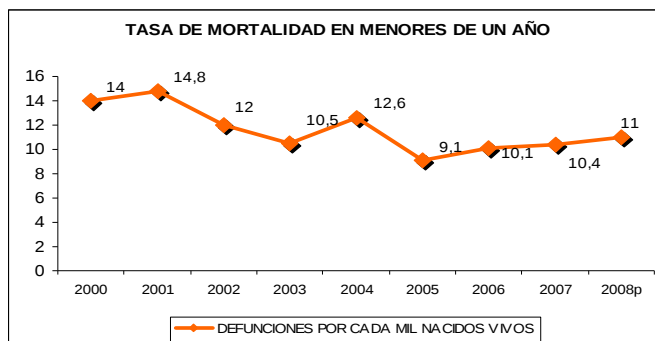


COMO VAMOS EN SALUD

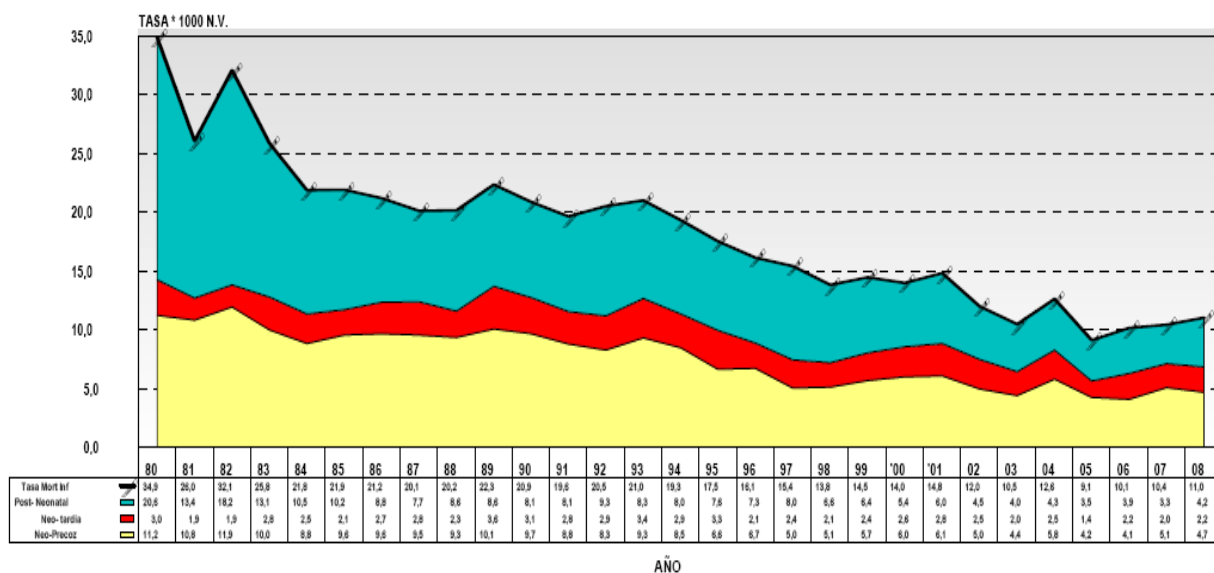
La Tasa de Mortalidad en menores de 1 año ha disminuido cerca del 26%, en los últimos 7 años, por menos muertes por enfermedades infecciosas. La disminución más importante está en la mortalidad post-neonatal (de 1 a 11 meses - franja azul), la mortalidad neonatal (menor de 1 mes) es la mayor y viene en aumento con énfasis los que tenían entre 22 semanas de gestación y 1 semana de nacidos (franja amarilla) la mortalidad neonatal tardía (de 8 a 30 días de nacido – franja roja) es la de menor incidencia.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

MORTALIDAD INFANTIL

SANTIAGO DE CALI, 1980 - 2008



Area de Información y Estadística SSPM

Nota: La TM presentada corresponde a la obtenida a través de las defunciones registradas

