



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali 2008 - 2011

Presentado por: Dr. Jorge Ivan Ospina,
Alcalde de Santiago de Cali

Elaborado y preparado:
Comité Técnico
Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Santiago de Cali, Mayo de 2008



“Cali, Saludable y Participativa”
CL 4B # 36-00 TEL: 5542514-15-16-17-18 - SANTIAGO DE CALI – COLOMBIA





ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Jorge Ivan Ospina, Alcalde de Santiago de Cali
Dr. Alejandro Varela, Secretario de Salud Pública Municipal
Dr. Juan Carlos Botero, Director del departamento de Hacienda
Dr. Johanio Marulanda, Director departamento de Planeación

Comité Técnico de la Secretaria de Salud Pública Municipal

Alejandro Varela, Secretario de Salud Pública Municipal
Alexander Duran, coordinador operativo de salud pública y promoción social
Ana Miriam Perea, Grupo jurídico
Bertha Lucia Ospina; grupo de aseguramiento
Carlos Paz, grupo de desarrollo de servicios
Carmenza Cruz, grupo de comunicaciones
Elidier Gomez, coordinador general
Elizabeth Castillo, grupo de salud pública
Judit Rodriguez, grupo administrativo
Luis Fernando Rendón, coordinador red de servicios
Luz Maria Gomez, Grupo de epidemiología
Máximo Luna, coordinador administrativo y financiero
Nhora Ocoró, grupo financiero
Raúl Marquez, grupo planeación
Oscar Julio Gonzalez, grupo de interventoría

Consejo Territorial en Seguridad Social en Salud



“Cali, Saludable y Participativa”
CL 4B # 36-00 TEL: 5542514-15-16-17-18 - SANTIAGO DE CALI – COLOMBIA





ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

CONTENIDO.

1. INTRODUCCIÓN	6
2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	7
2.1 EL CONTEXTO FÍSICO, SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL	7
2.1.1 El contexto físico	7
2.1.2 El contexto socioeconómico.....	8
2.1.3 El contexto cultural.....	8
2.1.4 Estructura social y poder político.	8
2.2 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA.....	9
2.2.1 Estructura de la población	10
2.2.2 Transición Demográfica	11
2.2.3 Análisis de Fecundidad.....	12
2.2.4 Análisis de Mortalidad.....	12
2.2.5 Equidad en resultados en Salud	18
2.3 EJES PROGRAMÁTICOS	19
2.3.1 Aseguramiento.....	19
2.3.1.1 Seguridad social en salud en Cali.....	19
2.3.2 Prestación y desarrollo de servicios de salud	30
2.3.2.1 Red publica.....	30
2.3.2.2 Red privada	31
2.3.2.3 Áreas a desarrollar.....	31
2.3.3 Salud Pública.....	33
2.3.3.2 Salud sexual y reproductiva.	33
2.3.3.3 Salud oral.....	35
2.3.3.4 Salud Mental y lesiones violentas evitables	35
2.3.3.5 Enfermedades transmisibles y Zoonosis.....	37
2.3.3.5.1 Dengue.....	37
2.3.3.5.2 Tuberculosis.....	37
2.3.3.6 Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo.....	38
2.3.3.7 Seguridad alimentaria y nutricional.	39



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

2.3.3.8	Seguridad Sanitaria y del ambiente.....	40
2.3.3.8.1	Agua como recurso natural:.....	40
2.3.3.8.2	Suelo.....	40
2.3.3.9	Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.....	41
2.3.4	Promoción social	41
2.3.4.1	Discapacidad	41
2.3.5	Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.....	44
2.3.6	Emergencias y Desastres	47
2.3.6.1	Estudio de emergencias y desastres	48
2.4	CARTOGRAFÍA SOCIAL.....	49
2.4.1	Mesas de Participación social en salud.	49
2.4.2	Auto percepción de la comuna y de la cuenca.....	49
2.4.3	Actividades económicas y generación de ingresos por comuna y por cuenca. 50	
2.4.4	Determinantes Identificados por la comunidad	50
2.4.5	Principales problemas sentidos por la comunidad.....	51
3.	MÉTODO.....	51
3.1	COMPONENTE ESTRATÉGICO.....	51
3.1.1	Visión.	51
3.1.2	Misión.	51
3.1.3	Enfoque del Plan	52
3.1.3.1	Alineación	52
3.1.3.1.1	Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali.....	52
3.1.3.1.1.1	Principios del Plan de Desarrollo de Cali	52
3.1.3.1.1.2	Desarrollo de programas del plan de desarrollo.....	53
3.1.4	Propósito del plan	55
3.2	ESTRATEGIA DE PRIORIZACIÓN.....	55
3.2.1	Matriz de alineación.....	57
3.3	ESTRATEGIA DE MUNICIPIO SALUDABLE.....	67
3.3.1	Componente gestión de políticas públicas saludables.....	67
3.3.2	Fortalecimiento de la acción comunitaria	67
3.3.3	Desarrollo de capacidades personales	67
3.3.4	Componente entorno saludable.....	68
3.3.5	Reorganización de servicios públicos.....	68
3.4	ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN.....	69
3.4.1	Objetivos.....	69
3.4.2	Temáticas.....	69



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.4.3	Conformación de equipos.....	69
3.4.4	Resultados esperados	70
3.4.4.1	Mayor inclusión social:.....	70
3.4.4.2	Reducción de la vulnerabilidad generada por la pobreza:.....	70
3.4.4.3	Ambientes sanos que protegen el riesgo colectivo	70
3.4.4.4	Mayor equidad y mejores condiciones de salud:.....	70
3.5	PLANES PROGRAMÁTICOS.	70
3.5.1	Aseguramiento.	70
3.5.2	Prestación y desarrollo de servicios de salud	75
3.5.3	Salud pública.....	77
3.5.3.1	Salud infantil	77
3.5.3.2	Salud sexual y reproductiva	78
3.5.3.3	Salud oral.....	79
3.5.3.4	Salud Mental y lesiones violentas.....	80
3.5.3.5	Enfermedades trasmisibles y zoonosis.	81
3.5.3.6	Enfermedades crónicas no trasmisibles.....	82
3.5.3.7	Seguridad Alimentaria Y Nutricional	83
3.5.3.8	Seguridad sanitaria y del Ambiental.....	85
3.5.3.9	Vigilancia En Salud Pública	87
3.5.4	Promoción social	89
3.5.5	Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.....	91
3.5.6	Emergencias y desastres.....	94
3.5.7	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.	95
3.5.7.1	Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional En Salud Pública.	95
4.	ANEXOS.....	97
4.1	PLAN INDICATIVO	97
4.2	PLAN DE INVERSIONES.....	97
4.3	PLAN OPERATIVO ANUAL	97
4.4	INFORMES	97
4.5	INFORMES DE GESTIÓN.....	97



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

1. INTRODUCCIÓN

La relación entre políticas públicas y derechos en salud es indiscutible. La incorporación del enfoque de derechos ha permitido que las políticas dejen su connotación declarativa para convertirse en un ejercicio obligatorio. Como señala Thomas Dye: «Política pública es aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer por sus ciudadanos», así como los derechos humanos son los vectores o vehículos que relacionan a los ciudadanos con su Estado, el enfoque de derechos permite las exigencias para el Estado en la realización de políticas en salud y la exigibilidad por parte de la ciudadanía de su cumplimiento.

Las políticas públicas no tienen que ser temporales, circunstanciales o producto de un grupo de personas aisladas, sino por el contrario, sostenibles y legítimas donde el Estado promueva condiciones favorables para mejorar la calidad de vida de las personas, a través de políticas participativas: La salud se construye ahí donde las personas nacen, crecen, trabajan, estudian, aman y se recrean¹.

Conscientes de la imperiosa necesidad de implementar estrategias que garanticen la efectividad de las acciones llevadas a cabo por quienes de una u otra forma influyen en la calidad de vida de la población y que puedan generar cambios en sus indicadores de base; a un costo aceptable, mediante el uso de tecnologías probadas y de amplia aceptación; se toma la decisión por parte del Municipio de Santiago de Cali a través del Señor Alcalde de adoptar la estrategia de MUNICIPIO SALUDABLE como una política pública, que permitirá que las acciones realizadas por cada uno de los actores que intervienen en los condicionantes de la salud de la población caleña generen dinámicas que permitan avances en la mejora de los indicadores de calidad de Vida de nuestra Población; Se propicia así un momento histórico en donde sus habitantes, sus familias, gobernantes, instituciones, sus organizaciones y el sector productivo tienen la oportunidad de trabajar juntos por un propósito articulador, que permita de una manera coordinada, intersectorial, sostenible e innovadora a través de la participación de la comunidad caleña definir el derrotero y acciones que nos permitan convertirnos en una ciudad saludable.

ALEJANDRO VARELA V.
Secretario de Salud Municipal.

¹ Memorias del Primer Encuentro Nacional de Promoción de la Salud: Construyendo una cultura de salud en el Perú /Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud - Lima: Ministerio de Salud, 2005



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Santiago de Cali, fundada el 25 de Julio de 1536 por Sebastián de Belalcázar, capital del Departamento del Valle del Cauca, situada a 995 metros de altura sobre el nivel del mar, 37% de superficie de territorio con piso térmico cálido y el 43% con piso térmico medio, con una temperatura media de 24 °C, es la ciudad de mayor atracción poblacional del Sur Occidente Colombiano con una población censal estimada al 2007 de 2'169.801 habitantes lo que la convierte en la segunda ciudad del país en volumen poblacional. Limita por el norte con Yumbo; por el oriente con Palmira y Candelaria; por el sur con Jamundí y el departamento del Cauca y por el occidente con Dagua y Buenaventura.

Las transformaciones demográficas, sociales y económicas han generado grandes implicaciones cualitativas y cuantitativas en el desarrollo poblacional global pues entre otros efectos, ha significado un acelerado proceso de urbanización, de metrópolis acción y por lo mismo, de alta participación en la redistribución espacial de la población.

2.1 EL CONTEXTO FÍSICO, SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL

2.1.1 El contexto físico

El ecosistema y la calidad del ambiente físico son determinantes de la salud de todo asentamiento humano. Cali presenta condiciones geográficas favorables para el desarrollo de asentamientos que pudieran considerarse privilegiadas en comparación con otras regiones (temperatura media de 26°C, vientos marinos que refrescan la ciudad, 7 fuentes de agua dulce y 3 sistemas acuíferos). La distribución geográfica de los asentamientos humanos revela sin embargo una marcada inequidad; las comunidades más pobres se asientan en zonas de alto riesgo, en situación de hacinamiento y con limitados recursos para realizar una adecuada gestión del ambiente.

El recurso hídrico es suficiente para suplir las necesidades de agua del municipio en la zona urbana: la demanda de 113 Mm³/hab./año es cubierta con una disponibilidad de 177.18 Mm³/hab./año. El Cali el Estado juega un papel importante en la provisión de los servicios de agua potable, a través de cuatro plantas de tratamiento de agua (PTAP), operadas y controladas por las Empresas Municipales de Cali (EMCALI). La cobertura del servicio de agua es alta en 13 de las 21 comunas del área urbana. Sin embargo, la cobertura es baja en las tres comunas de la zona de ladera: 1 (49%), 20 (60%) y 18 (69%). En las comunas 13 y 15 de la zona oriental la cobertura es de 76% y 77% respectivamente y en las comunas 3, 4 y 12 fluctúan entre 70%–79%. El servicio de alcantarillado presenta comportamiento similar al de acueducto.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

El ruido afecta la calidad de vida de los caleños, especialmente el producido por el flujo automotor, que en puntos críticos sobrepasa la norma de los 60 decibeles para área residencial y 40 decibeles para áreas hospitalarias. El estudio "Cali cómo vamos" realizado en el 2006, reporta que el 60% de los ciudadanos consideran el ruido como un problema serio de cultura ciudadana, particularmente por el mal uso de equipos de sonido que violan las normas (31.8%) seguidos de las fábricas, talleres, establecimientos comerciales y de servicios (14.74%).

2.1.2 El contexto socioeconómico

En las últimas dos décadas la pobreza y la violencia han agudizado el desplazamiento de un gran número de familias que buscan la seguridad en Cali. Estas familias son en su mayoría afro descendientes e indígenas que llegan principalmente a las comunas de Agua blanca y zonas de ladera.

Como en el resto del país, la acumulación progresiva de la riqueza en unas pocas familias se observa desde la fundación del municipio. La inequidad en el acceso a los recursos, el narcotráfico, la corrupción en el manejo de los recursos públicos y la exclusión de un gran segmento de la población del proceso productivo, han agravado la situación socioeconómica de sus habitantes. El aumento del PIB en la región se ha acompañado paradójicamente, de un aumento en la inequidad y la exclusión social, como lo muestran las tendencias de las tasas de desempleo y subempleo y el índice de GINI.

2.1.3 El contexto cultural

Una oferta limitada de empleo, junto a una mezcla cultural heterogénea heredada de valores culturales de los colonizadores y esclavos africanos donde predomina el individualismo heredado de la vieja hacienda colonial y la valoración de la autonomía personal y laboral explican la vocación de cierto grupo de la población caleña hacia actividades informales, al llamado "rebusque" y en las últimas décadas a la búsqueda de dinero fácil.

Los conflictos en la convivencia, son otra consecuencia de la falta de respeto, precaria confianza e insolidaridad en la sociedad caleña. La notable desorganización de la vida cotidiana incluye el grave problema del tránsito, es más evidente la pobreza de la cultura ciudadana en Cali con graves consecuencias en la salud en términos de homicidios, lesiones personales, estrés y estilos de vida no saludables.

2.1.4 Estructura social y poder político.

En la ciudad de Cali se evidencia que los principales cargos de poder en el Estado corresponden a un núcleo de la élite política que entre 1958 – 1998 ostentó 427 cargos públicos de alto nivel en cabeza de 47 personas. El perfil del núcleo de la élite política de la ciudad, muestra que en



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

su mayoría está conformada por caleños de sexo masculino, con formación universitaria principalmente en Derecho y estudios de educación superior en las Universidades Javeriana y Santiago de Cali. En general, cuentan con un amplio capital social y cultural, participantes de la Cámara de Comercio y de la Asociación Nacional de Industriales de Colombia, ANDI.

2.2 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

El incremento poblacional en la ciudad en las últimas seis décadas ha sido acelerado duplicando su cantidad en cortos periodos de tiempo; parte de este aumento se debe al crecimiento vegetativo que resulta de la diferencia entre la natalidad y la mortalidad unido a la alta migración neta positiva, (diferencia inmigración y emigración), resultado de gran parte por los desplazamientos masivos. Según los datos del DANE, la tasa bruta de natalidad para Cali en el año 2006 fue de 14.2 por 1000 habitantes y la tasa bruta de mortalidad fue 5.5 por 1000 habitantes, de modo que sin contar inmigración, el solo crecimiento vegetativo aporta cada año 18.800 personas.

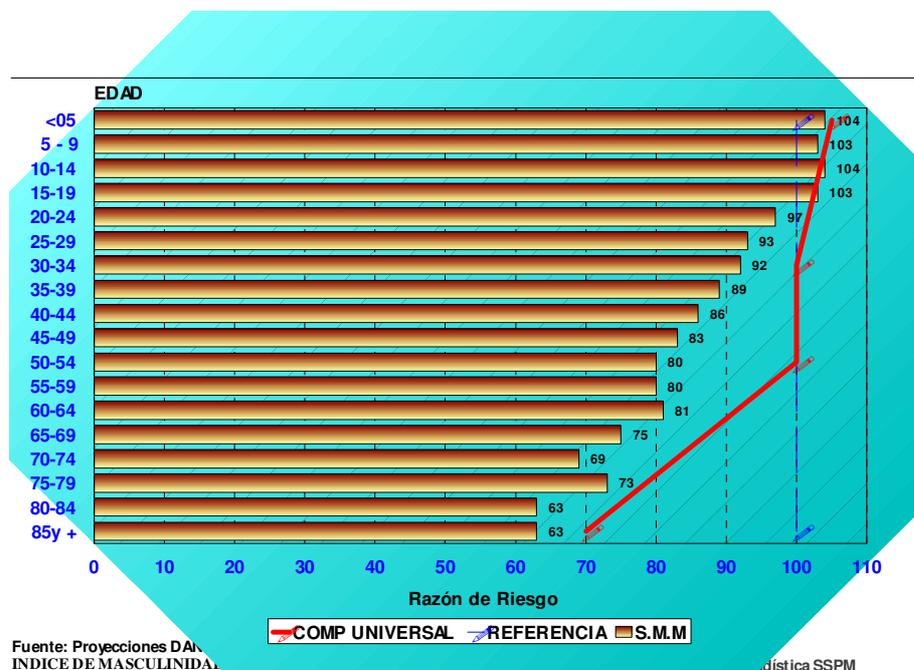
Además de la situación económica, social y política de los últimos tiempos lo que más influye en la decisión de migrar son las condiciones de seguridad del lugar de origen de los emigrantes, que buscan en el lugar de destino escapar a este problema. Para Cali, la inmigración es el factor que más ha contribuido al incremento de la población explicada en gran medida por motivos políticos y de violencia.

La población Caleña está conformada en un 48% por hombres y 52% por mujeres, reflejándose un déficit de 8 hombres por cada 100 mujeres. En los nacidos vivos la situación es contraria: por cada 100 nacimientos de niñas se presentan 104 nacimientos de niños, mostrando un exceso de 4 hombres por cada 100 mujeres, diferencia que gradualmente cambia debido a las diferencias en la mortalidad, de modo que posteriormente comienza a presentarse un déficit de hombres cada vez mayor en la medida que avanza la edad.

Grafico 1. Índice de masculinidad por grupo de edad. Cali. 2007.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



2.2.1 Estructura de la población

La estructura de la población de Cali en los últimos censos muestra disminución en la proporción de jóvenes como resultado de la reducción de la fecundidad con incremento en los grupos en edad mas avanzada.

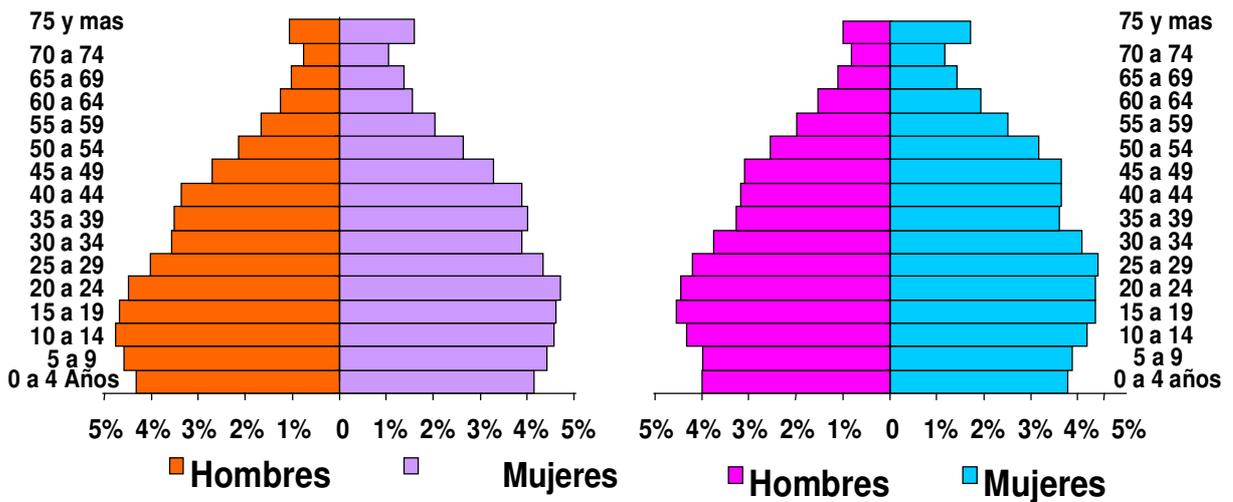
La pirámide poblacional cambia en su forma pasando de ser expansiva, (base ancha), a otra cada vez más constrictiva (base estrecha). Estos cambios como resultado de la reducción del crecimiento vegetativo ocurren entre otros factores por disminución de la tasa de mortalidad infantil y aumento de la esperanza de vida al nacer, así como cambios en el perfil de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias propias de comunidades subdesarrolladas a un perfil de mortalidad de comunidades con mayor nivel de desarrollo donde predominan las causas de muerte por enfermedades cardiocerebrovasculares y tumores malignos. La pirámide poblacional correspondiente a la proyección del año 2011 comparada con el año 2005 muestra estrechamiento en la base y ensanchamiento en la cúspide lo que indica un mayor envejecimiento de la población.

Grafico 2. Edad y género. Población Cali. 2005, 2007.

PIRAMIDE POBLACIONAL

AÑO 2005 SEGÚN CENSO DANE

AÑO 2007 SEGÚN PROYECCIONES DANE



Fuente: proyecciones DANE.

Según estimaciones del Departamento Administrativo de Planeación Municipal, en las 22 comunas en la zona urbana residen el 98.4% de la población y el 1.6% habitan en la zona rural conformada esta ultima por 15 corregimientos.

