



Secretaría de Salud Pública  
Municipal de Santiago de Cali

**CEDETES**

Centro para el Desarrollo y Evaluación de  
Políticas y Tecnología en Salud Pública



Universidad  
del Valle

# *La situación de salud en Santiago de Cali*

---

UNA MIRADA DESDE LA SALUD PÚBLICA

**Proyecto: Modelo de Salud para Cali**

**Contrato No. 4145.26.01.301**

**Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali**

**Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública**

**CEDETES - Universidad del Valle – Facultad de Salud**

**Cali, abril de 2007**

# CONTENIDO

## **Agradecimientos y reconocimientos**

### **Presentación**

### **Introducción**

### **Metodología**

## **CAPITULO I. Contexto del municipio**

### **1. Antecedentes generales del municipio de Cali**

#### 1.1 Población

#### 1.2 La cultura caleña ¿universalidad o diversidad?

#### 1.3 Infraestructura y urbanismo

#### 1.5 Contexto político administrativo

## **CAPITULO II. La situación de salud en Cali**

### **2. Determinantes de la salud en Cali**

#### 2.1 Determinantes demográficos

#### 2.2 Determinantes socio económicos

##### Educación

##### Empleo

##### Pobreza

##### Grupos vulnerables

#### 2.3 Determinantes del medio ambiente

#### 2.4 Determinantes del comportamiento

### **3. Resultados en salud**

#### 3.1 Morbilidad

#### 3.2 Mortalidad

#### 3.3 Indicadores centinela

#### 3.4 Años de vida potencialmente perdidos

### **4. Salud ocupacional**

### **CAPITULO III. La respuesta estatal y social**

#### **5. Marco político y jurídico**

5.1 Marco nacional

5.2 Marco departamental

5.3 Marco municipal

    Política sanitaria en Cali

    Antecedentes de la organización del Sistema de Salud de Cali

    Plan sectorial de salud

    Secretaría de Salud Pública Municipal

#### **6. Aseguramiento**

#### **7. Oferta de servicios de salud en Cali**

7.1 Oferta pública

7.2 Oferta privada

#### **8. Usos de servicios de salud**

#### **9. Sistema de referencia y contrarreferencia**

#### **10. Análisis de redes sociales en salud**

#### **11. Oferta de otros sectores**

#### **12. Participación social y comunitaria**

### **CAPITULO IV. Prioridades en salud**

Según determinantes sociales: Inequidades

Según morbilidad y mortalidad

Según oferta de servicios

### **CAPITULO V. Conclusiones y recomendaciones**

#### **Referencias**

## AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

La realización de este estudio sobre la situación de salud de Cali se caracterizó por la participación de diversos actores que contribuyeron en cada una de las fases y momentos del proyecto. El CEDETES expresa su reconocimiento a las instituciones y organizaciones que aportaron información, y a quienes participaron con sus valiosos comentarios y sugerencias, para consolidar el presente documento. A todos ellos nuestro agradecimiento por su confianza y generosidad.

Aportaron y participaron permanentemente en el proceso de recolección de datos, ampliación de la información, intercambio y difusión de avances, y análisis de resultados, profesionales de las siguientes instituciones:

- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y sus oficinas de Planeación, Aseguramiento, Prestación de Servicios, Participación Social, Sisben, Unidad Financiera, Epidemiología y Salud Pública y sus líneas Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, Estilos de vida Saludable y Vigilancia en Salud Pública
- Departamento Administrativo Municipal de Planeación de Cali
- Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca
- Coomeva EPS
- SOS
- Comfenalco
- Calisalud EPS
- ISS
- EPAS
- Salud Colombia EPS

- Hospitales Isaías Duarte Cancino, Mario Correa y Universitario del Valle Evaristo García
- Universidad ICESI
- Universidad Libre
- Universidad del Valle y sus escuelas de Enfermería, Salud Pública, Ciencias Básicas, Medicina y Odontología

Para la construcción del perfil de morbilidad diferentes EPS de la ciudad aportaron sus bases de datos de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS:

- Coomeva EPS
- Comfenalco EPS
- Emsanar EPS
- Salud Colombia EPS
- Calisalud EPS
- Servicio Occidental de Salud, SOS
- ISS EPS
- Caprecom
- Susalud EPS
- Colmedica EPS

La información sobre salud ocupacional fue obtenida a través de Fasecolda, y del Grupo de Salud Ocupacional de la Maestría de Salud Ocupacional, de la Escuela de salud Pública de la Universidad del Valle.

En la construcción de información para el estudio de la red de servicios de salud, desde la mirada de las redes sociales, agradecemos la participación de funcionarios y miembros de:

- Secretaría de Salud Pública Municipal
- Universidad del Valle, escuelas de Ciencias Básicas, Bacteriología, Enfermería, Salud Pública, Medicina, Odontología y Administración
- Universidad Libre
- Hospitales Mario Correa Rengifo, San Juan de Dios, Club Noel y Universitario del Valle Evaristo García
- Juntas directivas y funcionarios de las ESE Norte, Ladera, Centro y Sur Oriente
- Personería Municipal
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF
- Secretaría Municipal de Recreación y Deporte
- Fundaciones Mavi, Cedecur, Famisalud y Asuhospi
- Secretaría de Salud del municipio de Palmira
- Estudiantes de la Maestría de Salud Pública de la Universidad del Valle
- Alcaldía de Cali

Reconocemos también el uso de información disponible de la Universidad del Valle, particularmente de la Escuela de Psicología, del Centro de Investigación y Documentación Socioeconómica, CIDSE; de la Facultad de Economía y Ciencias Sociales; del profesor jubilado Edgar Vásquez y de la Escuela de Salud Pública.

Se reconoce la utilización de otras fuentes secundarias provenientes de: Censos DANE 1993 y 2005, Encuesta Nacional de Hogares DANE, Cali como Vamos 2005 – 2006, Cali en Cifras en sus ediciones 2000 a 2006, Coyuntura Valle del Cauca 2005, Foro por Colombia, OPS, Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca, Alcaldía de Cali – DESEPAZ y Contraloría General de Cali.

## PRESENTACIÓN

El presente documento, elaborado con la participación de diferentes actores y con la utilización de fuentes secundarias de información, es la base sobre la que se fundamenta la propuesta de un nuevo Modelo de Salud para Cali.

En este documento se caracteriza la situación actual de la salud en el municipio de Cali, haciendo énfasis en los indicadores positivos y negativos de salud y bienestar, al igual que el contexto socio-político y los determinantes sociales que influyen la salud de la población residente en el municipio.

La información que se presenta está dirigida a tomadores de decisiones y público en general interesado en identificar los asuntos críticos en materia de salud, establecer relaciones entre éstos y las condiciones particulares del municipio, e identificar las acciones prioritarias para generar repuestas que comprometan a todos los sectores de la sociedad, bajo la orientación de la administración municipal y en el marco de los principios de equidad, justicia social, solidaridad e inclusión social y eficiencia consagrados en la Constitución Nacional y la ley. En este sentido, la información que se presenta trasciende las cifras estadísticas, para dar cuenta de situaciones particulares y tendencias en el campo social, económico, cultural y político, asociadas a estas cifras.

Este documento es producto de una investigación operativa basada en la revisión de diferentes fuentes, como documentos oficiales relacionados con la política pública de salud -normas legales, planes, programas e informes técnicos-, registros disponibles en las instituciones estatales y privadas e información complementaria suministrada por funcionarios e informantes claves concedores de la situación.

Este diagnóstico de las condiciones de salud en Cali, además de constituirse en soporte para formular el Modelo de Salud, se convierte en la línea de base para monitorear y evaluar futuras intervenciones y en documento de consulta disponible para todos los ciudadanos y actores municipales.

## INTRODUCCIÓN

El presente documento hace parte de un proyecto de investigación aplicada, que empleó la metodología de diálogo social, con el fin de construir y concertar un nuevo Modelo de Salud para Cali. Este estudio, que se constituye en una aproximación diagnóstica integral a la situación de salud del municipio, se ha elaborado desde una concepción y práctica de la salud pública que trasciende lo sectorial, lo individual, lo preventivo y lo institucional, para incorporar lo público, lo político, lo territorial y lo social. Por tanto, se hace énfasis en los determinantes sociales de la salud y en la respuesta que, tanto la sociedad como el Estado, han brindado para atender las demandas y necesidades de la población y el territorio. Específicamente este análisis pretende:

1.- Caracterizar la situación de salud de Cali, identificando:

- El contexto general del municipio: geográfico, organización política y administrativa
- Las necesidades y problemas prioritarios de la población en materia de salud
- Los determinantes y condicionantes de las prioridades seleccionadas
- Los recursos disponibles para resolverlas

2.- Caracterizar la política de salud pública vigente en el municipio, estableciendo:

- Sus aspectos formales -lineamientos, principios, coherencia, integralidad y pertinencia-
- Su contexto político y social
- El proceso que ha caracterizado su formulación y aplicación
- Su desempeño
- Sus fortalezas y limitaciones
- Los actores involucrados en la situación de salud

3.- Identificar los sujetos e intervenciones prioritarias teniendo en cuenta:

- Necesidades y demandas de individuos y grupos específicos
- Condiciones particulares del territorio, que influyen tanto las condiciones de salud como la respuesta social y estatal
- Acceso a oportunidades y servicios según características socioeconómicas, culturales y ubicación geográfica -equidad en salud-
- Los recursos y oportunidades políticas que favorecen una acción efectiva en pro de la salud y calidad de vida en Cali

## METODOLOGÍA

La metodología para llevar a cabo el presente análisis de la situación de salud en el municipio de Cali y los factores determinantes se basó en una serie de actividades íntimamente relacionadas para cumplir con los objetivos mencionados. El proceso de acopio, análisis e interpretación de la información fue realizado de forma participativa, en donde representantes de diferentes sectores e instituciones públicas y privadas, al igual que líderes comunitarios, tuvieron la oportunidad de exponer sus puntos de vista, reaccionar a la propuesta y formular recomendaciones.

El proceso se inició con dinámicas participativas para definir la visión general del proyecto. Como producto de este acuerdo, se identificaron tres ejes para la recolección y procesamiento de la información: **salud pública, red de servicios y aseguramiento**. Igualmente, se establecieron tres categorías para el análisis de la política sanitaria: el contenido, el proceso de gestión y los resultados. Para cada eje se identificaron las variables y fuentes de información y se acordó que ésta, debería facilitar la detección de diferencias –inequidades- por grupos poblacionales y comunas.