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

Entre los menores de 1 mes que murieron el 40% correspondieron a población pobre no asegurada y el 55% tenían afiliación al sistema de seguridad social en salud. Lo que indica que el problema no solo está en las barreras de acceso a la afiliación sino en la calidad de la atención. Los casos se registran en casi todo el municipio de Cali, solo en 7 comunas no hubo reportes, pero las mayores tasas de mortalidad perinatal (menores de 1 mes) se concentran en la zona de ladera tanto en las comunas 1, 18 y 20 como en los corregimientos de la Buitrera, Montebello y Los Andes y en el oriente en las comunas 7, 13, 14, 15, 16 Y 21. Por la alta migración de población pobre hacia estas zonas se deben estudiar sus características poblacionales y culturales para que los programas de Promoción y prevención (P&P) sean más pertinentes.

Las causas evitables de mortalidad en menores de 1 año cuyo riesgo aumenta con la pobreza son: bajo peso al nacer, IRA, EDA y deficiencias nutricionales que ocasionan entre estos menores más muertes que las anomalías congénitas. En el 88% de los casos de mortalidad registrada entre las 22 semanas de gestación y 1 mes de nacidos se observó bajo peso, de estos la mitad tenían extremado bajo peso y el 68% estaba en etapa fetal. Madres con deficiencias nutricionales, embarazos no deseados o no cuidados aumentan este riesgo.

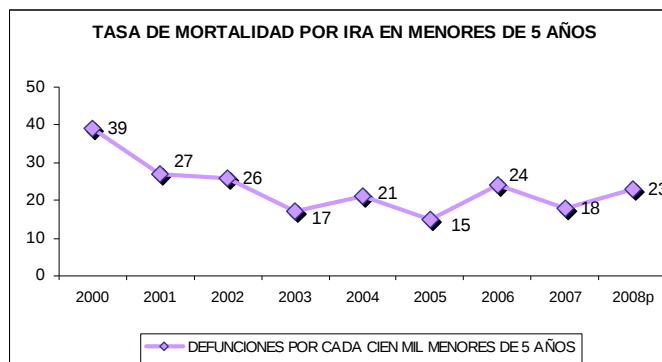
Desde el 2005 Cali fue pionera a nivel nacional y latinoamericano en la aplicación de la vacuna contra el neumococo a niños de bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos), con patologías específicas asociadas y alto riesgo social, a partir del 2006 para este grupo de riesgo el Ministerio de la Protección Social entrega gratuitamente esta vacuna que no hace parte del Plan Ampliado de Inmunización – PAI. En el 2008 se vacunaron 2.675 niños, de ellos 1.634 niños tienen 1 dosis, 1.000 niños tienen 2 dosis y 41 niños tienen 3 dosis registradas.

En Cali por año hay cerca de 30 mil nacimientos, de los cuales 3 mil registran bajo peso al nacer, la mayoría en sectores de escasos recursos. La Secretaría de Salud Municipal debe hacer un esfuerzo adicional para aplicar la vacuna contra el neumococo a todos los recién nacidos de bajo peso y en situación de riesgo, pues según el dato de vacunados del 2008 solo se están quedando por fuera de esta vacuna alrededor de 400 recién nacidos. Igualmente se requiere incrementar los menores que reciben las 3 dosis completas.

En Cali la TMI en menores de 1 año ($11 \times c/1000$ nacidos vivos) está por debajo de la nacional (20) y de la meta de ODM ($14 \times c/1000$ nacidos vivos). No obstante, la fuerte migración de población pobre a Cali incrementa la probabilidad de casos de muerte en menores de 1 año por ello los esfuerzos para prevenir estas muertes se deben seguir redoblando.

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

La IRA pese a ser multicausal, es sensible a variables como (mala nutrición, alergias, ciclos virales asociados a factores climáticos, y ambientales, descuido a señales de alerta y tratamientos incompletos o no adecuados). Factores como la mala calidad del aire incrementan el riesgo. Esta variable no está siendo monitoreada desde el 2006 por el Dagma, que tiene 8 estaciones sin funcionar.