Según la clase social de moda derivada del estrato socioeconómico más frecuente en la comuna, la población se distribuye en un 47% en la clase baja (Estratos I y II), un 38% de clase media (Estratos III y IV) y en la clase alta (Estratos V y VI) residen el 15%.

Según el departamento de planeación municipal en el documento Cali en Cifras 2007, la densidad poblacional (relación entre la población y el área que ocupa), muestra sectores de la ciudad con altos niveles de saturación poblacional, que podría reflejar condiciones de hacinamiento y déficit de vivienda. En cuanto a la Salud Pública, estas comunas de mayor densidad poblacional coinciden con mayor incidencia de morbilidad transmisible.

2.2.2 Transición Demográfica

La transición demográfica entendida como cambios en los niveles de natalidad y mortalidad, muestra en Cali reducción progresiva de la natalidad y un leve aumento de la mortalidad, esto conlleva a un crecimiento vegetativo cada vez menor y se refleja en un proceso de envejecimiento paulatino de la población con aumento de la esperanza de vida al nacer.

Los cambios en los indicadores de tasa de mortalidad infantil (TMI) y tasa global de fecundidad (TGF), no han sido similares en las diferentes comunas; algunas presentan avances significativos como son las comunas 2, 5, 8, 9, 10, 17, 19 y 22, mientras las comunas 1, 3, 4, 7, 13, 14, 15, 18, 20 y 21 presentan los niveles de mortalidad infantil y fecundidad mas altos de la ciudad.

2.2.3 Análisis de Fecundidad

La fecundidad es uno de los aspectos que requiere especial atención, se debe tener en cuenta su relación con el contexto social, político y cultural para entender su comportamiento en la población. La ciudad de Cali presentó, según cifras preliminares del DANE regional Sur occidente en el año 2007 un total de 38100 nacidos vivos, considerando que no todas las madres son residentes en la ciudad e igualmente en otros municipios y departamentos se producen nacimientos de madres residentes en Cali, además del subregistro en el reporte y los valores proyectados de menores de un año del DANE, se estima que para este año los nacidos vivos de Cali son 36040. La tasa general de natalidad, (TGN) es de 16.6 nacimientos por cada 1.000 habitantes, con tendencia decreciente

En las últimas décadas la tasa global de fecundidad (TGF) ha mostrado un notable descenso, es así como en la década de los 60 esta tasa era de 6 hijos por mujer, en los 70 de 4.5, en los 80 desciende a 3; para el censo de 1993 se estimó en 2.1 y para 2007 se estima en 1.9 hijos por mujer. Esto guarda relación con el cambio en los factores sociales y económicos como el aumento de la escolaridad femenina, la inserción laboral de la mujer a la fuerza de trabajo y la accesibilidad a los métodos anticonceptivos entre otros.

Las tasas específicas de fecundidad de los años censos de 1993 y 2005 muestran gran disminución en todos los grupos de edad a excepción del grupo de madres adolescentes (15 a 19 años de edad) que presenta un incremento significativo y es donde muchos de los estudios de mortalidad perinatal y bajo peso al nacer lo identifican como un factor de riesgo; de ahí la importancia de este grupo en las prioridades de la acciones en salud pública, en especial, en las comunas de la zona de ladera, distrito de Aguablanca y la zona rural que son las mas afectadas por esta situación. Los registros de la base de datos de nacidos vivos en el año 2007 muestran que 9% de niños presentaron un peso menor a 2500 gramos, el 22% de las madres son de madres con 20 años de edad, una de cada diez madres con niños de bajo peso al nacer es adolescente.

2.2.4 Análisis de Mortalidad.

La Mortalidad es un indicador indirecto de las condiciones de salud de la población. Sus niveles, tendencias, diferenciales y causas constituyen elementos básicos que deben considerarse en la planificación de los servicios de salud.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

La tasa de mortalidad general de Santiago de Cali aumenta debido al incremento del riesgo de muerte de la población de mayor edad que crece en cantidad por el proceso de envejecimiento de la población, situación verificable al ajustar las tasas por una estructura de población estandar.

En el año 2007, fallecieron 11608 personas residentes en la ciudad de Cali; 27% (3175) a causa de enfermedades Cardio-cerebro-vasculares, 19% (2249) por cualquiera de las diferentes formas de Cáncer, 13% (1518) fueron homicidios, 11% (1244) por enfermedades del sistema respiratorio, 4,7% por accidentes (de tránsito u otros). El gráfico 2 muestra la distribución de las causas de muerte.

Según el número de casos, los homicidios son la segunda causa de muerte en hombres y la octava en mujeres; 22% de las muertes en hombres fueron por esta causa mientras en las mujeres fue el 2%. El 40% de los hombres asesinados en Cali durante el año 2007 tenía entre 20 y 29 años. Las comunas de más riesgo son las del distrito de Agua blanca, además de las comunas 3, 4, 7, 9, 12, 16 y 20.

Gráfico 3. Causas de muerte. Cali. 2007.

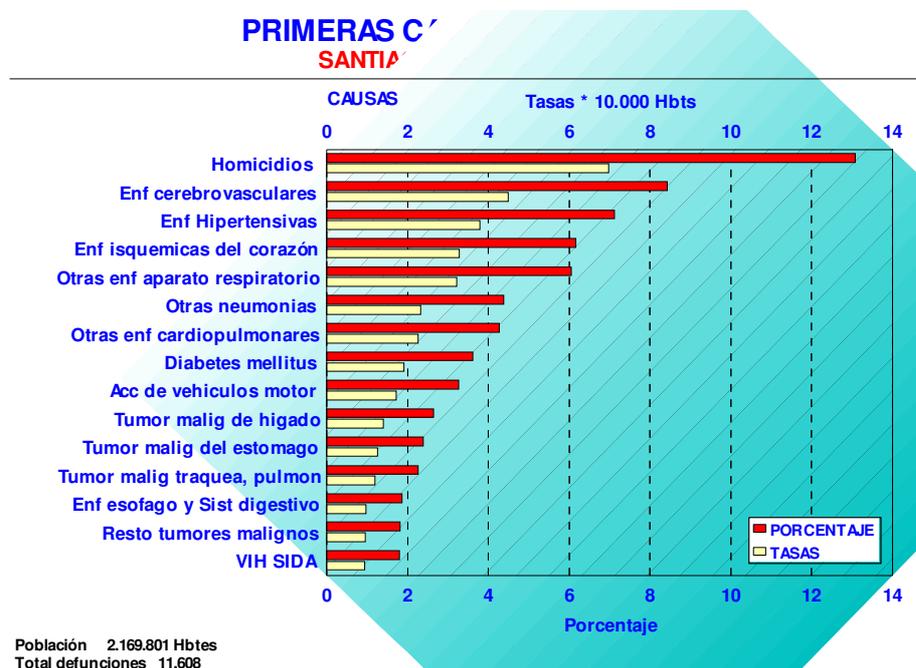
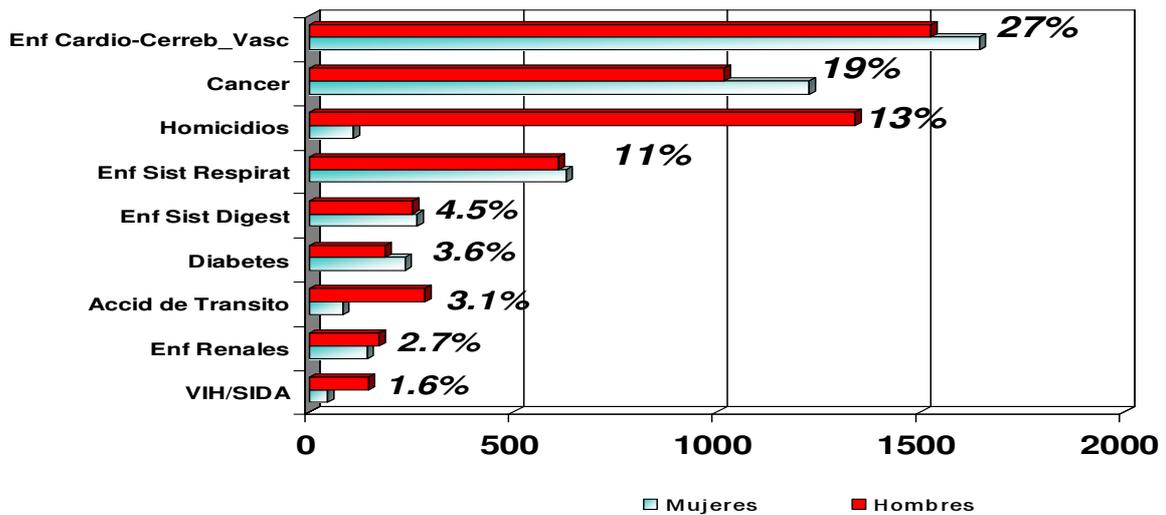


Gráfico 4. Causas de muerte según casos. Cali. 2007.

10 PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE CALI - AÑO 2007

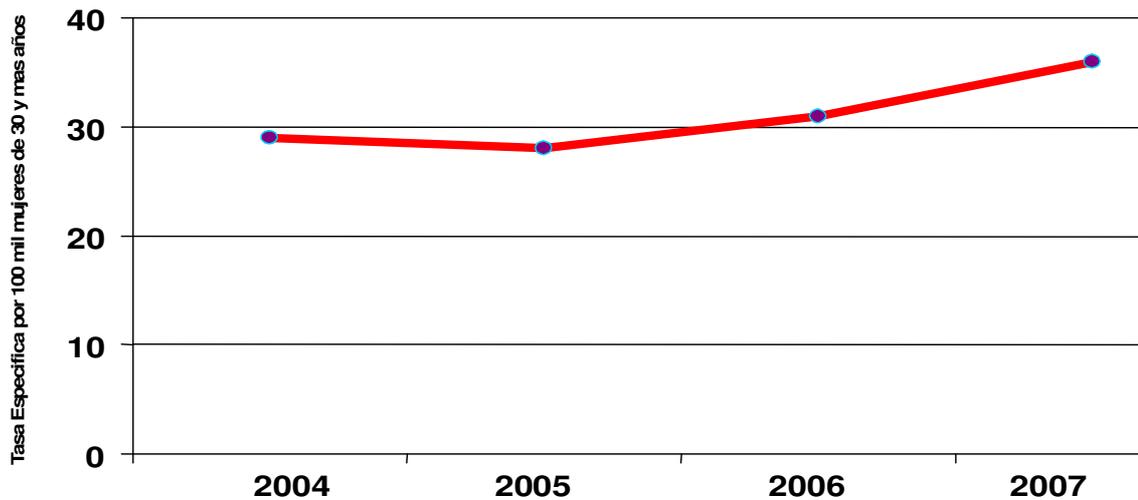


Fuente: Base de datos Mortalidad. SMSC

El tumor maligno que mas muertes causa es el cáncer de estomago, con un 12% de las muertes por tumores malignos (tasa de mortalidad por cáncer de estomago de 20 x 100 mil habitantes de 20 o mas años). Este tumor es mas frecuente en los hombres en edad adulta mayor. El cáncer que mas ocasiona muertes en mujeres a partir de los 30 años de edad es el cáncer de seno y en los últimos años se está incrementando; la tasa especifica de muertes por esta enfermedad en mujeres de 30 y mas años ha pasado de 29 en el año 2004 a 36 muertes por cada 100 mil en el año 2007. (153 muertes por esta causa en el año 2004 y 201 muertes en el 2007).

Gráfico 5. Tendencia de la mortalidad por cáncer de seno. Cali. 2004-2007

Mortalidad por Cáncer de Seno en Santiago de Cali
Años 2004 - 2007
Mujeres de 30 y mas años



Tasa x 100 mil	29	28	31	36
Casos	152	148	170	201

Fuente: base de datos de mortalidad.

La tasa especifica de mortalidad por cáncer de seno en mujeres de 30 o mas años, fue de 36 x 1000 mil en el año 2007 (201 muertes), la mayor frecuencia se presentó en las comunas 14(11 casos), 16(9casos) la 8 y la 13 con 7, la 6 y 7(5casos).

2.4.1 Mortalidad por grandes grupos de edad

En el grupo de 65 y más años ocurre el 77% (2455) de las defunciones de Cali por enfermedades cardiocerebrovasculares, dos de cada cinco muertes en este grupo de edad son por esta causa. Como factores de riesgo se encuentran: la obesidad, el sedentarismo, el estrés, no incorporación de conductas saludables desde temprana edad (ejercicio, dieta, tabaquismo, entre otros). Los tumores malignos son la segunda causa de muerte.

El grupo de edad económicamente activo (15 a 64) presentó el 40% (4657) de las muertes, lo que tiene implicaciones en el desarrollo social, económico y cultural y las principales causas de muerte obedecen en gran medida a causas violentas. 2 de cada 5 muertes en este grupo es por causas externas (homicidios, accidentes, suicidios).



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

En el grupo de escolares, (5 a 14 años), la primera causa de muerte son las violentas (38%) y la segunda causa son los tumores malignos (21%). Entre los menores de 5 años sobresalen las causas de muerte que ocasionan mortalidad infantil: enfermedades del periodo perinatal, malformaciones congénitas, enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades infecciosas asociadas a las precarias condiciones de saneamiento, deficiencias nutricionales, etc. La tasa de mortalidad infantil en el año 2006, según las cifras de nacimientos y defunciones publicadas por el DANE, es de 12,6 x mil nacidos vivos.

2.4.2. Años de vida potencial perdidos.

La esperanza de vida es un indicador de las condiciones de salud de la población y las defunciones que suceden antes de cumplir esta expectativa se convierten en un indicador de la mortalidad prematura y potencialmente prevenible (AVPP, Dempsey 1947). La siguiente tabla presenta la magnitud del indicador durante el periodo 2003-2005 en Cali.

Tabla 1. AVPP por año. Cali. 2003-2005.

año	Defunciones ² (avpp)	Sumatoria. (avpp)
2003	7,431	233,196
2004	7,308	233,194
2005	6,772	198,098
Total	21,511	664,488

Fuente: Certificado de defunción. SSMPAL. Cali.

Durante el periodo 2003-2005 se presentaron en el municipio de Cali un total de 31.228 defunciones de las cuales el 60.3% corresponden a personas con edad inferior a 70 años que son consideradas para el cálculo de los AVPP. Tal como se ilustra en la tabla 1, se presentaron un promedio de 186.130 AVPP por año en la ciudad.

La distribución de los AVPP por grupo edad al momento de la muerte se presenta en la siguiente grafico:

Grafico 6. AVPP por grupo de edad. Cali. 2003-2007

² Defunciones sobre las cuales se realiza el cálculo de los AVPP.



Fuente: Base de datos certificado defunción. Cali.

Durante el periodo analizado se presentaron un total de 664.488 AVPP, de los cuales el 29.6% se presentaron en el grupo de menores de 4 años (tipo edad 0,1,2,3 en el certificado de defunción) y el 40% en los grupos de edad de 15 a 29 años, reflejando un volumen importante de mortalidad infantil y en la edad adulta joven.

Con relación a la ubicación por comuna es importante aclarar que solo en el 31% de los registros se encuentra información sobre el sector de la residencia habitual de la persona fallecida, la magnitud de AVPP según comuna muestra la concentración de la mortalidad prematura en las comunas del Distrito de Agua Blanca (Comunas 14, 13, 15) con el 25% del total. Otras comunas que contribuyen con un volumen considerable de los AVPP son la comuna 7, 6 y comuna 20 en donde se concentra el 15% de los AVPP.

La clasificación de las causas de AVPP según la CIE10 muestra una gran concentración del indicador en las lesiones intencionales y no intencionales con cerca del 40% del total de AVPP, siguen en su orden las condiciones perinatales con cerca del 22%, los tumores (6.3%) y las infecciones respiratorias (3.7%) ocupan los siguientes lugares en la clasificación.

La clasificación de las causas de mortalidad según el indicador de AVPP proporciona un orden de prioridad diferente al análisis realizado por tasas o casos. Al tener en cuenta la edad en que ocurre la defunción proporciona el primer componente del análisis de carga



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

de la enfermedad bajo el concepto que todo proceso mórbido que afecte a la población joven genera brechas en salud entre la esperanza de vida productiva y la realidad de la letalidad causada por la causa o la discapacidad resultante. Para la ciudad de Cali, se observa una magnitud considerable del indicador con una concentración del mismo en las zonas donde habita la población pobre y por causas potencialmente evitables como la violencia intencional, las lesiones accidentales, las causas peri natales, las neumonías que afectan a la población infantil y las enfermedades cardio vasculares que afectan a la población adulta joven.

2.2.5 Equidad en resultados en Salud

De acuerdo con el contexto socioeconómico descrito, la estructura del poder -económico, político y social- y la cultura en Cali determinan graves condiciones de exclusión social en la población. Sus manifestaciones más aparentes son la falta de oportunidades, empleo, acceso inequitativo al capital y limitado acceso a bienes y servicios sociales. Tales determinantes conducen hacia altos índices de pobreza, inestabilidad laboral, empleo mal remunerado, vivienda insuficiente e inadecuada, deterioro ambiental y comunitario con manifestaciones de falta de respeto, estrés social y alta desorganización de la vida cotidiana en la ciudad. En el sector salud, este contexto solo puede conducir a desigualdades en el estado de salud e inequidad en los servicios de salud, como lo demuestran las siguientes evidencias:

- Una persona por el hecho de nacer y vivir en Cali, tiene una expectativa de vida similar a la del colombiano promedio, pero ocho años menos que la de un cubano.
- Una mujer embarazada en Cali tiene menor riesgo de morir por el embarazo o el parto que una mujer embarazada en Bogotá; pero su riesgo de morir es 3 veces mayor si vive en la comuna 3 (estrato 2) que si vive en la comuna 2 (estrato 5) de Cali. Aún más, su riesgo es cinco veces mayor que en una canadiense.
- Los niños del corregimiento de Navarro, donde está el relleno sanitario, crecen menos que los niños de su misma edad que viven en el resto de la ciudad (1 Mesa de trabajo ambiental, programa Cali Cómo Vamos, 2006).
- El riesgo de un caleño de morir por homicidio es tres veces mayor que el de un bogotano. Pero si vive en la comuna 14 de Cali (estrato 1) tiene cuatro veces la posibilidad de morir por homicidio que si viviera en la comuna 17 (estrato 5).
- En el sistema de seguridad social en salud de Cali, una persona no asegurada tiene un riesgo de morir por VIH/SIDA tres veces mayor que una asegurada por el régimen contributivo y su riesgo de morir por tuberculosis es casi cinco veces mayor que una persona asegurada.
- Una persona con una infección respiratoria aguda tiene una posibilidad de morir 15 veces mayor si vive en la comuna 3 que si vive en la comuna 2 de Cali. Modelo de Salud de Santiago de Cali – Propuesta. Abril de 2007.

2.3 EJES PROGRAMÁTICOS

2.3.1 Aseguramiento

2.3.1.1 Seguridad social en salud en Cali

La función de las aseguradoras es administrar el riesgo en salud, servir de intermediarias entre el Estado y las prestadoras de servicios de salud, a través de la afiliación de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Existen dos regímenes de aseguramiento: el régimen contributivo en el cual las personas con vínculo laboral se afilian a través de sus empleadores quienes cofinancian la prima del seguro de salud, o de forma independiente si sus ingresos superan en la actualidad un salario mínimo legal mensual vigente. El costo de la prima media del seguro de salud asciende para 2008 al 12.5% de su salario base siendo asumido el 8.5% por el empleado y el 4% por el empleador. Los trabajadores independientes asumen el 12.5%.

El segundo régimen de aseguramiento se conoce como régimen subsidiado. A éste se afilian las personas pobres y vulnerables identificadas como susceptibles de recibir subsidios sociales por parte del Estado y que pertenecen a grupos prioritarios para la afiliación. Existen en el régimen subsidiado dos planes de beneficios: subsidios parciales y plenos.

Los afiliados tienen derecho al reconocimiento de un paquete de servicios de salud definido para cada uno de los regímenes.

Tabla 2. Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Cali, a diciembre de 2007



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

	Poblacion total del municipio de Cali año 2007	Contributivo	Subsidiado			Cobertura Global SSS
			Subsidios plenos	Subsidios parciales	Regimen subsidiado (Plenos + parc)	
#	2.169.801	1.409.781	529.181	186.581	715.762	2.125.543
%	100%	64.97	24.39%	8.6%	32.99%	97,96

Fuentes: Población: DAPM, con proyección censo 2005

Régimen subsidiado: Base de datos Oficina de seguridad social.

En el análisis de la cobertura de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud del municipio, hay que tener en cuenta que en el régimen subsidiado, si bien es cierto se tienen contratados 715.762 cupos, existen 699.988 cupos registrados en la base de datos de dicho régimen, de los cuales 82.625 no están carnetizados, lo que da 617.363 personas registradas en la base de datos del régimen subsidiado y carnetizados.

