



ASIS | ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD

Indicadores Básicos de Salud 2012

Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali - Grupo de Epidemiología y Salud Pública



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

CaliDA
una ciudad para todos

DOCUMENTO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

Municipio Santiago de Cali

Secretaría de Salud Pública Municipal

Diciembre 2013

RODRIGO GUERRERO VELASCO
ALCALDE MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

DIEGO GERMÁN CALERO LLANES
SECRETARIO DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

ELIZABETH CASTILLO CASTILLO
RESPONSABLE GRUPO SALUD PÚBLICA

EMILCE ARÉVALO GARCÍA
RESPONSABLE GRUPO DE PLANEACIÓN

JORGE ALIRIO HOLGUÍN RUIZ
RESPONSABLE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

MARÍA EUGENIA CUADROS PALACIOS
RESPONSABLE GRUPO SALUD AMBIENTAL

BERTHA LUCIA OSPINA SÁNCHEZ
RESPONSABLE GRUPO ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS

GERMAN LINARES OSPINA
RESPONSABLE GRUPO FINANCIERO

LUÍS ALEJANDRO TORRES ANDRADE
RESPONSABLE GRUPO ADMINISTRATIVO

PARTICIPANTES ELABORACION DEL DOCUMENTO

Despacho

Alberto Concha

Grupo de Planeación

Emilce Arévalo García

Silvio Duque

Guillermo Perlaza

Nhora Lucia Arias Quijano

Grupo de Salud Pública

Elizabeth Castillo Castillo

Luz Marina Melo

Melba Franky de Borrero

Sonia Quebradas

María Transito Díaz

Lucy del Carmen Luna

Hepzy Lizeth Ospina Salazar

Yubi Mapallo Silva

Luz María Gómez

Liliana Alarcón

Ruby Castellanos

Grupo de Vigilancia Epidemiológica

Jorge A. Holguín Ruiz

Claudia Mora

Nayibe Valencia

Eldin Pinto

Stella Murillo

Maritza Isaza

Leonel Gullos

Lina M García

Ana Beiba Ruiz

Jorge Quiñones

Jorge H. Rojas

Jaime López

Oscar Londoño

Carlos Javier Bolaños

Grupo Salud Ambiental

María Eugenia Cuadros

Genny V. Martínez

Álvaro José Peláez

Grupo de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios

Bertha Lucia Ospina Sánchez
Armando Zúñiga

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	14
INTRODUCCIÓN.....	15
METODOS	20
SIGLAS.....	22
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES.....	13
CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO.....	24
1.1 Contexto territorial	24
1.1.1 Localización	24
1.1.2 Características físicas del territorio	25
1.1.3 Accesibilidad geográfica	29
1.2 Contexto demográfico	30
1.2.1 Población.....	30
1.2.1 Estructura demográfica	41
1.2.2 Dinámica demográfica	46
1.2.3 Movilidad forzada.....	48
CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES ..	56
2.1 Análisis de la mortalidad.....	56
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas	56
2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo	65
2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	72
2.1.4 Análisis de mortalidad materno – infantil y en la niñez	97
2.2 Análisis de la morbilidad	108
2.2.1 Principales causas de morbilidad	109
2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo.....	119
2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo	125
2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	127
2.2.7 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS.....	150
2.2.7.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud	150

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Densidad poblacional por kilometro cuadrado. Zona urbana. Cali 2013	31
Tabla 2 Densidad poblacional por kilometro cuadrado. Zona rural. Cali 2013	32
Tabla 3 Población por área de residencia Zona urbana Cali. 2013	33
Tabla 4 Población por área de residencia Zona rural Cali. 2013	34
Tabla 5 Número de viviendas por comuna. Zona urbana Cali. 2013	35
Tabla 6 Número de viviendas por corregimiento. Zona rural. Cali. 2013	36
Tabla 7 Número de hogares por Comuna. Cali. 2005	37
Tabla 8 Población por pertenencia étnica y área de residencia del municipio Santiago de Cali, 2005	39
Tabla 9. Proporción de la población por grupo etario, Municipio Santiago de Cali 1985, 1993, 2005, 2013, 2020.	42
Tabla 10. Otros indicadores de estructura demográfica en el Municipio Santiago de Cali, 2005, 2013, 2020.	46
Tabla 11. Otros indicadores de dinámica demográfica en el Municipio Santiago de Cali, 2005, 2013, 2020.	46
Tabla 12. Otros indicadores de la dinámica de la población del Municipio Santiago de Cali, 2005- 2012.	48
Tabla 13. Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento expulsados del municipio de Santiago de Cali. 2000-2005	50
Tabla 14. Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento expulsados del municipio de Santiago de Cali. 2006-2011	51
Tabla 15. Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento recibidos en el municipio de Santiago de Cali. 2000- 2005	52
Tabla 16. Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento recibidos en el municipio de Santiago de Cali. 2006-2011	53
Tabla 17. Población en situación de desplazamiento. Estructura demográfica en el Municipio Santiago de Cali, 2013.	54
Tabla 18. Mortalidad por causas específicas Santiago de Cali, 2005-2012.	72
Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, según la lista de las 67 causas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	73
Tabla 20. Número de muertes en la infancia y niñez, según la lista de las 67 causas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	76
Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.	78
Tabla 22. Número de muertes en la infancia y niñez, por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	79
Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por tumores. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.	81
Tabla 24. Número de muertes en la infancia y niñez, por tumores. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.	81
Tabla 25. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.	82

Tabla 26. Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.....	83
Tabla 27. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.....	84
Tabla 28. Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.....	84
Tabla 29. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.....	85
Tabla 30. Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.....	86
Tabla 31. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema respiratorio. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	86
Tabla 32. Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema respiratorio. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	87
Tabla 33. Tasas específicas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	88
Tabla 34. Número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	90
Tabla 35. Tasas específicas de mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	91
Tabla 36. Número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	92
Tabla 37. Tasas específicas de mortalidad por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	93
Tabla 38. Número de muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011	94
Tabla 39. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por causas externas de morbilidad y mortalidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.....	95
Tabla 40. Número de muertes en la infancia y niñez, por causas externas de morbilidad y mortalidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011.....	96
Tabla 41. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de Cali, 2005- 2011.....	107
Tabla 42. Población con discapacidad. Tipo de alteración. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2012.	142
Tabla 43. Población en condición de discapacidad. Distribución por grupo de edad en mujeres. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2011..	145
Tabla 44. Población en condición de discapacidad. Distribución por grupo de edad en hombres. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2011.	146
Tabla 45. Población en condición de discapacidad. Distribución por etnia. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2011.....	147

Tabla 46. Población en condición de discapacidad. Distribución por escolaridad Municipio de Santiago de Cali, 2009-2011.....	148
Tabla 47, Población en condición de discapacidad. Distribución por otras características Municipio de Santiago de Cali, 2009-2011.....	149
Tabla 48. Determinantes Sociales Intermedios de Salud. Condiciones de vida. Municipio Santiago de Cali	151
Tabla 49. Determinantes Sociales Intermedios de Salud. Factores conductuales, psicologicos y culturales. Municipio Santiago de Cali.....	151
Tabla 50. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud por en el Municipio Santiago de Cali, 2013.....	152
Tabla 51. Otros indicadores de sistema sanitario en el Municipio Santiago de Cali, 2012	154
Tabla 52. Semaforización Determinantes intermedios de la salud. Municipio Santiago de Cali	155

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo de Determinantes Sociales de la Salud. OMS	16
Figura 2.Pirámide poblacional del Municipio Santiago de Cali, 2005, 2013, 2020.....	41
Figura 3.Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Municipio de Santiago de Cali 1985, 1993, 2005 y 2013	43
Figura 4.Población por sexo y grupo de edad del Municipio de Santiago de Cali, 2013...	43
Figura 5.Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad y mortalidad Santiago de Cali. 2005- 2011.....	47
Figura 6.Población en condición de desplazamiento expulsados del municipio de Santiago de Cali. 2000- 2011	49
Figura 7.Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento expulsados del municipio de Santiago de Cali. 2000- 2011	49
Figura 8.Población en condición de desplazamiento recibida en el municipio de Santiago de Cali. 2000- 2011	51
Figura 9.Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento recibida en el municipio de Santiago de Cali. 2000- 2011.....	52
Figura 10.Tasa de mortalidad ajustada por edad del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2012	57
Figura 11.Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres. Municipio de Santiago de Cali. 2005- 2012	58
Figura 12. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2012	59
Figura 13. Años de Vida Potencialmente Perdidos. AVPP por grandes causas lista 6/67. Municipio de Santiago de Cali. 2005- 2012.....	60
Figura 14.Años de Vida Potencialmente Perdidos .AVPP por grandes causas lista 6/67 en Hombres. Municipio Santiago de Cali, 2005- 2012	61
Figura 15.Años de Vida Potencialmente Perdidos. AVPP por grandes causas lista 6/67 en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2012	62
Figura 16.Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67. Municipio Santiago de Cali, 2005- 2012	62
Figura 17.Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres. Municipio Santiago de Cali. 2005-2012	64
Figura 18. Tasa de AVVP ajustada por edad para mujeres. Municipio Santiago de Cali. 2005-2011	64
Figura 19.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles. Municipio de Santiago de Cali. 2005- 2012.....	65
Figura 20.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias del municipio de Cali, 2005- 2012	67
Figura 21.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Enfermedades del Sistema Circulatorio. Municipio Santiago de Cali, 2005-2012.....	68
Figura 22.Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Municipio Santiago de Cali. 2005- 2012	69

Figura 23.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas. Municipio Santiago de Cali. 2005- 2012.....	70
Figura 24.Tasa de mortalidad ajustada por edad para los síntomas, signos y afecciones mal definidas. Municipio Santiago de Cali. 2005-2012	71
Figura 25.Razón de mortalidad materna, municipio Cali, 2005 -2011	98
Figura 26.Tasa de mortalidad neonatal, municipio Cali, 2005- 2011	100
Figura 27.Tasa de mortalidad infantil, municipio de Cali, 2005- 2011.	101
Figura 28.Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de Cali, 2005 - 2011.....	102
Figura 29.Tasa de mortalidad por EDA, municipio de Cali, 2005- 2011	104
Figura 30.Tasa de mortalidad por IRA, municipio de Cali, 2005- 2011.....	105
Figura 31.Tasa de mortalidad por desnutrición, municipio de Cali, 2005- 2011.....	106
Figura 32. Comportamiento en el tiempo, proporciones de eventos en vigilancia centinela, Agosto 2008- Diciembre 2012. Santiago de Cali.....	131
Figura 33. Comportamiento en el tiempo Proporciones ERA y ASMA. Vigilancia Centinela, Enero. Diciembre 2012. Santiago de Cali	132
Figura 34. Comportamiento en el tiempo, proporciones EDA Vigilancia Centinela, Periodo Enero- Diciembre 2012. Santiago de Cali.	133
Figura 35. Comportamiento en el tiempo Proporciones Vigilancia Centinela. Periodo Enero- Diciembre 2012. Santiago de Cali	133
Figura 36.Mortalidad por tuberculosis por sexo y edad. Santiago de Cali 2005-2011 (No. Casos)	136
Figura 37.Población con discapacidad. Tipo de alteración. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2012	143
Figura 38.Población en condición de discapacidad. Distribución por grupo de edad. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2011.....	143

LISTAS DE MAPAS

Mapa 1. Limites. Municipio de Santiago de Cali. 2013	24
Mapa 2. División política administrativa. Municipio de Santiago de Cali. 2013.....	25
Mapa 3. Hidrografía. Municipio de Santiago de Cali.2013.....	26
Mapa 4. Zonas de amenaza por desborde de creciente. Municipio de Santiago de Cali. 2013	27
Mapa 5. Amenaza por creciente. Municipio de Santiago de Cali. 2013.....	28
Mapa 6 . Amenaza por Movimientos en Masa. Municipio de Santiago de Cali.2013	29
Mapa 7 Vías de comunicación. Municipio Santiago de Cali. 2013	29
Mapa 8. Densidad de vivienda. Municipio Santiago de Cali. 2011	35
Mapa 9. Distribución Población afrodescendiente. Municipio Santiago de Cali.2005	40
Mapa 10. Distribución Población indígena. Municipio Santiago de Cali, 2005.....	40
Mapa 11. Distribución Espacial Hospitalizaciones por ERA en < 5 Años. Municipio Santiago de Cali. 2010.....	134
Mapa 12.Distribución Espacial Hospitalizaciones por ERA en < 5 Años. Municipio Santiago de Cali. 2011.....	135
Mapa 13. Distribución Espacial casos EDA. Municipio Cali 2012.....	135

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

El resultado de esta publicación es el producto de la dedicación y compromiso para el trabajo en equipo de la Secretaria de Salud de Cali.

Agradecemos el decisivo respaldo del Secretario de Salud Publica Municipal de Cali, Dr. Diego Calero Llanes,

A los responsables de los diferentes Grupos, Líneas y Estrategias de Atención, de la Secretaria de Salud.

A todos los integrantes de los equipos de trabajo y del equipo técnico coordinador del documento reconocemos todos sus aportes que con su esfuerzo y trabajo hacen posible esta publicación.

PRESENTACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP), es el Análisis de Situación de la Salud (ASIS). Por lo anterior el Ministerio elaboró una Guía Conceptual y Metodológica con el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), y la plantilla para la construcción del documento que da cuenta del ASIS.

La Secretaría Municipal de Salud de Santiago de Cali, a partir de las orientaciones definidas y con la capacitación en el tema, elaboró este documento con la participación activa de los funcionarios de sus áreas misionales. El documento ASIS 2012 está organizado en dos capítulos: el primero contiene la caracterización de los contextos territorial y demográfico, cada uno constituido por una serie de indicadores que permiten caracterizar, geo-referenciar el territorio e identificar las necesidades en salud. El segundo capítulo contiene el abordaje de los efectos de salud y sus determinantes. Se realizó el análisis de la mortalidad por grandes causas, específica por subgrupo y materno-infantil y de la niñez; así como de la morbilidad atendida y de algunos determinantes sociales de la salud.¹

Se espera que este documento aporte a los actores del Sistema General de Seguridad Social en el escenario territorial información que contribuya a la toma de decisiones informadas sobre las problemáticas locales.

¹ Ministerio de Salud. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 2013

INTRODUCCIÓN

En Colombia, la Autoridad Sanitaria Nacional plantea como uno de los desafíos de esta década, el afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida². En congruencia con esta mirada la apuesta política del Plan Decenal de Salud Pública, promulgado en el año 2012, se centra en la equidad en salud, planteada por Whitehead como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas”³, lo cual implica que esta se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas.

Dado que los Análisis de Situación de Salud (ASIS) son procesos analítico-sintéticos que permiten caracterizar, medir y explicar el contexto de salud-enfermedad de una población, facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud⁴, se constituyen en una herramienta que permita evidenciar las situaciones de inequidad y los avances logrados por los actores comprometidos en la mejora de condiciones de los grupos sociales.⁵ De acuerdo a ello, este documento pretende orientar procesos de planificación, generar líneas de base para la elaboración de políticas pública, aportar información para la toma de decisiones y la definición de acciones de regulación y de Inspección, Vigilancia y Control.

El marco de referencia es el modelo de determinantes sociales propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales, en el que se identifican determinantes estructurales y determinantes intermedios (Figura 1). Los determinantes estructurales de las inequidades en salud son aquellos que generan o refuerzan la estratificación social, la cual interviene en la configuración de mejores o peores oportunidades para el individuo.

El primer componente de los determinantes estructurales es el contexto social y político, conformado por cinco (5) elementos claves: Gobernanza, políticas macroeconómicas, políticas sociales (mercado laboral, hogar, propiedad de tierras), políticas públicas (educación, salud y protección social) y cultura y valores sociales. A través de estos elementos se crean las políticas que permiten la distribución de recursos entre los miembros de una sociedad; si estas políticas son débiles o inexistentes, generan mayores brechas entre las posiciones socioeconómicas de los individuos.^{6, 7, 8}

² Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública. 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. 2012

³ Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud 1991. Washington D.C.: Centro de Documentación e Información. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Reprints; 9

⁴ OPS, Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS). Boletín Epidemiológico / OPS, Vol. 20, No. 3 (1999)

⁵ Ministerio de Salud. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 2013

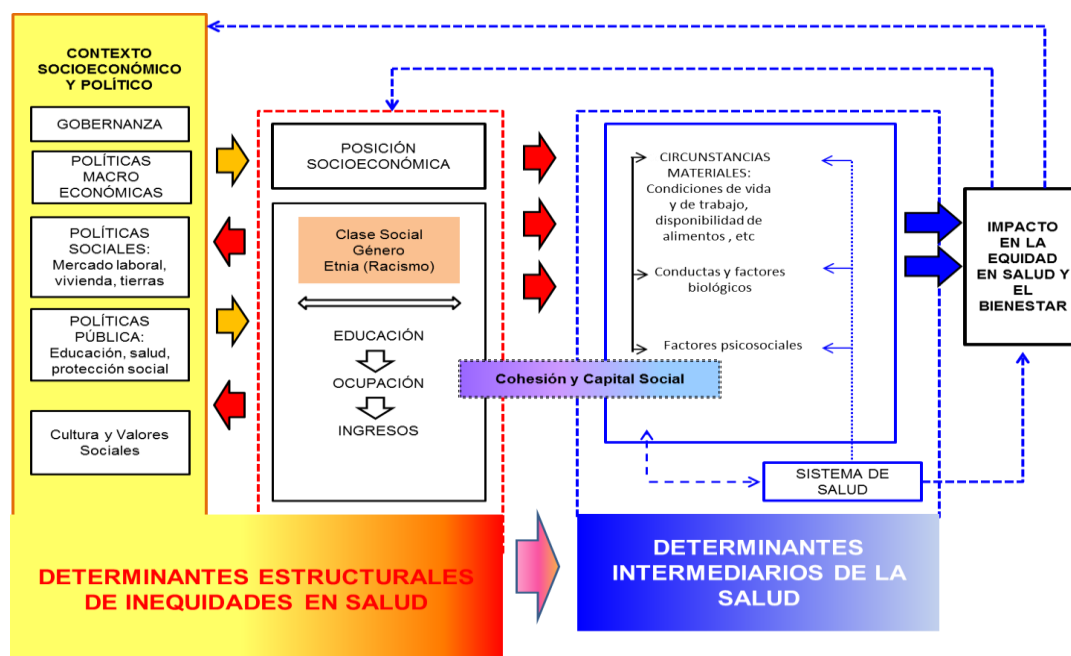
⁶ World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Commission of Social Determinants of Health. Abril 2007

⁷ Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y determinantes sociales de la salud. Chile

⁸ Organización Mundial de la Salud. Cerrando la Brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la Salud. Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de Trabajo. Rio de Janeiro, Brasil. 19-21 octubre 2011

El segundo componente de los determinantes estructurales es la posición socioeconómica (PSE), considerada como la expresión de la distribución desigual de poder generada por el contexto socioeconómico y político, lo que crea vulnerabilidad y exposición diferencial, debido a que la PSE determina los comportamientos de las personas, y las condiciones de vida generando así mismo, resultados diferenciales en salud. Las principales variables que caracterizan la PSE son el nivel educativo, ocupación, y nivel de ingresos, además del género, etnia y sexo como importantes estratificadores sociales asociados a formas de discriminación.^{9,10}

Figura 1 Modelo de Determinantes Sociales de la Salud. OMS



Fuente: Documento CDSS 2007

La influencia de la PSE sobre la salud del individuo no es directa, ésta se expresa a través de los determinantes intermedios de la salud, los cuales se encuentran distribuidos de forma diferente en los grupos socioeconómicos. Están relacionados a un conjunto de influencias a nivel individual, incluyendo estilos de vida y factores fisiológicos; estos factores determinan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad de los individuos entre las circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), psicosociales, factores del comportamiento y/o biológicos (Tabaquismo, dieta, consumo de alcohol, falta de ejercicio, genética, edad, sexo).^{11,12} Otro aspecto de los determinantes intermedios es el sistema de salud, relevante desde el punto de vista

⁹ World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Commission of Social Determinants of Health. Abril 2007

¹⁰ Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y determinantes sociales de la salud. Chile

¹¹ World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Commission of Social Determinants of Health. Abril 2007

¹² Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y determinantes sociales de la salud. Chile

del acceso equitativo a los servicios de salud y como eje importante en la promoción de la acción intersectorial para mejorar el estado de salud.

La cohesión social/capital social, se entiende como la extensión de las relaciones sociales y las normas que influyen en la salud a través de mecanismos de apoyo social que las relaciones proporcionan a aquellos que participan en ellos. Dentro del modelo de determinantes sociales actúa como eje articulador entre los determinantes estructurales e intermedios siendo fundamental en el cierre de brechas y logros de objetivos en salud. Finalmente los determinantes intermediarios de la salud tendrán un impacto directo en la equidad de la salud y el bienestar, con consecuencias económicas, sociales y de salud diferenciales.¹³

El proceso de construcción del ASIS incluyó varios momentos: alistamiento, aprestamiento, gestión de datos, transformación de datos, consolidación de información, y divulgación con la participación de las diferentes áreas de la organización con responsabilidades relacionadas con su quehacer cotidiano.

La ubicación estratégica del municipio de Cali sirve de referente al resto de municipios del departamento e incluso de la región pacífica en el área de servicios incluidos los de salud. Sus características geográficas se convierten en potencialidades para el logro de condiciones de vida saludable sin perder de vista que se presentan riesgos que necesitan ser reconocidos e intervenidos para su mitigación. Esta situación, unida al elevado grado de urbanización, requiere de la autoridad sanitaria municipal un esfuerzo en materia de inteligencia sanitaria para tomar decisiones adecuadas y oportunas.

La población proyectada para el municipio para el año 2013 supera los dos millones de habitantes, de los cuales el mayor porcentaje corresponde a la población en entre los 20 y 29 años (17,5%) con un 26 % de ellos afrodescendientes. La pirámide poblacional del municipio ha pasado de ser expansiva a constrictiva como resultado de la transición demográfica, la reducción de las tasas de crecimiento vegetativo (por la diferencia entre la natalidad y la mortalidad) y el aumento de la esperanza de vida al nacer por la disminución de las tasas natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil.

Las tasas de mortalidad más altas para el municipio de Cali durante el periodo 2005 a 2011 corresponden a las relacionadas con las enfermedades del sistema circulatorio, seguida por las neoplasias y las de causa externa. Las primeras muestran una tendencia a la disminución, mientras que las segundas y terceras muestran una tendencia a mantenerse constantes; es decir han presentado pocos cambios en la mortalidad por neoplasias y lesiones por causa externa. Las tasas de mortalidades por enfermedades infecciosas describen un comportamiento al descenso sostenido hasta el año 2011, para luego incrementarse durante el año 2012. Mientras que las tasas por causas perinatales describen una tendencia a mantenerse constante en el tiempo.

¹³ World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Commission of Social Determinants of Health. Abril 2007

El comportamiento de la mortalidad por el grupo de enfermedades del aparato circulatorio presenta una tendencia a la disminución en casi todas excepto en las muertes por enfermedades hipertensivas que se han mantenido en el 14,9 por cien mil habitantes, mientras las afecciones originadas en el periodo perinatal presentan tendencias diferenciales todas ellas con comportamientos irregulares; mientras las afecciones maternas se incrementaron, las relacionadas con complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento disminuyeron, al igual que las relacionadas con el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y BPN así como los trastornos respiratorios y la sepsis bacteriana.

En el grupo de causas externas, las agresiones (homicidios) se incrementaron, así como los accidentes que obstruyen la respiración y exposición a corriente eléctrica y la exposición a la corriente eléctrica, mientras los accidentes terrestres disminuyeron al igual que las caídas, el ahogamiento y sumersión accidentales y la exposición al humo, fuego y llamas como también el envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas y las lesiones autoinflingidas intencionalmente. Finalmente los accidentes por disparo de arma de fuego disminuyeron a cero en el año 2012.

Con relación a la mortalidad infantil, durante el período 2005 a 2012, se observó una tendencia hacia la disminución en la mayoría de los eventos, a excepción de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las cuales para todos los grupos de edad aumentaron, siendo más notorio el incremento en el grupo entre uno y cuatro años (39%) y en el caso de los tumores en los menores de un año y los menores de cinco años (65%). En el periodo entre 2005 a 2012, en el municipio de Cali, la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal mostró una tendencia a la disminución, al igual que la tasa de mortalidad por IRA y EDA en menores de cinco años. Al comparar los indicadores del municipio con los del departamento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Las enfermedades no transmisibles ocupan en todos los años las primeras causas de morbilidad por grupos de causas seguidas de las condiciones transmisibles y nutricionales mientras las condiciones mal clasificadas ocupan un tercer lugar. En puntos porcentuales las condiciones transmisibles y nutricionales junto con las condiciones maternas perinatales tuvieron un decremento entre 2011 y 2012 mientras el resto de las causas presentó incremento.

La información de morbilidad por ciclo vital evidencia en el caso de la primera infancia las afecciones relacionadas con enfermedades transmisibles y nutricionales como las más frecuentes, seguida de las no transmisibles y con menor frecuencia las maternos perinatales durante todo el periodo, mientras en la infancia y adolescencia el primer lugar lo ocupan las enfermedades no transmisibles, seguidas de las transmisibles y nutricionales. Con menor frecuencia se presentan las condiciones materno-perinatales.

En la población joven el comportamiento es similar a las de la población infante y adolescente. En la adultez en primer lugar aparecen las enfermedades no transmisibles, seguidas por las condiciones mal clasificadas y con menor frecuencia las relacionadas con condiciones materno perinatales. En la población de personas mayores, este comportamiento es similar para las enfermedades transmisibles y nutricionales, junto con las mal clasificadas, mientras las menos frecuentes son las lesiones.

En los eventos de alto costo se observó un incremento en la incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años en el 2008. De igual forma la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal se incrementó. Con relación al departamento, el municipio de Cali presentó una prevalencia de ERC en fase cinco más elevada, con una diferencia estadísticamente significativa, al igual que en el caso de la incidencia de leucemia linfocítica aguda, mientras la incidencia de VIH y de LMA no presenta diferencia estadísticamente significativas con respecto a los indicadores departamentales.

En los eventos de notificación obligatoria solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la letalidad por meningitis por Neisseria, que fue mayor en Cali que en el departamento del Valle del Cauca (66 vs 20 x 100%).

En la población con discapacidad, la alteración más frecuente corresponde a la relacionada con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas (55,4%), seguido por las alteraciones del sistema nervioso y la voz y el habla (38,6%).

Las condiciones antes descritas determinan la salud de la población cuyos efectos negativos deben ser intervenidas con acciones intersectoriales coordinadas, incluidas las de salud, y ajustar los proyectos definidos para resolver estos problemas. Esto permitirá realizar con mayor facilidad un adecuado monitoreo y evaluar los resultados en la situación de salud, bienestar y desarrollo social de los habitantes del municipio, en consonancia con el Plan Decenal de Salud Pública.

MÉTODOS

El proceso de construcción del ASIS incluyó varios momentos: alistamiento, aprestamiento, gestión de datos, transformación de datos, consolidación de información y divulgación.

El **alistamiento** inició con la revisión documental de aspectos normativos, conceptuales y metodológicos del Análisis de Situación de Salud en los contextos internacionales, nacionales, regionales y locales a fin de generar un documento base para la discusión desde el punto de vista estratégico, conceptual y metodológico. Adicionalmente comprendió la definición de los equipos de trabajo, sus responsabilidades y la asignación de líderes de cada uno de ellos, así como la discusión del documento base y la evaluación del proceso vivido en el año anterior en la construcción del documento. El resultado de esta fase fue un documento de trabajo que orientó el curso de acción.

El **aprestamiento** se centró en la elaboración de documentos de apoyo e instrumentos para el proceso operativo, así como las discusiones con los equipos operativos sobre los marcos referenciales y sus implicaciones en el proceso de análisis de la información. Se hizo énfasis en el marco referencial, se identificaron los cruces de información que permitieron precisar los gradientes y las brechas existentes en salud, enfermedad, atención y cuidado, en cada una de las áreas temáticas para posteriormente obtener la información estadística y epidemiológica; el resultado de esta fase fue el ajuste del documento de trabajo y el cronograma de actividades con responsables.

La **gestión de datos** pretendía identificar las fuentes de información disponibles para el ASIS; en tal sentido se definieron dos grandes categorías de fuentes de datos: las relacionadas con datos basados en población y las de datos de fuentes institucionales. Las primeras incluyeron información de todas las personas de la población como censos y estadísticas vitales o provenientes de una muestra representativa de la población como las encuestas. La segunda categoría recopiló fuentes de datos institucionales basados en datos de los cursos administrativos y operacionales, por lo tanto, solo tenían información de las personas que tuvieron alguna interacción con la institución¹⁴.

Se utilizó la bodega única de datos del Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), y los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento (ROSS). Las baterías de indicadores definidas y priorizadas por cada ROSS reposan en una tabla maestra de indicadores en salud que almacena la información y atributos de mayor relevancia de cada indicador y suministra las características operativas, estadísticas de medición, obligatoriedad, periodicidad y disponibilidad para cada uno de ellos. Para facilitar el acceso a los datos y lograr integralidad y estandarización de la información para el ASIS, el Ministerio hizo entrega de esta información para el municipio proveniente de fuentes oficiales de información; sin embargo, reconociendo las limitaciones en la información disponible a nivel nacional para el ASIS no dispuesta en dichas fuentes, por lo

¹⁴ World Health Organization. (2013). Handbook on Health Inequality. Citado en: Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 2013

cual fue necesario identificar y usar los datos disponibles; el resultado de esta fase fue el inventario actualizado de fuentes y complementarios, el plan de análisis y la asignación de responsabilidades para ello.

La **transformación de datos** incluyó el análisis de la información disponible, para lo cual se aplicaron varios tipos de análisis con diferentes objetivos puntuales. El método de estimación y ajuste de directos de tasas que se usó con el fin de reconocer las principales causas de mortalidad y su tendencia a través del tiempo; luego el análisis de carga de la mortalidad dimensionó el impacto de la mortalidad temprana y su valor social. Posteriormente se aplicaron medidas simples y relativas de desigualdad, a fin de encontrar las brechas que generan las desigualdades producto de los determinantes sociales de la salud, se hizo uso de diferencias absolutas y relativas de desigualdad.

La **consolidación** de resultados se orientó a organizar de manera articulada el trabajo de cada uno de los equipos operativos y la socialización ante los actores involucrados para recibir realimentación por parte del resto de los participantes. En esta fase se hizo la revisión del documento técnico, se enriquecieron los contenidos con sus diferentes visiones y saberes y su resultado fue el cuerpo general del documento de ASIS.

Finalmente, la **divulgación** implica la publicación del documento final a fin de aportar y sugerencias de ajuste, su presentación en diferentes espacios para sentar las bases para generación de acciones transectoriales y los compromisos de trabajo colaborativo. El resultado de esta fase es la implementación del plan de comunicaciones del ASIS.

SIGLAS

ASIS: Análisis de Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta Alto Costo

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Dpto: Departamento

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización

ESI: Enfermedades Similares a la Influenza

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETS: Enfermedades de Transmisión sexual

ETV: Enfermedades Transmitidas por vectores

HTA: Hipertensión Arterial

IC95:% Intervalo de Confianza al 95%

INS: Instituto Nacional de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

LI: Límite Inferior

LS: Limite Superior

MEF: Mujeres en Edad Fértil

Mpio: Municipio

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

No: numero

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PIB: Producto Interno Bruto

RIPS: Registro Integral de la Prestación de Servicios

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISBEN: Sistema e Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud publica

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

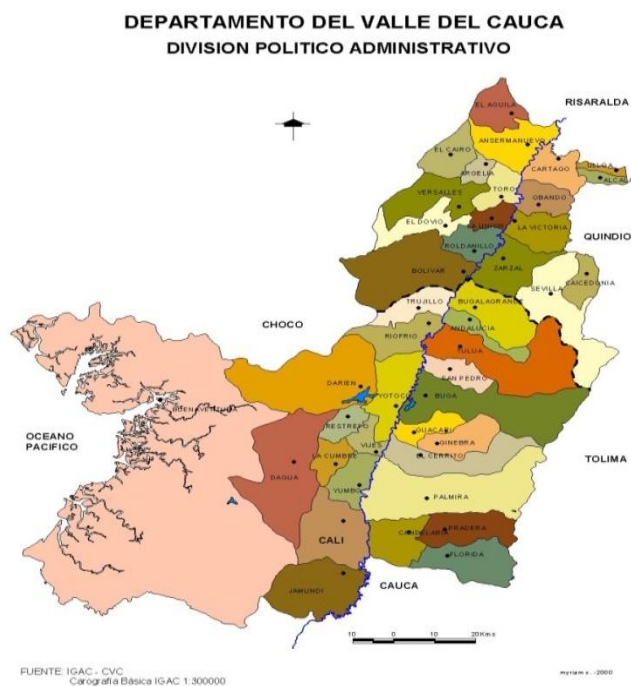
En este capítulo se presenta información del territorio del Municipio de Santiago de Cali en los contextos territorial y demográfico

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

El municipio de Santiago de Cali está ubicado en el Departamento del Valle del Cauca; 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 Dagua¹⁵. (Ver Mapa No.1) Tiene una superficie total de 560.3 Km² de los cuales 120.9 Km² corresponde a comunas(zona urbana), 437.2 Km² a corregimientos y 2.2 a Protección Río Cauca (km²)¹⁶. Esta organizado en 22 comunas en el área urbana y en el área rural en 15 corregimientos^{17,18,19}. (Ver Mapa No.2).

Mapa 1. Límites. Municipio de Santiago de Cali. 2013



Fuente: IGAC-CVC.

¹⁵ Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2012, 2013

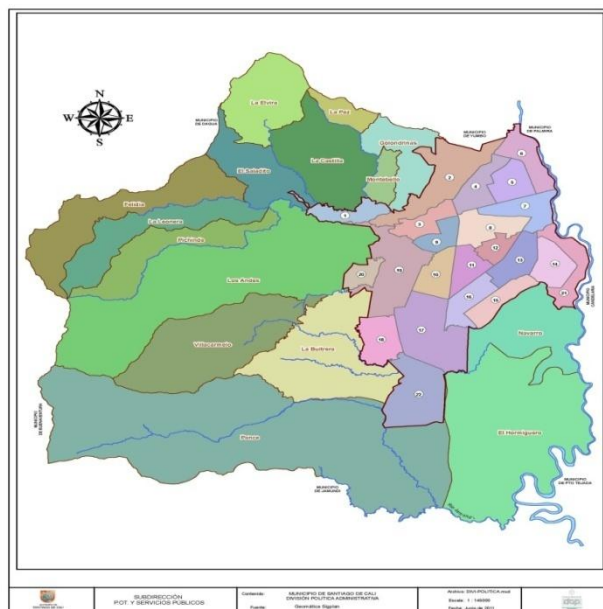
¹⁶ Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2012.2013

¹⁷ Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 15. Agosto 1998.

¹⁸ Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 10 Agosto 1998

¹⁹ Consejo Municipal de Santiago de Cali. Acuerdo 134. Agosto 2004

Mapa 2. División política administrativa. Municipio de Santiago de Cali. 2013



Fuente: Municipio de Santiago de Cali. Geomática Sigplan.2011

1.1.2 Características físicas del territorio

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)²⁰

Temperatura

Este factor está influenciado por la altura sobre el nivel del mar y la circulación de los vientos valle-cordillera. Cali presenta un rango de elevaciones sobre el nivel del mar entre 956 m.s.n.m. y 4200 m.s.n.m., por lo cual ofrece una gran variedad de temperaturas entre 10 °C y 24°C como temperaturas medias mensuales entre Los Farallones y el valle geográfico, respectivamente. La temperatura promedio para el año 2011 fue de 24.5°C y la precipitación anual de 1.601,2 mm²¹.

Hidrografía

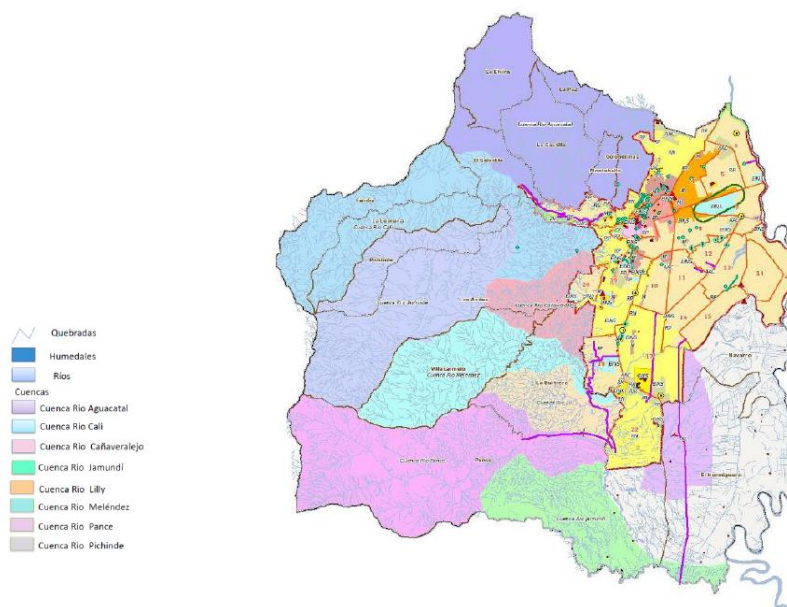
La red hidrográfica del municipio tiene una dirección predominante Oeste-Este, a excepción del río Cauca que tiene una dirección Sur-Norte. El principal río de la ciudad y del departamento es el río Cauca, la parte correspondiente al municipio viene desde la desembocadura del río Jamundí hasta el límite 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 Lilí

²⁰ Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2012. 2013

²¹ Departamento Administrativo de Planeación. Municipio de Santiago de Cali. Cali en cifras 2012. 2013

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 municipio²² (Ver mapa No. 3).

Mapa 3. Hidrografía. Municipio de Santiago de Cali.2013



Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali. IDESC. Hidrografía. Consultado octubre 29 2013

Zonas de riesgo

Las amenazas según su origen se clasifican en cuatro categorías: la primera es la de tipo natural, inherentes a la dinámica natural del planeta; se subdivide en hidrometeorológicas y geológicas; la segunda corresponde a las socio naturales tales como inundaciones, remoción en masa, incendios forestales y degradación de los recursos naturales; la tercera categoría se refiere a las acciones directamente humanas tanto intencionales como no intencionales (antrópicas) y la cuarta las tecnológicas como los derrames, las fugas, las exposiciones y los incendios.

Para el municipio se presentan las relacionadas con las geológicas (licuefacción por sismos) y las siconaturales particularmente las zonas de riesgo para inundación y amenazas por riesgos en masa planteadas como tal en el Proyecto de Revisión y ajuste del Plan de Ordenamiento Territorial del municipio²³.

²² Alcaldía de Santiago de Cali. Plan integral único de atención para la población en situación de desplazamiento de Santiago de Cali 2011-2013

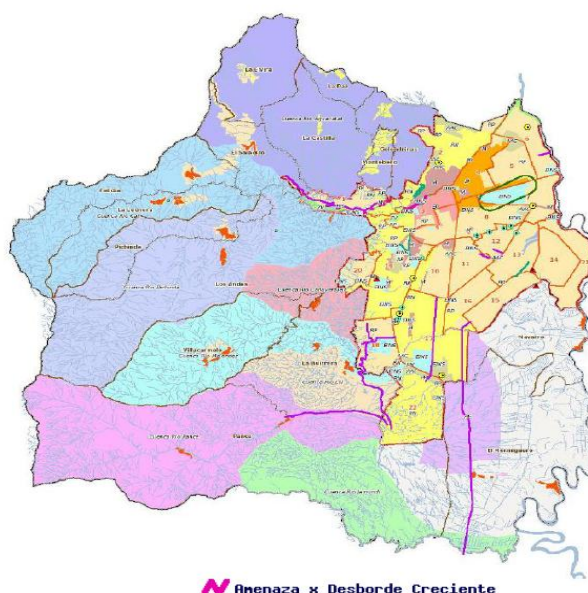
²³ Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Proyecto de Revisión y ajuste del Plan de Ordenamiento Territorial del municipio. 2013

Inundación

De acuerdo con el proceso específico que genera las inundaciones, las zonas en amenaza por este fenómeno para el municipio se clasifican en:

a) Zonas de amenaza por inundación del Río Cauca: La delimitación de las zonas de la llanura aluvial del Río Cauca que están en amenaza por el desbordamiento de esta corriente, aparece en el Mapa 4. Incluye la porción de la llanura que va desde la margen derecha del Río Cali al norte de la ciudad hasta el Canal Interceptor Sur. En estas en seis tramos de 150 metros de longitud se ha reducido la altura original del dique son clasificadas en amenaza alta, media y baja en función del tirante. Para la parte de la llanura que va desde el Canal Interceptor Sur hasta el Río Jamundí, los terrenos abarcados por la línea de la máxima inundación registrada para este cauce (sucedida en 1950) no cuentan con ningún sistema de protección contra desbordamientos (diques).

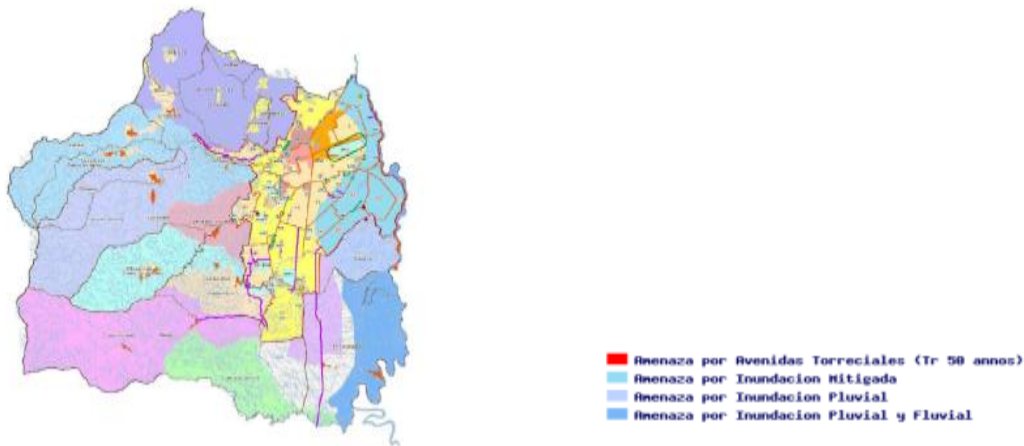
Mapa 4. Zonas de amenaza por desborde de creciente. Municipio de Santiago de Cali. 2013



Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali. IDESC. Amenaza por desborde de creciente. Consultado octubre 29 2013

b) Zonas de amenaza por inundación pluvial: Estas zonas están presentadas en el Mapa No. 5 y corresponden a las zonas inundables por rebosamiento de los canales que conforman la Zona de Drenaje Oriental (ZDO) para una lluvia con período de retorno (T_r) de cincuenta (50) años, clasificadas en niveles de amenaza alta, media y baja en función de la profundidad que alcanzarían las aguas.

