

# Salud Pública de Medellín

Medellín  
es Salud  
para la vida



Volumen 3, suplemento 1, julio 2008 - ISSN 1909-1265

**Medellín**es  
solidaria y competitiva



Alcaldía de Medellín  
Secretaría de Salud

# Plan Municipal de Salud 2008-2011

## "Medellín es salud para la vida"

### Alcaldía de Medellín

## 2008

Documento aprobado por el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, el Consejo de Gobierno Municipal y el Honorable Concejo Municipal de Medellín mediante Acuerdo 016 de junio de 2008, en la línea 2, Desarrollo y bienestar para toda la población, componente de salud.

Forma de citar: Secretaría de Salud de Medellín, Alcaldía de Medellín. Plan Municipal de Salud 2008-2011. Rev Salud Pública de Medellín 2008;3(supl 1):7-93



## **EQUIPO DIRECTIVO**

Luz María Agudelo Suárez  
**Secretaria de Salud de Medellín**

Sonia Esther Bedoya Muñoz  
**Subsecretaria de Salud Pública**

Gloria Inés Garro Cossio  
**Subsecretaria de Planeación en Salud**

Silvia Henao Henao  
**Subsecretaria de Aseguramiento**

Héctor Mario Restrepo Montoya  
**Subsecretario de Gestión Administrativa**

Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud  
Decreto 1186 de 1997  
Asesoría y aprobación del Plan

Horacio Botero Botero  
**Coordinador General del Plan Municipal de Salud**

Liliana Acevedo Arenas, Rita Elena Almanza Payares, Carlos Diego Cardona Jiménez, Gloria Cecilia Mejía Ortiz, Augusto Pasqualotto Vola, Cecilia María Tabora Pérez, Marta Lía Valencia Sierra, Isabel Cristina Vallejo Zapata.  
**Equipo Coordinador del Plan municipal de salud**

Luis Eliseo Velásquez Londoño  
**Asesor externo**

Alicia Álvarez Álvarez, Carmen Elisa Arango Arango, Adriana María Arango Castaño, Diana Patricia Franco Ríos, Luis Diego Galeano López, Francisco León García Muñoz, Juan Guillermo Gaviria Escobar, Luz Stella Gómez, Luis Fernando González Vélez, Diana Patricia Granda Carvajal, Fabián Ibarra Ruiz, María del Rosario Jiménez Gómez, Ángela María Londoño Trujillo, Marta Eugenia Marín González, Andrés Felipe Ochoa Valencia, Adriana Ospina Giraldo, Oveida Peláez Grisales, Luz Marina Peláez Vanegas, Olga Lucía Mejía Pineda, Gerardo Ramírez Serna, Raúl Alberto Rojo Ospina, Beatriz Elena Vásquez Puerta.  
**Grupo colaborador**

# Plan Municipal de Salud 2008-2011

## "Medellín es salud para la vida"

### Alcaldía de Medellín

#### 2008

### Prólogo

Hacer posible una adecuada respuesta a las necesidades de la comunidad es el desafío de este próximo cuatrienio. El Plan municipal de salud del municipio de Medellín es una herramienta para lograr mejor salud para todos los medellinenses, siendo éste el producto del esfuerzo y trabajo conjunto entre los representantes de la comunidad, el sector salud, así como de la actual administración municipal, que incorpora los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública del decreto 3039 de 2007 del Ministerio de la Protección Social y de la resolución 425 del 11 de febrero de 2008.

Nuestro Plan está destinado a promover la movilización social de los actores del sector salud, de otros sectores y de la comunidad, para que, de forma integral, puedan desarrollar acciones individuales y colectivas en salud pública en el ámbito territorial.

Este es un instrumento importante para la planificación en salud que invita a un trabajo conjunto para este cuatrienio. La efectividad de este plan radicará en generar los consensos necesarios para que las políticas y las acciones logren la fuerza y el impulso transformador para mejorar las condiciones de salud de nuestra población.

El pasado es inmodificable, pero el futuro depende de nuestra voluntad para que sea más justo y equitativo. Los esfuerzos están dispuestos y nos une la voluntad del accionar en una política pública en salud que supone la realización simultánea de los elementos esenciales del derecho a la salud.

## 1. Presentación del Plan Municipal de Salud



El desarrollo humano integral es el fin último y superior que se plantea en el Plan de desarrollo de Medellín 2008 - 2011 "Medellín es solidaria y competitiva", que en la Línea 2, "Bienestar para toda la población", en su componente salud, expresa el propósito de mejorar las condiciones de salud de los habitantes de la ciudad, por medio de cinco programas:

- Salud pública y promoción social.
- Acceso a los servicios de salud.
- Dirección del sector salud.
- Institucionalidad del sector salud.
- Red pública para la salud.

Siendo la salud un derecho, un producto social y un factor de desarrollo, se requiere del compromiso de los actores del sistema para lograr que la salud de los ciudadanos de Medellín sea mejor y cumpla con las condiciones de equidad y solidaridad que expresa el Plan de desarrollo 2008 - 2011.

De otro lado, a nivel mundial, está resurgiendo lo que algunos autores han denominado la "ética del cuidado y la justa medida", perspectiva

bajo la cual el ser humano y las instituciones deben desarrollar una actitud de responsabilidad y cuidado con lo que le sucede a los ciudadanos y al ambiente que habitan.

Ese cuidado es integral cuando tiene presentes los aspectos físicos, mentales y sociales de las personas, así como la protección y sostenibilidad del entorno. En el caso de la salud, adicionalmente, ese cuidado integral implica para los ciudadanos el acceso oportuno a servicios de calidad, orientados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, en los diferentes niveles de atención.

En ese mismo sentido, durante los últimos años, se ha ido consolidando un movimiento de renovación regional y global de aquello que, en el año 1978, se definió como la estrategia fundamental para lograr la salud para todos: la atención primaria de salud (APS).

En un reciente consenso regional de los países de Las Américas difundido ampliamente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2007, se proponen valores, principios y elementos de la Atención Primaria de Salud Renovada, que se convierten en base de los sistemas de salud. Cada país deberá adaptar este espíritu de renovación a sus propias condiciones de organización social y a las de sus sistemas de protección social y de salud.

Por ello Medellín desarrollará una política pública de cuidado integral de la salud que incorpore los valores, principios y elementos de la atención primaria de salud renovada; que promueva y facilite la participación de todos los ciudadanos e instituciones y que busque la articulación e integración de los recursos disponibles para garantizar una atención universal, accesible, equitativa, integral y de calidad; que responda adecuada y oportunamente a las

necesidades de la población en la construcción de una ciudad más saludable y equitativa.

Con esta intención, hemos diseñado el Plan municipal de salud 2008 - 2011 "Medellín es salud para la vida".

## 2. Enfoque del Plan Municipal de Salud



El acceso real y con calidad a los servicios de salud es la premisa del Plan municipal de salud 2008 - 2011 "Medellín es salud para la vida", donde se priorizan de manera especial las poblaciones más vulnerables y participan con sentido de corresponsabilidad los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por medio del desarrollo y prestación de servicios específicos que respondan a las necesidades de las poblaciones priorizadas a partir de su situación de salud y respetando su diversidad cultural y étnica.

Se redefinirán los sistemas de información de la Secretaría de Salud para darle cumplimiento a los requerimientos del Plan, haciendo posible el seguimiento y evaluación de las acciones programadas para poblaciones específicas.

La desconcentración de actividades para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, propuestas en el Plan, buscan mejorar la adherencia a los programas, dar oportunidad y calidad en la prestación del servicio, y disminuir barreras geográficas y administrativas, con el propósito de que la población incorpore en su cotidianidad el cuidado de la salud como elemento fundamental para mejorar su calidad de vida.

Los pactos o alianzas entre los actores del SGSSS y otros sectores, buscan fortalecer la corresponsabilidad, la integralidad de acciones y un compromiso real frente a la intervención de las necesidades identificadas; haciendo posible el trabajo conjunto para lograr las metas propuestas.

## 3. Visión



Alcanzar el más alto nivel de salud física, mental y social, a partir de la identificación e intervención de los determinantes que afectan la salud, la promoción de factores protectores, la corresponsabilidad ciudadana y el acceso a servicios integrales de salud con calidad para toda la población de Medellín.

## 4. Misión



**“Medellín es salud para la vida”** es el instrumento que direcciona la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación, de las acciones en salud con la participación responsable -desde sus competencias- de los actores públicos, privados y comunitarios; para intervenir los determinantes de la salud, promover factores protectores y dar acceso a servicios integrales de salud con calidad.

## 5. Metodología para la construcción del Plan Municipal de Salud

Una vez formalizada la resolución 425 del 11 de febrero de 2008, los miembros de la Secretaría de Salud iniciaron su análisis y estudio. Para la implementación de esta resolución se designó un coordinador general y un grupo de apoyo integrado por profesionales de las subsecretarías de Planeación, Salud Pública, Aseguramiento y Gestión administrativa.

Como estrategias para la formulación y seguimiento del Plan municipal, ajustándolo a la Resolución 425 de febrero 11 de 2008, se realizaron reuniones con representantes de la comunidad, del sector salud, de entidades y dependencias involucradas en el tema de salud y de grupos poblacionales específicos - afroamericanos, discapacitados, LGTB, indígenas, cabildo mayor, etc. La metodología para el diagnóstico se basó en el marco lógico, la cual fue elaborada por expertos en diferentes áreas de interés y por funcionarios de la Secretaría, quienes fueron responsables de cada tema o componente.

Igualmente se definieron las metas, objetivos y logros, para el año 2011; haciendo especial énfasis en la coherencia con las prioridades en Salud Pública establecidas en el decreto 3039 del 10 de agosto 2007, con los ejes programáticos y áreas subprogramáticas de la resolución 425. También se definieron las estrategias macro que se emplearán en el cuatrienio para ejecutar lo propuesto en el Plan Municipal, sin desconocer las exigencias y necesidades actuales en salud, identificadas con los diferentes actores del SGSSS y el sector salud.

Las líneas de base en los indicadores de Salud Pública se basaron en el promedio geométrico del comportamiento histórico de los últimos años, debido a que los eventos en salud no pueden explicarse por el comportamiento epidemiológico de un solo año. Para el cálculo de las metas en salud pública se utilizaron modelos matemáticos respecto a los comportamientos históricos, teniendo en cuenta las tendencias proyectadas; sin embargo, el logro planteado para el año 2011 debe ser el resultado de esfuerzos intersectoriales.

Otro aporte fue la definición de cinco (5) líneas de trabajo relacionadas con los objetivos y fun-

ciones misionales de la Secretaría, identificadas en el Plan de desarrollo como programas, en los que a su vez agruparon los proyectos que desarrollan y contienen todos los elementos operativos para la ejecución del Plan municipal de salud. En el cuadro 55 se presenta la descripción de la relación entre los ejes programáticos y las áreas subprogramáticas.

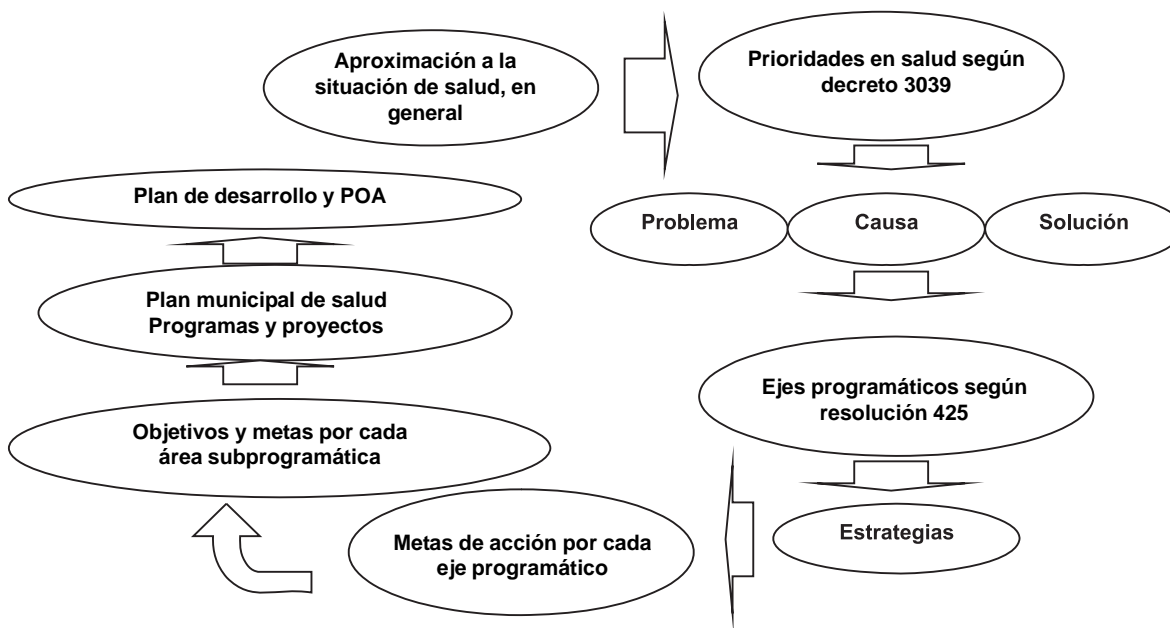
Es importante resaltar la asesoría del Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud para la elaboración del Plan municipal.

Para la aprobación del Plan municipal se cursaron diferentes etapas que incluyeron la

aprobación por parte del Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud y del Consejo de Gobierno Municipal y el Concejo Municipal, posteriormente, el envío de los documentos exigidos a la Dirección Seccional de Salud, al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.

La figura 1 ilustra el esquema empleado para el desarrollo del Plan municipal, que incluye las prioridades en salud enunciadas en el decreto 3039 con sus problemas, causas y soluciones. Estas prioridades son descritas y desarrolladas en detalle en cada proyecto.

**Figura 1. Esquema empleado en el desarrollo del Plan Municipal de Salud**



La relación entre los ejes programáticos y sus áreas se encuentra en detalle en el cuadro 55: áreas subprogramáticas correspondientes a cada uno de los ejes.

Las prioridades en salud se plantean en detalle en el numeral 6: descripción y priorización de los problemas y necesidades identificadas.



## 5.1 Aproximación a la situación de salud del municipio de Medellín

### Aspectos generales

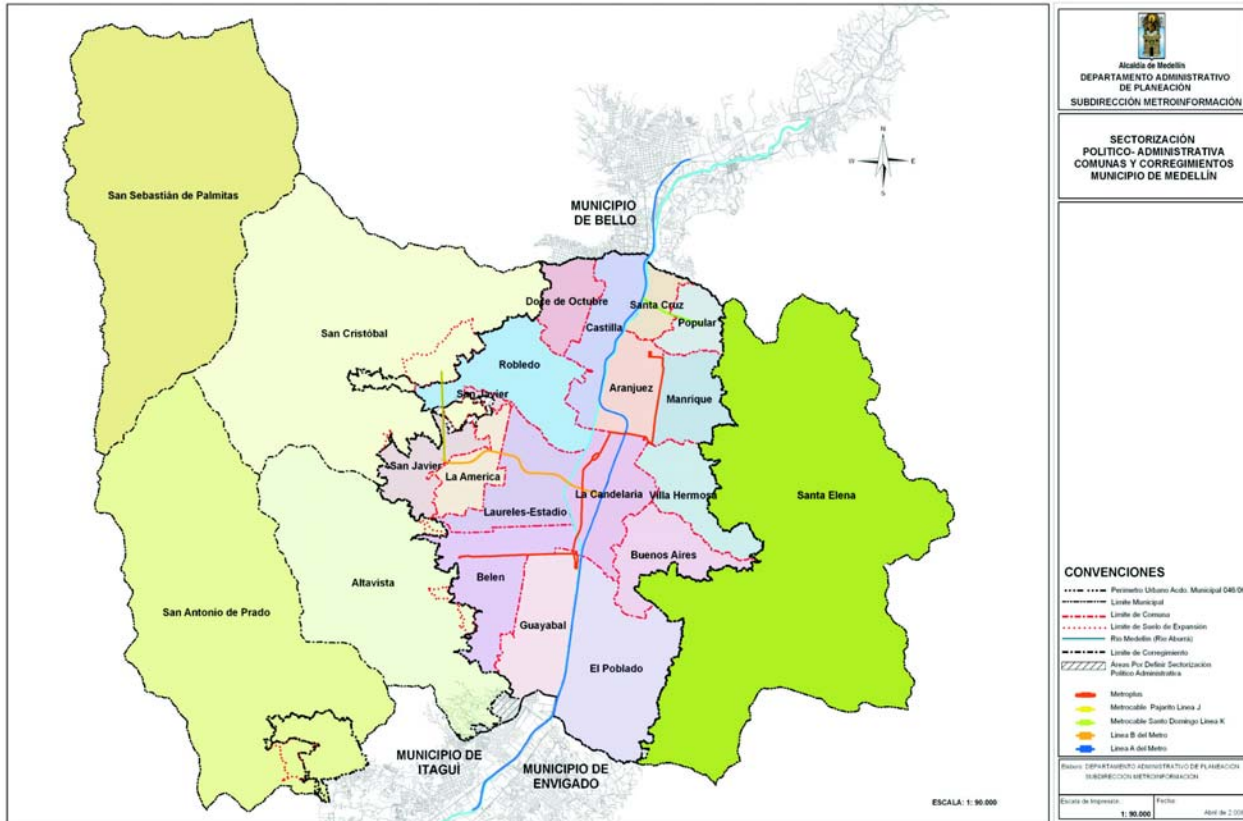
Medellín es la capital del departamento de Antioquia y la segunda ciudad del país en importancia económica. Está localizada al centro occidente del país, a una altura de 1 479 metros sobre el nivel del mar.

De acuerdo con las proyecciones del censo poblacional realizado en 2005, la ciudad contaba con una población de 2 281 785 habitantes en el año 2007, localizada en una extensión territorial urbana de 105,02 km<sup>2</sup> y una ex-

tensión rural de 270,42 km<sup>2</sup>. Medellín tiene una temperatura promedio de 24°C durante todo el año. Topográficamente está constituida por el Valle de Aburrá, rodeada por cordilleras y atravesada por el río Medellín, que la recorre de sur a norte.

Desde el punto de vista político administrativo, la ciudad está conformada por seis (6) zonas: nororiental, noroccidental, centroriental, centroccidental, suroriental y suroccidental; divididas en 16 comunas y 249 barrios. El territorio rural lo conforman cinco (5) corregimientos, tal como se observa en el mapa 1.

Mapa 1. División político administrativa del municipio de Medellín.



El 95,5 % de la población del Municipio vive en la zona urbana, con una densidad de 217,54 habitantes por hectárea. La ciudad, como centro de su economía, recientemente ha incorporado el desarrollo de servicios y se consolidada como centro de negocios y convenciones, especialmente en servicios de educación su-

perior y de salud de alta calidad para la región y el país.

A 30 de junio del año 2007, la población proyectada para el municipio de Medellín representa el 39,2 % de la población del Departamento de Antioquia (cuadro 1 y gráfico 1).

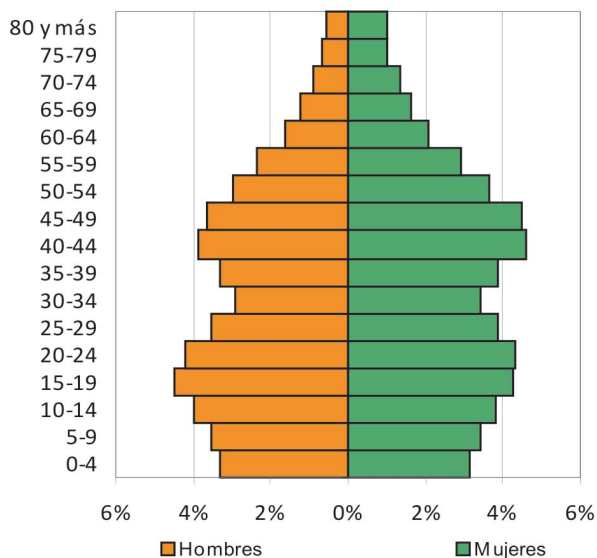
**Cuadro 1. Estimación de la población por sexo y grupos de edad. Municipio de Medellín, junio de 2007**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
< 1 Año	19 325	18 297	37 621	1,65
De 1 Año	16 716	16 143	32 860	1,44
De 2 Años	16 947	16 232	33 179	1,45
De 3 Años	17 229	16 386	33 615	1,47
De 4 Años	17 679	17 196	34 874	1,53
<b>Subtotal 1- 4</b>	<b>68 571</b>	<b>65 957</b>	<b>134 528</b>	<b>5,90</b>
De 5- 9	95 881	92 897	188 779	8,27
De 10-14	105 224	102 608	207 832	9,11
<b>Subtotal 5-14</b>	<b>201 105</b>	<b>195 505</b>	<b>396 611</b>	<b>17,38</b>
De 15-19	101 214	105 306	206 521	9,05
De 20-24	95 754	105 821	201 575	8,83
De 25-29	83 953	96 414	180 367	7,90
De 30-34	74 271	87 898	162 169	7,11
De 35-39	81 512	98 031	179 543	7,87
De 40-44	79 195	96 205	175 399	7,69
<b>Subtotal 15-44</b>	<b>515 899</b>	<b>589 675</b>	<b>1 105 574</b>	<b>48,45</b>
De 45-49	66 463	83 423	149 886	6,57
De 50-54	54 531	68 830	123 361	5,41
De 55-59	42 626	54 399	97 025	4,25
<b>Subtotal 45-59</b>	<b>163 620</b>	<b>206 652</b>	<b>370 272</b>	<b>16,23</b>
De 60-64	31 390	40 896	72 285	3,17
De 65-69	24 363	33 334	57 697	2,53
De 70-74	19 124	26 894	46 018	2,02
De 75-79	12 402	18 894	31 296	1,37
De 80 y más	10 592	19 291	29 882	1,31
<b>Subtotal 60 y +</b>	<b>97 870</b>	<b>139 309</b>	<b>237 179</b>	<b>10,39</b>
<b>Total</b>	<b>1 066 390</b>	<b>1 215 395</b>	<b>2 281 785</b>	

Fuente: Proceso Subdirección Metroinformación D.A.P., con base en la distribución por edad y género del Censo 2005 DANE: Población total censada, por sexo. Página web en 24/10/2006, datos publicados en el Sistema de Consulta de Información Censal Junio 2007, certificación DANE para población total a junio de 2006 y resultados población conciliada (a junio 30 de 2005). Página web: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)

**Aspectos socio demográficos**

**Gráfico 1. Pirámide de población, Medellín 2007**



El Índice de Desarrollo Humano (IDH) (1) estimado para 2006 era de 80,68 y oscilaba entre 73,71 en la comuna 2 (Santa Cruz) y de 93,53 en la comuna 14 (El Poblado).

