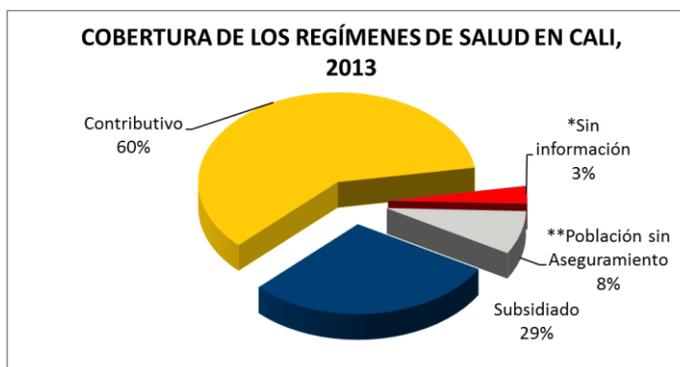


## CÓMO VAMOS EN SALUD

Cali Cómo Vamos evalúa los cambios en la salud de los caleños, en función de indicadores de cobertura, mortalidad específica y calidad de los servicios médicos y de la salud pública en general.

### Cobertura del Régimen de Seguridad Social

A diciembre de 2013, en Cali estaban afiliadas 678 mil personas al régimen subsidiado y 1,39 millones al régimen contributivo, lo que equivale a una cobertura de salud en Cali del 89% de la población total, *sin contar con los datos del régimen de excepción*, no suministrados por la SSPM, y por lo tanto no comparable con la cobertura de 2011 y 2012, precisamente por estar incompleta. La población sin aseguramiento reportada por la SSPM era de 180 mil personas a 2013, lo que impone un reto mayor a la ciudad en aseguramiento.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.  
Cálculos Cali Cómo Vamos a partir de población Dane

### AFILIACIÓN Y COBERTURA DE LOS REGÍMENES DE SALUD EN CALI 2011-2013

Régimen de Afiliación	2011		2012		2013	
	Nº de Personas	Cobertura Poblacional %	Nº de Personas	Cobertura Poblacional %	Nº de Personas	Cobertura Poblacional %
Subsidiado	642.422	28,3	680.908	29,7	678.662	29,3%
Contributivo	1.391.548	61,3	1.404.561	61,2	1.387.252	59,8%
De Excepción*	104.403	4,6	105.554	4,6	ND	ND
Población sin Aseguramiento**	131.257	5,8	103.630	4,5	180.661	7,8%
<b>Población Total según DANE</b>	<b>2.269.630</b>	<b>100%</b>	<b>2.294.653</b>	<b>100%</b>	<b>2.319.655</b>	<b>96,8%</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

\* SSPM proyectaba un 4,6% de la población DANE (2011-12) como afiliada al régimen de excepción<sup>14</sup>. **No suministrado en 2013.** Población Afiliada Estimada 2011-2012: Cálculos Cali Cómo Vamos.

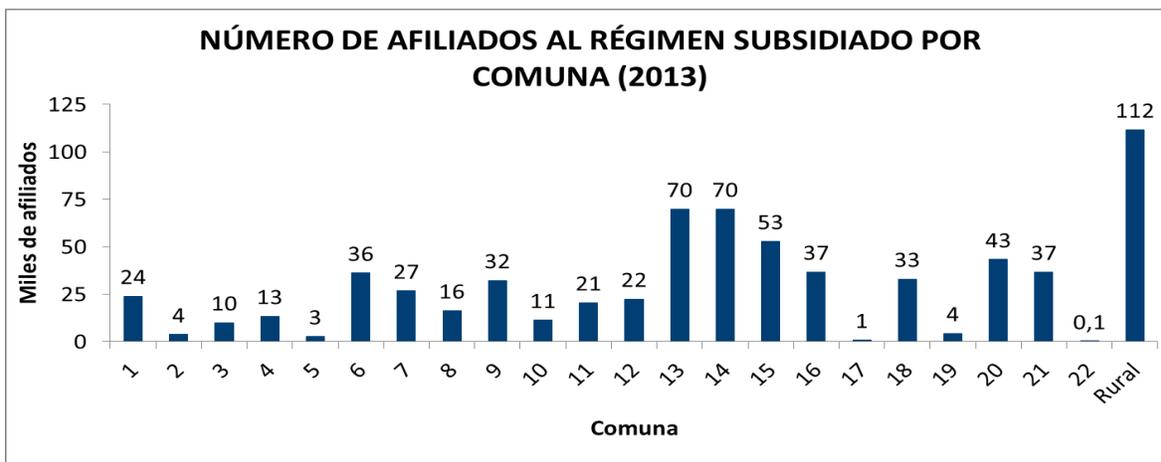
\*\*2011-2012: Cali Cómo Vamos estima como la diferencia entre la suma de los distintos regímenes y la población total proyectada para Cali en el año correspondiente. //2013: SSPM suministra población beneficiaria de contratación de servicios para población pobre no asegurada.

Las comunas donde se reporta mayor número de personas afiliadas al régimen subsidiado son la 1, 6, 7, 13, 14, 15, 15, 18, 20, 21, que aportan el 55% del total de afiliados, y el sector rural en general, cuyos corregimientos aportan el 33% del total de afiliados en Cali.

No obstante, donde existe mayor cobertura del régimen subsidiado sobre la población total son las comunas 13, 14, 16, 20 y el sector rural (con el 40% o más) lo que las hace más dependientes del régimen subsidiado de salud que las demás. Esa dependencia refleja la situación laboral de estos territorios, donde el desempleo y/o la informalidad laboral impiden a un gran número de personas hacer parte del régimen contributivo de salud. Aunque es necesario en materia de salud, que el régimen subsidiado cubra toda la población que no puede cubrir el contributivo, en

<sup>14</sup> Régimen de Excepción: empleados de las Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Magisterio.

el mediano y largo plazo un reto para la ciudad debe ser generar empleo u oportunidades de ingreso formales. Que la gente no dependa de un subsidio sino promover la oportunidad de cada persona pueda cotizar su propia seguridad social.



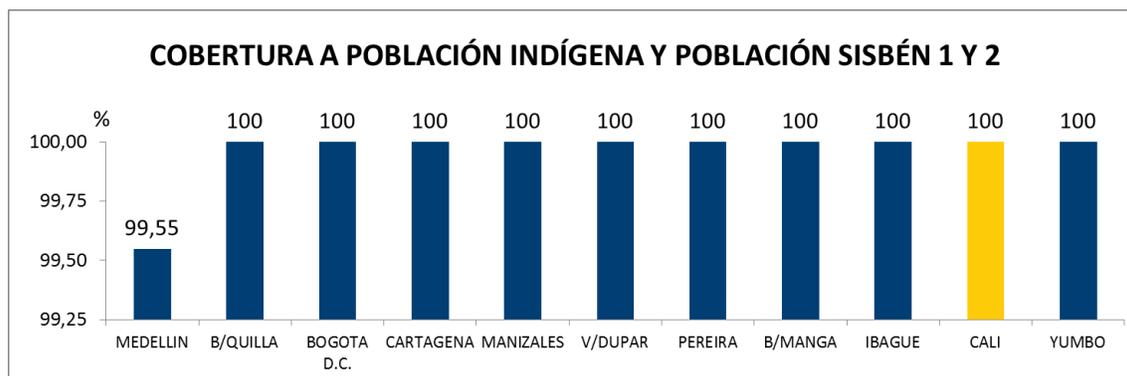
Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

**POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN CIUDADES CÓMO VAMOS Y CÁLCULO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO**

