

Análisis de Situación de Salud (ASIS)

Municipio de Santiago de Cali

2011

RODRIGO GUERRERO VELASCO

ALCALDE MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

DIEGO GERMÁN CALERO LLANES

SECRETARIO DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

ELIZABETH CASTILLO CASTILLO

RESPONSABLE GRUPO SALUD PÚBLICA

EMILCE ARÉVALO GARCÍA

RESPONSABLE GRUPO DE PLANEACIÓN

JORGE ALIRIO HOLGUÍN RUIZ

RESPONSABLE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

MARÍA EUGENIA CUADROS PALACIOS

RESPONSABLE GRUPO SALUD AMBIENTAL

BERTHA LUCIA OSPINA SÁNCHEZ

RESPONSABLE GRUPO ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS

GERMAN LINARES OSPINA

RESPONSABLE GRUPO FINANCIERO

LUÍS ALEJANDRO TORRES ANDRADE

RESPONSABLE GRUPO ADMINISTRATIVO

Santiago de Cali, 2012

COMITÉ TÉCNICO ASIS SECRETARIA DE SALUD CALI:

Emilce Arévalo García, Jorge Alirio Holguín, Nhora Lucia Arias, Silvio Duque, Claudia Patricia Mora Aguirre, Eldin Pinto Solano.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Claudia Patricia Mora Aguirre, Nhora Lucia Arias.

IMPRESIÓN

XXXXXX

ISSN XXXXX

EDICIÓN 2012.

LISTADO DE MAPAS

No	Mapa	Página
1	División político Administrativo Municipio de Santiago de Cali	
2	Ubicación del municipio de Santiago de Cali en el Departamento del Valle	
3	Cuencas del Municipio Santiago de Cali	
4	Distribución territorial población desplazada. Municipio de Cali. 2011	
5	Distribución del consumo de agua per cápita por comuna. Área urbana. Municipio de Cali. 2011	
6	Área urbana: Consumo per cápita de agua y energía. 2010	
7	Tasa de analfabetismo de personas entre 15 y 24 años por Comuna. Santiago de Cali.2005	
8	Distribución hospitalización niños menores de cinco años por ERA.2011	
9	Distribución hospitalización niños menores de cinco años por EDA.2011	
10	Hospitalizaciones de niños menores de cinco años por Dengue. 2011	

LISTADO DE FIGURAS

No	Figura	Página
1	Propuesta metodológica	
2	Pirámide de población. Santiago de Cali. 2011	
3	Pirámide de población. Santiago de Cali. 1964 a 2011	
4	Promedio, mediana de edad e índice de envejecimiento. Según censos 1964-1973-1993-2005 y Proyección 2011	
5	Fecundidad por edad y estrato socioeconómico. Santiago de Cali. 2011	
6	Características de la natalidad. Santiago de Cali. 2011	
7	Mortalidad según grupos de causas. Santiago de Cali 1985 y 2011	
8	Primeras causas de muerte. Santiago de Cali. 2011	
9	Mortalidad por grupos de causa y edad. Santiago de Cali. 2011	
10	Esperanza de vida por edad y sexo. Santiago de Cali. 2011	
11	Esperanza de vida por clase social. Santiago de Cali. 2011	
12	Pirámide Poblacional. Población SISBEN III. Municipio de Cali. 2010	
13	Mortalidad según grupos de causas. Santiago de Cali. 2011	
14	Mortalidad según grupos de causas. Santiago de Cali. 1985 y 2011	
15	Mortalidad según grupos de causas y sexo. Santiago de Cali. 2011	
16	Primeras causas de muerte. Santiago de Cali. 2011	
17	Primeras causas de muerte en hombres. Santiago de Cali. 2011	

- 18 Primeras causas de muerte en mujeres .Santiago de Cali. 2011
- 19 Sobremortalidad masculina por causas. Santiago de Cali. 2011
- 20 Diez primeras causas de muerte. Santiago de Cali. 1985 vs 2011
- 21 Estructura de la mortalidad general. Santiago de Cali 1983-1990-2011
- 22 Sobremortalidad masculina por edad. Santiago de Cali. 2011
- 23 Mortalidad materna. Santiago de Cali. 1985-2011
- 24 Mortalidad infantil. Santiago de Cali. 1980-2011
- 25 Mortalidad menores de cinco años. Santiago de Cali. 1990-2011
- 26 Diez primeras causas de muerte infantil. Santiago de Cali. 2011
- 27 Mortalidad Enfermedad Diarreica < 5 años. Santiago de Cali. 1980-2011
- 28 Mortalidad por IRA en menores de cinco años. Santiago de Cali. 1990-2011
- 29 Primeras causas de muerte en adolescentes. Santiago de Cali. 2011
- 30 Mortalidad por grupos de causas y edad. Santiago de Cali. 2011
- 31 Mortalidad por infecciosas y parasitarias. Santiago de Cali. 2011
- 32 Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Santiago de Cali. 2011
- 33 Mortalidad por tumores malignos. Santiago de Cali. 2011
- 34 Mortalidad por causas externas. Santiago de Cali. 2011
- 35 Esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil. Santiago de Cali. 1980 a 2011
- 36 Expectativa de vida por edad y sexo. Santiago de Cali. 2011
- 37 Años de vida potenciales perdidos. Santiago de Cali. 2011

- 38 Comportamiento en el tiempo de proporciones ERA y Asma. Vigilancia Centinela. Periodo Enero - Diciembre 2011
- 39 Comportamiento en el tiempo de proporciones EDA. Vigilancia Centinela. Periodo Enero - Diciembre 2011
- 40 Razón de mortalidad materna. Santiago de Cali. 2000-2011
- 41 Tendencia de Muertes de Embarazadas según causas 1991-2011 Cali
- 42 Muertes por cáncer de cérvix. Cali. Años 2001- 2011
- 43 Tasa Incidencia y Mortalidad VIH SIDA 1985-2011 Cali
- 44 Comportamiento en el tiempo de proporciones Dengue. Vigilancia Centinela. Periodo Enero - Diciembre 2011
- 45 Índice Larvario Cali. 1998-2011.
- 46 Índice promedio de recipientes (sumideros) de larvas de Ae. aegypti en Cali por comuna 1998-2010
- 47 Comportamiento del pH en las diferentes redes de EMCALI E.I.C.E. Municipio de Cali.2011
- 48 Comportamiento del color en las diferentes redes de EMCALI E.I.C.E. Municipio de Cali.2011
- 49 Comportamiento del cloro residual las diferentes redes de EMCALI E.I.C.E. Municipio de Cali.2011
- 50 Comportamiento de la turbiedad en las diferentes redes de EMCALI E.I.C.E. Municipio de Cali.2011
- 51 Microorganismos presentes en muestras de Alto Riesgo rechazadas. Cali Enero- Noviembre 2011
- 52 Georeferenciación por comunas de personas declarantes de desplazamiento en la UAO en el municipio de Santiago de Cali.2009-2011
- 53 Distribución eventos centinela menores de cinco años. Población en situación de desplazamiento. Santiago de Cali. 2011
- 54 Distribución médicos y enfermeras egresados por año. Cali 2001-2011

LISTADO DE TABLAS

No	Tabla	Pagina
1	Indicadores Demográficos Cali. 2011	
2	Proyección de Población por grupos de edad. Santiago de Cali. 2011	
3	Dinámica de población. Santiago de Cali. 2011	
4	Necesidades Básicas Insatisfechas por total, cabecera y resto. Municipio de Cali. 2005	
5	Distribución de lados de manzana por estrato por comuna. Municipio de Santiago de Cali. 2010	
6	Distribución de lados de manzana por estrato por comuna. Municipio de Santiago de Cali. 2010	
7	Población SISBÉN III según zona. Municipio de Santiago de Cali. 2010	
8	Población según rangos de puntaje SISBÉN, por comuna y corregimiento. Municipio de Santiago de Cali. 2010	
9	Consumo anual de agua por m3 por tipo de suscriptor. Municipio de Santiago de Cali. 2010	
10	Consumo anual de agua por m3 para zona residencial. Municipio de Santiago de Cali. 2010	
11	Establecimientos, matrícula y docentes, por nivel educativo. Santiago de Cali. 2009	
12	Deserción estudiantil por grado. Municipio de Santiago de Cali. 2010	
13	Morbilidad por consulta externa ambos sexos, todos grupos de edad y tipo de diagnóstico. Cali 2011	
14	Morbilidad por consulta externa mujeres, todos grupos de edad y tipo de diagnóstico. Cali 2011.	
15	Morbilidad por consulta externa hombres, todos grupos de edad y tipo de diagnóstico. Cali 2011	
16	Concordancia entre fuentes de información. Morbilidad. Santiago de Cali. 2011	

- 17 Egresos hospitalarios Cali – año 2011, según género y tipo de egreso
- 18 Morbilidad por egresos hospitalarios ambos sexos, todos grupos de edad, Cali 2011
- 19 Morbilidad por egresos hospitalarios para mujeres, todos grupos de edad, Cali 2011
- 20 Morbilidad por egresos hospitalarios para hombres, todos grupos de edad, Cali 2011
- 21 Morbilidad por egresos pediatría, ambos sexos, grupo de edad 0-15 años, Cali 2011.
- 22 Morbilidad por egresos hospitalarios quirúrgicos, ambos sexos y todos grupos de edad, Cali 2011
- 23 Morbilidad por egresos hospitalarios de medicina interna, ambos sexos y todos grupos de edad, Cali 20
- 24 Indicadores de Mortalidad infantil. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 25 Indicadores de Vacunación. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 26 Indicadores de Salud materna. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 27 Indicadores de Planificación familiar y Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 28 Tasa de incidencia de sífilis congénita. Municipio de Cali. Periodo 2003-2011
- 29 Indicadores relacionados con VIH/SIDA. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 30 Indicadores de Salud Oral. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 31 Indicadores Tuberculosis. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 32 Indicadores Lepra. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 33 Indicadores de Enfermedades transmisibles y zoonosis. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 34 Indicadores Enfermedades Crónicas no transmisibles. Santiago de Cali. 2011
- 35 Indicadores Discapacidad. Santiago de Cali. 2011

- 36 Indicadores de salud nutricional. Municipio de Santiago de Cali.
- 37 Índices de Riesgo de Calidad de Agua (EMCALI E.I.C.E. - E.S.P.) .2011
- 38 Resultados Muestras puntuales de metales pesados en puntos de la Red de EMCALI E.I.C.E. – E.S.P. Año 2011
- 39 Muestras de vigilancia y control de la calidad del agua. Enero- Septiembre 2011. Área rural
- 40 Sistemas rurales evaluados y reportados AL SIVICAP. Municipio de Cali.2011
- 41 Índices de Riesgo de calidad, Abasto de agua y Buenas prácticas sanitarias en las diferentes plantas administradas por EMCALI E.I.C.E. – E.S.P., en el Área urbana del Municipio de Santiago de Cali. Año 2011
- 42 Indicadores sanitarios y del ambiente. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 43 Indicadores de salud mental. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 44 Reporte eventos de notificación. Grupo de Eventos Inmunoprevenibles. SIVIGILA. Santiago de Cali. 2011
- 45 Reporte eventos de notificación. Grupo de Eventos relacionados con salud sexual y reproductiva. SIVIGILA. Santiago de Cali. 2011
- 46 Reporte eventos de notificación. Grupo de Eventos Micobacterias. SIVIGILA. Santiago de Cali. 2011
- 47 Reporte eventos de notificación. Grupo de Eventos intoxicaciones. SIVIGILA. Santiago de Cali. 2011
- 48 Reporte eventos de notificación. Grupo de Eventos relacionados con factores ambientales. SIVIGILA. Santiago de Cali. 2011
- 49 Reporte eventos de notificación. Grupo de Eventos relacionados con Enfermedades Respiratorias. SIVIGILA. Santiago de Cali. 2011
- 50 Distribución por aseguradora régimen subsidiado. Población en condición de desplazamiento. Cali.2011
- 51 Distribución por aseguradora régimen contributivo. Población en condición de desplazamiento. Cali.2011
- 52 Distribución afiliados activos. Régimen contributivo por aseguradora. Municipio de Santiago de Cali. 2011
- 53 Distribución afiliados activos. Régimen subsidiado por aseguradora. Municipio de Santiago de Cali. 2011

- 54 Distribución de prestadores de servicios de salud por tipo. Municipio Santiago de Cali. Diciembre 2011.
- 55 Distribución de prestadores independientes habilitados por subgrupo. Cali. 2011
- 56 Distribución de prestadores independientes habilitados. Subgrupo Consulta externa. Cali. 2011
- 57 Distribución de prestadores independientes habilitados. Subgrupo Consulta externa. Áreas Médicas. Cali. 2011
- 58 Distribución de prestadores independientes habilitados. Subgrupo Consulta externa. Odontología. Cali. 2011
- 59 Distribución de prestadores independientes habilitados. Subgrupo Consulta externa. Profesiones no médicas. Cali. 2011
- 60 Características de los servicios de salud habilitados. Instituciones objeto social diferente a la prestación de servicios de salud. IODPS.Cali. 2011
- 61 Distribución por grupo de servicios de salud habilitados y naturaleza jurídica. Instituciones objeto social diferente a la prestación de servicios de salud. IODPS.Cali. 2011
- 62 Distribución por grupo de Consulta Externa. Servicios habilitados. Instituciones objeto social diferente a la prestación de servicios de salud. IODPS. Cali. 2011
- 63 Distribución por grupo de Ayudas Diagnosticas y Terapeuticas. Servicios habilitados. Instituciones objeto social diferente a la prestación de servicios de salud. IODPS. Cali. 2011
- 64 Distribución por grupo de Promoción. Servicios habilitados. IOSDPS. Cali. 2011
- 65 Distribución por Otros Servicios, transporte de pacientes y quirúrgicos. Servicios habilitados. IOSDPS. Cali. 2011
- 66 Distribución por grupo de servicios de salud habilitados y servicios. Transporte especial de pacientes. Cali. 2011
- 67 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica de la IPS. Santiago de Cali. 2011
- 68 Distribución de servicios habilitados por grupo según naturaleza jurídica. Santiago de Cali. 2011
- 69 Distribución anual de servicios habilitados por naturaleza jurídica. Santiago de Cali. 2007-2011

- 70 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo servicios Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica. Santiago de Cali. 2011
- 71 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo servicios Consulta Externa. Santiago de Cali. 2011
- 72 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo servicios Hospitalarios. Santiago de Cali. 2011
- 73 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo servicios Quirúrgico. Santiago de Cali. 2011
- 74 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo servicios Promoción y prevención. Santiago de Cali. 2011
- 75 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo otros servicios, transporte de pacientes y urgencias. Santiago de Cali. 2011
- 76 Distribución de consultas realizadas en IPS Públicas. Santiago de Cali 2011
- 77 Distribución de partos vaginales atendidos en IPS Públicas. Santiago de Cali 2011
- 78 Distribución de partos vaginales atendidos en IPS Públicas. Santiago de Cali 2011
- 79 Razón médicos y enfermeras egresados por año. Cali 2001-2011

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	2
2.1 OBJETIVO GENERAL	2
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
3. MÉTODOS	3
4. CONTEXTO.	4
4.1 CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL	4
4.1.1. LOCALIZACIÓN FÍSICA	4
4.1.2. ESTRUCTURAS FÍSICAS FUNDAMENTALES	4
4.2 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA	6
4.2.1. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN	6
4.2.2. DINÁMICA DE LA POBLACIÓN	8
4.3. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA	13
4.3.1. NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI).	13
4.3.2. ESTRATO SOCIOECONÓMICO	13
4.3.3. POBLACIÓN POR CLASIFICACIÓN DE SISBEN	14
4.3.5. POBLACIÓN DESPLAZADA	18
4.3.6. SERVICIOS PÚBLICOS	18
4.3.7. HOGARES CON JEFATURA FEMENINA	20
4.3.8. HACINAMIENTO	20
4.3.9. NIVEL EDUCATIVO	20
4.3.10. EMPLEO	22
5. SITUACIÓN DE SALUD MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI	23
5.1. MORTALIDAD	23
5.2. MORBILIDAD ATENDIDA	31
5.2.1. RIPS CONSULTA EXTERNA	31
5.2.2. RIPS - HOSPITALIZACIÓN	33
5.3 PRIORIDADES DE SALUD PÚBLICA	38
5.3.1. SALUD INFANTIL	38
5.3.2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	41
5.3.3. SALUD ORAL	46
5.3.4. TRASMISIBLES Y ZOONOSIS	46
5.3.5. CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y DISCAPACIDAD.	51
5.3.6. SALUD NUTRICIONAL	53

5.3.7.SANITARIA Y DEL AMBIENTE	54
5.3.8.SEGURIDAD LABORAL	59
5.3.9 SALUD MENTAL	59
5.4.EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	60
5.5 POBLACIÓN DESPLAZADA	64
6. RECURSOS, COBERTURA Y SERVICIOS	66
6.1.AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	66
6.2 OFERTA DE SERVICIOS	67
6.3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS	74
6.4 RECURSO HUMANO	75
7. CONCLUSIONES	76
8. BIBLIOGRAFIA	82

1. INTRODUCCIÓN

A fin de establecer políticas públicas y tomar decisiones, se requiere tener una base de información suficiente y confiable sobre las situaciones a intervenir, además de un conocimiento integral que garantice una comprensión de la complejidad de las mismas.

Los Análisis de Situación Integrada de Salud (ASIS) han sido definidos como procesos analítico-sintéticos, que abarcan diversos tipos de análisis y que permiten caracterizar, medir y explicar el contexto de la salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes. Adicionalmente facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, y la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud¹.

Refiriéndose a la relación salud-enfermedad en las poblaciones, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, se asume que el reconocimiento de la situación va más allá de los aspectos propiamente sanitarios y de perfil epidemiológico, por tanto se requiere una mirada amplia e intersectorial de la situación de salud.

Desde esa perspectiva, la Secretaría de Salud Pública (SSPM) de Santiago de Cali en un esfuerzo por tener una comprensión más integral de la salud en la ciudad presenta este documento del Análisis Situacional Integrado de Salud de Cali (ASIS) 2011 el cual está basado en la metodología propuesta por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano² y construido en un proceso conjunto entre las diferentes áreas misionales de la entidad.

El documento está estructurado en capítulos orientados a realizar una caracterización territorial demográfica y socioeconómica, una

descripción de la situación de salud desde el análisis de la morbilidad y los indicadores de las prioridades en salud pública, un análisis de los recursos, cobertura y servicios disponibles. Finaliza con una breve síntesis y conclusiones a partir del consenso institucional.

¹ OPS, Boletín Epidemiológico. Vol. 20 No. 3. 1999

² Ministerio de la Protección Social. Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Caracterizar la situación de salud de la población residente en el municipio de Santiago de Cali, en los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, de recursos, servicios y cobertura en salud, según las dimensiones de salud pública, a través de indicadores básicos disponibles, utilizando la metodología de Análisis de Situación Integrada de Salud (ASIS).

2.1 Objetivos Específicos

1. Describir los elementos generales del contexto territorial del municipio.
2. Describir las condiciones demográficas del municipio.
3. Establecer los indicadores socioeconómicos del municipio.
4. Caracterizar el Estado de Salud de la población del municipio en términos de Mortalidad, Morbilidad atendida y eventos de interés en salud pública.
5. Analizar las 10 prioridades de salud e indicadores no negociables del Ministerio de Salud, en el municipio de Santiago de Cali.
6. Caracterizar los Servicios de Salud del municipio de Santiago de Cali.

3. MÉTODOS

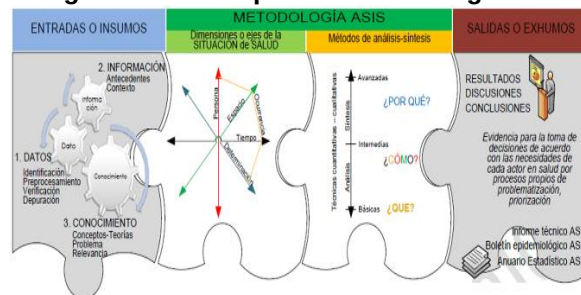
Los Análisis de Situación Integrada de Salud (ASIS), permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores³.

Existen dos tipos de ASIS: de Coyuntura y de Tendencia, en algunos casos combinaciones de ambos. El primero busca responder situaciones puntuales planteadas a corto plazo. El segundo, orientado a la identificación y determinación de cambios en el proceso salud-enfermedad-atención, en períodos de mediano y largo plazo⁴.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) plantea una metodología para la elaboración de los ASIS, que incluye las dimensiones de la Persona, del Espacio, del Tiempo, de Determinación y de Ocurrencia. Dicha metodología se propone responder las siguientes preguntas: ¿Qué?, ¿Cómo? Y ¿Por qué? Cada una define un nivel de profundidad del análisis, el último cuestionamiento es el más avanzado y da cuenta de la determinación. (Ver figura No. 1)⁵

Teniendo como referente la metodología propuesta por el MSPS, se realizó el ASIS del municipio de Cali tipo Coyuntura y con un nivel de análisis intermedio. Como fuentes de información primaria se incluyeron las bases de datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), de los programas de TBC y Lepra y del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) entre otros.

Figura No. 1. Propuesta metodológica



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. 2012

Las fuentes secundarias incluyeron el censo de población, las estadísticas vitales y otras estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Registro Individual de Información en Salud (RIPS), Encuestas Anuales de Calidad de Vida, Estudio Nacional de Salud Mental, Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas, Encuesta Nacional de Salud Bucal, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), Encuesta Nacional de Salud, Observatorio de Violencia Familiar Municipal, entre otras.

Así mismo, se utilizaron archivos y bases de datos disponibles en las oficinas de control de emergencias y desastres, infraestructura física de las alcaldías y gobernaciones, Departamento de Planeación Nacional, Instituto Colombiano de Medicina Legal, Acción Social, Ministerio del Medio Ambiente, Agua y Vivienda, Ministerio de Salud y Protección Social

Como resultado de la información obtenida, se construyeron sucesivos documentos que fueron socializados en las diferentes áreas para su revisión, hasta obtener la versión más completa y ajustada a la realidad, con las limitaciones propias de los sistemas de información disponible.

³ OPS, Boletín Epidemiológico. Vol.20 No. 3.1999

⁴ OPS, Boletín Epidemiológico. Vol.20 No. 3.1999

⁵ Ministerio de la Protección Social. Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

4. CONTEXTO.

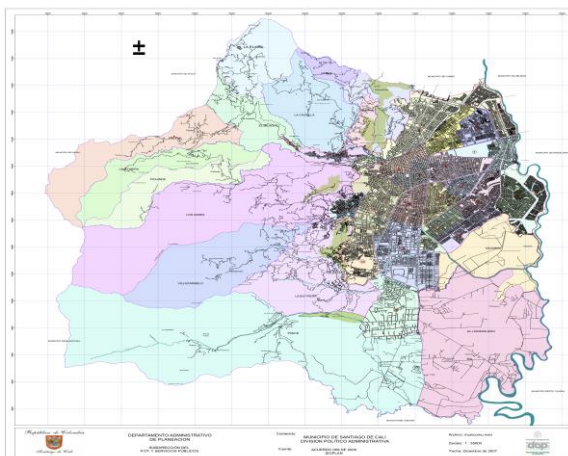
4.1 CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL

4.1.1. Localización Física

División político administrativa

El municipio fue organizado mediante acuerdo municipal en el área urbana en 20 comunas y en el área rural en 15 corregimientos⁶; posteriormente se crean las comunas 21⁷ y 22⁸ y se delimita y clasifica el suelo⁹. (Ver Mapa No.1)

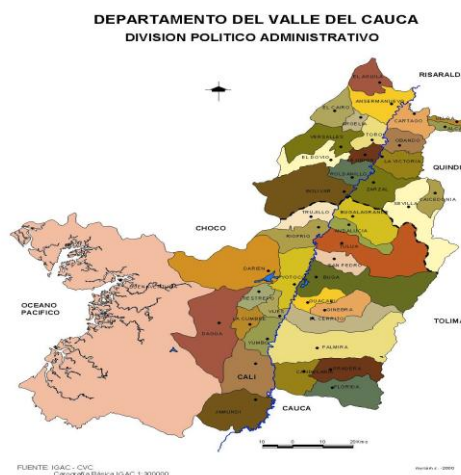
Mapa No. 1. División político Administrativo Municipio de Santiago de Cali



Límites geográficos

Santiago de Cali limita al norte con los municipios de La Cumbre y Yumbo, al oriente con los municipios de Palmira, Candelaria y Puerto Tejada, al sur con el municipio de Jamundí y al occidente con los municipios de Buenaventura y Dagua¹⁰. (Ver Mapa No.2)

Mapa No. 2 Ubicación del municipio de Santiago de Cali en el Departamento del Valle



Extensión territorial

Santiago de Cali tiene una superficie total de 560.3 Km², de los cuales 120.9 Km² corresponde a comunas, 437.2 Km² a corregimientos y 2.2 a Protección Río Cauca (km²). En tal sentido, es importante tener en cuenta que en suelo urbano se cuenta con 120.9 km², suelo rural 410.9 km², suelo de expansión 16.5 km², suelo suburbano 9.7 km² y suelo de proyección Río Cauca 2.2 km²¹¹.

4.1.2. Estructuras físicas fundamentales

Altitud

Santiago de Cali se encuentra ubicado a 3° 27'26" de latitud norte y a 76° 31'42" de longitud oeste (Meridiano de Greenwich), una altura de 1,070 m sobre el nivel del mar (Coordenadas 110.000N, 110.000) siendo la altura máxima 4,070 m (Farallones) y una altura mínima 950 m (oriente).¹²

Hidrografía

El principal río de la ciudad y del departamento es el río Cauca, la parte

⁶ Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 15. Agosto 1998

⁷ Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 10 Agosto 1998

⁸ Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 134. Agosto 2004

⁹ Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 69. Agosto 2000

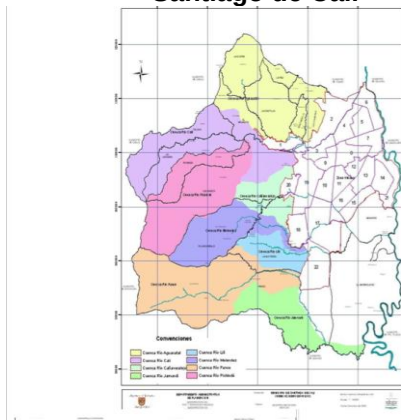
¹⁰ Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

¹¹ Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

¹² Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

correspondiente al municipio viene desde la desembocadura del río Jamundí, hasta el límite entre Cali y Yumbo. La ciudad cuenta con los ríos: Aguacatal, Cali, Pichindé, que marca el límite entre el corregimiento de su mismo nombre y el de Los Andes, y muere en el río Cali, los ríos Cañaveralejo, Meléndez y Lilí que tributan sus aguas al río Cauca. El río Pance tributa sus aguas en el río Jamundí, que a su vez desemboca en el río Cauca al suroriente del municipio¹³ (Ver mapa No. 3).

Mapa No. 3. Cuencas del Municipio Santiago de Cali



Temperatura

La temperatura promedio es de 24.6°C y la precipitación anual de 1,588.0 mm.¹⁴

Circulación de vientos

Según el modelo esquemático de circulación de vientos, durante el día, el aire del fondo de la cuenca se calienta y tiende a subir por las laderas, mientras que el aire más fresco descende al fondo del valle, cerrando así dos celdas de circulación, una a cada lado del cauce principal.

El ascenso forzado de las masas de aire por la montaña puede llegar a los niveles de condensación, dependiendo de factores

como su humedad, la pendiente de la montaña, la velocidad y orientación del viento, caso en el cual se forman las nubes y eventualmente, se producen lluvias. Por ello, los máximos espaciales de lluvias promedias en una cuenca, tienden a ocurrir en núcleos de media ladera, mientras que en su fondo las lluvias son mínimas y la vegetación frecuentemente es xerofítica (como ocurre, por ejemplo, en la porción media de los ríos Cali y Aguacatal). En condiciones de relativa estabilidad atmosférica en la cuenca del Cauca, orientada más o menos de Sur a Norte, la Cordillera Occidental es la que primero se calienta por la mañana. A estas horas debe haber, entonces, un transporte neto de masa hacia arriba por las micro cuencas laterales (Cali, Cañaveralejo, Pance, etc.), orientadas E-W, de modo que en ellas, por la mañana, se producirán líneas de flujo en forma de dos solenoides paralelos orientados hacia arriba, uno a cada lado del cauce principal; en estos casos las nubes hacen contacto con las montañas a lo largo de sus laderas.

A medida que transcurre la mañana y se calienta el suelo del valle, debe haber también un flujo neto de la cuenca del Cauca dirigido hacia el Sur, que interacciona con la circulación de los vientos en las confluencias de las micro cuencas, produciendo turbulencia.

Por la tarde, y también en condiciones de razonable estabilidad atmosférica, las micro cuencas dejan de recibir radiación solar directa, alrededor de las 4 p.m., enfriándose relativamente rápido y dando origen a vientos que fluyen hacia abajo estimulados por los vientos fríos que llegan del Pacífico.

Esta situación tiene implicaciones en las condiciones de vida de los habitantes debido a que, como se mencionó, en las horas de la mañana los vientos son bajos y poco fuertes y la contaminación atmosférica tiende a quedarse en las áreas donde se genera y se refleja en la presencia de enfermedad

¹³ Alcaldía de Santiago de Cali. Plan integral único de atención para la población en situación de desplazamiento de Santiago de Cali 2011-2013

¹⁴ Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

respiratoria predominante en la zona norte y sur oriente; por el contrario en la tarde los vientos son más fuertes y la contaminación es arrastrada de occidente a sur oriente movilizandolos vectores(zancudos). En la zona de ladera los problemas de salud son ocasionados generalmente por fallas en la vivienda(ventilación, pisos, uso de combustibles fósiles, etc).

4. 2 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA

4.2.1. Estructura de la Población

El municipio contaba, de acuerdo a las proyecciones de población del DANE, para el año 2011 con 2.269.653 habitantes de los cuales 52,2 % eran mujeres como se observa en la tabla No. 1.

**Tabla No. 1 Indicadores Demográficos
Cali. 2011**

Población Total 30 junio	2.269.653
Población Total Masculina	1.085.354
Población Total Femenina	1.184.299
Población Menor de un año	35.716
Población Menor de cinco años	176.593
Población Adolescente (10 a 19)	395.643
Pob Mujeres edad fértil (15 a 49)	712.118
Pob Obstétrica	32.556
Defunciones	12.390
Nacidos Vivos Registrados	28.811
Periodo de Duplicación (años)	96
Tasa Crecimiento Vegetativo	7,2
Tasa crecimiento Intercensal (93/85)	1,2
Fuente: DANE, Planeación Municipal, Secretaria de Salud Cali	

Según estimaciones del Departamento Administrativo de Planeación Municipal, el 98.4% de la población, reside en el área urbana, con una densidad bruta de 186,78. Mientras que en el área rural el 1.6% de los habitantes con una densidad bruta de 0.83.¹⁵

El mayor peso porcentual en la distribución por edades corresponde a las personas entre 25 a 29 años (8.9%), seguido de la población de 10 a 14 años (8.8%). En contraste las personas entre las edades de 75 a 79 y 80 y mas presentan el menor peso porcentual(1.5%) como se observa en la tabla No. 2.

¹⁵Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

Tabla No. 2 Proyección de Población por grupos de edad. Santiago de Cali. 2011

GRUPO EDAD	Total	Hombres	Mujeres
0-4	176.593	90.440	86.153
5-9	179.116	90.541	88.575
10-14	192.826	97.638	95.188
15-19	202.223	102.829	99.394
20-24	200.000	100.623	99.377
25-29	195.286	95.112	100.174
30-34	178.193	85.303	92.890
35-39	157.558	74.889	82.669
40-44	154.837	71.893	82.944
45-49	152.355	69.651	82.704
50-54	129.744	57.778	71.966
55-59	102.719	45.154	57.565
60-64	78.663	34.438	44.225
65-69	57.652	25.021	32.631
70-74	44.823	18.374	26.449
75-79	33.092	12.876	20.216
80 Y MÁS	33.973	12.794	21.179
Total	2.269.653	1.085.354	1.184.299

FUENTE: DANE. Estimaciones de población 1985-2005 (4) y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Año 2011.

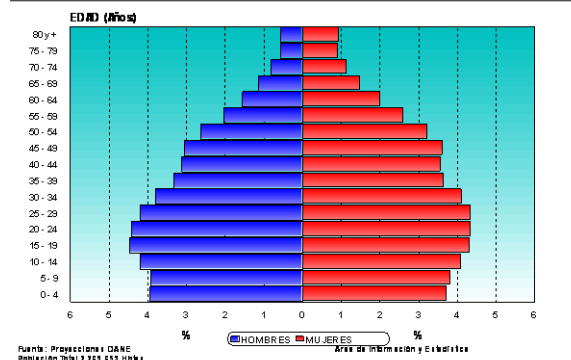
Pirámide Poblacional.

Desde el punto de vista demográfico la ciudad de Cali muestra un crecimiento con un promedio del 3.2% anual, en los últimos años. Este crecimiento es consecuencia de varios factores, uno de ellos, el más importante, y que es característico en toda su historia, es el proceso migratorio.¹⁶

Como resultado de varios factores: la transición demográfica, la reducción de la tasas de crecimiento vegetativo que resulta de la diferencia entre la natalidad (12.7 por 1000 N.V año 2011.) y la mortalidad (5.5 por 1000 Hbtes año 2011)¹⁷ y el aumento de la esperanza de vida al nacer por la disminución en las tasas de natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil), la pirámide poblacional ha pasado de ser expansiva a constrictiva. Ver Figura No. 2

Figura No. 2

PIRAMIDE DE POBLACION
SANTIAGO DE CALI - 2011



Otro aspecto que ha contribuido al cambio en la pirámide poblacional es la alta migración neta positiva, como resultado de la relación de alta inmigración y la moderada emigración, relacionada con los desplazamientos masivos en su gran mayoría forzosos. Esta situación es explicada por los migrantes como el deseo de tener un mejor trabajo y salario, riesgo de desastres naturales, amenaza para su vida o búsqueda de refugio y seguridad, necesidad de educación, motivos de salud, razones familiares y otra razones.

Los principales lugares de origen de los emigrantes son los departamentos del sur de Colombia como son Cauca y Nariño. Al interior del departamento son los municipios de Buenaventura, Dagua, Sevilla, Jamundí y Cartago los principales expulsores de población hacia Cali. Los lugares de destino de los emigrantes más concurridos son el Distrito de Agua Blanca y las zonas de ladera principalmente, donde coinciden con los mayores problemas de desempleo, delincuencia, contaminación ambiental y violencia.¹⁸

Estructura de la población

La estructura de la población de Cali en los últimos censos muestra, como se observa en el Figura No. 3, disminución de la proporción de la población joven como producto de la

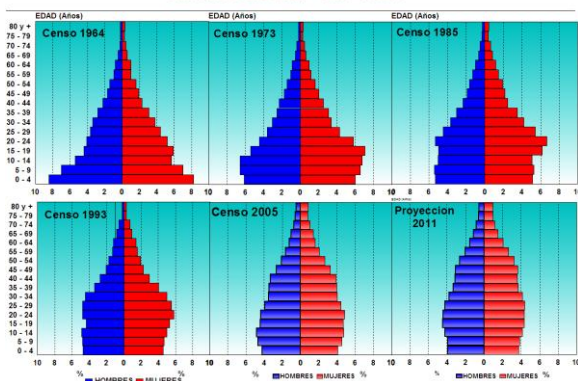
¹⁶ Lesmes M.C. Como estamos en salud?. Foro municipal por la salud. 2007

¹⁷ Duque S. Análisis demográfico y epidemiológico. Salud en Cifras. 2010

¹⁸ Duque S. Análisis demográfico y epidemiológico. Salud en Cifras. 2010

reducción de la fecundidad en las últimas décadas, seguido de un robustecimiento en los grupos en edad productiva y un significativo incremento en la población de edad avanzada, este desplazamiento de la edad modal refleja cambios en los niveles de natalidad y mortalidad.

Figura No. 3
PIRAMIDE DE POBLACION
SANTIAGO DE CALI - 1964 A 2011



Las pirámides poblacionales muestran cambios importantes en su forma según los últimos reportes censales, pasando de una forma piramidal expansiva a otra cada vez más constrictiva. Estos cambios, como resultado de la reducción del crecimiento vegetativo, se reflejan en una disminución de la tasa de mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer, así como cambios en el perfil de mortalidad de enfermedades infecciosas y parasitarias propias de comunidades subdesarrolladas, a un perfil de mortalidad de comunidades con un nivel de desarrollo y envejecimiento mayor, en donde predominan las causas de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

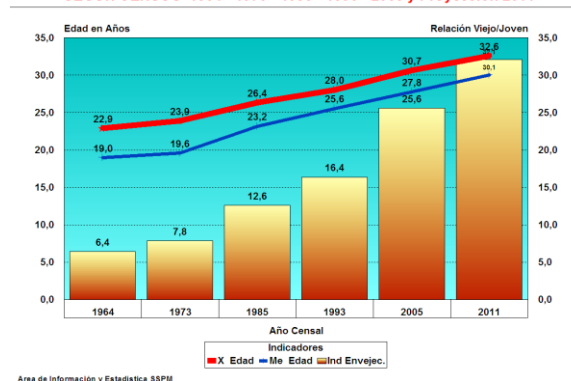
Las transformaciones de la forma de la pirámide poblacional reflejan el proceso de envejecimiento propio de comunidades en transición demográfica y epidemiológica, con importantes cambios en el perfil de la natalidad, mortalidad y aumento en la expectativa de vida al nacer.

El análisis de los promedios y medianas de edad de la población general en los cinco

ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CALI 2011

últimos censos, refleja el proceso de envejecimiento de la población. Para el censo de 1964 estos indicadores fueron de 22.88 y 18.98 años respectivamente, para el censo del 2005 llegaron a 30.7 y 27.8 años y para el año 2011 se estiman en 32,6 y 30.1 años respectivamente, unido además con el índice de envejecimiento o relación de población de 65 y más por cada 100 jóvenes, que para el censo de 1964 fue de 6.4, en el censo del 2005 era de 25.6 y para el año 2011 alcanza 32.1(ver Figura No 4).

Figura No. 4
PROMEDIO, MEDIANA DE EDAD E INDICE DE ENVEJECIMIENTO
SEGUN CENSOS 1964 - 1973 - 1985 - 1993 - 2005 y Proyeccion 2011



4.2.2. Dinámica de la Población

La tabla No. 3 presenta un resumen de los indicadores relacionados con la dinámica poblacional del municipio:

Tabla No. 3 Dinámica de población Cali.
2011

Tasa global de fecundidad	28,8 por 1.000 mujeres
Razón de mortalidad materna por 100.000 Hab.	35,3
Tasa de mortalidad infantil por 10.000 NV	9,54
Índice de masculinidad	109,1
Esperanza de vida al nacer	74,1
Nacimientos estimados	28.811
Población en situación de desplazamiento	32.896

Población según pertenencia étnica

En Colombia se diferencian de la sociedad mayoritaria cuatro grupos étnicos reconocidos: la población indígena, la población raizal del Archipiélago de San

Andrés, Providencia y Santa Catalina, la población negra o afrocolombiana de la que hacen parte los palenqueros de San Basilio del municipio de Mahates en el departamento de Bolívar y la población Rom o gitana. En el caso de Cali 26% de la población que reside en el municipio se considera negra, mulata o afrocolombiana, 0.5% indígena y ninguna de ellas 73% según cifras del censo. Esto significa según Escobar que el municipio es pluriétnico y multicultural, incluso con etnias negras raizales asentadas hace más de 200 años¹⁹.

Tasa Global de fecundidad

La tasa global de fecundidad (TGF) ha descendido, pasando de 6,0 hijos por mujer en la década de los 60 a 4,5 en los 70, mientras para el año 1993 estuvo en 1,97 hijos, bajando levemente a 1,5 en el año 2011. Este descenso es explicado por cambios en factores sociales y económicos, tales como el aumento de la escolaridad femenina, el ingreso de la mujer a la fuerza de trabajo y la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

En las mujeres de 15 a 19 años la tasa de fecundidad muestra un leve descenso entre los años 1993 y 2011, pasando del 71,1 al 28,8 por 1.000 mujeres en edad fértil (M.E.F.) con un mayor descenso en el grupo de 20 a 29 años

La estructura de la fecundidad por edad de la madre, muestra la probabilidad diferencial de tener hijos, es así como esta se concentra en las edades de 20 a 30 años, en promedio alrededor de los 26,4 años.