### **Variables estudiadas**

En relación con el eje de *salud pública* se acordó obtener información sobre los perfiles de morbi-mortalidad, factores de riesgo y determinantes ambientales, demográficos, sociales, económicos, culturales y políticos. Se determinó igualmente, que se accedería a información relacionada con la respuesta institucional de la Secretaría de Salud Pública Municipal frente a sus competencias y las prioridades en salud pública.

Para el eje de *aseguramiento* se concertó recolectar información sobre las coberturas de aseguramiento en cada uno de los regímenes y la distribución de la población no asegurada.

Para el eje de *red de servicios* se definió recolectar información acerca de la capacidad instalada de la red de instituciones públicas y privadas del municipio, en términos de infraestructura, distribución, recurso humano y oferta de servicios.

### **Acopio de datos**

La información se obtuvo mediante la revisión de fuentes secundarias y consultas con funcionarios de instituciones públicas y privadas. Igualmente, se consultaron los registros y otras fuentes secundarias suministradas por instituciones privadas y públicas, incluidas las secretarías de salud pública Departamental y Municipal, sus contratistas y los informes de gestión de las autoridades municipales. A lo largo del documento se hace también

referencia al estudio “Cali Cómo Vamos”<sup>1</sup> que recoge las opiniones de los ciudadanos sobre diversos temas del municipio. Del mismo modo, se hizo una revisión amplia y detallada de la información existente acerca del municipio de Cali y su contexto social y político, sus indicadores de salud y enfermedad, sus factores de riesgo y las diferentes condiciones ambientales, sociales, económicas y culturales que actúan como determinantes de la salud, con la idea de identificar aquellas situaciones que requieren una intervención prioritaria.

### **Procesamiento, análisis e interpretación de la información recolectada**

Esta actividad consideró las variables seleccionadas para el estudio, al igual que la potencial asociación de éstas con las condiciones socioeconómicas y políticas del municipio. El equipo técnico del CEDETES fue el responsable de esta actividad, apoyado por un número importante de consultores permanentes y temporales.

Si bien los objetivos del estudio de las condiciones de salud en Cali fueron cumplidos, tal como puede apreciarse en el presente documento, llamamos la atención sobre la necesidad de continuar el análisis para explotar al máximo el potencial de la información incluida en este informe. Es por ello que se tiene previsto la diseminación, discusión y complementación -en caso necesario- de este informe, con la participación de representantes del gobierno, sector privado y sociedad civil, Comité Técnico de la Secretaría Municipal de Salud y otros espacios propios de la Secretaría, el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, el Concejo Municipal y organizaciones comunitarias, la Secretaría de Salud Departamental y funcionarios del Ministerio de la Protección Social.

---

<sup>1</sup> Cali cómo Vamos, preparado para Red de Ciudades Cómo Vamos. Este estudio se realizó a través de la aplicación de una encuesta a hombres y mujeres, mayores de 18 años de edad, de niveles socioeconómicos 1 - 6, acerca del estado de la ciudad y el impacto de la administración. Se hizo un muestreo probabilístico estratificado polietápico, cara a cara, en hogares. El marco muestral utilizado fue el Censo de Población DANE de 1993, con sus proyecciones al 2005.

## CAPÍTULO I. Contexto del municipio

En este capítulo se brinda información general sobre Cali, sus pobladores y la organización de su territorio. Así mismo, se hace una aproximación a la descripción de la estructura y organización de la administración municipal, que en cabeza del alcalde, se configura como la máxima autoridad sanitaria local.

### 1. ANTECEDENTES GENERALES DE CALI

Cali fue fundada en 1536, después de cruentas guerras de conquista que diezmaron la población indígena. La ciudad está ubicada al sur occidente del país, sobre una región plana, de clima cálido y fértiles tierras cruzada por siete ríos: Cauca, Cali, Meléndez, Lili, Aguacatal, Pance y Cañaveralejo. Es la ciudad más cercana a Buenaventura, el principal puerto sobre el pacífico colombiano. Las condiciones geográficas privilegiadas dieron lugar a un asentamiento poblacional en rápido y constante crecimiento, caracterizado por una economía fuerte y dinámica, pero marcado por profundas inequidades en materia social, económica y sanitaria.

#### 1.1 Población

Según el Censo de 2005, la población del municipio es de 2.075.380 habitantes, de los cuales el 52.8% son mujeres y 47.2% hombres; el 98% se localiza en la zona urbana; el 26% es afrodescendiente y el 0.5% indígena.

El municipio muestra una pirámide poblacional propia de segundo momento de transición demográfica, pero al ver el comportamiento por comuna se encuentran grandes diferencias en la estructura poblacional: comunas con comportamientos típicos de países pobres y comunas cuyo proceso de transición se encuentra muy avanzado, con comportamiento semejante al de países desarrollados, lo que evidencia la coexistencia de diferentes dinámicas demográficas dentro de la misma ciudad.

#### 1.2 La cultura caleña ¿universalidad o diversidad?

Las características geográficas de la ciudad, los grandes cultivos de caña y sus zonas de explotación minera, acentuadas en el siglo XX con la creación del departamento del Valle, la llegada del tren desde Buenaventura en 1915 y la organización de la ciudad como puerto seco para los productores de café, fueron la causa de complejos procesos

migratorios, que dieron como resultado una heterogeneidad cultural<sup>2</sup> que ha marcado tanto las condiciones de la salud como los riesgos de enfermar y morir.

A diferencia de otros asentamientos poblacionales del país, en Cali hubo muy poca presencia indígena. Durante la colonización, la élite blanca se apropió de la tierra. Los negros llegaron como esclavos a trabajar para las haciendas y minas. Los mestizos trabajaban principalmente como artesanos o tenderos o laborando en pequeñas parcelas.

Las guerras de independencia trajeron recesión económica y movimientos libertarios antiesclavistas, que fortalecieron la valoración de la autonomía personal y laboral que ya existía en la población mestiza. Según el profesor Edgar Vásquez, este es el origen de la vocación del caleño hacia actividades informales que él llama “cuenta propia” como expresión de la supervivencia del valor de la autonomía personal y laboral. La llegada de pobladores de Antioquia, el viejo Caldas, Nariño, Cauca, la costa pacífica y el Tolima introdujo formas individualistas culturales, heredadas de la vieja hacienda colonial. La década de 1940 se caracterizó por el proceso de industrialización de Cali y Yumbo, el inicio de la modernidad urbana, la violencia y el poder político por la tenencia de la tierra, generando un segundo movimiento migratorio, que se repite a fines del siglo XX y principios del XXI, visibilizados con la llegada de población desplazada por la violencia.

Los procesos de colonización del Valle del Cauca explican la heterogeneidad de la cultura caleña y algunos rasgos típicos de la población. Se detecta en la cultura local un fuerte sentido empresarial, que es atribuido a la inmigración de antioqueños y de extranjeros comerciantes, acentuado con valores propios de los hacendados de la época de la colonia, y que confiere a la empresa de la región un sentido familiar y paternalista. La cultura local atribuye un gran valor a la autonomía personal y laboral, característica que se vislumbra en el alto nivel de empleo informal que se encuentra en la ciudad, aunque por supuesto esto debe ser matizado por los recientes procesos de desregulación laboral que incrementan el nivel de desempleo y subempleo urbano.

Desde el punto de vista cultural, el empleo informal permite la mezcla de tiempo laboral con el familiar, y el del ocio y la recreación, generando una condición de alegría, de inclinación al disfrute y de baja disciplina en los caleños. Estos rasgos se hacen visibles en la relación con el cuerpo, en la soltura al caminar y en el gusto por el baile, la pasión por la música y la “liberalidad”, el gusto por la recreación y el esparcimiento, y el culto al cuerpo. La cultura local se caracteriza también por una mayor flexibilidad y liberalidad, tanto en lo moral como en lo sexual; ambas características se atribuyen por una parte, al aporte de la raza negra cuya influencia logró flexibilizar la rigidez patriarcal del blanco y del inmigrante de origen paisa, y por otra, a la influencia de procesos de globalización cultural que han debilitado la moral tradicional en beneficio de principios éticos más acordes con los modelos de mercado.

---

<sup>2</sup> Vásquez, Edgar Documento mimeografiado, 1998

Las migraciones han generado también el sentido de solidaridad y de amabilidad con el recién llegado, rasgos culturales que han reforzado la proliferación de asentamientos de inmigrantes procedentes de otros departamentos, y la conformación de subculturas regionales dentro de la ciudad; es el caso muy documentado de los nariñenses, subcultura que ha logrado incluir dentro de la caleñidad su típica festividad de negros y blancos y, de los habitantes de la costa del pacífico que ya tienen sólidamente establecido el festival de Música Petronio Álvarez.

### **1.3 Infraestructura y urbanismo**

El mosaico de subculturas trajo también como consecuencia el desapego por lo propio. El centro histórico de la ciudad es muy reducido. Cali ha demolido construcciones históricas para dar paso a la modernidad sin mucha dificultad. Este proceso ha suscitado movimientos que pretenden preservar las edificaciones de principio de siglo, conservando la arquitectura propia en barrios tradicionales, en un esfuerzo por rescatar lo propio.

Desde el punto de vista urbano, en el espacio de la ciudad se expresan las diferencias socioeconómicas y de subculturas. El primer diseño de ciudad tenía forma de T con un corredor sur-norte ocupado por hacendados y clases privilegiadas, y una zona horizontal este-oeste determinada por los caminos que conducían a Popayán y Cartago. La clase obrera fue desplazada a ocupar los terrenos del oriente de la ciudad, mientras que las laderas fueron zonas no urbanizables, exclusivas para la explotación minera, principalmente de carbón. Esta forma inicial de la ciudad se pierde al abrirse caminos a otras ciudades intermedias. El corredor sur-norte sigue siendo zona de habitación de los estratos superiores y de mayor desarrollo estructural y de dotación urbana. El oriente sigue albergando las poblaciones en condiciones de pobreza y las laderas han sido ocupadas por invasiones de población inmigrante, con la creación de subculturas propias.

Urrea y Ortiz<sup>3</sup> han demostrado que la inversión en Cali en infraestructura, seguridad ciudadana, educación y salud, y demás sectores sociales, se caracteriza por un trato fuertemente desigual en favor de las comunas más acaudaladas. Estas inequidades se han venido profundizando en el periodo 1997 – 2000 con urbanización precaria para las clases menos favorecidas.

