

2012

PLAN TERRITORIAL DE SALUD  
DE CALI 2012-2015  
Documento de trabajo

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
MUNICIPAL  
30/07/2012

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCION.....	3
1- MARCOS DE REFERENCIA.....	4
1.1 CONCEPTUAL.....	4
1.1.1 ENFOQUES .....	4
1.1.2 PRINCIPIOS.....	8
1.2 NORMATIVO .....	10
1.2.1 LINEAS DE POLITICA.....	10
1.2.2 PRIORIDADES .....	15
1.2.3 OBJETIVOS DE LAS PRIORIDADES.....	15
1.2.4 METAS Y ESTRATEGIAS POR PRIORIDAD .....	16
ESTRATEGIAS.....	20
1.3 JURIDICO .....	22
2- OBJETIVOS .....	24
3- METODOS.....	25
3.1 FASES.....	25

## INTRODUCCION

De acuerdo con lo establecido en la normatividad del sector<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup> corresponde a diferentes actores entre ellos las direcciones territoriales de salud adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública para lo cual se requiere formular y aprobar el Plan de Salud Territorial que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el plan obligatorio de salud - POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales- El plan debe formularse en coherencia con el perfil de salud territorial y adoptar el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

En esta perspectiva la Secretaria de Salud Municipal de Cali acogiendo los lineamientos de la Resolución 425 de 2008 presenta este documento que recoge el proceso de construcción del propuesta para la construcción y discusión del Plan con los involucrados para el periodo 2012-2015. En tal sentido el Plan Territorial de Salud es parte integrante de la dimensión social del Plan de Desarrollo<sup>6</sup> y se rige además de las normas previamente planteadas por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo<sup>7</sup>. Su propósito fundamental es el mejoramiento del estado de salud de los residentes en el Municipio para lograr a mediano y corto plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica como también disminuir las inequidades territoriales en salud

En el municipio de Cali el eje CaliDA: Bienestar para todos parte del hecho de que el bienestar y calidad de vida de todos los ciudadanos no son solo el fin último del accionar gubernamental, sino también un importante catalizador de la generación, retención y atracción de talentos y recursos para la prosperidad colectiva. Por ello se plantea la realización de acciones determinantes clave de las capacidades y el bienestar de los ciudadanos entre ellos la salud de calidad haciéndose especial énfasis en la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, el adulto mayor, población en discapacidad, etnias, género y diversidad sexual, y la atención humanitaria a víctimas del conflicto interno, en el marco de las políticas públicas<sup>8</sup>.

---

<sup>1</sup> República de Colombia. Ley 10 de 1990

<sup>2</sup> República de Colombia. Ley 100 de 1993

<sup>3</sup> República de Colombia. Ley 715 de 2001

<sup>4</sup> República de Colombia. Ley 691 de 2006

<sup>5</sup> República de Colombia. Ley 1122 de 2007

<sup>6</sup> Consejo de Santiago de Cali. Acuerdo No. 0326 de 2012

<sup>7</sup> República de Colombia. Ley 152 de 1994

<sup>8</sup> Consejo de Santiago de Cali. Acuerdo No 326 de 2012

## 1- MARCOS DE REFERENCIA

### 1.1 CONCEPTUAL

#### 1.1.1 ENFOQUES

En concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública que integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales<sup>9</sup>, el Plan Territorial de Salud se entiende como el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales para lo cual articula los enfoques poblacional, de determinantes sociales de la salud y la gestión social del riesgo,

El **enfoque poblacional** permite identificar, comprender y responder a las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos que son responsabilidad y competencia de los municipios dentro de su territorio. En tal sentido convierte a la población en la prioridad y asegura una coherencia entre los propósitos del plan y la garantía de sus derechos, la reducción de las desigualdades y asegura la inclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad o desventaja.

Adicionalmente permite anticipar necesidades y derechos en base a un análisis de las tendencias y la dinámica demográfica y ayuda a definir políticas, programas y acciones que se requieren para responder a estas necesidades y garantizar los derechos que surgen de la dinámica poblacional presente y futura. Incluye de manera efectiva la participación ciudadana, pues considera a la población como sujeto activo en los procesos de planeación, al reconocer las experiencias e intereses de los grupos sociales a través de la participación libre, activa e informada en las decisiones y procesos que les afectan.

Finalmente facilita la evaluación y en consecuencia la implementación de acciones de mejoramiento pues parte de indicadores base, los cuales será posible monitorear periódicamente; permitiendo contar con mecanismos para la rendición de cuentas y manejo adecuado de la información y aborda los procesos de planeación de manera integral pues permite apreciar las interrelaciones entre la población y el desarrollo, dando claridad para la formulación de políticas, programas y acciones públicas efectivas<sup>10</sup>.

El **enfoque de determinantes** pretende comprender de que manera las causas de los casos individuales se relacionan con las causas de incidencia en

<sup>9</sup> República de Colombia. Ley 1122 de 2007. Artículo 33

<sup>10</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA. El enfoque en la planeación del desarrollo municipal. Bogotá. 2008

una población<sup>11</sup> esto implica hablar de equidad sanitaria definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediabiles de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica<sup>12</sup> mientras la desigualdad sanitaria implica que no se logra evitar o superar las desigualdades de salud que infringen las normas de los derechos humanos o resultan injustas de alguna manera, sin embargo los determinantes sociales de la salud no son necesariamente los mismos de la desigualdad sanitaria<sup>13</sup> por ello la Comisión de Determinantes Sociales(CDS) planteo la necesidad de centrar la atención en aquellos que son la causa principal de las desigualdades sanitarias pensando en que las recomendaciones de políticas deben tener una repercusión positiva importante en la equidad sanitaria.

El modelo propuesto por la CDS plantea la combinación de diferentes elementos como se muestra en la figura 1. Los mecanismos sociales, económicos y políticos dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas, mediante las cuales las poblaciones están estratificados de acuerdo a los ingresos, educación, ocupación, género, raza / etnia, etc. Estas posiciones socioeconómicas se consideran en factores determinantes del estado de salud(determinantes intermedios) los cuales reflejan el lugar de las personas dentro de las jerarquías sociales; sobre la base de su estatus social los individuos experimentan diferencias en la exposición y la vulnerabilidad que comprometen su estado de salud. La enfermedad puede "retroalimentar" en la posición social de un individuo dado, por ejemplo, por poner en peligro el empleo y las oportunidades y la reducción de los ingresos, ciertas enfermedades epidémicas de manera similar pueden "retroalimentar" al afectar el funcionamiento de las instituciones sociales, económicas y políticas.

El contexto se define ampliamente para incluir todos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos: el mercado de trabajo, el sistema educativo, las instituciones políticas y otros valores culturales y sociales. Entre los factores contextuales que afectan a la salud con más fuerza están el estado de bienestar y sus políticas de redistribución (o la ausencia de tales políticas).

En el marco de la CDS, los mecanismos estructurales son los que generan la estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos. Los mecanismos estructurales están arraigados en las instituciones y los procesos clave del contexto socioeconómico y político. Los estratificadores estructurales más

---

<sup>11</sup> Rose G. Sick individuals and sick populations International Journal of Epidemiology. Vol 14 No. 1 1985

<sup>12</sup> CDSS. 2005

<sup>13</sup> Graham H. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. The Milbank Quarterly, Vol 82, No. 1, 2004 (pp 101-124)

importantes y sus indicadores representativos son: ingresos, educación, ocupación, clase social, género, raza / etnia.

En conjunto, el contexto, los mecanismos estructurales y la posición socioeconómica de los individuos resultantes son "Determinantes estructurales" y en efecto, son estos los factores determinantes "sociales de las inequidades en salud" los cuales a través de un conjunto de los determinantes de la salud de intermediario para dar forma a los resultados de salud. El vocabulario de la "determinantes estructurales" y "determinantes intermediarios, "subraya la prioridad causal de los factores estructurales

Las principales categorías de determinantes intermediarios de la salud son las condiciones materiales, circunstancias psicosociales; comportamientos y / o factores biológicos, y el propio sistema de salud como un determinante social.

Las circunstancias materiales incluyen factores tales como la vivienda y la calidad del vecindario, consumo potencial (por ejemplo, los medios financieros para comprar comida saludable, ropa, etc), y el entorno físico de trabajo

Las circunstancias psicosociales incluyen los factores de estrés psicosocial, las circunstancias estresantes de vida y las relaciones y el apoyo social y los estilos de afrontamiento (o su ausencia).

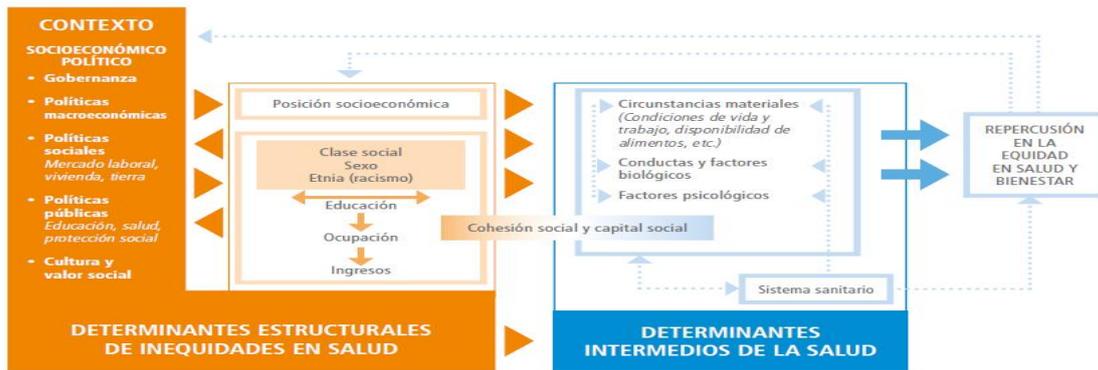
Los factores conductuales y biológicos incluyen la nutrición, actividad física, consumo de tabaco y el consumo de alcohol, que se distribuyen de manera diferente entre los distintos grupos sociales. Los factores biológicos incluyen factores genéticos.<sup>14</sup>

Un elemento distintivo de este modelo es su incorporación explícita del sistema sanitario. De hecho, las desigualdades socioeconómicas en torno a la salud pueden explicarse en parte por el efecto de realimentación de la salud sobre la posición socioeconómica, por ejemplo, cuando una persona experimenta una disminución en sus ingresos a raíz de una discapacidad ocasionada por el trabajo. Las personas que padecen mala salud ascienden en la escala social con menor frecuencia y, en general, descienden en la escala social más que las personas sanas. Esto implica que el sistema sanitario puede considerarse un factor social determinante de la salud en sí mismo, además de la función clave que tiene el sector de la salud en promover y coordinar la política de determinantes sociales de la salud.

---

<sup>14</sup> Solar o, Irwin a. a conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Ginebra, omS, 2010. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf)

**Figura No. 1 Marco conceptual de determinantes sociales**



Los conceptos de cohesión social y el capital social ocupan un lugar bien visible (y controvertido) en el tema de determinantes sociales de salud. El cruce de capital social a través de las dimensiones de los determinantes estructurales e intermedios, implica que existen con características que enlazan a ambos. De acuerdo a esta literatura, el Estado debe asumir la responsabilidad de desarrollar sistemas flexibles que faciliten el acceso y la participación por parte de los ciudadanos.

Por todo lo anterior el enfoque basado en los determinantes sociales exige actuar de manera coordinada y coherente en los sectores de la sociedad que influyen en los determinantes estructurales, a fin de mejorar la salud y reducir las inequidades. La salud es un factor contribuyente clave al amplio espectro de objetivos sociales. Por consiguiente, este enfoque identifica la distribución de la salud, determinada por el grado de inequidad en salud, como indicador clave no solo de imparcialidad y justicia social, sino también del funcionamiento general de una sociedad.

A su vez, una mejor salud contribuye a otras prioridades sociales importantes, como mayor bienestar, educación, cohesión social, protección medioambiental, mayor productividad y desarrollo económico<sup>15</sup> por tanto las mejoras en la salud y sus determinantes se retroalimentan y se ofrecen beneficios mutuos.<sup>16</sup>

De igual forma avalar el enfoque basado en los determinantes sociales significa reconocer el valor más amplio de la salud para la sociedad y su dependencia de medidas que trascienden el sector salud; así como reconocer que las inequidades en salud no pueden abordarse sin abordar las desigualdades sociales. Las medidas coordinadas para lograr una buena salud también son

<sup>15</sup> Comisión sobre macroeconomía y Salud. macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo económico: informe de la comisión sobre macroeconomía y Salud. Ginebra, OMS, 2001. Citado en: OMS. Cerrando la brecha : la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud : documento de trabajo.2011

<sup>16</sup> Wilkinson R, Marmot m, eds. Social determinants of health: the solid facts. 2.º ed. Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la OMS, 2003. Citado en: OMS. Cerrando la brecha : la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud : documento de trabajo.2011

fundamentales para mantener una economía sólida y preservar la estabilidad social y la seguridad nacional y mundial.

El **enfoque de gestión social del riesgo** se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

### 1.1.2 PRINCIPIOS

Los principios orientadores definidos en la norma son los siguientes:

**Universalidad:** Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

**Equidad:** La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social de vulnerabilidad o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

**Calidad:** Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

**Eficiencia:** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

**Responsabilidad:** Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

**Respeto por la diversidad cultural y étnica:** Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y

evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la norma<sup>17</sup>.

**Participación social:** Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, y que éstas se concreten en los planes de salud territoriales.

**Intersectorialidad:** Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud<sup>18</sup>

Adicionalmente se incorporan los planteados en el marco del Plan de Desarrollo del Municipio de Cali:

**El ser humano, individual y colectivamente, está por encima de todo.** En forma permanente se trabajará por el ser humano, porque se respeten sus derechos y se cumplan sus deberes, porque un mayor bienestar comunitario sea el reflejo del desarrollo integral de la ciudad.

**Recuperación de la seguridad ciudadana y afianzamiento de la convivencia social:** Todo el accionar de la Administración Municipal se enmarcará en la búsqueda de niveles apropiados de seguridad ciudadana y de convivencia social y, para ello, se antepondrá el interés general a intereses particulares en la construcción del bienestar común de la población, concretando los anhelos y aspiraciones de todos los caleños, sin distinción de grupos sociales, políticos y étnicos, dentro de un modelo de acompañamiento ciudadano que permita la verdadera participación y cooperación en la gestión de gobierno.

**Atención con enfoque diferencial y de derechos a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y la familia.** En todas las acciones, programas y proyectos de la administración municipal se garantizará, de manera especial, la inclusión y atención a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, madres cabeza de hogar, la tercera edad, grupos étnicos, comunidades y cabildos indígenas, grupos lgtb, hombre, mujeres y la familia para el desarrollo de sus capacidades y oportunidades como sujetos en ejercicio responsables de derechos, a fin de afianzar un sistema de protección social a estos grupos. Se buscará generar la alianza intergeneracional que desarrollará la ciudad en las próximas décadas.

**Gobierno transparente, claro y ordenado.** Se consolidará una administración de lo público enfocada a los resultados que propugne por una relación clara y transparente con los ciudadanos, de manera tal que permita la más amplia participación democrática en la gestión de los destinos de la ciudad. Siempre se actuará de cara al ciudadano, se propiciarán los espacios para la participación ciudadana en la gestión

---

<sup>17</sup> República de Colombia. Ley 691 del 2001

<sup>18</sup> Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007.

de los destinos de la ciudad y se promoverá la realización del control social a la gestión de lo público. También, se velará porque exista la debida armonía y coherencia entre las actividades que realicen las diferentes entidades del municipio y los demás entes territoriales.

**Honestidad y pulcritud en el manejo de lo público.** Porque lo público es sagrado, se impulsará una campaña moralizadora y de buen manejo del patrimonio colectivo, con énfasis en los valores de honestidad, pulcritud, atención cordial y oportuna a las demandas del ciudadano, amor y respeto por la naturaleza, el patrimonio histórico y cultural y los bienes del municipio, para que dichos valores estén siempre presentes en el actuar del funcionario.

**Prioridad a la inversión social efectiva.** Con enfoque de derechos humanos y construcción de ciudadanía y con criterios de equidad, solidaridad, integralidad y progresividad y entendida, dicha inversión social efectiva como aquella viable desde el punto de vista económico y con alto porcentaje de beneficios económicos orientados a los estratos más pobres de la comunidad, en procura de una verdadera consolidación del bienestar general y un mejoramiento de la calidad de vida de la población. En su definición se contará con la participación ciudadana de todos los sectores de la comunidad y se respetarán las diferentes expresiones políticas, ideológicas, religiosas y culturales<sup>19</sup>.

## 1.2 NORMATIVO

### 1.2.1 LINEAS DE POLITICA

El Ministerio de la Protección Social definió las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud y para el Plan Territorial de Salud:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan

#### **Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida**

La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

---

<sup>19</sup> Consejo de Santiago de Cali. Acuerdo No. 0326 de 2012

Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

Esta línea hace posible la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social. El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y sus factores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales.

Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas orientadas a fomentar la conformación de entornos favorables a la salud en las dimensiones físicas y socioculturales, así como en el desarrollo de habilidades y competencias ciudadanas y comunitarias en pro de la salud

## **Línea de política número 2. Prevención de los riesgos**

Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria

### **Línea de política número 3. Recuperación y superación de los daños en la salud**

Es el conjunto de acciones individuales del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social. Involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general, una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Para el desarrollo de las líneas 2 y 3 de política se formulan estrategias operativas orientadas a garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad de protección específica, detección temprana y atención integral de los eventos de interés

### **Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento**

Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

La vigilancia en salud está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Vigilancia en salud pública: Vigila los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Para ello emplea la notificación obligatoria, la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros, y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud - INS.

Vigilancia en salud en el entorno laboral: La vigilancia en salud en el entorno laboral vigila los riesgos laborales, los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Ministerio de la Protección Social.

Vigilancia sanitaria: La vigilancia sanitaria vigila los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de uso doméstico, establecimientos públicos y las cadenas productivas. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

Inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS

La inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS es el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios, atención al usuario y participación social. Este proceso es liderado por la Superintendencia Nacional de Salud.

La vigilancia en salud, aplicando todos sus procesos y componentes generará el conocimiento sobre la situación de salud de la población Colombiana. Esta línea demanda el desarrollo de procesos de aprendizaje individual, grupal y organizacional para la generación, aplicación y apropiación del conocimiento. Esto lleva a una concepción dinámica de la relación entre el conocimiento, el sujeto que conoce y el entorno en el cual actúa para lograr una transformación positiva de la realidad. Requiere la construcción de alianzas entre el sector salud y los sectores como educación, medio ambiente, agua, y comunicación entre otros, para la innovación e introducción de nuevas tecnologías.

La generación de conocimiento estará apoyada en el sistema de información de salud y en la investigación, procesos fundamentales en el Plan Nacional de Salud Pública, y tiene como objetivo la identificación de las necesidades de salud de la población y sus determinantes.