El análisis de la fecundidad por estrato socioeconómico presenta diferencias notables: Las mujeres residentes en comunas de estrato socioeconómico bajo, están teniendo dos veces más hijos que las mujeres de estratos de clase alta es así

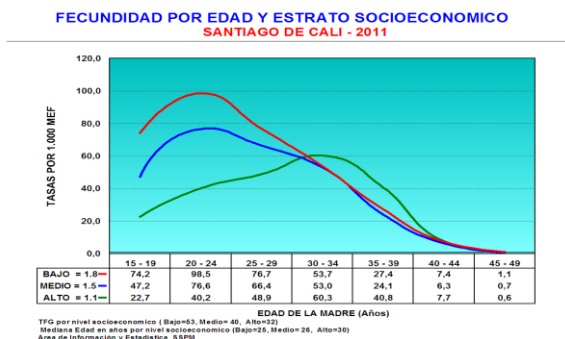
como la tasa de fecundidad general en los estratos I y II llega a 53 hijos por 1.000 mujeres, mostrando una estructura que corresponde a una fecundidad alta, pero temprana en edad y es aquí en este estrato socioeconómico en donde se han logrado los mayores descensos de fecundidad y mayores avances en el control de la natalidad en los últimos años. En los estratos socioeconómicos medios (III y IV) la fecundidad llega a un nivel de 40, menor que la clase baja. En el caso de los estratos altos la fecundidad de 30, se presenta como la más baja y centrada alrededor de los 32 años.

Al comparar el indicador del promedio de hijos por mujer o tasa global de fecundidad (TGF), es el estrato socioeconómico bajo con 1,8 hijos por mujer, el de mayor fecundidad, seguido de 1,5 del estrato medio y con 1,1 del estrato alto, todos estos valores muy por debajo del nivel de reemplazo de 2,1 hijos por mujer que garantiza en un mediano plazo que la población se comporte estable en su tamaño, se observa el fuerte descenso de la fecundidad en la región en especial en las clases bajas que es donde mayor es el número de mujeres en edad fértil. La mayor fecundidad se encuentra entre las edades de 20 a 24 años en la que se presentan 99 nacimientos por cada 1000 mujeres en los estratos bajos, la mediana de edad de la fecundidad viene desplazándose de edades jóvenes a edades mayores, al año 2011 este valor se ubica en 26,4 años²⁰ (ver Figura No. 5).

¹⁹Escobar M. G. La población en Santiago de Cali: siglo XX y primera década del siglo XXI

²⁰Duque S. Análisis de la Fecundidad. Salud en Cifras. 2010

Figura No. 5.



Tasa bruta de natalidad

Según el DANE para el año 2011 en Cali, se estimaron 28.811 nacimientos. La tasa general de natalidad (TBN) es aproximadamente de 12.7 nacimientos por cada 1.000 habitantes, con una tendencia ligeramente decreciente de este indicador. Esto es dado por la reducción de la tasa de fecundidad general (TFG), que para el año 2011 se estima en 40.5 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 49 años.²¹

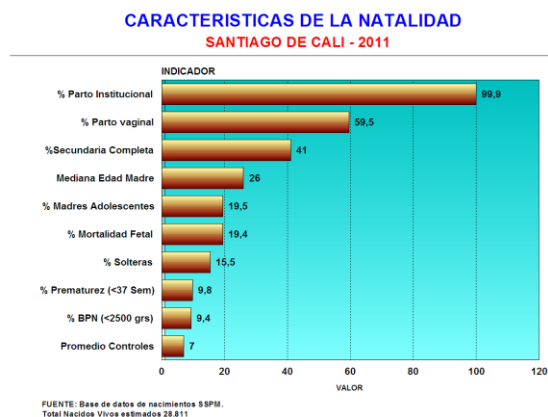
Al revisar la base de datos de nacimientos del año 2011, se observó que el mes de mayor natalidad es Septiembre, en donde ocurren el 9.4% de los nacimientos, a diferencia de Enero que es el más bajo con 7.5%. En aspectos relacionados con el sobrepeso, se encontró que el 3.7% de los nacimientos reportaron peso superiores a los 4.000 gramos, el 9.4% de los nacimientos reportaron peso por debajo de 2.500 gramos. Con relación a la talla, el 52% de los nacidos vivos tuvieron tallas entre 49 y 51 cms., y el 25.3% de los nacimientos reportaron tallas inferiores a 49 cms. Con respecto al tipo de partos, el 63% de los nacimientos es a través del parto espontáneo, frente a 37% de parto por cesárea. En los estratos bajo y medio alcanza mayor porcentaje el parto por vaginal a diferencia de los estratos altos en donde es mayor el parto por cesárea, se encontró

además que 33.4% de las madres reportaron tener una escolaridad menor a secundaria completa. Finalmente, en relación al tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 55% de los nacimientos corresponde a madres del régimen contributivo, seguido del 30% de madres pertenecientes al régimen subsidiado, de estas últimas la mayoría residen en estratos bajos (I y II).

Con respecto a la atención del parto, los médicos atienden 98.3%, seguido del 1.5% atendidos por enfermeras profesionales; 80.04% de los nacimientos se presentaron entre 38 y 41 semanas de gestación, el parto prematuro (<37 semanas de gestación) representa el 9.9%, esta última situación se presenta con mayor frecuencia en las comunas 3, 4, 9, 17, 21 y área rural.

La unión libre es el estado conyugal más frecuente de las madres con 62.9% seguido de las casadas que con 19.4% y la solteras con 15%, en los estratos socioeconómicos bajos y medios la unión libre es el estado conyugal de mayor frecuencia a diferencia de los estratos altos en donde predominan más las casadas. Entre las instituciones con mayor número de partos atendidos sobresalen el HUV con 17.6%, la Clínica Versalles con 12.2%, el Hospital San Juan De Dios con 11.2% entre otros (ver Figura No. 6).

Figura No. 6.



²¹Duque S. Análisis de la Fecundidad. Salud en Cifras. 2010

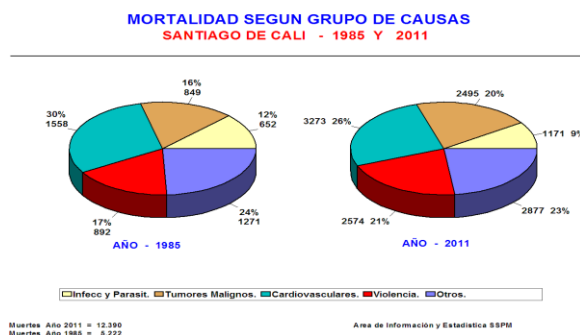
Tasa bruta de mortalidad

Las tasas de mortalidad general de Santiago de Cali en los últimos años han presentado un leve descenso, después de estar en altos niveles en la década del periodo de los años 1995 al 2005. A pesar de presentarse un número elevado de muertes y constante de muertes en estos años, la población en este periodo sí ha presentado un leve crecimiento, lo que refleja el leve descenso en los últimos años. Además unido al proceso de envejecimiento de la población hace que el riesgo de muerte sobre todo en la población vieja se alto, esta situación es fácilmente verificable al ajustar las tasas por una estructura de población estándar.

Las defunciones ocurridas y registradas en el año 2011 para Cali, fueron 15.996 (muertes no fetales) de las cuales el 77.5% (12.390) corresponden a personas residentes en la ciudad. De esta última cifra se encontró que el 26% (3.273) de las causas de muerte, son producto de enfermedades cardiovasculares, por hechos violentos el 21% (2574); los tumores malignos representaron 20% (2495); las enfermedades infecciosas y parasitarias 9% (1.171) y otras causas 23%. (2.877).

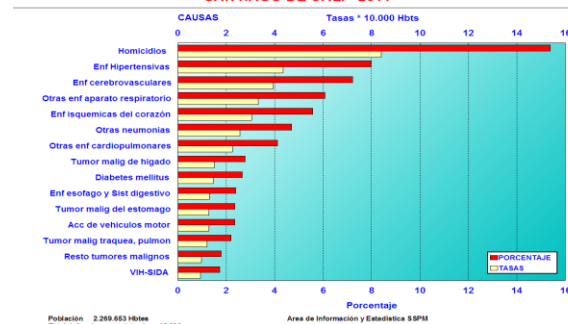
Al comparar estos grupos de causas de mortalidad veintiséis años atrás, se observa aumento significativo en la proporción de mortalidad por causas externas y en la proporción de mortalidad por tumores malignos, al igual que una reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias como se observa en el Figura No. 7.

Figura No. 7.



El perfil de mortalidad de Cali, presenta simultáneamente características de comunidad en vías de desarrollo, ya que aun se evidencian altos niveles de enfermedades infecciosas y parasitarias, aunque con una tendencia a la disminución. Las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos propias de las sociedades más desarrolladas, ocupan cada vez más los primeros lugares de la mortalidad. Unido a esta heterogeneidad de la mortalidad de Cali, están presentes las causas violentas propias de comunidades en conflicto e inequidades sociales (Ver Figura No 8)

Figura No. 8
PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE
SANTIAGO DE CALI - 2011



La estructura de mortalidad del año 1983 frente al año 2011, muestra una reducción de la mortalidad juvenil, un aumento de la mortalidad en edades productivas y edades avanzadas, asociado a la reducción de la fecundidad, la mortalidad infantil, la sobre mortalidad masculina por edad en edades productivas, el aumento de la esperanza de vida y el avance en el proceso de envejecimiento de la población.

La causa sobre mortalidad producto de la violencia, sobresale en los grupos de edad de 15 a 60 años, en especial el grupo de 20 a 24 años en donde los hombres en esta edad, tienen casi 7 veces mayor riesgo de muerte que las mujeres de la misma edad.

Muchas de las comunas han experimentado cambio en los perfiles de mortalidad, pasando de altos niveles de mortalidad por

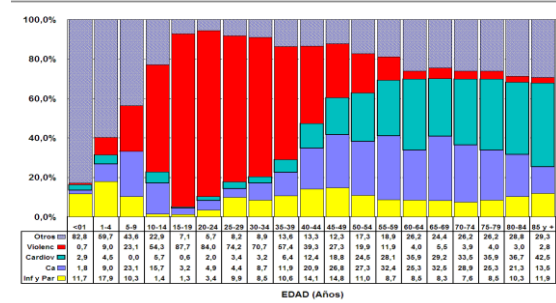
causas transmisibles a causas no transmisibles. Estos cambios de la estructura y causas de la mortalidad, conocido como transición epidemiológica, están relacionados con los cambios en los factores de riesgo, disminución de la fecundidad y avances en la tecnología de salud en cada una de las poblaciones.²²

Mortalidad por grupo de causas.

El análisis de la mortalidad por los grandes grupos de causas y edad, muestra que la mayor proporción se da por causas externas, en especial en edades de mayor producción económica. Las enfermedades cardiovasculares ocurren en los adultos maduros y tercera edad, al igual que las causas por tumores malignos. Las infecciosas y parasitarias se presentan en mayor proporción a edades jóvenes, levemente en la edad adulta y vuelven a aparecer en las edades mayores como se observa en el Figura No. 9.

Figura No.9

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS Y EDAD
SANTIAGO DE CALI - 2011



Esperanza de vida al nacer

La cifra de esperanza de vida al nacer para el año 2011 fue de 74.1 años: hombres (69.8) y mujeres (78.1). Sin embargo se resalta que esta cifra disfraza algunas desigualdades, mostrando que en la medida que aumenta el estrato socioeconómico la expectativa de vida al nacer sube considerablemente, así para los estratos socioeconómicos bajos esta cifra llega a los 70.5 años, para los medios a 73 años y se eleva considerablemente a 77 años para los estratos alto como se observa

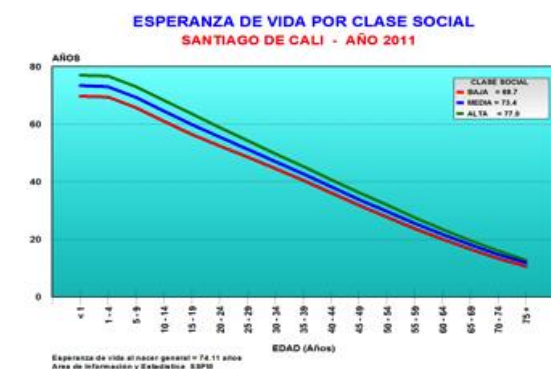
ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CALI 2011

en las Figuras No. 10 y 11

Figura No. 10



Figura No. 11



Las comunas con mayor esperanza de vida al nacer están asociadas a perfiles de mortalidad de enfermedades cardiovasculares y tumores malignos, con poca presencia de mortalidad violenta y de enfermedades infecciosas y parasitarias, además de bajas tasas mortalidad materna e infantil, reducida fecundidad, niveles altos de envejecimiento de la población, bajos índices de NBI y altos niveles de accesibilidad a servicios de salud²³

²²Duque S. Análisis de la Mortalidad. Salud en Cifras. 2010

²³Duque S. Análisis de la Mortalidad. Salud en Cifras. 2010

4.3. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONOMICA

4.3.1. Necesidades básicas insatisfechas (NBI).

En el municipio de Cali 11% de sus habitantes tienen necesidades básicas insatisfechas, de los cuales el mayor peso porcentual corresponde al componente de hacinamiento (5,6%), mientras que el menor corresponde al componente de servicios públicos (0,74%). Al analizar de manera diferencial la cabecera municipal el porcentaje disminuye al 18,87%, mientras en el resto se incrementa hasta el 18,92%, como se observa en la Tabla No. 4

Tabla No. 4 Necesidades Básicas Insatisfechas por total, cabecera y resto. Municipio de Cali. 2005

NBI	Cabecera	Resto	Total
Personas en NBI	10,9	18,9	11,0
Personas en miseria	1,9	3,1	2,0
Componente vivienda	1,7	5,2	1,8
Componente servicios	0,8	0,3	0,7
Componente hacinamiento	5,6	8,8	5,6
Componente inasistencia escolar	1,5	2,0	1,6
Componente dependencia economica	3,7	6,0	3,7

Fuente: DANE Resultados Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto. Municipio de Cali

Los resultados de la Encuesta del SISBEN III para el municipio reportan para el total de viviendas encuestadas (292,515) 14% de hogares con NBI 1,7% en condición de miseria. El aspecto que más contribuye es el hacinamiento crítico, con 10.3% de hogares en los cuales viven más de tres personas por cuarto.

La comuna con mayor proporción de hogares en NBI fue la 17(97.1%) sin embargo el total de viviendas cubiertas en ella fue 69. Le sigue la comuna 2(36,1%) y la 20(22.4%). En el caso de miseria también la comuna 17(43,5) seguido igualmente de la comuna 2(6,3%). Existen cinco barrios o sectores que se presentan entre 2 y cuatro carencias; dentro de ellos sobresale el Sector Laguna del Pondaje (comuna 13) con 45.9%

Para la zona rural, el 45.7% de los hogares reporta NBI, siendo el mayor reporte en El Saladito (97.2%), seguido por Villacarmelo (97.1%). Frente a la condición de miseria se reporta Navarro con la frecuencia más alta (25.2%), seguido de Golondrinas (22%). En esta área existen ciertas carencias importantes tales como los servicios inadecuados y el hacinamiento crítico, pues de ellos el 35.0% y el 14.6% lo padecen respectivamente. Según esta fuente el 54.1% de los hogares del área rural de Cali cuentan con todas las necesidades básicas satisfechas. Sin embargo, existe una gran proporción con una carencia (NBI), el 38.4% de los hogares (según los resultados del censo de 2005 el NBI para Cali en el área rural fue 18.9%) y en miseria (dos o más carencias) el 7.3% de los hogares²⁴.

4.3.2. Estrato socioeconómico

La clasificación por estrato, según lados de manzana para el año 2010 muestra 30% en estrato bajo seguido de estrato medio- bajo (30.6%) mientras el estrato alto corresponde a 1.94% como se aprecia en la tabla No. 5.

Tabla No. 5 Distribución de lados de manzana por estrato. Municipio de Santiago de Cali. 2010

ESTRATO	Cabecera	Lados de manzana	
		No	%
1	Bajo-bajo	8584	21,2
2	Bajo-bajo	12647	31,2
3	Medio-Bajo	12261	30,2
4	Medio	2889	7,1
5	Medio- alto	2897	7,1
6	Alto	777	1,9
TOTAL		40055	100,0

Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali. Cali en Cifras, 2011

Al analizar la moda por comuna para el municipio esta corresponde a la 2; sin embargo se encuentra para el estrato 6 en la comuna 22, en el estrato 5 las comunas 2 y 17, en el estrato 4 la comuna 19 mientras el

²⁴ Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Análisis Estadístico del SISBEN III en el Municipio de Santiago de Cali.2011

estrato 1 se reporta como moda en las comunas 1,14,18,20 y 21 13,15 y 16 y el estrato 2 en la 4, la 6, 13,15 y 16 y el resto de las comunas corresponde a las 3 como se aprecia en la tabla No. 6

Tabla No. 6 Distribución de lados de manzana por estrato por comuna. Municipio de Santiago de Cali. 2010

Comuna	Estrato						Total	Estrato Moda
	1	2	3	4	5	6		
Total	8,584	12,647	12,261	2,889	2,893	777	40,051	2
01	688	353	2	1	-	3	1,047	1
02	92	22	157	853	1,007	219	2,350	5
03	63	129	739	22	46	1	1,000	3
04	68	786	739	2	-	-	1,595	2
05	1	36	1,440	54	-	-	1,531	3
06	109	1,911	266	-	-	-	2,286	2
07	112	624	787	11	-	-	1,534	3
08	3	557	1,719	-	-	-	2,279	3
09	130	254	909	-	-	-	1,293	3
10	-	123	1,605	312	-	-	2,040	3
11	5	535	1,388	2	-	-	1,930	3
12	-	551	730	1	-	-	1,282	3
13	803	1,962	305	-	-	-	3,070	2
14	2,129	893	-	-	-	-	3,022	1
15	760	1,037	403	-	-	-	2,200	2
16	102	1,492	4	124	-	-	1,722	2
17	-	9	339	500	927	102	1,877	5
18	676	541	563	21	1	-	1,802	1
19	24	104	105	986	882	97	2,198	4
20	1,511	247	59	-	-	-	1,817	1
21	1,308	467	2	-	-	-	1,777	1
22	-	14	-	-	30	355	399	6

FUENTE: Subdirección de Desarrollo Integral / DAP

4.3.3. Población por clasificación de SISBEN

La identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales o SISBÉN III del Municipio de Santiago de Cali, se realizó entre agosto de 2009 y mayo de 2010 principalmente a través de un censo o barrido (casa a casa) de la población que habita en viviendas de estratos 1, 2 y algunos 3 y mediante encuestas a la demanda, es decir, cuando la encuesta se lleva a cabo por solicitud del interesado y que en forma excepcional se le realizaban a las personas que estaban en algún centro hospitalario y que requerían fueran identificados. Los resultados presentados a continuación se retoman del informe elaborado por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal²⁵

Un total de 292.515 hogares fueron incluidos

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CALI 2011

de los cuales el 97,03% (283.834), se encontraban ubicados en zona urbana (ver tabla No. 7). Se encontró un promedio de personas por vivienda de cuatro, de personas por hogar de 3,7 y de hogares por vivienda de 1,1.

Frente al puntaje alcanzado, el rango osciló entre 0.61 y 87.6, con un promedio de 49.2 y una mediana de 50.88; el 25% de la población tiene un puntaje de 37.81 o menos y el 75% de la población, un puntaje menor o igual 61.93.

Al comparar la zona urbana con la rural, se encuentra para el caso de la zona urbana un promedio de 49.49, una mediana de 51.14; el 25% de esta población tiene un puntaje de 38.13 o menos y el 75% de la población, un puntaje menor o igual 62.11%.

Para el caso de la zona rural el promedio es 40.67; la mediana se sitúa en 40.35, mientras que el 25% de esta población tiene un puntaje de 27.90 o menos y el 75% de la población, un puntaje menor o igual 52.99 (ver tabla No. 8)

Tabla No. 7 Población SISBÉN III según zona. Municipio de Santiago de Cali. 2010

Comuna o corregimiento	Población		Viviendas		Hogares	
	Personas	%	Número	%	Número	%
TOTAL	1,084,741	100.00	272,469	100.00	292,515	100.00
Comuna	1,054,102	97.18	264,014	96.90	283,834	97.03
1	32,703	3.01	8,292	3.04	8,797	3.01
2	5,419	0.50	1,428	0.52	1,456	0.50
3	14,748	1.36	5,166	1.90	5,241	1.79
4	30,913	2.85	8,635	3.17	9,111	3.11
5	33,637	3.10	10,207	3.75	10,277	3.51
6	109,468	10.09	28,723	10.54	30,365	10.38
7	54,965	5.07	14,195	5.21	15,595	5.33
8	52,708	4.86	15,568	5.71	15,981	5.46
9	8,601	0.79	2,839	1.04	3,025	1.03
10	2,258	0.21	612	0.22	651	0.22
11	55,400	5.11	15,273	5.61	15,954	5.45
12	44,963	4.15	11,765	4.32	12,710	4.35
13	132,450	12.21	30,183	11.08	33,702	11.52
14	135,348	12.48	30,703	11.27	33,585	11.48
15	84,544	7.79	19,008	6.98	20,925	7.15
16	70,130	6.47	15,468	5.68	18,178	6.21
17	300	0.03	61	0.02	69	0.02
18	52,732	4.86	13,232	4.86	14,079	4.81
19	3,495	0.32	963	0.35	984	0.34
20	34,028	3.14	8,176	3.00	8,887	3.04
21	95,292	8.78	23,517	8.63	24,262	8.29
Corregimiento	30,639	2.82	8,455	3.10	8,681	2.97
Navarro	1,057	0.10	254	0.09	270	0.09
El Hormiguero	3,756	0.35	940	0.34	978	0.33
Pance	989	0.09	286	0.10	291	0.10
La Buitrera	4,389	0.40	1,255	0.46	1,278	0.44
Villacarmelo	716	0.07	239	0.09	240	0.08
Los Andes	1,105	0.10	307	0.11	320	0.11
Pichinde	617	0.06	187	0.07	191	0.07
La Leonera	903	0.08	271	0.10	280	0.10
Felidia	1,915	0.18	549	0.20	562	0.19
El Saladito	1,493	0.14	431	0.16	436	0.15
La Elvira	1,314	0.12	396	0.15	409	0.14
La Castilla	1,242	0.11	387	0.14	388	0.13
La Paz	711	0.07	214	0.08	215	0.07
Montebello	9,453	0.87	2,480	0.91	2,561	0.88
Golondrinas	979	0.09	259	0.10	262	0.09

FUENTE: Base certificada Sisbén 2010 / Subdirección de Desarrollo Integral / DAP

²⁵ Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administración de Planeación Municipal. Análisis estadístico del SISBEN III. 2011

El 53% de la población está compuesta por mujeres; la edad promedio de la población es

30.4 y la mediana es de 27 años, siendo la moda 18 años. El 37.3% de la población se encuentra entre 5 y 24 años y por cada 10, 6 son menores de 30 años. El grupo etario con mayor proporción de población total, es de 15 a 19 años, con el 9.96%, mientras que el 25% de la población tiene una edad de 14 años o menos y el 75% de la población, una edad menor o igual 45 años.

Tabla No. 8 Población según rangos de puntaje SISBÉN, por comuna y corregimiento. Municipio de Santiago de Cali. 2010

Puntaje Sisbén (Rangos)	Población							
	Total	%	Cabecera municipal	%	Centro poblado	%	Rural disperso	%
TOTAL	1,084,741	100.00	1,054,102	97.18	21,986	2.03	8,653	0.80
0 - 10	8,507	0.78	8,007	0.74	253	0.02	247	0.02
11 - 20	45,598	4.20	42,641	3.93	1,601	0.15	1,356	0.13
21 - 30	100,798	9.29	95,255	8.78	3,150	0.29	2,393	0.22
31 - 40	155,851	14.37	149,737	13.80	4,145	0.38	1,969	0.18
41 - 50	212,411	19.58	206,169	19.01	4,741	0.44	1,501	0.14
51 - 60	242,292	22.34	237,236	21.87	4,369	0.40	687	0.06
61 - 70	216,500	19.96	213,432	19.68	2,725	0.25	343	0.03
71 - 80	99,907	9.21	98,787	9.11	967	0.09	153	0.01
81 - 90	2,877	0.27	2,838	0.26	35	0.00	4	0.00
91 - 100	-	-	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Base certificada Sisbén 2010 / Subdirección de Desarrollo Integral / DAP

Clasificando la población por grupos de edad, el 25.95% de la población es de niños, el 19.14% jóvenes, el 45.32% adultos y tan solo el 9.59% son adultos mayores. La pirámide poblacional de esta población es progresiva, con una natalidad y una mortalidad alta. La población crece a un ritmo rápido y con una alta proporción de niños y jóvenes (45.09%).

Analizando la estructura de la población por edad y género, se observa que a partir de los 17 años de edad, la proporción de población masculina es menor que la proporción de población femenina y esta tendencia se mantiene hasta los últimos años de vida de las personas (ver Figura No.12).

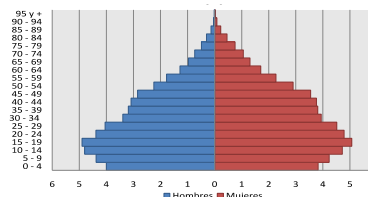
De la población de 12 años y más encuestada, el 46.2% es soltera, el 27.4% convive en unión libre, el 16.4% es casado, el 6.0% separado o divorciado y el 4.0% es viudo.

El porcentaje de adolescentes (15 a 19 años)

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CALI 2011

que están embarazadas o que ya son madres es del 17.9%, cifra que de acuerdo con la ENDS 2010²⁶ está por encima para Cali (14.4%) y por debajo del Valle y Colombia que presentan 18.3% y 19.5% respectivamente. No obstante lo anterior, se observa que en los cuatro primeros rangos de puntaje (los de mayor pobreza) se concentran en un alto porcentaje las adolescentes embarazadas o que ya son madres, 76.7%, 57.5%, 40.1% y 27.7% respectivamente.

Figura No. 12 Pirámide Poblacional. Población SISBEN III. Municipio de Cali. 2010



Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, Departamento Administración de Planeación Municipal, Análisis estadístico del SISBEN III, 2011

De igual manera, para los dos primeros rangos de puntaje (0 – 10 y 11 – 20), la mayor proporción de embarazadas o que ya son madres se sitúa en el rango de edad de 15 a 19 años, representando el 43.1% y 24.0% respectivamente. Además al considerar el porcentaje de mujeres en embarazo o que ha tenido hijos se observa un decrecimiento en estas proporciones por rango de puntaje SISBÉN, es decir, el primer rango de puntaje 0 – 10 tiene un 85% frente al segundo rango de puntaje 11 – 20 con 79.3% y continua así sucesivamente este comportamiento.

El promedio de edad de las embarazadas o que ya son madres es de 34.25 años, mientras que la mediana es de 34 años, es decir, el 50% de dicha población tiene esa edad o menos. La edad promedio en las mujeres embarazadas o que han tenido hijos, es menor en los primeros rangos de puntaje SISBÉN frente a los últimos rangos. El 27.5%

²⁶ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010.

de las mujeres embarazadas o que han tenido hijos son solteras y el 19.1% son casadas.

El 41% de la población femenina en edad reproductiva en condición de embarazo o que han tenido hijos está afiliada en salud a una EPS Subsidiado (ARS), el 33% a una EPS Contributiva y el 21% de esta población no cuenta con protección en salud.

Del total encuestados sólo el 2.0% son discapacitados, con una mayor frecuencia en hombres en todos grupos de edad, a excepción del grupo de 65 años y más. Este hecho se presenta a pesar de que, en general, la proporción de población masculina es inferior a la proporción femenina.

El mayor tipo de discapacidad es la dificultad para moverse o caminar por sí mismo con el 26.4%, seguido de la dificultad para entender o aprender con el 21.4% y la dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía con el 20.4%. Al diferenciar por género, los hombres presentan el mismo comportamiento que la población discapacitada total mientras en las mujeres la mayor discapacidad es la dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía y la dificultad para entender o aprender. Los tipos de discapacidad con menor proporción de población son la mudez, la ceguera total y la dificultad para bañarse, vestirse y alimentarse por sí mismo.

Con relación al componente educativo el 46% de la población entre 2 y 34 años asiste a algún centro educativo, siendo la población ubicada en los rangos 31- 40 (46,6%), 41-50 (50,2%) y 51-60 (49,7%) la que con mayor frecuencia asiste. En cuanto a los grupos de edad los niños entre 6 a 10 años asisten con mayor frecuencia (96%) junto con los ubicados en el grupo de 11 a 14 años (95.7%).

52 de cada 100 personas tiene un nivel

educativo de secundaria, siendo la mayor proporción de personas de 5 años y más, mientras 5.95% de las personas de 5 años y más no tienen ningún nivel educativo.

La población con niveles educativos inferiores (Ninguno y Primaria) se presentan en mayor proporción entre los rangos de puntaje SISBÉN 31 y 60 mientras el mayor porcentaje de estudiantes de educación secundaria y educación superior (técnica, tecnológica y universidad) está en el rango de puntaje 61 – 70.

Frente a la ocupación, el 50% de las personas encuestadas de 12 años en adelante están activas. De ellas el 86.4% se encuentran trabajando y el 13.6% buscando empleo. La población económicamente inactiva está representada por el 50.0% de las personas en edad productiva, de las cuales el 41.8% se encuentra realizando oficios del hogar, el 32.0% estudiando y el 19.8% sin actividad.

La tasa de desempleo para los primeros siete rangos oscila entre 13.5% y 14.5%, mientras que para los rangos 71-80 y 81-90 se sitúa en 12.0% y 4.5% respectivamente. En estos dos últimos rangos la población en edad de trabajar como proporción de la población total está por encima del total: 91.6% y 99.7%, lo que se traduce en una mayor tasa de ocupación, 49.8% y 64.3%.

De acuerdo al ingreso, el 53.5% de las personas de 12 años y más, afirman no tener ingreso alguno, en tanto que 37.9% recibe menos de un salario mínimo. Al relacionar las variables ingreso mensual y zona se observa que de las personas sin ningún ingreso, el 97.1% habitan la cabecera municipal. De las personas que no reciben ingresos el 46.5% se encuentran entre 12 y 24 años, y de ellos el 64.4% se encuentran estudiando. Mientras los que reciben menos de un salario mínimo son el 49.6% y tienen una edad entre 25 y 44 años. En el grupo de adultos mayores, el 57.5% no reciben ningún ingreso y el 32.8%

reciben menos de un salario mínimo.

Teniendo en cuenta sólo aquellas personas que reciben algún ingreso, el promedio es de \$432,283, lo que equivale aproximadamente a 0.84 SMML, la mediana es \$496,000 correspondiente a 0.96 SMML, mientras 75% tiene un ingreso mensual de \$499,600 o menos, lo que en número de SMML es igual a 0.97.

En todos los grupos etarios es mayor la proporción de hombres que perciben ingresos que las mujeres; en los grupos etarios de 25 a 34 años y de 35 a 44 años con el 25.8% y el 24.0% respectivamente, corresponden a los que con más frecuencia perciben ingresos. El ingreso promedio de los hogares es de \$328,084 y la mediana es de \$300,000; el 26.31% de los hogares no tienen ingreso alguno y el 58.64% de los hogares tienen un ingreso menor a un salario mínimo legal.

Las unidades de vivienda se encuentran ubicadas en su gran mayoría en la cabecera municipal (97%). Por su parte, aquellas pertenecientes a centro poblado, representan el 2% del total y 10 de cada 1,000 viviendas están ubicadas en la zona rural disperso.

En cuanto al tipo de unidad de vivienda, la mayoría está constituida por casas o apartamentos con un 93%. Aproximadamente 7 de cada 100 viviendas está representada por cuartos dentro de una casa o apartamento. En una proporción bastante menor se encuentran las categorías de otro tipo de unidad de vivienda (espacios adaptados para vivir que por lo general carecen de sanitario y cocina e incluyen viviendas prefabricadas con desechos, debajo de puentes, en cuevas, carpas, vagones de tren, contenedores, casetas, embarcaciones o viviendas en refugios naturales) y casa indígena (unidad de vivienda construida según las costumbres de cada grupo étnico, conservando la estructura tradicional sin importar los materiales con

que esté hecha). El 32.9% de las unidades de vivienda cuentan con 3 cuartos, mientras que el 29.7% cuentan con cuatro. Por cada 1,000 unidades de vivienda, 89 cuentan con 1 cuarto.

En las unidades de vivienda el material predominante en la construcción de las paredes es el bloque, el ladrillo, la piedra y la madera pulida (95.38%). A su vez, el material de los pisos es principalmente la baldosa, el vinilo, la tableta o el ladrillo (61.49%) seguido del cemento o gravilla (34.98%).

La energía eléctrica, la recolección de basura y el acueducto son los servicios públicos con mayor cobertura (99.9%, 98.4% y 98.0% respectivamente). En el otro extremo se encuentra el teléfono fijo que representa el servicio público con menor cobertura (57.3%).

La cobertura de viviendas con los tres servicios básicos: energía, acueducto y alcantarillado, es del 95.7% y el 98.11% de las unidades de vivienda obtienen el agua para consumo del acueducto. La principal forma de eliminación de la basura es la recolección de los servicios de aseo con el 98.14%

En cuanto a la tenencia de vivienda, el 48.7% de los hogares pagan arriendo, el 33.8% de los hogares son propietarios de vivienda y el 6.9% están pagando su vivienda propia. De cada 1,000 hogares, alrededor de 106 viven en otra condición; esto se refiere a situaciones tales como anticresis (forma de empeño de la tierra) o usufructo (utilización de la unidad de vivienda sin que medie pago en dinero o especie).

Frente a la jefatura de los hogares hay una mayor proporción de hombres que mujeres (43 de cada 100 hogares se reporta que el jefe del hogar es una mujer) y cerca de la mitad de los jefes de hogar (hombres y mujeres), tienen entre 15 y 44 años.

4.3.5. Población desplazada

Cali es la tercera ciudad receptora de población en situación de desplazamiento. Con corte a diciembre de 2011, en la ciudad se han registrado 82.896 personas, es decir 20.423 hogares incluidos en registro único de población desplazada RUPD.

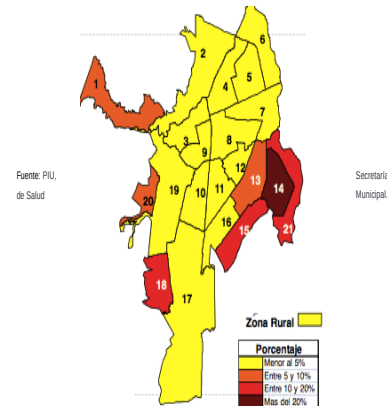
De las declaraciones atendidas por la Personería de Cali, los departamentos expulsores son: Nariño con 38% (en su mayoría, de los municipios del Charco y Tumaco), Cauca con 30% y el Valle del Cauca con 27%

Estas personas vienen desplazadas por los combates que se libran con grupos al margen de la ley: Guerrilla de las FARC, reductos del ELN, Paramilitares Desmovilizados que han formado las bandas emergentes “BACRIM”. En estos grupos se cuentan los Rastrojos, las Águilas Negras y los Urabeños, aliados al narcotráfico como una forma de enfrentar la arremetida del ejército en recuperación de territorios, lo cual ha generado combates y hostigamientos a la población campesina, reclutamiento de menores y una serie de abusos y violaciones al Derecho Internacional Humanitario, obligando a la población abandonar sus territorios.

La población que llega a la ciudad se ubica en un 60% en el distrito de Aguablanca comunas 13, 14, 15, 21 y en la zona de ladera comuna 18 y 20. La población más afectada son mujeres, niños y ancianos. Se identifica un alto grado de descomposición de la unidad familiar, problemas de vivienda y para sus ingresos económicos²⁷.

El mapa No. 4 ubica espacialmente la distribución territorial de la población desplazada año 2011.

Mapa No. 4 Distribución territorial población desplazada. Municipio de Cali. 2011



4.3.6. Servicios Públicos

Cobertura del servicio de acueducto

La extensión de la red de acueducto del municipio para el año 2010 fue de 2.685 km², el número de suscriptores fue de 523,993, los cuales se encontraban distribuidos entre los sectores residencial (91,9%), comercial (7,7%), industrial (0,1%), público (0,2%) y otros (0,1%). En el sector residencial, la distribución por estratos mostró el mayor porcentaje en el 2 (33,5%), seguido del 3 (26,9%) mientras el 6 contribuyó con 2,6% de los suscriptores.

El consumo anual de agua para el año 2010 fue reportado en 116,205 miles de metros cúbicos, de los cuales el 85% se realiza por suscriptores del área residencial, en contraste con el 0,8% en el área industrial, tal como se observa en la tabla No. 9. Al analizar por estrato el mayor consumo, se reporta en el estrato 3: (32,4%), en contraste con el estrato 6: (4,0%), como se aprecia en la tabla No. 10

²⁷ Personería Municipal. Informe situación actual UAO. 2012

Tabla No. 9 Consumo anual de agua por m3 de acuerdo al tipo de suscriptor. Municipio de Santiago de Cali. 2010

Consumo	M3	%
Residencial	97039	83,5
Comercial	12602	10,8
Industrial	949	0,8
Público	4043	3,5
Otros	1572	1,4
Total	116205	100,0

Tomado de: Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Cali en cifras 2011

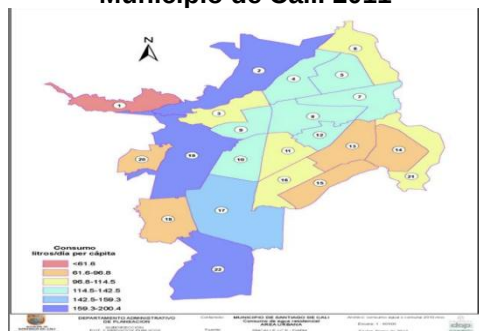
Tabla No. 10 Consumo anual de agua por m3 para zona residencial. Municipio de Santiago de Cali. 2010

Estrato	M3	%
1	15235	15,7
2	26386	27,2
3	31420	32,4
4	10310	10,6
5	9813	10,1
6	3875	4,0
Total	97039	100,0

Tomado de: Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Cali en cifras 2011

En el mapa No. 5 se observa la distribución del consumo per cápita de agua, por comuna, para el área urbana.

Mapa No. 5. Distribución del consumo de agua per cápita por comuna. Área urbana. Municipio de Cali. 2011



Tomado de: Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Cali en cifras 2011

Cobertura del servicio de acueducto

La extensión de la red de alcantarillado del municipio para el año 2010, fue de 3.290 km² y el número de suscriptores fue de 521.124, los cuales se encontraban distribuidos entre los sectores residencial (91,7%), comercial (7,8%), industrial (0,2%), público (0,2%) y otros (0,1%). En el sector residencial la distribución por estratos mostró el mayor porcentaje en el 2(33,8%), mientras el 6 contribuyó con el 2.8% de los suscriptores.²⁸

Agua potable rural

En el municipio de Cali, desde la década del 80 se inició un proceso de suministrar agua a los corregimientos y veredas. Entre 1983 y el año 2000, el esfuerzo se hizo para mejorar cantidad de agua, fue así como se logró que los 15 corregimientos y las 26 veredas tuvieran abastos de agua. Después del 2000 se inicia el proceso de mejoramiento en la calidad el agua y es así como al año 2011 se cuenta con 25 sistemas de tratamiento de agua potable, llegando a una cobertura del 71% de la población rural. Se espera contar con 28 sistemas de tratamiento de agua potable para aumentar la cobertura en el 80% para el año 2015.

El otro esfuerzo que se realiza es en materia de agua residual, construyendo sistemas de tratamiento para disminuir la contaminación en fuentes hídricas del municipio que nacen en las laderas. Actualmente se cuenta con 10 sistemas de tratamiento de agua residual en zona rural, para una cobertura del 36% y se espera llegar al 2015 con una cobertura del 54%, contando con 17 sistemas de tratamiento del agua residual

La labor de construcción de sistemas de tratamiento, se refleja en el índice de riesgo de la calidad de agua para consumo humano en zona rural, el cual pasó de ser inviable en el año 2007(IRCA mayor de 45%) a riesgo medio en el año 2011(26%), situación que influye en la salud de la población infantil en

²⁸ Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

dicha zona, pues en el año 2011 no se presentaron defunciones por enfermedad diarreica.²⁹

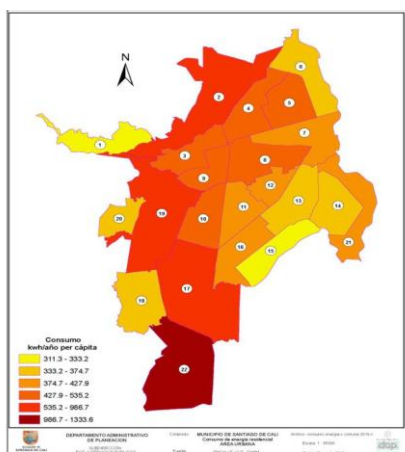
Cobertura del servicio de electricidad

El número de suscriptores del servicio de electricidad para el año 2010 fue de 564.630, los cuales se encontraban distribuidos entre los sectores residencial (00,2%), comercial (9,3%), industrial (0,2%), público (0,3%) y otros (0,0%). En el sector residencial la distribución por estratos mostró el mayor porcentaje en el 3(3,2%), seguido del 2(2,7%), mientras el 6 contribuyó con el 0,3 % de los suscriptores.

El consumo anual de energía para ese año fue reportado en 2.597.907 Mwh, de los cuales el 40% se realiza por suscriptores del área residencial, en contraste con el 8% que corresponde al área publica. En el área residencial el mayor aporte al consumo lo realizó el estrato 3 (26,9%), seguido del 2 (26,1%), mientras que el 6 contribuyó con el 0,3 % de los suscriptores.