La inversión pública efectuada en el 2005 denota inequidades cuando se observan los valores invertidos en relación con los habitantes de las comunas, así como la inversión realizada en las comunas más ricas en detrimento de las más pobres, que tienen mayores necesidades acumuladas.

---

<sup>3</sup> Urrea y Ortiz 1997, CIDSE, documento de trabajo

**Inversión pública por comuna y per cápita, 2005**

Comuna	Población total	Estrato moda	Ejecución inversión	Per cápita
01	65.333	1	566.000.000	8.663
02	103.022	5	969.000.000	9.406
03	44.088	3	1.662.000.000	37.697
04	56.933	3	982.000.000	17.248
05	100.358	3	589.000.000	5.869
06	166.906	2	1.486.000.000	8.903
07	78.097	3	648.000.000	8.297
08	96.991	3	853.000.000	8.795
09	47.830	3	760.000.000	15.890
10	103.087	3	710.000.000	6.887
11	98.172	3	698.000.000	7.110
12	67.638	3	655.000.000	9.684
13	169.659	2	1.000.000.000	5.894
14	151.544	2	7.098.000.000	46.838
15	126.496	1	664.000.000	5.249
16	94.383	2	981.000.000	10.394
17	103.975	5	586.000.000	5.636
18	100.276	3	517.000.000	5.156
19	98.257	5	1.115.000.000	11.348
20	65.440	1	606.000.000	9.260
21	92.170	1	1.049.000.000	11.381
22	8.971			0
Rural	43.717	1		0
Total	2.039.626		24.191.000.000	11.861

Fuente: Cali en Cifras 2006

Para el 2005, la administración pública certifica una inversión superior a \$24.000 millones de pesos en la ciudad, cifra que equivale a una inversión promedio de \$12.000 por cada habitante. Se esperaría que la inversión pública estuviera dirigida a mejorar las condiciones de vida de las áreas marginales de la ciudad y que en consecuencia el Estado realizara mayores inversiones en las comunas focalizadas como las más vulnerables.

Sin embargo, observamos que la distribución del dinero conserva el comportamiento inequitativo demostrado por algunos investigadores desde 1997. Es así como las comunas consideradas de mayor riesgo -1, 13, y 18- muestran la más baja inversión per cápita en el 2005.

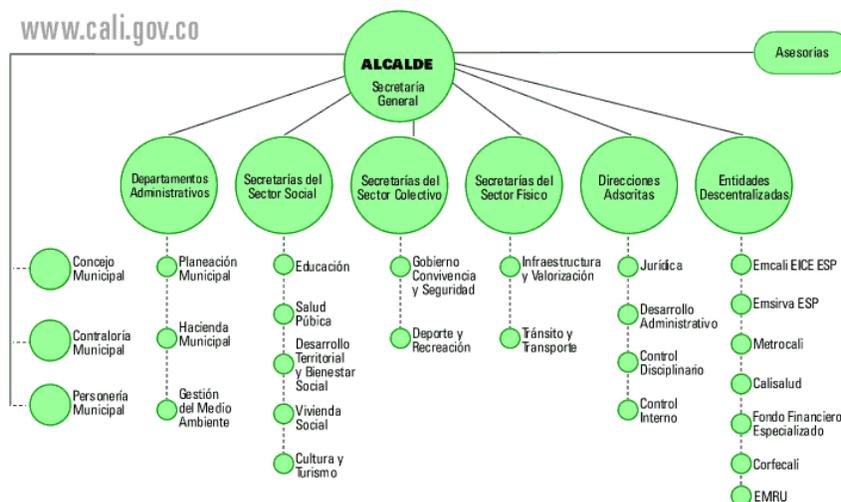
## 1.4 Contexto político administrativo

Cali existe como municipio por la Ley 131 de 1863 y es capital del departamento del Valle del Cauca desde 1911. Política y administrativamente se divide en comunas, según el Acuerdo No. 15 de agosto de 1988, que estableció la sectorización del municipio y definió en el área urbana 20 comunas y en el área rural 15 corregimientos. Posteriormente, por el Acuerdo No. 10 de agosto de 1998, se creó la comuna 21 y recientemente la comuna 22, a través del Acuerdo No. 134 de agosto de 2004.

El alcalde y el concejo municipal son los máximos representantes del poder público en la ciudad. Los organismos de control son: Dirección de Control Disciplinario, Dirección de Control Interno, Contraloría y la Personería. La gestión pública está definida en el Decreto Extraordinario 0203 de 2000, que segmenta la organización en carteras que actúan de manera independiente, aunque todas dependen formalmente del alcalde:

- Los departamentos administrativos: Planeación Municipal, Hacienda Municipal y Gestión del Medio Ambiente
- Las secretarías del sector social: Educación, Salud Pública, Desarrollo Territorial y Bienestar Social, Vivienda Social, y Cultura y Turismo
- Las secretarías del sector colectivo: Gobierno, Convivencia y Seguridad, y Deporte y Recreación
- Las secretarías del sector físico: Infraestructura y Valorización, y Tránsito y Transporte
- Las direcciones adscritas: Jurídica, Desarrollo Administrativo, Control Disciplinario y Control Interno
- Las entidades descentralizadas: Emcali- EICE ESP, Emsirva ESP, Metrocali, Calisalud, Fondo Financiero Especializado, Corfecali y EMRU.

### Estructura orgánica del municipio de Cali



Los principios de la administración pública son igualdad, imparcialidad, buena fe, eficacia, eficiencia, economía, celeridad, responsabilidad, transparencia, publicidad, contradicción, polivalencia e interdisciplinariedad. El estilo de administración es desconcentrado, con amplio grado de delegación de funciones, la cual se ejerce a través de los Centros de Atención Local integrada, CALI.

El organigrama define como organizaciones de asesoría al Consejo de Gobierno, el Consejo Territorial, los Consejos Sectoriales, el Consejo de Seguridad y el Consejo de Política Fiscal, Confis, Municipal, y abre espacios para la planeación participativa con los equipos de desarrollo económico y social llamados ECODES, los cuales no operan. Define como figura opcional los Alcaldes Cívicos con el objeto de promover la participación ciudadana. Esta figura tampoco opera.

El organigrama es funcional en cuanto a su departamento administrativo, cartera, direcciones y entidades descentralizadas, todas ellas ocupadas actualmente. De sus organizaciones asesoras funcionan el Consejo de Gobierno; el de política fiscal regularmente, y el Consejo de Seguridad, cuando las condiciones de la ciudad así lo exigen.

La actual administración tiene un bajo índice de aceptabilidad por la ciudadanía: solo el 30% de los caleños consideran que la administración municipal es buena y responde a las expectativas de los ciudadanos<sup>4</sup>.

Según encuestas realizadas en la ciudad<sup>5</sup> se muestra un bajo nivel de confianza de los caleños en la administración, especialmente en las secretarías de Gobierno, General y de Infraestructura Vial. La institución con la imagen más desfavorable (66%) es el Concejo Municipal. Por el contrario, los CALI y las secretarías de Salud, Cultura y Deportes fueron las entidades con mejor imagen entre los encuestados.

La ciudad observa un deterioro progresivo en la red vial, zonas verdes, seguridad ciudadana y cultura ciudadana. Presenta también un empobrecimiento progresivo y una paulatina pérdida de credibilidad en los gobiernos y las instituciones municipales con más de 15 años de historia. Las consecuencias negativas para los ciudadanos están representadas en el deterioro físico ambiental, económico y social de la ciudad, la pérdida de gobernabilidad, el distanciamiento entre el sector público y privado, y una mayor exclusión social.

La administración del poder público tradicionalmente ha estado en manos de dos partidos políticos: el liberal y el conservador. En Cali se evidencia que los principales cargos de poder en el Estado corresponden a un núcleo de la élite política, que entre 1958 – 1998 ostentó 427 cargos públicos de alto nivel en cabeza de 47 personas (Sáenz, 2005).

---

<sup>4</sup> Revista Semana. Septiembre 2006. Encuesta de Gallup sobre personajes del país.

<sup>5</sup> Cali cómo vamos, Napoleón Franco, 2006

El perfil del núcleo de la élite política de la ciudad se caracteriza por ser en su mayoría caleños, de sexo masculino, egresados del Colegio Bermanchs en secundaria, con formación universitaria, principalmente en derecho, y que han realizado estudios de educación superior en las Universidades Javeriana y Cali. En general, cuentan con un amplio capital social y cultural, participantes de la Cámara de Comercio y de la ANDI, y de filiación liberal y conservador en su mayoría.

#### Alcaldes de Cali elegidos por voto popular 1988-2007

Periodo	Nombre	Filiación
2004-2007	Apolinar Salcedo	Si Colombia
2001 - 2003	Jhon Maro Rodríguez	Independiente
1998-2000	Ricardo H Cobo L.	Conservador
1997	Julio Cesar Martínez Payán	Liberal
1995 - 1997	Mauricio Guzmán Cuevas	Liberal
1992 - 1994	Rodrigo Guerrero Velasco	Conservador
1990-1992	Germán Villegas Villegas	Conservador
1988- 1990	Carlos Holmes Trujillo G.	Liberal

Como conclusión, esta descripción general del municipio de Cali nos permite entrever la existencia de múltiples ciudades al interior del espacio urbano, con estructuras poblacionales diferenciadas, ubicaciones espaciales específicas y diferentes expresiones culturales; todo esto producto de procesos migratorios y de mestizajes, que más allá de lo racial son culturales y sociales.

Así mismo, se evidenciaron dos procesos que se han dado en Cali en los últimos años: deterioro del espacio urbano y ambiental y pérdida de la confianza y credibilidad en el gobierno local. Por ello, el Modelo de Salud debe ser un escenario importante que permita avanzar en la legitimidad política del gobierno.

## CAPÍTULO II. La situación de salud en Cali

En este capítulo se presenta la condición de salud de la población residente en el municipio de Cali y sus factores condicionantes, dando cuenta del tamaño poblacional, su tendencia al crecimiento, especialmente por migraciones; el comportamiento de la ciudad, sus características con respecto al sexo, edad, condiciones de dependencia, expectativa de vida al nacer, las tasas de fecundidad y la estructura de la morbilidad y mortalidad.