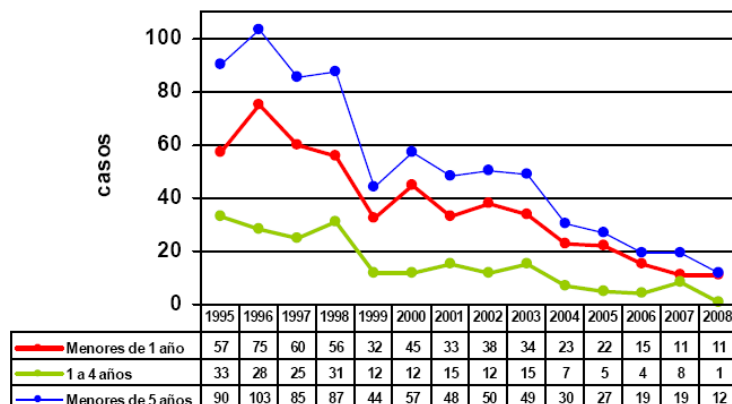


Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

La calidad del aire empeora cuando aumenta el número de partículas suspendidas, estas se pueden incrementar por diversas razones, pero las vías sin pavimentar son una fuente continua de emisión de polvo, lo que aumenta la exposición a factores de riesgo, especialmente entre niños con mayores deficiencias nutricionales y alergias respiratorias. Por ello llama la atención, que en sectores donde hay más casos de IRA, existen más vías sin pavimentar.

Entre 1995 y 2007 el Distrito de Aguablanca concentró el 28% de las muertes infantiles por IRA y tiene el 36% de las vías sin pavimentar. Se recomienda por tanto, que el Dagma reactive cuanto antes las 7 estaciones fijas de monitoreo de la calidad del aire y que con la unidad móvil, realice seguimiento en los sectores de la ciudad donde se reportan mas casos de muerte por I.R.A

CASOS DE NEUMONIA COMO CAUSA BASICA DE MUERTE SEGUN GRUPO DE EDAD CALI 1995-2008



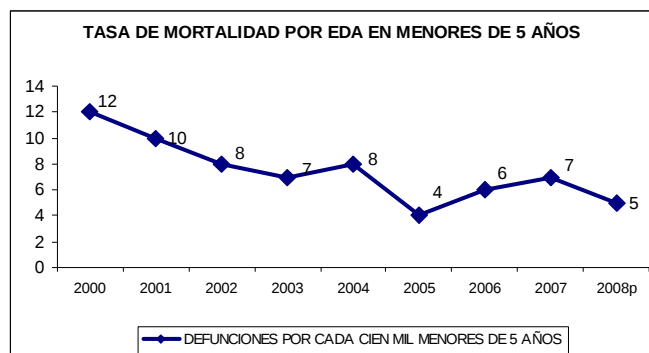
Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

La incidencia de las enfermedades respiratorias es muy superior a las enfermedades gastrointestinales, especialmente entre los menores de 1 año.

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

En menores con familias en situación de pobreza, inadecuados hábitos higiénicos, baja escolaridad y restricciones de acceso a servicios de salud se incrementa el riesgo de muerte por EDA.

