

INFORME DE CALIDAD DE VIDA DE MEDELLÍN, 2018

Salud



MEDELLÍN 
cómovamos



COMITÉ DIRECTIVO

Rafael Aubad López
Presidente Proantioquia

Juan Luis Mejía Arango
Rector Universidad Eafit

Daniel Uribe Parra
Director ejecutivo Fundación Corona

David Escobar Arango
Director Comfama

Jorge Gómez Bedoya
Director Comfenalco Antioquia

Lina Vélez de Nicholls
Presidenta Cámara de Comercio
de Medellín para Antioquia

Martha Ortiz Gómez
Directora El Colombiano

COMITÉ TÉCNICO

Juan Manuel Higuera
Director de desarrollo económico y competitividad
Proantioquia

Santiago Leyva
Jefe del Departamento de Gobierno
y Ciencias Políticas. Universidad Eafit

Mónica Villegas
Gerente de proyectos sociales
Fundación Corona

Juan Diego Granados
Subdirector de desarrollo estratégico
Comfama

Gustavo Trujillo
Gerente de servicios sociales
Comfenalco Antioquia

Jaime Echeverri
Vicepresidente de planeación y desarrollo
Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia

Nathalia Figueroa
Vicepresidenta de comunicaciones corporativas
Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia

Isolda Vélez
Macroeditor local. El Colombiano

COMITÉ DE COMUNICACIONES

Juliana Gómez
Coordinadora de comunicaciones. Proantioquia

Alejandra María Cárdenas
Coordinadora de relaciones públicas y eventos
Universidad Eafit

Isabel Cristina Cortés
Responsable de comunicaciones externas. Comfama

Ángel Arias
Director de comunicaciones. Comfenalco Antioquia

Nathalia Figueroa
Vicepresidenta de comunicaciones corporativas
Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia

Andrés Tamayo
Director de divulgación y prensa
Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia

Juan Esteban Vásquez
Macroeditor de contenidos digitales. El Colombiano

Juliana Saldarriaga
Gerente de publicidad regionales
El Tiempo Casa Editorial

UNIDAD COORDINADORA

Piedad Patricia Restrepo
Directora

Róbinson Meneses Hoyos
Comunicador

Natalia Garay Molina
Profesional senior

María Valentina González
Profesional

Textos y edición

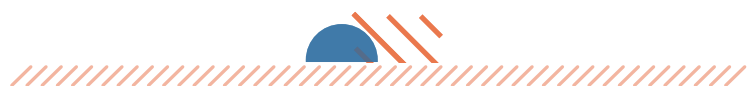
Piedad Patricia Restrepo
Natalia Garay Molina
María Valentina González

Diagramación

Pregón S.A.S

Medellín, julio de 2019

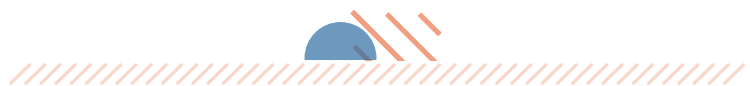
ISSN:1909-4108





Salud

Medellín en 2018 avanzó en materia de disminución de fecundidad adolescente entre 15 y 19 años, llegando a 51,8 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en esta edad, lo que da cumplimiento por primera vez a la meta establecida al año 2030; sin embargo, algunas zonas de la ciudad siguen siendo un reto en este aspecto, en especial Popular y Manrique. Se implementó el Modelo Integrado de Atención en Salud MIAS en jardines de Buen Comienzo, sedes educativas, hogares del ICBF y viviendas de la zona nororiental de la ciudad. El CIGA descongestionó de manera global el 36% de los triages en la ciudad. La prevalencia de parotiditis o paperas aumentó en 65% con respecto al 2017. Aumentó la mortalidad materna con ocho casos de los cuales cuatro se podían evitar, asimismo, se reportó un caso de mortalidad en una menor de cinco años por desnutrición. La proporción de bebés con bajo peso al nacer sigue constante, pues más del 10% de los niños que nacen en la capital antioqueña tienen esta condición. La mortalidad obedeció, en su mayoría, a Enfermedades No Transmisibles que se asocian a estilos de vida poco saludables en la población. De otro lado, la mortalidad por suicidio y por VIH/Sida como principal causa mantienen una tendencia creciente en los últimos seis años. Por último, la población no afiliada a al SGSSS aumentó en 65% con respecto a la reportada en 2017.





En la agenda que plantean los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el tercer objetivo está dedicado al tema de la salud, concentrándose en garantizar una vida sana y promover el bienestar para las personas de todas las edades. Para ello parte del reconocimiento de que, si bien ha habido avances en materia de esperanza de vida y reducción de las causas de mortalidad materna e infantil más comunes, aún quedan retos importantes por abordar. Puntualmente, la agenda 2030 apunta a reducir la mortalidad materna e infantil, fortalecer la prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas, reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, disminuir la accidentalidad y mortalidad vial, lograr la cobertura sanitaria universal y garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductivos.

SALUD



Indicador	Meta local 2030	Medellín, ¿cómo vamos?	¿Hacia dónde vamos?
Mortalidad materna Por cada 100.000 nacidos vivos	17	29,3	↓
Fecundidad adolescente Por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años	54	51,8*	↑
Mortalidad temprana por cáncer de pulmón Por cada 100.000 personas de 30 a 69 años	17	15,3*	↑
Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente – suicidio Por cada 100.000 personas	4,6	6,4	↓
Mortalidad infantil Por cada 1.000 menores de un año	6,8	7,0	↑
Mortalidad infantil Por cada 1.000 menores de cinco años	8,3	8,0*	↑
Cobertura de vacunación en niños de un año (biológico trazador SRP)	98%	95,5%	↑
Mortalidad por VIH/Sida como causa básica Por cada 100.000 personas	4,8	6,8	↓
Coberturas de vacunación en menores de 1 año (biológico trazador Pentavalente DPT)	98%	92,2%	↑

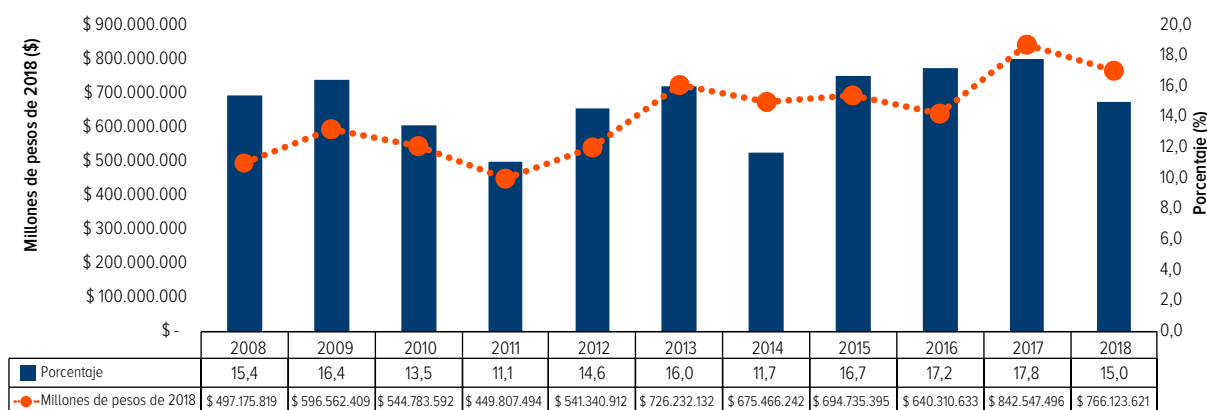
*Esta meta se cumplió en 2018

Inversión municipal en salud⁵¹

El municipio de Medellín invirtió en el año 2018 un total de \$ 766.123 millones en salud, es decir un 15% de los recursos posibles, lo que ubica este sector en tercer lugar con respecto a los demás en términos de inversión para esta vigencia. En el gráfico 43 se pueden observar los recursos, tanto en términos absolutos como porcentuales, invertidos en salud en la serie

2008-2018. En el periodo 2008-2011, el valor promedio invertido por año en este sector fue \$ 522.082 millones, mientras que entre 2012 y 2015, este valor fue de \$ 653.443 millones; por su parte, en el trienio 2016-2018 el valor promedio anual de inversión en salud fue de \$ 749.660 millones, lo que consolida este periodo como el de mayor inversión con respecto a los dos anteriores, siendo el año 2017 el de mayor inversión de todo el periodo 2008-2018.

Gráfico 43. Medellín: inversión en salud, en términos reales y como porcentaje de la inversión total, 2008-2018



Fuente: cálculos propios a partir de FUT - Contaduría General de la Nación

Esperanza de vida al nacer⁵²

La Organización Mundial de la Salud -OMS- define la esperanza de vida como el número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido, manteniendo constantes las condiciones de mortalidad y morbilidad -específicas por edad y por sexo- del momento del nacimiento (Organización Mundial de la Salud, 2005).

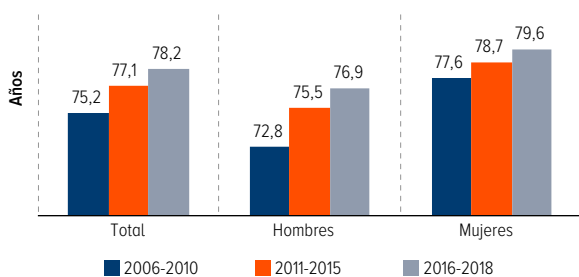
En este sentido, la esperanza de vida al nacer se analiza por promedios en quinquenios y por sexo: como se observa en el gráfico 44, la cantidad de años promedio ha aumentado

desde 2006 de manera total y por sexos. Así bien, en el quinquenio 2006-2010 la esperanza de vida promedio total fue de 75,2 años, no obstante, en las mujeres esta alcanzó 77,6 años, es decir, mayor que el total y que la esperanza de vida para los hombres, que fue de 72,8 años. Para el periodo 2011-2015 la tendencia se mantiene, pues la esperanza de vida fue mayor para las mujeres con 78,7 años, que la de los hombres, para obtener un total de 77,1 años. En el periodo 2016-2018 se observa el mismo comportamiento: las mujeres tienen una esperanza de vida de 79,6 años, mientras que la de los hombres es de 76,9 años, para un valor total de 78,2 años para la población.

51 Todos los valores presentados en este capítulo fueron deflactados, por lo tanto, el análisis se desarrolló en pesos constantes del 2018.

52 La principal fuente para los indicadores de este capítulo es la Secretaría de Salud de Medellín. Esta entidad ha indicado que todos los datos que correspondan al año 2018 son preliminares, por lo tanto, son susceptibles de modificaciones.

Gráfico 44. Medellín: esperanza de vida al nacer. Total y por sexo, 2006-2010, 2011-2015 y 2016-2018



Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en proyecciones de población DANE.

Este comportamiento es general a nivel mundial, y según la OMS, los datos aun no son lo suficientemente confiables para determinar con exactitud la causa de este fenómeno; no obstante, esto podría estar dado por los incrementos en las tasas de tabaquismo masculino, que no se ha dado en el caso de las mujeres, la violencia homicida que ha afectado más a los hombres y por los descensos generales en la mortalidad materna. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Fecundidad total

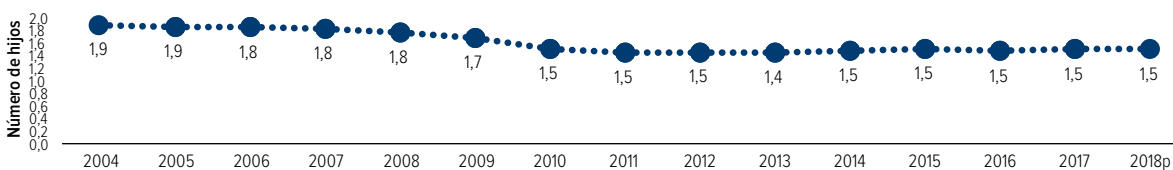
Colombia experimentó un decrecimiento importante de la fecundidad desde la segunda mitad de la década de los sesenta hasta mediados de los ochenta; en lo posterior a este periodo, aunque la disminución continúa

esta ha tenido un ritmo menor (Martínez, 2013). Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud⁵³ -ENDS- 2015, la reducción de la fecundidad es quizás el cambio más importante en el contexto de la transición demográfica que ha vivido el país, no solo por sus consecuencias sobre el crecimiento, sino por la incidencia en la transformación de la estructura para la edad (Ministerio de Salud y Profamilia, 2015).

Medellín ha tenido la misma tendencia como se puede observar en el gráfico 45, que muestra la tasa global de fecundidad entre los años 2004 y 2018. Este indicador mide el número de hijos que en promedio tiene una mujer de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad vigentes. En el año 2004 las mujeres de Medellín tenían 1,9 hijos, mientras que en 2018 las mujeres tuvieron 1,5 hijos, valor que se mantiene desde el 2014. Esto podría explicarse por el aumento en el uso de anticonceptivos, que ha sido considerado como la mejor explicación al respecto (Mesa y Junca, 2011).

No obstante, Colombia experimenta la segunda fase de transición demográfica, con la tasa de natalidad general en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen entre moderadas y bajas (Gobierno de Colombia & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017). Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS- en 2005, 2010 y 2015, las tasas de fecundidad global del nivel nacional fueron 2,4, 2,1 y 2,0 hijos por mujer, respectivamente.

Gráfico 45. Medellín: tasa global de fecundidad, 2004-2018



Nota: La cifra para 2018 es preliminar

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

53 Esta encuesta se realiza de manera quinquenal por el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud, en compañía de Profamilia. De esta manera, la última versión es la realizada en el año 2015.