La estructura poblacional y la dinámica de los procesos demográficos no solamente reflejan la salud de una población sino que determinan los riesgos y necesidades de diferentes subgrupos. En tal sentido, una política sanitaria debe prestar especial atención no sólo a la frecuencia y distribución de la enfermedad sino también a los determinantes sociales, económicos, ambientales, culturales y del comportamiento que afectan la calidad de vida de la población y, de manera especial, la identificación de inequidades.

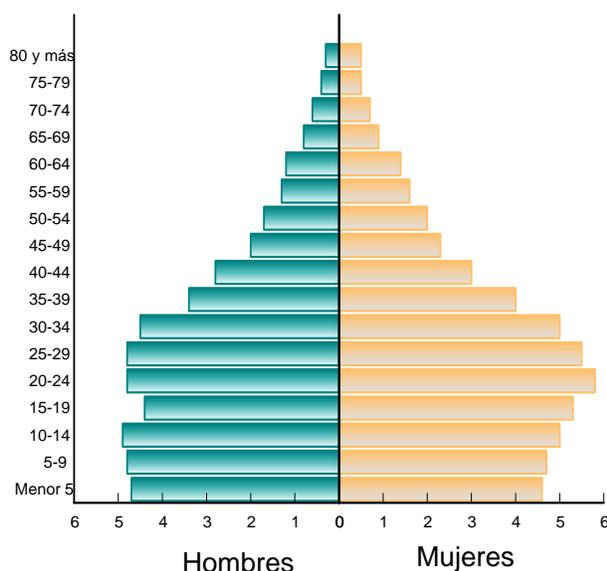
### 2. DETERMINANTES DE LA SALUD EN CALI

#### 2.1 Determinantes demográficos

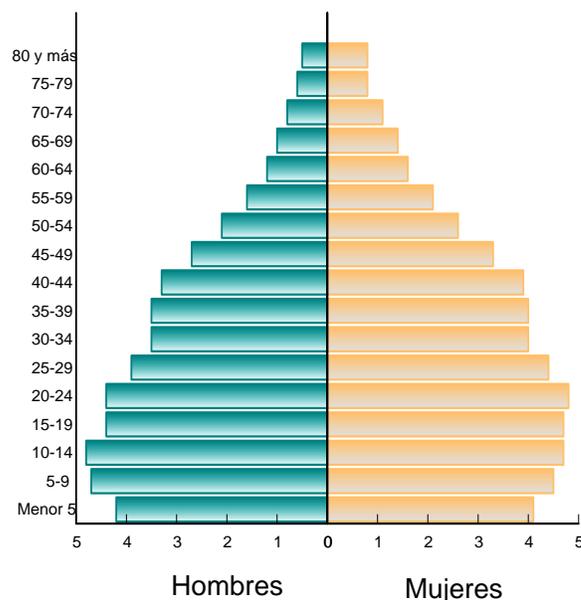
El comportamiento del crecimiento poblacional de Cali ha sido influenciado por las migraciones, que a su vez son producto de conflictos internos, tanto institucionales como sociales. Su crecimiento, según el DANE, es de 3.2% anual, a pesar de la reducción observada en los últimos 10 años de la tasa de fecundidad, natalidad y de mortalidad general de los habitantes.

## Piramides de población según datos censales

### Santiago de Cali 1993



### Santiago de Cali 2005



Fuente: DANE, Censo 1993-2005

El comportamiento demográfico encontrado entre 1993 y 2005 sugiere una tendencia al envejecimiento; se observa una inclinación a la reducción de la población joven menor de 15 años, que disminuye de 28.6% en 1993 a 27% en 2005; de igual forma, la proporción de personas de 15 a 64 años bajó de 66.7% en 1993 a 66.1% en 2005. Estos descensos ocurrieron a expensas del grupo de mayores de 65 años, cuya proporción aumentó de 4.7% en 1993 a 6.9% en 2005, especialmente entre las mujeres cuya proporción pasó de 2.6% a 4.1% entre 1993 y 2005. En los últimos cinco años se observa una reducción de la población infantil que pudiera corresponder a la disminución de la fecundidad y la natalidad.

Según el Censo de 2005, la población del municipio es de 2.075.380 habitantes, de los cuales el 52.8% son mujeres y 47.2% hombres; el 98% se localiza en la zona urbana; el 26% es afro descendiente y el 0.5% indígena. Esta proporción de población afro descendiente comparada con el 7.5% -promedio- de las 13 áreas metropolitanas analizadas en la Encuesta Nacional de Hogares<sup>6</sup>, convierte a Cali en el mayor centro urbano que concentra población afro colombiana del país.

La mayor densidad poblacional se observa en las comunas 6, 13, 14, 15 y 17.

El índice de dependencia general de 1993 a 2005 se incrementó de 50% en 1993 a 51% en 2005. Sin embargo, debido a la reducción de la población menor, se observa una disminución del índice de dependencia juvenil, de 43% en 1993 a 40% en 2005; mientras que el índice de dependencia senil aumentó en la misma proporción, de 7% en 1993 a 10% en 2005.

Estas cifras sugieren que Cali tiene todavía un potencial de población joven, que si se vincula apropiadamente a la producción, sería capaz de garantizar un desarrollo sostenible así como también la seguridad social de la población que envejece.

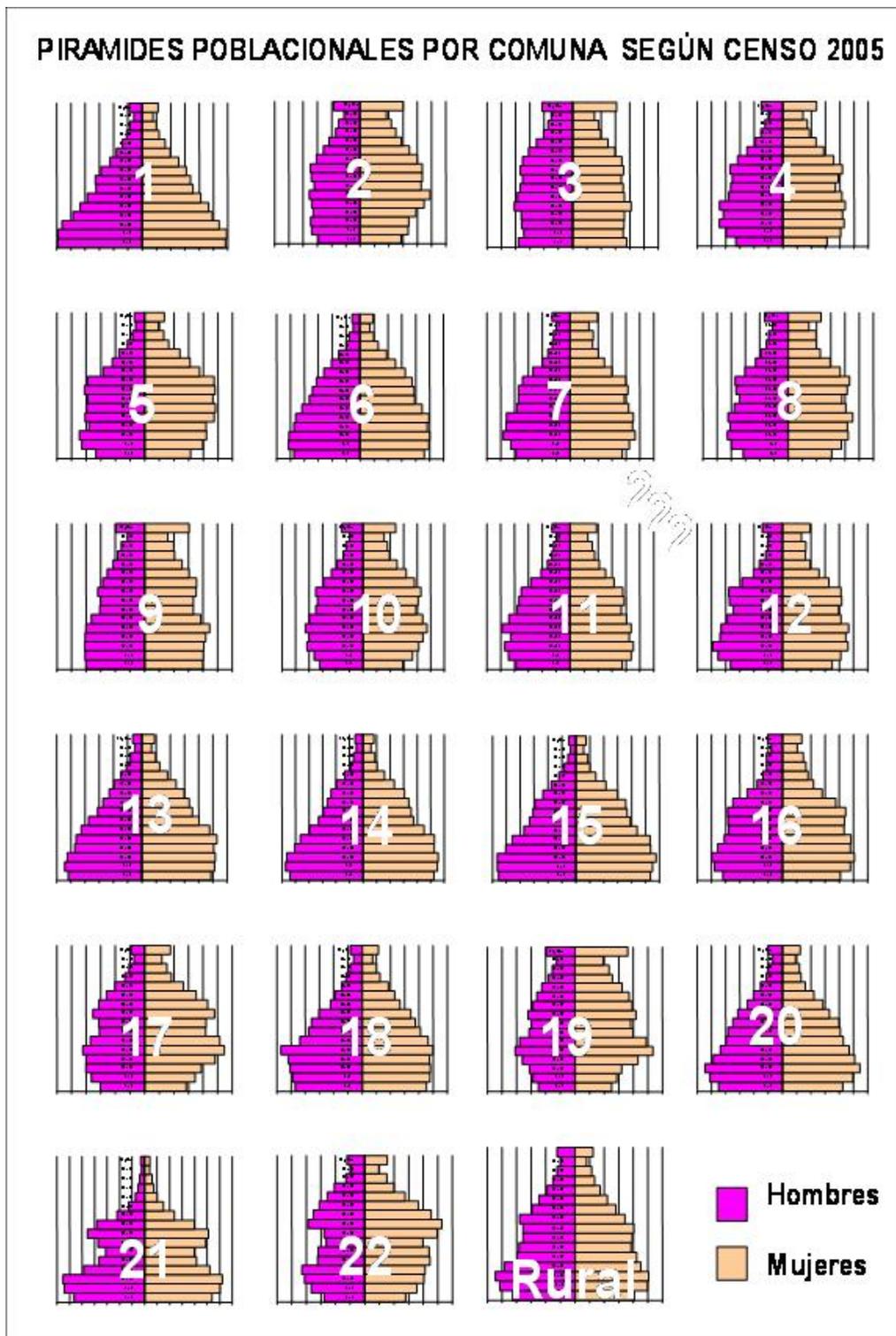
Pero la ciudad no es homogénea, como se observa: hay diferentes ciudades dentro de la ciudad y la conformación de la población está relacionada con las condiciones socio económicas de las comunas. Las pirámides poblacionales por comuna muestran las grandes diferencias que se encuentra entre ellas. Se aprecia que las comunas 1, 6, 13, 14, 15 16, 18, 20, 21 y rural mantienen estructuras de población de base ancha, constituidas en su mayor proporción por niños y adolescentes.

Comunas como la 19 o la 2 presentan una estructura similar a la de los países industrializados; las comunas 1, 13, 14, 15, 16 y 20, conservan la forma típica de la pirámide poblacional de un país no industrializado con distribuciones de población e índices de dependencia similares a los de años atrás. La distribución poblacional por edad y sexo constituye uno de los criterios más importantes para formular políticas sanitarias que respondan a las necesidades del ciclo vital.

---

<sup>6</sup> Encuesta Nacional de Hogares, DANE. En ella se recoge información de la situación de empleo en trece áreas metropolitanas del país: Bogotá, Cali-Yumbo, Medellín-Valle de Aburra, Barranquilla-Soledad, Bucaramanga-Piedecuesta, Girón-Floridablanca, Manizales-Villa María, Pereira-Dos Quebradas-La Virginia, Pasto, Cúcuta-Villa del Rosario-El Zulia-Los Patios, Ibagué. Montería, Cartagena y Villavicencio.

Cali. Población por comunas



### **Expectativa de vida al nacer**

Según información obtenida de la Oficina de Estadística de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, la expectativa de vida al nacer de los caleños se ha incrementado en la última década 1.5 años, pasando de 70.45 años a 71.9 años promedio para el total de la población.