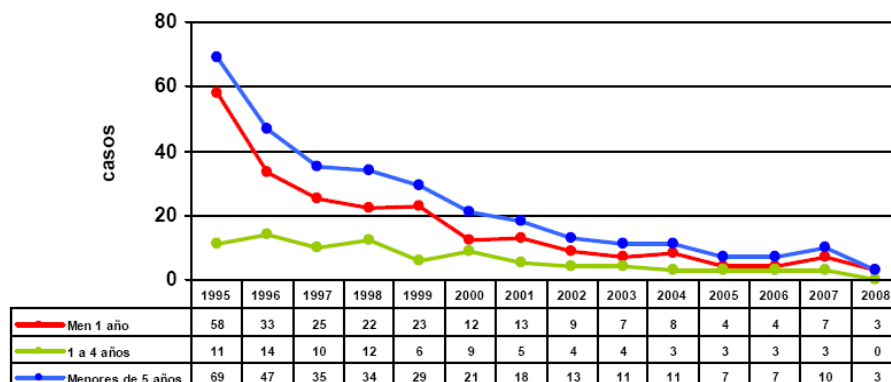
La EDA persistirá hasta tanto no se fortalezcan los factores protectores (mas promoción y prevención, mayor saneamiento básico y reubicación de asentamientos subnormales). Se recomienda que el programa Salud al Barrio a implementarse en el 2009 permita detectar y prevenir nuevos casos en las zonas de riesgo ya identificadas.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

Los casos de muerte en menores de 5 años cuya causa básica fue la enfermedad diarreica aguda – EDA se han venido reduciendo considerablemente especialmente entre menores de 1 a 4 años a tal punto que incluso en el 2008 no se registro ningún caso de muerte en este rango de edad. No obstante entre los menores de 1 año, aunque pocos, siguen presentándose casos por esta causa.

CASOS DE DIARREA COMO CAUSA BASICA DE MUERTE SEGUN GRUPO DE EDAD CALI 1995-2008



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

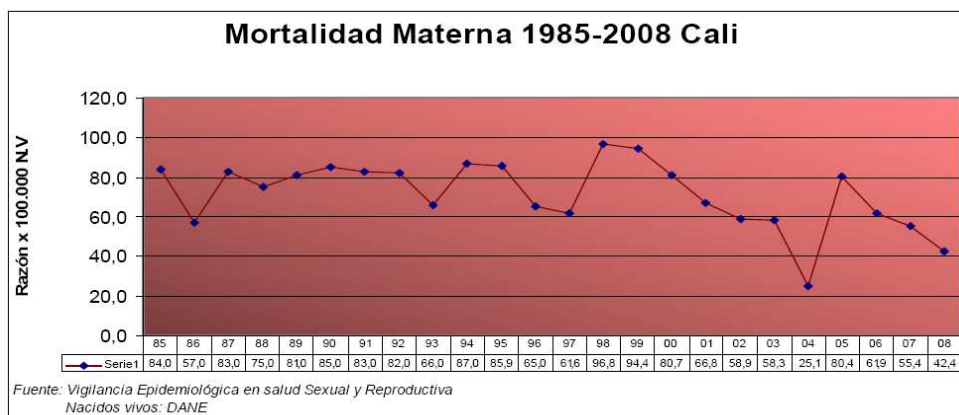
Zonas de Cali Con Mayor Concentración de Casos de Mortalidad en Menores de 5 Años por EDA e IRA entre 1995 y 2007

	TOTAL	EDA	IRA
Aguablanca	30%	33%	29%
Ladera	4%	5%	4%
Oriente	8%	6%	9%

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

La llegada de población vulnerable desde regiones muy pobres a Cali tiende a incrementar los factores de riesgo que propician la incidencia de estas enfermedades, especialmente de la IRA que cuadruplica los casos de EDA. Entre 1995 Y 2007 de los 20 barrios con más casos de muertes por EDA e IRA entre menores de 5 años, está Manuela Beltrán con 43 casos de muerte por ambas causas y el último es el barrio El Calvario en el Centro de la ciudad con 14 de estos casos.