Fecundidad adolescente

La Organización Mundial de la Salud -OMS- ha definido la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Está marcada por ser una etapa de transición importante que se caracteriza por sus acelerados cambios, superada únicamente por la que experimentan los lactantes.

Al respecto, la OMS sostiene que “un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo, decisiones referidas a su comportamiento sexual.” (Organización Mundial de la Salud, 2018c).

La salud sexual de los adolescentes ha sido catalogada una prioridad en los sistemas de salud pública alrededor del mundo dadas las consecuencias negativas de comportamientos sexuales riesgosos, que pueden resultar en embarazos no deseados, abortos, o enfermedades de transmisión sexual (Di Cesare, 2015). América Latina y el Caribe congrega la segunda mayor tasa de fecundidad adolescente en el mundo: esto aumenta las posibilidades de que los adolescentes abandonen el sistema educativo, lo que repercute a largo plazo en

sus oportunidades laborales y como resultado, estas personas son más vulnerables a la pobreza y la exclusión social (Organización Panamericana de la Salud, 2018a).

Por otro lado, los embarazos adolescentes tienen efectos adversos no solo en las madres sino en la salud de los infantes: las muertes perinatales⁵⁴ son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres menores de 20 años que entre los nacidos de madres entre 20 y 29 años. De igual forma, los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, lo que tiene riesgos a largo plazo (Organización Mundial de la Salud & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012).

Para el 2018, en Medellín hubo 4.572⁵⁵ embarazos en mujeres de 10 a 19 años, es decir 620⁵⁶ casos menos que en 2017. Esta cifra representa el 16% del total de los embarazos en 2018 en la ciudad, lo que corresponde a 1 pp menos de lo que representó en 2017.

La OMS propone desagregar la adolescencia en dos etapas: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía, de 15 a 19 años. Para el primer grupo, en 2018 el total de embarazos con nacidos vivos fue 172, lo que corresponde a una tasa de fecundidad de 2,3 mujeres entre 10 y 14 años por cada 1.000 en esa edad. Esta tasa, como se aprecia en el gráfico 46, es menor a la registrada en el año 2017 en un 17% y continúa la tendencia decreciente que se mantiene desde el año 2015.

54 Es decir, el periodo comprendido entre las 22 semanas de gestación hasta aproximadamente 4 después del parto.

55 Incluye nacidos vivos y defunciones fetales.

56 De nuevo, incluye nacidos vivos y defunciones fetales.

Tabla 3. Medellín: tasa específica de fecundidad para las mujeres de 10 a 14 años, por comunas y corregimientos, 2012-2018

2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018p	
1 Popular	7,8	1 Popular	4,8	50 Palmitas	8,4	10 La Candelaria	7,1	50 Palmitas	7,8	4 Aranjuez	5,8	1 Popular	4,9
9 Buenos Aires	5,2	2 Santa Cruz	4,6	13 San Javier	5,7	2 Santa Cruz	5,9	3 Manrique	5,8	10 La Candelaria	5,6	3 Manrique	4,7
3 Manrique	4,4	3 Manrique	4,6	8 Villa Hermosa	5,5	9 Buenos Aires	5,5	1 Popular	5,1	1 Popular	5,5	4 Aranjuez	4,0
12 La América	4,2	10 La Candelaria	4,5	1 Popular	4,8	13 San Javier	5,3	13 San Javier	4,2	3 Manrique	5,5	9 Buenos Aires	3,1
2 Santa Cruz	3,8	4 Aranjuez	3,9	3 Manrique	4,7	4 Aranjuez	4,9	7 Robledo	3,9	13 San Javier	3,6	2 Santa Cruz	3,1
10 La Candelaria	3,3	7 Robledo	3,7	4 Aranjuez	3,1	8 Villa Hermosa	4,8	6 Doce de Octubre	3,4	8 Villa Hermosa	3,2	10 La Candelaria	2,8
13 San Javier	3,2	8 Villa Hermosa	3,4	MEDELLÍN	3,0	1 Popular	4,4	2 Santa Cruz	3,3	9 Buenos Aires	2,9	8 Villa Hermosa	2,8
MEDELLÍN	3,1	MEDELLÍN	3,0	6 Doce de Octubre	3,0	3 Manrique	4,3	60 San Cristóbal	3,3	MEDELLÍN	2,7	60 San Cristóbal	2,3
5 Castilla	2,6	13 San Javier	3,0	2 Santa Cruz	2,8	7 Robledo	4,2	8 Villa Hermosa	3,2	7 Robledo	2,2	MEDELLÍN	2,3
8 Villa Hermosa	2,6	15 Guayabal	2,9	10 La Candelaria	2,8	50 Palmitas	4,1	9 Buenos Aires	3,1	6 Doce de Octubre	2,1	7 Robledo	2,2
90 Santa Elena	2,5	12 La América	2,8	9 Buenos Aires	2,6	MEDELLÍN	3,5	MEDELLÍN	3,1	12 La América	2,1	13 San Javier	1,9
7 Robledo	2,4	6 Doce de Octubre	2,8	90 Santa Elena	2,5	6 Doce de Octubre	3,0	10 La Candelaria	2,8	2 Santa Cruz	1,9	6 Doce de Octubre	1,8
6 Doce de Octubre	2,4	5 Castilla	2,4	80 San Ant de Prado	2,0	70 Altavista	2,4	4 Aranjuez	2,6	70 Altavista	1,7	16 Belén	1,3
4 Aranjuez	2,3	70 Altavista	2,4	7 Robledo	2,0	60 San Cristóbal	2,2	90 Santa Elena	2,4	60 San Cristóbal	1,7	90 Santa Elena	1,1
80 San Ant de Prado	1,9	9 Buenos Aires	2,2	60 San Cristóbal	1,9	16 Belén	1,8	70 Altavista	2,3	15 Guayabal	1,4	70 Altavista	1,1
70 Altavista	1,8	60 San Cristóbal	2,2	70 Altavista	1,8	15 Guayabal	1,8	5 Castilla	1,7	90 Santa Elena	1,2	15 Guayabal	0,5
60 San Cristóbal	1,7	16 Belén	1,7	15 Guayabal	1,7	5 Castilla	1,5	80 San Ant de Prado	1,7	11 Laureles Estadio	1,0	5 Castilla	0,3
15 Guayabal	1,6	80 San Ant de Prado	1,6	11 Laureles Estadio	1,5	90 Santa Elena	1,2	16 Belén	1,1	5 Castilla	0,5	80 San Ant de Prado	0,2
16 Belén	1,6	90 Santa Elena	1,2	12 La América	1,2	80 San Ant de Prado	0,9	11 Laureles Estadio	0,5	80 San Ant de Prado	0,4	11 Laureles Estadio	0,0
14 El Poblado	0,8	11 Laureles Estadio	0,5	5 Castilla	1,0	11 Laureles Estadio	0,5	15 Guayabal	0,5	16 Belén	0,2	12 La América	0,0
11 Laureles Estadio	0,5	14 El Poblado	0,0	16 Belén	0,4	14 El Poblado	0,4	12 La América	0,0	14 El Poblado	0,0	14 El Poblado	0,0
50 Palmitas	0,0	50 Palmitas	0,0	14 El Poblado	0,0	12 La América	0,0	14 El Poblado	0,0	50 Palmitas	0,0	50 Palmitas	0,0

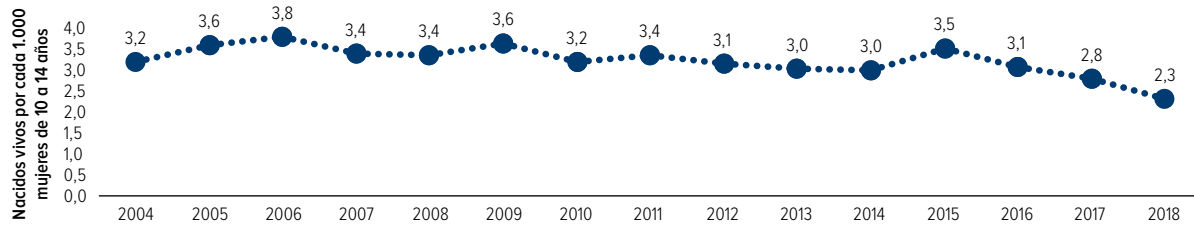
Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en Dane. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Tabla 4. Medellín: tasa específica de fecundidad para las mujeres de 15 a 19 años, por comunas y corregimientos, 2012-2016

2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
50 Palmitas	120,0	1 Popular	121,4	1 Popular	119,8	1 Popular	102,1	1 Popular	101,2	1 Popular	96,4	1 Popular	88,6
1 Popular	113,2	3 Manrique	89,6	3 Manrique	92,4	3 Manrique	96,0	3 Manrique	93,2	3 Manrique	87,6	3 Manrique	88,5
3 Manrique	99,9	2 Santa Cruz	88,6	8 Villa Hermosa	89,6	13 San Javier	83,6	8 Villa Hermosa	75,9	13 San Javier	80,5	4 Aranjuez	65,0
8 Villa Hermosa	92,8	50 Palmitas	88,5	2 Santa Cruz	86,2	8 Villa Hermosa	82,6	13 San Javier	74,0	4 Aranjuez	76,4	13 San Javier	64,7
2 Santa Cruz	88,3	8 Villa Hermosa	82,4	13 San Javier	85,2	2 Santa Cruz	82,5	4 Aranjuez	72,3	8 Villa Hermosa	74,9	2 Santa Cruz	63,8
13 San Javier	87,1	13 San Javier	78,2	7 Robledo	75,6	4 Aranjuez	75,5	2 Santa Cruz	70,4	2 Santa Cruz	66,9	8 Villa Hermosa	63,5
4 Aranjuez	78,3	7 Robledo	76,8	4 Aranjuez	73,3	7 Robledo	74,8	7 Robledo	62,5	9 Buenos Aires	61,8	9 Buenos Aires	61,1
10 La Candelaria	73,6	10 La Candelaria	73,1	9 Buenos Aires	68,4	9 Buenos Aires	67,7	10 La Candelaria	62,1	MEDELLÍN	56,4	7 Robledo	60,5
9 Buenos Aires	70,7	9 Buenos Aires	71,3	MEDELLÍN	65,6	MEDELLÍN	63,1	9 Buenos Aires	61,1	7 Robledo	56,3	10 La Candelaria	57,5
MEDELLÍN	67,3	4 Aranjuez	70,0	6 Doce de Octubre	65,0	6 Doce de Octubre	59,6	MEDELLÍN	59,2	10 La Candelaria	56,1	MEDELLÍN	51,8
7 Robledo	66,9	MEDELLÍN	64,8	10 La Candelaria	63,0	70 Altavista	56,7	6 Doce de Octubre	55,9	60 San Cristóbal	50,4	6 Doce de Octubre	42,5
6 Doce de Octubre	62,3	6 Doce de Octubre	57,9	5 Castilla	53,6	10 La Candelaria	56,0	90 Santa Elena	50,2	5 Castilla	48,2	60 San Cristóbal	37,6
70 Altavista	59,9	5 Castilla	48,8	70 Altavista	42,3	5 Castilla	45,9	70 Altavista	47,6	6 Doce de Octubre	48,2	5 Castilla	35,2
5 Castilla	46,9	70 Altavista	46,0	80 San Ant de Prado	41,0	50 Palmitas	36,6	5 Castilla	46,1	90 Santa Elena	48,2	70 Altavista	34,8
60 San Cristóbal	45,6	60 San Cristóbal	45,0	60 San Cristóbal	38,7	80 San Ant de Prado	36,3	60 San Cristóbal	45,5	50 Palmitas	43,0	90 Santa Elena	31,3
90 Santa Elena	42,9	80 San Ant de Prado	42,8	15 Guayabal	36,3	12 La América	34,7	50 Palmitas	45,3	70 Altavista	40,4	16 Belén	27,8
80 San Ant de Prado	41,4	12 La América	35,8	12 La América	34,4	15 Guayabal	34,5	80 San Ant de Prado	37,7	12 La América	28,5	12 La América	27,3
16 Belén	41,1	15 Guayabal	34,5	16 Belén	31,4	16 Belén	33,1	12 La América	33,9	80 San Ant de Prado	27,4	80 San Ant de Prado	26,9
15 Guayabal	37,7	16 Belén	33,9	90 Santa Elena	29,7	60 San Cristóbal	33,0	15 Guayabal	31,2	15 Guayabal	23,6	50 Palmitas	25,4
12 La América	34,8	90 Santa Elena	31,0	50 Palmitas	18,7	90 Santa Elena	23,5	16 Belén	28,9	16 Belén	23,4	15 Guayabal	23,2
11 Laureles Estadio	10,9	14 El Poblado	11,4	11 Laureles Estadio	13,0	11 Laureles Estadio	13,5	11 Laureles Estadio	12,2	11 Laureles Estadio	15,0	11 Laureles Estadio	8,6
14 El Poblado	9,1	11 Laureles Estadio	11,0	14 El Poblado	10,9	14 El Poblado	9,0	14 El Poblado	8,2	14 El Poblado	1,9	14 El Poblado	3,9

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en Dane . Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín

Gráfico 46. Medellín: tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, 2004-2018



Nota: cifras preliminares corte a 31 de diciembre de 2018

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

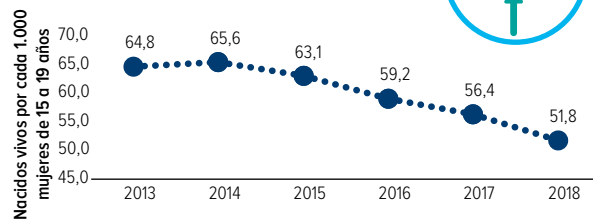
Respecto a la territorialización del embarazo en la adolescencia temprana, Medellín Cómo Vamos hace seguimiento a la tasa específica en esta edad por comunas y corregimientos de la ciudad. Si bien la tasa general para Medellín disminuyó entre 2017 y 2018, la zona nororiental de la ciudad (Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez) sigue concentrando la mayor cantidad de embarazos en esta edad, al igual que en el resto del periodo analizado: en 2018, el 50% de los embarazos entre 10 y 14 años se presentó en esta zona. En los últimos dos años llaman la atención las comunas de La Candelaria, Villa Hermosa y Buenos Aires, que se ubican por encima del valor general de la ciudad. En contraste, se encuentran las comunas de Poblado y Laureles Estadio, que tienen las tasas más bajas.