MUNICIPIO	POBLACION SISBEN 1 y 2 (A)	POBLACION INDIGENA (B)	TOTAL SISBEN 1 Y 2 MAS POBLACION INDIGENA (C)	POBLACION SISBEN 1 y 2 AFILIADA AL REGIMEN CONTRIBUTIVO (D)	(C) - (D)	AFILIADOS CARGADOS EN BDUA	DEFICIT DE COBERTUR A TOTAL NIVELES 1 y 2 DE SISBEN	% DEFICIT DE COBERTURA	% COBERTURA	POBLACION DESPLAZADA
MEDELLIN	1.330.182	3.133	1.333.315	728.968	604.347	601.623	2.724	0,45%	99,55	225.731
BARRANQUILLA	667.260	1.015	668.275	209.308	458.967	625.381	0	0,00%	100	62.243
BOGOTA D.C.	2.194.093	14.095	2.208.188	1.195.442	1.012.746	1.267.841	0	0,00%	100	295.613
CARTAGENA	553.921	1.754	555.675	170.349	385.326	459.083	0	0,00%	100	57.300
MANIZALES	128.307	1.114	129.421	57.026	72.395	86.369	0	0,00%	100	16.229
VALLEDUPAR	228.351	29.479	257.830	47.922	209.908	287.919	0	0,00%	100	76.176
PEREIRA	211.626	3.145	214.771	91.771	123.000	135.608	0	0,00%	100	26.556
BUCARAMANGA	192.567	1.571	194.138	79.514	114.624	143.068	0	0,00%	100	36.693
IBAGUE	288.203	3.104	291.307	135.693	155.614	171.927	0	0,00%	100	50.036
CALI	802.365	8.985	811.350	299.888	511.462	678.662	0	0,00%	100	89.084
YUMBO	46.280	207	46.487	18.030	28.457	44.525	0	0,00%	100	3.227

Fuente: Fosyga, Minsalud. Tomado de la Red de Ciudades Cómo Vamos.

Coexistiendo con esa dependencia del régimen subsidiado en algunos territorios, producto de la situación económica y social de la ciudad y el país, más que del sistema de salud, está el hecho de que *las principales ciudades de Colombia, entre ellas Cali, han logrado una cobertura del 100% del régimen sobre la población objetivo, que está conformada por las personas identificadas en los niveles 1 y 2 del Sisbén, la población indígena y en situación de desplazamiento, que no estén afiliadas al régimen contributivo.*



Fuente: Fosyga, Minsalud. Tomado de la Red de Ciudades Cómo Vamos.

**CONTRATACIÓN SERVICIOS PARA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA PPNA-CALI 2013**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	POBLACIÓN BENEFICIARIA	POBLACIÓN ATENDIDA	VALOR DEL CONTRATO
Red de Salud Centro ESE	30.685	37.584	\$ 2.184.682.665
Red de Salud Ladera ESE	32.490	18.304	\$ 1.909.660.695
Red de Salud Norte ESE	39.710	25.617	\$ 2.443.357.243
Red de Salud Oriente ESE	66.786	45.849	\$ 3.719.516.311
Red de Salud Suroriente ESE	10.830	8.736	\$ 610.831.123
Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel ESE	160	160	\$ 1.100.000.000
Hospital Isaiás Duarte Cancino		855	295.969.300
<b>TOTAL</b>	<b>180.661</b>	<b>137.105</b>	<b>\$ 12.264.017.337</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

A pesar de lo anterior, aún existen 180 mil personas en la ciudad sin aseguramiento de ningún tipo, población que debe ser atendida a través de servicios contratados por la Secretaría de Salud Municipal. De acuerdo a la información de la entidad, 137.105 fueron las personas efectivamente atendidas en 2013, con servicios contratados por un monto total de 12 mil millones de pesos.

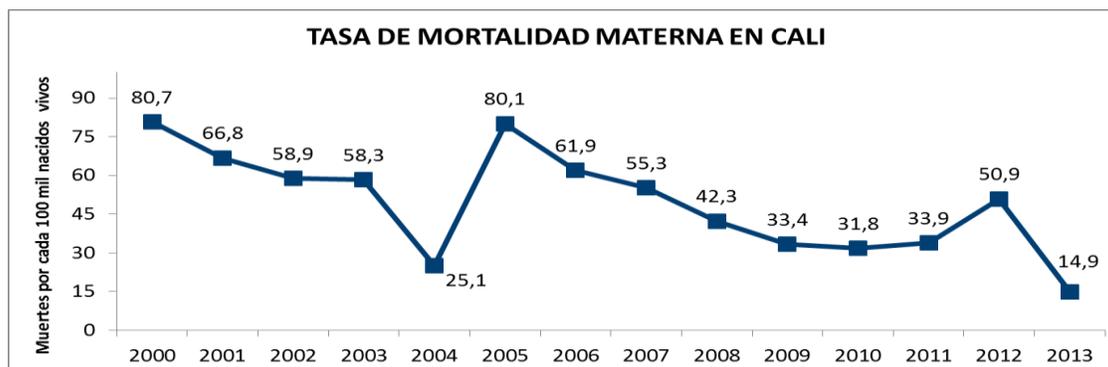
### Mortalidad Materna

Las defunciones en mujeres durante el período de gestación o en el momento del parto es uno de los indicadores más reveladores de la calidad de vida de la población, en especial de las mujeres, de sus condiciones previas de salud, y de esas condiciones en un momento de vulnerabilidad física como es el embarazo.

Para el año 2013, en Cali se presentaron únicamente cuatro casos, de acuerdo con el reporte más reciente suministrado por la Secretaría de Salud, lo que equivale a una tasa de 14,9 por cada cien mil nacidos vivos, bastante menor a los 15 casos presentados en 2012, que equivalían a una tasa de 50,9 por cien mil NV.

De esos 4 casos de muerte materna, dos se presentaron en la ladera occidental de la ciudad, uno en el oriente y uno en el centro. A su vez, de esos cuatro casos, dos se presentaron en el estrato 2 (aunque llama la atención de un caso en el estrato 5), tres de ellos fueron por causas indirectas, es decir, no relacionadas directamente con el proceso de gestación y parto. Dos defunciones se presentaron en el régimen subsidiado y dos en el contributivo.

Lo anterior ratifica, como hemos mencionado en años anteriores, que por un lado hay un progreso en la materia por la reducción en los casos, manteniendo la tendencia histórica de las últimas décadas. Pero por otro lado, se observa que la mayoría de los casos se presentan en los segmentos poblacionales más vulnerables (régimen subsidiado, comunas con indicadores sociales y económicos críticos y en estratos bajos), lo que evidencia la inequidad social en la ciudad.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. Datos 2012 y 2013: preliminares.

**Nº DE MUERTES MATERNAS POR ÁREA GEOGRÁFICA Y AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL, 2013**

RÉGIMEN SEGURIDAD SOCIAL / ÁREA	ORIENTE	LADERA	CENTRO	NORTE	SURORIENTE	TOTAL
Subsidiado	1	1	-	-	-	2
Contributivo	-	1	-	1	-	2
Especial	-	-	-	-	-	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
Participación % en el Total	25%	50%	0%	25%	0%	100%

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

**Nº DE MUERTES MATERNAS POR ESTRATO Y POR GRUPOS DE EDAD 2013**

ESTRATO/ EDAD	GRUPOS DE EDAD						TOTAL
	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	
1	-	-	-	-	-	-	0
2	-	1	-	1	-	-	2
3	-	1	-	-	-	-	1
4	-	-	-	-	-	-	0
5	-	-	-	1	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