Las personas (82.625) que aparecen registradas y no carnetizadas en la base de datos del régimen subsidiado del municipio de Cali, se distribuyen así (febrero de 2008):

- Subsidios Plenos 39.595
- Subsidios Parciales 43.030

Las 617.363 personas que aparecen registradas y carnetizadas en la base de datos del régimen subsidiado del municipio de Cali se distribuyen así (con corte a febrero de 2008):

- Subsidios Plenos 479.343
- Subsidios Parciales 138.020
- Total afiliados y carnetizados reg. Subs. : 617.363

De los 715.762 quedan faltando 15.774 cupos por registrar en la base de datos y carnetizar.

Referente a los subsidios parciales, en el régimen subsidiado existen 186.581 cupos contratados mediante esa modalidad, de los cuales 5.243 están en nivel 1 y 83.500 están en nivel 2 para un total de 88.743 cupos susceptibles de transformar en subsidios plenos.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Así mismo, se debe tener en cuenta que según la información recibida por el SISBEN, cuya base de datos es uno de los insumos para realizar la priorización de afiliación al régimen subsidiado, se cuenta con 252.126 personas priorizadas a febrero de 2008, las cuales tienen encuesta del SISBEN y no tienen seguridad social.

Esas personas están clasificadas según nivel del SISBEN de la siguiente manera:

Tabla 3. Población según nivel SISBEN. Cali. 2008.

Nivel de SISBEN	Numero de personas priorizadas.
Nivel 1	91.518
Nivel 2	113.363
Nivel 3	47.245
Total personas priorizadas	252.126

Fuente: Datos de priorizados a febrero 2008 - oficina de sistemas de seguridad social de la SSP Municipal de Cali.

Régimen Subsidiado:

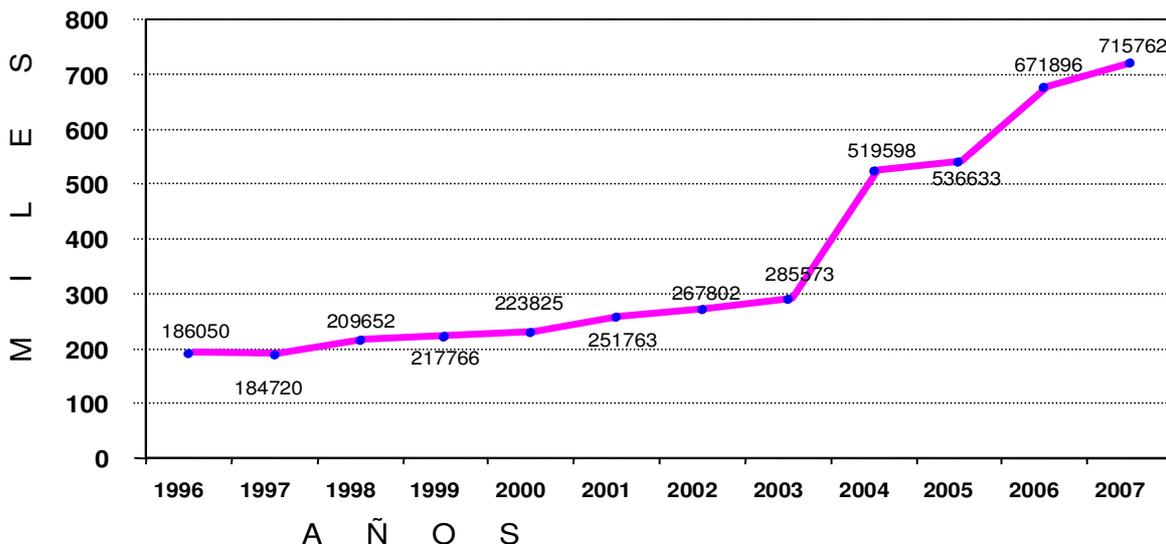
El comportamiento en ampliación de cupos en el Régimen Subsidiado en el municipio de Cali desde 1996 hasta 2007 ha sido el siguiente:

Gráfico 7. Población afiliada al régimen subsidiado.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

POBLACION AFILIADA REGIMEN SUBSIDIADO 1996-2007



(Fuente: Datos de priorizados a febrero 2008
Oficina de sistemas de seguridad social de la SSP Municipal de Cali).

El régimen subsidiado, paso de 186.050 cupos en 1996 a 715.762 cupos contratados en diciembre de 2007, de los cuales 529.181 corresponden a subsidios plenos y 186.581 cupos corresponden a subsidios parciales. En el grafico anterior se muestra como en el 2004 hubo un aumento notorio en cupos del régimen subsidiado, dado que en ese año se inició en Cali el aseguramiento mediante subsidios parciales que cubren los eventos catastróficos o de alto costo, embarazo, parto, puerperio, atenciones en salud a menores de un año de edad y atenciones en ortopedia con medicamentos en los eventos cubiertos y medicamentos formulados por atenciones en salud de baja complejidad.

En la actualidad existen siete EPS-S que contratan con el municipio de Cali la administración de recursos del régimen subsidiado, dos de ellas públicas, cuatro de naturaleza privada y una de jurisdicción especial que asegura población indígena.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

A continuación se muestra la tabla con la distribución de los cupos contratados para el Régimen Subsidiado con corte a diciembre de 2007 según EPS - S.

Gráfico 8. Población afiliada al régimen subsidiado según EPSS.

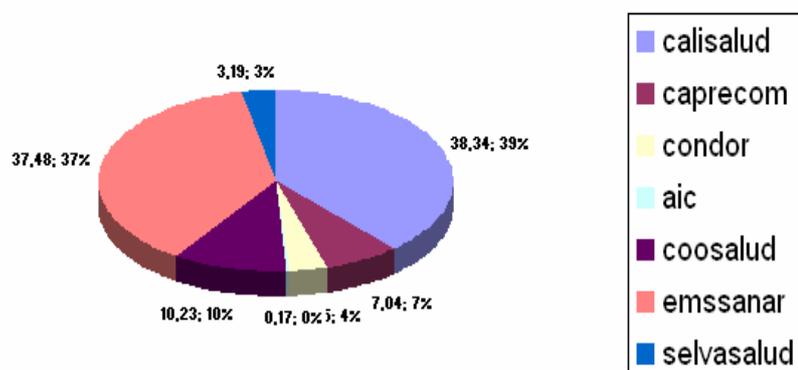


Tabla 4. Distribución de la población del régimen subsidiado según cupos contratados con las EPS. 2007

DISTRIBUCION POBLACION REG. SUBSIDIADO POR EPS-S			
EPS-S	SUBSIDIO	POBLACION	PORCENTAJE
CALISALUD	PLENO	203.257	38,34%
	PARCIAL	71.170	
		274.427	
CAPRECOM	PLENO	46.691	7,04%
	PARCIAL	3.679	
		50.370	
CONDOR	PLENO	20.389	3,55%
	PARCIAL	5.017	
		25.406	
COOSALUD	PLENO	62.182	10,23%
	PARCIAL	11.029	
		73.211	
EMSSANAR	PLENO	184.328	37,48%
	PARCIAL	83.957	
		268.285	
SELVASALUD	PLENO	11.139	3,19%
	PARCIAL	11.712	
		22.851	
AIC	PLENO	1.195	0,17%
	PARCIAL	17	
		1.212	
TOTAL		715762	100,00%



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Fuente: Base de datos del Régimen subsidiado. Oficina de sistemas de seguridad social de la SSP Municipal de Cali.

En dos EPS-S se encuentran el 75,82% de los cupos contratados del régimen subsidiado del municipio de Santiago de Cali: EMSSANAR, que cuenta con el 37.48%% y CALISALUD con el 38.34%.

La distribución de los cupos contratados del régimen subsidiado en las otras EPS-S es el siguiente: COOSALUD (10.23%), CAPRECOM (7.04%); CÓNDROR (3.55%), SELVASALUD (3.19%) y AIC con el 0.17%. (Fuente: Aseguramiento SSPM de Cali).

Se debe tener en cuenta que de los 715.762 cupos contratados para el régimen subsidiado con las diferentes EPS-S que funcionan en el municipio, existen 699.988 cupos registrados en la base de datos de dicho régimen, distribuidos de la siguiente manera con corte a febrero 28 de 2008.

- Subsidios Plenos 518.938
- Subsidios Parciales 181.050

El valor de la UPC de subsidios plenos para el año 2008 es de \$ 254.487,59 por lo que el costo por año de afiliación de los 529.181 cupos contratados mediante subsidios plenos sería de \$134.670.002.655 para la vigencia 2008.

Se debe analizar si el ente territorial cuenta con los recursos económicos para financiar o cofinanciar la transformación de los cupos de subsidios parciales a plenos y cual sería la participación de la nación y el departamento del Valle del Cauca.

Manejo de base de datos del Régimen subsidiado: Se ha realizado depuración y homologación de la base de datos de aseguramiento siendo catalogada como la segunda ciudad de Colombia en su manejo, logrando el 72% con corte a febrero de los registros avalados por el BDUA (Base de datos única de afiliados).

Es de resaltar que a pesar de los esfuerzos realizados para depurar la base de datos del régimen subsidiado del municipio de Cali, aun se cuenta con glosas como por ejemplo la de 118.000 registros de multiafiliados con el Régimen contributivo por otros motivos en el sistema de información, tal como se describe a continuación:

Tabla 5. Principales causas de glosas asociados a la facturación en el régimen subsidiado. Cali. 2007

CODIGOS DE ERROR	DESCRIPCION	CANTIDAD	
GN0013	Multiafiliacion reg contributivo	118.000	41,31%
GN 0033	Fecha afiliacion inferior o igual a la ultima novedad	67.494	23,63%
GN 0083	Nro identificcion no valida	52.115	18,24%
GN0060	Edad afiliado inconsistenete con topo y nro de identificacion	12.245	4,29%
GN0008	Cotizante ppal tiene registrado conyuge o tiene mas de uno	9.177	3,21%
GN 0053	Contrato no existe en tabla de contratos	8.333	2,92%
GN 0115	Afiliado activo en BDU A reg sub en diferentes mpios y/o deptos	8.277	2,90%
GN 0003	Tipo y Nro de identificacion repetido en el archivo	5.280	1,85%
GN 0018	Identifiacion afiliado en registraduria como fallecio o como cancelado	3.503	1,23%
GN 0002	Nombres y apellidos y fechas d enacimiento repetidos en el archivo	1.232	0,43%
GN 0032	Afiliado en BDU A como mfallecido	9	0,00%
Otras			
		285.665	100,00%

Fuente: Base de datos BDU A Fosyga - dic de 2007.

El panorama descrito sobre la base de datos del régimen subsidiado pone en evidencia la necesidad de fortalecer al Ente territorial municipal en cuanto al manejo del sistema de información con adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio. Así mismo, se requiere continuar con el trabajo articulado con otros actores del sistema (EPS del régimen contributivo, EPS – del régimen subsidiado, otros entes territoriales departamentales y municipales, FOSYGA, Ministerio de la Protección Social, afiliados al sistema, registraduría, entre otros), con el fin de que se garantice la información de la afiliación al sistema de seguridad social en salud de la población del municipio de Cali y por consiguiente esta sirva como herramienta para la accesibilidad a los servicios de salud de la población.

Interventoría: La Secretaría cuenta con evidencia (informes) de seguimiento permanente y sistemático a la contratación del régimen subsidiado y a la contratación para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada como respuesta a los requerimientos de los entes de control.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

La rotación de cartera de las EPS-S con su red prestadora ha bajado de más de noventa (90) días a sesenta (60) días en promedio. A continuación se muestra el comportamiento de la afiliación al Régimen contributivo durante el año 2007, según base de datos enviada por el FOSYGA.

Régimen Contributivo:

Según la normatividad vigente las personas con vínculo laboral se afilian al régimen contributivo a través de sus empleadores quienes cofinancian la prima del seguro de salud, o de forma independiente si sus ingresos superan un salario mínimo legal mensual vigente.

Tabla 6. Afiliados al régimen contributivo. 2007.

Tipo de afiliados	Febrero de 2007	Abril de 2007	Agosto de 2007	Octubre de 2007	Diciembre de 2007
Activos	1.484.219	1.313.965	1.353.271	1.277.616	1.359.887
Suspendidos	87.285	114.815	80.052	51.024	49.894
Total afiliados Regimen Contributivo	1.571.504	1.428.780	1.433.323	1.328.640	1.409.781

Fuente: Bases de datos del régimen contributivo enviadas por FOSYGA.

Nota: No se cuenta con datos de todos los meses.

El régimen contributivo en Cali a enero 29 de 2008 presenta 1.407.433 afiliados, de los cuales 1.357.430 están activos y 50.003 están suspendidos.

El 98.61% % de los afiliados al régimen contributivo de Cali con corte a enero de 2008 están en las siguientes EPS y con los siguientes porcentajes:

Tabla 7. Afiliados al régimen contributivo según EPS. 2007.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

CODIGO EPS	NOMBRE EPS	ACTIVOS	SUSPENDIDOS	TOTAL	%	PORC ACUM
EPS 018	SOS	253.814	23.417	277.231	19,70	19,70
EPS 016	COOMEVA	238.650	15	238.665	16,96	36,66
EPS 012	COMFENALCO	233.521	4.636	238.157	16,92	53,58
EPS006	ISS	219.563	1.125	220.688	15,68	69,26
EPS013	SALUDCOOP	117.072	8.210	125.282	8,90	78,16
EPS002	SALUD TOTAL	67.217	2.027	69.244	4,92	83,08
EPS023	CRUZ BLANCA	61.179	4.754	65.933	4,68	87,76
EPS010	SU SALUD	62.691	0	62.691	4,45	92,22
EPS005	SANITAS	42.381	1.249	43.630	3,10	95,32
EPS001	COLMEDICA	26.841	3.160	30.001	2,13	97,45
EPS003	CAFESALUD	15.207	1.149	16.356	1,16	98,61

En el año 2005, se realizó el censo económico, mediante un convenio de cooperación interinstitucional celebrado entre la Alcaldía de Santiago de Cali, la Alcaldía de Yumbo, la Cámara de Comercio de Cali, Caja de Compensación Familiar de Comfandi, Caja de Compensación Familiar Comfenalco Valle, Asociación Hotelera del Valle del Cauca - COTELVALLE y el DANE. El trabajo de campo: recolección, supervisión, revisión y procesamiento de la información, fue realizado por el DANE.

El censo económico arrojó para el municipio de Cali un total de 51.458 unidades económicas, Distribuidas así:

Sector	Numero de unidades económicas	%
Comercio	31.080	60.4%
Servicios	15.521	30.2%
Industria	4.857	9.4%

En las 51.458 unidades económicas se encontraron 242.109 personas ocupadas, de las cuales 152.841(63.1%) tenían contrato a termino indefinido, 49.192 (20.3%) tenían contratos temporales, 31.697 (13%) eran propietarios y familiares sin remuneración y 8.379 (0.3%) eran aprendices.

Así mismo, se encontró que de las 51.458 unidades económicas, 2.864 que equivalen al 5.56% corresponden a puestos móviles, cuyo personal ocupado para Cali- Yumbo es de 3.812 personas, a quienes no se aplico las preguntas sobre vinculación laboral ni su desagregación por genero.

En el municipio de Cali, los establecimientos con características de informalidad (puestos fijos, vivienda con actividad económica y puestos móviles) alcanzan 34% según el Boletín del DANE de julio 1 de 2006 sobre el censo económico Cali- Yumbo 2005.

Las pequeñas empresas aportan al empleo, en los pequeños talleres de manufactura, las tiendas o los concesionarios hay un continuo ir y venir, de abrir y cerrar. Aunque la fluctuación

aparezca como saldo positivo, la realidad es que el cierre definitivo de empresas por la falta de alguien que compre sus productos o que las financie causa la pérdida de una gran cantidad de plazas de trabajo en el país.

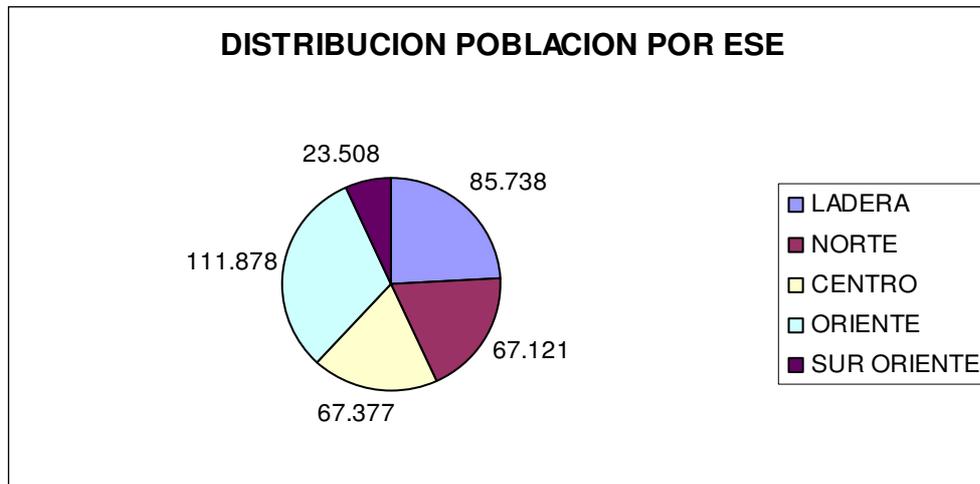
En consecuencia apoyar a las pequeñas y medianas empresas se traduce en fortalecer el empleo productivo y esto contribuye a mejorar las condiciones de vida de la población.

Población pobre sin seguridad social.

La población asignada a cada ESE de primer nivel en la ciudad se ilustra en el siguiente gráfico:

Gráfico 9. Población pobre y vulnerable. Cali. 2008.

Distribución de la población asignada por ESE para 2008.



Fuente: Grupo seguridad social de la Secretaria de Salud de Cali.

Dando cumplimiento a competencias de Ley, el municipio de Cali para la atención de la población pobre y vulnerable no asegurada en el municipio contrata paquetes de servicios de salud de baja complejidad con las ESES municipales.

A continuación, se muestra como ha sido el flujo de recursos económicos para la atención en salud a la población pobre sin seguridad social del municipio. Se observa en el cuadro, como durante los últimos años han disminuido los recursos económicos para la atención a la población pobre sin seguridad social. Lo anterior, teniendo en cuenta que al mismo tiempo, ha habido un aumento en la cobertura del aseguramiento del régimen subsidiado de la población del municipio.

Grafico 10. Población pobre no asegurada flujo de recursos global por año. Cali. 2004-2008



Fuente: Grupo seguridad social de la Secretaria de Salud de Cali.

La Secretaria de Salud ha realizado seguimiento a la contratación con las ESES a través de la Interventoría, lo que ha permitido potencializar los hallazgos con el acompañamiento en oportunidad de mejora para la prestación de servicios de salud.

Se requiere continuar la Interventoría al 100% de los convenios de la población pobre y vulnerable del municipio de Santiago de Cali. Así mismo, se requiere realizar auditoria de la calidad de la prestación de servicios de salud al 100% de ESE´s contratadas para la población pobre y vulnerable del municipio de Santiago de Cali.

Se debe fortalecer la Secretaría de Salud para dar cumplimiento al Decreto 4747 de 2007 y la resolución que reglamenta a este decreto.

2.3.2 Prestación y desarrollo de servicios de salud

La oferta de servicios de salud en el municipio de Cali, se da por 2.497 prestadores de servicios de salud habilitados, con 6.845 servicios declarados (713 IPS, 1765 prestadores independientes y 19 clasificados como otros).

El 99% de los prestadores independientes pertenecen al sector privado, 17% de las IPS son del sector público y 83% del sector privado. Las instituciones de origen privado disponen del mayor desarrollo tecnológico en la ciudad.

Existe una concentración de los servicios de salud. En las comunas 2, 17 y 19 con clasificación socio económica de estrato 5, se concentran el desarrollo técnico y tecnológico de los servicios de salud tanto público como privado, mientras que en las comunas más deprimidas de la ciudad, de Ladera y Oriente, los servicios de salud son del primer nivel de atención.

2.3.2.1 Red pública

El subsistema estatal, está principalmente en manos de las Empresas Sociales del Estado, ESE, del municipio y tiene a su cargo la población más pobre. En relación con el análisis de la oferta de servicios se identifica:

- En la ciudad existe una débil integración de la red de servicios, dificultando los procesos de referencia y contra referencia, la integración vertical y horizontal de los servicios de salud. Cada institución y cada subsector programa sus recursos con fundamento en sus propios criterios.
- A lo anterior se le suma la poca socialización, articulación e implementación de los planes de prevención, atención y mitigación de las emergencias y desastres en salud.

La oferta pública está constituida por: 107 instituciones pertenecientes a las ESE municipales de baja complejidad, de los cuales 71 son puestos de salud, 29 centros de salud, 5 hospitales básicos y un hospital geriátrico; igualmente por 8 centros de atención básica y 2 clínicas de la ESE Antonio Nariño que atiende la población del Seguro Social; Cuatro hospitales de mediana complejidad y un hospital de alta complejidad.

En el grupo de transporte se presentan transporte asistencial básico 28 servicios habilitados y transporte asistencial medicalizado 11.