Mapa 5. Amenaza por creciente. Municipio de Santiago de Cali. 2013



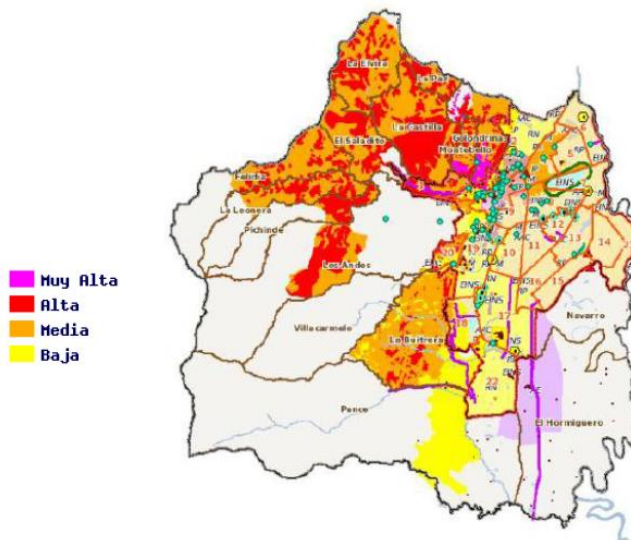
Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali. IDESC. Amenaza por creciente. Consultado octubre 29 2013

c) Zonas de amenaza por desbordamiento de afluentes del Río Cauca: Son los terrenos adyacentes a las corrientes principales (quebradas y ríos de órdenes iguales o mayores a 3) que descienden de la Cordillera Occidental, incluidos dentro de las líneas de la creciente máxima para un período de retorno de cien (100) años. Estas zonas constituyen suelo de protección.

Amenaza por Movimientos en Masa. La zonificación de Santiago de Cali según niveles de amenaza por movimientos en masa, se presenta en el Mapa No. 6 en el cual se representan cuatro categorías o grados de amenaza por este fenómeno, a saber:

- a) Zonas de Amenaza Muy Alta: Son las áreas con mayores probabilidades de ocurrencia de movimientos en masa.
- b) Zonas de Amenaza Alta: Este tipo de zonas presentan problemas similares a los de las zonas de amenaza alta por movimientos en masa. Se diferencian fundamentalmente en que los procesos no han generado aún un deterioro tal que impida la intervención efectiva de los factores de amenaza y riesgo de manera relativamente sencilla y a costos aceptables.
- c) Zonas de Amenaza Media: Corresponden a aquellos terrenos donde los factores naturales que inciden en la generación de movimientos en masa no alcanzan niveles críticos, y la aplicación de las prácticas normales de ingeniería para la urbanización evita la modificación de las condiciones de estabilidad.
- d) Zonas de Amenaza Baja

Mapa 6 . Amenaza por Movimientos en Masa. Municipio de Santiago de Cali.2013

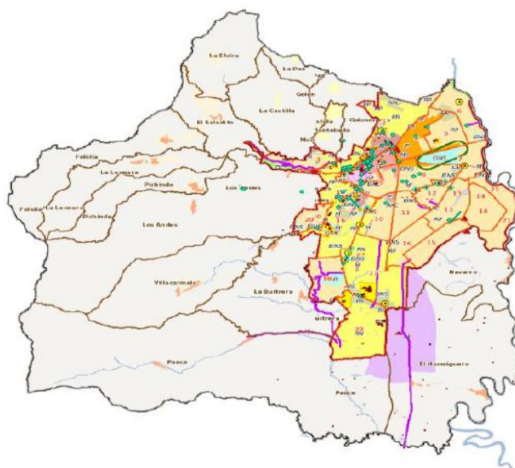


Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali. IDESC. Amenaza por movimientos en masa. Consultado octubre 29 2013

1.1.3 Accesibilidad geográfica

Al municipio se tiene acceso por vía terrestre, fluvial y aérea, esta última a través del Terminal de Palmaseca ubicado en el municipio de Palmira. Esta condición facilita la migración de poblaciones del suroccidente colombiano por causas de desplazamiento forzoso, oportunidades laborales, de vivienda, educación y de acceso a servicios de salud al municipio de Cali, en muchos casos ubicándose en zonas de riesgo. El mapa No 7 presenta las vías de comunicación terrestre.

Mapa 7 Vías de comunicación. Municipio Santiago de Cali. 2013



Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali. IDESC. Vías rurales y jerarquización vial. Consultado octubre 29 2013

1.2 Contexto demográfico

1.2.1 Población

Para el año 2013 las proyecciones de población corresponden a 2.319.684 habitantes de los cuales el mayor porcentaje corresponde a la población de 25 a 29 años(8,8%), seguida de la población de 20 a 24 años(8,7%) mientras el grupo con menor población corresponde a los mayores de 80 años (1,5%)²⁴.

Al comparar la población entre 2013 y 2005 el total de habitantes se incrementa en 199.841 correspondiente a 9,4%. La distribución por grupos de edad muestra variaciones entre las cuales se resalta un incremento proporcional entre 0.4 (grupo de 20 a 24) y 1.4%(grupo de 5 a 9 años) mientras el descenso proporcional oscilo entre -0.1% (25 a 29 años) y -1.1 (55-59 años)

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

La densidad poblacional del municipio para el año 2013 estimada fue de 0,4 habitantes por kilómetro cuadrado, con diferencial para zona rural de 0.0 y para zona urbana de 1,8²⁵. En la tabla No. 1 se presenta la distribución para la zona urbana por comunas y en la tabla No. 2 para la zona rural por corregimientos, mientras el mapa No 8 presenta de manera visual la información anterior.

Las zonas de mayor densidad poblacional se encuentran en el oriente y la ladera occidental de la ciudad, donde generalmente se asocia a hacinamiento crítico, un factor de riesgo para la transmisión de enfermedades como la tuberculosis e infecciones respiratorias agudas.

²⁴ DANE. Proyecciones Población por grupos de Edad. Censo 2005

²⁵ Construido a partir de información de Alcaldía de Cali. DAP. Cali en Cifras 2012

Tabla 1. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado. Zona urbana. Cali 2013

Zona Urbana	Población	Área Km2	Densidad
Comuna 1	82768	38422	2,2
Comuna 2	110879	113130	1,0
Comuna 3	46169	37045	1,2
Comuna 4	54011	45250	1,2
Comuna 5	110221	41976	2,6
Comuna 6	186402	50117	3,7
Comuna 7	72360	125559	0,6
Comuna 8	101974	52667	1,9
Comuna 9	45712	28994	1,6
Comuna 10	109962	42977	2,6
Comuna 11	106125	36996	2,9
Comuna 12	67221	23294	2,9
Comuna 13	176827	47373	3,7
Comuna 14	169091	45433	3,7
Comuna 15	153144	40604	3,8
Comuna 16	105113	42758	2,5
Comuna 17	133211	125559	1,1
Comuna 18	124105	54286	2,3
Comuna 19	111032	113669	1,0
Comuna 20	68631	24395	2,8
Comuna 21	108261	48289	2,2
Comuna 22	10578	105891	0,1
Total	2283035	1284684	1,8

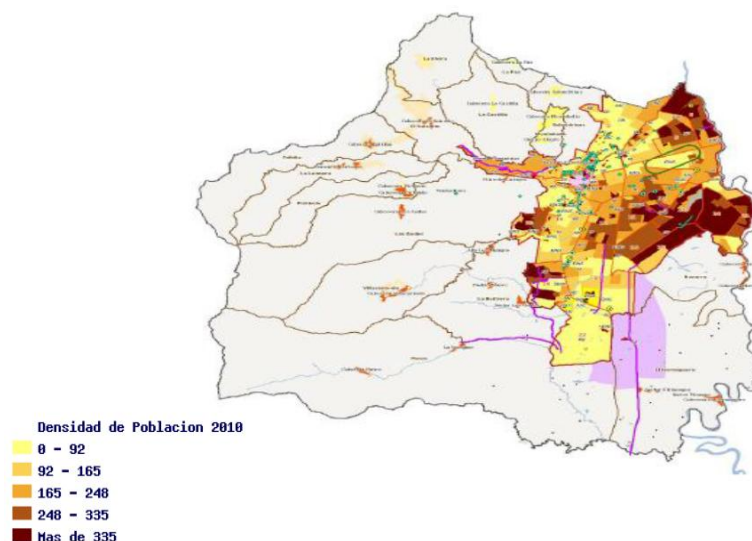
Fuente: Construido a partir de Proyecciones municipales de población por área 2006-2020 / DANE, Proyecciones de población de Cali por barrio, comuna y corregimiento 2006-2020 / DAP, Cálculos DAP

Tabla 2 Densidad poblacional por kilómetro cuadrado. Zona rural. Cali 2013

Corregimiento	Población	Área Km2	Densidad
Navarro	961	191191	0,0
El Hormiguero	3849	566009	0,0
Pance	1547	1050927	0,0
La Buitrera	6417	305382	0,0
Villacarmelo	888	330775	0,0
Los Andes	4547	661051	0,0
Pichindé	672	149570	0,0
La Leonera	557	174645	0,0
Felidia	1418	252073	0,0
El Saladito	972	130106	0,0
La Elvira	1069	160708	0,0
La Castilla	918	206299	0,0
La Paz	643	47099	0,0
Montebello	9059	41262	0,2
Golondrinas	3082	104678	0,0
Total	36599	4371775	0,0

Fuente: Construido a partir de Proyecciones municipales de población por área 2006-2020 / DANE, Proyecciones de población de Cali por barrio, comuna y corregimiento 2006-2020 / DAP, Cálculos DAP

Mapa 8. Densidad poblacional por kilometro cuadrado. Zona rural. Cali 2013



Fuente: Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali. IDESC. Densidad poblacional. Consultado octubre 29 2013

Población por área de residencia urbano/rural

98,4% de los habitantes residen en la cabecera municipal. La comuna con mayor proporción de habitantes es la 6 (8,2%) seguida de las 13(7,7%), 14 (7,4%) y 15(6,7%), mientras las comunas menos pobladas corresponden a la 22 (0,5%) y la 9 y cada una con 3%(ver Tabla No. 3).

Tabla 3 Población por área de residencia Zona urbana Cali. 2013

Zona Urbana	Población	%
Comuna 1	82768	3,6
Comuna 2	110879	4,9
Comuna 3	46169	2,0
Comuna 4	54011	2,4
Comuna 5	110221	4,8
Comuna 6	186402	8,2
Comuna 7	72360	3,2
Comuna 8	101974	4,5
Comuna 9	45712	2,0
Comuna 10	109962	4,8
Comuna 11	106125	4,6
Comuna 12	67221	2,9
Comuna 13	176827	7,7
Comuna 14	169091	7,4
Comuna 15	153144	6,7
Comuna 16	105113	4,6
Comuna 17	133211	5,8
Comuna 18	124105	5,4
Comuna 19	111032	4,9
Comuna 20	68631	3,0
Comuna 21	108261	4,7
Comuna 22	10578	0,5
Otros ¹	29238	1,3
Total	2283035	100

Fuente: Proyecciones municipales de población por área 2006-2020 / DANE, Proyecciones de población de Cali por barrio, comuna y corregimiento 2006-2020 / DAP, Cálculos DAP

En la zona rural, el corregimiento más poblado es Montebello (24,8%) seguido de La Buitrera (17,5%) mientras La Leonera (1,5%) y la Paz (1,8%) presentan la menor proporción poblacional, como se observa en la Tabla No. 4

Tabla 4 Población por área de residencia Zona rural Cali. 2013

Zona Rural	Población	%
Navarro	961	2,6
El Hormiguero	3849	10,5
Pance	1547	4,2
La Buitrera	6417	17,5
Villacarmelo	888	2,4
Los Andes	4547	12,4
Pichinde	672	1,8
La Leonera	557	1,5
Felidia	1418	3,9
El Saladito	972	2,7
La Elvira	1069	2,9
La Castilla	918	2,5
La Paz	643	1,8
Montebello	9059	24,8
Golondrinas	3082	8,4
Total	36599	100

Fuente: Proyecciones municipales de población por área 2006-2020 / DANE, Proyecciones de población de Cali por barrio, comuna y corregimiento 2006-2020 / DAP, Cálculos DAP

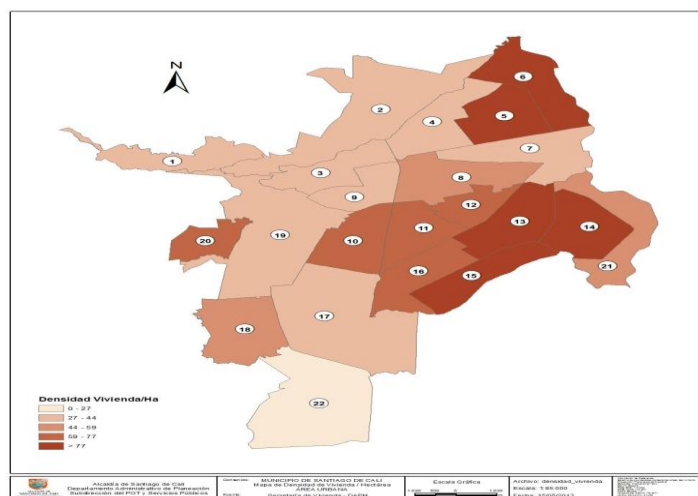
Grado de urbanización

Como se describió previamente, el grado de urbanización del municipio es elevado, 98,4% de los habitantes residen en la zona urbana.

Número de viviendas

Para el año 2012 se estimó un total de 609,935 viviendas en el municipio, de las cuales 599,681 (98,3%) ubicadas en el área urbana. El mapa No 9 muestra la densidad de viviendas para el año 2011. La tabla No. 5 presenta la distribución de viviendas por comuna para el área urbana y la Tabla No. 6 por corregimiento para el área rural.

Mapa 8. Densidad de vivienda. Municipio Santiago de Cali. 2011

**Tabla 5 Número de viviendas por comuna. Zona urbana Cali. 2013**

Comunas	No	%
Comuna 1	17533	2,9
Comuna 2	36128	6,0
Comuna 3	13695	2,3
Comuna 4	15087	2,5
Comuna 5	34696	5,8
Comuna 6	45362	7,6
Comuna 7	17613	2,9
Comuna 8	29073	4,8
Comuna 9	12096	2,0
Comuna 10	30749	5,1
Comuna 11	23598	3,9
Comuna 12	15582	2,6
Comuna 13	40822	6,8
Comuna 14	38130	6,4
Comuna 15	35908	6,0
Comuna 16	26373	4,4
Comuna 17	43149	7,2
Comuna 18	32537	5,4
Comuna 19	36022	6,0
Comuna 20	17590	2,9
Comuna 21	27715	4,6
Comuna 22	3063	0,5
Otros ¹	7161	1,2
Total Cabecera	599681	100,0

FUENTE: Cálculos DAP con base en Proyecciones de población de Cali por barrio, comuna y corregimiento 2006-2020

Tabla 6 Número de viviendas por corregimiento. Zona rural. Cali. 2013

Corregimientos	No	%
Navarro	267	2,6
Hormiguero	1047	10,2
Pance	544	5,3
La Buitrera	2509	24,5
Villacarmelo	373	3,6
Los Andes	718	7,0
Pichindé	193	1,9
La Leonera	181	1,8
Felidia	366	3,6
El saladito	382	3,7
La Elvira	465	4,5
La Castilla	406	4,0
La Paz	109	1,1
Montebello	2307	22,5
Golondrinas	388	3,8
Total Resto	10254	100,0

FUENTE: Cálculos DAP con base en Proyecciones de población de Cali por barrio, comuna y corregimiento 2006-2020

Materiales de vivienda

El censo del año 2005 reportó un 11% de los habitantes del municipio con necesidades básicas insatisfechas, de los cuales 1,8 % correspondían al componente de vivienda, 1.7% en el área urbana y 5,2% en el resto²⁶.

El informe del SISBEN para el municipio reportó 93% de unidades de vivienda, constituidas por casas o apartamentos. Siete de cada 100 representadas por cuartos dentro de una casa o apartamento. En una proporción bastante menor se reportaron otros tipos de vivienda y casa indígena, la primera hace referencia a espacios improvisados, adaptados para vivir, que por lo general carecen de servicio sanitario y cocina; comprende viviendas prefabricadas con desechos, debajo de puentes, en cuevas, carpas, vagones de tren, contenedores, casetas, embarcaciones o viviendas en refugios naturales. La segunda relaciona la unidad de vivienda construida según las costumbres de cada grupo étnico, conservando la estructura tradicional sin importar los materiales con que esté hecha. En cuanto a materiales predominantes en las paredes sobresale la categoría bloque, ladrillo, piedra y madera pulida como material predominante en las paredes(95,4%) mientras el material de los pisos es principalmente la baldosa, vinilo, tableta o ladrillo con 61.49% seguido del cemento o gravilla con 34.98%²⁷.

²⁶ DANE Resultados Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto. Municipio de Cali

²⁷ Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administración de Planeación Municipal. Análisis estadístico del SISBEN III. 2011

Número de hogares

El número de hogares para Cali en el año 2005 según el censo de población era de 554.918, la tabla No. 7 presenta la distribución para cada una de las comunas²⁸. Según estimaciones de Planeación Municipal Cali contaba para el año 2011 con 647,828 unidades de vivienda ocupadas y 585617 hogares para un promedio de 0.9 hogares por vivienda

Tabla 7 Número de hogares por Comuna. Cali. 2005

Comuna	Nº Hogares	% Hogares
Cabecera	544.793	98,2%
1	14.359	2,6%
2	30.995	5,7%
3	12.781	2,3%
4	16.751	3,1%
5	30.193	5,5%
6	40.958	7,5%
7	21.490	3,9%
8	28.217	5,2%
9	13.159	2,4%
10	28.553	5,2%
11	24.126	4,4%
12	18.705	3,4%
13	42.672	7,8%
14	36.843	6,8%
15	30.048	5,5%
16	26.489	4,9%
17	30.385	5,6%
18	26.524	4,9%
19	29.431	5,4%
20	17.296	3,2%
21	22.390	4,1%
22	2.428	0,4%
Resto	10.125	1,8%
Total	554.918	100%

Fuente: DANE: Censo de población y Vivienda 2005

²⁸ DANE. Fuente: Censo de población y Vivienda 2005.

Población por pertenencia étnica

En el caso de Cali, el 26% de la población que reside en el municipio se considera negra, mulata o afrocolombiana, 0.5% indígena y ninguna de ellas 73% según cifras del censo²⁹. Esto significa que el municipio es pluriétnico y multicultural, incluso con etnias negras raizales asentadas hace más de 200 años.³⁰ Esta característica implica el ajuste en la oferta de servicios con un enfoque diferencial, los cuales deben contemplar las costumbres culturales, la probabilidad de encontrar patologías relacionadas con la etnia y el abordaje educativo para las prioridades en salud.

La distribución porcentual de población afrocolombiana en las comunas oscila entre 9% (Comuna 19) y 49,9 % (Comuna 15), mientras en el caso de la población indígena esta oscila entre 0,3% (Comunas 10,13 y 15) y 1% (Comuna 20) como se presenta en la tabla no. 8.

²⁹ DANE. Fuente: Censo de población y Vivienda 2005

³⁰ Escobar M. G. La población en Santiago de Cali: siglo XX y primera década del siglo XXI

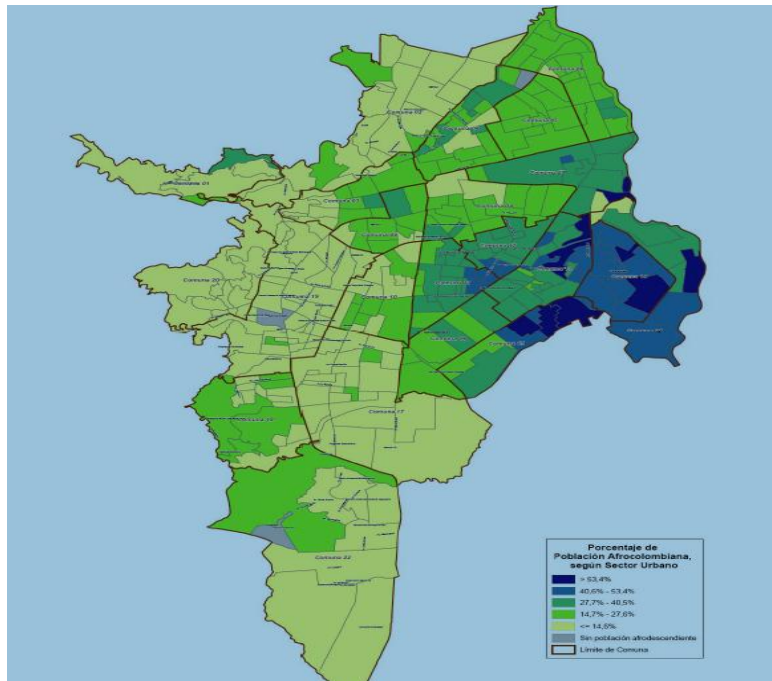
**Tabla 8 Población por pertenencia étnica y área de residencia del municipio
Santiago de Cali, 2005**

COMUNA	% POBLACION MUNICIPIO	% POBLACION AFRODESCENDIENTE	% POBLACION INDIGENA
1	3,0	12,0	0,6
2	4,9	10,5	0,4
3	2,1	14,4	0,8
4	2,7	22,4	0,5
5	4,8	21,0	0,4
6	8,2	20,6	0,4
7	3,7	37,8	0,4
8	4,7	19,2	0,4
9	2,3	16,8	0,5
10	5,0	15,3	0,3
11	4,7	33,1	0,4
12	3,2	37,5	0,5
13	8,2	37,9	0,3
14	7,3	51,1	0,4
15	6,1	49,9	0,3
16	4,6	27,0	0,5
17	5,0	9,4	0,4
18	4,8	13,0	0,8
19	4,8	9,0	0,5
20	3,1	12,6	1,0
21	4,4	44,7	0,4
22	0,4	10,4	0,7
Rural	1,7	19,8	0,7
Total	100,0	26,6	0,5

Fuente: DANE: Censo de población y Vivienda 2005

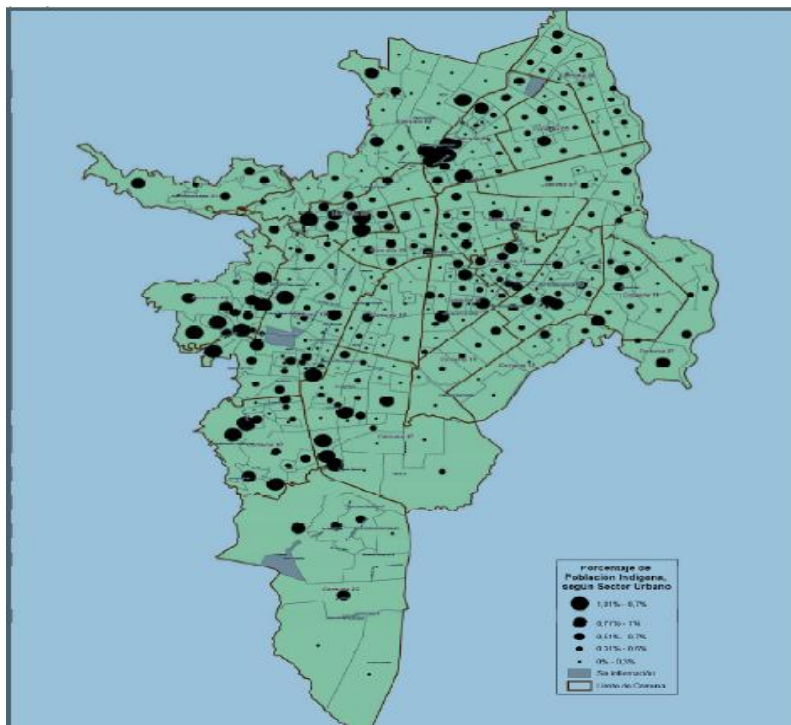
Los mapas No. 10 y 11 presentan la distribución geográfica de la población afrocolombiana e indígena en el municipio respectivamente.

Mapa 9. Distribución Población afrodescendiente. Municipio Santiago de Cali.2005



Fuente: DANE, Censo General 2005. Marco Geo estadístico Nacional,2007

Mapa 10. Distribución Población indígena. Municipio Santiago de Cali, 2005

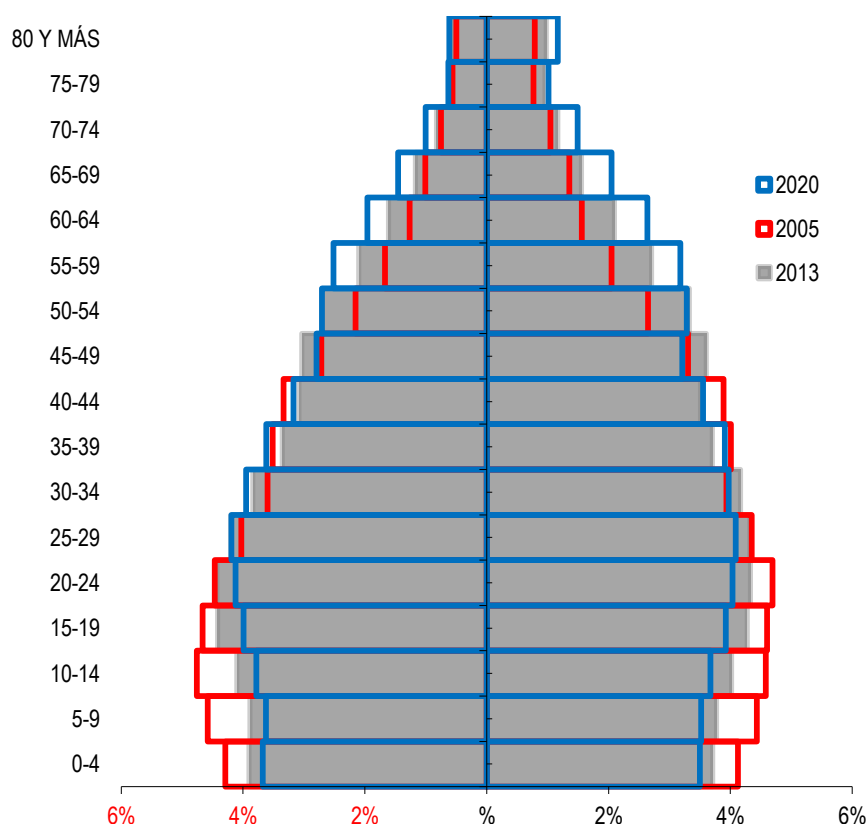


Fuente: DANE, Censo General 2005. Marco Geo estadístico Nacional,2007

1.2.1 Estructura demográfica

Los Indicadores de estructura demográfica, como la población masculina y femenina y por grupos quinquenales de edad, se resumen en la pirámide poblacional donde se compara el año en curso, el cambio con respecto los años 2005, 2013 y la proyección al año 2020. La pirámide poblacional del municipio ha pasado de ser expansiva a constrictiva como resultado de la transición demográfica, la reducción de las tasas de crecimiento vegetativo (por la diferencia entre la natalidad y la mortalidad) y el aumento de la esperanza de vida al nacer por la disminución de las tasas natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil como se aprecia en la figura No. 2

Figura 2. Pirámide poblacional del Municipio Santiago de Cali, 2005, 2013, 2020



Fuente: Construida a partir de DANE, Censo General 2005 y proyecciones de población

Población por grupo de edad

Entre los periodos intercensales 1985 a 2005 se observó una disminución en la contribución porcentual de los grupos de edad de población menor a 45 años, que oscila entre (-0,1%) para el grupo de menores de un año y (-2,6%) en el grupo de 5 a 14 años y un incremento en todos los grupos a partir de esta edad, que oscila entre (+ 0,3%) para el grupo de mayores de 80 años y (+2,9%) en el grupo de 45 a 59 años.

Para el año 2013, con relación al año 1985, el comportamiento es similar para los menores de 25 años pero se modificó la contribución para el grupo de 25 a 44 años, que pasó de (-0,5%) a (+3,4%) y el incremento en el resto de las edades oscila entre (+0,9%) en los mayores de 80 años a (+6,5%) en el grupo de 45 a 59 años. Se espera que para el año 2020 el comportamiento sea similar en la disminución para edades menores a 25 años, con oscilaciones entre (-1,0%) para menores de un año y (-6,4%) para las edades de 5 a 14 y aumentó para el resto de los grupos con oscilaciones entre (+ 1,2%) para mayores de 80 años y (+6,7%) para el grupo de 45 a 59 años (Tabla 9, Figura 3).

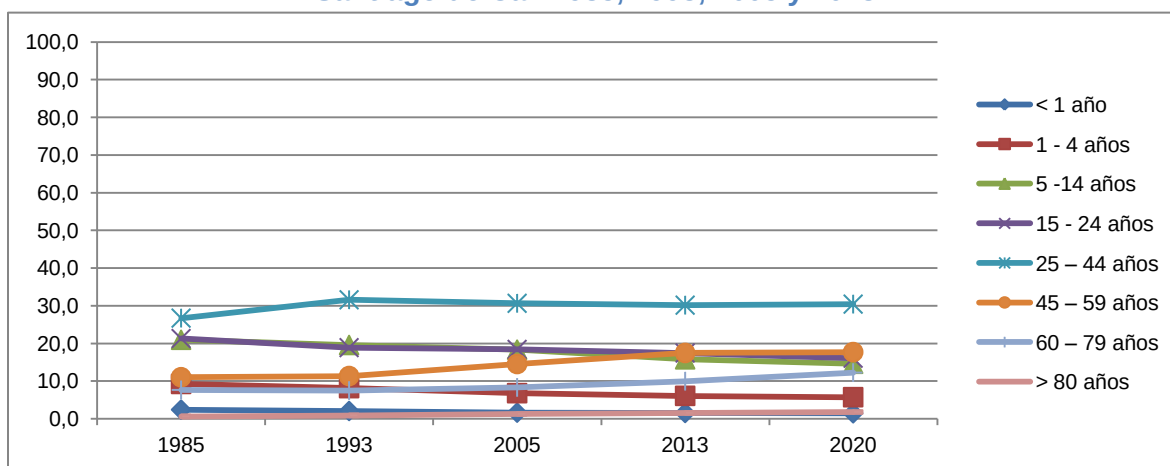
Tabla 9. Proporción de la población por grupo etario, Municipio Santiago de Cali 1985, 1993, 2005, 2013 y 2020

Volumen (número de personas)					
Grupos de edad	Años				
	1985	1993	2005	2013	2020
< 1 año	34127	37026	34406	35694	36269
1 - 4 años	131147	146074	143950	140879	142770
5 -14 años	297633	351947	388980	366000	364377
15 - 24 años	302370	339264	390539	404763	401306
25 – 44 años	379307	567690	649928	699822	759956
45 – 59 años	156362	203665	308230	405411	441627
60 – 79 años	108694	134428	176482	231182	305623
> 80 años	8819	16017	27328	35933	44514
Total	1420444	1798104	2121848	2321697	2498462
Pesos relativos (porcentaje)					
Grupos de edad	Años				
	1985	1993	2005	2013	2020
< 1 año	2,4	2,1	1,6	1,5	1,5
1 - 4 años	9,2	8,1	6,8	6,1	5,7
5 -14 años	21,0	19,6	18,3	15,8	14,6
15 - 24 años	21,3	18,9	18,4	17,4	16,1
25 – 44 años	26,7	31,6	30,6	30,1	30,4
45 – 59 años	11,0	11,3	14,5	17,5	17,7
60 – 79 años	7,7	7,5	8,3	10,0	12,2
> 80 años	0,6	0,9	1,3	1,5	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Construido a partir de DANE. Cifras censales 1985,2005; Proyecciones Población por edades simples y grupos de Edad. 2005

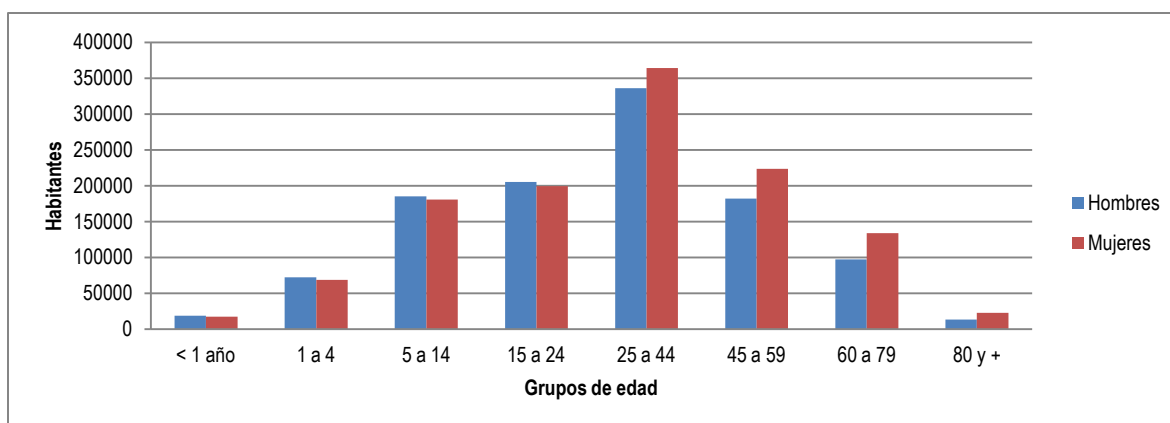
Para el año 2013 la distribución por sexo corresponde a mujeres en un 52,2%. Por grupos de edad el mayor porcentaje corresponde a personas entre 25 y 4 años (46,1%), en contraste con los extremos de la vida que presentan los menores de un año (2,4 %) y los mayores de 80 años (2,2%), como se observa en la figura No. 4. Esta distribución evidencia un volumen importante de población en edad reproductiva y fértil permitiendo la posibilidad de ocurrencia de eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva, tales como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y presencia de complicaciones en la gestación.

Figura 3. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Municipio de Santiago de Cali 1985, 1993, 2005 y 2013



Fuente: Construido a partir de DANE. Cifras censales 1985,2005; Proyecciones Población por edades simples y grupos de Edad. 2005

Figura 4. Población por sexo y grupo de edad del Municipio de Santiago de Cali, 2013



Fuente: DANE. Proyecciones Población por edades simples y grupos de Edad. 2005

Otros indicadores demográficos

Estas series de indicadores permiten el análisis de la estructura poblacional por edades y/o por distribución geográfica de los distintos ámbitos territoriales. La Tabla No. 10 presenta la distribución de estos indicadores en tres momentos 2005, 2013 y 2020

- **La razón hombre : mujer** (representa la relación entre hombre y mujeres). En el año 2013 por cada 100 mujeres hay 91,6 hombres cifra similar a la presentada en el 2005, se espera un leve incremento para el año 2020.
- **La razón de niños : mujer** (representa la relación entre niños y mujeres en edad fértil). En el año 2013 por cada 100 mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, hay 27,3 niños y niñas entre 0 y 4 años cifra menor a la reportada en el año 2005 y se espera continúe igual para el año 2020.
- **El índice de infancia** (representa la relación entre los menores de 15 años y la población total). En el año 2013 por cada 100 personas 23 correspondían a población menor de 15 años, cifra menor a la presentada en el año 2005 y con tendencia a la disminución para el año 2020.
- **El índice de juventud** (representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total). En el año 2013 por cada 100 personas, 27 tienen entre 15 y 29 años, cifra menor a la presentada en el año 2005 y con tendencia a la disminución para el año 2020.
- **El índice de vejez** (representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total). En el año 2013 de cada 100 personas, 7,8 tienen 65 años y más.
- **El índice de envejecimiento** (representa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes). En el año 2013 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 33,4 personas mayores de 65 años, esta cifra se ha incrementado con respecto al año 2005 con tendencia al aumento. Este mayor envejecimiento de la población tiene gran impacto sobre la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas tales como enfermedad cardiovascular y cáncer.
- **El índice demográfico de dependencia** (representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años). En el año 2013 de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 45,3 menores de 15 y mayores de 65 años. Presenta una disminución con respecto a las cifras del 2005 y se estima que continúe igual a los datos del 2013.
- **Índice dependencia infantil** (representa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años). En el año 2013, de cada 100 personas entre

15 y 64 años hay 34 personas menores de 15 años. Ha presentado una disminución con respecto al 2005 y se prevé una disminución para el año 2020.

- **Índice de dependencia de mayores** (representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años). En el año 2013, de cada 100 personas entre 15 y 64 años 11,34 tenían más de 65 años. Presenta un incremento con respecto al 2005 y se prevé un aumento para el año 2020.

Tabla 10. Otros indicadores de estructura demográfica en el Municipio Santiago de Cali, 2005, 2013, 2020.

Indicadores	2005	2013	2020
Razón de hombre: mujer	91,78	91,2	92
Razón de niños: mujer	29	27	27
Índice de infancia	27	23	22
Índice de Juventud	27	26	24
Índice de vejez	7	8	9
Índice de envejecimiento	25	33	43
Índice demográfico de dependencia	50,5	45,3	45,3
Índice de dependencia infantil	40,3	34,0	32,7
Índice de dependencia de mayores	10,2	11,3	13,7

Fuente: Construido a partir de DANE. Cifras censales 1985,2005; Proyecciones Población por edades simples y grupos de Edad. 2005

1.2.2 Dinámica demográfica

La dinámica demográfica se establece a partir del comportamiento de indicadores como la tasa de crecimiento natural y las tasas brutas de natalidad y mortalidad. La tabla No. 11 presenta la distribución de estos indicadores entre el año 2005 y 2011.

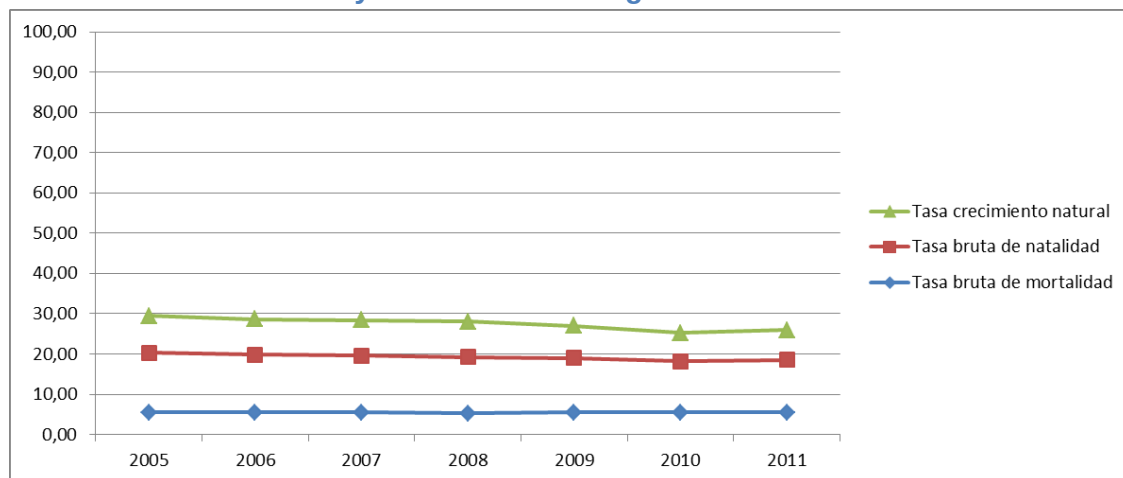
Tabla 11. Otros indicadores de dinámica demográfica en el Municipio Santiago de Cali, 2005- 2011

INDICADOR/AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa bruta de mortalidad	5,54	5,49	5,45	5,28	5,50	5,52	5,52
Tasa bruta de natalidad	14,72	14,31	14,18	14,01	13,49	12,61	13,00
Tasa crecimiento natural	9,18	8,82	8,73	8,73	7,99	7,09	7,47

Fuente: DANE. Estadísticas vitales.

- **La Tasa de Crecimiento Natural** (este indicador es el resultado de la diferencia entre la tasa bruta de natalidad y mortalidad). Como se observa en la figura No. 5 presenta una disminución a lo largo de los años pasando de 9,2 en el año 2005 a 7,5 en el 2011
- **La Tasa Bruta de Natalidad:** Este indicador ha presentado a lo largo del tiempo una disminución pasando de 14,7 en el año 2005 a 13 en el año 2011.
- **La Tasa Bruta de Mortalidad:** A diferencia de la tasa de natalidad, esta ha presentado una distribución similar en el periodo analizado.

Figura 5. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad y mortalidad Santiago de Cali. 2005- 2011



Fuente: DANE. Estadísticas vitales.

Otros indicadores de la dinámica de la población

La tabla No. 12 presenta otros indicadores relacionados con la dinámica de la población entre 2005 y 2011

- **La Tasa General de Fecundidad** (también llamada tasa de fecundidad, es el número de nacimientos vivos por cada grupo de 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 49 durante un año determinado). Para el municipio ha descendido 5,4 entre 2005 y 2012
- **La Tasa Global de Fecundidad –TGF** (es el número de hijos que nacerían por mujer, o por 1000 mujeres si la mujer o mujeres tuvieran sus hijos en todos sus años reproductivos, de acuerdo con las tasas de fecundidad específicas por edad de la población y épocas del estudio). Para el municipio ha descendido 0,37 entre el año 2005 y 2012.
- **La Tasa de fecundidad específica para mujeres de 10 a 14 años** presentó un cambio entre el año 2005 y 2011 hacia el incremento, pasando de 1,27 a 1,34.
- **La Tasa de fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años** presentó un cambio entre los años 2005 y 2011 hacia la disminución, pasando de 34,87 a 32,85.
- **La Edad Media de Fecundidad:** En el municipio para cada año señalado, la edad media en que las madres tienen a sus hijos (edad promedio de fecundidad) se ha

mantenido sobre los 26,3 años entre el año 2005 y 2012, con fluctuaciones todas cercanas a los 26 años.

- **La Tasa de Reproducción** (es el número promedio de hijas que una mujer o grupo de mujeres tendría durante su vida si se ajustara a las tasas de fecundidad por edad específica para años particulares durante su período reproductivo. Esta tasa es parecida a la tasa global de fecundidad excepto que la misma cuenta solamente las hijas). Para el municipio ha disminuido entre 2005 y 2012.