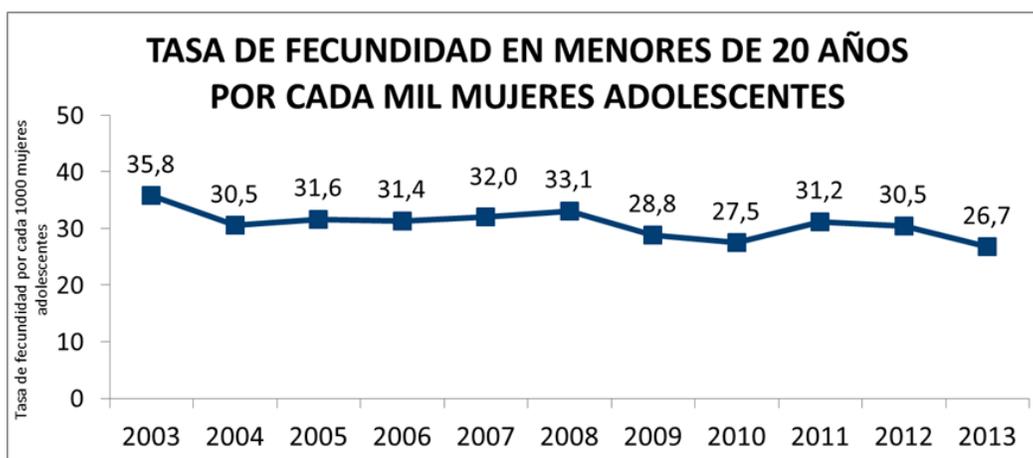
**MORTALIDAD MATERNA POR CAUSA (2013)**

TIPO DE CAUSA	FRECUENCIA	%
<b>DIRECTAS</b>	<b>1</b>	<b>25</b>
Embarazo Ectópico	1	25
<b>INDIRECTAS</b>	<b>3</b>	<b>75</b>
Apendicitis	1	25
Trombosis Venosa Profunda	1	25
Neumonía	1	25
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

## Embarazos en adolescentes

Uno de los factores que contribuyen a la vulnerabilidad en la salud de madres y de recién nacidos, es el embarazo en mujeres menores a los 20 años, o mujeres adolescentes, cuyas condiciones físicas no están totalmente desarrolladas para asumir la gestación sin riesgos, además de, en muchos casos, no contar con la capacidad económica para formar un hogar o con la educación suficiente para conseguirla en el mercado laboral. El embarazo a temprana edad, es entonces, uno de los factores que generan y refuerzan las trampas de pobreza. Es por ello, que es deseable para la sociedad que este indicador de embarazos en adolescentes sea cada vez menor.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

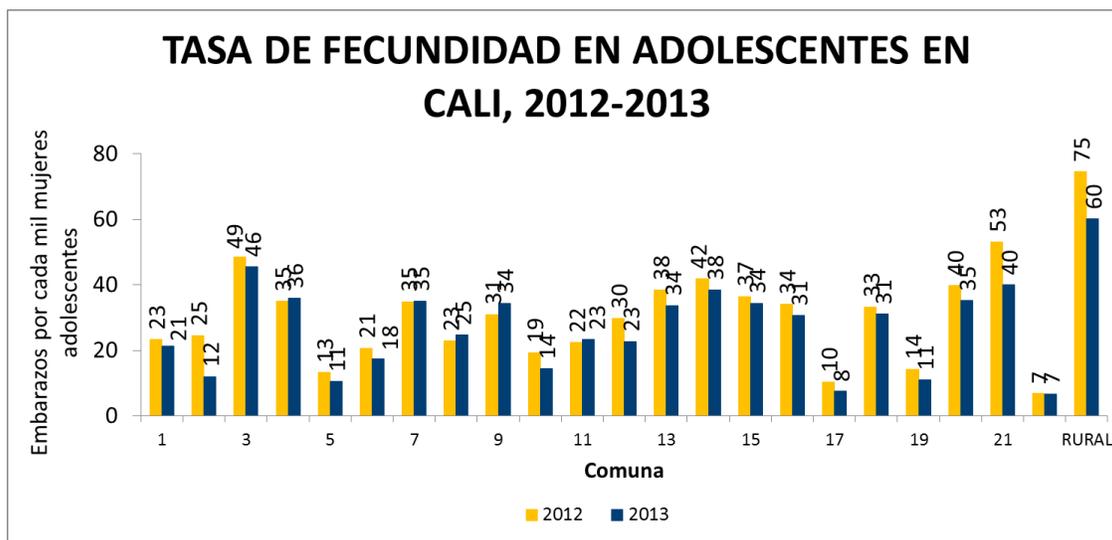
A diferencia de otros indicadores de este tipo en salud, la tasa de fecundidad presenta una tendencia histórica poco clara en los últimos diez años, porque eventuales reducciones se han visto compensadas por incrementos parciales al año siguiente. No obstante, en 2013 se presentaron menos casos que diez años atrás, incluso menores a los registrados en 2011 y 2012.

Evidenciando su rol protagónico en la generación de trampas de pobreza, a través de la vulnerabilidad física, social y económica en las familias, el embarazo en mujeres menores de 20 años ocurre con mayor frecuencia, en el año 2013, en las comunas 3, 13, 14, 15, 20, 21 y el sector rural.

### TASA DE FECUNDIDAD EN MENORES DE 20 AÑOS POR CADA MIL MUJERES ADOLESCENTES

Años	Población mujeres adolescentes	Nacidos vivos en adolescentes	Tasa de fecundidad x 1.000 adolescentes
2003	212.810	7.616	35,8
2004	217.405	6.632	30,5
2005	194.836	6.166	31,6
2006	195.096	6.121	31,4
2007	195.357	6.244	32,0
2008	195.576	6.477	33,1
2009	195.617	5.640	28,8
2010	195.348	5.365	27,5
2011	194.848	6.079	31,2
2012	193.657	5.897	30,5
2013	192.421	5.140	26,7

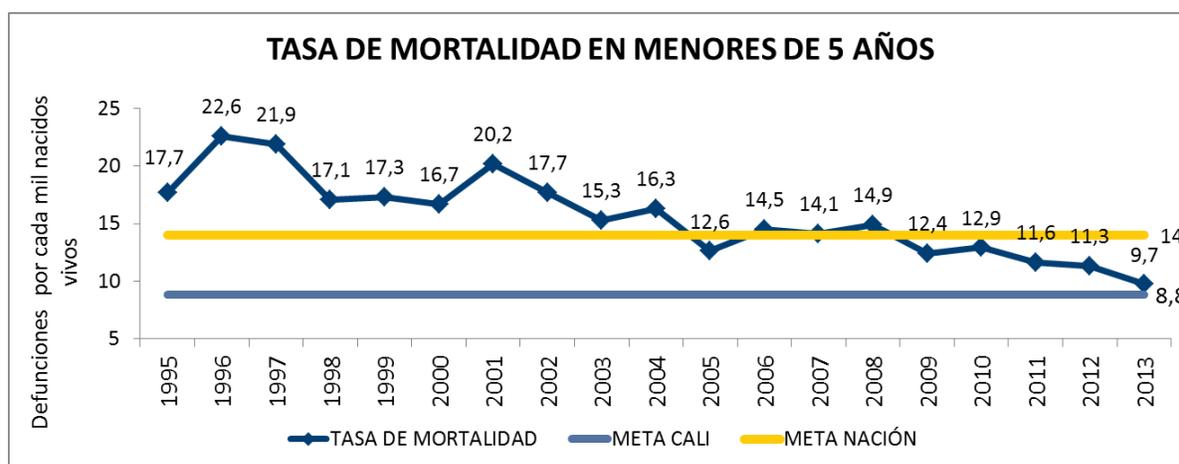
Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

#### Mortalidad en menores de cinco años

Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años en dos terceras partes, es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, promulgados por los miembros de las Naciones Unidas en el año 2000, con un plazo al año 2015. Cada país, con niveles de desarrollo distinto y del propio indicador, ha establecido su propia meta a alcanzar. En el caso de Colombia, la tasa a alcanzar es de máximo 14 defunciones por cada mil nacidos vivos. Cali, en particular, tiene como meta una tasa máxima de 8,8 defunciones por cada mil nacidos vivos.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014

En las últimas décadas, Cali ha ido reduciendo este indicador año tras año, acercándose cada vez más al cumplimiento de la meta de 8,8. En 2013, la tasa reportada de manera preliminar, fue de 9,7, correspondiente a 260 muertes. Ello implica que para cumplir la meta, de aquí al año 2015, deberían disminuirse al menos 4 casos, de mantenerse el número de nacimientos anuales.

