fomento, incentivos a la oferta, innovación, desarrollo y monitoreo del mejoramiento de la producción nacional y regional, la disponibilidad y el acceso a los medicamentos y a tecnologías esenciales para la atención de las ENT	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles
Dimensión Saludable y no transmisibles	Vida y no Se identificará los defectos refractivos en niños entre 2 y 8 años por defectos refractivos, al 100% de los niños identificados	% de niños y niñas entre 2 y 8 años intervenidos por defectos refractivos, una vez identificados.	Desarrollo e implementación de estrategias de alto impacto tales como, tamizaje poblacional para riesgo cardiometabólico y peso saludable en la población menor de 18 años y mayor de 18 años; atención para población de alto riesgo cardiovascular un millón de corazones; ver y tratar; visión 20x20; amor por el silencio, entre otras.	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles
Dimensión Saludable y no transmisibles	Vida y no Se aumentará anualmente 40 alianzas con organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT, a nivel local.	Número de alianzas con organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las	Cooperación internacional para avanzar en la gestión y cumplimiento de la agenda mundial para el control de las ENT y sus factores de riesgo con las alianzas sur sur-norte sur.	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO	
		ENT, a nivel local.				
Dimensión Saludable y no trasmisibles	Vida y no	Incrementar al 5% la prevalencia de la población sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia Índice de Caries Dental (COP=0).	Prevalencia de la población sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia Índice de Caries Dental (COP=0).	Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano para la planeación, desarrollo, atención y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable, prevención y control de ENT y de alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas, en el marco de la estrategia de APS y gestión de riesgo.	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles
Dimensión Saludable y no trasmisibles	Vida y no	Se logrará que la proporción de mortalidad temprana por Hipertensión arterial sea del 6%	Proporción de mortalidad temprana por Hipertensión arterial	Desarrollo de modelos y formas de atención diferencial de las ENT	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles
Dimensión Saludable y no trasmisibles	Vida y no	La proporción de mortalidad temprana por Diabetes Mellitus será del 16%	Proporción de mortalidad temprana por Diabetes Mellitus	Desarrollo de modelos y formas de atención diferencial de las ENT	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles
Dimensión Saludable y no trasmisibles	Vida y no	Disminuir la mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino a 4 por 100.000 mujeres	Tasa de mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino	Desarrollo de modelos y formas de atención diferencial de las ENT	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles
Dimensión Saludable y no trasmisibles	Vida y no	La elaboración y documentación del 100% de la política pública transectorial de estilos de vida saludable.	% de la elaboración de la política pública transectorial de estilos de vida saludable.	Políticas públicas intersectoriales comprende la inclusión de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en todas las políticas públicas, con enfoque de equidad; y la elaboración e implementación de una política transectorial de estilos de vida saludable (ambientes libres de humo y cesación anti tabáquica)	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Dimensión Saludable y no trasmisibles	Vida y no	Posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los	Edad promedio de inicio de consumo de	Protección de las políticas públicas de salud frente a los intereses comerciales o	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	adolescentes por encima de 14 años	tabaco en la población adolescente	de otra índole de la industria tabacalera: artículo 5.3 del convenio marco para el control del tabaco CMCT.		
Dimensión Saludable y no condiciones trasmisibles	Vida y no Se pospone la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de 14 años	Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes	Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable implica la participación de varios sectores en la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, cultura y actividad física; el fortalecimiento del transporte activo no motorizado; el acceso a una alimentación saludable; la disminución en la exposición y el consumo de tabaco y del consumo nocivo de alcohol; y que se generen condiciones que garanticen la autonomía e independencia en la población con limitaciones motoras, visuales y auditivas.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Dimensión Saludable y no condiciones trasmisibles	Vida y no Se aumentará anualmente 40 alianzas con organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT, a nivel local.	Número de alianzas con organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT, a nivel local.	Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable implica la participación de varios sectores en la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, cultura y actividad física; el fortalecimiento del transporte activo no	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO	
			motorizado; el acceso a una alimentación saludable; la disminución en la exposición y el consumo de tabaco y del consumo nocivo de alcohol; y que se generen condiciones que garanticen la autonomía e independencia en la población con limitaciones motoras, visuales y auditivas.			
Dimensión Saludable y no trasmisibles	Vida y no	Se pospone la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de 14 años	Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes	Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria; que promueva las capacidades individuales y colectivas, y la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Dimensión Saludable y no trasmisibles	Vida y no	Lograr el cumplimiento de 100% ambientes libres de humo de tabaco y sus derivados, en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009	% ambientes libres de humo de tabaco y sus derivados, en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009	Desarrollo de una línea de cuidado a las personas con ENT, incluidas las alteraciones bucales, visuales y auditivas que garanticen un proyecto terapéutico adecuado que incluya la promoción del autocuidado, la prescripción y dispensación de medicamentos, la vinculación entre el cuidador y el equipo de atención primaria en	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			salud, así como la integralidad y la continuidad en el acompañamiento.		
Dimensión Saludable Vida y no condiciones trasmisibles	Se incrementará en un 10% la prácticas de autocuidado para prevención y manejo de cáncer de mama, cérvix, próstata	% de las prácticas de autocuidado para prevención y manejo de cáncer de mama, cérvix, próstata	Desarrollo de una línea de cuidado a las personas con ENT, incluidas las alteraciones bucales, visuales y auditivas que garanticen un proyecto terapéutico adecuado que incluya la promoción del autocuidado, la prescripción y dispensación de medicamentos, la vinculación entre el cuidador y el equipo de atención primaria en salud, así como la integralidad y la continuidad en el acompañamiento. (tensión coberturas)	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Dimensión Saludable Vida y no condiciones trasmisibles	Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en población de 18 a 69 años hasta el 17%	% Prevalencia Tabaquismo en personas de 18 a 69 años	Protección de las políticas públicas de salud frente a los intereses comerciales o de otra índole de la industria tabacalera: artículo 5.3 del convenio marco para el control del tabaco CMCT.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Dimensión Saludable Vida y no condiciones trasmisibles	Incrementar el consumo diarios de frutas y verduras a 2 porciones diarias los siete días a la semana	Consumo promedio diario de frutas y verduras (Unidades)	Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria; que promueva las capacidades individuales y colectivas, y la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO	
			desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.			
Dimensión Saludable y no transmisibles	Vida y no	Posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes por encima de 14 años	Edad promedio de inicio de consumo de tabaco en la población adolescente	Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria; que promueva las capacidades individuales y colectivas, y la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Dimensión Saludable y no transmisibles	Vida y no	Se aumentará anualmente 40 alianzas con organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT, a nivel local.	Numero de alianzas Intersectoriales establecidas anualmente para la promoción y adopción de estilos de vida saludable	Movilización social y corresponsabilidad de actores, sectores y comunidades para la construcción desarrollo, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y bienestar promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludable; la salud bucal, visual y auditiva; el envejecimiento activo y saludable; y la atención integral de las ENT; con especial interés en la primera infancia y la activa participación de los jóvenes. Adicionalmente, tener incidencia política y ejercer el control social para la promoción de la	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			salud y la afectación de los determinantes sociales.		
Dimensión Saludable condiciones trasmisibles	Vida y no Incrementar al 5% la prevalencia de la población sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia Índice de Caries Dental (COP=0).	Prevalencia de la población sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia Índice de Caries Dental (COP=0).	Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria; que promueva las capacidades individuales y colectivas, y la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Dimensión Saludable condiciones trasmisibles	Vida y no Incrementar en 10% la prevalencia poblacional de actividad física moderada global en la población general	Prevalencia poblacional de actividad física moderada global en la población (13 a 64 años)	Desarrollo de una línea de cuidado a las personas con ENT, incluidas las alteraciones bucales, visuales y auditivas que garanticen un proyecto terapéutico adecuado que incluya la promoción del auto-cuidado, la prescripción y dispensación de medicamentos, la vinculación entre el cuidador y el equipo de atención primaria en salud, así como la integralidad y la continuidad en el acompañamiento.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Dimensión Saludable condiciones trasmisibles	Vida y no Se logrará que la proporción de mortalidad temprana por Hipertensión arterial sea del 6%	Proporción de mortalidad temprana por Hipertensión arterial	Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO	
			responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria; que promueva las capacidades individuales y colectivas, y la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.			
Dimensión Saludable condiciones trasmisibles	Vida y no	La proporción de mortalidad temprana por Diabetes Mellitus será del 16%	Proporción de mortalidad temprana por Diabetes Mellitus	Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria; que promueva las capacidades individuales y colectivas, y la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Dimensión Saludable condiciones trasmisibles	Vida y no	Disminuir la mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino a 4 por 100.000 mujeres	Tasa de mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino	Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria; que promueva las capacidades individuales y colectivas, y la	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.		
Emergencias y Desastres	Alcanzar el 95% en cobertura de instituciones que reportan al sistema de información para la vigilancia en salud.	% Cobertura de instituciones que reportan al sistema de información para la vigilancia en salud	Gestión intersectorial para el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas: incluye acciones de capacitación, asistencia técnica y asesoría en planeación, vigilancia, monitoreo y supervisión de la respuesta nacional y territorial en el contexto del Reglamento Sanitario Internacional 2005. Así mismo, la gestión de la infraestructura e insumos tecnológicos, de comunicación e informáticos	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Emergencias y Desastres	Atención integral y oportuna del 100% de emergencias y desastres	% de atención integral y oportuna de emergencias y desastres.		Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización
Emergencias y Desastres	No superar los 14 minutos en el tiempo de la atención pre hospitalaria en caso de urgencias, y en emergencias y desastres	Tiempo promedio de la atención Pre hospitalaria en caso de urgencias, emergencias y desastres		Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización
Emergencias y Desastres	Se logra incluir en el 100% de los planes hospitalarios de gestión del riesgo las acciones de suministro de sangre y componentes sanguíneos seguros.	% de planes hospitalarios de gestión del riesgo donde se incluyó acciones de suministro de sangre y componentes sanguíneos seguros.	Fortalecimiento de las acciones de gestión hospitalaria para el suministro de sangre y componentes sanguíneos	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Ruta de atención integral sociosanitarias para		Eliminación de barreras de acceso por falta de	Gestión de estrategias	Abordaje integral socio sanitario para poblaciones especiales