La evaluación de resultados tiene como objetivo monitorear el grado de apropiación, ejecución y mejoramiento continuo de las políticas sectoriales y extrasectoriales definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y su impacto en la salud individual y colectiva. Incluye la verificación de cumplimiento de los indicadores de gestión, los resultados y los recursos programados, conforme a lo establecido en el sistema de evaluación que el Ministerio de la Protección Social defina en cumplimiento del Artículo 2 de la Ley 1122 de 2007.

Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas para mejorar el acopio y análisis de la información necesaria para la toma de decisiones

### **Línea de política número 5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública**

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. La gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario.

Esta línea de política permite promover el liderazgo de las entidades territoriales de salud y los demás actores institucionales para fortalecer la capacidad de la autoridad de salud territorial en el desempeño de las competencias de salud, permite generar escenarios para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector, para mejorar la capacidad de coordinación, regulación, planificación, conducción, vigilancia, evaluación y comunicación de los riesgos en salud y de los resultados y efectos de las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud.

Mediante estas acciones de gestión se identifican las necesidades locales y se articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos.

La gestión integral se apoya en un conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones, actividades, herramientas, instrumentos, capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas, logísticas, de información y comunicación enmarcadas en los principios de calidad. Articula procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las competencias de salud pública individuales y colectivas y los mecanismos de control de la gestión con calidad, y el seguimiento para el logro de las metas definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. Además, fomenta la comunicación en salud, como estrategia que permite corregir las asimetrías en el manejo social del riesgo, generar redes de protección social, lograr equidad y aumentar la calidad de vida en la población Colombiana.

El Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Salud - INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, el Instituto Colombiano Agropecuario - ICA, el Instituto Nacional de Cancerología - INC, el Instituto Dermatológico Federico Lleras; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales de salud del orden departamental, distrital y municipal, realizará las acciones de rectoría, seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, estrategias, procedimientos, y acciones individuales y colectivas en salud pública, en el ámbito de sus competencias.

Para el desarrollo de esta línea de política en el décimo objetivo se sintetizan las estrategias operativas orientadas al fortalecimiento de la capacidad institucional de rectoría, vigilancia y control para el mejoramiento de la gestión en salud pública en el ámbito nacional y subnacional.

### **1.2.2 PRIORIDADES**

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

### **1.2.3 OBJETIVOS DE LAS PRIORIDADES**

1. Mejorar la salud infantil.
2. Mejorar la salud sexual y reproductiva.
3. Mejorar la salud oral.
4. Mejorar la salud mental.
5. Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades.
7. Mejorar la situación nutricional.
8. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental
9. Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral.

## 10. Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

### 1.2.4 METAS Y ESTRATEGIAS POR PRIORIDAD

#### SALUD INFANTIL

##### METAS

1. Reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año (Línea de base: 16,3 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: DANE 2004)
2. Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año (Línea de base: polio: 86,8%, DPT: 86,8%, sarampión y rubeola: 89,1% en menores de 1 año. Fuente: PAI 2005).
3. Reducir a 24,0 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años (Línea de base: 30,2 por cien mil. Fuente: DANE 2004).

##### ESTRATEGIAS

1. Promoción de la salud y la calidad de vida	2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud	4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento
<p>1. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud infantil y control social de la política nacional de primera infancia y plan nacional de niñez y adolescencia.</p> <p>2. Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia - AIEPI.</p> <p>3. Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad para la promoción del buen trato al menor y la solución pacífica de conflictos.</p> <p>4. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover los derechos en salud de la infancia y estilos de vida saludable.</p> <p>5. Promoción de las medidas de protección para la ubicación familiar de los niños y jóvenes con derechos vulnerados.</p> <p>6. Abogacía para desarrollar estrategias que promuevan la conformación de entornos favorables a la salud de la infancia y la adolescencia y prevención de accidentalidad con los sectores competentes y el fondo de prevención vial.</p>	<p>1. Promover proteger y apoyar en todos los ámbitos la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos años de vida y más.</p> <p>2. Garantizar el desarrollo de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia.</p> <p>3. Implementar en todas las entidades promotoras de salud - EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI.</p> <p>4. Garantizar el desarrollo de la estrategia de vacunación en sin barreras.</p> <p>5. Suplementación con vitamina A, "estrategia PAI - plus" en poblaciones de riesgo.</p> <p>6. Introducción de nuevos inmunobiológicos al Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, según evaluación de costo efectividad, factibilidad programática y riesgo poblacional.</p> <p>7. Implementar en todas las entidades promotoras de salud - EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS estrategias para mejorar la prevención y control de la retinopatía perinatal, la sífilis gestacional y congénita; la detección y control del hipotiroidismo congénito.</p> <p>8. Impulsar del desarrollo del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con los criterios de calidad requeridos.</p> <p>9. Mejorar el acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los riesgos y atención de las enfermedades que afectan a los niños y niñas, así como a sus madres durante el control prenatal y la atención del parto.</p>	<p>1. Implementar un sistema de vigilancia de las anomalías congénitas con énfasis en rubéola, sífilis y toxoplasmosis, y de la mortalidad perinatal, neonatal e infantil.</p> <p>2. Fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud infantil, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de carga de enfermedad y vigilancia de acceso y calidad de atención.</p> <p>3. Realizar estudios de costo efectividad, carga de enfermedad y de factibilidad programática para la introducción de nuevas vacunas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.</p> <p>4. Fortalecer la formación continua y específica del recurso humano que se requiere para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud infantil.</p> <p>5. Implementar la vigilancia multisectorial de maltrato infantil (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, Instituto Nacional de Medicina Legal, comisarías de familia, personerías y policía) para realizar intervenciones con base en la información generada.</p>

## SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

### METAS

1. Reducir por debajo de 62,4 por cien mil nacidos vivos la tasa de mortalidad materna (Línea de base: 78,7 por cien mil nacidos vivos. Fuente: DANE 2004).
2. Lograr reducir y mantener por debajo de 2,4 hijos por mujer, la fecundidad global en mujeres entre 15 a 49 años (Línea de base: 2,4 hijos por mujer al terminar su periodo reproductivo. Fuente: ENDS 2005).
3. Reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Línea de base: 9,4 por cien mil mujeres. Fuente: Instituto Nacional de Cancerología - *INC/DANE 2004*).
4. Mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años (Línea de Base: 0,7%. Fuente: Observatorio VIHIMPS 2004).
5. Lograr cobertura universal de terapia antiretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).

### ESTRATEGIAS

1. Promoción de la salud y la calidad de vida	2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud	4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento
<p>a. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud sexual y reproductiva y control social de la política nacional de salud sexual y reproductiva.</p> <p>b. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.</p> <p>c. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural para la promoción del buen trato y la prevención integral en salud a víctimas de la violencia y abuso sexual.</p> <p>4. Fomentar la construcción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud sexual y salud reproductiva.</p> <p>5. Fomentar la estrategia de inducción a los servicios de control prenatal en el ambiente laboral y en los espacios públicos comunitarios como supermercados, CADES, taquillas para eventos, entre otros.</p> <p>6. Realizar abogacía para el desarrollo en instituciones educativas de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.</p>	<p>1. Desarrollar estrategias de identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva.</p> <p>2. Garantizar la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención del control prenatal, del parto, del nacimiento, del puerperio y de los servicios que ofrecen atención de la interrupción voluntaria del embarazo.</p> <p>3. Implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, control prenatal, atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo, atención de abuso sexual en servicios de urgencia.</p> <p>4. Identificación y capacitación por competencias de las alternativas no institucionales para la atención de parto.</p> <p>5. Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil.</p> <p>6. Implementar el modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos.</p> <p>7. Implementar el modelo de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.</p> <p>8. Incrementar la cobertura de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante.</p> <p>8. Suministro de tratamiento a mujeres embarazadas y leche de fórmula a los recién nacidos para reducir la transmisión perinatal del VIH.</p> <p>9. Desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan control prenatal, atención del parto y puerperio, detección y diagnóstico de cáncer de cérvix y mama y la atención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.</p>	<p>a. Fortalecer la vigilancia de los riesgos y poblaciones determinantes de la salud sexual y reproductiva, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de estudio de carga de enfermedad, vigilancia de casos y acceso y calidad de los servicios.</p> <p>b. Fortalecer la formación del recurso humano para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva.</p>

### SALUD ORAL

## METAS

1. Lograr un índice de cp~ promedio a los 12 años de edad menor de 2,3 (Línea de base: 2,3. Fuente: In ENSB 1999).

2. Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años (Línea de base: 50,2%. Fuente: In ENSB 1999).

## ESTRATEGIAS

1. Promoción de la salud y la calidad de vida	2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud	4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento
<p>1. Promover en el hogar, ámbitos escolares e instituciones como guarderías y hogares de bienestar hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar.</p> <p>2. Promover en los padres y cuidadores factores protectores para la salud bucal tales como: no usar chupos y biberones, establecer hábitos higiénicos orales y resaltar la importancia del cuidado del sexto molar y del control por odontólogo.</p> <p>3. Vigilancia de la estrategia de fluoración de la sal y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control de la fluorosis.</p> <p>4. Promover en los ámbitos laborales los hábitos higiénicos en salud oral y el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios a los servicios de salud bucal.</p>	<p>1. Fortalecer dentro de la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia el rol de la familia para proteger la salud oral y generar hábitos higiénicos para su mantenimiento.</p> <p>2. Difundir y vigilar el cumplimiento de la norma técnica de atención preventiva en salud bucal.</p> <p>3. Garantizar el acceso a servicios de calidad de salud oral, de conformidad con lo establecido en los planes obligatorios de salud - POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado.</p> <p>4. Fomentar una estrategia de información a las embarazadas y de educación al personal de salud sobre la importancia del componente de salud oral en el control prenatal y su impacto en el control del riesgo de la preclampsia.</p> <p>5. Promover en las madres, padres y cuidadores el primer acceso a los servicios odontológicos en los niños menores de 1 año.</p>	<p>1. Diseño y ejecución de la In Encuesta Nacional de Salud Bucal- ENSB.</p> <p>2. Desarrollo de una estrategia de vigilancia centinela para las fluorosis.</p>

## SALUD MENTAL

### METAS

Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancia psicoactivas en 100% de las entidades territoriales (Línea de base: 0%. Fuente: direcciones territoriales de salud 2006)

### ESTRATEGIAS

1. Promoción de la salud y la calidad de vida	2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud	4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento
<p>1. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>2. Promover el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la promoción de la salud mental y la prevención y control de la violencia intrafamiliar.</p> <p>3. Apoyar las iniciativas actuales para la salud mental y reducción de sustancias psicoactivas otros actores locales, la construcción conjunta de nuevas propuestas, buscando sinergias y sincronías junto a las entidades promotoras de salud - EPS, Ministerio de Educación, Ministerio del Interior y Justicia, Ministerio de Cultura y Deporte, secretarías de desarrollo social, personerías, organizaciones internacionales y organizaciones de base comunitaria.</p> <p>4. Formación de grupos gestores y redes de apoyo de salud mental en los municipios conformados por actores institucionales (juez, inspector de policía, personero, docentes, policía, promotoras de salud, personal de salud, etc.) y comunitarios (líderes, madres comunitarias, pastoral social etc.) y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria.</p> <p>5. Desarrollar estrategias para favorecer la reinserción laboral y escolar en personas con patología mental controlada.</p> <p>6. Promover capacidades en empresas y centros educativos para la detección de síntomas de trastornos mentales y reorientación a los servicios de atención.</p>	<p>1. Incorporación del componente de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en otros programas sociales y de salud pública relevantes tales como: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, familias en acción, comedores comunitarios, programas de crecimiento y desarrollo, escuelas de familia y escuelas saludables, programas para desplazados.</p> <p>2. Promover la conformación de una red comunitaria en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas que favorezca el tratamiento integral en salud mental, participación de la familia y grupos de autoayuda.</p> <p>3. Diseñar e implementar un modelo de atención primaria en salud mental.</p> <p>4. Ampliar el espectro de intervención de riesgo - población en salud mental para diagnóstico, tratamiento oportuno en trastornos de niños, adolescentes y de la demencia y la enfermedad de Alzheimer.</p> <p>5. Garantizar el acceso a diagnóstico temprano y tratamiento, y al suministro de medicamentos.</p>	<p>1. Fortalecimiento de la vigilancia de los eventos más prevalentes en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia, así como actualización de los diagnósticos departamentales.</p> <p>2. Promover actividades de capacitación en salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas, a los referentes institucionales de los niveles departamental y municipal, a los gestores locales de salud mental ya los grupos comunitarios.</p> <p>3. Realizar estudios de costo efectividad e impacto en la unidad de pago por capitación de las intervenciones prioritarias en salud mental.</p>

## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ZONOSIS

### METAS

1. Aumentar al 70% la detección de casos de tuberculosis en el país (Línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005).
2. Aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva (Línea de base 63%. Fuente: MPS 2004).
3. Reducir en un 50% los municipios que no cumplen con la meta de eliminación de la lepra (prevalencia de 1 por diez mil habitantes) (Línea de base: 87 municipios no cumplen meta de eliminación. Fuente: MPS 2006).
4. Eliminar la rabia humana transmitida por perro. (Línea de base: 0,0047 x cien mil. Fuente: MPS 2006).
5. Reducir los casos de mortalidad por malaria a 60 casos para el 2010 (Línea de base: 119 muertes. Fuente: DANE 2004).
6. Reducir los casos de mortalidad por dengue en un 30% a 49 casos para el 2010 (Línea de base: 70 muertes. Fuente: DANE 2004).

### ESTRATEGIAS

1. Promoción de la salud y la calidad de vida	2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud	4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento
1. Desarrollar estrategias intersectoriales y de base comunitaria para mantener el control de las poblaciones de vectores y reservorios.	1. Movilizar y coordinar acciones intersectoriales con participación comunitaria para lograr y mantener las coberturas útiles de vacunación contra fiebre amarilla y vacunación antirrábica de caninos y felinos.	1. Fortalecer la vigilancia activa en los eventos prioritarios y seguimiento de cohortes de sintomáticos respiratorios, de piel y sistema nervioso periférico.
2. Impulsar la conformación de un comité de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de prevención y control de las enfermedades transmisibles evitables y las zoonosis.	2. Implementar el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2000 - 2015, para la expansión y fortalecimiento de la estrategia Tratamiento Acortado Supervisado DOTS/T AS para el manejo de pacientes con tuberculosis.	2. Fortalecer los laboratorios de salud pública y entomología para el control de calidad de las pruebas de laboratorio clínico y las pruebas de confirmación especial en laboratorio de referencia nacional e internacional.
3. Impulsar la gestión de los Consejos Territoriales de Zoonosis para desarrollar acciones de prevención, vigilancia y control de las zoonosis de importancia epidemiológica en los territorios.	3. Coordinar el trabajo integral de los programas Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, de lucha contra el VIH y el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI para prevenir y atender la coinfección VIH/tuberculosis.	3. Fortalecer la conformación de comités de vigilancia en salud pública en las entidades territoriales, entidades promotoras de salud - EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS y la investigación operativa de las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
4. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promoción de estilos de vida saludable, búsqueda de sintomáticos respiratorios y de piel y prevención de las enfermedades transmisibles.	4. Fortalecer las alianzas estratégicas entre entidades promotoras de salud - EPS y prestadores de servicios de salud - IPS públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, prevención específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades/transmisibles y las zoonosis.	4. Impulsar el desarrollo de acciones de caracterización, estratificación, focalización y georeferenciación de los riesgos y condiciones de salud.
5. Promover la participación social para la prevención de factores de riesgo y control de la transmisión de las enfermedades transmisibles y zoonosis.	5. Mantener y fortalecer la vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos y antimaláricos y estudios para la introducción de nuevos esquemas de tratamiento médico para las enfermedades vectoriales.	5. Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia, prevención y la atención de eventos transmisibles y las zoonosis.
	6. Fortalecer las redes de microscopia en las zonas rurales dispersas para el diagnóstico de malaria y tuberculosis.	6. Desarrollar e implementar metodologías para el estudio de la carga de enfermedad y sus determinantes, con enfoque diferencial, según ciclo vital y grupos vulnerables.
	7. Adquirir, distribuir, hacer seguimiento y evaluación del acceso oportuno a medicamentos, insumos críticos y medidas de protección para el control de enfermedades transmisibles y las zoonosis.	

## NUTRICION

### METAS

1. Reducir a 5% el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años con desnutrición global. (Línea de base: 7%. Fuente: ENSIN 2005).
2. Reducir por debajo de 6,7 por cien mil la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años (Línea de base: 6,7 por cien mil menores de 5 años. Fuente: DANE 2004).
3. Incrementar en un mes la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva (Línea de base: mediana 2,2 meses ENSIN 2005).

### ESTRATEGIAS

1. Promoción de la salud y la calidad de vida	2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud	4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento
1. Concertación intersectorial para la ejecución y seguimiento del Plan Nacional Seguridad Alimentaria y Nutricional y de los Planes Territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	1. Desparasitación y suplementación con micronutrientes a grupos de más alta vulnerabilidad.	1. Diseño e implementación del componente de vigilancia del situación nutricional para la población menor de 12 años y gestantes.
2. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promoción de estilos de vida saludable, patrones alimentarios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna.	2. Desarrollar estrategias para la prevención de las deficiencias de micronutrientes.	2. Fortalecer los mecanismos de capacitación y las actualizaciones del talento humano para mejorar la vigilancia, prevención y la atención de las deficiencias nutricionales.
3. Fortalecer e implementar la inspección, vigilancia y control de los riesgos fitosanitarios de la cadena de producción, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos dentro del marco de los sistemas salud internacional.	3. Implementar acciones de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.	
4. Fortalecer los sistemas de garantía de la calidad para los alimentos fortificados.	4. Desarrollar estrategias de complementación nutricional a grupos de más alta vulnerabilidad.	
5. Promover la protección de los derechos del consumidor en espacios comunitarios.	5. Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las alteraciones nutricionales, según ciclo vital (institucional y comunitario).	
	6. Promover en los espacios laborales, educativos y comunitarios estrategias de recuperación y preparación de alimentos sanos tradicionales en la dieta cotidiana.	

## SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL

### METAS

1. Implementar la política de salud ambiental en las entidades territoriales. (Línea de base: por desarrollar).
2. Ampliar la cobertura de vigilancia de calidad del agua al 100% de los municipios 4,5 Y6. (Línea de base: por desarrollar).

