

MEDELLÍN



cómo vamos

Informe de Calidad de Vida de Medellín, 2012

Salud

Proantioquia
Fundación para el Progreso de Antioquia



Fundación corona

comfama



EL TIEMPO
CASA EDITORIAL

Comité Directivo

Juan Sebastián Betancur. Presidente Proantioquia
Juan Luis Mejía Arango. Rector Universidad Eafit
Ángela Escallón Emiliani. Directora Ejecutiva. Fundación Corona
María Inés Restrepo de Arango. Directora Comfama
Carlos Mario Estrada. Director Comfenalco Antioquia
Lina Vélez de Nicholls. Presidenta Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia
Martha Ortiz Gómez. Directora El Colombiano
Mónica de Greiff. Presidenta Cámara de Comercio de Bogotá
Rafael Santos Calderón. Director de Publicaciones Casa Editorial El Tiempo

Comité Técnico

Rafael Aubad. Vicepresidente. Proantioquia
Jorge Giraldo. Decano Ciencias y Humanidades. Universidad Eafit
Camila Ronderos. Gerente de Proyectos Sociales. Fundación Corona
Luis Felipe Arango. Jefe Departamento Investigación y Pensamiento Social. Comfama
Gloria María Jaramillo Villegas. Gerente de Educación Cultura Y Biblioteca. Comfenalco
Jaime Echeverri. Vicepresidente Planeación y Desarrollo.
Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia
Luis Fernando Ospina. Macroeditor de Opinión. El Colombiano
Plinio Alejandro Bernal. Director Hábitat. Cámara de Comercio de Bogotá
Ernesto Cortés. Editor de Opinión. Casa Editorial El Tiempo

Unidad Coordinadora

Piedad Patricia Restrepo R.
Coordinadora
Jesús David Torres
Asistente

Textos y edición

Unidad Coordinadora

Diseño, diagramación e impresión

Pregón Ltda.
ISSN: 1909-4108

Medellín, Mayo de 2013

Salud

La ciudad continuó en 2012 con una cobertura del sistema de seguridad social en salud cercana al 96%; mientras que la satisfacción con estos servicios alcanzó una calificación de 3,4/5 para el mismo año, la menor desde 2008, según la Encuesta de Percepción Ciudadana. En general, los datos sobre el estado de salud de los medellinenses mostraron una tendencia positiva en 2012. Al aumento en la esperanza de vida y la disminución de los Años de Vida Potenciales Perdidos Promedio –AVPP- por enfermedad y muerte evitable (sin contar homicidios), se suman mejoras en la salud materno-infantil, a excepción de la mortalidad infantil por desnutrición, donde hubo un retroceso. Sin embargo, preocupan los descensos en las coberturas de vacunación en trazadores, que, para el caso de la triple viral, disminuyó en poco más de trece puntos porcentuales entre 2011 y 2012. También preocupa el aumento en las tasas de fecundidad en adolescentes, en el último año, equivalentes a un caso por cada mil adolescentes (de especial impacto en comunas como Popular, Manrique, Villa Hermosa, Santa Cruz y San Javier), y la prevalencia de hábitos poco saludables, como el tabaquismo y el consumo de alcohol, que se ubican por encima del promedio del país.

La salud es un aspecto crucial en la calidad de vida de las personas, tanto de manera directa como indirecta, por ser uno de los determinantes fundamentales del capital humano para la generación de ingresos. En este sentido, existe una relación estrecha entre la salud de la que gozan las personas y la pobreza y la equidad.

Actualmente, Medellín Cómo Vamos cuenta con una batería de indicadores para hacer seguimiento a la salud divididos en tres categorías distintas: estado de salud, cobertura y acceso a los servicios de salud y calidad de los servicios de salud. Adicionalmente, a partir de este informe se incluyen nuevos indicadores³⁴ que permiten tener un panorama más completo sobre el estado de salud de toda la población, en cuanto con anterioridad el énfasis había recaído en la población menor de cinco años

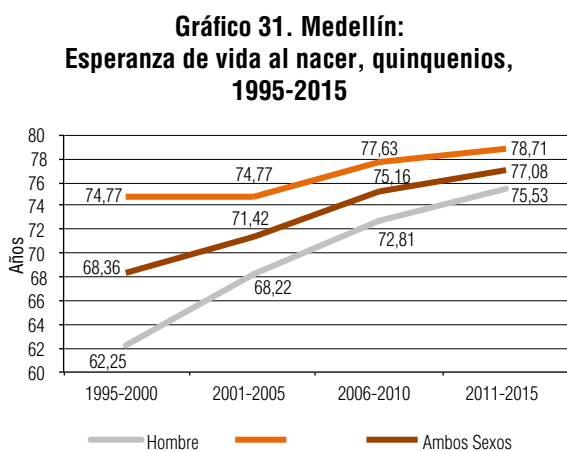
y en la salud reproductiva de las adolescentes, siguiendo como punto de referencia las metas relacionadas con salud establecidas dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Estado de salud de los medellinenses

En general, los datos sobre el estado de salud de los medellinenses muestran una tendencia positiva que refleja una mejora en la salud de los ciudadanos, sobre todo, en la medida en que se amplía el horizonte temporal del análisis; en muchos casos, ya se han cumplido los Objetivos del Milenio - ODM- relacionados con la salud. En la mayoría de los casos, el

34 Medellín Cómo Vamos (2012, c).

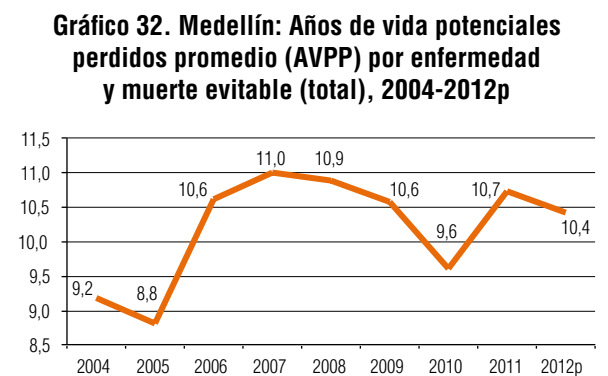
comportamiento de los indicadores en 2012 siguió la tendencia de años anteriores, con contadas excepciones. Este hecho se refleja en una mejor esperanza de vida en la ciudad, tanto para hombres como para mujeres. Como se muestra en el gráfico 31, la esperanza de vida al nacer para el quinquenio 2011-2015 es de 77,08 años para todas las personas, casi dos años más que el dato proyectado para el quinquenio anterior (2006-2010). Durante el periodo 1995-2015 las mujeres han presentado una esperanza de vida mayor que los hombres; sin embargo, de forma positiva la brecha se ha venido reduciendo, en gran parte explicado por la disminución en la tasa de homicidios, que ha impactado principalmente a los hombres en la ciudad. Así, en el quinquenio 2011-2015 la diferencia a favor de las mujeres es de tres años, cuando en el quinquenio 1995-2000 fue de poco más de doce años.