Los embarazos en la adolescencia tardía se miden mediante la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, que es un indicador adoptado por el país para dar cumplimiento al ODS 3, y así mismo, este ha sido acogido por Medellín en la construcción de las metas ODS de ciudad. El país estableció la meta de llegar a 46 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en esta edad, mientras que Medellín tiene la meta de disminuir este indicador hasta 54,0 nacidos vivos en adolescentes entre 15 y 19 años por cada 1.000 en esta edad.

Como se observa en el gráfico 47, hay una tendencia decreciente desde el año 2014 que aún se mantiene. La tasa de fecundidad adolescente entre 15 y 19 años para Medellín

en 2018 fue de 51,8 por cada 1.000 mujeres en esta edad, esta tasa disminuyó 8% con respecto al 2017; lo anterior indica que este año se cumplió la meta fijada por la ciudad. En este sentido, existe la necesidad de fijar una meta más ambiciosa que logre encaminar acciones para continuar disminuyendo la cantidad de adolescentes embarazadas: Medellín podría acoger la meta fijada por el Conpes 3918 para el nivel nacional, es decir, 46,0 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre los 15 y 19 años.

Gráfico 47. Medellín: tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, 2013-2018



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar con corte a 31 de diciembre de 2018.

Fuente: Subdirección de Información, Alcaldía de Medellín con base en Dane. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Si bien la ciudad ha disminuido la tasa de fecundidad adolescente en lo que respecta a la adolescencia tardía, es importante mencionar que persisten los retos al analizar este fenómeno por comunas y corregimientos. En los últimos seis años la zona nororiental de la ciudad (Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez) ha concentrado las tasas más altas de embarazo adolescente, como lo muestra la tabla 4. No obstante, el Índice de Progreso



Social⁵⁷ entre 2013 y 2017, ha mostrado que las comunas con desventaja relativa en lo que respecta a embarazo adolescente son Popular y Manrique (Medellín Cómo Vamos, 2019b), es decir, estas comunas son las que menos han reducido estas tasas en el periodo analizado.

En este sentido, la OMS recomienda algunas estrategias encaminadas a reducir el embarazo adolescente y prevenirlo, a saber: (i) mantener a las niñas y jóvenes en el sistema educativo, (ii) crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos jóvenes, educándolos sobre la sexualidad y sus derechos, (iii) aumentar el uso de anticoncepción, reduciendo los costos y posibilitando el acceso y la entrega efectiva, (iv) reducir las relaciones sexuales bajo coacción, invitando a los hombres a cuestionar las normas culturales y prácticas de género, empoderando a las niñas para que se resistan a las relaciones sexuales forzadas, (v) reducir los abortos inseguros informando a la comunidad sobre los riesgos de prácticas de este tipo y (vi) aumentar el uso de atención calificada en la atención prenatal, del parto y del postparto, ampliando el acceso y la atención calificada (Organización Mundial de la Salud & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012).

La Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos formuló en 2017 la Estrategia de atención integral para niñas, niños y adolescentes, que contempla

seis componentes intersectoriales que tiene como sujetos los niños, niñas y adolescentes, además de grupos de jóvenes gestantes, mujeres y hombres, y padres y madres, debido al énfasis en la prevención del embarazo subsiguiente (Gobierno de Colombia & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017). Esta estrategia actualmente está en su fase de implementación.

La Alcaldía de Medellín en 2018 desarrolló proyectos como Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, que propenden por la salud sexual y reproductiva, además de la salud mental del público objetivo. Dentro del Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS⁵⁸ se implementó la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en la zona nororiental de la ciudad (Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez) que acerca la atención materno-perinatal, así como educación y métodos anticonceptivos para los adolescentes accedan “sin barreras administrativas, geográficas o de cualquier otra índole”.

La Secretaría de Salud de Medellín también reporta que en 2018 se elaboró el Plan de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2018-2023, teniendo como documentos rectores el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014.

57 El Índice de Progreso Social es una medida diseñada por la organización Social Progress Imperative -SPI-, con el apoyo de los expertos Michael Porter y Scott Stern, como un indicador que puede capturar la evolución del desempeño social y ambiental, que incluye indicadores accionables, tanto desde la política pública como desde la acción comunitaria y la inversión privada, relevante para todas las unidades y niveles de desarrollo involucrados en la formulación e implementación de programas sociales, y cuya información le permite a distintos actores de la comunidad influenciar los procesos de decisión política (Medellín Cómo Vamos, 2019b).

58 En este capítulo se abordará en su momento la información con respecto al MIAS en el apartado de *Acceso a los servicios*.



Estado de la salud infantil

Bajo peso al nacer

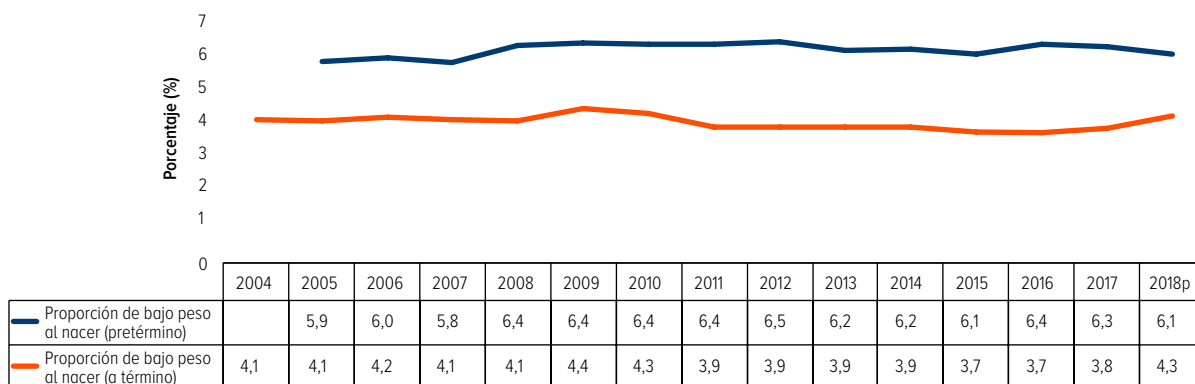
El bajo peso al nacer es un término definido por la OMS para describir a los bebés que nacen con un peso inferior a los 2.500 gramos; esta condición asociada a un nacimiento prematuro configura una de las causas directas más frecuentes de mortalidad neonatal. Esta situación tiene consecuencias en el desarrollo y crecimiento físico y cognitivo durante la infancia, además de que puede influenciar adversidades en la niñez y adolescencia, y hasta en la adultez (Instituto Nacional de Salud, 2017). El bajo peso al nacer se distribuye entre los niños que nacen a término y pretérmino, es decir, con el total de las semanas de gestación cumplidas y con los que aun no las cumplen.

Según la OMS esta condición puede ser resultado de tres causas: (1) nacimiento antes

de completarse las 37 semanas de embarazo; (2) tamaño pequeño para la edad gestacional, que se presenta cuando el peso para la gestación es inferior al décimo percentil y surge como resultado de una tasa de crecimiento fetal inferior al promedio, y (3) la conjunción de las causas uno y dos (Medellín Cómo Vamos, 2018a).

Como se aprecia en el gráfico 48, la proporción de niños que han nacido con bajo peso pretérmino desde el año 2005 se ha mantenido constante, alcanzando un porcentaje de 6,1% para 2018, lo que equivale a 1.672 bebés prematuros por debajo del peso estándar. Por otro lado, la proporción de niños con bajo peso al nacer que cumplieron el ciclo de gestación presentó una disminución entre el 2009 y 2011, mientras que en los años subsiguientes se mantuvo estable hasta 2018, cuando alcanzó un porcentaje de 4,3%, lo que equivale a 1.166 niños en esta condición.

Gráfico 48. Medellín: proporción de bajo peso al nacer pretérmino y a término, 2004-2018



Nota: los datos de 2018 son cifras preliminares sujetas a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información, Alcaldía de Medellín con base en DANE. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

En total, la proporción de bebés que nacen con bajo peso se ha mantenido constante en el periodo analizado; Medellín Cómo Vamos consultó en 2018 a la Administración Municipal acerca de la invariabilidad al respecto de este indicador. La Secretaría de Salud de Medellín indicó que en estos casos se da cumplimiento

a los protocolos exigidos por el Instituto Nacional de Salud (INS), que incluyen visita epidemiológica por parte de nutricionistas con el objetivo de encontrar factores de riesgo y recopilar más información. En estas visitas se indaga principalmente por consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas durante la



gestación; actividades que implicaron esfuerzo físico durante el último trimestre de la gestación, o causas asociadas al estado de salud de la gestante, como infecciones de las vías urinarias, hipertensión, sobrepeso, obesidad, desnutrición o amenazas de parto prematuro (Medellín Cómo Vamos, 2018a).

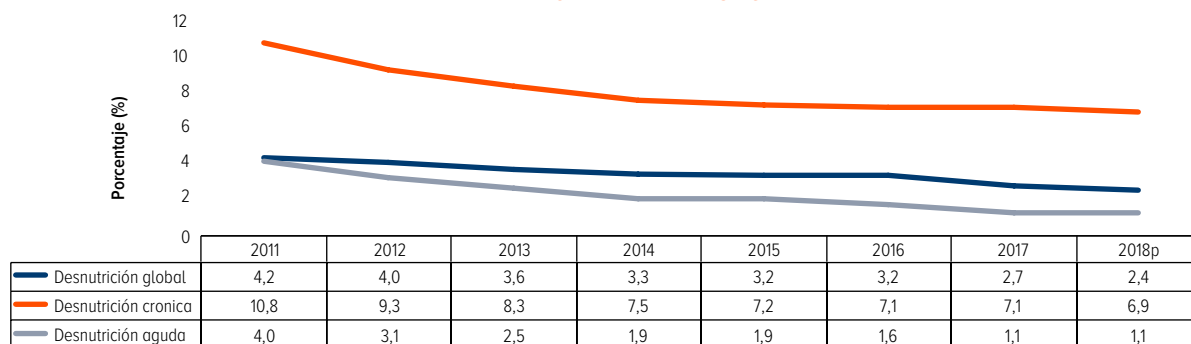
Desnutrición

La desnutrición es una enfermedad de origen social, que se configura como la última expresión de inseguridad alimentaria y nutricional de una población, afectando principalmente a los niños y niñas (Ministerio de Salud, 2016). Existen varios tipos de desnutrición: en primer lugar, la desnutrición aguda que se expresa como peso bajo para la talla, asociada a pérdida de peso reciente y acelerada, además de incapacidad para ganar peso por bajo consumo de alimentos o la presencia de enfermedades infecciosas. En segundo lugar, la desnutrición crónica, relacionada con problemas prolongados y persistentes -de larga duración- que afectan negativamente el crecimiento infantil, además de provocar consecuencias irreversibles para el desarrollo cognitivo; se expresa como estatura baja para la edad. Por último, la desnutrición global que hace referencia a un retraso en el crecimiento persistente y el indicador usado para medirla da cuenta del peso para la edad.

Al respecto, la UNICEF sostiene que la desnutrición es un obstáculo al desarrollo humano y reduce las posibilidades de desarrollo económico de los países. De esta manera expone algunas de las consecuencias de la desnutrición: mortalidad, morbilidad y discapacidad; reduce la capacidad física y la productividad económica; disminuye la capacidad intelectual y el aprendizaje; detiene el crecimiento y el desarrollo físico; puede causar enfermedades crónicas, cardiovasculares y metabólicas (UNICEF, 2011).

En el caso de los menores de seis años de Medellín la desnutrición crónica ha sido la de más alta prevalencia en el periodo 2011-2018; no obstante, como se aprecia en el gráfico 49, esta ha tenido una tendencia decreciente en estos años para llegar a un 6,9%, es decir 7.857 niños con esta condición en 2018. En lo que respecta a la desnutrición aguda, esta también ha mantenido una tendencia decreciente en el periodo de análisis que da cuenta en 2018 de una prevalencia del 1,1% en los menores de seis años. Por último, la desnutrición global ha reducido la prevalencia sobre los niños menores en Medellín, pasando de 2.990 a 2.781 entre 2017 y 2018, lo que corresponde a 2,4% del total de niños menores de seis años para 2018.

Gráfico 49. Medellín: prevalencia de desnutrición global, crónica y aguda en menores de seis años, 2011-2018



Nota: los datos de 2018 son cifras preliminares sujetas a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en DANE. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.