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
para la gestión de la salud - Transversal	la población vulnerable implementada.		oportunidad o falta de oferta	integrales de atención en salud	
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Contar con un plan de comunicación para la salud desarrollado, implementado de forma intersectorial e interinstitucional y que cuente con un sistema de evaluación en el 100%	% del desarrollo, implementación y evaluación del plan de comunicación para la salud	Fortalecimiento de la promoción de la salud	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Lograr un acompañamiento en todas las comunas y corregimientos para la gestión territorial basada en comunidad y participación social en salud	Número de comunas y corregimientos acompañados para la gestión territorial basada en comunidad y participación social en salud	Abogacía	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Consolidación y apropiación social de la estrategia Ciudades y Comunidades Saludables OMS/OPS con sistematización, monitoreo y evaluación de sus resultados.		Puesta en marcha de la comisión intersectorial de salud pública	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Lograr el 95% del fortalecimiento a las instituciones de la red Pública.	% del fortalecimiento a las instituciones de la red Pública.	Plan de recuperación de capacidades sanitarias básicas de las entidades territoriales	Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	50% de los casos triaje 3, 4 y 5 son regulados al nivel de atención adecuado	% Desaturación del servicio de urgencias	Plan de recuperación de capacidades sanitarias básicas de las entidades territoriales	Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Lograr que el 50% de las instituciones y organizaciones focalizadas en la ciudad implementen acciones de apropiación del conocimiento para el control social	% de instituciones y organizaciones focalizadas en la ciudad que implementan acciones de apropiación del conocimiento	Fortalecimiento de prácticas de buen gobierno en el sector salud	Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud	Fortalecimiento de la Calidad de los Servicios de Salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
		para el control social			
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	El 50% de las instituciones prestadoras de servicios de salud que logran un nivel adecuado de la implementación del PAMEC (Pautas de Auditoría para el Mejoramiento a la calidad en Salud)	% de las instituciones prestadoras de servicios de salud que logran un nivel adecuado de la implementación del PAMEC (Pautas de Auditoría para el Mejoramiento a la calidad en Salud)	Plan de recuperación de capacidades sanitarias básicas de las entidades territoriales	Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud	Fortalecimiento de la Calidad de los Servicios de Salud
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Aumentar el acompañamiento a las Instituciones prestadoras de servicios de salud con asistencia técnica en procesos de calidad, pasando de 200 a 600 instituciones	Instituciones prestadoras de servicios de salud con asistencia técnica en procesos de calidad	Plan de recuperación de capacidades sanitarias básicas de las entidades territoriales	Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud	Fortalecimiento de la Calidad de los Servicios de Salud
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	El municipio cuenta con un sistema de información y conocimiento integrado y articulado con los actores del sistema de salud y logrando la apropiación social del conocimiento		Bodega de datos única en salud	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión de la información y el Conocimiento en salud
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Cobertura superior en la afiliación al SGSSS pasando del 97,5% al 98,5%	% cobertura en la afiliación al SGSSS	Desarrollo del programa nacional de gestión del policonsultador	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Disminución de los AVPP por enfermedad evitable pasando de 9.6 a 9.5 años por cada 1000 personas	Años de vida potencialmente perdidos por enfermedad evitables	Desarrollo del programa nacional de gestión del policonsultador	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Disminuir el porcentaje de déficit de cobertura del régimen subsidiado	Porcentaje de déficit de cobertura del régimen subsidiado	Desarrollo del programa nacional de gestión del policonsultador	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	certificada por el Ministerio de Salud, pasando de 4% al 2% (50% del déficit de cobertura certificada por el Ministerio en el año anterior)	certificada por el Ministerio de Salud			
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Se consolida el modelo integral de atención en salud-MIAS, basado en la política integral de atención en salud del país		Desarrollo de un mecanismo de seguimiento al costo por patología	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y sus redes de atención para el abordaje integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles con acompañamiento.		Desarrollo de un modelo de atención adaptado a las condiciones territoriales	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	El 80% de Instituciones priorizadas con acciones de vigilancia del acceso implementadas	% de Instituciones priorizadas con acciones de vigilancia del acceso implementadas	Eliminación de barreras de acceso por falta de oportunidad o falta de oferta	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia al Acceso de los Servicios de Salud
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Lograr en un 100% un sistema para la atención de urgencias, emergencias y desastres operando las 24 horas de los 365 días del año.	% de operación Sistema para la atención de urgencias, emergencias y desastres	Eliminación de barreras de acceso por falta de oportunidad o falta de oferta	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia al Acceso de los Servicios de Salud
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud - Transversal	Lograr el 100% en el acceso a servicios de salud de primer nivel para la población pobre no asegurada (PPNA garantizado)	% de operación Sistema para la atención de urgencias, emergencias y desastres	Eliminación de barreras de acceso por falta de oportunidad o falta de oferta	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia al Acceso de los Servicios de Salud
Salud ambiental	Formular e implementar una metodología que permita calcular la carga ambiental de la enfermedad de	% del proceso de documentación e implementación de la	Procesos de cooperación nacional e internacional	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transsectorialidad