De las 260 defunciones reportadas en menores de cinco años, el 82,7% corresponde a casos en menores de un año, por lo que esa variable también es relevante en materia de política pública. Entre las principales causas de muerte en menores de cinco años se encuentran Otras Causas Mortalidad Perinatal, Malformaciones Congénitas del Corazón y Trastornos Respiratorios y Cardiovasculares, que aportaron el 56% de los casos.

Otras enfermedades como la Neumonía y la Diarrea, en un segundo renglón de importancia, participan con el 7% y el 2% de los casos, respectivamente.

#### CASOS Y TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Año	Casos	Tasa
2007	432	14,1
2008	461	14,9
2009	372	12,4
2010	366	12,9
2011	342	11,6
2012	333	11,3
2013	260	9,7
<b>Meta ODM - Cali</b>	<b>256</b>	<b>8,8</b>
<b>Por Reducir</b>	<b>4</b>	<b>0,9</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014

#### DISTRIBUCIÓN DEL N° DE CASOS DE MUERTE ENTRE MENORES DE 1 Y 5 AÑOS, 2011-2013

Año	Menores de 1 Año	Menores entre 1 y 5 años	Total Menores de 5 años
2011	275	67	342
2012	273	60	333
2013	215	45	260
Distr % 2011	80,41%	19,59%	100
Distr % 2012	81,98%	18,02%	100
Distr % 2013	82,69%	17,31%	100

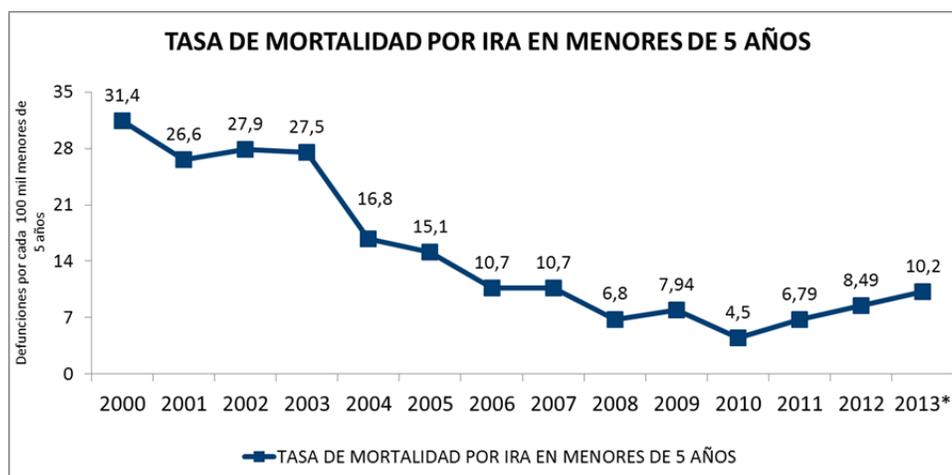
Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014

#### PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN CALI, 2013

CAUSA	DEFUNCIONES	PORCENTAJE
Otras Causas Mortalidad Perinatal	65	25
Malformaciones Cong Corazón	49	18,8
Trastornos Respiratorios y Cardiovasculares	32	12,3
Las demás malformaciones congénitas	21	8,1
Otras neumonías	18	6,9
Otras enf SNC, parálisis cerebral	7	2,7
Diarrea	5	1,9
Síntomas, signos y estados morbosos mal def	5	1,9
Otras enfermedades del aparato respiratorio	4	1,5
Septicemia	4	1,5
Otras enfermedad cardiopulmonares	4	1,5
Tumor Maligno Otras Localizaciones	4	1,5
Asma	3	1,2
Deficiencias Nutricionales	3	1,2
leucemia	3	1,2
Resto de Causas	33	12,7
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014

En particular, la mortalidad por neumonía se mide a través de la tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda por cada cien mil menores de cinco años. A pesar de que entre 2012 y 2013 disminuyó el número de casos de 27 a 18, la tasa preliminar que reporta la Secretaría de Salud sigue creciendo, luego de haber llegado al mínimo histórico de 4,5 en 2010, para registrar una tasa de 10,2 en 2013. Como en años anteriores, la mayoría de casos se presentaron en las comunas del Distrito de Aguablanca y la ladera occidental de Cali.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014

**NÚMERO DE CASOS DE MUERTES POR NEUMONÍA, POR ESE / ZONAS DE LA CIUDAD, 2011-2013**

ESES	2011		2012		2013	
	Casos de IRA <5	% Neumonía	Casos de IRA <5	% Neumonía	Casos de IRA <5	% Neumonía
Oriente (13, 14, 15 y 21)	5	42	10	37	6	33
Ladera (1, 3, 17, 18, 19, 20 y Rural)	3	25	6	22	5	28
Centro (8, 9, 10, 11 y 12)	0	0	2	7	2	11
Norte (2, 4, 5, 6 y 7)	3	25	4	15	2	11
Suroriente (16)	0	0	0	0	2	11
Sin dato	1	8	5	19	1	6
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014

Por otra parte, la mortalidad por diarrea se mide con la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda, EDA, por cada cien mil menores de cinco años. La tendencia de este indicador en los últimos años es decreciente, no obstante, en los últimos dos años, al igual que en la tasa de mortalidad por IRA, se presentan tasas superiores pero preliminares por parte de la SSPM. En 2013, se reportaron 5 defunciones de menores de cinco años por diarrea, un caso menos que en 2012, de las cuales 2 ocurrieron en el suroriente, 2 en la ladera y 1 en Aguablanca.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014

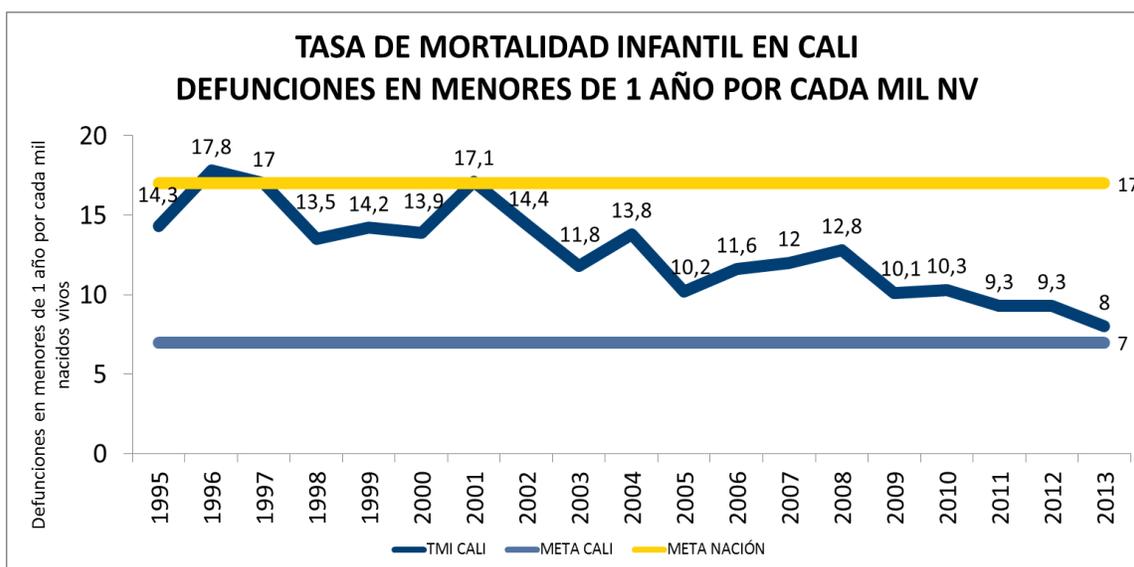
**NÚMERO DE CASOS DE MUERTES POR DIARREA, POR ESE / ZONAS DE LA CIUDAD, 2011-2013**