Tabla 12. Otros indicadores de la dinámica de la población del Municipio Santiago de Cali, 2005- 2012.

Indicador	Año							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada)	51,2	49,8	49,5	49,0	47,4	44,5	46,1	45,8
Tasa global de fecundidad - TGLF, (2010 – 2015)	1,89	1,88	1,88	1,88	1,88	1,60	1,60	1,52
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	1,27	1,32	1,53	1,32	1,39	1,09	1,34	ND
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	34,87	34,75	34,73	32,07	29,98	29,92	32,85	ND
Edad media de fecundidad -EMF (estimada)	26,3	26,4	26,5	26,4	26,3	26,5	26,4	26,3
Tasa de reproducción (estimada)	292	288	285	282	279	278	276	274

Fuente: DANE. Estadísticas vitales

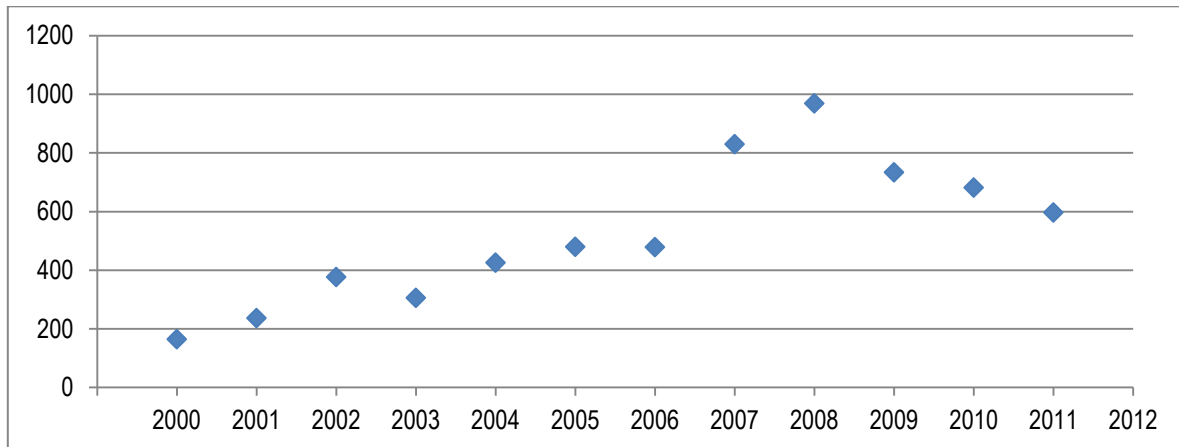
1.2.3 Movilidad forzada

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad. En consecuencia, es necesario reconocer este evento en el municipio y de ser posible identificar las condiciones sociales y los efectos sobre el municipio receptor como elevación de índices de pobreza, agudización de los conflictos armados internos, la modificación en las formas de ocupación y prácticas culturales³¹. Para el caso de Cali se dispone de información sobre las características demográficas de la población teniendo como fuente de datos el RUAV. Entre el año 2000 y 2011 se reportaron para el municipio como población expulsada un total de 126 personas.

Un total de 89.268 personas aparecen reportadas como desplazadas expulsadas del municipio de Cali, entre los años 2000 y 2011, donde el menor porcentaje se reportó en el año 2000 (2,6%) y el mayor, el año 2008 (15,4%). El número de personas reportadas creció hasta el año 2008, cuando inició su descenso como se observa en la figura No. 6.

³¹ Ministerio de Salud. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 2013

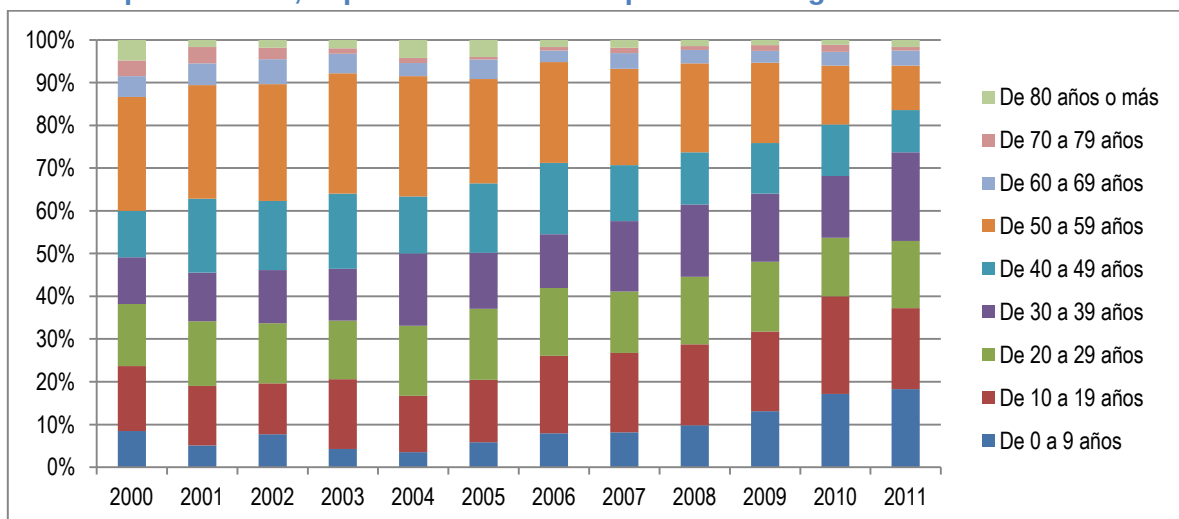
Figura 6. Población en condición de desplazamiento, expulsados del municipio de Santiago de Cali. 2000- 2012



Fuente: Construido a partir de Registro Único de población desplazada. Consultado Bodega de datos SISPRO 19 noviembre 2013

La distribución por grupos de edad se presenta en la Figura No. 7, donde a comienzos de la década del 2000 la mayoría correspondía al rango de 50 a 59 años (26,7%) mientras el menor reporte correspondió a la población entre 70 a 79 años (4,8%). Para los inicios de la década del 2010 el mayor reporte correspondió a la población entre 30 y 39 años (20,8%) pero el menor reporte se mantenía en la población de 70 a 79 años (0,8%).

Figura 7. Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento, expulsados del municipio de Santiago de Cali. 2000- 2011



Fuente: Construido a partir de Registro único de población desplazada. Consultado Bodega de datos SISPRO 19 noviembre 2013

La distribución de la población victimizada de desplazamiento en términos de expulsión del municipio de Cali por edad y sexo se presenta en las tablas No. 13 y 14

Tabla 13. Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento, expulsados del municipio de Santiago de Cali. 2000-2005

Grupos edad/Año- sexo	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Hombr e	Muje r	Hombr e	Muje r	Hombr e	Muje r	Hombr e	Muje r	Hombr e	Muje r	Hombr e	Muje r
De 0 a 9 años	9	5	7	5	13	16	4	9	11	4	14	14
De 10 a 19 años	16	9	15	18	22	23	24	26	32	24	39	31
De 20 a 29 años	10	14	17	19	24	29	23	19	45	25	41	39
De 30 a 39 años	4	14	12	15	25	22	17	20	37	35	25	38
De 40 a 49 años	8	10	16	25	23	38	22	32	26	31	29	49
De 50 a 59 años	24	20	33	30	51	52	45	41	51	69	67	50
De 60 a 69 años	7	1	6	6	15	7	10	4	7	6	11	11
De 70 a 79 años	4	2	8	1	5	5	2	2	5	0	1	2
De 80 años o más	6	2	2	2	4	3	2	4	5	13	9	10
Total	88	77	116	121	182	195	149	157	219	207	236	244

Fuente: Construido a partir de Registro único de población desplazada. Consultado Bodega de datos SISPRO 19 noviembre 2013

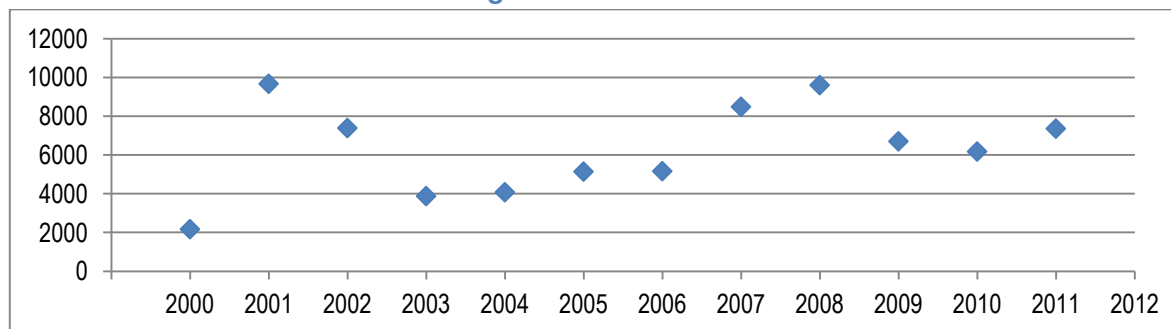
Tabla 14. Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento, expulsados del municipio de Santiago de Cali. 2006-2011

Grupo de edad/ Año/ Sexo	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
De 0 a 9 años	19	19	38	30	57	38	50	46	54	63	109	109
De 10 a 19 años	45	42	83	71	95	89	61	76	75	81	127	113
De 20 a 29 años	43	33	57	62	80	73	54	66	43	50	73	94
De 30 a 39 años	25	35	59	78	72	92	51	66	40	59	76	124
De 40 a 49 años	32	48	56	53	51	67	38	49	37	45	54	59
De 50 a 59 años	53	60	100	87	102	100	71	67	45	49	68	62
De 60 a 69 años	11	2	12	18	11	19	9	11	11	11	16	21
De 70 a 79 años	0	4	3	8	5	4	3	7	4	7	8	5
De 80 años o más	5	3	10	5	7	7	3	6	4	4	6	10
Total	233	246	418	412	480	489	340	394	313	369	537	597

Fuente: Construido a partir de Registro único de población desplazada. Consultado Bodega de datos SISPRO 19 noviembre 2013

Un total de 75.836 personas han sido reportadas como población desplazada recibida por el municipio de Cali entre 2000 y 2011. El año de menor reporte fue de 2.000 personas (2,9%), mientras el año 2008 correspondió al mayor número (12,7%). El comportamiento inició con un incremento entre el 2000 y el 2001, para descender hasta el año 2003 y reiniciar su ascenso hasta alcanzar el nivel más elevado en el año 2008, donde inició de nuevo un descenso hasta el año 2010, para reiniciar el ascenso, como se observa en la figura No 8

Figura 8. Población en condición de desplazamiento recibida en el municipio de Santiago de Cali. 2000- 2011

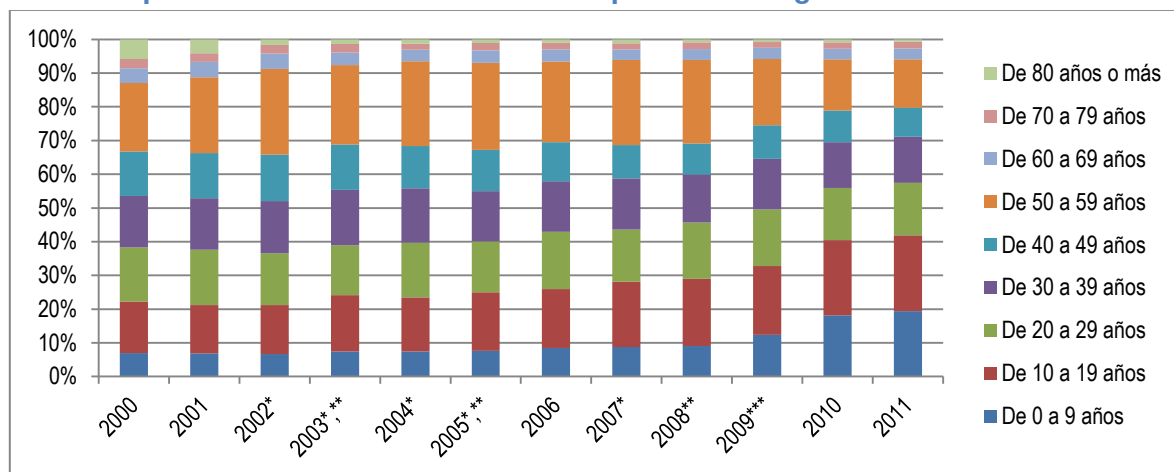


Fuente: Construido a partir de Registro único de población desplazada. Consultado Bodega de datos SISPRO 19 noviembre 2013

La figura No 9 presenta la distribución por grupos etáreos, donde a comienzos de la década del 2000 evidenció un mayor reporte en la población de 20 a 29 años (16%), en contraste con la población de 70 a 79 años (2,8%); mientras para el año 2011, el mayor

reporte correspondió al grupo de 10 a 19 años (22,4%) y la de menor reporte la relacionada con población mayor de 80 años (0, 7%).

Figura 9. Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento recibida en el municipio de Santiago de Cali. 2000- 2011



* 1 No definido** 1 No reportado *** 2 No reportado

Fuente: Construido a partir de Registro único de población desplazada. Consultado Bodega de datos SISPRO 19 noviembre 2013

La distribución de la población victimizada de desplazamiento recibida en el municipio de Cali por edad y sexo se presenta en las tablas No. 15 y 16

Tabla 15. Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento, recibidos en el municipio de Santiago de Cali. 2000- 2005

Grupo de edad/ Año	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Muje r	Hombr e	Muje r	Hombr e	Muje r	Hombr e	Muje r	Hombr e	Muje r	Hombr e	Muje r	Hombr e
De 0 a 9 años	84	67	186	177	226	270	143	147	162	143	195	197
De 10 a 19 años	161	171	364	358	501	567	313	333	339	314	469	424
De 20 a 29 años	186	162	421	467	572	566	294	279	334	326	407	370
De 30 a 39 años	197	136	477	334	658	484	371	266	368	292	438	329
De 40 a 49 años	177	108	408	317	575	445	284	239	284	226	352	276
De 50 a 59 años	228	214	678	613	946	928	458	456	510	514	689	638
De 60 a 69 años	44	51	144	114	185	157	63	80	71	69	109	81
De 70 a 79 años	28	32	66	61	96	93	53	46	39	34	63	48
De 80 años o más	47	79	65	78	66	53	29	24	28	25	33	23
Total	1152	1020	2809	2519	3825	3563	2008	1870	2135	1943	2755	2386

Fuente: Construido a partir de Registro único de población desplazada. Consultado Bodega de datos SISPRO 19 noviembre 2013

Tabla 16.Distribución por grupos de edad. Población en condición de desplazamiento, recibidos en el municipio de Santiago de Cali. 2006-2011

Grupos de edad/Año/ Sexo	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
De 0 a 9 años	195	197	206	232	364	378	427	443	383	446	517	604	716	714
De 10 a 19 años	469	424	471	432	804	838	984	931	657	710	678	703	790	861
De 20 a 29 años	407	370	450	427	696	616	861	741	622	504	550	405	671	476
De 30 a 39 años	438	329	427	346	741	554	812	555	606	398	518	321	617	388
De 40 a 49 años	352	276	327	273	474	362	508	377	388	284	343	235	365	267
De 50 a 59 años	689	638	609	626	1096	1043	1294	1087	698	616	508	429	603	458
De 60 a 69 años	109	81	92	95	151	121	180	125	120	106	109	86	127	105
De 70 a 79 años	63	48	54	45	84	68	109	83	64	49	59	58	80	66
De 80 años o más	33	23	26	27	65	32	52	34	26	26	30	26	30	24
Total	2755	2386	2662	2503	4475	4012	5227	4376	3564	3139	3312	2867	3999	3359

Fuente: Construido a partir de Registro único de población desplazada. Consultado Bodega de datos SISPRO 19 noviembre 2013

Para el año 2013 se reportaron un total de 89.268 personas, siendo la relación hombre: mujer de 1:0,88. El grupo de población más frecuente correspondió a 55 a 69 años (16,9%) para ambos sexos, en contraste con el grupo de 75 a 79 años (0,9%), con similar distribución para hombres y mujeres (ver tabla No. 17).

Tabla 17. Población en situación de desplazamiento. Estructura demográfica en el Municipio Santiago de Cali, 2013.

Grupo de Edad - Quinquenios DANE	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
De 0 a 4 años	2.495	2,8	2.429	2,7	4.927	5,5
De 05 a 09 años	3.570	4,0	3.378	3,8	6.952	7,8
De 10 a 14 años	4.195	4,7	4.048	4,5	8.248	9,2
De 15 a 19 años	3.973	4,5	3.997	4,5	7.974	8,9
De 20 a 24 años	3.321	3,7	3.721	4,2	7.046	7,9
De 25 a 29 años	3.110	3,5	3.883	4,4	6.996	7,8
De 30 a 34 años	2.876	3,2	4.086	4,6	6.965	7,8
De 35 a 39 años	2.439	2,7	3.477	3,9	5.919	6,6
De 40 a 44 años	2.307	2,6	2.952	3,3	5.262	5,9
De 45 a 49 años	1.808	2,0	2.379	2,7	4.189	4,7
De 50 a 54 años	1.512	1,7	1.883	2,1	3.397	3,8
De 55 a 59 años	7.311	8,2	7.762	8,7	15.081	16,9
De 60 a 64 años	856	1,0	1.055	1,2	1.912	2,1
De 65 a 69 años	617	0,7	706	0,8	1.324	1,5
De 70 a 74 años	516	0,6	554	0,6	1.071	1,2
De 75 a 79 años	355	0,4	449	0,5	804	0,9
De 80 años o más	588	0,7	613	0,7	1.202	1,3
Total	41.849*	46,9	47.372**	53,1	89.268	100,0

* Se excluyen 8 por no definido y 9 por no reportado. ** Se excluyen 11 por no definido y 7 por no reportado

Fuente: Estadísticas RUAV. 2013

Conclusiones

La ubicación estratégica del municipio de Cali, en el cruce de caminos entre el centro y el sur y sur occidente del país, especialmente con la costa pacífica Colombiana, le permite servir de referente para el resto de municipios del departamento del Valle y de la región, lo cual incluye en salud la infraestructura para prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

Las características geográficas, demográficas y sociales características del municipio se convierten en potencialidades para el logro de mejores condiciones de vida pero también de riesgos que se generan del intercambio entre estas poblaciones especialmente la transmisión de enfermedades infecciosas, como malaria, influenza y tuberculosis. Riesgos que necesitan ser reconocidos e intervenidos para su mitigación, por la autoridad sanitaria municipal con un esfuerzo en materia de inteligencia sanitaria para tomar decisiones adecuadas y oportunas. Esta situación, unida al elevado grado de urbanización, requiere de la autoridad sanitaria municipal un esfuerzo en materia de inteligencia sanitaria para tomar decisiones adecuadas y oportunas.

Un aspecto relevante dentro de la identificación de determinantes sociales para la salud es el alto grado de urbanización del municipio. Noventa y cinco por ciento de la población reside en el área urbana, en el 13% del territorio y 5% en la zona rural, en el 87% restante. Gran parte de esta urbanización no ha sido adecuadamente planeada y, aunque existe alta cobertura de servicios básicos domiciliarios, condiciones como alta densidad poblacional, hacinamiento crítico, asociados a la urbanización no planeada, generan ambientes propicios para aumento de la transmisión y aparición de brotes por enfermedades transmisibles, especialmente dengue.

La población del municipio proyectada para el año 2013 supera los dos millones de habitantes, de los cuales el mayor porcentaje corresponde a la población entre los 20 y 29 años (17,5%), con un 26% de ellos afrodescendientes. La pirámide poblacional del municipio ha pasado de ser expansiva a constrictiva como resultado de la transición demográfica, la reducción de las tasas de crecimiento vegetativo (por la diferencia entre la natalidad y la mortalidad) y el aumento de la esperanza de vida al nacer por la disminución de las tasas natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil.

CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

2.1 Análisis de la mortalidad

Para el análisis de mortalidad se tomó como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagregó por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del año 2005 al año 2012. Para el capítulo de mortalidad materno – infantil y en la niñez solo se calculó hasta el año 2011, dado que la matriz de cálculo no dejó procesar los datos de la Secretaría Municipal de Cali para el año 2012.

2.1.1 Mortalidad general por grandes causas

El análisis de mortalidad general por grandes causas se realizó por la estimación y ajuste de tasa por edad según el método directo.

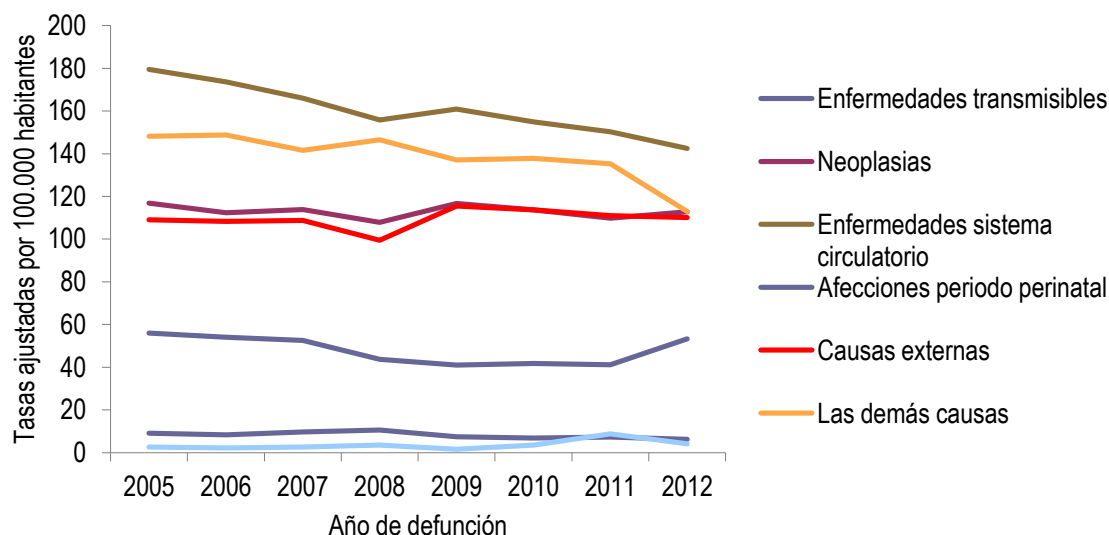
Ajuste de tasas por edad

A continuación se presentan las tasas de mortalidad ajustadas por edad para grandes causas.

En el periodo 2005-2012 la mortalidad por casi todos los grupos de causas presentó una reducción, excepto en las relacionadas con causas externas, donde pasaron de 109,1 por cien mil habitantes para el año 2005 a 110,3 por cien mil habitantes en el año 2012. Estas tasas de mortalidad presentan simultáneamente características de comunidades en vías de desarrollo al presentar altos niveles de enfermedades transmisibles con una tendencia al aumento. Las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias propias de las sociedades más desarrolladas ocupan cada vez más los primeros lugares en mortalidad. Unida a esta heterogeneidad de la mortalidad de Cali están presentes las de causas externas, propias de comunidades en conflicto e inequidades sociales.

Las causas relacionadas con enfermedades trasmisibles disminuyeron, pasando de 56,0 en el año 2005 hasta 41,4 por cien mil habitantes en el 2011, pero se incrementaron para el 2012 (53,3 por cien mil habitantes). En el grupo de neoplasias, estas pasaron de 116,8 hasta 112, 7 por cien mil habitantes en el mismo periodo, mientras las del sistema circulatorio pasaron de 179,4 a 142,5 por cien mil habitantes. El grupo de afecciones perinatales pasó de 9,14 a 6,28 por cien mil habitantes, mientras las demás causas pasaron de 148,1 a 112,8 por cien mil habitantes. (Figura 10)

Figura 10. Tasa de mortalidad ajustada por edad del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2012



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

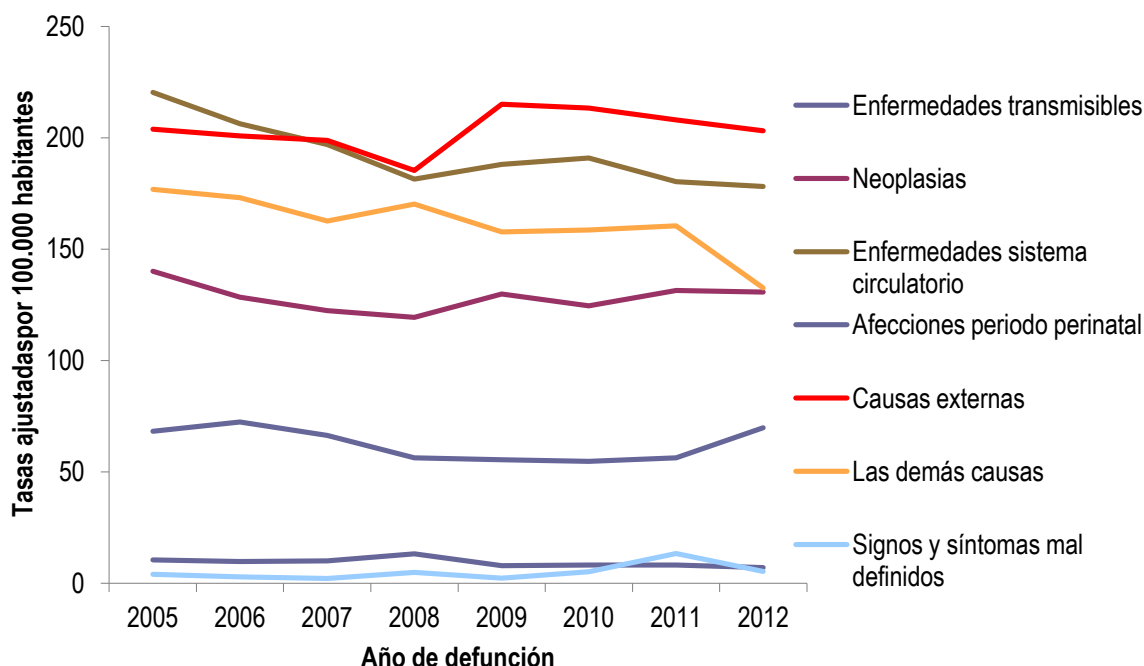
Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Para los hombres, en el periodo 2005-2012, la mortalidad por casi todos los grupos de causas presentó un comportamiento similar a la de la población total hacia la reducción, excepto en las relacionadas con causas externas, las cuales pasaron de 203,9 para el año 2005 a 185,3 por cien mil habitantes en el año 200, para luego incrementarse en los años 2009 y 2010 y descender a 180,2 por cien mil habitantes en el año 2011.

Las causas relacionadas con enfermedades trasmisibles disminuyeron, pasando de 68,2 en el año 2005 hasta 54,7 por cien mil habitantes en el 2010, para luego incrementarse a 56,3 por cien mil habitantes en 2011. En el grupo de neoplasias descendieron de 140 en 2005 a 119,3 por cien mil habitantes en el 2008 con un incremento posterior hasta 131,4 en 2011. Las enfermedades del sistema circulatorio disminuyeron de 220,4 en 2005 a 181,5 por cien mil personas en el año 2007, con un incremento entre 2009 y 2010 para disminuir a 180,2 personas en 2011.

Las afecciones del periodo perinatal disminuyeron entre 2005 de 10,4 a 10,0 por cien mil en 2007, incrementaron en 2008 y luego disminuyeron en 2009 para elevarse y mantenerse en 2011 en 8,1 por cien mil personas, mientras las demás causas disminuyeron entre 2005 a 2007 entre 176,9 a 162, 9 por cien mil personas, para luego elevarse a 170,2 por cien mil personas y luego descendieron hasta el 2010, para luego llegar a 160,5 por cien mil habitantes en 2011 (Figura 11).

Figura 11. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres. Municipio de Santiago de Cali. 2005- 2012



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

En resumen, las tasas de mortalidad más altas en hombres corresponden a las de causas externas, seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias. Las tasas de mortalidad de causa externa describen una tendencia al aumento durante el periodo analizado, con un incremento pronunciado a partir del año 2009. Mientras que las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio describe un descenso pronunciado a partir del año 2008, contrastando con la tendencia de las mortalidades por causa externa. Las tasas de mortalidad por neoplasias y enfermedades transmisibles describen una tendencia a mantenerse constante pero con leves fluctuaciones hacia el aumento durante el tiempo analizado.

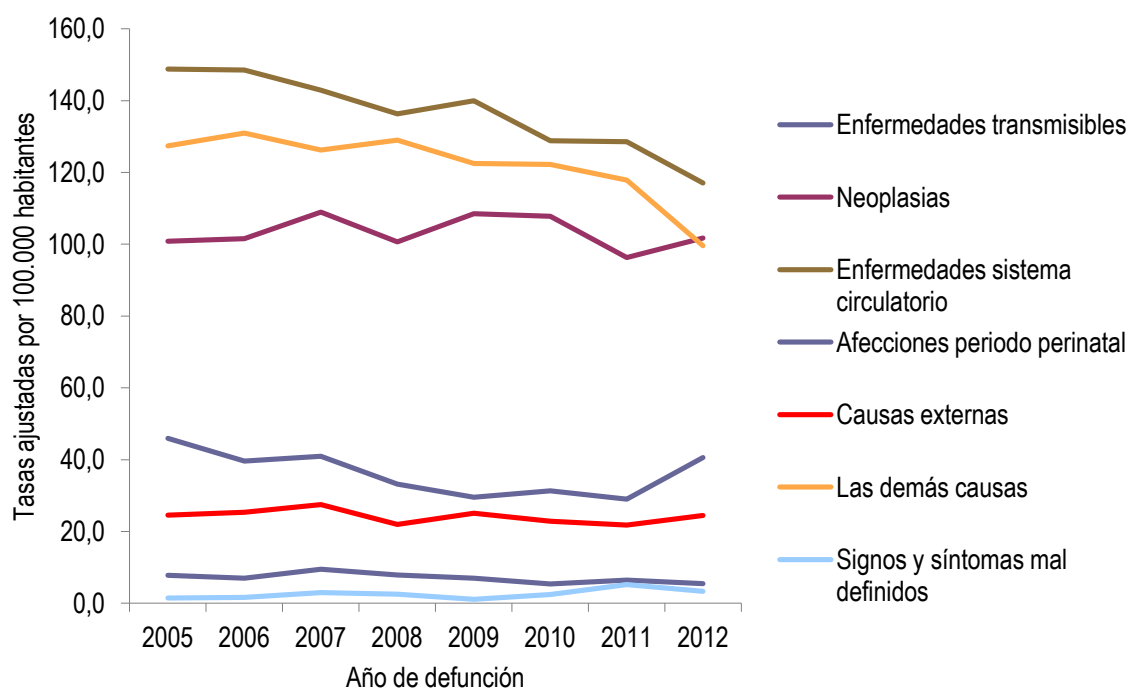
Al comparar estos grupos de causas de mortalidad 26 años atrás se observa un aumento significativo en la proporción de mortalidad por causas externas y en la proporción de mortalidad por tumores malignos, al igual que una reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias.

Para las mujeres, en el periodo 2005-2012, la mortalidad para todos los grupos presentó reducción (excepto para signos y síntomas mal definidos), siendo más evidente en el grupo de enfermedades trasmisibles que pasó de 45,9 a 29,0 por cien mil habitantes.

En el grupo de neoplasias estas descendieron de 108, a 96,3 por cien mil habitantes, aunque entre 2008 y 2009 presentaron un incremento, pasando de 100,7 a 108,6 por cien mil habitantes. Las enfermedades del sistema circulatorio disminuyeron de 148,8 en 2005 a 128,6 por cien mil personas en el año 2011.

Las afecciones del periodo perinatal disminuyeron entre 2005 de 7,8 a 6,5 con un incremento en 2007, para luego presentar un descenso en el resto de los años, mientras las causas externas pasaron de 24,5 a 21,8 por cien mil habitantes con un comportamiento irregular en los seis años (Figura 12).

Figura 12. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2012



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

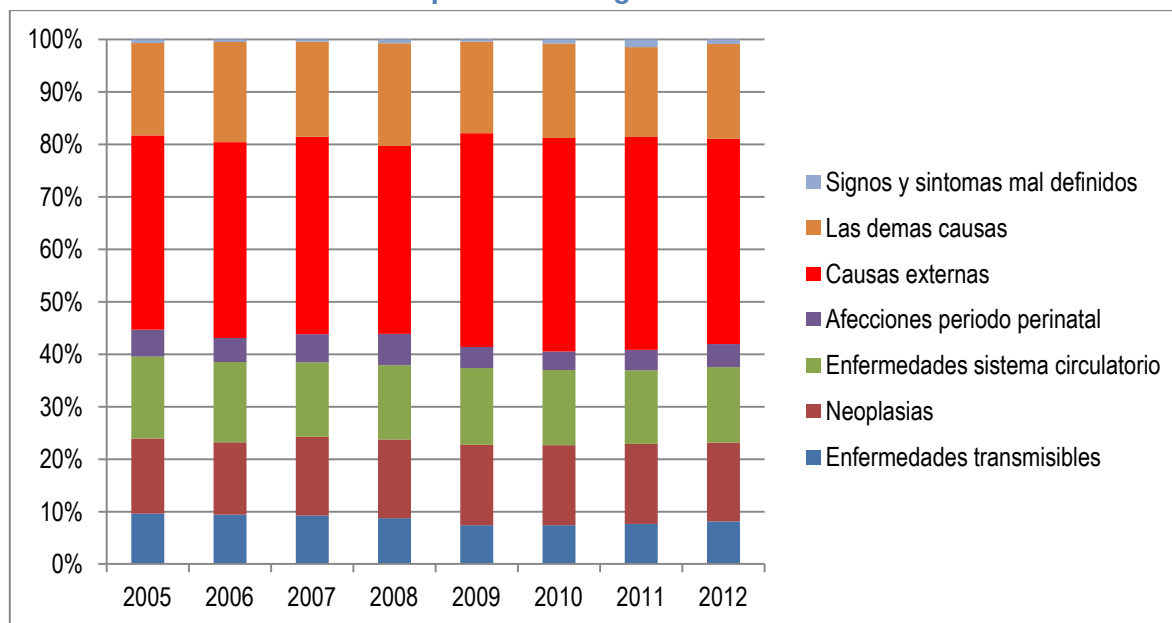
En resumen, las tasas de mortalidad más altas en mujeres corresponden a las enfermedades del sistema circulatorio, seguida por las neoplasias; la primera describe una tendencia al descenso, mientras que la segunda muestra una tendencia a mantenerse constante en el tiempo, sin cambios. Mientras que las tasas mortalidad causada por enfermedades infecciosas muestran una tendencia general al descenso a pesar de un aumento durante el año 2012, en contraste con las tasas de causa externa, que describen una tendencia a mantenerse constantes en el tiempo, siendo esta una de las causas menos frecuente de mortalidad en mujeres, comparada con los hombres.

Al comparar estas tendencias de la mortalidad ajustadas por edad para las mujeres en el período del 2005-2012, se observa un aumento significativo en las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, seguida por las neoplasias.

Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

El principal grupo de causas que incide en los Años de Vida Potencialmente Perdidos en el municipio de Cali corresponde a los de Causa Externa, siendo uniforme su comportamiento desde el año 2005 al 2012; sin embargo tiene una participación significativa para los años 2009 y 2012. En términos proporcionales, los AVPP por enfermedad transmisible descendieron en el periodo 2005-2012, principalmente a partir del año 2009, secundaria a esta causa se pierden aproximadamente 8% de los AVPP del municipio (Figura 13).

Figura 13. Años de Vida Potencialmente Perdidos. AVPP por grandes causas lista 6/67. Municipio de Santiago de Cali. 2005- 2012.



Fuente: Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

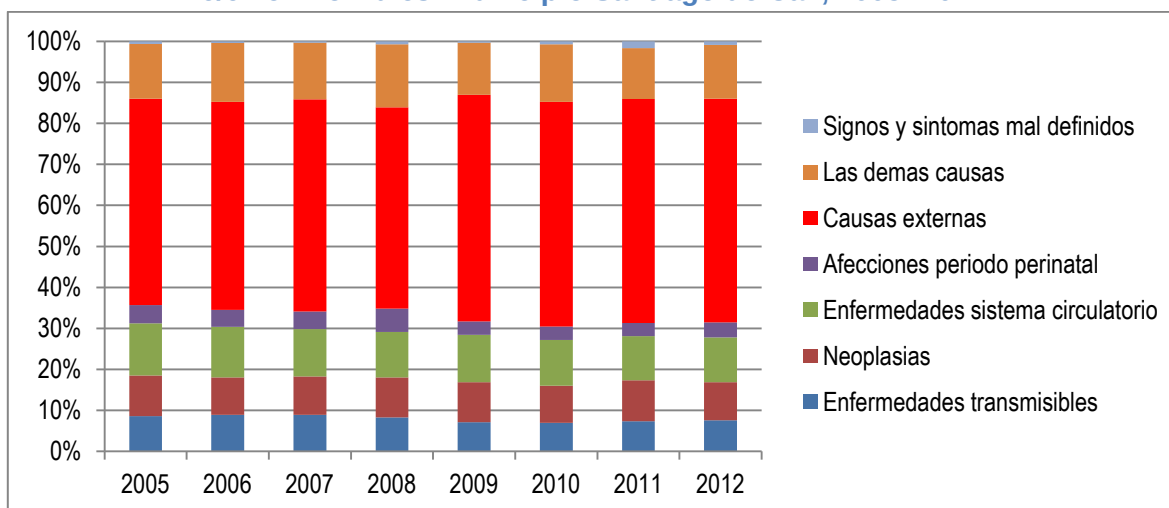
Las mayores causas de mortalidad prematura de manera general son debidas a causas externas, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias; contrastando con las enfermedades transmisibles y las del periodo perinatal; es decir que estas tres causan la mayoría de pérdidas de años de vida.

La magnitud y tendencia de las tasas de AVPP ajustados por edad evidencian para el municipio la presencia simultánea de características de comunidades en vías de desarrollo, al presentar que las mayores causas de mortalidad prematura de manera general son debidas a causas externas, propias de comunidades en conflicto e inequidades sociales, seguida por enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias

propias de las sociedades más desarrolladas, unido a las enfermedades transmisibles y del periodo perinatal.

El nivel más alto de participación en Años de Vida Potencialmente Perdidos para hombres en el municipio de Cali se relaciona con Causas Externas, especialmente para el año 2009. Al igual que en la población general, los AVPP por enfermedad transmisible descendieron en hombres en el periodo, principalmente a partir del año 2009; la proporción de AVPP es aproximadamente 8% de los AVP del municipio (Figura 14).

Figura 14. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por grandes causas lista 6/67 en hombres. Municipio Santiago de Cali, 2005- 2012

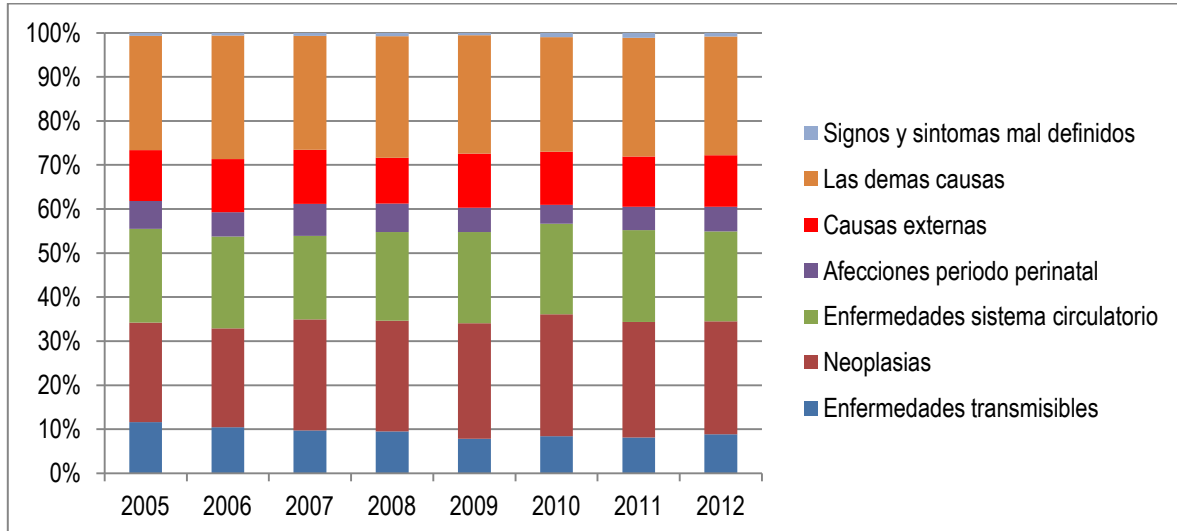


Fuente: Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Al igual que en la población general, los AVPP por enfermedad transmisible descendió en mujeres, principalmente a partir del año 2009. La proporción de AVPP es aproximadamente 8% de los AVP del municipio. Las Neoplasias y las Demás Causas son los dos grupos de mortalidad de mayor incidencia para el segmento de las mujeres del municipio de Cali entre los años 2005 y 2012 de años de vida potencialmente perdidos. Cabe resaltar en el grupo de las Neoplasias una participación significativa para los años 2007 y 2009 de AVPP, mientras que las Demás Causas presentan un nivel alto en los años 2006, 2008 y 2011; otro grupo que incide en menor medida son las enfermedades del Sistema Circulatorio (Figura 15).