Mortalidad infantil

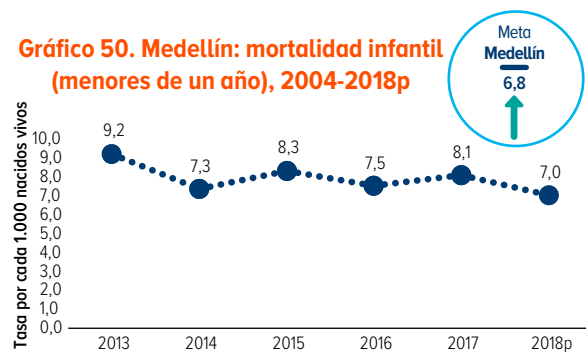
Al respecto de la mortalidad infantil, la OMS indica que el riesgo de muerte es mayor en los niños en el periodo neonatal, es decir en los primeros 28 días de vida. Esta muerte se puede prevenir atendiendo a los protocolos que propenden, en su mayoría, por tener los siguientes cuidados: asegurar la respiración, empezar enseguida la lactancia materna, mantener al niño caliente y limpiarse las manos antes de tocarlo. Por otra parte, las muertes de niños antes de los cinco años, son prevenibles y tratables en su mayoría, mediante intervenciones simples y asequibles; los niños con desnutrición tienen más probabilidades de morir en esta edad por diarrea, neumonía y paludismo (Organización Mundial de la Salud, 2018e).

Este indicador hace parte de los incluidos en el Conpes 3918 con miras a dar cumplimiento al ODS 3. En este sentido, el país ha trazado la meta de reducir las muertes en menores de un año a 14 por cada 1.000 nacidos vivos y Medellín ha fijado reducirlas a 6,8 casos por cada 1.000. La mortalidad infantil en menores de un año en la ciudad de Medellín se analiza en el periodo 2013-2018 como se aprecia en el gráfico 50; este indicador ha tenido una tendencia decreciente sostenida. Entre 2017 y 2018 la mortalidad en niños menores de un año se redujo, pasando de 8,1 a 7,0 casos por cada 1.000 nacidos vivos, lo que equivale en 2018 a 191 casos. Al aplicar la metodología de Hacia Dónde Vamos en este indicador, este resultado da cuenta de un cumplimiento efectivo de la meta de continuar con el comportamiento que se dio entre 2013 y 2018.

De otro lado, la mortalidad en menores de cinco años también se inscribe en la Agenda 2030 del país y de la ciudad: en el primer caso, la meta es de 15 casos por cada 1.000 nacidos vivos, Medellín por su parte establece reducir estas muertes prematuras a 8,3 por cada 1.000 nacidos vivos. Al observar el

comportamiento de este indicador se puede afirmar que desde 2004 hay una tendencia decreciente sostenida, llegando a que la ciudad a 2018 tenga una tasa de mortalidad en menores de cinco años de 8 casos por cada 1.000 nacidos vivos (lo equivalente a 219 casos), es decir, en 2018 se cumplió la meta propuesta. Por lo tanto, la meta de ciudad debe ser modificada, buscando ser más ambiciosos en la disminución de casos de mortalidad en niños menores de cinco años.

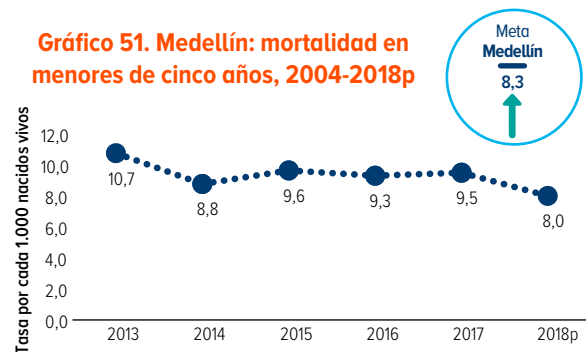
Gráfico 50. Medellín: mortalidad infantil (menores de un año), 2004-2018p



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar con corte a 31 de diciembre de 2018. El dato de 2017 se actualizó con respecto al registrado en el Informe de Calidad de Vida 2017.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en Dane. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfico 51. Medellín: mortalidad en menores de cinco años, 2004-2018p



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar con corte a 31 de diciembre de 2018.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en Dane. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Estos resultados pueden ser asociados a la amplia cobertura en vacunación que ha logrado la ciudad, además de la implementación de programas como Buen Comienzo y la



ampliación en su cobertura de manera progresiva. Buen Comienzo promueve el bienestar y el desarrollo integral, diverso e incluyente de los menores de cinco años con un enfoque en población vulnerable (Medellín Cómo Vamos, 2018a). Este programa se implementó en el año 2004 y ha sido objeto de política pública del orden municipal, su cobertura fue del 81% en la población vulnerable menor a seis años en 2018.

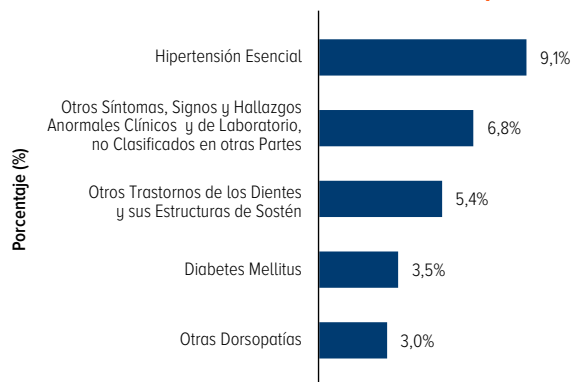
Medellín Cómo Vamos hace seguimiento sistemático a las muertes infantiles a causa de desnutrición; este indicador se mantuvo en cero entre 2013 y 2015, al igual que en 2017, mientras que en 2016 se presentó un caso. Para el año 2018 se registró una muerte en una menor de diez meses de edad, diagnosticada con desnutrición aguda severa como causa básica del deceso. Al respecto, la Secretaría de Salud de Medellín sostiene que no hubo asistencia a la consulta de revisión del recién nacido, el único registro es de una consulta a los dos meses de edad en diciembre de 2017, en donde se evidenció que esta menor no tenía registro civil ni estaba afiliada al SGSSS. Hubo factores socioeconómicos que rodearon el caso: padre menor de edad consumidor de sustancias psicoactivas, madre consumidora de licor, violencia intrafamiliar y muy escasos recursos económicos. En el análisis de alimentación se encontró que la niña no estaba recibiendo los requerimientos nutricionales para su edad, situación que se vio reflejada en los signos clínicos de desnutrición y en su estado nutricional final que condujeron al desenlace fatal.

Morbilidad

Principales causas de atención en consulta externa

Según la Secretaría de Salud del municipio de Medellín, en el año 2018 se atendieron en total 2'951.666 consultas externas, es decir, un 54% menos que las registradas para el año 2017. De este total, 268.732 fueron a causa de hipertensión esencial, lo que corresponde al 9,1%. Luego están otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otras partes, con 200.033 consultas (6,8%); le siguen otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén con 160.527 consultas (5,4%); la diabetes mellitus ocupa el cuarto lugar con 104.437 sesiones de consulta (3,5%) y por último se encuentran otras dorsopatías⁵⁹ con 89.137 consultas (3%).

Gráfico 52. Medellín: principales causas de atención en consulta externa, 2018p



Nota: Cifras preliminares, sujetas a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en RIPS. Registro Individual de Prestación de Servicios. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

59 Las dorsopatías se definen como un conjunto de enfermedades que causan cambios patológicos en la columna vertebral y los tejidos conexos, se expresa por medio de dolor y se categoriza en lumbar, torácica y cervical (Medical Care, 2019).

Tabla 5. Medellín: principales causas de consulta externa, 2008-2018.

Causas / Años		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Primera causa	Nombre	Hipertensión esencial	Hipertensión esencial	Hipertensión esencial	Hipertensión esencial	Hipertensión Arterial	Hipertensión Arterial	Hipertensión Esencial	Hipertensión Esencial	Hipertensión Esencial	Hipertensión Esencial	Hipertensión Esencial
	Participación en el total de consultas (%)	10.5	8.8	11.1	11.6	8.9	10.6	10.5	9.4	9.7	11.0	9.1
Segunda causa	Nombre	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otras partes	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otras partes	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados en otra parte	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorios no especificados en las otras partes.	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorios no especificados en las otras partes.	Otros Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio, no Clasificados en otras Partes	Otros Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio, no Clasificados en otras Partes	Otros Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio, no Clasificados en otras Partes	Otros Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio, no Clasificados en otras Partes	Otros Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio, no Clasificados en otras Partes
	Participación en el total de consultas (%)	5.6	7.1	8.2	8.3	7.9	6.6	7.0	7.4	7.1	6.9	6.8
Tercera causa	Nombre	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorios no especificados en las otras partes.	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	Otros Trastornos de los Dientes y sus Estructuras de Sostén	Otros Trastornos de los Dientes y sus Estructuras de Sostén	Otros Trastornos de los Dientes y sus Estructuras de Sostén	Otros Trastornos de los Dientes y sus Estructuras de Sostén	Otros Trastornos de los Dientes y sus Estructuras de Sostén
	Participación en el total de consultas (%)	4.9	5.6	7.9	7.8	6.8	6.0	5.4	6.4	5.0	4.5	5.4
Cuarta causa	Nombre	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	Caries dental	Otras dorso-patías	Otras dorso-patías	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus
	Participación en el total de consultas (%)	3.6	3.7	3.1	3.1	2.9	3.0	3.1	3.1	3.4	3.9	3.5
Quinta causa	Nombre	Caries dental	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Caries dental	Diabetes mellitus	Caries dental	Diabetes mellitus	Otras Dorso-patías	Otras Dorso-patías	Otras Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores	Otras Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores	Otras Dorso-patías
	Participación en el total de consultas (%)	3.3	3.3	3.0	3.0	2.9	3.0	3.1	3.0	3.3	3.6	3.0

Fuente: Subdirección de Información, Alcaldía de Medellín.

Nota: los datos para 2018 son preliminares.



Como se puede apreciar en la tabla 5 que consigna las cinco principales causas de consulta externa en el periodo 2008-2018, la hipertensión arterial ha mantenido el primer lugar en los años analizados. La OMS la define como un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos; si esta enfermedad no se controla puede ocasionar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y a la larga, una insuficiencia cardiaca (Organización Mundial de la Salud, 2019c). Los otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otras partes, han ocupado el segundo lugar en todo el periodo, con excepción del año 2011, en donde esta ocupó el tercer lugar y los trastornos de los dientes fueron la segunda causa de consulta externa más frecuente. Al respecto de esta, las causas dentales han sido, en el resto del periodo, la tercera causa por la que más consultan los medellinenses.

La cuarta causa de consulta más frecuente ha variado en el periodo analizado, ya que las infecciones agudas -es decir, recientes- de las vías respiratorias superiores ocuparon este lugar entre el 2008 y el 2010, mientras que la caries dental lo hizo en el 2011, y otras dorsopatías en 2012 y 2013, de 2014 en adelante la diabetes mellitus ha sido constante como cuarta causa de consulta. Al respecto de esta enfermedad, la OMS la define como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza bien la que produce⁶⁰. Como quinta causa más frecuente en la consulta externa en el periodo analizado, se resaltan la caries dental y otras dorsopatías.

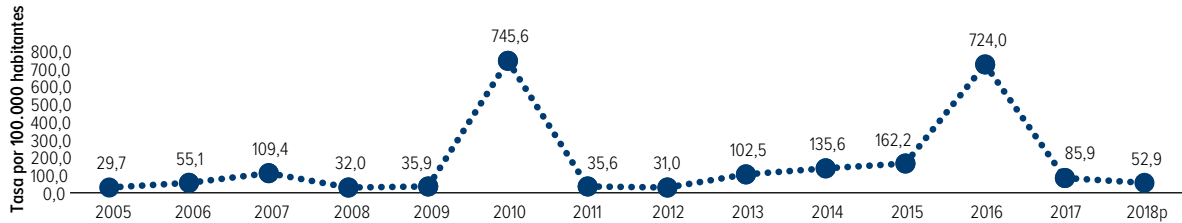
Dengue

El dengue es una infección en forma de virus transmitida por la picadura de los mosquitos *Aedes*; este se presenta en climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, sobre todo en zonas urbanas y semiurbanas. Sus síntomas se caracterizan por elevar el estado febril por encima de los 40°, acompañada de dolores muy intensos, náuseas y vómitos; estos se presentan entre 4 y 7 días después de la picadura (Organización Mundial de la Salud, 2019a).

Medellín ha sido catalogada por el Instituto Nacional de Salud como una ciudad hiperendémica, dadas las condiciones geográficas del territorio y algunas características conductuales de sus habitantes, como el almacenamiento inapropiado de agua, lo que propicia la aparición del mosquito que produce la enfermedad (Medellín Cómo Vamos, 2018b). Dado lo anterior, en el gráfico 53 se aprecia la incidencia de dengue en la población de Medellín: se observa que en los años 2010 y 2016 hay unos picos anormales en la serie analizada, que han correspondido a epidemias del nivel nacional que también han afectado a la ciudad. No obstante, entre 2017 y 2018 se disminuyó la incidencia de esta enfermedad, llegando a una tasa de 52,9 afectados por cada 100.000 habitantes. La Secretaría de Salud de Medellín realiza acciones permanentes de control y vigilancia de la presencia del mosquito *Aedes* en función de evitar este tipo de epidemias que afectan a la población de la ciudad.

60 Existen tres tipos de diabetes: tipo 1, cuando hay ausencia en la síntesis de insulina; tipo 2, esta tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficientemente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física; y por último la diabetes gestacional, una hiperglicemia que se detecta por primera vez en el embarazo (Organización Mundial de la Salud, 2019b).

Gráfico 53. Medellín: incidencia de dengue, 2005-2018p



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar sujeta a revisión y ajustes.