En el mapa No. 6 se observa la distribución del consumo per cápita de energía por comuna para el área urbana.

Mapa No. 6 Área urbana: Consumo per cápita de agua y energía. 2010



Cobertura de servicios de telefonía

ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CALI 2011

El número de líneas telefónicas en el municipio para el año 2010 fue de 448.889, las cuales se encontraban distribuidas entre los sectores residencial (60,4%), comercial (9,7%), industrial (1,3%), oficial (1,3%), monederos (7,4%) y otros (7,4%). En el sector residencial la distribución por estratos mostró el mayor porcentaje en el 3(34,2%), seguido del 2(28,7%), mientras el 1 contribuyó con el 11,5 % de las líneas.³⁰

4.3.7. Hogares con jefatura femenina

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud muestra para el año 2010 el 37% de hogares con jefatura femenina para el Valle del Cauca y para la región pacífica el 35,5%, sin embargo no hay información discriminada para el municipio de Cali³¹.

4.3.8. Hacinamiento

Como se mencionó previamente, la información del Censo identifica el 11.01% de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas. En el componente de hacinamiento se reporta para el total del municipio un 5,5 %, cifra similar en la cabecera, pero en el área rural el reporte es del 8.84%³²

4.3.9. Nivel educativo

La oferta de instituciones educativas para el municipio de Cali en el año 2009, fue de 2703 instituciones distribuidas: 38,5% de nivel preescolar, 36,6% para educación básica primaria y 24,9% para educación básica secundaria y vocacional, como se aprecia en la tabla No. 11

Las comunas 3, 14, 15 y 20 son las que presentan la mayor tasa de analfabetismo (entre el 1,8% y el 2,6%), así como el área rural con un 3,8%.

Las comunas 14, 15 y 20 son

³⁰ Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

³¹ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. Capítulo 3

³² DANE. Resultados Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional

predominantemente de estrato 1; las dos primeras hacen parte del Distrito de Aguablanca y la comuna 20 corresponde a Siloé. En estas tres últimas comunas más del 45% de la población tiene como máximo nivel educativo la básica primaria. El mapa No 7 presenta la distribución por comunas de las tasas de analfabetismo para el municipio

Tabla No. 11 Establecimientos, matrícula y docentes, por nivel educativo. Santiago de Cali. 2009

URBANA						
Nivel	Establecimientos	Matrícula	Docentes en servicio	Demanda	Tasa de escolaridad	Alumnos/ docente
Preescolar	1043	28094	2787	103614	27,1	10,1
Básica Primaria	987	169353	7025	182659	92,7	24,1
Básica Secundaria y Media Vocacional	673	181688	9409	243367	77,5	19,3
TOTAL	2703	379135	19221	529640	71,6	19,7

RURAL						
Nivel	Establecimientos	Matrícula	Docentes en servicio	Demanda	Tasa de escolaridad	Alumnos/ docente
Preescolar	55	959	93	1860	51,6	10,3
Básica Primaria	58	5276	258	3290	160,4	19,7
Básica Secundaria y Media Vocacional	36	5297	236	4405	120,3	22,4
TOTAL	149	11532	587	9555	120,7	19,6

TOTAL						
Nivel	Establecimientos	Matrícula	Docentes en servicio	Demanda	Tasa de escolaridad	Alumnos/ docente
Preescolar	1098	29053	2880	105474	27,5	10,1
Básica Primaria	1045	174629	7283	185949	93,9	24,0
Básica Secundaria y Media Vocacional	709	186985	9645	247772	75,5	19,4
TOTAL	2852	390667	19808	539195	72,5	19,7

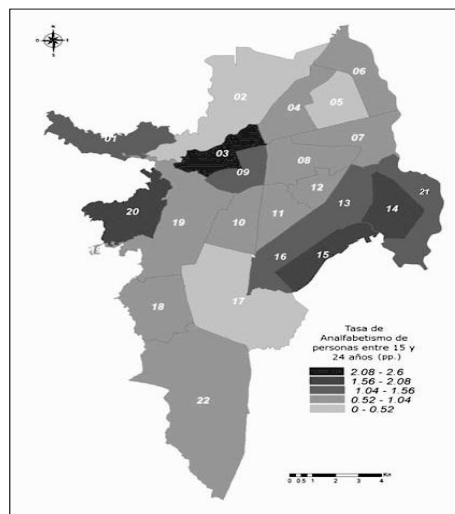
Fuente: Construido a partir de información sobre Educación. Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

Años promedio de educación en la población de 15 años y más.

La información oficial corresponde al censo de 2005, para ese año esta población había cursado un promedio de 10,3 años es decir, había terminado la educación básica

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CALI 2011

Mapa No. 7 Tasa de analfabetismo de personas entre 15 y 24 años por Comuna. Santiago de Cali. 2005



Fuente: Tomado de Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y CIENFI-Universidad ICESI.

Tasa bruta de cobertura (TBC) por nivel en educación básica (de 0 hasta 9º grado)

La tasa bruta de cobertura mide la población que se encuentra matriculada en educación básica, frente a aquella ubicada en el rango de edad normativo para cursar educación básica. En tal sentido a partir de la información reportada para el municipio en el año 2011 para el nivel preescolar alcanzo 27,5% y para básica primaria 93,9% con diferenciales para zona urbana y rural en el caso de preescolar de 27,1% y 51,6% y en el caso de básica primaria de 92,7 y 160,4. Es importante resaltar que valores superiores al 100% podrían explicarse por tener estudiantes cursando grados que no corresponden con el rango de edad normado.

Deserción escolar

En Cali no se cuenta con información apropiada para realizar este análisis, tanto por falta de datos por nivel, como por el carácter de la institución educativa³³. Sin embargo la ENDS presenta cifras por año cursado de la deserción estudiantil por grado

³³ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y CIENFI-Universidad ICESI. Cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en Santiago de Cali Evaluación y seguimiento. 2010

para el municipio correspondiente al año 2010 la cual se presenta en la tabla No. 12; en ella se observa los porcentajes más bajos en el grado 3(0,8%) y 1 (1,7%) en contraste con el grado 11(41,4%) y 10 (6,8%)

Tabla No. 12 Deserción estudiantil por grado. Municipio de Santiago de Cali. 2010

Grado	%
1	1,7
2	2,4
3	0,8
4	2,2
5	4,6
6	5,2
7	4,4
8	4,1
9	2,7
10	6,8
11	41,4

Fuente: Construida a partir de información ENDS. 2010.Capítulo 3

Tasa bruta de cobertura (TBC) por nivel en educación básica (de 0 hasta 9o grado)

La tasa bruta de cobertura mide la población que se encuentra matriculada en educación básica, frente a aquella ubicada en el rango de edad normativo para cursar educación básica en tal sentido a partir de la información reportada para el municipio en el año 2011 para el nivel preescolar alcanzo 27,5% y para básica primaria 93,9% con diferenciales para zona urbana y rural en el caso de preescolar de 27,1% y 51,6% y en el caso de básica primaria de 92,7 y 160,4. Es importante resaltar que valores superiores al 100% podrían explicarse por tener estudiantes cursando grados que no corresponden con el rango de edad normado.

Tasa bruta de cobertura por nivel en educación media (de 10o y 11o grado)

En el año 2011 para el nivel medio y vocacional alcanzo 75,5 %, con diferenciales para zona urbana y rural de 775,5 % y 120,3% respectivamente.

4.3.10. Empleo

La fuerza de trabajo del municipio para el año 2011 estuvo integrada por 1.884.000 personas equivalentes a 81% del total de la población, mientras que la población económicamente activa fue estimada en 1.223.000 correspondiente a 52,6% de la población total; de ella se encontraba ocupada el 84.6%.

La población económicamente inactiva correspondió a 662 mil personas equivalente al 28,5 % de la población total, mientras que los subempleados fueron 349 equivalentes a 28,5% de la población económicamente activa.

La tasa de desempleo se situó en el 15.4% mientras la tasa de subempleo fue de 28.5%³⁴

³⁴ Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Cali en cifras 2011

5. SITUACIÓN DE SALUD MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

5.1. Mortalidad

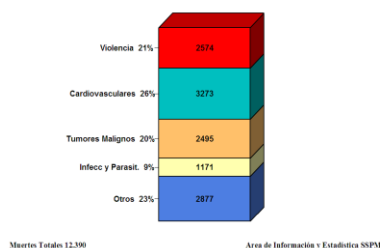
La Mortalidad es un indicador indirecto de las condiciones de salud de la población. Sus niveles, tendencias, diferenciales y causas constituyen elementos básicos que deben considerarse en la planificación de los servicios de salud.

Las tasas de mortalidad general de Santiago de Cali, han presentado en los últimos años un leve descenso, después de estar en altos niveles en la década del periodo de los años 1995 al 2005 y a pesar de presentarse un número elevado y constante de muertes en estos años, la población en este periodo ha presentado un leve crecimiento. Además, unido al proceso de envejecimiento de la población, hace que el riesgo de muerte sobre todo en la población vieja sea alto. Esta situación es fácilmente verificable al ajustar las tasas por una estructura de población standard.

Las defunciones ocurridas y registradas en el año 2011 para Cali fueron 15.996 muertes no fatales, de las cuales el 77.5% (12.390) corresponden a personas residentes en la ciudad. De esta última cifra se encontró que el 26% (3.273) de las causas de muerte, son producto de enfermedades cardiovasculares, por hechos violentos el 21% (2.574), los tumores malignos representaron el 20% (2.495), las enfermedades infecciosas y parasitarias el 9% (1.171) y otras causas el 23%. (2.877) (Figura No. 13).

Figura No. 13

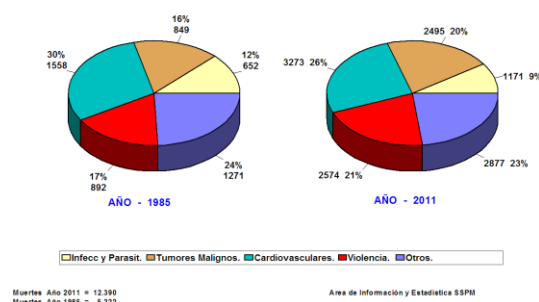
MORTALIDAD SEGUN GRUPO DE CAUSAS
SANTIAGO DE CALI - 2011



Al comparar estos grupos de causas de mortalidad veintiséis años atrás, se observa un aumento significativo en la proporción de mortalidad por causas externas y en la proporción de mortalidad por tumores malignos, al igual que una reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. (Figura No 14).

Figura No. 14

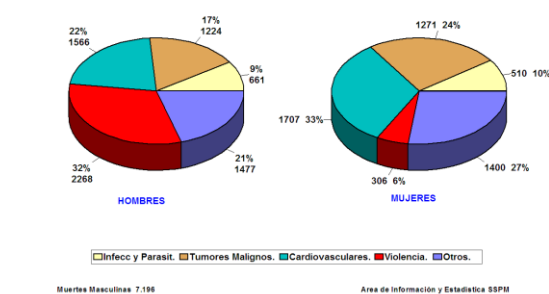
MORTALIDAD SEGUN GRUPO DE CAUSAS
SANTIAGO DE CALI - 1985 Y 2011



Estos mismos grupos de mortalidad analizados por género, muestran como las causas violentas contribuyen con el 32% de la mortalidad masculina frente al 6% de la mortalidad femenina. Las enfermedades cardiovasculares representan las primeras causas de muerte en mujeres con el 33%, frente 22% de la mortalidad masculina (Figura No. 15).

Figura No. 15

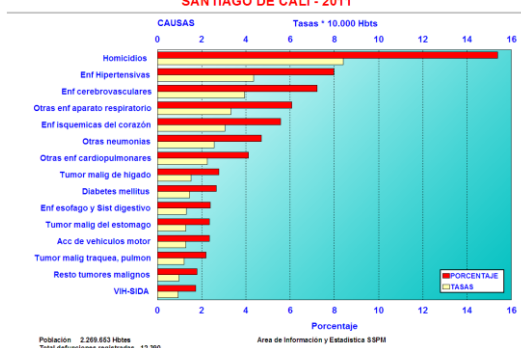
MORTALIDAD SEGUN GRUPO DE CAUSAS Y SEXO
SANTIAGO DE CALI - 2011



El perfil de mortalidad de Cali, presenta simultáneamente características de comunidad en vías de desarrollo, al presentar aún niveles altos de enfermedades

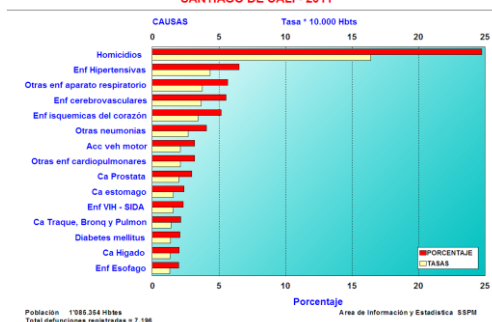
infecciosas y parasitarias, aunque con una tendencia a la disminución. Las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos propias de las sociedades más desarrolladas ocupan cada vez más los primeros lugares de la mortalidad, unido a esta heterogeneidad de la mortalidad de Cali que está presente en las causas violentas, propias de inequidades sociales y de comunidades en conflicto. (Figuras No. 16,17 y 18)

Figura No 16
PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE
SANTIAGO DE CALI - 2011



Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen las primeras causas de mortalidad, entre las que sobresalen la HTA, Enfermedades Cerebrovasculares, Enfermedades Isquémicas, Diabetes Mellitus, Tumor maligno de Hígado y estómago entre otras.

Figura No 17
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES
SANTIAGO DE CALI - 2011

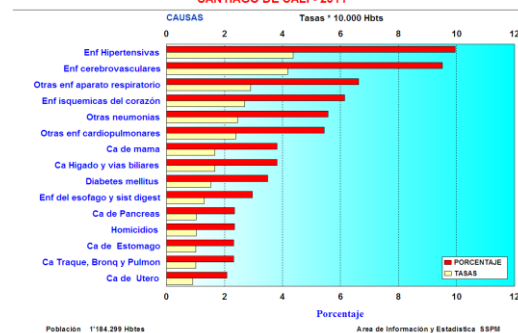


Los homicidios son la primera causa de muerte en la ciudad y contribuyen con el 15.4% de la mortalidad general. El 94.5% de las muertes son hombres, en especial en el

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CALI 2011

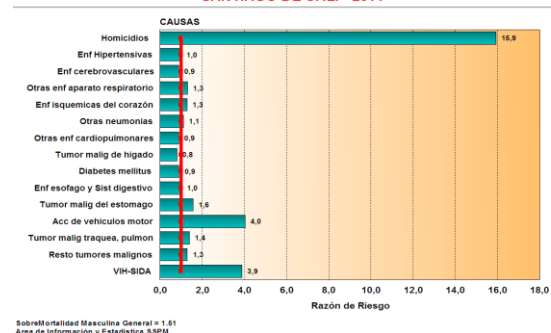
grupo en edades de 15 a 44 años, siendo el grupo de 20 a 24 años que donde se registra el mayor número de casos. El comportamiento que describe la tasa de mortalidad por homicidios en las últimas décadas muestra un elevado nivel y una ligera tendencia al aumento

Figura No 18
PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES
SANTIAGO DE CALI - 2011



Al analizar la sobremortalidad masculina, entre las primeras causas de muerte se encontró que, el riesgo de muerte por homicidios entre los hombres, es casi 15 veces mayor que en mujeres. Este exceso de mortalidad en hombres, también ocurre en accidentes en vehículos de motor en donde es tres veces mayor el riesgo al igual que VIH-Sida. Solo en las causas por tumores malignos y enfermedades cardiovasculares esta razón de riesgos se aproxima a la unidad (Figura 19).

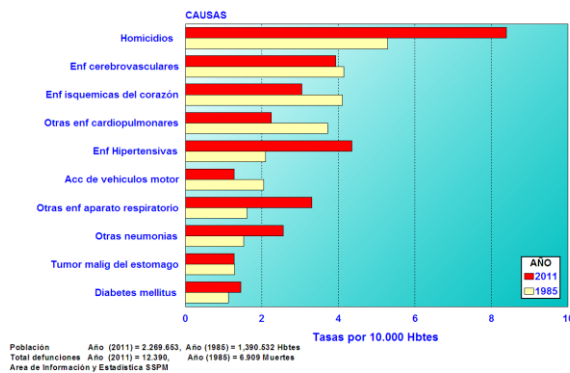
Figura No 19
SOBREMORTALIDAD MASCULINA POR CAUSAS
SANTIAGO DE CALI - 2011



Al comparar las primeras causas de mortalidad del año 1985 frente a las del 2011, se observa poca variación en el orden de las primeras causas y un considerable

incremento en las tasas de mortalidad del año 2011, en especial las enfermedades del grupo de cardiovasculares y tumores malignos propias del avance en la transición demográfica y epidemiológica. (Figura 20)

Figura No 20
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE
SANTIAGO DE CALI - 1985 Vs 2011



La posición de las primeras causas de mortalidad ha cambiado poco en los últimos años. Si se aprecian cambios en el nivel de las causas, es decir el valor de las tasas de mortalidad que han alcanzado en los últimos años, como también el valor del promedio de edad al morir por estas causas, se ha desplazado en algunas causas más que en otras.

Mortalidad por grandes grupos de edad

El análisis de la mortalidad por los grandes grupos de edad, muestra que el 3.7% (456) de las muertes corresponde al grupo juvenil (<15 años) de las cuales el 61% (275) de las defunciones corresponde a mortalidad infantil (<1 Año). Sobresalen en este grupo de edad las causas asociadas a las precarias condiciones de saneamiento, las deficiencias nutricionales, las enfermedades respiratorias, las causas externas y las anomalías congénitas entre otras.

El grupo de edad de mayor productividad económica (15 a 64 años) aportó el 40.5% (5.015) de las muertes, lo que conlleva a consecuencias negativas en el desarrollo social, económico y cultural que esto implica, encontrándose que las principales causas de muerte obedecen en gran medida a causas

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CALI 2011

violentas. Una de cada dos muertes en este grupo es por causas externas. Los homicidios y los accidentes de tránsito constituyen el 90.6% (2.045) de las causas violentas en este grupo de edad.

Las causas infecciosas y parasitarias presentes en este grupo de edad, están relacionadas con problemas del ambiente, higiene locativa, lugar de trabajo, higiene de alimentos, higiene personal, aspectos del comportamiento, entre otros. Una de cada 25 muertes en este grupo de edad es por SIDA, lo que corresponde a cuatro defunciones semanales por esta causa. Las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 33% (1.639) de las mortalidad en este grupo de edad, de las cuales el 19% (929) son por tumores malignos y el 14% (710) por enfermedades cardiovasculares.

En el grupo de 65 y más años se presenta la mayor proporción de mortalidad en la ciudad, con el 56 % (6.897) de las defunciones de Cali y sus mayores riesgos están en las enfermedades cardiovasculares con el 37% (2.547), seguido de los tumores malignos con el 22% (1.533). Como factores de riesgos se encuentran: la obesidad, el sedentarismo, el estrés, no incorporación de conductas saludables desde temprana edad (ejercicio, dieta, hábito de fumar, consumo de alcohol entre otros).

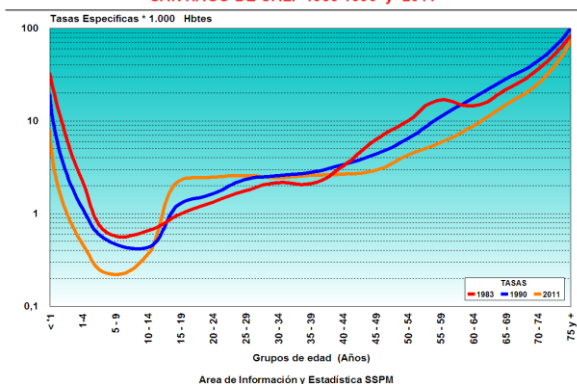
Estructura de la Mortalidad

La estructura de mortalidad del año 1983 frente al año 2011, muestra una reducción significativa de la mortalidad temprana, asociado a la reducción de la fecundidad y la mortalidad infantil entre otras. Frente al aumento de la mortalidad en edades productivas y edades avanzadas, producto de esta situación se observa en aumento de la esperanza de vida al nacer y aumento en el proceso de envejecimiento de la población (Figura 21).

La relación entre las tasas general de mortalidad entre hombres y mujeres es de 1.51, lo que significa que los hombres

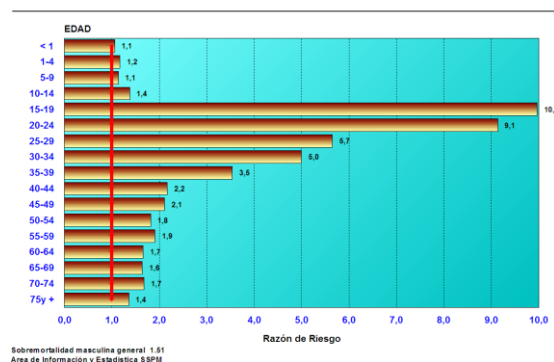
presentan un 51% mayor riesgo de muerte que las mujeres.

Figura No 21
ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD GENERAL
SANTIAGO DE CALI 1983 1990 y 2011



La mayor sobremortalidad masculina se presenta en los grupos de edad de 15 a 60 años, en especial el grupo de 15 a 19 años en donde los hombres en esta edad tienen casi 9 veces mayor riesgo de muerte que las mujeres de la misma edad, cuyas causas de muerte son en mayor proporción producto de la violencia (Figura 22).

Figura No 22
SOBREMORTALIDAD MASCULINA POR EDAD
SANTIAGO DE CALI - 2011



Muchas de las comunas han experimentado cambio en los perfiles de mortalidad, pasando de altos niveles de mortalidad por causas transmisibles a causas no transmisibles. Estos cambios de la estructura y causas de la mortalidad, conocido como *transición epidemiológica*, están relacionados con los cambios en los factores de riesgo, disminución de la fecundidad y avances en la tecnología de salud en cada una de las poblaciones

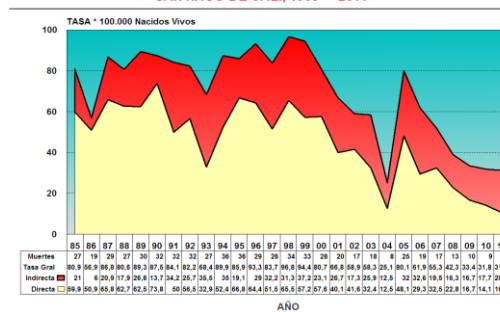
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CALI 2011

Mortalidad materna

Los distintos estudios en países desarrollados y en vías de desarrollo, han mostrado la evitabilidad en relación con la disminución de la mortalidad materna, en Cali, en donde se plantea que el 94% de los casos son evitables. Además la importancia del análisis se da por la relación con las características de los servicios de salud en términos de cobertura, calidad de la atención y la accesibilidad al cuidado institucional entre otros.

Por el valor social de la mujer en la comunidad, la muerte de una de ellas se hace sentir con graves consecuencias sobre su familia y la sociedad, de ahí que la importancia del estudio vaya más allá de su magnitud numérica. (Figura No. 23)

Figura No 23
MORTALIDAD MATERNA
SANTIAGO DE CALI, 1985 - 2011



Área de Información y Estadística SSPM
Nota: los indicadores presentados corresponden a los obtenidos a través de defunciones registradas, Nacidos Vivos Dene

Situación de la mortalidad infantil

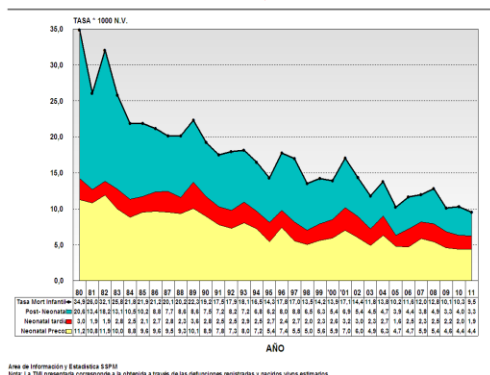
La mortalidad es un indicador indirecto de las condiciones de salud de la población y tradicionalmente, los niveles y tendencias de la mortalidad infantil se han considerado como indicadores sensibles del desarrollo socioeconómico y del estado de salud de la población.

El nivel de la tasa de mortalidad infantil (TMI) está asociada con la respuesta institucional de salud, con respecto a programas que aunados con el desarrollo de otros sectores, tienen un significativo impacto sobre la población infantil como son: los controles de la enfermedad diarreica aguda, las

infecciones respiratorias, la desnutrición, las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas y las causas asociadas al control prenatal entre otros.

Para el caso de Santiago de Cali, la mortalidad infantil tuvo en la década de los 70-80 un considerable descenso y a finales de los 80 y principios de los 90, la reducción fue de menor intensidad y su tendencia permaneció constante, viéndose reflejado esta disminución de la TMI en el aumento progresivo de la esperanza de vida y asociado a una reducción de la fecundidad de Santiago de Cali. (Figura No. 24)

Figura No 24
MORTALIDAD INFANTIL
SANTIAGO DE CALI, 1980 - 2011



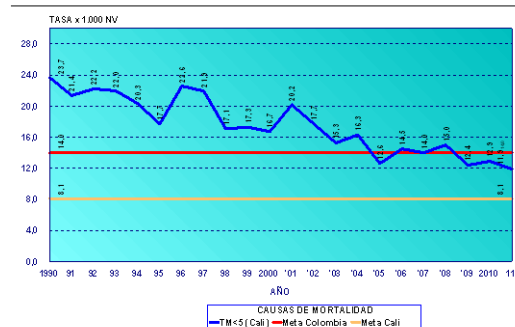
El descenso de la TMI como resultado del mejoramiento en las condiciones de vida de los caleños, es producto de reformas y cambios positivos en todos los sectores de la sociedad. Además de estos logros es conveniente analizar la contribución de los cambios ocurridos en la transición demográfica por el descenso de la mortalidad y natalidad en la TMI, en especial la tasa general de fecundidad que al año de 2011 se estimo en 40 nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y la tasa global de fecundidad que para este mismo año es una de las más bajas del país 1.5 hijos por mujer.

Esta reducción de la TMI en los últimos años, probablemente se produjo por la disminución de la mortalidad postneonatal, más que la

ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CALI 2011

neonatal precoz, dado que la neonatal tardía ha permanecido ligeramente constante en este lapso. Para el año de 2011 la TMI registrada fue de 9.54 (275 defunciones menores de un año), cifra que está por debajo de las metas regionales establecidas ($TMI < 17$ por 1000 N.V.)(Figura No. 25)

Figura No 25
MORTALIDAD MENORES DE CINCO AÑOS
SANTIAGO DE CALI 1990 - 2011



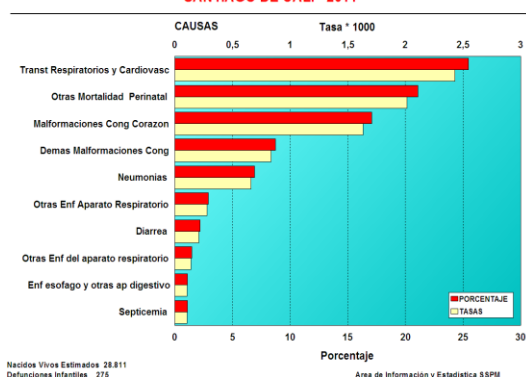
Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, Secretaría de Salud

Esto se explica con la naturaleza de las causas de muerte, cuya gran mayoría, después del primer mes de vida, son de origen predominantemente exógeno (enfermedades infecciosas y parasitarias, diarrea y enteritis, etc.) y cuyo control se ha ido logrando con los avances de la sanidad y la medicina. En cambio, una parte considerable de las causas de muerte en el primer mes tiene origen endógeno (tales como prematuridad, mal formaciones congénitas, etc.). Sobre estas los procesos fueron más lentos, de tal modo que al desaparecer gradualmente la mortalidad de origen exógeno adquiere importancia relativa la mortalidad de origen endógeno y con ello la mortalidad neonatal.

Parece lógico que el subregistro debería ser más fuerte respecto de muertes ocurridas en los primeros días de vida, en especial de aquellas muertes que acaecen inmediatamente después del nacimiento y que son una fuente de confusión con las muertes fetales tardías o mortinatalidad unido además este subregistro, a las defunciones ocurridas en otras localidades diferentes a Cali, pero de niños residentes de este municipio. (Figura No. 26)

A niveles ya relativamente bajos, el componente endógeno representa un límite inferior casi irreducible dentro del estado de los conocimientos biológicos y médicos. De ahí que el componente endógeno es de evolución más lenta y requiere mayores esfuerzos. Probablemente exija un progreso paralelo de la tecnología y la educación.

Figura No 26
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE INFANTIL
SANTIAGO DE CALI - 2011

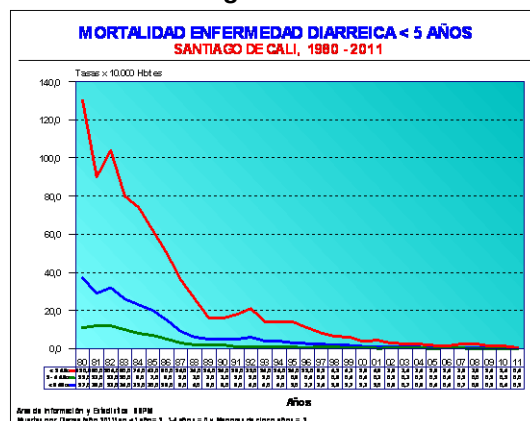


Las causas de muerte infantil tuvieron que ver en un 25.5% con trastornos respiratorios y cardiacos, malformaciones congénitas del corazón 17%, otras malformaciones congénitas 8.7%, y neumonías 6.9% entre otras.

Mortalidad en menores de cinco años

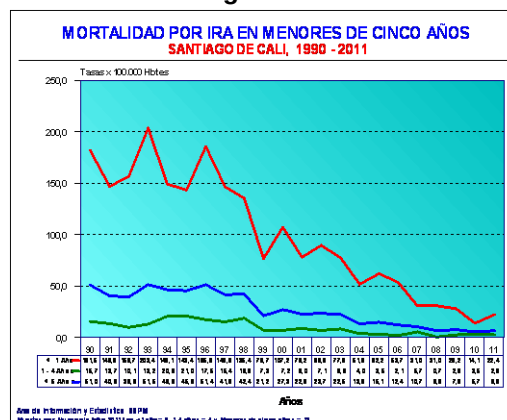
Con respecto a la mortalidad por la enfermedad diarreica aguda EDA, ligada a prevalencias altas de condiciones de insalubridad, necesidades básicas insatisfechas, entre otras, la tendencia muestra en los últimos años una marcada disminución, en especial en las comunas que tradicionalmente contribuían con una alta mortalidad. Aunque aún prevalecen altas tasas en sectores como el distrito de Aguablanca y zona rural.

Figura No 27



La neumonía en este grupo de edad, muestra una ligera tendencia a la disminución y aún prevalecen altas tasas entre las comunas 13, 14, 15 y zona rural (Figura 28)

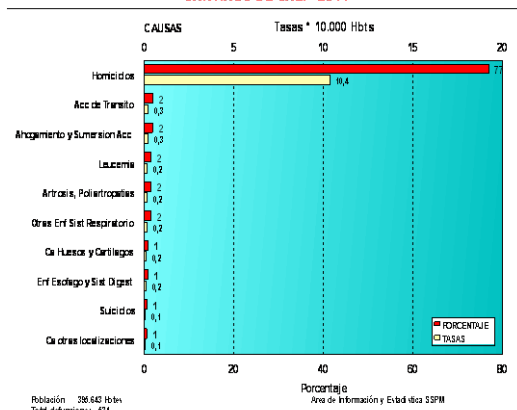
Figura No 28



Mortalidad en adolescentes

Cuatro de cada cinco defunciones entre el grupo de adolescentes, es por causas violentas (79.3%), en especial entre los hombres, en donde el 86.3% de las muertes es por causas externas. Para las mujeres estas causas externas alcanzan el 45% de las muertes, le siguen la leucemia y neumonías en orden de causas. Las comunas del distrito de Aguablanca, las aledañas a este y las de la zona de ladera son las de mayores tasas de mortalidad, asociadas con los mayores índices de delincuencia, pandillas juveniles, NBI, maltrato familiar etc. (Figura 29)

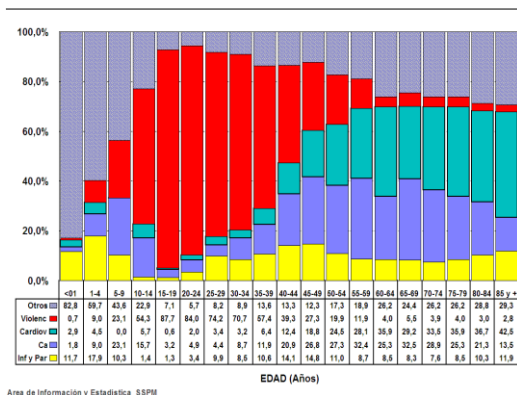
Figura No 29
PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN ADOLESCENTES
SANTIAGO DE CALI - 2011



Mortalidad por grupo de causas

El análisis de la mortalidad por los grandes grupos de causas y edad, muestra que la mayor proporción se da por causas externas, en especial en edades de mayor producción económica. Las enfermedades cardiovasculares ocurren en los adultos maduros y tercera edad, al igual que las causas por tumores malignos, las infecciosas y parasitarias se presentan en mayor proporción a edades jóvenes, levemente en la edad adulta y vuelven a aparecer en las edades mayores (Figura No.30).

Figura No 30
MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS Y EDAD
SANTIAGO DE CALI - 2011

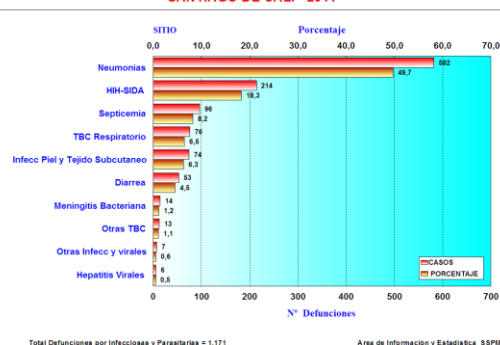


En este análisis las causas por Enfermedades infecciosas y parasitarias se distribuyen en alta proporción en las primeras edades y van disminuyendo en las edades posteriores, este perfil de mortalidad es

propio de comunidades con poco avance en la transición epidemiológica, en la que prevalecen las enfermedades transmisibles sobre las no transmisibles.

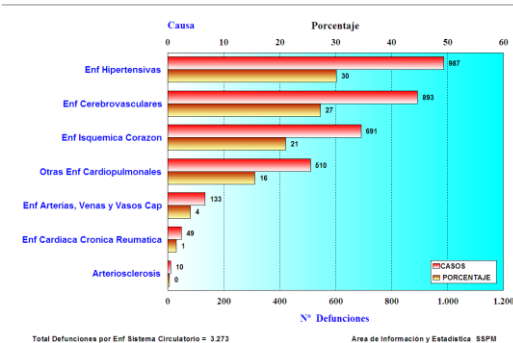
Para el caso de Cali la tendencia de este grupo de enfermedades es a ir disminuyendo gradualmente, a excepción del SIDA que se mantiene en un nivel alto, los hombres tienen tres veces mayor riesgo de morir por esta causa que las mujeres (Figura No. 31).

Figura No 31
MORTALIDAD POR INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
SANTIAGO DE CALI - 2011



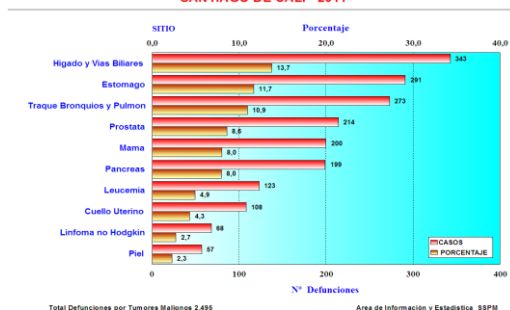
Las enfermedades Cardiovasculares, se representan muy poco a edades tempranas y van ganando fuerza a mayor edad, presentándose principalmente en mayor proporción en mujeres. La menor proporción de mortalidad en hombres pudiera estar afectada por la alta proporción de mortalidad temprana de trauma y violencia (Figura No. 32).

Figura No 32
MORTALIDAD ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO
SANTIAGO DE CALI - 2011



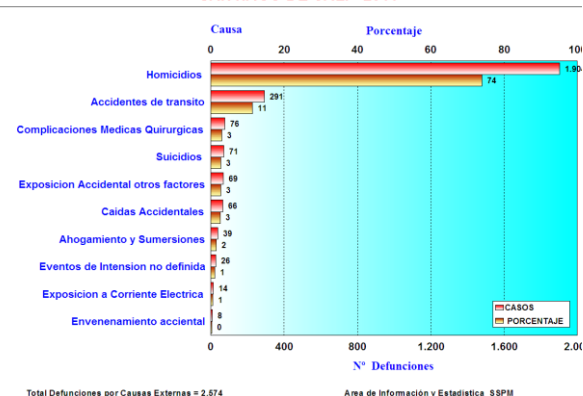
Los tumores malignos, al igual que las cardiovasculares se presentan en mayor proporción a mayor edad (Figura No.33).

Figura No 33
MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS
SANTIAGO DE CALI - 2011



El grupo de las causas violentas se presenta a edades tempranas, afectando la población en edad productiva, principalmente a los hombres, que tienen casi 15 veces mayor riesgo de muerte violenta que las mujeres. (Figura No.34).

Figura No 34
MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS
SANTIAGO DE CALI - 2011

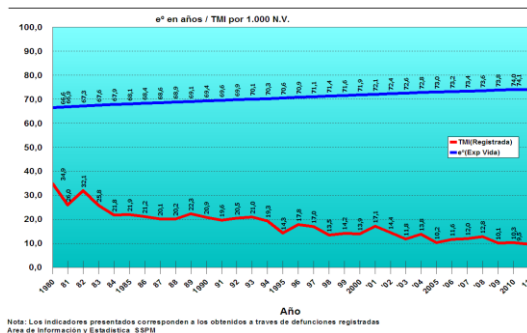


Nivel de mortalidad

El indicador social con mayor significado es la esperanza de vida al nacer, pues refleja la probabilidad de incremento en la duración de la vida, como resultado de una conjugación de factores económicos y sociales. En el caso de la ciudad de Santiago de Cali, el incremento en las últimas décadas no solamente es producto de los cambios demográficos sino también de los avances en la infraestructura de salud y de las condiciones de vida general. Se ha encontrado que existe una correlación entre la disminución de la tasa de mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer, dado que es la mortalidad temprana la que más contribuye al aumento de la esperanza de vida (Figura 35).

Figura No 35

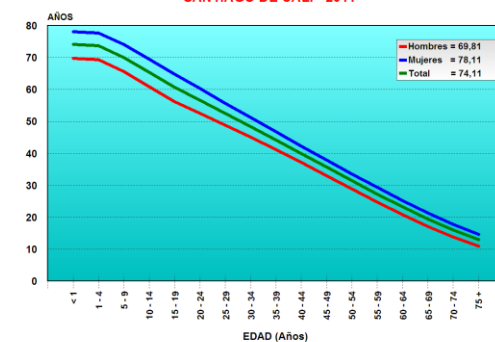
ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y MORTALIDAD INFANTIL
SANTIAGO DE CALI - 1980 a 2011



Sin embargo esta cifra de esperanza de vida al nacer de 74.11 años, diferencial entre hombres (69.81) y mujeres (78.11), disfraza algunas desigualdades, mostrando que en la medida que aumenta el estrato socioeconómico la expectativa de vida al nacer sube considerablemente, como producto del mejoramiento de las condiciones de vida. (Figura 36)

Figura 36

ESPERANZA DE VIDA POR EDAD Y SEXO
SANTIAGO DE CALI - 2011



La expectativa de vida al nacer está fuertemente influenciada por los cambios en la estructura de mortalidad, en especial los que ocurren en edades tempranas. De ahí que cuando se logra una reducción significativa en la mortalidad infantil esto se vea reflejado en una ganancia en años de la esperanza de vida. La situación para Cali, a pesar de haber logrado disminuir el nivel de la fecundidad y mortalidad infantil, su efecto sobre la esperanza de vida debería ser mayor a la que se tiene actualmente y esto no ocurre debido a la mortalidad violenta, que

implica un retroceso de esta, aportando de manera moderada un tipo de ganancia.

Mortalidad prematura

Los años de vida potencial perdidos (AVPP), se basan en el supuesto que toda la población debería llegar a un límite de edad en esperanza de vida (70 años), pero al momento de fallecer por una causa se genera una pérdida si esta ocurre antes de la esperanza de vida del momento. Este indicador permite priorizar y determinar cuáles son las causas que mayor pérdida en años se tiene en la comunidad y orienta acciones tendientes a aumentar la prevención en los grupos más vulnerables.

Según esta clasificación de los AVPP, se observa cambios en la mortalidad prematura, pasando de 96 mil AVPP y una tasa de AVPP de 80.7 por 1.000 habitantes en 1983 a 155.5 mil AVPP y una tasa de 73.3 por 1.000 Habitantes en 2011. Esto se atribuye a la alta mortalidad violenta en adultos jóvenes, especialmente en hombres. Las principales causas de muerte para Santiago de Cali fueron los Homicidios, Accidentes de vehículo de motor, el SIDA y enfermedades cerebrovasculares que aparecen en los diez primeros lugares de este indicador.