Mortalidad Materna



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

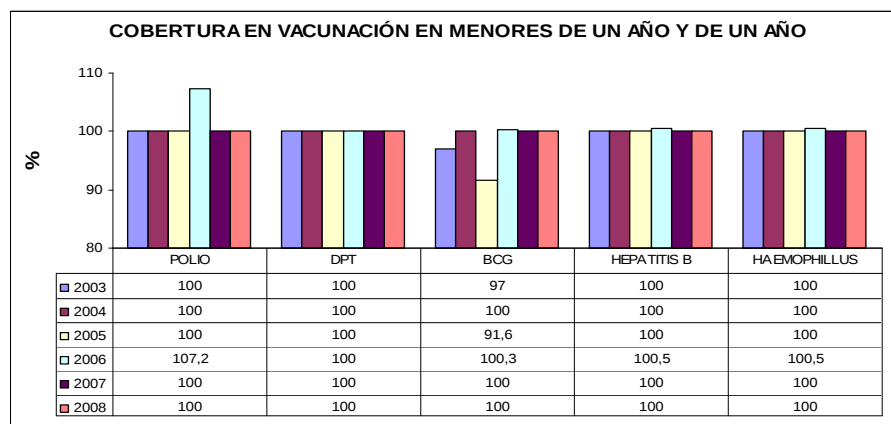
La tasa de mortalidad materna de Cali es inferior a la nacional (75) y menor a la de los ODM (45). De los 13 casos registrados en el 2008, 7 fueron en mujeres aseguradas (2 en subsidiado y 5 en contributivo), Seis maternas no aseguradas también fallecieron. Las EPS, IPS y ESE's donde se registren casos de mortalidad materna deben reforzar sus protocolos de atención y la Secretaria de Salud Municipal su control. Afiliar embarazadas al régimen subsidiado es prioritario y focalizar aún más la PP (promoción y prevención) en el Oriente de Cali, donde se registraron 7 de los 13 casos. Los demás casos fueron: 3 en Ladera y 3 en el Norte. 11 de los 13 casos eran evitables. Aunque prevalece en los estratos 1 y 2 (9 casos) no es un fenómeno exclusivo en estos sectores (3 casos fueron en estrato 5 y 1 en estrato 3). Desconocer derechos y deberes, barreras económicas, culturales, familiares, geográficas, restricciones de tiempo y de permisos laborales y descuido ante señales de alerta son los principales que propician la ocurrencia de estos casos.

La mortalidad materna ya no se concentra en una edad en particular: entre mujeres menores de 20, 30 y 40 años se reportaron respectivamente de 3 a 5 casos. En el 2008 quedaron 19 huérfanos de madre, 15 son menores de 9 años y 4 están entre los 10 y los 19 años.

Se destaca el seguimiento a la mortalidad materna, - MM (46% de los casos del 2008 fueron detectados por búsqueda activa) y la investigación de los casos de MM (especificar edad, zona, estrato, tipo de afiliación y causa). Se recomienda fortalecer la capacitación comunitaria para detección temprana de factores de riesgo o señales de alarma. Ampliar el programa con énfasis en la prevención de comportamientos de riesgo (relaciones sexuales sin protección, bajo e inadecuado uso de los métodos de anticoncepción y la falta de formación para el ejercicio responsable de la sexualidad).

Cali, reporta junto con Cartagena una de las tasas de mortalidad materna más altas del país, no obstante se debe aclarar que en Cali se reportan los casos de muerte materna hasta los 364 días después del parto, tal y como lo recomienda los organismos internacionales, en tanto que a nivel nacional la directriz es medir la tasa de mortalidad materna con los casos reportados hasta los 39 días después del parto. Por tanto, para efectos de una mejor comparabilidad es necesario que la Secretaria de Salud Municipal presente los cálculos de la tasa de mortalidad materna bajo las dos metodologías.

Vacunación



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

Cali ha cumplido con cobertura para niños menores de 1 año y de un año con todos los biológicos, de acuerdo con lineamientos del Ministerio de Protección Social.

Del total de las 198 IPS vacunadoras, solo el 49,75% cumple a cabalidad con los requisitos exigidos para el adecuado funcionamiento de la red de frío pues existen neveras, termos y termómetros obsoletos que no funcionan adecuadamente. En la ESE de Ladera, apenas el 28,57% de las IPS vacunadoras cumple con los requisitos. En la ESE Oriente, el 40,74%. En la ESE Norte, el 31,58%. Hay que ejercer mayor control para el cumplimiento de los requisitos de las redes de frío, especialmente en lo referente a la sustitución de equipos obsoletos.