ESES	2011		2012		2013	
	Casos de EDA <5	% Neumonía	Casos de EDA <5	% Neumonía	Casos de EDA <5	% Neumonía
Oriente (13, 14,15 y 21)	1	50	4	67	1	20
Ladera (1, 3, 17, 18, 19, 20 y Rural)	1	50	0	0	2	40
Centro (8, 9, 10, 11 y 12)	0	0	2	33	0	0
Norte (2, 4, 5, 6 y 7)	0	0	0	0	0	0
Suroriente (16)	0	0	0	0	2	40
Sin dato	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014

**Mortalidad Infantil (en menores de un año)**

Teniendo en cuenta que la mayor parte de las muertes en menores de cinco años ocurren en el primer año de vida (82,7% del total en 2013), la tasa de mortalidad infantil es un indicador prioritario dentro de los objetivos de la política pública en salud.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014.

La mortalidad infantil ha mostrado una tendencia decreciente en los últimos años. De tasas superiores a los 17 casos a mediados de los años 90, Cali reporta en 2013, 8 muertes por cada mil nacidos vivos, cuando en 2012 era de 9,3. Ello representa 58 casos menos que en el año anterior. La meta de la ciudad es como máximo reportar una tasa de 7 por mil NV.

**CASOS Y TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO**

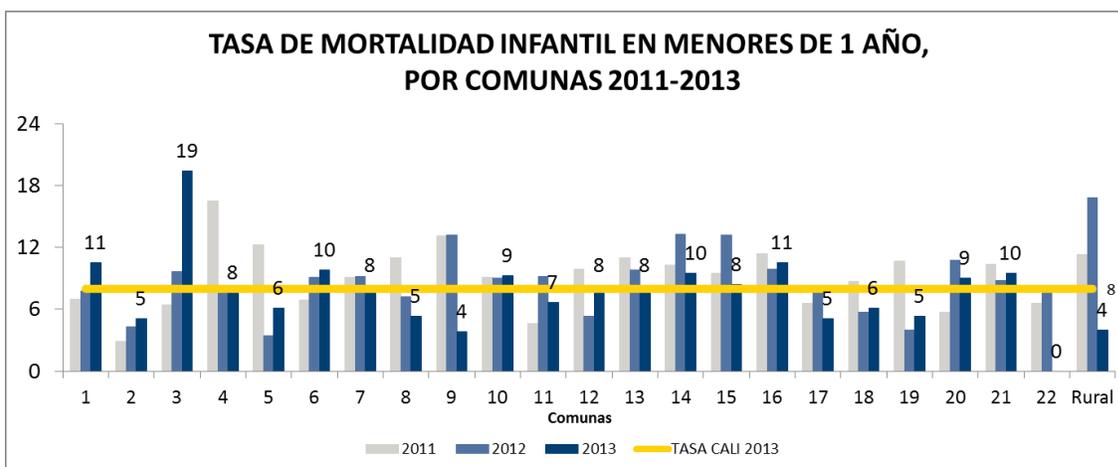
AÑO	NACIDOS VIVOS DANE	TASA DE MORTALIDAD	CASOS
2010	28.296	10,32	292
2011	29.496	9,32	275
2012	29.496	9,26	273
2013	26.808	8	215
Meta ODM - Cali		7	204*
Por Reducir		1	11**

\*Casos y \*\*tasa por reducir: Cálculos CCV.

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014.

Las zonas de la ciudad donde se presentan tasas de mortalidad más altas son la 3, 6, 10, 14, 16, 20 y 21, correspondientes a la ladera, el centro, el oriente y el norte de Cali, las cuales se encuentran por encima de la media de la ciudad.

De igual manera, la etapa con mayor riesgo de mortalidad es en los primeros seis días de nacido, principalmente por diversas causas de mortalidad perinatal, malformaciones congénitas y trastornos respiratorios y cardiovasculares, causas que también son las más frecuentes para el total de defunciones en menores de un año.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014.

**MORTALIDAD INFANTIL TIPO DE MORTALIDAD SEGÚN RANGO DE EDAD. CALI, 2013**

MORTALIDAD INFANTIL	NEONATAL PRECOZ (0-6 DIAS)	NEONATAL TARDIA (7-27 DIAS)	POST-NEONATAL (28-364 DIAS)	INFANTIL (0-364 DIAS)
Defunciones	96	47	72	215
Tasas	3,6	1,8	2,7	8

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014.

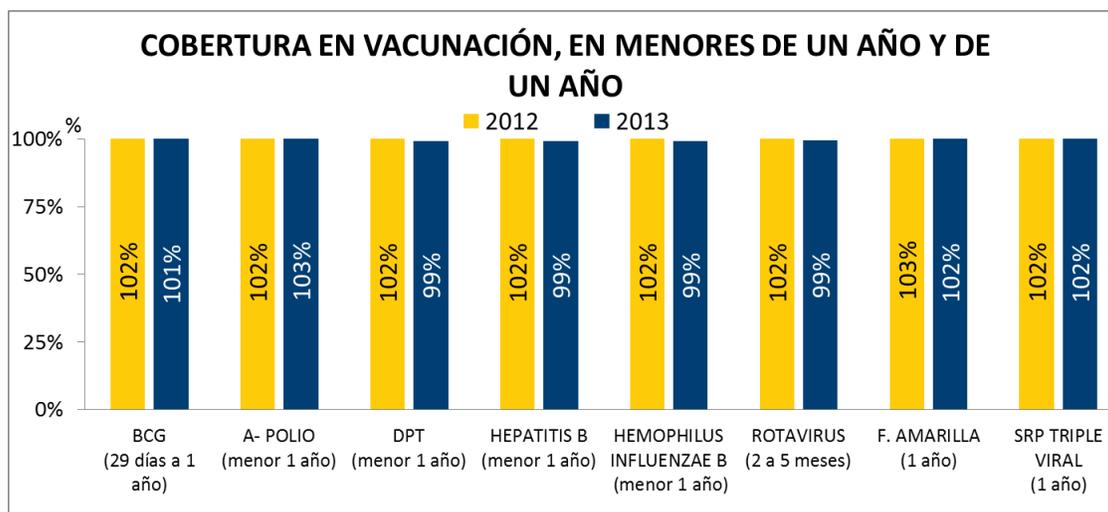
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN CALI, 2013**

MORTALIDAD INFANTIL	NEONATAL PRECOZ (0-6 DIAS)	NEONATAL TARDIA (7-27 DIAS)	POST-NEONATAL (28-364 DIAS)	INFANTIL (0-364 DIAS)
Otras Causas Mortalidad Perinatal	36	20	9	65
Malformaciones Cong Corazón	14	15	17	46
Trastornos Respiratorios y Cardiovasculares	25	3	4	32
Las demás malformaciones congénitas	11	4	3	18
Otras neumonías	4	1	7	12
Otras enf SNC, parálisis cerebral	0	0	5	5
Otras enfermedades del aparato respiratorio	0	0	4	4
Diarrea	2	0	2	4
Sin Dato de Causa	1	1	2	3
Septicemia	1	0	2	3
Deficiencias Nutricionales	0	0	3	3
Otras enfermedad cardiopulmonares	1	0	1	2
Meningitis bacteriana	0	2		2
Sífilis Congénita	0	0	2	2
Insuficiencia Renal	0	1	1	2
Resto de Causas	1	1	10	12
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>47</b>	<b>72</b>	<b>215</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014.