Las causas externas o violentas son las que más contribuyen en AVPP enmarcadas en los grupos de edad de 15 a 44 años, especialmente en hombres. Para el grupo de menores de 15 años, sobresalen las infecciosas y parasitarias y para los mayores de 65 años las enfermedades cardiovasculares (Figura No. 37).

En resumen, los principales problemas de salud, que se presentan en el municipio de Santiago de Cali relacionados con la mortalidad y fecundidad general son homicidios, ETS- SIDA, enfermedades cardiocerebrovasculares, tumores malignos, accidentes de vehículo motor, diabetes mellitus, enfermedades del aparato respiratorio, fecundidad en adolescentes, mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad en adolescentes y violencia intrafamiliar.

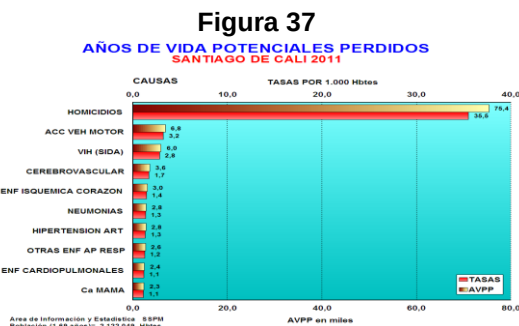
5.2. Morbilidad Atendida

5.2.1. RIPS Consulta Externa

Tomando como fuente de información los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de las IPS públicas y privadas del municipio de Cali reportados al Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales se encuentran disponibles a través del Sistema de Información de dicho Ministerio SISPRO - CUBORIPS, un total de 2.394.714 personas consultaron a los servicios de Salud.

Teniendo en cuenta la metodología propuesta por la OPS de agrupación de los diagnósticos CIE10 (causas de morbilidad) en 21 capítulos, se realizó el análisis de morbilidad atendida por consulta externa. Para ello se excluyó del análisis los capítulos 18 y 21, ya que corresponden a causas mal definidas y contactos con los servicios de salud respectivamente. Se logró identificar que para ambos sexos y todos los grupos de edad la primera causa de morbilidad son las enfermedades del Sistema Digestivo, en segundo lugar las enfermedades del Sistema Circulatorio, ver tabla No. 13.

Realizando el análisis de morbilidad atendida por consulta externa sólo para mujeres en todos los grupos de edad, excluyendo de igual forma los capítulos XVIII y XXI, la primera causa de morbilidad son las enfermedades del sistema digestivo, en segundo lugar las del sistema circulatorio, en tercer lugar las enfermedades del sistema



osteomuscular y del tejido conjuntivo, en cuarto lugar las enfermedades del sistema genitourinario (ver tabla No. 14). La primera causa de morbilidad por consulta externa para hombres, es la misma que para las mujeres; la segunda son las enfermedades del sistema respiratorio y la tercera son las del sistema circulatorio, (ver tabla No. 15)

Para este análisis comparativo por genero se debe tener en cuenta que 63,6% de las consultantes son mujeres y el resto son hombres, es decir, que por cada 2 mujeres que consultaron en el 2011, consultó un hombre.

Tabla No. 13. Morbilidad por consulta externa ambos sexos, todos grupos de edad y tipo de diagnóstico. Cali 2011.

Grupo de códigos CIE10	Descripción del Capítulo CIE10	No. de personas				
		1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	2 - CONFIRMADO NUEVO	3 - CONFIRMADO REPETIDO	TOTAL	%
(A00-B99)	I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	77.840	31.080	11.772	120.692	5,0%
(C00-D49)	II. Tumores [Neoplasias]	6.426	2.412	9.218	18.056	0,8%
(D50-D89)	III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	14.928	7.886	8.309	31.123	1,3%
(E00-E90)	IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	52.007	23.950	54.630	130.587	5,5%
(F00-F99)	V. Trastornos mentales y del comportamiento	20.875	7.793	12.189	40.857	1,7%
(G00-G99)	VI. Enfermedades del sistema nervioso	24.119	8.237	10.837	43.193	1,8%
(H00-H59)	VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	39.750	23.701	11.247	74.698	3,1%
(H60-H95)	VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	27.080	10.511	6.365	43.956	1,8%
(I00-I99)	IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio	69.863	24.746	96.973	191.582	8,0%
(J00-J99)	X. Enfermedades del sistema respiratorio	106.387	41.428	21.044	168.859	7,1%
(K00-K93)	XI. Enfermedades del sistema digestivo	116.015	138.182	25.851	280.048	11,7%
(L00-L99)	XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	48.281	16.897	11.126	76.304	3,2%
(M00-M99)	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	105.976	39.901	32.942	178.819	7,5%
(N00-N99)	XIV. Enfermedades del Sistema genitourinario	87.931	41.141	27.473	156.545	6,5%
(O00-O99)	XV. Embarazo, parto y puerperio	14.101	8.344	5.381	27.826	1,2%
(P00-P96)	XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1.154	805	1.356	3.315	0,1%
(Q00-Q99)	XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.457	1.504	2.628	7.589	0,3%
(R00-R99)	XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	143.153	47.145	19.615	209.913	8,8%
(S00-T98)	XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	48.098	26.137	14.151	88.386	3,7%
(V01-Y98)	XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	2.679	1.265	512	4.456	0,2%
(Z00-Z99)	XXI. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	275.337	132.691	89.882	497.910	20,8%
	TOTAL	1.285.457	635.756	473.501	2.394.714	100,0%

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Consultado: Noviembre 20 de 2012

Tabla No. 14. Morbilidad por consulta externa mujeres, todos grupos de edad y tipo de diagnóstico. Cali 2011.

Grupo de códigos CIE10	Descripción del Capítulo CIE10	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	2 - CONFIRMADO NUEVO	3 - CONFIRMADO REPETIDO	TOTAL	%
(A00-B99)	I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	42.059	17.213	5.883	65.155	2,70%
(C00-D49)	II. Tumores [Neoplasias]	2.271	877	4.100	7.248	0,30%
(D50-D89)	III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	9.560	3.815	8.738	22.113	0,90%
(E00-E90)	IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	28.775	14.198	29.489	72.462	3,00%
(F00-F99)	V. Trastornos mentales y del comportamiento	11.494	4.150	6.283	21.927	0,90%
(G00-G99)	VI. Enfermedades del sistema nervioso	18.542	6.795	6.936	32.273	1,30%
(H00-H59)	VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	26.771	15.827	7.430	50.028	2,10%
(H60-H95)	VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	11.045	3.735	2.758	17.538	0,70%
(I00-I99)	IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio	79.493	29.545	64.305	173.343	7,20%
(J00-J99)	X. Enfermedades del sistema respiratorio	45.021	42.495	11.083	98.599	4,10%
(K00-K93)	XI. Enfermedades del sistema digestivo	56.339	51.382	13.741	121.462	5,10%
(L00-L99)	XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	21.616	6.756	6.122	34.494	1,40%
(M00-M99)	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	69.278	26.917	22.999	119.194	5,00%
(N00-N99)	XIV. Enfermedades del Sistema genitourinario	67.206	33.860	18.851	119.917	5,00%
(O00-O99)	XV. Embarazo, parto y puerperio	13.070	7.320	5.501	25.891	1,10%
(P00-P96)	XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	469	351	462	1.282	0,10%
(Q00-Q99)	XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9.832	3.750	2.734	16.316	0,70%
(R00-R99)	XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	83.482	28.145	11.423	123.050	5,10%
(S00-T98)	XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	21.312	10.323	5.300	36.935	1,50%
(V01-Y98)	XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	97.554	42.846	20.524	160.924	6,70%
(Z00-Z99)	XXI. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	486.716	285.816	237.719	1.010.251	42,20%
	TOTAL	1.201.905	636.116	492.381	2.330.402	97,30%

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Consultado: Noviembre 20 de 2012

Tabla No. 15. Morbilidad por consulta externa hombres, todos grupos de edad y tipo de diagnóstico. Cali 2011.

Grupo de códigos CIE10	Descripción del Capítulo CIE10	No. de personas				
		1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	2 - CONFIRMADO NUEVO	3 - CONFIRMADO REPETIDO	TOTAL	%
(Z00-Z99)	XXI. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	89.222	41.952	23.604	154.778	18,0%
(K00-K93)	XI. Enfermedades del sistema digestivo	45.527	56.327	10.024	111.878	13,0%
(R00-R99)	XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	53.718	17.171	7.060	77.949	9,1%
(J00-J99)	X. Enfermedades del sistema respiratorio	46.581	18.200	9.655	74.436	8,7%
(I00-I99)	IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio	25.931	9.340	35.818	71.089	8,3%
(M00-M99)	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	36.382	12.927	9.507	58.816	6,8%
(A00-B99)	I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	35.518	13.739	5.895	55.152	6,4%
(S00-T98)	XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	24.721	14.620	8.517	47.858	5,6%
(E00-E90)	IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	17.846	8.005	18.608	44.459	5,2%
(N00-N99)	XIV. Enfermedades del Sistema genitourinario	21.324	8.260	8.792	38.376	4,5%
(L00-L99)	XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	20.135	7.165	4.545	31.845	3,7%
(H00-H59)	VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	16.348	9.221	4.455	30.024	3,5%
(H60-H95)	VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	11.154	4.445	2.794	18.393	2,1%
(F00-F99)	V. Trastornos mentales y del comportamiento	8.414	3.370	5.226	17.010	2,0%
(G00-G99)	VI. Enfermedades del sistema nervioso	7.147	2.418	4.187	13.752	1,6%
(D50-D89)	III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	1.959	1.144	1.081	4.184	0,5%
(Q00-Q99)	XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1.508	707	1.286	3.501	0,4%
(C00-D49)	II. Tumores [Neoplasias]	1.182	482	1.488	3.152	0,4%
(V01-Y98)	XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	1.197	536	228	1.961	0,2%
(P00-P96)	XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	499	383	531	1.413	0,2%
(O00-O99)	XV. Embarazo, parto y puerperio	-	-	-	-	0,0%
	TOTAL	466.313	230.412	163.301	860.026	100,0%

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Consultado: Noviembre 20 de 2012

Comparación fuentes de información

Haciendo la validación de la información de CUBO-RIPS de Consulta Externa, con la Cuenta de Alto Costo, se encontró buena concordancia para patologías como la diabetes e insuficiencia renal crónica, pero no para hipertensión como se observa en la tabla No. 16.

Tabla No. 16 Concordancia entre fuentes de información. Morbilidad. Santiago de Cali. 2011

EVENTO	No. de casos nuevos		
	CUBO RIPS	Cuenta de Alto Costo	% Concordancia
Diabetes Mellitus	5.146	5.644	91%
Insuficiencia Renal Crónica	1.221	1.349	91%
Hipertensión	16.186	53.949	30%

5.2.2. RIPS - Hospitalización

En el año 2011 se registraron 61549 personas con egresos hospitalarios de todas las IPS de Cali públicas y privadas, que reportaron los RIPS al Ministerio de Salud y Protección Social. De acuerdo al tipo de egreso, el 57,4% corresponden a medicina interna, el 16,1% a pediatría, el 15,6% a quirúrgicos y el 10,8% a obstétricos, como se observa en la tabla No. 17.

Teniendo en cuenta todos los tipos de egresos hospitalarios y excluyendo del análisis los diagnósticos de egreso del capítulo R -Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte y Z-Factores que influyen en el estado de salud y contacto

con los servicios de salud de la CIE10, los cuales no definen una causa de morbilidad (9160 egresos), la primera causa de morbilidad por egreso hospitalario es: Embarazo, parto y puerperio 17%, seguida de Causas Externas 11% y en tercer lugar enfermedades del sistema respiratorio, como se observa en la tabla 18.

Tabla No. 17. Egresos hospitalarios Cali – año 2011, según género y tipo de egreso

Tipo de Egreso/Sexo	Femenino	Masculino	Indefinido	No responde	Total	%
Medicina Interna	20723	14606	7	5	35341	57,4
Obstetricia	6680	0	0	0	6680	10,8
Quirúrgico	6386	3210	4	6	9606	15,6
Pediatría	4648	5293	0	1	9942	16,1
Total	38437	23109	11	12	61569	100,0

Fuente: SISPRO- Cubo RIPS Ministerio de Salud. Consultado: Noviembre 30 de 2012

Tabla No. 18. Morbilidad por egresos hospitalarios ambos sexos, todos grupos de edad, Cali 2011.

Descripción del Capítulo CIE10	No. egresos	%
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3141	6%
II. Tumores [Neoplasias]	3573	7%
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	415	1%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1095	2%
IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio	4934	9%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	497	1%
VI. Enfermedades del sistema nervioso	985	2%
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	542	1%
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	422	1%
X. Enfermedades del sistema respiratorio	5469	10%
XI. Enfermedades del sistema digestivo	5403	10%
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1965	4%
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2232	4%
XIV. Enfermedades del Sistema genitourinario	4581	9%
XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	5901	11%
XV. Embarazo, parto y puerperio	8691	17%
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1852	4%
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	405	1%
XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	306	1%
TOTAL	52409	100%

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Consultado: Noviembre 30 de 2012

La tabla 19 presenta la distribución para las mujeres de las primeras causas de morbilidad por egreso hospitalario, excluyendo de Igual forma los diagnósticos mal definidos (capítulo R y Z), que son las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en primer lugar 26,6%, seguido de enfermedades del sistema digestivo 9,1% y en tercer lugar causa externa 9%.

Para los hombres, la primera causa de morbilidad por egreso hospitalario difiere de las mujeres siendo para estos las causas externas el 14,9%, seguido de enfermedades del sistema respiratorio y en tercer lugar del sistema digestivo como se aprecia en la tabla 20.

Excluyendo los egresos de obstetricia, el 58% de los egresos hospitalarios se presentaron en mujeres. En los 9942 egresos

hospitalarios de pediatría, que incluye el grupo de edad de cero a 15 años, la primera causa de morbilidad son las enfermedades del sistema respiratorio (25%), seguido de afecciones del periodo perinatal (12,2%) y en tercer lugar las Enfermedades infecciosas y parasitarias (11,6%). Llama la atención que aparezca en cuarto lugar la morbilidad por causa externa (762 menores), una cifra alta siendo el grupo de personas menores de 15 años.

Tabla No. 19. Morbilidad por egresos hospitalarios para mujeres, todos grupos de edad, Cali 2011.

Descripción del Capítulo CIE10	No. egresos	%
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1538	2%
II. Tumores (Neoplasias)	2231	4%
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	247	0%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	628	1%
IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio	2531	4%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	294	0%
VI. Enfermedades del sistema nervioso	580	1%
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	290	0%
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	219	0%
X. Enfermedades del sistema respiratorio	2901	5%
XI. Enfermedades del sistema digestivo	2949	5%
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	998	2%
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1382	2%
XIV. Enfermedades del Sistema genitourinario	2828	4%
XV. Embarazo, parto y puerperio	8636	14%
XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	2933	5%
XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1131	2%
XVIII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	197	0%
XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	168	0%
TOTAL	32461	53%

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Consultado: Noviembre 30 de 2012

Tabla No. 20. Morbilidad por egresos hospitalarios para hombres, todos grupos de edad, Cali 2011.

Descripción del Capítulo CIE10	No. egresos	%
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1603	3%
II. Tumores (Neoplasias)	1342	2%
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	168	0%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	467	1%
IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio	2401	4%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	202	0%
VI. Enfermedades del sistema nervioso	425	1%
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	251	0%
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	203	0%
X. Enfermedades del sistema respiratorio	2566	4%
XI. Enfermedades del sistema digestivo	2451	4%
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	966	2%
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	850	1%
XIV. Enfermedades del Sistema genitourinario	1953	3%
XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	2963	5%
XV. Embarazo, parto y puerperio	48	0%
XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	721	1%
XVIII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	207	0%
XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	138	0%
TOTAL	19925	32%

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Consultado: Noviembre 30 de 2012

De los 9606 egresos hospitalarios quirúrgicos, el 19,4% son relacionados con el embarazo, parto y puerperio, el 13,1% enfermedades del sistema digestivo y en tercer lugar están las Causas Externas (10,3%). Por sexo se observa que para los hombres, la primera causa de morbilidad por egreso quirúrgico son los traumatismos o causas externas (593 hombres), mientras que para las mujeres son el embarazo, parto y puerperio (1847) (ver tablas 21 y 22)

Tabla No. 21. Morbilidad por egresos pediatría, ambos sexos, grupo de edad 0-15 años, Cali 2011.

Descripción del Capítulo CIE10	Femenino	Masculino	Indefinido	No reportado	Total	%
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	555	600	0	0	1155	11,6%
II. Tumores [Neoplasias]	64	49	0	0	113	1,1%
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	29	59	0	0	88	0,9%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	39	45	0	0	84	0,8%
IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio	34	43	0	0	77	0,8%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	12	20	0	0	32	0,3%
VI. Enfermedades del sistema nervioso	70	84	0	0	154	1,5%
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	75	109	0	0	184	1,9%
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	8	9	0	0	17	0,2%
X. Enfermedades del sistema respiratorio	1178	1351	0	1	2530	25,4%
XI. Enfermedades del sistema digestivo	222	292	0	0	514	5,2%
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	181	237	0	0	418	4,2%
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	38	52	0	0	90	0,9%
XIV. Enfermedades del Sistema genitourinario	317	212	0	0	529	5,3%
XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	310	452	0	0	762	7,7%
XV. Embarazo, parto y puerperio	87	1	0	0	88	0,9%
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	547	665	0	0	1212	12,2%
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	73	106	0	0	179	1,8%
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	724	801	0	0	1525	15,3%
XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	23	29	0	0	52	0,5%
XXI. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	62	77	0	0	139	1,4%
TOTAL	4648	5293	0	1	9942	100,0%

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Consultado: Noviembre 30 de 2012

Tabla No. 22. Morbilidad por egresos hospitalarios quirúrgicos, ambos sexos y todos grupos de edad, Cali 2011.

Descripción del Capítulo CIE10	Femenino	Masculino	Indefinido	No reportado	Total	%
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	59	52	0	0	111	1,2%
II. Tumores [Neoplasias]	586	277	0	0	863	9,0%
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	18	7	0	0	25	0,3%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	76	44	0	0	120	1,2%
IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio	235	220	0	0	455	4,7%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	7	9	0	0	16	0,2%
VI. Enfermedades del sistema nervioso	62	42	0	0	104	1,1%
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	184	170	0	1	355	3,7%
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	16	12	0	0	28	0,3%
X. Enfermedades del sistema respiratorio	143	160	0	1	304	3,2%
XI. Enfermedades del sistema digestivo	704	552	2	0	1258	13,1%
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	79	63	0	1	143	1,5%
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	437	225	0	0	662	6,9%
XIV. Enfermedades del Sistema genitourinario	411	349	0	0	760	7,9%
XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	396	593	0	0	989	10,3%
XV. Embarazo, parto y puerperio	1847	11	2	2	1862	19,4%
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	263	30	0	0	293	3,1%
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	49	61	0	0	110	1,1%
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	229	182	0	0	411	4,3%
XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	10	8	0	0	18	0,2%
XXI. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	575	143	0	1	719	7,5%
TOTAL	6386	3210	4	6	9606	100,0%

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Consultado: Noviembre 30 de 2012

De los 35341 egresos hospitalarios por medicina interna, el 59% son mujeres, en esta tipología de RIPS coincide que para ambos sexos, la primera causa de morbilidad son las enfermedades del sistema circulatorio y la segunda traumatismos, envenenamientos y causas externas (Tabla No. 23).

Tabla No. 23 Morbilidad por egresos hospitalarios de medicina interna, ambos sexos y todos grupos de edad, Cali 2011.

Descripción del Capítulo CIE10	Femenino	Masculino	Indefinido	No reportado	Total	%
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	928	954	0	0	1882	5,3%
II. Tumores [Neoplasias]	1627	1044	0	0	2671	7,6%
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	200	103	0	0	303	0,9%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	516	380	0	0	896	2,5%
IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio	2280	2147	0	2	4429	12,5%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	275	174	1	0	450	1,3%
VI. Enfermedades del sistema nervioso	435	305	0	0	740	2,1%
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	90	61	0	0	151	0,4%
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	141	96	0	0	237	0,7%
X. Enfermedades del sistema respiratorio	1595	1068	0	0	2663	7,5%
XI. Enfermedades del sistema digestivo	2050	1629	1	0	3680	10,4%
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	742	673	0	0	1415	4,0%
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	916	581	0	0	1497	4,2%
XIV. Enfermedades del Sistema genitourinario	1922	1427	0	0	3349	9,5%
XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	2254	1941	2	2	4199	11,9%
XV. Embarazo, parto y puerperio	91	0	0	0	91	0,3%
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	324	26	0	0	350	1,0%
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	78	45	0	0	123	0,3%
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2273	1446	1	1	3721	10,5%
XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	135	102	0	0	237	0,7%
XXI. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	1851	404	2	0	2257	6,4%
TOTAL	20723	14606	7	5	35341	100,0%

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Consultado: Noviembre 30 de 2012

5.3 Prioridades de salud pública

Acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social se presentan los indicadores para cada una de las áreas prioritarias.

5.3.1. Salud infantil

Mortalidad

En el municipio la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha tenido una tendencia al descenso en las tres últimas décadas, es así como en 1980 se registró una tasa de 34.9 por 1,000 N.V. y en 1989 de 22.3 lo que representa un descenso de 36.1%. En 1990 se registró una tasa de 19.2 por 1,000 N.V. y en 1999 de 14.2, mostrando un descenso de 26.0%. En el 2000 se registró una tasa de 13.9 por 1,000 N.V. y en el 2009 de 10.1, lo que representa un descenso de 27.3%. En el 2010 se registro una tasa de 9.8 por 1,000 N.V. En el 2011 se registro una tasa de 9,54 por 1000 NV. Lo anterior indica que la reducción global del 52%.

La tasa de mortalidad neonatal precoz tiene una tendencia al descenso en las dos últimas décadas, es así como en 1990 se registró una tasa de 8.9 por 1,000 N.V. y en 1999 de 5.6, lo que representa un descenso del 37%. En el 2000 se registró una tasa de 5.9 por 1,000 N.V. y en 2009 de 4.6, lo que representa un descenso de 23.7%. En el 2010 se registró una tasa de 4.1 por 1,000 N.V. y en el 2011 de 4,11 por 1000 NV. Lo anterior indica que la reducción global del 54%.

La mortalidad neonatal tardía en las últimas dos décadas (1990-2010) ha mostrado un descenso del 33%, con un promedio anual de 2.5 casos por 1.000 N.V. En los últimos cinco años, la tasa más baja se registro en el 2011, con 1.77 por 1.000 N.V. La mortalidad neonatal (precoz más tardía) para el año 2011 fue de 5,77 por 1000 NV.

Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años (niñez)

En Colombia y en Cali, las primeras causas de muerte en los niños y niñas menores de cinco años son las mismas de los países en desarrollo. En 1990, el municipio registró una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 23.7 muertes por cada 1,000 N.V. y en 1999 de 17.3, lo que representa una disminución de 27.1%. En el 2000 se registro una tasa de 16.7 por 1,000 N.V. y en el 2009 de 12.1 por 1,000 N.V, lo que representa una disminución de 27,5%. En el 2010 se registró una tasa de 11.8 casos por 1000 nacidos vivos. Para el año 2011 se registro una tasa de 11,4 casos por 1000 NV. Lo anterior indica que la reducción global en las dos últimas décadas fue de 51,9%

El reto al 2015 es reducir la mortalidad en menores de cinco años a 8.8 muertes por 1.000 N.V., que es la meta municipal de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La meta nacional es 14 por 1000 N.V., que se alcanzó desde el 2005.

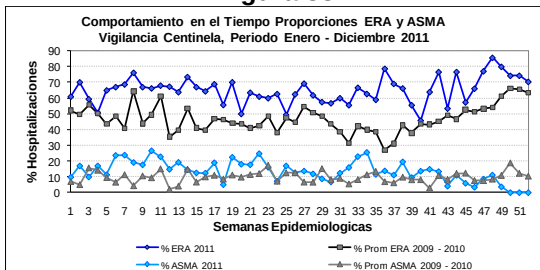
Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA en menores de cinco años

En Cali en 1990, se registró una tasa de 51.0 por 100.000 niños y en 1999 de 21.2, lo que representa una disminución de 58.5%. En el 2000 se registro una tasa de 27.3 por 100.000 niños y en el 2009 de 7.9, lo que representa una reducción del 71%. En el 2010 se registró una tasa de 5.7 y en el 2011 de 6.8 por 100.000 niños menores de 5 años. Lo anterior indica que la reducción global en el periodo: 1990-2011 es de 86.7%.

Dentro del sistema de vigilancia ambiental se incluye el evento ERA, el cual tiene la mayor proporción del total de hospitalizaciones y hay comportamiento similar entre los años 2009 y 2010. Sin embargo, el año 2011 comienza con el incremento de proporción de hospitalizaciones en el tiempo. Contrario a lo presentado en años anteriores, se ha señalado como uno de los probables factores la ola invernal que se ha presentado a nivel nacional,

también influyen factores ambientales como la cercanía a vías y empresas generadoras de contaminación atmosférica, que son analizadas con la ubicación espacial (Figura No. 38)

Figura 38



Fuente: SSPM. Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011

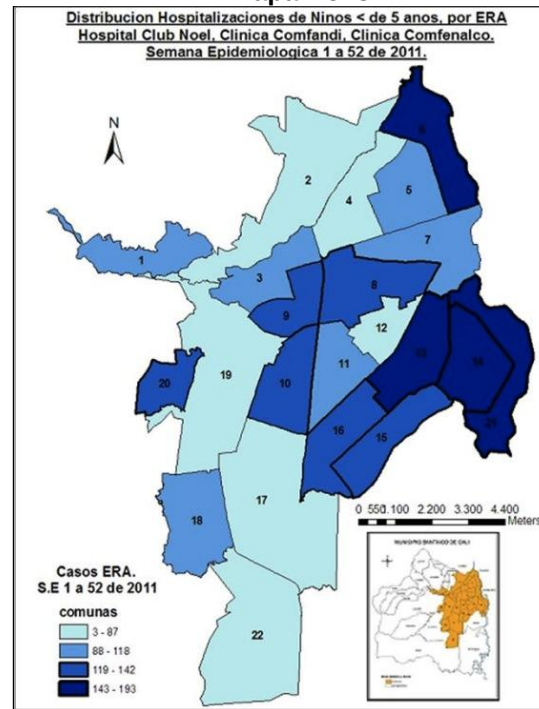
Con relación a ERA en el año 2011 se presentó un mayor número de hospitalizaciones por esta causa, al comparar el evento con respecto a la proporción de hospitalizaciones promedio presentadas en 2009 y 2010. En Asma los valores disminuyeron y fueron menores en el último trimestre del año, lo que indica que en este periodo hubo una mayor proporción en ERA por infecciones respiratorias agudas.

Los aumentos en la proporción de hospitalizaciones ERA y Asma, tienen dentro de sus factores las condiciones climáticas, debido a la temporada prolongada de lluvias presentada en varios periodos del 2011. Probablemente también por el aumento de obras en las vías de la ciudad que comenzaron a finales del 2010 y que aumentó las concentraciones de material particulado en el ambiente y la alta afluencia de tráfico en vías principales que también aumentan los efectos adversos en la salud de la población.

El mapa No. 8 presenta la distribución espacial de ERA para la ciudad. Las Comunas 6, 13, 14 y 20 reportan un importante número de pacientes hospitalizados con relación a las demás comunas de la ciudad, según los registros de las 3 IPS del estudio centinela, adelantado en el municipio. Al comparar los resultados por comuna con los reportes del año 2010, han disminuido las proporciones de casos

en las comunas 3, 4, 9, 11, 15 y 19 y han aumentado en las comunas 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17 y 21, resaltando en ambos periodos las comunas 6, 13, 14, 15 y 20.

Mapa No. 8



Fuente: SSPM. Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA en menores de cinco años

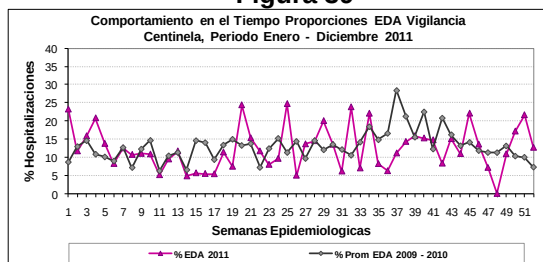
En cuanto a Enfermedad Diarreica Aguda, el municipio en 1990 registró una tasa de 51.5 por 100.000 niños y en 1999 de 17.8, lo que representa una disminución de 65.5%. En el 2000 se registro una tasa de 12.4 por 100.000 niños y en el 2009 de 2.27, lo que representa una reducción del 81.7%. En el 2010 se registró una tasa de 3.9 por 100.000 niños. En el 2011 se registro una tasa de 1,0 por 100.000 niños menores de 5 años. Lo anterior indica que la reducción global en las dos últimas décadas fue de 98%.

También, dentro del sistema de vigilancia centinela ambiental, el evento EDA presentó un aumento considerable desde las semanas 37 de 2010, los cuales comenzaron a disminuir en el

primer trimestre de 2011 y volvieron a aumentar en el segundo trimestre del mismo año con alta variabilidad entre semanas.

La proporción de hospitalizaciones por EDA tuvo un comportamiento similar al de los trimestres de años anteriores hasta la semana 19, a partir de la cual hubo una mayor variabilidad de los datos con picos entre las semanas 20 y 35, posteriormente su comportamiento vuelve a estar cercano al promedio y en los meses de noviembre y diciembre se vuelve a presentar alta variabilidad en los reportes. En esta variabilidad, de acuerdo con los seguimientos realizados a los casos especiales, se pudo haber dado eventos puntuales relacionados con riesgo en alimentos en grupos de personas o mal manejo de los tanques de almacenamiento de agua en sitios de concentraciones humanas. (Ver Figura No.39).

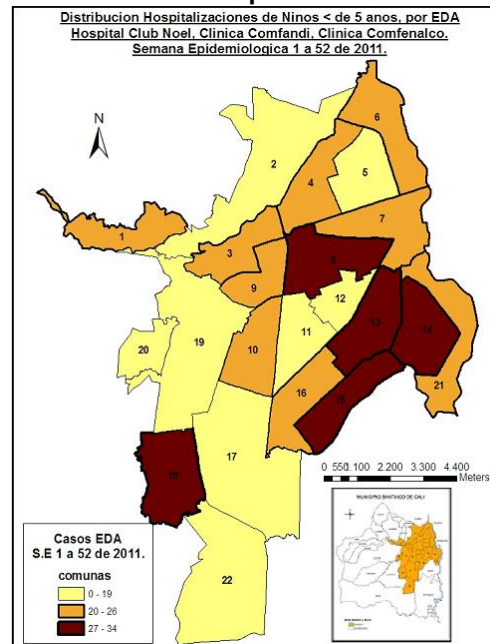
Figura 39



Fuente: SSPM. Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011

Para EDA, en el 2011 las Comunas 8, 13, 15 y 18 reportan un mayor número de pacientes hospitalizados con relación a las demás comunas de la ciudad, según los registros de las 3 IPS del estudio. Al comparar los resultados por comuna con los reportes del año 2010, han disminuido la frecuencia de casos en las comunas 6, 9, 11, 13, 14, 19, 20 y 22 y han aumentado en las comunas 1, 2, 4, 7, 8, 15, 18 y 21, resaltando en ambos periodos las comunas 13 y 15. (ver mapa 9).

Mapa 9



Fuente: SSPM. Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011

Mortalidad por Lesiones de Causa Externa en menores de cinco años

Actualmente, la violencia y el maltrato a los niños y niñas se reconocen como un problema de salud pública en todo el mundo, lo que amerita una intervención urgente y articulada de las instituciones, porque afecta de manera grave la salud y el bienestar de las personas y de la comunidad en general. Muchas de estas agresiones generan secuelas devastadoras tanto en la salud física, como mental de las víctimas y de su entorno inmediato.

La mortalidad por lesiones de causa externa en menores de 5 años en Cali desde el año 2005, ha tenido un descenso mantenido en el año 2005, en el que se registró una tasa de 12,2 casos por 100.000 niños menores de 5 años (22 casos) siendo para el año 2011 de 4,5 casos por 100.000 menores de 5 años (8 casos).

Las muertes por causa externa en los niños entre 0 y 5 años, se deben principalmente a agresiones y homicidios, ahogamientos por sumersión, accidentes de transporte, envenenamiento y caídas de altura.

La tabla No. 24 resume los indicadores relacionados con la mortalidad en este grupo poblacional.

Tabla No. 24 Indicadores de Mortalidad infantil. Municipio de Santiago de Cali. 2011

Indicador	Valor indicador
Tasa de Mortalidad infantil	9.7 Tasa por 1.000 NV
Tasa de mortalidad neonatal temprana (0-6 días)	4.0 Tasa por 1.000 NV
Tasa de mortalidad neonatal tardía (7-27 días)	1.77 Tasapor 1.000 NV
Tasa de mortalidad post-neonatal (28-364 días)	3.10 tasa por 1.000 NV
Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años	47.4 Tasa por 100.000 Hbtes.
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	11.4 Tasa por 100.000 Hbtes.
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA	0.1 Tasa por 10.000 Hbtes.
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA	6.8 Tasa por 100.000 Hbtes.
Tasa de mortalidad por lesiones, accidentes y violencia en niños	3.9 Tasa por 1000.000 Htes.

Fuente: Área de Estadística - SSPM/Cali - Año 2011

Coberturas de vacunación

El municipio de Cali cumple con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para el logro de coberturas de vacunación en la población de un año y menor de un año con los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Cuenta con 146 entidades vacunadoras correspondientes a entidades públicas y privadas que atienden a la población afiliada en las diferentes aseguradoras que operan en el municipio, las cuales trabajan conjuntamente para el logro de coberturas en esta población.

La población menor de un año del municipio fue de 35.542³⁵ niños los cuales han superado coberturas de vacunación del 95% con BCG, Hepatitis B, del recién nacido; terceras dosis de Pentavalente (DPT, HIB, HB₁), Polio terceras dosis, Neumococo segundas dosis; con Rotavirus se han alcanzado coberturas con primeras y segundas dosis.

La población de niños de un año fue de 35.500³⁶ los cuales superaron coberturas del 95% de Fiebre Amarilla y primera dosis de Triple Viral (Rubéola, Paperas y Sarampión) .

Es importante anotar que las coberturas de vacunación de la ciudad de Cali superan el 100% debido a la gran movilización de la población de municipios aledaños a Cali, como Yumbo, Jamundí y Palmira, población que trabaja y que en algún momento ha residido en Cali pero se han ido a estos municipios y siguen utilizando los servicios de salud en Cali entre otros.

En el año Cali hace 4 monitoreos de cobertura donde se evalúan más de 10.000 niños en una muestra representativa para la ciudad en los cuales se pudieron obtener coberturas por encima del 95% en los niños monitoreados, lo que avala las coberturas administrativas de la ciudad de Cali³⁷ .

La tabla No. 25 presenta un resumen de los indicadores relacionados con vacunación

Tabla No. 25 Indicadores de Vacunación. Municipio de Santiago de Cali. 2011

Indicador	Valor indicador
Tercera dosis de antipolio en menores de un año	101%
Tercera dosis para hepatitis B (VHB) en menores de un año	102%
Cobertura de vacunación para hemophilus Influenza en menores de un año tercera dosis.	102%
Tercera dosis de pentavalente en menores de un año	102%
Cobertura de triple viral en población de un año de edad	100%
Cobertura de BCG en recién nacidos	100%
Cobertura de vacunación en hepatitis B en recién nacidos vivos	98%
Cobertura con anti amarilla en población de un año de edad	100%
Coberturas de vacunación en niños de 1 año con esquema de vacunación completo.	100%
Coberturas de vacunación en niños menores de 1 año con esquema de vacunación completo	100%
Cobertura de vacunación de rotavirus en menores de 1 año	99,80%
Coberturas de vacunación de neumococo en niños de 1 año de edad dos dosis.	48,80%
Esquema completo de vacunación para niños menores de 3 años.	88,90%
Coberturas de vacunación en niños de 1 a 4 años con esquema completo para la edad	98,30%
Proporción de niños menores de cinco años con esquemas de vacunación adecuados (completo)	98,30%

Fuente: Sistema de información PAI, informe de gestión PAI 2012

5.3.2.Salud sexual y reproductiva

Maternidad segura

Para el cierre de la década del 90 Cali logra una

³⁵ Población DANE, Ministerio de Salud y Protección Social 2011

³⁶ Población DANE, Ministerio de Salud y Protección Social 2011

³⁷Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento de evaluación de coberturas, oportunidad y esquema completo de vacunación. Colombia 2011.

tasa de 78.8 por 100.000NV; durante el siglo XX se logró alcanzar la meta de la OMS de colocarse por debajo de 50 por 100.000NV. En esta década continúan presentándose factores como enfermedad preexistente, ausencia del control prenatal, embarazo en adolescentes y estratos 1,2 y 3 con de privación socio-económica y cultural, impactando en la mortalidad materna que obligan a aumentar los esfuerzos del Sector Público tendientes a modificar este indicador.

A partir de la implantación del plan de choque para el abordaje de la muerte materna en el año 2005 se promueve la vigilancia de las instituciones, se retoma el proceso de la calidad en la atención prenatal, se introduce la vigilancia de la morbilidad materna extrema, se establecen protocolos de atención de emergencias obstétricas y vigilancia comunitaria, lo que llevo al descenso de las cifras de mortalidad materna como se observa en la Figura No. 40.

Figura No. 40. Razón de mortalidad materna. Santiago de Cali. 2000-2011

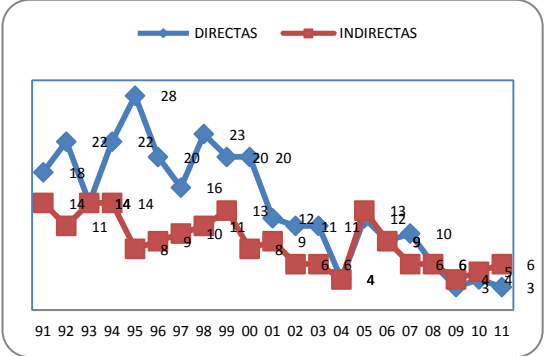


Fuente: SIVIGILA 2011 SSPM

Cali venía presentando una tendencia hacia la disminución de la mortalidad materna a través de las dos últimas décadas, obteniendo en el año 2009 una razón de 26 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, alcanzando la meta nacional con un cumplimiento del 100%, según el CONPES Social 91. Sin embargo en los últimos dos años, la razón de mortalidad materna ha aumentado a pesar de la

disminución de las muertes por causas directas como se observa en el Figura No.41.

Figura No. 41 Tendencia de Muertes de Embarazadas según causas 1991-2011 Cali



Fuente: SIVIGILA 2011 SSPM

Aunque no son objeto de análisis no se puede dejar de lado las muertes de mujer en embarazo por causas externas, donde la violencia y los accidentes de tránsito han mantenido un promedio de 5-6 anual repercutiendo familiar y socialmente.

La tabla No.26 presenta una síntesis de los indicadores relacionados con esta temática.

Tabla No. 26 Indicadores de Salud materna. Municipio de Santiago de Cali. 2011

Indicador	Valor indicador	Fuente-Año
Tasa de fecundidad en adolescentes	33,4 x 1.000 adolescentes	ENDS ,2010
Tasa global de fecundidad en mujeres de 15 a 49 años	1,5	ENDS ,2010
Porcentaje de atención prenatal por médico o enfermera	99,4	ENDS ,2010
Porcentaje de atención de parto por médico o enfermera	97,8	ENDS ,2010
Cobertura de parto institucional	98,7	ENDS ,2010
Porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales	32,7	ENDS ,2010
Proporción de gestantes hospitalizadas por complicaciones por morbilidad materna extrema.	0,3	Calculada con los datos notificados por las IPS. Nota muchas de las UPDS No notificaron casos
Razón de mortalidad materna	35,3 x 100.000	DANE, E.V., SIVIGILA
Número de muertes maternas	10	DANE, E.V., SIVIGILA

Planificación familiar

Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. A pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos mostrada en la Encuesta de Demografía y Salud del año 2005³⁸, se evidenciaba una gran demanda insatisfecha,

³⁸ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005

sobre todo en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas.

Con el propósito de proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar, el país adoptó en el año 2008 la actualización de la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, que incluía en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, algunos métodos temporales de anticoncepción buscando ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para las necesidades y preferencias de la población con el Implante subdérmico³⁹; desde entonces la SSPM de Cali ha venido realizando grandes esfuerzos para garantizar la accesibilidad y la oportunidad de las usuarias además de las que le corresponden en Inspección, Vigilancia y Control (IVC).