Reforzar la Estrategia AIEPI y el Plan de Choque contra la Mortalidad Materna

La Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia – AIEPI es una estrategia internacional, adoptada en Colombia, siendo Cali desde el año 2001 la ciudad pionera en su aplicación, por la continuidad en su implementación en el 2008 Cali fue considerada como ejemplo de política pública en el Informe de Desarrollo Humano del Valle del Cauca - 2008. La estrategia AIEPI tiene tres componentes: 1. Mejor organización y gestión de los servicios de salud. 2. Mejores conocimientos y habilidades del personal de salud responsable del proceso continuo de atención: madre, recién nacidos, niños y niñas menores de cinco años. 3. Mayor vigilancia comunitaria y gestión para incrementar cobertura de programas de P&P en asocio con EPS, IPS's, ESE's e ICBF.

El plan de choque contra la mortalidad se comenzó a implementar en Cali desde finales del 2004 y como caso pionero a nivel nacional se inicio la vigilancia de la morbilidad materna extrema (embarazadas gravemente enfermas) el eje central del plan son las estrategias de información, comunicación y educación involucrando a todas las entidades prestadoras de servicios de salud y actores sociales (empleadores y comunidad). En el 2008 se comenzó a implementar la vigilancia comunitaria para la maternidad segura, hay 60 líderes comunitarios y madres Fami capacitados en las ESE's oriente, norte y ladera. Desde hace 20 años se cuenta con el comité municipal de vigilancia de la mortalidad materna para estudiar los determinantes de estas muertes, tanto desde el punto de vista de la prestación de los servicios como factores individuales, familiares y sociales. Esta ha permitido mejorar la búsqueda activa de estos casos y conocer mejor la problemática para intervenirla mejor.

Pese a la comprobada efectividad de ambas estrategias, la coordinación entre las entidades y sectores que deben intervenir en su implementación sigue teniendo debilidades, ello sumado al recrudecimiento de los factores de riesgo (migración de PPNA, problemas ambientales y de saneamiento básico), y a que las acciones de promoción y prevención hacen presencia pero no alcanzan a cubrir las zonas críticas (tanto por problemas de seguridad como de recursos) y a que en cada año los procesos de contratación del personal suelen retardarse o ser discontinuos, se siguen presentando casos evitables de muerte entre menores de 5 años y maternas.

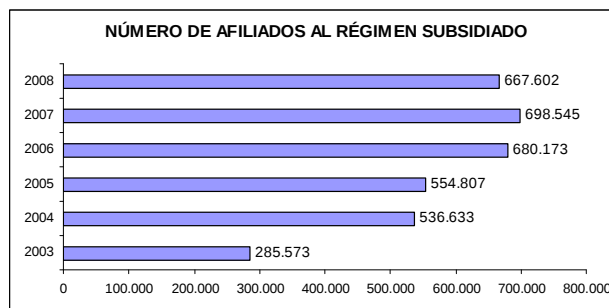
La clave sigue siendo por tanto la misma, fortalecer estas estrategias con énfasis en:

- Planes de mejoramiento en las EPS, IPS y ESEs donde se registren casos de mortalidad materna y de menores de 1 y 5 años por causas evitables.
- Mayor control a la entrega de medicamentos y priorizar remisiones a nivel 2 y 3 de atención.