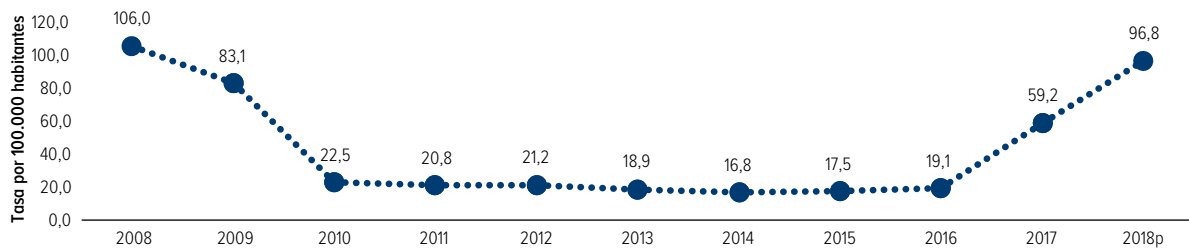
Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en SIVIGILA. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Procesado por la Unidad de Gestión de la información y el Conocimiento. Secretaría de Salud de Medellín.

Parotiditis

La parotiditis, comúnmente conocida como paperas, es una enfermedad vírica aguda que se caracteriza por fiebre, hinchazón y dolor a la palpación de una o varias glándulas salivales, que se contagia por el contacto con saliva de una persona infectada (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Esta enfermedad está incluida en la vacuna de la Triple Viral, aplicada en niños de aproximadamente un año, con un refuerzo a la edad preescolar, es decir entre los 4 y 5 años; este biológico tiene una efectividad entre el 80% y el 95% si su aplicación cumple con estas condiciones.

No obstante, la probabilidad de que la población se contagie aumenta si las personas nunca han tenido la enfermedad y tampoco han sido vacunadas. En la serie analizada en el gráfico 54, se puede apreciar que en los años 2008 y 2009 hubo epidemia de esta enfermedad en la población, no obstante, esta disminuyó y se mantuvo constante en los años subsiguientes hasta el 2017, cuando la tasa de afectados por esta enfermedad se elevó a 59,2 por cada 100.000 habitantes; ahora bien, para 2018, la incidencia de esta enfermedad creció un 65% alcanzando una tasa de 96,8 casos por cada 100.000 habitantes de la ciudad.

Gráfico 54. Medellín: tasa de incidencia de parotiditis, 2008-2018p



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar sujeta a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en SIVIGILA. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Procesado por la Unidad de Gestión de la información y el Conocimiento. Secretaría de Salud de Medellín.

Medellín Cómo Vamos consultó a la Secretaría de Salud de Medellín acerca del aumento creciente de la tasa de incidencia de parotiditis en 2017 y 2018. Al respecto, esta entidad afirma que es posible que en algunas personas los anticuerpos que provee la vacuna no sean suficientes veinte años después,

por lo que se re infectan: este es un tema actual de discusión en el mundo de la medicina. No obstante, para el caso de Medellín, hubo un aumento principalmente en adultos jóvenes que inició en la semana 32 del año 2017 y se mantuvo en 2018. Cuando se detectó la epidemia se emitió una circular con alerta de



intensificación para que los prestadores de servicios de salud realizaran acciones de vigilancia epidemiológica y vacunación para dar control; estas acciones se mantuvieron en 2018.

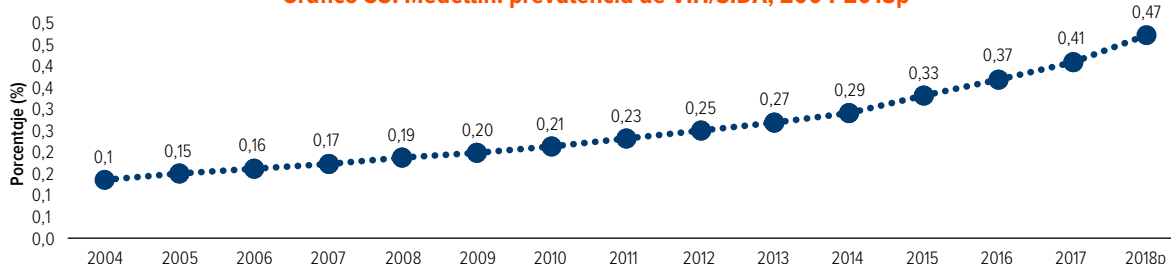
Prevalencia de VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente “inmunodeficiencia”. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. Ahora bien, el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) corresponde a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20

infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (Organización Mundial de la Salud, 2019d).

En Medellín la prevalencia de VIH/SIDA mantiene una tendencia creciente desde el año 2004, como se puede observar en el gráfico 55, que consigna el porcentaje de personas de la población con esta enfermedad. Ahora bien, para el año 2018, la prevalencia de VIH/SIDA alcanzó un 0,47% de la población. Es posible que este aumento esté relacionado con la forma a través de la cual se propicia el contagio. Esta enfermedad se transmite a través de relaciones sexuales, así como la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de elementos punzantes, asimismo, puede transmitirse durante el embarazo, el parto y la lactancia (Organización Mundial de la Salud, 2019d).

Gráfico 55. Medellín: prevalencia de VIH/SIDA, 2004-2018p



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar sujeta a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información, Alcaldía de Medellín con base en SIVIGILA. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Procesado por la Unidad de Gestión de la información y el Conocimiento. Secretaría de Salud de Medellín.

El Boletín Epidemiológico Semanal del Instituto Nacional de Salud -INS- correspondiente a la semana epidemiológica 47 del año 2018, comprendida entre el 18 y el 24 de noviembre de ese año, incluye la incidencia de VIH/SIDA como uno de sus temas principales de análisis. En este boletín, el INS asegura que para 2018 en Colombia, en esa semana, la incidencia de esta enfermedad correspondía a 28,1 por cada 100.000 habitantes afectando en su mayoría a personas entre los 25

y 34 años. Por departamento de procedencia, Antioquia ocupó el séptimo lugar después de Quindío, Risaralda, Cartagena, Valle, Barranquilla y Bogotá.

Intento de suicidio

Según la OMS, anualmente cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio o intento del mismo, es una tragedia que afecta no solo al suicida, sino a su familia y a su comunidad.



El Ministerio de Salud reconoce como signos de alarma de conducta suicida la presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o acto de autolesión en el último año, alteraciones emocionales graves, desesperanza, agitación o extrema violencia, conducta poco comunicativa y aislamiento social.

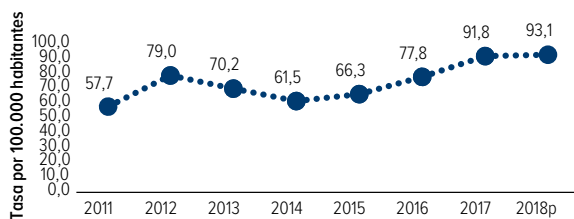
La OMS reconoce el suicidio como un problema de salud pública, que no solo se produce en países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. Asimismo, esta organización reconoce que este es un problema prevenible mediante acciones oportunas que le apuesten a mejorar los datos y a crear estrategias multisectoriales e integrales que propicien un buen estado de salud mental en la población.

los 90 casos de intento de suicidio por cada 100.000 habitantes, lo que llama la atención al respecto de este fenómeno en la ciudad.

La Secretaría de Salud de Medellín lideró iniciativas para la gestión de la salud mental del municipio en 2018 tales como: la implementación del MIAS, centros de escucha en salud mental, cultura del cuidado en el entorno educativo, servicios de salud amigables para jóvenes y adolescentes, línea amiga saludable, familias fuertes y resilientes, entre otros. En el marco de la implementación del MIAS se identificaron y trataron 6.150 personas con comportamientos de riesgo, adicionalmente, se realizaron 2.439 acompañamientos familiares.

Si bien este apartado analiza la intención de suicidio, Medellín Cómo Vamos hace seguimiento a los suicidios efectivos; esto se aborda en la sección de *Mortalidad*.

Gráfico 56. Medellín: incidencia de intento de suicidio, 2011-2018p



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar sujeta a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en SIVIGILA. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento. Secretaría de Salud de Medellín.

Como se aprecia en el gráfico 56, la incidencia por intento de suicidio en Medellín ha aumentado desde el año 2014, cuando fue de 61,5 por cada 100.000 habitantes. En los últimos dos años, esta tasa ha sobrepasado

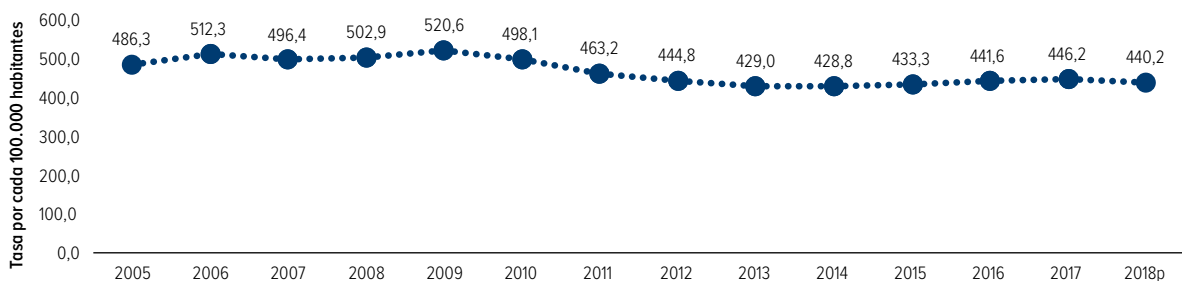
Mortalidad

Mortalidad general

La mortalidad de los medellinenses en el periodo 2005-2018 ha permanecido constante, ubicándose entre las 428 y 520 defunciones por cada 100.000 habitantes, como se observa en el gráfico 57. En lo que respecta al año 2018, la tasa de mortalidad general -ajustada⁶¹- da cuenta de 440,2 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que en términos absolutos refiere alrededor de 14.200 muertes.

61 Dado que la edad es el factor de confusión, se usa una población estándar para eliminar los efectos de cualquier diferencia en la edad entre dos o más grupos de la población. Estas técnicas se llaman tasas de mortalidad ajustadas por la edad (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Gráfico 57. Medellín: tasa de mortalidad general (tasa ajustada), 2005-2018p



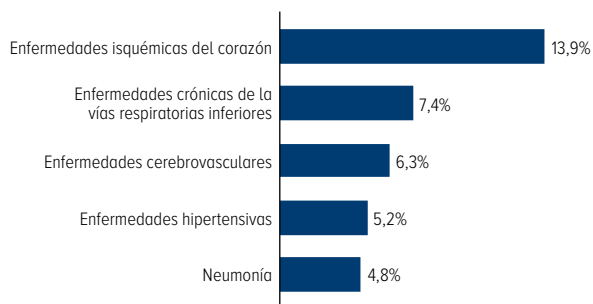
Nota: El dato para el año 2016 se actualizó con respecto al registrado en el informe anterior. El indicador se ajustó utilizando la población estandar suministrada por el Ministerio de Salud.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en Dane. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Principales causas de mortalidad

En cuanto a las principales causas de mortalidad del año 2018, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte con un 13,9%, le siguieron las enfermedades crónicas -es decir, de larga duración y progresión lenta- de las vías respiratorias inferiores con un 7,4%, como se observa en el gráfico 58. Como tercera causa se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con 6,3%, luego las enfermedades hipertensivas con 5,2% y como quinta causa más frecuente de mortalidad está la neumonía con un 4,8%.

Gráfico 58. Medellín: principales causas de mortalidad, 2018p



Nota: Cifras preliminares, sujetas a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en Dane. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Las enfermedades isquémicas del corazón son definidas como las condiciones que implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causadas por el daño al corazón o a los vasos sanguíneos mismos por acumulaciones de placa grasosa que se espesa y endurece las paredes arteriales, lo que ocasiona la inhibición del flujo de sangre por las arterias a órganos y tejidos y puede conducir a ataques al corazón, dolores de pecho o derrames cerebrales (Organización Panamericana de la Salud, 2018b). Esta enfermedad se asocia a factores de riesgo como edad, sexo, tabaquismo, mala alimentación, falta de actividad física, consumo de alcohol, hipertensión, diabetes, obesidad, entre otros.

Dentro de las principales causas de muerte en Medellín, analizando el periodo 2008-2018, se resalta que las agresiones, que fue la primera causa de muerte en los años 2009 y 2010 han dejado de estar entre las primeras cinco causas de muerte por cuarto año consecutivo desde 2015, lo que es positivo para la ciudad. El resto de las causas más comunes de muerte en Medellín se catalogan como Enfermedades No Transmisibles -ENT-; según la OMS, estas enfermedades son de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

Tabla 6. Medellín: principales causas de mortalidad, 2008-2018.

Causas / Años		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Primera causa	Nombre	Enfermedades isquémicas del corazón	Agresiones	Agresiones	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón
	Participación en el total de muertes (%)	13.5	15.6	13.7	13.8	15.4	14.9	15.2	13.4	13.8	14.4	13.9
Segunda causa	Nombre	Agresiones	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón	Agresiones	Agresiones	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
	Participación en el total de muertes (%)	8.4	12.9	13.4	11.3	8.6	7.3	7.4	7.4	7.3	7.7	7.4
Tercera causa	Nombre	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Agresiones	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
	Participación en el total de muertes (%)	6.9	6.5	7.1	7.4	7.0	6.8	6.7	6.5	5.9	6.2	6.3
Cuarta causa	Nombre	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Agresiones	Enfermedades hipertensivas	Neumonía	Enfermedades hipertensivas	Enfermedades hipertensivas
	Participación en el total de muertes (%)	6.4	6.3	6.9	6.7	6.8	6.8	5.0	5.3	5.1	5.5	5.2
Quinta causa	Nombre	Neumonía	Neumonía	Neumonía	Neumonía	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	Neumonía	Enfermedades hipertensivas	Neumonía	Neumonía
	Participación en el total de muertes (%)	3.9	4.0	4.1	4.3	4.2	4.2	4.5	4.7	5.2	4.6	4.8

Fuente: Subdirección de Información, Alcaldía de Medellín.