Figura 15. Años de Vida Potencialmente Perdidos. AVPP por grandes causas lista 6/67 en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2012



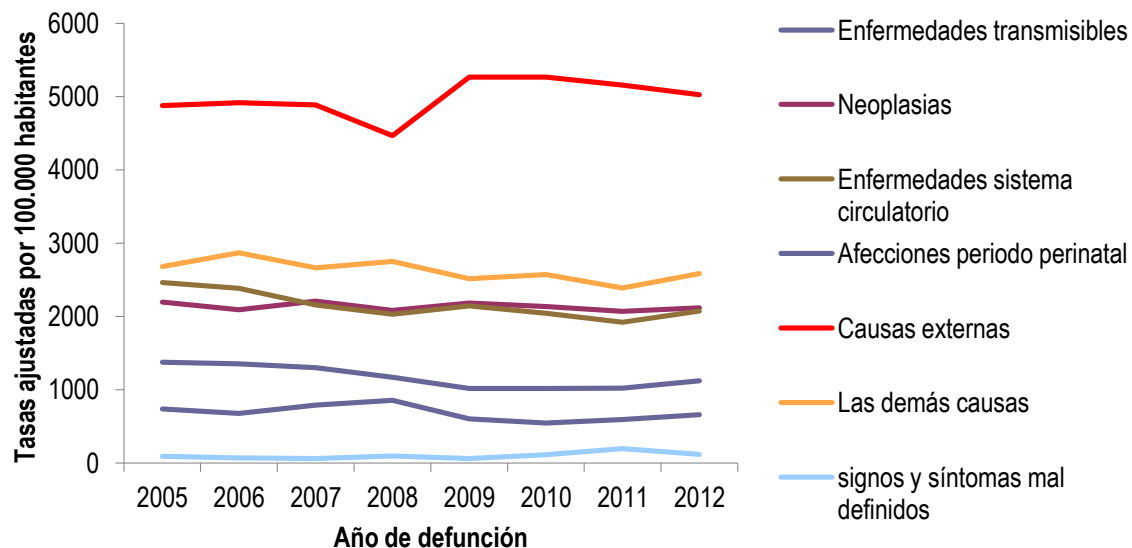
Fuente: Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

En Santiago de Cali, las enfermedades transmisibles explican la pérdida de aproximadamente 1000 AVPP por cada 100 mil habitantes/año, lo cual representa una quinta parte de lo que se pierde por causa externa y la mitad de lo que se pierde por neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio (Figura 16).

Figura 16. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67. Municipio Santiago de Cali, 2005-2012

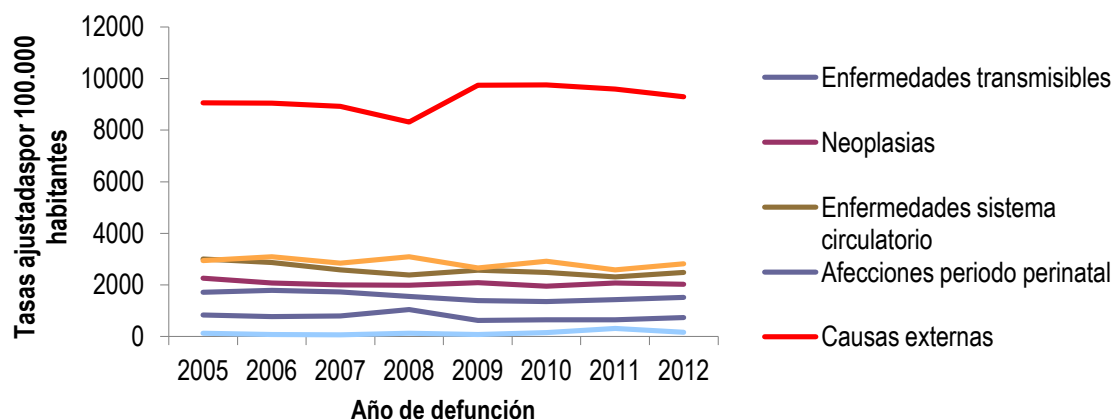


Fuente: Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Del total de 19.424 AVPP que en promedio se pierden en hombres en Santiago de Cali cada año, cincuenta por ciento se deben a causa externa (homicidios y accidentes de tránsito) y a consecuencia de las enfermedades transmisibles se pierden 1.521 AVPP anuales. La mortalidad por homicidios se presenta con mayor frecuencia en la población de hombres jóvenes y de estratos socioeconómicos bajos del municipio de Cali, las zonas del oriente del municipio de Cali fueron las de mayor cantidad de casos (Comunas 13, 14, 15 y 21). (Figura 17)

Figura 17. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres. Municipio Santiago de Cali. 2005-2012

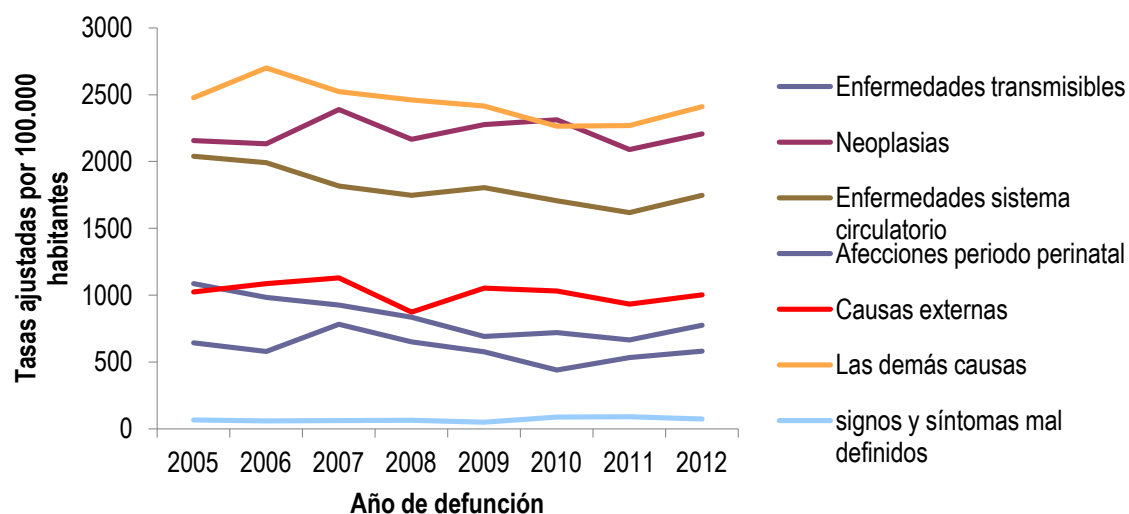


Fuente: Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011. Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

Tasa de AVPP ajustada por edad en las mujeres

En el segmento de las mujeres del municipio de Cali el grupo de las Demás Causas, Neoplasias y las Enfermedades del Sistema Circulatorio son las causas de mortalidad de mayor peso en sus tasas de años de vida potencialmente perdidos. Las Neoplasias no presentan una tendencia uniforme, tiene picos significativos en los años 2007 y 2010, mientras que las enfermedades del Sistema Circulatorio tienen una tendencia a la baja, sin embargo para el año 2012 presenta un leve incremento en su tasa de AVPP. (Figura 18)

Figura 18. Tasa de AVPP ajustada por edad para mujeres. Municipio Santiago de Cali. 2005-2012



Fuente: Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.
Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

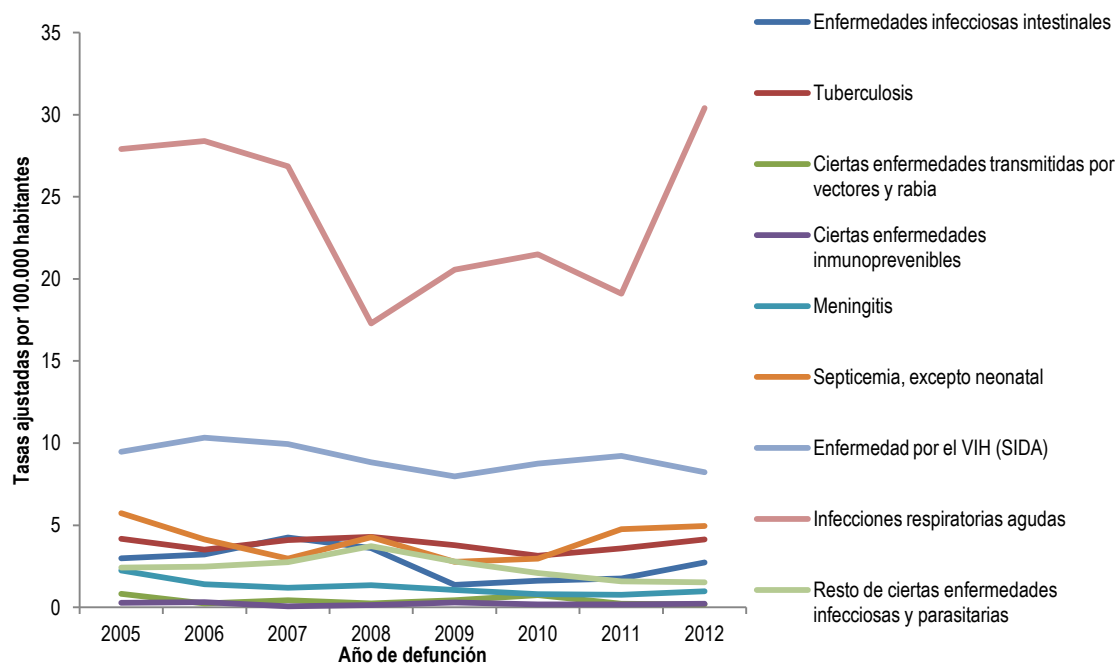
Tasas ajustadas por la edad

A continuación se presenta un análisis más detallado que permite identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grupos de mortalidad de las enfermedades transmisibles; neoplasias (tumores); enfermedades del sistema circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas; todas las demás causas y síntomas, signos y afecciones mal definidas.

Enfermedades transmisibles

Entre las enfermedades transmisibles, las que presentan mayores tasas de mortalidad son la infección respiratoria, VIH/SIDA y tuberculosis. Las dos primeras son responsables del 70% de esta pérdida. Es de resaltar que en el periodo la mortalidad por enfermedad infecciones respiratorias agudas ha tenido amplias variaciones con una tendencia muy leve al aumento neto de la tasa mientras que la mortalidad por VIH/SIDA muestra suave tendencia a la reducción. La tuberculosis está en incremento, al igual que la septicemia (Figura 19).

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles. Municipio de Santiago de Cali. 2005- 2012



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

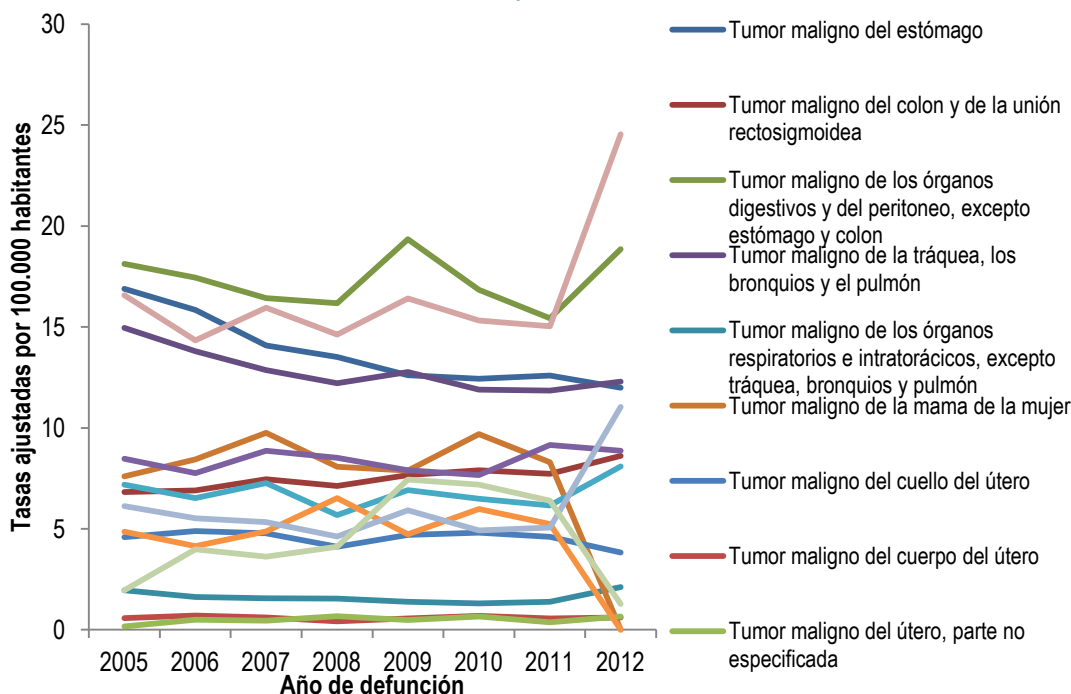
Neoplasias

En términos generales la tendencia de la mortalidad por neoplasias para el municipio ha descendido con excepción de colón y de la unión recto sigmoide, mama, útero, próstata y leucemia que han presentado incrementos con un comportamiento irregular durante el periodo.

Para el caso de colon y recto sigmoide pasó de 6,8 en 2005 a 7,7 por cien mil habitantes en 2011 con una leve disminución en 2009 (7,6 por 100 mil habitantes) para luego continuar incrementándose. El tumor maligno de mama en mujeres pasó de 7, a 8,3 por cien mil habitantes en el mismo periodo mientras el tumor maligno de útero pasa de 0,15 a 0,36 por cien mil en el mismo periodo. De otra parte, el tumor maligno de próstata se ha incrementado de 8,4 a 9,1 por cien mil habitantes en el periodo, así como la leucemia que pasó de 4,89 a 5,2 por cien mil en el periodo analizado.

Con respecto al cáncer uterino la ciudad de Cali llegó a tener en los años 80 cifras muy elevadas, que la ubicaban en los primeros lugares a nivel mundial. Desde entonces se trabajó en asegurar altas coberturas de citología vaginal, alcanzándose niveles óptimos de 95% y las tasas de muerte descendieron pero durante los últimos años son estables y no descienden más. Esto se explica en razón a que la sensibilidad de la citología está muy por debajo de lo ideal, pero durante el último quinquenio se ha trabajado en el mejoramiento de la calidad externa de las citologías, implementado por el INS y mejoría en el indicador de impacto (reducción de la incidencia de cáncer de cérvix), se verá dentro de varios años. También la implementación de la vacuna contra el VPH en las niñas y la implementación de la prueba de DNA son estrategias que contribuirán a que la mortalidad por cáncer de cérvix continúe disminuyendo, pero igualmente el mayor impacto se verá dentro de varias décadas, cuando esta cohorte de niñas vacunadas alcance la mediana de edad a la cual están muriendo las mujeres por esta causa. (Figura 20)

Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias del municipio de Cali, 2005- 2012



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

Enfermedades del sistema circulatorio

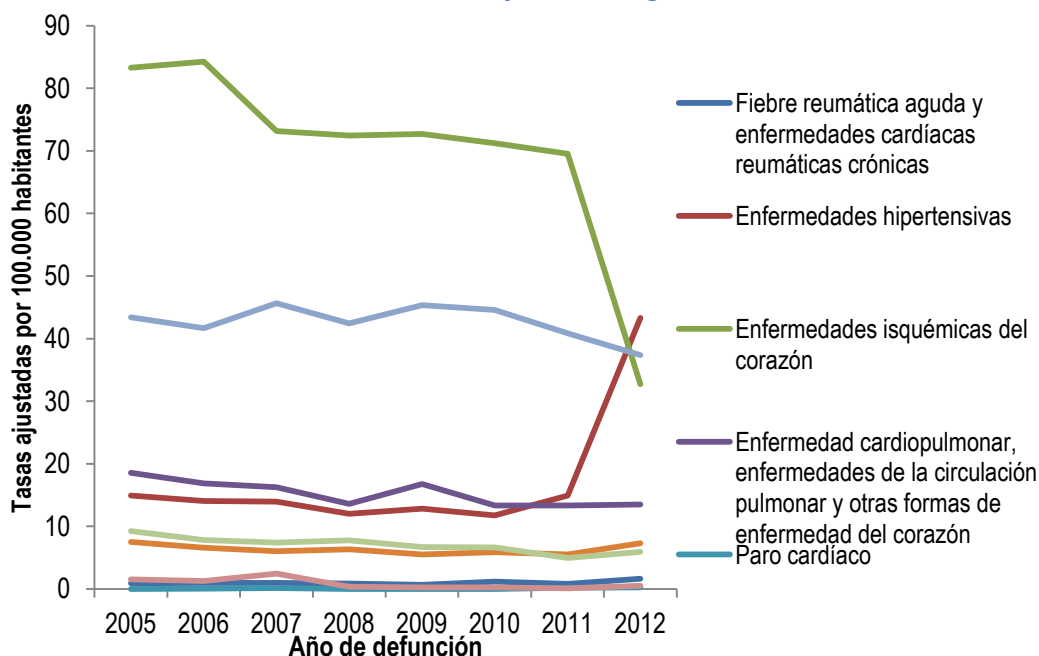
La tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, se caracterizan por una disminución progresiva y marcada del riesgo de morir por enfermedad isquémica del corazón, dicha disminución se hace más evidente durante el años 2012, contrastando con el aumento en la tasa de mortalidad por causa de enfermedad hipertensiva, que se ve reflejado con las complicaciones a nivel de sistema nervioso central (infartos e isquemia cerebral).

La mortalidad por problemas isquémicos del corazón bajó de 83,3 a 69,5 por cien mil habitantes, así como las asociadas a enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón que pasaron de 18,5 a 13,3 por cien mil habitantes. Igual comportamiento se observó en la mortalidad por insuficiencia cardiaca, la cual pasó de 7,52 a 5,5 y en las asociadas a enfermedades cerebrovasculares que pasaron de 43,3 a 40,8 como también la aterosclerosis que pasó de 1,55 a 0,09 por cien mil habitantes. (Figura 21)

Este comportamiento puede deberse muy probablemente a que la tecnología para el tratamiento de enfermedades isquémicas del corazón se encuentra accesible de manera relativamente oportuna para la población, dado que se encuentra incluido en el plan de beneficios de seguridad social, mientras que para el tratamiento de las complicaciones hipertensivas a nivel de sistema nervioso central, las personas puede que no tengan la

misma accesibilidad para ser atendidas con la suficiente oportunidad (ya sea porque las personas acuden tarde ante dicho evento). El resto de enfermedades del sistema circulatorio presenta de manera global un comportamiento sin grandes cambios en la tendencia.

Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Enfermedades del Sistema Circulatorio. Municipio Santiago de Cali, 2005-2012



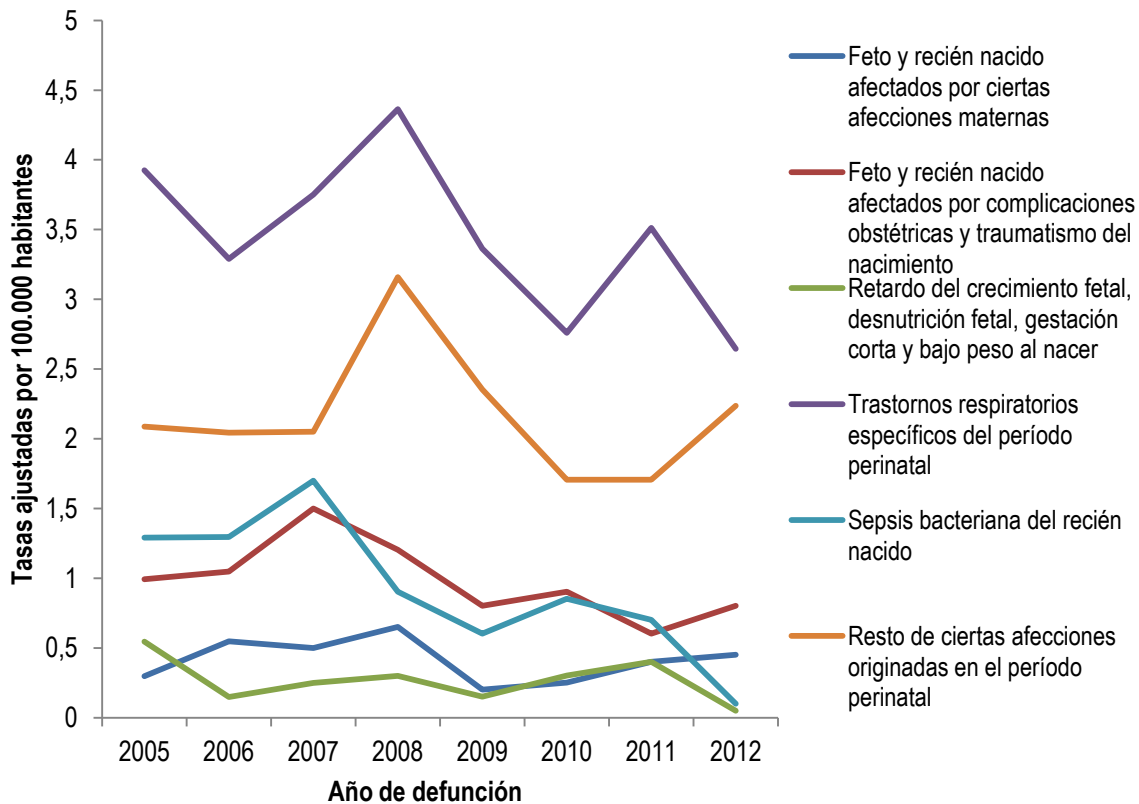
Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Las mortalidades relacionadas con este grupo de causas presentaron tendencias diferenciales todas ellas con comportamientos irregulares. Mientras las afecciones maternas se incrementaron, pasando de 0,29 a 0,40 por cien mil hab., las relacionadas con complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento pasaron de 0,99 a 0,60. De otra parte, el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y BPN disminuyeron en el periodo, pasando de 0,54 a 0,40. Los trastornos respiratorios pasaron de 3,92 a 3,51, mientras la sepsis bacteriana pasó de 1,29 a 0,70 por cien mil habitantes en el periodo. (Figura 22)

Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Municipio Santiago de Cali. 2005- 2012



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

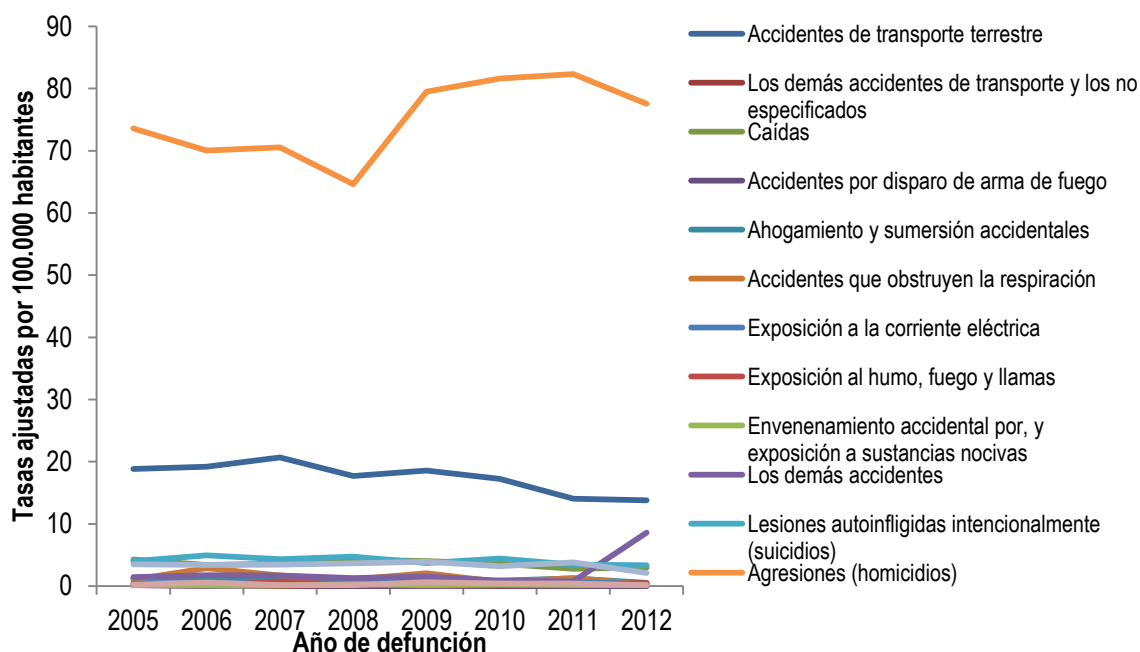
Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

Causas externas

En este grupo de causas, las agresiones (homicidios) se incrementaron, pasando de 73,6 a 82,3 por cien mil hab., así como los accidentes que obstruyen la respiración y exposición a corriente eléctrica, los cuales aumentaron, pasando en el primer caso de 1,02 a 1,28 y en el segundo de 0,41 a 0,65 por cien mil hab., como también la exposición a la corriente eléctrica que pasó de 0,41 a 0,65 por cien mil hab.

Los accidentes terrestres disminuyeron en el periodo, pasando de 18,82 a 14,02, al igual que las caídas que pasaron de 4,2 a 2,7 por cien mil hab., el ahogamiento y sumersión accidentales pasaron de 1,24 a 1,25 y la exposición al humo, fuego y llamas (de 0,14 a 0,12 por cien mil hab.), así como el envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas (de 0,19 a 10,13 por cien mil hab) y las lesiones autoinflingidas intencionalmente (4,01 a 3,43 por cien mil hab). Finalmente los accidentes por disparo de arma de fuego pasaron de 0,13 a 0 por cien mil hab. en el periodo. (Figura 23)

**Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas.
Municipio Santiago de Cali. 2005- 2012**



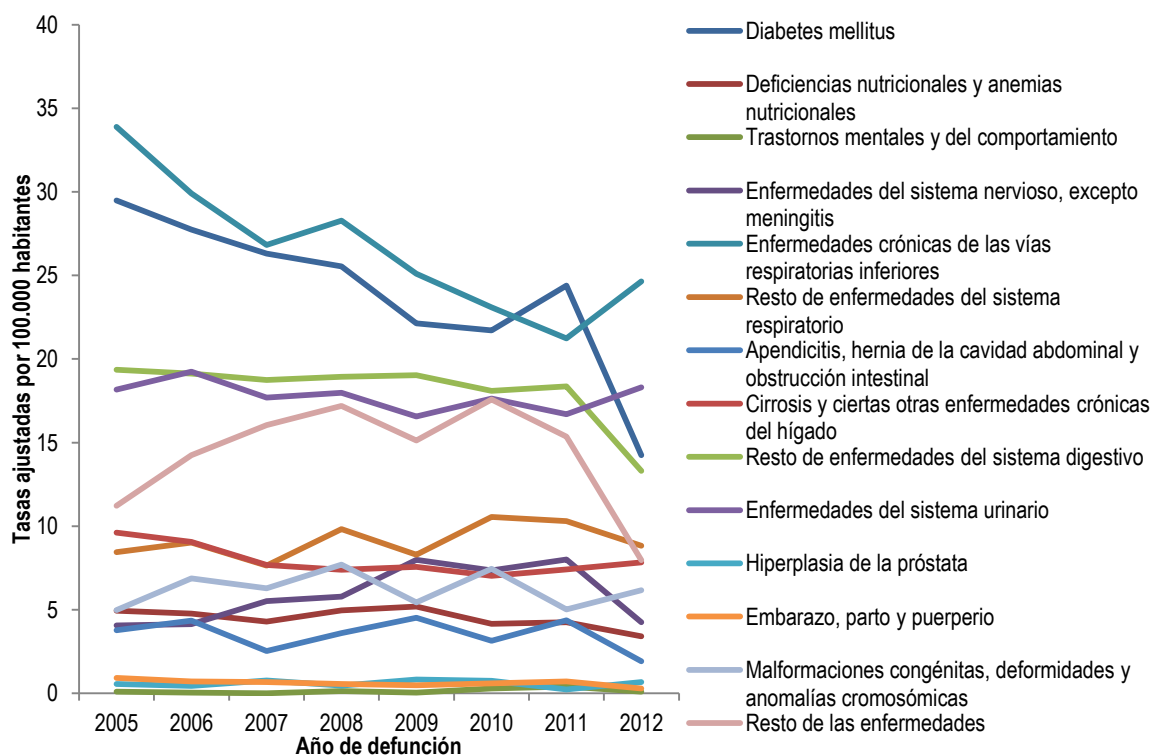
Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

Síntomas, signos y afecciones mal definidas

Las tasas de mortalidad más altas dentro del grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas se destacan las causadas por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, seguidas por la diabetes mellitus y enfermedades del sistema urinario. Todas con tendencia hacia la disminución, siendo más marcada para la diabetes mellitus (figura 24).

Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los síntomas, signos y afecciones mal definidas. Municipio Santiago de Cali. 2005-2012



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

La tabla No. 18 resume la información de cada una de las tasas de mortalidad presentadas previamente en el periodo 2005 a 2012.

Tabla 18. Mortalidad por causas específicas Santiago de Cali, 2005-2012

Tasa de mortalidad	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	18,8	19,2	20,7	17,7	18,6	17,2	14,0	13,8
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	7,6	8,4	9,8	8,1	7,9	9,7	8,3	0,0
Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	4,6	4,9	4,8	4,1	4,7	4,8	4,6	3,8
Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	8,5	7,8	8,9	8,5	7,9	7,7	9,2	8,9
Tasa de mortalidad por tumor maligno del estomago	16,9	15,8	14,1	13,5	12,6	12,4	12,6	12,0
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	29,5	27,7	26,3	25,5	22,1	21,7	24,4	14,2
Tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	4,0	5,0	4,3	4,7	3,7	4,4	3,4	3,3
Tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	0,11	0,05	0,00	0,14	0,05	0,29	0,41	0,1
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	73,6	70,0	70,5	64,6	79,5	81,6	82,3	77,5
Tasa de mortalidad por malaria	0	0	0	0,04	0	0	0	ND
Tasa de mortalidad por rabia humana	0	0	0	0	0	0	0	ND
Tasa de mortalidad por tuberculosis	4,2	3,5	4,1	4,3	3,8	3,1	3,6	4,1
Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	3,0	3,2	4,3	3,6	1,4	1,6	1,8	2,7

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Para el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizó la lista de 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás

enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

Tasas específicas de mortalidad

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se realizó estimando las tasas específicas de mortalidad para el municipio, además se presenta en tabla desagregada por las muertes ocurridas en niños y niñas, de acuerdo a la lista de tabulación de las 67 causas, que se agrupan en 67 subgrupos. Se presenta adicionalmente la estimación de las tasas específicas de mortalidad.

Por todas las causas según la lista 67

Al analizar las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, se observó que el comportamiento para el año 2012, comparado con el año 2005, ha sido hacia la disminución en la mayoría de los eventos, a excepción de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las cuales para todos los grupos de edad aumentaron. El grupo entre uno y cuatro años aumentó en un 39%. Aunque los tumores en los menores de un año y los menores de cinco años aumentaron, llama la atención el aumento del 65% de la tasa. Para los menores de un año en el grupo de signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, clasificados en otra parte y todas las demás enfermedades (Tabla 19) se presenta un comportamiento inestable de los datos, con posible deficiencia en su calidad.

Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, según la lista de las 67 causas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2011

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011	Tasas específicas 2012
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	Menores de 5 años	19,06	17,44	12,98	10,75	7,37	7,93	9,06	7,4
	Entre 1 y 4 años	6,25	6,98	4,91	2,12	1,42	2,84	3,55	2,1
	Menores de 1 año	72,66	60,83	46,14	45,90	31,28	28,16	30,80	27,9
Tumores (neoplasias) C00-D48	Menores de 5 años	7,29	2,25	3,39	5,66	5,10	3,97	6,23	7,9
	Entre 1 y 4 años	8,34	2,79	3,51	6,35	4,95	4,25	4,26	7,8
	Menores de 1 año	2,91	0,00	2,88	2,87	5,69	2,82	14,00	8,4

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	Menores de 5 años	0,56	1,13	2,26	0,57	0,57	2,83	0,00	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,69	0,70	0,00	0,00	0,71	1,42	0,00	0,0
	Menores de 1 año	0,00	2,90	11,54	2,87	0,00	8,45	0,00	2,8
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	Menores de 5 años	8,41	6,19	4,51	4,53	7,37	3,97	3,96	1,1
	Entre 1 y 4 años	5,56	2,79	2,11	2,12	2,83	2,84	1,42	0,0
	Menores de 1 año	20,35	20,28	14,42	14,34	25,60	8,45	14,00	5,6
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G98)	Menores de 5 años	7,29	7,88	7,34	6,23	7,37	6,80	10,19	7,4
	Entre 1 y 4 años	4,17	2,79	5,61	3,53	4,95	4,25	8,52	5,0
	Menores de 1 año	20,35	28,97	14,42	17,21	17,06	16,90	16,80	16,8
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H93)	Menores de 5 años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
	Menores de 1 año	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	Menores de 5 años	2,80	2,25	3,95	2,26	8,50	5,10	1,70	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,69	0,70	1,40	0,71	2,12	2,13	0,71	0,0
	Menores de 1 año	11,63	8,69	14,42	8,61	34,13	16,90	5,60	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	Menores de 5 años	22,99	25,32	23,14	25,47	18,13	15,29	20,39	21,5
	Entre 1 y 4 años	9,03	10,47	9,12	7,76	9,20	4,25	7,10	5,7
	Menores de 1 año	81,38	86,90	80,75	97,54	54,04	59,13	72,80	83,8
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92)	Menores de 5 años	3,36	7,31	2,82	6,79	6,23	4,53	3,96	1,1
	Entre 1 y 4 años	1,39	5,59	2,11	2,82	2,12	2,84	2,13	0,0
	Menores de 1 año	11,63	14,48	5,77	22,95	22,75	11,26	11,20	5,6
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	Menores de 5 años	2,24	2,81	1,13	1,70	1,13	1,70	2,27	1,1
	Entre 1 y 4 años	1,39	0,70	0,70	0,71	0,71	0,71	0,71	0,0
	Menores de 1 año	5,81	11,59	2,88	5,74	2,84	5,63	8,40	5,6
Ciertas afecciones	Menores de 5 años	103,16	94,52	110,05	119,43	83,86	76,47	82,68	69,1

originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	Entre 1 y 4 años	0,00	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,71	2,1
	Menores de 1 año	534,79	483,76	562,36	605,35	420,92	380,14	405,98	332,5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	Menores de 5 años	45,98	70,33	57,57	67,92	44,76	69,67	48,13	58,3
	Entre 1 y 4 años	9,03	7,68	4,91	2,82	4,95	7,80	6,39	14,9
	Menores de 1 año	200,55	330,23	273,97	332,80	204,77	315,38	212,79	229,1
Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	Menores de 5 años	2,80	2,81	0,56	1,70	3,97	5,10	3,40	4,5
	Entre 1 y 4 años	1,39	0,00	0,00	0,71	0,71	1,42	2,84	1,4
	Menores de 1 año	8,72	14,48	2,88	5,74	17,06	19,71	5,60	16,8
Todas las demás enfermedades (F01-F99, H00-H59, L00-L98, M00-M99)	Menores de 5 años	0,00	0,56	0,56	0,57	0,00	0,57	0,57	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,00	0,00	0,00	0,71	0,00	0,00	0,71	0,0
	Menores de 1 año	0,00	2,90	2,88	0,00	0,00	2,82	0,00	2,8
Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	Menores de 5 años	12,90	23,63	14,11	9,62	7,93	6,80	5,10	5,1
	Entre 1 y 4 años	11,81	18,15	9,82	9,87	7,78	4,96	4,26	4,3
	Menores de 1 año	17,44	46,35	31,72	8,61	8,53	14,08	8,40	8,4
Síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) (U04)	Menores de 5 años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
	Menores de 1 año	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

En cuanto al número de muertes en la infancia y niñez se observa que, comparado con el año 2005, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas fueron las causas que más casos aumentaron en los diferentes grupos de edad.(Tabla 20)

**Tabla 20. Número de muertes en la infancia y niñez, según la lista de las 67 causas.
Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012**

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	Menores de 5 años	34	31	23	19	13	14	16	13
	Entre 1 y 4 años	9	10	7	3	2	4	5	3
	Menores de 1 año	25	21	16	16	11	10	11	10
Tumores (neoplasias) C00-D48	Menores de 5 años	13	4	6	10	9	7	11	14
	Entre 1 y 4 años	12	4	5	9	7	6	6	11
	Menores de 1 año	1	0	1	1	2	1	5	3
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	Menores de 5 años	1	2	4	1	1	5	0	1
	Entre 1 y 4 años	1	1	0	0	1	2	0	0
	Menores de 1 año	0	1	4	1	0	3	0	1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	Menores de 5 años	15	11	8	8	13	7	7	2
	Entre 1 y 4 años	8	4	3	3	4	4	2	0
	Menores de 1 año	7	7	5	5	9	3	5	2
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G98)	Menores de 5 años	13	14	13	11	13	12	18	13
	Entre 1 y 4 años	6	4	8	5	7	6	12	7
	Menores de 1 año	7	10	5	6	6	6	6	6
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H93)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	Menores de 5 años	5	0	7	4	15	9	3	0
	Entre 1 y 4 años	1	0	2	1	3	3	1	0
	Menores de 1 año	4	3	5	3	12	6	2	0
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	Menores de 5 años	41	45	41	45	32	27	36	38
	Entre 1 y 4 años	13	15	13	11	13	6	10	8
	Menores de 1 año	28	30	28	34	19	21	26	30
Enfermedades	Menores de 5 años	6	13	5	12	11	8	7	2

del sistema digestivo (K00-K92)	Entre 1 y 4 años	2	8	3	4	3	4	3	0
	Menores de 1 año	4	5	2	8	8	4	4	2
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	Menores de 5 años	4	5	2	3	2	3	4	2
	Entre 1 y 4 años	2	1	1	1	1	1	1	0
	Menores de 1 año	2	4	1	2	1	2	3	2
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	Menores de 5 años	184	168	195	211	148	135	146	122
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	0	1	3
	Menores de 1 año	184	167	195	211	148	135	145	119
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	Menores de 5 años	82	125	102	120	79	123	85	103
	Entre 1 y 4 años	13	11	7	4	7	11	9	21
	Menores de 1 año	69	114	95	116	72	112	76	82
Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	Menores de 5 años	5	5	1	3	7	9	6	8
	Entre 1 y 4 años	2	0	0	1	1	2	4	2
	Menores de 1 año	3	5	1	2	6	7	2	6
Todas las demás enfermedades (F01-F99, H00-H59, L00-L98, M00-M99)	Menores de 5 años	0	1	1	1	0	1	1	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	0	0	1	0
	Menores de 1 año	0	1	1	0	0	1	0	1
Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	Menores de 5 años	23	42	25	17	14	12	9	9
	Entre 1 y 4 años	17	26	14	14	11	7	6	6
	Menores de 1 año	6	16	11	3	3	5	3	3
Síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) (U04)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Subgrupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

En cuanto al comportamiento de las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias se observa una disminución importante en las mismas en el periodo estudiado.

La diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso en el grupo de 1 a 4 años se observa un descenso importante, llegando a cero en el 2009 y 2012; sin embargo llama la atención el aumento en la tasa de tuberculosis para el grupo de edad entre uno y cuatro años, el cual durante el 2005-2006 se mantuvo en 0.7 y después de estar en cero para los

siguientes años durante el 2012 se reportó en 1.4; similar comportamiento se observó en el evento de tosferina donde la tasa es cero, exceptuando los años 2006 y 2012, que reporta tasas en los grupos de menores de 1 año y menores de cinco años (Tabla 21).

Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011	Tasas específicas 2012
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09)	Menores de 5 años	6,2	5,1	6,8	2,8	2,8	1,7	2,8	4,5
	Entre 1 y 4 años	2,8	4,2	3,5	0,7	0,7	0,0	0,7	0,0
	Menores de 1 año	20,3	8,7	20,2	11,5	11,4	8,4	11,2	22,4
Otras enfermedades infecciosas intestinales (A00-A08)	Menores de 5 años	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0
	Menores de 1 año	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tuberculosis (A15-A19)	Menores de 5 años	1,1	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6	1,1
	Entre 1 y 4 años	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
	Menores de 1 año	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	2,8	0,0
Tétanos (A33, A35)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Difteria (A36)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tos ferina (A37)	Menores de 5 años	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	2,9	0,0	0,0	2,8	0,0	2,8	2,8
Infección meningocócica (A39)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Septicemia (A40-A41)	Menores de 5 años	5,6	5,1	3,4	4,5	2,8	1,7	1,7	1,1
	Entre 1 y 4 años	0,7	1,4	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7
	Menores de 1 año	26,2	20,3	17,3	20,1	14,2	5,6	8,4	2,8
Poliomielitis aguda (A80)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sarampión (B05)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Menores de 5 años	1,7	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	5,8	2,9	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

(B20-B24)										
Otras enfermedades virales (A81-B04, B06-B19, B25-B34)	Menores de 5 años	1,1	2,3	1,7	1,1	0,6	3,4	0,6	0,0	
	Entre 1 y 4 años	0,7	0,0	1,4	0,7	0,0	0,7	0,7	0,0	
	Menores de 1 año	2,9	11,6	2,9	2,9	2,8	14,1	0,0	0,0	
Paludismo (B50-B54)	Menores de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A20-A32, A38, A42-A79, B35-B49, B55-B94,B99)	Menores de 5 años	2,8	3,4	0,6	1,7	1,1	0,6	3,4	0,0	
	Entre 1 y 4 años	0,7	0,7	0,0	0,0	0,7	0,7	2,1	0,0	
	Menores de 1 año	11,6	14,5	2,9	8,6	2,8	0,0	8,4	0,0	

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Este grupo de enfermedades continúa causando mortalidad pero su incidencia se ha reducido. Entre las que se mantienen como causa importante están la EDA, TB y septicemia especialmente en menores de un año. (Tabla 22)

Tabla 22. Número de muertes en la infancia y niñez, por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)Grandes causas de muerte		Grupos de edad							
		No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09)	Menores de 5 años	11	9	12	5	5	3	5	8
	Entre 1 y 4 años	4	6	5	1	1	0	1	
	Menores de 1 año	7	3	7	4	4	3	4	8
Otras enfermedades infecciosas intestinales (A00-A08)	Menores de 5 años	1	0	0	0	0	1	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	1	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis (A15-A19)	Menores de 5 años	2	1	0	1	0	0	1	2
	Entre 1 y 4 años	1	1	0	0	0	0	0	2
	Menores de 1 año	1	0	0	1	0	0	1	0
Tétanos (A33, A35)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0
Difteria (A36)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0

Tos ferina (A37)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años	0	1	0	0	1	0	1	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	0	0	1	0	1	1
Infección meningocócica (A39)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	1	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0
Septicemia (A40-A41)	Menores de 5 años	10	9	6	8	5	3	3	2
	Entre 1 y 4 años	1	2	0	1	0	1	0	1
	Menores de 1 año	9	7	6	7	5	2	3	1
Poliomielitis aguda (A80)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión (B05)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (B20-B24)	Menores de 5 años	3	1	1	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	2	1	1	0	0	0	0	0
Otras enfermedades virales (A81-B04, B06-B19, B25-B34)	Menores de 5 años	2	4	3	2	1	6	1	0
	Entre 1 y 4 años	1	0	2	1	0	1	1	0
	Menores de 1 año	1	4	1	1	1	5	0	0
Paludismo (B50-B54)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A20-A32, A38, A42-A79, B35-B49, B55-B94, B99)	Menores de 5 años	5	6	1	3	2	1	6	0
	Entre 1 y 4 años	1	1	0	0	1	1	3	0
	Menores de 1 año	4	5	1	3	1	0	3	0

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Subgrupo de Tumores (neoplasias)

Al revisar las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por tumores se observa que la leucemia ha tenido un aumento significativo en los menores de un año, que pasó de estar en cero a 5.6 en el año 2012; también aumentó para los menores de cinco años y el resto de tumores malignos para todos de grupos de edad (Tabla 23)

Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por tumores. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011	Tasas específicas 2012
Leucemia (C91-C95)	Menores de 5 años	2,80	1,13	1,13	2,83	1,13	2,27	1,13	3,4
	Entre 1 y 4 años	3,47	1,40	1,40	3,53	1,42	2,13	1,42	2,8
	Menores de 1 año	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	0,00	5,6
Resto de tumores malignos (C00-C90, C96-C97)	Menores de 5 años	2,80	1,13	2,26	1,13	2,27	1,70	2,27	4,0
	Entre 1 y 4 años	3,47	1,40	2,11	0,71	2,12	2,13	2,84	4,3
	Menores de 1 año	0,00	0,00	2,88	2,87	2,84	0,00	0,00	2,8
Resto de tumores (D00-D48)	Menores de 5 años	1,68	0,00	0,00	1,70	1,70	0,00	2,83	0,6
	Entre 1 y 4 años	1,39	0,00	0,00	2,12	1,42	0,00	0,00	0,7
	Menores de 1 año	2,91	0,00	0,00	0,00	2,84	0,00	14,00	0,0

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Respecto al número de muertes en la infancia y niñez por tumores se observa que las leucemias aumentan en dos casos para menores de un año, igual que el resto de tumores malignos en menores de cinco años. (Tabla 24).