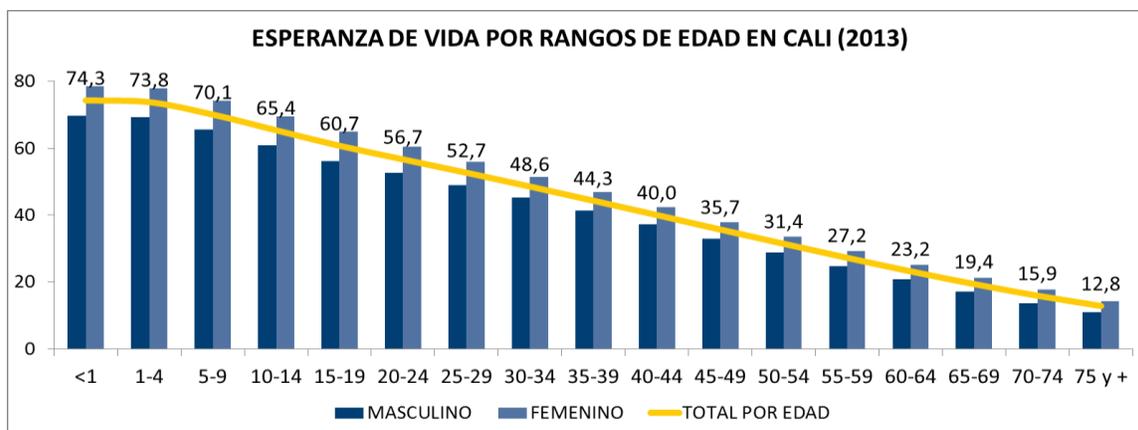
**Vacunación a niños de un año y menores de un año**

De acuerdo con la información preliminar de la Secretaría de Salud Municipal, la cobertura de vacunación en los niños menores a un año y con un año cumplido, en los principales biológicos, reporta el cien por ciento o más, correspondiente al total de niños programados para la vacuna. Solamente, la DPT, la influenza, la hepatitis B y el rotavirus, fueron vacunados en un 99% de los menores programados para tal fin.



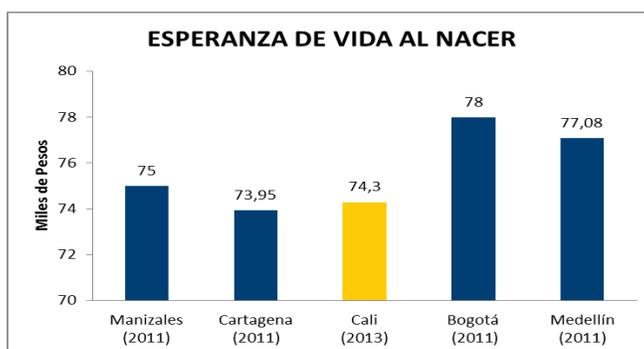
Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014

## Esperanza de Vida



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

La esperanza de vida es uno de los principales indicadores de calidad de vida relacionados con la salud, aunque factores como la violencia y la accidentalidad también influyen en este indicador. Como es lógico, la esperanza de vida disminuye a medida que se avanza hacia rangos de edad más altos. Generalmente, se compara a nivel internacional la esperanza de vida al nacer, que corresponde al primer rango de edad, de cero a un año. En el caso de Cali, la esperanza de vida al nacer es de 74,3 años, la cual, a pesar de ser relativamente alta en el contexto internacional (70,78 para el mundo), es similar a la media de Colombia (73,78), un país de renta media, pero es inferior a los indicadores de Bogotá, Medellín y Manizales.



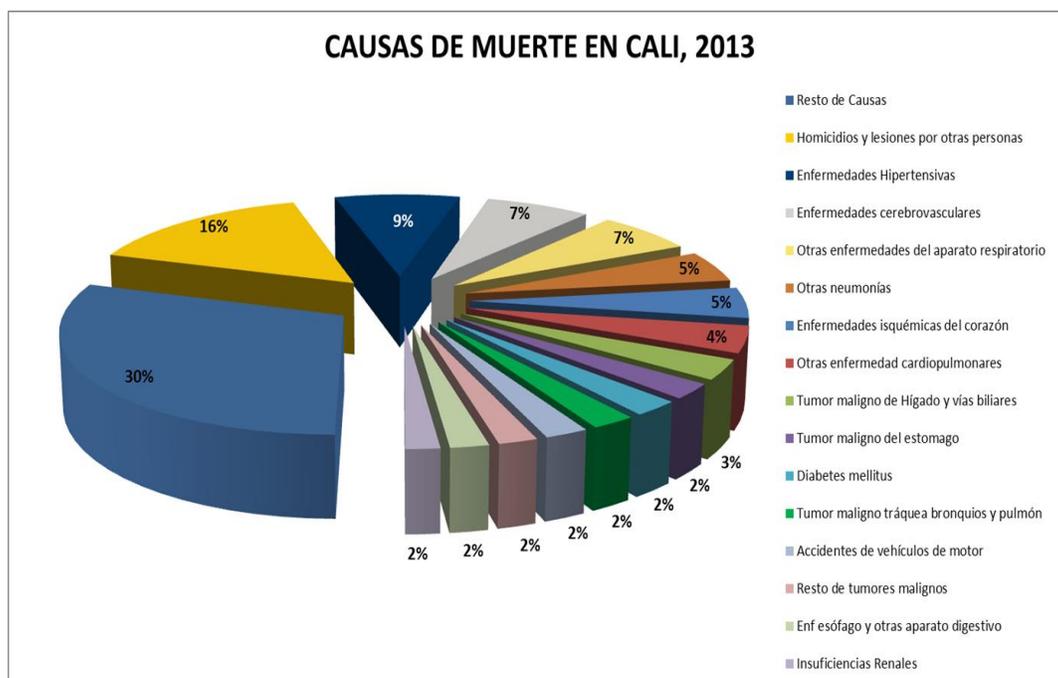
Fuente: Red Colombiana de Ciudades Cómo Vamos.

Tal como lo mencionamos más arriba, las principales causas de muerte en Cali, lamentablemente tienen que ver con la violencia. Los homicidios y las lesiones personales aportan 1994 muertes al total de 2013, seguido de las enfermedades relacionadas con la hipertensión y las cerebrovasculares. Estas tres primeras causas, aportan el 31% de las muertes en la ciudad. Lo anterior describe una situación bastante paradójica: entre las principales causas de muerte se encuentran las típicas del primer mundo es decir, las producidas por enfermedades no transmisibles relacionadas con el sedentarismo y las hereditarias, pero al mismo tiempo, la primera de las causas es la violencia, más frecuente en países en vías de desarrollo con serios problemas de orden público, aunque las causas sean distintas en nuestra ciudad, como se analiza en el capítulo de seguridad de este informe.