La tabla No. 27 presenta una síntesis de los aspectos relacionados con planificación familiar y salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Tabla No. 27 Indicadores de Planificación familiar y Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Municipio de Santiago de Cali. 2011

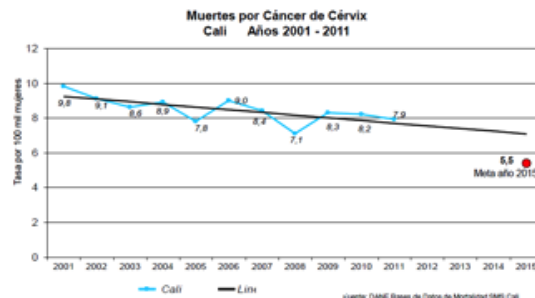
Indicador	Valor indicador	Fuente-Año
Porcentaje de mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos	75,8	ENDS 2010
Porcentaje de mujeres no unidas sexualmente activas que usan métodos anticonceptivos modernos	75,1%	Indicador Nacional ENDS 2010 -No discriminado por ciudad -No existe indicador para Cali
Porcentaje de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos modernos	72,9%	ENDS 2010 No discriminado por Ciudad , No existe indicador Para Cali
Proporción de embarazos en adolescencia (adolescencia temprana + tardía) de 10 a 19 años inclusive	17,63 % (6733)	RUAF, E.V.
Proporción de embarazos en adolescencia temprana 10 a 14 años	0,7 % (265)	RUAF, E.V.
Proporción de embarazos en adolescencia tardía 15 a 19 años inclusive	16,75 % (6468)	RUAF, E.V.

Cáncer de cuello uterino y mama

La mortalidad por cáncer de cuello uterino presentó reducción hasta el año 2003, pero a partir de ese año la tasa de mortalidad ya no disminuye en la ciudad de Cali y fluctúa entre 7 y 9 muertes por cada 100 mil mujeres cada año. Como se observa en el Figura No. 42, para el

año 2011 se sitúa en 9 x 100,000 MEF.

Figura No. 42



Similar a la situación nacional, la mortalidad por cáncer de mama se encuentra en aumento. Igual que en el resto del país la mortalidad por el cáncer de mama no se reduce⁴⁰, y por el contrario se ha incrementado durante los últimos años, alcanzando en el año 2011 una tasa de 16 muertes por cada 100 mil mujeres.

ITS Y VIH/SIDA

En el periodo comprendido entre 1985 y 2011, la incidencia de VIH/SIDA presenta una tendencia general al aumento a nivel nacional, debida al crecimiento paulatino del reporte de casos. Sin embargo en el municipio de Cali la tendencia ha presentado fluctuaciones, pese al fortalecimiento del diagnóstico de casos de infecciones recientemente adquiridas, al fortalecimiento en la asesoría y prueba voluntaria y a la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita.

El reporte de casos ha sido más marcado entre hombres y mujeres; sin embargo, la pendiente en la tendencia de la tasa de incidencia en las mujeres es mayor que en los hombres, reduciendo la brecha de una mujer por cada cinco hombres en la década de 1990, a una mujer por cada 2,6 hombres.

³⁹ Ministerio de Protección Social. Resolución 0769 .2008

⁴⁰ Piñeros M, Hernández G, Bray F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia: an emerging problem. Cancer 2004; 101(10):2285-2292. González M, y cols. Tendencias en la mortalidad por cáncer en Colombia 1985-2005. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2003;8(3):41-50.

Durante el periodo 2010-2011 el municipio de Cali continuó el desarrollo de las acciones planteadas en el "Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2008-2011" para responder a la epidemia de VIH/SIDA, a partir de lo cual se desarrollaron las líneas estratégicas de acción, se definieron las poblaciones a las cuales se debe dar cobertura, y se priorizaron siete poblaciones vulnerables: Habitantes de la calle, HSH, Transexuales, personas privadas de la libertad, Trabajadoras sexuales, personas que viven con VIH y jóvenes en situación de desplazamiento.

Desde 1985 y hasta el 31 de diciembre de 2011 se ha reportado un total de 13712 casos de infección por VIH y SIDA. Dentro de las principales dificultades encontradas ha sido el no tener un sistema de notificación continuo, pues el SIVIGILA lo incorpora como un evento desde el 2008.

Respecto al estadio clínico, desde el año 2000 se puede evidenciar una disminución de los casos de SIDA a expensas del incremento relativo de casos de VIH. En términos de notificación; en el año 2011 por cada caso de SIDA habían notificado aproximadamente 4 casos de VIH relacionado posiblemente con el acceso oportuno al diagnóstico, el tipo de TAR existente, que ha conllevado a un aumento en el tiempo de transición hacia el SIDA, así como a mejores tecnologías médicas y comprensión de la enfermedad para reducir el número de muertes.

Según las metas planteadas para el Objetivo del Milenio 6 (Combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades), el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH se debe reducir al 2% o menos. Según el Ministerio de Salud y Protección Social el Valle tiene un porcentaje de transmisión perinatal de 3.4. Para el año 2009⁴¹. Pese a que el municipio solo

tiene en el año 2009 un reporte confirmado de transmisión perinatal, muchos de los casos de otros municipios terminan en fundaciones ubicadas en la ciudad, por lo cual se ven afectados los reportes estadísticos..

El país, para conocer la prevalencia de VIH/SIDA se ha apoyado en los estudios centinelas realizados de forma periódica. En 2009, se realizó el VII y último estudio centinela de VIH en gestantes. La prevalencia encontrada en este grupo poblacional fue de 0.22%, mientras en Cali fue 0,40%.⁴²

Estudios realizados en poblaciones vulnerables en Colombia, como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), muestran que en el 2010 se alcanzaron prevalencias superiores al 5% (Barranquilla: 13,6%; Cartagena: 10,0%; Medellín: 9,1%; Pereira 5,6%; Bogotá: 15,0%; Cali: 24,1% y Cúcuta: 10,9%), -Metodología RDS-.⁴³

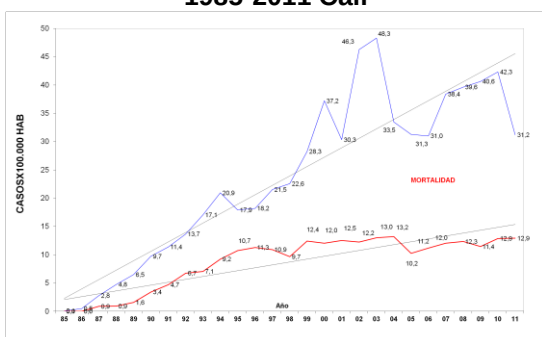
La tasa de mortalidad por VIH/SIDA en Cali, ha tenido un comportamiento creciente entre 1985 y el año 2011, como se observa en la figura No. 43. A partir del primer quinquenio de la presente década, la mortalidad asociada a VIH/SIDA tiende a estabilizarse alrededor de 13 por cada 100 mil habitantes. Las primeras muertes por esta enfermedad ocurrieron en 1987, 2 años después de diagnosticarse los primeros casos. Para el año 2011, la tasa de mortalidad fue de 12,9 muertes por cada 100,000 habitantes.

⁴² INS.VII Estudio centinela de VIH en gestantes. Informe de resultados. 2009

⁴³ Ministerio de Salud y Protección Social. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia. Resultados del estudio. En http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/2_evaluacion_respuesta/b_estudios_complementarios/Resultados_Estudio_HSH_final125.pdf. Consultado Dic 2012

⁴¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. 2011

Figura No. 43. Tasa Incidencia y Mortalidad VIH SIDA 1985-2011 Cali



Fuente: Base de datos histórica y SIVIGILA 2011 SSPM

Sífilis

Durante el año 2011 se realizó búsqueda activa, promoción y prevención en ITS, asesoría y prueba voluntaria a 1500 personas. La vigilancia de los casos de sífilis gestacional y congénita en Cali se intensificó desde el año 2004 mediante la notificación regular de casos desde las UPGD, y también a través de la búsqueda activa mediante visitas a los servicios de control prenatal, atención del parto y laboratorios de lectura de las serologías de la red pública y privada. Para aumentar la detección y el tratamiento de la sífilis gestacional se estableció la norma de tomar serologías (RPR) a cada gestante, en el primer trimestre o al ingreso al control prenatal, en el tercer trimestre, (28 semanas de gestación) y al momento del parto, cesárea o aborto o en la primera consulta de puerperio.

Se ha logrado que el 51% de las gestantes sean diagnosticadas y tratadas antes de la semana 17 de gestación, sin embargo el no seguimiento, la no garantía de tratamiento a la pareja hace que se reinfecten en el tercer trimestre, aumentando la probabilidad de transmitir la infección al feto.

Al analizar las incidencias de sífilis congénita presentadas en la tabla No. 29 y teniendo en cuenta que el municipio desarrolla los elementos definidos en el plan para la eliminación de la

sífilis congénita⁴⁴ (cuyo propósito es reducir la incidencia de la enfermedad para el año 2015 por medio de la detección y el diagnóstico precoz, y el suministro de tratamiento adecuado y oportuno a las mujeres gestantes infectadas y la reducción de la prevalencia de sífilis en mujeres en edad fértil), se ha identificado que pese a todos los esfuerzos la incidencia más baja que ha registrado el municipio ha sido de 2.8 por 1000 nacidos vivos. El incremento del 2011 responde a las fallas en el proceso de referencia y contra referencia donde la información del tratamiento de la sífilis gestacional no está disponible al momento del parto.

Tabla No. 28 Tasa de incidencia de sífilis congénita. Municipio de Cali. Periodo 2003-2011

Año	Sífilis congénita	Nacidos vivos	Incidencia
2003	162	30867	5,2
2004	143	31891	4,5
2005	116	31213	3,7
2006	96	30687	3,1
2007	86	30770	2,8
2008	89	30749	2,9
2009	85	29940	2,8
2010	91	28296	3,2
2011	250	28296	8,8

Fuente: SSPM. Vigilancia en Salud Pública de los eventos de Salud Sexual y Reproductiva. 2011

La tabla No. 29 resume los indicadores relacionados con sífilis y VIH en la ciudad.

⁴⁴ Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Colombia 2011 – 2015. 2011

**Tabla No. 29 Indicadores de Sífilis y VIH.
Municipio de Cali. Periodo 2003-2011**

Sífilis		
Tasa de Sífilis congénita	8,8 X 1000 NV	SIVIGILA
Tasa de Sífilis gestacional	18,5 X 1000 NV	SIVIGILA
Proporción de mujeres gestantes que han sido diagnosticadas con sífilis y tratadas antes de la semana 17	51,3	SIVIGILA 2011
VIH SIDA		
Número de personas vivas con VIH	504	Observatorio VIH, RNL, SIVIGILA .2011
Número de personas vivas con diagnóstico de SIDA	135	Observatorio VIH, RNL, SIVIGILA
Prevalencia de infección con VIH en población de 15 a 49 años	0,84	Proyección realizada con el software SPETRUM Observatorio de VIH Nacional.
Número de personas vivas con SIDA en tratamiento ARV	74%	Dato obtenido del Observatorio Nacional para el Valle.
Número de gestantes con VIH-SIDA	45	Observatorio VIH
Proporción de transmisión materno infantil de VIH	3,4	Ministerio de Salud Protección Social. Niños con VIH/ Total de gestantes con VIH. Valle del Cauca. 2009
Número de personas con coinfección con TB – VIH	43	Observatorio VIH, RNL
Número muertes por VIH-SIDA	258	DANE, RUAF, E.V., SIVIGILA

5.3.3 Salud oral

Desde la década de los 70 se ha observado una tendencia mundial a la declinación de la caries dental, inicialmente en países industrializados y solo hasta hace pocos años en otras regiones del mundo, aunque no con la misma magnitud y velocidad. La evidencia sugiere que esto se debe al amplio uso de fluoruros y a la implementación de programas de higiene oral dirigidos especialmente a población escolar⁴⁵.

Las metas definidas para el país incluyen lograr un índice Cariados-Obturados-Perdidos (COP-D) promedio a los 12 años de edad menor de 2.3 y lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años.⁴⁶

Los hallazgos del estudio de prevalencia de 2010 reportan un índice COP a los 12 años de 1.65, lo que en la escala de medición de la gravedad de la afección para caries se define como un nivel bajo (1.2 – 2.6), valor menor al reportado por el Ensab III en el año 1998 y línea de base para la meta nacional de COP de 2.3.⁴⁷

La tabla No. 30 presenta los indicadores relacionados con Salud Oral para el municipio.

Con relación al flúor en agua es importante aclarar que los análisis se realizan en los nacimientos de agua y en la actualidad el vehículo del flúor es la sal.

**Tabla No. 30 Indicadores de Salud Oral.
Municipio de Santiago de Cali. 2011**

Indicador	Valor indicador	Fuente-Año
Índice de COP promedio a los 12 años de edad	1,65	Estudio Morbilidad Oral Población Escolar de escuelas públicas del Municipio de Cali / Universidad del Valle / Escuela de Odontología/ Línea de Salud Oral 2011
Porcentaje de dientes permanentes de los mayores de 18 años	50,20%	ENSB III, http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=18141&idcompany=3
Número de niños de 3 a 15 años que han recibido sellantes en el último año	123.192	RIPS, de Empresas Sociales del Estado ESEs
Número de niños de 5 a 19 que han recibido de flúor en el último año	23.318	RIPS, de Empresas Sociales del Estado ESEs
Flúor en el agua	0,15 - 0,20 mg/l	EMCALI

5.3.4. Trasmisibles y zoonosis

Tuberculosis.

Entre 1997 y 2010 la incidencia de Tuberculosis presentó una tendencia creciente, siendo para el 2011 de 46 por 100,000 habitantes, clasificándose el Municipio de Cali como una región de alta carga para TB. Frente a la mortalidad, se reporta una tasa de 2,6 por 100.000 habitantes cuya causa básica de muerte fue TB.

La tasa de hospitalización por TB de 43 %, hace referencia al porcentaje de casos diagnosticados con TB en todas las formas de hospitalización; una proporción importante corresponde a formas extrapulmonares cuyo diagnóstico se hace en el nivel hospitalario debido a la utilización de otras ayudas diagnósticas. En el caso de TB pulmonar, el diagnóstico debería ser mayor en el nivel I de atención, al menos en un 80%. Durante el 2011, el 63 % de los casos de TB pulmonar fueron diagnosticados en este nivel, por lo cual se debe fortalecer el proceso de búsqueda de sintomáticos respiratorios, mejorar el diagnóstico en los grupos de riesgo y en los contactos de pacientes con TB.

La meta establecida por la OMS en detección de casos de TB es del 70%, Cali alcanzó el 41,3%. Es importante mencionar que hay un subregistro en el reporte de los informes por parte de las

⁴⁵ Petersson HG, Bratthall D. The caries dedine: a review of reviews. European Journal of Oral Sciences 1996;104:436-43

⁴⁶ Ministerio de Protección Social. Decreto 3039. 2007. Plan Nacional de Salud Pública.

⁴⁷ Universidad del Valle. Escuela de Odontología. Estudio Morbilidad Oral Población Escolar de escuelas públicas del Municipio de Cali. 2011

IPS e igualmente sigue siendo baja la detección de casos de TB, aún con una incidencia de 46 por 100 mil habitantes, lo que indica que se debe fortalecer la búsqueda de casos de manera oportuna en el nivel básico de atención, además de fortalecer el diagnóstico de TB a través del cultivo.

Para el año 2011 se alcanzó el 42,4 % de captación de Sintomáticos Respiratorios del 80% que está planteado por la OMS. Así como en el indicador anterior, puede deberse a un subregistro de los reportes enviados por las IPS y a la falta de búsqueda activa de SR, por los diferentes actores del sistema.

La proporción de pacientes curados, con aquellos que terminaron tratamiento, conforman el indicador de tratamiento exitoso, cuya meta es del 85%. Para el 2011 de la cohorte de pacientes con TB pulmonar nuevo con baciloscopia positiva, se alcanzó a evaluar el 85%, de estos el 54,8% alcanzaron tratamiento exitoso. Es importante fortalecer el sistema de información que permita evaluar el 100 % de la cohorte y además hacer frente al porcentaje de abandono (19%), que continúa siendo alto para la ciudad y de suma importancia para evitar casos de TBFR y muertes de TB.

Durante el 2011 se diagnosticaron 14 pacientes con TB MDR, lo que corresponde al 1.3% del total de pacientes diagnosticados con TB en el 2011. El objetivo es lograr que todas las personas que sean diagnosticadas con TB tengan al inicio del diagnóstico una prueba molecular para identificar con mayor oportunidad resistencia a fármacos antituberculosis y de esta manera asegurar los esquemas adecuados de tratamiento, contribuyendo en el largo plazo a disminuir la morbilidad y mortalidad en TB.

La tabla No. 31 presenta un resumen de los indicadores para el municipio relacionados con TB.

Tabla No. 31 Indicadores Tuberculosis. Municipio de Santiago de Cali. 2011

Indicador	Valor indicador
Tasa de incidencia de tuberculosis estimada	46 por 100 mil habitantes
Tasa de mortalidad por tuberculosis	2,6 por 100 mil habitantes
Porcentaje de detección de casos de Tuberculosis	41,3%
Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios	42,4%
Proporción de pacientes con TB que terminan el Tto TAES	4,9%
Porcentaje de curación de casos de TB pulmonar baciloscopia positiva	49,9%
Tasa de hospitalización por TB	43%
Proporción de pacientes con TB multibacteriosos	1,3%

Fuente: SSPM: Programa TB. 2011

Lepre

La prevalencia obtenida para el 2011 fue de 0.3 por 10,000 habitantes, lo que ubica a Cali dentro del criterio de eliminación de la Lepra, según definición de la OMS la incidencia fue de 0.9 por 100,000 habitantes, que ubica al municipio como zona de bajo riesgo para la enfermedad tal como se observa en la tabla No. 32.

A pesar de las cifras presentadas, se requiere fortalecer en todas las instituciones prestadoras de salud, la búsqueda activa y el diagnóstico de la enfermedad, sensibilizando a todo el personal de salud y a la comunidad, sobre la existencia aún, e importancia de este evento con el fin de detectar la enfermedad de manera oportuna y evitar la discapacidad en las personas que la presentan, además, de cortar la cadena de transmisión dado que en Cali, 85 % de casos nuevos y recaídas son MB, 6 % aún se detecta de forma pasiva y 90% de casos presenta discapacidad grado I al momento del ingreso a la terapia.

Tabla No. 32 Indicadores Lepra. Municipio de Santiago de Cali. 2011

Indicador	Valor indicador	Fuente-Año
Prevalencia de lepra	0,3 por 10,000 habitantes	Programa control Lepra, SIVIGILA, LDSP
Tasa de incidencia de lepra	0,9 por 100,000 habitantes	SIVIGILA, Programa control de lepra, LDSP
Proporción de casos nuevos detectados sin discapacidad (Grado 0)	9% (2/22)	SIVIGILA, Programa control de lepra

Rabia

A partir del análisis de las bases de datos de las notificaciones al SIVIGILA, se encontró una baja concordancia (40%) entre la clasificación de la exposición realizada por el médico respecto a la

clasificación de acuerdo a los criterios del protocolo de vigilancia del INS. Lo anterior, conllevó a una formulación incorrecta de los biológicos y por tanto un exceso en el consumo de estos sueros y vacunas.

Con base en estos se programaron jornadas de capacitación de urgencias principalmente de los hospitales básicos de la ciudad difundiendo las guías de atención de mordeduras animal potencial trasmisor de rabia, además utilizando algoritmos prácticos para la utilización en los servicios de urgencia para la clasificación de la no exposición, exposiciones leves y graves⁴⁸.

En 6 meses se observó una mejoría en la concordancia del 80%. El apego del personal médico a los criterios de las guías en el manejo de estos casos, y la difusión de folletos y educación en sedes educativas para que los escolares identifiquen y eviten las situaciones de riesgos para ser agredidos por caninos u otros animales, dado que la población menor de 15 años hace parte de la mayor proporción de casos notificados, han contribuido a dicha mejoría.

La experiencia acumulada con las situaciones presentadas en municipios vecinos, ha permitido identificar como la fuente principal del virus rábico animales como murciélagos, gatos, micos y animales salvajes, como animal trasmisor intermediario los gatos. Esto ha llamado a que las estrategias de la secretaria apunten al fortalecimiento de la tenencia responsable de animales, especialmente garantizando vacunación de acuerdo a los esquemas establecidos y a la cadena de frío para estos biológicos.

Entre las estrategias definidas para la prevención de rabia animal, se ha definido la vacunación, el control poblacional mediante esterilización quirúrgica a caninos y felinos, las brigadas de recolección de animales callejeros

y la eutanasia compasiva. Adicionalmente se realiza la observación de accidentes rábicos

En el año 2011 se alcanzó un cumplimiento de inmunización de 93,4% de lo programado, distribuidos en 80% de caninos y 20% de felinos para zona urbana y para zona rural un cumplimiento de 33,9% con una distribución similar 80.3% caninos y 19,7% de felinos

La esterilización quirúrgica que se realiza en la ciudad desde el año 2011, permite la realización anual de un promedio de 2000 animales y es realizada por el Centro de zoonosis de forma gratuita, priorizando áreas de estrato 1 y 2 donde se evidencia mayor problemática relacionada con su tenencia.

Las brigadas de recolección de animales callejeros se realizan prioritariamente en áreas con mayor población de caninos y felinos que deambulan libremente en las calles, como las Comunas 20, 11, 13, 14, 15,16,18,7,6; estas pueden ser capturas individuales (entrega voluntaria) y colectivas (recogida tradicional). Durante el año 2011 se realizaron 497 brigadas con 3364 animales, de los cuales 73.7% fueron caninos y 26.3% felinos.

Con relación a la eutanasia compasiva, se realizaron 2631 procedimientos de los cuales 69.9% fueron caninos y 30.1% felinos; se enviaron al laboratorio 113 cerebros de animales recogidos en vía pública saliendo negativos para rabia.

Se observaron 2394 casos de accidentes rábicos (70.4 %) notificados al centro de zoonosis; el 29.6% restante no fue posible investigarlos por fallas en la notificación; adicionalmente se registraron y atendieron 135(100%) solicitudes realizadas por probables casos de rabia.⁴⁹

⁴⁸ Jorge Humberto Rojas – Médico Epidemiólogo, Vigilancia epidemiológica Secretaría de Salud Pública Cali

⁴⁹ SSPM. Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión 2011

Leptospirosis

La mayor parte de los casos notificados fueron clasificados por clínico y epidemiología, y en ningún caso se confirmó con la técnica de Microaglutinación, con muestras pareadas como establece el protocolo de Vigilancia del INS⁵⁰.

Se logró identificar un clúster de casos en la comuna 18 y como factores de riesgo alcantarillas destapadas, mal manejo de residuos sólidos y presencia de roedores en la vivienda y el vecindario, lo cual motivó la intervención del área de saneamiento ambiental de la Secretaria de Salud municipal.

Con el fin de prevenir la infestación por roedores durante el año 2011, se intervinieron 109 Km de longitud de canales de aguas lluvias, utilizando 442 Kg de rodenticida; encontrándose 602 madrigueras activas, logrando una reducción de 89.7% al finalizar el periodo.

Se realizaron actividades de control en 62 instituciones educativas, 1384 viviendas y 6 plazas de mercado, en los cuales se encontraron 404 sitios positivos para roedores logrando al final una reducción del 99.5%.

Adicionalmente, se realizó la vigilancia epidemiológica del 100% de los casos de mordedura de roedores y de leptospirosis notificados oportunamente. En el período, esta cifra correspondió a 30 de los 42 casos reportados por mordedura y 106 de 209 reportados por leptospirosis. El restante no fue posible investigarlos por fallas en la notificación⁵¹.

Fiebre Amarilla

Durante el año 2011 no se reportaron casos de fiebre amarilla

Malaria

Con relación al comportamiento de esta patología en el año 2011, fueron atendidos y reportados 41 casos de Malaria por Falciparum

y 130 por Malaria Vivax, pero son procedentes de fuera de Cali, similar ocurre con la malaria complicada que se fueron atendidos 55 casos. No se registran muertes y la letalidad por malaria es cero.

Dengue

En el año 2010 el municipio estuvo en epidemia de Dengue contribuyendo con la mayor proporción de casos del departamento reportados al nivel nacional. En el año 2011, siguió siendo epidémico, sin embargo se observó un descenso en comparación con el año anterior, resultado de la implementación del plan de contingencia desde el año 2010.

De 15 muertes confirmadas del año 2010 se descendió a 1 muerte en el año 2011. La proporción de casos graves disminuyó lo cual refleja el mejoramiento en la clasificación de casos; adicionalmente se identificó un subregistro de casos previo a la epidemia, pero ante las acciones de alerta a la comunidad médica y a la población en general, mejoró la asistencia a servicios de salud por cuadros febriles y mejoró la calidad de la sospecha y diagnóstico de dengue, así como la adherencia del personal médico a la guía de atención integral de casos. Por tanto lo que se observa es el ajuste al verdadero valor endémico de la enfermedad. En los casos notificados de dengue grave, sólo se obtuvo 32% de confirmación por laboratorio.

El dengue es una enfermedad endémica en el Valle del Cauca y el municipio de Cali, lo cual implica la realización de los controles de saneamiento, tales como la medición de niveles aédicos y eliminación de criaderos por personal que la Secretaria de Salud contrata. Sin embargo, el análisis de la información ha permitido identificar unas comunas donde las acciones de eliminación de criaderos en los sumideros no ha sido suficiente y la mayor acción debe estar dentro de las viviendas, por tanto la difusión de mensajes por medios masivos de comunicación a los grupos

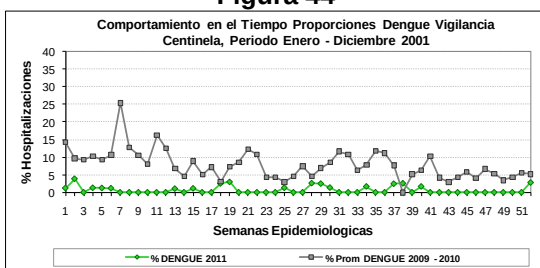
⁵⁰ Instituto Nacional de Salud. Protocolo Leptospirosis. 2009

⁵¹ SSPM. Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión 2011

comunitarios sobre la importancia de erradicar criaderos al interior de las viviendas debe seguir siendo una estrategia que debe dársele continuidad.

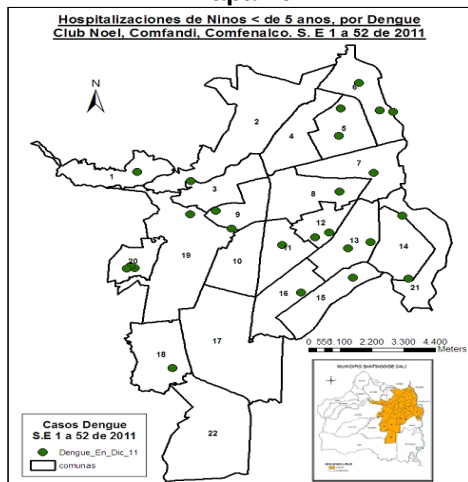
El sistema de vigilancia centinela ambiental también incluye Dengue, observó que la proporción de hospitalizaciones por Dengue en menores de 5 años fue menor al reporte histórico, teniendo 25 casos de hospitalización en el 2011. (Ver Figura 44).

Figura 44



Fuente: SSPM. Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011
Con relación a la distribución espacial, ésta corresponde a 6 de las 22 comunas de la zona urbana y no se observa de manera contundente una agregación presente en grupos de casos en las comunas 6, 13 y la 20 como se observa en el mapa 10

Mapa 10



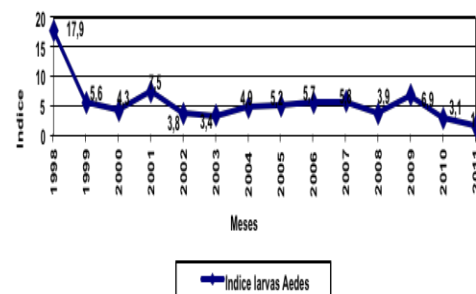
Fuente: SSPM. Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011

Al finalizar el año 2011 el índice de riesgo para vector transmisor del dengue fue de 1,7. En la Figura No. 45 se observa la reducción de

índices entre los años 1998 a 2011

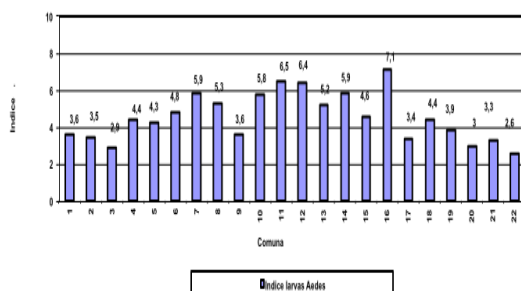
Además del control larvario, en la ciudad se trabaja en establecimientos y viviendas que presentan riesgo para la salud por dengue. Anualmente un promedio de 6000 viviendas ubicadas en zona rural y urbana, y alrededor de 1400 establecimientos, son visitados e inspeccionados y se educa a la población en medidas de control, que ha logrado un avance en el control del vector del dengue por parte de administradores de establecimientos y de unidades residenciales en la ciudad, logrando que 70% de establecimientos controlados apliquen medidas de control ya sea físico o con larvicidas.

Figura No.45 Índice Larvario Cali. 1998-2011.



Las comunas que presenta los más altos índices de sumidero para larvas de Aedes son la 7,1011,12,13,14,15,16; estas comunas están ubicadas al nororiente y oriente de la ciudad, donde por acción de vientos confluyen vectores trasladados de otros sectores, y son comunas donde se tiene temperaturas más altas que en otras comunas (promedio de diferencia un grado), lo cual facilita la proliferación del vector, adicionalmente en estos sectores abundan viviendas con solares y patios con objetos a la intemperie. (Ver figura 46).

Figura No. 46 Índice promedio de recipientes (sumideros) de larvas de Aedes Aegypti en Cali por comuna 1998-2010



Cólera

Durante el año 2011 no se reportaron eventos relacionados con esta patología.

Enfermedad de Chagas

El municipio de Cali no es zona endémica para la enfermedad de Chagas y los casos reportados al SIVIGILA corresponden a pacientes procedentes de otras regiones del país.

Los casos detectados se diagnostican en la fase crónica o tardía, con diagnóstico clínico de cardiomiopatías dilatadas e insuficiencias cardiacas manejadas en IPS de nivel III, que no están considerando en la Historia Clínica, la exploración de antecedentes epidemiológicos relacionados con la exposición en zonas endémicas, como tampoco el diagnóstico por métodos inmunológicos.

Leishmaniasis

Para el año 2011 se notificaron 86 casos leishmaniosis cutánea, se notifico uno de leishmaniosis visceral y fue descartado por laboratorio y no se reportaron casos de leishmaniosis mucosa.

No se presentaron casos autóctonos de la

enfermedad, los casos son procedentes de fuera de Cali

La tabla No. 33 presenta los indicadores relacionados con esta prioridad

Tabla No. 33 Indicadores de Enfermedades transmisibles y zoonosis. Municipio de Santiago de Cali. 2011

Indicador	Valor indicador	Fuente-Año
Rabia		
Casos de rabia humana transmitida por perro	0	SIVIGILA, SSPM 2011
Casos de rabia en perros	0	SIVIGILA, SSPM 2011
Control de focos en rabia silvestre	0	ICA
Cobertura de vacunación antirrábica canina	65,3	Area Salud ambiental SSPM,2011
Cobertura de vacunación antirrábica felina	91,7	Area Salud ambiental SSPM,2011
Leptospirosis		
Tasa de incidencia de Leptospirosis (x100,000 HAB)	10,88	SIVIGILA, SSPM 2011
Tasa de mortalidad por Leptospirosis	0,04 por 100mil	SIVIGILA, SSPM 2011. RUAF-ND
Letalidad por Leptospirosis	0,40	SIVIGILA, SSPM 2011. RUAF-ND
Dengue		
Tasa de incidencia de dengue (100,000 hb)	78,69	SIVIGILA, SSPM 2011
Proporción de casos de dengue grave	10,81	SIVIGILA, SSPM 2011
Proporción de hospitalizaciones por Dengue Grave	53,89	SIVIGILA, SSPM 2011
Letalidad por dengue grave	0,52	SIVIGILA, SSPM 2011. RUAF-ND
Tasa de mortalidad por dengue	0,04 por 100 mil hab.	SIVIGILA, SSPM 2011. RUAF-ND
Leishmaniasis		
Tasa de incidencia anual por forma clínica de leishmaniasis (cutánea, mucosa, visceral)	3,7/100,000 hb	SIVIGILA, SSPM 2011
Letalidad por leishmaniasis visceral	0	SIVIGILA, SSPM 2011. RUAF-ND
Fiebre Amarilla		
Numero de muertes por FA	0	SIVIGILA, SSPM 2011
Numero de casos por FA	1	SIVIGILA, SSPM 2011. RUAF-ND
Chagas		
Prevalencia de chagas	0,09	SIVIGILA, SSPM 2011
Tasa de incidencia de chagas	0,09	SIVIGILA, SSPM 2011
Letalidad por chagas	0	SIVIGILA, SSPM 2011. RUAF-ND

5.3.5. Crónicas no transmisibles y discapacidad.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT), son un problema nacional e internacional de salud pública que afecta a la mayoría de naciones, pero tiene un impacto muy importante sobre las poblaciones en situación de vulnerabilidad económica y social y actualmente son la principal causa de morbi-mortalidad del país. La preponderancia adquirida por estos eventos y las opciones concretas para su prevención, las definen como prioritarias, e indican que se deben adelantar acciones para enfrentarlas.

Las enfermedades crónicas, se definen como un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las cuales generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico, como desde la perspectiva de dependencia social e incapacidad que producen.

En Santiago de Cali, se observa un aumento considerable en las tasas de mortalidad por las enfermedades del grupo cardiovascular y los tumores malignos. Al comparar las primeras causas de mortalidad del año 1985 con las del año 2010, se observa poca variación en el orden de las primeras causas y un considerable incremento en las tasas de mortalidad del año 2010, en especial las enfermedades del grupo cardiovasculares. De las 15.977 muertes no fetales, registradas en Cali en el año 2010, el 76.7% (12.258) corresponden a personas residentes en la ciudad. El 26% (3.209) de las causas de muerte son producto de enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos representaron el 20 % (2.507), lo que significa el 46% del total de muertes.

Al analizar la relación por causas de defunción de hombres y mujeres entre las primeras causas de muerte, los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares, son una razón de riesgos que se aproxima a la unidad, propias del avance en la transición demográfica y epidemiológica.

Como resultado de varios factores (la transición demográfica, la reducción de la tasas de crecimiento vegetativo que resulta de la diferencia entre la natalidad (13.34 por 1000 N.V año 2010.) y la mortalidad (5.46 por 1000 Hbtes año 2010); y el aumento de la esperanza de vida al nacer por la disminución en las tasas de natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil) la pirámide poblacional ha pasado de ser expansiva a constrictiva. Lo que unido al proceso de envejecimiento de la población, hace que crezca el riesgo de muerte en la

población vieja.

Otro aspecto que ha contribuido al cambio en la pirámide poblacional es la alta migración neta positiva, como la relación de alta inmigración y la moderada emigración, resultado de los desplazamientos masivos, en su gran mayoría forzosos.

La tabla No. 34, presenta los indicadores de enfermedades crónicas para el municipio correspondientes al año 2011.

Tabla 34. Indicadores Enfermedades Crónicas no trasmisibles. Santiago de Cali. 2011

Indicador	Valor indicador	Fuente-Año
Actividad física		
Prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años	19,9	ENSIN
Prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años	20%	SSPM_CEDETES
Enfermedad renal crónica		
Prevalencia de insuficiencia renal crónica	5,94 X 10000 HAB	CUENTA ALTO COSTO
Número de casos nuevos de insuficiencia renal crónica	1349	CUENTA ALTO COSTO
Tasa de mortalidad por insuficiencia renal crónica	8,98	DANE, E.V., RUAF
Diabetes mellitus		
Prevalencia de diabetes mellitus	4,7	CEDETES SSPM
Número de casos nuevos de diabetes mellitus	5644	CUENTA ALTO COSTO
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	14,5	tasa x 100.000 hab
Hipertensión arterial		
Prevalencia de hipertensión arterial	16,5	CEDETES SSPM
Número de casos nuevos de hipertensión arterial	53949	CUENTA ALTO COSTO
Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva	43,49	DANE, E.V., RUAF
Cancer		
Tasa de mortalidad por Cancer de estomago	12,8	DANE
Tasa de mortalidad por Cancer de prostata	9,4	DANE
Tasa mortalidad Leucemias Pediátricas	1,28 x 100 mil menores de 15 años	DANE, RUAF, VIGILANCIA
Tasa incidencia Leucemias Pediátricas	4,6 X 100 mil menores de 15 años	DANE, RUAF, VIGILANCIA

Aunque las causas de las enfermedades cardiovasculares son múltiples, las estrategias para su control se han enfocado tradicionalmente a tratar el enfermo y a intervenir sobre los factores de riesgo tales como hipertensión, tabaquismo, sedentarismo e hipercolesterolemia, entre otros.

Acciones sobre todos estos factores, suelen confluir al fomento de la adopción de los denominados estilos de vida saludables, en el cual los distintos actores del sistema de salud ya vienen realizando acciones.

El fomento de una nutrición saludable, la actividad física, el control de tabaquismo mediante la promoción de espacios 100% libres de humo de cigarrillo en los entornos priorizados (tales como escuelas, universidades, parques, centros comerciales, empresas y eventos masivos de ciudad), han sido las intervenciones que ha realizado la Secretaría de Salud Pública Municipal para el control de estas enfermedades y como un componente importante de la política de promoción de la salud en la ciudad.

El Censo 2005 estableció para el país una prevalencia de discapacidad del 6,4%. Para el municipio de Cali, se estableció una proporción de 5.8% de personas con alguna limitación siendo la más frecuente la relacionada con aquellas relacionadas con la visión y los movimientos como se observa en la tabla No. 35.

Tabla No. 35 Indicadores Discapacidad. Santiago de Cali. 2011

Indicadores de Discapacidad	Valor Indicador	Fuente - Año
Proporción de población con alguna limitación	52171	DANE 2010
Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para ver a pesar de usar lentes o gafas	19,2% (25.090 personas)	Secretaría de Salud Departamental 2010.
Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para oír aún con aparatos especiales	8,5% (11.110 personas)	Secretaría de Salud Departamental 2010.
Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para hablar	7,6% (9.988 personas)	Secretaría de Salud Departamental 2010.
Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para usar piernas, manos o brazos.	18,6% (24.346 personas)	Secretaría de Salud Departamental 2010.

5.3.6. Salud Nutricional

Santiago de Cali, ha tenido cambios en el comportamiento nutricional infantil en las últimas tres décadas. Uno de estos cambios es la disminución progresiva de la desnutrición relacionada con el peso y con la edad, aunque aún persiste retraso en talla del 5%, que evidencia déficit de aporte nutricional constante y que tiene implicaciones en el desarrollo físico y cognitivo. Un condicionante es bajo peso al nacer, que en el municipio entre los años 2010 reporta 9,69 % y 2011 9,35%, sin cambios significativos. Sin embargo está por debajo del 10%, que es la meta para Colombia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Al parecer buena parte de este indicador se basa en los hijos de madres adolescentes, considerando

que es un factor de riesgo para bajo peso al nacer.

La tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años en Cali para el año 2011, fue de 8,5 casos por cada 100.000 niños menores de 5 años, (15 casos) presentando una disminución de 16,70% respecto al año 2010, donde se presentó una tasa de 10,2 casos por 100.000 menores de 5 años (18 casos).

Una situación actual emergente es el sobre peso y obesidad en población infantil y escolar, con aumento progresivo. Según el sistema de vigilancia nutricional escolar, el exceso de peso en el 2010 fue de 18,8%, para 2011 en el primer semestre fue de 22.8% y para el segundo semestre de 23 %. Esta condición implica la presencia de obesidad como enfermedad crónica y como factor de riesgo para la aparición de otras importantes patologías como la diabetes, dislipidemias y las cardiovasculares, en población cada vez más joven; ésta transición se da como resultado de estilos de vida inadecuados, expresado en consumo excesivo de calorías vacías, bajo consumo alimentos de alto valor nutricional entre ellos el bajo consumo de frutas y verduras.

En Cali en el 2007 de acuerdo al estudio de prevalencia realizado por CEDETES, Universidad del Valle y la Secretaría de Salud Pública Municipal, la población mayor de 18 años, presentó los siguientes resultados: alimentación inadecuada, 82.1% y sedentarismo, 79%, que contribuyen al incremento considerable de las enfermedades no transmisibles como una de las principales causas de morbilidad en el municipio⁵². (Tabla No. 36).

⁵² CEDETES, Prevalencia de los Factores de Riesgo del comportamiento asociados a ECNT Cali. 2005

Tabla No. 36 Indicadores de salud nutricional. Municipio de Santiago de Cali.