Tabla 24. Número de muertes en la infancia y niñez, por tumores. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Leucemia (C91-C95)	Menores de 5 años	5	2	2	5	2	4	2	6
	Entre 1 y 4 años	5	2	2	5	2	3	2	4
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	1	0	2
Resto de tumores	Menores de 5 años	5	2	4	2	4	3	4	7
	Entre 1 y 4 años	5	2	3	1	3	3	4	6

malignos (C00-C90, C96-C97)	Menores de 1 año	0	0	1	1	1	0	0	1
Resto de tumores (D00-D48)	Menores de 5 años	3	0	0	3	3	0	5	1
	Entre 1 y 4 años	2	0	0	3	2	0	0	1
	Menores de 1 año	1	0	0	0	1	0	5	0

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Subgrupo de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad

En cuanto a las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, se observa que las anemias disminuyeron para el año 2012, mientras en los menores de un año el resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad aumentaron. (Tabla 25)

Tabla 25. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011	Tasas específicas 2012
Anemias (D50-D64)	Menores de 5 años	0,56	0,00	1,13	0,57	0,57	1,70	0,00	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,69	0,00	0,00	0,00	0,71	0,00	0,00	0,0
	Menores de 1 año	0,00	0,00	5,77	2,87	0,00	8,45	0,00	0,0
Resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D65-D89)	Menores de 5 años	0,00	1,13	1,13	0,00	0,00	1,13	0,00	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,00	0,70	0,00	0,00	0,00	1,42	0,00	0,0
	Menores de 1 año	0,00	2,90	5,77	0,00	0,00	0,00	0,00	2,8

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

El número de muertes en la infancia y niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, específicamente las anemias, disminuyeron. El resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad presentaron cero casos en los años 2005, 2008, 2009, 2011; los demás años presentaron hasta 2 casos por año a excepción del 2012 con 1 caso. (Tabla 26)

Tabla 26. Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Anemias (D50-D64)	Menores de 5 años	1	0	2	1	1	3	0	0
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	1	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	2	1	0	3	0	0
Resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D65-D89)	Menores de 5 años	0	2	2	0	0	2	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	2	0	0
	Menores de 1 año	0	1	2	0	0	0	0	1

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012

Subgrupo de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

En cuanto a las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas los eventos allí relacionados para el año 2012 han disminuido (Tabla 27).

Tabla 27. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011	Tasas específicas 2012
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales (E40-E64)	Menores de 5 años	5,6	3,4	4,0	2,3	5,1	2,8	1,7	1,1
	Entre 1 y 4 años	3,5	2,1	1,4	1,4	0,7	2,1	0,7	0,0
	Menores de 1 año	14,5	8,7	14,4	5,7	22,8	5,6	5,6	5,6
Resto de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E34, E65-E88)	Menores de 5 años	2,8	2,8	0,6	2,3	2,3	1,1	2,3	0,0
	Entre 1 y 4 años	2,1	0,7	0,7	0,7	2,1	0,7	0,7	0,0
	Menores de 1 año	5,8	11,6	0,0	8,6	2,8	2,8	8,4	0,0

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

En el número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas se observa una disminución, pasando de 10 casos en el 2005 a 2 casos en el 2012 para la desnutrición y otras deficiencias nutricionales. El resto de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas permanecieron con hasta cinco casos, exceptuando el 2007 y 2010, con uno y dos casos respectivamente. (Tabla 28)

Tabla 28. Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales (E40-E64)	Menores de 5 años	10	6	7	4	9	5	3	2
	Entre 1 y 4 años	5	3	2	2	1	3	1	0
	Menores de 1 año	5	3	5	2	8	2	2	2
Resto de	Menores de 5 años	5	5	1	4	4	2	4	0

enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E34, E65-E88)	Entre 1 y 4 años	3	1	1	1	3	1	1	
	Menores de 1 año	2	4	0	3	1	1	3	0

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Subgrupo de las enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

Las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del oído y de la apófisis mastoides presentaron una disminución, en el caso de meningitis, en menores de 1 año en los años 2007 2009, 2011 con tasas específicas menores de 3.0, en contraste con los demás años con tasas específicas entre 5,6 y 11,6. El resto de enfermedades del sistema nervioso han presentado una tendencia al aumento en los menores de cinco años, y en mayor proporción en los menores de un año. (Tabla 29)

Tabla 29. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011	Tasas específicas 2012
Meningitis (G00-G03)	Menores de 5 años	2,8	2,8	0,6	2,3	1,1	1,7	0,6	2,3
	Entre 1 y 4 años	1,4	0,7	0,0	0,7	0,7	0,7	0,0	0,7
	Menores de 1 año	8,7	11,6	2,9	8,6	2,8	5,6	2,8	8,4
Resto de enfermedades del sistema nervioso (G04-G98)	Menores de 5 años	4,5	5,1	6,8	4,0	6,2	5,1	9,6	5,1
	Entre 1 y 4 años	2,8	2,1	5,6	2,8	4,2	3,5	8,5	4,3
	Menores de 1 año	11,6	17,4	11,5	8,6	14,2	11,3	14,0	8,4

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

En relación al número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, al comparar los casos entre el 2005 y 2012 ocurren principalmente en menores de 1 año, con descenso en 2007, 2009 y 2011. Se observó un incremento en el resto de enfermedades del sistema nervioso en los menores de cinco años (Tabla 30)

Tabla 30. Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Meningitis (G00-G03)	Menores de 5 años	5	5	1	4	2	3	1	4
	Entre 1 y 4 años	2	1	0	1	1	1	0	1
	Menores de 1 año	3	4	1	3	1	2	1	3
Resto de enfermedades del sistema nervioso (G04-G98)	Menores de 5 años	8	9	12	7	11	9	17	9
	Entre 1 y 4 años	4	3	8	4	6	5	12	6
	Menores de 1 año	4	6	4	3	5	4	5	3

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Subgrupo de las enfermedades del sistema respiratorio

En las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por Neumonías, en el periodo 2005-2012, se observa una tendencia a la disminución en los mayores de 1 año, teniendo en el 2010 su punto más bajo, en contraste a los menores de 1 año donde aumentó un 19% en el año 2012 con respecto al 2005. En los años 2009 y 2010 se presentaron menores tasas específicas para las Neumonías con respecto al periodo analizado. Con respecto a otras enfermedades respiratorias agudas y el resto de enfermedades del sistema respiratorio se observó una disminución sostenida en los diferentes grupos de edad entre los años 2005-2012. (Tabla 31)

Tabla 31. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema respiratorio. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011	Tasas específicas 2012
Neumonía (J12-J18)	Menores de 5 años	15,7	19,1	15,8	13,6	9,1	7,9	13,0	15,9
	Entre 1 y 4 años	6,9	10,5	6,3	5,6	5,0	1,4	3,5	3,6
	Menores de 1 año	52,3	55,0	54,8	45,9	25,6	33,8	50,4	64,3

Otras infecciones respiratorias agudas (J00-J11, J20-J22)	Menores de 5 años	0,6	0,0	1,7	1,1	1,1	1,1	2,3	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0
	Menores de 1 año	2,9	0,0	8,7	5,7	5,7	2,8	11,2	2,8
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J98)	Menores de 5 años	6,7	6,2	5,6	10,8	7,9	6,2	5,1	5,1
	Entre 1 y 4 años	2,1	0,0	2,8	2,1	4,2	2,1	3,5	2,1
	Menores de 1 año	26,2	31,9	17,3	45,9	22,8	22,5	11,2	16,8

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

En las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por Neumonías en el periodo 2005-2012 se observó una tendencia a la disminución en los mayores de 1 año, teniendo en el 2010 su punto más bajo, en contraste a los menores de 1 año donde aumentó un 19% en el año 2012 con respecto al 2005. En los años 2009 y 2010 se presentaron menores tasas específicas para las Neumonías con respecto al periodo analizado. Con respecto a otras enfermedades respiratorias agudas y el resto de enfermedades del sistema respiratorio se observó una disminución sostenida en los diferentes grupos de edad entre los años 2005-2012. (Tabla 32)

Tabla 32. Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema respiratorio. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Neumonía (J12-J18)	Menores de 5 años	28	34	28	24	16	14	23	28
	Entre 1 y 4 años	10	15	9	8	7	2	5	5
	Menores de 1 año	18	19	19	16	9	12	18	23
Otras infecciones respiratorias agudas (J00-J11, J20-J22)	Menores de 5 años	1	0	3	2	2	2	4	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	1	0	
	Menores de 1 año	1	0	3	2	2	1	4	1
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J98)	Menores de 5 años	12	11	10	19	14	11	9	9
	Entre 1 y 4 años	3	0	4	3	6	3	5	3
	Menores de 1 año	9	11	6	16	8	8	4	6

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Subgrupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En relación a las tasas específicas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal se observó que las hipoxias intrauterinas y asfixias del nacimiento aumentaron con respecto al año 2005 en un 39% y en un 21% otras afecciones del recién nacido. Llama la atención la reducción en un 93% de la tasa de mortalidad por sepsis bacteriana del recién nacido y dificultad respiratoria del recién nacido; esto posiblemente se pueda atribuir a la cobertura de unidades de cuidado neonatal de instituciones de nivel tres en el municipio de Cali. (Tabla 33)

Tabla 33. Tasas específicas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011	Tasas específicas 2012
Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (P00-P04)									
	Menores de 1 año	75,6	89,8	112,5	106,2	56,9	64,8	56,0	67,1
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08)									
	Menores de 1 año	32,0	8,7	14,4	17,2	8,5	16,9	22,4	2,8
Traumatismo del nacimiento (P10-P15)									
	Menores de 1 año	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento (P20-P21)									
	Menores de 1 año	20,3	2,9	5,8	28,7	11,4	8,4	16,8	33,5
Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)									
	Menores de 1 año	127,9	92,7	135,5	140,6	122,3	112,6	114,8	8,4

Neumonía congénita (P23)	Menores de 1 año	17,4	26,1	8,7	25,8	11,4	16,9	14,0	16,8
Otras afecciones respiratorias del recién nacido (P24-P28)	Menores de 1 año	63,9	69,5	66,3	54,5	45,5	16,9	50,4	81,0
Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	Menores de 1 año	75,6	75,3	98,1	51,6	34,1	47,9	39,2	5,6
Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve (P38)	Menores de 1 año	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P50-P61)	Menores de 1 año	32,0	40,6	43,3	31,6	45,5	22,5	19,6	25,2
Resto de afecciones perinatales (P29, P35, P37, P39, P70-P96)	Menores de 1 año	87,2	78,2	75,0	149,2	85,3	70,4	72,8	92,2

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

En cuanto al número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal se observó que otras afecciones respiratorias del recién nacido durante el año 2012 aumentaron siete casos con respecto al año 2005 y la hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento, en cinco casos. Es de resaltar que solo se presentó un caso de traumatismo del nacimiento en el 2007; la dificultad respiratoria del recién nacido y la sepsis bacteriana pasaron de 44 y 26 casos respectivamente en el 2005 a 3 y 2 casos respectivamente en el 2012. (Tabla 34)

Tabla 34. Número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (P00-P04)	Menores de 1 año	26	31	39	37	20	23	20	24
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08)	Menores de 1 año	11	3	5	6	3	6	8	1
Traumatismo del nacimiento (P10-P15)	Menores de 1 año	0	0	1	0	0	0	0	0
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento (P20-P21)	Menores de 1 año	7	1	2	10	4	3	6	12
Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	Menores de 1 año	44	32	47	49	43	40	41	3
Neumonía congénita (P23)	Menores de 1 año	6	9	3	9	4	6	5	6
Otras afecciones respiratorias del recién nacido (P24-P28)	Menores de 1 año	22	24	23	19	16	6	18	29
Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	Menores de 1 año	26	26	34	18	12	17	14	2
Onfalitis del recién nacido con o sin	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	1	0	0

hemorragia leve (P38)									
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P50-P61)	Menores de 1 año	11	14	15	11	16	8	7	9
Resto de afecciones perinatales (P29, P35, P37, P39, P70-P96)									
Menores de 1 año	30	27	26	52	30	25	26	33	

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Subgrupo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Con relación a las tasas específicas de mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas se observó un aumento en el hidrocéfalo congénito y espina bífida, las malformaciones congénitas del corazón y otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio en los diferentes grupos de edad para el año 2012 con respecto al año 2005. Con respecto al Síndrome de Down se observó una disminución en el periodo estudiado (Tabla 35).

Tabla 35. Tasas específicas de mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011	Tasas específicas 2012
Hidrocéfalo congénito y espina bífida (Q03,Q05)	Menores de 5 años	2,8	1,7	1,1	1,7	3,4	4,5	2,3	4,5
	Entre 1 y 4 años	1,4	1,4	0,0	0,0	0,7	0,7	0,0	2,1
	Menores de 1 año	8,7	2,9	5,8	8,6	14,2	19,7	11,2	14,0
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q02, Q04, Q06-Q07)	Menores de 5 años	2,8	3,4	4,0	3,4	1,7	5,7	1,7	2,8
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	2,8
	Menores de 1 año	14,5	14,5	20,2	17,2	8,5	28,2	2,8	2,8
Malformaciones	Menores de 5 años	17,9	29,3	20,9	25,5	19,3	30,0	21,0	23,2

congénitas del corazón (Q20-Q24)	Entre 1 y 4 años	4,2	4,9	2,8	0,7	3,5	5,7	3,5	7,1
	Menores de 1 año	75,6	130,4	95,2	126,2	82,5	126,7	89,6	86,6
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q25-Q28)	Menores de 5 años	6,2	7,9	8,5	13,0	11,3	12,5	6,8	13,6
	Entre 1 y 4 años	1,4	0,7	1,4	0,7	0,0	1,4	0,0	2,1
	Menores de 1 año	26,2	37,7	37,5	63,1	56,9	56,3	33,6	58,7
Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas (Q90-Q99)	Menores de 5 años	1,7	1,7	4,0	2,8	0,0	1,1	0,6	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	8,7	8,7	17,3	14,3	0,0	5,6	2,8	2,8
Otras malformaciones congénitas (Q30-Q89)	Menores de 5 años	14,6	26,4	19,2	21,5	9,1	15,9	15,9	13,6
	Entre 1 y 4 años	2,1	0,0	0,0	1,4	0,7	0,0	1,4	0,7
	Menores de 1 año	66,8	136,1	98,1	103,3	42,7	78,8	72,8	64,3

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

En cuanto al número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas se observó un aumento en las causas de hidrocéfalo congénito y espina bífida, las malformaciones congénitas del corazón y otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio en los diferentes grupos de edad para el año 2012 con respecto al año 2005. (Tabla 36)

Tabla 36. Número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Hidrocéfalo congénito y espina bífida (Q03,Q05)	Menores de 5 años	5	3	2	3	6	8	4	8
	Entre 1 y 4 años	2	2	0	0	1	1	0	3
	Menores de 1 año	3	1	2	3	5	7	4	5
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q02, Q04, Q06-Q07)	Menores de 5 años	5	6	7	6	3	10	3	5
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	0	2	4
	Menores de 1 año	5	5	7	6	3	10	1	1

Malformaciones congénitas del corazón (Q20-Q24)	Menores de 5 años	32	52	37	45	34	53	37	41
	Entre 1 y 4 años	6	7	4	1	5	8	5	10
	Menores de 1 año	26	45	33	44	29	45	32	31
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q25-Q28)	Menores de 5 años	11	14	15	23	20	22	12	24
	Entre 1 y 4 años	2	1	2	1	0	2	0	3
	Menores de 1 año	9	13	13	22	20	20	12	21
Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas (Q90-Q99)	Menores de 5 años	3	3	7	5	0	2	1	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	3	3	6	5	0	2	1	1
Otras malformaciones congénitas (Q30-Q89)	Menores de 5 años	26	47	34	38	16	28	28	24
	Entre 1 y 4 años	3	0	0	2	1	0	2	1
	Menores de 1 año	23	47	34	36	15	28	26	23

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Subgrupo de signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

En cuanto a las tasas específicas de mortalidad por signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte, se observó que el síndrome de muerte súbita infantil aumentó en el año 2012 para los menores de un año. (Tabla 37)

Tabla 37. Tasas específicas de mortalidad por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Síndrome de muerte súbita infantil (R95)	Menores de 1 años	0	5,8	0	0	5,7	2,8	0	14
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales	Menores de 5 años	2,8	1,7	0,6	1,7	2,8	4,5	3,4	0,6
	Entre 1 y 4 años	1,4	0,0	0,0	0,7	0,7	1,4	2,8	0,0
	Menores de 1 año	8,7	8,7	2,9	5,7	11,4	16,9	5,6	2,8

clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R94, R96-R99)

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.
Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Al revisar el número de muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte, se observó que el síndrome de muerte súbita infantil pasó de cero casos en el año 2005 a 5 casos en el año 2012. (Tabla 38)

Tabla 38. Número de muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Síndrome de muerte súbita infantil (R95)	Menores de 1 años	0	2	0	0	2	1	0	5
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R94, R96-R99)	Menores de 5 años	5	3	1	3	5	8	6	1
	Entre 1 y 4 años	2	0	0	1	1	2	4	0
	Menores de 1 año	3	3	1	2	4	6	2	1

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.
Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

Subgrupo de causas externas de morbilidad y mortalidad

Al revisar las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por causas externas de morbilidad y mortalidad se observó que todas las demás causas externas para los menores de un año aumentaron en un 48% en el 2012 con respecto al año 2005. (Tabla 39)

Tabla 39. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por causas externas de morbilidad y mortalidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011	Tasas específicas 2012
Accidentes de transporte (V01-V99)	Menores de 5 años	2,8	3,4	3,4	2,3	1,7	1,1	0,6	0,6
	Entre 1 y 4 años	2,8	4,2	4,2	2,8	2,1	1,4	0,7	0,0
	Menores de 1 año	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)	Menores de 5 años	1,1	4,5	1,7	1,7	1,1	1,7	0,6	0,6
	Entre 1 y 4 años	1,4	4,2	1,4	2,1	1,4	2,1	0,7	0,7
	Menores de 1 año	0,0	5,8	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)	Menores de 5 años	1,7	7,9	2,3	1,7	1,7	1,7	1,7	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,7	3,5	0,7	0,7	0,0	0,0	0,7	0,7
	Menores de 1 año	5,8	26,1	8,7	5,7	8,5	8,4	5,6	0,0
Exposición al humo, fuego y llamas (X00-X09)	Menores de 5 años	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (X85-Y09)	Menores de 5 años	2,8	4,5	3,4	1,1	0,0	0,0	1,1	0,6
	Entre 1 y 4 años	2,1	4,2	1,4	0,7	0,0	0,0	1,4	0,7
	Menores de 1 año	5,8	5,8	11,5	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás causas externas (W00-W64, W85-W99, X10-X39, X50-X84, Y10-Y89)	Menores de 5 años	4,5	2,8	3,4	2,3	3,4	2,3	1,1	2,8
	Entre 1 y 4 años	4,9	1,4	2,1	2,8	4,2	1,4	0,7	2,1
	Menores de 1 año	2,9	8,7	8,7	0,0	0,0	5,6	2,8	5,6

Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

En cuanto al número de muertes en la infancia y niñez, por causas externas de morbilidad y mortalidad, se observó que durante el año 2012 se presentaron dos casos de mortalidad por todas las demás causas externas. (Tabla 40)

Tabla 40. Número de muertes en la infancia y niñez, por causas externas de morbilidad y mortalidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2012

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011	No. muertes 2012
Accidentes de transporte (V01-V99)	Menores de 5 años	5	6	6	4	3	2	1	1
	Entre 1 y 4 años	4	6	6	4	3	2	1	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	1
Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)	Menores de 5 años	2	8	3	3	2	3	1	1
	Entre 1 y 4 años	2	6	2	3	2	3	1	1
	Menores de 1 año	0	2	1	0	0	0	0	0
Otros accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)	Menores de 5 años	3	14	4	3	3	3	3	1
	Entre 1 y 4 años	1	5	1	1	0	0	1	1
	Menores de 1 año	2	9	3	2	3	3	2	0
Exposición al humo, fuego y llamas (X00-X09)	Menores de 5 años	0	1	0	1	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	1	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (X85-Y09)	Menores de 5 años	5	8	6	2	0	0	2	1
	Entre 1 y 4 años	3	6	2	1	0	0	2	1
	Menores de 1 año	2	2	4	1	0	0	0	0
Todas las demás causas externas (W00-W64, W85-W99, X10-X39, X50-X84, Y10-Y89)	Menores de 5 años	8	5	6	4	6	4	2	5
	Entre 1 y 4 años	7	2	3	4	6	2	1	3
	Menores de 1 año	1	3	3	0	0	2	1	2

Fuente: SSPM – Cali – Área de Información y Estadística, Año 2012.

2.1.4 Análisis de mortalidad materno – infantil y en la niñez

Mortalidad Materna

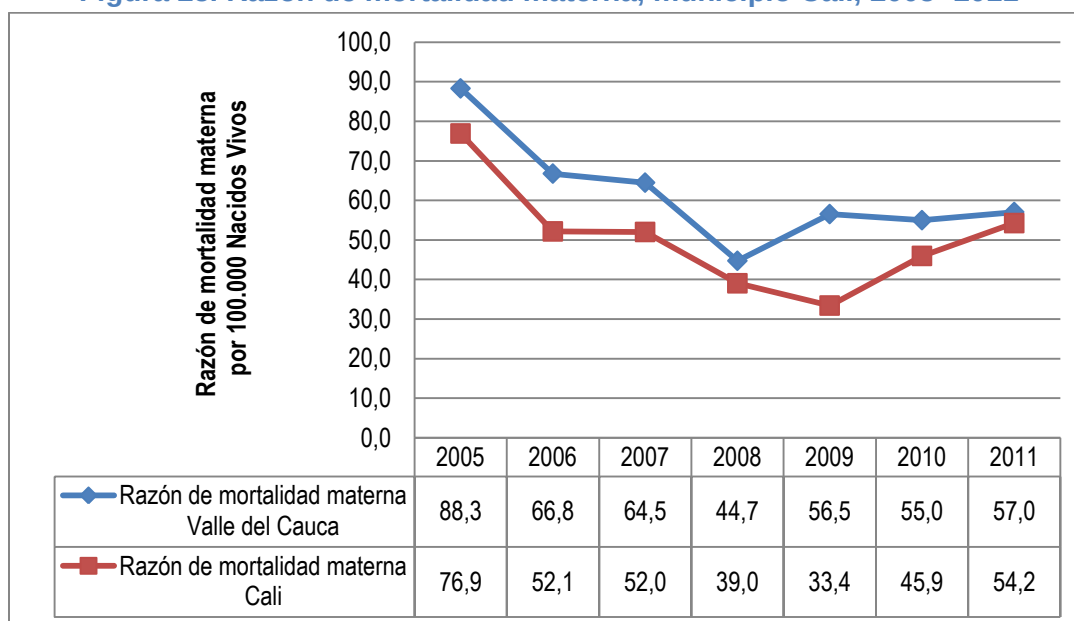
Se define mortalidad materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Una muerte materna es el resultado de una serie de factores que influyen en una mujer durante el proceso de gestación que inicia desde la preconcepción, donde se debe tener en cuenta el estado nutricional, el acceso a servicios de planificación familiar, además durante la gestación se le debe proveer servicios de salud con calidad, acceso a tecnologías en salud y manejo de los riesgos identificados tanto inherentes a la condición física de la gestante como al entorno social.

El municipio de Cali ha trabajado en la identificación e intervención de los factores contribuyentes en la mortalidad materna, lo que le ha permitido intervenir factores tales como ausencia del control prenatal, embarazo en adolescentes, condiciones de vulnerabilidad social, tales como desplazamiento, bajo nivel educativo y económico. Desde hace más de una década ha trabajado en el monitoreo de la calidad de la atención a la gestante, la implementación de sistemas de vigilancia de morbilidad materna extrema y de la vigilancia comunitaria de la maternidad segura y ha fortalecido a partir de capacitaciones el manejo clínico de las gestantes.

Cali ha venido presentando una tendencia hacia la disminución de la mortalidad materna a través de las dos últimas décadas, obteniendo en el año 2009 una razón de 26 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, alcanzando la meta nacional con un cumplimiento del 100%, según el CONPES Social 91. Mejorar la salud materna y el objetivo 5 de desarrollo del milenio que considera como meta reducir la mortalidad materna en Colombia a 45 casos por cada 100.000 nacidos vivos (Figura 25)

Figura 25. Razón de mortalidad materna, municipio Cali, 2005 -2011



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Al comparar la razón de mortalidad materna del municipio de Cali con la del Departamento, esta ha estado por debajo de la meta departamental y de la nacional, sólo en el año 2012 que se presentó un incremento a nivel nacional en la mortalidad materna, superando la meta nacional, sin embargo eso llevó al municipio a declarar la alerta e implementar un plan de choque que para la fecha ha significado una reducción de más del 60% de los casos.

Cabe destacar que el municipio ha disminuido la mortalidad materna por causas directas a un promedio de cuatro por año, y a partir del presente año, se ha trabajado en estrategias para disminuir las causas indirectas, que están relacionadas principalmente con enfermedades preexistentes en las gestantes y su manejo desarticulado con los programas de Salud Sexual y Reproductiva.

Mortalidad Neonatal

La mortalidad neonatal es la que ocurre desde el momento del nacimiento hasta los primeros 28 días e incluye la mortalidad neonatal temprana o precoz que ocurre desde el nacimiento hasta los primeros 6 días de vida, la neonatal tardía de 7 a 28 días. La mortalidad post-neonatal es la que ocurre entre los 29 y 364 días.

En el Municipio de Cali la tasa de mortalidad neonatal tiene una tendencia al descenso en las dos últimas décadas, es así como en 1990 se registró una tasa de 11.7 por 1,000 N.V. y en 1999 de 7.9, lo que representa un descenso de 32.4%. En el 2000 se registró una tasa de 8.5 y en 2009 de 6.4 por 1,000 N.V, lo que representa un descenso de 24.7%. En el 2010 y 2011 se registraron tasas de 6.9 y 6.4 por 1,000 N.V. respectivamente. Lo

anterior indica una reducción en las últimas dos décadas (1990- 2011) de 45.3.0% por cada 1,000 N.V. (Figura 26)

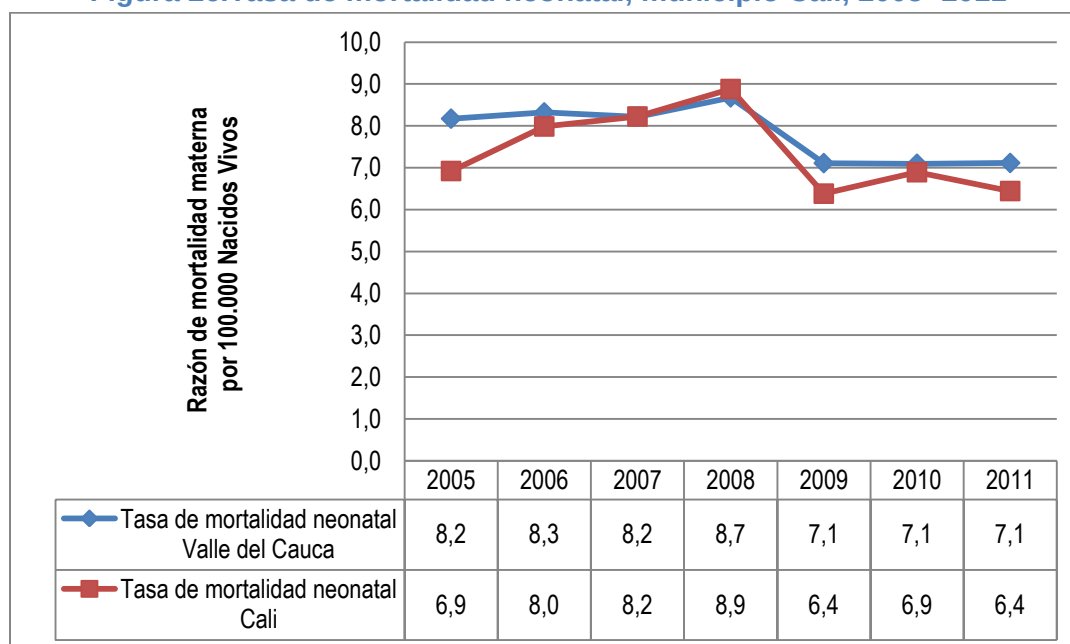
Las causas de esta mortalidad, se deben principalmente a prematuridad, malformaciones, problemas relacionados con el embarazo y el parto, otras causas y las indeterminadas. La reducción en la mortalidad neonatal puede explicarse entre otras razones por la implementación de estrategias para mejorar la salud de la madre y el niño (Atención a la gestante, Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema, Estrategia de Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI, Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI, Coberturas útiles de vacunación en todos los biológicos de Programa Ampliado de Inmunizaciones, mejoría en la cobertura y calidad de la atención prenatal y mejoría de los servicios tecnológicos hospitalarios para la atención del parto y del recién nacido -Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal-).

Sin embargo, es importante anotar que la mortalidad neonatal en Cali representa aproximadamente el 60% de las defunciones en los menores de un año, lo que se ha convertido en una situación preocupante no solo a nivel local, sino nacional y en los países de la región, que requiere de un abordaje integral de las principales causas que la ocasionan relacionadas con intervenciones antes y durante el embarazo, durante y después del parto³²

Al geo-referenciar la información de mortalidad, se encuentra que todas las comunas presentaron casos, pero especialmente se ubican en las comunas del Distrito de Aguablanca, zonas de ladera y centro de la ciudad (SSPM/Cali – Vigilancia Epidemiológica).

³² AIEPI Neonatal Intervenciones basadas en la evidencia, OPS/FCH/CH/09.08.E

Figura 26. Tasa de mortalidad neonatal, municipio Cali, 2005- 2011



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Al comparar las tasas del Municipio de Cali con el Valle del Cauca se encontró que Cali registra tasas por debajo de las del Valle del Cauca en todos los años analizados, exceptuando el 2008.

Al comparar las tasas con Colombia se encuentra que Cali registra tasas más bajas, por cuanto entre 2005 y 2010 el país pasó de una tasa de 15,9 a 12,7 por cada 1.000 nacidos vivos³³ y Cali registró 6,9 en ambos años por cada 1.000 nacidos vivos.

Mortalidad infantil

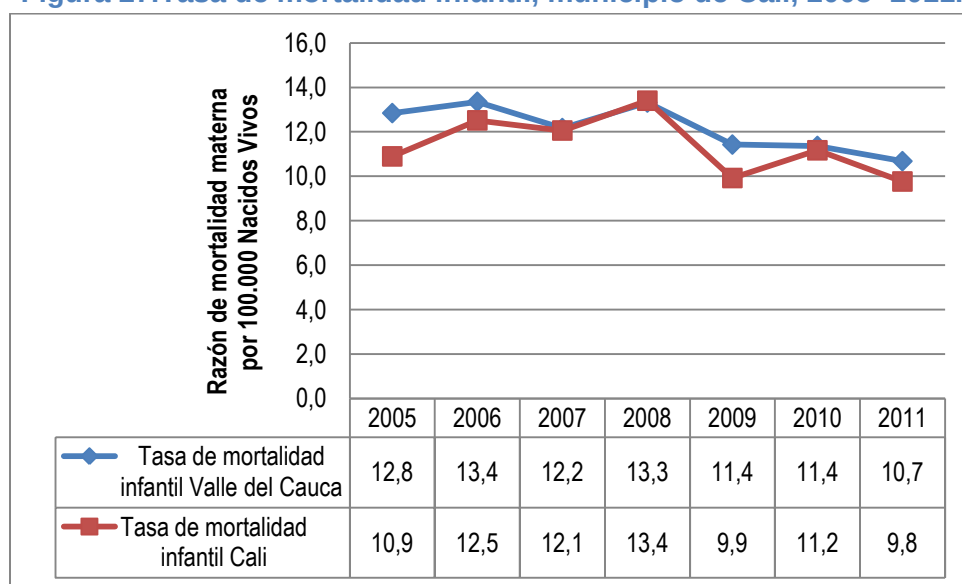
En el Municipio de Cali la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha tenido un marcado descenso en las tres últimas décadas (72%), es así como en 1980 se registró una tasa de 34.9 por 1,000 N.V. y en 1989 de 22.3, lo que representa un descenso de 36.1%. En 1990 se registró una tasa de 19.2 por 1,000 N.V. y en 1999 de 14.2, mostrando un descenso de 26.0%. En el 2000 se registró una tasa de 13.9 por 1,000 N.V. y en el 2009 de 10.1, lo que representa un descenso de 27.3%. En el 2010 el DANE certificó una tasa de 9.4, distinta a la registrada en este documento 10.3 y en el 2011, una tasa de 9.8 por 1,000 N.V. (Figura 27)

Lo anterior puede atribuirse a una disminución contundente de la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias, como las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, acceso y coberturas útiles de vacunación, e inclusión de nuevos biológicos, mejoría en la atención a la gestante durante el control prenatal, parto y atención al recién nacido, además de mejoría en el acceso a agua potable y

³³ DANE y SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010

alcantarillado, especialmente en el área urbana. Lo anterior se refleja en un aumento progresivo de la esperanza de vida al nacer, que refleja la probabilidad de incremento en la duración de la vida, como resultado de una conjugación de factores económicos, sociales y de atención en salud (ASIS, SSPM/Cali, 2011).

Figura 27. Tasa de mortalidad infantil, municipio de Cali, 2005- 2011.



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Al comparar las tasas con Colombia se encuentra que Cali registra tasas más bajas, por cuanto entre 2005 y 2010 el país pasó de una tasa de 15,9 a 12,7 por cada 1.000 nacidos vivos (DANE y SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010) y Cali, de 10,9 a 9,8, por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente (aunque en este documento la tasa de 2010 es de 11,2).

El reto al 2015 es reducir la mortalidad infantil a 7,0 muertes por 1.000 N.V., que es la meta municipal de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, puesto que la meta nacional se alcanzó en el 2002 (14 por 1000 N.V.).

Mortalidad en la niñez

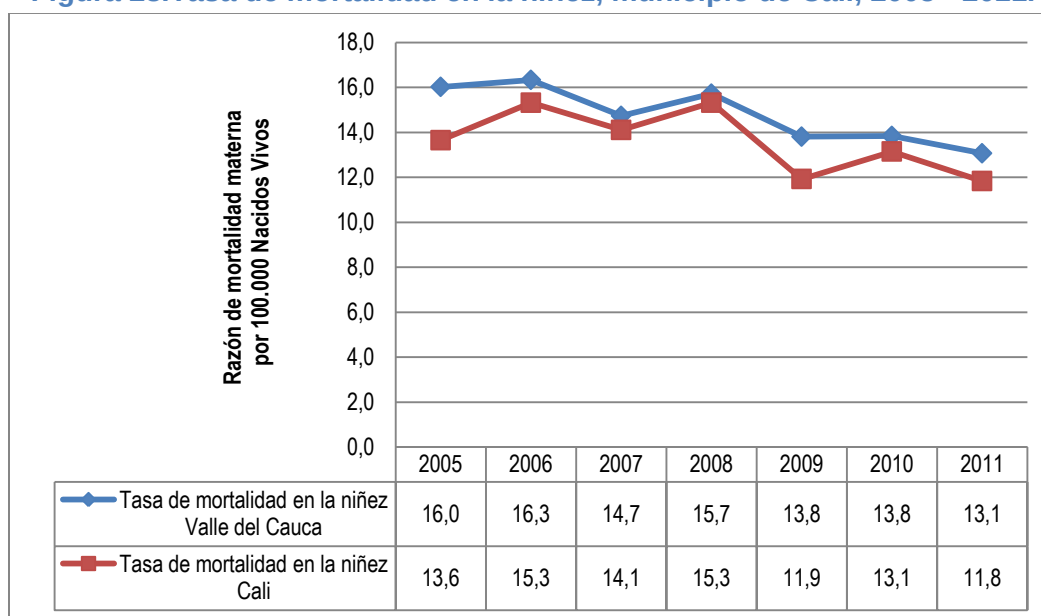
En 1990 el Municipio de Cali registró una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 23,7 muertes por cada 1,000 N.V. y en 1999 de 17,3, lo que representa una disminución de 27,1%. En el 2000, una tasa de 16,7 por 1,000 N.V. y en el 2009, de 12,1, lo que representa una disminución de 27,5%. En el 2010 y 2011 tasas de 13,1 y 11,8 por 1000 nacidos vivos, respectivamente, lo que indica una reducción en las dos décadas (1990-2011) de 50,2%. (Figura 28)

Las razones de este descenso corresponden a las mismas que para la mortalidad infantil, dado que alrededor el 80% de las muertes que en menores de cinco años que se registran en Cali ocurren en el primer año de vida, y de éstas el 60% corresponden a

mortalidad neonatal, entonces las intervenciones y la atención profesional a las madres durante el embarazo, el parto y el puerperio contribuyen en gran medida a la supervivencia del recién nacido.

En cuanto a las principales causas de muerte es importante anotar que corresponden a las mismas del primer año (causas perinatales, malformaciones, neumonías, enfermedades del sistema respiratorio y digestivo, diarrea, sistema nervioso central y deficiencias nutricionales), exceptuando que en los menores de cinco años las leucemias se ubican dentro de las primeras diez causas de muerte, y actualmente son motivo de preocupación desde el Ministerio de Salud/OPS y se trabaja en su detección y tratamiento temprano.

Figura 28. Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de Cali, 2005 - 2011.



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Al comparar las tasas de mortalidad en menores de cinco años del Municipio de Cali, con las del Valle del Cauca, se encuentra que Cali registra tasas más bajas en todos los años analizados.

Al comparar las tasas con Colombia se encuentra que Cali registra tasas más bajas, por cuanto la mortalidad en menores de cinco años del país pasó de 19,4 a 15,6 por 1.000 nacidos vivos entre 2005 y 2010³⁴, mientras que Cali, en el mismo periodo pasó de 13,6 a 13,1 por 1.000 nacidos vivos y en el 2011, continuó bajando, registrando una tasa de 11,8 por 1.000 nacidos vivos.

³⁴ DANE y SISPRO, Cubo de indicadores 2005 a 2010

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

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

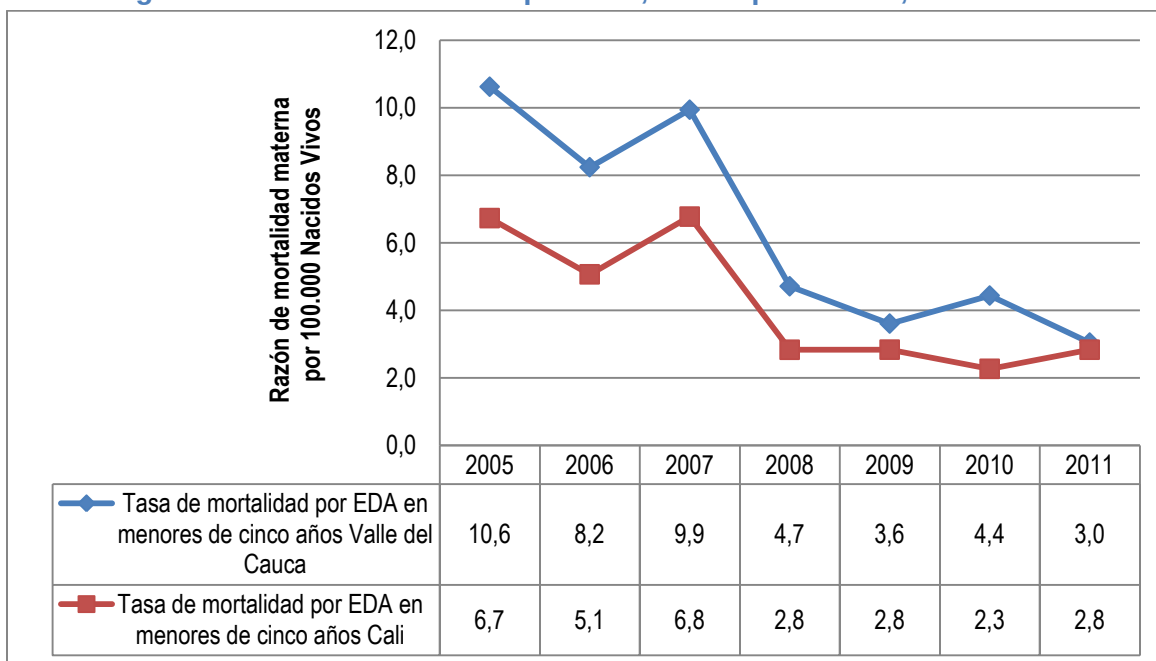
En el Municipio de Cali la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) ha tenido un marcado descenso en las tres últimas décadas. En 1990 se registró una tasa de 51.5 por 100.000 niños y en 1999 de 17.8, lo que representa una disminución de 65.5%. En el 2000 se registró una tasa de 12.4 por 100.000 niños y en el 2009 de 2.27, lo que representa una reducción del 81.7%. En el 2010 se registró una tasa de 3.9 y en el 2011, de 1.1 por 100.000 niños, aunque el SISPRO en este documento reporta 2.8.³⁵ (Figura 29)

El anterior comportamiento puede atribuirse a mejoría en el acceso a servicios y saneamiento básico (agua potable y alcantarillado), especialmente en el área urbana, a la promoción de medidas de prevención como el lavado frecuente de manos con agua y jabón para reducir la transmisión de los gérmenes que ocasionan estas infecciones y a intervenciones costo-efectivas como la terapia de rehidratación oral desde la década de los 90) y a la implementación de la Estrategia AIEPI, que ha contribuido a mejorar las habilidades del personal de salud para tratar estas enfermedades y a promocionar prácticas de salud infantil con madres y actores sociales para mejorar el cuidado de los niños en los hogares y espacios comunitarios, además de las acciones que tradicionalmente desarrollan los equipos de atención primaria en salud. Igualmente la inclusión de la vacuna contra rotavirus, la promoción de la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida y a las acciones de vigilancia epidemiológica, entre otras.