2.3.2.2 Red privada

El sector público en la baja complejidad dispone de 28 camas pediátricas, 48 de adultos y 45 obstétricas; en la mediana complejidad 13 pediátricas y 55 de adultos y en la alta complejidad 106 pediátricas, 410 de adultos, 92 obstétricas, 21 de cuidados intermedios, 39 de cuidados intensivos 12 de quemados y 225 de psiquiatría. Adicionalmente, la ESE Antonio Nariño cuenta con 56 camas pediátricas, 457 adultos, 64 obstétricas, 10 de cuidados intermedios, 12 de UCI y 24 de unidad de UCIN.

La OPS realizó en el año 2006 el estudio de oferta y demanda de servicios de salud para el departamento del Valle del Cauca; en países desarrollados (Alemania, Checoslovaquia), el indicador es de una cama hospitalaria por 100 habitantes, mientras que los países en vía de desarrollo cuentan con 2 camas para 1000 habitantes y en los de extrema pobreza aspiran poder contabilizar una cama cada mil habitantes. El Valle del Cauca relaciona una cama por cada 874 habitantes. En el municipio de Cali se contabiliza 656 habitantes por cama, con lo cual representa mejores condiciones que el estándar de los países pobres. Las camas disponibles para la población de régimen subsidiado y los pobres sin seguridad social, objeto de la atención del sector público, son 492 habitantes por cama, estando por encima de la disponibilidad general de camas en la ciudad. Los hospitales de salud mental en el municipio disponen de una cama por cada 8960 habitantes.

En cuanto al estado de la calidad de la prestación del servicio de salud, se relaciona con los alcances en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, (SOGC) (procesos de habilitación, auditoría para el mejoramiento de calidad, sistema de información para la calidad y acreditación), como también en la certificación ISO 9000, mMECI 2000 y NTC GP1000, los cuales no pertenece al SOGC.

Las competencias municipales en cuanto al SOGC se limitan a prestar asistencia técnica para el desarrollo del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) a todos los prestadores de servicios de salud del municipio, mientras que la vigilancia y control está a cargo del Departamento, lo cual ha limitado los avances en este tema a nivel municipal y dificulta la disponibilidad de información, el seguimiento y las acciones frente a la calidad de los servicios.

2.3.2.3 Áreas a desarrollar

A continuación se presenta el estado actual de cada una de las áreas relacionadas con la prestación de los servicios de salud en el municipio:

- PAMEC: Todas las Empresas Sociales del Estado (ESEs) de baja complejidad del municipio han implementado el programa de auditoría para el mejoramiento de calidad, pero no existe actualmente un diagnóstico del sector privado.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

- Sistema de Información para la Calidad: el seguimiento de los indicadores de calidad reportados a la Superintendencia Nacional de Salud muestran dificultades en la medición de algunos de ellos, como son la oportunidad de la consulta médica general cuyos resultados podrían no estar reflejando la realidad ya que son calculados con base a la agenda de citas y no la oportunidad real ya que en la actualidad se desconoce la demanda no atendida.
- Acreditación: hasta el momento en la ciudad de Cali solo se han acreditado dos instituciones privadas de alta complejidad y ninguna del sector público. El Ministerio de Protección Social está apoyando un grupo de prestadores públicos para el proceso de acreditación en todo el país pero no se incluye ninguna de las ESE del municipio de Cali. Las ESEs municipales de baja complejidad vienen realizando esfuerzos aislados para avanzar en este tema que no han obedecido a una política de calidad municipal. Igualmente, el seguimiento de la calidad de los servicios ofrecidos en las ESEs a través del indicador de la satisfacción global con la atención recibida presenta resultados entre 89% y 98% cuando es medida por cada empresa, mientras que la encuesta realizada por el Centro Nacional de Consultoría acerca de la percepción de los ciudadanos sobre el desarrollo en Santiago de Cali, reporta que la atención en los servicios y el acceso a la salud hacen parte de los principales problemas sociales de la ciudad y el 66% de la población percibe que la infraestructura asociada a los servicios de salud no es suficiente.
- En lo referente a la certificación ISO 9000, 3 instituciones del sector público (1 de alta complejidad, 1 de mediana y 1 de baja) han certificado 14 servicios y 25 instituciones privadas tiene más de un centenar de servicios certificados. Lo anterior muestra las diferencias importantes que existen en el tema entre el sector público y privado.
- La situación de la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud, muestran la necesidad de fortalecer el papel del Municipio frente a las acciones de asesoría, apoyo técnico y seguimiento, especialmente frente a las instituciones del sector público de baja complejidad.
- Ante la carencia de estudios municipales de oferta y demanda, se requiere generar los estudios específicos del municipio de Cali, donde se pueda establecer la capacidad instalada de la oferta de servicios, los indicadores de uso de servicios y otros que permitan realizar el balance oferta demanda, determinar la suficiencias de red, la demanda insatisfecha y las necesidades específicas por niveles de complejidad de servicios de salud en la ciudad.
- La organización de las redes de servicio son competencia departamental según lo definido en la Ley 715 de 2001, no obstante el municipio tiene la responsabilidad de la red pública de baja complejidad y articular con el departamento la mediana y alta complejidad de la ciudad.
- En la actualidad se han logrado avances en la definición y fortalecimiento de redes en temas críticos como la atención a la gestante y atención de la sífilis congénita, sin

embargo no se ha logrado articular una red integral que garantice la oportunidad y continuidad de la prestación del servicio.

2.3.3 Salud Pública

Los resultados en salud pública muestran avances importantes, pero igualmente retrocesos y estancamientos frente a las prioridades nacionales y a las metas establecidas por los Objetivos del Milenio, es importante esbozar uno a uno las líneas de acción para conocer sus desarrollos y dificultades.

2.3.3.1 Salud infantil

El perfil de morbilidad y mortalidad de niños y niñas menores de cinco años en Cali, muestra una mejoría en cuanto a las patologías infecciosas, persistiendo principalmente las respiratorias. Por otra parte, los problemas perinatales no han sufrido cambios importantes en su presentación y delatan falencias aún existentes en la cobertura y calidad de los servicios de salud. La tendencia de la mortalidad por IRA (neumonía) en este grupo de edad, ha tenido un comportamiento con fluctuaciones, pero con tendencia a disminución sostenida de la tasa. La tendencia de la mortalidad por enfermedades diarreicas en los menores de cinco años en las dos últimas décadas ha disminuido dramáticamente.

Según los registros de mortalidad del Grupo Atención al Niño de la SSPM/Cali, durante el periodo 2000-2007 se presentaron 200 casos (de éstos 12 ocurrieron en el 2007), siendo los menores de un año los más afectados (70%). Del total de casos, 95 niños tuvieron desnutrición severa o aguda, 78 desnutrición general y 27 crónica. Con relación a las coberturas de vacunación en la población menor de 5 años alcanzaron cifras superiores a 95% en todos los biológicos.

2.3.3.2 Salud sexual y reproductiva.

VIH: Ha aumentado la tasa de incidencia principalmente entre los jóvenes en el grupo de 15 a 29 años. La cantidad de mujeres infectadas también ha aumentado y por consiguiente se presenta un mayor número de gestantes infectadas, como aspecto positivo se puede mencionar que han disminuido los casos de VIH perinatal gracias a la intervención que se realiza a las embarazadas VIH(+).

Embarazo en Adolescentes: La Tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 20 años fue de 34 nacimientos por cada mil mujeres en el año 2006. En promedio una de cada 5 adolescentes ha estado embarazada.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Planificación Familiar: De las mujeres sexualmente activas solo el 31% usó algún método de planificación familiar en los últimos 30 días y el 24% nunca los ha usado. La participación de los hombres en la utilización de métodos de protección y planificación es baja, a su vez la participación de las EPS contributivas y subsidiadas en el suministro de los métodos anticonceptivos se puede calificar de muy baja. Entre los métodos utilizados un alto porcentaje usan métodos modernos de planificación (69.3%), esterilización femenina (34%) un bajo porcentaje utilizan el DIU (8.4%), Condón (6.5%) y la esterilización masculina (2.9%).

Mortalidad materna: La tasa de mortalidad materna ha presentado variabilidad en sus cifras, esto se debe entre otras razones a las : dificultades en la identificación de los casos (numerador), ó problemas en la determinación del número de nacidos vivos, ya que solo en los últimos años se dispone de estas cifras. La tasa de mortalidad materna en el año 2006 fue de 62 x 100 mil nacidos vivos y persiste un alto porcentaje de mortalidad materna evitable (82%). Las muertes se presentan en todos los regímenes. En el año 2007 ocurrieron 17 muertes de las cuales fueron evitables 14, asociadas en su mayoría a barreras y deficiencias en la calidad de atención.

Sífilis congénita: Se ha logrado disminuir la tasa de sífilis congénita en los últimos años, debido a la intensificación de la vigilancia y Asistencia técnica, sin embargo, no se ha logrado la meta de menos de 0.5 casos por 1.000 nacidos vivos. En 36% de las gestantes con sífilis, no se está logrando evitar la enfermedad del recién nacido. La mitad de los casos de sífilis congénita corresponden a reinfecciones maternas en el tercer trimestre del embarazo. En un alto porcentaje el compañero sexual de la gestante se rehúsa a recibir el tratamiento y ene. 21% de los casos las embarazadas no tuvieron control prenatal.

Violencia sexual y abuso sexual: Cali es después de Cartagena, la ciudad que recibe más turistas en busca de sexo con menores de edad , .es común que la explotación sexual de, los menores estén asociados con maltrato físico o abuso sexual en sus hogares.

Violencia familiar: Según Observatorio de Violencia familiar entre el 2002 y 2007 las instituciones reportaron un total de 39.541 casos de violencia familiar. En el 2007, se reportaron 8017 casos. Se calcula que solo se reporta alrededor del 20% de los casos de maltrato, de modo que se podría hablar de 40.085 hogares con violencia familiar durante el año 2007 en la ciudad. El 72% de los casos fueron cometidos contra mujeres, especialmente en la etapa de la edad fértil (14 a 44 años).

En la edad escolar el maltrato se ejerce por igual sobre niños y niñas y los principales maltratadores son el padre y la madre. Este tipo de maltrato aporta el 18% del total de los casos.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

En el grupo de 10 a 29 años, el maltrato se ejerce básicamente sobre mujeres al igual que durante toda la etapa femenina de la edad fértil, que va hasta los 44 años de edad. En cuanto a maltrato psicológico, de cada 10 mujeres agredidas hay un hombre en similar condición. Los principales agresores son el compañero y el ex compañero del agredido.

La violencia sexual entre miembros de la familia, es ejercida básicamente contra las mujeres (90% del total de los casos), especialmente contra las niñas (el 77% de los casos entre 0 y 9 años) y las jóvenes (el 93% de los casos entre 10 y 29 años es ejercida contra mujeres).

Esta problemática considerada por mucho tiempo como un asunto privado de las familias, es un problema de salud Pública en la medida en que viola los derechos humanos, compromete la seguridad ciudadana y afecta la convivencia. El municipio de Cali cuenta a partir del 2008 con una política pública de convivencia familiar (acuerdo 0231 de 2007).

2.3.3.3 Salud oral

Los eventos que afectan la salud bucal, toman relevancia no solo porque continúan siendo una de las principales causas de morbilidad (ha estado entre las primeras 5 causas de consulta en Cali en los últimos años), si no también porque de acuerdo con la literatura científica, se perfilan como una de los principales factores relacionados con el desarrollo y permanencia de alteraciones crónicas, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer e incluso, como factores que potencian la transmisión de enfermedades como la hepatitis B; Adicionalmente la salud bucal a través de su examen, permite la detección temprana de enfermedades como el VIH-SIDA, diabetes y CA oral y faringeo, finalmente los eventos más prevalentes que afectan la salud bucal continúan siendo afecciones en las que las medidas preventivas han demostrado gran efectividad cuando se logran mantener y monitorear a través del tiempo.

El Perfil Epidemiológico Bucodental de la Población Escolar del Sector Público de Santiago de Cali. 2005 – 2006 mostró: El Porcentaje de niños con historia de Caries es 77%, la prevalencia de caries es del 68%, el índice C.O.E-D a los 5 años fue de 0.64, el Índice COP-D a los 12 años es de 3.5. El 46% de los niños evaluados se encuentran en condiciones de salud periodontal. El porcentaje de niños sin historia de caries a los 12 años, para el presente perfil epidemiológico de la ciudad de Cali (2005), es superior al arrojado por estudios similares a nivel departamental y Nacional (1998). A los 5 años de edad ocurre lo contrario exhibiendo aumento en la incidencia de caries en los niños que ingresan a las Instituciones educativas. El índice COP-D a los 12 años clasifica al municipio en riesgo intermedio para caries.

2.3.3.4 Salud Mental y lesiones violentas evitables





ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

La Secretaría de Salud Municipal a partir del plan municipal de salud mental definió como líneas prioritarias de trabajo: Violencia (familiar, sexual, autoinfligida y desplazamiento forzado), prevención de consumo de Sustancias Psicoactivas y Trastorno mental.

Se estima que cerca del 50% de los homicidios están asociados a problemas de convivencia - riñas, venganzas, conflictos de pareja y el resto al crimen organizado y crimen callejero. Las mayorías de estos homicidios se realizan en los fines de semana y en lugares de esparcimiento, cantinas de barrio y discotecas.

La violencia familiar es un problema de creciente reconocimiento. El reporte del observatorio de violencia familiar muestra un aumento de 3864 casos reportados en el año 2002 a 7401 en el 2006. Del total de casos reportados durante el 2006, 71% corresponde a mujeres y una importante proporción (73%) está concentrada entre 0 a 34 años. El maltrato psicológico, verbal y físico, constituyen las formas mas frecuentes de violencia reportadas al observatorio (70%) y la madre y el cónyuge o compañero los agresores mas frecuentes (42% de los casos).

Sobre la violencia autoinfligida, el Ministerio de la Protección Social en el documento de Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2005, muestra que entre las causas de muerte en Colombia para hombres en el año 2002, el suicidio es la tercera causa con una tasa de 12.7 por 100.000 habitantes y la quinta en mujeres en el mismo rango de edad, con una tasa de 4.1 por 100.000 habitantes.

Por otra parte el Consumo de Sustancias Psicoactivas es un problema de salud mental de relevancia en nuestro medio. Según la política nacional de reducción al consumo y su impacto de sustancias psicoactivas (Ministerio Protección Social, 2007) se han realizado aproximaciones locales y consultas que involucran consumidores y expertos en las áreas de prevención y tratamiento que señalan que actualmente la problemática se agudiza por: poli-consumo; experimentación con toda clase de sustancias sintéticas de las cuales se desconoce la calidad, la concentración y la composición; uso indebido de esteroides anabólicos y tratamientos hormonales altamente peligrosos; uso de bebidas energizantes y su administración simultánea con alcohol y uso de alcoholes de fabricación casera.

Según el estudio nacional de salud mental realizado en 2003 por el Ministerio de Salud y la FES, los trastornos de ansiedad, trastornos afectivos y trastornos por el uso de sustancias, tienen prevalencias nacionales de 22%, 15.13% y 13.3% respectivamente. La región pacífica, dentro de la que se incluye Cali, muestra la prevalencia más elevada de trastorno de ansiedad y abuso de alcohol y junto con Bogotá, la de trastornos afectivos. En Cali se han identificado como prioritarios los siguientes: Los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, depresión, trastorno del comportamiento de inicio en la infancia y la adolescencia, trastorno del desarrollo psicológico.





ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

2.3.3.5 Enfermedades transmisibles y Zoonosis

2.3.3.5.1 Dengue

Se ha logrado reducir el índice larvario del 50% en el año 1994 a 5% en el año 2007; la incidencia de casos y mortalidad también ha disminuido en la ciudad. En el año 1994, se presentaba un promedio de 6000 casos de dengue por año y en la actualidad se tiene un promedio de 1100 casos por año; la mortalidad ha disminuido de tal forma que de 6 casos en el año 2004, en el año 2007 ocurrió 1 caso. En el municipio se cuenta con silencio epidemiológico de rabia desde el año 1989, y de encefalitis equina venezolana desde 1968 y esto se ha logrado manteniendo coberturas de vacunación por encima del 80%. Se tiene falencias puesto que el municipio no cuenta con un sitio para albergue de animales callejeros y maltratados. En la ciudad en el último año, no se tiene mediciones de Calidad del aire por parte de DAGMA, como tampoco mediciones confiables de ruido. Uno de los grandes problemas de ciudad es la contaminación del aire y el ruido que trae como consecuencia problemas respiratorios en la población y de estrés que genera violencia.

2.3.3.5.2 Tuberculosis.

Alrededor de 9% de los pacientes que maneja el programa para la Vigilancia y Control de Tuberculosis de la SSPM son de fuera de la ciudad de Cali.

Todos los registros corresponden a casos confirmados, a los cuales se le asegura su manejo prestando asistencia a las diferentes instituciones con pacientes a cargo. Según la base de datos del programa, durante el año 2006 se registraron 996 casos nuevos en la ciudad de Cali, lo que significa una tasa de incidencia (registrada) de 47 por 100 mil habitantes. Durante los últimos 3 años han aparecido alrededor de 1050 casos nuevos cada año.

De las 151 instituciones que reportaron casos nuevos, el Hospital Universitario reportó el 6%, siguiendo en orden el Centro de Salud Siloé, el Centro Hospital Carlos Holmes Trujillo y La Clínica Rafael Uribe Uribe.

Las comunas más afectadas se caracterizan porque la mayoría de sus pobladores pertenecen a los estratos 1 y 2. Al revisar los barrios con mayor cantidad de nuevos casos se encontró que tres de ellos están en el Distrito de Agua blanca, dos en Ladera, el barrio Sucre en la Zona Centro y el barrio Floralia en la Zona Norte. Se aprecia como existe una asociación entre la infección y las condiciones de pobreza, pues mientras las comunas 2, 27, 19 y 22 son las de menor incidencia de casos, las que en el año 2006 presentaron incidencia mayor a 40 por cada 100 mil habitantes fueron:

Todas las de Ladera 1, 3, 18 y 20.

- Las del Distrito de Aguablanca y Zona Oriente 13, 14, 15, 16 y 21.



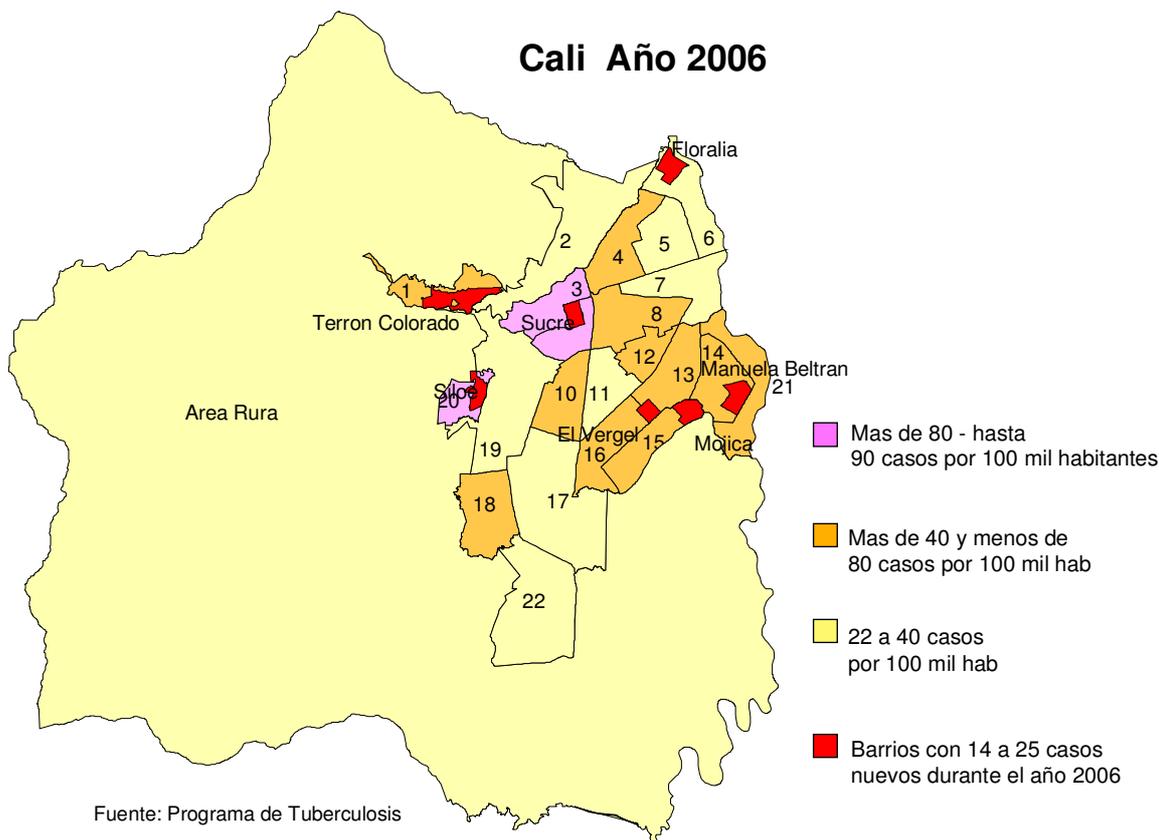
ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

- Las de la zona Centro: 8, 9, 10 y 12.
- La comuna 4 de la Zona Norte.