**CAUSAS DE MUERTES EN CALI, 2013**

CAUSA	SEXO		TOTAL	TASA POR CADA 100 MIL HABITANTES
	HOMBRES	MUJERES		
Homicidios y lesiones por otras personas*	1.865	129	1.994	86
Enfermedades Hipertensivas	560	533	1.093	47,1
Enfermedades cerebrovasculares	393	523	916	39,5
Otras enfermedades del aparato respiratorio	425	426	851	36,7
Otras neumonías	330	314	644	27,8
Enfermedades isquémicas del corazón	341	286	627	27
Otras enfermedad cardiopulmonares	246	301	547	23,6
Tumor maligno de Hígado y vías biliares	162	246	408	17,6
Tumor maligno del estomago	162	148	310	13,4
Diabetes mellitus	137	172	309	13,3
Tumor maligno tráquea bronquios y pulmón	173	114	287	12,4
Accidentes de vehículos de motor	223	58	281	12,1
Resto de tumores malignos	119	134	253	10,9
Enf esófago y otras aparato digestivo	119	130	249	10,7
Insuficiencias Renales	119	102	221	9,5
Resto de Causas	1.943	1.918	3.861	166,4
<b>TOTAL</b>	<b>7.317</b>	<b>5.534</b>	<b>12.851</b>	<b>554</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014

**ENFERMEDADES DE OBLIGATORIA NOTIFICACIÓN 2006-2013**

EVENTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	VARIACIÓN 2012-2013
DENGUE	953	1.533	958	3.891	11.121	1.395	2.317	1.008	-56%
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	1.617	1.179	4.334	2.886	2.879	3.528	3.758	3.984	6%
VARICELA INDIVIDUAL	3.413	2.961	4.748	3.290	2.797	1.876	4.569	3.784	-17%
VCM, VIF, VSX							1.416	2.626	85%
TUBERCULOSIS PULMONAR	772	912	773	918	722	1.051	1.104	529	-52%
DENGUE GRAVE	87	120	110	377	825	55	98	74	-24%
INTOXICACION POR FARMACOS	4	104	233	209	283	288	307	859	180%
VIH - SIDA - MORTALIDAD POR SIDA	712	715	1.045	832	950	746	505	524	4%
LEPTOSPIROSIS	198	163	81	77	242	214	287	289	1%
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA						28	175	441	152%
BAJO PESO AL NACER							242	582	140%
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS	174	147	322	250	259	402	350	381	9%
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)						272	380	34	-91%
TOS FERINA	106	61	52	51	149	49	283	234	-17%
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	295	242	179	165	175	195	172	348	102%
RESTO DE EVEN TOS	3.310	4.202	3.937	7.215	7.558	3.524	2.814	5.635	100%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>11.641</b>	<b>12.339</b>	<b>16.772</b>	<b>20.161</b>	<b>27.960</b>	<b>13.623</b>	<b>18.777</b>	<b>21.332</b>	<b>14%</b>

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. 2013: Información preliminar suministrada en abril de 2014.

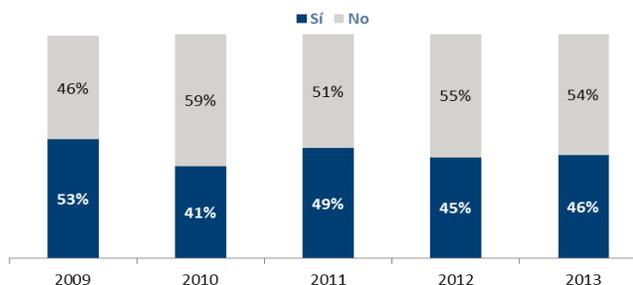
A pesar de lo anterior, las enfermedades transmisibles, aunque ya no son las responsables de la mayoría de defunciones, sí son una variable importante para la calidad de vida de la población caleña. Estas enfermedades están contempladas entre las enfermedades de obligatoria notificación, monitoreadas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, SIVIGILA. En la dinámica de estas enfermedades se destaca la reducción entre 2012 y 2013 del dengue clásico y el grave (-56% y -24%), la tuberculosis pulmonar (-52%), la varicela individual (-17%), la enfermedad similar a la influenza (-91%) y la tos ferina(-17%), aunque muchas ellas ya venían de un incremento importante entre 2011 y 2012.

No obstante, lo anterior contrasta con los incrementos en el último año de las agresiones de animales potencialmente transmisores de rabia (6%), VIH-SIDA (4%), enfermedades transmitidas por alimentos (9%), la morbilidad materna extrema (152%), la intoxicación por fármacos (180%), entre otras. Lamentablemente, entre los primeros eventos se encuentran los relacionados con la violencia, la violencia intrafamiliar, contra la mujer, y la violencia sexual (VCM, VIF, VSX), se incrementó en un 85% en los casos reportados.

### ¿Y qué piensan los ciudadanos?

Del 50% de caleños que requirió algún servicio de salud en 2013, 93% efectivamente accedió a ellos. Entre quienes utilizaron sus servicios, 26% fueron atendidos inmediatamente al ser una urgencia. No obstante, el porcentaje de caleños que tardaron entre 1 y 5 días en acceder al servicio, una vez solicitada la cita, bajó del 43% (2012) al 34% (2013), mientras que los que se demoraron más de 30 días, pasaron del 10% al 17% en el último año.

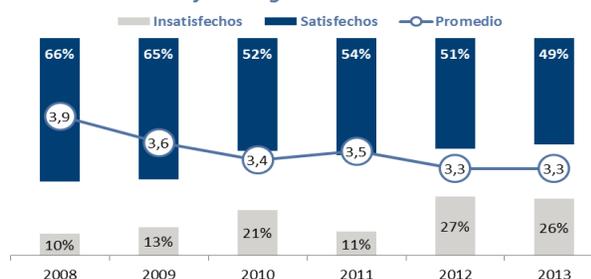
¿Siente que en Cali se le está garantizando el derecho a la salud?



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana en Cali 2013, del Programa Cali Cómo Vamos.

En 2013, se mantiene la satisfacción promedio con el servicio de salud, en 3,3, el puntaje más bajo desde que se realiza la Encuesta. Consecuentemente con lo anterior, la percepción de que en Cali se les garantice el derecho a la salud es minoritaria entre los caleños (46%), como ocurre desde 2010.

Satisfacción general con la salud



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana en Cali 2013, del Programa Cali Cómo Vamos.

## La ciudad que queremos: retos en Salud

### Alejandro Varela, Director de la Fundación FES

“1. Se debe realizar una búsqueda activa de las personas no aseguradas de manera que se logre reducir el número de no asegurados. Para ello se recomienda trabajar mancomunadamente con la Dirección Administrativa de Planeación Municipal, las EPS, Las ESE y el DPS. Llama la atención el aumento significativo que tuvo esta población, la que se esperaba mantuviera la tendencia decreciente que traía de años anteriores. Se debe también realizar un cruce de bases de datos para asegurar que estas personas realmente estén no aseguradas.

2. El indicador de “tasa de fecundidad en menores de 20 años por cada mil mujeres adolescentes”, muestra una caída marcada que generalmente no ocurre a no ser que exista una muy nueva estrategia con resultados muy evidentes.

3. Es muy importante el seguimiento que se le viene haciendo a los ODM. El aporte de las grandes ciudades debe de ser estratégico. La TMI es un claro indicativo del compromiso que tiene la ciudad. Es hora de replantear estrategias a las luz de los ODM post 2015. Hay que evitar 14 casos adicionales. Deberíamos como sociedad registrar una a una las muertes maternas y las infantiles. Estamos muy cerca de cumplir la meta y se requieren esfuerzos adicionales. En la de menores de un año llama atención lo sucedido en la 3 y en la rural, pues muestran cambios bruscos.

5. Se debe de revisar que está pasando con la mortalidad por IRA. Con la introducción de la vacuna al POS uno esperaría que bajara y muestra un incremento. Eso debe de ser estudiado. Igual situación podría estar ocurriendo con la de EDA. La vacuna contra rotavirus debería de tener un impacto residual mayor. Este tema debe de ser estudiado. Debemos de extremar la vigilancia de las muertes en niños y embarazadas.