Al geo-referenciar los casos de mortalidad durante el periodo reportado se puede observar que las comunas que conforman el Distrito de Aguablanca, seguidas de las comunas de ladera, presentaron el mayor número de casos. Si bien ha ocurrido un descenso importante de la mortalidad en estos sectores, aún persisten barrios con mayor concentración de casos, que actualmente se han priorizado en la Estrategia “Territorios de Inclusión y Oportunidades – TIO del Plan de Desarrollo de Cali 2012-2015.

³⁵ SSPM/Cali –Vigilancia Epidemiológica

Figura 29. Tasa de mortalidad por EDA, municipio de Cali, 2005- 2011



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Al comparar las tasas del Municipio de Cali con el Valle del Cauca se encuentra que Cali registra tasas más bajas en todos los años analizados.³⁶

Al comparar las tasas con Colombia se encuentra que en el 2010 el país registró 5,2 muertes por cada 100.000 menores de cinco años³⁷, mientras que Cali registró 2,3 muertes por cada 100.000 menores de cinco años.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

En el Municipio de Cali la tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA), registró en 1990 una tasa de 51.0 por 100.000 niños y en 1999 de 21.2, lo que representa una disminución de 58.5%. En el 2000 se registró una tasa de 27.3 por 100.000 niños y en el 2009 de 7.9, lo que representa una reducción del 71%. En el 2010 se registró una tasa de 5.7 y en el 2011 de 6.8 por 100.000 niños, lo anterior indica que la reducción global en el periodo: 1990-2011 es de 86.7%³⁸. (Figura 30)

Lo anterior puede atribuirse a la promoción de medidas de prevención, como el lavado frecuente de manos con agua y jabón para reducir la transmisión de los gérmenes que ocasionan estas infecciones al toser y estornudar sin protección, evitar fumar o utilizar combustibles en el interior de las viviendas, e intervenciones desde los servicios de salud, a la implementación de la Estrategia AIEPI, que ha contribuido a mejorar las habilidades

³⁶ SISPRO, Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011

³⁷ SISPRO, Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011

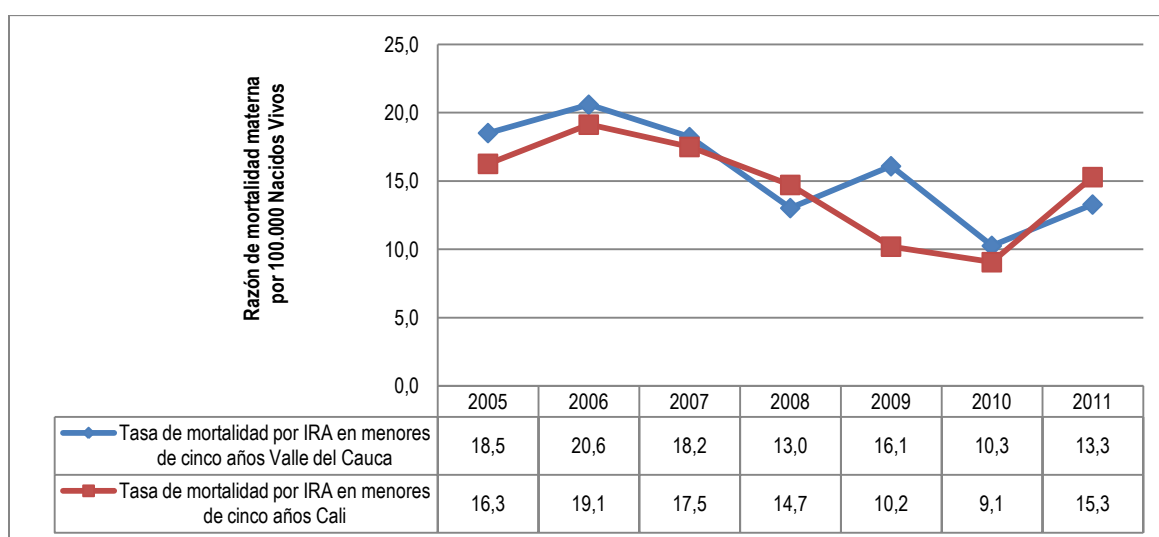
³⁸ SSPM/Cali –Vigilancia Epidemiológica

del personal de salud para tratar estas enfermedades (uso racional de medicamentos y ayudas diagnósticas), y a promocionar prácticas de salud infantil con madres y actores sociales para mejorar el cuidado de los niños en el hogar y espacios comunitarios, además de las acciones que tradicionalmente desarrollan los equipos de atención primaria en salud, a coberturas útiles de vacunación en todos los biológicos, a la promoción de lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida y a las acciones de vigilancia epidemiológica, entre otras.

Es importante resaltar que el 2005, la Secretaría de Salud, con el fin de fortalecer las acciones de control de la mortalidad por neumonía en niños, promueve la inclusión de la vacuna contra neumococo (para prevenir neumonías y meningitis), especialmente en niños con factores de riesgo residentes en comunas de alta vulnerabilidad social y económica, lo que finalmente se concretó en un proyecto piloto local (coordinado por el Dr. Jorge Holguín Ruiz), financiado con recursos municipales y con la participación de las Empresas Sociales del Estado, iniciativa que en noviembre de 2010 fue adoptada por el Ministerio de la Protección Social e incluye este biológico en el esquema nacional del PAI.

Al geo-referenciar los casos de mortalidad durante el periodo reportado, se puede observar que las comunas que conforman el Distrito de Aguablanca, seguidas de las comunas de ladera y norte de la ciudad, presentan el mayor número de casos. Si bien ha ocurrido un descenso importante de la mortalidad en estos sectores, aún persisten barrios con mayor concentración de casos, que actualmente se han priorizado en la Estrategia “Territorios de Inclusión y Oportunidades – TIO del Plan de Desarrollo de Cali 2012-2015.

Figura 30. Tasa de mortalidad por IRA, municipio de Cali, 2005- 2011.



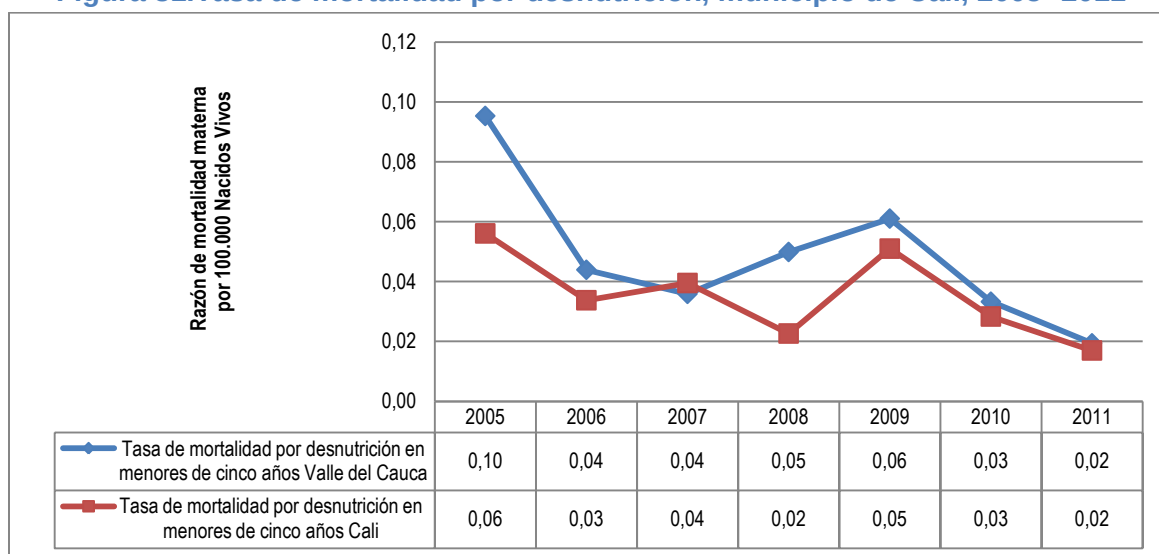
Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Al comparar las tasas del Municipio de Cali con el Valle del Cauca se encuentra que Cali registra tasas más bajas en casi todos los años analizados, exceptuando el 2008 y 2011. Con relación a Colombia, la tasa pasó de 22,8 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en el 2005 a 16,4 en el 2010.³⁹

Mortalidad por desnutrición crónica

Esta mortalidad ha presentado una tendencia al descenso en el periodo 2005 a 2011 con excepción del año 2010. (Figura 31)

Figura 31. Tasa de mortalidad por desnutrición, municipio de Cali, 2005- 2011



Fuente: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011.

Al comparar la tendencia de la mortalidad materno infantil y niñez del municipio de Cali con el departamento, no se observan diferencias estadísticamente significativas, esto posiblemente se deba a que el municipio de Cali representa más del 60% de los casos de mortalidad del departamento, sin embargo es importante destacar que se vienen realizando acciones para disminuir la mortalidad materna e infantil a partir del mejoramiento continuo de la prestación de los servicios, la puesta en marcha de un plan de choque para la reducción de la mortalidad materna, la implementación de la estrategia AIEPI, que involucra a todos los actores del sistema, donde se han implementado estrategias de reducción de las barreras administrativas para las gestantes y niños, pertenecientes al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada, la oferta de valoración del riesgo por parte de especialistas en el nivel primario de atención y se tiene previsto el funcionamiento en todas las instituciones del municipio de Cali, de una plataforma en la Web que permitiría la realización del seguimiento de las gestantes identificadas con factores de riesgo tanto para las instituciones de primer nivel, como por

³⁹ DANE y SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010

las aseguradoras. Se espera que estas acciones incidan en la disminución de la mortalidad neonatal debido a la identificación y manejo de los riesgos en las gestantes.

Finalmente se hace la recomendación de informar al Ministerio de Salud y Protección Social de la incorporación de los resultados del proceso de análisis de información del sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA) de los eventos de interés en salud pública, pues a partir de la aplicación de los protocolos propuestos se ha logrado una clasificación de los casos, que no corresponde con las cifras reportadas por el SISPRO (Tabla 41).

Tabla 41. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de Cali, 2005- 2011

Indicador	Valle del Cauca	Cali	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	Color	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Razón de mortalidad	57,0	54,2	0,9509	0,7286	1,2409		↘	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad neonatal	7,1	6,4	0,9014	0,4154	1,9561		↗	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	11,4	9,8	0,8596	0,4596	1,6078		↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,1	11,8	0,9008	0,5091	1,5937		↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años	13,3	15,3	1,1504	0,6970	1,8987		↗	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años	3,0	2,8	0,9333	0,2893	3,0112		↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por Desnutrición en menores de cinco años	0,0	0,0										

FUENTE: SISPRO – Cubo RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, Años 2005 – 2011

Conclusiones

Durante el periodo 2005 al 2012 las tasas ajustadas por la edad en el municipio han tenido una tendencia al decremento, excepto las relacionadas por grandes causas. En los hombres, la tasa ajustada por la edad se observó una tendencia similar a la general, mientras en las mujeres se observó una tendencia al aumento en los signos y síntomas mal definidos.

De acuerdo a las tasas ajustadas por edad por subgrupos, en el caso de las enfermedades transmisibles, las que presentan mayores tasas de mortalidad son la infección respiratoria, VIH/SIDA y tuberculosis. Las dos primeras son responsables del 70% de esta pérdida. Para las neoplasias, en términos generales la tendencia ha

descendido con excepción de colón y de la unión recto sigmoide, mama, útero, próstata y leucemia, las cuales han presentado incrementos con un comportamiento irregular durante el periodo.

El comportamiento de la mortalidad por el grupo de enfermedades del aparato circulatorio presenta una tendencia a la disminución en casi todas, excepto en las muertes por enfermedades hipertensivas, que se han mantenido en el 14,9 por cien mil habitantes, mientras las afecciones originadas en el periodo perinatal presentan tendencias diferenciales, todas ellas con comportamientos irregulares. Con respecto a las afecciones maternas, se incrementaron las relacionadas con complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento disminuyeron, al igual que las relacionadas con el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y BPN, así como los trastornos respiratorios y la sepsis bacteriana.

En el grupo de causas externas, las agresiones (homicidios) se incrementaron, así como los accidentes que obstruyen la respiración y la exposición a la corriente eléctrica. Los accidentes terrestres disminuyeron, al igual que las caídas, el ahogamiento y sumersión accidental y la exposición al humo, fuego y llamas como también el envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas y las lesiones autoinflingidas intencionalmente. Finalmente los accidentes por disparo de arma de fuego disminuyeron a cero en el año 2012.

En relación a la mortalidad infantil, durante el período 2005 a 2012, se observó una tendencia hacia la disminución en la mayoría de los eventos, a excepción de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las cuales para todos los grupos de edad aumentaron, siendo más notorio el incremento en el grupo entre uno y cuatro años (39%) y en el caso de los tumores en los menores de un año y los menores de cinco años (65%).

En el periodo entre 2005 a 2012, en el municipio, la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal se observó una tendencia a la disminución, al igual que la tasa de mortalidad por IRA y EDA en menores de cinco años.

Al comparar los indicadores del municipio con los del departamento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

2.2 Análisis de la morbilidad

Se realizó un análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes información que corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de dato de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – SIVIGILA, entre otras.

2.2.1 Principales causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

Morbilidad atendida

Las causas transmisibles continúan siendo de gran importancia en la demanda de consulta médica en el periodo 2005-2012. Dos de estas, enfermedades infecciosas y parasitarias (novenio lugar) y las infecciones de piel y tejido celular subcutáneo (11 lugar) se encuentran entre las primeras 20 causas de morbilidad registrada en el municipio en este periodo (Tabla 34).

Tabla 34 .Principales causas de morbilidad. Santiago de Cali 2009 – 2012

Grupo de códigos CIE10	Descripción del Capítulo CIE10	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	2 - CONFIRMADO NUEVO	3 - CONFIRMADO REPETIDO	TOTAL	%
(Z00-Z99)	XXI. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	138188	62686	47979	248853	17,4
(K00-K93)	XI. Enfermedades del sistema digestivo	85640	77809	15166	178615	12,5
(I00-I99)	IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio	52880	10324	66672	129876	9,1
(R00-R99)	XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	89894	22879	11596	124369	8,7
(M00-M99)	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	76316	22069	21268	119653	8,4
(N00-N99)	XIV. Enfermedades del Sistema genitourinario	61334	20844	22079	104257	7,3
(J00-J99)	X. Enfermedades del sistema respiratorio	64459	18835	11808	95102	6,6
(E00-E90)	IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	37224	13662	38764	89650	6,3
(A00-B99)	I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	44528	13106	5676	63310	4,4
(S00-T98)	XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas	29142	12855	8172	50169	3,5

	externas					
(L00-L99)	XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	31423	8849	6545	46817	3,3
(H00-H59)	VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	29881	9233	6640	45754	3,2
(H60-H95)	VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	18257	6242	4126	28625	2,0
(F00-F99)	V. Trastornos mentales y del comportamiento	15459	5341	7262	28062	2,0
(G00-G99)	VI. Enfermedades del sistema nervioso	16933	4227	6722	27882	1,9
(C00-D49)	II. Tumores [Neoplasias]	10760	4169	8711	23640	1,7
(O00-O99)	XV. Embarazo, parto y puerperio	4809	2961	2531	10301	0,7
(D50-D89)	III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	3564	1412	1819	6795	0,5
(Q00-Q99)	XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2437	825	1460	4722	0,3
(V01-Y98)	XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	2334	686	829	3849	0,3
(P00-P96)	XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	443	260	358	1061	0,1
	TOTAL	815905	319274	296183	1431362	100,0

Fuente: CUBORIPS. SISPRO. Min. Salud. Cali. Año 2012.

Las enfermedades no transmisibles ocupan en todos los años las primeras causas de morbilidad por grupos de causas seguidas de las condiciones transmisibles y nutricionales mientras las condiciones mal clasificadas ocupan un tercer lugar. En puntos porcentuales las condiciones transmisibles y nutricionales junto con las condiciones maternas perinatales tuvieron un decremento entre 2011 y 2012 mientras el resto de las causas presentó incremento. (Tabla No. 35)

Tabla 35 .Causas de morbilidad por grupo causas. Santiago de Cali I 2009 – 2012

Grupo de Causas /Año	2009		2010		2011		2012		Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Condiciones transmisibles y nutricionales	227806	19,7	174273	16,3	231322	15,3	232436	14,4	-0,9
Condiciones maternas perinatales	23743	2,1	17149	1,6	23479	1,5	22595	1,4	-0,1
Enfermedades no transmisibles	695741	60,3	689315	64,4	992991	65,8	1073784	66,7	0,9
Lesiones	64868	5,6	57252	5,3	80948	5,3	90018	5,6	0,3
Condiciones mal clasificadas	141546	12,3	132915	12,4	178590	11,8	191591	11,9	0,1
Total	1153704	100,0	1070904	100,0	1507330	100,0	1610424	100,0	

Fuente: CUBORIPS. SISPRO. Min. Salud. Cali. Año 2012.

La información de morbilidad por ciclo vital evidencia en el caso de la primera infancia como más frecuentes las afecciones relacionadas con enfermedades trasmisibles y nutricionales, seguida de las no trasmisibles y con menor frecuencia las maternos perinatales durante todo el periodo mientras en la infancia y adolescencia el primer lugar lo ocupan las enfermedades no trasmisibles seguidas de las trasmisibles y nutricionales mientras con menor frecuencia se presentan las condiciones materno perinatales.

En la población joven el comportamiento es similar a las de la población infante y adolescente mientras en la adultez en primer lugar aparecen las enfermedades no trasmisibles seguidas por las condiciones mal clasificadas y con menor frecuencia las relacionadas con condiciones materno perinatales. En la población de personas mayores este comportamiento es similar para las enfermedades trasmisibles y nutricionales junto con las mal clasificadas mientras las menos frecuentes son las lesiones.

Entre el año 2011 y 2012 en la población de primera infancia los puntos porcentuales permanecieron iguales todas las grandes causas excepto las enfermedades trasmisibles que se incrementaron; en la población infantil y adolescencia disminuyeron todas las enfermedades excepto las no trasmisibles que se incrementaron. En la juventud aumentaron las enfermedades no trasmisibles, las lesiones y las condiciones mal clasificadas mientras el resto disminuyo; en el caso de la población en adultez aumentaron lesiones y las condiciones mal clasificadas y disminuyeron las no trasmisibles el resto permaneció igual; en la población mayor de 60 años se incrementaron todas las causas excepto las enfermedades no trasmisibles que disminuyeron. (Tabla No. 36)

Tabla 36. Principales causas de morbilidad por ciclo vital, Cali años 2009 a 2012.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009		2010		2011		2012		Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	406.677	87,6	325.607	86,4	427.629	85,9	429.305	87,2	1,3
	Condiciones materno perinatales	2.535	0,5	1.895	0,5	3.124	0,6	2.542	0,5	-0,1
	Enfermedades no transmisibles	30.325	6,5	27.991	7,4	38.549	7,7	34.002	6,9	-0,8
	Lesiones	7.229	1,6	5.573	1,5	7.690	1,5	6.899	1,4	-0,1
	Condiciones mal clasificadas	17.418	3,8	15.662	4,2	20.882	4,2	19.362	3,9	-0,3
	SUBTOTAL	464.184	100,0	376.728	100,0	497.874	100,0	492.110	100,0	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22.752	33,7	16.499	28,7	21.151	27,7	19.309	25,5	-2,2
	Condiciones materno perinatales	1.088	1,6	532	0,9	431	0,6	127	0,2	-0,4
	Enfermedades no transmisibles	26.432	39,1	25.926	45,1	36.308	47,6	37.939	50,0	2,4
	Lesiones	5.204	7,7	4.198	7,3	5.542	7,3	5.466	7,2	-0,1
	Condiciones mal clasificadas	12.069	17,9	10.324	18,0	12.854	16,8	12.973	17,1	0,3
	SUBTOTAL	67.545	100,0	57.479	100,0	76.286	100,0	75.814	100,0	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19.658	25,6	15.069	21,7	19.171	20,4	17.754	18,9	-1,5
	Condiciones materno perinatales	2.968	3,9	2.298	3,3	2.934	3,1	2.798	3,0	-0,1
	Enfermedades no transmisibles	34.782	45,2	34.794	50,2	48.498	51,6	49.850	53,1	1,5
	Lesiones	6.392	8,3	5.555	8,0	8.125	8,7	8.043	8,6	-0,1
	Condiciones mal clasificadas	13.098	17,0	11.576	16,7	15.194	16,2	15.372	16,4	0,2
	SUBTOTAL	76.898	100,0	69.292	100,0	93.922	100,0	93.817	100,0	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	40.275	24,5	29.398	21,2	38.261	20,1	38.892	19,7	-0,4

	Condiciones materno perinatales	9.706	5,9	7.511	5,4	10.192	5,4	10.381	5,3	-0,1
	Enfermedades no transmisibles	72.860	44,4	67.862	48,9	94.764	49,8	98.948	50,1	0,3
	Lesiones	13.408	8,2	10.715	7,7	16.256	8,5	16.923	8,6	0,1
	Condiciones mal clasificadas	27.890	17,0	23.433	16,9	30.849	16,2	32.324	16,4	0,2
	SUBTOTAL	164.139	100,0	138.919	100,0	190.322	100,0	197.468	100,0	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	78.035	20,1	60.886	16,9	77.534	16,1	83.873	16,1	0,0
	Condiciones materno perinatales	9.081	2,3	6.502	1,8	8.572	1,8	9.543	1,8	0,0
	Enfermedades no transmisibles	205.997	53,1	207.562	57,8	282.119	58,6	301.787	57,8	-0,8
	Lesiones	29.297	7,6	25.233	7,0	34.697	7,2	39.862	7,6	0,4
	Condiciones mal clasificadas	65.214	16,8	59.212	16,5	78.834	16,4	87.119	16,7	0,3
	SUBTOTAL	387.624	100,0	359.395	100,0	481.756	100,0	522.184	100,0	
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13.364	12,9	17.081	11,6	23.372	10,9	25.953	11,2	0,3
	Enfermedades no transmisibles	66.982	64,7	99.254	67,3	145.677	67,7	151.136	65,2	-2,5
	Lesiones	7.594	7,3	9.751	6,6	14.280	6,6	18.130	7,8	1,2
	Condiciones mal clasificadas	15.650	15,1	21.479	14,6	31.755	14,8	36.724	15,8	1,0
	SUBTOTAL	103.590	100,0	147.565	100,0	215.084	100,0	231.943	100,0	

Fuente: SISPRO. Min. Salud. Cali. Año 2012.

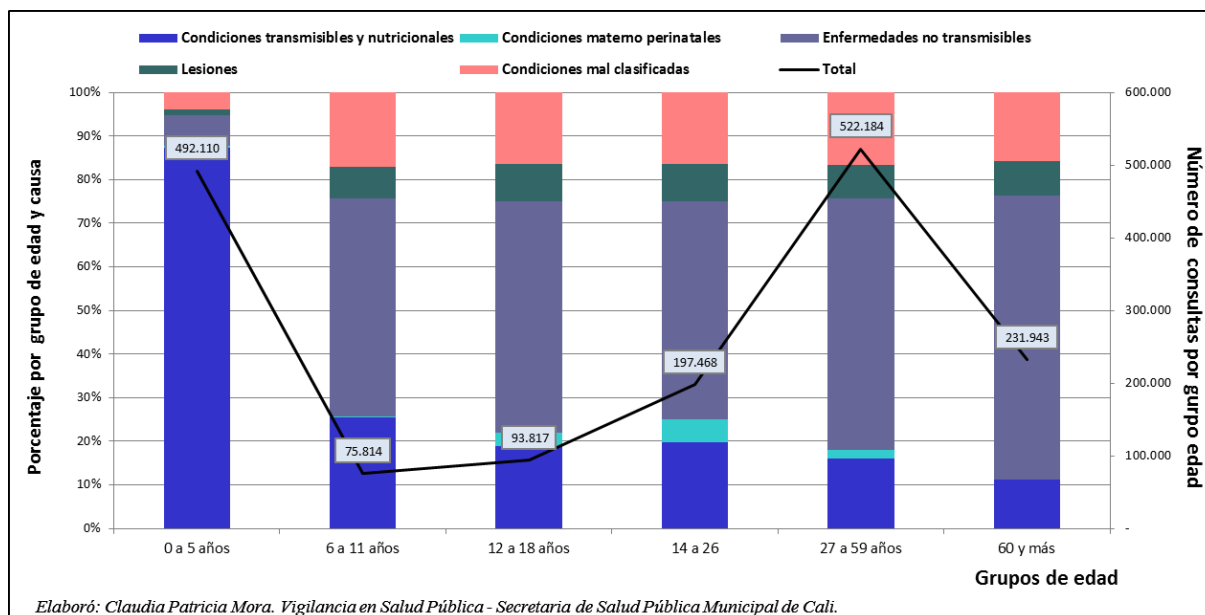
Como se evidencia para la primera infancia la mayor proporción de patologías tienen que ver con condiciones transmisibles y nutricionales, pese a que la mortalidad en la niñez está disminuyendo las infecciones del sistema respiratorio y las enfermedades diarreicas son las dos principales causas de morbilidad entre los pequeños, a esta problemática se le debe sumar las deficiencias nutricionales que presenta este grupo poblacional, debido posiblemente a falta de lactancia materna exclusiva, aporte nutricional apropiado y condiciones socio ambientales adecuadas.

En la población adolescente y joven llama la atención la alta proporción de enfermedades no transmisibles, las cuales están asociadas a los comportamientos que se establecen durante la adolescencia, incluyendo el uso nocivo del alcohol, el uso del tabaco, una vida

sedentaria, y una dieta no sana, y estas conductas afectan en forma desproporcionada a los sectores más pobres, más vulnerables y menos educados.

La figura No. 20 presenta la distribución de morbilidad atendida por grupo y usas para ambos sexos en el municipio, el mayor volumen corresponde al grupo de 27 a 59 años seguido por la población menor de cinco años.

Figura No. 20. Distribución de morbilidad atendida por grupo de edad y causas. Ambos Sexos. Cali año 2012.



Fuente: SISPRO. Min. Salud. Cali. Año 2012.

Principales causas de morbilidad en hombres

La información de morbilidad por ciclo vital en los hombres evidencia en el caso de la primera infancia como más frecuentes las afecciones relacionadas con enfermedades trasmisibles y nutricionales, seguida de las no trasmisibles y con menor frecuencia las maternos perinatales durante todo el periodo mientras en la infancia y adolescencia el primer lugar lo ocupan las enfermedades no trasmisibles seguidas de las trasmisibles y nutricionales mientras con menor frecuencia se presentan las lesiones.

En la población joven el comportamiento es similar a las de la población infante y adolescente mientras en la adultez en primer lugar aparecen las enfermedades no trasmisibles seguidas por las condiciones mal clasificadas y con menor frecuencia las relacionadas con lesiones. En la población de personas mayores este comportamiento es similar para las enfermedades trasmisibles y nutricionales junto con las mal clasificadas mientras las menos frecuentes son las lesiones.

Entre el año 2011 y 2012 en la población de primera infancia los puntos porcentuales permanecieron iguales en todas las grandes causas excepto las enfermedades transmisibles que se incremento junto con condiciones mal clasificadas. En la población infantil y adolescencia disminuyeron las enfermedades transmisibles y aumentaron las no transmisibles junto con las condiciones mal clasificadas. En la juventud aumentaron las enfermedades no transmisibles y disminuyeron las lesiones mientras en la adultez aumentaron las condiciones mal clasificadas y disminuyeron las no transmisibles; en la población mayor de 60 años disminuyeron las no transmisibles, las lesiones y las condiciones mal clasificadas.(Tabla No. 37)

Tabla 37. Principales causas de morbilidad en hombres por ciclo vital. Santiago de Cali. 2009 – 2012

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009		2010		2011		2012		Cambio en puntos porcentuales 2011 – 2012
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19045	38,0	15563	36,0	21930	36,0	18829	35,0	1,0
	Condiciones materno perinatales	1001	2,0	890	2,0	1403	2,0	1393	2,0	0,0
	Enfermedades no transmisibles	16025	32,0	14970	34,0	20559	34,0	18274	34,0	0,0
	Lesiones	4017	8,0	3155	7,0	4383	7,0	3840	7,0	0,0
	Condiciones mal clasificadas	9070	18,0	8195	19,0	11033	18,0	10188	19,0	1,0
	SUBTOTAL	49158	100,0	42773	100,0	59308	100,0	52524	100,0	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11578	34,0	8233	28,0	10615	27,0	9680	25,0	-2,0
	Enfermedades no transmisibles	13197	39,0	12968	44,0	18358	47,0	19272	50,0	3,0
	Lesiones	3043	9,0	2503	8,0	3240	8,0	3176	8,0	0,0
	Condiciones mal clasificadas	5970	17,0	5146	17,0	6364	16,0	6357	16,0	0,0

	SUBTOTAL	33788	100,0	28850	100,0	38577	100,0	38485	100,0	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9335	27,0	7008	23,0	8853	21,0	8256	19,0	-2,0
	Enfermedades no transmisibles	14573	43,0	14458	48,0	20707	50,0	21883	52,0	2,0
	Lesiones	4071	12,0	3475	11,0	5272	12,0	5075	12,0	0,0
	Condiciones mal clasificadas	5365	16,0	4770	16,0	6096	14,0	6348	15,0	1,0
	SUBTOTAL	33344	100,0	29711	100,0	40928	100,0	41562	100,0	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16812	27,0	11878	23,0	15528	21,0	16176	21,0	0,0
	Enfermedades no transmisibles	26338	43,0	24066	47,0	35395	49,0	37940	50,0	1,0
	Lesiones	8069	13,0	6427	12,0	10188	14,0	10170	13,0	-1,0
	Condiciones mal clasificadas	9258	15,0	7902	15,0	10261	14,0	10940	14,0	0,0
	SUBTOTAL	60477	100,0	50273	100,0	71372	100,0	75226	100,0	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30662	21,0	22484	17,0	28582	16,0	32156	16,0	0,0
	Enfermedades no transmisibles	76640	52,0	73868	57,0	100456	58,0	110648	57,0	-1,0
	Lesiones	15731	10,0	12917	10,0	18128	10,0	19786	10,0	0,0
	Condiciones mal clasificadas	22248	15,0	19638	15,0	25937	14,0	29122	15,0	1,0
	SUBTOTAL	145281	100,0	128907	100,0	173103	100,0	191712	100,0	
Persona mayor (> 60)	Condiciones transmisibles	4821	12,0	6078	10,0	8450	10,0	9407	10,0	0,0

años)	y nutricionales									
	Enfermedades no transmisibles	26121	65,0	38438	68,0	56991	68,0	59824	66,0	-2,0
	Lesiones	2918	7,0	3584	6,0	5407	6,0	6824	7,0	1,0
	Condiciones mal clasificadas	5989	15,0	8281	14,0	12325	14,0	14286	15,0	1,0
	SUBTOTAL	39849	100,0	56381	100,0	83173	100,0	90341	100,0	

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud. Años 2009 - 2012

La información de morbilidad por ciclo vital evidencia en el caso de la primera infancia como más frecuentes las afecciones relacionadas con enfermedades transmisibles y nutricionales, seguida de las no transmisibles y con menor frecuencia las maternos perinatales durante todo el periodo mientras en la infancia y adolescencia el primer lugar lo ocupan las enfermedades no transmisibles seguidas de las transmisibles y nutricionales mientras con menor frecuencia se presentan las condiciones materno perinatales.

En la población joven el comportamiento es similar a las de la población infante y adolescente mientras en la adultez en primer lugar aparecen las enfermedades no transmisibles seguidas por las condiciones mal clasificadas y con menor frecuencia las relacionadas con condiciones materno perinatales. En la población de personas mayores este comportamiento es similar para las enfermedades transmisibles y nutricionales junto con las mal clasificadas mientras las menos frecuentes son las lesiones.

Principales causas de morbilidad en mujeres

Para las mujeres la morbilidad por ciclo vital evidencia en la primera infancia y en la infancia como más frecuentes las afecciones relacionadas con enfermedades transmisibles y nutricionales, seguida de las no transmisibles y con menor frecuencia las materno perinatales durante todo el periodo mientras adolescencia y adolescencia el primer lugar lo ocupan las enfermedades no transmisibles seguidas de las transmisibles y nutricionales mientras con menor frecuencia se presentan las condiciones materno perinatales y las lesiones.

En la población joven el comportamiento es similar a las de la población infante y adolescente mientras en la adultez en primer lugar aparecen las enfermedades no transmisibles seguidas por las condiciones mal clasificadas y con menor frecuencia las relacionadas con lesiones. En la población adulta y personas mayores este comportamiento es similar para las enfermedades transmisibles y nutricionales junto con las mal clasificadas mientras las menos frecuentes son en el caso de las adultas son las condiciones materno perinatales y en la población de personas mayores las lesiones.

Entre el año 2011 y 2012 en la población de primera infancia disminuyeron las enfermedades no trasmisibles y las lesiones, disminuyeron las condiciones mal clasificadas, el resto permanecieron iguales; en la población infantil y adolescencia disminuyeron las enfermedades trasmisibles y aumentaron las no trasmisibles el resto permaneció igual. En la juventud y en la adultez disminuyeron las enfermedades trasmisibles mientras en la población mayor de sesenta años en la adultez disminuyeron las enfermedades no trasmisibles, las lesiones y condiciones mal clasificadas aumentaron y las condiciones trasmisibles y nutricionales permanecieron iguales.(Tabla No. 37)

Tabla 38 .Principales causas de morbilidad en mujeres, por ciclo vital Cali 2009 – 2012

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009		2010		2011		2012		Cambio en puntos porcentuales 2011 – 2012
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17414	38,0	13912	36,0	19662	37,0	17016	36,0	-1,0
	Condiciones materno perinatales	1533	3,0	1001	2,0	1721	3,0	1147	2,0	-1,0
	Enfermedades no transmisibles	14299	31,0	12996	34,0	17980	34,0	15727	34,0	0,0
	Lesiones	3211	7,0	2414	6,0	3302	6,0	3056	6,0	0,0
	Condiciones mal clasificadas	8347	18,0	7460	19,0	9841	18,0	9173	19,0	1,0
	SUBTOTAL	44804	100,0	37783	100,0	52506	100,0	46119	100,0	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11173	33,0	8201	29,0	10498	28,0	9610	25,8	-2,2
	Condiciones materno perinatales	933	2,0	399	1,0	342	0,9	88	0,2	-0,7
	Enfermedades no transmisibles	13234	39,0	12850	45,0	17900	47,7	18645	50,1	2,4
	Lesiones	2160	6,0	1684	5,0	2291	6,1	2287	6,1	0,0
	Condiciones mal clasificadas	6098	18,0	5135	18,0	6473	17,3	6610	17,7	0,0
	SUBTOTAL	33598	100,0	28269	100,0	37504	100,0	37240	100,0	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10322	23,0	8044	20,0	10301	19,0	9490	18,0	-1,0
	Condiciones materno perinatales	2804	6,0	2195	5,0	2827	5,0	2698	5,0	0,0
	Enfermedades no transmisibles	20207	46,0	20288	51,0	27756	52,0	27949	53,0	1,0
	Lesiones	2320	5,0	2068	5,0	2842	5,0	2964	5,0	0,0
	Condiciones mal clasificadas	7732	17,0	6785	17,0	9085	17,0	9016	17,0	0,0
	SUBTOTAL	43385	100,0	39380	100,0	52811	100,0	52117	100,0	

Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	2346 1	22,0	1749 8	19,0	2271 5	19,0	2269 9	18,0	-1,0
	Condiciones materno perinatales	9450	9,0	7332	8,0	9986	8,0	1018 9	8,0	0,0
	Enfermedades no transmisibles	4651 6	44,0	4374 5	49,0	5932 4	49,0	6098 0	49,0	0,0
	Lesiones	5337	5,0	4276	4,0	6052	5,0	6746	5,0	0,0
	Condiciones mal clasificadas	1863 0	18,0	1551 1	17,0	2057 3	17,0	2137 4	17,0	0,0
	SUBTOTAL	1033 94	100, 0	8836 2	100, 0	1186 50	100, 0	1219 88	100, 0	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4736 4	19,0	3839 3	16,0	4893 7	15,0	5171 1	15,0	0,0
	Condiciones materno perinatales	8861	3,0	6320	2,0	8405	2,0	9349	2,0	0,0
	Enfermedades no transmisibles	1293 35	53,0	1336 55	58,0	1815 95	58,0	1910 86	57,0	-1,0
	Lesiones	1356 2	5,0	1231 1	5,0	1655 0	5,0	2006 8	6,0	1,0
	Condiciones mal clasificadas	4295 9	17,0	3957 1	17,0	5288 4	17,0	5798 6	17,0	0,0
	SUBTOTAL	2420 81	100, 0	2302 50	100, 0	3083 71	100, 0	3302 00	100, 0	
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8537	13,0	1100 0	12,0	1491 2	11,0	1654 2	11,0	0,0
	Enfermedades no transmisibles	4083 3	64,0	6077 6	66,0	8862 9	67,0	9126 5	64,0	-3,0
	Lesiones	4676	7,0	6163	6,0	8864	6,0	1130 1	7,0	1,0
	Condiciones mal clasificadas	9652	15,0	1319 4	14,0	1942 1	14,0	2242 6	15,0	1,0
	SUBTOTAL	6369 8	100, 0	9113 3	100, 0	1318 26	100, 0	1415 34	100, 0	

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud. Años
2009 - 2012

2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, estimando cambios en las proporciones durante el periodo 2009 a 2012

Condiciones transmisibles y nutricionales

En el grupo de condiciones trasmisibles y nutricionales durante el periodo las más frecuentes corresponden a enfermedades infecciosas y parasitarias mientras las menos frecuentes son las deficiencias nutricionales. Entre el año 2011 y el 2012 los puntos porcentuales entre las infecciones respiratorias y las enfermedades infecciosas y parasitarias aumentaron mientras las deficiencias nutricionales decrecieron. (Tabla 39)

**Tabla 39. Morbilidad específica en Condiciones transmisibles y nutricionales.
Santiago de Cali 2009 – 2012**

Subgrupo de causas	2009		2010		2011		2012		Cambio en puntos porcentuales 2011 – 2012
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Deficiencias nutricionales	6414	2,8	5847	3,4	7699	3,3	7216	3,1	-0,2
Enfermedades infecciosas y parasitarias	120746	53,0	95986	55,1	116698	50,4	119020	51,2	0,8
Infecciones respiratorias	100646	44,2	72440	41,6	106925	46,2	106200	45,7	-0,5
Total	227806	100,0	174273	100,0	231322	100,0	232436	100,0	

Fuente: Ministerio de Salud. SISPRO

Condiciones materno perinatales

Las condiciones materno perinatales están relacionadas con mayor frecuencia durante todo el periodo con las condiciones maternas; entre el año 2011 y 2012 decrecieron en 2,4 puntos porcentuales ambos subgrupos de causas. (Tabla No 40)

Tabla 40. Morbilidad específica en las condiciones materno-perinatales, Santiago de Cali. 2009 – 2012

Subgrupo de causas	2009		2010		2011		2012		Cambio en puntos porcentuales 2011 – 2012
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	2333	9,8	1928	11,2	3255	13,9	2596	11,5	-2,4
Condiciones maternas	21410	90,2	15221	88,8	20224	86,1	19999	88,5	-2,4
Total	23743	100,0	17149	100,0	23479	100,0	22595	100,0	

Fuente: Ministerio de Salud. SISPRO

Enfermedades no transmisibles

Durante el periodo la frecuencia de las diferentes causas incluidas en este grupo ha cambiado de manera diferencial en las primeras causas: mientras en el año 2009 las más frecuentes se relacionaron con el sistema musculo esquelético y el aparato genitourinario en el año 2010 continua siendo las relacionadas con el sistema musculo esquelético pero en segundo lugar aparecen las cardiovasculares. En el año 2011 aparecen las condiciones orales en primer lugar y continúan en segundo lugar las relacionadas con cardiovasculares situación que cambia para el año 2012 donde de nuevo en primer lugar aparecen las relacionadas con el sistema musculo esquelético seguidas por las condiciones orales continúan estando en segundo lugar. En contraste las menos frecuentes durante todo el periodo corresponden a las anomalías congénitas

Entre el año 2011 y 2012 todas las enfermedades de este grupo se incrementaron excepto las condiciones orales, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias que

decrecieron en puntos porcentuales y las lesiones en piel se mantuvieron igual. (Tabla 41).