- En asocio con ESEs y EPS elevar la cobertura de la primera dosis de la vacuna contra el neumococo del 89% al 100% para niños pobres de bajo peso al nacer e incrementar la entrega de la 2ª y 3ª dosis.
- Controlar entidades que no reportan casos de muertes maternas y/o de menores de 5 años, detectados por búsqueda activa y que tramitan deficientemente el certificado de defunción.
- Adaptar los programas de P&P a las características poblacionales y culturales registradas en las zonas donde se concentran estos casos.
- Focalizar en zonas críticas: más acceso a programas de seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, terapias psicosociales, promoción del buen trato.
- Brindar condiciones de seguridad al personal de promoción y prevención para que pueda ingresar a estas zonas y/o impulsar con grupos y pandillas de estos sectores pactos de convivencia y no agresión a este personal.
- Fortalecer la vigilancia comunitaria sobre embarazadas, recién nacidos y demás menores de 5 años para detección temprana de factores de riesgo y señales de alerta.
- Integrar entidades claves en la atención de menores en situación de riesgo como Bienestar Familiar y Policía Comunitaria.

Cobertura en aseguramiento

Del 73 al 76% se mejoró la focalización de la cobertura del Régimen Subsidiado sobre la población pobre (Sisbén 1 y 2). Por validación de datos se desafiliaron 45.754 personas que no cumplían requisitos. Este proceso libero en octubre 2008 \$14 mil millones que no se reasignaron porque la vigencia 2008 estaba por expirar y no alcanzaba el tiempo para hacer la contratación.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

La salida de 45 mil personas y el ingreso de 15 mil nuevos afiliados, hizo que al final el Régimen Subsidiado reportara un descenso de 30 mil afiliados. De éstos, 28 mil son urbanos, sobresaliendo los 12 mil desafiliados de las comunas 13 y 6 y los 7 mil en las comunas 14 y 20. En lo rural se desafiliaron 11 mil personas, de las cuales 6 mil son de Montebello, Los Andes, La Buitrera y El Hormiguero. Las comunas con mayor número de nuevas afiliaciones fueron la 8 y la 9 con 2 mil afiliaciones cada una.

Por validación y cruce de datos, 150 mil personas deben salir del Régimen Subsidiado, se han desvinculado 45 mil, se requiere acelerar el proceso para que junto con los nuevos cupos

gestionados, se pueda afiliar buena parte de los 389 mil potenciales beneficiarios del régimen subsidiado que aun no reciben este subsidio.

La tardanza que en el 2008 tuvo la realización de las encuestas represadas del SISBEN le impidió a la Alcaldía gestionar más recursos para el régimen subsidiado. Por ello no se debe detener la realización de encuestas en el actual Sisben hasta tanto no esté realizado el 100% de la nueva encuesta de la 3era versión del Sisben que inicia en junio del 2009, es decir se debe garantizar recursos a ambos procesos.

Contratación de servicios con las ESEs de Cali para atender Población Pobre No Asegurada, (PPNA) 2004 -2008 (Ejecución en Millones de Pesos)

ESE	Centro	Norte	Suroriente	Oriente	Ladera	Total	Variación %
2004	5.018	6.028	1.730	9.935	6.141	28.851	
2005	4.788	8.876	2.132	10.702	6.199	32.697	13%
2006	5.921	5.985	1.995	11.743	7.164	32.808	0%
2007	5.414	5.564	2.481	9.085	7.294	29.839	-9%
Promedio 2004-2007	5.285	6.613	2.084	10.366	6.700	31.049	
2008	5.202	4.439	1.751	7.196	5.650	24.237	-19%
2009 (1)	4.044	3.893	1.425	6.468	4.663	20.492	-15%
Promedio 2008-2009	4.623	4.166	1.588	6.832	5.156	22.365	
Part.% Contratación 2008	21%	18%	7%	30%	23%	100%	
% Población Pobre No Asegurada - PPNA	18%	19%	7%	33%	24%	100%	

(1): Recursos Contratados en Proceso de Ejecución

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

La contratación de servicios de salud para la población pobre no asegurada – PPNA con las ESE´s del municipio se viene reduciendo como consecuencia normal de un mayor nivel de afiliación de la población bien sea al régimen subsidiado o contributivo, lo que hace que se reduzca el número de personas pobres sin aseguramiento en salud y en consecuencia las ESE´s perciben menos recursos.