En Cali las mujeres tienen la probabilidad de vivir, en promedio, 7.5 años más que los hombres; sin embargo, esta tendencia tiene una lenta inclinación a la baja. En la década revisada, la expectativa de vida en los hombres se ha incrementado en 2,5 años, mientras que para las mujeres la expectativa se aumentó en 2 años.

### **Expectativa de vida al nacer. Cali, 1995-2005**

Años / Sexo	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	70,5	70,6	70,8	71,0	71,1	71,3	71,5	71,6	71,7	71,9	71,9
Hombres	66,8	66,9	67,1	67,3	67,6	68,0	68,2	68,5	68,7	69,0	69,3
Mujeres	74,3	74,6	74,9	75,2	75,3	75,7	76,0	76,2	76,1	76,2	76,3

Fuente: Oficina de Estadística SSPM de Cali

### **Fecundidad**

El comportamiento de la fecundidad en Cali es decreciente: La tasa de fecundidad general ha pasado de 70.89 hijos por cada 1000 mujeres en edad fértil para 1995 a 63.3 en 2005. El promedio de hijo por mujer para Cali ha disminuido para el mismo periodo el 8% (0.17 hijos/mujer). En Cali, las mujeres entre 25 y 29 años tienen la tasa más alta de fecundidad por grupo etáreo.

### **Tasas de fecundidad. Cali 1995-2005**

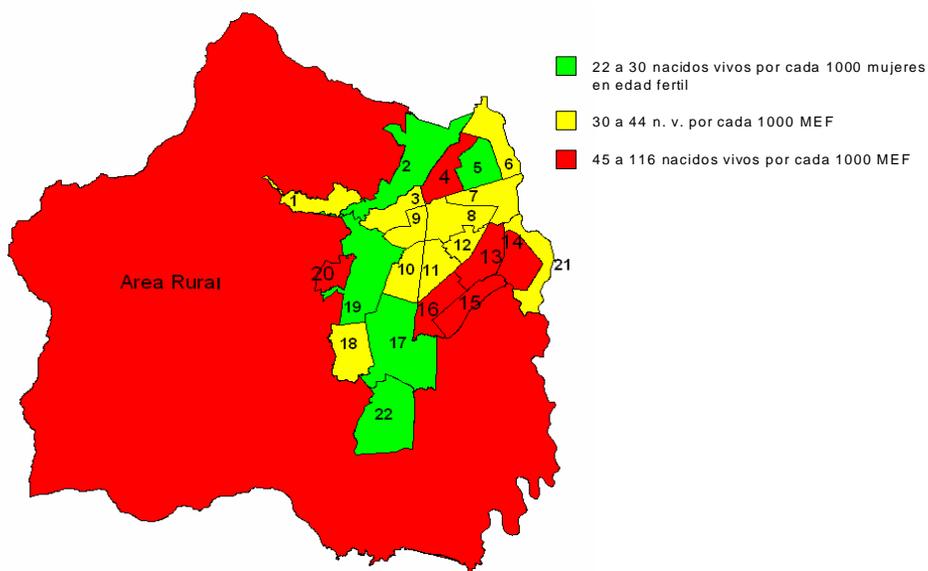
Tasas / años	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tasa de fecundidad general por 1000 MEF	70,89	70,06	69,26	68,51	67,79	67,11	66,46	65,85	65,26	64,71	63,33
Tasa global de fecundidad Hijos por mujer	2,11	2,09	2,08	2,06	20,4	2,03	2,02	2	1,99	1,98	1,94

Fuente: Oficina de Estadística SSPM de Cali



Para el 2005, se presentaron las más altas tasas de fecundidad en mujeres jóvenes menores de 25 años, y se aprecia un comportamiento diferencial según la zona de la ciudad. La tasa general de fecundidad -nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fértil- fue de 41 en el año 2005 para Cali; y al desagregar por comuna se encuentran variaciones entre 22 y 116; la distribución se muestra en el siguiente mapa.

**TASA GENERAL DE FECUNDIDAD SEGÚN COMUNA  
 CALI AÑO 2005**



Fuente: Base de datos de nacidos vivos año 2005. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

La fecundidad es mayor en las zonas más deprimidas. Se aprecia que las comunas con menor tasa de fecundidad son la 2, 17, 19 y 22; en ellas predominan estratos socioeconómicos 4 y 5, con alguna proporción de hogares de estrato 6. En la comuna 5 también se observa una baja tasa de fecundidad; en ella predomina el estrato 4 y se ubican las zonas industriales. Las comunas de más alta fecundidad son el área rural y las comunas 4, 13, 14, 15, 16 y 20, todas ellas predominantemente de estrato 1 y 2, con presencia de asentamientos ilegales. Las comunas 1 y 18 -que junto con la 20 conforman la zona de ladera-; la 3, 8, 9, 10, 11 de la zona centro; y la 6, 7 y 21 tienen tasas de fecundidad con valores intermedios -entre 30 y 44 nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fértil-.

### **Mortalidad**

Cali muestra tendencia a la disminución en sus tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad general e incremento de la expectativa de vida, factores que afectan la conformación de la pirámide poblacional. Este documento ampliará más adelante esta información.

### **Migraciones**

El 51% de las personas que viven en Cali no son oriundos de esta ciudad<sup>7</sup>. De los inmigrantes, el 34% es originario de otras ciudades del Valle del Cauca, el 21% de los departamentos de Cauca y Nariño, y los restantes provienen de otras regiones del país.

Se reconocen varios ciclos de migraciones:<sup>8</sup>

1925:	Primer periodo de industrialización.
1946 - 1953:	Época de violencia en Colombia.
1950 – 1970:	Periodo de industrialización.
1980 – 1994:	Época de narcotráfico.
1993:	Terremoto de Popayán
1982 – 1998:	Época de violencia en el Magdalena Medio, Antioquia, Chocó, Cauca y Putumayo.
1999:	Terremoto en el Eje Cafetero.
1999 – 2007:	Desplazamientos masivos del Valle, Cauca y Nariño

Cali tiene la condición histórica de ser receptora de migraciones, que han traído entre otras consecuencias: asentamientos subnormales, deterioro del tejido social, aumento de la violencia y degradación ambiental.

La situación demográfica de Cali en el 2005, con el incremento de la población económicamente activa, brinda una oportunidad para generar puestos de trabajo. Se

---

<sup>7</sup> Cali cómo vamos, 2006

<sup>8</sup> Pantoja, Alba Luz. Gestión local de efectos del conflicto armado. Alcaldía de Cali, Desepaz, 2002

observa, además, la reducción del índice de dependencia juvenil, una disminución de los grupos de población de menor de edad, y una proporción todavía moderada de la población mayor.

Este momento es vital para la creación de nuevos empleos, incrementar los niveles de ahorro y mejorar los niveles de educación en la ciudad, proceso que debe estar orientado a la generación de mayor igualdad para los grupos sociales históricamente excluidos<sup>9</sup> de los procesos de crecimiento económico.

Este “bono demográfico” implica dedicar grandes esfuerzos en el proceso de acumulación de capital y aprovechar la oferta de mano de obra disponible para impulsar el proceso de crecimiento económico autosostenido<sup>10</sup>.

## 2.2 Determinantes socio económicos

### **Educación**

Variables relacionadas con el acceso a la educación formal como el analfabetismo y las coberturas del sector educativo formal, son indicadores necesarios -aunque no suficientes- de oportunidades que permiten mejorar los niveles de desarrollo personal y social. En el mismo sentido, menores logros y oportunidades educativas aumentan la probabilidad de inserciones poco exitosas en el mercado laboral, uniones conyugales tempranas y embarazos prematuros, situaciones que pueden agudizar las situaciones de pobreza y miseria.

En Cali, el 72% de la oferta educativa se concentra en el sector privado. Esta situación constituye una barrera -exclusión social- para los grupos poblacionales más pobres, especialmente de los estratos 1, 2 y 3, debido a los mayores costos de la oferta privada y a la insuficiente disponibilidad de cupos del sector educativo oficial.

En la ciudad, según cifras del Censo de 2005, el 94.9% de la población de 5 años y más sabe leer y escribir. Entre 1998-2005 se observa que la tasa de escolaridad<sup>11</sup> rural en todos los niveles es mayor a la urbana. Aunque se observa un comportamiento irregular, es evidente un aumento de la cobertura entre 1998 y 2005. Según los datos de las secretarías de Educación Municipal y Departamental, en el área urbana entre el

---

<sup>9</sup> Cuando se menciona a los excluidos se hace referencia a un grueso de población que no accede al ejercicio de una ciudadanía plena, especialmente en el campo de los derechos sociales y económicos; el término es exclusivo para designar de grupos poblacionales en condiciones sociales de fuerte privación (Rengifo, 2002). La exclusión social se refiere a la imposibilidad o a la no habilitación para acceder a los derechos sociales sin ayuda, sufrimiento de la autoestima, inadecuación de las capacidades para cumplir con las obligaciones, riesgo de estar relegado por largo tiempo a sobrevivir del asistencialismo, y estigmatización (Minujin, 1998).

<sup>10</sup> Foro Nacional por Colombia, 2006

<sup>11</sup> La tasa de escolaridad corresponde a la proporción de niños matriculados en relación con el total de niños en cada uno de los grupos de edad específicos. En preescolar niños de 3 a 5, Básica primaria de 6 a 11, Básica secundaria y media vocacional de 12 -18 y superior de 19 - 26 años.

40% y el 45% de la población de 3 a 5 años está por fuera del circuito educativo formal. En el área rural se han logrado coberturas importantes; sin embargo en el 2005, el 25% de la población de 3 a 5 años aún se encontraba descubierta.

En educación básica primaria -niños de 6 a 11 años- se han logrado coberturas cercanas al 100%, tanto en el área urbana como rural. Por su parte, la cobertura de la educación básica secundaria en el área urbana tiene todavía un 12% de población descubierta entre 12 y 18 años. Este grupo en particular es prioritario para el sistema educativo formal, ya que las cifras lo muestran como una población en riesgo frente a la violencia, delincuencia, embarazos tempranos y consumo de sustancias psicoactivas.