## ESTRATEGIAS

1. Promoción de la salud y la calidad de vida	2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud	4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento
<p>1. Impulsar la conformación de mecanismos de coordinación y articulación local e intersectorial para el seguimiento y evaluación de los planes locales de pequeñas y medianas empresas a fin de garantizar un ambiente seguro.</p> <p>2. Promover la formulación de planes de emergencia, prevención y control por parte de las empresas que manejan sustancias químicas peligrosas, incluyendo las rutas de transporte de sustancias.</p> <p>3. Implementar y evaluar la estrategia de entorno saludables en espacios educativos, de vivienda y espacios laborales.</p> <p>4. Promover acciones permanentes de sensibilización, información a la comunidad para la prevención de accidentes por envenenamiento en el hogar, la prevención de la contaminación de alimentos y la disposición adecuada de residuos sólidos.</p> <p>5. Promover procesos de veeduría y control social.</p> <p>6. Desarrollo y evaluación de estrategias de información, educación y movilización social para el manejo alternativo del saneamiento ambiental en las zonas rurales y marginales.</p>	<p>1. Fortalecer los programas de salud ocupacional en ambientes seguros.</p> <p>2. Promover al interior de las empresas la adopción de la estrategia de Ambientes Libres de Humo.</p> <p>3. Promover las acciones de control sanitario a los riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales.</p>	<p>1. Diseño, desarrollo, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados de la vigilancia sanitaria.</p> <p>2. Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente.</p> <p>3. Fortalecer los laboratorios de salud pública para el apoyo de la vigilancia sanitaria.</p>

## SEGURIDAD DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL

### METAS

1. Reducir la tasa de mortalidad por enfermedad profesional (Línea de base: 11,5 por cien mil. Fuente: MPS 2005).
2. Reducir la tasa de accidentes ocupacionales (Línea de base 5,2 por cien mil. Fuente: MPS 2005).

### ESTRATEGIAS

1. Promoción de la salud y la calidad de vida	2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud	4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento
<p>1. Promover la implementación y evaluación de la efectividad de la estrategia de entorno saludables en espacios laborales con enfoque diferencial por género.</p> <p>2. Desarrollar normas técnicas para la promoción de la salud en espacios de trabajo, detección temprana, protección específica y atención de las enfermedades ocupacionales prevenibles.</p> <p>3. Promover en las empresas, universidades, centros de formación del recurso humano y comunidad general el acceso a las acciones promoción de la salud, detección temprana, protección específica dentro del Sistema de Riesgos Profesionales, según normas técnicas establecidas (Ministerio de la Protección Social, direcciones territoriales de salud, administradoras de riesgos profesionales - ARP, entidades promotoras de salud - EPS).</p>	<p>1. Desarrollar programas de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.</p> <p>2. Formulación y seguimiento de planes de mitigación de los riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales y ocupacionales y la accidentalidad.</p>	<p>1. Diseñar, desarrollar, hacer seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral.</p>

## GESTIÓN PARA EL DESARROLLO OPERATIVO y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

### METAS

1. Crear en el 100% de los departamentos, distritos y municipios un mecanismo de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Pública de conformidad con las particularidades étnicas y culturales.

2. Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones de salud en el 100% de los departamentos, distritos y municipios.

3. Lograr el aseguramiento universal y la financiación del plan obligatorio de salud - POS.

4. Fortalecer la gestión integral en salud para la implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS en el 100% de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

## ESTRATEGIAS

1. Promoción de la salud y la calidad de vida

2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

1. Promover el aseguramiento universal en salud, priorizando la mujer y niños, población pobre y vulnerable localizada en las áreas urbanas marginales y rurales.

2. Promover el aumento de cobertura de aseguramiento a riesgos profesionales y protección al cesante, especialmente empresas y la población extranjera.

3. Promover una agenda de trabajo y un plan de acción para la salud pública con los comités departamentales y locales de planeación, para impulsar el desarrollo de políticas y acciones intersectoriales del Plan Nacional de Salud Pública.

4. Coordinación intersectorial, interinstitucional y comunitaria para la intervención de los determinantes de la salud y reducción de condiciones de vulnerabilidad de los individuos y de las poblaciones.

5. Fomento de pactos, convenios y tratados de cooperación con instituciones y sectores responsables para la gestión social del riesgo e intervención de los determinantes de la salud.

6. Articulación, con la Red JUNTOS para la Superación de la Pobreza Extrema.

7. Formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del plan nacional de reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (mapas de amenazas, vulnerabilidad y riesgos).

## 1.3 JURIDICO

**Ley 715 de 2001. Reforma la Ley 60 de 1993 – Establece la Distribución de competencias y recursos, incluyendo el sector salud.**

**Ley 1122 de 2007. Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud**

**Ley 1450 de 2011: Plan Nacional de Desarrollo Nacional 2011-2014.**

**Ley 152 del 15 de julio de 1994. Ley Orgánica del Plan de Desarrollo**

**CONPES Social 091 de 1991 y CONPES 140 DE 2011. Objetivos de Desarrollo del Milenio para todos los países**

**Documento técnico – Ministerio de la Protección Social: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, 2005**

**Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública**

**Resolución 425 de 2008. Plan de Salud Territorial y Plan de Intervenciones Colectivas.**

**Documento CONPES 147**, Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.

**Ley 1438 de 2011**; Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

**CONPES 3550 de 2008**, Salud Ambiental.

## **2- OBJETIVO**

Contribuir al mejoramiento del estado de salud de los residentes en el Municipio de Santiago de Cali para lograr a mediano y corto plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

### 3- METODOS

#### 3.1 FASES

Para la elaboración del PTS se proponen de acuerdo a la norma tres fases:

1. Generación de condiciones para la planeación
2. Elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial
3. Aprobación y socialización de los proyectos: Plan de Salud Territorial y de Inversión Plurianual e Incorporación al Plan de Desarrollo Territorial

#### Fase 1. Generación de condiciones para la planeación

La formulación del Plan Territorial de Salud(PTS) del Municipio de Cali se retoma a partir de la posesión de la nueva administración en el mes de Enero del año 2012 con la revisión por parte del área de Planeación de la Secretaria de Salud Municipal (SSPM) del procedimiento para la formulación del Plan Territorial a partir de la cual se identifican actores mediante la revisión de los listados de participantes de ejercicios similares de PTS o actividades de audiencia publica de rendición de cuentas<sup>20</sup>

Posteriormente se define la conformación de un Equipo Técnico al interior de la entidad conformado por los responsables de los grupos de la entidad que pudiesen definir una o dos personas de apoyo para la formulación del plan, se establece una propuesta preliminar de capacitación y unas mesas temáticas por ejes programáticos: Aseguramiento, Prestación y Desarrollo de Servicios, Salud Publica, Promoción Social, Emergencias y Desastres, Riesgos profesionales, Participación social gestión territorial, APS, determinantes y Gestión integral del Plan. De igual forma se acuerda que todas las publicaciones generadas por la SSPM deben ser incluidas en los análisis de situación de las temáticas a abordar<sup>21</sup>

En un espacio posterior se realiza concertación con los grupos misionales(Salud Publica y Epidemiologia, Aseguramiento y Desarrollo de Servicios, Planeación y Participación Social) el procedimiento y estrategia para la formulación del PDS/ PTS para generar propuesta al Secretario de salud municipal<sup>22</sup>.

De igual forma se realiza un ejercicio de reconstrucción de la metodología utilizada para la formulación del PTS 2008-2011 aclarando que ninguno de los asistentes a este espacio estuvo permanentemente en el proceso. Se identifica como ruta del mismo la siguiente:

<sup>20</sup> SSPM. Acta No.4145.0.1.1 Enero 4 de 2012

<sup>21</sup> SSPM. Acta No 4145.0.1.2 Enero 5 de 2012

<sup>22</sup> SSPM: Acta No 4145.0.1.3 Enero 12 de 2012

1. Trabajo durante el 2007 conformación de mesas de trabajo siguiendo lineamientos MPS con acompañamiento María Cristina Lesmes y Constanza Díaz
2. Llegada de gobierno y presentación avances
3. Ruta metodológica al interior de la SSPM
4. Asignación a Alexander Duran como Asesor del despacho como responsable de la formulación del Plan Sectorial para el Plan de Desarrollo y para el PTS
5. Recolección de información por grupos
6. Múltiples momentos de validación
7. MPS envía representante para asesorar a la SSPM en formulación plan Mayo 2008
8. Recomendación favorable del CTSS al Consejo Municipal para aprobación PTS e inclusión en el Plan de Desarrollo mediante artículo 30 del Acuerdo del Consejo

Se identifican como aprendizajes del PTS anterior

- El PTS debe ser adoptado por el PDM para ser un solo plan
- Metas de los planes solo de impacto
- Construcción colectiva
- Prevaler las necesidades y criterios técnicos en la formulación de las metas
- Evitar la proliferación de metas

Se propone como ruta de trabajo la planteada por la norma<sup>23</sup> en términos de fases.

Para la Fase 1 se propone retomar el producto del trabajo de las mesas temáticas Convivencia Social(sustancias , Violencia familiar y Social y Espacio publico), Salud sexual y reproductiva y Salud Materno Infantil y Territorio y Dinámica Social(salud ambiental)

Adicionalmente convocar al Consejo Municipal de Planeación(CMP) para homologar funciones y a los antiguos miembros del Consejo Territorial de Seguridad Social(CTSS) así como elevar consulta al Ministerio de Protección Social(MPS) sobre el funcionamiento y conformación del CTSS

Se acuerda realizar convocatoria a los miembros del equipo técnico mediante comunicación a responsables de grupo y se propone a estandarización de conocimientos al interior del Equipo Técnico para la formulación del Plan Decenal y PTS para lo cual se proponen los siguientes temas

1. Fundamentos de planificación e instrumentos

---

<sup>23</sup> Ministerio de Protección Social. Resolución 0425 de 2008.

2. Lineamientos para la formulación del Plan del Ministerio. Secretaria de Salud Departamental(SDS), Organización Panamericana de la Salud (OPS)
3. Plan Nacional de Desarrollo
4. Objetivos de Desarrollo del Milenio(ODM). CONPES 104
5. Programa de Gobierno Municipal
6. Programa de Gobierno Departamental
7. Integración documentos como ASIS y Análisis de Realidad(grupo PASO)
8. Planes de Desarrollo por Comunas
9. Inspección, Vigilancia y Control (I.V.C)
10. Propuestas a considerar en la formulación del Plan Territorial de Salud y Plan de Desarrollo resultado de mesas de trabajo

Se establece un cronograma de trabajo con los siguientes tópicos

- Presentación proyecto a Consejo de Gobierno y Consejo Municipal de Planeación: 20 febrero
- Análisis del plan al Consejo Municipal de Planeación: 30 Marzo
- Ajustes del Plan por DAPM y la dependencia : 1 Abril
- Entrega Proyecto definitivo al Consejo: 1 Mayo
- Aprobación proyecto por el Consejo: 30 Mayo

Este proceso se presenta al Comité Técnico<sup>24</sup>, <sup>25</sup> y se presenta la propuesta de estructura para la elaboración tanto del Plan de Desarrollo como del PTS con cuatro escenarios:

1. Un Comité Técnico integrado por los jefes de las áreas misionales, los asesores del despacho, el Secretario de Salud y los facilitadores del proceso
2. Un equipo técnico de formulación del plan integrado por los jefes de las áreas misionales y personal de cada una de las áreas elegido de acuerdo a postulación y análisis del perfil por parte del Comité Técnico
3. Un equipo técnico ampliado
4. Equipos interinstitucionales, intersectoriales y comunitarios

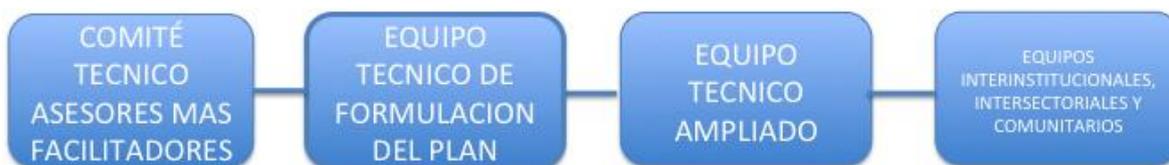
Esta estructura se esquematiza en la figura No. 1

---

<sup>24</sup> SSPM. Acta No. 4145.0.1.4 Enero 13 2012

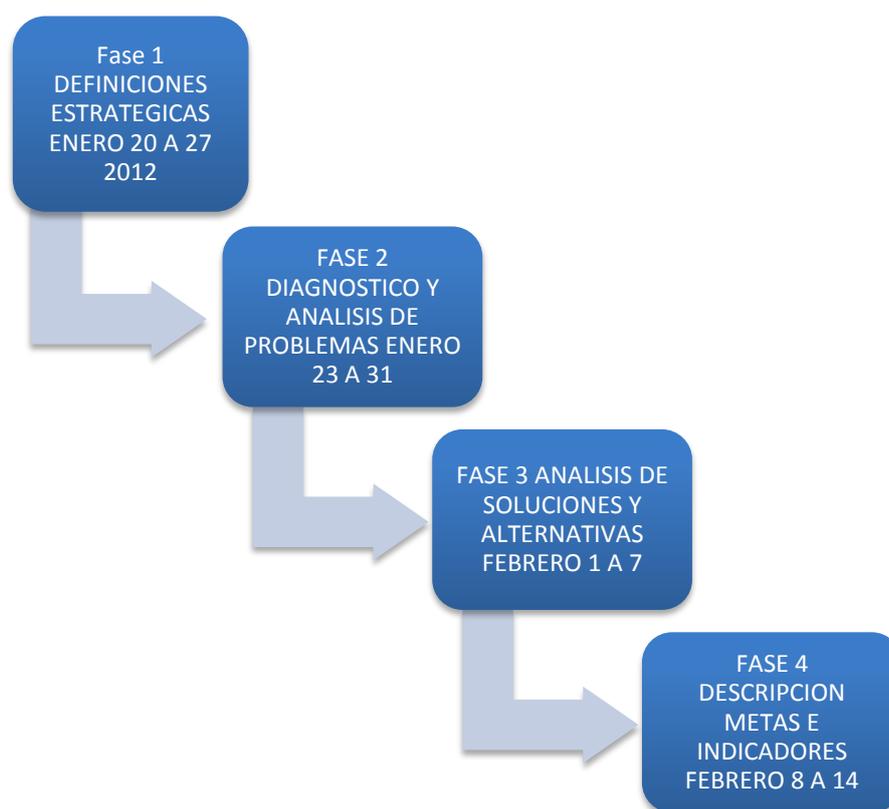
<sup>25</sup> SSPM. Acta No. 4145.0.1.5 Enero 16 2012

**Figura No. 1 Estructura para la elaboración PTS/PdD**



De igual forma las fases propuestas y los tiempos asignados a cada uno como se observa en la figura No. 2

**Figura No. 2 Estructura para la elaboración PTS/PdD**



Se realiza adicionalmente una jornada académica con duración de dos días para estandarizar información básica entre los miembros del Equipo Técnico de Formulación del Plan<sup>26, 27</sup>.

<sup>26</sup>SSPM. Acta No. 4145.0.1.6 Enero 19 2012

En Enero 23 se presenta la propuesta metodológica para la formulación del plan que retoma los elementos de estructura y cronograma discutidos previamente y define para cada fase duración, resultados esperados y actividades y se define la conformación definitiva del equipo de planificación<sup>28</sup>.

Posteriormente se socializa las definiciones anteriores y se conforma el Equipo Técnico de formulación del Plan<sup>29</sup>. En reunión posteriormente se definen y analizan las prioridades en salud del municipio para atender el PTS<sup>30</sup> y se definen como categorías: Acceso, Estructural, Vigilancia, Desarrollo Institucional y Eventos epidemiológicos, se acuerda que el grupo coordinador organizara las prioridades por categorías, se entregara a subgrupos para análisis de causas y consecuencias.

En Enero 27 se informa por parte de Constanza Díaz que en reunión con el MPS que hasta tanto no este el documento de Plan Decenal de Salud no se deben formular planes territoriales. En este orden de ideas se toma la decisión de presentar para aprobación el POA transitorio para el año 2012<sup>31</sup>

## 2. Elaboración del Proyecto de Plan de Salud Territorial

En el periodo Febrero a Julio se avanza de manera simultanea en la elaboración del análisis de Situación de Salud y en la elaboración del Plan de Desarrollo y el Plan Territorial teniendo como referente las orientaciones dadas por Planeación Municipal para ello.

Por tanto en el mes de Agosto se realizo la alineación entre ambos planes lo cual implico un proceso que permitiese de una parte contextualizar las apuestas de la administración municipal plasmadas en el acuerdo aprobado por el Consejo Municipal y de otra las competencias y realidades relacionadas con la Salud del Municipio orientadas de acuerdo a las definiciones de la norma del Plan Territorial a fin de lograr una armonía entre las realidades locales, las normatividades vigentes y las apuestas del gobierno y los actores locales.

Para ello se definieron tres momentos:

- **LA PREPARACIÓN:** El primer momento consistió en revisar lo disponible del Plan de Desarrollo en términos de lo estratégico y los proyectos elaborados para dar repuesta al Plan. Esto se realizo teniendo como herramienta la revisión documental y la elaboración de matrices de

---

<sup>27</sup>SSPM. Acta No. 4145.0.1.7 Enero 19 2012

<sup>28</sup>SSPM. Acta No. 4145.0.1.8 Enero 23 2012

<sup>29</sup>SSPM. Acta No. 4145.0.1.9 Enero 23 2012

<sup>30</sup>SSPM. Acta No. 4145.0.1.10 Enero 26 2012

<sup>31</sup>SSPM. Acta No. 4145.0.1.11 Enero 27 2012

análisis. Los pasos incluidos en este momento se describen a continuación:

- 1. Revisión plan de desarrollo: El proceso inició con la revisión para cada una de las líneas estratégicas de los programas, metas de producto, línea de base y entidad responsable a fin de identificar de manera preliminar con que área del Plan Territorial coinciden y con que área subprogramática

<b>PASO 1 PLAN DE DESARROLLO</b>			
<b>LINEA ESTRATEGICA:</b>			
<b>COMPONENTE:</b>			
<b>PROGRAMA:</b>			
<b>METAS DE RESULTADO</b>			
<b>PROGRAMA</b>	<b>META PRODUCTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>ENTIDAD RESPONSABLE</b>

- 2. Revisión plan territorial: Este paso comprende la organización de la información normativa de los Ejes y áreas subprogramáticas del Plan a fin de identificar con que líneas, programas del Plan de Desarrollo pueden coincidir

<b>PASO 2 PLAN TERRITORIAL EJE</b>	
<b>AREAS SUPROGRAMATICAS</b>	

3. Identificación proyectos eje: Se revisan los proyectos definidos por la Secretaria de Salud en el marco del Plan de Desarrollo y se identifican con que eje y área subprograma tica pueden corresponder.

PASO 3 PROYECTOS PLAN	
CODIGO	NOMBRE DEL PROYECTO

4. Revisión proyectos plan de desarrollo relacionados con el eje: Para cada uno de los proyectos planteados se revisa la codificación asignada en el Plan de Desarrollo

PASO 4 REVISION PROYECTOS PLAN DE DESARROLLO	
PROYECTO: NOMBRE	
CODIGO BP:	
NOMBRE PROYECTO EN PLANTILLA PRESUPUESTAL:	
PROPONENTE:	
DILIGENCIO:	
COMPONENTES DEL GASTO	
ACTIVIDADES DEL PROYECTO	
META DE RESULTADO	
METAS DE PRODUCTOS	
PRESUPUESTO	
FUENTES	

5. Comparación metas de resultado plan vs proyectos: Se comparan las metas de resultado del Plan de Desarrollo y las del proyecto a fin de identificar similitudes y diferencias

PASO 5 COMPARACION METAS DE RESULTADO	
PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO 1

6. Comparación metas de producto plan vs proyectos: Se comparan las metas de producto del Plan de Desarrollo y las del proyecto a fin de identificar similitudes y diferencias y coherencia con las metas de resultado.