Nota: los datos para 2018 son preliminares.



Las ENT matan a más de 41 millones de personas al año, es decir, el 71% de las muertes que se producen en el mundo; de estas muertes, 15 millones son prematuras, pues se dan en población que se encuentra entre los 30 y los 69 años. De nuevo, el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir de una ENT (Organización Mundial de la Salud, 2018d).

En el gráfico 59 se aprecian las tasas de mortalidad por las ENT que más afectan a la población de Medellín: en el caso de

las enfermedades cardiovasculares, estas han mantenido la tendencia creciente desde 2005, no obstante, en 2017 se registraron 146,6 muertes por cada 100.000 habitantes, mientras que en 2018 esta tuvo una disminución de 3%, alcanzando una tasa de 141,5 casos por cada 100.000.

Con respecto al cáncer, esta enfermedad ha mantenido desde el año 2005 una alta tasa de mortalidad en la población de Medellín, alcanzando valores de 143,3 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2016; para el año 2018, esta tasa fue de 140,8.

Gráfico 59. Medellín: tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y diabetes, 2005-2018p



Notas:

1. La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares incluye enfermedades hipertensivas, isquémicas y cerebrovasculares.
2. La tasa de mortalidad por cáncer incluye todas las neoplasias, códigos CIE 10: C00 - D48.
3. La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores incluye códigos CIE 10: J40 a J47.
4. Los datos correspondientes a 2018 son preliminares, sujetos a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en Dane.
Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores afectan principalmente los pulmones, dentro de estas se encuentran el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las alergias respiratorias, la hipertensión pulmonar, entre otras. La OMS considera factores de riesgo de estas el tabaquismo, la contaminación del aire tanto en espacios cerrados como abiertos, los alérgenos y la exposición a riesgos ocupacionales como el polvo y los productos químicos (Organización Mundial de la Salud, 2018a). Estas

enfermedades han mantenido una tasa de mortalidad constante desde el año 2005 sobre los medellinenses, como se observa en el gráfico 59; para el año 2018 se registraron 41,4 casos por cada 100.000 habitantes. Las muertes a causa de diabetes mellitus mantuvieron una tendencia decreciente desde 2005 hasta 2011, en los años subsiguientes se incrementó levemente y se ha mantenido constante hasta el año 2018, cuando se registraron 12,3 muertes a causa de esta enfermedad por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 60. Medellín: Años de vida potenciales perdidos promedio (AVPP) por enfermedad y muerte evitable, 2005-2018p

Nota: Cifras preliminares, sujetas a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información, Alcaldía de Medellín con base en Dane.
Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

En este contexto, es relevante analizar los años de vida potenciales perdidos (AVPP) que hace referencia al estudio de la mortalidad prematura y evitable en poblaciones, en su mayoría a causa de enfermedades no transmisibles. Como se observa en el gráfico 60, en Medellín los AVPP tienen una tendencia creciente desde el año 2005, con unas disminuciones leves en los años 2010 y 2013, lo cual es negativo para la salud de los medellinenses, dado que las muertes por causas evitables están en aumento, esto se relaciona de manera directa con estilos de vida poco saludables que influyen en la salud de la población.

Razón de mortalidad materna

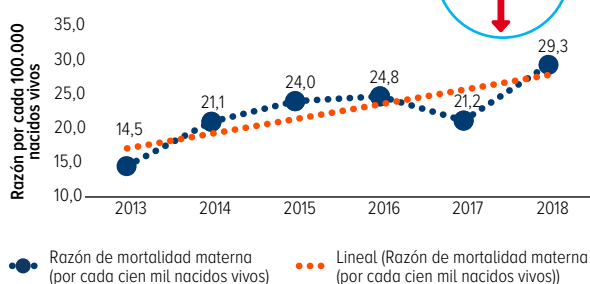
Una muerte materna es la muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días después de terminar el mismo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, no por causas accidentales. Estas se dividen en dos grupos: en primer lugar, las muertes maternas directas, que son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (lo que incluye trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o la cadena de eventos que causó los ya mencionados; por otro lado, las muertes maternas indirectas, que se derivan de una enfermedad previamente existente o de una que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas asociadas al mismo, pero que se agravó debido a ese estado (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Según la OMS cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el parto y el embarazo, el 99% de esta mortalidad se da en los países en desarrollo y es mayor en las comunidades más pobres. La Agenda 2030 consideró la mortalidad materna como un indicador que da cumplimiento al ODS 3, de esta manera Colombia lo adoptó como trazador de dicho ODS, fijando una meta de 32 muertes por cada 100.000 nacidos vivos; por su parte, el municipio de Medellín definió reducir a 17 las muertes maternas al año 2030.

En el gráfico 61 se muestra la tasa de mortalidad materna en el periodo 2013-2018 en la ciudad de Medellín, al respecto se pueden mencionar que la volatilidad de este indicador ha sido alta en este periodo, dada la sensibilidad por su estructura que obedece a una razón (muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos). En 2018 se registraron en Medellín 8 muertes maternas, esto da lugar a una razón de 29,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, es decir, este es el valor más alto que se registra en los últimos seis años.

Para 2018, la Secretaría de Salud de Medellín registra que, de las ocho muertes registradas, tres eran directas, cuatro indirectas y una indeterminada. Las causas directas que dieron lugar a la muerte de estas tres maternas fueron hemorragia postparto, la cual era evitable según esta entidad; sepsis puerperal y pre-eclampsia severa. En el caso de las muertes por causas indirectas, estas fueron causadas por lupus eritomatoso sistémico, cáncer gástrico y hepatitis tóxica.

Gráfico 61. Medellín: razón de mortalidad materna, 2013-2018



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar con corte a 31 de diciembre de 2018.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en Dane. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Aplicando la metodología para conocer Hacia Dónde Vamos, el estado de la mortalidad materna en Medellín en el periodo 2013-2018 deja ver que el comportamiento del indicador está en dirección incorrecta con respecto a la meta fijada a 2030 por la ciudad, es decir, de continuar así, dicha meta no se podrá cumplir. Lo anterior da lugar al fortalecimiento de acciones encaminadas a seguir mejorando la atención prenatal, en trabajo de parto y puerperio, lo que permitirá conocer factores de riesgo y tratarlos de manera oportuna, evitando la muerte.

Mortalidad por cáncer de pulmón

Este cáncer se forma en los tejidos del pulmón, por lo general en las células que recubren las vías respiratorias, hay de dos tipos, de células pequeñas y no pequeñas (Instituto Nacional del Cáncer, 2019). Los principales causantes de esta patología son el tabaquismo, el humo del cigarrillo (fumadores pasivos), antecedentes personales o familiares relacionados,

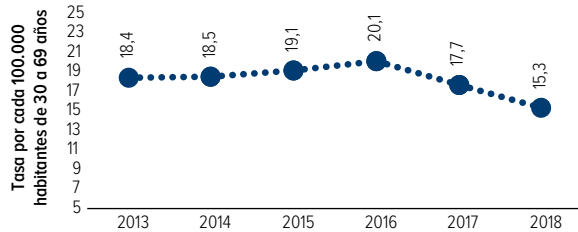
mala alimentación y factores contaminantes del ambiente. Con respecto a este último, la contaminación del aire representa uno de los riesgos más graves para la salud, provocando 4,2 millones de defunciones prematuras a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2018b).

La Contraloría General de Medellín y la Universidad Nacional de Colombia en su proyecto de investigación titulado “Cuantificación física y económica del impacto de la contaminación atmosférica en salud de la población de la ciudad de Medellín”, lanzado en 2019, afirman que, al realizar una consolidación de muertes por ERA por comunas, las mayores cantidades de muertes por esta causa se concentran en barrios de Doce de octubre, Manrique, La Candelaria, Laureles-Estadio, Belén y San Javier que justamente coinciden con zonas de alto flujo vehicular⁶² (Contraloría General de Medellín & Universidad Nacional de Colombia, 2018).

El país ha adoptado el indicador de tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en población entre 30 y 69 años como uno de los que da cumplimiento al ODS 3, fijando la meta de 55,2 por cada 100.000 habitantes en estas edades. Por su parte, la ciudad de Medellín busca reducir las muertes a causa de esta enfermedad en la población que esté entre los 30 y 69 años a 17 casos. Llama la atención que en 2018 esta meta se cumplió, pues la tasa disminuyó hasta los 15,3 casos; lo anterior puede dar cuenta de la necesidad de fijar una meta más ambiciosa, acompañada de acciones que medioambientalmente sean benéficas para la salud de la población.

62 En el apartado de Calidad del aire incluido en el capítulo de Medio Ambiente se relacionan los resultados del estudio que realizó el Área Metropolitana del Valle de Aburrá junto a la Universidad de Antioquia para determinar la asociación entre exposiciones de corto plazo a contaminantes y efectos sobre la salud humana.

Gráfico 62. Medellín: Tasa de mortalidad temprana por cáncer de pulmón en población entre 30 y 69 años, 2013-2018



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar con corte a 31 de diciembre de 2018.

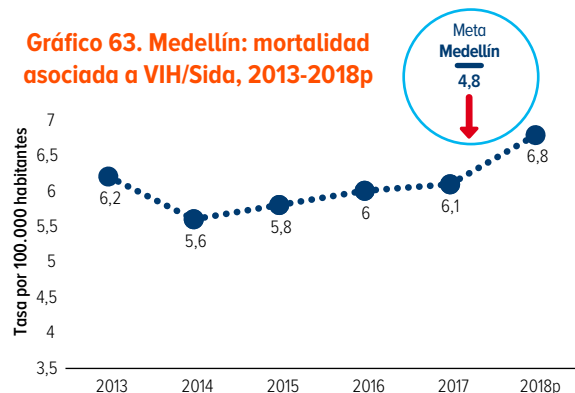
Fuente: Subdirección de Información, Alcaldía de Medellín con base en Dane. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

La Secretaría de Salud de Medellín promueve en los entornos comunitarios los siete estilos de vida saludable⁶³, dentro de los que se encuentran los espacios libres de humo de tabaco. Por otra parte, esta entidad sostiene que la Alcaldía de Medellín desarrolla acciones articuladas con los demás municipios del Valle de Aburrá con el fin de generar resultados a nivel regional, en términos de calidad del aire, tales como: vigilancia de espacios libres de humo, generación de informes de monitoreo permanente del comportamiento de las infecciones respiratorias agudas IRA y de las enfermedades respiratorias agudas ERA, operativos en las vías para el control de emisiones vehiculares, difusión masiva sobre condiciones topográficas y meteorológicas del Valle de Aburrá y su influencia en la calidad del aire, entre otras.

Mortalidad por VIH/Sida

Como se mencionó anteriormente en el apartado de *Morbilidad*, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en uno de sus estadios más graves, se convierte en el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana que favorece la aparición de cánceres e infecciones de gravedad que pueden causar la muerte (Organización Mundial de la Salud, 2019d). Al respecto, el Conpes 3918 fija como meta en lo concerniente a mortalidad por esta enfermedad como causa básica, reducirla a 2,4 casos por cada 100.000 habitantes; por su parte, Medellín plantea una meta de 4,8 casos por cada 100.000 habitantes. Como se puede observar en el gráfico 63, este indicador mantenía una tendencia decreciente desde el año 2006 hasta el 2011. En los años subsiguientes la mortalidad por esta causa se ha incrementado hasta alcanzar los 6,8 casos por cada 100.000 habitantes en 2018. De continuar la tendencia que se ha registrado entre 2013 y 2018, esta meta no se podrá cumplir.

Gráfico 63. Medellín: mortalidad asociada a VIH/Sida, 2013-2018p



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar sujeta a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información, Alcaldía de Medellín con base en DANE. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

63 Los siete estilos de vida saludable son: cuidado de la salud bucal, alimentación saludable, reducción del consumo de alcohol, promoción de la actividad física, cuidado de la salud mental, promoción de espacios libres de humo y salud sexual y reproductiva.



Medellín Cómo Vamos indagó al respecto con la Secretaría de Salud de Medellín, entidad que respondió que se han desarrollado campañas con organizaciones de base comunitaria, quienes se encargan de realizar entre otras actividades, y con ocasión de la implementación del Modelo Integrado de Atención en Salud en la zona nororiental de la ciudad, 678 pruebas rápidas de VIH con énfasis en la búsqueda activa en personas claves como HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y mujeres transgénero.