El índice de calidad de vida muestra inequidades en la distribución de oportunidades sociales para los habitantes, registrándose para el 2006 un promedio de 80,35 % para el total del municipio, con rangos que oscilan entre 69,91 %, como es el caso del Corregimiento de Palmitas, hasta 93,17 % en la Comuna 14 (El Poblado). La tasa de desempleo total se estimó para el 2005 en 14 %, siendo el promedio nacional de 11,7 %.

Según información estadística publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Antioquia la esperanza de vida total ha pasado de 66,5 años en el período 1985 -1990 a 71,20 años en el período 2000 - 2005. Para estos mismos períodos en el caso de los hombres pasó de 61,2 a 66,6 y en el de las mujeres de 72,1 a 75,9, observándose en ambos sexos un incremento significativo (2).

Durante 2006 la tasa bruta de natalidad (TBN) registrada en el municipio fue de 14,9 por mil habitantes y el promedio de hijos por mujer es de 1,7, encontrándose por debajo del promedio departamental, el cual fue de 1,9 para este mismo periodo. La población mayor de 65 años es de 233 779 habitantes, equivalente al 10,4 % del total de la población; se espera que en los próximos 10 años esta proporción se incremente a un 20 % de la población total (3).

En el municipio de Medellín la tasa específica de fecundidad por mil mujeres de 10 a 19 años fue de 42,9; su comportamiento por comuna oscilaba entre 5,4 como en el caso de El Poblado y 65,5 como se observó en el barrio Popular. El total de embarazos en adolescentes representan un 22 % del total de embarazos; (8 782 embarazos para el año 2006), siendo más aguda la problemática en las comunas y localidades de más bajos índices de desarrollo humano y de calidad de vida.

**Factores medioambientales**

La cobertura de acueducto residencial en la zona urbana es del 100 %. Su porcentaje de aceptabilidad en las características microbiológicas es de 100 % y en las características físico-químicas del 92,03 %. La zona rural cuenta con 17 sistemas de acueductos colectivos que abastecen a los corregimientos de Santa Elena, Altavista, San Antonio de Prado, San Sebastián de Palmitas y San Cristóbal. El porcentaje de aceptabilidad para cada uno de los sistemas de acueducto a nivel rural desde el punto de vista microbiológico y fisicoquímico, en la mayoría de los casos, está por debajo de los índices aceptables.

La cobertura del alcantarillado en la zona urbana del municipio de Medellín no alcanza el 100 %, debido a que existen sitios de la ciudad por fuera del alcance del servicio, como es el

caso de los asentamientos no permitidos, localizados en zonas de alto riesgo, o de las invasiones no legalizadas por Planeación Municipal. En las cabeceras corregimentales, las aguas residuales son recolectadas por medio de sistemas de redes de alcantarillado; a nivel veredal se cuenta con sistemas individuales de tratamiento como tanques y pozos sépticos, alcanzando una cobertura cercana al 90 %.

La zona urbana cuenta con una cobertura del 100 % en la recolección de los residuos sólidos y su disposición final se realiza en el Parque Ambiental La Pradera, ubicado en el municipio de Don Matías. La ciudad igualmente cuenta con un sistema para la recolección de los residuos hospitalarios o similares, los cuales son incinerados o desnaturalizados por empresas recolectoras. En la zona rural la recolección de residuos sólidos es realizada por Empresas Varias de Medellín, solo a nivel de las cabeceras corregimentales, alcanzando una cobertura del 100 %.

Entre los principales causantes de contaminación del aire se encuentran las emisiones de las grandes industrias y del parque automotor. La ciudad, por ser centro de desarrollo del Área Metropolitana, acoge un gran número de estos generadores, los cuales contribuyen a los altos índices de contaminación ambiental.

En la ciudad el material particulado (PM 10) presenta concentraciones de 170 - 180  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  entre las 7:00 a.m. y 8:00 a.m., y en las horas de la tarde entre las 5:00 p.m. y 6:00 p.m., las concentraciones alcanzan 200-210  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . El incremento de estos valores se relaciona con las horas de alto tránsito vehicular en la ciudad.

Estas concentraciones superan el límite permisible anual para Colombia de 60  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . La concentración de otros contaminantes ambientales, como el monóxido de carbono, también presentan ciclos; pasando de 5 partes por mi-

llón (ppm) en las horas de la mañana hasta alcanzar picos máximos de 15 – 18 ppm entre las 5:00 p.m. a 6:00 p.m., sobrepasando durante las horas de mayor circulación de automóviles los límites permisibles de 9 ppm (4).

Globalmente, el municipio de Medellín puede considerarse altamente ruidoso. En el día, los niveles de ruido predominantes oscilan entre 65 y 80 dB(A) y en la noche entre 65 y 76 dB(A). Estos niveles son altos respecto a los niveles máximos permisibles para la zona residencial, según la norma vigente de 65 dB(A) día y 50 dB(A) noche y para la zona industrial de 75 dB(A) día y 70 dB(A) noche (5).

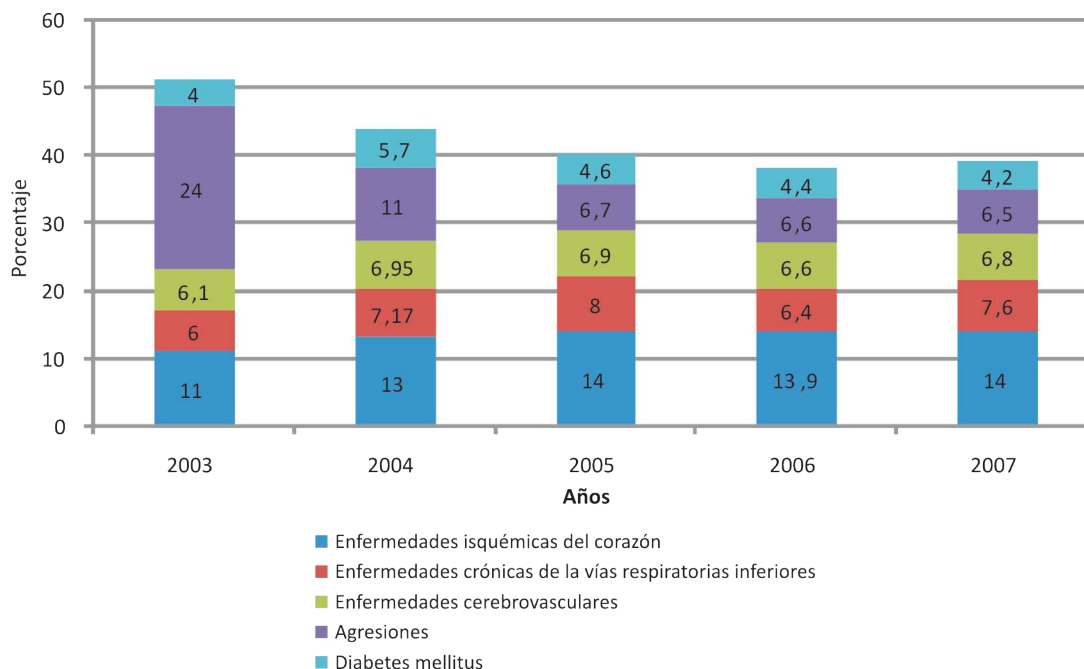
El municipio cuenta con un estimativo de aproximadamente 18 723 establecimientos relacionados con la producción, comercialización, almacenamiento, distribución y procesamiento de alimentos. Adicionalmente la ciudad cuenta con aproximadamente 9 000 manipuladores de alimentos del sector informal de la economía, principalmente de ventas ambulantes.

### ***Principales problemas de salud según el perfil de morbimortalidad (6)***

Las primeras causas de mortalidad muestran una evolución importante en el periodo 2003 - 2006, donde lo más destacado es la reducción de las tasas de homicidios, las cuales pasaron de 37,83 defunciones por cada 100 000 habitantes en el año 2005, a 32,87 en el año 2007.

Se destacan las enfermedades cardio-cerebro vasculares como primera causa de muerte, representando el 21 % del total de causas en el año 2007 (si se suman las muertes causadas por enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cardiovasculares); seguidas por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (7,6 %), las agresiones (6,5 %) y la diabetes mellitus en quinto lugar (gráfico 2).

**Gráfico 2. Comportamiento de las cinco primeras causas de mortalidad para Medellín, a 103 causas – CIE 10 (2003-2007)**



Fuente: Base de datos DANE – Secretaría de Salud de Medellín

En el grupo de enfermedades relacionadas con la reproducción humana y las enfermedades infecciosas se destaca la persistencia de muertes maternas con una tasa de 32,7 por 100 000 nacidos vivos para 2007, que representó un total de 11 muertes maternas, el 80 % de las cuales se consideran evitables con la tecnología médica disponible en la actualidad. Tasa que es inferior al promedio departamental de 37,5 por 100 000 nacidos vivos (datos preliminares).

La tasa de muerte por cáncer de cuello uterino fue de 5,1 por cada 100 000 mujeres para el 2007. Las defunciones por esta causa se incrementaron con respecto al año 2006, en el cual se presentó una tasa de 4,6 por 100 000 mujeres. Aún se requiere fortalecer las medidas de prevención específicas como la citología anual para todas las mujeres con vida sexual activa, el mejoramiento en la calidad al seguimiento y el tratamiento oportuno de los casos con diagnóstico temprano.

La sífilis congénita muestra cifras alarmantes que reflejan el déficit en la calidad de la atención prenatal, la captación temprana de las maternas y el componente socio-cultural relacionado con la atención de los compañeros sexuales. La tasa para el 2007 se estimó en 3,7 casos por cada 1 000 nacidos vivos.

Se destacan entre las enfermedades infecciosas las muertes por tuberculosis, con una tendencia estable en los últimos cinco años de 2,7 muertes por cada 100 000 habitantes y aún no se llega al 85 % de curación de los casos, estándar que garantiza romper la cadena de transmisión de la enfermedad.

Para el año 2007 se presentó un incremento de número de muertes por enfermedad respiratoria aguda con 23,2 muertes por 100 000 menores de cinco años; con respecto al año 2006 se presentaron 18,1 muertes por 100 000

menores de cinco años. Existe una tendencia al incremento de casos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana VIH (18,71 casos por 100 000 habitantes en el 2007), con un incremento de casos en las mujeres y pocos, pero relevantes, casos de transmisión perinatal de la infección.

Con relación a la salud infantil se presentan casos de muerte por desnutrición infantil, siendo ésta de 1,7 por cada 100 000 menores de cinco años, con tendencia a la disminución en los últimos seis años. Igualmente, los casos de muertes por enfermedad diarreica aguda en los menores de cinco años, con una tendencia a la disminución, siendo ésta para el 2007 de 4,6 muertes por cada 100 000 menores de cinco años.

Algunos otros problemas identificados mediante estudios poblacionales se relacionan con el deterioro de la salud mental, el aumento de trastornos afectivos, intento de suicidio en adolescentes, el aumento del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, y la persistencia de la violencia intrafamiliar y otras formas de violencia urbana.

## **6. Descripción y priorización de los problemas y necesidades identificadas**

---

El Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), adoptado según decreto 3039 de 2007, es explícito en cuanto a la necesidad de establecer prioridades en salud de acuerdo con el cambio en los patrones en salud por envejecimiento, cambio en los determinantes por desarrollo eco-

nómico y social, nuevas enfermedades, cambio en los conceptos de salud, entre otros.

En este sentido y teniendo en cuenta que las prioridades en salud del PNSP son de estricto cumplimiento en los planes de salud territoriales y que estos a su vez deben ser coherentes con los perfiles de salud del territorio, en la elaboración del presente Plan se realizó una lectura del diagnóstico de salud del Municipio a la luz de cada una de las prioridades enunciadas en el PNSP.

Una vez revisada la situación de salud frente a cada una de las prioridades, se describieron los principales problemas y necesidades en salud de la ciudad y se propusieron alternativas de solución a los mismos, bajo los enfoques poblacional, de determinantes y de gestión social de riesgo, definidos también por el PNSP. De esta manera se enmarca la descripción y priorización de los problemas y necesidades identificadas en el municipio de Medellín, los cuales se detallan a continuación.

Las siguientes son las prioridades abordadas:

1. Salud infantil.
2. Salud sexual y reproductiva.
3. Salud oral.
4. Salud mental y lesiones violentas evitables.
5. Enfermedades transmisibles y zoonosis.
6. Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades.
7. Nutrición.
8. Seguridad sanitaria y del ambiente.
9. Seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral.
10. Gestión del Plan.

## 6.1. Salud infantil

*Un buen comienzo  
para los niños y niñas de Medellín*



### 6.1.1 Definición

La salud para todos, la salud pública y la salud infantil contribuyen en la formación de la salud pública infantil, cuyo propósito es ubicar la salud para los niños y su familia en un contexto político, económico y social. La salud pública infantil implica, por tanto, un concepto muy amplio que saca a los profesionales de la estrechez de las instituciones y los lleva a la comunidad, concienciándolos del contexto social en que viven los niños, con el fin de conseguir una mejor comprensión de los problemas sanitarios y también de la necesidad de promocionar un auténtico funcionamiento coordinado con los diferentes actores del sistema.

Comprende las acciones dirigidas a disminuir la morbimortalidad infantil, procurando niveles óptimos de salud de los menores, entendida como una prioridad en toda su integralidad física y mental en un entorno socio-ambiental.

### 6.1.2 Situación de salud de la población infantil menor de cinco años (7)

Los niños menores de 1 año están muriendo principalmente por causas relacionadas con las afecciones del periodo perinatal. Por esta causa en el año 2006 se presentaron 5,1 muertes por 1 000 nacidos vivos. Las muertes en los niños de 1 a 4 años se presentan principalmente por enfermedades infecciosas, como la neumonía, con 11,3 defunciones por 100 000 menores de 5 años. Otras causas de mortalidad importantes en este grupo son las causas externas con 5,3 defunciones por 100 000 menores de 5 años.

En el municipio de Medellín la enfermedad diarreica aguda (EDA), la enfermedad respiratoria aguda (ERA) y la desnutrición, continúan siendo causas de un importante número de muertes en menores de cinco años.

Por desnutrición en el año 2006 ocurrieron 1,7 defunciones por 100 000 menores de cinco años. La mortalidad por esta causa prevaleció en la comuna 5 (Castilla), que posee un Índice de Desarrollo Humano (IDH) medio, con dos defunciones y una tasa de 14,4 por 100 000 menores de 5 años. Otras comunas con un IDH bajo aportaron un importante número de muertes como la comuna 2 (Santa Cruz) que aportó 10,3 defunciones por 100 000 menores de cinco años, seguida de la comuna 13 (San Javier) con 9,2 defunciones por 100 000 menores de cinco años.

Por EDA en el año 2006 se presentaron 4,6 defunciones por 100 000 menores de cinco años. La mortalidad por esta causa prevaleció en los corregimientos de Altavista y San Antonio de Prado, aportando 54,6 y 16,2 defunciones por 100 000 menores de cinco años, res-

pectivamente. Estos corregimientos poseen un IDH considerado bajo.

Por ERA en el año 2006 se presentaron 23,2 defunciones por 100 000 menores de cinco años. Estas muertes prevalecieron en la Comuna 8 (Villa Hermosa), que posee un IDH medio bajo, aportando 64,7 defunciones por 100 000 menores de cinco años.

**6.1.3 Situación de salud infantil en otros grupos de edad**

En el grupo de 5 a 14 años, las causas externas se presentan como la principal causa de defunción. Los accidentes de tránsito y otras causas externas aportan el mayor número de defunciones con tasas de 7,9 y 2,0 por 100 000 menores de 5 a 14 años.

En el grupo de 5 a 9 años, por causas externas, los accidentes de tránsito aportan el mayor número de muertes con una tasa de 5,7 por 100 000 menores de 5 a 9 años. Los homicidios y los suicidios también se presentan en este grupo con 0,5 defunciones por 100 000 menores de cinco años respectivamente (8).

En el grupo de 10 a 14 años los accidentes de tránsito aportan el mayor número de muertes por causas externas con 18,1 por 100 000 menores de 10 a 14 años. El suicidio y los homicidios aportan 3,8 y 2,2 defunciones por 100 000 menores de 10 a 14 años.

**6.1.4 Población objeto**

Población menor de 1 año que representa el 1,65 % del total de la población de Medellín, con 37 621 niños.

Población de 1 a 4 años que representaban un 6,0 % del total de la población, con 134 528 menores.

Población de 5 a 9 años que representa el 8,27 % del total de la población, con 188 779 niños.

Población de 10 a 14 años que representa el 9,1 % de la población con 207 832 niños.

**6.1.5 Problema o necesidad: enfermedad respiratoria aguda (ERA) en menores de cinco años**

Cuadro 2. Problema o necesidad: enfermedad respiratoria aguda (ERA) en menores de cinco años

Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Poco conocimiento de los adultos o cuidadores para la identificación oportuna de señales de alarma.	Implementación de la estrategia AIEPI.
Poco conocimiento de los adultos o cuidadores para la identificación oportuna de señales de alarma.	Educación a la población para mejorar la identificación de señales de alarma.
Barreras culturales que dificultan la utilización de los servicios de salud.	Programas de capacitación en derechos y deberes.
Desconocimiento de la población sobre sus derechos a la seguridad social.	Fortalecimiento de la gestión de aseguramiento.
Barreras en el acceso a la seguridad social por factores culturales, administrativos, económicos y sociales.	Fortalecimiento de la gestión de aseguramiento.



**Cuadro 2. Problema o necesidad: enfermedad respiratoria aguda -ERA- en menores de cinco años (continuación)**

<b>Causas</b>	<b>Solución y/o estrategia propuesta</b>
Barreras en el acceso a los servicios de salud.	Implementación de la estrategia AIEPI.
Deficiencias en los servicios de salud para los problemas de la infancia.	Mejorar los mecanismos de referencia y contrarreferencia.
Deficiente calidad de los servicios de salud.	Implementación y seguimiento al PAMEC*.
Deficiente calidad de los servicios de salud.	Incrementar la adherencia a las guías de atención.
Deficiente calidad del aire.	Concertación con actores para el mejoramiento de la calidad del aire.
Condiciones nutricionales deficientes.	Promoción de estilos de vida saludables "Hábitos alimenticios".
Hacinamiento. Condiciones habitacionales deficientes. Entornos no saludables.	Promoción de estilos de vida saludables "Viviendas saludables".
Insuficiente capacitación del personal de la salud para tratamientos de la ERA.	Capacitación y actualización al personal de salud en el manejo de la enfermedad y en metodologías educativas con enfoque preventivo.
Falta información de seguimiento para la toma de decisiones.	Seguimiento y análisis de los casos para diseñar estrategias que impacten la disminución de las ERA.

\* Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

### **6.1.6 Problema o necesidad: enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años**

**Cuadro 3. Problema o necesidad: enfermedad diarreica aguda -EDA- en menores de cinco años**

<b>Causas</b>	<b>Solución y/o estrategia propuesta</b>
Poco conocimiento de los adultos o cuidadores para la identificación oportuna de señales de alarma.	Implementación de la estrategia AIEPI.
Hacinamiento. Condiciones higiénico sanitarias deficientes. Entornos no saludables.	Promoción de estilos de vida saludables "Viviendas saludables".
Pocos programas de intervención eficientes para mejorar la salud infantil.	Fortalecimiento de los programas de crecimiento y desarrollo y la implementación de la estrategia AIEPI clínica y comunitaria.
Deficiencias en los servicios de salud para los problemas de la infancia.	Mejorar los mecanismos de referencia y contra referencia.
Deficiencia en la preparación del personal de la salud en metodologías educativas.	Promoción, capacitación y actualización al personal de salud en el manejo de la enfermedad y en metodologías educativas con enfoque preventivo.
Hábitos y costumbres higiénico sanitarios inadecuados en la manipulación de alimentos en el hogar.	Promoción de estilos de vida saludables "Hábitos alimenticios".

**6.1.7 Problema o necesidad: mortalidad por desnutrición en menores de cinco años**

Cuadro 4. Problema o necesidad: mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Bajo conocimiento en los adultos responsables del cuidado de los niños de los factores de riesgo que inciden en la desnutrición.	Trabajo intersectorial con las secretarías de Educación y Bienestar Social en el programa de nutrición, complementación alimentaria y restaurantes escolares, para el manejo adecuado de los niños que presenten alteraciones nutricionales detectadas en los tamizajes nutricionales y en los programas de crecimiento y desarrollo.
Bajo conocimiento de los adultos responsables del cuidado de los niños, sobre los factores de riesgo que inciden en la desnutrición.	Promoción de estilos de vida saludables "Hábitos alimenticios".
Hábitos alimenticios poco saludables.	Promoción de estilos de vida saludables "Hábitos alimenticios".
Barreras en el acceso a los servicios de salud.	Mejorar el acceso a los servicios de salud para los niños con algún grado de desnutrición.
Deficiente cultura hacia la prevención de la enfermedad.	Desarrollar actividades de educación en salud hacia la prevención.
Barreras en el acceso a los servicios de salud por limitación en los horarios.	Adecuación de los horarios de atención a la infancia según las necesidades.