<b>PASO 6 COMPARACION METAS DE PRODUCTO</b>	
PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO 1

7. Comparación áreas subprogramaticas vs componentes del gasto: Se comparan las áreas subprogramaticas y las del proyecto a fin de identificar si hay correspondencia entre ellas.

<b>PASO 7 COMPARACION AREAS SUBPROGRAMATICAS PTS VS COMPONENTES DEL GASTO</b>	
EJE	PLAN DE DESARROLLO
	COMPONENTE GASTO
AREA SUBPROGRAMATICA	PROYECTO 1

8. Propuesta reclasificación componentes del gasto vs areas subprogramaticas: A partir lo identificado particularmente en lo relacionado se proponen alternativas para alinear los componentes y las áreas en caso de que se requiera

<b>PASO 8 PROPUESTA RECLASIFICACION ARMONIZAR PLAN DE DESARROLLO VS PLAN TERRITORIAL ESCENARIO 1 LO QUE SE TIENE</b>	
EJE	PLAN DE DESARROLLO
	COMPONENTE GASTO
AREA SUBPROGRAMATICA	PROYECTO 1

- **EL ESTABLECIMIENTO DE ACUERDOS PARA EL AJUSTE:** A partir de lo realizado previamente se prepararon documentos y una presentación que se discutieron en sesión con las áreas de la secretaria responsables del eje a fin de establecer alternativas de ajuste y definir el plan de trabajo para el ajuste
- **EL AJUSTE:** Este momento se centró en organizar por parte de los responsables de la temática al interior de la dependencia la información

y ajustar en términos de coherencia interna del proyecto y externa con el plan general.

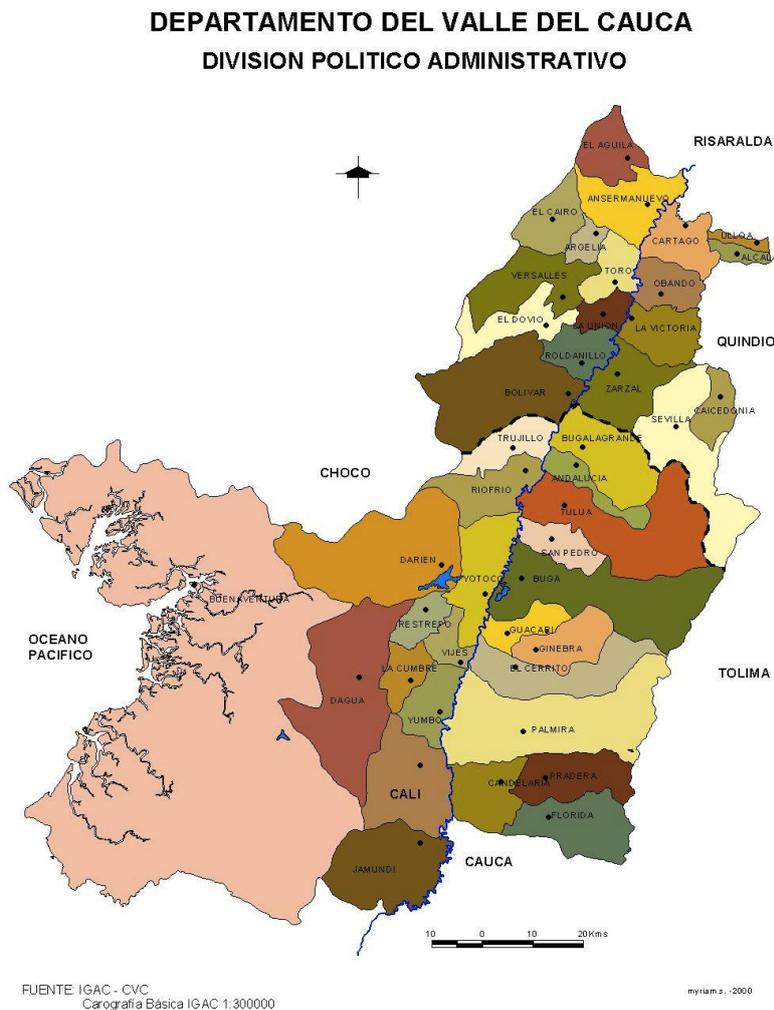
Simultáneamente se trabajo en el registro en cada una de las matrices definidas para el Plan Territorial en la resolución 425 de 2008 para lo cual se generaron instructivos para su correcto diligenciamiento



### 1.1.2 Límites geográficos

El municipio 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 Dagua<sup>36</sup> (ver Mapa No. 1 Departamento del Valle del Cauca)

**Mapa No. 2**



<sup>36</sup> Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

### **1.1.3 Extensión territorial**

Santiago de Cali tiene una superficie total de 560.3 Km<sup>2</sup> de los cuales 120.9 Km<sup>2</sup> corresponde a comunas, 437.2 Km<sup>2</sup> a corregimientos y 2.2 a Protección Rio Cauca(km<sup>2</sup>); en tal sentido es importante que tener en cuenta que en suelo urbano se cuenta con 120.9 km<sup>2</sup>, suelo rural 410.9 km<sup>2</sup>, suelo de expansión 16.5 km<sup>2</sup>, suelo suburbano 9.7 km<sup>2</sup> y suelo de proyección Rio Cauca 2.2 km<sup>2</sup><sup>37</sup>

## **1.2 Estructuras Físicas Fundamentales**

### **1.2.1 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)

### **1.2.2 Hidrografía**

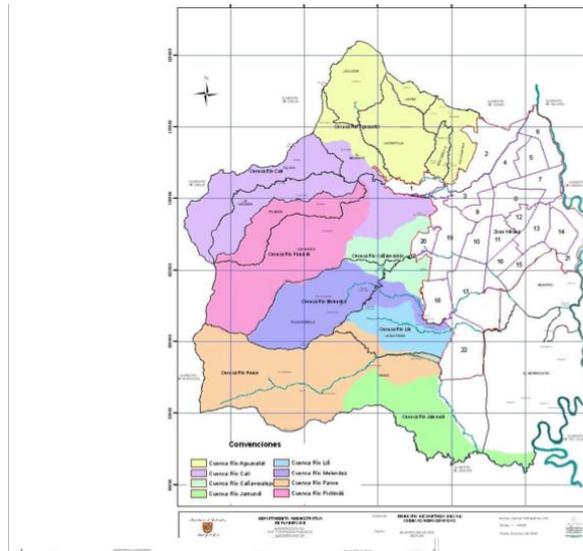
El principal río de la ciudad y del departamento es el río Cauca, la parte correspondiente al municipio viene desde la desembocadura del río Jamundí hasta el límite entre Cali y Yumbo. La ciudad cuenta con los ríos: Aguacatal, Cali, Pichindé, que marca el límite entre el corregimiento de su mismo nombre y el de Los Andes, y muere en el río Cali, los ríos Cañaveralejo, Meléndez y Lili tributan sus aguas al río Cauca. El río Pance el cual tributa sus aguas en el río Jamundí, este a su vez desemboca en el río Cauca al suroriente del municipio<sup>38.6</sup>

---

<sup>37</sup> Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

<sup>38</sup> Alcaldía de Santiago de Cali. Plan integral único de atención para la población en situación de desplazamiento de Santiago de Cali 2011-2013

### Mapa No. 3 Cuencas Municipio Santiago de Cali.



Fuente: DAP. Cali en cifras 2011

#### 1.2.3 Temperatura

La temperatura promedio es de 24.6°C y la precipitación anual de 1,588.0 mm<sup>39</sup>

#### 1.2.4 Zonas de riesgo

La normatividad establece que el desastre es entendido como el daño grave o la alteración grave de las condiciones normales de vida en un área geográfica determinada, causado por fenómenos naturales y por efectos catastróficos de la acción del hombre en forma accidental, que requiera por ello de la especial atención de los organismos del estado y de otras entidades de carácter humanitario o de servicio social<sup>40</sup>.

El Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres identifica al municipio de Cali como de riesgo para inundaciones, incendios forestales, vendavales y movimientos en masa<sup>41</sup>

De otra parte por su ubicación en el denominado “Segmento de los Andes del Norte” al que pertenecen Ecuador, Colombia y Venezuela, se considera como altamente propenso a la actividad sísmica por cuanto está afectado por un complejo sistema de fuerzas derivadas de la convergencia de las placas

<sup>39</sup> Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

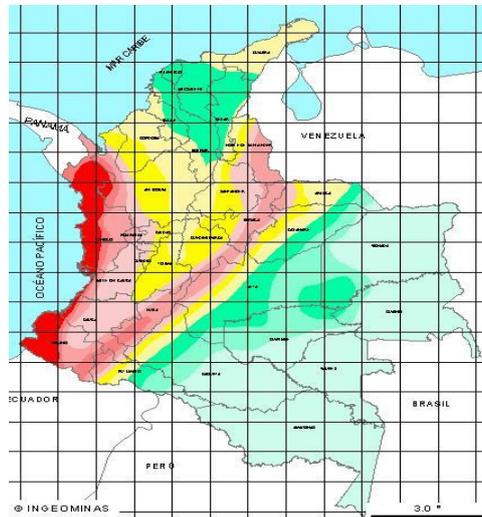
<sup>40</sup> Republica de Colombia. Artículo 18. Decreto 919 de 1989

<sup>41</sup> 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

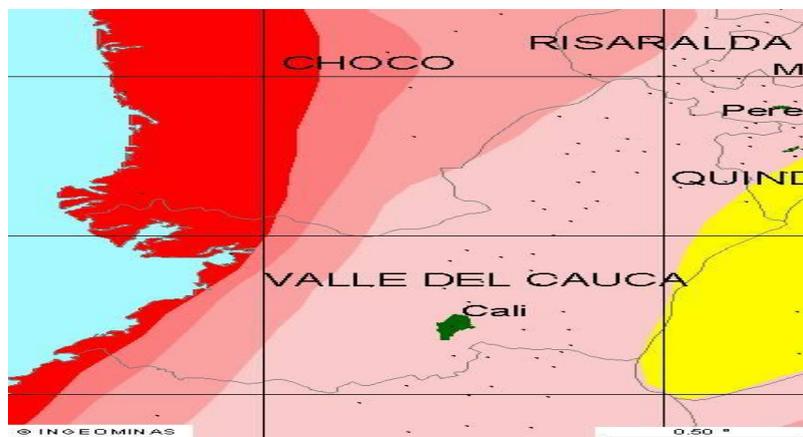
tectónicas Caribe, Nazca y Suramérica. A lo largo de su historia se ha visto afectada por diversos sismos como los ocurridos en marzo de 1566, julio 9 de 1766, mayo 15 de 1885, enero 31 de 1906, enero 19 de 1958, julio 30 de 1962, febrero 9 de 1967, noviembre 23 de 1979, noviembre 19 de 1991, febrero 8 de 1995 y noviembre 15 de 2004.<sup>42</sup>

Para el caso de Cali el grado de amenaza se considera alto con una aceleración  $A_{a,g}$  de 0.250<sup>43</sup>; en el mapa No 4 se presenta el Mapa de Amenaza Sísmica del País y del Valle del Cauca, en el mapa No 5 se presenta el mapa de Microzonificación de amenaza sísmica de Cali

**Mapa No. 4 Mapa de Amenaza Sísmica y Valores de  $A_a$  de Colombia**



**Mapa No. 5 Mapa de Amenaza Sísmica y Valores de  $A_a$  de Valle del Cauca**



<sup>42</sup> Servicio Geológico Colombiano. Microzonificación Sísmica de Cali. Disponible en: [http://seisan.ingeoaminas.gov.co/RSNC/index.php?option=com\\_content&view=article&id=162&Itemid=90](http://seisan.ingeoaminas.gov.co/RSNC/index.php?option=com_content&view=article&id=162&Itemid=90)

<sup>43</sup> Servicio Geológico Colombiano. Amenaza Sísmica. Disponible en: [http://seisan.ingeoaminas.gov.co/RSNC/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=84](http://seisan.ingeoaminas.gov.co/RSNC/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=84)



## **2.- CONTEXTO: CARACTERIZACION DEMOGRAFICA**

### **2.1 Caracterización demográfica**

#### **2.1.1 Población total**

Los procesos de urbanización del municipio generaron un incremento acelerado de la población unida a cambios asociados a tasas de mortalidad y natalidad propios de una sociedad en desarrollo; en tal sentido la tasa de crecimiento poblacional disminuyo generando la transición demográfica

Entre los censos de 1993 y 2005 Cali presento un crecimiento del 1,2% anual, por debajo de lo registrado en los censos previos aunque se espera un crecimiento de 7,7% hasta el año 2015. Entre 1973 y 1993 la ciudad duplicó su población, sin embargo de acuerdo con la reducción de la tasa de crecimiento del último período intercensal (1,2%) se prevé que de continuar esa tendencia Cali duplicará su población en 72 años<sup>44</sup>.

#### **2.1.2 Población por grupos de edad y sexo.**

Las proyecciones de población para el municipio de Cali estiman para el año 2012 contar con 2294653 habitantes<sup>45</sup>, siendo la distribución por grupos de edad y sexo presentada en la Tabla No. 1.

---

<sup>44</sup> 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

<sup>45</sup> DANE. Estimaciones de Población 1985 - 2005 y Proyecciones de Población 2005 - 2020 Total Municipal Por Área. Cali. 2012

**Tabla No.1 Proyecciones de Población para Santiago de Cali por grupos de edad y sexo 2012.**

Grupos de edad	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
0-4	176.625	7,7	90.512	8,2	86.113	7,2
5-9	178.066	7,8	90.158	8,2	87.908	7,3
10-14	190.686	8,3	96.418	8,8	94.268	7,9
15-19	202.169	8,8	102.780	9,4	99.389	8,3
20-24	201.482	8,8	101.684	9,3	99.798	8,3
25-29	196.610	8,6	96.335	8,8	100.275	8,4
30-34	181.998	7,9	87.179	7,9	94.819	7,9
35-39	160.250	7,0	76.210	6,9	84.040	7,0
40-44	153.729	6,7	71.605	6,5	82.124	6,9
45-49	153.611	6,7	70.239	6,4	83.372	7,0
50-54	134.913	5,9	60.259	5,5	74.654	6,2
55-59	107.033	4,7	46.889	4,3	60.144	5,0
60-64	82.290	3,6	35.885	3,3	46.405	3,9
65-69	60.280	2,6	26.057	2,4	34.223	2,9
70-74	45.364	2,0	18.702	1,7	26.662	2,2
75-79	34.606	1,5	13.267	1,2	21.339	1,8
80 Y MÁS	34.941	1,5	13.040	1,2	21.901	1,8
<b>Total</b>	<b>2.294.653</b>	<b>100</b>	<b>1.097.219</b>	<b>47,8</b>	<b>1.197.434</b>	<b>52,2</b>

Fuente: DANE. Estimaciones de Población 1985 - 2005 y Proyecciones de Población 2005 - 2020 Total Municipal Por Área. Cali. 2012

En tal sentido el grupo de menores de 15 años disminuye su peso porcentual por la reducción de las tasas de fecundidad y el grupo de 15 a 64 años o población económicamente activa, presenta un crecimiento moderado. Se evidencia un crecimiento poblacional en el grupo de mayores de 65 años explicado por el incremento del promedio de edad de la población general, la disminución de las tasas de mortalidad y por un proceso gradual de aumento de la longevidad de la población<sup>46</sup>.

### 2.1.3 Población según zona

Según estimaciones del Departamento Administrativo de Planeación Municipal, la ciudad de Santiago de Cali cuenta con 22 comunas en la zona urbana donde residen el 98.4% de la población con una densidad bruta de 186,78 mientras el área rural conformada por 15 corregimientos cuenta con 1.6% habitan en la zona rural con una densidad bruta de 0.83<sup>47</sup>

### 2.1.4 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

<sup>46</sup> 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

<sup>47</sup> Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

la que hacen parte los palenqueros de San Basilio del municipio de Mahates en el departamento de Bolívar-y la población Rom o gitana.

De acuerdo con el Censo General 2005, la población indígena, es el 3,43% de la población del país que dio información sobre su pertenencia étnica; los afrocolombianos corresponden al 10,62% del total y el pueblo Rom o gitano es el 0,01% de la población.

La estructura poblacional colombiana en general presenta un proceso de transición demográfica al igual que la población afro, de manera similar ocurre con la población afrocolombiana en contraste con la población indígena que siendo joven tiene las mayores tasas de fecundidad y mortalidad que los demás grupos poblacionales y presenta un rezago en la primera transición demográfica. Los mayores diferenciales en la estructura de población se presentan en la población Rom cuya estructura está muy influenciada por la migración, debido a su condición de itinerantes y a sus comportamientos culturales.

En materia educativa la población sin pertenencia étnica presenta los indicadores mas favorables en contraste con la población indígena que tiene las menores tasas de alfabetismo (71,4), seguida de la población afrocolombiana con 88,8% mientras la población Rom presenta las mayores tasas de alfabetismo (93,8%) de todos los grupos étnicos. Es importante anotar que también hay diferenciales a nivel de área entre la cabecera municipal y el resto para todos los grupos étnicos

Respecto de las tasas de asistencia escolar a la educación formal, son los indígenas los que tienen las menores tasas para todos los grupos de edad, seguidos en su orden por la población afrocolombiana, la población nacional y la población sin pertenencia étnica.

En lo que se refiere al nivel educativo, el máximo nivel alcanzado por el mayor porcentaje de población en todos los grupos étnicos es la básica primaria; el 43,7% de la población indígena sólo alcanzó este nivel, mientras 30,1% de su población no ha estudiado triplicando el porcentaje de población no estudiada de los otros grupos poblacionales.

En cuanto a las limitaciones permanentes, la población afrocolombiana presenta los mayores porcentajes de prevalencia de limitaciones para todos los grupos de edad. La población indígena presenta un comportamiento similar a la población nacional excepto en el grupo de población de 85 y más años en el que el porcentaje de personas con alguna limitación es menor que el del total nacional. La población rom se comporta de manera un tanto atípica en cuanto a la tendencia de la prevalencia lo cual puede estar influenciado por el pequeño tamaño de su población ya que pocas personas pueden significar un alto

porcentaje en cada grupo de edad.

Todos los departamentos del país tienen indígenas siendo el Valle del Cauca uno de los que tiene menos del 1% de sus habitantes en este grupo poblacional ubicados en 26 resguardos en 14 municipios con una población de 9.903 personas

Los afrocolombianos se encuentran en todos los departamentos del país; al revisar el peso porcentual por departamento, el Valle del Cauca aporta 27,7% de la población perteneciente a esta etnia.