Tabla 41. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, Santiago de Cali. 2009 – 2012

Subgrupo de causas	2009		2010		2011		2012		Cambio en puntos porcentuales 2011 – 2012
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Anomalías congénitas	5515	0,8	4877	0,7	6613	0,7	8256	0,8	0,1
Condiciones orales	67078	9,6	77624	11,3	141114	14,2	138617	12,9	-1,3
Condiciones neuropsiquiátricas	44938	6,5	43693	6,3	64515	6,5	71723	6,7	0,2
Desordenes endocrinos	48226	6,9	47484	6,9	66664	6,7	73175	6,8	0,1
Diabetes mellitus	16343	2,3	19708	2,9	29971	3,0	29531	2,8	-0,2
Enfermedades cardiovasculares	75668	10,9	92351	13,4	138192	13,9	136492	12,7	-1,2
Enfermedades de la piel	53253	7,7	49863	7,2	63780	6,4	68771	6,4	0,0
Enfermedades de los órganos de los sentidos	80919	11,6	74799	10,9	88196	8,9	105710	9,8	0,9
Enfermedades digestivas	61283	8,8	54820	8,0	73628	7,4	86975	8,1	0,7
Enfermedades genitourinarias	90903	13,1	79865	11,6	117111	11,8	131152	12,2	0,4
Enfermedades musculo-esqueléticas	97548	14,0	92980	13,5	129625	13,1	143630	13,4	0,3
Enfermedades respiratorias	35270	5,1	32905	4,8	45758	4,6	46568	4,3	-0,3
Neoplasias malignas	6733	1,0	7085	1,0	12355	1,2	14222	1,3	0,1
Otras neoplasias	12064	1,7	11261	1,6	15469	1,6	18962	1,8	0,2
Total	695741	100,0	689315	100,0	992991	100,0	1073784	100,0	

Fuente: Ministerio de Salud. SISPRO

Análisis de la morbilidad específica para condiciones orales

Las condiciones orales son representadas por las siguientes patologías o diagnósticos establecidos durante la atención en salud:

- Trastornos del desarrollo y erupciones de los dientes
- Dientes embebidos e impactados
- Caries
- Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes
- Enfermedades de la pulpa dentaria y los tejidos periapicales
- Gingivitis y enfermedades periodontales
- Otros trastornos de la gingiva y de la cresta alveolar edentulosa
- Anomalías dentofaciales (incluyendo mal oclusión)
- Otros trastornos de los dientes y las estructuras de soporte
- Quistes de la región oral, no clasificados en otra parte
- Otras enfermedades de las mandíbulas
- Enfermedades de las glándulas salivales
- Estomatitis y lesiones relacionadas
- Otros trastornos de los labios y la mucosa oral
- Enfermedades de la lengua
- Labio y paladar fisurados
- Cáncer oral
- Otros diagnósticos

Según se observa en la Tabla 40. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, Santiago de Cali. 2009 – 2012, las condiciones orales hacen parte de las principales causas de morbilidad de la población del municipio de Santiago de Cali, con un incremento importante en el número de casos registrados desde el año 2009 hasta el año 2012. En el año 2009 se observa que las condiciones orales representan la quinta causa de morbilidad con un peso porcentual del 9,6% frente al total de causas registradas. En el año 2010 las condiciones orales se ubican en la cuarta causa de morbilidad con una representación porcentual del 11,3% frente al total de causas registradas. En el año 2011 las condiciones orales se ubican en la primera causa de morbilidad con una representación porcentual del 14,2% frente al total de causas registradas. En el año 2012 las condiciones orales se ubican en la segunda causa de morbilidad con una representación porcentual del 12,9% frente al total de causas registradas.

Lo anterior permite concluir que es estrictamente necesario que el Municipio de Cali de continuidad al desarrollo de las acciones de promoción de la salud oral y prevención de las patologías bucodentales, con énfasis en la adquisición de hábitos adecuados y

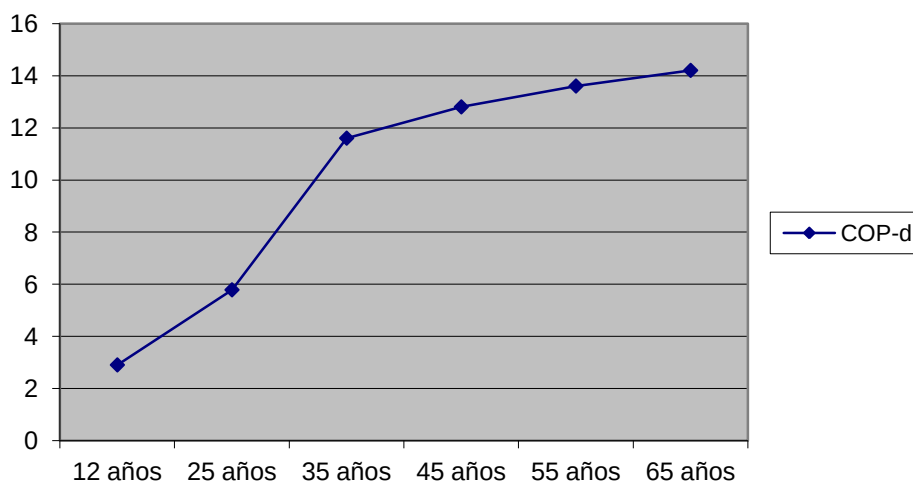
permanentes de salud bucal que contribuyan a la cultura del autocuidado de la salud bucal por parte de la población.

Análisis de la morbilidad específica por caries dental en el municipio de Santiago de Cali

Las metas definidas en el país para medir el avance de las políticas y programas de salud bucal incluyen en primera medida: lograr un índice de COP-D (cariados obturados y perdidos) promedio a los 12 años de edad menor de 2.3 y lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años.⁴⁰

En el estudio de levantamiento de línea de base para caries dental realizado por el Municipio de Santiago de Cali en el año 2010, el Índice COP-d promedio a los 12 años para todas las Instituciones notificadoras fue de 2,9, valor que indica una experiencia de caries un poco mayor a la esperada según lo propuesto en la Meta 1 del Plan Nacional de Salud Pública. Ver grafica No XX

Figura No. 21. Índice COP-d por edad de los pacientes de las seis Instituciones notificadoras del municipio evaluados, Santiago de Cali, Marzo - Diciembre 2010



En este mismo estudio se encontró que con relación al porcentaje de la población mayor de 18 años con 28 dientes permanentes en boca, de 143 personas reportadas mayores de 18 años, 38 tenían 28 dientes, equivalente al 26%, es decir que la Meta 2 del Plan Nacional de Salud Pública que establece un 60% es muy alta para el municipio.

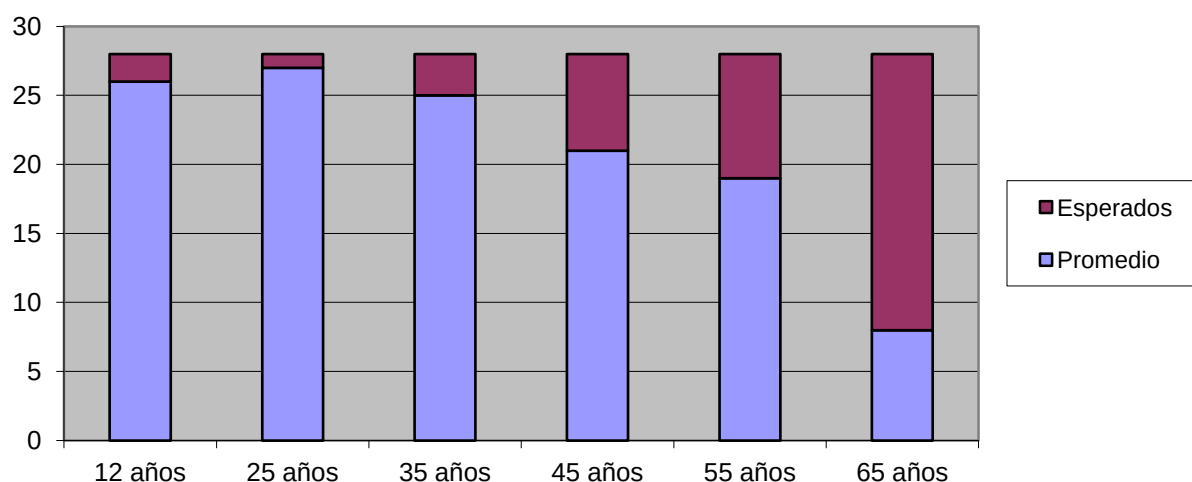
El promedio de dientes permanentes para la población evaluada de 25 a 65 años fue de 23 dientes, pues a los 12 años aún se encuentran en proceso de erupción los segundos molares.

⁴⁰ Ministerio de Protección Social. Decreto 3039. 2007. Plan Nacional de Salud Pública.

A los 25 años el promedio de dientes permanentes fue de 27, y a partir de esta edad descendió hasta llegar a 8 a los 65 años.

En el Gráfico XX se presenta el promedio de dientes permanentes en boca de los pacientes evaluados.

Figura 22. Promedio de dientes permanentes en boca de los pacientes de las seis Instituciones notificadoras del municipio evaluados, Santiago de Cali, Marzo - Diciembre de 2010



Lesiones

En este grupo de causas las más frecuentes durante todo el periodo corresponden a traumatismos y envenenamientos mientras las lesiones de intencionalidad indeterminada son las menos frecuentes. Entre el año 2011 y el 2012 todos los subgrupos de causas incrementaron en puntos conceptuales excepto las lesiones de intencionalidad indeterminada se mantuvieron iguales (Tabla 41).

Tabla 41. Morbilidad específica en las lesiones, Santiago de Cali. 2009 – 2012

Subgrupo de causas	2009		2010		2011		2012		Cambio en puntos porcentuales 2011 – 2012
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Lesiones de intencionalidad indeterminada	23	0,0	27	0,0	49	0,1	80	0,1	0,0
Lesiones intencionales	178	0,3	180	0,3	333	0,4	429	0,5	0,1
Lesiones no intencionales	3289	5,1	3040	5,3	4107	5,1	7378	8,2	3,1
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	61378	94,6	54005	94,3	76459	94,5	82131	91,2	-3,3
Total	64868	100	57252	100	80948	100	90018	100,0	

Fuente: Ministerio de Salud. SISPRO

2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo

Se realizó estimación de los siguientes indicadores la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal; la incidencia de VIH notificada; la incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada y la incidencia de leucemia linfóide aguda en menores de 15 años notificada, la fuentes de información para el primer indicador anteriormente enlistado fueron la cuenta de alto costo y para los restantes índices la fuente de información corresponde a SIVIGILA.

Se realizó un análisis descriptivo de las medidas de frecuencia (prevalencia e incidencia) para calcular la razón de prevalencia, la razón de incidencia con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, Se tomo como valor de referencia el departamento.

En los eventos de Alto costo se observa un incremento en la incidencia de leucemia linfóide aguda en menores de 15 años entre 2008; de igual forma la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal se ha incrementado (Tabla 40)

Tabla 40. Tendencia de los eventos de alto costo del Municipio Santiago de Cali 2008-2011

Evento de alto costo	2008	2009	2010	2011
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	88,2	67,0	91,0	94,3
Incidencia de VIH notificada	32,62	31,9	48,9	30,6
Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada	0,00	0,4	0,9	0,4
Incidencia de leucemia linfóide aguda en menores de 15 años	0,3	1,3	2,9	3,1

Fuente: Ministerio de Salud. SISPRO

Tabla 41. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo del Municipio Santiago de Cali 2008-2012

Evento de alto costo	Valle	Cali	Diferencias relativas	LS IC 95%	LI IC 95%	COLOR	2009	2010	2011	2012
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	81,5	104,7	1,2847	1,0607	1,5559		↘	↗	↗	↘
Incidencia de VIH notificada	24,8	30,6	1,2339	0,8657	1,7585		↘	↗	↘	↘
Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada	0,1	0,4	4,0000	0,1804	88,7059		↗	↗	↘	↘
Incidencia de leucemia linfóide aguda en menores de 15 años	0,7	3,1	4,4286	1,4548	13,4810		↗	↗	↗	↘

Fuente: Ministerio de Salud. SISPRO

Como se observa en las tablas 40 y 41 Santiago de Cali, con relación al departamento presenta una prevalencia de ERC en fase cinco más elevada con una diferencia estadísticamente significativa, al igual que en el caso de la incidencia de leucemia linfóide aguda mientras la incidencia de VIH y de LMA no presentan diferencia estadísticamente significativas con respecto a los indicadores departamentales.

La leucemias en menores de 15 años son un evento poco frecuente; mucho mas infrecuente son las mieloides. Durante el año 2012 se reportaron 5 casos nuevos en la ciudad de Cali. Como se observa en las tablas 40 y 41 Cali presenta una incidencia 4 veces mayor que la presentada en el Departamento del Valle. Cabe aquí señalar que la ciudad de Cali es la única en todo el Sur Occidente que cuenta con instituciones, hematooncólogos y la infraestructura necesaria para el tratamiento de las leucemias, motivo por el cual recibe niños de los departamentos vecinos e incluso del eje cafetero. En el estudio de los casos de muertes ocurridas durante el año 2012 se encontró que 3 de estos niños vivían con sus familias en el Departamento del Cauca y cuando fallecieron ya estaban habitando en la ciudad de Cali y quedaron registradas en el SIVIGILA como casos de la ciudad de Cali, esto podría explicar que la prevalencia e incidencia de casos aparezca muy superior en el municipio.

2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Se realizó un análisis descriptivo de la estimación de la razón letalidad y sus intervalos de confianza al 95% durante los años 2007 al 2011, tomando como referencia al departamento.

Evento de Enfermedades Transmisibles por Vectores- ETV

En el periodo 2007- 2011 no se presentaron muertes por enfermedad de Chagas y leishmaniasis. En el 2008 se notificó la muerte de un hombre de 60 años de edad por malaria falciparum. En cuanto a Letalidad por dengue grave en el año 2008 se reportaron 3 casos (letalidad: 2.9), en el año 2009 6 casos (letalidad 0.9), en el año 2010 16 casos (letalidad 2.3) y en el año 2011 un caso (letalidad 1.8).

Eventos Inmunoprevenibles

El objetivo general del Programa Ampliado de Inmunización en el municipio de Cali es el de erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, contempladas en el esquema del PAI adoptado para Colombia, con el fin de interrumpir las cadenas de transmisión, disminuyendo las tasas de mortalidad y morbilidad, prioritariamente en la población objeto del PAI. Una vacunación por encima del 95%, que muestra el municipio de Cali en todos sus biológicos, ha permitido alcanzar el umbral de inmunidad comunitario en su población, logrando así erradicar la mortalidad y morbilidad ocasionadas por las enfermedades que dichas vacunas previenen.

Durante el periodo 2007 a 2011 en el municipio de Santiago de Cali no se presentaron letalidades por Difteria, EDA, fiebre amarilla, fiebre paratifoidea, parálisis flácida, parotiditis, rotavirus, rubeola, sarampión, síndrome de rubeola congénita, ni tétanos neonatal ni por eventos supuestamente atribuidos a inmunizaciones (ESAVI).

Con respecto a **Parálisis Flácida Aguda** (PFA) es importante tener en cuenta que t res regiones del mundo han sido certificadas libres de circulación autóctona del virus salvaje de la poliomielitis: América (1994), Pacífico Oriental (2000) y Europa (2002); sin embargo la transmisión del virus salvaje persiste en tres países (Pakistán, Nigeria, Afganistán). En el 2012 se notificó un caso probable, el cual fue descartado por laboratorio, siendo la tasa de notificación de 0.18 x 100.000 menores de 15 años, con lo cual no se cumplió con el estándar requerido de notificación mínima de casos (ideal mayor de 1 x 100.000 menores de 15 años). Se debe realizar el seguimiento continuo y sistemático de la ocurrencia de PFA en menores de 15 años en Cali, para garantizar el cumplimiento de los indicadores epidemiológicos y de laboratorio requeridos para el mantenimiento de la certificación de la erradicación de la poliomielitis.

El **sarampión** a nivel mundial sigue siendo una de las principales causas de muerte en niños pequeños, a pesar de que existe una vacuna segura y eficaz. Desde finales de 2009, ha aumentado la transmisión del virus de sarampión y los brotes se han generalizado en varios países de Europa, siendo la principal razón para el aumento la falla para vacunar a las poblaciones susceptibles. Cali ha implementado el plan de eliminación de sarampión y rubéola de acuerdo a las directrices nacionales. Es así como ha adoptado nuevos enfoques de vacunación, además de la vigilancia epidemiológica y virológica de forma rutinaria, que han logrado un impacto positivo al tener ningún caso confirmado de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en los últimos años. Se notificaron para el año 2012 23 casos sospechosos de sarampión y 9 casos sospechosos de rubéola. El porcentaje de los casos investigados oportunamente fue de 56.3% y el porcentaje de casos con muestra de suero oportuna fue del 96.9% (en ambos ideal 80%). La tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión/rubéola fue de 1.4×100.000 habitantes (ideal igual o superior a 2 casos por 100.000 habitantes). La tasa de notificación de casos sospechosos para el Valle del Cauca fue de 1.2×100.000 habitantes.

En cuanto a **Síndrome de rubéola congénita** se notificaron dos casos sospechosos de rubéola congénita (descartados por laboratorio) para el año 2012

Para el año 2012 se notificaron dos casos probables de **difteria**, los cuales fueron descartados por laboratorio. Esta enfermedad constituía una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad entre los niños en la era previa a la vacuna. El uso de la antitoxina diftérica, los progresos en el tratamiento, y la difusión de la inmunización con el toxoide diftérico han reducido en forma extraordinaria la mortalidad y la morbilidad por difteria. No obstante, la vacunación sigue siendo esencial para prevenir la enfermedad y evitar epidemias extensas.

La **parotiditis** es casi siempre una enfermedad infantil benigna, que la mayoría de las veces se notifica en niños de cinco a nueve años, pero que puede afectar tanto a los adolescentes como a los adultos. Lo anterior se explica a la generalización de la vacunación de los menores de cinco años con la triple viral, protegiéndolos en éste caso contra la parotiditis, incrementándose la edad media de la población afectada (la inmunización ha interrumpido la diseminación del virus de la parotiditis en la población infantil, observándose un aumento de la enfermedad en personas de mayor edad, convirtiéndose en un problema de la población adulta. Se confirmaron para el año 2012 por clínica 197 casos, 65.4% de los casos menores de 14 años. La incidencia en la población general fue de 5.9×100.000 habitantes (ideal por lo menos 1 caso $\times 100.000$ habitantes) y la incidencia en los menores de 4 años fue de 24.3×100.000 habitantes. La incidencia en la población general para el Valle del Cauca fue de 8.3×100.000 habitantes

Con la vigilancia de **Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación (ESAVI)** se busca analizar los eventos adversos que ocurren después de la administración de cualquier vacuna con el fin de mantener o mejorar la confianza de la comunidad en los

programas de vacunación. Se reportaron 44 casos, 36 clasificados como leves y 8 como graves: evento coincidente 62.5% (5), relacionado con la vacuna 25.0% (2) y error programático 12.5%.

En el 2009 se presentó una muerte por **tétanos accidental**. Se trató de un niño de 11 años de edad el cual sufrió una herida en el pie derecho. El paciente consultó 10 días después de haber sufrido la herida y en la investigación de campo se evidenció que tenía un esquema incompleto de vacunación. En el 2010 ocurrió otra muerte por tétanos accidental, se trató de una mujer de 84 años de edad, quien presentó caída desde su propia altura recibiendo varias heridas en diferentes partes del cuerpo. Para el año 2012 no se reportaron muertes por esta causa.

Entre 2007 y 2011 se presentó la muerte de 4 pacientes por **tos ferina**: En el 2009 menor de 22 días de nacida, 2011 menor de 3 meses con esquema adecuado de vacunación para su edad y en el 2012 menor de 2 meses también con esquema adecuado para su edad. Pese a la prevención eficiente de la enfermedad clínica, la vacuna afecta escasamente a la circulación de B. pertussis, incluso en países con una cobertura de vacunación alta. Los niños no inmunizados y las personas de mayor edad con inmunidad debilitada pueden convertirse en reservorios de la infección y transmitir ocasionalmente B. pertussis a lactantes de corta edad no inmunizados. Además, la cantidad considerable de adolescentes y adultos vulnerables hace posible la aparición de brotes de tos ferina, aunque una cobertura de vacunación alta puede prolongar los intervalos entre brotes. Esto demuestra la importancia de mantener niveles altos de cobertura de vacunación para el control de esta enfermedad.

En Cali, desde la inclusión de la vacuna de DPT en menores de cinco años, la reducción de los casos de morbilidad ha sido considerable y se observa una tendencia al descenso, paralela al aumento en las coberturas de vacunación para el biológico DPT. Se notificaron para el año 2012 275 casos probables de tos ferina. El 27.3% (75) de los casos notificados se confirmaron de la siguiente manera: 59 por laboratorio, 15 compatibles y un caso negativo por laboratorio confirmado por clínica que falleció.

El 46.7% de los casos positivos eran hombres y 53.3 mujeres. Las edades de estos casos eran las siguientes: < 1 año (57), 1 a 4 (10), 5 a 9 años (3), 10 a 14 (2), 15 a 19 (1) y mayores de 20 años (1). Se notificó la muerte de una niña de dos meses de edad (con esquema de vacunación adecuado para la edad), residente en el corregimiento de Montebello; el resultado de laboratorio fue negativo, pero en la unidad de análisis se confirmó el caso por clínica como tos ferina maligna.

El porcentaje de casos notificados que tienen ficha epidemiológica es del 96.0% (ideal 80%). El porcentaje de casos investigados oportunamente fue de 29.8% (ideal 80%). La incidencia en la población general para el municipio de Cali fue de 3.2 x 100.000 habitantes (ideal por lo menos 1 caso x 100.000 habitantes). La incidencia del evento en los menores de 5 años para el municipio de Cali fue de 37.9 x 100.000 habitantes (ideal

por lo menos 1 caso x 100.000 habitantes). La proporción de casos configurados fue del 99.3% (ideal 80%). La tasa de mortalidad en la población general fue de 0.04 x 100.000 habitantes y en los menores de 5 años fue de 0.57 x 100.000 habitantes (ideal 0).

Las meningitis bacterianas son un problema de salud pública teniendo en cuenta que es la causante de alrededor 241.000 muertes al año en el mundo. En Cali, la introducción de las vacunas de Haemophilus Influenzae y Neumococcica en los últimos años a los esquemas de vacunación, hace que N. meningitidis se convierta en el principal agente causal de la enfermedad, siendo la única bacteria capaz de generar brotes de meningitis. En cuanto a **Meningitis por meningococo** en el 2009 se notificó la muerte de una mujer de 66 años y en el 2011 se presentaron dos muertes (un niño de 30 meses y un adulto de 23 años) mientras para Meningitis por neumococo en el 2011 se presentaron dos muertes (hombres de 43 y 53 años de edad). Para el año 2012 se reportó un caso confirmado en mujer de 77 mientras para **meningitis por neumococo** se reportaron cuatro casos confirmados (hombres de 23 – 24 (2) y 28 años de edad).

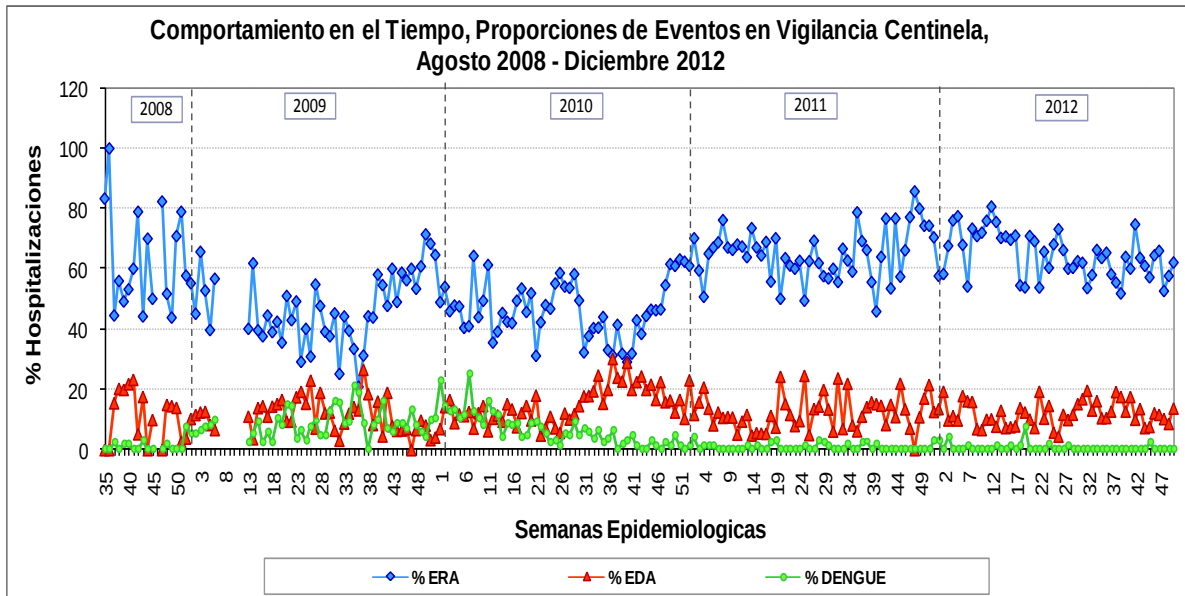
Eventos asociados a factores de riesgo ambiental

La Secretaría de Salud Municipal realiza como parte de la vigilancia de eventos asociados a factores de riesgo ambiental el monitoreo diario de la proporción de los ingresos hospitalarios en menores de 5 años, definida como población más susceptible o población centinela, y producidos por cuatro enfermedades trazadoras relacionadas con el ambiente en la ciudad de Cali: enfermedades respiratorias que incluye las respiratorias agudas (ERA) y asma bronquial, enfermedades diarreicas agudas (EDA) y dengue. Este proceso se realiza en tres instituciones hospitalarias ubicadas en el área urbana del municipio: Clínica COMFANDI, Clínica COMFENALCO y Hospital Infantil Club Noel, las cuales se estima que atienden aproximadamente la mitad de las hospitalizaciones de la ciudad en menores de 5 años en todos los estratos socioeconómicos, y cuyos directores aceptaron y permitieron la recolección por medio de personal auxiliar de la Secretaría de Salud Municipal, los registros diarios de los niños admitidos en sus instituciones.

Con este proceso es posible la detección en tiempo real de brotes por estas enfermedades, teniendo como unidad de análisis los espacios vecindario, barrio y comuna; realizando un cálculo del número de casos esperados en el espacio y el tiempo (semana epidemiológica) y el aumento de estos por fuera de los límites esperados si las variaciones se debieran solamente al azar.

Esta actividad ha permitido, el registro ininterrumpido de casos de niños menores de cinco años, hospitalizados para las cuatro enfermedades trazadoras seleccionadas, iniciando en la semana epidemiológica No. 35 del año 2008 y la recolección de información hasta la semana epidemiológica No. 50 del 2012 (202 semanas). En la figura No se muestran los registros por Institución Centinela, donde el 42.6% de los casos provienen del Hospital Club Noel, institución que presentó en el 2010 y 2011, el 59.7% y 44.5% respectivamente, de los casos de hospitalización recolectados en el sistema de vigilancia.

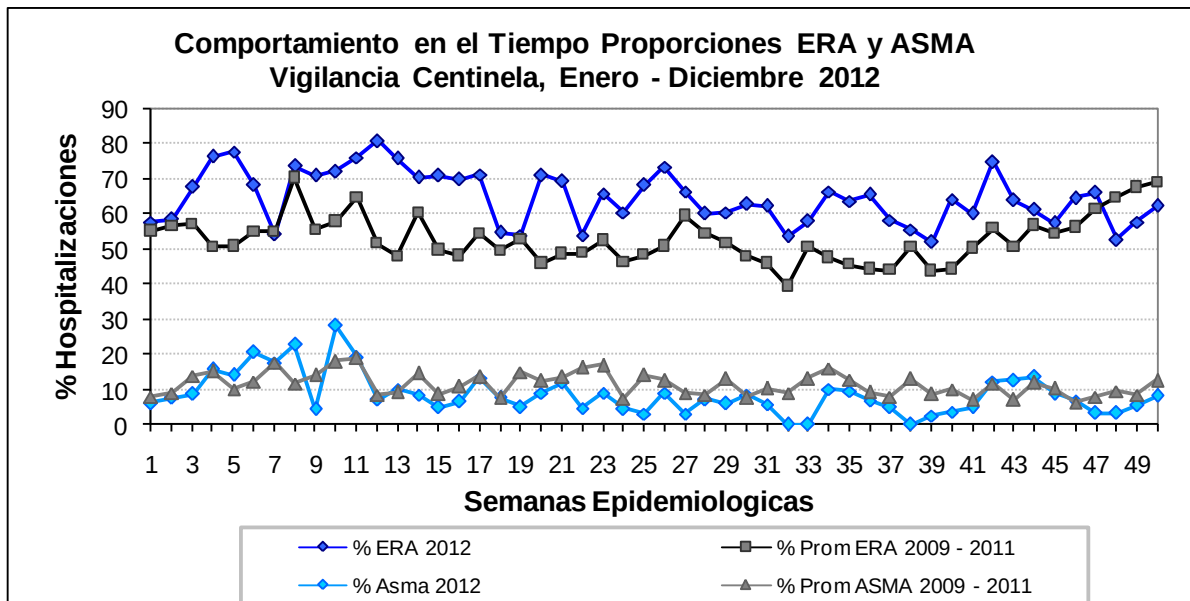
Figura 32. Comportamiento en el tiempo, proporciones de eventos en vigilancia centinela, Agosto 2008- Diciembre 2012. Santiago de Cali



Se observa que el evento ERA tiene la mayor proporción del total de hospitalizaciones y que hay comportamiento similar entre los años 2009 y 2010, que comienza a incrementarse en el año 2011 y siguieron en aumento en el año 2012 con un leve descenso en el último trimestre. Se ha señalado como uno de los probables factores las condiciones climáticas como la ola invernal presentada a nivel nacional en el 2011, aunque éste fenómeno disminuyó desde inicios de 2012 cuando comenzó la temporada de verano debido al fenómeno de la niña, también influyen otros factores ambientales como la cercanía de la población de estudio a vías y empresas generadoras de contaminación atmosférica, que son analizadas con la ubicación espacial.

El evento EDA presentó un aumento considerable desde las semanas 37 de 2010, los cuales disminuyeron en el primer trimestre de 2011, tuvo aumentos en los meses de mayo a julio de 2011 y 2012 y vuelven a disminuir en el resto de 2012, mostrando como fechas críticas por ello la época de vacaciones escolares de mitad de año y que en el grupo de edad que se observa el cuidador influye en la alimentación e higiene del infante. El evento Dengue que tuvo aumento en su proporción de hospitalizaciones a finales de 2009 y comienzos de 2010 que fue acorde con la epidemia presentada en general en la ciudad, y fue disminuyendo en el tiempo hasta presentarse ausencia de casos en la mayoría de las semanas epidemiológicas del 2011 y 2012, en la población infantil en estudio. Para un mejor análisis, se separan los eventos y se realiza un análisis comparativo entre los el primer semestre de los años pasados con el trimestre actual, el cual es mostrado en la figura 33.

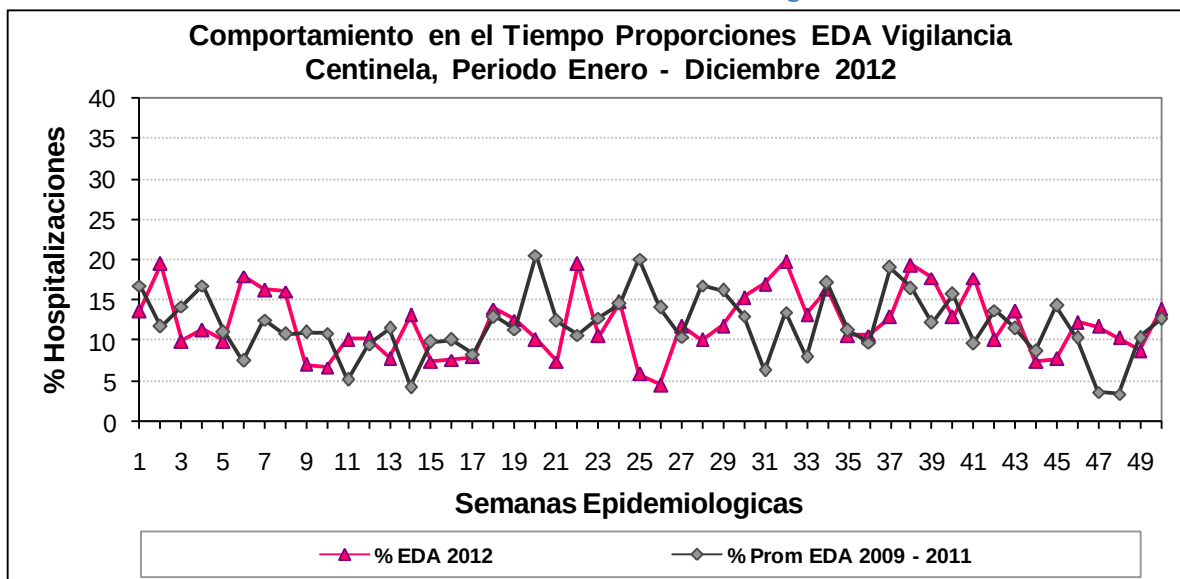
Figura 33. Comportamiento en el tiempo Proporciones ERA y ASMA. Vigilancia Centinela, Enero. Diciembre 2012. Santiago de Cali



En los registros se observó que en el 2012 se presentó un mayor número de hospitalizaciones por ERA al comparar el evento con respecto a la proporción de hospitalizaciones promedio presentadas del 2009 al 2011; sin embargo se ha visto una leve disminución en el transcurso del año de la proporción de hospitalizaciones en el último trimestre del 2012. En asma los valores han sido similares al promedio de años anteriores y con una disminución a partir de la semana 13, lo que indica que a partir de dicho periodo la proporción de hospitalizaciones por ERA fue principalmente por infecciones respiratorias agudas. Los aumentos en la proporción de hospitalizaciones ERA y Asma, tienen dentro de sus factores las condiciones climáticas, que a inicios del año todavía se tuvieron efectos del fenómeno del niño, posteriormente disminuyeron las lluvias y aumentó la temperatura con la llegada de fenómeno de la Niña, otros posibles factores son la cercanía de la población de estudio con exposición a actividades económicas que generen contaminación atmosférica como las obras en las vías de la ciudad, que aumenta las concentraciones de material particulado en el ambiente y la alta afluencia de tráfico en vías principales que también aumentan los efectos adversos en la salud de la población.

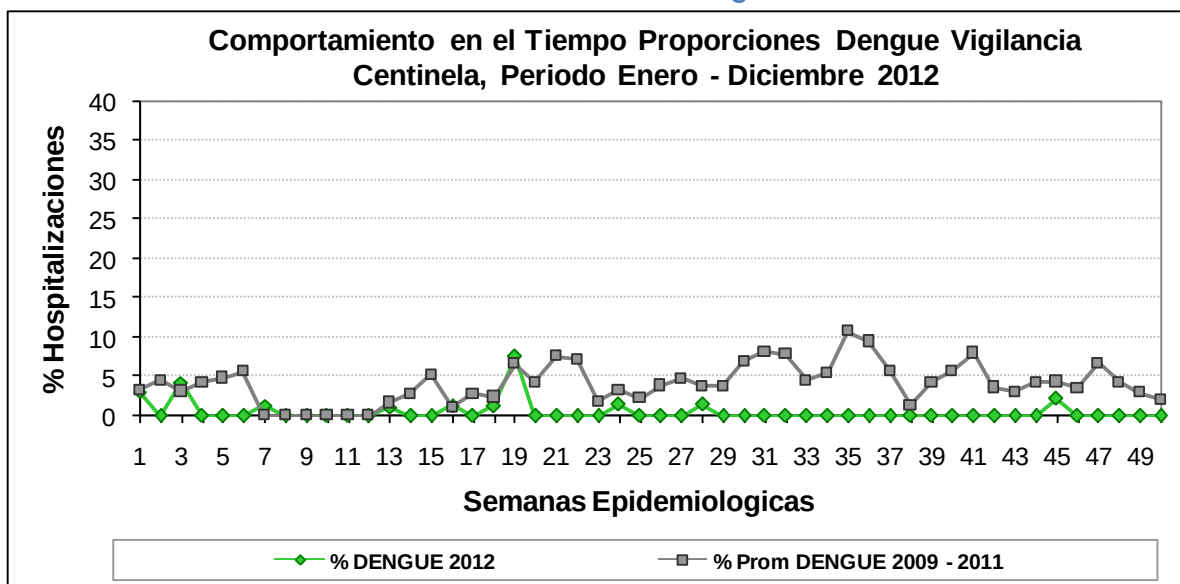
La figura 34 presenta el comportamiento temporal del evento EDA en el sistema de vigilancia centinela.

Figura 34. Comportamiento en el tiempo, proporciones EDA Vigilancia Centinela, Periodo Enero- Diciembre 2012. Santiago de Cali.



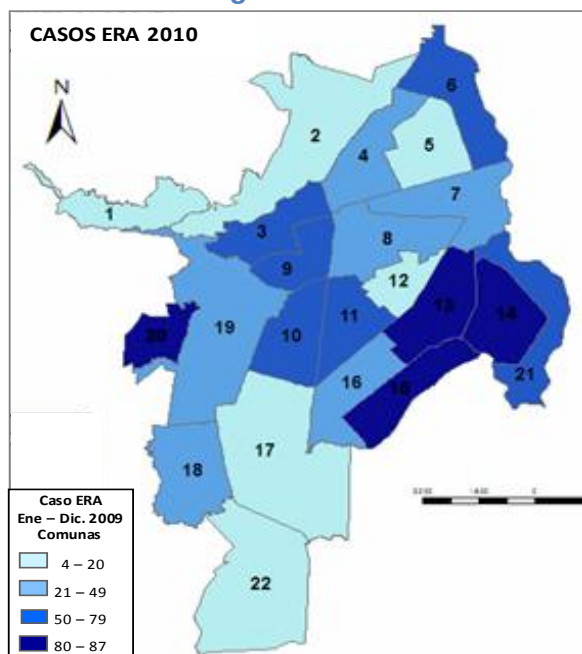
La proporción de hospitalizaciones por EDA tuvo un comportamiento por semana levemente diferente al de años anteriores, con una variación aproximada de $\pm 5\%$. Dentro de los factores que influyen se encuentran eventos puntuales relacionados con riesgo en alimentos en grupos de personas, manipulación de los alimentos por parte de los cuidadores o el mal manejo de los tanques de almacenamiento de agua en sitios de concentraciones humanas. (Figura 35)

Figura 35. Comportamiento en el tiempo Proporciones Vigilancia Centinela. Periodo Enero- Diciembre 2012. Santiago de Cali

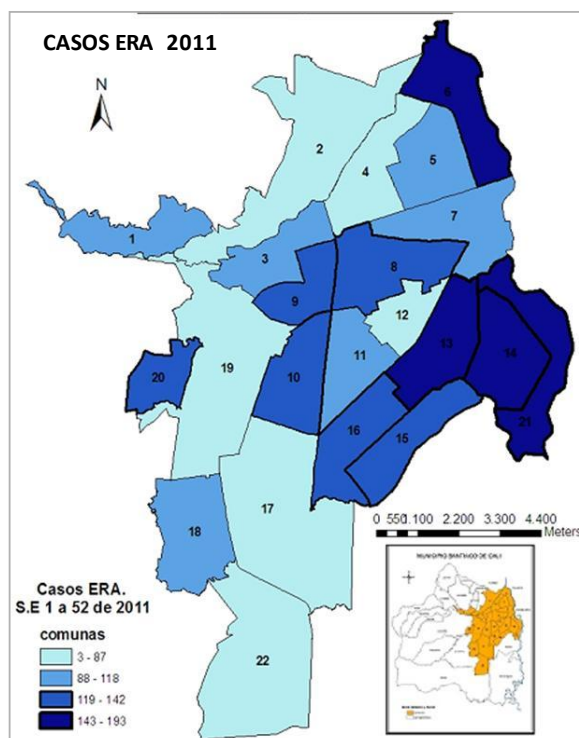


Se observa en el sistema centinela que la proporción de hospitalizaciones por Dengue en menores de 5 años ha sido menor desde el 2011, teniendo para el semestre solo 17 casos de hospitalización en la población de estudio. A continuación se presenta la distribución espacial por comunas de los casos de ERA, EDA y Dengue.

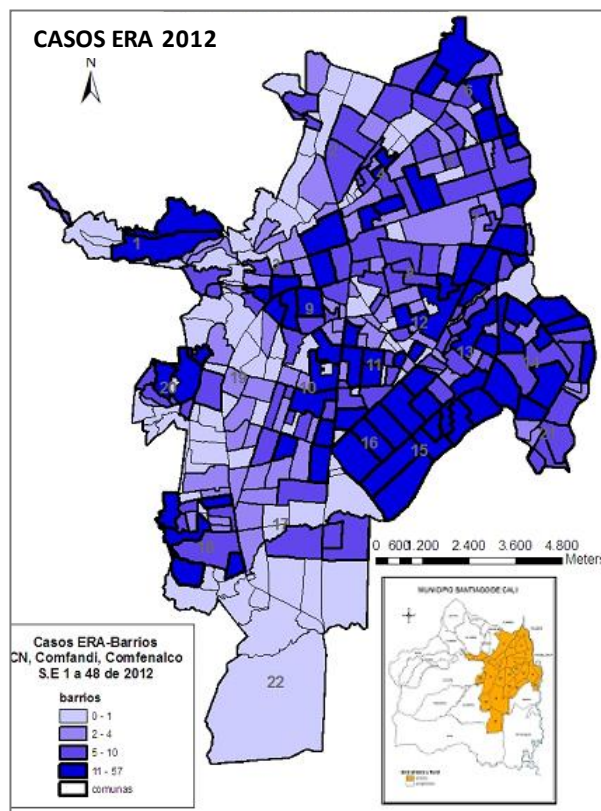
Mapa 11. Distribución Espacial Hospitalizaciones por ERA en < 5 Años. Municipio Santiago de Cali. 2010



Mapa 12. Distribución Espacial Hospitalizaciones por ERA en < 5 Años. Municipio Santiago de Cali. 2011



Mapa 13. Distribución Espacial casos EDA. Municipio Cali 2012



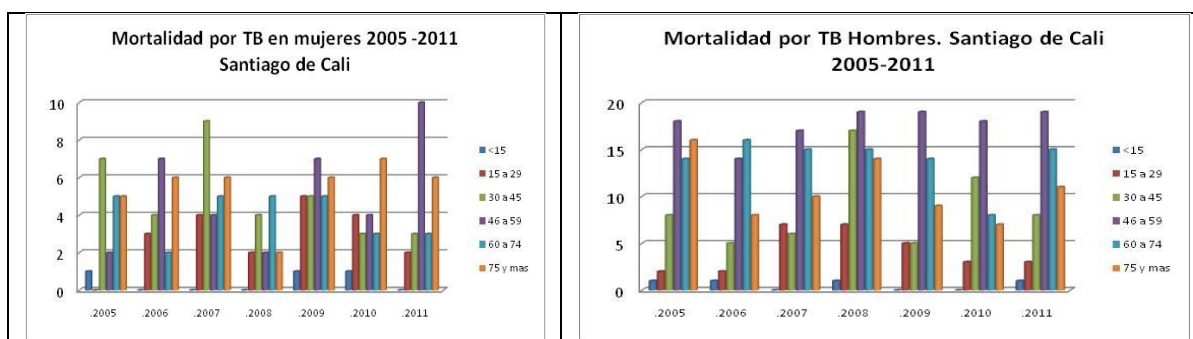
Eventos por micobacterias

La letalidad por tuberculosis en todas sus formas se ha mantenido en constante ascenso en el municipio de Santiago de Cali, en el periodo 2006-2011. En el último año de este periodo (2011), ocho por ciento de todas las personas que presentaron diagnóstico de TB murieron como consecuencia de la enfermedad. La mayor letalidad se debió a las formas extrapulmonares, especialmente a la meníngea que ocasionó la muerte a 2 de cada 10 afectados. La meningitis tuberculosa es una de las formas menos frecuentes de presentación de la TB, tal vez por la protección que confiere la única vacuna actualmente disponible contra esta enfermedad.