**6.1.8 Problema o necesidad: presencia de enfermedades inmunoprevenibles**

Cuadro 5. Problema o necesidad: presencia de enfermedades inmunoprevenibles

Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Bajo conocimiento y seguimiento de los adultos o cuidadores sobre el programa de inmunización.	Acciones de promoción y educación a la comunidad sobre la importancia de la vacunación con el logro del esquema completo.
Barreras en el acceso: horarios restringidos, problemas en el aseguramiento, pérdida de la historia de vacunación, barreras geográficas y económicas.	Fomentar el acceso a los servicios con horarios más adecuados a las necesidades de la población.
Barreras en el acceso: horarios restringidos, problemas en el aseguramiento, pérdida de la historia de vacunación, barreras geográficas y económicas.	Vacunación extramural por medio de las estrategias de APS.
Barreras en el acceso: horarios restringidos, problemas en el aseguramiento, pérdida de la historia de vacunación, barreras geográficas y económicas.	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida" fomentar la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador o del régimen de seguridad.

Cuadro 5. Problema o necesidad: presencia de enfermedades inmunoprevenibles (continuación)

Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Registro inadecuado de la información que facilite el seguimiento a los vacunados.	Capacitación y actualización al personal de salud en esquemas de vacunación y sensibilización sobre registros de vacunación.
Alta rotación del personal de salud de los servicios de vacunación, propiciando que se pierda el conocimiento y las habilidades adquiridas.	Sensibilización a los actores del sistema en la importancia del mantenimiento del conocimiento en los programas de vacunación.

**6.1.9 Problema o necesidad: bajo peso al nacer**

Cuadro 6. Problema o necesidad: bajo peso al nacer

Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Deficiente conocimiento de la madre sobre los factores de riesgo que inciden en el bajo peso al nacer y que están relacionados con el embarazo.	Promoción y educación a las mujeres en edad fértil en las medidas preventivas para evitar el bajo peso al nacer.
Desconocimiento de las guías de promoción y prevención en el control prenatal con calidad.	Capacitación y actualización al personal de salud en la detección temprana del bajo peso al nacer.
Desconocimiento de las guías de promoción y prevención en el control prenatal con calidad.	Implementación y seguimiento al PAMEC. Adherencia a protocolos de atención.
Acceso tardío al programa de control prenatal o no acceso a este programa.	Promoción y educación de las mujeres en edad fértil sobre la importancia del control prenatal como estrategia para la detección oportuna de riesgos en la madre y el niño.
Acceso tardío al programa de control prenatal o no asistencia a este programa.	Identificación y captación temprana de las gestantes, mediante la estrategia de APS y/o gestores comunitarios.
Problemas nutricionales de la materna.	Seguimiento nutricional de la materna a través del programa de control prenatal.

**6.1.10 Problema o necesidad: mortalidad perinatal**

Cuadro 7. Problema o necesidad: mortalidad perinatal

Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Problemas de salud durante la etapa de gestación.	Incrementar la adherencia a las guías de atención.
Factores de riesgo materno: periodo intergenésico corto, infecciones genitourinarias, malnutrición materna, anemia, madres fumadoras, consumo de drogas y abuso de alcohol, embarazos no deseados, entre otros.	Implementar la estrategia de información, educación y comunicación en mujeres en edad fértil para el fortalecimiento de los conceptos de prevención de los factores de riesgo durante el embarazo.

Cuadro 7. Problema o necesidad: mortalidad perinatal (continuación)

Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Acceso tardío al programa de control prenatal o no acceso a este programa.	Identificación y captación temprana de las gestantes mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud. Gestores comunitarios.
Barreras en el acceso oportuno de la materna para la atención en salud.	Alianzas o pactos con los actores del sistema para fomentar la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y régimen de seguridad.
Dificultades en la referencia y contrarreferencia para la atención oportuna de las maternas.	Mejorar la operación del sistema de referencia y contrarreferencia y protocolos de manejo.
Operación inadecuada de la referencia y contrarreferencia de las maternas.	Alianzas o pactos con los actores del sistema para fomentar la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y régimen de seguridad.
Deficiencias en la calidad de la atención del parto por parte del personal de salud.	Implementación y seguimiento al PAMEC. Adherencia a protocolos de atención.

### 6.1.11 *Problema o necesidad: mortalidad por causas externas como accidentes de tránsito y otros accidentes en la población infantil*

Cuadro 8. Problema o necesidad: mortalidad por causas externas como accidentes de tránsito y otros accidentes en la población infantil

Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Incremento de riesgos para la ocurrencia de accidentes de tránsito y otro tipo de accidentes.	Identificación de sitios de mayor accidentalidad y su intervención con medidas pedagógicas. Fomentar en los padres, cuidadores y comunidad en general, la utilización de mecanismos de prevención de la accidentalidad en los menores.
Incremento de los riesgos en los menores para los accidentes en el hogar.	Implementar la estrategia de viviendas saludables y seguras, para reducir la exposición de los menores a los accidentes en el hogar.
Ausencia de redes sociales de apoyo.	Fomento y apoyo para la creación de redes sociales.

### 6.1.12 *Problema o necesidad: hipotiroidismo neonatal e infantil*

Cuadro 9. Problema o necesidad: hipotiroidismo neonatal e infantil

Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Incumplimiento de los protocolos para el tamizaje con THS neonatal.	Implementación y seguimiento al PAMEC. Adherencia a protocolos de atención.

## 6.2 Salud sexual y reproductiva (SSR)

*Hacia un ejercicio responsable del más humano de todos los derechos*



### 6.2.1 Definición

"La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos"(9).

El concepto incluye además el reconocimiento del derecho de las personas para acceder a una sexualidad plena y enriquecedora como un elemento de bienestar personal y familiar. También incluye el reconocimiento del derecho al

goce de la sexualidad sin ligarla necesariamente con la reproducción, al número de hijos, al espaciamiento de los nacimientos, a disponer de la información y de los medios para ello. El concepto de salud sexual y reproductiva comprende, además, un componente esencial respecto a la capacidad de los jóvenes para transformarse en miembros bien equilibrados, responsables y productivos en la sociedad.

### 6.2.2 Situación de salud

La Secretaría de Salud de Medellín registró durante el año 2006 un total de 8 782 embarazos en adolescentes. Con una tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años de 3,3 por mil nacidos vivos y una tasa de fecundidad para mujeres entre los 15 a 19 años de 73,2 por mil nacidos vivos. Las más altas tasas de fecundidad en este grupo se presentaron en las comunas más pobres de la ciudad como: 1 (Popular), 8 (Villa Hermosa) y 13 (San Javier).

En esta ciudad, los adolescentes entre los 14 y 19 años, están teniendo su primera relación sexual antes de los 15 años, con el agravante de que uno de cada dos de estos jóvenes no utilizó en esa primera vez ningún método de anticoncepción (MAC) (10).

### 6.2.3 Población objeto (11)

1 294 576 habitantes de Medellín, entre los 10 y 44 años, que son el 57,56 % de la población. De ésta se priorizarán los niveles 1, 2 y 3 del SISBÉN que corresponden a 416 335 personas.

### 6.2.4 Problema o necesidad: otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

Cuadro 10. Problema o necesidad: otras infecciones de transmisión sexual

Causas	Solución propuesta
Prácticas de salud sexual indebidas e inseguras, que hacen posible la transmisión indiscriminada de ITS.	Información, educación y comunicación (IEC) en salud sexual y reproductiva, desestimulando la promiscuidad, con énfasis en la doble protección con el uso del condón.

Cuadro 10. Problema o necesidad: otras infecciones de transmisión sexual (continuación)

Causas	Solución propuesta
Mitos y tabúes frente a la consulta para la curación.	Hacer inducción de demanda a consulta general para estudiar, diagnosticar y tratar las ITS en cualquier régimen del SGSSS.
Falta de compromiso de los compañeros sexuales para los protocolos de tratamientos.	Búsqueda activa de casos y desarrollo de estrategias educativas para concientizar sobre la importancia del tratamiento oportuno y prevención de secuelas.
Falta de información de ITS diferentes a VIH-SIDA y sífilis materna o congénita.	Promoción y educación sobre la existencia de otras ITS, secuelas, medidas preventivas y acceso a los servicios de salud.
Tratamiento empírico de ITS por personal no calificado.	Sensibilizar a farmaceutas sobre la debida remisión de casos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para su adecuado tratamiento y seguimiento.

**6.2.5 Problema o necesidad: embarazo adolescente**

Cuadro 11. Problema o necesidad: embarazo adolescente

Causas	Solución propuesta
Limitada oferta y acceso a servicios de salud con orientación y suministros de anticonceptivos para adolescentes.	Estimular la estrategia de Servicios amigables en SSR integrando a los aseguradores y prestadores de servicios, para el cumplimiento de la norma, incluyendo métodos modernos de planificación.
Poco conocimiento de los derechos y deberes en SSR de los adolescentes por parte de los profesionales de la salud.	Capacitación al personal de salud para una adecuada asesoría, orientación y direccionamiento hacia programas de SSR.
La escuela no capacita adecuadamente para la prevención en SSR.	Promover con la Secretaría de Educación que los Planes educativos institucionales de las instituciones educativas contemplen la SSR.
Barreras culturales que no permiten el uso de anticonceptivos.	Implementar programas de IEC en SSR frente a los MAC (métodos de anticoncepción).

**6.2.6 Problema o necesidad: cáncer de cuello uterino**

Cuadro 12. Problema o necesidad: cáncer de cuello uterino

Causas	Solución propuesta
Desconocimiento de la importancia de la citología como método de detección temprana del cáncer de cuello uterino.	Estrategias de IEC.
Barreras de acceso en los servicios de salud para la toma de citologías.	Libre acceso a servicios de toma de citologías sin pasar por consulta médica.

Cuadro 12. Problema o necesidad: cáncer de cuello uterino  
(continuación)

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Barreras de acceso en los servicios de salud para la toma de citologías.	Adecuación de los horarios de atención según necesidades de las usuarias.
Barreras frente a servicios de consulta y tratamiento especializado de casos.	Impulsar por medio de la "Alianza por la salud y la vida" la dinamización e interacción entre las instituciones, para el tratamiento oportuno.

**6.2.7 Problema o necesidad: cáncer de mama**

Cuadro 13. Problema o necesidad: cáncer de mama

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Barrera de acceso a las ayudas diagnósticas.	Estimular la prestación de servicios, integrando el compromiso con las aseguradoras para mejorar la oportunidad en las consultas, ayudas diagnósticas y tratamiento, si es necesario.
Incipiente cultura de prevención de la población.	Desarrollo de campañas educativas para mejorar la cultura de la prevención, ejerciendo los derechos.

**6.2.8 Problema o necesidad: VIH/SIDA**

Cuadro 14. Problema o necesidad: VIH/SIDA

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Prácticas de salud sexual indebidas, que posibilitan la transmisión indiscriminada de VIH.	IEC en SSR con el propósito de disminuir los riesgos generados por la promiscuidad, con énfasis en la doble protección con el uso del condón.
Falta de concientización para realizar pruebas en la población de riesgo.	Desarrollo de campañas educativas para mejorar la cultura de la prevención, ejerciendo los derechos.
Dificultad en el acceso oportuno de medicamentos y tratamiento especializado.	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida" fomentar la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y régimen de seguridad.
Dificultad en el acceso a las pruebas de VIH.	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida" fomentar la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y régimen de seguridad, y promover los derechos y los deberes para la atención de casos probables de VIH.

**6.2.9 Problema o necesidad: mortalidad materna**

Cuadro 15. Problema o necesidad: mortalidad materna

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Falta de información masiva sobre la importancia del ingreso temprano a programas de control desde el primer trimestre de embarazo.	Desarrollo de estrategias educativas y de promoción, para incrementar la cultura de prevención.
Barreras frente a servicios de consulta y tratamiento especializado de casos.	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida", fomentar la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y régimen de seguridad.
Demoras en suministro oportuno de hemoderivados para atención de complicaciones obstétricas.	Impulsar que por medio de la "Alianza por la salud y la vida" se dinamice el suministro de hemoderivados.
Barreras frente a servicios de salud a las maternas por inconsistencias en los sistemas de información.	Impulsar que por medio de la "Alianza por la salud y la vida" se dinamice la interacción de sistemas de información.
Incumplimiento de las guías de atención para el programa de control prenatal.	Implementación y seguimiento al PAMEC. Adherencia a las guías de atención.

**6.2.10 Problema o necesidad: sífilis congénita**

Cuadro 16. Problema o necesidad: sífilis congénita

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Prácticas de salud sexual, sin la debida protección que posibilitan la transmisión indiscriminada de ITS.	IEC en SSR desestimulando la práctica sexual sin protección.
Falta de búsqueda activa de casos para ingreso a programas.	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida" fomentar la inducción a la demanda y a la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y régimen de seguridad.
Falta de concientización para realizar prueba en población de riesgo.	Desarrollo de estrategias educativas para incrementar la cultura de la prevención.
Acceso tardío al programa de control prenatal o no acceso a este programa.	Identificación y captación temprana de las gestantes, mediante la estrategia de APS. Gestores comunitarios.
Deficiencias en el conocimiento y la aplicación de las guías.	Implementación y seguimiento al PAMEC. Adherencia a protocolos de atención.
Falta de compromiso de los compañeros sexuales para los protocolos de tratamientos.	Búsqueda activa de casos y desarrollo de estrategias educativas para concientizar sobre la importancia del tratamiento oportuno y prevención de secuelas.
Mitos y tabúes frente a la consulta para la curación.	Hacer inducción de demanda a consulta general para estudiar, diagnosticar y tratar las ITS, en cualquier régimen del SGSSS.



## 6.3 Salud oral

*Medellín vuelve a sonreír*



### 6.3.1 Definición

La salud oral integral consiste en una atención odontológica -de nivel básico o primario- dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al menor para mantener una buena salud bucal. En ésta es necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes, la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de enfermedades para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de esta área. Todas estas acciones se dirigen con mayor énfasis a la infancia para que en la edad adulta la salud oral sea óptima.

La salud oral es un indicador que puede incidir en el nivel nutricional y en la salud mental de los individuos. Por lo anterior es importante considerar una estrategia que incorpore acciones integrales, relacionadas con la atención en salud oral, fundamentadas en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente a los niños en edad escolar, para mantener una buena salud bucal, tanto en su adolescencia como en la edad adulta. Se ha observado que

los hábitos de higiene oral aprendidos a temprana edad permanecen durante todo el ciclo vital.

La caries dental y la enfermedad periodontal son las enfermedades orales prevenibles más comunes dentro de la población, pudiendo en algún momento ser consideradas como un problema de salud pública. Lo anterior implica la necesidad de establecer el desarrollo de actividades preventivas que permitan limitar el daño, mejorar las condiciones de salud bucodental y mantener los niveles alcanzados en salud.

Para el logro de una adecuada salud oral es necesario que la población tenga un acceso permanente a la atención odontológica integral, que incluya acciones de promoción y prevención, dentro de las cuales el componente educativo debe estar dirigido al núcleo familiar y a la madre desde el inicio de la gestación. De esta manera se pretende crear la cultura del auto cuidado, prevención y el tratamiento precoz.

Con el inicio de la dentición mixta se hace necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural, así como también la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados, la búsqueda de enfermedades para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal.

Con el cuidado preventivo apropiado como los exámenes periódicos, el cepillado, el uso de hilo dental, la fluorización y los sellantes, el riesgo de contraer enfermedades dentales puede disminuir en gran medida.

### 6.3.2 Situación de salud

Para el año 2006 el índice promedio de dientes permanentes cariados, obturados y perdidos

por caries (COPD) de los niños de cinco años fue de  $0,14 \pm 0,5$ ; a los 9 años fue de  $0,53 \pm 1,1$  y a los 12 años fue de  $0,98 \pm 1,7$ , para un promedio a esta edad de 1,42. Este valor contras-

ta de manera positiva frente a la meta propuesta por el Plan Nacional de Salud Pública, que pretende alcanzar un índice de 2,3 para toda la población de 12 años.

**Cuadro 17. Índice de caridos, obturados y perdidos (COPD) modificado, prevalencia e historia de caries según el estrato de residencia. Escolares de 5 a 13 años. Instituciones educativas oficiales. Municipio de Medellín, 2006.**

Estrato	COPD Modificado	Desv. Estándar	Prevalencia	Historia
1	1,17	1,7	34,9	45,2
2	0,94	1,4	26,9	43,0
3	0,94	1,5	27,0	41,1
4	1,02	2,6	21,7	36,1

Fuente: Estudio situación de salud bucal de los escolares de Medellín. VI Monitoreo, 2006. Secretaría de Salud de Medellín y Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

El 81,2 % de los escolares tenían al menos un diente fluorótico (TFI  $\geq 1$ ) en el año 2006. Esta

prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres 83,7 %; mientras que en hombres fue 78,8 %.

**Cuadro 18. Prevalencia de fluorosis dental según sexo. Escolares de 5 a 13 años. Instituciones educativas oficiales. Municipio de Medellín, 2006**

Fluorosis	Sexo				Total	
	Mujeres		Hombres			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Sí</b>	572	83,7	570	78,8	12	81,2
<b>No</b>	111	16,3	153	21,2	264	18,8
<b>Total</b>	683	100	723	100	1 406	100

Fuente: Estudio Situación de salud bucal de los escolares de Medellín. VI Monitoreo, 2006. Secretaría de Salud de Medellín y Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

### 6.3.3 Población objeto

Población de 1 a 4 años con 132 600 niños que representan el 5,86 % de la población general.

Población de 5 a 14 años con 390 925 que representan el 17,38 % de la población general.

Se calcula un (1) padre o cuidador por familia (201 355 cuidadores aproximadamente).

El promedio anual de mujeres gestantes es de 30 000.

**6.3.4 Problema o necesidad: vigilancia y acompañamiento del desarrollo dento-maxilofacial**

Cuadro 19. Problema o necesidad: vigilancia y acompañamiento del desarrollo dento-maxilofacial

Causas	Solución propuesta
Problemas relacionados con el acceso a los programas.	Fomentar el acceso a la atención preventiva y curativa, rompiendo barreras culturales de la población y de las organizaciones sobre la atención a los niños pequeños, por medio de los programas de la primera infancia.
Deficiente cultura del auto cuidado bucodental, o comienzo tardío de la misma.	Educación y promoción para la prevención masiva en colegios públicos y guarderías, centros del ICBF y padres y cuidadores, apoyándose en los programas Salud familiar y comunitaria, Escuelas y colegios saludables, Buen comienzo y otros programas y proyectos de actividades colectivas.

**6.3.5 Problema o necesidad: alta prevalencia de caries en algunos grupos poblacionales específicos**

Cuadro 20. Problema o necesidad: alta prevalencia de caries en algunos grupos poblacionales específicos

Causas	Solución propuesta
Problemas de exclusión social e inequidades para el acceso a los programas y servicios de salud oral.	Realizar búsqueda activa de los escolares y poblaciones con alta prevalencia de caries, por medio de los programas de atención primaria, para ingresarlos a los programas de salud oral e impactar en la prevalencia.
Dificultades para el acceso oportuno a servicios de higiene y salud oral.	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida" lograr que las EPS-C atiendan los requerimientos de salud oral derivados de los programas de tamización masiva que se realicen.
Dificultades para el acceso oportuno a servicios de higiene y salud oral.	Realizar en forma masiva tamizajes para el diagnóstico en salud oral de los escolares, entre los 5 y 19 años, de las escuelas públicas de Medellín y remisión de éstos para tratamiento a la entidad que tenga a cargo el aseguramiento.

**6.3.6 Problema o necesidad: caries y enfermedad de los tejidos de soporte**

Cuadro 21. Problema o necesidad: caries y enfermedad de los tejidos de soporte

Causas	Solución propuesta
No existe información actualizada sobre la situación de salud bucal de la población adulta.	Realizar un estudio que sirva para construir la línea de base que permita en el 2010 evaluar el cumplimiento de la meta del PNSP y del Plan de Salud Territorial.

Cuadro 21. Problema o necesidad: caries y enfermedad de los tejidos de soporte (continuación)

Causas	Solución propuesta
Dificultades para el acceso oportuno a servicios de higiene y salud oral.	Fomentar el acceso a la atención preventiva y curativa de los adultos garantizando la ampliación de oferta de recurso humano, horarios y calidad del servicio.
Insuficiente capacidad de respuesta (oferta pública) para la demanda de servicios de salud oral de la población pobre y vulnerable.	Realizar seguimiento permanente de la oferta de servicios de salud oral en la red pública hospitalaria para determinar las necesidades de recurso humano de acuerdo con la demanda.

**6.3.7 Problema o necesidad: alta prevalencia de caries**

Cuadro 22. Problema o necesidad: alta prevalencia de caries

Causas	Solución propuesta
Dieta alta en carbohidratos y azúcares.	Implementar modelos de promoción, información y educación en salud oral, dirigidos al núcleo familiar, educadores y a las gestantes; que permitan generar la cultura del auto cuidado desde la gestación y el acompañamiento responsable de los padres o cuidadores durante los primeros años de vida. Fomento de la lactancia materna.
Incapacidad económica de la población más pobre y vulnerable para adquirir los elementos indispensables para la realización de la higiene oral.	Proveer a los grupos más vulnerables y con alto índice de pobreza de los elementos básicos y necesarios para la higiene oral.

**6.3.8 Problema o necesidad: fluorosis dental**

Cuadro 23. Problema o necesidad: fluorosis dental

Causas	Solución propuesta
Posible causa: uso indiscriminado y excesivo del flúor en diferentes formas, y desconocimiento por parte de los usuarios de las consecuencias que esto genera.	Estudiar los productos que actualmente se están utilizando, dosificaciones utilizadas versus recomendadas y vías de administración.
Posible causa: uso indiscriminado y excesivo del flúor en diferentes formas y desconocimiento por parte de los usuarios de las consecuencias que esto genera.	Realizar campañas educativas sobre la fluorosis y la manera de prevenirla en todos los establecimientos educativos, los centros del ICBF, los programas de Control prenatal, Salud familiar y comunitaria y Buen comienzo.

## 6.4 Salud mental y lesiones violentas evitables

*En busca de la autonomía y el bienestar...  
para una mejor convivencia*



### 6.4.1 Definición

La salud mental (SM) es un campo de acción de la salud pública que incluye los condicionantes del bienestar, los trastornos mentales y los problemas psicosociales.

"Es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente. Es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas ya sea cognitivas, afectivas o relacionales; así como también el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común" (12).

### 6.4.2 Situación de salud

La problemática de salud mental en el municipio de Medellín no ha sido suficientemente diagnosticada.