Después de promulgada la ley 70 de 1993 de Comunidades Negras se han creado 159 Territorios Colectivos de Comunidades Negras los cuales se ubican en los departamentos de Antioquia, Cauca, Chocó, Nariño; Risaralda y Valle del Cauca, la gran mayoría en los municipios que hacen parte del corredor del Pacífico Colombiano. La población de estos territorios a la fecha de creación asciende a 342.960 personas y los cálculos del DANE para el año 2010 indican que la población estimada para ese año era de 448.979 personas. De ellos 31 títulos se encuentran en el Valle del Cauca, con 4.818,0556 hectáreas con 316 familias y 1962 personas según las estimaciones para ese mismo año<sup>48</sup>.

En el caso de Cali 26% de la población que reside en el municipio se considera negra, mulata o afrocolombiana, el 0.5% indígena y ninguna de ellas el 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 años<sup>49</sup>.

El estudio sobre pobreza y exclusión adelantado en el año 2009 por la Alcaldía de Cali pretendía hacer un análisis sociodemográfico y socioeconómico, de percepciones sobre exclusión y distintas formas de discriminación social, opinión sobre las figuras institucionales y las modalidades de participación en organizaciones barriales y eventos culturales, de los hogares y población de clases populares y clases medias bajas en el municipio de Cali, a través de la Encuesta de Hogares de Inclusión Social a partir de una muestra probabilística a partir del censo de hogares ubicados en los estratos 0, 1 y 2 del SISBEN para el municipio de Cali a diciembre 31 de 2007.

Se realizaron análisis niveles 1 y 2 del SISBEN para los conglomerados oriente (comunales 6, 7, 13, 14, 15 y 21); centro oriente (comunales 8, 11, 12 y 16); conglomerado centro (comunales 3, 4, 9 y 10); conglomerado ladera (comunales 1, 18, 20 y los asentamientos de ladera de niveles 1 y 2 del SISBEN en las

---

<sup>48</sup> DANE. La visibilidad estadística de los grupos étnicos colombianos. Documentos DANE

<sup>49</sup> Escobar M. G. La población en Santiago de Cali: siglo XX y primera década del siglo XXI

comunas 2 y 19) y el conglomerado zona rural y centros poblados del municipio. A continuación se retoman los aspectos más relevantes relacionados con la situación de las poblaciones por diversidad étnica.

Alrededor del 58,6% de la población y los hogares de niveles en Cali residen en el conglomerado del oriente; el 18,5% de la población y el 17,8% de los hogares en el conglomerado de ladera; el 14,7% de la población y el 15,3% de los hogares en el conglomerado centro oriente; el 4,3% y 4,4% respectivamente en el conglomerado de la zona rural; y finalmente, el 4,0% y 3,9% respectivamente en el conglomerado centro de Cali. Es decir, cerca del 60% de la población de niveles 1 y 2 del SISBEN reside en las comunas 6, 7, 13, 14, 15 y 21.

Al combinar conglomerados y grupos étnico-raciales (población negra, indígena, mestiza, blanca) se tuvo como resultado que en el oriente el 51% de la población y el 55% de los hogares más pobres (niveles 1 y 2 del SISBEN) es afrodescendiente; en el centro oriente pasa al 45% y 48% respectivamente, manteniendo una mayoría demográfica en las comunas 8, 11, 12 y 16 entre los más pobres; le sigue en peso demográfico el conglomerado de la zona rural con el 28% y 31% respectivamente de población y hogares negros, pero aquí la población blanca-mestiza es mayoría; luego el conglomerado del centro con el 25% y el 27% respectivamente, o sea en las comunas 3, 4, 9 y 10 entre los más pobres alrededor de la cuarta parte es gente negra. Finalmente, en el conglomerado de ladera se da la menor participación porcentual con el 13% y 15% respectivamente de gente negra (población y hogares). En los conglomerados del centro, ladera y zona rural la mayor parte de la gente pobre (niveles 1 y 2 del SISBEN) es blanca-mestiza.

Los indígenas tienen una relativa mayor participación porcentual en los conglomerados de ladera (7,2% y 8,7% respectivamente), rural (5,8% y 5,9% respectivamente), y en el centro (5,1% y 6,7% respectivamente). Por el contrario en los conglomerados oriente y centro oriente su participación porcentual es menor<sup>50</sup>

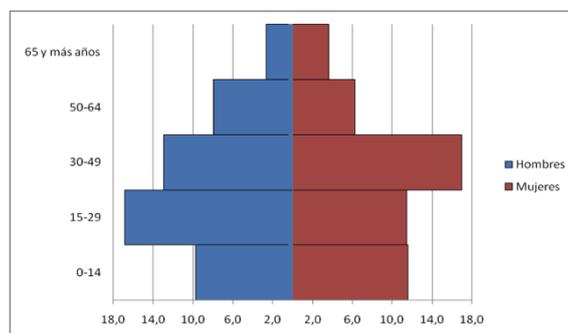
La pirámide de la población indígena de Cali tiene la menor participación porcentual de población de 0-14 años; una sobrerrepresentación masculina de 15-29 años y una femenina de 30-49 años, pero también con alta participación masculina; y en el grupo etario 50-64 años una participación porcentual ligeramente mayor respecto a la que presentan los demás grupos étnico-raciales. Una posible explicación a esta situación radica según el estudio de Urrea en que corresponde a una población de migrantes selectivos que llegan

---

<sup>50</sup> Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Pobreza y Exclusión Social en Cali: un Análisis de los Hogares y la Población de Sectores Populares y Clases Medias Bajas a través del SIISAS 2009.2011

a Cali a trabajar con poca población menor de edad, la mayor parte de las mujeres en el servicio doméstico y los hombres en oficios varios en el comercio, los servicios, la construcción<sup>51</sup>. (Ver grafico No. 1)

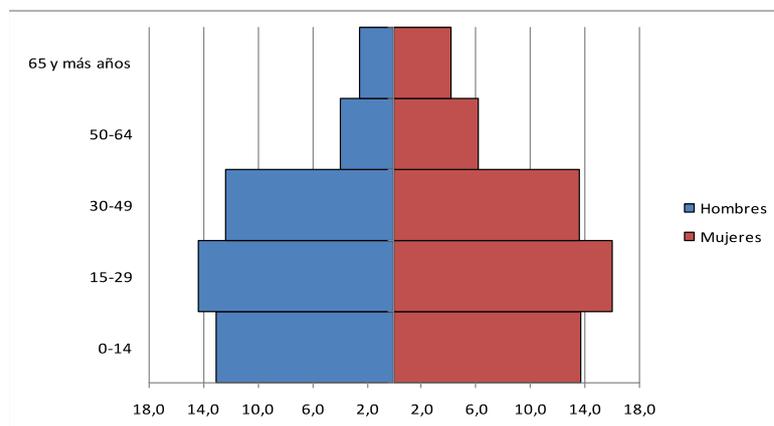
**Grafico No. 1 Pirámide Simplificada Indígenas, Total. Municipio Santiago de Cali.**



Tomado de : Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Pobreza y Exclusión Social en Cali: un Análisis de los Hogares y la Población de Sectores Populares y Clases Medias Bajas a través del SIISAS 2009.2011

En la pirámide de la población afrocolombianos o negra se observa la población más joven por grupo étnico-racial, ya que tiene la base más amplia (0-14 años), lo cual significa que presenta la mayor vulnerabilidad sociodemográfica entre los sectores populares y de clases medias bajas debido a la más alta tasa de dependencia juvenil(ver Grafico No. 2).

**Grafico No. 2 Pirámide Simplificada Afrocolombianos, Total. Municipio Santiago de Cali.**



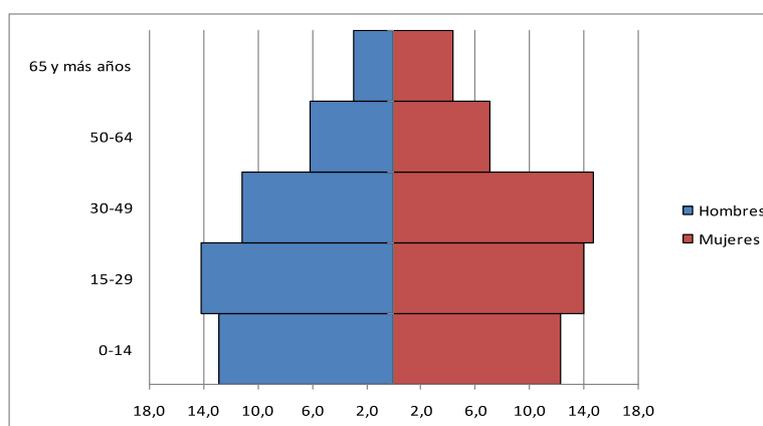
Tomado de : Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Pobreza y Exclusión Social en Cali: un Análisis de los Hogares y la Población de Sectores Populares y Clases Medias Bajas a través del SIISAS 2009.2011

La pirámide de población blanca, es después de la pirámide de indígenas, la que presenta el menor porcentaje de población de 0-14 años entre las pirámides según grupo étnico-racial. También es la que tiene un ligero mayor

<sup>51</sup> Urrea F. 2007. La conformación paulatina de clases medias negras en Cali y Bogotá a lo largo del siglo XX y la primera década del XXI. Revista de Estudios Sociales. No. 39Pag 24-21. 2011

porcentaje de población de 65 años y más.(Ver Grafico No. 3)

**Grafico No. 3 Pirámide Simplificada Blancos, Total. Municipio Santiago de Cali**



Tomado de : Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Pobreza y Exclusión Social en Cali: un Análisis de los Hogares y la Población de Sectores Populares y Clases Medias Bajas a través del SIISAS 2009.2011

Por grupo étnico-racial se identificó que la población blanca tiene la mayor razón de hijos menores de 5 años por mujeres en edad fértil (0,29), seguida de la población negra (0,27), mestiza (0,26) e indígena (0,22). Esto significa que a pesar de la mayor Tasa de Dependencia Juvenil entre la gente negra y la mestiza (0,40), se presenta un ligero mayor incremento de la fecundidad entre la población blanca de sectores populares (0,29 versus 0,27 y 0,26 en las razones de hijos menores de 5 años)

Por grupo étnico-racial los indígenas tienen un Índice de Masculinidad total de 1, mientras la población negra el menor IM (0,87) y la mestiza (0,89) y blanca (0,90) lo que significa que entre las clases populares la presencia de mujeres – en todos los grupos etarios - porcentualmente es mayor entre la gente negra. Lo contrario sucede con la población indígena debido a una participación similar de hombres y mujeres.

En el informe también se resalta que los indígenas tienen el mayor porcentaje de gente entre 15-59 años, casi un 70%, lo cual confirma que esta población viene a Cali a trabajar. En cambio, la población afrodescendiente o negra el menor porcentaje (63,7%), debido a un mayor peso porcentual de gente menor de 15 años.

Frente al estado civil la población negra es la que porcentualmente tiene una menor población casada (menos del 10%) y al mismo tiempo la que posee el mayor porcentaje de solteros-as (52,2%) siguiendo un patrón fuerte de unión libre, reducidos matrimonios y una amplia población célibe que se concentra en gran medida entre los 10 y 19 años. Por el contrario, la población blanca tiene el porcentaje más alto de hombres y mujeres casados-as (20,2% y 18,1%,

respectivamente), aunque en este grupo de clases populares tiene más peso la gente en unión libre. La población mestiza se encuentra en una situación intermedia entre la negra y la blanca en sus distribuciones por condición conyugal.

Por grupo étnico-racial las menores tasas brutas de asistencia escolar las tiene la población indígena (23,5%) y las mayores la afrodescendiente (32,5%). La población mestiza y blanca tiene tasas intermedias entre las dos anteriores. Por rangos de edad se encuentra entre los 3-5 años es la población blanca la que tiene la mayor asistencia (60,5%) y la menor corresponde a la indígena (47,1%), seguida de la mestiza (49,3%). La afrocolombiana está en segundo lugar después de la blanca con el 53,0%.

En el rango 6-9 años la población afrocolombiana tiene la mayor asistencia escolar (95,8%), seguida de la blanca (95,4%), la mestiza (92,4%) y por último la indígena (83,2%) mientras en el rango 10-17 años se destaca la afrocolombiana con el 89,1%, seguida de la mestiza (87,3%), la blanca (87,2%) y por último la indígena (76,9%).

En el rango 18-24 años de nuevo se destaca la afrocolombiana con el 27,1%, seguida de la blanca (23,8%), la mestiza (21,6%) y finalmente la indígena (19,1%) mientras entre los 25 años y más la afrocolombiana tiene la tasa más alta (5,1%), seguida de la mestiza (4,8%), la indígena (4,4%) y la blanca (3,3%).

Por género y grupo étnico, entre la población indígena en todos los rangos, con excepción del primero (3-5 años), las mujeres tienen mayores tasas de asistencia escolar. Entre la población afrocolombiana los hombres aventajan en tasas de participación en los primeros rangos (3-5 años y 6-9 años), pero en los siguientes (desde el rango 10-17 años) se destacan las mujeres. Entre la población mestiza sólo en el rango 18-24 años las mujeres aventajan a los hombres en asistencia escolar ya que en los otros rangos los hombres tienen tasas más altas de asistencia o ligeramente superiores. Entre la población blanca con excepción del rango 6-9 años las mujeres presentan tasas más altas, sin embargo, por tener un peso muy alto en los efectivos dicho rango, el resultado al nivel de la tasa bruta es menor para las mujeres (28,9% versus 29,2%).

Con relación al empleo 54,2% (trabajando y buscando trabajo) constituye la Población Económicamente Activa en los niveles 1 y 2 del SISBEN para el municipio 70,4% para los hombres y 40,2% para las mujeres. Los indígenas tienen la mayor participación laboral con el 58,8%, les siguen los afrocolombianos con el 55,6%. Los mestizos tienen una participación laboral del 53,9% y los blancos del 53,0%, la menor de todas. Las mujeres negras tienen la mayor participación laboral según grupo étnico- racial y sexo con el

44,5%; les siguen las mujeres indígenas con el 41,7%; en tercer lugar, las mestizas con el 39,5% y por último las blancas con el 38,4%.

La gente negra tiene la mayor participación en la actividad de estudio con el 18,9%, seguida de la mestiza (16,7%), la blanca (15,4%) y la indígena (11,8%). Por el contrario, la gente blanca, mestiza e indígena tienen tasas por encima del 19% en oficios del hogar, mientras la gente negra bien menor (15,4%). Esto muestra una mayor participación moderna de la población afrocolombiana entre las clases populares caleñas: más estudio y participación laboral con menos dedicación a los oficios domésticos, lo cual va en contravía de los prejuicios que se mueven al respecto. Esto se refleja en que las mujeres negras tienen la menor participación porcentual en oficios domésticos con el 27,6% versus 38,0% de las indígenas, 35,8% de las blancas y 35,5% de las mestizas.

La tasa de desempleo visible es de 21,8%, 25,1% para las mujeres y 19,5% para los hombres. Entre la gente negra la tasa asciende al 25,7%, 30,8% para las mujeres y 21,7% para los hombres. Entre la población blanca la tasa es de 17,9%, 20,1% para las mujeres y 16,6% para los hombres. Entre la población mestiza la tasa es de 22,3%, 25,3% para las mujeres y 20,3% para los hombres. Entre los indígenas la tasa es de 23,8%, 26,9% para las mujeres y 22,2% para los hombres. Se observa la mayor desventaja que enfrenta las mujeres negras en términos de conseguir trabajo en empleos no calificados y semicalificados entre las clases populares, con tasas bien más altas que el resto de los grupos por sexo y condición étnico-racial. En el caso de los hombres los indígenas y los negros enfrentan relativamente mayores desventajas.

La población afrocolombiana es la que presenta mayor proporción de asalariados, tanto hombres (60,2%) como mujeres (54,7%), para un total de 58,0%. Los afrocolombianos tienen el menor porcentaje de empleos cuenta propia (37,8%). Los indígenas tienen una menor proporción de población asalariada debido al mayor peso del empleo doméstico, sobre todo entre las mujeres (8,0% de las mujeres indígenas). Los demás grupos étnico-raciales tienen tasas similares de población asalariada (55,5% y 55,7%).

Frente a los ingresos los más bajos corresponden a las mujeres indígenas con el 67,5% de hogares, seguidas de las afrocolombianas con el 66,3%. Luego vienen las mujeres mestizas con el 58,1% y las blancas con el 53,1% de jefas de hogar que informan ingresos menores a un SML mensual. Entre los hogares con jefatura masculina también existen diferencias de acuerdo a lo étnico-racial, así, se observa que –en comparación a blancos y mestizos- son los hombres indígenas (54,5%) y afrocolombianos (54,4%) los que en mayor proporción devengan menos de un SML mensual.

En síntesis, son los hogares indígenas y afrocolombianos los que presentan los

ingresos monetarios más bajos medidos en SML y entre ellos, los correspondientes a jefatura femenina. Sin embargo, para todos los grupos étnico-raciales y en los cinco conglomerados la condición de jefatura femenina conlleva a menor ingreso monetario.

Atendiendo a las diferencias de la población según autoreconocimiento étnico-racial y sexo/género del (la) jefe(a) del hogar, la situación de mayor vulnerabilidad la enfrentan los hogares afrocolombianos con jefatura femenina, 53,45% manifiesta no haber consumido una de las tres comidas básicas, es decir, más de la mitad de los hogares jefeados por mujeres afrocolombianas tuvieron situaciones de hambre uno o más días de la semana anterior a la encuesta. En general, son los hogares afrocolombianos (47,1%) e indígenas (40,6%) los que más situaciones de hambre presentan, no obstante en los hogares blancos (36,4%) y mestizos (33,2%) estos porcentajes también son altos.

Los niveles de hacinamiento son considerablemente altos en lo que respecta al número de hogares por vivienda (1,21), siendo los de indígenas y afrocolombianos los mayores (1,28 y 1,26 respectivamente). El de personas por vivienda (4,8 personas) son también muy altos si tenemos en cuenta que la superficie en metros cuadrados puede ser menor a 60 y 50 metros en buena parte de los casos. En este caso la población mestiza y la blanca tienen el mayor hacinamiento (5,1 y 4,9 personas respectivamente). Los cuartos por vivienda en cambio muestran de nuevo un mayor hacinamiento para los indígenas (1,58 cuartos) y afrocolombianos (2,2 cuartos).

En general para el total de los hogares el 83,5% cuenta con el servicio de salud, y el 88,0% cuenta con el servicio de educación. Los hogares afrocolombianos son los que presentan un porcentaje menor de hogares con acceso a estos dos servicios (salud 83,0% y educación 86,1%).

### **2.1.5 Tasa de crecimiento anual de la población**

Desde el punto de vista demográfico la ciudad de Cali muestra un crecimiento de los últimos años con un promedio del 3.2% anual. 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<sup>52</sup>.