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	los eventos prioritizados relacionados con la problemática ambiental	metodología para calcular la carga ambiental de la enfermedad de los eventos prioritizados relacionados con la problemática ambiental			
Salud ambiental	Reducir la tasa de mortalidad por accidentes viales por cada 100.000 habitantes, pasarla de 11 a 9,4.	Tasa de mortalidad por accidentes viales por cada 100.000 habitantes	Desarrollo de sistemas de transporte sostenibles y movilidad segura	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Salud ambiental	El 70% de los establecimientos de alto riesgo de interés sanitario serán vigilados y controlados, según censo territorial.	% de establecimientos de interés sanitario vigilados y controlados de alto riesgo, según censo territorial.	Vigilancia en salud pública	Salud ambiental	Establecimientos y servicios sanos, seguros y saludables
Salud ambiental	El municipio de Medellín, logrará implementar el componente de Salud Ambiental, del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC.	% de avance en la implementación del componente de Salud Ambiental, del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC.	Desarrollo de sistemas de transporte sostenibles y movilidad segura	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales
Salud ambiental	El municipio de Medellín, logrará implementar el componente de Salud Ambiental, del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC.	% de avance en la implementación del componente de Salud Ambiental, del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC.	Entornos laborales saludables que promuevan la salud, mejoren las condiciones de trabajo y disminuyan los riesgos laborales	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales
Salud ambiental	El municipio de Medellín, logrará implementar el componente de Salud Ambiental,	% de avance en la implementación del componente de	Políticas interinstitucionales e intersectoriales	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC.	Salud Ambiental, del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC.			
Salud ambiental	Aumentar la cobertura de Acueducto en el Municipio de Medellín, pasando de 95,81% a 97,44%	% de cobertura de servicio de acueducto del municipio de Medellín	Gestión integral del recurso hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales
Salud ambiental	Aumentar la cobertura de alcantarillado en el Municipio de Medellín, pasando de 88,6% a 95,39%	% de cobertura de servicio de alcantarillado en el Municipio de Medellín	Gestión integral del recurso hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales
Salud ambiental	Se contará con mapas de riesgo del 100% de los sistemas de abastecimiento de agua de las comunas y corregimientos; así mismo se realizará vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, en los diferentes sistemas de abastecimiento.	% de comunas y corregimientos con mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.	Consumo responsable	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales
Salud ambiental	• Implementar el protocolo de caracterización de intervención sanitaria de sustancias químicas y biológicas definido por el Ministerio de Salud. (agroindustria, desarrollos tecnológicos como determinantes de riesgo del aire, ruido, riesgo químico y residuos hospitalarios)	% de la formulación e implementación de protocolo de caracterización de intervención sanitaria de sustancias químicas y biológicas.	Producción más limpia	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Salud ambiental	Se tendrá incluido y monitoreado el componente de salud ambiental en el Plan de Desarrollo Territorial y el de Ordenamiento Territorial POT.	% del avance de la documentación e implementación del monitoreo del componente de salud ambiental incluido en el Plan de Desarrollo Territorial y el de Ordenamiento Territorial POT del municipio.	Atención primaria en salud ambiental APSA: busca definir la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de la atención primaria en salud APS, posicionando la gestión intersectorial y la participación social en la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales
Salud ambiental	Formular e implementar una metodología que permita calcular la carga ambiental de los eventos prioritizados relacionados con la problemática ambiental	% del proceso de documentación e implementación de la metodología para calcular la carga ambiental de la enfermedad de los eventos prioritizados relacionados con la problemática ambiental	investigaciones para la salud ambiental	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales
Salud ambiental	Se logrará implementar el protocolo de caracterización de intervención sanitaria de sustancias químicas según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud (agroindustria, desarrollos tecnológicos como determinantes de riesgo del aire,	% implementación del protocolo de caracterización de intervención sanitaria de sustancias químicas según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud	Estrategia de entornos saludables	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	ruido y riesgo químico.				
Salud ambiental	Ampliar y optimizar los acueductos veredales a 6	Acueductos veredales ampliados y optimizados	Gestión integral del recurso hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria por medio de actividades de educación	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales
Salud ambiental	Ampliar y optimizar los acueductos veredales a 6	Acueductos veredales ampliados y optimizados	Gestión integral de residuos sólidos en las viviendas, empresas y espacios comunitarios: promoción de espacios saludables mediante reciclaje	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales
Salud ambiental	Disminuir La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda EDA pasando de 2.1 a 1,5 por 100.000 menores de 5 años	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA	Gestión integral del recurso hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria	Salud ambiental	Gestión integral de riesgos sanitarios y ambientales
Salud ambiental	Lograr un 100% en la vigilancia entomológica de vectores de dengue, chikunguña y zika efectuada.	% en la vigilancia entomológica de vectores de dengue, chikunguña y zika efectuada.	Gestión integral del recurso hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria	Salud Ambiental	Gestión integral para la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.
Salud ambiental	Disminuir la letalidad por dengue en menos del 2 por ciento	Letalidad por dengue	Gestión integral del recurso hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria	Salud Ambiental	Gestión integral para la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.
Salud ambiental	No superar de 0.1 por cien mil personas la tasa de mortalidad por dengue	Mortalidad por dengue	Gestión integral del recurso hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria	Salud Ambiental	Gestión integral para la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.
Salud ambiental	Implementar el protocolo de caracterización de intervención sanitaria de sustancias químicas y biológicas definido por el Ministerio de Salud. (agroindustria,	% de la formulación e implementación de protocolo de caracterización de intervención sanitaria de sustancias químicas y biológicas.	Políticas interinstitucionales e intersectoriales	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	desarrollos tecnológicos como determinantes de riesgo del aire, ruido, riesgo químico y residuos hospitalarios)				
Salud ambiental	Reducir la tasa de mortalidad por accidentes viales por cada 100.000 habitantes, pasarla de 11 a 9,4.	Tasa de mortalidad por accidentes viales por cada 100.000 habitantes	Desarrollo de sistema de transporte sostenible y movilidad segura	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud
Salud ambiental	Formular e implementar una metodología que permita calcular la carga ambiental de la enfermedad y costos en salud de los eventos priorizados relacionados con la problemática ambiental.	% de la formulación e implementación de la metodología para calcular la carga ambiental de la enfermedad de los eventos priorizados relacionados con la problemática ambiental.	Sistema nacional de inspección y control sanitario IVC	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia en Salud Ambiental
Salud ambiental	Implementar el protocolo de caracterización de intervención sanitaria de sustancias químicas y biológicas definido por el Ministerio de Salud. (agroindustria, desarrollos tecnológicos como determinantes de riesgo del aire, ruido, riesgo químico y residuos hospitalarios)	% de la formulación e implementación de protocolo de caracterización de intervención sanitaria de sustancias químicas y biológicas.	Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública e inteligencia epidemiológica	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia en Salud Ambiental
Salud ambiental	Se diseñará, e implementará en un 25% el sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a la exposición a radiación solar ultravioleta.	% Implementación del sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a la exposición a radiación solar ultravioleta.	Vigilancia sanitaria. Promoción de la autogestión y autorregulación	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia en Salud Ambiental