Indicador	Valor indicador	Fuente-Año
Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer menor a 2500 grs.	9,3%	SSPM, ESTAD. 2011
Porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años (peso / Edad)	0,9%	ENDS, 2010
Porcentaje de desnutrición aguda en niños menores de 5 años	1,1%	ENDS, 2010
Porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de 5 años	5,3%	ENDS, 2010
Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años	0,08 por cada 1000 niños	DANE- E.V., RUAF 2011
Duración promedio de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	0,8%	ENSIN 2010
Duración de lactancia materna en la primera hora	67,1%	ENSIN 2010
Duración total de la lactancia	15,6%	ENSIN 2010
Proporción de maternas que recibieron consejería de lactancia materna durante el primer mes	77,3%	ENSIN 2010
Cobertura de suministro de ácido fólico/otras vitaminas durante el embarazo	88,6%	ENDS 2010
Prevalencia de delgadez en población de 18 a 64 años	2,8%	ENSIN 2010
Prevalencia de sobrepeso en población de 18 a 64 años	36,6%	ENSIN 2010
Prevalencia de obesidad en población de 18 a 64 años	17,0%	ENSIN 2010
Prevalencia de sobrepeso en mujeres de 15 a 49 años	13,9%	ENDS 2010
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años	3,7%	ENDS 2010
Proporción de niños de 5 a 9 con diagnóstico de desnutrición crónica	4,7%	ENSIN (EL DATO CORRESPONDE A NIÑOS 5 A 17 AÑOS)

5.3.7. Sanitaria y del ambiente

Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente⁵³ y a la misión de proteger la salud de la población caleña vigilando los riesgos de enfermedad, la Secretaría de Salud Pública Municipal realiza la vigilancia de la calidad del agua tratada, potabilizada y distribuida en las diferentes comunas y corregimientos, mediante la toma de muestras y análisis de la calidad del agua suministrada y distribuida por los diferentes prestadores del servicio de agua potable existentes, tanto en la zona urbana como rural del Municipio. Además de visitas de inspección sanitaria a las diferentes plantas de tratamiento de agua, administradas por EMCALI E.I.C.E. – E.S.P., entre otras actividades.

Agua para consumo humano

Para evaluar la calidad del agua abastecida por EMCALI E.I.C.E. – E.S.P., en el área urbana, se tomaron un total de cuatrocientas veintinueve (429) muestras, en los puntos concertados; de las cuales el 97% (418) corresponden a muestras rutinarias de vigilancia de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2115 de 2007 y el 3% (11), corresponde a muestras tomadas para análisis de metales pesados, en puntos concertados de la red de distribución de

EMCALI E.I.C.E. – E.S.P. (Hierro, Cobre, Plomo, Cadmio y Mercurio).

Teniendo en cuenta los valores registrados en la Tabla No. 37, el agua abastecida por EMCALI, en el Área urbana del Municipio de Santiago de Cali, no genera riesgo hacia la salud de la población debido a que todos los valores del Índice de Riesgo de Calidad de Agua (IRCA) se encuentran dentro del rango de 0 a 5% y de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2115 de 2007, el agua es apta para el consumo humano.

El valor del IRCA del agua abastecida por EMCALI E.I.C.E. – E.S.P., durante el periodo enero – diciembre de 2011, corresponde a 0,36% indicando igualmente un agua sin riesgo para la salud de la población caleña que habita en el Área urbana.

En el período de análisis, se encontraron variaciones en el resultado de los valores de IRCA en algunas de las muestras tomadas en las redes alta, baja y reforma, debido a las condiciones invernales del país y Valle del Cauca, lo cual generó alteración de la turbiedad en las fuentes de abasto (Ríos Cali, Cauca y Meléndez) de maneras intempestivas y superando los valores de diseño a ser tratados en las plantas (Rio Cali, Puerto Mallarino y Reforma, respectivamente), lo que ha provocado suspensiones del servicio, mayor adición de químicos como sulfato de aluminio y cloruro férrico. Esta situación igualmente afectó la calidad del agua tratada en estos mismos sistemas, generando variaciones en la turbiedad y el aluminio del agua suministrada a valores por encima de lo establecido en la norma⁵⁴, sin afectar la salud de la población pues los niveles de riesgo no sobrepasaron el nivel bajo de riesgo.

⁵³ Instituto Nacional de salud. Decreto 1575. 2007. Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Resolución 2115 de 2007. Ministerio de Protección Social. Resolución 000082 de 2009. Resolución 4716 de 2010.

⁵⁴ Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Resolución 2115 de 2007

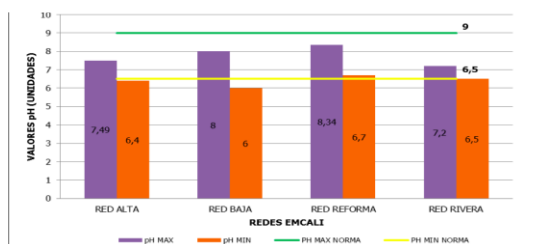
Tabla No. 37 Índices de Riesgo de Calidad de Agua (EMCALI E.I.C.E. - E.S.P.) .2011

RED	PUNTO DE TOMA	COMUNA	No. MUESTRAS PROGRAMA DAS	No. MUESTRAS TOMADAS	% DE CUMPLIMIE NTO	VALOR IRCA	NIVEL DE RIESGO
ALTA	Terrón Colorado	1	16	15	94	0	SIN RIESGO
ALTA	Aguacatal	1	12	12	100	1,8	SIN RIESGO
ALTA	Juanambú	2	14	13	93	0,4	SIN RIESGO
ALTA	Peñón	3	16	15	94	1,1	SIN RIESGO
ALTA	San Fernando	19	15	14	93	0	SIN RIESGO
BAJA	Meléndez	18	17	15	88	0	SIN RIESGO
BAJA	Pampalinda	19	22	20	91	0,2	SIN RIESGO
BAJA	Ciudad Jardín	22	20	19	95	0,2	SIN RIESGO
BAJA	Av. Cañas Gordas	22	16	15	94	0,2	SIN RIESGO
BAJA	Ciudad Córdoba	15	21	19	90	0,1	SIN RIESGO
BAJA	Poblado II	13	20	20	100	1,3	SIN RIESGO
BAJA	Floralia	6	19	19	100	0	SIN RIESGO
BAJA	Calima	4	20	19	95	0	SIN RIESGO
BAJA	Torres Comfandi	5	17	17	100	0,1	SIN RIESGO
BAJA	La Flora	2	16	15	94	1,1	SIN RIESGO
BAJA	Gualanday	22	21	18	86	0,1	SIN RIESGO
BAJA	Alfonso Lopez	7	12	12	100	0,1	SIN RIESGO
BAJA	Americas	8	12	11	92	1,4	SIN RIESGO
BAJA	Guayaquil	9	12	11	92	0	SIN RIESGO
BAJA	Colón	10	12	11	92	1,8	SIN RIESGO
BAJA	San Carlos	11	12	12	100	0,1	SIN RIESGO
BAJA	Nueva Floresta	12	11	10	91	0	SIN RIESGO
BAJA	Oquedese	14	11	11	100	0	SIN RIESGO
BAJA	Unión	16	11	11	100	0,2	SIN RIESGO
BAJA	El Limonar	17	13	12	92	0	SIN RIESGO
BAJA	Decapaz	21	11	11	100	0,2	SIN RIESGO
REFORMA	Lourdes	18	10	9	90	0,4	SIN RIESGO
REFORMA	Venezuela	20	19	18	95	0,3	SIN RIESGO
RIBERA	Villas de la María	22	15	14	93	0,1	SIN RIESGO
TOTALES			443	418	94	0,36	SIN RIESGO

Fuente: SSPM. Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Informe de Gestión. 2011

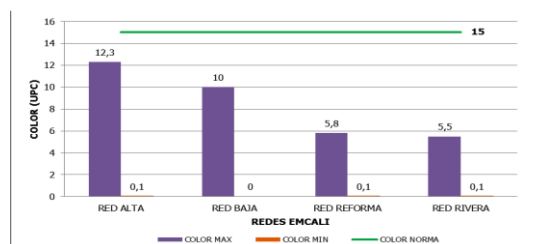
Con relación al pH, Color y Cloro Residual estos parámetros no presentaron alteraciones significativas fuera de los valores establecidos en la norma⁵⁵, en ninguna de las redes abastecidas por el prestador en el periodo evaluado (Figuras 47,48 y 49).

Figura No. 47 Comportamiento del pH en las diferentes redes de EMCALI E.I.C.E. Municipio de Cali.2011



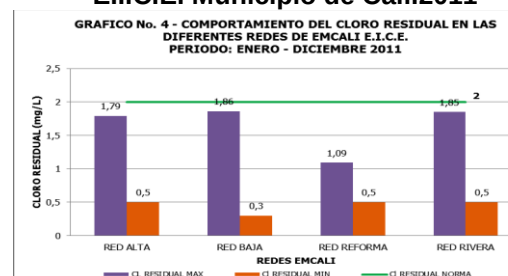
Fuente: SSPM. Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Informe de Gestión. 2011

Figura No. 48 Comportamiento del color en las diferentes redes de EMCALI E.I.C.E. Municipio de Cali.2011



Fuente: SSPM. Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Informe de Gestión. 2011

Figura No. 49 Comportamiento del cloro residual las diferentes redes de EMCALI E.I.C.E. Municipio de Cali.2011



Fuente: SSPM. Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Informe de Gestión. 2011

En el caso de la turbiedad, se encontraron valores por encima de lo establecido en la norma⁵⁶, en las redes Alta, Baja y Reforma, abastecidas con el agua tratada por las plantas Rio Cali, Puerto Mallarino, y Reforma, las cuales tuvieron gran afectación por el invierno, pues el agua de las fuentes (Ríos Cali, Cauca y Meléndez, respectivamente), superó la capacidad a tratar por las plantas y las turbiedades sólo se presentaron en el primer trimestre del año (Figura No. 50).

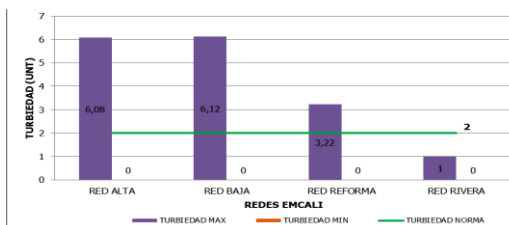
El incremento de la turbiedad en las fuentes abastecedoras de las diferentes plantas, exigió el aumento de la dosificación de sulfato de aluminio para la remoción de la misma, generando un impacto en el agua tratada proveniente de las redes alta, baja y reforma

⁵⁵ Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Resolución 2115 de 2007

⁵⁶ Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Resolución 2115 de 2007

(plantas Río Cali, Puerto Mallarino y Reforma, respectivamente), la cual presento valores de aluminio por encima de la norma en las muestras de vigilancia tomadas el día 19 de abril (Red baja, 5 muestras: puntos concertados Ciudad Jardín, Comuna 22; Avda. Cañasgordas, Comuna 17; Ciudad Córdoba, Comuna 16 y Pampalinda, Comuna 19) y los días 30 y 31 de mayo en los puntos concertados Venezuela y Juanambú pertenecientes a las redes Reforma y Alta (Plantas Reforma y Río Cali, respectivamente).

Figura No. 50 Comportamiento de la turbiedad en las diferentes redes de EMCALI E.I.C.E. Municipio de Cali.2011



Fuente: SSPM. Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Informe de Gestión. 2011

Pese a la ola invernal, el comportamiento de los parámetros microbiológicos del agua potabilizada (coliformes totales y fecales), no presentó variaciones, pues se encontraron dentro de lo establecido en la norma (0 UFC/ml).

En la Tabla No. 38 se observan los resultados de los análisis realizados a muestras puntuales de metales pesados en puntos de la red de EMCALI, donde se encontró que los valores de Hierro, Plomo y Cadmio, estaban debajo de los límites establecidos en la norma⁵⁷; las trazas encontradas deben seguir siendo monitoreadas. En cuanto a Cobre y mercurio, los límites de detección y cuantificación del equipo de absorción atómica se encuentran por debajo de los límites establecidos en esta misma normatividad, para el agua potable.

⁵⁷ Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Resolución 2115 de 2007

Tabla No. 38. Resultados Muestras puntuales de metales pesados en puntos de la Red de EMCALI E.I.C.E. – E.S.P. Año 2011

RED	SITIO DE TOMA	HIERRO (mg/L)			COBRE (mg/L)			PLOMO (mg/L)			CADMIO (mg/L)			MERCURIO (mg/L)		
		JUNIO	JULIO	NORMA	JUNIO	JULIO	NORMA	JUNIO	JULIO	NORMA	JUNIO	JULIO	NORMA	JUNIO	JULIO	NORMA
ALTA	Tanque Colocado	0.023	0.0035	0.3	ND	ND	1	0.003	ND	0.01	0.008	0.0038	0.005	ND	ND	0.001
REFORMA	Villa de la Merced	0.024	0.034	0.3	ND	ND	1	0.005	ND	0.01	0.0024	0.0024	0.005	ND	ND	0.001
	Venezuela	0.005	0.042	0.3	ND	ND	1	0.004	ND	0.01	0.001	0.001	0.005	ND	ND	0.001
BAJA	Niandez	0.019	0.0021	0.3	ND	ND	1	0.002	ND	0.01	0.007	0.0018	0.005	ND	ND	0.001
BAJA	Ampicay	0.019	ND	0.3	ND	ND	1	0.0022	ND	0.01	0.005	0.008	0.005	ND	ND	0.001
BAJA	Cuandabaz	0.002	0.3		ND	1		0.005	0.01		0.001	0.003		ND	0.001	

Fuente: SSPM. Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Informe de Gestión. 2011

Respecto al agua Abastecida por EMCALI en establecimientos que cuentan con Tanques de Distribución y almacenamiento interno de agua potable, se realizaron tomaron y analizaron 179 muestras provenientes de sistemas de almacenamiento de agua potable de 149 establecimientos de los cuales 87% correspondía a unidades residenciales ubicadas en las comunas 2 y 17 de la ciudad y 13% a sitios de máxima afluencia pública, tales como centros Comerciales, Hoteles, Centro Penitenciario, etc... Estos últimos sitios fueron muestreados con el fin de evaluar las condiciones de la calidad del agua almacenada, teniendo en cuenta el aumento de visitantes en algunos de estos por el Mundial Sub 20 realizado en el mes de agosto.

El 95% de los establecimientos, cuentan con valores de IRCA, sin riesgo para la salud de la población; el 5% restante cuenta con valores de IRCA desde riesgo bajo a alto, en los cuales se realizó visita de inspección y se dejaron recomendaciones que contribuyeron a mejorar las condiciones de almacenamiento de agua acorde a la normatividad vigente⁵⁸.

En cuanto a las Unidades Residenciales el 23% (30), fueron visitadas por personal de la Secretaria, encontrando que hay condiciones de mantenimiento, operación y estructura que

⁵⁸ Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Resolución 2115 de 2007

deben ser mejoradas, con el fin de mantener la calidad del agua almacenada⁵⁹.

En el área Rural del Municipio, durante el periodo enero a septiembre del año 2011, se tomaron un total de ciento setenta (170) muestras, en sistemas de abasto colectivo con PTAP y sin PTAP y sistemas privados, como lo muestra la Tabla No. 39.

Tabla No. 39. Muestras de vigilancia y control de la calidad del agua. Enero- Septiembre 2011. Área rural. Santiago de Cali

SISTEMA COLECTIVO TOTAL	NIVEL DE RIESGO				
TOTAL MUESTRAS	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	INVIALE
170	67	1	59	35	8
100%	39,40%	0,60%	34,70%	20,60%	4,70%
SISTEMA COLECTIVO CON PTAP	NIVEL DE RIESGO				
TOTAL MUESTRAS	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	INVIALE
115	59	1	37	18	0
100%	51,30%	0,90%	32,20%	15,70%	0,00%
SISTEMA COLECTIVO SIN PTAP	NIVEL DE RIESGO				
TOTAL MUESTRAS	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	INVIALE
30	0	0	11	13	6
100%	0,00%	0,00%	36,70%	43,30%	20,00%
SISTEMA PRIVADO	NIVEL DE RIESGO				
TOTAL MUESTRAS	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	INVIALE
25	8	0	11	4	2
100%	32,00%	0,00%	44,00%	16,00%	8,00%

Fuente: SSPM. Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Informe de Gestión. 2011

De las 18 muestras tomadas en PTAPS, que presentan riesgo alto, 7 y 2 que pertenecen al acueducto de Montebello y La Pailita, los cuales no presentan mejoría en sus procesos de tratamiento. 1 en Morgan y Cabecera El Hormiguero, los cuales en muestras posteriores pasan a un "nivel de riesgo a Medio". 2 en el sistema de Campo Alegre en el cual en muestras posteriores se pasa a un nivel de "Sin Riesgo" y 2 en el sistema de Flamenco, en donde la JAA realizó limpieza interior de las unidades de filtración y adecuaciones en el sistema de desinfección.

Se observa en la Tabla No. 40, que los sistemas evaluados y reportados al SIVICAP, en el año 2011, que abastecen el área Rural del Municipio, producen aguas con niveles de riesgo

desde sin riesgo a inviable sanitariamente, siendo este último, un mínimo porcentaje.

Tabla No. 40. Sistemas rurales evaluados y reportados AL SIVICAP. Municipio de Cali.2011

PUNTO DE TOMA	CORREGIMIENTO	Nº MUESTRAS	Nº MUESTRAS	% DE CUMPLIMIENTO	VALOR BRCA	NIVEL DE RIESGO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO PICO DE AGUILA	PICO DE AGUILA	3	3	100	11	BAJO
ACUAPILAS	PILAS DE CABUYAL	4	4	100	0	SIN RIESGO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO KM 18	KILOMETRO 18	4	4	100	6,2	BAJO
ECESALADITO	EL SALADITO	1	1	100	85,2	INVIALE SANITARIAMENTE
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO LA CASTILLA	LA CASTILLA	4	4	100	2,1	SIN RIESGO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO EL BANQUEO	EL BANQUEO	3	3	100	12,7	BAJO
ACOPS	CAMPO ALEGRE	6	6	100	15,7	MEDIO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO LA VORAGINE	LA VORAGINE	4	4	100	8,8	BAJO
ECAP	FELEDA	7	7	100	2,5	SIN RIESGO
ACUEDUCTO LA SIRENA	SAN RAFAEL	4	4	100	0	SIN RIESGO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO LA SIRENA	LA SIRENA	3	3	100	0	SIN RIESGO
ACUELVIRA	LA EVIRA	5	4	80	0	SIN RIESGO
ACUELFAMENCO	FLAMENCO	5	5	100	18,6	MEDIO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO LA SIRENA	SAN RAFAEL	1	1	100	78,7	ALTO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO LA SIRENA	CASCUAL 1	12	10	83	5,5	SIN RIESGO
ACUEDUCTO ALTO DE LOS MANGOS	CRUCERO ALTO DE LOS MANGOS	4	4	100	1,6	SIN RIESGO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO LA VORAGINE	LA VORAGINE	1	1	100	18,7	MEDIO
ECALISA	LAS PALMAS	4	4	100	16,1	MEDIO
EMAC	LA LUISA	3	3	100	6,1	BAJO
ESAG	GOLOSORINAS	3	3	100	5,5	BAJO
ACUELBUTRERA	LA BUTRERA	5	5	100	3,3	SIN RIESGO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO LA SIRENA	LEONERA	2	2	100	8,8	BAJO
SERVIGUAS	MONTIBELLO	8	8	100	18,8	MEDIO
SERVIGUAS EL ESTERO	HUARRIO	2	2	100	2,2	SIN RIESGO
EL HORMIGUERO	EL HORMIGUERO	4	4	100	10,9	BAJO
LA REFORMA	LA REFORMA	2	2	100	0	SIN RIESGO
ACUEDUCTO EL MANANTIAL	MORGAN	2	2	100	24,1	MEDIO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO LA SIRENA	VECINOS DE CRISTO REY	1	1	100	0	SIN RIESGO
ASOCIACION DE USUARIOS DE ACUEDUCTO LA SIRENA	LA PALITA	3	3	100	33,3	MEDIO
ADMC	LA PAZ	2	2	100	38,3	ALTO
TOTALES		112	109	97	10,4	BAJO

Fuente: SSPM. Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Informe de Gestión. 2011

Para el periodo enero – diciembre de 2011, se reportaron treinta (30) acueductos, en los cuales se encontró que el 40% (12), abastecen agua sin riesgo para la población; el 23 y 27%, abastecen agua en mediano y bajo riesgo, respectivamente; disminuyendo de manera considerable los niveles de riesgo alto e inviable sanitariamente (7 y 3%, respectivamente).

De otra parte en el área urbana, se visitó cada una de las cinco plantas administradas por el prestador del servicio EMCALI E.I.C.E. – E.S.P.: Rio Cali, Rio Cauca, Puerto Mallarino, La Reforma y La Rivera; aplicando el Formulario Único de Acta de Inspección Sanitaria a los Sistemas de Suministro de Agua para Consumo Humano⁶⁰. Los presentados en la Tabla No. 41

Tabla No. 41. Índices de Riesgo de calidad, Abasto de agua y Buenas prácticas

⁵⁹ SSPM. Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Informe de Gestión. 2011

⁶⁰ Ministerio de Protección Social. Resolución 000082 de 2009

**sanitarias en las diferentes plantas
administradas por EMCALI E.I.C.E. – E.S.P.,
en el Área urbana del Municipio de Santiago
de Cali. Año 2011**

PLANTA DE TRATAMIENTO	IRCApp	IRABApp	BPSpp	PUNTAJE	CONCEPTO SANITARIO
RIO CALI	0,36	0	10	3,18	FAVORABLE
REFORMA	0,36	0	7	2,28	FAVORABLE
LA RIVERA	0,36	0	12	3,78	FAVORABLE
RIO CAUCA	0,36	0	6	1,98	FAVORABLE
PTO. MALLARINO	0,36	0	9	2,88	FAVORABLE
TOTAL PRESTADOR	0,36	0	8,8	2,82	FAVORABLE

Fuente: SSPM. Programa de vigilancia de la calidad del

Agua para uso recreativo

Cali, cuenta con alrededor de 1300 establecimientos que tiene piscina. Desde el año 1983 realiza control a estos establecimientos logrando a la fecha un cumplimiento por parte de ellos de un 70% en el cumplimiento de requisitos de calidad, disminuyendo la incidencia de enfermedades micóticas en bañistas.

De otra parte con la expedición de nueva normatividad sobre el tema⁶¹, se viene trabajando en seguridad de piscinas logrando que a la fecha el 40% de los establecimientos cumplan con cerramiento de la piscina, disminuyendo la incidencia de accidentes por ahogamiento a nivel de clubes, unidades residenciales y recreativas⁶².

Residuos sólidos hospitalarios y afines

Desde el año 2002 se viene controlando las IPS, laboratorios, centros de estética, funerarias y ópticas. De 572 IPS, el 80% cumplen con PGRHS. La principal dificultad asociada al cumplimiento parcial se encuentra relacionada con las bodegas de almacenamiento de residuos. 6 empresas de recolección de residuos hospitalarios que funcionan en la ciudad cubren las IPS controladas, sin embargo, todavía hay problemas en IPS que realizan atención domiciliaria, y en algunas salas de belleza y funerarias.

Adicionalmente ha disminuido el reporte de quejas por mal manejo de residuos hospitalarios pasando de 6 en el año en el año 2009, a 4 en el año 2010 y 1 en el año 2011(queja que luego de ser atendida se identificó y fue relacionada con residuos comunes y no hospitalarios).

En el año 2011 se reportaron un total de 317309,2 kg de residuos hospitalarios recogidos por las empresas y tratados en forma adecuada, se realizó también control a las empresas de aseo logrando un mejoramiento en el 100% de ellas⁶³.

Control de establecimientos

Se controlan en promedio 21000 establecimientos de los 23000 censados, logrando una mejora del 60,1% en 2011. Al mismo tiempo se controlan instituciones educativas, de policía, de seguridad entre otras, de las cuales se tiene un cumplimiento del 61%⁶⁴.

Control de alimentos

En Cali existen alrededor de 7000 expendios de alimentos y 3000 establecimiento de gourmet, donde se realiza control estricto. El cumplimiento de estos establecimientos en 2011 fue del 62%, siendo el factor de menos cumplimiento el almacenamiento de la materia prima para elaborar alimentos, higiene y limpieza de mesones y equipos.

Se tomaron 1395 muestras de alimentos de las cuales 34% fueron rechazadas, observándose una disminución comparada con años anteriores (superior al 40%); la distribución de microorganismos presentes se observa en la figura No. 51.

El principal problema en la ciudad frente a alimentos es la proliferación de negocios que no

⁶¹ Republica de Colombia. Ley 1209.2008

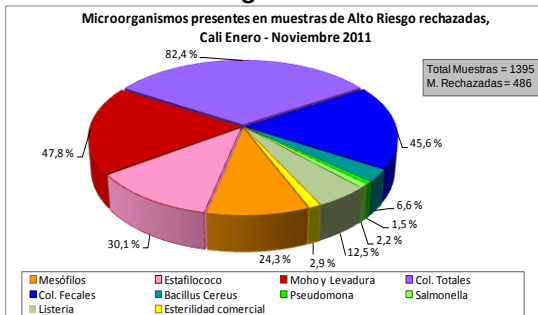
⁶² SSPM.Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011

⁶³ SSPM.Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011

⁶⁴ SSPM.Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011

cumplen con requisitos de legalidad, y por tanto su control se dificulta.

Figura 51



Fuente: SSPM. Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011

La tabla 42 presenta algunos de los indicadores sanitarios y del ambiente del municipio.

Tabla No. 42 Indicadores sanitarios y del ambiente. Municipio de Santiago de Cali. 2011

Indicador	Valor indicador	Fuente-Año
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano -IRCA	IRCA, SEPT 2012 de 0,2, Área urbana/ IRCA, SEPT 2012 de 13,93 Área rural	Salud Ambiental SSPM.
Índice de riesgo municipal por abastecimiento de agua para consumo humano -IRABAm	IRABa zona urbana : 2 (sin riesgo); Zona rural:38 (riesgo medio)	Salud Ambiental SSPM.
Proporción de viviendas con servicio domiciliario de acueducto	Área urbana 98,6%, Área rural 75,6%	Salud Ambiental SSPM.
Proporción de viviendas con servicio domiciliario de alcantarillado	Área urbana 96,8%, Área rural 35,3%	Salud Ambiental SSPM.
Proporción de viviendas con servicio domiciliario de recolección de basura	Área urbana 94%	Salud Ambiental SSPM.
Proporción de viviendas con servicio domiciliario de gas natural	Área urbana 62,7%	Salud Ambiental SSPM.

5.3.8. Seguridad laboral

No se encontró información relacionada con los indicadores de seguridad laboral para el municipio

5.3.9 Salud mental

La tasa general de violencia intrafamiliar reportada fue de 278,6 casos por cada 100.000 habitantes. La distribución por sexo presenta para las mujeres 395,4 casos por 100.000, mientras que los hombres presentaron 151 casos por 100.000, situación que evidencia aproximadamente 3 casos de violencia familiar en mujeres por cada caso en hombres. En el caso de la violencia sexual el reporte indica que para el año 2011 el 51% de las víctimas eran menores de 14 años.

La violencia intrafamiliar se caracteriza por ser efectuada por el hombre en el 95% de los casos, el 44% es de tipo físico, el 36% son los padres los causantes de dicha violencia, seguidos por la pareja con 32%, las víctimas tienen entre 30 a 59 años de edad y el 30% de las personas que la sufren han alcanzado sólo la primaria incompleta.

En general, según el Estudio Nacional de Consumo de SPA 2008, el 12.1% de la población de Cali habría consumido alguna sustancia ilegal en algún momento de su vida. Sin embargo, existen consumos altos en marihuana y más reducidos en cocaína, que se pueden describir de la siguiente manera:

- La marihuana es la sustancia ilegal con el nivel más alto de consumo por encima de los indicadores nacionales. El 10.6% habría consumido marihuana alguna vez en la vida.
- En Cali, 3.9% de las personas han consumido marihuana en el último año, este porcentaje es 69% más alto que el observado en Colombia (2.3%).
- El porcentaje de consumo de cocaína en Cali es 28% mayor que en el consumo del país.

Por otra parte, el análisis del consumo de alcohol, aunque hace parte del conjunto de las sustancias psicoactivas, se realiza de manera especial, teniendo en cuenta que por ser legal su consumo es alto y generaría un sesgo en los datos del promedio:

- En Cali, el 82.9% de las personas ha consumido alcohol alguna vez en la vida.
- El 59.3% de los caleños ha consumido alcohol en el último año.
- En general, el 8.3% de las personas de Cali presentan consumo perjudicial y de riesgo de alcohol; este porcentaje es 17% menor que el del Valle (10.1%) y 31% más bajo que la prevalencia nacional (12.1%).

En cuanto a las intoxicaciones se notificaron 841 casos, dentro de las más comunes se destacan las producidas por fármacos (34%), plaguicidas (26%) y sustancias psicoactivas (16%), concentrando el 77% del total de casos.

De acuerdo al tipo de exposición, se encontró que la intencionalidad suicida concentra el 46%, seguida por la accidental 19%, concentrando éstas dos 66% del total de casos. Los fármacos y los plaguicidas son las sustancias más utilizadas en intencionalidad suicida (46% y 38% respectivamente) al igual que en las de tipo accidental.

En cuanto la edad de la personas con intencionalidad suicida, muestra que las menores de 40 años concentran el 80% de todos los casos notificados, destacándose el grupo de 15 a 24 años (50%), es decir, personas jóvenes. Teniendo en cuenta el sexo, las mujeres concentran 68% del total de casos en intencionalidad suicida en contraste con 32% de los hombres⁶⁵.

La tabla No. 43 resume los indicadores relacionados con la salud mental del municipio.

Tabla No. 43 Indicadores de salud mental. Municipio de Santiago de Cali. 2011

Indicador	Valor indicador	Fuente-Año
Tasa de homicidios	81,3 por 100.000 habitantes	Policia - Observa. De Violencia Dptal. - SSD 2011
Cambio en el número de homicidios 2010-2011	Aumentaron 17 casos del 2010 a 2011	Policia - Observa. De Violencia Dptal. - SSD 2011
Tasa de lesiones personales	212 por 100.000 habitantes	Policia - Observa. De Violencia Dptal. - SSD 2011
Tasa de Huntos	589 por 100.000 habitantes	Policia - Observa. De Violencia Dptal. - SSD 2011
Intoxicaciones e intencionalidad	841 casos	SIVIGILA 2011
Consumo de sustancias psicoactivas	12,1	Estudio Nacional de Consumo de SPA 2008
Tasa de intoxicación por sustancias psicoactivas (100.000 habitantes)	6,3	SIVIGILA 2011
Tasa de Violencia Intrafamiliar (por 100.000 habitantes)	278,6	Observatorio de violencia familiar y proyecciones DANE
Tasa de Violencia intrafamiliar contra la mujer (por 100.000 habitantes)	395,4	Observatorio de violencia familiar y proyecciones DANE
Tasa de Violencia intrafamiliar contra el hombre (por 100.000 habitantes)	151,0	Observatorio de violencia familiar y proyecciones DANE
Tasa de delitos sexuales	44,2 por 100.000 habitantes	Medicina Legal - SSD, 2011
Tasa de delitos sexuales en mujeres	69 por 100.000 mujeres	Medicina Legal - SSD, 2011

5.4. Eventos de vigilancia en salud pública

En el año 2011, fueron notificados al SIVIGILA 23165 casos entre todos los eventos de interés en Salud Pública de notificación individual, reportados por las UPGD's del municipio. 1600 casos corresponden a personas residentes

fuera de Cali y 1368 a casos repetidos. El total de notificación de casos residentes en Cali sin repetidos fue de 20.197 personas, de estos 1601 fueron descartados, es decir, que casos efectivos (no descartados pero no todos confirmados) son 18596 personas.

Por grupos de eventos, de los 18596 casos el 42,1% pertenecen a eventos Inmunoprevenibles, el 28,8% son relacionados con Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis, el 11,5% son Enfermedades de Salud Sexual y Reproductiva, el 5,8% son Micobacterias, el 4,4% intoxicaciones por sustancias, el 3,4% con enfermedades relacionadas con factores ambientales, 2,5% son enfermedades respiratorias y el 1,5% restante otros eventos.⁶⁶

Grupo de eventos inmunoprevenibles

Este grupo ocupa el primer lugar de acuerdo a la notificación de casos del año 2011 (42,1%), dentro de este grupo el evento con mayor notificación es la Varicela Individual con 7527 casos, que representa el 96,2% del grupo de inmunoprevenibles. La vacunación para este evento no está incluida dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). (Tabla No. 44)

Tabla No. 44. Grupo de Eventos Inmunoprevenibles

⁶⁵ Secretaría de Salud Municipal de Cali, SIVIGILA Cali, 2011

⁶⁶ Claudia Patricia Mora – Estadística Vigilancia en Salud Publica Secretaria de Salud Cali

Nombre del Evento de Interés en Salud Pública	Casos notificados	Descartados	Casos totales*	% Grupo	% Total
Varicela Individual	7531	4	7527	96,2%	40,5%
Parotiditis	279	105	174	2,2%	0,9%
Tosferina	217	164	53	0,7%	0,3%
Meningitis por tuberculosa	42	5	37	0,5%	0,2%
Evento adverso seguido a la vacunación	83	54	29	0,4%	0,2%
Meningitis por Neumococo	3	0	3	0,0%	0,0%
Rubeola	17	16	1	0,0%	0,0%
Tétanos Accidental	1	0	1	0,0%	0,0%
Difteria	1	1	0	0,0%	0,0%
Fiebre amarilla	1	1	0	0,0%	0,0%
Meningitis por Haemophilus influenzae	7	7	0	0,0%	0,0%
Parálisis Flácida aguda <15 años	1	1	0	0,0%	0,0%
Síndrome rubeola congénita	2	2	0	0,0%	0,0%
Sarampión	59	59	0	0,0%	0,0%
TOTAL	8244	419	7825	100,0%	42,1%

Fuente: SIVIGILA 2011, Consultada Noviembre 20 de 2012

Varicela: Teniendo en cuenta que la mayor proporción de casos de varicela ocurre en población menor de 20 años y que corresponden a población escolarizada, la Secretaría de Salud ha venido ejecutando desde el año 2005, un programa de Vigilancia Epidemiológica y control de brotes de Varicela en Sedes Educativas Públicas y Privadas⁶⁷, con énfasis en aquellas que pertenecen a la estrategia Escuelas Saludables (básica primaria), donde en coordinación con el Área de Salud Ambiental y sus equipos operativos de respuesta, siguiendo los lineamientos de un protocolo de atención de brotes en Sedes Educativas ajustado para el municipio y cumpliendo con los lineamientos del INS⁶⁸.

En tal sentido se evalúa la ocurrencia de brotes y se determina el control de la propagación, focalizando los grupos donde se está iniciado el brote, para proteger a la población escolar y evitar ceses de actividades masivas a la comunidad de esa institución.

Además, ante la ocurrencia de mortalidades por varicela en personas adultas en los dos últimos años, se amplió el espectro de intervención a los vecindarios donde ocurren estas defunciones, para identificar propagación comunitaria y población a riesgo como embarazadas, pacientes con patologías crónicas, inmunodeprimidos y personas que estén recibiendo medicamentos para cáncer o corticoesteroides, para extremar en ellas la educación en salud, prevención de la enfermedad y orientándolos a los servicios de salud.

Además de las sedes educativas y su personal docente, han recibido asistencia técnica las IPS del municipio sobre la clasificación de riesgo de los casos de varicela, la utilización del Aciclovir en los pacientes con mayor probabilidad de hacer complicaciones, como por ejemplo, mayores de 12 años, personas con tratamiento con esteroides y menores de 1 año, inmunosuprimidos. La utilidad de la inmunoglobulina específica contra la varicela, en aquellos que tienen contraindicada la vacunación.

Las evidencias de las intervenciones realizadas en los últimos 5 años en las instituciones educativas, se reflejaron en la reducción del número de brotes y además en el número de casos, debido a la notificación oportuna y a la intervención eficaz de aislamiento, cuarentena y desinfección de zonas comunes. A costo de días escolares perdidos por cese de actividades académicas, situación que podría mejorarse si se incorpora la vacunación en el control de los brotes en contactos expuestos⁶⁹.

Las mortalidades han estado relacionadas con niños en tratamiento con cáncer, adultos diabéticos, con EPOC y menores de 1 año que no recibieron inmunoglobulina específica.

⁶⁷ Jorge Humberto Rojas – Medico Epidemiólogo, Claudia Mora – Estadística, Vigilancia Epidemiológica Secretaría de Salud.

⁶⁸ Jorge Humberto Rojas – Medico Epidemiólogo. SSPM. Comunicación Personal. 2012

⁶⁹ Jorge Humberto Rojas – Medico Epidemiólogo. SSPM. Comunicación Personal. 2012.

Parálisis flácida Aguda (PFA): la tasa de PFA para el municipio de Cali fue de 0,18 x 100.000 en menores de 15 años, con lo cual no se cumplió con el estándar requerido de notificación mínima de casos (ideal mayor de 1 x 100.000 menores de 15 años), sin embargo, en la BAI que se hace de los diagnósticos diferenciales de este evento, no se encontraron casos dejados de notificar. El último caso de Polio en Colombia fue notificado en el año 1990 en el municipio Arjona – Bolívar⁷⁰.

Sarampión/rubeola: la tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión/rubeola fue de 3.3 x 100.000 habitantes (Cifras optimas: igual o superior a 2 casos por 100.000 habitantes). El porcentaje de los casos investigados oportunamente fue de 76.3% (58/76). (Cifras óptimas: 80% de los casos investigados en las primeras 48 horas de notificado). El porcentaje de casos con muestra de suero oportuna fue del 100% (Cifras óptimas: 80% con toma oportuna en los primeros 30 días de iniciada la erupción).

En el año 2011, se presentó un aumento en la notificación de los casos sospechoso de sarampión, debido a la alerta generada por el Ministerio de Salud y Protección Social ante el brote que se presentó en el Ecuador y a los casos confirmados por Barranquilla. El último caso confirmado en el municipio fue en el año 2004, que no pudo ser confirmado por laboratorio presentándose fallas en la vigilancia epidemiológica del evento⁷¹.

Tosferina: El porcentaje de casos investigados oportunamente fue de 16.5% (35). (Cifras óptimas: 80% investigados en las primeras 72 horas después de notificado). La incidencia en la población general para el municipio de Cali fue de 1.0 x 100.000 habitantes. Ideal por lo menos 1 caso x 100.000 habitantes. La

incidencia del evento en los menores de 5 años para el municipio de Cali fue de 11.3 x 100.000 habitantes (20). (Cifras óptimas: 1 caso x 100.000 habitantes). La proporción de casos configurados fue del 91.0% (193). (Cifras óptimas: 80% o más de los casos probables confirmados por laboratorio, clínica, nexos epidemiológico y/o descartado por laboratorio y clínica).

La tasa de letalidad en la población general fue de 0.09 y en los menores de 5 años fue de 1.1 (Cifras óptimas: 0).

De los 22 casos confirmados, 18 se presentaron en menores de 1 año y 2 en menores de 4 años. Se notificaron 2 muertes en pacientes menores de 4 meses (ambos pretérmino) con un esquema de vacunación adecuado para la edad.

La tosferina es un evento que sigue afectando principalmente a los menores de 5 años de edad, especialmente al grupo de menores de 1 año, con mayor incidencia de casos en aquellos que por diferentes circunstancias no tienen un esquema adecuado de vacunación. En el año 2009 fueron confirmados 33 casos y 5 en el año 2010.

Meningitis: los casos confirmados por Meningococo y Neumococo en Cali fueron personas adultas.

Difteria: en el año 2002, se presentaron los últimos casos confirmados de difteria en el municipio.

Grupo eventos relacionados con salud sexual y reproductiva

En este grupo el evento con mayor notificación corresponde a VIH/SIDA y mortalidad por SIDA con el 30%, seguido de Sífilis Gestacional con el 23,5%, mientras que el hipotiroidismo congénito (0.4%) y la Mortalidad materna (0.6%) son los de menor frecuencia de reporte como se observa en la tabla No. 45.

⁷⁰ Jaime López – Médico epidemiólogo. SSPM. Comunicación Personal. 2012.

⁷¹ Jaime López – Médico epidemiólogo. SSPM. Comunicación Personal. 2012

**Tabla 45. Reporte eventos de notificación.
Grupo de Eventos relacionados con salud
sexual y reproductiva. SIVIGILA. Santiago de
Cali. 2011**

Nombre del Evento de Interés en Salud Pública	Casos notificados	Descartados	Casos totales*	% Grupo	% Total
Hepatitis B	226	0	226	10,5%	1,2%
Hepatitis C	79	0	79	3,7%	0,4%
Hipotiroidismo congénito	9	0	9	0,4%	0,0%
Morbilidad Materna Extrema	30	0	30	1,4%	0,2%
Mortalidad perinatal	308	2	306	14,3%	1,6%
Anomalías congénitas	105	0	105	4,9%	0,6%
Sífilis congénita	284	59	225	10,5%	1,2%
Sífilis gestacional	526	22	504	23,5%	2,7%
VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	655	6	649	30,2%	3,5%
Mortalidad materna	20	7	13	0,6%	0,1%
TOTAL	2242	96	2146	100,0%	11,5%

Fuente: SIVIGILA 2011, Consultada noviembre de 2012.