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)<sup>53</sup> y el aumento de la esperanza de vida al nacer por la disminución en

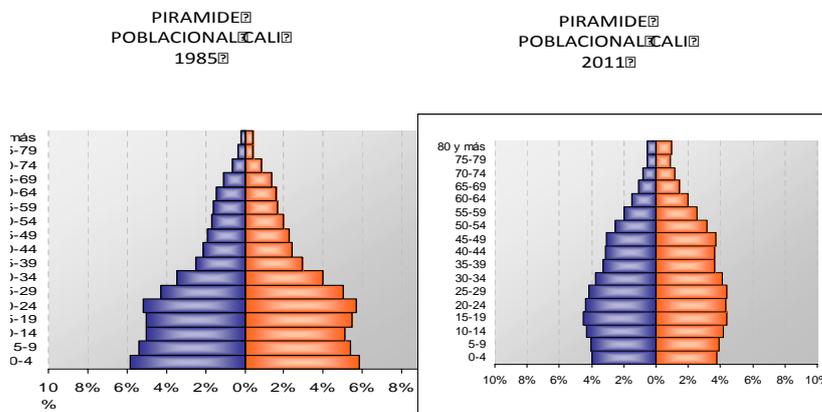
---

<sup>52</sup> Lesmes M.C. Como estamos en salud?. Foro municipal por la salud. 2007

<sup>53</sup> Duque S. Análisis demográfico y epidemiológico. Salud en Cifras. 2010

las tasas de natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil) la pirámide poblacional ha pasado de ser expansiva a constrictiva(ver Grafico No.4).

**Grafico No. 4 Comparación Pirámide Santiago de Cali Poblacional 1985 vs 2005.**



Otro aspecto que ha contribuido al cambio en la pirámide poblacional es a 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. 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, Jamundi y Cartago los principales expulsores de población hacia Cali. Los lugares de destino de los emigrantes mas 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<sup>54</sup>.

### 2.1.6 Tasa general de fecundidad

En Colombia los resultados de la ENDS plantean que la fecundidad es de cúspide temprana: el grupo de edad con la mayor tasa de fecundidad (132 nacimientos por mil mujeres), es el de 20-24 años, seguido por el de 25-29 años de edad.

<sup>54</sup> Duque S. Análisis demográfico y epidemiológico. Salud en Cifras. 2010

En el país se ha comprobado a través de todas las encuestas de Demografía y Salud que la fecundidad ha venido disminuyendo desde mediados de los años sesenta cuando la tasa total de fecundidad se estimó en 7 hijos por mujer; entre 1985 y 1995 la tendencia al descenso se estabilizó alrededor de 3 hijos por mujer y cinco años más tarde (2000-2005) estaría disminuyendo aunque lentamente pues la tasa total o global de fecundidad para el 2005 fue de 2.4 hijos por mujer, comparada con 2.6 de la encuesta del 2000. En la zona urbana la tasa total de fecundidad baja de 2.3 a 2.1 hijos por mujer y en la zona rural de 3.8 a 3.4. La tasa general pasa de 91 a 83 por mil y la tasa bruta de natalidad de 23 a 20 por mil<sup>55</sup>.

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 1,88 en el año 2009. Este descenso es explicado por cambios en factores sociales y económicos 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 incremento entre los años 1993 y 2008, pasando del 71,1 al 77,9 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 26.5 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 por cada 1.000 mujeres en edad fértil, es así como la tasa de fecundidad general en los estratos bajos (I y II) llega a 58 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 su nivel es de 45, menor que la clase baja, en el caso de los estratos altos la fecundidad de 33, se presenta como la más baja y centrada alrededor de los 30 años.

Al comparar el indicador del promedio de hijos por mujer o tasa global de fecundidad (TGF), es el estrato socioeconómico bajo con 2.0 hijos por mujer el de mayor fecundidad, seguido de 1.5 del estrato medio y con 1.1 del estrato alto, este último 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

---

<sup>55</sup> PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. Capítulo Fecundidad

tamaño. La mayor fecundidad se encuentra entre las edades de 20 a 24 años en la que se presentan 104 nacimientos por cada 1000 mujeres, la mediana de edad de la fecundidad viene desplazándose de edades jóvenes a edades mayores, al año 2010 este valor se ubica en 26 años<sup>56</sup>.

### **2.1.7 Tasa bruta de natalidad**

Según el DANE para el año 2010 en Cali, se estimaron 29.940 nacimientos, La tasa general de natalidad (TBN) es aproximadamente de 13.3 nacimientos por cada 1.000 habitantes, con una tendencia ligeramente decreciente de este indicador, esto dado por la reducción de la tasa de fecundidad general (TFG) que para el año 2010 se estima en 47.1 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 49 años<sup>57</sup>.

### **2.1.8 Tasa bruta de mortalidad**

Las tasas de mortalidad general de Santiago de Cali van en aumento, esto se explica en gran medida por el incremento en el número de muertes, frente al crecimiento de la población, que unido al proceso de envejecimiento de la población hace que crezca el riesgo de muerte sobre todo en la población vieja

Las defunciones registradas en el año 2010 para Cali fueron 15.977 muertes no fatales, de las cuales 76.7% (12.258) corresponden a personas residentes en la ciudad; de esta última cifra 26% (3.209) de las causas de muerte, son producto de enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos representaron el 20. % (2.507), por hechos violentos el 21. % (2.617), las enfermedades infecciosas y parasitarias el 9% (1.154) y otras causas el 23%. (2.771)

Al comparar estos grupos de mortalidad veinticinco años atrás se observa aumento en la mortalidad por causas externas, aumento en la proporción de mortalidad por tumores malignos, al igual que una reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. Estos mismos grupos de mortalidad analizados por sexo muestran como las causas violentas son las que más contribuyen en la mortalidad masculina a diferencia de las enfermedades cardiovasculares que para las mujeres son las que generan mayor mortalidad .

El perfil de mortalidad de Cali, presenta simultáneamente características de comunidad en vías de desarrollo al presentar aun 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

---

<sup>56</sup> Duque S. Análisis de la Fecundidad. Salud en Cifras. 2010

<sup>57</sup> Duque S. Análisis de la Fecundidad. Salud en Cifras. 2010

mortalidad de Cali, está presente las causas violentas propias de comunidades en conflicto y desigualdades sociales.

Al analizar la relación por causas de defunción de hombres y mujeres o sobremortalidad masculina entre las primeras causas de muerte, se encontró que el riesgo de muerte por homicidios en hombres es 14 veces mayor que en mujeres, este exceso de mortalidad también ocurre en accidentes en vehículos de motor en donde es cuatro veces mayor el riesgo, al igual que VIH-Sida en donde es dos veces mayor en hombres que en mujeres, solo en las causas por tumores malignos y enfermedades cardiovasculares esta razón de riesgos se aproxima a la unidad.

Al comparar las primeras causas de mortalidad del año 1985 frente a las del 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 de cardiovasculares y tumores malignos propias del avance en la transición demográfica y epidemiológica.

Los homicidios son la primera causa de muerte en la ciudad y contribuyen con el 15% de la mortalidad general, de los cuales el 93% de las muertes son hombres, en especial en el grupo en edades de 15 a 44 años, siendo el grupo de 20 a 24 años que donde se registra el mayor numero de casos. El comportamiento que describe la tasa de mortalidad por homicidios en las últimas décadas aunque en los últimos años presenta una ligera tendencia a la disminución. El mayor número de casos se reporta en las comunas del distrito de Agua blanca, así como las Comunas 3, 7, 12 y 20.

La estructura de mortalidad del año 1983 frente al año 2010 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 mayor sobre mortalidad 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, cuyas causas de muerte son en mayor proporción producto de la violencia

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<sup>58</sup>.

### 2.1.9 Esperanza de vida al nacer

La cifra de esperanza de vida al nacer para el año 2010 fue de 73.9 años, diferencial entre hombres (69.7) y mujeres (77.9), 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 altos.

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 de 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 salud<sup>59</sup>

## 3. - CONTEXTO: CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA

### 3.1 Necesidades básicas insatisfechas

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 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. 2<sup>60</sup>

**Tabla No.2 Necesidades Básicas Insatisfechas por total, cabecera y resto. Municipio de Cali. 2011**

NBI	CABECERA	RESTO	TOTAL
Prop de Personas en NBI (%)	10,87	18,92	11,01
Prop de Personas en miseria	1,93	3,10	1,95
Componente vivienda	1,70	5,23	1,76
Componente Servicios	0,75	0,29	0,74
Componente Hacinamiento	5,55	8,84	5,60
Componente Inasistencia	1,54	2,00	1,55
Componente dependencia económica	3,66	6,02	3,70

<sup>58</sup> Duque S. Análisis de la Mortalidad. Salud en Cifras. 2010

<sup>59</sup> Duque S. Análisis de la Mortalidad. Salud en Cifras. 2010

<sup>60</sup> DANE. Resultados Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional a 31 de Diciembre de 2011.

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 mas contribuye es el hacinamiento crítico, con 10.3% de hogares en los cuales viven mas 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 45.7% de los hogares reporta NBI siendo el mayor reporte en El Saladito(97.2%) seguido por Villacarmelo(97.1%) mientras frente a la condición de miseria se reporta Navarro con la frecuencia mas 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 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 hogares.<sup>61</sup>

### **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. 3

---

<sup>61</sup> Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Análisis Estadístico del Sisbén III en el Municipio de Santiago de Cali.2011

**Tabla No. 3 Distribución de lados de manzana por estrato. Municipio de Santiago de Cali. 2010**

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

Fuente: Tomado de 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 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. 4

**Tabla No. 4 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

### 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 en 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 Municipal<sup>62</sup>

Un total de 292.515 hogares fueron incluidos de los cuales 97,03%(283.834) se encontraban ubicados en zona urbana(ver tabla No. 5). 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 oscilo entre 0.61 y87.6 con un promedio de 49.2 y una mediana de 50.88; 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 medina de 51.14; 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.

---

<sup>62</sup> Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administración de Planeación Municipal. Análisis estadístico del SISBEN III. 2011

**Tabla No. 5 Población según rangos de puntaje Sisbén, por comuna y corregimiento. Municipio de Santiago de Cali. 2010**

Comuna o corregimiento	Población		Viviendas		Hogares	
	Personas	%	Número	%	Número	%
<b>TOTAL</b>	1,084,741	100.00	272,469	100.00	292,515	100.00
<b>Comuna</b>	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
<b>Corregimiento</b>	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

Para el caso de la zona rural el promedio es 40.67; la mediana se sitúa en 40.35, mientras 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. 6)

**Tabla No. 6 Población Sisbén III según zona, por rangos de puntaje.  
Municipio de Santiago de Cali. 2010**

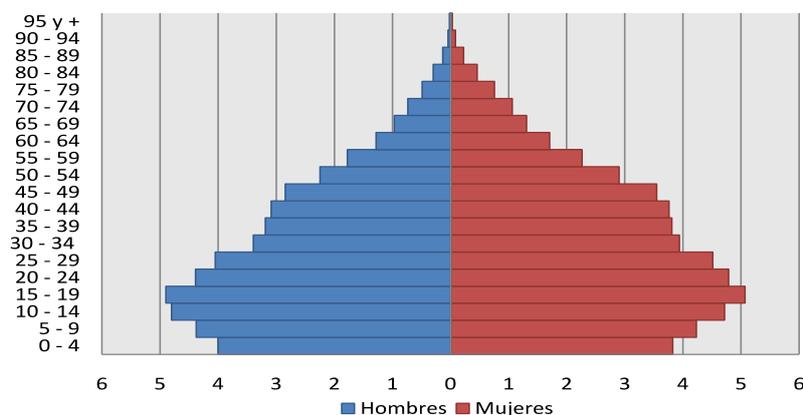
Puntaje Sisbén (Rangos)	Población							
	Total	%	Cabecera municipal	%	Centro poblado	%	Rural disperso	%
<b>TOTAL</b>	1,084,741	100.00	1,054,102	97.18	21,986	2.03	8,653	0.80
0 - 10	8,507	0.78	8,007	0.74	253	0.02	247	0.02
11 - 20	45,598	4.20	42,641	3.93	1,601	0.15	1,356	0.13
21 - 30	100,798	9.29	95,255	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

53% de la población son mujeres; la edad promedio de la población es 30.4 y la mediana es 27 años siendo la moda 18 años. 37.3% de la población se encuentra entre 5 y 24 años y por cada 10 alrededor de 6 son menores de 30 años. El grupo etario con mayor proporción de población total es 15 a 19 años con 9.96% mientras 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.

Clasificando la población por grupos de edad 25.95% de la población es de niños, 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 base muy ancha y una cima muy angosta, típica de poblaciones en las que tanto la natalidad como la mortalidad son altas y la población crece a un ritmo rápido y por ende con una estructura de población joven con 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 grafico No.5)

## Grafico No. 5 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 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 tan sólo el 4.0% es viudo.

El porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que están embarazadas o que ya son madres es del 17.9%, cifra que de acuerdo con la ENDS 2010 está por encima para Cali A.M. que es del 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.

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. 27.5% de las mujeres embarazadas o que han tenido hijos son solteras y 19.1% son casadas.

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), 33% a una EPS Contributiva y 21% de esta población no cuenta con protección en salud.

Del total encuestados sólo 2.0% son discapacitados con una mayor frecuencia en hombres más 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 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 50% de las personas encuestadas de 12 años en adelante están activas. De ellas 86.4% se encuentran trabajado y 13.6% buscando empleo. La población económicamente inactiva está representada por 50.0% de las personas en edad productiva, de las cuales 41.8% se encuentra realizando oficios del hogar, 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%.

Frente al ingreso 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 97.1% habitan la cabecera municipal. De las personas que no reciben ingresos 46.5% se encuentran entre 12 a 24 años y de ellos 64.4% se encuentran estudiando mientras de los que reciben menos de un salario mínimo 49.6% tienen una edad entre 25 y 44 años. En el grupo de adultos mayores 57.5% no reciben ningún ingreso y 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 de mujeres; en los grupos etareos 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 mas frecuencia perciben ingresos. El ingreso promedio de los hogares es de \$328,084 y la mediana es \$300,000; 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 incluye 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). 32.9% de las unidades de vivienda cuentan con 3 cuartos mientras 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 es en paredes el bloque, ladrillo, piedra y madera pulida ( 95.38%). A su vez, el material de los pisos es principalmente la baldosa, vinilo, tableta o 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%; 98.11% de las unidades de vivienda obtienen el agua para consumo del acueducto mientras la principal forma de eliminación de la basura es la recolección de los servicios de aseo con el 98.14%

Para la variable tenencia de vivienda, 48.7% de los hogares pagan arriendo, 33.8% de los hogares son propietarios de vivienda y 6.9% están pagando su vivienda. 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

La Tabla No. 7 presenta un resumen de los indicadores relacionados con la población sujeto de encuesta del SISBEN aplicada en el año 2010 .

**Tabla No. 7 Tabla resumen indicadores . Población SISBEN III Municipio de Santiago de Cali. 2010**

INDICADOR	SIGLA	DESCRIPCION	FORMULA	VALORES	INTERPRETACION
Índice de Dependencia General	IDG		$\frac{Pob(<15) + Pob(65 y +)}{Pob(15-64)} * 100$	48.3	Por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años), hay 48 personas económicamente dependientes
Índice de Dependencia Juvenil	IDJ		$\frac{Pob(<15)}{Pob(15-64)} * 100$	38.5	Por cada 100 personas en edad productiva, hay 38 jóvenes menores de 15 años económicamente dependientes.
Índice de Dependencia Senil	IDS		$\frac{Pob(65 y +)}{Pob(15-64)} * 100$	9.8	Por cada 100 personas en edad productiva, hay 10 personas con una edad mayor o igual a 65 años económicamente dependientes.
Índice de Envejecimiento	IE		$\frac{Pob(65 y +)}{Pob(<15)} * 100$	25.4	Por cada 100 personas jóvenes, hay 25 personas con una edad mayor o igual a 65 años.
Tasa de escolaridad bruta de educación básica primaria	TEBP		$\frac{Asisten\ a\ Primaria}{Pob(6-10)}$	1190	Por cada 100 niños en edad adecuada para estudiar en primaria hay 119 personas haciéndolo.
Tasa de escolaridad neta de educación básica primaria	TENP		$\frac{Asisten\ a\ Primaria(6-10)}{Pob(6-10)}$	0.830	83% de los niños que deberían estar estudiando en primaria (de 6 a 10 años) lo están haciendo
Tasa de escolaridad bruta de educación básica secundaria	TEBS		$\frac{Asisten\ a\ Secundaria}{Pob(11-16)}$	0.903	De cada 100 personas en edad adecuada para estar en secundaria, el 90.3% lo hacen
Tasa de escolaridad neta de educación básica secundaria	TENS		$\frac{Asisten\ a\ Secundaria(11-16)}{Pob(11-16)}$	0.658	65.8% de los estudiantes de secundaria tiene la edad adecuada para este nivel educativo.
Tasa de escolaridad bruta de educación superior (técnica, tecnológica y universidad)	TEBES		$\frac{Asisten\ a\ Educacion\ Superior}{Pob(17-21)}$	0.161	de cada 100 personas en edad adecuada para estar en la educación superior (estudios técnicos, tecnológicos o universitarios), el 16.1% lo hacen
Tasa de escolaridad neta de educación superior (técnica, tecnológica y universidad)	TENES		$\frac{Asisten\ a\ Educacion\ Superior(17-21)}{Pob(17-21)}$	0.086	8.6% de los estudiantes de educación superior (técnica, tecnológica y universidad) tienen la edad adecuada para este nivel educativo.
Porcentaje de PET/PT	Porcentaje de PET/PT	Relación porcentual entre el número de personas que componen la población en edad de trabajar, frente a la población total	$\frac{Poblacion\ en\ edad\ de\ trabajar}{Poblacion\ Total}$	79.9%	9.9% de la población total está en edad de trabajar(12 años o mas)
Tasa global de Participación	TGP	Relación porcentual entre la población económicamente activa y la población en edad de trabajar. Este indicador refleja la presión de la población sobre el mercado laboral.	$\frac{Poblacion\ economicamente\ activa}{Poblacion\ en\ edad\ de\ trabajar = Trabajando + Buscando\ trabajo/PET}$	50%	50.0% de la población en edad de trabajar (12 años en adelante), está económicamente activa, ya sea buscando trabajo o trabajando.
Tasa bruta de Participación	TBP	Relación porcentual entre el número de personas que componen el mercado laboral, frente al número de personas que integran la población total.	$\frac{Poblacion\ economicamente\ activa}{Poblacion\ total}$	39.9%	39.9% del total de la población esta económicamente activa (trabajando y buscando trabajo).
Tasa global de Inactividad	TGI	Relación entre la población económicamente inactiva y la población en edad de trabajar.	$\frac{Poblacion\ economicamente\ inactiva}{Poblacion\ en\ edad\ de\ trabajar}$	50%	De cada 100 personas en edad de trabajar hay 50 que se encuentran inactivas
Tasa bruta de Inactividad:	TBI	Relación entre la población económicamente inactiva y la población total.	$\frac{Poblacion\ economicamente\ inactiva}{Poblacion\ total}$	40%	40.0% de la población total está actualmente inactiva
Tasa de Desempleo	TD	Relación porcentual entre el número de personas que están buscando trabajo (DS), y el número de personas que integran la fuerza laboral (PEA).	$\frac{Poblacion\ buscando\ trabajo}{Poblacion\ Economicamente\ Activa}$	13.6%	3.6% de la población económicamente activa se encuentra buscando empleo
Tasa de Ocupacion	TO	Relación porcentual entre la población ocupada (OC) y el número de personas que integran la población en edad de trabajar (PET).	$\frac{Poblacion\ Ocupada}{PET}$	43.2%	432 personas trabajan de cada 1,000 en edad de trabajar (de 12 años y más).
Tasa de Empleo	TE	Relación porcentual entre el número de personas que están trabajando, y el número de personas que integran la fuerza laboral (PEA).	$\frac{Poblacion\ Ocupada}{PEA}$	86.4%	86.4% de la población económicamente activa se encuentra trabajando