La crianza y los cuidados psicosociales inadecuados de la infancia pueden llevar a trastornos mentales. Al respecto el Estudio de salud mental del adolescente realizado en la ciudad en el año 2006, mostró que los trastornos afectivos severos se presentan en el 40,1 % de los adolescentes hombres, mientras que en las mujeres se presentó en un 18 % (medición escala Kovak y Reynolds).

Las ideaciones suicidas se presentan en el 8,9 % de los jóvenes, en mayor proporción en el grupo de 9 a 14 años. Existe un 3,5 % de riesgo de alcoholismo entre los 12 y 14 años, siendo ésta la edad promedio de inicio del consumo de alcohol. Respecto al consumo de sustancias ilegales los mayores consumidores son los jóvenes entre los 15 y 19 años. La dependencia a este tipo de sustancia es del 2 %, existiendo un mayor riesgo en los hombres (13).

Respecto a los problemas de salud mental en los adultos, un 45 % tiene sentimientos de tristeza, un 55 % tiene preocupaciones por aspectos económicos y un 25 % por aspectos familiares. El 60 % de las personas adultas han consumido alguna vez alcohol y el 32 % cigarrillo. Respecto al uso de sustancias ilegales en los adultos, el 9,9 % consumen marihuana, el 7,4 % benzodiazepinas, el 7,1 % éxtasis, el 7 % cocaína y el 6,9 % bazuco. Entre un 79 y 96 % de los adultos están satisfechos con aspectos como el disfrute de la vida, consigo mismos, la vida sexual, las relaciones afectivas, el descanso y el sueño (14).

En relación con la magnitud y distribución de las diferentes formas de violencia en Medellín, se presenta que aproximadamente el 40 % de las personas han sido víctimas de amenazas graves, robo y agresión armada, y un 6 % de violencia sexual. La mayor victimización se presenta en los menores de edad. El 10 % de los

menores de edad y el 7 % de las personas entre los 18 y los 35 años han robado en su vida. Un 4 % de las personas entre los 18 y los 54 años han agredido alguna vez en su vida con un arma (15).

**6.4.3 Población objeto**

Población entre 1 y 4 años: 134 528 que corresponde al 5,90 % de la población general.

Población entre 5 y 9 años: 188 779 que corresponde al 8,27 % de la población general.

Población entre 10 y 14 años: 207 832 que corresponde al 9,11 % de la población general.

Población de 15 a 44 años: 1 105 574 que corresponde al 48,45 % de la población.

Población de 45 a 59 años: 370 272 que corresponde al 16,23 % de la población.

Población mayor de 60 años: 237 179 que corresponde al 10,39 % de la población general.

**6.4.5 Problema o necesidad: sectores de la población con accesibilidad disminuida por inadecuada organización de los servicios de salud mental**

**Cuadro 24. Problema o necesidad: sectores de la población con accesibilidad disminuida por inadecuada organización de los servicios de salud mental**

Causas	Solución propuesta
Fragmentación y atomización de los servicios de salud mental existentes.	Identificar grupos vulnerables para los servicios de prevención y tratamiento de los problemas de SM priorizados por medio del trabajo intersectorial: trastornos de ansiedad, afecto y por uso de sustancias psicoactivas.
Fragmentación y atomización de los servicios de salud mental existentes.	Precisar dificultades de acceso a servicios de salud mental.
Fragmentación y atomización de los servicios de salud mental existentes.	Diseño concertado de estrategias a nivel intersectorial y con los actores del sistema por medio de la "Alianza por la salud y la vida" para disminuir las dificultades de acceso precisadas.
Fragmentación y atomización de los servicios de salud mental existentes.	Actualizar la identificación de actores y entidades que ofrecen servicios de salud mental en cada uno de los niveles y según naturaleza y problemática atendida.
Fragmentación y atomización de los servicios de salud mental existentes.	Constituir tres redes de servicios de salud mental según niveles: promoción, prevención y tratamiento y rehabilitación
Fragmentación y atomización de los servicios de salud mental existentes.	Selección de un modelo de intervención en promoción, prevención y tratamiento de trastornos mentales y problemas psicosociales identificados.
Fragmentación y atomización de los servicios de salud mental existentes.	Cualificar los servicios de salud mental existentes y mejorar la oferta de servicios.

#### 6.4.6 *Problema o necesidad: no existe el análisis situacional que permita identificar las necesidades y prioridades*

Cuadro 25. Problema o necesidad: no existe el análisis situacional que permita identificar las necesidades y prioridades

Causas	Solución propuesta
Falta de información permanente, válida y de calidad que permita determinar la situación de salud mental.	Convocar y articular los grupos de investigación con desarrollo en líneas relacionadas con la salud mental para orientar las investigaciones hacia los temas priorizados por la Política Nacional de Salud Mental, los problemas locales y la evaluación de las intervenciones.
Falta de información permanente, válida y de calidad que permita determinar la situación de salud mental.	Construir un sistema de vigilancia en salud mental.

#### 6.4.7 *Problema o necesidad: alta incidencia y prevalencia de trastornos mentales*

Cuadro 26. Problema o necesidad: alta incidencia y prevalencia de trastornos mentales

Causas	Solución propuesta
Dificultades de tipo psicológico, social, económico y culturales no resueltas.	Priorizar problemas psicosociales por medio de diagnósticos participativos locales y otros estudios realizados o por realizar.
Recurso humano poco capacitado en temas de salud mental.	Desarrollar el plan de capacitación según modelos de intervención incluyendo las necesidades de formación del recurso humano identificadas y niveles de la red.
Falta de conocimiento de la población acerca de las problemáticas de la Secretaría de Salud de Medellín.	Diseñar y ejecutar una estrategia comunicacional dirigida a informar a la ciudadanía y actores de la Red sobre derechos en salud mental y oferta de servicios pertinentes.

#### 6.4.8 *Problema o necesidad: alta incidencia y prevalencia de trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas*

Cuadro 27. Problema o necesidad: alta incidencia y prevalencia de trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas

Causas	Solución propuesta
Falta de un programa integral de intervención para atender la problemática.	Implementar la política para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto.

## 6.5 Enfermedades transmisibles y zoonosis

*Te cuidamos, te cuidas...nos cuidamos*



### 6.5.1. Las enfermedades transmisibles

#### 6.5.1.1 Definición

A este grupo pertenecen las enfermedades contagiosas que pueden ser transmitidas de persona a persona, o de animal a persona. Las enfermedades transmisibles priorizadas, por su incidencia y letalidad en el municipio de Medellín, son: la tuberculosis, las inmunoprevenibles en fase de eliminación, erradicación y control (rubéola, sarampión, síndrome de rubéola congénita, tosferina, hepatitis A, parálisis flácida aguda) y las zoonóticas como la rabia humana, dengue y leptospirosis.

#### 6.5.1.2 Situación de salud

La tuberculosis respiratoria ha tenido un comportamiento constante desde 1999. Las tasas más altas de este evento se presentaron en el año 2002 con 39,3 casos por 100 000 habitantes. En el año 2004 se presentó un descenso en el número de casos para una tasa de 32 por 100 000 habitantes, sin embargo se presentó una tendencia al incremento de casos en el año 2005 y 2006. Al final del periodo se presentó un descenso en el número de casos con una tasa de 32,5 por 100 000 habitantes.

Inmunoprevenibles: el sarampión y la rubéola están incluidos en el plan de eliminación propuesto por la Organización Mundial de la Salud, por ésto la ausencia de la circulación viral en el municipio exige realizar exámenes de laboratorio y seguimiento de los casos sospechosos donde se presenten síntomas de enfermedad febril eruptiva acompañados de: tos, adenopatías, coriza o conjuntivitis.

A partir de 2003 se inicia una reducción marcada de la rubéola, registrándose 11 casos; durante 2005 se confirmaron los últimos cuatro. Desde entonces y hasta la fecha no se han confirmado casos nuevos. En 1998 se confirmaron los últimos 11 casos de sarampión en el municipio.

En ambos eventos, sarampión y rubéola, la vacunación de los niños de un año con triple viral ha sido fundamental en el logro de la meta de eliminación.

En el caso de la poliomielitis, el último caso registrado en Antioquia fue en diciembre de 1989. La poliomielitis se encuentra en el plan de erradicación, situación que exige la realización de aislamiento viral de todo caso de parálisis flácida aguda, seguimiento de los casos y acciones comunitarias como si fuera un caso positivo.

Durante el año 2006 la incidencia municipal de tosferina fue de 65,1 por 100 000 menores de cinco años, logrando una disminución importante con respecto a la tasa del año 2005, de 80 por 100 000 menores de cinco años.

En Medellín, durante 2007, el 64 % de los casos de hepatitis A se presentaron en población en edad escolar, de los cuales el 36,4 % se presentaron en niños y niñas menores de 10 años.

Se puede observar la cobertura de vacunación para DPT, HB y BCG con una tendencia al incremento en el último año. Para la BCG se presentan coberturas mayores del 100 %, ésto se



explica por la inclusión de hijos de padres que viven fuera del Municipio y que tuvieron sus partos en la ciudad.

**6.5.1.3 Población objeto**

Para las enfermedades transmisibles, la susceptibilidad es universal, por lo cual la población beneficiaria de las acciones será la totalidad de personas residentes en el municipio.

En el caso de las enfermedades inmunoprevenibles serán objeto la población general y las acciones de vacunación que se realizarán en 208 618 niños y niñas menores de 6 años y 581 221 mujeres de 15 a 44 años.

**6.5.1.4 Problema o necesidad: aumento de la mortalidad por tuberculosis y algunas formas resistentes de la enfermedad al tratamiento**

**Cuadro 28. Problema o necesidad: aumento de la mortalidad por tuberculosis y algunas formas resistentes de la enfermedad al tratamiento**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Abandono del protocolo de tratamiento (9 % de la cohorte 2006).	Mejorar la estrategia de suministro de medicamentos para evitar suspensiones de tratamiento, con entregas a cada paciente y si es necesario internarlos durante su tratamiento a pacientes con características de resistencia o frecuente abandono.
Abandono del protocolo de tratamiento (9 % de la cohorte 2006).	Segunda visita domiciliaria a los pacientes al finalizar la primera fase del tratamiento con el fin de captar contactos sintomáticos respiratorios.
Abandono del protocolo de tratamiento (9 % de la cohorte 2006).	Auditorías internas de calidad al Programa de tuberculosis con el fin de verificar el cumplimiento de las guías de atención para tuberculosis y adherencia a la misma.
Abandono del protocolo de tratamiento (9 % de la cohorte 2006).	Ampliar la cobertura del programa de áreas demostrativas en tuberculosis a otras unidades intermedias debido a los logros observados en las unidades hospitalarias de Manrique y Santa Cruz.
Abandono del protocolo de tratamiento (9 % de la cohorte 2006).	Implementar programa de estímulo (paquetes alimentarios) para garantizar la permanencia en el programa para población de los estratos 1 y 2 con vigilancia y control sobre los resultados.
Abandono del protocolo de tratamiento (9 % de la cohorte 2006).	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida", fomentar la inducción a la demanda y a la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y régimen de seguridad.
Desconocimiento por parte de la comunidad de los efectos y consecuencias de la tuberculosis.	Fortalecimiento de campañas educativas con énfasis en derechos y deberes.
Captación de sintomáticos respiratorios por debajo de la meta del 5 %.	Promover programas para mejorar la captación de sintomáticos, con la participación de programas de gestores comunitarios y capacitación y desarrollo

**Cuadro 28. Problema o necesidad: aumento de la mortalidad por tuberculosis y algunas formas resistentes de la enfermedad al tratamiento (continuación)**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
	de recursos humanos de salud para la prevención y control de las enfermedades transmisibles (manejo de casos clínicos, gestión de programas al nivel local y uso de normas comunes para actividades de prevención y control).
Captación de sintomáticos respiratorios por debajo de la meta del 5 %.	Implementación y seguimiento al PAMEC. Adherencia a protocolos de atención.
Coinfección de VIH.	Promover programas de formación para apoyar el desarrollo de recursos humanos para la prevención y control de las enfermedades transmisibles (manejo de casos clínicos, gestión de programas al nivel local y uso de normas comunes para actividades de prevención y control).
Coinfección de VIH.	Realización de investigaciones para evaluar impactos, estrategias y procedimientos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades transmisibles.
Barreras en la afiliación que no permite acceder a programas.	Capacitación y actualización al personal de salud en el manejo de la enfermedad y en metodologías educativas con enfoque preventivo.
Barreras en la afiliación que no permite acceder a programas.	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida" fomentar la inducción a la demanda y la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y régimen de seguridad.
Subdiagnóstico de la coinfección por VIH.	Mejoramiento de los sistemas de información, los mecanismos de registro y reporte de casos para incluir en los programas de atención.

**6.5.1.5 Problema o necesidad: persistencia de eventos inmunoprevenibles y eventos en plan de eliminación y erradicación**

**Cuadro 29. Problema o necesidad: persistencia de eventos inmunoprevenibles y eventos en plan de eliminación y erradicación**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Baja adherencia a las guías de atención.	Incrementar la adherencia a las guías de atención.
Escasos programas educativos con enfoque intercultural.	Fortalecimiento de programas educativos con enfoque intercultural.

**Cuadro 29. Problema o necesidad: persistencia de eventos inmunoprevenibles y eventos en plan de eliminación y erradicación (continuación)**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Subregistro de casos sospechosos de eventos en plan de eliminación y erradicación.	Mejoramiento de la vigilancia de las parálisis flácidas agudas y casos sospechosos de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita.
Subregistro en la captación de eventos de interés en salud pública.	Búsqueda activa institucional a través de la revisión retrospectiva de RIPS de las unidades primarias generadoras de datos.
Persistencia de casos sospechosos y probables en el sistema de información.	Implementar una unidad de análisis para determinar la clasificación final de los casos.
Incremento progresivo de la incidencia por parotiditis a partir de 2002 pasando de 1 a 6,2 casos por 100.000 habitantes.	Mejorar la vigilancia epidemiológica ante la presencia de casos probables de tosferina, parotiditis y hepatitis A.

## 6.5.2. Zoonosis

### 6.5.2.1 Definición

Una zoonosis es una enfermedad que puede transmitirse de animales a personas. Por su incidencia y por ser de interés en salud pública para el Municipio de Medellín se han priorizado las siguientes: dengue, leptospirosis y rabia.

### 6.5.2.2 Situación de salud

La problemática del dengue en el municipio de Medellín se ha incrementado afectando a la población más vulnerable, en especial aquella con deficientes condiciones de saneamiento ambiental; sumado a esto se tienen los fuertes cambios climáticos, las conductas humanas que favorecen la presencia del vector y los comportamientos cíclicos de la enfermedad. Dada esta situación es de gran importancia dar continuidad a las acciones realizadas por parte de la Secretaría de Salud para su control, garantizando acciones permanentes.

Desde 1985 no se presentan casos de rabia en la ciudad, lo cual es un avance en el control de

las zoonosis. La Secretaría de Salud ha dado continuidad al programa de prevención en términos de vigilancia epidemiológica por medio del seguimiento a los animales causantes de los accidentes rábicos y la realización de jornadas de vacunación antirrábica; así se ejerce control sobre los riesgos para este tipo de enfermedades que pueden reaparecer por procesos migratorios.

De acuerdo con la información obtenida en la última Encuesta de calidad de vida del Departamento de Planeación Municipal, elaborada en el año 2005, en el municipio existe una población canina de aproximadamente 154 000 animales y felina de 26 000.

### 6.5.2.3 Población objeto

La población objeto corresponde al total de la población del municipio.

### 6.5.2.4 Problema o necesidad: riesgo de presentar casos de rabia animal y humana

**Cuadro 30. Problema o necesidad: riesgo de presentar casos de rabia animal y humana**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Población flotante en la ciudad la cual proviene de diversos lugares del país en donde el riesgo de contraer el virus de la rabia es mayor, dado que éste puede estar en circulación en algunas zonas del territorio nacional.	Identificar asentamientos nuevos de desplazados y vacunar periódicamente sus perros y gatos.
Presencia de accidentes por mordeduras, arañazos y/o agresiones a personas por parte de animales potencialmente transmisores de rabia.	Promoción y educación general en cuanto a los riesgos, el manejo y los cuidados a tener en cuenta en caso de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.
Subregistro de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	Estandarización del personal de salud sobre la notificación obligatoria e inmediata de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.

**6.5.2.5 Problema o necesidad: presencia de otras enfermedades transmitidas por animales domésticos**

**Cuadro 31. Problema o necesidad: presencia de otras enfermedades transmitidas por animales domésticos**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Reproducción no controlada de animales, generando gran cantidad de población canina.	Programa de control natal a la población canina, con la realización de cirugías de esterilización, en zonas de mayor riesgo.
Incremento en la población animal callejera.	Programa de control natal a la población canina, con la realización de cirugías de esterilización, en zonas de mayor riesgo.
Deficientes condiciones higiénico sanitarias a nivel de las viviendas.	Acciones de promoción y educación sanitaria en cuanto a las condiciones mínimas de higiene y los cuidados con la tenencia o presencia de animales.

**6.5.2.6 Problema o necesidad: aumento de la incidencia del dengue en la ciudad**

**Cuadro 32. Problema o necesidad: aumento de la incidencia del dengue en la ciudad**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Presencia de criaderos a nivel domiciliario y en exteriores que favorecen la presencia del vector.	Realizar acciones de prevención y promoción por medio de educación ambiental y sanitaria, para disminuir la presencia del vector transmisor con énfasis en la participación del sector educativo.
Condiciones ambientales y de saneamiento que favorecen la presencia del vector y su multiplicación.	Realizar acciones de control químico, jornadas de búsqueda y eliminación de criaderos con la participación de la comunidad en el peri-domicilio e intra-domicilio.

**Cuadro 32. Problema o necesidad: aumento de la incidencia del dengue en la ciudad (continuación)**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Baja cobertura de levantamiento de índices entomológicos.	Incrementar coberturas de levantamientos de índices entomológicos para direccionar las acciones de control.
Deficiencias en el sistema de información por subregistros en la notificación del evento.	Estandarización del personal de la salud sobre la obligatoriedad y periodicidad de la notificación de los casos detectados.
Debilidad en la aplicación de los protocolos para la identificación y clasificación de casos.	Educación continua del personal de salud sobre protocolos para la captación oportuna de los casos y clasificación de los mismos.
Medellín ciudad endémica por sus condiciones ambientales.	Desarrollo de mesas de estudio, investigaciones o intercambio de experiencias con expertos de ciudades similares que hayan logrado buenos resultados en el control del dengue.

**6.5.2.7 Problema o necesidad: presencia de roedores y factores de riesgo para la leptospirosis y otras enfermedades**

**Cuadro 33. Problema o necesidad: presencia de roedores y factores de riesgo para la leptospirosis y otras enfermedades**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Inadecuada disposición de los residuos sólidos y líquidos.	Realizar acciones de promoción y educación sanitaria y ambiental en cuanto al manejo y disposición de los residuos sólidos y líquidos.
Condiciones de saneamiento ambiental deficientes en algunas zonas de la ciudad que favorecen la presencia de roedores.	Control químico con la aplicación de rodenticida.
Deficiencias en los ciclos de recolección de residuos sólidos.	Concertación con otros actores del orden municipal para la construcción de una propuesta que mejore la oportunidad en la recolección de los residuos sólidos.

**6.6 Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades**

*Para vivir más y mejor*

**6.6.1 Definición**

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se caracterizan por tener una etiología incierta, múltiples factores de riesgo, largos

periodos de latencia, curso prolongado, origen no infeccioso y por estar asociadas a deficiencias o discapacidad funcional.

Las ECNT abarcan un gran número de enfermedades: cardiovasculares, cánceres, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, del metabolismo (diabetes, dislipidemias y osteoporosis), músculo-esqueléticas, osteoarticulares (artritis y osteoartritis), neurológicas (acciden-



tes cerebro-vasculares e isquemias cerebrales) y las mentales.

A pesar de que en la mayoría de los casos la causa de las enfermedades crónicas no ha sido claramente establecida, la investigación biomédica ha identificado diversos factores de riesgo que tienen la particularidad de ser compartidos por varias de ellas. Si se eliminaran los factores de riesgo se prevendría el 80 % de

las cardiopatías, los accidentes cerebro-vasculares y la diabetes del tipo 2, y se evitaría más del 40 % de los casos de cáncer.

### 6.6.2 Situación de salud

La transición demográfica y epidemiológica en Medellín ha inducido cambios importantes en los perfiles de morbilidad y mortalidad, en donde las enfermedades crónicas no transmisibles son la primera causa de muerte.

Durante 2006 se presentaron 11 775 defunciones con una tasa de mortalidad general de 523,5 por 100 000 habitantes. Las 10 primeras causas de mortalidad representaron el 56,8 % de la mortalidad general y las enfermedades crónicas representaron el 38 % de estas causas (16).

Por enfermedades cardio-cerebro vasculares en el 2006 se presentaron 645,6 defunciones por 100 000 habitantes y la enfermedad isquémica del corazón se presentó como la principal causa de muerte en hombres y mujeres, afectando más a los hombres.

**Cuadro 34. Prevalencia global de los factores de riesgo clásicos y nuevos para enfermedad cardiovascular. Municipio de Medellín - población área urbana 2007**

Factor de riesgo	Prevalencia global
<b>Clásicos</b>	
Hipertensión	18,3
Fumar	23,2
Diabetes	3,3 (7,6*)
Colesterol >200 mg/dL	61,3
HDL bajo	87,2
<b>Nuevos o emergentes</b>	
Triglicéridos ≥ 181 mg/dL	20,0
Perímetro abdominal ≥ 81 en mujeres y ≥ 91 en hombres	47,0
Estrés laboral	67,8
Estrés familiar	66,2
Estrés financiero	53,4
Depresión	41,0

\*Indicador sin controlar por la variable edad.

Fuente: Estudio "Diagnóstico del riesgo cardiovascular global. Evaluación de impacto poblacional según estrato socioeconómico - Medellín 2006-2007". Secretaría de Salud de Medellín, Universidad CES y Clínica Medellín. Datos preliminares.

**6.6.3 Población objeto**

Las enfermedades crónicas aparecen a partir de los 40 años, lo que hace necesario enfatizar las acciones en esta población; sin embargo

las acciones de promoción de la salud estarán orientadas a toda la población.