Fuente: DANE y Alcaldía de Medellín, datos proyectados

Otro indicador que da una idea global del estado de salud de la población es el de Años de Vida Potenciales Perdidos Promedio (AVPP) por enfermedad y muerte evitable³⁵. Este indicador ofrece una medida de la carga de la enfermedad para la ciudad en términos de los

años promedio que las personas que fallecen de manera prematura habrían vivido si se hubiera cumplido la esperanza de vida normal para cada una. En 2004 y 2005 los valores de 9,2 y 8,8 AVPP fueron considerablemente menores a los datos más recientes. Como se puede ver en el gráfico 32, la tendencia de este indicador ha sido relativamente estable desde 2006 y ha presentado valores cercanos a la media (de 10,5 desde ese año a 2012), con la excepción de 2010, en el que el valor de 9,6 AVPP fue el menor en el período. En 2012, la carga de la enfermedad presentó una ligera disminución con respecto a 2011, pasando de 10,7 años perdidos en promedio a 10,4 años. De esta información se puede deducir que, si bien el estado de salud de los medellinenses ha mejorado en los últimos años (evidenciado en una mayor expectativa de vida), la carga de la enfermedad no ha respondido de la misma manera, manteniéndose a niveles prácticamente constantes por los últimos siete años.



Fuente: Subdirección de Información, datos preliminares para 2012

35 De acuerdo a la Secretaría de Salud de Medellín para el cálculo del indicador, la agrupación de acuerdo a la evitabilidad se realizó con la clasificación de Taucher, excluyendo las causas D4, E, FeI (Violentas, difícilmente evitables y mal definidas). Posteriormente, se ordenaron las principales causas según la lista 6/67 OPS.

Por octavo año consecutivo (desde 2005), las enfermedades que mayor impacto tienen sobre la ciudad, en términos de los AVPP, son las infecciones respiratorias agudas, seguidas por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias³⁶ y los tumores malignos de mama de la mujer. Estas son las tres enfermedades que representan una mayor carga para la ciudad, puesto que son las que más AVPP agregan. Vale la pena destacar que estas tres enfermedades han hecho parte del tope de la clasificación por los últimos cuatro años (desde 2009), siempre en el mismo orden; este hecho las convierte en los tres objetivos prioritarios si se quiere mejorar la esperanza de vida de estos pacientes.

Ahora, si bien estas enfermedades son las que mayor carga representan para la ciudad (medidas por los AVPP), no son necesariamente las que causan más muertes. En efecto, las cinco causas de mortalidad más importantes en la ciudad durante 2012 fueron:

**Tabla 1. Medellín:
Cinco primeras causas de mortalidad, 2012p**

Causas de mortalidad	No. de casos	Porcentaje (Casos/Total de muertes*100)
Enfermedades isquémicas del corazón	1843	15.4
Agresiones	1034	8.6
Enfermedades cerebro-vasculares	859	7.2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	858	7.2
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	517	4.3

Fuente: Subdirección de Información, datos preliminares

En total, la Secretaría de Salud del municipio de Medellín reportó 11.965 muertes, 340 decesos menos que en 2011, el valor más bajo desde 2006, cuando hubo 11.775 defunciones. La mortalidad, tanto en el departamento como en Medellín, tiene una alta explicación en las enfermedades crónicas. “Estas enfermedades han surgido como causa principal de enfermedad y muerte en la vida moderna, evolucionan muy lentamente y producen daños irreversibles en el organismo”³⁷.

En efecto, la causa de muerte más importante en la ciudad son las enfermedades isquémicas del corazón. Estas enfermedades han hecho parte de las cinco primeras causas de muerte, al menos, desde 2004 y, desde ese año, sólo han cedido la primera posición en dos ocasiones (2009 y 2010) frente a las agresiones. Resulta preocupante que este tipo de enfermedades hayan registrado una cifra récord en 2012 de 1.843 muertes (la más alta entre 2004 y 2012), 149 más que en 2011 y ganando casi dos puntos porcentuales dentro de su participación porcentual entre las causas de mortalidad en Medellín.

De manera similar, las enfermedades cerebro-vasculares han hecho parte de las cinco primeras causas de mortalidad en la ciudad por los últimos ocho años. En suma, se tiene que el 22,6% de las muertes en la ciudad están relacionadas con enfermedades isquémicas del corazón y las cerebro-vasculares, las dos enfermedades del aparato circulatorio que causan la mayor mortalidad en Medellín.

Como muestra el ranking de las cinco primeras causas de muerte, las afecciones del

36 Enfermedad que lleva seis años (desde 2007) siendo la segunda enfermedad de mayor impacto en la ciudad.

37 Martínez, Elkin (2011).

aparato respiratorio también ocupan un lugar preponderante. De hecho, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron la cuarta causa de muerte en 2012, siendo responsables de 7,2% de los decesos durante ese año. Por su parte, los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón aparecieron como la quinta causa de mortalidad en la ciudad (por primera vez desde 2004), al ser la causa de 517 muertes en 2012. Vale la pena anotar que, entre 2008 y 2011, la neumonía fue la quinta causa de las muertes en la ciudad, siendo responsable de 511 muertes al año en promedio durante este período. Estos datos evidencian las necesidades expuestas por expertos en este sector consultados por Medellín Cómo Vamos, para quienes es indudable la existencia de una íntima relación entre la calidad del medio ambiente y el estado de salud de los ciudadanos; se debe avanzar en el estudio de esta interrelación para poder enfocar las decisiones de política medioambiental en la disminución de los efectos negativos de la contaminación sobre la salud pública (MCV, 2012, c).

Por otro lado, vale la pena señalar que el impacto de la Diabetes Mellitus sobre la mortalidad en la ciudad ha disminuido. En efecto, desde 2006 no hace parte de las cinco principales causas de muerte en Medellín.

Teniendo en cuenta las principales causas de mortalidad en la ciudad, no sorprende que la primera causa de atención en consulta externa, desde 2004, sea la hipertensión, uno de los factores de riesgo asociados a este tipo de enfermedades (ver tabla 2). Esto resalta la aseveración de Martínez (2011): si bien la situación de salud de una persona “tiene relación con factores biológicos, ambientales y

hereditarios, la mayor responsabilidad de su ocurrencia se atribuye al estilo de vida de las personas: sedentarismo, sobrealimentación, cigarrillo, alcohol, exceso de trabajo, competencia forzosa”. Mientras tanto, las consultas odontológicas, bien sea por caries dental u otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén fueron responsables, en conjunto, de 10,1% de las consultas.

Las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores fueron la quinta causa de atención en consulta externa para el 2012, siendo responsables del 3,1% de las consultas en este nivel de atención. Si a estos hechos estilizados se le añade la carga que significan estas enfermedades para las personas y para la ciudad, se tiene que ellas deben ser objetivo primordial de la atención y, sobre todo, de la prevención y promoción de la salud y los hábitos saludables.