### 3.4 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 incluidas en registro único de población desplazada RUPD.

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

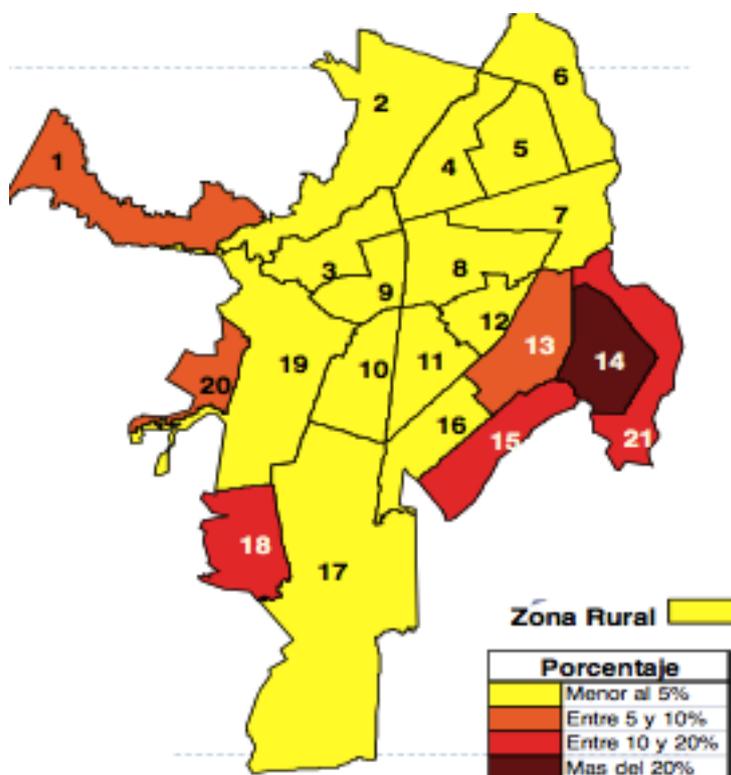
Estas personas vienen desplazadas por los combates que se libran con grupos al margen de la ley: Guerrilla de las FARC, reductos del ELN, Paramilitares Desmovilizados que han formado las bandas emergentes “BACRIM”, en estos grupos se cuentan los Rastrojos, Águilas Negras, Urabeños, aliadas al narcotráfico como una forma de enfrentar la arremetida del ejército en recuperación de territorios, esto ha producido combates y hostigamientos a la población campesina, reclutamiento de menores y una serie de abusos y violaciones al Derecho Internacional Humanitario que ha hecho que la población tenga que 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 económicos<sup>63</sup>.

El siguiente mapa ubica espacialmente la distribución territorial de la población desplazada año 2011.

**Mapa No. 7 Distribución territorial población desplazada. Municipio de Cali. 2011**

Fuente: PIU,  
de Salud



Secretaría  
Municipal.

<sup>63</sup> Personería Municipal. Informe situación actual UAO. 2012

## Caracterización Población Desplazada. 2011

Un estudio efectuado en mujeres de Cali, Jamundí, Buenaventura y Tuluá reporta para el año 2007 como características sociodemográficas con relación a la edad el mayor porcentaje corresponde a la población entre 36 y 45 años; en cuanto al grupo étnico, 51% eran mestizas, 46% afrodescendientes y el 3% restante indígenas. El 52% de las encuestadas tenía un nivel de escolaridad de primaria incompleta o completa, sin embargo, 20% no tenían ningún tipo de escolaridad, la mayoría de las cuales ni siquiera sabía leer ni escribir, sólo el 10% había culminado el bachillerato y 2% tenía un nivel técnico de formación<sup>64</sup>.

Con respecto al lugar de origen, 89% eran mujeres que nacieron en los departamentos del suroccidente colombiano y el Litoral Pacífico, seguido de un 10% de los departamentos del Eje Cafetero. En cuanto al lugar de donde salieron desplazadas, 94% lo hicieron de los departamentos del Valle, Cauca, Nariño y Chocó; 71% habían nacido en el campo y 86% vivían también en el campo en el momento de ser desplazadas. Por otra parte, la mitad de estas mujeres salieron forzosamente entre los años 1999 y 2001, pero se hallaron casos en el 50% restante de mujeres que se desplazaron inclusive durante el mismo 2007, año en que se aplicó la encuesta.

En cuanto a la tenencia o propiedad de la vivienda la mayoría de las mujeres encuestadas aún pagaba alquiler (44%) o vivía de posada (19%) o en invasión (3%), para un total de 67% sin vivienda fija, pese a que el mayor porcentaje llevaba entre seis y ocho años de haber sido desplazadas. En las encuestas 33.3% de mujeres eran propietarias de su vivienda, las cuales correspondían fundamentalmente al caso de las mujeres de Tuluá, a quienes ya se les adjudicó vivienda semi-construida y algunos casos aislados de Buenaventura, Jamundí y Cali, donde también habían recibido subsidio de vivienda. En el 64% de las viviendas en las que habitan las mujeres se observaron altos niveles de hacinamiento y en promedio, 72% de las mujeres cuenta con acceso a servicios públicos de acueducto, alcantarillado, energía y recolección de basuras.

59% de las mujeres encuestadas correspondía a mujeres que no tienen pareja, porque eran solteras, madres solteras, separadas o viudas, mientras que 41% tenía compañero con el que convive: 4% casadas y 37% en unión libre. 46% había tenido 4 hijos o más y 51% entre 1 y 3 hijos, sólo 3% no ha tenido ningún hijo o hija. Del total de hijos e hijas reportados 54% eran mujeres. 90% de las mujeres viven con uno y hasta cuatro hijos e hijas o más y de estas, 76% tienen hijos e hijas en edad escolar, de los cuales 87% estaba vinculado al sistema educativo.

---

<sup>64</sup> Taller Abierto. Corporación SISMA Mujer. ICID. "Aspectos psicosociales de las Mujeres en situación de desplazamiento forzado establecidas en el departamento del Valle del Cauca". 2008

La razón principal por la cual 13% estaba fuera del sistema educativo se relaciono con dificultades económicas, situación que coincide con el alto porcentaje de personas dependientes de las mujeres encuestadas, en donde no sólo se evidencia que tenían a cargo menores de edad (100%), sino jóvenes entre 19 y 25 años (22%), 1 o 2 personas adultas (11%) y adultos mayores (13%). En cuanto al cuidado de los hijos pequeños, 16% de hijos e hijas debían quedarse solos, 8% que quedan al cuidado de los hogares del ICBF y 26% a cargo de los hermanos y hermanas mayores.

En cuanto a la alimentación, antes del desplazamiento el 97% de la población tenía acceso a tres raciones diarias o más, mientras que al momento de la encuesta, sólo 29% alcanzaba a tener las tres raciones diarias, 11% una sola ración diaria y 14% que, con frecuencia, no tenía ninguna ración para comer en el día. 73% de los hogares de las mujeres en situación de desplazamiento, percibían ingresos familiares inferiores al salario mínimo legal vigente

En relación con el derecho a la atención integral y protección como población desplazada, 41% de la población encuestada, había recibido algún tipo de ayuda para la generación de ingresos, el cual ha sido principalmente de capacitación para el trabajo, seguido de dinero o capital semilla para iniciar negocios<sup>65</sup>. Sin embargo es importante anotar que la muestra de esta población no es representativa para el Departamento y menos aun para los municipios.

En otro estudio efectuado en el año 2009 con mujeres de Tuluá, Jamundí, Buenaventura y Cali reporto como características sociodemográficas las siguientes;. La edad de las mujeres oscilo entre los 21 a los 60 años de edad; 36.65% se encontraban entre los 31 y 40 años, seguidas de 28.6% entre los 41 y los 50 años y 21.4% entre 21 y 30 años. ç

40.4% de las encuestadas tenían como el Valle del Cauca; 33.33% nacieron en diferentes municipios del departamento del Valle del Cauca y 7.07% nacieron en el municipio de Buenaventura mientras 20.2% correspondían al departamento del Cauca. Sigue el Eje Cafetero, el Choco y en menor proporción nacieron en diferentes Departamentos de Colombia: Amazonas, Meta, Guaviare, Caquetá, Huila, Tolima, Antioquia, Santander, Valledupar y Córdoba

6.1% era analfabeta, 15.3% hizo la primaria completa, 29.6 % no terminó la primaria, 28.57% termino la secundaria, 15.3% no terminó la secundaria y solo 5.10% ha terminado el ciclo de educación técnica completa.

---

<sup>65</sup> Taller Abierto. Corporación SISMA Mujer. ICID. "Aspectos psicosociales de las Mujeres en situación de desplazamiento forzado establecidas en el departamento del Valle del Cauca". 2008

Para la mayoría de las mujeres corresponde el lugar de nacimiento con el lugar del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado; la mayoría se desplazan del Departamento del Valle del Cauca en un 29.90%, continúa las que se desplazan del Departamento del Cauca en un 26.80%; ambos porcentajes suman un total de 56.7%, un poco más de la mitad y el resto se desplazan de la zona del Eje Cafetero, Nariño, Chocó y demás departamentos

Las encuestadas tenían en promedio entre 3 y 6 años de haberse desplazado; 15.1% se desplazaron durante el año 2002; coincidentes en la proporción de 12.1% quienes se desplazaron en los años 2.000, 2005 y 2007.

La mayoría de las mujeres encuestadas eran solteras en un 34.34%; vivían en unión libre 31.3%; en menor proporción estaban casadas, separadas y viudas; la mayoría es cabeza de hogar, tienen a su cargo alguna persona por la cual deben responder económicamente; solo 9.1% no tiene ninguna persona bajo su cargo. La mayoría de las mujeres están a cargo entre 1 a 3 menores de 18 años de edad; le siguen las mujeres que están a cargo entre 4 y 6 menores de los 18 años de edad.

50.51% expresaron haber perdido familiares por causa del desplazamiento forzado por muerte, secuestro, desapariciones ó reclutamiento forzoso.

Sobre la pérdida de familiares por muerte, secuestro, desapariciones o reclutamiento forzoso, 24.5% perdió hermanos, 12.2% perdió al esposo, 10.2% perdió a los padres, 32.6% perdió otro familiar y 4.1% perdió hijos y hermanos al mismo tiempo.

Entre las principales formas de obtener ingresos económicos para las mujeres encuestadas se encontró el empleo doméstico en un 24.7%, venta de alimentos en un 16.5% y 9.3% ventas ambulantes. 81.6% tenía un ingreso por debajo del salario mínimo legal vigente, 11.5% reciben el mínimo y solo el 6.9% reciben una cantidad superior al salario mínimo legal vigente

64.6% residía en casa, 18.18% reside en un cuarto, el 12.12% residían en ramada o lote y 5.1% residía en apartamento. Con respecto a la posesión de vivienda se encontró que 65.3% pagaba arrendo y 16.3% eran propietarias

Antes del desplazamiento 64.65% estaban afiliadas al régimen subsidiado a través del SISBEN y 36.35% no contaban con ninguna afiliación a servicios de salud. Entre las encuestadas no afiliadas a algún tipo de empresa de salud, 57.1% aseguraron que en el lugar donde vivían no había este servicio, 7.1% no lo consideraba necesario ó no lo necesitaba y el 35.71% refiere otras razones.

La no afiliación de las personas a cargo se relacionó con falta de conocimiento sobre los tramites (14.3%), no contaban con la documentación exigida (28.6%), la institución competente no hacía las afiliaciones, por información insuficiente

por parte de los entes encargados de visibilizar estas actuaciones(28.6%)

85.9% expresaron haber tenido problemas de salud después del desplazamiento. De ellas 86.2% expresaron haber recibido atención médica cuando se les presentaron problemas de salud. Entre las que recibieron atención en salud 46.0% calificaron el servicio de consulta general como bueno, 38.2 % regular y el 15.8% malo.<sup>66</sup> Al igual que en el estudio anterior es importante anotar que la muestra de esta población no es representativa para el Departamento y menos aun para los municipios.

### 3.5 Servicios públicos

#### 3.5.1 Cobertura del servicio de acueducto

La extensión de la red de acueducto del municipio para el año 2010 fue de 2.685 km<sup>2</sup>, el numero de suscriptores fue de 523,993 los cuales se encontraban distribuidos entre los sectores residencial(91,9%), comercial(7,7%), industrial(0.1%), publico (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 2(26,9%) mientras el 6 contribuyó con el 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 85% se realiza por suscriptores del área residencial en contraste con 0,8% en el área industrial como se observa en la tabla No. 8 al analizar por estrato el mayor consumo se reporta en el estrato 3 (32.4%) en contraste con el estrato 6(4,0%)<sup>67</sup> como se aprecia en la tabla No. 9

**Tabla No. 8 Consumo anual de agua por m3 por tipo de suscriptor.  
Municipio de Santiago de Cali. 2010**

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

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

<sup>66</sup> Taller abierto. ICID. AECID. AJWS . Del campo a la ciudad. De lo domestico a lo publico. Un continuo de violencias y luchas por sus derechos. Mujeres en Situación de desplazamiento forzado por el conflicto armado en el Valle del Cauca

<sup>67</sup> Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

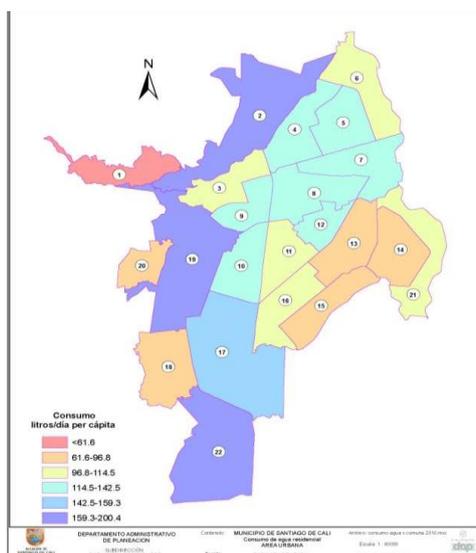
**Tabla No. 9 Consumo anual de agua por m3 para zona residencial.  
Municipio de Santiago de Cali. 2010**

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

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

En el mapa No. 8 se observa la distribución del consumo per cápita de agua por comuna para el área urbana .

**Mapa No. 8 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

### 3.5.2 Cobertura del servicio de alcantarillado

La extensión de la red de alcantarillado del municipio para el año 2010 fue de 3.290 km<sup>2</sup>, 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 mostro el mayor porcentaje en el 2(33,8%) seguido del 2(27%) mientras el 6 contribuyo con el 2.8% de los suscriptores<sup>68</sup>.

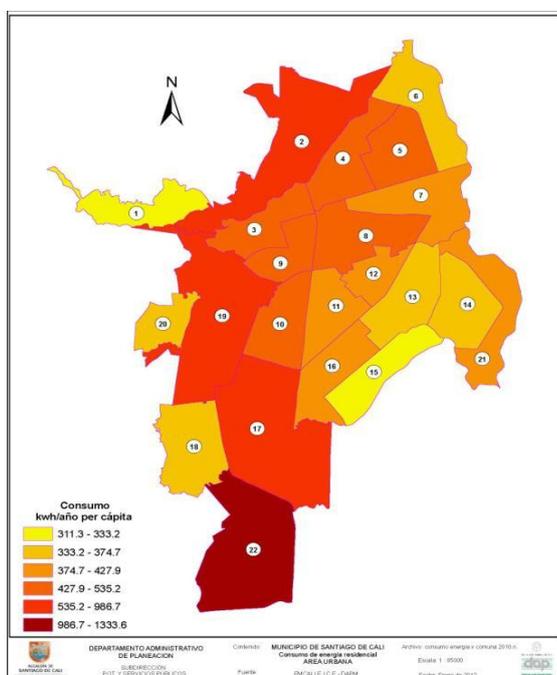
### 3.5.3 Cobertura del servicio de electricidad

El numero de suscriptores del servicio de electricidad para el año 210 fue de 564630 los cuales se encontraban distribuidos entre los sectores residencial(00,2%), comercial (9,3%), industrial(0,2%), publico (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 40% se realiza por suscriptores del área residencial en contraste con 8% en el área publica. En el área residencial el mayor aporte al consumo lo realizo el estrato 3(26,9%) seguido del 2(26,1%) mientras el 6 contribuyó con el 0,3 % de los suscriptores<sup>69</sup>.

En el mapa No. 9 se observa la distribución del consumo per cápita de energía por comuna para el área urbana .

**Mapa No. 9 Distribución del consumo de energía 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

<sup>68</sup> Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

<sup>69</sup> Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

### **3.5.4 Cobertura de servicios de telefonía**

El número de líneas telefónicas en el municipio para el año 2010 fue de 448889 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<sup>70</sup>

### **3.6 Hogares con jefatura femenina**

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud muestra para el año 2010 37% de hogares con jefatura femenina para el Valle del Cauca y para la región pacífica de 35,5%, sin embargo no hay información discriminada para el municipio de Cali<sup>71</sup>.

### **3.7 Hacinamiento**

#### **3.7.1 Proporción de población en condición de hacinamiento**

Como se menciona previamente la información del Censo identifica 11.01% de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas, en el componente de hacinamiento se reporta para el total del municipio 5,5 % cifra similar en la cabecera pero en el área rural el reporte es de 8.84%<sup>72</sup>

### **3.8 Nivel educativo**

La oferta de instituciones educativas para el municipio de Cali en el año 2009 fue 2703 instituciones distribuidas en 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. 10

---

<sup>70</sup> Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2011. 2012

<sup>71</sup> PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. Capítulo 3

<sup>72</sup> DANE. Resultados Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional a 31 de Diciembre de 2011.