La morbilidad materna extrema es un evento que el municipio viene vigilando desde el año 2005, en el año 2011 se logró recopilar el reporte de 91 mujeres residentes en Cali, sin embargo, en el SIVIGILA se notificaron 30 en UPGDs que estaban en prueba piloto.

Grupo eventos Micobacterias

En este grupo la mayor proporción de eventos corresponde a TB Pulmonar (85,1%) mientras Lepra aporta el menor número de eventos (1,6%) como se observa en la tabla No. 46

**Tabla 46 Reporte eventos de notificación.
Grupo Micobacterias. SIVIGILA. Santiago de
Cali. 2011**

Nombre del Evento de Interés en Salud Pública	Casos notificados	Descartados	Casos totales*	% Grupo	% Total
Lepra	17	0	17	1,6%	0,1%
Tuberculosis extra pulmonar	169	24	145	13,4%	0,8%
Tuberculosis Pulmonar	962	39	923	85,1%	5,0%
TOTAL	1148	63	1085	100,0%	5,8%

Fuente: Fuente:SIVIGILA 2011, Consultada Noviembre 20 de 2012

Grupo eventos intoxicaciones

La tabla No. 47 presenta la distribución de reporte de eventos relacionados con este grupo; las intoxicaciones por fármacos (35%) y plaguicidas (26,4%) fueron reportados con mayor frecuencia mientras la intoxicación por metanol y monóxido de carbono (<del 1%) fueron de menor reporte.

**Tabla 47 Reporte eventos de notificación.
Grupo de Eventos intoxicaciones. SIVIGILA.
Santiago de Cali. 2011**

Nombre del Evento de Interés en Salud Pública	Casos notificados	Descartados	Casos totales*	% Grupo	% Total
Intoxicación por plaguicidas	216	0	216	26,4%	1,2%
Intoxicación por Fármacos	286	0	286	35,0%	1,5%
Intoxicación por Metanol	13	3	10	1,2%	0,1%
Intoxicación por Metales pesados	1	0	1	0,1%	0,0%
Intoxicación por solventes	12	0	12	1,5%	0,1%
Intoxicación por sust. Químicas	160	6	154	18,8%	0,8%
Intoxicación por monóxido de carb.	7	1	6	0,7%	0,0%
Intoxicación por sust. Psicoactivas	137	4	133	16,3%	0,7%
TOTAL	832	14	818	100,0%	4,4%

*Casos totales no descartados.

Fuente: SIVIGILA 2011, Consultada Noviembre 20 de 2012

Grupo eventos relacionados con factores ambientales

El evento con mayor reporte corresponde a enfermedad transmitida por alimentos o agua (63,2); como se observa se notificaron 2 casos de cólera los cuales fueron descartados como se observa en la tabla No. 48.

**Tabla 48 Reporte eventos de notificación.
Grupo de Eventos relacionados con factores
ambientales. SIVIGILA. Santiago de Cali.
2011**

Nombre del Evento de Interés en Salud Pública	Casos notificados	Descartados	Casos totales*	% Grupo	% Total
Colera	2	2	0	0,0%	0,0%
Fiebre tifoidea y paratifoidea	22	9	13	2,1%	0,1%
Hepatitis A	218	0	218	34,7%	1,2%
Enfermedad transmitida por alimentos o agua	402	5	397	63,2%	2,1%
TOTAL	644	16	628	100,0%	3,4%

*Casos totales no descartados.

Fuente: Fuente: SIVIGILA 2011, Consultada Noviembre 20 de 2012

Grupo de eventos relacionados con Enfermedades Respiratorias

La tabla No.49 presenta la distribución de casos notificados en eventos relacionados con este grupo, el más frecuente corresponde a ESI-IRAH (58%) mientras el menor frecuente fue mortalidad por IRA (1.1%)

**Tabla 49 Reporte eventos de notificación.
Grupo de Eventos relacionados con
Enfermedades Respiratorias. SIVIGILA.
Santiago de Cali. 2011**

Nombre del Evento de Interés en Salud Pública	Casos notificados	Descartados	Casos totales*	% Grupo	% Total
ESI-IRAG	557	292	265	58,0%	1,4%
Influenza humana por virus nuevo	88	39	49	10,7%	0,3%
IRAG	276	195	81	17,7%	0,4%
IRAG inusitada	142	85	57	12,5%	0,3%
Mortalidad por IRA	6	1	5	1,1%	0,0%
TOTAL	1069	612	457	100,0%	2,5%

Fuente: SIVIGILA 2011, Consultada Noviembre 20 de 2012

Notificación colectiva

La **Infección Respiratoria Aguda (IRA)** se notifica de manera colectiva por las UPGDs del municipio, en el año 2011 se notificaron 292.280 casos, 254.484 casos, es decir, un aumento del 15%, esto puede explicarse por: 1) el fortalecimiento en la notificación del evento en las UPGD y 2) incremento de los casos secundario a las oleadas de invierno que se han presentado a lo largo de los últimos años.

Respecto a los brotes de **Enfermedad Transmitida por Alimentos o Agua**, estos se reportan colectivamente. Para el año 2011 se presentaron 48 brotes, cero muertos, 48 configurados por la Secretaria de Salud y 1 por el Hospital Carlos Carmona. El 53% de las personas involucradas en estos brotes eran mujeres.

En este evento se presentan dificultades para identificar el agente biológico que origina las intoxicaciones por alimentos, generalmente porque las UPGDs notificadoras no recolectan las muestras biológicas o las procesan en los casos de heces fecales coprológico cuando lo que indica el protocolo es coprocultivo.

5.5 Población desplazada

Cali es la tercera ciudad receptora de población en situación de desplazamiento en el País. Con corte a diciembre de 2011, en la ciudad se registraron 86.641 personas correspondiente a 20.423 hogares incluidas en registro único de

población desplazada RUPD, de las cuales 44.663 eran mujeres (52,8%), 3% se reconocen como indígenas y 33% como afrocolombianos, mientras 2,4% presentaron algún tipo de discapacidad.

De las declaraciones atendidas por el Ministerio Público de Cali, los Departamentos expulsores son Nariño (38%) en su mayoría de los municipios del Charco y Tumaco, Cauca (30%) y Valle del Cauca (27%). En promedio llegan al Municipio de Cali de 1.000 a 1.200 personas desplazadas mensualmente, que realizan declaración de desplazamiento ante el Ministerio Publico, localizándose principalmente en las comunas 14,15 , 21 y 13 que corresponde a la Red de salud Oriente, la cual atiende el 58.9% del volumen total de población desplazada que llega a la ciudad

La segunda área geográfica donde se asienta la población desplazada que llega a la ciudad son las comunas pertenecientes a la Red de Salud Ladera, la cual tiene un volumen total de 18.4 % siendo las comunas de mayor asentamiento las 18, 20 y área rural. En el área de la ESE Norte se ubica 9,8% de la población especialmente en las comunas 6, 7 y 2 y 9,2% en las comunas del área de influencia de la ESE Centro especialmente en las comunas 8, 11 y 9 mientras 3.8% se ubica en la Red de Salud Suroriente, comuna 16⁷².

La figura No. 52 ubica espacialmente la distribución territorial de la población desplazada año 2011 por comunas

⁷² Fuente: Secretaria de Salud Pública Municipal. Eje Promoción Social. Poblaciones Vulnerables

Figura No. 52



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. Eje Promoción Social. Poblaciones Vulnerables

Con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud, con corte a Diciembre del 2011 se encuentran afiliados 41.984 personas en situación de desplazamiento de las cuales 70,4% están en el régimen subsidiado y 29,6% en el régimen contributivo.

El mayor porcentaje de personas desplazadas están afiliadas en el régimen subsidiado a la EPSS CAPRECOM (72.5%), EMSSANAR (14%) y COOSALUD (8.6%), mientras Cándor, Selvasalud, Cafesalud y Mallamas con menos del 3% cada una como se aprecia en la tabla No. 50

Tabla 50. Distribución por aseguradora régimen subsidiado. Población en condición de desplazamiento. Cali.2011

EPS	SEXO		TOTAL	%
	Masculino	Femenino		
CAPRECOM	9108	12354	21462	72.5%
ASOCIACION MUTU	1673	2413	4086	13.8%
COOSALUD	1022	1535	2557	8.6%
E.P.S. CONDOR S.	340	440	780	2.6%
SELVASALUD S.A.	182	298	480	1.6%
Cafésalud E.P.S. S.	91	110	201	0.7%
MALLAMAS	8	20	28	0.1%

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. Eje Promoción Social. Poblaciones Vulnerables

La mayor proporción de la población desplazada del régimen contributivo, se encuentra afiliada a la EPS SOS (31.09 %), seguida de COOMEVA (15.92%) y SALUDCOOP (14.95 %) como se aprecia en la tabla No.51

Tabla 51. Distribución por aseguradora régimen contributivo. Población en condición de desplazamiento. Cali.2011

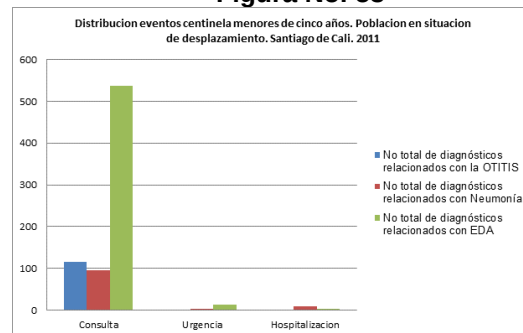
EPS	SEXO		TOTAL	%
	Masculino	Femenino		
EPS Servicio Occidental de Sal	2138	1714	3852	31.09
Coomeva E.P.S. S.A.	1020	953	1973	15.92
E.P.S. Saludcoop	949	903	1852	14.95
Comfenalco Valle E.P.S.	788	747	1535	12.39
Salud Total S.A. E.P.S.	473	322	795	6.42
NUEVA EPS S.A	323	413	736	5.29
SuSalud EPS	365	290	655	4.19
CRUZ BLANCA EPS S.A.	268	251	519	1.33
Cafésalud E.P.S. S.A.	84	81	165	1.17
E.P.S. Sanitas S.A.	59	86	145	0.44

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. Eje Promoción Social. Poblaciones Vulnerables

En el monitoreo realizado en Agosto del 2011 evidencio coberturas útiles de vacunación diferenciados por régimen de afiliación; 99% para el régimen subsidiado, 100% para el régimen contributivo y 97% para población vinculada

Con respecto a las consultas de eventos centinelas durante el año 2011 la mayor frecuencia correspondió a EDA (94%) como se aprecia en la Figura 53.

Figura No. 53



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. Eje Promoción Social. Poblaciones Vulnerables

6. RECURSOS, COBERTURA Y SERVICIOS

6.1. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud

Cobertura de afiliación al SGSSS

La cobertura de aseguramiento de salud en Cali se ha incrementado en los últimos años, pasando de 75,3% en diciembre de 2003 a 94% en diciembre de 2011, con 1.410.642 afiliados al régimen contributivo (62%) y 644.320 afiliados al régimen subsidiado (28%) y 90.786 pertenecientes a regímenes especiales (4%)⁷³.

Teniendo como referente la base de datos del Ministerio de Salud con corte a Diciembre de 2011 se encontró un total de 2.061.642 personas afiliadas de las cuales 68.13 % se encontraban en el régimen contributivo, 31,25 % en el subsidiado y 0,6 % en regímenes especiales⁷⁴.

Un total de 20 aseguradoras reportaron usuarios vinculados en el régimen contributivo siendo SOS la entidad con mayor cantidad de afiliados (22,5%) en contraste con Salud Colpatría EPS, EPS Famisanar, Multimedicas Salud con Calidad EPS S.A., EPS Programa Comfenalco Antioquia Compensar E.P.S., SALUDVIDA S.A. E.P.S, y Empresas que aportan la menor cantidad (Menos de 0.5% cada una). La Tabla No. 52 presenta la distribución de asegurados al régimen contributivo por asegurador.

En el caso del régimen subsidiado reportaron usuarios 8 aseguradoras siendo la que reporta mayor cantidad de afiliados la Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S. con 48,8% en contraste con CALISALUD E.P.S con un afiliado y MALLAMAS con 0,1% como se aprecia en la tabla No. 53

Finalmente usuarios de regímenes especiales reportan tres entidades Magisterio (73,2%) seguido de Universidad del Valle (23,5%) y Ecopetrol (3.3%).

Tabla No. 52 Distribución afiliados activos. Régimen contributivo por aseguradora. Municipio de Santiago de Cali. 2011

Aseguradora Contributivo	Activo	%
EPS Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS S.O.S. S.A.	316000	22,5
Coomeva E.P.S. S.A.	251714	17,9
Comfenalco Valle E.P.S.	228947	16,3
La Nueva EPS S.A.	168775	12,0
E.P.S. Saludcoop	137732	9,8
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	83661	6,0
Salud Total S.A. E.P.S.	61976	4,4
Cruz Blanca EPS S.A.	53227	3,8
E.P.S. Sanitas S.A.	51638	3,7
ALIANSA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	19982	1,4
Cafesalud E.P.S. S.A.	16200	1,2
SALUDCOLOMBIA EPS S.A.	2149	0,2
Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nales	6705	0,5
Salud Colpatría E.P.S.	4342	0,3
E.P.S. Famisanar LTDA.	1073	0,1
Multimedicas Salud con Calidad EPS S.A.	454	0,0
EPS Programa Comfenalco Antioquia	114	0,0
Compensar E.P.S.	57	0,0
SALUDVIDA S.A. E.P.S	5	0,0
Empresas Publicas de Medellin-Departamento Medico	1	0,0
Total	1404752	100,0

Fuente: Construida a partir de Registro Afiliados BDUA Dpto. Municipio. Dic 2011.

Tabla No. 53 Distribución afiliados activos. Régimen subsidiado por aseguradora. Municipio de Santiago de Cali. 2011

Aseguradora Subsidiada	Activo	%
Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	314675	48,8
Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.	130027	20,2
Caprecom EPS	116484	18,1
E.P.S. CONDOR S.A.	58461	9,1
SELVASALUD S.A. E.P.S	14249	2,2
Cafesalud E.P.S. S.A.	9971	1,5
MALLAMAS	453	0,1
CALISALUD E.P.S	1	0,0
Total	644321	100,0

Fuente: Construida a partir de Registro Afiliados BDUA Dpto. Municipio. Dic 2011.

Cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado de la población sisbenizada

Revisada la base de datos de la Secretaría de Salud Pública Municipal, 596.033 se encuentran sisbenizados afiliados al régimen subsidiado a Diciembre de 2011.

⁷³ Consejo Municipal Santiago de Cali. Acuerdo 0326 de 2012. Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015

⁷⁴ Ministerio de Salud. Afiliados BDUA Dpto. MUNICIPIO. DIC 2011. En: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>. Consultado Septiembre 2012

6.2 Oferta de servicios

A Diciembre de 2011 el municipio de Cali contaba con 2150 prestadores habilitados en el territorio⁷⁵, la mayor cantidad corresponde a prestadores independientes(80,6%), mientras aquellas instituciones que reportan un objeto social diferente a la prestación representan 0,9% como se observa en la tabla No. 54.

Tabla No. 54 Distribución de prestadores de servicios de salud por tipo. Municipio Santiago de Cali. Diciembre 2011.

Tipo de prestador	No	%
Prestadores independientes	1732	80,6
Instituciones prestadoras de servicios	363	16,9
Transporte especial de pacientes	35	1,6
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	20	0,9
Total	2150	100,0

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

Prestadores independientes

Un total de 1732 prestadores independientes habilitados se reportan en la base de datos de la Secretaria de Salud Departamental a diciembre de 2011. De ellos la mayoría corresponde al grupo de servicios de Consulta Externa (88,3%) seguido de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (5,5%), mientras la menor cantidad se reporta en el grupo de Servicios quirúrgicos(0,3%) como se aprecia en la tabla No. 55

Tabla No. 55 Distribución de prestadores independientes habilitados por subgrupo. Cali. 2011

Subgrupo	No	%
Consulta externa	1527	88,2
Promocion y prevencion	95	5,5
Apoyo Diagnostico y Complementacion Terapeutica	93	5,4
Otros Servicios	11	0,6
Quirurgico	6	0,3
Total	1732	100,0

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

Dentro del subgrupo de consulta externa el mayor reporte corresponde a las especialidades medicas(49,4%), seguido de los servicios odontológicos (34,3%) y en contraste con las otras profesiones(16,4%), como puede observarse en la tabla No. 56

Tabla No. 56 Distribución de prestadores independientes habilitados. Subgrupo Consulta externa. Cali. 2011

Area	No sedes	%	No prestadores	%	Relacion sedes/prestador
Areas medicas	754	49,4	696	48,7	1,1
Servicios odontologicos	523	34,3	493	34,5	1,1
Otras profesiones	250	16,4	237	16,6	1,1
Total	1527	100,0	1426	99,8	1,1

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

En el caso de las áreas medicas el mayor reporte corresponde a los servicios de medicina general(24,8%), seguido de cirugía estética (12%), mientras que la cirugía dermatológica, la cirugía pediátrica, la colproctología, la electrofisiológica, la genética, la hematológica y la inmunológica, presentan las menores frecuencias cada una con 0,2% como se aprecia en la tabla No. 57.

⁷⁵ Secretaria Departamental de Salud del Valle. Registro de Prestadores Habilitados.. Septiembre 2012. En <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones.php?id=9123>. Consultado Septiembre 2012

Tabla No. 57. Distribución de prestadores independientes habilitados. Subgrupo Consulta externa. Áreas Médicas. Cali. 2011

NOMBRE DEL SERVICIO	No SEDES	%	No PRESTADORES	%	REPACION SEDE /PRESTADOR
MEDICINA GENERAL	141	19,3	136	19,7	1,0
CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	68	9,3	65	9,4	1,0
OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	50	6,9	44	6,4	1,1
MEDICINA ALTERNATIVA - TERAPIA ALTERNATIVA	48	6,6	42	6,1	1,1
GINECOBISTETRICA	41	5,6	41	5,9	1,0
ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	38	5,2	35	5,1	1,1
OPTALMOLOGÍA	34	4,7	30	4,3	1,1
PEDIATRÍA	34	4,7	31	4,5	1,1
DERMATOLOGÍA	33	4,5	28	4,1	1,2
MEDICINA INTERNA	31	4,3	31	4,5	1,0
OTORRINOLARINGOLOGÍA	27	3,7	25	3,6	1,1
CIRUGÍA GENERAL	24	3,3	24	3,5	1,0
PSIQUIATRÍA	23	3,2	23	3,3	1,0
MEDICINA FAMILIAR	2	0,3	20	2,9	0,1
UROLOGÍA	18	2,5	15	2,2	1,2
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	15	2,1	13	1,9	1,2
ANESTESIA	10	1,4	10	1,4	1,0
NEUROLOGÍA	9	1,2	7	1,0	1,3
CIRUGÍA VASCULAR	6	0,8	6	0,9	1,0
ENDOCRINOLOGÍA	6	0,8	5	0,7	1,2
CIRUGÍA DE MANO	5	0,7	3	0,4	1,7
GASTROENTEROLOGÍA	5	0,7	4	0,6	1,3
IMPLANTOLOGÍA	5	0,7	5	0,7	1,0
NEUROCIRUGÍA	5	0,7	5	0,7	1,0
CARDIOLOGÍA	4	0,5	2	0,3	2,0
CIRUGÍA DE TORAX	4	0,5	2	0,3	2,0
NEUMOLOGÍA	4	0,5	2	0,3	2,0
CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA	3	0,4	2	0,3	1,5
INFECTOLOGÍA	3	0,4	3	0,4	1,0
NEFROLOGÍA	3	0,4	3	0,4	1,0
REUMATOLOGÍA	3	0,4	3	0,4	1,0
CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	2	0,3	2	0,3	1,0
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	2	0,3	2	0,3	1,0
CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	2	0,3	2	0,3	1,0
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	2	0,3	2	0,3	1,0
GERIATRÍA	2	0,3	2	0,3	1,0
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	2	0,3	2	0,3	1,0
MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE	2	0,3	2	0,3	1,0
NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	2	0,3	1	0,1	2,0
NEUROPEDIATRÍA	2	0,3	1	0,1	2,0
PATOLOGÍA	2	0,3	2	0,3	1,0
CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	1	0,1	1	0,1	1,0
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	1	0,1	1	0,1	1,0
COLOPROCTOLOGÍA	1	0,1	1	0,1	1,0
ELECTROFISIOLÓGICA, MARCAPASOS Y ARRITMIAS C	1	0,1	1	0,1	1,0
GENÉTICA	1	0,1	1	0,1	1,0
HEMATOLOGÍA	1	0,1	1	0,1	1,0
IRIDOLÓGICA	1	0,1	1	0,1	1,0
TOTAL	729	100	690	100	1,1

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaría de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

En el caso de odontología el mayor reporte corresponde a los servicios de odontología general(71,9%), seguido de ortodoncia (13,8%), mientras que la odontopediatría reporta el menor número de prestadores con 2,7% como se aprecia en la tabla No. 58.

Tabla No. 58 Distribución de prestadores independientes habilitados. Subgrupo Consulta externa. Odontología. Cali. 2011

NOMBRE DEL SERVICIO	No SEDES	%	No PRESTADORES	%	REPACION SEDE /PRESTADOR
ODONTOLOGÍA GENERAL	376	71,9	136	37,5	2,8
ORTODONCIA	72	13,8	65	17,9	1,1
REHABILITACIÓN ORAL	24	4,6	44	12,1	0,5
PERIODONCIA	19	3,6	42	11,6	0,5
ENDODONCIA	18	3,4	41	11,3	0,4
ODONTOPEDIATRÍA	14	2,7	35	9,6	0,4
TOTAL	523	100,0	363	100,0	1,4

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaría de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

En el caso de las profesiones no medicas ni odontológicas, el mayor reporte corresponde a los servicios de psicología(31,2%), seguido de la optometría (19,2%), mientras que la gerontología reporta el menor número de prestadores con 1,2 % como se aprecia en la tabla No. 59.

Tabla No. 59 Distribución de prestadores independientes habilitados. Subgrupo Consulta externa. Profesiones no médicas. Cali. 2011

NOMBRE DEL SERVICIO	No SEDES	%	No PRESTADORES	%	REPACION SEDE /PRESTADOR
PSICOLOGÍA	78	31,2	77	32,5	1,0
OPTOMETRIA	48	19,2	38	16,0	1,3
FISIOTERAPIA	43	17,2	43	18,1	1,0
FONOAUDIOLOGIA Y/O TER	31	12,4	29	12,2	1,1
SALUD OCUPACIONAL	13	5,2	13	5,5	1,0
TERAPIA OCUPACIONAL	13	5,2	13	5,5	1,1
TERAPIA RESPIRATORIA	12	4,8	12	5,1	1,3
NUTRICION Y DIETETICA	9	3,6	9	3,8	3,0
GERONTOLOGIA	3	1,2	3	1,3	0,0
TOTAL	250	100,0	237	100,0	1,1

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaría de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

Objeto Social diferente a la Prestación de Servicios de Salud (OSDPS)

20 personas jurídicas habilitaron 141 servicios, de ellas seis corresponden a universidades. Dos de las personas jurídicas son públicas, una de carácter nacional y la otra departamental.

De los servicios con información disponible sobre el nivel (4), todas correspondían a primer nivel. Los grupos de servicios habilitados con mayor frecuencia corresponden a consulta externa (75,2%), en contraste con Quirúrgicos (0,7%). La mayoría fueron reportados como servicios ambulatorios (98,6%), mientras que el 0,7 se reportó como hospitalario; el 5% se reportaron como unidades móviles y el 3% como domiciliario en contraste con 0,7% como extramural; 4,2% se reportaron como centros de referencia y ninguno como institución remisoría, como se aprecia en la tabla No. 60.

Tabla No. 60 Características de los servicios de salud habilitados. Instituciones objeto social diferente a la prestación de servicios de salud (IOSDPS) . Cali. 2011

CARACTERISTICA	No	%
Naturaleza Jurídica		
Publica	87	61,7
Privada	54	38,3
Carácter(Solo Publicas)		
Departamental	50	92,6
Nacional	4	7,4
Ambulatorio		
Si	139	98,6
No	2	1,4
Hospitalario		
No	140	99,3
Si	1	0,7
Unidad Movil		
No	134	95,0
Si	7	5,0
Domiciliario		
No	137	97,2
Si	4	2,8
Extramural		
No	140	99,3
Si	1	0,7
Centro de referencia		
No	135	95,7
Si	6	4,3

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

La tabla No 61 muestra la distribución de servicios por cada uno de los grupos de acuerdo a la naturaleza jurídica de las instituciones a las cuales pertenecen. 73,8 % son de carácter público y la mayoría del total de los servicios pertenecen al grupo de consulta externa 75,2% en contraste con 0,7 que corresponden al grupo quirúrgico.

Tabla No. 61 Distribución por grupo de servicios de salud habilitados y naturaleza jurídica. IOSDPS. Cali. 2011

Subgrupo	Publico	%	Privado	%	Total	Relacion Publico/Privado
Consulta externa	78	75,0	28	75,7	106	2,8
Apoyo Diagnostico y Complementacion Terapeutica	13	12,5	2	5,4	15	6,5
Promocion y prevencion	9	8,7	3	8,1	12	3,0
Otros Servicios	2	1,9	3	8,1	5	0,7
Transporte	1	1,0	1	2,7	2	1,0
Quirurgico	1	1,0	0	0,0	1	
Total	104	100,0	37	100,0	141	2,8

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

La tabla No 62 presenta la distribución del grupo de servicios de consulta externa donde los que reportan mayor frecuencia son medicina general y psicología(14,2%), mientras que la cirugía neurológica, medicina familiar e implantología son los menos frecuentes(07%). La distribución por el carácter de la entidad muestra 26,4% de servicios del sector público y algunas diferencias al interior de los servicios reportados. Los servicios más frecuentes habilitados de naturaleza pública se relacionan con medicina y odontología general, mientras que en las privadas corresponde a medicina general, psicología y fonoaudiología y/o terapia del lenguaje. En contraste los servicios no reportados con carácter público fueron: salud ocupacional, optometría, nutrición y dietética e implantología. En los privados fueron: dermatología, cirugía neurológica y medicina familiar.

Tabla No.62 Distribución por grupo de Consulta Externa. Servicios habilitados. IOSDPS.Cali. 2011

NOMBRE DEL SERVICIO	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL	%	RELACION PUBLICO/PRIVADO
MEDICINA GENERAL	3	7,9	12	15,6	15	13,0	0,3
PSICOLOGIA	1	2,6	14	18,2	15	13,0	0,1
FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	1	2,6	11	14,3	12	10,4	0,1
TERAPIA OCUPACIONAL	1	2,6	7	9,1	8	7,0	0,1
FISIOTERAPIA	1	2,6	5	6,5	6	5,2	0,2
ODONTOLOGIA GENERAL	13	34,2	2	2,6	15	13,0	6,5
SALUD OCUPACIONAL	0	0,0	4	5,2	4	3,5	0,0
CONSULTA PRIORITARIA	3	7,9	1	1,3	4	3,5	3,0
ENDODONCIA	2	5,3	2	2,6	4	3,5	1,0
ENFERMERIA	2	5,3	2	2,6	4	3,5	1,0
OPTOMETRIA	0	0,0	3	3,9	3	2,6	0,0
PERIODONCIA	2	5,3	2	2,6	4	3,5	1,0
ODONTOPEDIATRIA	1	2,6	2	2,6	3	2,6	0,5
ORTODONCIA	1	2,6	2	2,6	3	2,6	0,5
OTRAS CONSULTAS ESPECIALIDAD	1	2,6	2	2,6	3	2,6	0,5
REHABILITACION ORAL	1	2,6	2	2,6	3	2,6	0,5
DERMATOLOGIA	2	5,3	0	0,0	2	1,7	
ESTOMATOLOGIA	1	2,6	1	1,3	2	1,7	1,0
NUTRICION Y DIETETICA	0	0,0	2	2,6	2	1,7	0,0
CIRUGIA NEUROLOGICA	1	2,6	0	0,0	1	0,9	
MEDICINA FAMILIAR	1	2,6	0	0,0	1	0,9	
IMPLANTOLOGIA	0	0,0	1	1,3	1	0,9	0,0
TOTAL	38	100,0	77	100,0	115	100	0,5

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

En el grupo de servicios de apoyo diagnóstico el 86,7% de los servicios habilitados son públicos, el más frecuente es laboratorio clínico (46,2%) en contraste con servicios farmacéuticos, ultrasonido y laboratorio de histotecnología (7,7%). En cuanto al carácter de las entidades las públicas, reportan todos los servicios incluidos en la categoría mientras los privados

solo Toma e interpretación radiologías odontológicas (Tabla No. 63).

Tabla No.63 Distribución por grupo de Ayudas Diagnosticas y Terapéuticas. Servicios habilitados. IOSDPS. 2011

NOMBRE DEL SERVICIO	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL	%	RELACION PUBLICO/PRIVADO
LABORATORIO CLINICO	6	46,2	0	0,0	6	40,0	
TOMA E INTERPRETACION RADIOLOGIAS ODONTOLÓGICAS	2	15,4	2	100,0	4	26,7	1,0
TOMA DE MUESTRAS CITOLOGICAS CERVICOUTERINAS	2	15,4	0	0,0	2	13,3	
SERVICIO FARMACEUTICO	1	7,7	0	0,0	1	6,7	
ULTRASONIDO	1	7,7	0	0,0	1	6,7	
LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGIA	1	7,7	0	0,0	1	6,7	
TOTAL	13	100,0	2	100,0	15	100,0	6,5

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

El 64,3% de los servicios reportados en promoción corresponden a naturaleza pública, siendo el más frecuente promoción de la salud, mientras no se oferta se encuentra vacunación. Para aquellos de naturaleza privada la distribución es similar para atención preventiva en salud oral y planificación familiar mientras no se oferta promoción de la salud (Tabla No. 64).

Tabla No. 64 Distribución por grupo de Promoción. Servicios habilitados. IOSDPS. Cali. 2011

NOMBRE DEL SERVICIO	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL	%	RELACION PUBLICO/PRIVADO
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	3	33,3	2	28,6	5	35,7	1,5
PROMOCION DE LA SALUD	4	44,4	0	0,0	4	28,6	
PLANIFICACION FAMILIAR	2	22,2	2	28,6	4	28,6	1,0
VACUNACION	0	0,0	1	14,3	1	7,1	0,0
TOTAL	9	100,0	7	100,0	14	100,0	1,3

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

En otros servicios la mayor frecuencia corresponde al sector privado, siendo la sala de procedimientos menores la que presenta mayor reporte de habilitación mientras no hay reporte servicios de acondicionamiento físico en este sector habilitados. Para el caso de los públicos, por el contrario la distribución de servicios es similar para salas de procedimientos menores y acondicionamiento físico, pero no se reportan servicios de atención en drogadicción residencial ni centros día para rehabilitación. Adicionalmente en el caso del transporte

asistencial básico, la relación público privado es 2:1 y en el grupo quirúrgico solo se reporta habilitado un servicio público (Tabla No. 65).

Tabla No. 65 Distribución por Otros Servicios, transporte de pacientes y quirúrgicos. Servicios habilitados. IOSDPS. Cali. 2011

NOMBRE DEL SERVICIO	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL	%	RELACION PUBLICO/PRIVADO
GRUPO OTROS SERVICIOS							
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	1	50,0	1	33,3	2	40,0	1,0
CENTRO DE ATENCION EN DROGADICCION RESIDENCIAL	0	0,0	1	33,3	1	20,0	0,0
CENTROS DIA PARA REHABILITACION	0	0,0	1	33,3	1	20,0	0,0
ACONDICIONAMIENTO FISICO	1	50,0	0	0,0	1	20,0	
TOTAL	2	100,0	3	100,0	5	100,0	0,7
GRUPO TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES							
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	2	66,7	1	33,3	3	100,0	2,0
GRUPO QUIRURGICO							
CIRUGIA ORAL	1	1,7	0	0,0	1	1,0	

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

Transporte especial de pacientes

Un total de 35 personas jurídicas de naturaleza privada habilitaron 48 servicios de transporte de pacientes (promedio de 1,3 servicios por prestador) distribuidas en dos grupos de Servicios Consulta Externa y Transporte Especial de Pacientes.

El servicio con mayor frecuencia habilitado corresponde a transporte asistencial básico (32/35), mientras el de medicina familiar y terapia respiratoria (1/35 cada uno) son los menos frecuentes, como se aprecia en la Tabla No. 66. De ellos 8(16,7%) fueron reportados como unidades móviles y 21(43,7%) como domiciliarios. (Tabla No. 66)

Tabla No. 66 Distribución por grupo de servicios de salud habilitados y servicios. Transporte especial de pacientes. Cali. 2011

GRUPO DE SERVICIOS				
CONSULTA EXTERNA			TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES	
MEDICINA GENERAL	MEDICINA FAMILIAR	TERAPIA RESPIRATORIA	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO
2	1	1	32	12

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

Instituciones Prestadoras de Servicios

Un total de 363 IPS habilitaron 5581 servicios. De ellas 96,4% son de naturaleza privada, 3,3 pública y 0,3 mixta. De las entidades públicas 7 son de carácter municipal, 4 son de carácter departamental y una indígena.

Según la naturaleza jurídica y el total de servicios habilitados, las entidades públicas habilitan en promedio 117,4 servicios, mientras las privadas 11,9. Al analizar la distribución de servicios habilitados se observa que la mayoría pertenecen a las instituciones de naturaleza privada (74,7%), mientras que las mixtas solo aportan el 0,1%. El sector público contribuye con 25,2%, como se observa en la tabla No. 67.

Tabla No. 67 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica de la IPS. Santiago de Cali. 2011

Naturaleza Jurídica	No	Servicios habilitados	%	Promedio
Privada	350	4167	74,7	11,9
Pública	12	1409	25,2	117,4
Mixta	1	5	0,1	5,0
Total	363	5581	100,0	15,4

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaría de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

Respecto al tipo de servicios, el sector público aporta mayoritariamente en aquellos relacionados con unidades móviles y son instituciones remisoras y centros de referencia con mayor frecuencia, en contraste en el resto de los diferentes tipos de servicios el aporte es mayor de los privados como se aprecia en la tabla No. 28.

Tabla No. 68 Distribución de servicios habilitados por grupo según naturaleza jurídica. Santiago de Cali. 2011

Tipo de servicios	Público	%	Privado	%	Mixto	%	Total	%
Ambulatorio	1322	27,0	3573	72,9	3	0,1	4898	78,6
Hospitalario	122	15,3	674	84,6	1	0,1	797	12,8
Unidad Móvil	86	53,1	76	46,9	0	0,0	162	2,6
Domiciliario	86	27,5	227	72,5	0	0,0	313	5,0
Extramural	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	0,1
Centro de referencia	19	82,6	4	17,4	0	0,0	23	0,4
Institución Remisora	30	81,1	7	18,9	0	0,0	37	0,6

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaría de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

El análisis de los últimos cinco años de habilitación de servicios en el municipio, muestra un incremento con respecto al año anterior para el 2008, 2010 y 2011. Frente al crecimiento de habilitación por sector, en el caso del público se presentó una disminución en el año 2011, mientras en el sector privado se incremento sustancialmente como se aprecia en la tabla No. 69.

Tabla No. 69 Distribución anual de servicios habilitados por naturaleza jurídica. Santiago de Cali. 2007-2011

Año habilitación	Público	%	Privado	%	Mixto	%	Total	Variación
2002-2007	732	26,9	1991	73,0	3	0,1	2726	
2007	157	25,7	454	74,3	0	0,0	611	-2115
2008	341	42,2	468	57,8	0	0,0	809	198
2009	71	15,4	388	84,3	1	0,2	460	-349
2010	164	28,5	411	71,5	0	0,0	575	115
2011	105	10,5	898	89,4	1	0,1	1004	429
Total	1570		4610		5		6185	

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaría de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

En el grupo de ayudas diagnósticas y complementación terapéutica se observa la mayor contribución en los servicios de toma de muestras de citología y toma de muestras de laboratorio, en contraste con servicios de radioterapia y laboratorios de histotecnología. En servicios como nefrología/diálisis peritoneal y laboratorio de histotecnología, estos son prestados por entidades privadas. Los servicios farmacéuticos, radiología e imágenes diagnósticas, esterilización, oncología clínica, transfusión sanguínea, ecocardiografía, laboratorio de patología, medicina nuclear y procedimientos de urología y neumología/fibrobroncoscopia, son habilitados en su mayoría por el sector privado con una relación público/privado de 0,1, mientras que sólo en el servicio de toma de muestras tanto de citologías cervico-uterinas y laboratorio clínico el aporte del sector público es mayor como se aprecia en la tabla No. 70.

Tabla No. 70 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo servicios Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica. Santiago de Cali. 2011

Nombre del Servicio	Mixta	%	Privada	%	Pública	%	Total	Relacion Público/privado
TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	0	0.0	91	49.2	94	50.8	185	1.0
TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍNICO	1	0.6	115	63.5	65	35.9	181	0.6
SERVICIO FARMACÉUTICO	1	0.7	119	88.1	15	11.1	135	0.1
TOMA E INTERPR. RADIOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS	0	0.0	60	70.6	25	29.4	85	0.4
RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓST.	0	0.0	70	87.5	10	12.5	80	0.1
LABORATORIO CLÍNICO	1	1.4	60	82.2	12	16.4	73	0.2
ESTERILIZACIÓN	1	1.9	43	79.6	10	18.5	54	0.2
ULTRASONIDO	0	0.0	42	89.4	5	10.6	47	0.1
ONCOLOGÍA CLÍNICA	0	0.0	30	93.8	2	6.3	32	0.1
ELECTRODIAGNÓSTICO	0	0.0	22	84.6	4	15.4	26	0.2
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	0	0.0	18	78.3	5	21.7	23	0.3
DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	0	0.0	21	95.5	1	4.5	22	0.0
TRANSFERENCIA SANGÜINEA	0	0.0	20	90.9	2	9.1	22	0.1
ECOCARDIOGRAFÍA	0	0.0	17	88.5	2	10.5	19	0.1
LABORATORIO DE PATOLOGÍA	0	0.0	14	87.5	2	12.5	16	0.1
LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	0	0.0	11	84.6	2	15.4	13	0.2
MEDICINA NUCLEAR	0	0.0	11	91.7	1	8.3	12	0.1
UROLOGÍA PROCEDIMIENTO	0	0.0	11	91.7	1	8.3	12	0.1
LACTARIO - ALIMENTACIÓN	0	0.0	9	81.8	2	18.2	11	0.2
NEFROLOGÍA - DIÁLISIS RENAL	0	0.0	11	100.0	0	0.0	11	0.0
NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA	0	0.0	8	88.9	1	11.1	9	0.1
HEMODINAMIA	0	0.0	7	100.0	0	0.0	7	0.0
NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR	0	0.0	5	83.3	1	16.7	6	0.2
UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLÓGICA	0	0.0	3	75.0	1	25.0	4	0.3
LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	0.0
RADIOTERAPIA	0	0.0	2	66.7	1	33.3	3	0.5
Total	4		823		264		1091	0.3

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

En el grupo de consulta externa se observa la mayor contribución en los servicios de medicina general y odontología general, en contraste con medicina nuclear. En servicios como rehabilitación oral, implantología, salud ocupacional, medicina física y del deporte, cirugía plástica, oncología, electrofisiología, genética, patología, rehabilitación oncológica y medicina nuclear, estos son prestados por entidades privadas mientras que los servicios de gerontología, medicina general y odontología general son habilitados con mayor frecuencia por el sector público como se aprecia en la tabla No. 71.