Tabla 2. Medellín: Cinco primeras causas de atención en consulta externa, 2012

Causa de atención	Porcentaje (casos/total consultas*100)
Hipertensión Arterial	10.7
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorios no especificados en las otras partes.	7.4
Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	6.9
Caries dental	3.2
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3.1
Fuente: Subdirección de Información, datos preliminares	

En cuanto al tabaquismo, según Así Vamos en Salud (2013), Medellín y su Área Metropolitana es una de la regiones que presenta las

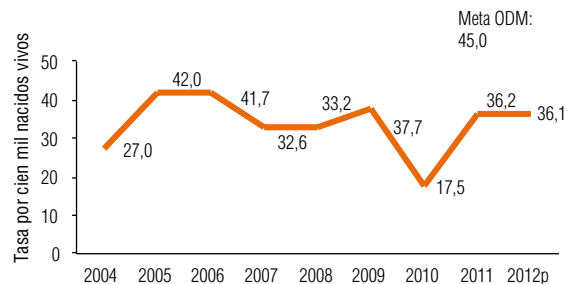
mayores prevalencias para adultos en el país. En efecto, según la Subdirección de Información, la tasa de prevalencia de consumo de tabaco de riesgo o perjudicial para la salud en adultos en la ciudad (prevalencia de vida) fue de 18,4% en 2011³⁸. Con respecto al consumo de alcohol, Medellín y su Área Metropolitana es una de las tres regiones con mayores proporciones de posible dependencia alcohólica (Así Vamos en Salud, 2013). Para Medellín, la Alcaldía de la ciudad reportó una tasa de dependencia de 0,77% y de abuso de 1,37% para el año 2011.

Al mismo tiempo, la Secretaría de Salud municipal reportó tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad abdominal de 46,1% y 39,3%, respectivamente³⁹. A manera de referencia, Así Vamos en Salud (2013) menciona que la prevalencia de sobrepeso en adultos a nivel mundial es de 32,3%, cifra por debajo de la observada en la ciudad. Estas cifras llaman la atención sobre la necesidad de fortalecer los programas de prevención y promoción de hábitos de vida saludable. Sobre todo si se tiene en cuenta que estos factores de riesgo pueden devenir en las enfermedades que representan las mayores cargas para la ciudad.

Estado de la salud materno infantil

Para el caso de la tasa de mortalidad materna, en 2012 se registraron 36,1 muertes de maternas por cada cien mil nacidos vivos⁴⁰, manteniéndose prácticamente en el mismo nivel que el observado en 2011 cuando esta tasa fue de 36,2 y cumpliendo con la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al permanecer por debajo de las 45 muertes por cien mil nacidos vivos.

**Gráfico 33. Medellín:
tasa de mortalidad materna, 2004-2012**



Fuente: Subdirección de Información.
Datos preliminares sujetos a cambios para 2012

El mayor acceso de las maternas a los controles prenatales, como se mostrará abajo, es un factor protector para la vida de las maternas, no obstante, preocupa que aún un número importante de casos de mortalidad sean evitables, lo cual plantea retos en el acceso, pero especialmente a la calidad de los servicios de salud, así como al auto-cuidado de las maternas.

Aunque la ciudad en su conjunto presenta una tasa de mortalidad materna por debajo de las 45 muertes, y es inferior a la nacional que se ubicó en el año 2012 en 74,09, cuando se observa la mortalidad por comunas se encuentran grandes diferencias entre ellas. Así, en 2011 de los diez casos registrados, 8 de ellos (los que cuentan con información georeferenciada) se presentaron en tres comunas, a saber: Popular, las más afectada, con cuatro

38 Dato suministrado por la Subdirección de Información, con fuente: Metodología STEP OMS. Datos expandidos a partir de muestreo Polietapico.

39 Fuente: Metodología STEP OMS. Datos expandidos a partir de muestreo Polietapico.

40 Fuente: Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA y certificados de nacidos vivos. Datos preliminares sujetos a cambios.

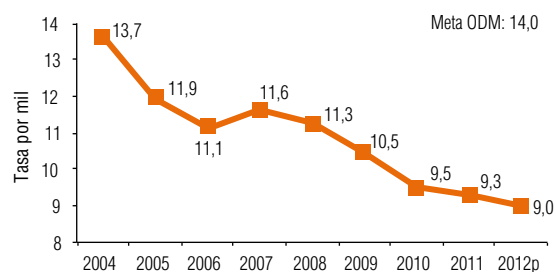
casos, Belén con tres casos y 12 de Octubre con un caso. En las tres comunas resultan tasas de mortalidad materna por encima de las 45 muertes por cien mil nacidos vivos, siendo el caso más preocupante el de la comuna de Popular que alcanzó una tasa de mortalidad de 184,2. En 2012, por su parte, los diez casos presentados (preliminarmente), se concentraron en cuatro comunas: Santa Cruz con tres casos, Popular con dos casos, Manrique, Doce de Octubre y Villa Hermosa con un caso cada una y dos casos sin reporte de comuna. El resultado es cuatro de cinco de estas comunas cuyas tasas de mortalidad materna en 2012 sobrepasaron la meta del ODM.

Por su parte, la tasa de mortalidad en menores de un año mantuvo la tendencia decreciente que ha mostrado desde 2004, como se puede ver en el gráfico 34. En efecto, para 2012, se presentaron nueve muertes por cada mil nacidos vivos⁴¹, ligeramente menor a los valores obtenidos en 2011 (9,3) y 2010 (9,5); esto, gracias a la disminución paulatina pero constante del número de muertes en niños de esta edad a una tasa mayor que la disminución en el número de nacidos vivos. En efecto, en 2012 se registraron 249 casos, valor considerablemente menor a los 480 casos reportados en 2004. Cabe resaltar que Medellín ha cumplido la meta del ODM y, a diferencia de la mortalidad materna, todas las comunas durante 2011 y 2012 permanecieron por debajo de 14 muertes por mil nacidos vivos, la única excepción se dio en 2011 en la comuna Laureles-Estadio donde se presentaron once muertes de menores para una tasa de 15,5. Esta comuna presentó en 2012 dos muertes menos con respecto al año 2011, bajando su tasa a 12,4, sin embargo llama la atención que esta comuna, con el segundo más alto

nivel de calidad de vida en la ciudad, sea la que en ambos años presentó la más alta tasa de mortalidad.

La información de los indicadores de salud por comunas debería ser un referente para el diseño de la política pública en materia de prevención y atención, en estos indicadores particulares, tanto para las maternas como para los niños.

**Gráfico 34. Medellín:
tasa de mortalidad en menores de un año,
2004-2012**



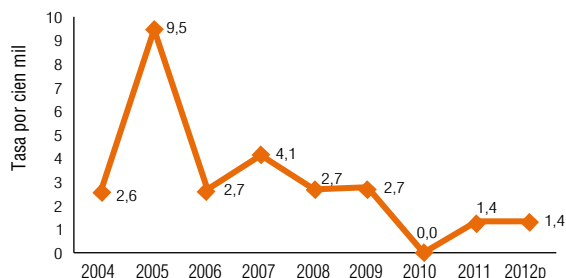
Fuente: Subdirección de Información.
Datos preliminares sujetos a cambios en 2012

Por otro lado, la tasa de mortalidad en menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda -EDA-⁴² fue en 2012 de 1,37 por cada cien mil niños en este rango de edad, un valor muy similar al registrado en 2001 cuando fue de 1,36. De hecho, en ambos años se presentaron el mismo número de casos (2, para cada uno). En 2010, la tasa fue de cero, al no presentarse ningún caso; sin embargo, como muestra la gráfica 35, esta tasa se ha mantenido a niveles considerablemente bajos desde 2004, con la excepción de 2005.