**Tabla No. 10 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
Basica Primaria	987	169353	7025	182659	92,7	24,1
Basica 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
Basica Primaria	58	5276	258	3290	160,4	19,7
Basica 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
Basica Primaria	1045	174629	7283	185949	93,9	24,0
Basica 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

### 3.8.1 Tasa de analfabetismo en personas entre 15 y 24 años

Para el año 2005 la tasa de analfabetismo en este grupo poblacional se ubico en 1,2% con diferenciales por sexo de 1,4% para hombres y 1,0 para mujeres<sup>73</sup>. Según el informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio para Cali para el año 2010 fue 1,01% con una tendencia a la disminución desde el año 1995. En los siete años comprendidos entre 2002 y 2008 se logró una reducción de 0,18 puntos porcentuales. La mayor cobertura se encontraba en las comunas de estrato alto, mientras el área rural tenía una tasa de analfabetismo del 3,8%. Al analizar la distribución por comunas se reportaron las menores tasas en las comunas 5, 2, 17, 10 y 19, situación que fue explicada por la estructura por estrato socioeconómico y máximo nivel educativo de las comunas 2, 17 y 19 muy similar (estrato moda 5 y más del 30% de la población profesional; ninguna otra comuna tiene estrato moda 5). Sin embargo, las comunas 5 y 10 reportan diferencias por estrato pero similitud en la estructura por máximo nivel educativo alcanzado, el cual fue del 35% para secundaria<sup>74</sup>

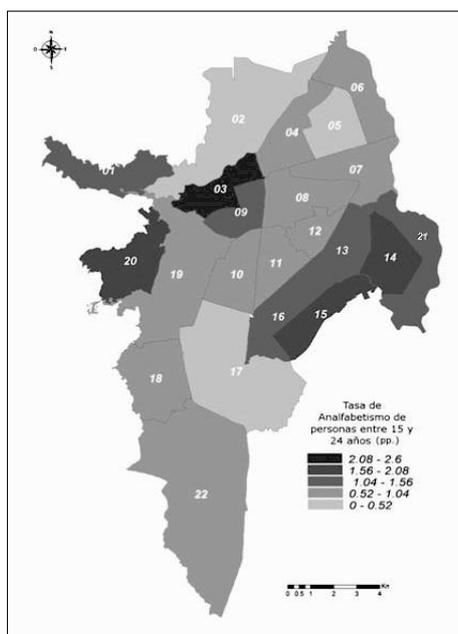
Las comunas 3, 14, 15 y 20 son las que presentan la mayor tasa de analfabetismo (entre el 1,8% y el 2,6%), así como el área rural con un 3,8%.

<sup>73</sup> DANE. Boletín Censo General Cali Valle del Cauca 2005. En: [http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL\\_PDF\\_CG2005/76001T7T000.PDF](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/76001T7T000.PDF)

<sup>74</sup> 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

Las comunas 14, 15 y 20 son 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 10 presenta la distribución por comunas de las tasas de analfabetismo para el municipio

**Mapa No. 10 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. Cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en Santiago de Cali Evaluación y seguimiento.2010

### 3.8.2 Años promedio de educación en la población de 15 años y más

La información oficial corresponde al censo de 2005, para este año esta población había cursado un promedio de 10,3 años, es decir, había terminado la educación básica, y se encontraba a 0,33 puntos porcentuales de alcanzar la meta. El análisis por diferenciales muestra un promedio de 10,4 para las mujeres y de 10,1 para los hombres.

### 3.8.3 Deserción escolar

En Cali no se cuenta con la información apropiada para realizar este análisis, tanto por falta de datos por nivel, como por el carácter de la institución educativa<sup>75</sup>. Sin embargo la ENDS presenta cifras por año cursado de la deserción estudiantil por grado para el Municipio correspondiente al año

<sup>75</sup> 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

2010<sup>76</sup>, la cual se presenta en la tabla No. 11; en ella se observa los porcentajes mas bajos en el grado 3(0,8%) y 1(1,7%) en contraste con el grado 11(41,14% y 10 (6.8%)

**Tabla No. 11 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.Capitulo 3

### **3.8.4 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% respectivamente como se observa en la tabla No 10 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.

### **3.8.5 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 como se observa en la tabla No 10

<sup>76</sup> PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. Capitulo 3

### **3.9 Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas**

Como se ha mencionado en el municipio de Cali 11% de sus habitantes tienen necesidades básicas insatisfechas de las cuales el mayor peso porcentual corresponde al componente de hacinamiento(5,6%) mientras el menor corresponde al componente de servicios públicos(0,74%).<sup>77</sup>

## **4. - PRIORIDAD: RECURSOS, COBERTURA Y SERVICIOS**

### **4.1 Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud**

#### **4.1.1 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%)<sup>78</sup>. A septiembre de 2011 se reportaron 648.272 afiliados al régimen subsidiado con subsidio pleno mientras 70.731 disponían de subsidio parcial<sup>79</sup>

Teniendo como referente la base de datos del Ministerio de Salud con corte a Diciembre de 2011 se encontró un total de 2576790 personas afiliadas de las cuales 69.1% se encontraban en el régimen contributivo, 30,4% en el subsidiado y 0,5% en regímenes especiales<sup>80</sup>.

Un total de 24 aseguradoras reportaron usuarios vinculados en el régimen contributivo siendo SOS la entidad con mayor cantidad de afiliados (22,9%) en contraste con Multimedicinas Salud con Calidad EPS S.A., Humana Vivir S.A. E.P.S., EPS Programa Comfenalco Antioquia Compensar E.P.S., SALUDVIDA S.A. E.P.S, RED SALUD ATENCION HUMANA EPS S.A.,GOLDEN GROUP S.A. EPS. y Empresas Publicas de Medellin-Departamento Medico que aportan la menor cantidad(0.0% cada una). La Tabla No. 12 presenta la distribución de asegurados al régimen contributivo por asegurador.

En el caso del régimen subsidiado reportaron usuarios 17 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 46,5% en contraste con SALUDVIDA S.A .E.P.S, MALLAMAS, Asociación Indígena del

<sup>77</sup> DANE. Resultados Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional a 31 de Diciembre de 2011.

<sup>78</sup> Consejo Municipal Santiago de Cali. Acuerdo 0326 de 2012. Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015

<sup>79</sup> Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de Salud Municipal. Salud en Cifras 2010.

<sup>80</sup> Ministerio de Salud. Afiliados BDUA Dpto. MUNICIPIO. DIC 2011. En: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>. Consultado Septiembre 2012

Cauca Humana Vivir S.A. E.P.S., Asociación Mutual La Esperanza ASMETSALUD, Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI, Cooperativa de Salud Comunitaria-COMPARTA, Asociación Mutual SER, Empresa Solidaria de Salud ESS, Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS SOLSALUD E.P.S. S.A con menos del 0,2% cada una como se aprecia en la tabla No. 13

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

**Tabla No. 12 Distribución afiliados régimen contributivo por aseguradora. Municipio de Santiago de Cali. 2011**

ASEGURADORA	No	%
EPS Servicio Occidental de Salud S.A. EPS O.S.S.A.	407866	22,9
Compensar E.P.S.	309076	17,4
Comfenalco Valle E.P.S.	279445	15,7
La Nueva EPS A.	212499	11,9
E.P.S. Saludcoop	176137	9,9
EPS MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	100454	5,6
Salud Total S.A. E.P.S.	84435	4,7
Cruz Blanca EPS A.	73338	4,1
E.P.S. Sanitas S.A.	60660	3,4
ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	26200	1,5
Cafesalud E.P.S. S.A.	20959	1,2
SALUDCOLOMBIA EPS A.	8973	0,5
Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nales	8016	0,5
Salud Colpatria E.P.S.	5174	0,3
Instituto de Seguros Sociales EPS	4627	0,3
E.P.S. Famisanar LTDA.	1439	0,1
Multimedicas Salud con Calidad EPS A.	825	0,0
Humana Vivir S.A. E.P.S.	169	0,0
EPS Programa Comfenalco Antioquia	145	0,0
Compensar E.P.S.	60	0,0
SALUDVIDA S.A. E.P.S	31	0,0
RED SALUD ATENCION HUMANA EPS A.	4	0,0
GOLDEN GROUP S.A. EPS	3	0,0
Empresas Publicas de Medellin-Departamento Medico	1	0,0
Total	1780536	100

Fuente: Construida a partir de Registro Afiliados BDUA Dpto. MUNICIPIO. DIC 2011.

**Tabla No. 13 Distribución afiliados régimen subsidiado por aseguradora.  
Municipio de Santiago de Cali. 2011**

ASEGURADORA	No	%
Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud del Nariño S.S.	364075	46,5
Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental	149680	19,1
Caprecom EPS	126989	16,2
E.P.S. CONDOR S.A.	66683	8,5
CALISALUD E.P.S	43949	5,6
SELVASALUD S.A. E.P.S	18621	2,4
Cafesalud E.P.S. S.A.	11954	1,5
SALUDVIDA S.A. E.P.S	1205	0,2
MALLAMAS	463	0,1
Asociación Indígena del Cauca	46	0,0
Humana Vivir S.A. E.P.S.	6	0,0
Asociación Mutual La Esperanza ASMET SALUD	4	0,0
Caja de Compensación Familiar del Cundinamarca COMFACUNDI	3	0,0
Cooperativa de Salud Comunitaria-COMPARTA	3	0,0
Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS	2	0,0
Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha COOPSOS	1	0,0
SOLSALUD E.P.S. S.A	1	0,0
Total	783685	100

Fuente: Construida a partir de Registro Afiliados BDUJ Dpto. MUNICIPIO. DIC 2011.

#### 4.1.2 Cobertura de afiliación al SGSSS de la población sisbenizada

23,4% de la población encuestada en el SISBEN para el año 2010 no estaba cubierta por ningún régimen; 39,2% estaba afiliada a una EPS Subsidiada (ARS), siendo el porcentaje más alto, y ubicándose principalmente en los cuatro primeros rangos de puntaje, con un poco más de la mitad de la población en cada uno. Los afiliados a ARS se localizaron en los centros poblados 52,7%, rural disperso 54,5% y cabecera 38,8% (Ver Tabla No. 14)<sup>81</sup>

**Tabla No. 14 Población según aseguramiento por ubicación geográfica. Municipio de Santiago de Cali. 2010**

AREA	NINGUNA	%	CONTRIBUTIVA	%	SUBSIDIADA	%	TOTAL	%
CABECERA	247152	23,4	397968	37,8	408982	38,8	1054102	97,1
CENTRO Poblado	4954	22,5	5449	24,8	11583	52,7	21986	2,0
RURAL Disperso	2041	22,3	2122	23,2	4990	54,5	9153	0,8
TOTAL	254147	23,4	405539	37,4	425555	39,2	1085241	100,0

Fuente: Construida a partir de Análisis Estadístico del Sisbén III en el Municipio de Santiago de Cali. 2011

#### 4.1.3 Porcentaje de aseguradores e instituciones habilitadas que reportan la información del SOGCS

A Septiembre de 2012 la Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca reporto 4.376 instituciones habilitadas en el territorio de las cuales 3.081 se ubicaban en Santiago de Cali; de ellas 77,5% correspondían a prestadores independientes como se observa en la tabla No. 15<sup>82</sup>

**Tabla No. 15 Distribución de prestadores de servicios de salud por tipo. Municipio Santiago de Cali. Septiembre 2012.**

CLASE DE PRESTADOR	No	%
Transporte Especial de Pacientes	7	0,2
Objeto Social diferente a la prestación	7	0,2
Institucion Prestadora de Servicios	707	22,9
Prestadores independientes	2388	77,5
Total	3081	100,0

Fuente: Construida a partir de Registro de Prestadores Habilitados. Secretaria de Salud Departamental del Valle. Septiembre 2012

<sup>81</sup> Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Análisis Estadístico del SISBÉN III en el Municipio de Santiago de Cali. 2011

<sup>82</sup> 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

A pesar de la deficiencia en la calidad del reporte de los prestadores en torno a la habilitación se identificaron 14 IPS con información sobre nivel de atención de las cuales la mayoría(7) reportaron nivel 1, 4 nivel 2 y tres nivel 3.

En cuanto al carácter de las mismas para las 12 con reporte es mas frecuente el carácter municipal(7) seguido de departamental(4) y solo una indígena. Frente al tema de acreditación 57,3% reportaron la información y solo 2 de 405 estaban acreditadas

## **4.2 Indicadores Hospitalarios**

### **4.2.1 Razón de egresos hospitalarios por 1.000 habitantes**

Para el año 2010 se reportaron 156624 egresos en 22 instituciones prestadoras de servicios de salud, para una razón de egreso de 68.2 por mil habitantes. La red publica apporto 35%, sin embargo la información del Hospital Universitario del Valle y la del Hospital Carlos Holmes Trujillo no aparece en el informe como tampoco la relacionada con dos instituciones del sector privado.(ver tabla No. 16)

El promedio de días de estancia fue 4,8 con diferenciales de 5,9 para la red publica(incluye el Hospital Psiquiátrico Universitario ) y 4,2 para la red privada

El total de cirugías fue 140787 para 56,6 % ambulatorias mientras el total de partos fue 29430 de los cuales el mayor porcentaje corresponde a la red privada con 69,2% (no esta incluido el HUV)

### **4.2.2 Razón de consultas ambulatorias por habitante/año**

### **4.2.3 Razón de camas hospitalarias por 1000 habitantes**

El reporte de camas fue 3795 de las cuales 28,8% corresponde a la red publica, para una razón de camas hospitalarias de 1,65 por mil habitantes. En el caso de cunas se reportan 360 de las cuales la red publica aporta 31,1. De nuevo el informe no recoge información ni del Hospital Universitario del Valle, el Carlos Holmes Trujillo y dos instituciones privadas(ver tabla No. 16)

### **4.2.4 Porcentaje de ocupación de camas**

### **4.2.5 Número de instituciones de salud según nivel de atención**

Como se menciona previamente en el reporte de prestadores correspondientes al municipio de Cali se identificaron 707 Instituciones Prestadoras de Servicios de las cuales 14 contaban con información sobre nivel de atención. De ellas 7 reportaron nivel 1, 4 nivel 2 y tres nivel 3



**Tabla No. 16. Distribución de servicios de salud prestados por instituciones publicas y privadas. Santiago de Cali. 2010**

INSTITUCION	Egresos	Dias de Estancia	Promedio de dias de estancia	Camas	Cunas	Cirugia H	Cirugia A	Partos vivos
Hospital Psiquiatrico Universitario del Valle	3223	62487	19,4	232	25	5040	4294	3839
Hospital San Juan de Dios	12549	49836	4,0	123		277	1779	
Hospital Infantil Club Noel*	3952	17762	4,5	69	25	2370	3916	15
Hospital Mario Correa Rengifo*	5597	24662	4,4	85				
Hospital Geriatrico Ancianato San Miguel*	130	1224	9,4	16				
Hospital Universitario del Valle								
<b>Subtotal Hospitales Publicos</b>	<b>25451</b>	<b>155971</b>	<b>6,1</b>	<b>525</b>	<b>50</b>	<b>7687</b>	<b>9989</b>	<b>3854</b>
Centro Hospital Carlos Carmona*	1425	3186	2,2	14	4		30	235
Centro Hospital Joaquin Paz Borrero**	1540	4563	3,0	14	4		1951	596
Centro Hospital Primitivo Iglesias**	977	1828	1,9	14	4		84	498
Centro Hospital Carlos Holmes Trujillo								
<b>Subtotal Centros Hospitales Publicos</b>	<b>54844</b>	<b>321519</b>	<b>5,9</b>	<b>1092</b>	<b>112</b>	<b>15374</b>	<b>22043</b>	<b>9037</b>
Nuestra Señora de Fatima	1659	7628	4,6	23	2	528	2831	188
UMedica Requendama								
De Occidente	12902	40103	3,11	1312	72	8507	3099	1021
Ginecologica					8		397	
Fundacion Valle del Lily	17832	130779	7,3	406	20	7442	4423	951
Nuestra Señora de los Remedios	12253	44209	3,6	183	29	7832	4154	2715
Rey David	8525	40992	4,8	185	17	1398	3815	416
San Jose	1598	16739	10,5	60				
Versalles	10031	34573	3,5	84	26	3509	4030	8315
San Fernando*	4054	13558	3,3	70	6	996	445	12
Imbanaco*	9306	25681	2,8	120	18	5909	9749	1176
Farallones*	4923	17353	3,5	57	22	2775	5387	3038
DIME**	1639	5657	3,5	32		208		
SALUDCOOP**	2450	8251	3,4	24		586	3798	
Comfandi Requendama	6109	23792	3,9	81		4515	9500	
Comfenalco Clinica	8499	23086	2,7	66	28	1572	5965	2561
<b>Subtotal Clinicas y Centros Medicos</b>	<b>101780</b>	<b>432401</b>	<b>4,2</b>	<b>2703</b>	<b>248</b>	<b>45777</b>	<b>57593</b>	<b>20393</b>
<b>Total</b>	<b>156624</b>	<b>753920</b>	<b>4,8</b>	<b>3795</b>	<b>360</b>	<b>61151</b>	<b>79636</b>	<b>29430</b>

\* INFORMACION 2009

\*\* INFORMACION 2008

Fuente:

#### 4.2.6 Cobertura de IPS con COVES

#### 4.2.7 Cobertura de UPGD

## 5.- REFERENCIAS

Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Pobreza y Exclusión Social en Cali: un análisis de los Hogares y la Población de Sectores Populares y Clases Medias Bajas a través del SIISAS 2009.2011

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

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

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

DANE. Boletín Censo General Cali Valle del Cauca 2005. En: [http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL\\_PDF\\_CG2005/76001T7T000.PDF](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/76001T7T000.PDF)

DANE. Boletín Censo General Cali Valle del Cauca 2005. En: [http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL\\_PDF\\_CG2005/76001T7T000.PDF](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/76001T7T000.PDF)

DANE. Estimaciones de Población 1985 - 2005 y Proyecciones de Población 2005 - 2020 Total Municipal Por Área. Cali. 2012

DANE. La visibilidad estadística de los grupos étnicos colombianos. Documentos DANE

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

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

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

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

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

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

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

Personería Municipal. Informe situación actual UAO. 2012

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. Capitulo Fecundidad

Republica de Colombia. Artículo 18. Decreto 919 de 1989

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

Servicio Geológico Colombiano. Amenaza Sismica. Disponible en: [http://seisan.ingegominas.gov.co/RSNC/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=84](http://seisan.ingegominas.gov.co/RSNC/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=84)

Servicio Geológico Colombiano. Microzonificación Sismica de Cali. Disponible en: [http://seisan.ingegominas.gov.co/RSNC/index.php?option=com\\_content&view=article&id=162&Itemid=90](http://seisan.ingegominas.gov.co/RSNC/index.php?option=com_content&view=article&id=162&Itemid=90)

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**

Taller Abierto. Corporación SISMA Mujer. ICID. "Aspectos psicosociales de las Mujeres en situación de desplazamiento forzado establecidas en el departamento del Valle del Cauca". 2008

Taller abierto. ICID. AECID. AJWS . Del campo a la ciudad. De lo domestico a lo publico. Un continuo de violencias y luchas por sus derechos. Mujeres en Situación de desplazamiento forzado por el conflicto armado en el Valle del Cauca

Urrea F. 2007. La conformación paulatina de clases medias negras en Cali y Bogotá a lo largo del siglo XX y la primera década del XXI. Revista de Estudios Sociales. No. 39Pag 24-21. 2011