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Salud ambiental	Implementar en un 60% el Sistema de Vigilancia en salud ambiental	% Implementación del Sistema de Vigilancia en salud ambiental	Vigilancia sanitaria, promoción de la autogestión y autorregulación	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia en Salud Ambiental
Salud ambiental	Implementar intervenciones para las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis de acuerdo a los lineamientos de la EGI definida por el ministerio	Gestión integrada EGI para el control de vectores y zoonosis	Investigación para la salud ambiental	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia en Salud Ambiental
Salud ambiental	Aumentar el Índice de salud ambiental a 30% en el municipio de Medellín a partir de la línea de base	Índice de salud ambiental	Fortalecimiento de la vigilancia en Salud pública e inteligencia epidemiológica	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia en Salud Ambiental
Salud ambiental	Disminuir La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda EDA pasando de 2.1 a 1,5 por 100.000 menores de 5 años	Mortalidad por dengue	Investigación para la salud ambiental	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia en Salud Ambiental
Salud ambiental	Se diseñará, e implementará en un 25% el sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a la exposición a radiación solar ultravioleta.	% Implementación del sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a la exposición a radiación solar ultravioleta.	Fortalecer el sistema de Vigilancia en salud pública de los eventos priorizados asociados a la contaminación del aire	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia epidemiológica
Salud ambiental	Implementar en un 80% el protocolo de vigilancia de calidad del aire.	% de avance en la implementación del protocolo de vigilancia de calidad del aire	Planes de acción intersectoriales de entornos saludables PAIES	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia epidemiológica de los efectos de salud por la calidad del aire
Salud y Ámbito laboral	Desarrollar, implementar y evaluar el plan intersectorial y participativo de promoción de la salud de las poblaciones vulnerables a	% de la implementación y evaluación del plan intersectorial y participativo de promoción de la salud de las poblaciones	Alianzas estratégicas: articulación entre autoridades, para la protección de la salud de los trabajadores.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	riesgos ocupacionales con enfoque diferencial, dirigidos a prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población	vulnerables a riesgos ocupacionales con enfoque diferencial, dirigidos a prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población			
Salud y Ámbito laboral	Lograr la articulación con las ARL para el fortalecimiento e implementación de metodologías efectivas que promueven la salud de los trabajadores.	Articulación con las ARL para el fortalecimiento e implementación de metodologías efectivas que promueven la salud de los trabajadores.	Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ocupacional. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Trabajo, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras de Riesgos Laborales, los entes Territoriales de Salud, y demás actores involucrados, implementarán el Plan Nacional de Cáncer Ocupacional, dirigido a reducir la exposición al asbesto, sílice, benceno, radiaciones ionizantes y demás sustancias cancerígenas, con el objeto de proteger la salud de la población trabajadora colombiana expuesta a los diferentes carcinógenos, promoviendo condiciones de trabajo saludables, reduciendo los niveles de exposición y realizando vigilancia médica orientada a detectar estos factores, en trabajadores del sector formal e informal de la economía, en particular en talleres de mantenimiento de frenos, construcción, minas y canteras, entre otros	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Salud y Ámbito laboral	Implementación en el 100% de un sistema de vigilancia epidemiológico de morbilidad y mortalidad laboral en el sector informal.	% de Implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica o de morbilidad y mortalidad laboral en el sector informal.	<p>Educación, información y comunicación: cualificación del recurso humano para orientar el diagnóstico de la enfermedad laboral y mejorar los registros de los eventos con el concurso de las entidades responsables de la calificación de la enfermedad, a través del desarrollo de herramientas que fortalezcan las capacidades del talento humano en salud y el sistema de información, en el marco de los sistemas de salud y de riesgos profesionales.</p> <p>Determinar los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población trabajadora: los Entes Territoriales de Salud construirán los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población trabajadora con base en la información suministrada por los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales, y divulgarán la información en cada departamento a las instancias de gestión intersectorial</p>	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Salud y Ámbito laboral	Desarrollar, implementar y evaluar el plan intersectorial y participativo de promoción de la salud de las poblaciones vulnerables a riesgos ocupacionales con enfoque diferencial, dirigidos a	% de la implementación y evaluación del plan intersectorial y participativo de promoción de la salud de las poblaciones vulnerables a riesgos ocupacionales con enfoque	Promoción de entornos laborales saludables en el sector formal e informal de la economía: programas y acciones de educación y sensibilización social dirigidos al fomento del autocuidado y prevención de accidentes y enfermedades laborales, de acuerdo con los	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población	diferencial, dirigidos a prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población	perfiles epidemiológicos. incluye la realización de campañas de difusión y comunicación, susceptibles de reproducción en medios físicos o electrónicos, entre otros.		
Salud y Ámbito laboral	Lograr la articulación con las ARL para el fortalecimiento e implementación de metodologías efectivas que promueven la salud de los trabajadores.	Articulación con las ARL para el fortalecimiento e implementación de metodologías efectivas que promueven la salud de los trabajadores.	Promoción de entornos laborales saludables en el sector formal e informal de la economía: programas y acciones de educación y sensibilización social dirigidos al fomento del autocuidado y prevención de accidentes y enfermedades laborales, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos. Incluye la realización de campañas de difusión y comunicación, susceptibles de reproducción en medios físicos o electrónicos, entre otros.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Salud y Ámbito laboral	Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo por lo menos en el 50% de una muestra seleccionada de empresas afiliadas a las ARL	Cobertura de por lo menos 50% de empresas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo implementado	Fortalecimiento de la prevención de los riesgos laborales en las micro y pequeñas empresas: acciones de promoción y prevención en micro y pequeñas empresas que presenten alta siniestralidad o estén clasificadas como de alto riesgo, para lo cual se tendrán en cuenta la frecuencia, severidad y causa de los accidentes y enfermedades laborales. Las empresas y las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales sumarán esfuerzos para el fortalecimiento de estas acciones, de	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			conformidad con sus obligaciones y los lineamientos del Ministerio del Trabajo.		
Salud y Ámbito laboral	Implementación en el 100% de un sistema de vigilancia epidemiológico de morbimortalidad laboral en el sector informal.	% de implementación del sistema de vigilancia epidemiológico de los riesgos laborales informales	Determinar perfiles de morbimortalidad de la población trabajadora: los entes territoriales de salud construirán los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población trabajadora con base en la información suministrada por los actores del sistema de seguridad social en salud y riesgos laborales, y divulgarán la información en cada departamento a las instancias de gestión intersectorial.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión de la información y el Conocimiento en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Incrementar en 8 puntos porcentuales el número de madres que brinda lactancia materna en la primera hora de vida, hasta lograr una meta del 64,6%. (línea de base 56,6%, fuente Ensin 2010)	% de madres que brindan lactancia materna en la primera hora de vida.	Alianzas estratégicas entre sectores	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir los Hogares que se perciben con inseguridad alimentaria pasando de 47,7 % a 43,7%	Hogares que se perciben con inseguridad alimentaria	Gestión de la Política y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional: posicionamiento y fortalecimiento del rol de las entidades que integran la comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional CISAN, como máxima instancia de concertación y coordinación. Se materializa en la concreción de la institucionalidad desde el orden nacional a los ámbitos regional y local, y propende por la unificación y	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			estandarización de criterios de medición y acción en los diferentes ejes de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, que permitan la implementación efectiva de estrategias, programas y proyectos hacia el logro de objetivos comunes y hacia el cumplimiento de compromisos nacionales e internacionales		
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Mantener en cero las muertes por desnutrición en niños y niñas menores de seis años en la ciudad de Medellín (Estadísticas Vitales DANE)	Mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años en la ciudad de Medellín	Planes territoriales de Salud Alimentaria y Nutricional (SAN): Concreción de la institucionalidad a nivel territorial expresada en planes departamentales y municipales de SAN, contruidos a través de instancias legítimas por los Consejos municipales, con participación social y comunitaria; que incluyan instrumentos básicos de planificación de desarrollo territorial, en el marco de planes de desarrollo, POT y planes indicativos que permitan una implementación efectiva.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Aumentar el número de huertas para el autoconsumo y/o comercialización establecidas, pasando de 1.600 a 3.600 huertas-	Número de huertas para el autoconsumo y/o comercialización establecidas, pasando de 1.600 a 3.600 huertas-	Alianzas estratégicas entre sectores	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 2% a 1,6% la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años con desnutrición	Planes territoriales de Salud Alimentaria y Nutricional (SAN): Concreción de la institucionalidad a nivel territorial expresada en	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	crecimiento y desarrollo con desnutrición aguda (peso/talla)	aguda (peso/talla)	planes departamentales y municipales de SAN, contruidos a través de instancias legítimas por los Consejos municipales, con participación social y comunitaria; que incluyan instrumentos básicos de planificación de desarrollo territorial, en el marco de planes de desarrollo, POT y planes indicativos que permitan una implementación efectiva.		
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 20,2% a 19,8% el porcentaje de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo con sobrepeso y obesidad	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años que presenten sobrepeso y obesidad (peso/talla)	Planes territoriales de Salud Alimentaria y Nutricional (SAN); Concreción de la institucionalidad a nivel territorial expresada en planes departamentales y municipales de SAN, contruidos a través de instancias legítimas por los Consejos municipales, con participación social y comunitaria; que incluyan instrumentos básicos de planificación de desarrollo territorial, en el marco de planes de desarrollo, POT y planes indicativos que permitan una implementación efectiva.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir y mitigar la prevalencia de la inseguridad alimentaria en las familias del Municipio de Medellín a 49,6% (Línea base 53,6%, Perfil alimentario y nutricional 2015)	Prevalencia de la inseguridad alimentaria	Alianzas estratégicas entre sectores	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Incrementar el tiempo promedio de lactancia materna exclusiva en 2,3 meses más de la	Tiempo promedio de la práctica de la lactancia materna	Alianzas estratégicas entre sectores	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	línea base, hasta lograr una meta de 3 meses. Línea de base ENSIN 2010 (21 días).	exclusiva en la ciudad de Medellín			
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)			Alianzas estratégicas entre sectores	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Incrementar en 8 puntos porcentuales el número de madres que brinda lactancia materna en la primera hora de vida, hasta lograr una meta del 64,6%. (línea de base 56,6%, fuente Ensin 2010)	% de madres que brindan lactancia materna en la primera hora de vida.		Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir los Hogares que se perciben con inseguridad alimentaria pasando de 47,7 % a 43,7%	Hogares que se perciben con inseguridad alimentaria		Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Mantener en cero las muertes por desnutrición en niños y niñas menores de seis años en la ciudad de Medellín (Estadísticas Vitales DANE)	Mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años en la ciudad de Medellín	Información, educación y comunicación: Diseño e implementación de gestión de conocimiento para la provisión de información, clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la seguridad alimentaria. Incluye fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y fuentes de información oportuna y veraz de todos los sectores involucrados a nivel nacional y territorial, con el fin de orientar procesos de evaluación y toma de decisiones.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Aumentar el número de huertas para el autoconsumo	Número de huertas para el autoconsumo		Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	autoconsumo y/o comercialización establecidas, pasando de 1.600 a 3.600 huertas-	y/o comercialización establecidas, pasando de 1.600 a 3.600 huertas-		derechos y deberes.	
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Aumentar el número de personas capacitadas en temas de alimentación y nutrición, pasando de 46.000 a 50.000 personas para el año 2019.	Número de personas capacitadas en temas de alimentación y nutrición		Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 2% a 1,6% la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo con desnutrición aguda (peso/talla)	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años con desnutrición aguda (peso/talla)	Información, educación y comunicación: Diseño e implementación de gestión de conocimiento para la provisión de información, clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la seguridad alimentaria. Incluye fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y fuentes de información oportuna y veraz de todos los sectores involucrados a nivel nacional y territorial, con el fin de orientar procesos de evaluación y toma de decisiones.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 10,3% a 9,9% la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla)	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla)	Información, educación y comunicación: Diseño e implementación de gestión de conocimiento para la provisión de información, clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la seguridad	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			alimentaria. Incluye fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y fuentes de información oportuna y veraz de todos los sectores involucrados a nivel nacional y territorial, con el fin de orientar procesos de evaluación y toma de decisiones.		