**6.6.4 Problema o necesidad: alta incidencia de enfermedades cardio - cerebro vasculares, cáncer de próstata, de pulmón, de colon y otros**

Cuadro 35. Problema o necesidad: alta incidencia de enfermedades cardio-cerebro vasculares, cáncer de próstata, de pulmón, de colon y otros

Causas	Solución propuesta
Falta de implementación de una política pública eficaz e integrada para favorecer el estado de salud.	Alianzas entre los diferentes actores para la implementación de políticas que posibiliten la disminución de enfermedades cardio-cerebro vasculares.
Baja sensibilización hacia la prevención y la adopción de estilos de vida saludables.	Estrategias de promoción para la adopción de estilos de vida saludable. Inducción a la demanda de servicios con la estrategia de APS.
Barreras de acceso de tipo administrativo en los servicios de salud.	Asistencia técnica sobre el PAMEC que permita la priorización adecuada del problema en las instituciones prestadoras de servicio y su incorporación dentro del mismo.
Baja calidad en la atención por aplicación inadecuada de los protocolos.	Adherencia a protocolos de atención.
Desconocimiento de la población de sus derechos a la seguridad social.	Fortalecimiento de la gestión del aseguramiento.
Barreras en el acceso a la seguridad social por barreras culturales, administrativas, económicas y sociales.	Fortalecimiento de la gestión del aseguramiento.

**6.6.5. Problema o necesidad: alta incidencia de morbi mortalidad y discapacidad producida por ECNT**

Cuadro 36. Problema o necesidad: alta incidencia de morbi mortalidad y discapacidad producida por ECNT

Causas	Solución propuesta
Visión no holística del problema, centrada en intereses particulares.	Constituir un observatorio multisectorial de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, con indicadores, y la participación de los diferentes actores del sistema involucrados en estos casos.
Falta de información permanente, válida y de calidad que permita un análisis sobre el comportamiento de las ECNT y sus factores de riesgo.	Desarrollar un sistema de vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, sus consecuencias, factores de riesgo y la repercusión

**Cuadro 36. Problema o necesidad: alta incidencia de morbi mortalidad y discapacidad producida por ECNT (continuación)**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
	de las intervenciones de salud pública en forma sistemática, continua y en tiempo real, como parte de la estrategia integrada de prevención y control de las ECNT.
Falta de información permanente, válida y de calidad que permita un análisis sobre el comportamiento de las ECNT y sus factores de riesgo.	Incluir en enfermedades para vigilancia epidemiológica continuada y capacitar al recurso humano para su reporte.
Falta de información permanente, válida y de calidad que permita un análisis sobre el comportamiento de las ECNT y sus factores de riesgo.	Fomentar y realizar investigaciones sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, sus causas, modelos de prevención y de educación para la prevención.
Baja efectividad en la calidad de los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y tratamiento, cuando corresponda, definidos en la resolución 412 de 2000.	Implementación y seguimiento al PAMEC. Adherencia a protocolos de atención.
Baja efectividad en la calidad de los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y tratamiento, cuando corresponda, definidos en la resolución 412 de 2000.	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida", fomentar la inducción a la demanda y a la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y régimen de seguridad.
No percepción de la necesidad de prevenir las ECNT por parte de la comunidad.	Mobilizar la comunidad para realizar foros de discusión. Estrategias de atención primaria con participación social para inducir demanda.
Desconocimiento de los derechos y deberes por parte de los usuarios.	Promoción de derechos y deberes a la comunidad en general.
Las estrategias de prevención sólo son realizadas por el sector salud, en forma intramural.	Alianzas para la implementación de campañas que promuevan estilos de vida con la participación de otros actores.
No focalización de las problemáticas por grupos de intervención.	Facultar el autocuidado y monitoreo a las personas con afecciones crónicas sin barreras y con la estrategia de atención primaria en salud.
Falta de orientación a grupos concretos de población.	Definir e identificar factores de riesgo por grupos poblacionales y las intervenciones en salud pública.
Falta de programas novedosos e impactantes para la atención integrada.	Conocer programas pilotos tipo "CARMEN" programa de la OPS, implementado en Bogotá para su desarrollo en Medellín.



## 6.7 Discapacidad

*Por la inclusión y la aceptación  
para vencer la diferencia*



### 6.7.1 Definición

El concepto de discapacidad ha evolucionado desde una perspectiva biomédica, hacia una visión más amplia y de carácter social (integración social) que involucra el entorno, la sociedad y la cultura.

El problema de discapacidad no es una enfermedad o atributo de la persona. Esta condición incluye elementos que se relacionan con la presencia de prácticas, factores sociales y culturales negativos que limitan la integración social de las personas, que afectan el reconocimiento, el desarrollo de las capacidades y funcionalidades como individuos pertenecientes a la sociedad.

Esta situación menoscaba la capacidad económica de la familia (aumentando la vulnerabilidad de la misma) al tener ésta que disponer de mayores recursos en la manutención y cuidados de la persona en esta situación (17).

### 6.7.2 Población objeto

Según el censo poblacional realizado por el DANE en el 2005, se estima que en Medellín existen 117 826 personas en situación de discapacidad (limitación permanente), correspondientes al 5,1 % del total de la población. De éstos, el 5,4 % son hombres y el 4,9 % son mujeres. Las limitaciones permanentes aumentan con la edad. El 60 % de la población en esta condición se presenta a partir de los 40 años.

Otros datos con respecto a la población en situación de discapacidad fueron arrojados por el SISBÉN del 2005, en el cual aparecieron registradas 30 993 personas en situación de discapacidad. La población registrada por el Sistema de información de personas en condición de discapacidad SIPECODI, en octubre de 2005, correspondía a un total de 12 821 personas de los estratos 1, 2 y 3; principalmente menores de 50 años. Para noviembre del 2007 esta población correspondió a 15 000 personas.

El mayor número de personas en situación de discapacidad están ubicadas en las zonas de ladera y pendientes, que corresponden a la periferia de la ciudad (18). La mayor prevalencia de población en situación de discapacidad según la demanda de servicios observada desde el Proyecto de rehabilitación social y familiar al discapacitado, de la Secretaría de Bienestar Social, corresponde a los estratos 1, 2 y 3.

**6.7.3 Problema o necesidad: discapacidad generada por causas externas**

Cuadro 37. Problema o necesidad: situación de discapacidad por causas externas

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Exposición a accidentes de tránsito (automóvil, vehículo de transporte público, motos, vehículos pesados y otros vehículos).	Promoción y fomento de condiciones y comportamientos saludables.
Accidente por vehículos no motorizados (ciclistas, patinadores, carretileros, peatones).	Identificación, prevención y control de riesgos. Se refiere a identificar e intervenir los factores de riesgo (Salud Pública).
Causas violentas (conflicto armado).	Acceso oportuno a detección temprana en los diferentes espacios de interacción social y a la atención en los servicios específicos.

**6.7.4. Problema o necesidad: escasa agilidad, oportunidad en los servicios de salud a las personas con discapacidad**

Cuadro 38. Problema o necesidad: escasa agilidad, oportunidad en los servicios de salud a las personas con discapacidad

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Barrera de acceso por no tener carné de salud.	Cobertura universal en aseguramiento.
Infraestructura de los servicios de salud no adecuada para el acceso físico de los discapacitados (discapacidad, sensorial y motora).	Ejercer las acciones desde las competencias en salud para que se cumpla con las normas establecidas para la construcción y acondicionamiento de espacios y transporte de uso público con parámetros de accesibilidad.

**6.7.5. Problema o necesidad: poca participación de actividades de promoción y prevención**

Cuadro 39. Problema o necesidad: poca participación de actividades de promoción y prevención

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Falta de socialización de los programas diseñados para discapacitados y su grupo familiar.	Participación y fomento de la actividad en recreación, deporte, cultura y turismo, de la población con discapacidad y su grupo familiar.  Promover la vinculación a procesos de adaptación escolar, laboral, familiar y social para las personas en situación de discapacidad.

## 6.8. Nutrición

*Alimentarnos adecuadamente... pensar en cuerpo y mente para estar en armonía*



### 6.8.1 Definición

La alimentación es un derecho consignado en el *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales*, la cual hace parte de la Carta Internacional de Derechos Humanos. Es responsabilidad de los Estados el respeto, la protección y la garantía a las necesidades de acceso adecuado a alimentos de calidad y suficientes para sus ciudadanos.

La nutrición es el resultado de la relación que existe entre lo que se consume y lo que se requiere para tener buen estado de salud. La nutrición normal es un balance entre la cantidad y la calidad de los nutrientes que requiere el individuo, de acuerdo con sus necesidades particulares.

Colectiva o comunitariamente, el estado nutricional hace referencia a la clasificación que se obtiene luego de agrupar los resultados de la evaluación nutricional de grupos poblacionales específicos o determinados. Esta información es la base para determinar la necesidad o no de hacer intervención.

La seguridad alimentaria es el conjunto de condiciones que permiten mantener una produc-

ción suficiente de alimentos para sostener las necesidades de una población.

El Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010 en la estrategia "Estado Comunitario: Desarrollo para todos" incluye la nutrición dentro de las políticas transversales, y delega en los ministerios de Agricultura y de la Protección Social la tarea de establecer una política al respecto.

### 6.8.2 Situación actual

Según el estudio "Estado de los hogares. Medellín, 2006" realizado por Medellín Inuyente, Programa de seguridad y soberanía alimentaria y nutricional, del Municipio de Medellín:

- 57 % de la población es pobre.
- 20 % es el índice de desempleo promedio en los últimos 5 años.
- 60 % bajo la figura de empleo informal.
- 67 % de los hogares rurales tienen inseguridad alimentaria.
- 57 % de los hogares urbanos tienen inseguridad alimentaria.

En promedio, las familias de bajos recursos destinaban mensualmente \$192 570 en alimentos (año 2006). Sin embargo, para una familia con un promedio de 5 personas, la canasta básica recomendada y que cumpliera con todas las necesidades en requerimientos nutricionales tenía un valor mes de \$456 144.

- 18 % de la población estrato 1 no tiene acceso intradomiciliario al agua.
- 17,2 % son hogares con mujeres cabeza de familia.
- 11,6 % de los menores de 10 años tienen retraso en el crecimiento.
- 11,2 % de los menores con falta de peso para la edad.
- 22,4 % adolescentes (11 – 20 años) tienen retraso del crecimiento.
- 31,3 % de los hogares de los estratos 2 y 3 reciben asistencia alimentaria por lo menos para una persona.

- 19,6 % son madres que a los 6 meses no lactan a los hijos y 3,4 % son madres con lactancia exclusiva.

Actualmente:

- 160 000 escolares participan en el programa de Restaurantes Escolares (desayuno y/o almuerzo).
- 130 000 están en el Programa vaso de leche.
- 110 000 están en el Paquete alimentario fin de semana.
- 35 000 en el programa de la Primera infancia.
- 1 700 en el programa Mujeres gestantes.

Hace poco se inició un programa de complementación al 100 % de los escolares de los corregimientos, con desayuno reforzado y media mañana, que cubre el 43 % de los requerimientos nutricionales de niños y niñas.

De los que pertenecen al programa de restaurantes escolares, un 43,7 % presenta desnutrición crónica, lo que indica que han padecido deprivación alimentaria por largos períodos de tiempo.

### **6.8.3 Población objeto**

Menores de 5 años: 134 528 niños. 66 512 afiliados al régimen subsidiado.

De 5 a 14 años: 166 654 afiliados al régimen subsidiado.

De 15 a 19 años: 84 992 afiliados al régimen subsidiado.

Mujeres en edad fértil: 190 000 afiliadas al régimen subsidiado.

De 60 ó más: 60 223 afiliados al régimen subsidiado.

### **6.8.4. Problema o necesidad: deficiente cultura en lactancia**

**Cuadro 40. Problema o necesidad: deficiente cultura en lactancia**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Falta de conocimiento y de sensibilidad de las madres sobre el impacto a largo plazo que tiene la buena lactancia materna.	Promover, proteger y apoyar la práctica de la lactancia materna.
Desconocimiento y falta de apoyo a la lactancia materna en instituciones de salud y comerciales.	Incentivar la estrategia IAMI (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia) en las IPS y el sector comercial en general, para que las madres puedan amamantar sus bebés adecuadamente. Acreditar a estas instituciones como amigas.
Pocos programas de sensibilización y motivación hacia la lactancia materna.	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida" fomentar la lactancia materna con la participación de la familia.
Necesidades laborales de la madre.	Orientar en el campo laboral al cumplimiento de las normas que protegen la lactancia materna y los derechos de la mujer.
Presiones culturales o sociales que afectan la lactancia materna.	Hacer IEC masiva frente a los mitos y tabúes de la lactancia sobre la salud de la mujer.
Prácticas y recomendaciones inadecuadas del sector salud.	Verificar el cumplimiento de la norma, los procesos de promoción y prevención en lactancia materna, haciéndoles monitoreo de cumplimiento tanto desde cobertura como desde PAMEC.

**6.8.5. Problema o necesidad: desnutrición infantil**

Cuadro 41. Problema o necesidad: desnutrición infantil

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Poca capacidad económica por parte de los padres.	Mejorar la cobertura y calidad de los restaurantes escolares, acorde con los logros.
Costumbres inadecuadas de alimentación.	Enseñar y fomentar hábitos alimentarios saludables en madres gestantes y en las sedes educativas haciendo énfasis en las listas de intercambio.
Costumbres inadecuadas de alimentación.	Promocionar modelos de alimentación como las Guías de alimentación para la población colombiana establecidas por el ICBF.
Necesidad de lograr estándares de delgadez inducida por la moda y la imagen (anorexia - bulimia).	Monitorear y atender conductas alimenticias atípicas en la población infantil en las escuelas y colegios.
Falta de integración intersectorial para intervenir el problema.	Alianzas y estrategias sectoriales para reconocer y atender el problema.
Barreras de atención en salud.	Por medio de la "Alianza por la salud y la vida" fomentar la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y del régimen de seguridad.

**6.8.6. Problema o necesidad: sobrepeso y obesidad**

Cuadro 42. Problema o necesidad: sobrepeso y obesidad

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Falta de indicadores y seguimiento a la obesidad (epidemia del siglo XXI).	Implementar sistemas y modelos de información disponibles para hacer seguimiento.
Falta de información al público general sobre los riesgos y forma de impactarlos.	Incluir propuestas de consejería en vida sana, individual y grupal, en todos los controles de mujer y niño y en los programas de APS.
Culturización sobre la comida rápida.	Promocionar hábitos de alimentación saludables y la práctica regular de ejercicio.
Baja percepción de la comunidad de adherir a programas de promoción y prevención.	Implementación y seguimiento al PAMEC. Adherencia a protocolos de atención.

**6.8.7. Problema o necesidad: bajo peso al nacer**

Cuadro 43. Problema o necesidad: bajo peso al nacer

Causas	Solución propuesta
Bajo conocimiento de los factores de riesgo que inciden en el bajo peso al nacer y que están relacionados con el embarazo.	Promoción de los riesgos y los factores protectores.
Desconocimiento de la importancia en la aplicación y manejo de las guías de promoción y prevención.	Hacer monitoreo y vigilancia del protocolo manejado, accesibilidad, ingreso oportuno a los controles y adherencia al programa.
Desconocimiento de la importancia en la aplicación y manejo de las guías de promoción y prevención.	Promoción del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer, en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de atención del binomio madre-hijo.

**6.9 Seguridad sanitaria y del ambiente**

*Por el derecho a un entorno sano*



**6.9.1 Definición**

La seguridad sanitaria comprende todos los eventos agudos de salud pública que ponen en peligro la salud colectiva de poblaciones y que se pueden extender por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales.

**6.9.2 Situación de salud**

El municipio cuenta con aproximadamente 18 723 establecimientos relacionados con la

producción, comercialización, almacenamiento, distribución y procesamiento de alimentos. Igualmente existen cerca de 9 000 manipuladores de alimentos del sector informal de la economía; principalmente en ventas ambulantes.

Para el año 2004, el 80 % de los alimentos empaquetados incumplían las normas de etiquetado y cerca del 45 % de los alimentos analizados presentaron índices de contaminación severos. Para marzo del 2008 los conceptos sanitarios en los establecimientos donde se producen, comercializan, almacenan, distribuyen y procesan alimentos son: 10 % favorable, 76 % favorable condicionado y 4 % desfavorable. Esta situación sanitaria se presenta en general en toda la ciudad, pero prevalece en la Comuna 10 -La Candelaria- debido al alto número de establecimientos localizados en ella.

Existen aproximadamente 7 300 establecimientos generadores de residuos sólidos hospitalarios y similares, que son objeto de inspección, vigilancia y control.

La ciudad presenta condiciones apropiadas para el desarrollo del vector *Aedes aegypti* res-

ponsable del dengue. Se considera tolerable o de riesgo moderado para la salud un índice de infestación de viviendas menor a 5; las comunas con mayores índices para el 2007 fueron: 2 (Santa Cruz) con 14,4, 13 (San Javier) con 10,9, 3 (Manrique) con 10,7, 14 (El Poblado) con 10,7 y la 5 (Castilla) con 10,3 (19).

Con respecto a los plaguicidas más utilizados en la agricultura (Clorpirifos), los corregimientos de San Cristóbal y Santa Elena presentan valores que sobrepasan los límites permisibles establecidos en la resolución 2115 de 2007.

**6.9.3 Población objeto**

Durante el año 2006 el centro de Medellín contó con aproximadamente 3 077 venteros ambulantes (20), siendo las zonas de la ciudad con mayor número de venteros, los siguientes sectores: iglesia La Veracruz, estación metro de

San Antonio, Plaza Minorista, La Playa, La Avenida Oriental, Parque de Bolívar, Villanueva, San Benito y El Hueco.

Según el tipo y grupo de ventas ambulantes las que más prevalecen son: cacharro, comida rápida, frutas y verduras, dulce, picadura y pescado (21).

Medellín y el Valle del Aburrá cuentan con una población de 2 402 730 personas en edad de trabajar, que representan el 79 % de la población.

Para el año 2 002 la participación de las ARP en el mercado de riesgos profesionales fue de aproximadamente 4 274 379 clientes, con 88 127 empresas afiliadas (22).

**6.9.4 Problema o necesidad: existencia de factores de riesgo para la salud por el uso y consumo de alimentos**

**Cuadro 44. Problema o necesidad: existencia de factores de riesgo para la salud por el uso y consumo de alimentos**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Deficientes condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos donde se produce, procesa, comercializa, transporta, distribuye y/o almacenan alimentos.	Acciones permanentes de inspección y vigilancia de la calidad de los alimentos en todas sus fases.
Deficientes condiciones higiénico sanitarias por prácticas inadecuadas para la manipulación de alimentos.	Acciones de promoción y estrategias que estimulen el autocontrol, la apropiación de habilidades y hábitos saludables que disminuyan los factores de riesgo de la salud asociados al uso y/o consumo de alimentos.
Poca conciencia y cultura en salud de los usuarios que consumen alimentos.	Promoción sobre los riesgos en salud asociados al consumo de alimentos.
Sistemas de información no articulados con los demás actores del sistema.	Mejoramiento de los sistemas de información y difusión de los resultados.
Desconocimiento de la normatividad asociada a los alimentos.	Promoción y educación en aspectos normativos relacionados con los procesos asociados a los alimentos.

### 6.9.5 *Problema o necesidad: existencia de factores de riesgo para la salud por el uso y consumo de bienes y servicios*

Cuadro 45. Problema o necesidad: existencia de factores de riesgo para la salud por el uso y consumo de bienes y servicios

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Control poco eficaz por parte de las instituciones reguladoras.	Alianzas y estrategias sectoriales para reconocer y atender el problema.
Poca conciencia y cultura en salud de los usuarios que consumen bienes y servicios.	Promoción sobre los riesgos en salud asociados al consumo de bienes y servicios.
Deficientes condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos donde se producen bienes y servicios.	Acciones de promoción y estrategias que estimulen el autocontrol, la apropiación de habilidades y hábitos saludables que disminuyan los factores de riesgo de la salud asociados al uso y/o consumo de alimentos.
Cambios normativos que fraccionan y/o limitan la inspección, vigilancia y control de los bienes y servicios.	Alianzas y estrategias sectoriales para reconocer y atender el problema.

### 6.9.6 *Problema o necesidad: efectos en la salud por la contaminación o por la existencia de factores asociados al ambiente*

Cuadro 46. Problema o necesidad: efectos en la salud por la contaminación o por la existencia de factores asociados al ambiente

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Control poco eficaz por parte de las instituciones reguladoras.	Alianzas y estrategias sectoriales para reconocer y atender el problema.
Situaciones intersectoriales que requieren la participación de diversos actores	Alianzas y estrategias sectoriales para reconocer y atender el problema.
Desconocimiento de la comunidad de los factores de riesgo por la contaminación y los factores asociados al ambiente.	Promoción de los riesgos y los factores protectores asociados a la contaminación y al ambiente.
Desconocimiento de las normas asociadas a la seguridad sanitaria y del ambiente.	Promoción y educación en aspectos normativos relacionados con la seguridad sanitaria y ambiental.
Poca conciencia y cultura de las empresas que generan contaminación.	Promoción de la responsabilidad social que deben contemplar las empresas en sus cadenas productivas disminuyendo los factores de riesgo asociados al ambiente.



**6.9.7 Problema o necesidad: conflicto de competencias para la atención de problemática entre la autoridad de salud y la autoridad ambiental**

Cuadro 47. Problema o necesidad: conflicto de competencias para la atención de problemática entre la autoridad de salud y la autoridad ambiental

Causas	Solución propuesta
Conflicto entre normas y problemas administrativos por deficiencias operativas para la aplicación de la norma.	Pactos y acuerdos para apoyar la aplicación de las medidas de vigilancia y control de manera concertada y articulada.

**6.10 Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral**

*Por un entorno laboral digno y saludable*



**6.10.1 Definiciones**

El Sistema General de Riesgos Profesionales es concebido como el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes de trabajo, que les pueden ocurrir como consecuencia del trabajo que desarrollan.