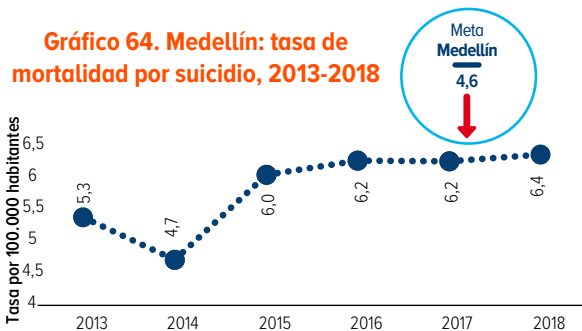
Suicidio

El suicidio es la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años a nivel mundial, de esta manera se estima que aproximadamente cada 40 segundos una persona se quita la vida, en su mayoría con plaguicidas, ahorcamiento y armas según la OMS. Según el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín 2011-2012, este es un problema de salud pública que afecta principalmente a los jóvenes, tanto así que este grupo poblacional es el de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo; de esta manera, este estudio define la conducta suicida como un proceso continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por amenazas, gestos, intentos, hasta el suicidio consumado (Universidad CES & Alcaldía de Medellín, 2012).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible contemplan la disminución de este fenómeno, razón por la cual Colombia ha acogido la meta de alcanzar 4,1 muertes por esta causa; por su parte Medellín definió reducir este indicador a 4,6 muertes por suicidio consumado a 2030. Como se aprecia en el gráfico 64, la tendencia de este indicador es creciente desde el año 2014, elevándose hasta el 2018 alcanzando un valor de 6,4 muertes por cada 100.000 habitantes. Los datos dan cuenta de 161 suicidios efectivos en 2018, de los cuales 138 (86%)

fueron hombres y 23 (14%) fueron mujeres. En lo que respecta al rango etario, el 35% de estos eventos ocurrieron en personas entre los 20 y 29 años; asimismo, en los hombres de 50 años en adelante se registraron 34 suicidios, mientras que en las mujeres de la misma edad solo se registró uno, correspondiente a una mujer entre 50 y 54 años.

Al aplicar la metodología para verificar Hacia Dónde Vamos, la tendencia entre 2013 y 2018 deja ver que este indicador está en la dirección incorrecta, lo que impide el cumplimiento de la meta a 2030. Al respecto, la Secretaría de Salud de Medellín afirma que la estabilidad de este indicador se debe a que la salud mental y la conducta suicida son consecuencia de los determinantes sociales de la salud, cuya modificación requiere profundos cambios estructurales en los cimientos de la sociedad y las familias, que adicionalmente toman tiempo en desarrollarse y reflejarse en indicadores de alto impacto como este.



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar sujeta a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información, Alcaldía de Medellín con base en DANE. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

No obstante, la Secretaría ha liderado estrategias y proyectos que se orientan a gestionar la salud mental de la población de Medellín, tales como: la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en el marco del MIAS, centros de escucha en salud mental, cultura del cuidado en el entorno educativo, vigilancia epidemiológica, entre otros. Se resalta este último, ya que realizó



acompañamiento y seguimiento a más de 1.200 casos de intento de suicidio, evitando su materialización. Adicionalmente, en 2018 se terminó de actualizar la Política Pública de Salud Mental para Medellín, y en 2019 se está adelantando el trámite para su aprobación en el Concejo de Medellín.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son definidos por la OMS como cualquier característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más comunes están el sobrepeso u obesidad, la desnutrición, el consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, la hipertensión, las deficiencias en saneamiento e higiene, entre otros.

En general, los factores de riesgo de manera repetitiva en la vida de los individuos conducen a una mayor probabilidad de adquirir una enfermedad no transmisible, como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades crónicas respiratorias, entre otras. Estas enfermedades afectan a todas las personas, de cualquier grupo de edad y parte del mundo. Como se puede apreciar en el apartado de *Mortalidad*, las enfermedades circulatorias y el cáncer son las principales causas de muerte en Medellín.

Según el Estudio de factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en cardiovascular, Medellín – 2015, la unión varios de factores de riesgo aumenta considerablemente la probabilidad de tener enfermedades no transmisibles, no obstante, este estudio también afirma que el control de un factor de riesgo disminuye las ENT en la población; se estima que el 75% de las enfermedades cardiovasculares se deben a dieta inadecuada, inactividad física y consumo de tabaco (Centro de Excelencia de Investigación en Salud Mental, Universidad CES, & Alcaldía de Medellín, 2016).

Así bien, hay cuatro factores de riesgo comportamentales modificables asociados al estilo de vida de las personas, que se han consolidado de manera más generalizada como parte de la evolución en los procesos de urbanización, la transición económica y los estilos de vida de este siglo: el tabaquismo, las dietas desequilibradas, el sedentarismo y el consumo nocivo de alcohol (Centro de Excelencia de Investigación en Salud Mental et al., 2016).

En cuanto al sedentarismo, por ejemplo, la población de Medellín optó por visitar centros comerciales (50%), ir a algún restaurante (38%) o no participar de actividades recreativas ni deportivas (24%), en vez de participar en la ciclovía (18%) o practicar algún deporte (20%) (Medellín Cómo Vamos, 2019a).

La Alcaldía de Medellín, en cabeza de la Secretaría de Salud del municipio, ha implementado el proyecto Cultura del Cuidado, que propende por el cuidado de la salud mediante estrategias de promoción y gestión del riesgo en los entornos educativo, comunitario, hogar, laboral e institucional. En relación con los factores de riesgo que aumentan las probabilidades de obtener una ENT, al interior de este proyecto se resaltan las siguientes líneas: Nutriéndote con amor, que consiste en fomentar estilos de vida saludables en niños y niñas menores de seis años para la prevención y/o manejo del sobrepeso y la obesidad. En 2018 se intervinieron 686 familias con niñas entre los dos y los seis años diagnosticados con riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad. En segundo lugar, Familias fuertes y resilientes, que busca incidir de manera positiva en hábitos y conductas protectoras con énfasis en la cultura del cuidado, la convivencia y la prevención de la violencia; en 2018 se realizaron 504 encuentros con las familias para propiciar el autocuidado, la resiliencia y la sana convivencia. En el entorno comunitario se promueven los estilos de vida saludables, mediante siete hábitos saludables en escenarios



públicos, comunitarios e institucionales. Estos se orientan a promoción de la actividad física, alimentación saludable, vida libre de humo de tabaco y alcohol, salud bucal, salud mental y salud sexual y reproductiva. En 2018 este último se ejecutó con por medio de alianzas público-privadas que se enfocaron en la realización de 244 encuentros barriales en los que participaron 4.986 personas.

Servicios de salud

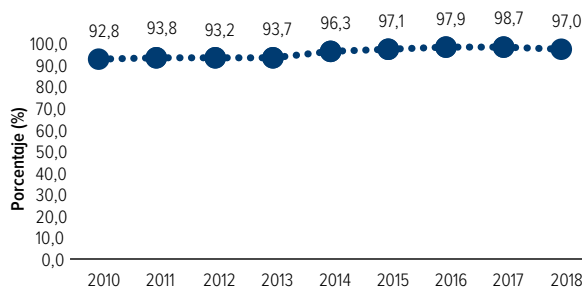
Aseguramiento en salud

Según el Departamento Nacional de Planeación -DNP-, el aseguramiento en salud es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso a la prestación de los servicios en salud incluidos en el Plan Obligatorio de Beneficios de Salud POS.

El artículo 157 de la Ley 100 de 1993 establece la obligatoriedad para todos los habitantes del territorio nacional de afiliarse al SGSSS, a través de tres formas: (i) régimen contributivo: a este régimen se afilian las personas que tienen capacidad de pago, es decir “personas vinculadas a través de contrato de trabajo, servidores públicos, los pensionados jubilados y los trabajados independientes con capacidad de pago”; (ii) régimen subsidiado: a este régimen pertenece la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago identificada en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBÉN, además de las poblaciones especiales que el Gobierno ha definido como prioritarias o de excepción; por último, (iii) los participantes vinculados: las personas que no tienen capacidad de pago, y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan subsidios a la oferta a través de contratos con el Estado.

Bajo el principio de universalización el sistema ha venido incrementando progresivamente su cobertura: según el DNP esta ya alcanza el 95% en el nivel nacional, incluyendo la población perteneciente a los regímenes que la Ley definió como especiales y exceptuados. Así las cosas, en el gráfico 65 se aprecia la cobertura del SGSSS para la ciudad de Medellín en el periodo 2010-2018; entre el primer año de análisis y el 2017 hubo un incremento en la cobertura, no obstante, esta disminuyó en el año 2018 en 1,7 pp con respecto al 2017.

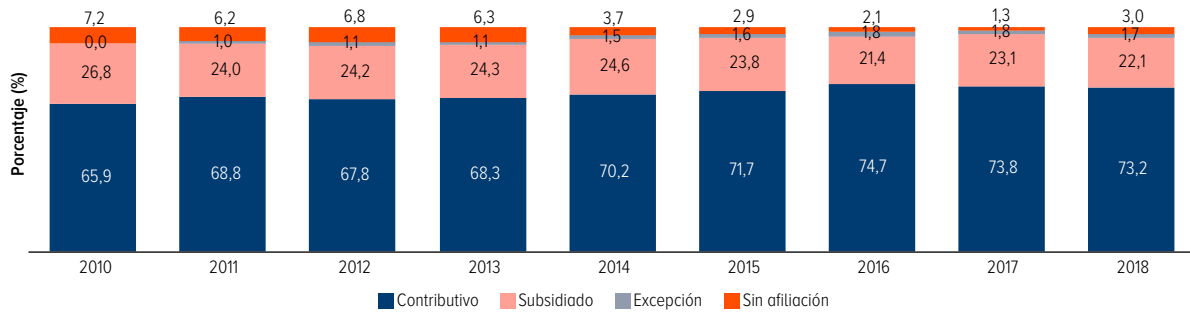
Gráfico 65. Medellín: cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), 2010-2018



Fuente: cálculos propios con base en datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (para los datos correspondientes al número de afiliados a los regímenes subsidiado, contributivo y de excepción) y Subdirección de Información (para los datos correspondientes a los no afiliados). Se toma como población total la suma de las poblaciones correspondientes a cada régimen más los no afiliados.

Al distribuir la población por el tipo de régimen al que se encuentran afiliados, añadiendo la población que no está afiliada entre los años 2010 y 2018, se obtiene que la población afiliada al régimen contributivo ha estado por encima del 65% en este periodo, alcanzando un 73,2% en 2018 menor por 0,6 pp frente a lo reportado en 2017, como se aprecia en el gráfico 66. De igual forma sucedió con la población afiliada al régimen subsidiado, disminuyendo en 1 pp entre el 2017 y 2018, pasando de 23,1% a 22,1%; en razón a lo anterior, en los dos últimos años aumentó la población no afiliada, este grupo correspondía al 1,3% en 2017 mientras que en 2018 este correspondió al 3%; en términos absolutos hubo un aumento de 49.641 personas que no estaban afiliadas a ningún régimen.

Gráfico 66. Medellín: afiliación según tipo de regimen y no afiliados, 2010-2018

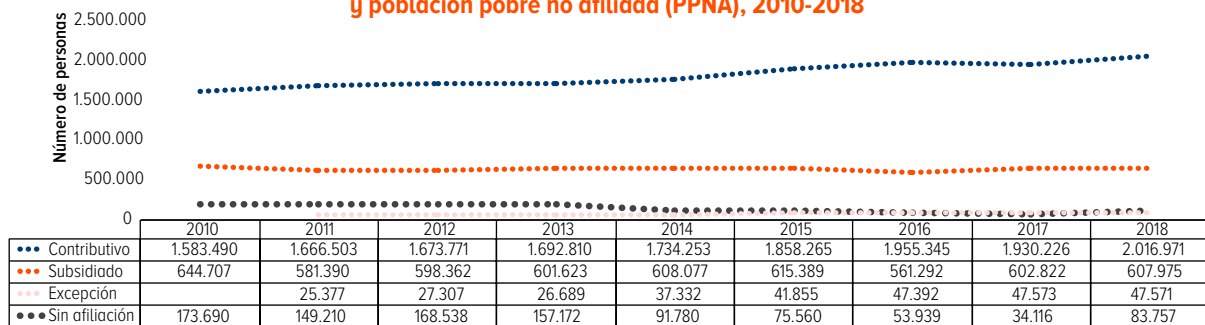


Fuente: cálculos propios con base en datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (para los datos correspondientes al número de afiliados a los regímenes subsidiado, contributivo y de excepción) y Subdirección de Información (para los datos correspondientes a los no afiliados). Se toma como población total la suma de las poblaciones correspondientes a cada régimen más los no afiliados.

Medellín Cómo Vamos consultó con la Secretaría de Salud de Medellín por el aumento en lo que el sistema ha denominado Población Pobre No Afiliada -PPNA- entre los años 2017 y 2018. Al respecto, esta entidad atribuye este a tres situaciones: el desplazamiento desde otros municipios, la llegada de venezolanos y la no aplicación de la movilidad ante la pérdida de empleo. En este sentido, la Alcaldía de Medellín

tiene estrategias para disminuir la PPNA, a saber: envío de cartas a la población informándoles el derecho que tienen a afiliarse al sistema, afiliación de oficio, articulación con las EPS para la aplicación de la movilidad a las personas que perdieron su empleo -que puedan pasar al régimen subsidiado-, campañas en radio, volantes, envío masivo de correos, asistencia de Savia Salud a festivales y eventos de la Alcaldía.

Gráfico 67. Medellín: número de personas afiliadas por tipo de regimen y población pobre no afiliada (PPNA), 2010-2018



Fuente: para los datos correspondientes a los regímenes subsidiado, contributivo y de excepción la fuente es el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y para los datos correspondientes a la PPNA la fuente es la Subdirección de Información.

Acceso a los servicios de salud

En 2018, el Banco Interamericano de Desarrollo -BID- desarrolló en algunos países de América Latina y el Caribe un estudio acerca

de las experiencias de la atención primaria en salud. En Colombia se indagó en población afiliada a todos los regímenes⁶⁴ por las percepciones y confianza en el sistema de salud,

64 Los investigadores de este estudio escogieron población de todas las edades, con distintos estados de salud y niveles educativos variados.



las barreras financieras, de transporte, organizacionales, de tiempo, entre otros. Llama la atención que ante la percepción por el estado del sistema de salud colombiano el 51% de los entrevistados afirmó que este posee algunos aspectos positivos, pero necesita cambios fundamentales para que funcione mejor, en especial en acceso y calidad (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018).