41 Fuente: Secretaría de Salud. Certificados de Defunción y nacidos vivos. Datos preliminares sujetos a cambios.

42 Fuente: Secretaría de Salud. Certificados de Defunción. Datos preliminares sujetos a cambios.

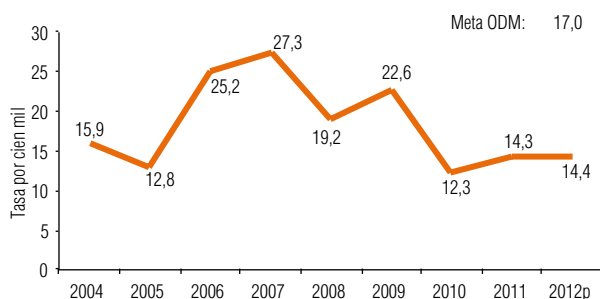
**Gráfico 35. Medellín:
 tasa de mortalidad infantil por EDA, 2004-2012**



Fuente: Subdirección de Información.
 Datos preliminares sujetos a cambios, para 2012

Como en el caso de la mortalidad por EDA, la mortalidad en menores de cinco años por Enfermedades Respiratorias Agudas -ERA- se mantuvo en un nivel muy similar al de 2011, pasando de 14,3 a 14,4 casos por cada cien mil niños en este rango de edad para 2012⁴³. Vale la pena anotar que en los tres últimos años la ciudad ha venido cumpliendo con la meta ODM (17 casos por cada cien mil niños menores de cinco años). De nuevo aparecen disparidades apreciables por comunas. En 2011 y 2012, cinco y seis comunas estuvieron por encima de la meta ODM, respectivamente. Como en el caso de la mortalidad infantil, llama la atención que sea una comuna de las de mayor nivel de calidad de vida la que aparezca con la mayor mortalidad en menores de cinco años por ERA: La América es la comuna que en 2011 y 2012 tuvo la mayor tasa, 36,2 en 2011 y 73,8 en 2012.

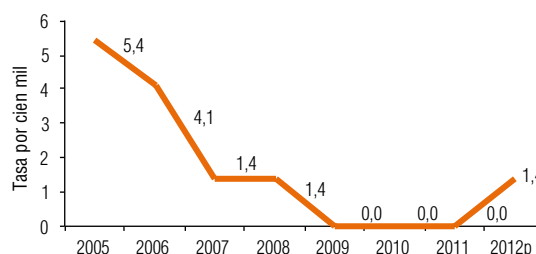
**Gráfico 36. Medellín:
 tasa de mortalidad infantil por ERA, 2004-2012**



Fuente: Subdirección de Información.
 Datos de 2012 preliminares sujetos a cambios.

En el caso de mortalidad en menores de cinco años por desnutrición en 2012 se reportaron dos casos⁴⁴, para una tasa de 1,4 casos por cada cien mil niños en 2012. Con respecto a los tres años precedentes, cuando no se reportaron muertes por esta causa, 2012 muestra un retroceso en cuanto la meta debe ser mantener en cero casos la mortalidad por desnutrición en la ciudad. De confirmarse esta cifra (a octubre de 2013) debería precisarse si los niños fallecidos eran o no sujeto de la intervención a través de programas municipales como Buen Comienzo y corregir posibles fallas en la focalización y seguimiento a los menores más vulnerables.

Gráfico 37. Medellín: tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años por desnutrición, 2004-2012



Fuente: Subdirección de Información.
 Datos de 2012 preliminares sujetos a cambios.

Embarazo adolescente

Las tasas de embarazo adolescente son sujeto de seguimiento por parte de organismos internacionales de salud, no sólo por los efectos negativos sobre la salud de las mujeres adolescentes y de los hijos de éstas, sino también por los efectos sobre la pobreza y la acumulación de capital humano.

43 Fuente: Secretaría de Salud. Certificados de Defunción. Datos preliminares sujetos a cambios.

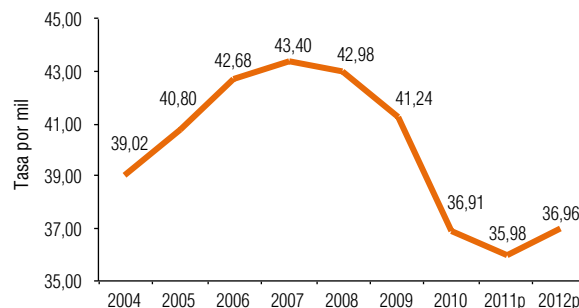
44 Todas las tasas que involucran nacimientos y defunciones reportadas para el año 2012 son preliminares.

En el caso de los efectos sobre la salud, el hijo de una madre adolescente tiene casi el triple de riesgo de ser prematuro que el de una mujer de 20 años de edad; además, la probabilidad de que estos bebés mueran es casi cinco veces la de los hijos de madres adultas, al tiempo de ser más propensos a afecciones cardíacas e infecciones. Por si esto fuera poco, las madres adolescentes también ven afectada su salud, al aumentar la probabilidad de desarrollar pre eclampsia (ADN, 2013). Las causas de lo anterior son múltiples, entre ellas: el desarrollo incompleto de las adolescentes (tanto física como emocionalmente), el hecho que muchas de ellas intentan abortar con medicamentos y procedimientos que no logran su cometido pero que afectan la salud del feto, a que muchas niñas intentan ocultar su embarazo o no comen bien para no engordar demasiado y, simplemente, por no ir al médico a realizarse los chequeos necesarios. A todo esto hay que agregar el drama social y humano por cuenta de las dificultades que estos niños y madres tendrán que enfrentar en el futuro debido a la poca preparación emocional y poca estabilidad económica de sus madres para su crianza (ADN, 2013).

Según la Administración Municipal, en Medellín se presentaron 6.967 casos de embarazos en mujeres entre los 10 y 19 años de edad durante el 2012, cifra muy similar a las observadas para 2011 (6.881 casos) y 2010 (6.960 casos), pero inferior a las registradas para los años anteriores con un promedio anual de embarazos de 8.335 entre 2004 y 2009. Esto significa cierta mejoría en esta problemática que se refleja en la tasa de fecundidad adolescente⁴⁵, como se muestra en el gráfico 38. Sin embargo, 2012 evidenció un aumento de aproximadamente un caso por cada mil mujeres en este rango de

edad (ver gráfico 38). Del total de estos embarazos presentados en 2012, un 90,1% concluyeron con nacimientos, cifra muy similar al promedio entre 2004 y 2012, de 91,7%.

Gráfico 38. Medellín: tasa de fecundidad adolescente 10-19 años, 2004-2012



Fuente: Subdirección de Información, los datos de 2012 son preliminares y están sujetos a cambios.