### Retos

1. Se debe de realizar todas las gestiones que conduzcan a reducir el número de personas no aseguradas en la ciudad de Cali. El número de personas encuestadas por el SISBEN es inferior al de ciudades similares y se podría aumentar la cobertura de la encuesta y reducir el número de no asegurados.
2. Este año es clave para lanzar una gran cruzada por los ODM, de manera que todos los actores del sistema se comprometan con los que aún no se han cumplido. Debe de visibilizarse todos los casos que comprometan esta responsabilidad global.
3. La gran preocupación de la población tiene que ver con la oportunidad y la efectividad de la atención sanitaria. Desde esta perspectiva se deben utilizar y difundir los indicadores que el MSyPS monitorea. Tanto para las IPS del régimen contributivo como para las que atienden subsidiado y no asegurado. Deberían de mostrarse rankeados de manera que la ciudadanía sepa la calidad de cada una.
4. La gran preocupación de los rectores, coordinadores y directores del sistema esta corregir, modificar y alinear las actitudes, prácticas, y comportamientos de los individuos y de los grupos sociales hacia la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida. Desde esa perspectiva se debe de difundir los comportamientos aceptados y avalados (actividad física, consumo de frutas y verduras y espacios libres de humo) ; se debe de corregir las imperfecciones del sistema para proteger a quienes por posiciones dominantes y por asimetrías de información no pueden tomar decisiones libres (refrigerios y almuerzos de niños, niñas y adolescentes); y se debe vigilar las inversiones en estas áreas por cada uno los actores para alinearlas, enfocarlas y volverlas más eficientes”.

### **Bibiana Pineda, Programa Así Vamos en Salud**

“Según los resultados en salud de *Informe de Calidad de Vida 2013*, aunque se presentan avances en el comportamiento descendente de la mayoría de indicadores trazadores<sup>15</sup>; aún no se logran las metas en salud establecidas tanto para la agenda definida a partir de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (a un año de su cierre), así como para las establecidas dentro del *Plan de Desarrollo de Cali 2012-2015 ‘CaliDA: una ciudad para todos’* (a dos años de su implementación). De hecho, aun teniendo indicadores que aunque están cercanos al cumplimiento de la meta establecida como en el caso de la *mortalidad infantil* y de la *mortalidad en menores de 5 años*<sup>16</sup>, al ver su comportamiento desagregado a nivel territorial por comunas, se pone de manifiesto inequidades y desigualdades en salud, dadas por condiciones de vida diferenciales en la ciudad de Cali, afectando en particular a quienes habitan las zonas de ladera y oriental de la ciudad; lo que impone el reto de cerrar estas brechas existentes frente a los diferenciales en las condiciones de salud; lo que en materia de política pública implica el abordaje integral de los determinantes sociales de salud.

<sup>15</sup> A excepción de la tasa de mortalidad materna que presentó aumento en el 2012 y del embarazo en adolescentes que no ha disminuido significativamente.

<sup>16</sup> Cabe resaltar que dentro de las principales causas de mortalidad infantil y en menores de 5 años se encuentran la neumonía y la diarrea, siendo estas totalmente evitables y prevenibles.

En ese sentido, *el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021*<sup>17</sup> como política pública de Estado que reconoce la salud como un derecho vinculándolo además a la agenda de los temas de interés público, territorial e institucional, debe ser la hoja de ruta para el abordaje de las prioridades en salud pública, de forma transversal a todos los componentes, estrategias y metas que están incorporadas tanto en el plan de desarrollo como en el plan territorial de salud. Esto implica a su vez avanzar en la implementación de la *estrategia de atención primaria en salud* (siendo esta además una meta del actual plan de desarrollo) a partir de la reorganización de los servicios y de las acciones de salud pública desde una aproximación a la comprensión de las relaciones población-territorio.

Por lo tanto, puede ser recomendable tomar como punto de partida para el abordaje territorial, la estrategia de intervención *Territorios de Inclusión y Oportunidades TIO*<sup>18</sup> que ya viene implementando la Alcaldía Local a partir de la línea estratégica: ‘CaliDa: Equidad para todos’ establecida en el actual plan de desarrollo, pero fortalecida desde un componente de gestión intersectorial de la salud a partir de la implementación del PDSP; en la cual la Secretaría de Salud debe ser ese actor relevante que lidere la coordinación de acciones encaminadas a intervenir los determinante sociales en salud a partir de las directrices que la *Comisión Intersectorial de Salud Pública*<sup>19</sup> recién conformada establezca, para que de acuerdo a las competencias de cada sector, se actúe de forma coordinada sobre los determinantes sociales y se impacte positivamente sobre los mismos”.

**Marta Cecilia Jaramillo, Docente Investigadora de la Universidad ICESI**

- “A pesar de que la mortalidad infantil ha disminuido y la ciudad ya alcanzó la meta prevista para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, existen comunas con tasas superiores al promedio de la ciudad. Se hace necesario revisar las causas de mortalidad evitable con un buen control prenatal y buena atención del parto para reducir la mortalidad por causas perinatales y por sífilis congénita, además intensificar el trabajo intersectorial para reducir la mortalidad evitable postneonatal como las neumonías, la diarrea, las deficiencias nutricionales, haciendo una intervención de los determinantes.
- Aunque la mortalidad por Infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años tuvo una reducción frente al año 2013, se propone realizar auditoría de las acciones de promoción de la salud, educación y detección temprana tratamiento oportuno en las redes de salud de Oriente y Ladera para lograr impactar la morbimortalidad y con esto contribuir a su reducción en la ciudad.
- En los menores de cinco años también aparece un importante número de muertes por malformaciones congénitas, primordialmente del corazón, problemas que empiezan a hacerse evidentes con el desarrollo económico y social de país y de la ciudad, en su transición epidemiológica, lo que sugiere unir esfuerzos entre la entidad territorial, las EPS y los grupos de investigación de las IPS y de las Universidades, para identificar causas y problemas prevenibles desde la consulta pre-concepcional y prenatal, así como la influencia de factores ambientales.

<sup>17</sup> Reglamentado a partir de la Resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>18</sup> Estrategia que busca generar condiciones de equidad con un enfoque ‘poblacional’ y ‘territorial’ que prioriza de acuerdo con la división político-administrativa del municipio las áreas donde se registran indicadores críticos de pobreza, violencia y seguridad. Esta estrategia incorpora además acciones y metas en salud pública.

<sup>19</sup> Reglamentada a partir del Decreto 859 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.

- Se debe intensificar la educación en salud sexual y reproductiva en la población adolescente principalmente en la comuna 3 y el área rural, utilizando herramientas de evaluación de efectividad e impacto.
- A pesar de que hay un incremento del 152% en la morbilidad materna extrema, cuyas causas son prevenibles a través de un ingreso temprano a un control prenatal de calidad, se evidencia una caída de la mortalidad materna para 2013, con datos preliminares. Se sugiere hacer un seguimiento a los datos definitivos para identificar retos, que podrían ser positivos con la difusión de experiencias exitosas para contribuir a la reducción de la mortalidad materna en el país, o en caso de ser mayor, analizar su tendencia y/o posible subregistro.
- Reforzar, en un esfuerzo interinstitucional e intersectorial los hábitos de vida saludables relacionados con el comportamiento (Sedentarismo y alimentación) con el fin de reducir la mortalidad por enfermedades hipertensivas, cardiovasculares y diabetes, así como la mortalidad por violencia y accidentes de tránsito y los relacionados con el hábitat, la vivienda y el medio ambiente como el control del dengue, acciones preventivas en las que participan todos los sectores y cuya acción primordial está en los individuos y la comunidad.
- Por último, fortalecer la rectoría del Sistema de Salud, basada en los derechos, la participación social y las políticas públicas, con el fin de hacer visibles el impacto sobre la salud pública, para mejorar la satisfacción de los usuarios y garantizarles el derecho a la salud.
- Se recomienda una acción colectiva de formulación e implementación de política pública que permita garantizar el derecho a la salud, tanto en el autocuidado, como en el acceso a los servicios de salud de promoción, prevención, prestación de servicios y rehabilitación, con una red de servicios que garantice la oportunidad, la calidad y la seguridad”.