Del total de casos nuevos en el año 2006, el 53% fueron reportados por 63 IPS de la red pública y el restante 48% fue reportado por 88 instituciones privadas. 8 de cada mil defunciones en el año 2007 fueron causadas por tuberculosis.

Grafico 11. Casos de tuberculosis. 2006.

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS POR COMUNAS



2.3.3.6 Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo.

El estudio de factores de riesgo en salud realizado en Santiago de Cali¹⁵ muestra que la población con mayor nivel cultural y mejores condiciones socio económicas adopta conductas y



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

hábitos más saludables que las comunidades en condiciones de mayor pobreza y con un menor nivel educativo. La prevalencia de factores de riesgo del comportamiento (FRC) asociados a enfermedades crónicas en Cali mostró las siguientes diferencias: alrededor del 75% de los que viven en estratos 1, 2 y 3 reportaron comportamiento sedentario, comparado con el 67% y el 25% respectivamente de los que vivían en los estratos 5 y 6. En cuanto a consumo de alcohol, el porcentaje va en aumento de acuerdo con el estrato social, fluctuando entre el 30% en el estrato 1 y 82% en el estrato 6.

El estudio poblacional del año 2005, refirió que son hipertensos el 13.7 % de la población de 15 años y más del área urbana de Santiago de Cali, lo que representa para la población de 15 y más años que Cali tendría 234.346 hipertensos, situados en el mismo marco de referencia serían diabéticos aproximadamente 126.757; para una prevalencia poblacional de 6.78 % en el mismo año y más de 1.500.000 de personas serían sedentarias

Según estudio realizado por la línea de ECNT y Discapacidad en el municipio de Santiago de Cali en el año 2006, se encontró que la mayor población en condiciones de discapacidad inscrita y encuestada se encuentra en la comuna 13 con 1935 personas, seguida de la comuna 14 con 1.660; un tercer lugar lo ocupa la comuna 20 con 1.621 personas y el cuarto lugar lo ocupa la comuna 18 con 1.619 personas. La comuna 22 es la que tiene registrado el menor número con 5 personas.

2.3.3.7 Seguridad alimentaria y nutricional.

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005). La prevalencia en Santiago de Cali de desnutrición por déficit en talla para la edad (menor a - 2 DE) en los niños menores de 5 años, de 5 a 9 años y de 10 –a17 años en Cali es de 6.1%, 5,4% y 10,9% respectivamente, por déficit de peso para la talla (menor a - 2 DE) de 1,91%, 0,7% y 5,6% respectivamente, comparado con encuestas anteriores la prevalencia de déficit muestra una disminución significativa en Cali y alcanza hoy cifras inferiores al resto del país; por el contrario, la malnutrición por exceso muestra un aumento constante en todo el país con 4% y 10,3 % en los grupos de 5-9 años y 10 – 17 años.

Según datos de la encuesta antropométrica realizada por la Secretaria de Salud Pública Municipal durante el periodo lectivo 2006 – 2007 la prevalencia de desnutrición por déficit en talla alcanzada para la edad (menor a - 2 DE) en los escolares de básica primaria de instituciones oficiales en Cali es de 6,8%, por déficit de peso para la talla (menor a - 2 DE) 3,2%, igualmente comparado con estudios anteriores en escolares de Cali, la prevalencia de déficit muestra una disminución significativa en talla para la edad pasando de 13% en 1988 a 6,8% en 2006; aunque el déficit en la relación peso a talla no ha cambiado significativamente, se encuentra una desviación hacia cifras altas (promedio de Score Z paso de negativo a positivo) mostrando un aumento en la malnutrición por exceso o sobrepeso.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

En resumen, el problema de desnutrición por déficit en la ciudad de Cali y el Valle ha sido menor que el del resto del país y ha disminuido consistentemente desde la década de los 70s excepto para los grupos marginados que no asisten a instituciones educativas o de salud; De otro lado el exceso de peso para la talla (sobrepeso) y obesidad ha aumentado consistentemente en Cali y el resto del país en los últimos años lo cual se convierte en un factor de riesgo para enfermedades catastróficas en población cada vez mas joven, como se observa en diferentes estudios realizados y los perfiles epidemiológicos de los últimos años de la Ciudad Los estudios promedio ocultan diferencias extremas entre los diferentes grupos sociales , que es necesario desagregar para focalizar intervenciones en la población.

2.3.3.8 Seguridad Sanitaria y del ambiente

La población de Cali está expuesta al riesgo del dengue, principalmente las comunas 3, 8 y 9 debido a sus condiciones físicas y climatológicas , la frecuencia de la enfermedad se incrementó entre el 2004 y 2005 en 231% para dengue clásico y 64% para dengue hemorrágico..

2.3.3.8.1 Agua como recurso natural:

La contaminación de fuentes superficiales en el municipio por desechos domésticos e industriales que afectan la cantidad y calidad del recurso para diferentes usos: La poca explotación de fuentes subterráneas han traído como consecuencia la alarma para el municipio frente a su fuente principal de abasto que es el río Cauca. El agua para consumo humano en el municipio en su área urbana es potable y tiene una aceptabilidad por encima del 95%. El área rural con sus 15 corregimientos tiene una aceptabilidad del 33%. Se requiere continuar construyendo e implementando plantas de tratamiento del agua para los habitantes del área rural y continuar la vigilancia del agua de consumo en el municipio.

2.3.3.8.2 Suelo.

La ocupación inadecuada del espacio público es el principal problema en la ciudad; la generación indiscriminada de desechos sólidos cuyas causas radican en una deficiente cultura de la no basura y el incumplimiento de la empresa de recolección de desechos en la ciudad frente a los horarios de recolección, aunque con notable mejoría en el último semestre del año 2007. Hay un déficit del 13.7% en recolección diaria de basuras. El barrido de calles solo cubre el 36% de la ciudad; se generan aproximadamente 12.000 toneladas de escombros cada mes y no existen suficientes áreas asignadas para su disposición, siendo depositados en zonas verdes. Este problema ocasiona el uso inadecuado de parques, vías públicas, andenes etc y la existencia de más de 70 basureros crónicos y gran cantidad de basureros temporales.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Existen canales de aguas negras (16) que cruzan el 50% de las comunas de la ciudad, donde por falta de mantenimiento, se generan condiciones propicias para roedores, insectos, etc. Entre otros problemas se mantiene el riesgo de transmisión de Leptospirosis, la cual se presenta en promedio de 6 casos por año en cada comuna. Se ha venido trabajando para modificar esta situación en forma intersectorial (EMSIRVA, EMCALI, SALUD, GOBIERNO); Se ha logrado reducir madrigueras activas por roedor de 6 por km. a 3 por km. La tendencia es a disminuir la problemática de roedores, basureros etc., pero se requiere continuar en esta labor. El municipio es una zona receptora de población desplazada y emigrante de otras regiones, los cuales en su gran mayoría llegan a zonas con condiciones de riesgo, trayendo consigo costumbres rurales al área urbana con gran cantidad de animales, uso inadecuado del agua, desechos, que aumentan la problemática y originan alto riesgo en contraer enfermedades.

En el manejo de alimentos se realiza un control y vigilancia continua de su calidad pero se detectan fallas en la calidad de la limpieza y desinfección por parte de los manipuladores de los alimentos. Esto se evidencia en los análisis de laboratorio en donde sólo el 53% de los alimentos muestreados son aptos mientras el 47% restantes no lo son; la principal causa de rechazo es debido a la contaminación por coliformes totales y fecales. El problema principal en alimentos radica en la existencia clandestina de gran cantidad de sitios para su expendio sin cumplimiento de los requisitos y el aumento de las ventas ambulantes difíciles de controlar porque predomina los criterios sociales y económicos sobre los de salud.

En el municipio las zonas críticas son: Ladera: comunas 18 20 y 01; Norte: comunas 6 y 7; Oriente comunas 14,15, 13, 21, 16; Centro Comuna 12. Al interior de estas comunas hay sectores o barrios de mayor riesgo que otros. En el área rural los sectores más críticos son Navarro, Hormiguero y Cascajal.

2.3.3.9 Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral

Ver en 2.4.4

2.3.4 Promoción social

2.3.4.1 Discapacidad

Según el censo 2005 en el país existe una prevalencia de discapacidad del 6.8% y en el Municipio de Santiago de Cali es de 6,4%. La población discapacitada se concentra mas en sectores deprimidos: la comuna 1 y el sector Nor-Oriente: Comunas 6, 7 y las del Distrito del Aguablanca, (13, 14, 15 y 21), que presentan tasas de discapacidad por encima del promedio de la ciudad (7,3% a 8,9% de su población presentan algún tipo de discapacidad).

Tabla 8. Población discapacitada por comuna. Cali. 2006.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

República de Colombia



INFORMACION COMPARATIVA ENTRE CENSO NACIONAL DE
POBLACION Y LA CARACTERIZACION DE POBLACION
CON DISCAPACIDAD – CALI 2006.

UBICACIÓN	Poblacion General	Porcentaje	Poblacion discapacitada	Porcentaje discapacidad	Poblacion caracterizada	Porcentaje respecto a la poblacion general	Moverse o Caminar	Usar brazos y manos	Ver a pesar de usar lentes o gafas	Oír aun con aparatos especiales	hablar	Entender o aprender	Relacionarse con los demas por problemas mentales	Bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo
TOTAL CALI	2.063.323	100	136.581	100	22.062	16,153	35.020	19.072	61.162	21.237	16.907	16.475	15.625	13.778
Comuna 1	65.259	3,16	5.501	4,03	615	0,450	1.265	800	2.314	928	708	712	534	621
Comuna 2	102.832	4,98	5.365	3,93	573	0,420	1.410	639	2.154	914	478	457	507	511
Comuna 3	42.415	2,06	3.047	2,23	500	0,366	870	362	1.138	528	302	282	333	265
Comuna 4	56.654	2,75	3.421	2,50	1.001	0,733	943	441	1.357	590	362	385	333	287
Comuna 5	100.325	4,86	6.057	4,43	179	0,131	1.732	1.197	3.429	1.137	1.139	1.133	1.078	1.057
Comuna 6	166.897	8,09	12.661	9,27	1.560	1,142	4.251	3.238	5.887	1.596	2.996	2.923	2.603	2.886
Comuna 7	77.224	3,74	5.656	4,14	1.163	0,852	1.549	744	2.381	977	629	666	587	445
Comuna 8	96.861	4,69	5.547	4,06	463	0,339	1.586	643	2.007	901	538	579	578	434
Comuna 9	47.661	2,31	3.132	2,29	606	0,444	869	382	1.073	483	342	356	492	270
Comuna 10	102.548	4,97	5.361	3,93	869	0,636	1.413	603	1.950	924	623	616	959	484
Comuna 11	94.582	4,58	6.110	4,47	906	0,663	1.621	766	2.449	954	691	692	675	462
Comuna 12	67.610	3,28	5.058	3,70	771	0,565	1.482	800	2.127	939	569	634	578	442
Comuna 13	169.575	8,22	13.576	9,94	1.935	1,417	3.255	1.745	6.581	2.059	1.428	1.343	1.187	962
Comuna 14	151.479	7,34	11.363	8,32	1.660	1,215	2.380	1.193	5.614	1.489	1.069	884	807	642
Comuna 15	126.461	6,13	9.877	7,23	902	0,660	2.147	1.022	5.059	1.136	958	854	695	646
Comuna 16	94.312	4,57	5.726	4,19	1.065	0,780	1.384	775	2.292	937	687	720	619	545
Comuna 17	103.807	5,03	4.607	3,37	140	0,103	1.074	570	2.171	734	513	483	475	523
Comuna 18	97.707	4,74	4.832	3,54	1.619	1,185	1.123	667	1.842	853	621	591	610	509
Comuna 19	97.198	4,71	5.089	3,73	678	0,496	1.461	664	2.181	970	589	641	675	650
Comuna 20	65.440	3,17	3.588	2,63	1.621	1,187	942	514	1.256	719	526	528	507	341
Comuna 21	92.155	4,47	8.213	6,01	1.541	1,128	1.593	942	4.675	954	839	721	540	615
Comuna 22	8.768	0,42	243	0,18	5	0,004	81	29	71	43	30	27	29	25
RURAL	35.553	1,72	2.551	1,87	1.690	1,237	589	336	1.154	472	270	248	224	156

Caracterización de la Población con Discapacidad en Santiago de Cali – 2006
Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social



“Cali, Saludable y Participativa”
CL 4B # 36-00 TEL: 5542514-15-16-17-18 - SANTIAGO DE CALI – COLOMBIA



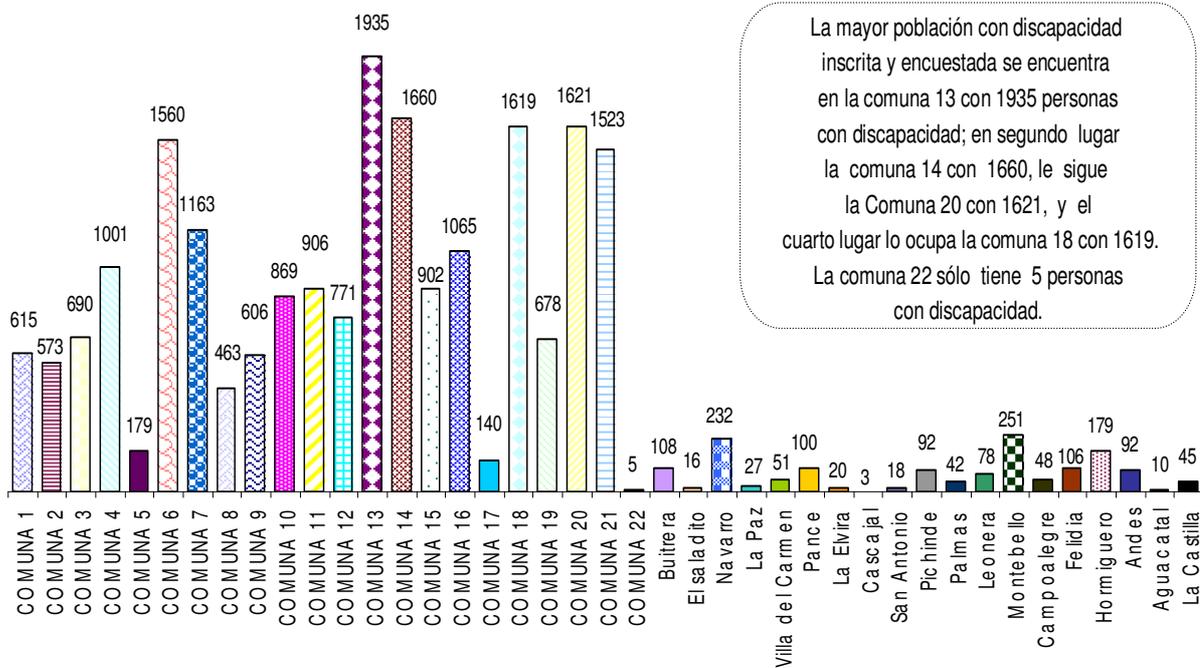


ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Gráfico 12. Prevalencia de personas con discapacidad.



RELACION DE PERSONAS ENCUESTADAS
COMUNAS Y CORREGIMIENTOS.



La mayor población con discapacidad inscrita y encuestada se encuentra en la comuna 13 con 1935 personas con discapacidad; en segundo lugar la comuna 14 con 1660, le sigue la Comuna 20 con 1621, y el cuarto lugar lo ocupa la comuna 18 con 1619. La comuna 22 sólo tiene 5 personas con discapacidad.

Caracterización de la Población con Discapacidad en Santiago de Cali – 2006
Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social



2.3.5 Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales

En el Municipio de Santiago de Cali no hay estudios definitivos sobre el diagnóstico del estado actual en lo referente a la Salud Ocupacional de la población ya que es la primera vez que dentro del Plan Nacional de Salud Pública se plantean políticas integradas entre la Nación y los entes territoriales sobre este tema.

Las políticas sobre la materia han sido implementadas en su mayor parte por el Ministerio de la Protección Social, no existiendo a cargo de los entes territoriales sino acciones puntuales tales como las definidas por la Ley 9 de 1979, por la cual se dictan Medidas Sanitarias³; en su Título III, se refiere a la Salud Ocupacional.

Amparados por esta normatividad, la Secretaría de Salud Pública Municipal ha realizado a través de las UES visitas a empresas solicitando la presentación del programa de Salud Ocupacional pero sin intervenir en su desarrollo, control ni seguimiento; facultades estas que permanecen en cabeza de Minprotección y de las ARP a las cuales se haya afiliado el empleador.

Algunas actividades puntuales que se puede citar en lo referente a salud ocupacional son las realizadas durante el mes de diciembre de 2007 a través de dos estudios promovidos por el grupo de Salud Pública:

1. Licenciamiento, vigilancia y control de los prestadores de servicios de Salud Ocupacional y verificación del cumplimiento de los estándares mínimos del sistema de garantía de calidad de Salud Ocupacional y riesgos profesionales.
2. Promoción de la Salud, la Vigilancia en Salud Pública y control de factores de riesgo de la exposición del sector informal de la economía y trabajo independiente.

Una tercera actividad desarrollada por el Municipio desde hace 3 años, es lo concerniente a la expedición de licencias en Salud Ocupacional⁴.

³ Título III, se refiere a la Salud Ocupacional, Objeto. ARTICULO 80. para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones la presente Ley establece normas tendientes a:

- a) Prevenir todo daño para la salud de las personas, derivado de las condiciones de trabajo;
- b) Proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, orgánicos, mecánicos y otros que pueden afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo;
- c) Eliminar o controlar los agentes nocivos para la salud en los lugares de trabajo;
- d) Proteger la salud de los trabajadores y de la población contra los riesgos causados por las radiaciones;
- e) Proteger a los trabajadores y a la población contra los riesgos para la salud provenientes de la producción, almacenamiento, transporte, expendio, uso o disposición de sustancias peligrosas para la salud pública.

⁴ Resolución 2318 de 1996 del Ministerio de Salud.

Tabla 9. Solicitud de Licencias en Salud Ocupacional - año 2007

Tipo de Solicitud	No. Solicitudes	Aprobadas	Negadas	Total
Persona Natural	120	120	0	120
Persona Jurídica	4	4	0	4

Fuente Grupo de Aseguramiento. Secretaria de Salud Municipal de Cali.

Es de notar que para el periodo 1994–2003 se diagnosticaron en promedio 911 casos de enfermedades profesionales. De acuerdo con el Informe de Enfermedad Profesional en Colombia 2001 y 2002, elaborado por la Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social, el Síndrome de Conducto Carpiano, el Lumbago y la Sordera Neurosensorial fueron los diagnósticos más frecuentemente informados.

No obstante las cifras reportadas al comparar las tasas de enfermedad profesional de Colombia con las informadas por la OIT y la OMS evidencia que las tasas colombianas son 10 ó 15 veces menores.

La tendencia en cuanto a la accidentalidad es un incremento a través de los años, sin embargo estas cifras debe de ser analizada en forma conjunta con la afiliación al Sistema General de Riesgos profesionales⁵.

Gráfico 13. Accidentes de trabajo. 1994- 2003.



A nov de 2007 Fuente Minprotección Social

⁵ El análisis deberá de ser hecho por tasa de afiliación al sistema.

Tabla 10. Distribución de las enfermedades profesionales en la ciudad de Santiago de Cali. Régimen Contributivo. Año 2003.

Dependiente	Independiente	Pensionado	Total Cotizantes	No. Dx	Tasa 100.000	%	Casos Estimados
409.549	22.270	66.310	498.129	279	56	1	2.491

Fuente - FOSYGA. Ministerio de la Protección Social.

La estimación del número de casos se realizó con base en la tasa de 500 casos por cada cien mil trabajadores, calculada por la OMS⁶, se puede inferir que hay un subregistro marcado a nivel del régimen contributivo, y/o no se está diagnosticando el riesgo a nivel de la población trabajadora no afiliada a una ARP.

Según estos datos demográficos presentados se puede inferir que partiendo de la población total del municipio de Santiago de Cali, en cifras globales⁷, la población trabajadora es de aproximadamente 1.560.428 personas.

Tabla 11. Proyección de población trabajadora del municipio de Santiago de Cali.

Ítem	Ente responsable Riesgo	Población proyectada	%
Régimen Contributivo	ARP - Privadas y Publica	966.879	62,10
Régimen Subsidiado	Ninguna	508.906	32,60
Población Pobre asegurada	Ninguna	84.643	5,30
Población desplazada	Ninguna	Sin Dato	
Totales		1.560.428	100,00

Fuente Grupo de Aseguramiento. Secretaria de Salud Municipal de Cali.