En Santiago de Cali, en el periodo 2005-2011, la mortalidad por tuberculosis fue mayor en hombres que en mujeres y, el riesgo de muerte aumenta con la edad. Durante este periodo el mayor número de casos de mortalidad, tanto en hombres como en mujeres, se presentaron en mayores de 30 años especialmente, en el grupo de 46 a 59 años (Figura 36).

La tuberculosis es una enfermedad de alto impacto negativo sobre la salud de la población. En el mundo la tuberculosis mata o debilita a más adultos de 15 a 59 años que ninguna otra enfermedad transmisible y es directamente responsable del 26% de todas las muertes evitables. En los países en desarrollo mueren más mujeres en edad fértil por tuberculosis que por otra causa directamente relacionada con el embarazo y el parto.⁴¹

Figura 36. Mortalidad por tuberculosis por sexo y edad. Santiago de Cali 2005-2011 (No. Casos)



Fuente: SISPRO. MS y PS.

A pesar de que actualmente existe un tratamiento muy efectivo para curar la tuberculosis, el cual está disponible en toda la ciudad y se entrega sin costo a los afectados, en Santiago de Cali la mortalidad por TB sigue siendo alta; existen múltiples factores sociales y demográficos que pueden explicar este comportamiento, en especial la pobreza, marginalidad y adicción a drogas ilegales⁴². En la ciudad existen cinturones de miseria en algunas zonas, especialmente en las comunas 1, 3, 20 y 10, donde se notifica alta

⁴¹ OMS. Tuberculosis y género. http://www.who.int/tb/challenges/gender/page_1/es/index.html

⁴² Secretaría de Salud Municipal Cali. Informe área social 2012

incidencia de TB⁴³ y donde se presentan condiciones, tales como inseguridad ciudadana y lejanía a los sitios de entrega de medicamentos, que facilitan el abandono a tratamiento y la no adherencia a este, razones por las cuales el tratamientos estandarizado pierde efectividad y facilita la aparición de TB resistente a medicamentos⁴⁴.

Sin negar que la mortalidad por TB que se registra en el municipio es alta, se debe considerar un importante porcentaje de sobre registro. El seguimiento y análisis de los casos notificados durante los años 2012 y 2013, permite establecer que este está cercano a 30%. Ajustar esta información va a ser de gran utilidad para la evaluación del impacto de las acciones del programa de control municipal.

Otros aspectos a considerar en esta problemática son los relacionados con la mayor mortalidad en hombres y en edades adultos medios y mayores. El primero de estos hechos puede ser explicado porque los hombres tienen mayor exposición en sitios laborales o de recreación al bacilo tuberculoso, lo cual determina mayor incidencia de TB en ellos⁴⁵, ⁴⁶. Adicionalmente los hombres hacen menor uso de los servicios de salud, que es donde se ha focalizado la principal estrategia de captación de los casos a partir de la identificación activa de personas con síntomas respiratorios⁴⁷ ⁴⁸ ⁴⁹. Algunas evidencias muestran que esta mortalidad está explicada en gran parte por la mayor presencia de comorbilidades como EPOC y desnutrición en el sexo masculino, en la población mayor de 60 años.

Un aspecto que no ha sido considerado en este análisis de factores que determinan mayor mortalidad por TB en hombres es la co-morbilidad TB/VIH, que es mayor en hombres, lo cual podría explicar gran parte de esta ocurrencia, sin embargo la diferencia de mortalidad entre hombres y mujeres se ha evidenciado, desde antes de la epidemia VIH/SIDA, por lo que su impacto, si bien puede ser importante, no explica todo el fenómeno. Considerando lo anterior, la meta de captación de sintomáticos respiratorios debería ser ajustada teniendo en cuenta la proporción de hombres afiliados a cada EPS. También, fortalecer las estrategias de captación temprana de casos en la población masculina, por ejemplo en sitios y lugares de trabajo, con acciones que pueden ser dinamizadas por los equipos de salud ocupacional en las instituciones.

Eventos de zoonosis

Durante el periodo 2007 a 2012 no se presentaron casos de rabia humana. Como parte del proceso de vigilancia epidemiológica funcionarios del Centro de Zoonosis realizan el proceso de investigación y observación de los casos de accidentes rábicos reportados al SIVIGILA por cada una de las UPGD del municipio.

⁴³ Secretaria de Salud Municipal Cali. Programa Municipal de TB Cali. Informe TB 2012.

⁴⁴ Farga V, Caminero F. Tuberculosis. Tercera edición, 2011

⁴⁵ OMS. Tuberculosis y género. http://www.who.int/tb/challenges/gender/page_1/es/index.html

⁴⁶ Feng J, Huang S, Ting W. Gender differences in treatment outcomes of tuberculosis patients in Taiwan: a prospective observational study. *lin Microbiol Infect*. 2012 Sep;18(9):E331-7.

⁴⁷ Republica de Colombia. Plan estratégico 2010-2015

⁴⁸ Ministerio de Protección Social. Guía manejo TB,

⁴⁹ Ministerio de Salud. Resolución 412.2000

En el 2009 se notificaron 2.687 eventos casos de accidentes rábicos en el municipio, de los cuales se observaron 2.014 casos (74,9%), 673 de los casos no fue posible investigarlos por fallas en la notificación mientras. Para el año 2010 se observaron 2.029 casos de accidentes rábicos (75 %) de los 2.703 notificados mientras en el 2011 se observaron 2.934 casos de accidentes rábicos (70,4% de los 3.399 reportados mientras en 2012 se observaron 2.955 (75,5%) de los 3.914.

Tampoco se presentaron mortalidades por accidente ofídico. En el año 2011 se presentó la muerte por leptospirosis de un paciente masculino de 58 años de edad.

Otros eventos de interés en salud pública

Durante el periodo no se presentaron letalidades por lesiones por polvora por juegos pirotecnicos

Tabla 42. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria del Municipio de Santiago de Cali, 2007-2011

Eventos de Notificación Obligatoria	Valle 2011	Cali 2011	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Evento de Enfermedades Transmisibles por Vectores- ETV												
Letalidad por dengue grave	3,3	1,8					-	↗	↘	↗	↘	-
Eventos Inmunoprevenibles												
Letalidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1,87	1,87	1,0000	0,2385	4,192		-	-	↗	↘	↘	↗
Letalidad por eventos supuestamente atribuidos a inmunización (ESAVI)	0	0	1,0000	0,1828	5,471		-	-	-	-	↗	↗
Eventos de infecciones de transmisión sexual (ITS)												
Letalidad por hepatitis B	1	0,97	0,97	0,1326	7,096		-	-	-	-	↗	↘
Letalidad por sífilis congénita	2,6	0	0,93	0,2893	3,011		-	-	↗	↘	↘	↘
Eventos asociados a factores de riesgo ambiental												
Letalidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos, Metanol, metales pesados, solventes, otras sustancias químicas, monóxido y otros gases, sustancias psicoactivas)	0,68	0,41	0,6029	0,0282	12,87		-	-	-	-	↗	↗
Eventos de zoonosis												
Letalidad por leptospirosis	0,8	0,4	0,8667	0,1683	4,463		-	-	-	-	-	-
Letalidad por hipotiroidismo congénito	7,69	12,5	1,6255	0,9337	2,829		-	-	-	-	-	↗
Letalidad por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos	1,53	0					-					
Eventos por micobacterias												
Letalidad por meningitis Haemophilus influenzae – Hi	0	100					-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis Neisseria meningitidis – Nm	20	66,67	3,3335	2,6221	4,237		-	-	-	-	-	↗
Letalidad por meningitis tuberculosa	18,64	17,39	0,9329	0,5831	1,492		-	-	-	↗	↗	↗
Letalidad por tuberculosis	5,81	7,97	1,3718	0,6851	2,746		-	↗	↘	↘	↗	↗
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	10,88	12	1,1029	0,6264	1,942		-	↗	↗	↘	↗	↗
Letalidad por tuberculosis pulmonar	5,15	7,38	1,4330	0,6965	2,948		-	↗	↘	↘	↘	↗
Letalidad por tétanos accidental	0	0					-	-	-	↗	↘	-
Letalidad por tosferina	1,38	1,38	1,0000	0,1885	5,304		-	-	-	-	-	↗
Letalidad por varicela	0,03	0,03	1,0000	0,0000	82130		-	-	↗	↘	↗	↘

Dentro de la mortalidad por enfermedades infecciosas transmisibles, en el año 2011 la debida a meningitis por *Neisseria* fue mayor en Cali que en el departamento del Valle del Cauca (66 vs 20 x 100%), diferencia relativa estadísticamente significativa IC95%(2,6-4,3). La letalidad debida a meningitis por meningococo depende de la forma de presentación clínica, cuando se trata de *meningococemia* o *septicemia meningocócica*, que es menos frecuente, es altamente letal aun con tratamiento. En este contexto, la supervivencia de los afectados depende de que existan atención médica de alta complejidad para garantizar no solo la supervivencia sino la prevención de secuelas.

La mayor letalidad debida a meningitis por meningococo en Cali, comparada con el departamento del Valle, puede parecer inconsistente, pues la mayor y mejor infraestructura en salud de la región se encuentra en esta, sin embargo esto podría estar indicando la existencia en el municipio de barreras, ya sea para la búsqueda de atención o en el acceso a la red de servicios, factores que limitan la oportunidad que se necesita para lograr buenos resultados al atender esta patología. En este contexto es importante tener en cuenta que en el municipio, los casos anuales de esta enfermedad han sido pocos y la comparación que aquí se hace es con base en lo ocurrido en un solo año, situación que puede no representar la realidad del fenómeno.

2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2009 a 2012

La discapacidad “es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”⁵⁰.

A continuación se realiza una descripción del comportamiento de la discapacidad en el municipio, de acuerdo a lo reportado por las personas con discapacidad, detallando el tipo de alteración, sexo, grupo de edad quinquenal, etnia, tipo de afiliación en salud, nivel de educación y estrato socioeconómico. Las alteraciones permanentes están organizadas por las siguientes categorías: el sistema nervioso; la piel; ninguna; los ojos; los oídos; los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto); la voz y el habla; el sistema cardiorrespiratorio y las defensas; la digestión, el metabolismo y las hormonas; el sistema genital y reproductivo y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.

Para el análisis de la información se utilizó el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad a partir de 2009 a 2012, disponible en la Bodega de Datos de SISPRO. Es importante considerar que el reporte de las personas con discapacidad en la Bodega de Datos del SISPRO se encuentra ligado al proceso de implementación del mismo. En este sentido se resalta que para los años 2009 y 2010 el registro de localización y caracterización de Personas con discapacidad se encontraba a cargo del DANE, quien estaba en proceso de alistamiento para la integración del Registro al

⁵⁰ ONU 2006

SISPRO, el cual fue asumido por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de los Entes territoriales.

Tipo de Alteración

Para el año 2009 las Personas con Discapacidad que se incluyeron en el Registro de Localización y Caracterización (RLCPCD), reportaron con mayor frecuencia la presencia de una alteración visual (48,7%), seguida de la alteración en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (33,6%) mientras para el año 2012 la mayor frecuencia corresponde a la relacionada con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas (55,4%) seguido por las alteraciones del sistema nervioso, la voz y el habla (38,6%).

Tabla 42. Población con discapacidad. Tipo de alteración. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2012.

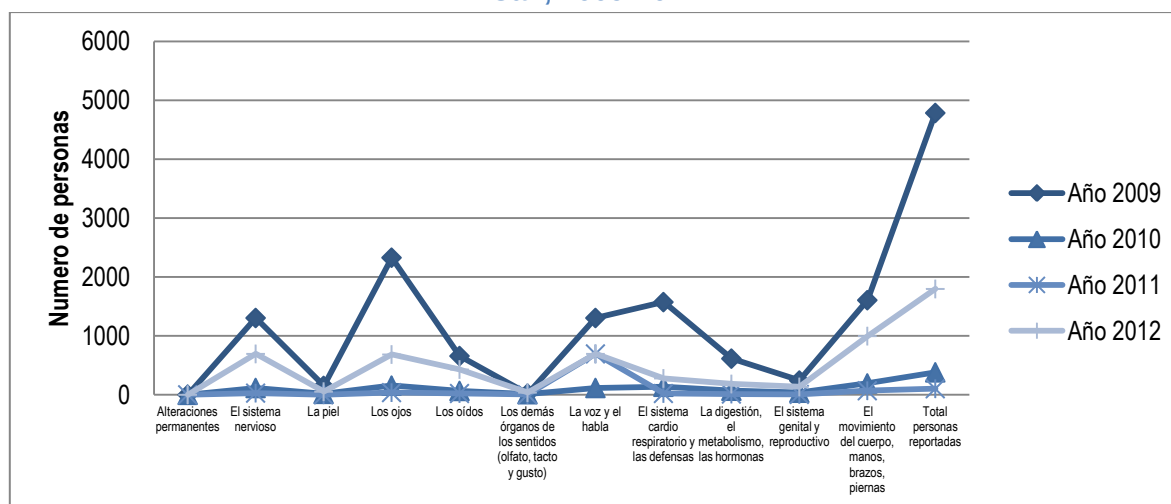
Alteraciones permanentes	2009		2010		2011		2012	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
El sistema nervioso	1304	27,3	116	30,4	28	27,2	694	38,6
La piel	151	3,2	17	4,5	1	1,0	53	2,9
Los ojos	2328	48,7	156	40,8	37	35,9	684	38,1
Los oídos	658	13,8	66	17,3	22	21,4	429	23,9
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	18	0,4	11	2,9	3	2,9	37	2,1
La voz y el habla	1304	27,3	116	30,4	69	673,8	694	38,6
El sistema cardio respiratorio y las defensas	1574	32,9	137	35,9	22	21,4	278	15,5
La digestión, el metabolismo, las hormonas	614	12,8	70	18,3	13	12,6	183	10,2
El sistema genital y reproductivo	242	5,1	36	9,4	6	5,8	133	7,4
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	1606	33,6	193	50,5	69	67,0	996	55,4
Total personas reportadas	4785	100	382	100,0	103	100,0	1797	100,0

Fuente: Construido a partir de Bodega de Datos de SISPRO

En la Figura 37 se observa una modificación importante en el comportamiento de inclusión de Personas con Discapacidad en el registro para el año 2012, con respecto a los años 2011 y 2010, lo que podría explicarse como una respuesta positiva al proceso que el Ente Territorial y las Unidades Generadoras del Dato, realizaron durante el proceso de alistamiento para la implementación. Adicionalmente, se observa mayor frecuencia en el reporte de personas cuya limitación está relacionada con alteraciones en las funciones

o estructuras corporales⁵¹ del sistema nervioso, los ojos, y el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas.

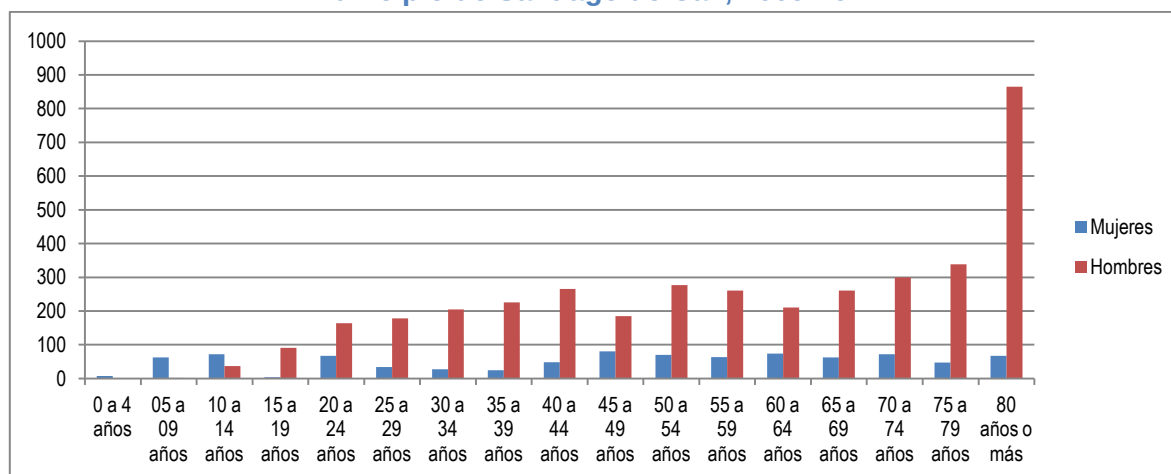
Figura 37. Población con discapacidad. Tipo de alteración. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2012



Fuente: Construido a partir de Bodega de Datos de SISPRO

En la Figura 38 se identifica una mayor inclusión en el Registro de la Población con Discapacidad mayor de 40 años, sobre todo en los quinquenios 55 – 59 años (10.9%) y 75 – 79 años (9.9%); hay dos aspectos que llaman la atención en el comportamiento del Registro de las Personas con Discapacidad para este año y corresponden en primer lugar al mayor porcentaje de población mayor de 80 años incluida (12.2%), y el mínimo registro que se evidencia de personas con discapacidad de sexo masculino.

Figura 38. Población en condición de discapacidad. Distribución por grupo de edad. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2011



Fuente: Construido a partir de Bodega de Datos de SISPRO

⁵¹ Funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas). Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF. 2001. OMS*

Que exista un mayor registro en población adulta mayor sugiere que para el año 2009 la discapacidad en el Municipio estaba ligada a una etapa del ciclo vital, en la que biológicamente los procesos en salud corresponden a las pautas de autocuidado y seguimiento de condiciones de salud que se hayan considerado en el individuo durante las primeras etapas del ciclo vital.

Cuando se toma el rango de edad de 80 años a más, que corresponde al 12.2%, se identifica que se habla de población cuya fecha de nacimiento data de 1930 hacia atrás, lo que significa que para esa fecha apenas se esbozaban las acciones que se tomarían en Salud Pública para prevenir la enfermedad. Aunque los datos presentados no permiten identificar el origen o causa de la condición de discapacidad, es pertinente considerar que en la persona mayor la discapacidad se encuentra ligada a ECNT y el manejo que se haya dado a estos eventos de salud.

Durante el periodo comprendido entre 2009 – 2012, los registros sugieren un mayor reporte por parte de mujeres con discapacidad mayores de 30 años (85.8%), lo anterior puede estar asociado a múltiples causas: la primera de ellas corresponde a la posibilidad de acceso a los diferentes programas sociales que oferta el Municipio, y que necesariamente requieren contar con el certificado de discapacidad generado por EPS- C, EPS-S y ESE de baja complejidad. La segunda corresponde a los procesos de movilización social de las personas en condición de discapacidad (PCD) y las Organizaciones de y para PCD; además del desarrollo de propuesta de la política pública en Discapacidad. La tercera corresponde a la respuesta que se ha venido dando en la implementación del enfoque diferencial y subdiferencial para disminuir las barreras de acceso a servicios de salud que ha venido desarrollando la Secretaría de Salud Pública Municipal, y que en territorio se trabaja con la Población con Discapacidad (Tabla 43).

Para establecer una línea de base que facilite la focalización y priorización de acciones en salud es necesario lograr caracterizar a la población con discapacidad, por lo que se ha acudido a la colaboración de organizaciones como Unidades Gestoras del Dato. En las tres causas anteriores la población que accede a la información, en su mayoría corresponde a población adulta que acude a la SSPM a solicitar información concerniente a la posibilidad de satisfacción de necesidades de diferentes tipos, entre ellas, accesibilidad a servicios de salud, y como primer paso se ha establecido dentro de las rutas de atención la inclusión en el RLPCD en el Municipio.

Tabla 43. Población en condición de discapacidad. Distribución por grupo de edad en mujeres. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2012.

Grupo de edad/año	2009		2010		2011		2012	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
0 a 4 años	1	0,0	0	0,0	2	4,3	7	0,8
05 a 09 años	7	0,3	1	0,6	2	4,3	62	7,0
10 a 14 años	17	0,6	3	1,8	0	0,0	72	8,2
15 a 19 años	41	1,5	0	0,0	1	2,2	4	0,5
20 a 24 años	82	2,9	6	3,5	0	0,0	67	7,6
25 a 29 años	115	4,1	3	1,8	0	0,0	34	3,9
30 a 34 años	151	5,4	12	7,1	1	2,2	27	3,1
35 a 39 años	15	0,5	11	6,5	1	2,2	24	2,7
40 a 44 años	163	5,8	8	4,7	6	13,0	48	5,5
45 a 49 años	223	8,0	17	10,0	6	13,0	80	9,1
50 a 54 años	269	9,6	6	3,5	5	10,9	70	8,0
55 a 59 años	298	10,7	20	11,8	1	2,2	63	7,2
60 a 64 años	273	9,8	22	12,9	5	10,9	74	8,4
65 a 69 años	256	9,2	22	12,9	2	4,3	62	7,0
70 a 74 años	261	9,4	7	4,1	3	6,5	72	8,2
75 a 79 años	277	9,9	15	8,8	5	10,9	47	5,3
80 años o más	339	12,2	17	10,0	6	13,0	67	7,6
Total	2788	100,0	170	100,0	46	100,0	880*	100,0

* 1 persona no definido

Fuente: Construido a partir de Bodega de Datos de SISPRO

Con respecto al comportamiento de la discapacidad en hombres, la Tabla 44 indica como el registro se ha realizado en su mayoría entre el periodo 2011 – 2012 (98%). Considerando que el Registro de Discapacidad se desarrolla por solicitud de la persona, aunque no se podría explicar una causa justificada del por qué la inclusión de hombres con discapacidad se presenta en mayor proporción en dicho período, puede estar asociado al mecanismo de implementación del RLPCD en línea, el entrenamiento de las UGD, y la difusión del RLPCD que se realizó en ese periodo.

La tabla evidencia como en los cuatro períodos de manera independiente al número de registros reportados, el porcentaje de hombres mayores de 55 años es superior al 50% de los hombres con discapacidad reportados respectivamente para cada período. Así, se observa que para el periodo 2009, el 60% de los hombres con discapacidad reportados en el RLCPD son adultos mayores. Para el 2010, corresponde al 62.8%; en el 2011 es del 53.57%, y para el año 2012 se identifica que el 57.8% de los hombres con discapacidad son adultos mayores.

Adicionalmente es importante tener en cuenta que existe otro grupo poblacional que involucra la puesta en marcha de mecanismos que favorezcan la prevención de enfermedad y discapacidad, debido a que se trata de población relativamente joven inmersa en un entorno que apenas inicia procesos de transformación hacia la inclusión. La población se encuentra en el rango del 22.1% al 33.3%, y corresponde a la población entre 20 y 49 años. Finalmente se resalta que conforme se avanza en el tiempo, los registros se van ajustando más a un marco de realidad, y es el que la discapacidad es transversal al ciclo vital.

Tabla 44. Población en condición de discapacidad. Distribución por grupo de edad en hombres. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2012.

Grupo de edad/año	2009		2010		2011		2012	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
0 a 4 años	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0
05 a 09 años	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,1
10 a 14 años	0	0,0	0	0,0	13	1,3	37	1,0
15 a 19 años	0	0,0	0	0,0	26	2,7	91	2,4
20 a 24 años	1	6,7	2	2,3	46	4,8	164	4,2
25 a 29 años	0	0,0	2	2,3	37	3,8	178	4,6
30 a 34 años	1	6,7	3	3,5	52	5,4	205	5,3
35 a 39 años	1	6,7	5	5,8	62	6,4	226	5,8
40 a 44 años	2	13,3	7	8,1	69	7,1	265	6,9
45 a 49 años	1	6,7	3	3,5	72	7,4	185	4,8
50 a 54 años	0	0,0	5	5,8	69	7,1	277	7,2
55 a 59 años	1	6,7	5	5,8	79	8,2	261	6,8
60 a 64 años	1	6,7	7	8,1	66	6,8	210	5,4

65 a 69 años	3	20,0	2	2,3	60	6,2	261	6,8
70 a 74 años	4	26,7	9	10,5	62	6,4	300	7,8
75 a 79 años	0	0,0	11	12,8	80	8,3	338	8,7
80 años o más	0	0,0	25	29,1	172	17,8	865	22,4
Total	15	100,0	86	100,0	967	100,0	3865*	100,0

* 1 persona no definido

Fuente: Construido a partir de Bodega de Datos de SISPRO

Distribución por etnia

En la tabla 45 se presenta la distribución por etnia; se observa que para el año 2009 el 82.9% de la población con discapacidad incluida en el RLCPCD se auto-reconoce como población mestiza, seguida por un 14.6% que se auto-reconoce como población afro descendiente. Para el 2010, el 90.7% se identificó como mestizo, el 4.8% se auto-reconoce como población Afro descendiente y el 4.2% de la población se identifica como indígena. En el 2011, la población indígena ascendió a un 11.5% de las personas incluidas en el RLCPCD para ese año y que identifican su etnia, y para el 2012 el 51.5% y 38.2% de la población con discapacidad se auto-reconoce como mestiza y afrodescendiente respectivamente.

Santiago de Cali es un Municipio que debido al clima, las oportunidades económicas, y el desarrollo en otros sectores facilita la adaptación de personas que llegan a la ciudad, provenientes de otras zonas geográficas, sobre todo del suroccidente colombiano. El contexto sociopolítico del país también ejerce influencia sobre la variación en los porcentajes de reconocimiento étnico; debido a que Cali es una de las principales ciudades receptoras de población víctima del conflicto armado, factor que fortalece la multiculturalidad y pluriethnicidad de la misma. Este mismo factor involucra que el Municipio de Cali cuente con la Unidad de Rehabilitación Funcional que existe en todo el Suroccidente, cuyas acciones se enfocan principalmente en la atención a la población con discapacidad víctima del conflicto armado (víctima de MAP, MUSE y ASI).

Tabla 45. Población en condición de discapacidad. Distribución por etnia. Municipio de Santiago de Cali, 2009-2012.

Etnia/año	2009		2010		2011		2012	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Gitano(a), ROM(U)	3	0,1	1	0,3	0	0,0	67	5,8
Indígena	75	1,6	16	4,2	11	11,5	47	4,1
Mestizo u otro diferente	3992	82,9	342	90,7	81	84,4	592	51,5

Negro(a), afrodescendiente	702	14,6	18	4,8	4	4,2	439	38,2
Palenquero	35	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Raizal	10	0,2	0	0,0	0	0,0	4	0,3
Total	4817*	100	377**	100,0	96***	100,0	1150****	100,0

* 28 personas no definido. ** 5 personas no definido. *** 7 personas no definido **** 647 personas no definido

Fuente: Construido a partir de Bodega de Datos de SISPRO

La tabla 46 presenta la distribución por escolaridad; se observan 3 focos de concentración de la población (básica primaria, básica secundaria y ninguno), este último llama la atención, considerando que la educación es un determinante social de la salud y afecta directamente la calidad de vida de la población; en este caso, de las personas con discapacidad. Los datos sugieren la necesidad de establecer prioridades con respecto al proceso de fortalecimiento educativo en todas las áreas en que transcurre cotidianamente la vida. Así mismo fortalecer los procesos educativos en salud y de desarrollo de habilidades para el autocuidado.

**Tabla 46. Población en condición de discapacidad. Distribución por escolaridad
Municipio de Santiago de Cali, 2009-2012**

Escolaridad / Año	2009		2010		2011		2012	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Preescolar	98	2,1	39	10,8	14	14,6	32	1,8
Básica primaria	2244	47,1	175	48,3	33	34,4	745	41,8
Básica secundaria	1211	25,4	95	26,2	18	18,8	438	24,6
Técnico/tecnológico	86	1,8	10	2,8	4	4,2	56	3,1
Universitario	107	2,2	6	1,7	4	4,2	27	1,5
Postgrado	16	0,3	0	0,0	0	0,0	6	0,3
Ninguno	1004	21,1	37	10,2	23	24,0	477	26,8
Total	4766	100,0	362	100,0	96	100,0	1781	100,0

* 19 personas no definido. ** 20 personas no definido. *** 7 personas no definido **** 12 personas no definido

Fuente: Construido a partir de Bodega de Datos de SISPRO

La tabla 47 permite identificar la distribución de las personas con discapacidad durante el periodo 2009 a 2012, con respecto estrato socioeconómico y ubicación geográfica; estos aspectos se relacionan de manera importante con la accesibilidad a los servicios de atención en salud para la población discapacidad. Santiago de Cali cuenta con oferta de atención a la discapacidad, pero la mayoría de la misma es ofertada en el centro urbano, lo que genera barreras en el goce efectivo de derechos para una adecuada calidad de vida en las personas con discapacidad.

La mayoría de las personas con discapacidad incluidas en el RLPCD pertenecen a estratos socioeconómicos 1 y 2, con porcentajes que van más allá del 35% y el 20% respectivamente. En menor proporción, se identifica que entre el 9.9% y el 18.1% se ubica en el estrato socioeconómico 3.

De otra parte, las personas con discapacidad se encuentran ubicadas mayoritariamente en la zona urbana. Este comportamiento puede estar asociado a la posibilidad de oferta de servicios para la rehabilitación o tratamiento de la condición de salud, así como a la posibilidad de inclusión laboral. No obstante los registros en zona rural dispersa generan preocupación, dado que la posibilidad de acceder a la atención en salud se complejiza. Identificar que para el año 2012 haya registros que involucren zona urbana (67%), zona rural dispersa (25.2%) y zona rural, disperso (22.3%) sugiere que es necesario la visibilidad de la discapacidad para el desarrollo de acciones en el marco de la atención integral en salud.

Tabla 47, Población en condición de discapacidad. Distribución por otras características Municipio de Santiago de Cali, 2009-2012.

Característica	2009		2010		2011		2012	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
ESTRATO SOCIOECONOMICO								
Estrato 1	3142	65,7	162	42,5	59	57,3	639	35,6
Estrato 2	1002	20,9	124	32,5	23	22,3	841	46,9
Estrato 3	475	9,9	69	18,1	10	9,7	223	12,4
Estrato 4	105	2,2	12	3,1	4	3,9	18	1,0
Estrato 5	34	0,7	1	0,3	1	1,0	6	0,3
Estrato 6	2	0,0	0	0,0	1	1,0	3	0,2
Estrato 7	25	0,5	14	3,7	5	4,9	64	3,6
Subtotal	4785	100,0	382	100,0	103	100,0	1794**	100,0
UBICACIÓN GEOGRAFICA								
Zona Urbana	4344	90,8	265	69,4	70	68,6	1200	67,0
Zona Rural- Disperso	135	2,8	68	17,8	26	25,2	193	10,8
Zona Rural- Centro poblado	306	6,4	49	12,8	7	6,9	399	22,3
Subtotal	4785	100,0	382	100,0	103	100,0	1792	100,0

* 2 personas no definido.

Fuente: Construido a partir de Bodega de Datos de SISPRO

Conclusiones

Las enfermedades no transmisibles ocupan en todos los años las primeras causas de morbilidad por grupos de causas, seguidas de las condiciones transmisibles y nutricionales, mientras las condiciones mal clasificadas ocupan un tercer lugar. En puntos porcentuales,

las condiciones transmisibles y nutricionales, junto con las condiciones maternas perinatales, tuvieron un decremento entre 2011 y 2012, mientras el resto de las causas se incrementaron.

La información de morbilidad por ciclo vital evidencia, en el caso de la primera infancia, como más frecuentes las afecciones relacionadas con enfermedades transmisibles y nutricionales, seguida de las no transmisibles y con menor frecuencia las maternos perinatales, durante todo el periodo, mientras en la infancia y adolescencia el primer lugar lo ocupan las enfermedades no transmisibles, seguidas de las transmisibles y nutricionales, mientras con menor frecuencia se presentan las condiciones materno perinatales.

En la población joven el comportamiento es similar a las de la población infante y adolescente, mientras en la adultez en primer lugar aparecen las enfermedades no transmisibles seguidas por las condiciones mal clasificadas y con menor frecuencia las relacionadas con condiciones materno perinatales. En la población de personas mayores, este comportamiento es similar para las enfermedades transmisibles y nutricionales junto con las mal clasificadas, mientras las menos frecuentes son las lesiones.

En los eventos de alto costo se observa un incremento en la incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años en el 2008; de igual forma la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal se ha incrementado. Con relación al departamento, el municipio de Cali presenta una prevalencia de Enfermedad renal crónica (ERC) en fase cinco más elevada, con una diferencia estadísticamente significativa, al igual que en el caso de la incidencia de leucemia linfocítica aguda, mientras la incidencia de VIH y de LMA no presentan diferencia estadísticamente significativas con respecto a los indicadores departamentales.

En los eventos de notificación obligatoria solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la letalidad por meningitis por Neisseria que fue mayor en Cali que en el departamento del Valle del Cauca (66 vs 20 x 100%).

En la población con discapacidad, la alteración más frecuente corresponde a la relacionada con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas (55,4%), seguido por las alteraciones del sistema nervioso, la voz y el habla (38,6%).

2.2.7 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS

2.2.7.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realizará utilizando las medidas de desigualdades sencillas como la diferencia relativa. En tal sentido se describen los indicadores de condiciones de vida, disponibilidad de alimentos, factores conductuales y psicológicos y culturales y sistema sanitario.

Condiciones de vida

Los indicadores de condiciones de vida del municipio las más altas coberturas de servicios públicos en electricidad y acueducto como se presenta en la Tabla 48.

Tabla 48. Determinantes Sociales Intermedios de Salud. Condiciones de vida. Municipio Santiago de Cali

Condiciones de vida	Cali
Cobertura de servicios de electricidad	99,0
Cobertura de acueducto	98,0
Cobertura de alcantarillado	96,0
Cobertura de servicios de telefonía	81,0
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada	1,98
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas	2,1

Fuente: Min salud. SISPRO

Disponibilidad de alimentos

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer corresponde al 11%.

Condiciones factores, psicológicos y culturales

Tabla 49. Determinantes Sociales Intermedios de Salud. Factores conductuales, psicológicos y culturales. Municipio Santiago de Cali

Factores conductuales, psicológicos y culturales	Valor
Prevalencia de VIH/SIDA en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	24,1
Prevalencia de VIH-SIDA en mujeres trabajadoras sexuales (2008)	1,7

Fuente: Min salud. SISPRO

Sistema sanitario

Un total de 3.976 Servicios habilitados en las 1.156 IPS Públicas y Privadas para el Municipio de Santiago de Cali, de las cuales con mayor frecuencia corresponden a fisioterapia (7,8%) y toma de muestras de laboratorio clínico (7,1%), en contraste con servicios como trasplante de tejido osteomuscular (2,0%) y radioterapia (3%).

Tabla 50. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud por en el Municipio Santiago de Cali, 2013

Servicios Habilitados	Número absoluto	Frecuencia relativa
Fisioterapia	311	7,8
Toma de muestras de laboratorio clínico	283	7,1
Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	247	6,2
Toma de muestras citologías cérvico - uterinas	240	6,0
Cirugía plástica y estética	235	5,9
Servicio farmacéutico	209	5,3
Toma e interpretación de radiografías odontológicas	191	4,8
Cirugía de la mano	185	4,7
Cirugía general	173	4,4
Vacunación	167	4,2
Terapia respiratoria	146	3,7
Sala general de procedimientos menores	144	3,6
Laboratorio clínico	135	3,4
Radiología e imágenes diagnosticas	109	2,7
Ultrasonido	92	2,3
Esterilización	69	1,7
Electro-diagnóstico	56	1,4
Cirugía pediátrica	55	1,4
Cardiología	54	1,4
Cirugía neurológica	52	1,3
Cirugía otorrinolaringología	47	1,2
Cirugía ginecológica	42	1,1
Cirugía ortopédica	41	1,0
Endoscopia digestiva	41	1,0
Cirugía cardiovascular	30	0,8
Cirugía de mama y tumores tejidos blandos	36	0,9
Cirugía urológica	34	0,9
Cirugía oftalmológica	33	0,8
Diagnostico cardiovascular	33	0,8
Ecocardiografía	31	0,8
Cirugía maxilofacial	30	0,8
Neumología -	30	0,8
Cirugía oncológica	29	0,7

Laboratorio de patología	27	0,7
Cirugía gastrointestinal	26	0,7
Cirugía dermatológica	25	0,6
Cirugía vascular y angiológica	22	0,6
Laboratorio citologías cérvico -uterinas	22	0,6
Cirugía de tórax	21	0,5
Cuidado intermedio adultos	21	0,5
Cirugía de mano	19	0,5
Cirugía oral	18	0,5
Quimioterapia	18	0,5
Sala de enfermedades respiratorias agudas - ERA	18	0,5
Nefrología - diálisis renal	15	0,4
Urología procedimiento	14	0,4
Medicina nuclear	12	0,3
Hemodinámica	11	0,3
Otras cirugías	11	0,3
Fibrobroncoscopia	10	0,3
Neumología laboratorio función pulmonar	10	0,3
Cirugía plástica oncológica	9	0,2
Implante de tejido óseo	9	0,2
Cirugía endovascular neurológica	7	0,2
Trasplante de cornea	6	0,2
Laboratorio de histo tecnología	5	0,1
Urología - litotripsia urológica	5	0,1
Radioterapia	3	0,1
Trasplante de tejido osteomuscular	2	0,1
Total	3976	100,0

Fuente: Minsalud SISPRO

Otros indicadores del sistema sanitario

- **Número de IPS públicas:** Un total de 104 instituciones prestadoras de servicios de carácter público correspondiendo a las 6 E.S.E Municipales y 4 de carácter Departamental.
- **Número de IPS privadas** Un total de 1.052 instituciones prestadoras de servicios privadas se encuentran habilitadas en el Municipio de Santiago de Cali.
- **Número de camas por 1.000 habitantes** 3.739 camas se reportan en el municipio de Santiago de Cali para 2 por cada mil habitantes.

- **Número de camas de adulto por 1.000 habitantes** De las 3.739 camas reportadas para el municipio 2.595 corresponden a adultos para 280 camas por cada 1.000 habitantes.
- **Número de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes** Un total de 701 camas de cuidado intensivo se reportan para el municipio para 0,2 por cada 1.000 habitantes
- **Número de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes** 467 camas de cuidado intermedio se reportan, para 0,3 por cada 1.000 habitantes
- **Número de ambulancias por 1.000 habitantes** Se reportan 199 ambulancias para 8 por cada 1.000 habitantes se reportan para el municipio
- **Número de ambulancias básicas por 1.000 habitantes** De 199 ambulancias totales 136 ambulancias corresponden a básicas para 5 por cada 1000 habitantes para el municipio
- **Número de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes** Se reportan 63 ambulancias medicalizadas de las 199 para todo el municipio equivalente a 2 por cada 1000 habitantes (Tabla 51)

Tabla 51.Otros indicadores de sistema sanitario en el Municipio Santiago de Cali, 2012

Otros indicadores	Número absoluto
Número de IPS públicas	104
Número de IPS privadas	1052
Número de camas por 1000 habitantes	2
Número de camas de adulto por 1000 habitantes	280
Número de camas de cuidado intensivo por 1000 habitantes	0,2
Número de camas de cuidado intermedio por 1000 habitantes	0,3
Número de ambulancias por 1000 habitantes	8
Número de ambulancias básicas por 1000 habitantes	5
Número de ambulancias medicalizadas por 1000 habitantes	2

Fuente: Minsalud, SISPRO

Al establecer las diferencias relativas en los determinantes intermediarios de la salud entre el departamento del Valle del Cauca y el municipio de Santiago de Cali, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en Número y distribución de instituciones prestadoras de servicios habilitada por servicios y el número de camas de adulto por 100 habitantes (Tabla 52)

Tabla 52.Semaforización Determinantes intermedios de la salud. Municipio Santiago de Cali

DETERMINANTES INTERMEDIOS DE SALUD	Valle	Cali	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	Color
Condiciones de vida						
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada	6,7	1,98	0,2955	0,0734	1,1899	
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas	5,4	2,1	0,3889	0,1006	1,5039	
Disponibilidad de alimentos						
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer*	9	11	1,2222	0,6769	2,2070	
Sistema sanitario						
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia	12,7	12,04	0,9480	0,5389	1,6678	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud	5,4	4,94	0,9148	0,3787	2,2096	
Cobertura de afiliación al SGSSS	89	90	1,0112	0,8225	1,2433	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos	85	93	1,0941	0,8929	1,3407	
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año	95	97	1,0211	0,8368	1,2459	
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año	95	97	1,0211	0,8368	1,2459	
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año	94	95	1,0106	0,8265	1,2357	
Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal	87	88	1,0115	0,8208	1,2465	
Cobertura de parto institucional	99	99	1,0000	0,8212	1,2177	
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	99	99	1,0000	0,8212	1,2177	
Número y distribución de instituciones prestadoras de servicios habilitada por servicios (2013)	3206	1873	0,5842	0,5583	0,6113	
Número de camas por 1000 habitantes(2011)	1	2	2	0,5002	7,9971	

Número de camas de adulto por 1000 habitantes(2011)	1	280	280	249,0509	314,7951	
Número de camas de cuidado intensivo por 1000 habitantes(2011)	0,2	0,3	1,5	0,0419	53,7272	
Número de camas de cuidado intermedio por 1000 habitantes(2011)	0,12	0,2	1,6667	0,0208	133,4222	
Número de ambulancias por 1000 habitantes(2011)	6	5	0,8333	0,3469	2,0021	
Número de ambulancias básicas por 1000 habitantes(2011)	2	2	1	0,2501	3,9985	
Número de ambulancias medicalizadas por 1000 habitantes(2011)	8	8	1	0,5001	1,9996	