### Tasas de escolaridad área urbana y rural. Cali 1998 - 2005

Descripción	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Tasa de escolaridad (Preescolar)	60,71	57,45	58,13	61,29	55,69	66,29	57,53
Tasa de escolaridad (Básica primaria)	98,03	99,20	101,02	103,77	101,51	110,56	95,21
Tasa de escolaridad (Básica secundaria y media vocacional)	74,17	68,56	74,26	83,60	85,50	96,15	88,41
Corregimientos							
Tasa de escolaridad (Preescolar)	55,52	86,03	79,76	141,72	88,69	139,25	74,73
Tasa de escolaridad (Básica primaria)	145,30	145,76	173,99	170,47	151,81	227,04	151,57
Tasa de escolaridad (Básica secundaria y media vocacional)	54,54	49,34	49,85	83,09	94,74	87,78	124,93

Fuente: Secretarías de Educación Departamental y Municipal

La tasa de deserción escolar, calculada como el número de estudiantes que abandonan su cupo sobre el total de estudiantes matriculados al principio del año académico, constituye un indicador de acceso continuo a la educación. Entre los años lectivos 2003-2004 y 2004-2005 se presentó un comportamiento estable de la tasa de deserción,

cercano al 4%. Una dinámica similar se registra tanto en la educación privada como en la oficial para los dos últimos años escolares.

Según la opinión de los ciudadanos, las razones para no estudiar obedecen principalmente al alto costo de la educación y las limitaciones económicas de la familia; otros mencionan que los niños tienen que trabajar (3%). Con respecto a la calidad, aproximadamente el 80% de los encuestados consideran que es buena o muy buena y en mayor proporción creen que la educación privada es mejor que la oficial<sup>12</sup>.

Según información del censo DANE en el 2005, Cali tiene una población de 1.959.962 habitantes mayores de 3 años. El 12.7% ha cursado educación primaria completa, el 5.7% secundaria completa, el 5,7% media completa, el 2.4 tecnológica, el 9.4% profesional y el 1.5% ha realizado estudios de postgrado.

### Distribución de nivel educativo en mayores de 3 años. Cali, 2005

Nivel	Habitantes	%
Ninguna	94.067	4,8
Pre escolar	83.498	4,3
Primaria completa	249.529	12,7
Primaria incompleta	354.787	18,1
Secundaria completa	111.322	5,7
Secundaria incompleta	324.922	16,6
Media académica completa	256.628	13,1
Media académica incompleta	51.464	2,6
Media técnica completa	103.042	5,3
media técnica incompleta	10.148	0,5
Técnico profesional	50.995	2,6
Tecnología	46.142	2,4
Profesional	185.142	9,4
Especialización	21.712	1,1
Maestría	6.037	0,3
Doctorado	2.187	0,1
Total población mayor 3 años	1.959.962	100,0

Fuente: Censo DANE 2005

<sup>12</sup> Cali cómo vamos, 2006

## **Empleo**

Los indicadores de empleo tienen una fuerte relación con la situación de salud de las poblaciones, ya que reflejan las condiciones de vinculación laboral de las personas en edad de trabajar, los ingresos de los hogares y las posibilidades de afiliación y acceso de la población y sus familias a los servicios de salud. Por otra parte, aspectos como el crédito, el ahorro, la inversión, la suficiencia y la calidad de la alimentación, el acceso a vivienda, educación y cultura, están relacionados directamente con el bienestar, la calidad de vida y con las posibilidades de contrarrestar las inequidades propias del modelo de desarrollo que impera actualmente.

En el 2006, en el municipio de Cali, 1'961.000 personas de 12 años y más, se constituyen en Población en Edad de Trabajar, PET, lo cual representa el 78% de la población total. De ese grupo, el 65%, es decir, 1'291.000 personas, es la fuerza laboral que se encuentra empleada o está en búsqueda de empleo. El 56% de la PET se encuentra ocupada (1'107.000 personas), laborando en un empleo formal; el 14% (184.000 personas) se encuentra sin empleo, y 35% está subempleada, lo que equivale a 458.000 personas que trabajan bajo modalidades que no cumplen con el número de horas legalmente establecidas, desempeñando labores que no se compadecen con su formación y devengando salarios inferiores a los establecidos<sup>13</sup>.

Entre el 2000 y el primer trimestre de 2006, se observó un descenso de las tasas de desempleo, oscilando entre 18,2 como valor máximo en el 2001, y mínimo de 12,9 en 2005. Según el informe de *Coyuntura, Valle del Cauca de 2005*,<sup>14</sup> este descenso está asociado con la tendencia a la recuperación del mercado laboral, debido al “crecimiento anual de las exportaciones en un 33%, la demanda nacional por bienes producidos en la región, la ampliación de las importaciones de materia prima y bienes de capital, la construcción y ampliación de nuevas plantas industriales, entre otros”. No obstante, en el 2006 se presentó un incremento de la tasa de desempleo con respecto al año anterior (0.5%).

En ese mismo periodo -2000 hasta el primer trimestre de 2006-, la tasa promedio de desempleo de Cali (13.8%) fue inferior a la de las 13 áreas metropolitanas (14.2%), similar a la de Bogotá (13.3%) e inferior a la de Medellín (14.5%). En el primer trimestre de 2006, Cali y Medellín presentaron las mismas tasas de desempleo (14,2%), superiores a la tasa nacional (12%) y a la de Bogotá (11,8%)<sup>15</sup>.

De acuerdo con los datos de desempleo y subempleo, se observa que a pesar de que la tasa de desempleo en Cali ha disminuido con respecto a años anteriores y con relación al promedio de las principales ciudades del país, la calidad de los empleos generados no es la mejor. Un alto número de trabajadores consideran que su empleo actual no les

---

<sup>13</sup> Encuesta Nacional de Hogares, 2006

<sup>14</sup> Coyuntura, Valle del Cauca. 2005

<sup>15</sup> Encuesta Nacional de Hogares, 2006

proporciona los ingresos necesarios para solventar los gastos personales y familiares, en su mayoría relacionados con alimentación, salud, vivienda, educación y recreación, aspectos ineludibles para disfrutar de un mínimo estándar de vida<sup>16</sup>.

### Fuerza de trabajo y tasas, Cali 2000 – 2006<sup>17</sup>

Descripción/Años	Miles						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006-primer trimestre
Población total	2.195	2.248	2.301	2.356	2.410	2.466	2.506
% población en edad de trabajar	76,6	77,0	77,0	77,6	77,8	78,0	78,0
Población en edad de trabajar	1.683	1.731	1.779	1.828	1.877	1.925	1.961
Población económicamente activa	1.116	1.165	1.181	1.231	1.238	1.289	1.291
Tasa de desempleo	17,4	18,2	15,8	15,4	14,2	12,9	14,2
Tasa global de participación	66,2	67,2	66,4	67,3	65,9	66,9	65,8
Tasa de ocupación	54,6	55,0	55,8	56,9	56,6	58,2	56,4
Tasa de subempleo	33,6	35,5	31,5	34,4	33,9	34,6	35,1

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2006. DANE

Nota: Las cifras de empleo que se presentan en esta tabla corresponden a Cali - Yumbo

De acuerdo con los resultados del estudio “Cali Cómo Vamos 2006”, la población caleña considera que el desempleo es uno de los mayores problemas del municipio. El 65% de los encuestados opina que el aspecto que más ha afectado la situación económica de las familias es la falta de empleo de uno o más de sus miembros; alrededor del 30% cree que obedece al costo de los servicios públicos; el 30% al costo de la alimentación y el 35% al costo de la salud y la educación, estos últimos aspectos, también relacionados con el empleo y los ingresos.

### Pobreza

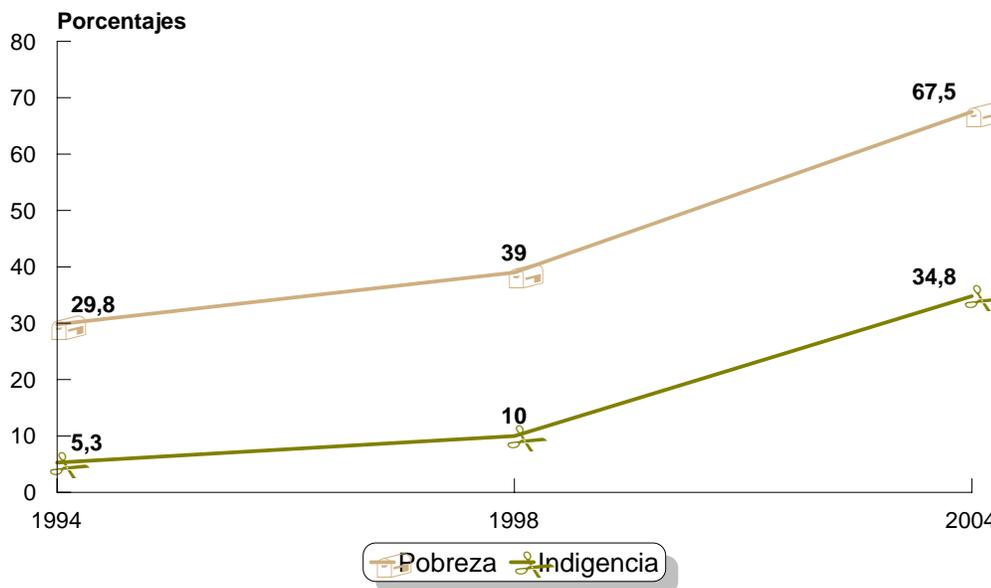
En los últimos años, diferentes indicadores sugieren que la pobreza viene aumentando en Cali. Entre 1994 y 1998 el porcentaje de personas en situación de pobreza se incrementó en nueve puntos porcentuales, y la proporción de población en situación de indigencia aumentó en cinco puntos. Entre 1998 y 2004 este aumento fue de 29 y 25 puntos porcentuales, respectivamente; de hecho, el porcentaje de personas en situación

<sup>16</sup> Foro Nacional por Colombia, 2006

<sup>17</sup> Los datos presentados corresponden a los promedios de los cuatro trimestres del periodo 2000- primer trimestre de 2006, teniendo en cuenta la información de la Encuesta Nacional de Hogares que realiza el DANE. Estas cifras fueron calculados con proyecciones del Censo de 1993, sujetos a ajustes posteriores con los datos del Censo de 2005.

de pobreza pasó de 39.0% a 67.5%, en tanto que el porcentaje de personas en situación de indigencia se incrementó de 10.0% a 34.8% en el 2004<sup>18</sup>.