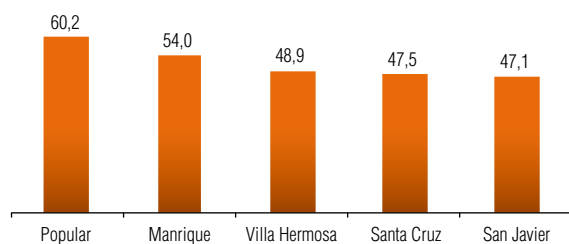
Pese a estos resultados positivos tomando la ciudad como un todo, las disparidades por comunas en los indicadores de tasa de embarazo adolescente son preocupantes, ya que pueden ser causa y efecto a la vez de condiciones socioeconómicas precarias en los entornos familiares y barriales. Así, las comunas más afectadas en los últimos años por el embarazo adolescente han sido Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, Villa Hermosa y San Javier (ver gráfico 39).

Desde 2010 se han presentado tasas de fecundidad adolescente más bajas comparadas con las observadas entre 2004 y 2009. Sin embargo, como se puede ver en el gráfico 40, esta tendencia es similar a la del país para las niñas entre los 15 y los 19 años de edad

45 Esta tasa sólo tiene en cuenta los nacimientos vivos, sin tener en cuenta muertes fetales, sobre el total de mujeres en este rango de edad. Este cambio en la metodología fue incluido a partir del año 2011 y se transformó toda la serie para dar cuenta de ello.

(que representan el grueso de los casos de embarazo adolescente), por lo que se puede deducir que este comportamiento obedece a fuerzas que sobrepasan el ámbito local. Los datos indican que la tasa de fecundidad de las adolescentes tardías (entre 15 y 19 años) en Medellín es menor a la del país para el período 2010-2012, revirtiendo la situación presentada desde el 2006 (ver gráfico 40). Si bien esto representa una evolución positiva para la ciudad, al comparar con la tasa de fecundidad promedio mundial para mujeres en este mismo rango de edades para el período comprendido entre 2005 y 2010, de 50 por cada mil (AVS, 2013), se evidencia que aún se debe seguir avanzando en políticas que promuevan la prevención del embarazo adolescente.

Gráfico 39. Medellín: Cinco comunas con mayores tasas de fecundidad adolescente (10-19 años), 2012



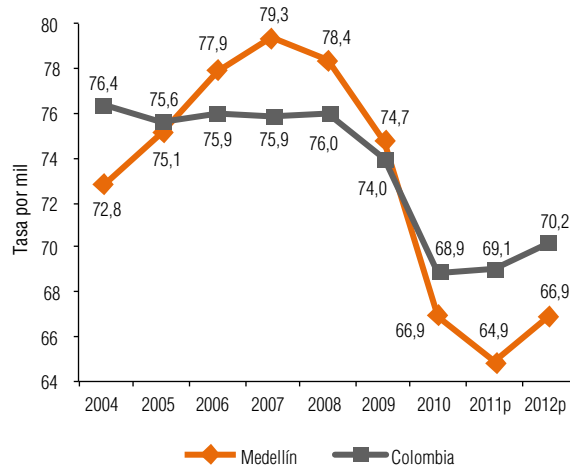
Fuente: Subdirección de Información, datos preliminares

Vale la pena mencionar que los esfuerzos en materia de ampliación de las ofertas educativas que incluyen la educación post- secundaria y el alto porcentaje de acceso a los servicios de salud, podrían estar coadyuvando al quiebre de tendencia en la tasa de embarazo adolescente en la ciudad evidente a partir del año 2010.

Para las niñas en adolescencia temprana, es decir, entre los 10 y 14 años de edad, la tasa de fecundidad ha sido bastante fluctuante entre el 2004 y el 2012. A 2012 la tasa de 3,15 por mil

es muy similar a la registrada en 2004 cuando alcanzó 3,2 (véase gráfico 41). Aunque se redujo el número de casos de 290 en 2004 a 251 a 2012, también se ha reducido la población de mujeres entre los 10 y 14 años. Aun así, 251 niños nacidos de adolescentes tempranas es en sí mismo preocupante en cuanto la edad mínima para el consentimiento sexual en Colombia es de 14 años, por lo que estos nacimientos terminan siendo el fruto de abuso sexual, según la legislación vigente.

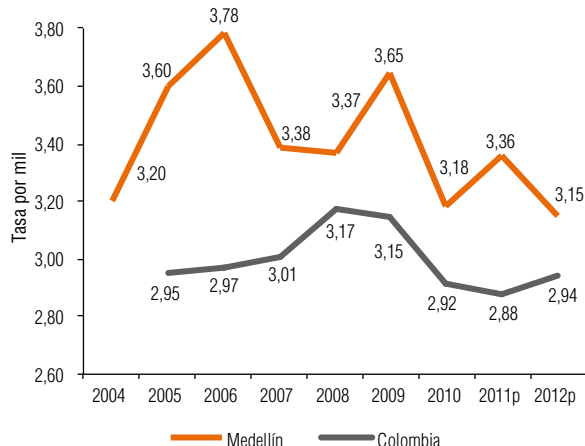
Gráfico 40. Medellín: tasa de fecundidad adolescente de 15-19 años, 2004-2012



Fuente: Subdirección de Información. Así Vamos en Salud y cálculos propios con datos preliminares de DANE para 2011 y 2012.

También preocupa que la tasa de fecundidad de la ciudad para estas niñas ha sido constantemente superior a la tasa promedio del país, al menos, desde 2004. Si bien esta tasa mostró una mejora en 2012, con respecto a 2011, pasando de 3,36 a 3,15 casos por cada mil niñas en estas edades, están por encima de la tasa nacional de 2,92 casos que presentó el país, en promedio, durante los últimos tres años.

Gráfico 41. Medellín: tasa de fecundidad adolescente de 10-14 años, 2004-2012



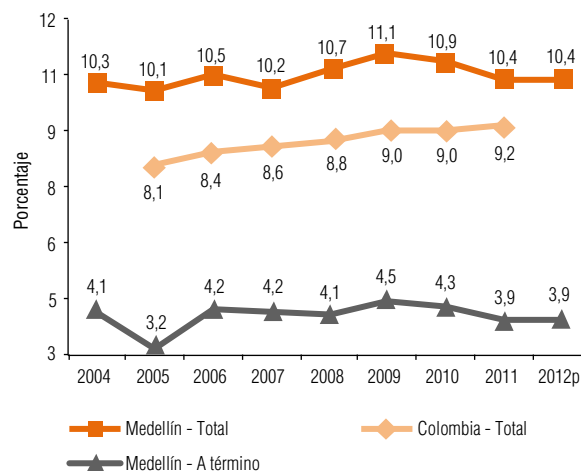
Fuente: Subdirección de Información y cálculos propios con base en datos de DANE. Datos para 2011 y 2012 son preliminares.