Medellín desarrolló en 2016 el Centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud -CIGA- que tiene como objetivo descongestionar los sistemas de urgencias de la ciudad, fortaleciendo las atenciones a través de citas prioritarias, disminuyendo los tiempos de espera en los servicios de urgencia, fomentando la utilización del nivel de complejidad adecuado redistribuyendo los pacientes en los diferentes niveles de atención -trages⁶⁵-. En el momento de la evaluación se determina en qué triage se encuentra el paciente, de estar en un triage IV o V, es decir los que no se catalogan como una urgencia, el CIGA gestiona a través de la EPS una consulta prioritaria en máximo 15 minutos, esta consulta deberá ser en máximo 24 horas si el paciente se encontró en triage IV o en máximo 72 horas si el paciente se encontró en triage V. Si la EPS no responde, el mismo CIGA asigna una consulta externa en

el centro de salud de la red pública más cercano a la vivienda del paciente a través de georreferenciación. La Secretaría de Salud de Medellín reportó para 2018 desaturaciones en todos los triages, así: triage I: 36%; triage II: 37%; triage III: 8%; triage IV: 10% y triage V: 24%. Esto dio lugar a una desaturación global para esta anualidad del 36%, que representó 213.337 pacientes con cita oportuna y un ahorro para el sistema de salud de más de \$ 5.333 millones.

Por otro lado, el Modelo Integrado de Atención en Salud -MIAS- se implementó en 2018 en la zona nororiental de la ciudad (Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez) con el ánimo de llevar atención médica, odontológica, psicológica y nutricional a la totalidad de niños en primera infancia e instituciones educativas y 2.000 hogares (es decir, 139 jardines infantiles de Buen Comienzo, 147 sedes educativas entre públicas y privadas) para una meta total de 142.000 personas, lo que corresponde a priorizar el 25% de la población que habita esta zona de la ciudad. Este modelo opera a través de las alianzas entre la Alcaldía de Medellín, en cabeza de la Secretaría de Salud del municipio con las diferentes EPS que tienen cobertura en la zona.

65 Según la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud, las cinco categorías del triage que se deben encontrar en cualquier servicio de urgencia son las siguientes:

- Triage I: el paciente requiere atención inmediata debido a que su condición clínica representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación.
- Triage II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los 30 minutos.
- Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.
- Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.
- Triage V: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.



Del MIAS se espera que las personas tengan un estilo de vida saludable, menos caries, disminuir el embarazo adolescente, evitar enfermedades como el sarampión, parotiditis, cáncer de cuello uterino, hepatitis y neumonía, detectar a tiempo alteraciones nutricionales y cardiovasculares, entre otros. Para esto, el MIAS conformó unos Equipos Básicos de Atención en Salud -EBAS- compuestos por enfermeras, auxiliares de enfermería, higienistas orales, tecnólogos ambientales, psicólogos, nutricionistas; los EBAS se encargan de llevar a las comunas priorizadas información y educación en salud, atención y valoración psicológica, aplicación de flúor, vacunación, asesoría en sexualidad responsable, asesoría de planificación familiar, implantación del método y tomas de citologías.

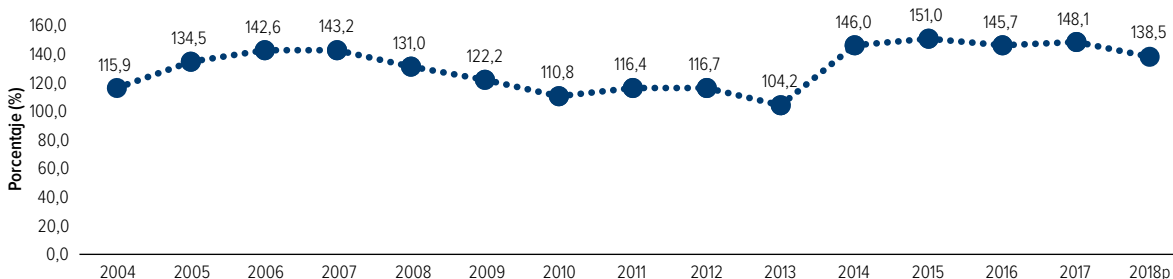
Entre otras cosas, el MIAS busca optimizar un sistema de información a través del cual se mantienen conectadas en línea todas las EPS y la Secretaría de Salud para brindar atención oportuna e integral. Las EPS ingresan al sistema la información de los usuarios, los EBAS se encargan de contactar al usuario y de asignarle cita para iniciar el manejo oportuno, por último, los líderes de la Secretaría de Salud supervisan el cumplimiento de los compromisos por parte de las EPS. Esta estrategia también funciona para gestionar afiliaciones al SGSSS, portabilidades, traslados y encuestas del SISBÉN en Medellín.

Dentro de los resultados del MIAS en la zona nororiental de la ciudad en 2018 se resaltan: llegar a 137 sedes educativas, 64 jardines de Buen Comienzo y 249 hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-; intervenir 1.497 familias en condición de pobreza extrema, 146 familias con niños en estado de desnutrición y 2.674 familias con riesgos en salud; impartir educación en salud mental a 48.213 personas y realizar 2.439 acompañamientos familiares; en materia de planificación familiar: se realizaron 1.056 inserciones de implantes, 83 aplicaciones de inyecciones y 86 entregas de píldoras.

Vacunación

El Ministerio de Salud aplica mediante el Plan Ampliado de Inmunizaciones -PAI- lo correspondiente al esquema de vacunación vigente para la población colombiana, que define los biológicos o vacunas trazadoras para lograr su cobertura mínima del 95% a nivel nacional. Así bien, para el caso de Medellín la vacuna antituberculosa en menores de un año ha mantenido una cobertura de más del cien por ciento desde el 2004, que se puede apreciar en el gráfico 68. Esto sucede por la población que usa el servicio de vacunación, que aunque no reside en el municipio de Medellín, aumenta la cobertura por encima del 100%.

Gráfico 68. Medellín: cobertura de vacunación antituberculosa -BCG- en menores de un año, 2004-2018p



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar sujeta a revisión y ajustes.

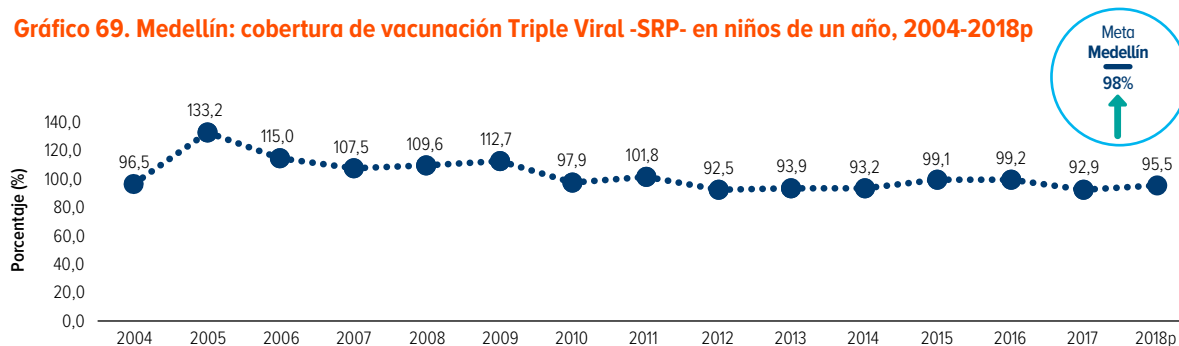
Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en DANE. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.



En el caso de la vacunación Triple Viral, es decir, el biológico que previene el contagio de sarampión, rubeola y parotiditis, este tiene una eficacia del 95% contra el sarampión y la parotiditis, y un 98% para la rubeola. Se aplica cuando el niño cumple doce meses de edad para lograr un alto grado de inmunización en la población vacunada. En 2018, la cobertura

de esta vacuna logró alcanzar el 95% en la ciudad de Medellín, es decir, aumentó en 2 pp con respecto a lo reportado en 2017. Al aplicar la metodología para conocer Hacia Dónde Vamos, dado que este indicador se ha mantenido con alta cobertura entre el 2013 y 2018, el resultado es que se superará la meta de 98% en el 2030.

Gráfico 69. Medellín: cobertura de vacunación Triple Viral -SRP- en niños de un año, 2004-2018p



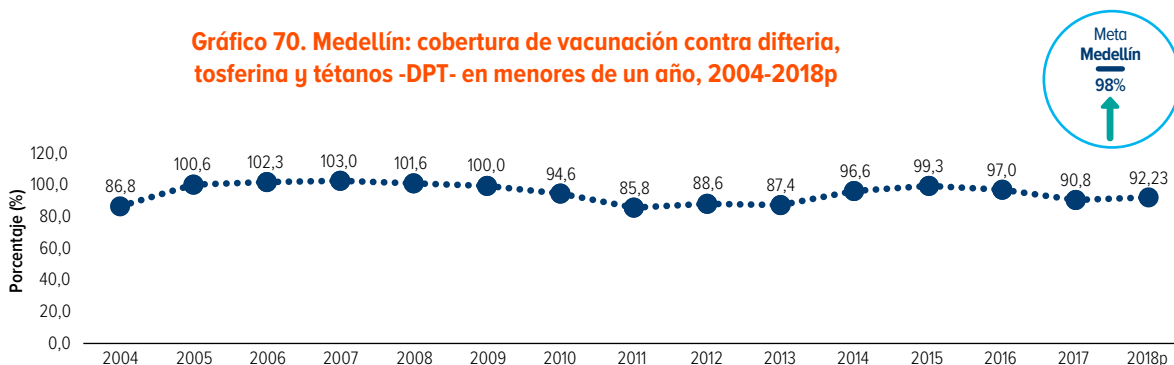
Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar sujeta a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en DANE. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Por su parte, el biológico DPT que cubre a los niños menores de un año contra la difteria, tétanos y tos ferina, tiene una eficacia entre el 95% y el 98% para las dos primeras, y entre el 70% y el 80% para la tercera. La cobertura de 2018 se elevó con respecto a la reportada en 2017 en 1,5 pp, y es menor a lo registrado

en el periodo 2005-2010, como se muestra en el gráfico 70. De igual forma, la metodología Hacia Dónde Vamos muestra que la cobertura de vacunación contra DPT, de continuar la tendencia registrada entre 2013 y 2018, será mayor al 98% al año 2030.

Gráfico 70. Medellín: cobertura de vacunación contra difteria, tosferina y tétanos -DPT- en menores de un año, 2004-2018p



Nota: el dato de 2018 es una cifra preliminar sujeta a revisión y ajustes.

Fuente: Subdirección de Información. Alcaldía de Medellín con base en DANE. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.



RETOS SALUD

- » **Reforzar la atención** a las mujeres embarazadas durante los periodos de gestación y puerperio, identificando y tratando oportunamente factores de riesgo prenatales.
- » **Dado el cumplimiento en 2018, fijar a 2030 metas más ambiciosas** en materia de embarazo adolescente de mujeres entre 15 y 19 años, mortalidad temprana por cáncer de pulmón en población entre 30 y 69 años y mortalidad infantil en menores de cinco años.
- » **Fortalecer acciones multisectoriales** que promuevan la mitigación de embarazos adolescentes y evidencien los efectos de la maternidad/paternidad precoz, especialmente en Popular y Manrique.
- » En cuanto a las enfermedades respiratorias crónicas, **formular programas de prevención primaria** para reducir la exposición a los factores de riesgo más comunes (tabaco, desnutrición y contaminación ambiental del aire).
- » **Gestionar el aumento** en la cobertura de la población pobre no afiliada al sistema de salud, teniendo en cuenta que esta creció 65% entre 2017 y 2018.
- » **Formular estrategias multisectoriales** que fomenten la promoción de la salud mental en la población de Medellín.





MEDELLÍN cómo vamos

Medellín Cómo Vamos es una alianza interinstitucional privada que tiene como objetivo superior hacer seguimiento y análisis a la calidad de vida en la ciudad, con una mirada metropolitana en sectores específicos.

Desde 2006 Medellín Cómo Vamos trabaja en la promoción de gobiernos efectivos y transparentes, ciudadanos informados, responsable y participativos y en alianzas en torno a la calidad de vida en la ciudad.

El Programa es posible gracias al acompañamiento de Proantioquia, Universidad Eafit, la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, Comfama, Comfenalco, El Colombiano y sus aliados fundadores del modelo Cómo Vamos: Fundación Corona, la Cámara de Comercio de Bogotá y la Casa Editorial El Tiempo.

Desde sus inicios Medellín Cómo Vamos entiende la calidad de vida como sinónimo de bienestar integral, tanto en una dimensión objetiva como en una dimensión subjetiva. La primera se obtiene a través de indicadores de resultado provenientes de fuentes oficiales; mientras la segunda se obtiene de indicadores de satisfacción valorados por los propios individuos, obtenidos a través de nuestra Encuesta de Percepción Ciudadana.

Obteniendo como principales resultados el Informe de Calidad de Vida y el informe de análisis de la Encuesta de Percepción Ciudadana, que se entregan a la ciudad anualmente en eventos con el alcalde, su equipo de gobierno, empresarios, académicos, funcionarios públicos, periodistas y a la ciudadanía en general.

www.medellincomovamos.org

 info@medellincomovamos.org

 @medcomovamos

 @medellincomovamos

 /MedellinComoVamos

 Medellín Cómo Vamos

Dirección: Carrera 43A # 1-50, San Fernando Plaza, torre 1, piso 12. Teléfono: 2683000 ext. 122.