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 20,2% a 19,8% el porcentaje de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo con sobrepeso y obesidad	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años que presenten sobrepeso y obesidad (peso/talla)	Información, educación y comunicación: Diseño e implementación de gestión de conocimiento para la provisión de información, clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la seguridad alimentaria. Incluye fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y fuentes de información oportuna y veraz de todos los sectores involucrados a nivel nacional y territorial, con el fin de orientar procesos de evaluación y toma de decisiones.	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a termino en un 0,7%, pasando de 10,2% a 9,5%.	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a termino	Alianzas estratégicas entre sectores	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Incrementar el tiempo promedio de lactancia materna exclusiva en 2,3 meses más de la línea base, hasta lograr una meta de	Tiempo promedio de la práctica de la lactancia materna exclusiva en la		Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	3 meses. Línea de base ENSIN 2010 (21 días).	ciudad de Medellín			
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	100% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo. (Línea base 80%, SIVICOF)	% de acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo.	Gestión de las políticas de medidas sanitarias y fitosanitarias	Salud Ambiental	Establecimientos y servicios sanos, seguros y saludables
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	70% de los establecimientos vigilados y controlados, implicados y notificados en brotes de ETA.	% de establecimientos implicados y notificados en brotes de ETA, vigilados y controlados.	Gestión de las políticas de medidas sanitarias y fitosanitarias	Salud Ambiental	Establecimientos y servicios sanos, seguros y saludables
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término en un 0,7%, pasando de 10,2% a 9,5%.	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término	Gestión de la Política y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional: posicionamiento y fortalecimiento del rol de las entidades que integran la comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional CISAN, como máxima instancia de concertación y coordinación. Se materializa en la concreción de la institucionalidad desde el orden nacional a los ámbitos regional y local, y propende por la unificación y estandarización de criterios de medición y acción en los diferentes ejes de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, que permitan la implementación efectiva de estrategias, programas y proyectos hacia el logro de objetivos comunes y hacia el cumplimiento de compromisos nacionales e internacionales	Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	100% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo. (Línea base 80%, SIVICOF)	% de acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo.	Información, educación y comunicación: Diseño e implementación de gestión de conocimiento para la provisión de información, clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la seguridad alimentaria. Incluye fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y fuentes de información oportuna y veraz de todos los sectores involucrados a nivel nacional y territorial, con el fin de orientar procesos de evaluación y toma de decisiones.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión de la información y el Conocimiento en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	70% de los establecimientos vigilados y controlados, implicados y notificados en brotes de ETA. (Línea base 60%, SIVIGILA)	% de establecimientos implicados y notificados en brotes de ETA, vigilados y controlados.	Información, educación y comunicación: Diseño e implementación de gestión de conocimiento para la provisión de información, clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la seguridad alimentaria. Incluye fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y fuentes de información oportuna y veraz de todos los sectores involucrados a nivel nacional y territorial, con el fin de orientar procesos de evaluación y toma de decisiones.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión de la información y el Conocimiento en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir los Hogares que se perciben con	Hogares que se perciben con	Información, educación y comunicación: Diseño e implementación de	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión de la información y el Conocimiento en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	inseguridad alimentaria pasando de 47,7 % a 43,7%	inseguridad alimentaria	gestión de conocimiento para la provisión de información, clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la seguridad alimentaria. Incluye fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y fuentes de información oportuna y veraz de todos los sectores involucrados a nivel nacional y territorial, con el fin de orientar procesos de evaluación y toma de decisiones.		
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término en un 0,7%, aproximadamente, pasando de 10,2% a 9,5%.	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Información, educación y comunicación: Diseño e implementación de gestión de conocimiento para la provisión de información, clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la seguridad alimentaria. Incluye fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y fuentes de información oportuna y veraz de todos los sectores involucrados a nivel nacional y territorial, con el fin de orientar procesos de evaluación y toma de decisiones.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión de la información y el Conocimiento en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	70% de los establecimientos vigilados y controlados, implicados y notificados en	% de establecimientos implicados y notificados en brotes de ETA,	Inspección, vigilancia y control (vigilancia y control sanitario)	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	brotos de ETA. (Línea base 60%, SIVIGILA)	vigilados y controlados.			
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	100% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo. (Línea base 80%, SIVICOF)	% de acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo.	Reglamentación	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir los Hogares que se perciben con inseguridad alimentaria pasando de 47,7 % a 43,7%	Hogares que se perciben con inseguridad alimentaria	Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de Salud Alimentaria y Nutricional (SAN)	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Mantener en cero las muertes por desnutrición en niños y niñas menores de seis años en la ciudad de Medellín (Estadísticas Vitales DANE)	Mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años en la ciudad de Medellín	Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de Salud Alimentaria y Nutricional (SAN)	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Mantener en cero las muertes por desnutrición en niños y niñas menores de seis años en Medellín	Mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de seis años en Medellín	Alianzas estratégicas entre sectores	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 2% a 1,6% la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo con desnutrición aguda (peso/talla)	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años con desnutrición aguda (peso/talla)	Alianzas estratégicas entre sectores	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 2% a 1,6% la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo con desnutrición aguda (peso/talla)	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años con desnutrición aguda (peso/talla)	Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de Salud Alimentaria y Nutricional (SAN)	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 10,3% a 9,9% la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla)	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla)	Alianzas estratégicas entre sectores	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 10,3% a 9,9% la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla)	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla)	Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de Salud Alimentaria y Nutricional (SAN)	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 20,2% a 19,8% el porcentaje de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo con sobrepeso y obesidad	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años que presenten sobrepeso y obesidad (peso/talla)	Alianzas estratégicas entre sectores	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término en un 0,7%, aproximadamente, pasando de 10,2% a 9,5%.	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término	Alianzas estratégicas entre sectores	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Incrementar el tiempo promedio de lactancia materna exclusiva en 2,3 meses más de la línea base, hasta lograr una meta de 3 meses. Línea de base ENSIN 2010 (21 días).	Tiempo promedio de la práctica de la lactancia materna exclusiva en la ciudad de Medellín	Información, educación y comunicación: Diseño e implementación de gestión de conocimiento para la provisión de información, clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la seguridad alimentaria. Incluye fortalecimiento,	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y fuentes de información oportuna y veraz de todos los sectores involucrados a nivel nacional y territorial, con el fin de orientar procesos de evaluación y toma de decisiones.		
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Incrementar el tiempo promedio de lactancia materna exclusiva en 2,3 meses más de la línea base, hasta lograr una meta de 3 meses. Línea de base ENSIN 2010 (21 días).	Tiempo promedio de la práctica de la lactancia materna exclusiva en la ciudad de Medellín	Planes territoriales de Salud Alimentaria y Nutricional (SAN): Concreción de la institucionalidad a nivel territorial expresada en planes departamentales y municipales de SAN, contruidos a través de instancias legítimas por los Consejos municipales, con participación social y comunitaria; que incluyan instrumentos básicos de planificación de desarrollo territorial, en el marco de planes de desarrollo, POT y planes indicativos que permitan una implementación efectiva.	Gestión de estrategias de salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	100% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo. (Línea base 80%, SIVICOF)	% de acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo.	Fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	70% de los establecimientos vigilados y controlados, y implicados y notificados en brotes de ETA. • (Línea base 60%, SIVIGILA)	% de establecimientos implicados y notificados en brotes de ETA, vigilados y controlados.	Fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Incrementar en 8 puntos porcentuales el número de madres que brinda	% de madres que brindan lactancia materna en la	Vigilancia en salud pública del estado nutricional	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	lactancia materna en la primera hora de vida, hasta lograr una meta del 64,6%. (línea de base 56,6%, fuente Ensin 2010)	primera hora de vida.			
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir los Hogares que se perciben con inseguridad alimentaria pasando de 47,7 % a 43,7%	Hogares que se perciben con inseguridad alimentaria	Vigilancia en salud pública del estado nutricional	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Mantener en cero las muertes por desnutrición en niños y niñas menores de seis años en la ciudad de Medellín (Estadísticas Vitales DANE)	Mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años en la ciudad de Medellín	Vigilancia en salud pública del estado nutricional	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 2% a 1,6% la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo con desnutrición aguda (peso/talla)	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años con desnutrición aguda (peso/talla)	Fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 10,3% a 9,9% la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla)	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla)	Fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Disminuir de 20,2% a 19,8% el porcentaje de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo con sobrepeso y obesidad	Porcentaje de niños y niñas menores de seis años que presenten sobrepeso y obesidad (peso/talla)	Fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Reducir la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a termino en un 0,7%, aproximadamente , pasando de 10,2% a 9,5%.	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a termino	Vigilancia en salud pública del estado nutricional	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Incrementar el tiempo promedio de lactancia materna exclusiva en 2,3 meses más de la línea base, hasta lograr una meta de 3 meses. Línea de base ENSIN 2010 (21 días).	Tiempo promedio de la práctica de la lactancia materna exclusiva en la ciudad de Medellín	Vigilancia en salud pública del estado nutricional	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	Incrementar en 8 puntos porcentuales el número de madres que brinda lactancia materna en la primera hora de vida, hasta lograr una meta del 64,6%. (línea de base 56,6%, fuente Ensin 2010)	% de madres que brindan lactancia materna en la primera hora de vida.	Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de Salud Alimentaria y Nutricional (SAN)		
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la incidencia de sífilis congénita sea de 0,5 casos o menos por mil nacidos vivos	Incidencia de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos	Actualización, difusión e implementación de guías de atención integral en infección de transmisión sexual por VIH/SIDA	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitaria para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Evitar que la prevalencia de infección por VIH supere el 0,5% de la población	Prevalencia de infección por VIH en la ciudad de Medellín	Actualización, difusión e implementación de guías de atención integral en infección de transmisión sexual por VIH/SIDA	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitaria para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La proporción de Embarazos en adolescentes de 10-19 años en el municipio de Medellín será de 19,7%.	Proporción de embarazo en mujeres de 10 a 19 años de edad	Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitaria para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Proporción de embarazo adolescente de 15 - 19 años en el municipio de	Proporción de embarazo en mujeres de 15 a 19 años de edad	Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitaria para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	Medellín será de 17,5%.				