Bajo peso al nacer

Otro indicador que da cuenta del estado de salud en los menores es el bajo peso al nacer. Al respecto, se tiene que el porcentaje de recién nacidos con bajo peso en la ciudad se mantuvo al mismo nivel de 2011 durante el 2012 (10,4%)⁴⁶. A pesar de ello, resulta preocupante que la tasa de Medellín sea constantemente superior a la que presenta en promedio el país, lo que evidencia que en la ciudad hace falta, entre otros, mayor y mejor seguimiento a las embarazadas (ver gráfico 42). Esta necesidad parece tener una especial importancia para aquellas mujeres que se encuentran en riesgo de dar a luz antes de término. Como se puede ver en el gráfico 42, casi siete de cada diez niños nacidos con bajo peso lo hicieron antes de completar su período de gestación, por lo que su impacto en este indicador es importante. Vale la pena aclarar que los avances médicos han hecho que los niños pre-término tengan mejores oportunidades de sobrevivir; sin embargo, el aumento de su participación en los

niños con bajo peso al nacer se ha mantenido estable entre 2004 y 2012, al igual que el porcentaje de bajo peso al nacer a término⁴⁷.

Gráfico 42. Medellín: porcentaje de bajo peso al nacer, 2004-2012



Fuente: Subdirección de Información, Así Vamos en Salud, datos preliminares para 2012

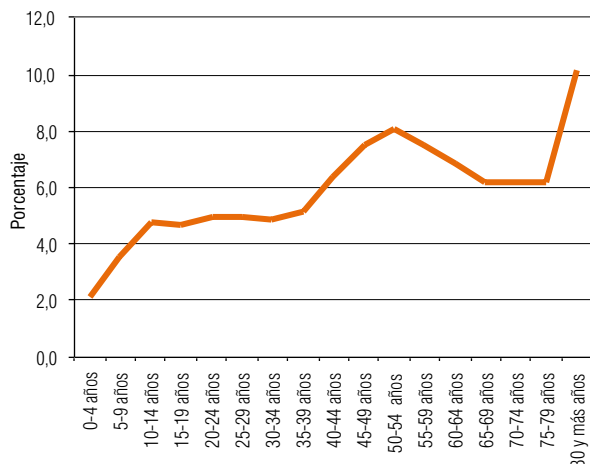
En lo que corresponde a la discapacidad, la Secretaría de Salud, basándose en los hallazgos de la Encuesta de Discapacidad, realizada entre 2010 y 2011, reportó que dos de cada cien ciudadanos presentan algún tipo de discapacidad permanente, cifra un poco mayor para los hombres que para las mujeres: mientras el porcentaje para ellos es de 2,12, para ellas es de 1,92. Como puede observarse en el gráfico 43, la frecuencia de la discapacidad permanente en la ciudad aumenta a medida que lo hace

46 Fuente: Secretaría de Salud. Certificados de Defunción y nacidos vivos. Datos preliminares sujetos a cambios. Niños con peso <2500 gr y con 37 o más semanas de gestación.

47 Se esperaría que el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer a término fuese disminuyendo conforme se avanza en la atención a mujeres embarazadas en riesgo a través de programas focalizados como Buen Comienzo.

la edad, aunque con un pico entre los 45 y los 59 años, para encontrar su valor máximo a los 80 años o más⁴⁸.

Gráfico 43. Medellín:
Frecuencia de discapacidad permanente por edad,
2010



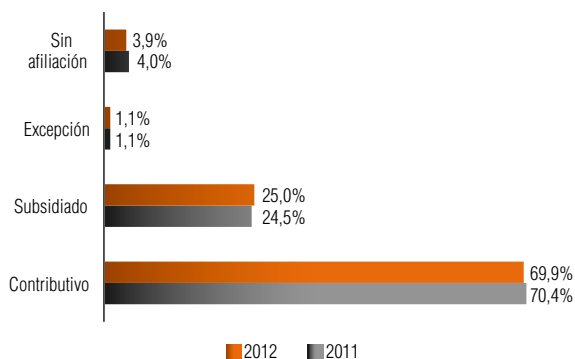
Fuente: Subdirección de Información, basado en datos de la Encuesta de Discapacidad

Cobertura y acceso a los servicios de salud

Un aspecto determinante de la salud de los ciudadanos es su acceso continuado a este tipo de servicios. Medellín ha registrado una alta cobertura de los servicios de salud durante los últimos años, situación que se mantiene en 2012. Efectivamente, el Ministerio de Salud registró (con fecha de corte a diciembre de ese año) que el 96% de la población estaba asegurada en salud al pertenecer a uno de los regímenes del sistema. Por un lado, los pertenecientes al régimen contributivo representaron el 69,9% de los habitantes de la ciudad, cifra levemente inferior a la alcanzada en 2011 cuando llegó al 70,4% mientras que la cobertura en el subsidiado alcanzó el 25% de la población, medio punto porcentual por

encima de lo registrado en 2011. Por su parte, un 1% está cobijado por el régimen de excepción, y el 4% de la población de la ciudad no se encuentra asegurado, en detrimento de su acceso efectivo a los servicios de salud.

Gráfico 44. Medellín cobertura del sistema de seguridad social en salud, por régimen, 2011-2012



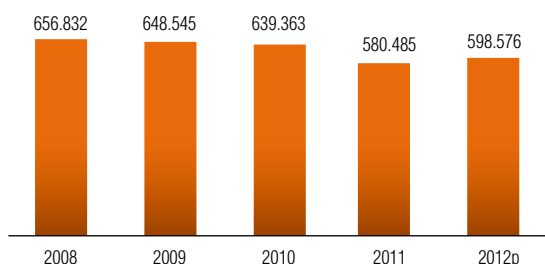
Fuente: Ministerio de Salud. BDUA, diciembre de 2012 y cálculos propios a partir de proyecciones de población del DANE.

Para el caso específico del régimen subsidiado, el leve aumento en su participación se ve reflejado en 18.091 nuevos afiliados entre 2011 y 2012, para un crecimiento de 3,2% (ver gráfico 45). Llama la atención este aumento, en cuanto la dinámica del mercado laboral fue positiva en el año 2012, con un crecimiento en el número de ocupados en Medellín A.M. de aproximadamente 47.000⁴⁹.

48 Esta tasa se construye dividiendo el número de personas con algún tipo de discapacidad permanente por el número total de habitantes. Para cada sexo y grupo etario, se toma como base la población estimada de la ciudad perteneciente a cada uno de esos grupos. Esta información corresponde a la línea de base para el análisis de la discapacidad en la ciudad por parte de Medellín Cómo Vamos.

49 Con información del DANE para los trimestres móviles octubre-diciembre de 2011 y 2012.

Gráfico 45. Medellín: número de afiliados al régimen subsidiado, 2008-2012



Fuente: Subdirección de Información. Datos preliminares para 2012

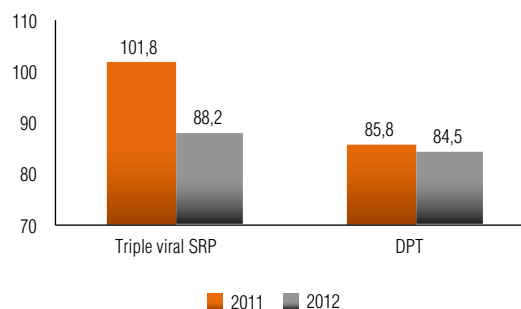
Sin embargo, el leve aumento de la participación del régimen subsidiado en Medellín en 2012 no representa un retroceso tan evidente como el que se presentó en todo el país: el régimen contributivo perdió participación pasando del 50,1% al 47,5% entre 2011 y 2012, mientras el subsidiado pasó de 49,7% al 52,2%, para ese mismo periodo, situación que se dio tanto en las cabeceras como en el resto, siendo aún más pronunciada en las cabeceras. Este cambio en la participación de los regímenes es un factor negativo que se suma a los ya graves problemas en el financiamiento del sector⁵⁰.