### Evolución de la pobreza en Santiago de Cali 1994-2004



Fuente. Los resultados para 1994 y 1998 fueron obtenidos del estudio de Urrea y Ortiz (1999). Para 2004, las líneas de pobreza fueron calculadas con base en la metodología de la Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la desigualdad, MERPD, que hace parte del documento Metodología de medición y magnitud de la pobreza en Colombia. Valor de las líneas de pobreza e indigencia LP\$234,076 y LI\$80.30 del 2004.

En Cali, una alta proporción de población joven se encuentra afectada por la pobreza: cerca del 42% de las personas en situación de pobreza y 43% en situación de indigencia, tenía menos de 20 años. Se observan situaciones desventajosas en hombres con respecto a mujeres: mientras que el porcentaje de mujeres en situación de pobreza e indigencia, que tenían menos de 20 años, era cerca de 38% y 39%, en los hombres estuvo alrededor de 46% y 48%.

Por el contrario, al analizar el porcentaje de mujeres y hombres en edad productiva -de 20 a 60 años- se observa que las mujeres tienen mayores desventajas frente a los hombres. Igual sucede en los mayores de 60 años de edad, en donde se da mayor participación de las mujeres en comparación con los hombres.

<sup>18</sup> Fundación Foro Nacional por Colombia, 2006

**Distribución porcentual de la población en Cali, por grupos de edad y género según línea de pobreza y línea de indigencia. Cali, junio de 2004**

	Grupos de edad	<10	10-19	20-34	35-49	50-59	60 y más
Pobreza	Hombres	24.1	22.1	21.7	17.4	6.5	8.2
	Mujeres	18.4	19.6	24.6	19.1	7.4	10.8
	Total	21.1	20.8	23.3	18.3	7.0	9.6
Indigencia	Hombres	25.3	22.7	18.9	16.9	7.5	8.8
	Mujeres	19.4	19.9	23.4	18.8	7.6	10.9
	Total	22.1	21.2	21.3	17.9	7.6	9.9

Fuente: ECH-Junio del 2004. Cálculos realizados para este documento, con base en el documento Diagnóstico de la Pobreza en Cali

Estas cifras sobre pobreza e indigencia según grupos de edad y género podrían atribuirse a los siguientes factores: en primer lugar, a los mayores índices de masculinidad en edades tempranas; es decir, a la mayor proporción de hombres -niños y adolescentes- en los hogares en situación de pobreza e indigencia; en segundo lugar, a la desigualdad de género en las edades productivas; y en tercer lugar, al efecto combinado de la desigualdad de género y vejez para las mujeres en edades avanzadas<sup>19</sup>.

De acuerdo con los resultados de una encuesta de opinión que consultó personas de todas las comunas de la ciudad en el marco de la iniciativa *Cali Cómo Vamos 2006*, se encontró que el 31% de los encuestados se considera pobre, y las principales razones para considerarse como tal fueron: falta de empleo o de empleo estable, apenas se tiene lo necesario para vivir -alimentación, salud y educación, entre otros- y falta de dinero para vivir plenamente. Llama la atención las razones por las cuales no se consideran pobres, entre ellas: “porque tengo lo necesario”, “lo básico para vivir”, “porque tengo vivienda y la comida no falta”, “porque tengo salud y seguro médico”<sup>20</sup>.

El índice de Ginni, que mide la concentración de la riqueza se ha calculado para la ciudad en el 2005, en 0.54, evidencia una sociedad inequitativa, que promueve la segregación social. El índice de Ginni para Cali es muy alto comparado con el promedio europeo de 0.33 y bajo comparado con Brasil donde el promedio del Ginni es de 0.61.

#### Estratificación socioeconómica

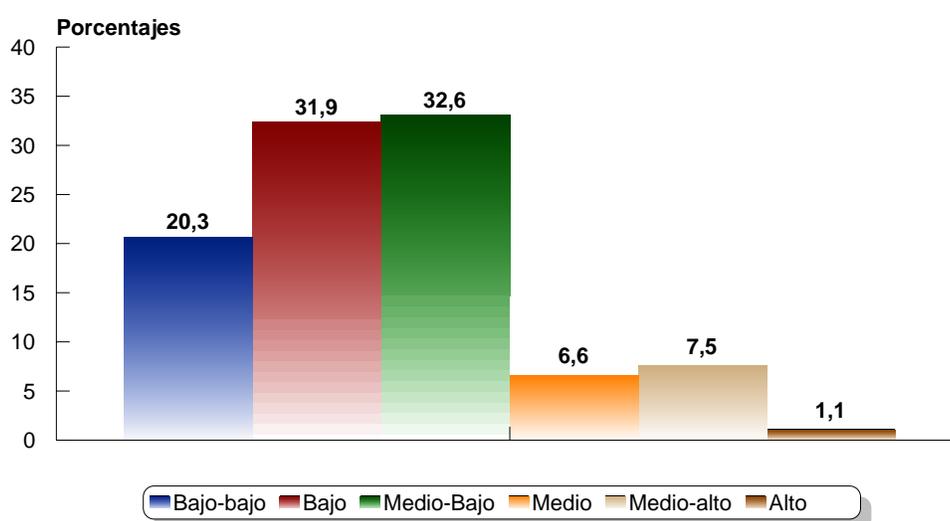
El análisis de la segmentación por estratos socioeconómicos facilita la comprensión de las dinámicas de conflicto en la ciudad, y su distribución desigual en la oferta y acceso de

<sup>19</sup> Foro Nacional por Colombia, 2006

<sup>20</sup> Cali cómo vamos, 2006

bienes y servicios para determinados sectores de la población. En Cali el 85% de sus barrios pertenecen a los estratos 1 (bajo-bajo); 2 (Bajo) y 3 (medio bajo); el valor de este indicador sugiere que amplios sectores de población tienen limitaciones para el acceso a bienes y servicios, así como a oportunidades para superar o enfrentar situaciones de deprivación económica<sup>21</sup>.

### Distribución según estratos socioeconómicos Santiago de Cali 2005



Fuente: Subdirección de Desarrollo Integral / Departamento Municipal de Planeación de Santiago de Cali

El análisis de la estratificación de la población de Cali evidencia procesos asimétricos de desarrollo y crecimiento urbano, que han configurado una “colcha de retazos”, con territorios que comparten características demográficas, económicas y sociales, pero que muestran grandes diferencias cuando se comparan unos con otros. En relación con la estratificación socioeconómica, se han identificado cinco segmentos o corredores<sup>22</sup>:

- a. Corredor norte-sur: lo conforman las comunas 2, 19 y 17. Aunque estas comunas tienen estratos bajos y altos, predomina una alta homogeneidad social, económica y de calidad en la dotación de su equipamiento urbano. Se observan viviendas de los estratos medios y altos. En este sector se concentran importantes zonas comerciales y de servicios de la ciudad.

<sup>21</sup> Cali en Cifras, 2005

<sup>22</sup> En busca de la equidad. Radiografía Social de Cali, 1998

- b. Corredor centro nororiente: está conformado por las comunas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12. Abarca sectores del centro histórico-institucional y la zona industrial de la ciudad. Estas comunas principalmente concentran barrios de estratos 1, 2 y 3.
- c. Corredor de Ladera: se ubica en el corredor que conforman los cerros tutelares y cubre las comunas 1, 18 y 20, cuyos barrios en un alto porcentaje son de estratos 1 y 2, muchos de ellos de origen ilegal -asentamientos subnormales-.
- d. Corredor oriental: corresponde al distrito de Aguablanca y su área de influencia. Comprende las comunas 13, 14, 15, 16 y 21. Su desarrollo es más reciente y en éste predomina la población de estratos bajos, y el mayor porcentaje de población afrocolombiana en el municipio. Junto con la zona de ladera, este sector concentra una alta proporción de población en situación de desplazamiento que llega al municipio.
- e. Área rural: La conforman los 15 corregimientos, de los cuales 13 se encuentran en zona de ladera y dos en la zona plana. Es la zona donde se generan los recursos de aire y agua estratégicos para mantener la calidad de vida en la ciudad y garantizar su desarrollo sostenible.

#### Pobreza observada desde la encuesta Sisben

La Secretaría de Salud Pública Municipal, en asocio con Planeación Municipal, y en cumplimiento de sus obligaciones, ha identificado personas susceptibles de ser beneficiadas con los subsidios sociales que entrega el Estado.

Para este trabajo, Cali ha utilizado la encuesta modificada del Sisben, aplicándola por barrido a la población de estratos socio económico 1 y 2 del municipio, con cobertura del 100%, y por demanda espontánea a otras personas interesadas. Con la información obtenida se ha avanzado en la focalización de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad y pobreza, cruzándose la información con el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas. A continuación presentamos un resumen de los principales hallazgos:

A julio de 2006, hay 1.162.738 registros de encuestas de Sisben realizados, que corresponden al 52% de la población total. El 34% de la población encuestada está clasificado en el nivel 1 del Sisben, el 43% en nivel 2, y el 23% en el nivel 3.

El Indicador NBI utilizado por el DANE, establece si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Para tal efecto ha establecido cinco indicadores simples:

- Vivienda inadecuada
- Servicios públicos inadecuados
- Inasistencia escolar
- Hacinamiento crítico
- Dependencia económica

Un hogar en una de las situaciones de carencia expresada por estos indicadores, se clasifica como pobre o NBI. Si el hogar presenta dos o más situaciones de carencia, se considera en situación de miseria. El indicador fue calculado en 1993 y proyectado hasta 2005, año en que se realizó un nuevo censo.

### Población pobre según NBI y niveles del Sisben. Cali, 2005

	Población	NBI	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
2005	2.075.380	469.866	393.778	499.174	267.808

Fuente: DANE Proyecciones 2005

El número de encuestas de Sisben que clasifica a la población en los niveles 1 y 2 señala que 892.952 habitantes son pobres y requieren de la intervención del Estado para alcanzar calidad de vida. Esta información duplica la cifra calculada por el DANE de la población NBI. Sin embargo, cuando se utiliza la medición de las cinco variables del NBI con la información obtenida en la encuesta de Sisben, se encuentra que en Cali son aproximadamente 400.000 las personas que viven con tres o más carencias, es decir en miseria.