De las cuales y dando cumplimiento al decreto 3039 y a la resolución 0425, la responsabilidad del municipio en las líneas de política, será diferente, dependiendo del régimen en que se encuentre la población:

⁶ Informe de enfermedades profesionales 2003 - 2005. Ministerio de la Protección Social. Pág. 31.

⁷ Aplicando el 71.1% de la población en edad de trabajar.

Tabla 12. Responsabilidad del Municipio de Santiago de Cali, con respecto a las líneas de política.⁸

Línea Política	Descripción de la Línea	Responsabilidad del ente Territorial.
2	Prevención de los Riesgos	Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación desarrollo de los servicios preventivos en Salud Ocupacional y Laboral
3	Recuperación y superación de los daños en la salud	Desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios de atención integral de los accidentes de trabajo enfermedad derivada de la actividad laboral.
4	Vigilancia de salud y gestión del conocimiento	Vigilancia en salud en el entorno laboral. Vigilancia sanitaria e inspección. Implementación del sistema de información.

Los logros que se deben de buscar a través de la implementación de la Salud Ocupacional en el municipio de Santiago de Cali es promover, facilitar y apoyar la construcción de condiciones favorables en los trabajadores de todos los sectores de la economía, para la reactivación económica, por medio del desarrollo competitivo empresarial y productivo de la fuerza laboral, dentro de la normatividad vigente y en particular teniendo como base el establecimiento de alianzas entre los sectores público, privado, académico y solidario. Todo enmarcado dentro de la política del municipio de "Cali saludable, participativa y educadora".

2.3.6 Emergencias y Desastres

En Santiago de Cali existen un conjunto de amenazas de origen natural y antrópico que al interactuar con vulnerabilidades de orden físico ambiental económico y social configuran riesgos que pueden desencadenar emergencias como efectivamente ha ocurrido en el pasado afectando negativamente la salud de la población y el ambiente, la economía y la infraestructura de la ciudad.

El conjunto de fenómenos principales son:

Terremotos. La ciudad ha sido afectada por terremotos largos y lentos a más de 400 Km. entre los cuales destacan los del 31 de enero de 1906 y 12 de diciembre de 1979 con epicentro frente al Litoral Pacífico colombo-ecuatoriano y por eventos cercanos con vibraciones fuertes y rápidas. Los últimos sismos fuertes con algunos daños en Cali ocurrieron el 19 de noviembre de 1991 y el 18 de octubre de 1992. Propio de su localización cerca al margen de placas tectónicas

⁸ Decreto 3039 de 2007.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

activas durante 76 meses de registro sísmico de la Red Sismológica del Suroccidente ha ocurrido, en promedio, un sismo mensual sentido en la región. En el contexto de una ciudad localizada sobre diversidad de suelos y con tipologías constructivas antiguas y modernas se presentan entonces diversos escenarios de riesgo sísmico.

Inundaciones. La frecuencia anual de su ocurrencia sobre la llanura de inundación del río Cauca ha sido mitigada mediante la construcción de diques y de una presa de regulación (Salvajina) a unos 100 Km. agua arriba de la ciudad. Sobre los terrenos así adecuados los usos agrícolas entran en competencia con procesos de expansión urbana y obviamente, de rentabilidad de la tierra.

Avenidas torrenciales. La ciudad ha canalizado y ha invadido parcialmente sus cauces naturales. En convergencia con procesos de deforestación de las cuencas y de urbanización durante aguaceros torrenciales se producen entonces, crecientes desastrosas que afectan a poblaciones urbanas marginales y no marginales.

Deslizamientos. A partir de la ocupación de terrenos de ladera en la década de 1930 se iniciaron procesos de deslizamientos, principalmente por inadecuadas técnicas de construcción, deforestación y vertimiento de aguas.

Incendios urbanos y forestales. Ocurren principalmente en el área de laderas y con mayor frecuencia durante los períodos más secos entre junio y agosto. En barrios subnormales son frecuentes y catastróficos debido a conexiones ilegales ("piratas") de energía eléctrica y predominio de materiales fungibles.

Explosiones, escapes de gases, vertimientos tóxicos y peligrosos. El 7 de agosto de 1956 hizo explosión un cargamento militar de dinamita en la ciudad con un estimativo de 5,000 muertos. Éste es el accidente tecnológico más importante en la historia de Colombia.

Uno de los principales problemas identificados en el momento de presentarse una situación de emergencia es la deficiente orientación y coordinación de las acciones del sector salud para la prevención y litigación de emergencias y desastres en el municipio de Cali.

Dentro de las causas que se han podido identificar se encuentra:

1. Poca capacitación y entrenamiento del personal en salud aplicando protocolos y guías existentes en atención pre hospitalario y salud mental En casos de emergencias y desastres.
2. Pocas campañas de divulgación en emergencias y desastres dirigidas a la comunidad.
3. Insuficiente apoyo y asesoría técnica a los prestadores sobre temas de desastres.
4. Deficiente monitoreo y evaluación de los planes de emergencias institucionales.
5. Sistema de referencia y contrarreferencia deficientes.
6. Escasa identificación y diagnóstico de áreas para la atención sanitaria y de salud en caso de emergencias y desastres.
7. Deficiente sistemas de información en emergencias y desastres.

2.3.6.1 Estudio de emergencias y desastres



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

En un estudio realizado en el año 2006 referente al tema, se investigo sobre el conocimiento acerca de la atención en emergencias y desastres por parte del personal de las IPS del municipio. Un total de 1463 personas laboran en esta red, de las cuales 774 son profesionales y técnicos de la salud (53%). De estos últimos, 220 son médicos generales, 66 médicos especialistas; 72 enfermeras y 300 auxiliares de enfermería.

Los resultados más relevantes del análisis de datos muestran que:

1. **Los niveles de desconocimiento de la importancia de los factores de riesgo para emergencias y desastres (34.6%) son demasiado elevados**, en un público secundario que tiene la responsabilidad del manejo de la prevención y las contingencias de un amplio sector de la población de Cali..
2. El 65.5% del personal de salud dice tener **conciencia de la importancia de estar preparados** para enfrentar en cualquier momento una situación de calamidad pública de consecuencias desastrosas, sin embargo apenas 38% de éstos "sabía comportarse" en una situación semejante. El 62% de los profesionales y técnicos confiesan saber "algunas cosas" de las que deberían saber, situación que hace suponer que la eficiencia, eficacia y efectividad de las operaciones de contingencia se verían afectadas grandemente.
3. De las personas que **ignoran la importancia de los factores de riesgo** (35% del total), 48 de ellas, es decir el 70% **piensan en capacitarse**, pero aún no se deciden. Al preguntárseles por qué razón no lo hacen?, el 86% (41 del total) aduce razones de "falta de tiempo" refiriéndose a las múltiples actividades que realizan en los servicios.

2.4 CARTOGRAFÍA SOCIAL

2.4.1 Mesas de Participación social en salud.

La cartografía social es un componente estratégico de las mesas de participación social en salud que se ha potenciado no sólo como herramienta para la construcción del diagnóstico de salud y de sus determinantes, como la estrategia que ha permitido dinamizar y atraer a la comunidad al espacio de las mesas. Por tanto, la cartografía más que un producto en si mismo, se entiende como un proceso en el cual las mesas se fortalecen como organización, fortaleciendo el tejido social en el municipio de Santiago de Cali. La meta a largo plazo es que las comunidades organizadas en este escenario se apropien de esta cartografía como una herramienta de negociación de sus intereses a partir de un conocimiento más sistemático de su territorio y que la institucionalidad pública o privada que necesite o desee acercarse al conocimiento de una población en un territorio concreto, y/o intervenir sus realidades pueda partir de la forma como sus pobladores diagnostican su bienestar a partir de su vida cotidiana.

2.4.2 Auto percepción de la comuna y de la cuenca

Se percibe una múltiple estigmatización de los habitantes de las comunas del área sur-oriente, particularmente en las comunas 13, 14, 15, 16, en el área centro, la comuna 9 por ubicación geográfica, por tipo de trabajo, por falta de accesos a servicios y por calidad de vivienda. En

estos sectores desde el lenguaje que se utiliza por parte de los líderes se ubican por fuera de la ciudad, evidenciando la exclusión que viven dichas comunidades.

Como consecuencia de esta “estigmatización” los habitantes de estos sectores son discriminados laboralmente y refieren preferiblemente no decir que son de la comuna pues esta es causa de discriminación para obtener un empleo.

Otra situación que los afecta no solo para ser incluidos por programas o proyectos sociales de instituciones gubernamentales y ONG´s, sino incluso para acceder a prestamos para mejora de las viviendas es no tener sus predios legalizados, aunque muchos vivan allí hace más de 20 años, así como estar en sectores de riesgo por deslizamiento e inundaciones,.

2.4.3 Actividades económicas y generación de ingresos por comuna y por cuenca.

En términos generales se evidencia el deterioro del empleo formal y el creciente incremento de la informalidad por la vía del rebusque. Las oportunidades laborales han sufrido cambios acelerados afectando los ingresos y la calidad de vida de las familias. Esta situación se muestra como una constante en todos los sectores, no siendo exclusiva de los estratos bajos.

En algunos sectores de la ciudad, llama la atención que actividades como la venta de sustancias psicoactivas, la prostitución y actividades al margen de la ley, se han convertido en medios cada vez más aceptables de ganarse la vida en especial entre la población joven.

Otro fenómeno a destacar es lo que denominan algunos sectores como la “invasión paisa” y lo que eso significa en cuanto a generación de ingresos en las comunas, pues consideran que al respecto son pocas las oportunidades que se presentan.

Igualmente las ventas informales hacen parte de la dinámica de la ciudad destacándose además de las comidas rápidas las ventas de minutos celulares y chance, así como las casetas telefónicas y de Internet.

2.4.4 Determinantes Identificados por la comunidad

- La situación de pobreza que limita las posibilidades de alimentación adecuada y suficiente.
- Deficiencia en acueducto y alcantarillado; Inadecuada canalización de aguas lluvias y residuales.
- Riesgos de electrocución por cercanía de redes de alta tensión
- Riesgos de deslizamiento y derrumbes por alcantarillados obsoletos o por actividad minera
- Intolerancia entre vecinos; pandillas juveniles; inseguridad
- Actividades de minería, es bajo el recurso tecnológico, causando contaminación por la explotación carbonífera y afectando la erosión del suelo.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

- Deficiente estado de la infraestructura vial que comunica el área urbana de Cali con los corregimientos.
- Fumigación de cultivos de caña, que afecta los cultivos de pan coger y la salud de los campesinos.

2.4.5 Principales problemas sentidos por la comunidad

Al analizar las problemáticas que destacan los habitantes por comuna o cuenca, llama la atención el énfasis que se imprime a situaciones referidas a la convivencia (violencia intrafamiliar, manejo de zonas verdes, contaminación visual y auditiva, pandillas juveniles, intolerancia, mal manejo de basuras, de mascotas, entre otros). En otras oportunidades las prioridades de las comunidades recaían en el mejoramiento de la infraestructura comunitaria, situación esta en la que a pesar de grandes inversiones realizadas y de no ser una prioridad para algunos sectores, aun persisten muchas deficiencias.

- En los niños: Desnutrición, IRA, EDA, Salud oral deficiente, Problemas gastrointestinales, varicela, Alergias en la piel, Piojos, Parásitos.
- Adolescentes: Depresión, Estrés, Violencia familiar, Embarazo en adolescentes,
- En la población adulta: Enfermedades cardiocerebrovasculares, cáncer de estomago, Cáncer de garganta, de útero y de seno, diabetes, Artrosis, Alergias, dermatitis, amigdalitis, Gripas constantes, Bronquitis, Osteoporosis, mal de parkinson, SIDA, ETS, Consumo de sustancias psicoactivas, Depresión, Estrés, Violencia familiar.

3. MÉTODO

3.1 COMPONENTE ESTRATÉGICO

3.1.1 Visión.

En el 2011, el Municipio de Santiago de Cali por medio de las acciones del Plan de Salud Municipal ha aportado al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar social de la población del Municipio de Santiago de Cali, articulando todos los actores institucionales, sociales y comunitarios en una nueva cultura de la salud que redunde en el mejoramiento y desarrollo social de la ciudad.

3.1.2 Misión.

El Plan Municipal de Salud Pública de Santiago de Cali, tiene como propósito garantizar el mejoramiento de la salud de la población, promoviendo condiciones, estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, recuperando y minimizando el daño mediante acciones sectoriales, intersectoriales y participativas, asumiendo el compromiso de trabajar por el respeto a la vida digna como derecho fundamental.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.1.3 Enfoque del Plan

El enfoque incluye: a) alinearse al plan nacional de desarrollo, al plan nacional de salud pública, al plan departamental de desarrollo y de salud, y al plan municipal de desarrollo; b) responder a los objetivos de desarrollo del milenio, a la prioridades en salud pública y a al resultado de priorización de este plan; c) enfocar los resultados y las acciones a modificar los determinantes sociales; y d) implementar la estrategia de municipio saludable.

3.1.3.1 Alineación

Dando cumplimiento a los compromisos internacionales del país, para que los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) dejen de ser una aspiración en el papel o una nueva promesa incumplida, y se conviertan en una realidad concreta para los caleños y caleñas que viven en pobreza o padecen hambre, es necesario no solo lograr la voluntad política, sino también una estrategia sostenida, con un amplio apoyo popular a su implementación y un ambiente democrático que garantice las libertades civiles y políticas para que la movilización popular y el compromiso cívico participativo pueda involucrar a diferentes sectores sociales, y en especial a los pobres, en la reorientación de las prioridades del desarrollo para que las políticas públicas se centren adecuadamente y con recursos necesarios en el cumplimiento de dichos objetivos.

Dando cumplimiento a la Ley 1122 y especialmente a su artículo 2º reglamentado parcialmente por el Decreto 3039 de agosto de 2007, por medio del cual se aprueba el Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2007-2010. El Municipio de Cali por intermedio de la secretaria Municipal de Salud pública adopta y ajusta el Plan Nacional de Salud Pública que a partir de la fecha se denominará Plan territorial de Salud Pública 2008-2011, elaborado con la participación de todos los actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, además con amplia participación de la comunidad, que le sirve de indispensable aval al presente documento

3.1.3.1.1 Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali

Siendo consecuentes con el Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2008-2011, este plan territorial en salud es el desarrollo de las competencias en salud del plan de desarrollo del municipio para vivir la vida dignamente. Este plan territorial desarrolla las líneas: a) Cali Saludable y Educadora; b) Programa Cali es nuestra gente; c) Cali es vida; d) cali es mi casa; e) cali corregimientos amables; f) cali emprendedora e innovadora.

3.1.3.1.1.1 Principios del Plan de Desarrollo de Cali

- Intersectorialidad. Fomentará la cultura de la cooperación interinstitucional e intersectorial para la concurrencia de recursos, la planeación participativa y la



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

confluencia en la ejecución. La intersectorialidad exige trabajo de red, caracterizado por la flexibilidad y la horizontalidad.

- Participación ciudadana. El Estado moderno trasciende las instancias y procedimientos convencionales de representatividad y da cabida a nuevas expresiones de la democracia, que implican estrategias apropiadas para discutir, validar y controlar participativamente las propuestas de gobierno.
- Nuevas tecnologías. La revolución tecnológica transforma los modos de vida y enriquece las relaciones, agiliza los procedimientos y acerca las instituciones al ciudadano en términos de espacio y tiempo, de atención y acceso.
- Sostenibilidad administrativa y financiera. El éxito del gobierno depende del buen manejo de los recursos en la perspectiva de los fines. El manejo inapropiado de los recursos públicos ha conducido a la desestabilización de las finanzas y a su entrega a entidades privadas mediante la tercerización y los convenios de desempeño.
- Innovación. La escasez de recursos y la amplitud de las demandas son argumentos para la innovación. Cuando los recursos materiales escasean, los recursos del talento generan respuestas creativas y de inmenso valor agregado que es necesario incorporar a la gestión y al gobierno

3.1.3.1.1.2 Desarrollo de programas del plan de desarrollo

El plan territorial en salud en cuanto a sus dimensiones se ve reflejado en el plan de desarrollo en 6 de los 8 programas del plan y en 8 de los macroproyectos presentados convirtiéndose en esta forma en un eje integrador del plan y motor fundamental de su aplicación.

- Programa Cali es nuestra gente
 - Macroproyecto Sembrando esperanza
 - Desplazados.
 - Discapacitados.
 - Macroproyecto Sabiduría Patrimonio de Todos
 - Adulto mayor.
- Programa Cali saludable y educadora: Municipio que se compromete con su gente, promueve **estilos y proyectos de vida saludables y responsables**; prácticas como el **deporte, la recreación y la lúdica**, realizadas en espacios saludables y educadores contribuyen con el desarrollo armónico de los individuos.
 - Macroproyecto Cali asegura protege y atiende
 - El Municipio se compromete con el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de garantizar la universalización del aseguramiento para la población SISBEN 1 y 2, promover la afiliación al régimen contributivo en salud y fortalecer el acceso a la prestación de servicios de salud con calidad a la población

- Macroproyecto Comprometidos con la vida
 - Salud Pública.
 - Promoción de la Salud.
 - Riesgos profesionales.
- Programa Cali es Vida
 - Macroproyecto Cali actuando frente a las drogas
 - políticas de protección, atención y control adecuadas para reducir los riesgos y el daño que provocan dichos consumos y así mismo reducir el sufrimiento que afecta a las personas que consumen, a sus familias, a sus grupos y a las comunidades donde habitan, desde la implementación de un modelo comunitario de inclusión social.
- Programa Cali es mi Casa
 - Macroproyecto Cali sismo segura y asegurada Dada la localización del municipio en zona de vulnerabilidad sísmica, se debe generar una cultura de prevención y atención para afrontar eventos de carácter natural y **antropico** con una efectiva respuesta de los organismos competentes, para lo cual se examinarán las condiciones de amenaza, vulnerabilidad y riesgo del municipio y se fomentará una cultura ciudadana de prevención
 - Emergencias y desastres
- Programa Cali corregimientos amables
 - Macroproyecto: Estrategia Integral De Desarrollo Rural En el marco de esta estrategia, es responsabilidad del municipio generar las condiciones que permitan el desarrollo pleno de los habitantes de la zona rural en su ambiente natural, en concordancia con la normatividad vigente.
 - Agua potable
 - Alcantarillado
 - Acueducto
 - Saneamiento básico
- Programa Cali Emprendedora E Innovadora
 - Macroproyecto: Cadenas Productivas: La Unión Hace La Fuerza Considerando la vocación emprendedora del Municipio, sus ventajas comparativas y competitivas, se deben gestionar relaciones sinérgicas entre los desarrollos infraestructurales básicos de la región, condiciones necesarias en cualquier estrategia de competitividad y del desarrollo del municipio como entidad metropolitana y como ciudad-región:.
 - Cadena de servicios especializados de salud



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.1.4 Propósito del plan

- Facilitar la toma de decisiones que generan desarrollo en salud.
- Generar espacios de comunicación con y entre la comunidad para modificar la calidad de vida y mejorar el bienestar social
- Promover la participación y movilización comunitaria de manera que se establezcan y se cumplan los pactos y alianzas como estrategia de corresponsabilidad.

3.2 ESTRATEGIA DE PRIORIZACIÓN

Como parte del proceso de priorización para el Plan Municipal de Salud se conformo un comité técnico de apoyo al proceso de planificación conformado por las diferentes unidades misionales de la secretaria (Planeación, aseguramiento, Salud Pública, Desarrollo de servicios), el cual inicialmente se planteo reuniones periódicas los días martes con el propósito de establecer un plan de acción que se ajustara a la normatividad sobre la construcción del plan, posteriormente se socializo el plan de acción con los diferentes grupos funcionales de SSPM.

Una vez el proceso de construcción del plan estuvo avanzado se inicio un proceso de socialización y retroalimentación con los diferentes actores sociales, académicos y comunitarios de la ciudad entre los que se destaca: Cali cómo vamos, 20 Universidades publicas y privadas de la ciudad a través del Nodo Sur occidente de la Red Nacional de Investigación en Política y Sistemas de Salud, 11 IPS/ EPS, Agremiaciones y ligas de usuarios, 24 reuniones de Constituyente Social, Secretaria de Salud Publica Municipal, 5 Eses Municipales, Concejo Municipal de Planeación, Consejo Territorial en Seg. Soc. en Salud, Consejo de Gobierno en Salud, Consejo de Gobierno Municipal , Concejo Municipal, y ONG y profesionales independientes.

De esta forma se promovió la movilización de actores del sector, otros sectores y comunidad para que de manera integral y concertada, apoyaran la construcción de lineamientos técnicos para la definición de las acciones individuales y colectivas en salud pública.

La construcción del Plan de esta forma se convirtió en una oportunidad para: articularnos localmente, aportar a la construcción nacional y posicionar las ideas y necesidades de la ciudad en materia de SP, generar condiciones favorables para iniciar la construcción del Plan Municipal de Salud Pública con visión de ciudad.