Cobertura de algunos servicios de salud

Con respecto a la cobertura de la vacunación, Medellín Cómo Vamos le hace seguimiento especial al comportamiento de las trazadoras que, según el DNP (2011), permiten identificar las tendencias en todas las vacunas del esquema. Se trata de las vacunas contra la Difteria, Pertusis y Tétano -DPT- y la Triple Viral⁵¹ (Sarampión, Rubeola y Paperas). Como puede apreciarse en el gráfico 46, las coberturas para ambas vacunas sufrieron disminuciones con respecto a las observadas en 2011. Para

el caso de la Triple Viral, su cobertura pasó de 101,8% en 2011 a 88,2% en 2012, evidenciando una caída de trece puntos porcentuales. Mientras tanto, la cobertura de la DPT presentó una disminución mucho menos pronunciada, pasando de 85,8% a 84,5% entre 2011 y 2012, sin embargo, en ambos casos se está por debajo del 95%, porcentaje considerado como útil para evitar una epidemia por enfermedades inmuno-prevenibles. Estas cifras son muy preocupantes en cuanto ponen en riesgo la salud de los menores, y deben ser sujeto de vigilancia epidemiológica constante para evitar una posible epidemia, con consecuencias muy graves para los niños.

Gráfico 46. Medellín: cobertura de vacunación en trazadores, 2011-2012



Fuente: Subdirección de Información.

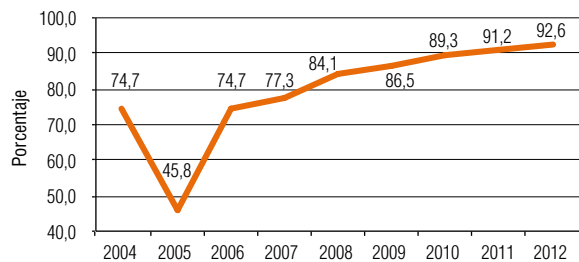
Los datos de 2012 son preliminares y están sujetos a cambios

50 Datos tomados de la Encuesta de Calidad de Vida 2012 del DANE.

51 Fuente: Secretaría de Salud de Medellín; PAISOFT. Estos son los dos indicadores trazadores con los que se mide el programa de vacunación a nivel nacional e internacional. Coberturas calculadas según población entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se ajustaron las coberturas de acuerdo a la información que consolida la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en la cual se incluyen los niños vacunados en otros municipios. Cabe anotar que en el año 2011 ya se había reportado la cobertura con dicho ajuste.

Otro aspecto importante de la provisión de servicios de salud es la atención prenatal. Como se mostró en el apartado del estado de salud, una gran proporción de los recién nacidos con bajo peso se deben a madres que no completan su proceso de gestación antes del parto. Una atención prenatal adecuada puede disminuir los riesgos para estas mujeres, es más, se puede esperar que mayores tasas de atención prenatal disminuyan las tasas de nacimientos antes de término. Al respecto, la ciudad ha visto un progreso continuo desde 2006 (ver gráfico 47). Efectivamente, la proporción de atención prenatal para mujeres que han tenido cuatro o más consultas durante su embarazo ha venido aumentando hasta alcanzar el 92,6% en 2012. Durante ese año, de 27.677 nacidos vivos, 25.616 tuvieron cuatro o más controles prenatales.

Gráfico 47. Medellín:
Proporción de atención prenatal con 4 ó más consultas



Fuente: Subdirección de Información, datos preliminares para 2012

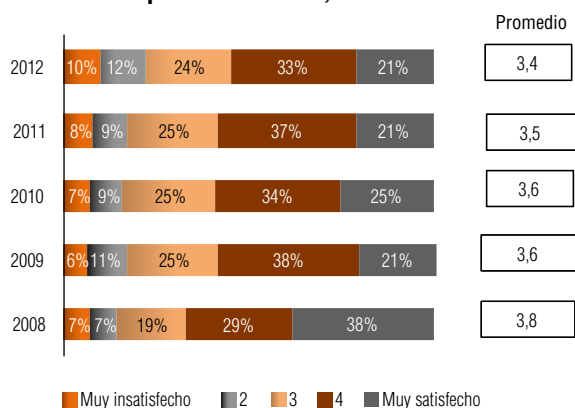
En principio este aumento en la proporción de mujeres que reciben cuatro o más consultas es positivo, no obstante es necesario precisar que la calidad y continuidad de la atención son aún más relevantes. Así lo demostró una evaluación de impacto de la modalidad de atención Hábla una Vez del programa Buen Comienzo, que incluye como usuarios a madres gestantes, lactantes y menores de un año. El estudio destacó, preliminarmente, resultados positivos para los recién nacidos en las variables

de peso y talla. Estas variables fueron escogidas en tanto los estudios científicos revelan que tanto la talla como el peso determinan aspectos cognitivos y de salud, que impactan en los ingresos futuros de los individuos. En promedio, los hijos de las madres participantes en el programa obtuvieron un peso mayor al de las madres no participantes, aunque la magnitud de la diferencia no fue muy grande. En ese sentido, los investigadores optaron por buscar resultados sólo para aquellas madres que entraron al programa tempranamente (seis o siete meses antes del nacimiento) y que asistieron a consultas con frecuencia. En este caso los resultados son mejores y se resumen en que, en promedio, los niños de las participantes tienen 100 gramos más de peso al nacer y 0.57 centímetros más de talla frente a los niños de las madres no participantes (MCV, 2011).

Calidad de los servicios de salud

Infelizmente no se cuenta con muchos indicadores que den cuenta de la calidad de los servicios de salud a los que tienen acceso los ciudadanos. Medellín Cómo Vamos cuenta con medidas subjetivas que reflejan la satisfacción de las personas con estos servicios, sirviendo como variable proxy de la calidad de los mismos. Como se puede apreciar en el gráfico 48, la calificación promedio a la satisfacción con los servicios de salud recibidos fue de 3,4/5 en 2012, ligeramente inferior a la observada en 2011, cuando este valor fue de 3,5/5; así, el porcentaje de personas satisfechas o muy satisfechas (con calificaciones de 4 y 5) fue de 54% en 2012, mientras que en 2011 fue de 58%. Desde 2008, se puede observar una disminución en la satisfacción con este tipo de servicios.