La seguridad en el trabajo es definida como el conjunto de técnicas y procedimientos que tie-

nen por objeto eliminar o disminuir el riesgo de que se produzcan los accidentes de trabajo.

El concepto de accidentalidad se enfoca a los sucesos repentinos que sobrevienen con ocasión o causa de las actividades inherentes al trabajo y que producen al trabajador una lesión, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Son riesgos profesionales, el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el gobierno nacional.

Se considera enfermedad profesional todo estado patológico, permanente o temporal, que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar; y que haya sido determinada como tal por el gobierno nacional.

El sector informal es definido como el conjunto de unidades productivas en forma de empresas no constituidas en sociedad, que funcionan a pequeña escala, con una organización rudimentaria en la que hay poca o ninguna distinción entre el capital y el trabajo. Su objetivo principal es la autogeneración de ingresos de subsistencia, más que la maximización de las utilidades.

La protección de las poblaciones trabajadoras vulnerables dentro del marco de la protección

social, busca la prevención, mitigación y superación de los riesgos que afectan a las poblaciones trabajadoras más desprotegidas.

### **6.10.2 Situación salud de la población laboral pobre vulnerable no cubierta con subsidio a la demanda en el Municipio Medellín**

Las poblaciones laborales vulnerables en Medellín han sido poco intervenidas, quizás por la misma informalidad de su trabajo, la debilidad de su organización y porque la visión de salud ocupacional se ha enfocado más a las empresas formales. La actividad de los trabajadores informales de la economía configura un proceso de trabajo que implica factores de riesgo para la salud, de diferente naturaleza y grado de peligrosidad.

Las ventas ambulantes en la ciudad han aumentado en los últimos años. Esta situación ha desencadenado una serie de consecuencias como el incremento de las poblaciones laborales más vulnerables en las calles.

Los riesgos ocupacionales en trabajadores informales, a campo abierto, para el año 2006 en Medellín, fueron de: 27,9 % de expuestos a riesgo locativo, 76,8 % para riesgo ergonómico postura de pie, 100 % para riesgo físico y químico, 50,6 % para riesgo mecánico -puesto

inestable-, 97 % para riesgo psicosocial, y 95,1 % por exposición a la inseguridad pública (23).

Se ha encontrado que 56,2 % de los venteros ambulantes tienen una antigüedad de más de 15 años en este oficio, lo que indica que esta población no ejerce este oficio como empleo temporal; por lo cual se hace necesario buscar formas para que estos trabajadores tengan mejores condiciones de salud en su trabajo (24).

### **6.10.3 Población objeto**

Durante el año 2006 el centro de Medellín contó con aproximadamente 3 077 venteros ambulantes (25), siendo la zona de la ciudad con mayor número de venteros, ubicados en los siguientes sectores: la iglesia La Veracruz, estación metro de San Antonio, Plaza Minorista, La Playa, La Avenida Oriental, Parque de Bolívar, Villanueva, San Benito y El Hueco.

Según tipo y grupo de ventas ambulantes algunas zonas de Medellín para este mismo año contaron con aproximadamente 41 venteros ambulantes de pescado, 34 venteros reubicados, 405 venteros ambulantes de ventas de cacharro, 64 venteros de comida rápida, 212 venteros de frutas y verduras, y 76 venteros ambulantes de dulce y picadura.

### **6.10.4 Problema o necesidad: accidentes de trabajo**

**Cuadro 48. Problema o necesidad: accidentes de trabajo**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Poco uso de la dotación para la protección del trabajador en su integridad física.	Realizar muestreos aleatorios a las ARP, con sede en Medellín, para realizar campañas educativas a la población trabajadora sobre el autocuidado y uso de elementos de protección personal.
Desconocimiento de las medidas de protección en el trabajo.	Realizar muestreos aleatorios a las ARP, con sede en Medellín, para realizar campañas educativas a la población trabajadora sobre el autocuidado y uso de elementos protección personal (EPP) acordes a su trabajo.

Cuadro 48. Problema o necesidad: accidentes de trabajo  
(Continuación)

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Panoramas de riesgo inexistentes o desactualizados en las empresas.	Realizar muestreos aleatorios a las ARP con sede en Medellín, para evaluar la existencia o actualización de los panoramas de factores de riesgo en cada una de las empresas adscritas.
Falta de seguimiento al plan de salud ocupacional.	Realizar muestro aleatorios a la ARP de los planes de salud ocupacional y el seguimiento de los mismos y su impacto en la accidentalidad.
Poco compromiso empresarial e individual hacia la prevención del riesgo.	Realizar campañas educativas, masivas, en los diferentes medios de comunicación, sobre la importancia de la prevención de los riesgos ocupacionales y el uso de los elementos de protección personal, para minimizar la morbimortalidad por accidente de trabajo.
Falta de acciones de capacitación y promoción de carácter productivo orientado a los discapacitados.	Realizar campañas educativas en todos los medios de comunicación, orientadas a fortalecer la capacitación, promoción, de las personas en situación de discapacidad y la reinserción al medio laboral.

**6.10.5. Problema o necesidad: enfermedad profesional**

Cuadro 49. Problema o necesidad: enfermedad profesional

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Desconocimiento del personal médico para la identificación y clasificación, de las enfermedades de origen profesional, causando un subregistro por clasificación errada.	Capacitar al personal médico sobre enfermedades laborales de trabajo y enfermedad profesional.
Falta de coordinación entre los actores responsables del sistema general de riesgos profesionales.	Realizar acciones de integración de los actores del sistema y realizar eventualmente visitas de inspección de las ARP muestreadas aleatoriamente.
Poco uso de la dotación para la protección del trabajador en su integridad física.	Realizar muestreos aleatorios a las ARP, con sede en Medellín, para realizar campañas educativas a la población trabajadora sobre el autocuidado y uso EPP acordes a su trabajo.
Panoramas de riesgo inexistentes o desactualizados en las empresas.	Realizar muestreos aleatorios, a las ARP, con sede en Medellín, para evaluar la existencia o actualización de los panoramas de factores de riesgo en cada una de las empresas adscritas.

**6.10.6 Problema o necesidad: riesgos ocupacionales en trabajadores informales**

Cuadro 50. Problema o necesidad: riesgos ocupacionales en trabajadores informales

Causas	Solución propuesta
Riesgos ocupacionales no identificados en la población informal.	Realizar estudios epidemiológicos (investigación científica) que permitan realizar un diagnóstico de la morbimortalidad y de los riesgos a los que están ocupacionalmente expuestos en el sector informal.
Falta de educación y capacitación a las poblaciones informales sobre los riesgos ocupacionales.	Realizar campañas educativas, masivas, en los diferentes medios de comunicación, sobre la importancia de la prevención de los riesgos ocupacionales.
No existe estructura administrativa para gestionar la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.	Estructurar la SSM con base en gestión por procesos, estableciendo las necesidades de recurso humano, tecnológico y financiero que le permita cumplir con esta nueva competencia.

**6.11 La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Municipal**

*Todos trabajamos... todos ganamos*



**6.11.1 Definición**

Comprende las acciones que garantizarán la planeación, definiendo estructuras, identificando y asignando responsables por líneas de trabajo y realizando las labores para el seguimiento, evaluación y control al Plan municipal de salud durante su ejecución.

**6.11.2 Situación**

El Plan de Atención Básica (PAB) se viene desarrollando hasta la modificación de la norma, y directamente la Resolución 425 de febrero 11 de 2008, la cual define las metodologías para la formulación, ejecución, seguimiento y control del Plan municipal de salud, incorporando grandes cambios y ampliando competencias municipales, exigiendo entre otras, la articulación entre sectores complementarios que venían trabajando en forma aislada, la consolidación de información para un seguimiento integral e incorporando competencias nuevas (como la laboral), hasta ahora no contemplada en las competencias municipales.

El nuevo esquema del Plan municipal de salud exige un mayor desafío administrativo de los entes territoriales y un mayor esfuerzo financiero para articular las acciones de salud pública.

La aplicación de la Ley 617 dejó la planta de cargos de la Secretaría con menos personal de

lo requerido para darle respuesta al compromiso rector de la salud en el Municipio. La estructura organizacional, es completamente plana, haciendo que los subsecretarios tengan a cargo todos los proyectos y funciones sin que existan niveles intermedios que faciliten la operación de los procesos.

El espacio físico donde funciona la Secretaría es insuficiente, lo que ha hecho que se tengan varias dependencias ubicadas en diferentes sitios del edificio y por fuera de éste, no permitiendo la buena atención a los usuarios por su difícil ubicación y generando poca eficiencia y mal desempeño de los funcionarios.

**6.11.3 Población objeto**

Además de los funcionarios de la Secretaría de salud, otras poblaciones que intervienen en este eje son las entidades del sector público relacionadas, como son las secretarías de despacho y algunos entes descentralizados que tienen relación con el sector salud. Se incluyen también las empresas aseguradoras del régimen contributivo, subsidiado y de riesgos profesionales.

**6.11.4 Problema o necesidad: estructura administrativa**

Cuadro 51. Problema o necesidad: estructura administrativa

Causas	Solución propuesta
No existe estructura administrativa para gestionar el plan de salud pública en forma articulada.	Estructurar en la Secretaría de Salud las necesidades de recurso físico, humano, tecnológico y financiero que le permita cumplir con sus competencias.
Estructuras para procesos independientes que no consultan la realidad de un plan articulado.	Asignar funciones al equipo financiero y presupuestal para atender los requerimientos de seguimiento y evaluación financiera del Plan.
Plan reciente de difícil implementación entre los funcionarios de la Secretaría por sus modelos anteriores de trabajo no articulado.	Capacitación o entrenamiento a funcionarios para el seguimiento y ejecución del Plan Municipal.
Plan de salud pública exigente con indicadores y ejecución presupuestal programada.	Capacitación o entrenamiento en manejo de indicadores, programación y ejecución de proyectos, a los funcionarios involucrados en el Plan.

**6.11.5 Problema o necesidad: sistema de información**

Cuadro 52. Problema o necesidad: sistema de información

Causas	Solución propuesta
No existe sistema de información apropiado para la administración del Plan de salud pública.	Diseñar, desarrollar e implementar una aplicación que permita el seguimiento a las metas, ejecución y demás aspectos del Plan.
Sistemas de información no articulados con los demás actores del sistema.	Realizar pactos o acuerdos con los demás actores para la recolección de información del Plan.

**Cuadro 52. Problema o necesidad: sistema de información (continuación)**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Limitaciones legales, para la solicitud de información de los diferentes actores.	Realizar pactos o acuerdos con los demás actores para la recolección de información del Plan.
Diversidad de plataformas y sistemas de información entre los actores que limitan su integración.	Realizar pactos o acuerdos con los demás actores para la estandarización y consolidación de información del Plan.

**6.11.6 Problema o necesidad: desarticulación con otros actores que influyen en el Plan de salud pública**

**Cuadro 53. Problema o necesidad: desarticulación con otros actores que influyen en el Plan de Salud Pública**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Recursos gestionados y ejecutados no pensados como plan.	Realizar pactos o acuerdos con los demás actores para la administración del Plan.
Planes sectoriales diferentes al del Plan de salud pública.	Realizar pactos o acuerdos con los demás actores para la consolidación de acciones comunes entre los diferentes planes sectoriales.

**6.11.7 Problema o necesidad: dificultades para el seguimiento y reporte a otras instancias de los resultados del Plan**

**Cuadro 54. Problema o necesidad: dificultades para el seguimiento y reporte a otras instancias de los resultados del Plan**

<b>Causas</b>	<b>Solución propuesta</b>
Normatividad nueva difícil de implementar.	Capacitar a los funcionarios de otras dependencias involucrados en el Plan.
Actores no acostumbrados a reportar como parte de un plan sectorial regido por la Secretaría de Salud.	Capacitar a los funcionarios de otras dependencias involucrados en el Plan.
Actores no acostumbrados a reportar como parte de un plan sectorial regido por la Secretaría de Salud.	Retroalimentar con otras entidades territoriales la realización y seguimiento del Plan.
Tiempos de medición y de reporte cortos, que exigen dedicación de tiempo completo para la administración del Plan.	Asignación de funciones específicas a funcionarios o creación de plazas necesarias para el cumplimiento en el seguimiento al Plan.

## 7. Marco estratégico del Plan Municipal de Salud



### 7.1 Estrategias

La Administración municipal ejecuta programas y proyectos exitosos y reconocidos por las comunidades por su cobertura e impacto, algunos de estos son: Escuelas y colegios saludables, Salud en mi comuna, Salud familiar y comunitaria, Unidades de renovación social (UNIRES), Batas blancas, Servicios específicos de atención, entre otros.

Sin desconocer las fortalezas y alcances de los programas anteriores y para impactar la situación de salud del municipio, el Plan municipal de salud ha establecido cinco (5) estrategias macro, tendientes a fortalecer las acciones en Salud Pública y al mejoramiento del acceso integral a los servicios de salud.

Las siguientes son las estrategias que definirán la actuación de la Administración municipal para el desarrollo del Plan municipal de salud.

- **Consolidación de la participación social en salud, en todos los niveles:** aceptación y corresponsabilidad de los ciudadanos en el cuidado de la salud y el ejercicio adecuado de los deberes y derechos en salud.
- **Acción interinstitucional e intersectorial por la salud:** busca la interacción y unión

de esfuerzos con los diferentes estamentos de la Administración, los actores de la salud y las redes sociales, para la búsqueda de acuerdos, alianzas y pactos que favorezcan el trabajo conjunto en pro de la comunidad.

- **Fortalecimiento de la promoción y la prevención:** fortalece los programas de atención primaria en salud, zonificado, respetando y considerando la diversidad étnica y cultural de los habitantes de Medellín. Para esto se considerarán programas establecidos como son: Escuelas y colegios saludables, Salud en mi comuna, Salud familiar, Batas blancas, Volver a ver, Unires, Servicios de salud específicos, Buen comienzo, entre otros.
- **Facilitar el autocontrol y el mejoramiento de la calidad de la atención de los prestadores de servicios de salud:** contribuye al mejoramiento de las condiciones de acceso con calidad a los servicios de salud, incluyendo el fortalecimiento de la red pública.
- **Fortalecimiento de la capacidad institucional de la Secretaría:** desarrollo y fortalecimiento de su función rectora en el municipio, haciendo énfasis en la gestión sistemática de la información, análisis, vigilancia y control de factores de riesgos y eventos que afectan la salud pública, conduciendo a una gestión integral de la Secretaría de Salud.

## 8. Metas de acción por cada eje programático (impacto o proceso) a mediano y largo plazo, con su correspondiente línea de base y valor esperado al final del cuatrienio

Una vez descrita la problemática de salud de la ciudad a la luz de las prioridades del Plan Na-



cional de Salud Pública, identificadas las propuestas de solución y establecido el marco estratégico para el Plan municipal de salud, cuya elaboración está reglamentada por la resolución 425 de 2008, se procedió a definir las metas que se pretenden alcanzar al finalizar el cuatrienio por cada uno de los seis (6) ejes programáticos descritos en la norma (Asegu-

ramiento; Prestación y desarrollo de servicios de salud; Salud pública; Promoción social; Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales y Emergencias y desastres) a partir de sus respectivas líneas de base o estados actuales.

A cada uno de los ejes programáticos se le definieron objetivos y metas por áreas subprogramáticas. Tanto para las metas de resultado por cada eje programático, como para las metas cuantitativas para cada uno de los objetivos, se hizo una proyección anualizada para el cuatrienio.

A continuación se presentan las áreas subprogramáticas correspondientes a cada uno de los ejes:

**Cuadro 55. Áreas subprogramáticas correspondiente a cada uno de los ejes**

Eje Programático	Área Subprogramática
Aseguramiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la afiliación al SGSSS.</li> <li>• Identificación y priorización de la población a afiliar.</li> <li>• Gestión y utilización eficiente de los cupos del Régimen Subsidiado.</li> <li>• Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio.</li> <li>• Celebración de los contratos de aseguramiento.</li> <li>• Administración de bases de datos de afiliados.</li> <li>• Gestión financiera del giro de los recursos.</li> <li>• Interventoría de los contratos del régimen subsidiado.</li> <li>• Vigilancia y control del aseguramiento.</li> </ul>
Prestación y desarrollo de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud.</li> <li>• Mejoramiento de la calidad en la atención en salud.</li> <li>• Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas.</li> </ul>
Salud pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de promoción de la salud y calidad de vida.</li> <li>• Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios).</li> <li>• Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.</li> <li>• Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.</li> </ul>
Promoción social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales, tales como, población en situación de</li> </ul>



Cuadro 55. Áreas subprogramáticas correspondiente a cada uno de los ejes (continuación)

Eje Programático	Área Subprogramática
	<p>desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescente y joven.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de salud en la "Red para la superación de la pobreza extrema - Red Juntos".</li> <li>• Acciones educativas de carácter no formal dirigidos a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social, tales como, entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de modelos de atención a población indígena.</li> </ul>
Prevenición, vigilancia y control de riesgos profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales.</li> <li>• Acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales.</li> <li>• Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales en los ámbitos laborales y riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales.</li> <li>• Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.</li> <li>• Acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral.</li> </ul>
Emergencias y desastres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres.</li> <li>• Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.</li> <li>• Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial, ante las situaciones de emergencias y desastres.</li> <li>• Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias.</li> </ul>

### 8.1 Eje Aseguramiento. Metas e indicadores

Cuadro 56. Eje Aseguramiento. Metas e indicadores

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Afiliación al régimen subsidiado del 90 % (26) de la población pobre y vulnerable objeto del subsidio de salud.	Cobertura del régimen subsidiado.	Porcentaje	90	90	90	90	90

**Cuadro 57. Eje Aseguramiento. Área subprogramática: promoción de la afiliación al SGSSS. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Informar y orientar a los usuarios sobre la obligatoriedad y correcta afiliación al Sistema General Seguridad Social en Salud.	Diseñar y desarrollar un programa para orientar a los usuarios sobre la afiliación al SGSSS.	Programa	Número	1	1	1	1
Capacitar a líderes locales en deberes y derechos en salud y los sistemas de afiliación al SGSSS, para hacer de ellos unos multiplicadores y difundir la manera de afiliación al SGSSS.	Capacitar a 800 líderes en deberes y derechos y los sistemas de afiliación en el SGSSS.	Líderes capacitados	Número	300	500	0	0

**Cuadro 58. Eje Aseguramiento. Área subprogramática: identificación y priorización de la población a afiliar. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Disponer de sitios descentralizados para la orientación y captación de personas no identificadas en el Sisbén y que puedan ser priorizadas para el aseguramiento en salud.	Mantener 10 centros de atención.	Centros de atención	Número	10	10	10	10

Cuadro 59. Eje Aseguramiento. Área subprogramática: gestión y utilización eficiente de los cupos del régimen subsidiado. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Utilizar eficientemente los cupos para el régimen subsidiado, con potenciales beneficiarios priorizados por el Ministerio de la Protección Social para la afiliación al régimen subsidiado.	Utilizar el 100 % de los cupos disponibles para el régimen subsidiado.	Cobertura de los cupos disponibles.	Porcentaje	50	80	100	100

Cuadro 60. Eje Aseguramiento. Área subprogramática: adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Fortalecer y mantener el sistema de información para la administración del régimen subsidiado.	Sistema operando en red y en los puestos de trabajo.	Sistema de información	Porcentaje	100	100	100	100
Identificar, crear y cubrir la planta de cargos necesaria para la operación del sistema de afiliación del Municipio, para su correcta operación con base en la norma.	Contar con el 100 % de la planta de cargos provista.	Planta de cargos	Porcentaje	20	80	100	100

Cuadro 61. Eje Aseguramiento.: Área subprogramática: celebración de los contratos de aseguramiento. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Celebrar y perfeccionar los contratos para el régimen subsidiado en los tiempos requeridos y para los períodos establecidos en la norma.	Realizar con oportunidad, viabilidad y efectividad los contratos del régimen subsidiado.	Oportunidad en la legalización de los contratos.	Porcentaje	100	100	100	100

**Cuadro 62. Eje Aseguramiento. Área subprogramática: administración de bases de datos de afiliados. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Mantener correspondencia entre la base de datos del régimen subsidiado municipal con la base de datos del Departamento para asegurar la correcta identificación de los usuarios.	Conservar mínimo el 98 % de la correspondencia entre las bases de datos municipales y departamentales.	Correspondencia de bases de datos del subsidiado.	Porcentaje	98	98	98	98
Mantener correspondencia entre la base de datos de cada EPS-S con la base de datos de la Secretaría, para garantizar el acceso a los servicios oportunamente.	Conservar mínimo el 98 % de la correspondencia entre las bases de datos municipales y departamentales y las de las EPS-S.	Correspondencia de bases de datos de los contratos.	Porcentaje	98	98	98	98

**Cuadro 63. Eje Aseguramiento. Área subprogramática: gestión financiera del giro de los recursos. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Girar oportunamente los pagos a las EPS-S, acorde con sus afiliados y el cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma.	Pagar bimestre anticipado los 10 primeros días.	Pagos bimestrales a cada EPS-S.	Porcentaje	100	100	100	100
Girar oportunamente los pagos a las IPS públicas acorde a los servicios y tiempos pactados.	Pagar de acuerdo con lo pactado en el contrato.	Pagos a la IPS Pública.	Porcentaje	100	100	100	100
Monitorear y vigilar el estado de los flujos y pagos realizados en los tiempos pactados por las EPS-S con su red prestadora y realizar las acciones pertinentes,	Hacer seguimiento al 100 % de los pagos que deben realizar las EPS-S a su red prestadora.	Seguimiento a pagos de las IPS.	Porcentaje	100	100	100	100

Cuadro 63. Eje Aseguramiento. Área subprogramática: gestión financiera del giro de los recursos. Objetivos, metas e indicadores (continuación)