Para el trabajo se siguieron las orientaciones del Ministerio de Protección Social de la conformación de mesas temáticas



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

- **Mesa 1.** Revisión de la evidencia científica para la adopción de las estrategias en salud pública costo efectivas basadas en pruebas.
- **Mesa 2.** Desarrollo del diseño metodológico de formulación, intervención y adopción del plan de intervenciones colectivas
- **Mesa 3.** Fase de planeación y priorización acorde con las diferencias regionales, étnicas y culturales
- **Mesa 4.** Ejecución del plan de intervenciones colectivas
- **Mesa 5.** Fase de seguimiento y evaluación de resultados y efectos del plan de intervenciones colectivas

Para la discusión en grupo se creó una cuenta de correo especial para Cali. pensp.cali@gmail.com y se designaron facilitadores, uno por cada mesa y una coordinación general de la estrategia, tres de los seis facilitadores inscritos inicialmente en el Ministerio no asumieron su papel, así que se denominaron otros facilitadores.

Desde esta perspectiva se decidió alinear los objetivos de desarrollo del milenio, las prioridades en salud pública y la perspectiva de salud urbana. De esta última se priorizaron temáticamente: 1) actividad física; 2) nutrición; 3) adicciones; 4) salud sexual y reproductiva; 5) entornos saludables; 6) habilidades para la vida.

3.2.1 Matriz de alineación

Tabla 12. Matriz alineación para objetivos, prioridades y ejes temáticos.

Objetivos y metas	Indicadores	Prioridades en salud Pública	Ejes Temáticos
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre			
Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día	1. Porcentaje de la población cuyos ingresos son inferiores a 1 dólar por día (valores de PPA) 2. Coeficiente de la brecha de pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la gravedad de la pobreza) 3. Proporción del consumo nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población		
Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	4. Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	1. Salud Infantil 3. Salud Oral 5. Enfermedades transmisibles y Zoonosis 6. Enfermedades crónicas no transmisibles 7. Nutrición 8. Seguridad Sanitaria y del	1. Nutrición 6. Entornos saludables



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Objetivos y metas	Indicadores	Prioridades en salud Publica	Ejes Temáticos
		ambiente	
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal			
Meta 3: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	6. Tasa de matrícula neta en la enseñanza primaria 7. Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado 8. Tasa de alfabetización de las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años		
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer			
Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de	9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior 10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años 11. Proporción de mujeres entre los	4. Salud Mental y lesiones evitables violentas	3. Salud sexual y reproductiva



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Objetivos y metas	Indicadores	Prioridades en salud Pública	Ejes Temáticos
la enseñanza antes del fin del año 2015	empleados remunerados en el sector no agrícola 12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional		
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil			
Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión	1. Salud Infantil 3. Salud Oral 5. Enfermedades transmisibles y Zoonosis	1. Nutrición 5. Habilidades para la vida 6. Entornos saludables
Objetivo 5: Mejorar la salud materna			
Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado	2. Salud Sexual y Reproductiva	2. Actividad Física 3. Salud sexual y reproductiva 4. Habilidades para la vida



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Objetivos y metas	Indicadores	Prioridades en salud Publica	Ejes Temáticos
			5. Adicciones
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades			
Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	18. Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años 19. Tasa de uso de anticonceptivos 20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA	2. Salud Sexual y Reproductiva 5. Enfermedades transmisibles y Zoonosis	1. Nutrición 2. Actividad Física 3. Salud Sexual y Reproductiva 4. Habilidades para la vida 5. Adicciones 6. Entornos saludables
Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	21. Índices de morbilidad y mortalidad palúdicas 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo 23. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis	5. Enfermedades transmisibles y Zoonosis	6. Entornos saludables



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Objetivos y metas	Indicadores	Prioridades en salud Pública	Ejes Temáticos
	24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa		
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente			
Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	25. Proporción de la superficie de las tierras cubiertas por bosques 26. Superficie de las tierras protegidas para mantener la diversidad biológica 27. Producto interno bruto (PIB) por unidad de utilización de energía (representa el uso eficiente de la energía) 28. Emisiones de dióxido de carbono (per cápita) [Más dos indicadores de la contaminación atmosférica global: el agotamiento de la capa de ozono y la acumulación de gases de efecto invernadero]	5. Enfermedades transmisibles y Zoonosis 9. Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral 10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública	4. Habilidades para la vida 5. Adicciones 6. Entornos saludables
Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua	29. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua	5. Enfermedades transmisibles y Zoonosis 9. Seguridad en el trabajo y las enfermedades de	4. Habilidades para la vida 5. Adicciones 6. Entornos



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Objetivos y metas	Indicadores	Prioridades en salud Pública	Ejes Temáticos
potable		origen laboral 10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública	saludables
Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	30. Proporción de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento 31. Proporción de la población con derecho seguro a la tenencia de tierra [El desglose de varios de estos indicadores por población urbana y rural puede ser pertinente para seguir de cerca el mejoramiento de la vida de los habitantes de barrios de tugurios]	5. Enfermedades transmisibles y Zoonosis 9. Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral 10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública	4. Habilidades para la vida 5. Adicciones 6. Entornos saludables
Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo *			
Meta 12: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional			
Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países			



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Objetivos y metas	Indicadores	Prioridades en salud Publica	Ejes Temáticos
pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza			
Meta 14: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en Desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General)			
Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo. <i>En los casos de los países menos adelantados, los países africanos, los países sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo, algunos de los indicadores mencionados a continuación se vigilarán por separado.</i>	Asistencia oficial para el desarrollo	32. La AOD neta como porcentaje del ingreso nacional bruto (INB) de los países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) (los objetivos son destinar el 0,7% del total del ingreso nacional bruto a la AOD y el 0,15% a los países menos adelantados) 33. Proporción de la AOD destinada a los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento) 34. Proporción de la AOD que no está	



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Objetivos y metas	Indicadores	Prioridades en salud Publica	Ejes Temáticos
		condicionada 35. Proporción de la AOD destinada al medio ambiente de los pequeños Estados insulares en desarrollo 36. Proporción de la AOD destinada al sector del transporte de los países sin litoral Acceso a los mercados 37. Proporción de las exportaciones (por su valor y sin incluir las armas) admitidas libre de derechos y cupos 38. Aranceles y cupos medios aplicados a los productos agrícolas y textiles y el vestido 39. Subsidios a la exportación y la producción de productos agrícolas en los países de la OCDE 40. Proporción de la AOD ofrecida para ayudar a crear la capacidad comercial	



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Objetivos y metas	Indicadores	Prioridades en salud Pública	Ejes Temáticos
		Sostenibilidad de la deuda	
		41. Proporción de la deuda bilateral oficial de los países pobres muy endeudados que ha sido cancelada 42. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios 43. Proporción de la AOD ofrecida como alivio de la deuda 44. Número de países que alcanzan los puntos de decisión y de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países muy endeudados	
Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo		45. Tasa de desempleo de las personas comprendidas entre los 15 y los 24 años	
Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo		46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables	
Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan		47. Número de líneas de teléfono por 1.000	



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Objetivos y metas	Indicadores	Prioridades en salud Publica	Ejes Temáticos
	aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones	habitantes 48. Número de computadoras personales por 1.000 habitantes. <i>Se determinarán además otros indicadores</i>	

**La selección de los indicadores para los Objetivos 7 y 8 está en proceso de perfeccionamiento*



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.3 ESTRATEGIA DE MUNICIPIO SALUDABLE

3.3.1 Componente gestión de políticas públicas saludables

Las políticas públicas saludables se definen como aquellas que tienen una gran influencia en las condiciones de salud de la población, tales como: educación vivienda, alimentación, derechos humanos, empleo, ingresos, salud mental y desarrollo sostenible. Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad. El concepto de equidad corresponde al reconocimiento y la efectividad, con igualdad, de los derechos de la población, sin restringir el acceso y la utilización de los servicios por parte de los distintos segmentos sociales. Las políticas públicas saludables tienen como finalidad crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita y facilita a los ciudadanos a tomar decisiones saludables y transformar los entornos sociales y físicos. Este concepto implica actos y acciones dirigidos a solucionar problemas específicos que afectan el bienestar, la calidad de vida y la salud de la población.

Las políticas públicas saludables deben ser traducidas en legislación que salvaguarde las condiciones necesarias para desarrollar estilos de vida saludables, proteger los derechos humanos y libertades fundamentales de los miembros de la comunidad, proteger a las familias e individuos de los factores de riesgo y promover las condiciones que hagan que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir y de alcanzar.

3.3.2 Fortalecimiento de la acción comunitaria

El Estado moderno trasciende las instancias y procedimientos convencionales de representatividad y da cabida a nuevas expresiones de la democracia, que implican estrategias apropiadas para discutir, validar y controlar participativamente las propuestas de gobierno, La participación comunitaria entendida en este contexto se construye a lo largo de un proceso. Se inicia cuando varias personas deciden compartir necesidades, aspiraciones y experiencias con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida. Para eso, se encuentran, se organizan, identifican prioridades, dividen tareas, establecen metas y estrategias de acuerdo con los recursos (financieros, técnicos y humanos) existentes y con aquellos que se pudieran obtener a través de alianzas.

3.3.3 Desarrollo de capacidades personales

El entregar herramientas que permitan la superación de brechas de oportunidad en el entorno social y familiar es de vital importancia para aproximar al individuo y a las comunidades para su adecuado desarrollo social



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.3.4 Componente entorno saludable

Los espacios saludables son aquellos lugares (espacios, escenarios culturales, recreativos, deportivos, culturales, educativos, sociales y políticos) donde transcurren las diferentes actividades humanas y como características fundamentales no poseen o presentan factores de riesgo controlados y prevenibles, incluyen agentes promotores de la salud y el bienestar, y por lo anterior las interacciones medioambientales del hombre resultarán favorables al desarrollo de su salud y bienestar⁹.

Para la Secretaría de Salud Municipal de Cali, un espacio saludable construido es aquel donde los recursos naturales se han transformado y aprovechado por el hombre y con unas relaciones armónicas, el usufructo de estos no produce factores de riesgo potenciales para la salud y el bienestar. Es aquel donde el agua, recurso vital por excelencia posee características físicas, químicas y orgánicas ideales para el uso del hombre (consumo, recreación, industria, entre otros), el aire que se respira y circula no está contaminado por factores de riesgo físicos químicos y microorganismos (ruido, emisiones atmosféricas, virus y bacterias), en el que las actividades que realiza el hombre para su desarrollo económico y social no generen residuos que produzcan impactos ambientales y de salud, de tal forma que los impactos generados por ellos se minimicen, un espacio en que las relaciones que tenga con sus mascotas sean seguras y responsables, aquel en que las actividades de Consumo se realizan equilibradamente de acuerdo con las necesidades humanas, todo lugar que sea concebido y construido estructuralmente de forma segura, que permita el desarrollo de las actividades cotidianas en condiciones de dignidad.

En ese mismo orden, un espacio saludable, ofrece además la posibilidad a los individuos que allí interactúan, de realizar sus diferentes actividades y que estas propendan por la instauración de estilos de vida saludables, donde se cuide la adecuada alimentación, la actividad física y una sana convivencia.

3.3.5 Reorganización de servicios públicos

Las estrategias en este componente son de cuatro tipos: (1) capacitación y asistencia técnica, (2) ejercicio de la autoridad técnica a través de la articulación con las dependencias del orden nacional, municipal e internacional de aquellas organizaciones que participan en determinados temas. (3) seguimiento al cumplimiento de metas de cobertura y otros indicadores de desempeño, lo cual implica articulación de la información de diversas fuentes, evaluación e investigación; (4) orientación técnica dentro de la secretaría y en la relación con financiadores, administradores, aseguradores y prestadores de servicios sobre los programas preventivos para las diferentes prioridades.

⁹ Espacios Saludables – Vivienda Familia y Comunidad-Políticas de Salud Sostenibles. Taller Internacional de Centros Colaboradores de la OMS, noviembre 23- 25, 2006.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.4 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN.

Una vez definido el diagnóstico de las respectivas comunidades priorizadas se utilizará la herramienta **SALUD AL BARRIO** como un instrumento que permitirá la participación e inclusión de la comunidad en el desarrollo de los planes en su fase de planeación, ejecución y evaluación generando espacios dinamizadores en cada una de las comunas.

3.4.1 Objetivos

- Promover la construcción de la estrategia de municipio saludable en la ciudad, mediante alianzas sectoriales, intersectoriales y comunitarias.
- Generar comunicación y movilización social local, incluyendo la participación social, para fomentar la educación de base comunitaria y local para el manejo adecuado de prácticas de saneamiento ambiental.
- Facilitar que otros sectores sociales asuman las responsabilidades en la prestación de acciones de salud pública a las poblaciones.
- Generar compromiso y responsabilidad social en estos sectores sociales como agentes determinantes en el desarrollo de la salud ambiental del municipio.
- Socializar permanentemente la intervención: sus actores, la gestión efectuada, los compromisos establecidos, el impacto generado y la proyección hacia otros actores y sectores sociales

3.4.2 Temáticas

La estrategia tendrá como foco principal las siguientes temáticas

- Salud sexual y reproductiva: Embarazo en adolescentes
- Adicciones: Sustancias psicoactivas, bebidas alcohólicas
- Habilidades para la vida
- Nutrición
- Actividad física
- Entornos saludables: Agua para consumo humano y uso recreativo, Residuos y Vertimientos Líquidos, Aire y ruido, Control de Plagas y Vectores

3.4.3 Conformación de equipos

Para operativizar la estrategia se conformaran equipos para trabajar en los barrios y comunas conformados por personal asistencial y de salud Pública de la siguiente manera:

1 Trabajador social, 1 Salubrista ,1 psicólogo,1 Enfermera,2 Educadores en salud, 1 Profesional ambiental , 4 Técnicos de saneamiento,10 Auxiliares de enfermería, 3 Higienistas orales ,2 Agentes comunitarios,1 Auxiliar administrativo,2 transportes



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

El trabajo operativo se desarrolla a partir de consensos participativos, que basados en interpretaciones desde lo local, permitan reconocer la situación y orientar intervenciones acordes a las realidades territoriales

Entre las funciones principales de los equipos esta contribuir de manera efectiva en la construcción del proyecto significativo de vida de todos los ciudadanos a través del trabajo intersectorial con las entidades del gobierno local y con las organizaciones sociales y políticas de los territorios priorizados (ESE municipales 1er. Nivel, JAL- Comité de planificación, Organizaciones comunitarias, Mesas de participación, ONG, etc.)

3.4.4 Resultados esperados¹⁰

3.4.4.1 Mayor inclusión social:

Una comunidad mas informada y participante en las decisiones en salud, Mayor prestigio y desarrollo de la iniciativa y las organizaciones de la comunidad, vínculos mas fuertes entre organizaciones comunitarias

3.4.4.2 Reducción de la vulnerabilidad generada por la pobreza:

Participación de la población en la ejecución del gasto en salud, Sinergia y valor agregado en el territorio de la oferta de programas sociales existentes , e Incubación de propuestas para combatir la pobreza

3.4.4.3 Ambientes sanos que protegen el riesgo colectivo

Territorios que protegen sus recursos naturales, aprovechan la diversidad cultural, conviven pacíficamente y estimulan la confianza entre su gente

3.4.4.4 Mayor equidad y mejores condiciones de salud:

Atención en salud sin barreras, Servicios de salud suficientes, de calidad y adaptados a las necesidades y especificidades de la población, Comunidades con comportamientos y estilos de vida saludables, Comunas que hacen visibles sus problemas y potenciales en salud, Instituciones de salud mas productivas, con mayor legitimidad y cercanía al ciudadano

3.5 PLANES PROGRAMÁTICOS.

3.5.1 Aseguramiento.

¹⁰ Rodriguez C. Determinantes sociales como resultados de impacto en salud. Fundaps. 2008



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Objetivo del eje programático aseguramiento:

Mejorar el acceso al aseguramiento en salud de la población del municipio de Santiago de Cali.

Meta del eje programático aseguramiento al 2011

- Incrementar la afiliación al régimen subsidiado al 95% de la población priorizada clasificada por el SISBEN en niveles 1 y 2.

Indicador del eje programático aseguramiento:

- Cobertura en afiliación al régimen subsidiado población priorizada SISBEN 1 y 2.

Area subprogramatica	Objetivos específicos	Metas al año 2011	Indicadores
Promoción de la afiliación al SGSSS.	Realizar promoción de la afiliación al Régimen subsidiado a la población clasificada por el SISBEN en niveles 1 y 2 y a la afiliación al Régimen contributivo a la población con capacidad de pago y vínculo laboral.	Realizar promoción de la afiliación al SGSSS al 100 % de grupos poblacionales seleccionados del municipio.	Porcentaje de cumplimiento de la promoción de la afiliación al SGSSS en los grupos poblacionales seleccionados.
Identificación y Priorización de la población a afiliar.	Establecer los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de acuerdo con la normatividad vigente.	Cumplimiento del 100 % de priorización conforme a la normatividad vigente.	Porcentaje de cumplimiento de la priorización conforme a la normatividad vigente.
Gestión y utilización eficiente de los cupos del Régimen Subsidiado.	Asegurar a la población pobre sin seguridad social de Cali al régimen subsidiado dando cumplimiento a la normatividad vigente y según disponibilidad de recursos.	Garantizar en un 100% la continuidad de los cupos del régimen subsidiado.	Porcentaje de cupos del régimen Subsidiado en continuidad.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Gestión y utilización eficiente de los cupos del Régimen Subsidiado.	Asegurar a la población pobre sin seguridad social de Cali al régimen subsidiado dando cumplimiento a la normatividad vigente y según disponibilidad de recursos.	Transformar 88.735 cupos de subsidios parciales clasificados en niveles 1 y 2 de SISBEN en subsidios plenos.	Numero de cupos de subsidios parciales con nivel de sisben 1 y 2 transformados a subsidios plenos.
Gestión y utilización eficiente de los cupos del Régimen Subsidiado.	Asegurar a la población pobre sin seguridad social de Cali al régimen subsidiado dando cumplimiento a la normatividad vigente y según disponibilidad de recursos.	Ampliar 150.000 cupos en el régimen subsidiado (Subsidio Pleno).	Numero de cupos nuevos en el Régimen Subsidiado en la modalidad de subsidio pleno.
Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio	Garantizar el recurso humano y tecnológico necesario para la administración de la afiliación en el municipio	100 % del sistema de información diseñado funcionando y en línea	Porcentaje del Sistema de información para la administración del aseguramiento funcionando en línea.
Celebración de los contratos de aseguramiento.	Gestionar y coordinar la realización y legalización de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado entre en Ente territorial municipal y las EPS-S que están habilitadas por la supersalud.	100 % de contratos entre EPS y Municipio realizados y legalizados de acuerdo a la normatividad vigente.	Porcentaje de contratos de administración de recursos del Regimen Subsidiado entre el Ente territorial municipal de Cali y las EPS-S realizados y legalizados de acuerdo a la normatividad vigente



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Celebración de los de contratos de aseguramiento.	Gestionar y coordinar la realización y legalización de los contratos para la prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre y vulnerable sin seguridad social de acuerdo a la normatividad vigente.	100% de los contratos para la prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre y vulnerable sin seguridad social realizados y legalizados de acuerdo a la normatividad vigente.	% de los contratos para la prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre y vulnerable sin seguridad social realizados y legalizados de acuerdo a la normatividad vigente.
Celebración de los de contratos de aseguramiento.	Realizar interventoria al 100% de contratos de Prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre y vulnerable sin seguridad entre el ente territorial municipal y las ESES	100 % de contratos de Prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre y vulnerable sin seguridad social de Cali con interventoria realizada.	Porcentaje de contratos de Prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre y vulnerable sin seguridad social con interventoria realizada.
Administración de bases de datos de afiliados.	Depurar, actualizar y mantener la base de datos del Régimen Subsidiado	Base de datos actualizada y depurada en un 95%.	Porcentaje de registros validados por Ministerio de Protección Social- (BDUA- Base de datos única de afiliados).
Gestión financiera del giro de los recursos.	Pagar oportunamente a las EPS_S una vez ingresen los recursos económicos a la cuenta maestra, sujetos a presentación de facturas y soportes por las EPS_S.	100% de Pagos oportunos a las EPS_S	Porcentaje de pagos oportunos a las EPS-S: De acuerdo a lo establecido en la Resolución 4145.210219 de 2008 de SSPM de Cali y normatividad vigente.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Interventoría de los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado	Realizar interventoría al 100% de contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado	100 % de contratos de administración de recursos del Régimen subsidiado con interventoría realizada.	Porcentaje de contratos de administración de recursos del Régimen subsidiado con interventoría realizada.
Vigilancia y Control del Aseguramiento.			



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.5.2 Prestación y desarrollo de servicios de salud

Objetivo General: Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud a la población del municipio de Cali.

Meta del eje programático aseguramiento al 2011

En el 2011 el 100% de las ESEs de baja complejidad del municipio han cumplido el ciclo de preparación para la acreditación.

Indicador del eje programático aseguramiento:

% de las ESEs de baja complejidad del municipio que cumplen el ciclo de preparación para la acreditación.