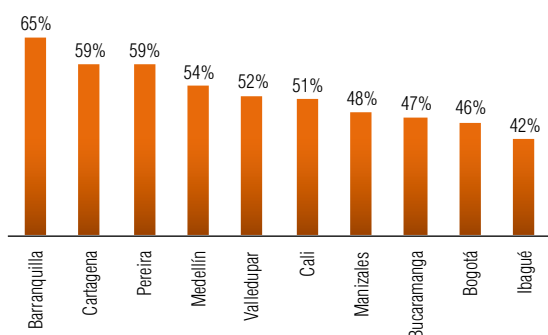
Gráfico 48. Medellín: ¿qué tan satisfecho está usted en general con el servicio de salud que ha recibido?, 2008-2012



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana, 2012

El gráfico 49 permite observar la clasificación de las ciudades de la Red Cómo Vamos respecto al porcentaje de ciudadanos que manifestaron sentirse satisfechos con los servicios de salud recibidos. Medellín se encuentra en el cuarto lugar, antecedida por Barranquilla (65% de satisfacción), Cartagena (59%), y Pereira (59%)

Gráfico 49. Red de Ciudades Cómo Vamos: Satisfacción con los servicios de salud recibidos, 2012



Fuente: Red de Ciudades Cómo Vamos, 2013. Calificaciones de 4 y 5.

La disminución de la satisfacción con los servicios de salud refleja la crisis del sector. Desde 2008 se hicieron patentes los desequilibrios financieros de las EPS del régimen subsidiado

acompañados de un alto número de tutelas para el acceso a los servicios en ambos regímenes (MCV, 2012). Muy probablemente, estas dificultades han tenido su efecto sobre la calidad de los servicios prestados por estas instituciones. Ante este problema se ha propuesto la creación de una EPS de carácter mixto que atienda a los usuarios del régimen subsidiado en la ciudad y el departamento, con la participación de estos entes territoriales. Esta nueva entidad tendría que enfrentar retos tanto en el aseguramiento y la contratación de la prestación del servicio (MCV, 2013).

En lo que corresponde al aseguramiento, la EPS Mixta tendrá ciertas características que le permitirían una disminución en el riesgo. Por un lado, se centralizarían las actividades de promoción y prevención de la salud, tarea compartida actualmente entre los entes territoriales y las EPS. Por otro lado, la participación de una caja de compensación en la operación de esta nueva entidad permitiría generar economías de escala en servicios como cultura, recreación y deporte, que promueven hábitos de vida saludable. La generación y mantenimiento de estos hábitos disminuiría el número de enfermos y, con ello, los costos del sistema.

En lo que corresponde a la contratación de las instituciones prestadoras del servicio, el reto de la nueva entidad está en generar los incentivos correctos para que estas instituciones realicen su tarea con calidad y eficiencia, evitar la formación de cárteles, erradicar incentivos perversos y ligar las remuneraciones con las mejoras efectivas en el estado de salud de los ciudadanos en vez del costo de los tratamientos (MCV, 2013).

Vale la pena resaltar que la entrada en operaciones de la nueva entidad no significa por sí

misma una mejora en los servicios de salud, ni asegura una solución a los problemas de este sector y no tiene por qué serlo, puesto que su capacidad es limitada y quedará circunscrita en el sistema nacional. Sin embargo, ésta no deja de ser una oportunidad para corregir los errores del pasado en la prestación de los servicios de salud en la ciudad y el país, especialmente en el modelo de atención y el de contratación con las instituciones prestadoras de los servicios. El fin último de este sistema y de estos modelos debe ser el de mantener una población saludable, un requisito *sine qua non* para potenciar el desarrollo económico.

Actividad física y deporte

Se considera que una persona es sedentaria cuando no realiza el mínimo recomendado de 30 minutos diarios de actividad física moderada. Según la Organización Mundial de la Salud –OMS– al menos el 60% de la población mundial no lo cumple y desconoce los riesgos (Maixua, 2009). En Medellín, de acuerdo con la Secretaría de Salud, la prevalencia de sedentarismo de personas entre los 18 años y los 65 años llegaba en 2011 al 51%⁵².

Los peligros derivados del sedentarismo se asocian principalmente a que éste constituye un factor de riesgo para las cuatro primeras enfermedades causantes de muertes en el mundo: cardiovasculares, cáncer, respiratorias y diabetes, en asocio con otros factores como el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol y dietas malsanas (OMS 2011, en Inder, 2012).

Un estudio realizado por el Instituto de Recreación y Deporte de Medellín –INDER en 2012⁵³ para establecer una línea de base en cuanto el conocimiento, la actitud y la práctica

de la actividad física en Medellín evidenció que en cuanto a conocimiento, casi nueve de cada diez conocen en mayor o menor medida los efectos benéficos de la actividad física sobre la salud, de ese porcentaje casi un 20% expresaron tener un conocimiento alto sobre el particular, por su parte, el restante 12% tiene un conocimiento bajo o ningún conocimiento del todo frente a dichos beneficios. En cuanto a la actitud, un 17% no ve la opción de practicar el deporte o la actividad física como algo cercano o posible, casi un 20% lo ve como una posibilidad más cercana y deseable, mientras un 40% expresa directamente el deseo de practicar más deporte o actividad física, el 23% restante expresa que dichas actividades forman parte de su cotidianidad. En el caso de la práctica, que puede ser una variable de aproximación al sedentarismo, se evidencia que el 43,1% practican con frecuencia y, para ellos, constituye un hábito dentro de su cotidianidad, dicha cifra estaría levemente por debajo de la registrada por la Alcaldía para 2011⁵⁴. Un 22% afirmó que la práctica de estas actividades no es realizada con la regularidad que se quisiera, mientras que un 35% dijeron practicar más bien poco o nunca el deporte y la actividad física.

En conclusión, para la población entre los 15 y 80 años en Medellín a 2012, cuatro de cada diez pueden considerarse como no sedentarios, cuatro de cada diez tienen una actitud

52 Alcaldía de Medellín (2012).

53 El estudio se realizó a través de una encuesta estructurada en 1.600 hogares, incluyó las 16 comunas y los cinco corregimientos.

54 Las edades de referencia no son iguales y no permiten la comparación de los indicadores, pues en el estudio del Inder es de 15 a 80 años, y en el dato de la Alcaldía el rango es de 18 a 65 años.

proclive a realizar mayor actividad física, donde de ese número posiblemente el 50% (dos personas de cada diez) ya practican actividad física pero buscan hacerlo con mayor frecuencia, esto es, son los más susceptibles a responder a incentivos para convertirse en personas no

sedentarias. En el 20% restante están agrupados quienes tienen un conocimiento más bien bajo de los beneficios sobre la salud, muestran una actitud menos motivada para la práctica y nunca o muy poco han practicado el deporte y la actividad física.

- ▶ Medellín Cómo Vamos es un programa privado que tiene el propósito de evaluar los cambios en la calidad de vida de la ciudad. Para lograr este objetivo, entre otros, el programa estudia el impacto del Plan de Desarrollo Municipal en las áreas determinantes del bienestar, a través de un conjunto de indicadores de resultado.

La información técnica se discute con expertos de la academia, el sector público y el sector privado con el fin de identificar los temas prioritarios para la ciudad. Al mismo tiempo, se tiene en cuenta la opinión ciudadana por medio de una encuesta de percepción que comenzó en 2006 y se realiza cada año.