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	El 100% de las personas atendidas para el restablecimiento de los derechos y garantías de las víctimas de violencias sexual	% de las personas atendidas para el restablecimiento o de los derechos y garantías de las víctimas de violencias sexual	Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitario para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la incidencia de sífilis congénita sea de 0,5 casos o menos por mil nacidos vivos	Incidencia de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos	Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitario para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de fecundidad específica en niñas de 10 a 14 años será de 2,5 nacidos vivos	La tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años	Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitario para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de mortalidad materna llegará a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos	La tasa de mortalidad materna evitable por cada 100.000 nacidos vivos	Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitario para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La proporción de Embarazos en adolescentes de 10-19 años en el municipio de Medellín será de 19,7%.	Proporción de embarazo en mujeres de 10 a 19 años de edad	Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitario para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Proporción de embarazo adolescente de 15 - 19 años en el municipio de Medellín será de 17,5%.	Proporción de embarazo en mujeres de 15 a 19 años de edad	Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitario para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Aumentar en un 20% la proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014	Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitario para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Alcanzar que el 90% de las mujeres gestantes tengan 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitario para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años sea de 65,4 nacidos vivos de madres (15 a 19 años) por cada 1.000	Tasa de fecundidad específica 15 a 19 años	Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Abordaje integral socio sanitario para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	El 100% de las personas atendidas para el restablecimiento de los derechos y garantías de las víctimas de violencias sexual	% de las personas atendidas para el restablecimiento o de los derechos y garantías de las	Gestión articulada de la política nacional de Salud sexual y reproductiva, la política pública de equidad de género para las mujeres; el plan integral para garantizar a las mujeres	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
		víctimas de violencias sexual	un vida libre de violencias el programa para el abordaje integral en salud de las violencias de genero y los lineamientos de política pública para la garantía de los derechos de las mujeres víctimas de conflicto armado		
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Implementación de la ruta contra la Explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, ESCNNA	%Implementación de la ruta contra la Explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, ESCNNA	Gestión articulada de la política nacional de Salud sexual y reproductiva, la política pública de equidad de género para las mujeres; el plan integral para garantizar a las mujeres un vida libre de violencias el programa para el abordaje integral en salud de las violencias de genero y los lineamientos de política pública para la garantía de los derechos de las mujeres víctimas de conflicto armado	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Adopción, implementación y evaluación de la Política pública en Sexualidad y Derechos sexuales y Reproductivos en el Municipio de Medellín.	Adopción, implementación y evaluación de la Política pública en Sexualidad y Derechos sexuales y Reproductivos en el Municipio de Medellín.	Coordinación, transectorial y comunitaria	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la incidencia de sífilis congénita sea de 0,5 casos o menos por mil nacidos vivos	Incidencia de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos	Coordinación con el sector cultura, comunicaciones, eclesial y de fuerzas armadas	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Evitar que la prevalencia de infección por VIH supere el 0,5% de la población	Prevalencia de infección por VIH en la ciudad de Medellín	Coordinación con el sector cultura, comunicaciones, eclesial y de fuerzas armadas	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Conformación de Redes Sectoriales, Intersectorialidad y Transectorialidad
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la incidencia de sífilis congénita sea de 0,5 casos o menos por mil nacidos vivos	Incidencia de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos	Fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil frente a ITS/VIH/SIDA en acciones de tipo	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			comunitario, para la promoción de derechos, la prevención en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, incluyendo la detección temprana y la canalización a los servicios de salud.		
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de fecundidad específica en niñas de 10 a 14 años será de 2,5 nacidos vivos	La tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de mortalidad materna llegará a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos	La tasa de mortalidad materna evitable por cada 100.000 nacidos vivos	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Mantener el porcentaje de trasmisión materno infantil de VIH en menos del 2% del total de niños expuestos.	Porcentaje de trasmisión materno infantil de VIH	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Mantener el porcentaje de trasmisión materno infantil de VIH en menos del 2% del total de niños expuestos.	Porcentaje de trasmisión materno infantil de VIH	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Evitar que la prevalencia de infección por VIH supere el 0,5% de la población	Prevalencia de infección por VIH en la ciudad de Medellín	Fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil frente a ITS/VIH/SIDA en acciones de tipo comunitario, para la promoción de derechos, la prevención en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, incluyendo la detección temprana y la canalización a los servicios de salud.	Buenas prácticas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La proporción de Embarazos en adolescentes de 10-19 años en el	Proporción de embarazo en mujeres de 10 a	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	municipio de Medellín será de 19,7%.	19 años de edad		derechos y deberes.	
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Proporción de embarazo adolescente de 15 - 19 años en el municipio de Medellín será de 17,5%.	Proporción de embarazo en mujeres de 15 a 19 años de edad	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Aumentar en un 20% la proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Alcanzar que el 90% de las mujeres gestantes tengan 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años sea de 65,4 nacidos vivos de madres (15 a 19 años) por cada 1.000	Tasa de fecundidad específica 15 a 19 años	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Buenas practicas ciudadanas para el goze de mis derechos y deberes.	Cultura del cuidado para una Medellín saludable.
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de mortalidad materna llegará a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos	La tasa de mortalidad materna evitable por cada 100.000 nacidos vivos	Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano	Fortalecimiento del Acceso a los Servicios de Salud	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Aumentar en un 20% la proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de	Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano	Fortalecimiento del Acceso a los Servicios de Salud	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	resolución de la 4505 de 2014	2015 de la resolución de la 4505 de 2014			
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Alcanzar que el 90% de las mujeres gestantes tengan 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014 Incidencia de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos La tasa de fecundidad específica de 15 a 19	Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano	Fortalecimiento del Acceso a los Servicios de Salud	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la incidencia de sífilis congénita sea de 0,5 casos o menos por mil nacidos vivos	Incidencia de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos	Información educación y comunicación para la reducción del estigma y la discriminación	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión de la información y el Conocimiento en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de mortalidad materna llegará a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos	La tasa de mortalidad materna evitable por cada 100.000 nacidos vivos	Fortalecer los sistemas de evaluación de resultados de las políticas, mecanismos y planes de acción intersectoriales, que permitan conocer el impacto de estas acciones	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión de la información y el Conocimiento en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Alcanzar que el 90% de las mujeres gestantes tengan 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	Desarrollo sistemas de información y gestión del conocimiento	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión de la información y el Conocimiento en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años sea de 65,4 nacidos vivos de madres (15 a 19 años) por cada 1.000	Tasa de fecundidad específica 15 a 19 años	Desarrollo sistemas de información y gestión del conocimiento	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión de la información y el Conocimiento en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la incidencia de sífilis congénita sea de 0,5 casos o menos por mil nacidos vivos	Incidencia de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos	Articulación sectorial, transectorial y comunitaria para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de la transmisión de ITS. Desarrollo de leyes y normas que garanticen los derechos de las poblaciones más vulnerables a la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA o que combatan cualquier forma de estigma y discriminación.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de fecundidad específica en niñas de 10 a 14 años será de 2,5 nacidos vivos	La tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La proporción de Embarazos en adolescentes de 10-19 años en el municipio de Medellín será de 19,7%.	Proporción de embarazo en mujeres de 10 a 19 años de edad	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Proporción de embarazo adolescente de 15 - 19 años en el municipio de Medellín será de 17,5%.	Proporción de embarazo en mujeres de 15 a 19 años de edad	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Aumentar en un 20% la proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014	gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014			
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Alcanzar que el 90% de las mujeres gestantes tengan 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años sea de 65,4 nacidos vivos de madres (15 a 19 años) por cada 1.000	Tasa de fecundidad específica 15 a 19 años	Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Gestión Territorial en Salud y Participación Social en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	El 100% de las personas atendidas para el restablecimiento de los derechos y garantías de las víctimas de violencias sexual	% de las personas atendidas para el restablecimiento o de los derechos y garantías de las víctimas de violencias sexual	Garantía de una atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde los sectores de salud, protección y justicia, de conformidad con los protocolos, guías y normatividad vigente.	Gestión de estrategias de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Implementación de la ruta contra la Explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, ESCNNA	% Implementación de la ruta contra la Explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, ESCNNA	Gestión articulada de la política nacional de Salud sexual y reproductiva, la política pública de equidad de género para las mujeres; el plan integral para garantizar a las mujeres un vida libre de violencias el programa para el abordaje integral en salud de las violencias de genero y los lineamientos de política pública para la garantía de los derechos de las mujeres víctimas de conflicto armado	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Adopción, implementación y evaluación de la Política pública en Sexualidad y Derechos sexuales	Adopción, implementación y evaluación de la Política pública en Sexualidad y	Políticas públicas sectoriales, transectoriales y con participación comunitaria. Consolidación de la	Gestión de estrategias en salud	Implementación modelo integral de atención en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	y Reproductivos en el Municipio de Medellín.	Derechos sexuales y Reproductivos en el Municipio de Medellín.	Política de Educación Sexual		
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la incidencia de sífilis congénita sea de 0,5 casos o menos por mil nacidos vivos	Incidencia de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos	Prevención de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita y del VIH	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de fecundidad específica en niñas de 10 a 14 años será de 2,5 nacidos vivos	La tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años	Fortalecer inspección, vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de las actividades, inducción de la demanda, atención integral y acceso a servicios de consejería, consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos; así como la eliminación de barreras de acceso	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de mortalidad materna evitable llegará a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos	La tasa de mortalidad materna evitable por cada 100.000 nacidos vivos	Fomento de políticas y proyectos sectoriales, transectoriales y comunitarios para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención integral de las víctimas	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Mantener el porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menos del 2% del total de niños expuestos.	Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH	Prevención y control de las hepatitis virales. Implica la coordinación de acciones de prevención incluidas en el Plan Ampliado de Inmunización, Bancos de Sangre, Riesgos Laborales y Salud Sexual y Reproductiva.	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La proporción de Embarazos en adolescentes de 10-19 años en el municipio de Medellín será de 19,7%.	Proporción de embarazo en mujeres de 10 a 19 años de edad	Fomento de políticas y proyectos sectoriales, transectoriales y comunitarios para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Implementación modelo integral de atención en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención integral de las víctimas		
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Proporción de embarazo adolescente de 15 - 19 años en el municipio de Medellín será de 17,5%.	Proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad	Fomento de políticas y proyectos sectoriales, transectoriales y comunitarios para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención integral de las víctimas	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Aumentar en un 20% la proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014	Fortalecer inspección, vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de las actividades, inducción de la demanda, atención integral y acceso a servicios de consejería, consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos; así como la eliminación de barreras de acceso	Gestión de estrategias integrales de atención en salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Alcanzar que el 90% de las mujeres gestantes tengan 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	Fomento de políticas y proyectos sectoriales, transectoriales y comunitarios para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención integral de las víctimas	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Implementación modelo integral de atención en salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años sea de 65,4 nacidos vivos de madres (15 a 19 años) por cada 1.000	Tasa de fecundidad específica 15 a 19 años	Fomento de políticas y proyectos sectoriales, transectoriales y comunitarios para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención integral de las víctimas	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Implementación modelo integral de atención en salud