No obstante, los mayores porcentajes de contratación de servicios con las ESE´s para atender PPNA se concentran en las ESE´s de oriente (30%) y ladera (23%) pues es en estos sectores es donde está ubicada la mayor parte de la población pobre no asegurada que vive en Cali.

El punto más débil de la red pública hospitalaria de primer nivel de la ciudad de Cali, está en el sistema de remisión y contra remisión de pacientes entre ESE´s del mismo nivel de atención en salud o de diferentes niveles de complejidad en los servicios de salud que prestan.

Esto debido a que no hay una adecuada coordinación en los servicios en los cuales las ESE's de primer y segundo nivel debe hacer mayor énfasis, pues aunque los hospitales públicos deben estar preparados para brindar todos los servicios que le corresponden a su nivel de atención, el perfil epidemiológico de la población que le corresponde atender, hace que unos servicios se demanden más que otros y por ende en determinadas ESE's se registra congestión o déficit en ciertos servicios, cuando en otras ESE'S esos mismos servicios pueden estar siendo subutilizados.

Para subsanar este problema se requiere que entre todas las ESE's de primer, segundo y tercer nivel (estas dos últimas de responsabilidad departamental) funcione un sistema de información en red y actualizado, con mecanismos de comunicación y transporte de pacientes remitidos por urgencias o emergencias eficiente y que la Secretaria de Salud Departamental ejerza una adecuada coordinación para que la demanda de servicios que cada ESE no pueda cubrir y/o atender, se direcciona hacia donde exista disponibilidad de atención.

Pero ello también implica que la Secretaria de Salud Municipal y Departamental se deben poner de acuerdo para monitorear de manera efectiva el sistema de contratación y efectuar adecuadamente los cruces de cuentas respectivas. Estos desarrollos a nivel de sistemas de información y a nivel de cruces de cuentas de contratación aun son incipientes y por ende se requiere que ambas secretarías de salud la municipal y departamental avancen en la gestión de estos procesos, pues por si solas las ESE's no van a lograr coordinarse entre sí.

Recomendaciones para la Articulación de las ESEs con las EPS y sus respectivas IPS's

- Mejorar la identificación de la PPNA que debe atender cada ESE, para ejercer mayor control y seguimiento a la contratación realizada.
- Mejorar la identificación de la población asegurada en salud que vive en la zona de influencia de cada una de las ESE's de Cali, para acompañar la gestión de las ESEs ante las EPS del régimen subsidiado y contributivo a fin de incrementar la contratación de servicios dirigidos a la atención de estos afiliados, en los hospitales públicos y centros de salud que quedan cerca de su lugar de residencia.
- Gestionar con las EPS e IPS's su vinculación a programas de P&P según las zonas donde vivan sus afiliados.
- Realizar mayor seguimiento a los planes territoriales de salud que presentaron las EPS e IPS en el 2008 para el cuatrienio.
- Fortalecer los programas de salud pública en alianza con las ESEs, EPS e IPS's, en respuesta a la resurgimiento de enfermedades y alerta de pandemias.
- Priorizar dentro del programa Salud al Barrio y al Campo la identificación de embarazadas y menores de 5 años en situación de riesgo.
- Los planes locales de salud a concertar con las comunidades de los sectores atendidos por el Programa Salud al Barrio y al Campo deberían estar formulados antes de finalizar el 2009 para lograr que puedan tener mínimo dos años de aplicación.
- Realizar convenios entre las secretarías de salud municipal y departamental para mejorar y poner en red los sistemas de información de las ESE's de primer, segundo y tercer nivel, para agilizar y estandarizar los sistemas de contratación y fortalecer el centro de remisión de urgencias y emergencias – CRUE que es responsabilidad de la Secretaria de Salud Departamental, pero que también requiere de un mayor respaldo a nivel de las secretarías de salud municipal, en especial la de Cali.