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
para fortalecer la viabilidad financiera de las IPS públicas y privadas y mantener la prestación de servicios a la población subsidiada.							
Ajustar según novedades bimensuales las cuentas de pagos con base en los afiliados reales por cada período, para mantener al día la ejecución de recursos frente a la ejecución física de cada contrato y cada EPS-S.	Mantener el 100 % de la ejecución física relacionada con la ejecución financiera de cada contrato, cada dos meses.	Relación de lo realizado, frente a lo pagado por contrato del régimen subsidiado.	Porcentaje	100	100	100	100
Hacer seguimiento al flujo de los recursos hacia el municipio, por cada fuente, según períodos y cantidad presupuestada, para realizar las gestiones necesarias cuando no se ajuste a lo reglamentado.	Mantener la contabilidad al 100 % ajustada mensualmente.	Flujo de recursos por cada fuente.	Porcentaje	100	100	100	100

Cuadro 64. Eje Aseguramiento. Área subprogramática: interventoría de los contratos del régimen subsidiado. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Realizar interventoría a los contratos del régimen subsidiado para garantizar las condiciones de los servicios, la ejecución financiera y el cumplimiento de la norma vigente.	El 100 % de los contratos del régimen subsidiado con interventoría ejecutada.	Interventorías a contratos del régimen subsidiado.	Porcentaje	100	100	100	100

**Cuadro 64. Eje Aseguramiento. Área subprogramática: interventoría de los contratos del régimen subsidiado. Objetivos, metas e indicadores (continuación)**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Liquidar los contratos del régimen subsidiado en los tiempos y condiciones establecidas, para el cumplimiento de la norma.	Realizar el proceso de liquidación del 100 % de los contratos del régimen subsidiado en los términos de ley.	Liquidación de contratos del régimen subsidiado.	Porcentaje	100	100	100	100

**Cuadro 65. Eje Aseguramiento. Área subprogramática: vigilancia y control del aseguramiento. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Realizar auditoría de calidad al proceso de aseguramiento.	Proceso de aseguramiento auditado	Auditoría al aseguramiento.	Porcentaje	100	100	100	100
Realizar una auditoría de calidad a la prestación de los servicios de salud a la población beneficiaria.	Auditoría de calidad a la prestación de los servicios a la población beneficiaria.	Auditoría de la calidad.	Porcentaje	100	100	100	100
Realizar la interventoría física, técnica y financiera a los contratos que se realizan para la prestación de los servicios de salud a la población pobre vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda.	Interventorías realizadas al 100 % de los contratos de prestación de servicios de salud.	Interventorías a la prestación de servicios de salud.	Porcentaje	100	100	100	100

**8.2 Eje Prestación y desarrollo de servicios de salud. Metas e indicadores**

Cuadro 66. Eje Prestación y desarrollo de servicios de salud. Metas e indicadores

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Construcción de 8 nuevos equipamientos en salud durante el cuatrienio.	Equipamientos construidos.	Número	0	0	2	3	3
Reconstrucción de puntos de atención en salud de la red pública en su infraestructura física.	Equipamientos reconstruidos.	Número	0	0	2	3	3
Adecuación y remodelación de IPS de orden público en cumplimiento de la normatividad vigente (sismo resistencia y habilitación).	Equipamiento adecuado y/o remodelado.	Número	0	0	3	4	4
Construcción de la Clínica de la Mujer.	Clínica de la Mujer	Número	0	0	0	1	0
Construcción del Parque de la salud y la vida.	Parque de la salud y la vida.	Número	0	0	0	1	0
Reposición a dotación de instrumentos y equipos para la red pública.	Centros intervenidos con dotación.	Número	0	0	10	14	10
Fortalecimiento y operación de la inspección, vigilancia y control de la Gestión del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la competencia del ente municipal.	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.	Porcentaje	0	40	100	100	100
Mejorar la oferta de servicios de salud mental en el primer nivel de complejidad en las unidades hospitalarias de la red pública de salud.	Centros de la red pública de atención con servicio de salud mental.	Número	0	0	10	10	10
Articular y operar la red de servicios de promoción, prevención y atención en salud mental.	Red de servicios de salud mental.	Número	0	0	1	1	1

**Cuadro 67. Eje Prestación y desarrollo de servicios de salud. Área subprogramática: mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Adscribir la población pobre vulnerable no cubierta con subsidio a la demanda para hacer un mejor aprovechamiento de los recursos mediante una adecuación de la oferta a la demanda real y así mejorar el acceso a los servicios.	Caracterización geográfica de las personas que acceden a los servicios de salud a la Red Pública.	Población adscrita a servicios de salud.	Porcentaje	0	90	100	100
Establecer y operativizar un modelo Atención Primaria en Salud (APS) en el Municipio.	Un modelo de APS establecido y operativizado en el Municipio.	Modelo de APS.	Porcentaje	30	100	100	100
Capacitar y/o sensibilizar al personal de la red pública hospitalaria que tiene contacto directo con los usuarios, sobre el respeto por la diferencia y la atención sin barreras culturales, para dar calidad y calidad en el servicio.	Capacitar al 100 % del personal de la red pública que tiene contacto directo con los usuarios.	Personal capacitado y/o sensibilizado.	Porcentaje	0	100	0	0

**Cuadro 68. Eje Prestación y desarrollo de servicios de salud. Área subprogramática: mejoramiento de la calidad en la atención en salud. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Fortalecer la Inspección, vigilancia y control de la Gestión del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la competencia del ente municipal.	Hacer seguimiento al PAMEC del 70 % de las instituciones de la red pública que prestan servicios de salud a la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda.	Seguimiento anual al PAMEC.	Porcentaje	0	100	100	100



Cuadro 68. Eje Prestación y desarrollo de servicios de salud. Área subprogramática: mejoramiento de la calidad en la atención en salud. Objetivos, metas e indicadores (continuación)

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Identificar la oportunidad para la prestación de los servicios de salud a la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda para la toma de decisiones.	Evaluar la oportunidad de atención en salud a los usuarios no afiliados en cada IPS pública.	Oportunidad en la atención por IPS Pública.	Porcentaje	100	100	100	100

Cuadro 69. Eje Prestación y desarrollo de servicios de salud. Área subprogramática: mejoramiento de la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Adecuar los recursos físicos de la red pública a las necesidades reales de la población, para mejorar la cobertura y eliminar barreras de acceso.	Ajustar a parámetros legales la infraestructura física de la red pública hospitalaria.	Infraestructura ajustada.	Porcentaje	0	20	40	30
Dotar equipos e insumos a la red pública hospitalaria para la reposición ampliación de servicios a los puntos de atención de la red pública de salud.	Dotar la red pública hospitalaria.	Puntos de atención intervenidos en su dotación.	Número	4	10	15	5

### 8.3 Eje Salud pública. Metas e indicadores

Cuadro 70. Eje Salud pública. Metas e indicadores

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Disminuir la mortalidad en menores de un año.	Mortalidad en menores de un año.	Tasa por 1.000 nacidos vivos	11,50	11.5	11	10.5	10
Alcanzar coberturas útiles de vacunación en menores de 1 año en el programa ampliado de inmunización (biológico trazador Polio, terceras dosis).	Cobertura de vacunación en menores de 1 año en el programa ampliado de inmunización (biológico trazador Polio, terceras dosis).	Porcentaje	89	90	93	95	95
Alcanzar coberturas útiles de vacunación en población de 1 año (biológico trazador sarampión, rubéola y papera - Triple viral).	Coberturas útiles de vacunación en población de 1 año (biológico trazador sarampión, rubéola y papera - Triple viral).	Porcentaje	95	95	95	95	95
Disminuir la mortalidad en menores de 5 años.	Mortalidad en menores de 5 años.	Tasa por 100 000 menores de 5 años	226,50	226	215	200	180
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda (ERA) en menores de 5 años.	Mortalidad por enfermedad respiratoria aguda (ERA) en menores de 5 años.	Tasa por 100 000 menores de 5 años	23,20	23	20	18	17,4
Disminuir la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años.	Mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años.	Tasa por 100 000 menores de 5 años	4,20	4,0	3,8	3,5	3,14
Disminuir la mortalidad materna.	Mortalidad materna.	Tasa por 100 000 nacidos	32,70	32,6	31,8	31	30

Cuadro 70. Eje Salud pública. Metas e indicadores  
(continuación)

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino.	Mortalidad por cáncer de cuello uterino.	Tasa por 100 000 mujeres	6,90	6,8	6,5	6,0	5,9
Mantener la prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por debajo del 1 %.	Prevalencia de VIH.	Porcentaje	0,26	Menor de 1	Menor de 1	Menor de 1	Menor de 1
Lograr cobertura universal de terapia antirretroviral para pacientes diagnosticados con VIH.	Cobertura universal de terapia antirretroviral para pacientes diagnosticados con VIH. (observatorioVIHMP2005).	Porcentaje	72	75	80	90	100
Realizar acciones para detectar precozmente el cáncer de próstata a mayores de 45 años.	Disminuir Mortalidad por cáncer de próstata en población no asegurada y subsidiada.	Tasa por 100 000 hombres mayores de 45 años	ND	16	15,5	15	14
Disminuir la transmisión perinatal de VIH.	Incidencia de transmisión perinatal del VIH.	Tasa por 100 000 nacidos vivos	0,03	0,03	0,02	0,01	0
Disminuir la sífilis congénita.	Incidencia de sífilis congénita.	Tasa por 1 000 nacidos vivos	3,70	2,8	2,0	1,0	Menor de 1
Disminuir la mortalidad por tuberculosis respiratoria (TB).	Mortalidad por tuberculosis respiratoria (TB).	Tasa por 100 000 habitantes	2,70	2,6	2,4	2,3	2,2
Alcanzar un 80 % del éxito terapéutico en la cohorte de pacientes diagnosticados con tuberculosis respiratoria.	Porcentaje de éxito terapéutico en pacientes diagnosticados con tuberculosis respiratoria.	Proporción	76,2	76,2	77	78	80
Incrementar los estudios por baciloscopia a los pacientes captados como sintomáticos respiratorios.	Porcentaje de captación de sintomático respiratorio.	Proporción	3,4	3,4	3,6	4,0	5

Cuadro 70. Eje Salud pública. Metas e indicadores  
(continuación)

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Mantener en cero la incidencia de los eventos en plan de eliminación y/o erradicación (Rabia, sarampión, rubéola, síndrome rubéola congénita, poliomielitis, difteria tétanos neonatal).	Incidencia de los eventos en plan de eliminación y/o erradicación (Rabia, sarampión, rubéola, síndrome rubéola congénita, poliomielitis, difteria tétanos neonatal).	Tasa por 100 000 habitantes	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Eliminar la mortalidad por dengue.	Mortalidad por dengue.	Tasa por 100 000 habitantes	0,09	0,08	0,05	0,03	0
Construir el indicador de años de vida potenciales perdidos (AVPP) por enfermedades isquémicas del corazón y cerebro vasculares (según clasificación por criterio de evitabilidad).	Índice calculado de AVPP.	Número	ND	0	1	1	1
Disminuir la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.	Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.	Tasa por 100 000 menores de 5 años	3,40	3,2	3,0	2,6	2,4
Disminuir la proporción de embarazos en adolescentes entre 10 y 19 años.	Proporción de embarazos en población adolescente.	Proporción embarazos mujeres 10 a 19 años	23,6	23	22	20	15
Incrementar por encima de la línea de base la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillo en población menor de 18 años.	Retraso en la edad de inicio del consumo de cigarrillo.	Edad en años	12,55	12,55	Mayor de 12,55	Mayor de 12,55	Mayor de 12,55
Implementar y ejecutar el Plan municipal de salud mental.	Plan de salud mental.	Número	0	1	1	1	1
Evitar el incremento de los casos de mortalidad por suicidios.	Incidencia de mortalidad por suicidio.	Tasa por 100 000 habitantes	4	4	4	4	4

Cuadro 70. Eje Salud pública. Metas e indicadores  
(continuación)

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Disminuir consumo de alcohol hasta la embriaguez en adolescentes escolarizados.	Consumo de alcohol hasta la embriaguez.	Porcentaje	41,4	41,4	40,5	40	39
Mantener la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas ilegales en población escolarizada.	Consumo de sustancias psicoactivas ilegales.	Promedio	14	14	14	14	14
Incrementar la proporción de establecimientos de interés sanitario que cumplen con concepto favorable definitivo la normatividad sanitaria.	Proporción de establecimientos de interés sanitario que cumplen con concepto favorable definitivo según la normatividad sanitaria.	Porcentaje	10	15	22	25	30
Alcanzar un índice CPOD (Dientes Cariados, Obturados y Perdidos) promedio a los doce años de edad menor de 2.3. para la población escolarizada en instituciones públicas de Medellín.	Índice CPOD (Dientes Cariados, Obturados y Perdidos) promedio a los doce años de edad.	Porcentaje	2,3	2	1,9	1,8	1,7

Cuadro 71. Eje Salud pública. Área subprogramática: acciones de promoción de la salud y calidad de vida. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Promoción de los derechos y deberes en salud mental para grupos específicos.	Estrategia permanente de información.	Estrategia de promoción en salud mental por tiempo.	Porcentaje	10	50	60	60
Promoción de la salud mental a cuidadores (padres, profesores y tutores) con menores.	Llegar a 100 000 personas con temas de salud mental.	Acceso a programas de salud mental.	Porcentaje	0	30	40	30

Cuadro 71. Eje Salud pública. Área subprogramática: acciones de promoción de la salud y calidad de vida. Objetivos, metas e indicadores (continuación)

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Programa de información y/o sensibilización en la atención de la salud mental a personal asistencial de la red pública hospitalaria, para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud.	Informar y/o capacitar el 60 % del personal asistencial de la red pública.	Personal asistencial capacitado.	Porcentaje	0	40	60	0
Ampliar y mantener el programa Escuelas y colegios saludables con el componente de salud mental.	400 instituciones con Escuelas y colegios saludables con programa de salud mental.	Institución educativa.	Número	100	400	400	400
Intervenir en promoción a grupos familiares con el programa de Salud familiar y comunitaria (Medellín Solidaria).	60 mil familias en el programa de salud familiar y comunitaria.	Familias.	Número	15000	30000	45000	60000
Verificar la implementación de la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínico en las IPS públicas de la ciudad para impactar la morbimortalidad de los menores de 5 años.	AIEPI clínico en el 100 % de la IPS públicas municipales.	AIEPI clínico.	Porcentaje	20	80	100	100
Implementar por cada zona y corregimiento del Municipio la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI comunitario, para impactar la morbimortalidad de los menores de 5 años.	AIEPI comunitario implementado en el 100 % de los corregimientos y el 50 % de las zonas de la ciudad.	AIEPI comunitario.	Porcentaje	0	80	100	100
Diseñar e implementar un modelo de promoción de la salud y estilos de vida saludables, para modificar el conocimiento, las actitudes, costumbres y hábitos, que mejoren las condiciones de salud de la población.	Disponer de un modelo de IEC operando.	Modelo IEC.	Número	1	1	1	1

**Cuadro 72. Eje Salud pública. Área subprogramática: acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios). Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Vigilar y controlar los establecimientos que suministran alimentos, que originan riesgos para la salud.	Vigilar y aplicar correctivos al 100 % de los establecimientos cada año.	Establecimientos vigilados.	Porcentaje	100	100	100	100
Vigilar el agua para consumo humano y de uso recreativo en todo el territorio.	Vigilar el 100 % de los sistemas de suministro de agua potable y de uso recreativo.	Sistemas de suministro de agua potable y de uso recreativo.	Porcentaje	100	100	100	100
Realizar estudios respecto a la afectación de la salud por contaminación ambiental, aire, ruido radiaciones ionizantes, residuos sólidos.	Realizar estudios aplicados en el tema ambiental relacionado con la afectación a la salud.	Estudios ambientales aplicados en el tema de salud.	Número	0	2	2	2

**Cuadro 73. Eje Salud pública. Área subprogramática: acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Fortalecer y adecuar el sistema de información y gestión del conocimiento en salud, para la toma de decisiones en pro de la salud de los ciudadanos.	Sistema de información y gestión del conocimiento.	Sistema de información de gestión del conocimiento.	Número	1	1	1	1
Fortalecer los canales de difusión periódica y actualizada de los logros y avances en salud, en el Municipio.	Cuatro canales actualizados.	Medios de difusión.	Número	4	4	4	4
Diseñar e implementar un sistema de seguimiento al estado nutricional en los menores de 6 años.	Sistema de información.	Sistema de información nutricional.	Porcentaje	0	100	100	100

Cuadro 74. Eje Salud pública. Área subprogramática: acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional en Salud Pública. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Realizar seguimiento físico y financiero, permanente al Plan de salud municipal, acorde con la norma.	Realizar seguimiento al Plan informando los avances.	Seguimiento al Plan de salud.	Porcentaje	100	100	100	100

#### 8.4 Eje Promoción social. Metas e indicadores

Cuadro 75. Eje Promoción social. Metas e indicadores

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Fortalecer la participación de los usuarios como veedores de las condiciones de accesibilidad a los servicios.	Capacitar al 80 % de los líderes de las JAL, y del COPACO, como veedores y garantes de las condiciones de accesibilidad.	Número	0	30	70	0	0
Realizar jornadas de promoción de la salud en poblaciones especiales como discapacitados, desplazados, indígenas, adulto mayor, negritudes y otras priorizadas por el ente territorial.	Jornadas de promoción de la salud para poblaciones especiales.	Número	0	1	1	1	1
Mecanismos oficiales de participación comunitaria (COPACOS y CMSSS) activos y participando en la promoción de salud y prevención de la enfermedad en poblaciones especiales.	Mecanismos oficiales de participación comunitaria.	Número	2	2	2	2	2
Mesas de salud funcionando en promoción y prevención con poblaciones especiales.	Mesas de salud.	Número	21	21	21	21	21



**Cuadro 75. Eje Promoción social. Metas e indicadores (continuación)**

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Capacitar y/o sensibilizar al personal asistencial y administrativo de los servicios de salud públicos, sobre el respeto por la diversidad cultural y étnica, sobre los derechos y deberes de los usuarios frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Personal asistencial y administrativo de la red pública, capacitado y/o sensibilizado.	Porcentaje	0	10	50	40	0
Intervenir en las tres cohortes con acciones de educación en estilos de vida saludables, para prevenir efectos adversos en la salud, de las familias incluidas en el Proyecto Medellín Solidaria.	Familias de "Medellín solidaria".	Porcentaje	ND	30	50	75	100

**Cuadro 76. Eje Promoción social. Área subprogramática: acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales\*. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Facilitar el funcionamiento de los mecanismos de participación social. (Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud-CMSSS y el Comité de Participación Comunitaria-COPACO) para el cumplimiento de la norma.	Mantener los sistemas de participación social funcionando.	Participación social.	Número	2	2	2	2
Acciones de educación y promoción de la salud a poblaciones especiales.	Realizar campañas de promoción para grupos poblacionales específicos.	Promoción a grupos especiales.	Número	1	2	2	2

\*Nota: acciones dirigidas a población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescente y joven.

Cuadro 77. Eje Promoción social. Área subprogramática: acciones de salud en la “Red para la superación de la pobreza extrema - Red Juntos”. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Acciones de promoción de la salud a las familias de "Medellín solidaria" en la red para la superación de la pobreza extrema.	Lograr que el 60 % de las familias incluidas reciban acciones de promoción de la salud.	Promoción de salud a Medellín solidaria.	Porcentaje	20	50	80	100

Cuadro 78. Eje Promoción social. Área subprogramática: acciones educativas de carácter no formal\*. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Integrar el componente de salud en las redes sociales activas en el Municipio.	Integrar el componente de salud en el 80 % de las redes sociales activas del municipio.	Redes sociales de salud.	Porcentaje	0	30	60	100

\*Nota: estas acciones son dirigidas a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social, tales como: entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de modelos de atención a población indígena.