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	El 100% de las personas atendidas para el restablecimiento de los derechos y garantías de las víctimas de violencias sexual	% de las personas atendidas para el restablecimiento o de los derechos y garantías de las víctimas de violencias sexual	Desarrollo de tecnologías de información y comunicación: Para movilización de actores institucionales y comunitarios; organización de redes sociales de apoyo y diseño de aplicativos móviles para la red de aseguradores y prestadores de servicios de salud.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Tecnologías para la salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de mortalidad materna llegará a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos	La tasa de mortalidad materna evitable por cada 100.000 nacidos vivos	Desarrollo de tecnologías de información y comunicación: Para movilización de actores institucionales y comunitarios; organización de redes sociales de apoyo y diseño de aplicativos móviles para la red de aseguradores y prestadores de servicios de salud.	Gobernanza y gobernabilidad para la salud	Tecnologías para la salud
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la incidencia de sífilis congénita sea de 0,5 casos o menos por mil nacidos vivos	Incidencia de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos	Vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de fecundidad específica en niñas de 10 a 14 años será de 2,5 nacidos vivos	La tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años	Vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La tasa de mortalidad materna llegará a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos	La tasa de mortalidad materna evitable por cada 100.000 nacidos vivos	Vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Mantener el porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menos del 2% del total de niños expuestos.	Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH	Vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Evitar que la prevalencia de infección por VIH	Prevalencia de infección por VIH en la	Vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	supere el 0,5% de la población	ciudad de Medellín			
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	La proporción de Embarazos en adolescentes de 10-19 años en el municipio de Medellín será de 19,7%.	Proporción de embarazo en mujeres de 10 a 19 años de edad	Vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Proporción de embarazo adolescente de 15 - 19 años en el municipio de Medellín será de 17,5%.	Proporción de embarazo en mujeres de 15 a 19 años de edad	Vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Aumentar en un 20% la proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación, a partir de la línea de base de 2015 de la resolución de la 4505 de 2014	Vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Alcanzar que el 90% de las mujeres gestantes tengan 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	Vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Se logrará que la tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años sea de 65,4 nacidos vivos de madres (15 a 19 años) por cada 1.000	Tasa de fecundidad específica 15 a 19 años	Vigilancia en salud pública	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Reducir a menos de 2,6 por 100.000 habitantes de la ciudad la mortalidad por tuberculosis.	Mortalidad por tuberculosis por 100.000 habitantes	Implementación de las líneas de acción de los planes estratégicos Para aliviar la carga y sostener las actividades de control en Enfermedad de Hansen y Colombia libre de Tuberculosis	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
Vida saludable y enfermedades transmisibles	100% de implementación del componente de inteligencia epidemiológica en la estrategia de gestión integrada EGI para el control de enfermedad transmitidas por vectores.	% de implementación del componente de inteligencia epidemiológica en la estrategia de gestión integrada EGI para el control de enfermedad transmitidas por vectores.	Organización o reorganización de los programas de promoción, prevención y control de las ETV y Zoonosis, en los niveles nacional, departamental, distrital y de los municipios categoría especial, 1, 2 y 3, orientando la gestión de los recursos (humanos, logísticos, insumos críticos, medicamentos y financieros) de manera eficiente y efectiva.	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Vida saludable y enfermedades transmisibles	100% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo.	% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo.	Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades de transmisión hídrica, del suelo y alimentaria	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Aumentar al 85% el éxito terapéutico de pacientes con tuberculosis.	% Éxito terapéutico de pacientes con Tuberculosis TB	Implementación de las líneas de acción de los planes estratégicos Para aliviar la carga y sostener las actividades de control en Enfermedad de Hansen y Colombia libre de Tuberculosis	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Lograr coberturas útiles de vacunación en menores de 1 año (biológico trazador DPT)	coberturas útiles de vacunación en menores de 1 año (biológico trazador DPT)	Generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas, el monitoreo y evaluación del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y el impacto de la vacunación a nivel nacional y local.	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Reducir la letalidad por dengue grave por lo menos al 2% en el municipio de Medellín	Letalidad por dengue grave	Organización o reorganización de los programas de promoción, prevención y control de las ETV y Zoonosis, en los niveles nacional, departamental, distrital y de los municipios categoría especial, 1, 2	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
			y 3, orientando la gestión de los recursos (humanos, logísticos, insumos críticos, medicamentos y financieros) de manera eficiente y efectiva.		
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Reducir a 8,9 casos por 100.000 la mortalidad por ERA en menores de 5 años	Mortalidad por ERA en menores de 5 años	Implementación de las líneas de acción de los planes estratégicos Para aliviar la carga y sostener las actividades de control en Enfermedad de Hansen y Colombia libre de Tuberculosis	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Mantener por debajo de 2 casos por 100.000 la muerte por tosferina en menores de 5 años.	Nº Casos de muerte por tosferina en menores de 5 años.	Generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas, el monitoreo y evaluación del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y el impacto de la vacunación a nivel nacional y local.	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Reducir a menos de 2 la tasa de densidad de infección asociada a catéter central en UCI adultos	Tasa de densidad de infección asociada a catéter central en UCI adultos	Desarrollo de diagnósticos institucionales y encuestas periódicas de prevalencia de las IAAS en Unidades de Cuidados Intensivos UCI, servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos y en hospitalización.	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Mantener en cero la tasa de incidencia de casos autóctonos de los eventos del plan de eliminación y/ o erradicación (polio, SRC, sarampión, rubeola, difteria, rabia, tétanos neonatal)	Tasa de incidencia de casos autóctonos de los eventos del plan de eliminación y/ o erradicación (polio, SRC, sarampión, rubeola, difteria, rabia, tétanos neonatal)	Generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas, el monitoreo y evaluación del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y el impacto de la vacunación a nivel nacional y local.	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Reducir a menos de 27 casos por 100.000 la tasa de	Tasa de incidencia de enfermedades	Levantamiento de líneas de base de prevalencia,	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica

DIMENSION PDSP	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS PDSP	PROGRAMA PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO PLAN DE DESARROLLO
	incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos	transmitidas por alimentos	conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades de transmisión hídrica, del suelo y alimentaria		
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Reducir a 1,5 la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarrea aguda EDA	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarrea aguda EDA	Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades de transmisión hídrica, del suelo y alimentaria	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Evitar que la tasa de mortalidad por dengue sea superior a 0,1 en el total de la población de la ciudad	Tasa de mortalidad por dengue	Organización o reorganización de los programas de promoción, prevención y control de las ETV y Zoonosis, en los niveles nacional, departamental, distrital y de los municipios categoría especial, 1, 2 y 3, orientando la gestión de los recursos (humanos, logísticos, insumos críticos, medicamentos y financieros) de manera eficiente y efectiva.	Vigilancia Integral en salud	Vigilancia Epidemiológica

14. Monitoreo y Evaluación

An abstract graphic design featuring a large, stylized sunburst or fan shape composed of numerous overlapping, semi-transparent orange and red geometric shapes, primarily squares and rectangles, arranged in a radial pattern. The colors range from light peach to deep burnt orange and red. The pattern is centered on the page and extends towards the top and right edges.

14. Monitoreo y Evaluación

De acuerdo con lo establecido en la resolución 1536 de 2015, el sistema de monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud de Medellín 2016-2019, se integra al SISPRO, para seguir de manera estandarizada con el resto del país el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas por la Ciudad en cada una de las dimensiones del PDSP; y, de esta manera apoyar la toma de decisiones.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, establece el sistema de monitoreo y evaluación de los objetivos y las metas formuladas a través de las dimensiones, el cual acoge la ciudad de Medellín, para dar cuenta de la importancia del trabajo conjunto entre la comunidad, los expertos en salud, los otros sectores, agencias, departamentos administrativos e instituciones públicas y privadas, por el acceso e intercambio de información relativo a las políticas sociales y públicas vinculadas a la salud.

La función de este sistema de monitoreo y evaluación local es informar a la ciudad y los entes competentes sobre el progreso y dificultades en el cumplimiento y logro de los objetivos y metas, para contribuir a orientar las intervenciones y garantizar su efectividad en el marco del PDSP Medellín 2012-2021.

Objetivos

1. Monitoreo y evaluación del cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en cada una de las dimensiones del PDSP dentro del PTS de Medellín.
2. Consolidar una cultura de monitoreo y evaluación en todos los actores del sistema de salud y de otros sectores.
3. Difundir y comunicar los resultados de la gestión del PTS en los diferentes ámbitos de aplicación.

4. Proporcionar información y evidencia de los cambios sobre la situación de salud del municipio y los efectos de la política sobre la oferta sanitaria.

5. Realizar el seguimiento al comportamiento de los Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de identificar cambios y tendencias en la existencia de inequidades entre la población de la ciudad.

6. Gestionar el conocimiento derivado de la evidencia necesaria para orientar la formulación de los planes y programas que se enmarcan en cada dimensión.

Fuentes de información

El seguimiento y evaluación del PTS se realizará teniendo en cuenta la línea de base formulada a través de la elaboración del Análisis de Situación de Salud ASIS, con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud para la identificación de las desigualdades e inequidades en salud en la ciudad, sus comunas, corregimientos y demás actores del sistema de salud. Este sistema de monitoreo y evaluación se apoyará en los datos suministrados por los registros administrativos, encuestas, censos y estadísticas derivadas que alimentan siguientes fuentes de información: como salas situacionales, repositorio documental, subsistemas de información específicos (normados por el nivel nacional y propios de la Secretaría de Salud), instrumentos de planeación (COAI, CEO, Plan Indicativo y Plan de Acción), Módulo de Indicadores del Sistema Integral de Gestión de la Calidad, Comité de investigaciones, interconexión con observatorios, interconexión con otros sistemas de seguimiento-evaluación y Sistematización de procesos de participación comunitaria.

Para una descripción detallada de la operación y funcionamiento de estas fuentes de datos e información, se dispondrá en el Sitio Web de la Secretaría de Salud un espacio para dar a conocer el

funcionamiento de cada uno y sus principales resultados.

Mecanismo de monitoreo y evaluación

En el PDSP se definen ocho (8) dimensiones prioritarias y dos (2) dimensiones transversales, las cuales son adoptadas para la ciudad a través del PTS, que para su implementación establecen objetivos y metas dirigidas a mejorar la situación de salud de los colombianos, de manera diferencial y equitativa. Por lo tanto, el monitoreo y evaluación propuestos para el PTS deben generar evidencia de avances, progresos y dificultades durante su aplicación, y los resultados obtenidos sobre los cambios de la situación de salud y los efectos de la política sobre la oferta sanitaria.

Los criterios de clasificación de indicadores que usa el Sistema de Seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública Nacional y por ende el PTS son los siguientes (DANE, 2009):

- Indicadores de impacto: se refieren a los efectos, a mediano y largo plazo, que pueden tener uno o más programas en el universo de estudio y que repercuten en la sociedad en su conjunto.
- Indicadores de resultado (outcome): son los que reflejan los logros alcanzados por la entidad, y que se relacionan con los objetivos estipulados.
- Indicadores de producto (outputs): son los asociados a los bienes y servicios generados como resultado de la ejecución de los procesos.
- Indicadores de proceso: se refieren al seguimiento de la realización de las actividades programadas, respecto a los recursos materiales, personal y/o presupuesto.

De esta forma, es posible monitorear y seguir en el tiempo la situación de salud de la población de acuerdo con las dimensiones y componentes planteados, además de emitir recomendaciones basadas en la evidencia y uso de la información, que no solo optimizan la asignación del gasto en

salud, sino que, adicionalmente, potencializan los alcances de las políticas y estrategias de intervención individual y colectiva.

Dependiendo de la efectividad en la instrumentación de cada uno de los grupos de indicadores priorizados en las dimensiones del PDSP, y de la medición periódica propuesta en relación con el cumplimiento de las metas en cada área, se logrará realizar un aporte significativo en la reducción de brechas, no solo en materia de información sino también en la verdadera lucha contra las inequidades en salud que requiere enfrentar Medellín.

15. Presupuesto



15. Presupuesto

Cod Proyecto	Proyecto	Total Inversión
1.1.5.7	Cultura del cuidado para una Medellín saludable	\$64.560.238.693
3.1.1.1	Fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud	\$1.029.600.000
3.1.1.2	Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización	\$78.210.000.000
3.1.1.3	Gestión de la atención Pre hospitalaria, urgencias, emergencias y desastres	\$19.800.000.000
3.1.1.4	Gestión del aseguramiento en salud	\$1.719.702.214.488
3.1.1.5	Gestión de la prestación del servicio de salud a la población pobre no afiliada	\$75.000.000.000
3.1.2.1	Implementación modelo integral de atención en salud	\$198.000.000
3.1.2.2	Abordaje integral sociosanitario para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos	\$7.128.000.000
3.1.2.3	Abordaje integral de atención sociosanitaria, salud mental y adicciones	\$990.000.000
3.1.2.4	Abordaje integral sociosanitario para poblaciones especiales	\$990.000.000
3.1.2.5	Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles	\$990.000.000
3.1.3.1	Gestión territorial y participación social en salud	\$3.465.000.000
3.1.3.2	Gestión de la información y el conocimiento en salud	\$3.960.000.000
3.1.3.3	Conformación de Redes sectoriales, intersectorialidad y transectorialidad	\$693.000.000
3.1.4.1	Vigilancia al acceso de los servicios en salud	\$2.772.000.000
3.1.4.2	Vigilancia epidemiológica	\$15.500.000.000
3.1.4.3	Vigilancia en salud ambiental	\$1.173.150.000
4.5.1.3	Implementar la tecnología en la salud	\$ -
7.1.7.1	Establecimientos y servicios sanos, seguros y saludables	\$9.935.900.022
7.1.7.2	Gestión integral para la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis	\$16.154.560.374
7.1.7.3	Gestión integral de riesgos sanitarios del ambiente	\$10.238.309.846
	Total Presupuesto	\$2.032.489.973.422

Anexo 1.

Resultados de encuentros Territoriales desagregados por Comuna y corregimiento

Anexo 2.

Tensiones en salud desagregadas por comuna y Corregimiento

Anexo 3.

Indicadores de situación en salud desagregados por territorio, sexo y edad

Anexo 4.

Matriz integradora de las tensiones, metas, indicadores y estrategias del Plan Territorial de Salud con los programas y proyectos del plan de desarrollo



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

Secretaría de Salud de Medellín

Centro Cívico de Antioquia Plaza de la Libertad

Carrera 53A N° 42 - 161. Piso 21

www.medellin.gov.co/salud

e-mail: secre.salud@medellin.gov.co

Línea de atención a la ciudadanía 44 44 144