Áreas Subprogámatica	Meta para el Cuatrienio	Indicador	Valor esperado al 4 año
Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud	A diciembre de 2011, se ha cumplido con el 80% de los planes de intervención para la reducción de las barreras de acceso del 100% de las ESEs de baja complejidad.	Porcentaje	80%
	Oportunidad en consulta medica general de máximo 3 días.	Numero	3
Mejoramiento de la calidad en la atención	Apoyo técnico a los grupos de calidad de las 6 ESEs de baja complejidad en el SOGC.	número	6
	Se cuenta con un sistema de gestión de eventos adversos en las 6 de las ESE de baja complejidad,	número	6



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS	Monitoreo y Evaluación de la gestión del 100% de la ESEs creadas mediante acuerdo 106 2003	Porcentaje	100
	Índice de eficiencia de la prestación de los servicios en la ESE implementado y evaluado	Número	1



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.5.3 Salud pública

Objetivo: Fortalecer la capacidad de respuesta de promoción de la salud para promover, conservar y restaurar la salud, en torno a las líneas de acciones de promoción del Municipio de Santiago de Cali.

3.5.3.1 Salud infantil

Objetivo general: Fortalecer la respuesta de Salud Pública para promocionar la salud y contribuir a reducir las enfermedades y problemas prevalentes de la infancia, niñez y adolescencia y las enfermedades inmunoprevenibles

Área Sub programático	Objetivo	Meta	Indicador
Acciones de prevención de los riesgos (2)	1. Mejorar y mantener las coberturas útiles de vacunación en niños menores de un año y de un año con biológicos PAI.	Lograr sostener en 95% las coberturas útiles de vacunación en niños y niñas menores de un año y de un año con biológicos PAI de acuerdo con esquema nacional	No. de niños vacunados menores de un año y de un año de acuerdo a esquema nacional / total de niños en estos grupos de edad.
	2. Mantener la disminución de la mortalidad por EDA en menores de 5 años. Con énfasis en la población a riesgo.	Mantener la mortalidad por EDA en menores de 5 años	Tasa mortalidad por EDA en menores de 5 años.
	3 Disminución de la mortalidad por IRA en menores de 5 años. Con énfasis en la población a riesgo.	Disminución entre el 10 y 15% la mortalidad por IRA en menores de 5 años	Tasa mortalidad por IRA en menores de 5 años.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Promoción de la salud y calidad de vida(1)	4. Aumentar la implementación efectiva de la estrategia AIEPI	Aumentar en 20% la implementación de la estrategia AIEPI en las IPS públicas.	Proporción de IPS con la estrategia funcionando.
	5. Implementar la estrategia IAMI en los hospitales (5 públicos y 1 privados)	Cinco hospitales públicos y 1 privado han implementado la estrategia	Proporción de IPS con la estrategia funcionando.
	6. Promover la escuela como un espacio saludable y seguro	80% de las Escuelas de las Sedes de Básica Primaria oficiales certificadas en nivel medio y 20% en nivel superior como escuelas saludables.	% de escuelas certificadas por grado de desarrollo como espacios saludables.

3.5.3.2 Salud sexual y reproductiva

Objetivo general: Mejorar la capacidad de respuesta para promover la salud sexual y reproductiva en el Municipio de Cali

Áreas Subprogramática	Objetivo	Meta	Indicador
Prevención de los riesgos (2)	1. Reducir la razón de mortalidad materna evitable	Reducir la razón de mortalidad materna evitable; Tasa 43x100.000 nv.	No. de muertes maternas evitables / No. de N.V. x 100,000
	2. Incrementar la toma de citologías Cervico uterina de primera vez.	Incrementar en un 30% la toma de citología Cervico uterina de primera vez	% de incremento de toma de citologías Cervico uterino de primera vez.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

	3. Mantener la reducción de los casos de VIH perinatal	Reducir en 3 casos por año el VIH perinatal.	No. de casos de VIH en recién nacidos.
	4. Reducir la tasa de fecundidad en menores de 20 años	Reducción de la tasa de fecundidad en menores de 20 años; tasa 35x1.000 menores de 20 años	No. de N.V. en mujeres menores de 20 años / población total de mujeres menores de 20 años x 1.000.

3.5.3.3 Salud oral

Objetivo: Mejorar y Mantenerla Salud Oral de la población del Municipio de Cali

Area sub programatico	Objetivos específicos	Meta	Indicador
Promoción de la salud y calidad de vida(1)	Reducir el índice de COP de 3.2 a 2.7 en menores de 12 años.	Disminuir el índice de COP 3.2 a 2.7 en la población menor de 12 años	Índice de COP (Cariados, Opturados y Perdidos)
Prevención de los riesgos (2)	2. Aumentar la cobertura del control de salud oral integrado al control prenatal.	100% de las mujeres que asisten a la red pública al control del embarazo valorado e intervenido en el componente de salud oral.	No de mujeres en control de embarazo valoradas en salud oral / No. De mujeres en control de embarazo x 100



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Prevención de los riesgos (2)	Desarrollar el componente de Salud Oral en la población menor de 5 años dentro de la estrategia de AIEPI	Lograr que el 100% de los niños menores de 5 años estrategia AIEPI desarrollen el componente de Salud Oral	Proporción de niños controlados/total de niños inscritos.
Vigilancia en Salud Pública y gestión en el conocimiento (3)	Registrar los casos de fluorosis en la población infantil y escolar.	Haber desarrollado al menos en cuatro IPS de la red pública de municipio la estrategia de vigilancia centinela de la fluorosis.	No. de IPS que cumplen realizan vigilancia centinela de fluorosis

3.5.3.4 Salud Mental y lesiones violentas

- **Objetivo general:** Ejecutar el Plan Municipal de Salud Mental en sus tres componentes (Violencia, Prevención de Sustancias Psicoactivas, Trastornos).

Área Sub programático	Objetivo	Meta	Indicador
Prevención de los riesgos (2)	Implementar una estrategia de educación y comunicación para diferentes actores y sectores (medios, salud, educación) para fortalecer la intervención en las líneas de (violencia, prevención de psicoactivos, trastornos	El 100% de los sectores seleccionados han implementado la estrategia de información, educación y comunicación, en el tema de salud mental.	% de sectores y actores implementando la estrategia



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

	mentales)		
Prevención de los riesgos (2)	Fomentar la participación y la movilización social de los diferentes actores sociales en procesos y acciones orientados a la implementación de la política de salud mental en los distintos ámbitos de la vida institucional y social	Se cuenta con 3 iniciativas de ciudad (una por línea) con participación organizaciones sociales, entidades gubernamentales y privadas comprometidas de manera expresa en el desarrollo de acciones de salud mental de manera articulada y concertada en el marco del plan de Salud Mental.	# de iniciativas de ciudad implementadas
	Establecer un modelo de la atención desde la perspectiva de derechos para la prestación de servicios en el tema de salud mental, que se corresponda con las demandas y necesidades de la población.	Modelo de atención en salud mental implementado	Modelo de atención en salud mental

3.5.3.5 Enfermedades trasmisibles y zoonosis.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Área Sub programático	Objetivo	Código meta	Meta	Indicador
Prevención de los riesgos (2)	7. Mantenimiento de silencio epidemiológico en rabia y encefalitis equina venezolana.		7. 0 casos de rabia y encefalitis equina venezolana en el cuatrenio	7. Casos de rabia y de encefalitis equina en el municipio
	8. Disminución de infestación del vector transmisor de dengue en el municipio,		8. Lograr índice aedico larvario por debajo del 3 %.	8. Reducción de índice aedico
	9. Reducción de madrigueras activas de roedores por km de canal de aguas lentas		9. Reducir de 5 a 2 madrigueras activas de roedor por km de cana de aguas lentas.	9. % de Reducción de Madrigueras activas por kilómetro de canal

3.5.3.6 Enfermedades crónicas no trasmisibles

Objetivo: Fortalecer la capacidad de respuesta de salud pública para la promoción de estilos de vida saludable dirigida a prevenir y controlar las E.C.N.T. en la población residente en el Municipio Santiago de Cali.

Área Sub programático	Objetivos específicos	Código meta	Meta	Indicador
Prevención de riesgo (1)	Disminuir la prevalencia de sedentarismo en el municipio de Cali		Reducir la prevalencia de sedentarismo de 73% a 70%	% de reducción de prevalencia de sedentarismo.
Promoción (1)	Implantar la promoción de la actividad física en Instituciones educativas		100 % de las Sedes de Básica Primaria oficiales han implantado el componente de actividad física.	% de Sedes de básica primaria oficiales que han implantado el componente de actividad física.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

			20 % de las instituciones educativas oficiales (sede principal)	% de instituciones Educativas que han implantado el componente de actividad física
Promoción (1)	Implantar la promoción de la actividad física en 6 Universidades.		100 % de las Universidades seleccionadas han implantado el componente de actividad física.	% de universidades seleccionadas han implantado el componente de actividad física.
	Mantener la estrategia espacios libres de humo en instituciones educativas básica primaria y secundaria del área urbana, y rural, universidades espacios deportivos y empresariales del Municipio de Cali.		100% de básica primaria. 10% media secundaria han implementado la estrategia Espacios Libres de Humo. 10% de universidades. 30% de empresas. 30% de espacios comunitarios	% de espacios que han implementado la estrategia espacios libres de humo.

3.5.3.7 Seguridad Alimentaria Y Nutricional

Objetivo general: Promover e implantar la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (SAN) en el municipio de Santiago de Cali de forma integral y articulada.

Área programático	Sub programático	Objetivo	Código meta	Meta	Indicador
-------------------	------------------	----------	-------------	------	-----------



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

2. Prevención de Riesgos	Disminuir la prevalencia de desnutrición global en niños menores de cinco años y escolares identificados con criterios de riesgo.		Disminuir en 2 puntos la prevalencia de DNT global en la población menor de 5 años y escolares a riesgo.	Proporción de niños con DNT global de la población menor de 5 años y escolares identificada con criterios de riesgo.
	Mantener la disminución de la proporción de niños escolares del sector oficial con sobrepeso para la talla.		Mantener por debajo de 8.9% la proporción de niños escolares del sector oficial con sobrepeso para la talla.	Proporción de niños escolares del sector oficial con sobrepeso para la talla.
1. Promoción de Salud	Implantar estrategia de promoción de alimentación sana en Universidades seleccionadas.		100% universidades seleccionadas con estrategia de promoción de alimentación sana.	% Universidades seleccionadas con estrategia de promoción de alimentación sana
	Aumentar el número de sedes educativas públicas del municipio con proyectos pedagógicos relacionados con los componentes de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) formulados y en ejecución.		80% de Sedes educativas Públicas del municipio con proyectos pedagógicos en Seguridad Alimentaria y Nutricional.	No. de sedes educativas publicas con un proyecto pedagógico en Seguridad alimentaria y Nutricional formulado y en ejecución/ Total de sedes educativas publicas del municipio X 100



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.5.3.8 Seguridad sanitaria y del Ambiental

Objetivo: Contribuir con acciones de promoción de entornos saludables y actividades de prevención control y vigilancia del ambiente para ser de Cali, municipio saludable.

Objetivos Específicos:

Area Sub programático	Objetivos específicos:	Meta	Indicador
Vigilancia (3)	Lograr disminuir el índice de riesgo para la calidad de Agua para consumo humano en la zona urbana.	1. agua para consumo humana en área urbana sin riesgo (Entre 0 y 5)	1. Índice de Riesgo de Calidad de Agua (IRCA)
	2. Reducir el índice de riesgo para la calidad de agua para consumo humano en área rural	2. agua para consumo humano en área rural en riesgo medio (alrededor de 40).	2. Índice de Riesgo de Calidad de Agua (IRCA)
	3. Lograr que el agua de uso recreativo cumpla con estándares de calidad.	3. agua de uso recreativo en porcentaje de cumplimiento de 80% y en mejoramiento el 20%	3. % de piscinas que cumplen requisitos de calidad
	4. IPS de nivel de complejidad alto, medio y bajo de cumplen con el manejo de PGIRHS.	4. El 95% de las IPS de Cali han implementado el PGIRHS.	4. %de IPS que cumplen con PGIRHS.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Promoción de la salud (1)	8 Universidades, 8 centros comerciales, 1 Terminal de transporte, 5 cementerios, 284 escuelas, 40 colegios, 6 almacenes de cadena, 1200 hogares de bienestar, 50 bodegas de reciclaje, 4 plantas de tratamiento de agua para consumo humano, una planta de tratamiento para agua residual, 6 empresa de servicio de aseo, 400 unidades residenciales, 35 centros recreativos son saludables en: (agua consumo, manejo adecuado desechos, zoonosis, controles vectores, manejo de alimentos). Actualmente están en proceso de mejoramiento	100% de los sujetos seleccionados por su riesgo cumplen con requisitos para ser saludables.	% de establecimientos en vía de ser saludables
---------------------------	---	---	--



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Promoción de la salud (1)	Al menos 3 zonas por comuna del municipio de Santiago de Cali, y 1 zona por corregimiento del área rural, están en condiciones de ser saludables desde el punto de vista ambiental(agua, desechos líquidos y sólidos, zonas verdes, zoonosis, vectores, roedores, alimentos)	Contar con tres zonas por comuna y 1 zona por corregimiento en vía de ser saludables desde el punto de vista ambiental.	6. No. De áreas por comuna y corregimiento en vía de ser saludable
---------------------------	---	---	--

3.5.3.9 Vigilancia En Salud Pública

Objetivo: Contar con un sistema de Vigilancia en Salud Pública eficiente y eficaz que permita prever con anticipación o detectar tempranamente la ocurrencia de eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población caleña.

Área Sub programático	Objetivo	Meta	Indicador
-----------------------	----------	------	-----------



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Vigilancia (3)	1. Fortalecer el componente gerencial - administrativo de la Vigilancia en Salud Pública y la comunicación y el uso de los resultados del Sistema Vigilancia en Salud Pública.	1. Un Boletín de análisis de situación de salud de Cali con metodología ASIS anual 2)Sala situacional integrando el 90% de los eventos de interés en salud Pública priorizados al final del 2011.	1. # de boletines y reportes programados/# de boletines realizados*100, 2.Sala Situacional de la DLS conformada y suministrando información de los resultados de la Vigilancia en Salud Pública
	2. Cumplir con los indicadores y metas anuales de los eventos de vigilancia priorizados para el municipio de Cali.	2.1 Al 2011 se cumple con el 90% de la notificación obligatoria de eventos con la periodicidad determinada en los protocolos de VSP. 2.2 Al 2011, el 100% de los brotes notificados son investigados y monitoreados de acuerdo con los protocolos de la Vigilancia en Salud Pública.	2.1 # de eventos notificados oportunamente/# eventos notificados. 2.2 # de casos y brotes investigados/# de casos y brotes notificados.
	3. Mejorar el desarrollo de tecnologías apropiadas y adecuadas para la gestión de la Vigilancia en Salud Pública	3. Al 2011 se cumple con un 70% del plan de capacitación para el recurso humano de Vigilancia en Salud Pública en el municipio de Cali.	3. Plan de capacitación de VSP implementado/ Plan de capacitación programado



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

	4. Realizar investigación operativa que apoye las acciones en los diferentes componentes de la vigilancia.	4. Al 2011 se cumple con la realización de un 90% de investigaciones operativas de apoyo a la vigilancia.	4. # de investigaciones operativas programadas/ # investigaciones operativas realizadas por cada línea prioritaria
--	--	---	--

3.5.4 Promoción social

Objetivo Promoción Social: Fomentar las intervenciones integrales en salud con inclusión social para las poblaciones en situación de desplazamiento, discapacidad y adultos mayores con el fin de disminuir la vulnerabilidad y mejorar su calidad de vida

Áreas Subprogámatica	Meta para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador	Valor esperado al 4 año
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.	Asistencia técnica para la visibilización de acciones en salud a 12 ESES publicas y 6 EPS.S.	número	18
	Diseño e implementación de rutas de acceso y protocolos de atención	número	4



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Acciones de salud en la "Red para la Superación de la Pobreza Extrema - Red Juntos".	Un proyecto ejecutado en los territorios de las 5 ESEs de baja complejidad del Municipio de Cali con intervención psicosocial dirigido a las poblaciones desplazadas caracterizadas por la Red Juntos, que garantice el cumplimiento de los indicadores de g	número	1
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.	Una estrategia desarrollada para la capacitación en deberes y derechos de la población en situación de desplazamiento- Una estrategia de capacitación en los deberes y derechos de la población en situación de discapacidad- Una estrategia de capacitación	número	1



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.5.5 Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.

Objetivo General: Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores en sus ambientes laborales.

Meta del eje programático al año 2011:

- Desarrollo del 90% ponderado del porcentaje de cumplimiento del programa de riesgos profesionales de las áreas subprogramáticas.

Indicador del eje programático:

- % de desarrollo ponderado del cumplimiento del programa de riesgos profesionales de las áreas subprogramáticas en el municipio de Santiago de Cali.

Áreas Subprogámatica	Meta de para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador	Valor esperado al 4 año
Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales	Instrucción y capacitación en prácticas que mejoren las condiciones de trabajo y que promuevan la cultura del auto cuidado, entabajadores del sector informal del municipio de Santiago de Cali.	Numero	600
Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales	Incluir al menos 100 empresas en el programa de municipio saludable, entornos saludables.	Numero	100



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

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.	Ocho (8) mesas de trabajo realizadas con la EPS, EPSs, las ARP, y las IPS.	Numero	8
Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitario, fitosanitarios, ambientales en los ámbitos laborales y riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales.	Coordinar e integrar el 100 % de las acciones de vigilancia y control de riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales en ámbito laborales con base en los riesgos profesionales.	%	100%
	Realizar dos talleres por año en cada una de las empresas sujeto del programa de vigilancia epidemiológica de riesgo del sector informal de la economía.	número	Realizados 6 talleres de instrucción y capacitación en salud ocupacional y riesgos profesionales, en los ambientes laborales, fomentando la participación activa de los trabajadores.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.	A Diciembre de 2011, se han realizado, seis (6) talleres de trabajo con los diferentes actores empresariales, ARP, trabajadores y agremiaciones de discapacitados, promoviendo la sensibilización a la reincorporación del discapacitado en el sector productivo.	Numero	6
Acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral.	Diseño e implementación del 90% del programa de Información unificado a nivel del municipio de Santiago de Cali, sobre la accidentalidad laboral, y el diagnostico de las enfermedades profesionales.	%	90%



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

3.5.6 Emergencias y desastres.

Objetivo General:

Orientar y coordinar acciones del sector salud para prevención y mitigación de emergencias y desastres en el Municipio de Santiago de Cali.

Meta del eje programático aseguramiento al 2011

Contar con un sistema de respuesta integrado ante emergencias y desastres con participación intersectorial e intersectorial al interior del municipio de Cali.

Indicador

Porcentaje de implementación del funcionamiento articulado de la red de prestación de servicios para la prevención y atención en salud de las emergencias y desastres

Áreas Subprogramática	Meta de para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador	Valor esperado al 4 año
Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres.	En el 2011 se tendrán identificados y priorizados los riesgos en emergencias y desastres en la SSPM y las 6 ESEs de baja complejidad	número de instituciones	6 ESEs de baja complejidad y SSPM
Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.	Al 2011 la SSPM y las 6 ESEs de baja complejidad tendrán implementado el plan de emergencias y desastres en salud	número de instituciones	



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Acciones para el fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres.	Al 2011 la SSPM cumplirá con el 100% del plan de compras de recursos técnicos para articularse con el plan local de emergencias	porcentaje	100%
Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias	Al 2011 la SSPM y las 6 ESEs de baja complejidad contarán con un sistema de referencia y contrarreferencia en emergencias y desastres que permita direccionar la respuesta en salud.	numero de instituciones numero de instituciones	6 ESEs de baja complejidad y SSPM
Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias	Desarrollar y ejecutar el proyecto de protección a la misión médica y Derecho Internacional Humanitario en la SSPM y las 6 ESEs de baja complejidad		

3.5.7 Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

3.5.7.1 Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional En Salud Pública.

Áreas Subprogámatica	Meta para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador	Valor esperado al 4 año
----------------------	-------------------------------------	-----------	-------------------------



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Gestión integral y funcional del plan	Se ha brindado asistencia técnica oportuna y pertinente al 80% de las redes institucionales y sociales para la implementación del plan de salud mental.	Porcentaje de redes institucionales y sociales que recibieron asistencia técnica oportuna y pertinente para la implementación del plan de salud mental	100% de las redes institucionales y sociales han recibido asistencia técnica
	Actores del sistema Municipal de seguridad social de salud sensibilizados participando de los procesos de formulación, seguimiento, evaluación y control de los planes de salud territorial.	Porcentaje	Una Política Pública de Participación social en salud implementada en el sistema Municipal de seguridad social en salud.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

4. ANEXOS.

- 4.1 PLAN INDICATIVO
- 4.2 PLAN DE INVERSIONES
- 4.3 PLAN OPERATIVO ANUAL
- 4.4 INFORMES
- 4.5 INFORMES DE GESTIÓN