### 8.5 Eje Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. Metas e indicadores.

Cuadro 79. Eje Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. Metas e indicadores

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Seguimiento a las acciones de promoción de la salud ocupacional realizadas por las Administradoras de Riesgos Profesionales en las empresas en las que prestan servicios y que están localizadas en el municipio de Medellín. Decreto 1295 año 1994.	Acciones de promoción de la salud.	Porcentaje	ND	20	80	100	100

**Cuadro 79. Eje Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. Metas e indicadores (continuación)**

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Seguimiento a los planes de salud ocupacional de las Administradoras de Riesgos Profesionales en las empresas en las que prestan servicios y que están localizadas en el municipio de Medellín y son reportadas al Ministerio de la Protección Social.	Ejecución de los planes de salud ocupacional.	Porcentaje	ND	0	100	100	100
Promoción de salud ocupacional de la población vulnerable y relacionada con la economía informal.	Campaña de promoción en salud ocupacional al trabajador informal.	Número	ND	1	2	2	2

**Cuadro 80. Eje Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. Área subprogramática: acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Realizar campañas educativas dirigidas a trabajadores informales, en la prevención de los riesgos ocupacionales y el uso de los elementos de protección personal, para minimizar la morbimortalidad por accidente de trabajo y enfermedad profesional.	Campañas educativas dirigidas a los trabajadores informales.	Campañas educativas a la población trabajadora informal.	Número	1	2	2	2
Realizar seguimiento a las campañas educativas respecto al autocuidado y el uso de elementos de protección personal, dirigidas a la población trabajadora por las ARP para disminuir la morbimortalidad por accidentes de trabajo y enfermedad profesional.	Seguimiento a las ARP en el cumplimiento de las campañas educativas para el autocuidado y el uso de EPP.	Seguimiento a las ARP en las campañas de promoción.	Porcentaje	20	100	100	100

Cuadro 81. Eje Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. Área subprogramática: acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Realizar acciones de educación en los trabajadores respecto a los derechos y deberes de la atención en salud por causas ocupacionales.	Campañas de educación dirigidas a los trabajadores respecto a los derechos y deberes en salud.	Campañas de educación.	Número	1	2	2	2

Cuadro 82. Eje Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. Área subprogramática: acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos en los ámbitos laborales y riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Inspeccionar que las ARP tengan incluidos dentro de los planes de salud ocupacional elaborados a partir del panorama de factores de riesgo de las empresas adscritas, el componente de atención en salud y promoción.	Seguimiento a las ARP en el cumplimiento de los planes de salud ocupacional.	Seguimiento a los planes de salud ocupacional.	Porcentaje	70	80	85	90
Inspeccionar que las ARP cumplan con los planes de mitigación en sus empresas afiliadas, para la disminución de accidentes y enfermedades profesionales.	Seguimiento a las ARP en el cumplimiento de los planes de mitigación en salud ocupacional.	Seguimiento a los planes de mitigación.	Porcentaje	70	80	90	90

Cuadro 83. Eje Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. Área subprogramática: acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Realizar campañas de información y comunicación, orientadas a fortalecer la capacitación y la promoción, de las personas en situación de discapacidad y la reinserción al medio laboral.	Campañas de información y comunicación para sensibilizar y promover el tema de discapacidad.	Campañas de educación.	Número	0	1	1	1

Cuadro 84. Eje Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. Área subprogramática: acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Difundir los resultados de las acciones de inspección de los planes de salud ocupacional en las ARP del Municipio.	Informe semestral de los resultados de la inspección en la salud ocupacional.	Informes de inspección en salud ocupacional.	Número	1	2	2	2

### 8.6 Eje Emergencias y desastres. Metas e indicadores.

Cuadro 85. Eje Emergencias y desastres. Metas e indicadores

Metas de resultado 2008 - 2011	Indicador	Unidad	Línea de base	2008	2009	2010	2011
Atender el 100 % de las emergencias y desastres que ocurran en Medellín.	Emergencias y desastres.	Porcentaje	100	100	100	100	100
Operar y actualizar el Plan integral para la gestión del riesgo en zonas vulnerables.	Plan integral.	Número	1	1	1	1	1
Atención prehospitalaria al 100 % de las solicitudes de urgencias presentadas al número único.	Atenciones prehospitalarias.	Porcentaje	100	100	100	100	100

Cuadro 86. Eje Emergencias y desastres. Área subprogramática: gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Integración de la información intersectorial e interinstitucional unificada y estandarizada que permita identificar zonas de riesgo priorizadas para su intervención.	Plan integral para la gestión del riesgo.	Plan para la gestión del riesgo.	Número	0	1	1	1

Cuadro 87. Eje Emergencias y desastres. Área subprogramática: acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Integración de la información intersectorial e interinstitucional unificada y estandarizada que permita identificar zonas de riesgo priorizadas para su intervención.	Plan integral para la gestión del riesgo.	Plan para la gestión del riesgo.	Número	0	1	1	1
Capacitación al Comité Municipal, zonales y barriales para mejorar la capacidad para la identificación y respuesta ante las amenazas por emergencias y desastres.	Capacitar hasta el 60 % de los comités de prevención, activos.	Comités de prevención.	Porcentaje	10	15	20	15

Cuadro 88. Eje Emergencias y desastres. Área subprogramática: acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencia y desastres. Objetivos, metas e indicadores

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Integrar bajo la coordinación del SIMPAD las instituciones que atienden emergencias y desastres.	Mantener los comités activos.	Comités de emergencias.	Porcentaje	100	100	100	100

**Cuadro 89. Eje Emergencias y desastres. Área subprogramática: acciones de fortalecimiento de la red de urgencias. Objetivos, metas e indicadores**

Objetivos	Meta cuantitativa de producto para el cuatrienio 2008-2011	Indicador producto cuatrienio		Indicador de producto por anualidad			
		Nombre indicador	Unidad	8	9	10	11
Capacitar al personal de la red pública hospitalaria, que participa en el sistema de referencia, para mejorar la referencia y atención de traumas y urgencias en salud.	Capacitar al menos a 4 personas por institución que atiende urgencias.	Capacitación en referencia.	Número	0	40	0	0
Fortalecer los mecanismos de comunicación e información de la red de urgencias de salud.	Sistema de información y de comunicación articulado.	Sistema de información y comunicación.	Número	0	1	1	1

## 9. Programas y proyectos

Se definen cinco líneas o programas generales que incorporan proyectos específicos de cada tema para darle cumplimiento a las necesidades detectadas en el Municipio y lo requerido por la norma.

El Plan de Desarrollo "Medellín es solidaria y competitiva", comprende en su línea 2 "Desarrollo y bienestar para toda la población" el componente de salud, el cual se desarrolla en cinco (5) programas: Salud pública y promoción social, acceso a la salud, Institucionalidad del sector salud, Dirección del sector salud y red pública para la salud.

A continuación se describen los objetos de cada programa y proyecto, guardando estrecha relación con lo plasmado en el Plan de Desarrollo 2008-2011.

### **Componente: Salud**

#### **9.1 Programa: Salud pública y promoción social**



Intervenciones, procedimientos y actividades, individuales y colectivas; a cargo de las entidades territoriales, dirigidas a promover la salud y calidad de vida; la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias de salud, definidas en los Planes Nacional y Territoriales de Salud Pública. Incluye además acciones de asistencia social no cubiertas en los planes obligatorios de salud, dirigidas a las poblaciones más vulnerables.

### **9.1.1 *Proyectos asociados al programa Salud pública y promoción social***

#### **Prevención de la enfermedad y asistencia social en salud**

Comprende actividades colectivas de prevención de la enfermedad y asistencia social individual, a poblaciones especiales que lo requieran para mejorar sus condiciones de vida; involucra estrategias de intervención como Salud familiar, Escuelas y colegios saludables, Unires, Salud en mi comuna, la prestación de servicios de salud especializados, todas ellas articuladas con la Atención primaria en salud renovada.

#### **Intervención de los factores de riesgo que atentan contra la salud**

Comprende actividades de educación, inspección, vigilancia y control de factores de riesgos biológicos, sociales, ambientales y sanitarios; atendidos en las zonas o eventos de mayor riesgo para la población.

#### **Vigilancia epidemiológica para la salud**

Con sistemas y redes de monitoreo epidemiológico, atiende las demandas identificadas por riesgos o eventos de enfermedades transmisibles en todo el Municipio, implementando campañas de prevención, vacunación, seguimiento y análisis de casos.

#### **Promoción y educación en salud**

Promoción de estilos de vida saludable y de factores protectores que buscan que la población en general conozca y aplique comportamientos que le permitan minimizar las posibilidades de enfermar o morir, enfatiza en grupos poblacionales más vulnerables ya sea por grupos étnicos, sociales o geográficos. Se realiza haciendo énfasis en las campañas educativas a grupos vulnerables y de información a toda la comunidad por medios masivos de comunicación.

### **9.2 Programa: Acceso a los servicios de salud**



Busca lograr y mantener el aseguramiento universal de la población objeto del régimen subsidiado y garantizar la prestación de los servicios de salud del primer nivel de complejidad, a la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidio a la demanda, mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. De igual manera busca promover la afiliación al régimen contributivo en salud, para disminuir la evasión y elusión de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

#### **9.2.1 *Proyectos asociados al programa acceso a los servicios de salud***

##### **Programa de apoyo a las redes de atención en salud con énfasis en la red de urgencias, emergencias y desastres**

Realiza acciones de fortalecimiento de la red de urgencias en salud para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia en el Municipio y dar respuesta del sector salud a las situaciones de emergencias y desastres que se presenten.

##### **Aseguramiento en el régimen subsidiado a la población vulnerable**

Promueve la afiliación al Sistema de seguridad social en salud y asegura en salud a la población pobre de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén y poblaciones especiales.



### **Calidad de la atención de los servicios de salud**

Realiza el seguimiento a la calidad y la cobertura de los servicios de salud, prestados por las aseguradoras dentro del sistema de subsidios, y a las atenciones a la población no cubierta con subsidios en los niveles de atención propios del Municipio.

### **Promoción del régimen contributivo**

Realiza campañas de promoción de la afiliación, para evitar la evasión, disminuir la elusión y mejorar la cobertura del régimen contributivo.

### **Acceso a los servicios de salud a la población no asegurada**

Asegura la prestación de los servicios de salud, de primer nivel de complejidad, a la población que aún no se encuentra en el régimen subsidiado.

### **9.3 Programa: dirección del sector salud**

Busca direccionar el Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel local, por medio de la formulación y ejecución de políticas públicas en coordinación con los diferentes actores del sector, fomentando los mecanismos de participación social y comunitaria para garantizar el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos, en materia de salud pública y de seguridad social en salud. Se propone impulsar a Medellín como una ciudad reconocida en el ámbito internacional especializada en servicios de salud, incluyendo entidades públicas y/o privadas de los sectores complementarios.

#### **9.3.1 Proyectos asociados al programa Dirección del Sector Salud**

#### **Gestión para el direccionamiento del sector**

Articular la participación de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud para

lograr el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos, interactuando con todos los actores del sector y los grupos organizados comunitarios que hacen presencia en el territorio municipal, para identificar problemáticas e identificar soluciones conjuntas en pro de la comunidad.

### **Internacionalización de la salud -Medellín, salud para el Mundo-**

Direccionar el *clúster* de la salud, integrando esfuerzos y posicionando el tema de la salud, como un servicio competitivo de Medellín para el mundo.

### **9.4 Programa: Institucionalidad del sector salud**

Pretende asegurar el desarrollo de la Secretaría de Salud para el cumplimiento de sus competencias por medio de la gestión de recursos físicos, humanos y financieros.

#### **9.4.1 Proyectos asociados a la institucionalidad del sector salud**

#### **Fortalecimiento de la capacidad institucional de la Secretaría de Salud**

Formula y realiza el plan de desarrollo institucional para cumplir con las competencias de la Secretaría; realiza y apoya investigaciones para el sector salud.

#### **Gestión del conocimiento y de la información**

Fortalece el conocimiento de la salud en la ciudad y la región con la operación, seguimiento y análisis de la información para el sector.

### **9.5 Programa: Red pública para la salud**

Busca fortalecer la red de servicios mediante la disposición de equipamientos físicos y tec-

nológicos, para la prestación de servicios de salud ajustados a las normas del Sistema obligatorio de garantía de la calidad; mediante el mejoramiento y dotación de los ya existentes y la construcción y dotación de nuevos puntos de atención acordes con las dinámicas poblacionales y a las necesidades de atención en salud.



**9.5.1 Proyectos asociados al programa Red pública para la salud**

**Mejoramiento, reposición y sostenimiento de la infraestructura de la red pública hospitalaria**

Procura el sostenimiento y funcionamiento de la red pública hospitalaria, garantizando la pres-

tación de los servicios de salud a las poblaciones más vulnerables de Medellín.

**Construcción de nuevos equipamientos en salud**

Ampliará la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios de salud con nuevos equipamientos, mejorando la red pública hospitalaria.

**Dotación de la red pública hospitalaria**

Apoya la viabilidad de la red pública hospitalaria de Medellín para la adecuada prestación de los servicios de salud de la población vulnerable.

**10. Relación entre los ejes programáticos y áreas subprogramáticas según la resolución 425**

El siguiente cuadro, resume e identifica la relación existente entre los ejes programáticos, sus áreas subprogramáticas según la resolución 425, frente a los programas y proyectos definidos para su operativización, que son el marco del Plan de desarrollo municipal 2008-2011.

Cuadro 90. Relación entre los ejes programáticos y áreas subprogramáticas

1. Eje Aseguramiento		
Áreas subprogramáticas	Programa plan de desarrollo	Proyecto
Promoción de la afiliación al SGSSS.	Acceso a la salud.	Promoción del régimen contributivo.
Identificación y priorización de la población a afiliar.	Acceso a la salud.	Aseguramiento en el régimen subsidiado a la población vulnerable.
Gestión y utilización eficiente de los cupos del régimen subsidiado.	Acceso a la salud.	Aseguramiento en el régimen subsidiado a la población vulnerable.
Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio.	Institucionalidad del sector salud.	Fortalecimiento de la capacidad institucional de la Secretaría de Salud.

Cuadro 90. Relación entre los ejes programáticos y áreas subprogramáticas (continuación)

<b>1. Eje Aseguramiento</b>		
<b>Áreas subprogramáticas</b>	<b>Programa Plan de desarrollo</b>	<b>Proyecto</b>
Adecuación tecnológica y de la capacidad del recurso humano para la administración de la afiliación en el Municipio.	Institucionalidad del sector salud.	Gestión del conocimiento y de la información.
Celebración de los contratos de aseguramiento.	Acceso a la salud.	Aseguramiento en el régimen subsidiado a la población vulnerable.
Administración de bases de datos de afiliados.	Institucionalidad del sector salud.	Gestión del conocimiento y de la información.
Gestión financiera del giro de los recursos.	Institucionalidad del sector salud.	Fortalecimiento de la capacidad institucional de la Secretaría de Salud.
Interventoría de los contratos del régimen subsidiado.	Acceso a la salud.	Aseguramiento en el régimen subsidiado a la población vulnerable.
Prestación de servicios a la población pobre no cubierta.	Acceso a la salud.	Acceso a los servicios de salud a la población no asegurada.
Vigilancia y control del aseguramiento.	Acceso a la salud.	Aseguramiento en el régimen subsidiado a la población vulnerable.
<b>2. Eje Prestación y desarrollo de servicios de salud</b>		
<b>Áreas subprogramáticas</b>	<b>Programa Plan de desarrollo</b>	<b>Proyecto</b>
Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud.	Acceso a la salud.	Calidad de la atención de los servicios de salud.
Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud.	Red pública para la salud.	Mejoramiento y sostenimiento de la infraestructura de la red pública hospitalaria.
Mejoramiento de la calidad en la atención en salud.	Acceso a la salud.	Calidad de la atención de los servicios de salud.
Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas.	Acceso a la salud.	Calidad de la atención de los servicios de salud.
Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas.	Red pública para la salud.	Mejoramiento y sostenimiento de la infraestructura de la red pública hospitalaria.
<b>3. Eje Salud pública</b>		
<b>Áreas subprogramáticas</b>	<b>Programa Plan de desarrollo</b>	<b>Proyecto</b>
Acciones de promoción de la salud y calidad de vida.	Salud pública y promoción social.	Promoción y educación en salud.

Cuadro 90. Relación entre los ejes programáticos y áreas subprogramáticas (continuación)

<b>3. Eje Salud pública</b>		
<b>Áreas subprogramáticas</b>	<b>Programa Plan de desarrollo</b>	<b>Proyecto</b>
Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios).	Salud pública y promoción social.	Prevención de la enfermedad y asistencia social en salud.
Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios).	Salud pública y promoción social.	Intervención de los factores de riesgo que atentan contra la salud.
Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.	Salud pública y promoción social.	Vigilancia epidemiológica para la salud.
Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.	Salud pública y promoción social.	Gestión del conocimiento y de la información.
Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.	Institucionalidad del sector salud.	Gestión del conocimiento y de la información.
Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.	Institucionalidad del sector salud.	Fortalecimiento de la capacidad institucional de la Secretaría de Salud.
<b>4. Eje Promoción social</b>		
<b>Áreas subprogramáticas</b>	<b>Programa Plan de desarrollo</b>	<b>Proyecto</b>
Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales, tales como: población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescente y joven.	Salud pública y promoción social.	Promoción y educación en salud.
Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales, tales como, población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescente y joven.	Salud pública y promoción social.	Prevención de la enfermedad y asistencia social en salud.
Acciones de salud en la "Red para la superación de la pobreza extrema - Red Juntos".	Salud pública y promoción social.	Prevención de la enfermedad y asistencia social en salud.
Acciones educativas de carácter no formal dirigidas a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social, tales como: entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de modelos de atención a población indígena.	Salud pública y promoción social.	Promoción y educación en salud.

Cuadro 90. Relación entre los ejes programáticos y áreas subprogramáticas (continuación)

<b>4. Eje Promoción social</b>		
<b>Áreas subprogramáticas</b>	<b>Programa Plan de desarrollo</b>	<b>Proyecto</b>
Acciones educativas de carácter no formal dirigidas a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social, tales como: entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de modelos de atención a población indígena.	Salud pública y promoción social.	Prevención de la enfermedad y asistencia social en salud.
Acciones educativas de carácter no formal dirigidas a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social, tales como: entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de modelos de atención a población indígena.	Dirección del sector salud.	Gestión para el direccionamiento del sector.
<b>5. Eje Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales</b>		
<b>Áreas subprogramáticas</b>	<b>Programa Plan de desarrollo</b>	<b>Proyecto</b>
Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales.	Salud pública y promoción social.	Promoción y educación en salud.
Acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales.	Salud pública y promoción social.	Promoción y educación en salud.
Acciones de inducción a la demanda en los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales.	Salud pública y promoción social.	Prevención de la enfermedad y asistencia social en salud.
Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales en los ámbitos laborales y riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales.	Salud pública y promoción social.	Intervención de los factores de riesgo que atentan contra la salud.
Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.	Salud pública y promoción social.	Prevención de la enfermedad y asistencia social en salud.
Acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral.	Institucionalidad del sector salud.	Gestión del conocimiento y de la información.

Cuadro 90. Relación entre los ejes programáticos y áreas subprogramáticas (continuación)

6. Eje Emergencias y desastres		
Áreas subprogramáticas	Programa Plan de desarrollo	Proyecto
Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres.	Acceso a la salud.	Programa de apoyo a las redes de atención en salud con énfasis en la red de urgencias, emergencias y desastres.
Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.	Acceso a la salud.	Programa de apoyo a las redes de atención en salud con énfasis en la red de urgencias, emergencias y desastres.
Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencia y desastres.	Acceso a la salud.	Programa de apoyo a las redes de atención en salud con énfasis en la red de urgencias.
Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias.	Acceso a la salud.	Programa de apoyo a las redes de atención en salud con énfasis en la red de urgencias.

## 11. Estimación y proyección presupuestal destinada para el cuatrienio

Cuadro 91. Presupuesto del Plan de desarrollo 2008-2011, sector salud

	Programa/Proyectos	Presupuesto (millones de pesos)	%
<b>1</b>	Salud pública y promoción social	<b>108 676</b>	9,88
<b>1.1</b>	Promoción y educación en salud	21 987	
<b>1.2</b>	Prevención de la enfermedad y asistencia social en salud	48 618	
<b>1.3</b>	Vigilancia epidemiológica para la salud	17 481	
<b>1.4</b>	Factores de riesgo que atentan contra la salud	20 590	
<b>2</b>	Acceso a los servicios de salud	<b>899 345</b>	81,79
<b>2.1</b>	Aseguramiento en el régimen subsidiado a la población vulnerable	734 476	
<b>2.2</b>	Acceso a los servicios de salud a la población no asegurada	161 877	
<b>2.3</b>	Central única de monitoreo y regulación de emergencias y urgencias en salud	526	
<b>2.4</b>	Promoción del régimen contributivo	820	
<b>2.5</b>	Calidad de la atención de los servicios de salud	1 646	
<b>3</b>	Dirección del sector salud	<b>1 335</b>	0,12
<b>3.1</b>	Gestión para el direccionamiento del sector	835	
<b>3.2</b>	Internacionalización de la salud -Medellín, salud para el mundo-	500	

**Cuadro 91. Presupuesto del Plan de desarrollo 2008-2011, sector salud (continuación)**

	<b>Programa/Proyectos</b>	<b>Presupuesto (millones de pesos)</b>	<b>%</b>
<b>4</b>	<b>Institucionalidad del sector salud</b>	<b>9 501</b>	<b>0,86</b>
<b>4.1</b>	Fortalecimiento de la capacidad institucional de la Secretaría de Salud	7 909	
<b>4.2</b>	Gestión del conocimiento y la información	1 592	
<b>5</b>	<b>Red pública para la salud</b>	<b>80 765</b>	<b>7,34</b>
<b>5.1</b>	Mejoramiento, reposición y sostenimiento de la infraestructura de la red pública hospitalaria	40 422	
<b>5.2</b>	Dotación de la red pública hospitalaria	14 322	
<b>5.3</b>	Construcción de nuevos equipamientos en salud	26 021	
	<b>Salud</b>	<b>1 099 622</b>	<b>100,00</b>

## Notas y referencias

- El IDH fue creado por las Naciones Unidas para medir el progreso de una ciudad respecto a tres dimensiones básicas como esperanza de vida, educación e ingresos.
- Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Indicadores básicos 2006, situación de salud en Medellín.
- Idem.
- Estudio Contaminación atmosférica y efectos en la salud. Área Metropolitana – Universidad de Antioquia Facultad de Salud Pública - Municipio de Medellín Secretaría de Salud y Municipio de Itagüí. 2005 – 2006.
- Área Metropolitana y Politécnico Jaime Isaza. Elaboración y publicación en WEB del mapa acústico y concentraciones del monóxido de carbono para el Municipio de Medellín. Informe ejecutivo. 2005
- Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Indicadores básicos 2006, situación de salud en Medellín.
- Mortalidad a 103 causas CIE 10. Información preliminar certificados de defunción Secretaría de Salud de Medellín, 2006.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Regional Noroccidente. Reportes de necropsias. Municipio de Medellín, 2005.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), plataforma 94, 95, 96 - Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2.
- Municipio de Medellín - Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna – BID Línea de base de salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín, 2006.
- Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Indicadores básicos 2006, situación de salud en Medellín.
- Fuente: Ministerio de Salud de Canadá 1989.
- Municipio de Medellín – Secretaría de Salud y Universidad CES. Salud mental del adolescente, Medellín, 2006.
- Municipio de Medellín. Magnitud y distribución de las diferentes formas de violencia en Medellín 2003-2004).
- Municipio de Medellín – Secretaría de Salud y Universidad del CES. Salud mental del Adolescente, Medellín, 2006.
- Fuente Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Indicadores básicos 2006. Situación de salud en Medellín.

17. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación, Política Pública Nacional de Discapacidad, Documento Conpes Social 90. Bogotá, 2004
18. Departamento Administrativo de Planeación y SIPECODI
19. IIV Índice de infestación de vivienda.
20. Secretaría de Salud de Medellín, Ministerio de Protección Social, Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Promoción de la salud y prevención de riesgos ocupacionales en poblaciones laborales vulnerables en el centro de Medellín y los corregimientos de San Antonio de Prado y San Cristóbal, 2006.
21. Idem.
22. Fuente: Fasecolda, Suratep 2002.
23. Secretaría de Salud de Medellín, Ministerio de Protección Social, Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública. Promoción de la salud y prevención de riesgos ocupacionales en poblaciones laborales vulnerables en el centro de Medellín y los corregimientos de San Antonio de Prado y San Cristóbal, 2006. Informe final.
24. Ídem
25. Idem.
26. La certificación que expide el Ministerio de la Protección como cobertura universal se da cuando se alcanza al menos el 90 % de la cobertura.