Tabla No. 71 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo servicios Consulta Externa. Santiago de Cali. 2011

Nombre del Servicio	Mixta	%	Privada	%	Pública	%	Total	Relacion Público/privado
MEDICINA GENERAL	1	0.4	175	63.4	100	36.2	276	0.6
ODONTOLÓGICA GENERAL	0	0.0	122	56.7	93	43.3	215	0.8
ENFERMERÍA	0	0.0	100	50.3	99	49.7	199	1.0
PSICOLOGÍA	0	0.0	123	66.7	56	31.3	179	0.5
FISIOTERAPIA	0	0.0	115	86.5	18	13.5	133	0.2
FONOAUDIOLÓGICA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	0	0.0	92	90.2	10	9.8	102	0.1
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	0	0.0	83	91.2	8	8.8	91	0.1
TERAPIA OCUPACIONAL	0	0.0	68	87.2	10	12.8	78	0.1
TERAPIA RESPIRATORIA	0	0.0	58	78.4	16	21.6	74	0.3
OPTOMETRÍA	0	0.0	63	89.3	10	13.7	73	0.2
MEDICINA INTERNA	0	0.0	63	91.3	6	8.7	69	0.1
ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	0	0.0	57	89.1	7	10.9	64	0.1
PEDIATRÍA	0	0.0	55	87.3	8	12.7	63	0.1
GINECOESTETICIA	0	0.0	51	82.3	11	17.7	62	0.2
ORTODONCIA	0	0.0	59	96.7	2	3.3	61	0.0
PERIODONCIA	0	0.0	52	96.3	2	3.7	54	0.0
ENDOCRONIA	0	0.0	47	88.7	6	11.3	53	0.1
OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	0	0.0	50	98.0	1	2.0	51	0.0
DERMATOLOGÍA	0	0.0	37	84.1	7	15.9	44	0.2
OTORRINOLARINGOLOGÍA	0	0.0	38	86.4	6	13.6	44	0.2
CIRUGÍA GENERAL	0	0.0	43	100.0	0	0.0	43	0.0
ANESTESIA	0	0.0	36	85.7	6	14.3	42	0.2
CONSULTA PRIORITARIA	0	0.0	33	80.5	8	19.5	41	0.2
REHABILITACIÓN ORAL	0	0.0	41	100.0	0	0.0	41	0.0
CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	0	0.0	36	90.0	4	10.0	40	0.1
MEDICINA ALTERNATIVA - TERAPIA ALTERNATIVA	0	0.0	29	78.4	8	21.6	37	0.3
ODONTOPEDIATRÍA	0	0.0	36	97.3	1	2.7	37	0.0
ODONTOLÓGICA	0	0.0	29	80.6	7	19.4	36	0.2
UROLOGÍA	0	0.0	31	86.1	5	13.9	36	0.2
MEDICINA FAMILIAR	0	0.0	29	87.9	4	12.1	33	0.1
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	0	0.0	30	96.8	1	3.2	31	0.0
CARDIOLOGÍA	0	0.0	28	93.3	2	6.7	30	0.1
NEFROLOGÍA	0	0.0	26	96.3	1	3.7	27	0.0
PSIQUIATRÍA	0	0.0	20	74.1	7	25.9	27	0.4
NEUROLOGÍA	0	0.0	20	93.3	4	16.7	24	0.2
IMPLANTOLOGÍA	0	0.0	19	100.0	0	0.0	19	0.0
SAUD OCUPACIONAL	0	0.0	19	100.0	0	0.0	19	0.0
ONCOLOGÍA CLÍNICA	0	0.0	16	94.1	1	5.9	17	0.1
GASTROENTEROLOGÍA	0	0.0	15	88.2	2	11.8	17	0.1
GERONTOLÓGICA	0	0.0	5	26.3	11	64.7	17	1.8
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	0	0.0	15	93.8	1	6.3	16	0.1
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	0	0.0	13	86.7	2	13.3	15	0.2
INFECTOLOGÍA	0	0.0	11	84.6	2	15.4	13	0.2
IMUNOLOGÍA	0	0.0	11	84.6	2	15.4	13	0.2
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	0	0.0	11	91.7	1	8.3	12	0.1
CIRUGÍA NEUROLÓGICA	0	0.0	11	91.7	1	8.3	12	0.1
CIRUGÍA VASCULAR	0	0.0	11	91.7	1	8.3	12	0.1
MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE	0	0.0	12	100.0	0	0.0	12	0.0
NEUROCIRUGÍA	0	0.0	11	91.7	1	8.3	12	0.1
CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	0.0	10	90.9	1	9.1	11	0.1
HEMATOLOGÍA	0	0.0	10	90.9	1	9.1	11	0.1
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	0	0.0	9	90.0	1	10.0	10	0.1
ENDOCRINOLOGÍA	0	0.0	9	90.0	1	10.0	10	0.1
ESTOMATOLOGÍA	0	0.0	9	90.0	1	10.0	10	0.1
CIRUGÍA DE MAMA Y TUM	0	0.0	6	75.0	2	25.0	8	0.3
HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA	0	0.0	7	87.5	1	12.5	8	0.1
CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	0	0.0	5	71.4	2	28.6	7	0.4
CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	0	0.0	7	100.0	0	0.0	7	0.0
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	0	0.0	6	85.7	1	14.3	7	0.2
NEUMOLOGÍA	0	0.0	6	85.7	1	14.3	7	0.2
ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	0.0	6	85.7	1	14.3	7	0.2
CIRUGÍA DE MANO	0	0.0	5	83.3	1	16.7	6	0.2
CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA	0	0.0	5	83.3	1	16.7	6	0.2
ELECTROFISIOLÓGICA, MARCAPASOS Y ARRITMIAS CARDÍACAS	0	0.0	6	100.0	0	0.0	6	0.0
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	0	0.0	5	83.3	1	16.7	6	0.2
NEUROPEDIATRÍA	0	0.0	5	83.3	1	16.7	6	0.2
ORTOPEDIA ONCOLÓGICA	0	0.0	5	83.3	1	16.7	6	0.2
REUMATOLOGÍA	0	0.0	4	66.7	2	33.3	6	0.5
COLOPROCTOLOGÍA	0	0.0	4	80.0	1	20.0	5	0.3
GENÉTICA	0	0.0	5	100.0	0	0.0	5	0.0
GERIATRÍA	0	0.0	4	80.0	1	20.0	5	0.3
NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	0.0	4	80.0	1	20.0	5	0.3
CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	0	0.0	2	50.0	2	50.0	4	1.0
CIRUGÍA DE TÓRAX	0	0.0	3	75.0	1	25.0	4	0.3
ORTOPEDIA INFANTIL	0	0.0	3	75.0	1	25.0	4	0.3
PATOLOGÍA	0	0.0	4	100.0	0	0.0	4	0.0
REHABILITACIÓN ONCOLÓGICA	0	0.0	4	100.0	0	0.0	4	0.0
MEDICINA NUCLEAR	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	0.0
NEONATOLOGÍA	0	0.0	2	66.7	1	33.3	3	0.5
UROLOGÍA ONCOLÓGICA	0	0.0	2	66.7	1	33.3	3	0.5
CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	0	0.0	1	50.0	1	50.0	2	1.0
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	0.0
CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	0.0
DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA	0	0.0	1	50.0	1	50.0	2	1.0
OFALMOLOGÍA ONCOLÓGICA	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	0.0
INTELIGENCIA ONCOLÓGICA	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	0.0
TOTOLÓGICA	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	0.0
TOTAL	1		2329		591		2921	0.3

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

Respecto a los servicios hospitalarios, el sector público habilita los servicios de cuidado agudo e intermedio en salud mental o psiquiatría, farmacodependencia y quemados, tanto pediátrico como adultos mientras el sector privado habilita hospitalización día como se aprecia en la tabla No. 72.

Tabla No.72 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo servicios Hospitalarios. Santiago de Cali. 2011

Nombre del Servicio	Mixta	%	Privada	%	Pública	%	Total	Relacion Público/privado
GENERAL ADULTOS	0	0.0	32	80.0	8	20.0	40	0.3
GENERAL PEDIÁTRICA	0	0.0	17	68.0	8	32.0	25	0.5
OBSTETRICIA	0	0.0	13	68.4	6	31.6	19	0.5
CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	0	0.0	16	94.1	1	5.9	17	0.1
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	0	0.0	15	93.8	1	6.3	16	0.1
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	0	0.0	14	87.5	2	12.5	16	0.1
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	0	0.0	9	81.8	2	18.2	11	0.2
HOSPITALIZACIÓN DÍA	0	0.0	10	100.0	0	0.0	10	0.0
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	0	0.0	8	88.9	1	11.1	9	0.1
PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL	0	0.0	7	77.8	2	22.2	9	0.3
CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	0	0.0	5	83.3	1	16.7	6	0.2
CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	0	0.0	4	80.0	1	20.0	5	0.3
CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	
CUIDADO INTERMEDIO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	
FARMACODEPENDENCIA	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	
QUEMADOS PEDIÁTRICO	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	
UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	
TOTAL	0		150		38		188	0.3

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

En el caso de los servicios del grupo quirúrgico, los más habilitados son cirugía plástica y estética y otorrinolaringología, mientras los trasplantes de hígado y páncreas son los menos frecuentes. Los servicios de cirugía endovascular neurológica, plástica oncológica, implante de válvulas, trasplante renal y otros implantes son habilitados exclusivamente por el sector privado. Mientras que la cirugía plástica y estética, maxilofacial, vascular, oncológica, de mano, gastrointestinal, cardiovascular, de cabeza y cuello y tórax, son prestadas con mayor frecuencia por el sector privado como se observa en la tabla No. 73

Los servicios de promoción y prevención habilitados con mayor frecuencia son atención preventiva salud oral, promoción en salud y vacunación, todos ellos habilitados de manera más frecuente por prestadores públicos como se aprecia en la tabla No. 74.

Tabla No. 73 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo servicios Quirúrgico. Santiago de Cali. 2011

Nombre del Servicio	Mixta	%	Privada	%	Pública	%	Total	Relacion Público/privado
CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA	0	0.0	42	91.3	4	8.7	46	0.1
CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA	0	0.0	34	82.9	7	17.1	41	0.2
CIRUGIA GENERAL	0	0.0	33	84.6	6	15.4	39	0.2
CIRUGIA GINECOLOGICA	0	0.0	29	78.4	8	21.6	37	0.3
CIRUGIA ORTOPEDICA	0	0.0	28	82.4	6	17.6	34	0.2
CIRUGIA UROLOGICA	0	0.0	26	81.3	6	18.8	32	0.2
CIRUGIA OFTALMOLOGICA	0	0.0	23	76.7	7	23.3	30	0.3
CIRUGIA MAXILOFACIAL	0	0.0	19	95.0	1	5.0	20	0.1
CIRUGIA PEDIÁTRICA	0	0.0	18	90.0	2	10.0	20	0.1
CIRUGIA NEUROLÓGICA	0	0.0	16	84.2	3	15.8	19	0.2
CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA	0	0.0	15	88.2	2	11.8	17	0.1
CIRUGIA ORAL	0	0.0	15	93.8	1	6.3	16	0.1
CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	0	0.0	14	93.3	1	6.7	15	0.1
CIRUGIA DERMATOLÓGICA	0	0.0	12	80.0	3	20.0	15	0.3
CIRUGIA ONCOLÓGICA	0	0.0	14	93.3	1	6.7	15	0.1
CIRUGIA DE LA MANO	0	0.0	12	92.3	1	7.7	13	0.1
CIRUGIA GASTROINTESTINAL	0	0.0	10	90.9	1	9.1	11	0.1
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	0	0.0	8	88.9	1	11.1	9	0.1
OTRAS CIRUGIAS	0	0.0	9	100.0	0	0.0	9	0.0
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	0	0.0	7	87.5	1	12.5	8	0.1
CIRUGIA DE TÓRAX	0	0.0	7	87.5	1	12.5	8	0.1
TRANSPLANTE DE CORNEA	0	0.0	6	85.7	1	14.3	7	0.2
CIRUGIA ENDOVASCULAR NEUROLOGIA	0	0.0	6	100.0	0	0.0	6	0.0
IMPLANTE DE VÁLVULAS	0	0.0	6	100.0	0	0.0	6	0.0
CIRUGIA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	0	0.0	5	100.0	0	0.0	5	0.0
IMPLANTE DE TEJIDO OSEO	0	0.0	4	80.0	1	20.0	5	0.3
CIRUGIA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	0	0.0	3	75.0	1	25.0	4	0.3
OTROS IMPLANTES Y TRANSPLANTES	0	0.0	4	100.0	0	0.0	4	0.0
TRANSPLANTE RENAL	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	0.0
IMPLANTE DE PIEL	0	0.0	1	50.0	1	50.0	2	1.0
TRANSPLANTE DE CORAZÓN	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	0.0
TRANSPLANTE MEDULA OSEA O CÉLULAS MADRE	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	0.0
TRANSPLANTE DE HIGADO	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	0.0
TRANSPLANTE DE RINÓN PANCREAS	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	0.0
TOTAL	0		435		67		502	0.2

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

Tabla No.74 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo servicios Promoción y prevención. Santiago de Cali. 2011

Nombre del Servicio	Mixta	%	Privada	%	Pública	%	Total	Relacion Público/privado
ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	0	0.0	67	40.1	100	59.9	167	1.5
PROMOCIÓN EN SALUD	0	0.0	67	40.1	100	59.9	167	1.5
VACUNACIÓN	0	0.0	56	36.6	97	63.4	153	1.7
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	0	0.0	48	33.1	97	66.9	145	2.0
OTRA	0	0.0	2	33.3	4	66.7	6	2.0
TOTAL	0		240		398		638	1.7

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

En cuanto a otro tipo de servicios, los relacionados con atención en procedimientos generales son los más frecuentes, en contraste con los centros de atención en drogadicción residencial. El sector privado habilita de manera exclusiva servicios de estética, acondicionamiento físico, centros día para rehabilitación, unidades de medicina reproductiva, mientras que solo el caso de centros de atención para drogadicción ambulatorio tanto el sector público como el privado generan la misma oferta.

De otra parte en el caso de transportes especial de pacientes, el más frecuente corresponde al asistencial básico, el cual es habilitado en su mayoría por el sector privado, mientras que para el caso de transporte medicalizado se habilitan de manera similar por ambos sectores; en contraste los servicios de urgencias son habilitados con mayor frecuencia en este subgrupo y solo se encuentran 3 servicios de urgencias en salud mental, la mayoría privados como se aprecia en la tabla 75.

Tabla No. 75 Distribución de servicios habilitados según naturaleza jurídica. Grupo otros servicios, transporte de pacientes y urgencias. Santiago de Cali. 2011

Otros servicios								
Nombre del Servicio	Mixta	%	Privada	%	Pública	%	Total	Relación Público/privado
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	0	0,0	73	80,2	18	19,8	91	0,2
CENTROS DE SERVICIOS DE ESTÉTICA	0	0,0	42	100,0	0	0,0	42	0,0
SALA DE YESO	0	0,0	23	85,2	4	14,8	27	0,2
SALA DE REANIMACIÓN	0	0,0	8	61,5	5	38,5	13	0,6
SALA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS - ERA	0	0,0	9	75,0	3	25,0	12	0,3
CENTROS O SERVICIOS UNIDADES DE REHABILITACIÓN	0	0,0	6	66,7	3	33,3	9	0,5
SALA DE REHIDRATACIÓN ORAL	0	0,0	6	66,7	3	33,3	9	0,5
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO - CAF	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	0,0
CENTRO DE ATENCIÓN EN DROGADICCIÓN AMBULATORIO	0	0,0	4	50,0	4	50,0	8	1,0
CENTROS DIA PARA REHABILITACIÓN	0	0,0	7	100,0	0	0,0	7	0,0
UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA	0	0,0	5	100,0	0	0,0	5	0,0
CENTRO ATEN. EN DROGADICCIÓN RESIDENCIAL	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3	0,0
TOTAL	0		194		40		234	0,2
Transporte Especial de Pacientes								
Nombre del Servicio	Mixta	%	Privada	%	Pública	%	Total	Relación Público/privado
TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	0	0,0	8	61,5	5	38,5	13	0,6
TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	0	0,0	3	50,0	3	50,0	6	1,0
TOTAL	0		11		8		19	0,7
Urgencias								
Nombre del Servicio	Mixta	%	Privada	%	Pública	%	Total	Relación Público/privado
SERVICIO DE URGENCIAS	0	0,0	27	73,0	10	27,0	37	0,4
URGENCIAS EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	0,5
TOTAL	0		29		11		39	0,4

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Diciembre 2011

6.3. Prestación de servicios

Durante el año se realizaron 19.585.265 consultas en las 10 IPS públicas que operan en el municipio; la mayor proporción de consultas correspondió a consulta general electiva(58,9%) en contraste con la consulta especializada (19,7%). Las consultas generales electivas fueron efectuadas en su mayoría por IPS de primer nivel y mientras la consulta especializada fue efectuada con mayor frecuencia por el Hospital Universitario del Valle como se observa en la tabla No. 76.

Tabla No. 76. Distribución de consultas realizadas en IPS Públicas. Santiago de Cali 2011

ENTIDAD	Consultas General Electivas	%	Consultas General Urgentes	%	Consultas Especializadas	%	TOTAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" ESE	0	0,0	18913	8,3	207635	91,7	226548
HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	0	0,0	2031	6,2	36998	93,8	37229
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	1067	2,3	15922	33,9	30033	63,9	47022
HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO E.S.E	0	0,0	0	0,0	83191	100,0	83191
ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL	2072	100,0	0	0,0	0	0,0	2072
RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	348596	74,6	114619	24,5	4037	0,9	467252
RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.	183947	77,3	47222	19,8	6823	2,9	237992
RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	147512	7,4	26918	1,3	21118	1,1	195548
RED DE SALUD DEL ORIENTE	432623	71,1	170621	28,0	5210	0,9	608454
RED DE SALUD SURORIENTE E.S.E	54336	64,3	27460	32,5	2661	3,2	84457
TOTAL	1170153	58,9	423706	21,3	351406	18,7	1985265

Fuente: Construido a partir de información base d datos. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Gestión de Hospitales Públicos.2012

Del total de partos vaginales atendidos en las instituciones prestadoras de servicios publicas 56,5%, fueron reportados por el HUV entidad de alta complejidad mientras que en el caso de las ESE, la mayor cantidad correspondió a la ESE Oriente(23,2) en contraste con la ESE Norte que solo reportó 2 partos y el Hospital Mario Correa que reportó 9 partos. Sólo el HUV reportó parto por cesárea (1892), como se observa en la tabla No. 77

Tabla No.77. Distribución de partos vaginales atendidos en IPS Públicas. Santiago de Cali 2011

ENTIDAD	Partos Vaginales	%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" ESE	4176	56,5
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	9	0,1
RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	958	13,0
RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.	336	4,5
RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	2	0,0
RED DE SALUD DEL ORIENTE	1717	23,2
RED DE SALUD SURORIENTE E.S.E	192	2,6
TOTAL	7390	100

Fuente: Construido a partir de información base d datos. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Gestión de Hospitales Públicos.2012

El 59% de las camas disponibles en las IPS públicas del municipio, corresponden al HUV, mientras las ESE municipales aportan el 10% de la capacidad instalada del municipio. De igual

forma los egresos hospitalarios corresponden en su mayoría al HUV (69,9%), mientras que las ESE municipales contribuyen con 16,6%, tal como se aprecia en la tabla No. 78.

Tabla No.78. Distribución de partos vaginales atendidos en IPS Públicas. Santiago de Cali 2011

ENTIDAD	Cases Hospitalización	%	Egresos	%	Giro Cama	Días Estancia	Días Cama Ocupado	Días Cama Disponible	Porcentaje Ocupacional
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE FEARISTO GARCIA ESE	576	59,0	4461	69,9	77,17	227460	247449	248291	98,17
HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.	204	20,9	2199	5,0	15,68	59543	64698	75360	85,84
HOSPITAL DEPARTAMENTAL CORREA RENIGRO	35	3,6	3279	5,2	93,69	18302	14024	26268	56,61
HOSPITAL ISAHUAS QUARTO CANONICO E.S.E.	42	4,3	2037	3,2	48,5	8862	11337	14800	77,85
ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANOS SAN MIGUEL	16	1,6	145	0,2	9,06	610	2047	4848	42,22
RED DE SALUD DE LAZARERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	19	1,9	1823	2,9	95,95	3519	3519	6925	50,6
RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.	18	1,8	1188	1,9	66	1872	1872	6566	28,51
RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	17	1,7	1982	3,1	116,59	2152	1410	2466	57,18
RED DE SALUD DEL ORIENTE	33	3,4	3651	5,7	110,64	8303	8303	12189	68,12
RED DE SALUD SURORIENTE E.S.E.	16	1,6	1879	3,0	117,44	2807	3184	5220	61
TOTAL	976	100,0	63634	100,0		334220	355023	402743	

Fuente: Construido a partir de información base d datos. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Gestión de Hospitales Públicos.2012

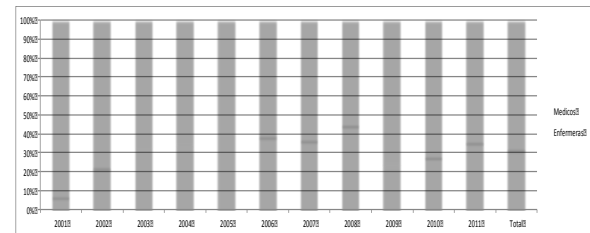
6.4 Recurso humano

Si bien la información relacionada con este tema es insuficiente, se cuenta con el reporte de médicos y enfermeras egresados en la ciudad en los últimos 10 años.

Con corte a 2011 han egresado 1175 enfermeras y 2515 médicos de las universidades localizadas en la ciudad. La

figura No. 54 presenta la distribución anual de egresados por profesión mientras la tabla No. 79 presenta la relación medico /enfermera para los mismos años

Figura No. 54 Distribucion médicos y enfermeras egresados por año. Cali 2001-2011



Fuente: Ministerio de Educación. Observatorio Recursos Humanos. 2012

Tabla No.79 Razón médicos y enfermeras egresados por año. Cali 2001-2011

Año de Graduación	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Enfermeras	12	46	98	110	140	92	136	110	118	146	167	1175
Medicos	162	162	199	210	201	147	237	138	370	383	306	2515
Razon Medico/Enfermera	13,5	3,5	2,0	1,9	1,4	1,6	1,7	1,3	3,1	2,6	1,8	2,1

Fuente: Ministerio de Educación. Observatorio Recursos Humanos. 2012

7. CONCLUSIONES

Conocer las condiciones de vida de los habitantes del municipio, permite identificar como estas influyen en sus posibilidades de estar sana y los problemas de salud que atraviesan para generar planes de intervención. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las mismas están influenciadas por aspectos sociales, demográficos, culturales e históricos que pueden alterar el estado de salud y la calidad de vida de las personas⁷⁶.

El municipio de Cali, como resultado de sus características físicas, se convierte en referente para los municipios aledaños en aspectos como la prestación de servicios de salud y la formación de recursos humanos. Sin embargo, estas mismas características han generado que el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres lo identifica como de riesgo para inundaciones, incendios forestales, vendavales y movimientos en masa. Esta situación tiene implicaciones en la tarea de Autoridad Sanitaria por cuanto simultáneamente a las diferentes responsabilidades propias de su rol, debe diseñar, implementar y evaluar, de manera articulada con otros actores involucrados planes de prevención, mitigación y control de riesgos.

Las características demográficas y las condiciones socioeconómicas hacen parte fundamental del desarrollo y calidad de vida de los miembros de una sociedad. Si bien, se ha avanzado en el desarrollo de normas de protección a la garantía del derecho a la salud, su nivel implementación es insuficiente, lo que se refleja en las condiciones de vida de grupos poblacionales con vulneración de derechos.

Su característica de municipio pluriétnico y multicultural, unido a que 21,6 % del territorio

geográfico corresponde al área urbana que aloja al 98.4% de la población del municipio, requiere un esfuerzo adicional por parte de los servicios de salud para adecuarse a las necesidades de la población.

El grupo de edad de 25 a 29 años presenta el mayor peso porcentual de la población (8.9)%, seguido de las personas de 10 a 14 años(8.8%) Sin embargo la población mayor de 65 años ha ido incrementándose de manera paulatina, lo cual tiene implicaciones como la necesidad de revisar la oferta de servicios para los escolares y adolescentes, centrada en mantenimiento de la salud y en la modificación del perfil epidemiológico centrado en la presencia de Enfermedades Crónicas no transmisibles, en el caso de los mayores.

Unido al tema del envejecimiento, el perfil de mortalidad ha cambiado, adquiriendo preponderancia las enfermedades crónicas no transmisibles frente a las enfermedades infecciosas, sin desconocer que estas últimas se siguen presentando. Las causas violentas que también aparecen en el perfil de mortalidad son un reflejo de comunidades en conflicto y desigualdades sociales, que como se ha planteado requieren intervención multisectorial con políticas a largo plazo construidas con participación de diversos actores.

Esta situación tiene implicaciones para el sistema de salud en términos de las respuestas y decisiones en políticas de salud, orientadas a modificar los factores determinantes de los riesgos para la salud, entre los que se encuentran, los del ambiente y los patrones de comportamiento y modo de vida de las personas, pero que deben ser abordadas de manera diferencial en los diferentes territorios orientados a la garantía del derecho a la salud.

La distribución de morbilidad reportada, muestra una activa participación de la mujer en

⁷⁶ Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007.

el uso de los servicios de salud ambulatorios (64%), a expensas del proceso reproductivo. Mientras que para los hombres, se relaciona con los eventos de causa externa, coincidente con la situación de mortalidad en el municipio, aspecto que también se refleja en los egresos hospitalarios. En el grupo de menores de 15 años, llama la atención los eventos relacionados con causa externa, que ocupan el cuarto lugar para el año 2011, precedidos de enfermedades respiratorias, neonatales e infecciosas.

Coincidente con el perfil epidemiológico, los egresos hospitalarios relacionados con medicina interna, evidencian problemáticas relacionadas con el sistema circulatorio, digestivo, genitourinario, tumores y el sistema respiratorio.

Sin desconocer los avances en la mejoría de la situación infantil (baja a un dígito a partir del 2010- 9,4 por 100 mil nacidos vivos) se requiere continuar fortaleciendo las acciones relacionadas con la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), estrategia enfocada en la atención de los menores de cinco años que pretende reducir las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. Actualmente es considerada la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

Cali ha mantenido una tendencia hacia la reducción de la mortalidad materna a expensas de causas directas, gracias a la implementación de acciones centradas en la población y los servicios, así como en la vigilancia de la morbilidad materna extrema. Los esfuerzos deben orientarse a identificar los riesgos reproductivos a todas las mujeres en edad reproductiva que tenga patologías de base y que puedan ser susceptibles de embarazarse y

el diseño de estrategias de intervención para evitar la presencia de embarazos en ellas, la articulación con otros sectores para intervenir problemas sociales, económicos y culturales que afectan a las gestantes y la mejoría en la calidad de la atención de los servicios de salud.

La salud de la población joven se ha considerado desde hace muchos años como un elemento básico para el desarrollo social y económico. En la ciudad, esta franja corresponde a 17,4% del municipio, sin embargo se presentan debilidades relacionadas con la información que permita identificar la real problemática de este grupo y proponer soluciones acorde a sus necesidades, que permitan la extensión de cobertura y el acceso al disfrute de derechos definidos en salud para jóvenes. Es de resaltar la problemática en adolescentes (28,8 por mil mujeres), con las consecuencias propias en la salud y particularmente en los proyectos de vida de las jóvenes implicadas.

La Prevalencia de VIH de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), supera el 24,1% para el municipio de Cali, mientras que la prevalencia en mujeres gestantes, no es superior a 1%. Esta situación tiene implicaciones en las estrategias de intervención, que acorde a lo planteado para el país deben centrarse en poblaciones vulnerables, tales como habitantes de la calle, HSH, Transexuales, personas privadas de la libertad, Trabajadoras sexuales, personas que viven con VIH y jóvenes en situación de desplazamiento. El énfasis es hacer seroprevalencia en poblaciones de riesgo.

El estado de salud bucodental de la población escolar (12 años) en el municipio ha mejorado, según cifras del estudio de morbilidad oral (Índice COP de 1.65 a los 12 años). Esta situación podría ser explicada por las campañas implementadas en la población menor de 12 años por más de 28 años en el municipio de Santiago de Cali. Las metas nacionales incluyen el componente de dientes permanentes en

población mayor de 18 años, lo que requiere realización de estudios que permitan conocer la problemática y definir estrategias para su mejoramiento.

El control de la tuberculosis en Cali medido en términos del avance en las metas de los objetivos de desarrollo del milenio, ha sido lento. La incidencia por TB para el año 2015 se orienta a disminuir al 50%, la incidencia del año 1990; para el municipio implica bajar de 38.2 por 100.000 habitantes a 19,1 por 100.00 mil habitantes. En cuanto a la meta de mortalidad por TB de los ODM, para el 2015 se debe lograr una reducción de la tasa de mortalidad del 50% con respecto a los niveles de 1990. Cali deberá llegar para el 2015 a una tasa de 3,15 por 100,000 habitantes. Esta situación requiere una extensión y mejora en la aplicación del DOTS donde las administradoras, bienestar social (seguridad alimentaria, vivienda, empleo, salud, educación) y comunicaciones, entre otros sectores, deben participar en forma proactiva, cerrando brechas que permitan alcanzar el control de la enfermedad.

Los componentes de salud ambiental son condicionantes para la salud poblacional, especialmente para la población infantil, por tanto se requiere un direccionamiento y gobernabilidad desde el punto de vista intersectorial para intervenirlos de manera eficiente.

Se ha presentado un avance en el mejoramiento de la calidad de agua tanto urbana como rural, lo que tiene implicaciones en la mejoría de la situación de salud infantil, particularmente en lo relacionado con la disminución de la mortalidad por Enfermedad Diarreica. Sin embargo, es importante resaltar que aunque la ciudad cuenta con siete ríos que proveen un caudal importante para el acueducto, la falta de control de actividades mineras y negocios ubicados en sus riveras se convierte en una amenaza para la salud humana, lo cual requiere una intervención por parte de los tomadores de decisión en

aspectos relacionados con el ordenamiento territorial y la protección ambiental.

El avance en el control de zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores, ha permitido el silencio epidemiológico de 23 años para rabia, una disminución de muertes por Dengue de 10 a 0 a partir del 2010 y una disminución de índices de infestación del vector de más del 70%, aspectos que requieren ser mantenidos y fortalecidos debido a que, particularmente en el tema de vectores, la adaptabilidad de los mismos implica ajustes permanentes en las acciones de control.

De otra parte el crecimiento urbano planificado e indiscriminado y los avances tecnológicos que se incorporan a la cotidianidad de los habitantes del municipio, particularmente en lo relacionado con las estaciones de telecomunicaciones que pueden generar problemas de salud los cuales no están lo suficientemente documentados y que requieren ser estudiados a profundidad.

El incremento de establecimientos que manejan sustancias químicas aumenta el riesgo en la salud humana por el manejo inadecuado de residuos contaminados producto de su actividad, los cuales son dispuestos en sitios no adecuados generando contaminación secundaria en alimentos, fuentes de agua y el suelo, con las implicaciones negativas en la salud y en el ambiente que requieren ser abordadas de manera articulada e integrada por los actores involucrados.

La tasa de violencia intrafamiliar, en el caso de las mujeres es tres veces la de los hombres. Sin embargo, es insuficiente el solo reporte, se requieren estrategias orientadas al seguimiento de los casos y a la intervención familiar con participación de diversos actores responsables del abordaje de esta situación. Particular énfasis debe hacerse en el caso de los niños y niñas, por la frecuencia elevada de la violencia sexual en menores de 14 años.

El consumo de marihuana es 69% más alto que el observado en Colombia y en el caso de la cocaína es 28% se presenta igual situación. A pesar del reporte inferior de consumo de alcohol comparado con las cifras nacionales, la situación de consumo perjudicial y de riesgo de alcohol se convierte en una prioridad en salud pública por las consecuencias, no solo en el individuo sino también para la familia y la sociedad.

Las intoxicaciones reportadas en el municipio de manera indirecta, presentan aspectos relacionados con el tema de suicidio, particularmente cuando las sustancias más utilizadas para esta intención son los fármacos (46%) y los plaguicidas (38%). Por ello se requiere el re-direccionamiento de la vigilancia en este aspecto y en el manejo integral debido a que se orienta en la actualidad de manera prioritaria al aspecto biológico del evento médico agudo sin integrar el protocolo de intento de suicidio.

El tema de seguridad laboral requiere ser analizado con profundidad para generar estrategias de intervención con los actores involucrados, sin embargo, no se cuenta con información.

Con el incremento en las patologías de carácter crónico, se requiere tener en cuenta en el diseño e implementación de intervenciones, acciones orientadas a la transformaciones de hábitos de alimentación, priorizando los grupos de población de estrato bajo, la educación a madres y padres y la implementación de estrategias masivas de comunicación.

La cobertura de reporte oportuno a la Secretaría de Salud Departamental y al Instituto Nacional de Salud de las UPGD es superior al 90%, sin embargo, es fundamental fortalecer los esfuerzos para mejorar la aplicación de protocolos definidos para los eventos de interés en salud pública y el ajuste posterior a la misma.

El análisis de las limitaciones en el reporte oportuno tanto de la información de vigilancia como de estadísticas vitales, fundamental para disponer de información oportuna y completa, se ha asociado a la cantidad insuficiente de recurso humano asignado en las instituciones involucradas (Aseguradores, Prestadores, Secretaria de Salud). Por tanto, se requiere incrementar no solo el número, sino la cualificación de los mismos de forma permanente, de manera que se responda a los requerimientos que estas actividades demandan constantemente y con ello se disponga de registros completos, correctamente diligenciados que se traducen en información para la toma de decisiones.

En Colombia, y el Municipio de Santiago de Cali no es la excepción, el Aseguramiento en salud ha oscilado de manera desequilibrada entre la Administración del riesgo financiero y la Gestión del riesgo en salud. De un lado, las EPS como aseguradores, protegiendo el riesgo financiero de sus empresas, y de otro lado, los prestadores concurriendo en un mercado de competencia imperfecta.

Si bien la estructura del aseguramiento ha logrado, en el Municipio de Cali, altas tasas de coberturas en la afiliación de la población, dicha universalización no guarda correspondencia con la calidad en la prestación de los servicios de salud que se le debe garantizar a la totalidad de la población asegurada y no asegurada. Los significativos avances en el acceso al sistema, no guardan relación con la accesibilidad en la prestación de los servicios de salud.

El aseguramiento como puerta de entrada al sistema, debe igualmente garantizarle al afiliado el acceso real y efectivo a los servicios a que tiene derecho.

El esquema de prestación de servicios a través de un modelo, que como el de las Empresas Sociales del Estado, lleva implícita la

sostenibilidad financiera, ha introducido cambios notables en la dinámica de prestación de servicios. Es difícil valorar y equilibrar la rentabilidad económica de los prestadores públicos, y al mismo tiempo satisfacer las necesidades de atención de los pacientes. En ocasiones prima el evento financiero sobre el evento de salud, así como prima la cobertura por sobre la calidad de la atención.

Este contexto hace que tanto prestadores como aseguradores, incorporen barreras que limitan o impiden el acceso a los servicios de salud. Y si bien existen barreras funcionales y/o organizacionales que tienen que ver con deficiencias administrativas, persisten otras de orden estructural que requerirán de decisiones en instancias superiores que están por fuera del ámbito de competencia de las propias ESE.

Las ESE viven una encrucijada impuesta por la propia ley, al colocarlas en un mercado de competencia imperfecta y con múltiples deficiencias técnicas, tecnológicas y organizacionales, que las alejan de la posibilidad de competir con posibilidades de éxito con las IPS privadas. Se intenta infructuosamente alcanzar la viabilidad mediante la atención de la población afiliada y no afiliada, con modalidades de contratación desventajosas, en especial con las EPS-S.

Se requiere fortalecer el primer nivel de atención, introduciendo readecuaciones estructurales en el modelo de prestación de servicios de salud, balanceando adecuadamente la solidez financiera con la calidad de la atención, como requisito para garantizarle a miles de usuarios el Derecho a la Salud.

El Análisis de Situación de Salud debe convertirse en una herramienta de inteligencia sanitaria que permita el monitoreo y análisis permanente de información sobre las variables e indicadores estratégicos de la situación de salud; de definir las prioridades sanitarias; y de

proponer estrategias pertinentes para la atención de los problemas de salud⁷⁷. En este documento se avanzó en la descripción de algunos factores condicionantes, del proceso salud-enfermedad y de la respuesta social

La respuesta social a los problemas de salud, es aquella que se produce en forma directa cuando se dirige a ellos, mediante acciones preventivas o recuperativas a los enfermos o a las poblaciones en riesgo de enfermarse, generalmente a través de instituciones o servicios de salud, que producen efectos en la disminución de enfermedades específicas. La respuesta indirecta está dirigida a los factores condicionantes, mediante acciones generales que redundan en bienestar y mejoría de las condiciones de vida de un amplio sector de la población, que producen efectos en la disminución generalizada de enfermedades.

Lo anterior implica para la Autoridad Sanitaria municipal y para los actores del sistema, avanzar hacia la medición de una respuesta social efectiva. La Secretaria de Salud ha avanzado en el fortalecimiento de la autoridad sanitaria que en tanto expresión del Estado, tiene la responsabilidad de garantizar las condiciones para la participación e igualmente responder a las demandas y necesidades ciudadanas, el fortalecimiento de los procesos organizativos, como expresiones colectivas de representación de intereses y necesidades y, el fortalecimiento de los espacios de concertación o de interlocución ciudadanía-institucionalidad, a través de los cuales se produzca un diálogo entre actores para discutir y decidir el rumbo de las acciones que tienen relación directa con la producción de la salud.

De igual forma hace una apuesta importante de trabajo en territorios, a partir del análisis de los factores condicionantes, del proceso salud-enfermedad y de la respuesta social donde en

⁷⁷ Ministerio de salud . Análisis de la Situación de Salud. Guía para El Análisis de la Respuesta Social a los problemas de Salud (Con Énfasis en Los Servicios). Peru.2002

este último punto, se desarrollan ejercicios ciudadanos para la construcción social de la salud, se promueven nuevas prácticas de liderazgo y se cualifica la participación social, entre otros. Por ello, hay un énfasis de trabajo alrededor de procesos de control social que propenden por la defensa de lo público y además de garantizar la transparencia y democratización de la gestión pública, en pro de generar sinergias y confianza entre la ciudadanía y la institucionalidad.

El reto a posteriori, implica propiciar la reflexión de la realidad territorial en las diferentes comunas del municipio, analizar la oferta institucional en los territorios a la luz de la realidad territorial, visualizar las situaciones de salud comunes de los territorios, priorizar las de mayor ocurrencia a nivel de ciudad y plantear propuestas de intervención con todos los actores que operan en el territorio.

8. BIBLIOGRAFIA

Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Análisis estadístico del SISBEN III. 2011

Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Cali en cifras 2011

Alcaldía de Santiago de Cali. Plan integral único de atención para la población en situación de desplazamiento de Santiago de Cali 2011-2013

CEDETES, Prevalencia de los Factores de Riesgo del comportamiento asociado a ECNT Cali. 2005

Comisión Europea. Ayuda Humanitaria. Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de desastres. Estado Actual, Perspectivas y prioridades para los Preparativos ante desastres en Colombia. Documento País -DP 2010. Documento final 2010

Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 10 Agosto 1998

Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 134. Agosto 2004

Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 15. Agosto 1998

Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 69. Agosto 2000

Consejo Municipal Santiago de Cali. Acuerdo 0326 de 2012. Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015

DANE. Resultados Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional

Duque S. Análisis de la Fecundidad. Salud en Cifras. 2010

Duque S. Análisis de la Mortalidad. Salud en Cifras. 2010

Duque S. Análisis demográfico y epidemiológico. Salud en Cifras. 2010

Escobar M. G. La población en Santiago de Cali: siglo XX y primera década del siglo XXI

Instituto Nacional de Salud. Protocolo Leptospirosis. 2009

González M, y cols. Tendencias en la mortalidad por cáncer en Colombia 1985-2005. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2003;8(3):41-50.

INS.VII Estudio centinela de VIH en gestantes. Informe de resultados. 2009

Lesmes M.C. Como estamos en salud?. Foro municipal por la salud. 2007

Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Colombia 2011 – 2015. 2011

Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. 2011

Ministerio de la Protección Social. Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Resolución 2115 de 2007

Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007.

Ministerio de Protección Social. Decreto 3039. 2007. Plan Nacional de Salud Pública.

Ministerio de Protección Social. Resolución 000082 de 2009

Ministerio de Protección Social. Resolución 0769 .2008

Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud. Guía para El Análisis de la Respuesta Social a los problemas de Salud (Con Énfasis en Los Servicios). Peru.2002

Ministerio de Salud y Protección Social. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia. Resultados del estudio. En http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/2_evaluacion_respuesta/b_estudios_complementarios/Resultados_Estudio_HSH_final125.pdf. Consultado Dic 2012

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento de evaluación de coberturas, oportunidad y esquema completo de vacunación. Colombia 2011.

Ministerio de Salud. Afiliados BDUA Dpto. MUNICIPIO. DIC 2011. En: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>. Consultado Septiembre 2012

OPS, Boletín Epidemiológico. Vol.20 No. 3 .1999

Personería Municipal. Informe situación actual UAO. 2012

Petersson HG, Bratthall D. The caries dedine: a review of reviews. European Journal of Oral Sciences 1996;104:436-43

Piñeros M, Hernández G, Bray F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia.an emerging problem. Cáncer 2004; 101(10):2285-2292.

Población DANE, Ministerio de Salud y Protección Social 2011

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y salud. 2010

República de Colombia. Artículo 18. Decreto 919 de 1989

Republica de Colombia. Ley 1209.2008

Instituto Nacional de Salud. Resolución 4716 de 2010

Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y CIENFI-Universidad ICESI. Cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en Santiago de Cali Evaluación y seguimiento.2010

Secretaria de Salud Pública Municipal. Eje Promoción Social. Poblaciones Vulnerables. 2011

Secretaria de Salud Municipal de Cali, SIVIGILA Cali, 2011

Secretaria Departamental de Salud del Valle. Registro de Prestadores Habilitados... Septiembre 2012. En <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones.php?id=9123>. Consultado Septiembre 2012

Servicio Geológico Colombiano. Amenaza Sísmica. Disponible en: http://seisan.ingeominas.gov.co/RSNC/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=84

SSPM. Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión 2011

SSPM. Informe de gestión 2011.

SSPM.Grupo Salud Ambiental. Informe de Gestión. 2011

SSPM.Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Informe de Gestión. 2011

Universidad del Valle. Escuela de Odontología. Estudio Morbilidad Oral Población Escolar de escuelas públicas del Municipio de Cali. 2011