### Hogares según número de carencias. Cali 2006

Carencias	Hogares	%
0	189.922	65.4%
1	75.532	26.1%
2	19.713	6.8%
3	3.939	1.4%
4	609	0.2%
5	90	0.0%
Total	288.864	100%

Fuente: Análisis de resultados Sisben Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

El 65% de los hogares encuestados por Sisben tienen sus necesidades básicas satisfechas, el 26.1% son NBI y el 1.6% están en miseria. Las carencias más comunes son la vivienda inadecuada, seguida de inadecuados servicios públicos y el hacinamiento crítico. La Secretaría de Salud Pública Municipal ha logrado identificar los barrios de

ubicación del 1.6% de la población en condiciones de miseria, focalizando la necesidad urgente de inversión social en 12 barrios ubicados en las comunas 13, 18 y 21.

Se ha identificado que el 49% de los jefes de hogar de la población en miseria carecen de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Actualmente la Secretaría trata de identificar cuántos de los miembros de estos hogares que viven en condiciones de miseria tampoco han sido priorizados como asegurados al régimen subsidiado.

### **Grupos vulnerables**

Se identifican como grupos vulnerables las poblaciones en situación de discapacidad, situación de desplazamiento y en situación de calle y en la calle.

#### Población en situación de discapacidad

Según cifras del censo DANE 2005, en Cali el 20% de la población vive con alguna discapacidad física.

En estudio adelantado por la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Territorial de la Administración Municipal de Cali y la Corporación Regional de Rehabilitación del Valle en 2005, se encontró que el 12% de la población vive en situación de discapacidad -16.171 personas-, de los cuales el 50.4% son hombres y el 49.6% mujeres; el 91% se localiza en la zona urbana, principalmente en comunas donde predominan estratos socioeconómicos 1 y 2. La asociación entre pobreza y situaciones de discapacidad hace más complejo el problema y demanda soluciones integrales.

El 95% de las personas en situación de discapacidad encuestadas pertenecen a los estratos 1, 2 y 3; cerca del 90% no estudia actualmente y el 35% no sabe leer ni escribir. De los encuestados, 19% tiene personas a cargo, y las dificultades para la inserción económica son aún más preocupantes si se tiene en cuenta que el 48% de ellos necesita ayuda permanente de otra persona, y 26% afirma que se encuentra incapacitado permanentemente para trabajar, sin contar con una pensión.

Adicionalmente, las personas en situación de discapacidad cuentan con un reducido soporte institucional: 91% de los encuestados no son beneficiarios de ningún programa; 71% no recibe servicios de rehabilitación, especialmente debido a falta de dinero, (67%); 22% de los encuestados no cuenta con servicio de salud, pero entre aquellos que si lo tienen, 58% corresponde al régimen subsidiado, 28.3% al contributivo y 12% a población vinculada.

Los encuestados reconocen que aún en la ciudad no se han adecuado los escenarios públicos para facilitar su movilidad. Encuentran mayor impedimento para desarrollar sus actividades en las calles y vías (51%), escaleras (41%), transporte público (41%), andenes y aceras (29%) paraderos y terminales de transporte (26%) y parques, teatros,

plazas e iglesias (22%), principalmente. Las causas asociadas con la discapacidad corresponden en una alta proporción, a situaciones evitables; si se reorientaran los esfuerzos para reducir las situaciones que se han mencionado, se lograrían mitigar y prevenir los casos asociados con la discapacidad. Las principales causas que se asocian son: 43% con enfermedad general, 17% por accidente -tránsito, hogar, deportivos-, 10% por alteración genética y el 5% por violencia; esta última relacionada con delincuencias común, violencia en el hogar y violencia social.

#### Población en situación de desplazamiento

En Colombia, la situación de la población desplazada constituye un serio problema, no solamente de orden público sino también de salud pública. Se considera que después de un proceso de pérdida de identidad y de desarraigo, y sin una red de soporte social, es difícil que la población que ha vivido situación de desplazamiento, logre por sí misma insertarse de manera adecuada al aparato productivo de la ciudad. Se consolida de este modo su condición de población excluida y se cierra un círculo vicioso que aumenta sus riesgos y niveles de vulnerabilidad<sup>23</sup>.

De acuerdo con un informe publicado por la Oficina de Gestión de Paz de la Gobernación, en el 2003, el Valle del Cauca fue el sexto departamento receptor de población en situación de desplazamiento, con aproximadamente 61.608 personas entre 1995 y junio de 2003, y el décimo lugar en expulsiones con 40.613 personas.

Cali recibe aproximadamente el 31% de la población desplazada que llega al departamento; este proceso social tiene implicaciones tanto en el ámbito de configuración del espacio urbano, como en materia de seguridad, orden público y riesgos para la salud pública. Quienes se han visto obligados a desplazarse a Cali, viven en su mayoría en zonas deprimidas, con altos niveles de violencia, como las comunas 13, 14 y 15 -distrito de Aguablanca-, de ladera -comunas 18 y 20-, el sector de Terrón Colorado -comuna 1-, y las comunas 6, 7, 16 y 21. Estas comunas concentran barrios de estratos 1 y 2, y se caracterizan por tener vastas zonas de asentamientos subnormales<sup>24</sup>.

En Cali, de acuerdo con la encuesta realizada a 1.433 personas por la Oficina de Paz de la Gobernación del Valle, la población desplazada corresponde en su mayoría a población afrodescendiente e indígena; 47.8% vive bajo modalidad de arriendo y 25,2% en zonas de invasión; un 70.4% manifiesta su intención de quedarse en la ciudad a pesar de las condiciones socioeconómicas.

Según cifras de Acción Social, en octubre de 2006 había en Cali 39.354 personas en situación de desplazamiento, de las cuales 18.064 se encontraban indocumentadas. En relación con su vinculación al SGSSS, 5.300 se encontraban trabajando y vinculados al

---

<sup>23</sup> Programa Presidencial de DDHH y DIH, Observatorio de Derechos Humanos y DIH de la Vicepresidencia de la República, 2006.

<sup>24</sup> Oficina de Paz y Convivencia de la Gobernación del Valle del Cauca

régimen contributivo y 10.067 estaban en espera de uno de los 7007 cupos disponibles para ser afiliados al régimen subsidiado en Salud<sup>25</sup>.

### Población en situación de calle y en la calle

Varios estudios han identificado la población en situación de calle como un problema de salud pública, que es más grave aún en las grandes ciudades.

En un estudio realizado en 2005 por la Fundación FES Social y el DANE, se censaron en la ciudad de Cali, 3.620 personas en situación de calle, de las cuales 1.975 (54,6%) son habitantes de la calle, personas que escogieron esta condición como estilo de vida, y 1.645 (45,4%) habitantes en la calle<sup>26</sup>, personas que buscan subsistencia. En su mayoría los habitantes de la calle son hombres, 76,5% en promedio. El 66% de los habitantes de la calle de Cali son adultos entre los 20 y 50 años; mientras que en los habitantes en la calle, la situación que se observa es una alta proporción de menores de edad: el 42,6% tiene entre 9 y 14 años.

Las principales razones para vivir en la calle son los problemas económicos (29,5%), La drogadicción (27,3%), y el maltrato (14,3%). Para los habitantes en la calle, esta condición es una alternativa, para los problemas económicos 65%. Se encuentran otras razones como ser desplazado de otra región (4,8%) o estar obligados por los mayores (2%).

En general el nivel educativo de estas personas es muy bajo, se encuentra sin embargo que un 4% de ellas tiene formación universitaria. En general, el apoyo institucional es bajo: sólo el 5,4% de los habitantes reportan que la mayor atención proviene de entidades especializadas en el trabajo con estas poblaciones marginadas; la gran mayoría, el 62,7% no recibe ayuda de nadie y el 23,1% de parte de familiares.

El 83% carecen de servicios de salud. Las personas en esta condición obtienen sus ingresos de actividades diversas, entre las que se pueden numerar el reciclaje de basuras, el “rebusque” -nombre dado a actividades como robar, asaltar, etcétera-; ventas callejeras, mendicidad, y otras actividades como cuidar vehículos, limpiar parabrisas, cargar y “bultear” mercancías pesadas, entre otras.

El consumo de sustancias psicoactivas es muy frecuente en los habitantes de la calle: el 72% de esta población consume algún tipo de estas sustancias.

---

<sup>25</sup> Acción Social, 2006

<sup>26</sup> Los habitantes en situación de Calle se clasifican en Habitantes de la calle y en la calle. Los habitantes de la calle: son personas de cualquier edad que, generalmente, han roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hacen de la calle su espacio permanente de vida. Los habitante en la calle: son aquellos menores de 18 años de edad que hacen de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, el cual alterna con la casa, la escuela y el trabajo en la calle y que durante el operativo de campo, por observación, se vio pidiendo o mendigando, vendiendo o ejerciendo la prostitución en los principales corredores económicos de Cali. Este último grupo, a diferencia del anterior, cuenta con un lugar a donde llegar: la casa de su familia, la habitación de una residencia o un pequeño hotel (Fundación FES Social y el DANE; 2005).

## 2.3 Determinantes del Medio ambiente

### *Determinantes ambientales*

Cali está ubicada al sur occidente del país, en un área geográfica privilegiada, con variaciones de relieve desde las altas montañas, páramos y laderas, a la planicie de los valles de los ríos Cali y Cauca. Tiene predominio de clima templado, en promedio 26° centígrados de temperatura, y su abundancia de sistemas hídricos permite una gran diversidad biológica. El proceso de urbanización, caracterizado por la falta de planeación, asentamientos subnormales y uso de suelo inadecuado, ha traído como consecuencia el deterioro de los ecosistemas, agotamiento de los recursos naturales y la contaminación ambiental.

Entre las grandes problemáticas de Cali están la contaminación de su suelo, el inadecuado manejo de los residuos sólidos y la consecuente aparición de factores de riesgo biológico.

La ciudadanía carece de cultura para disminuir la producción de residuos, o del aprovechamiento de los mismos a través del reciclaje. No se realiza clasificación de desechos en la fuente ni se hace una disposición ordenada para su posterior reutilización; esta problemática se agudiza debido a las deficiencias en la recolección de los residuos y al inadecuado lugar de disposición final.

Se calcula que la ciudad produce en promedio 1.818 toneladas de basura diaria, en promedio 0.75 mg persona/día, La capacidad máxima de recolección en la ciudad es de 1.552,6 toneladas /día, lográndose una cobertura de recolección de 86%. El déficit genera gran impacto ambiental y generación de basureros crónicos en separadores viales, caños de aguas negras, lotes baldíos y en la vía pública. La disposición final es el basurero de Navarro<sup>27</sup>.

Adicionalmente, Cali genera unas 12.000 toneladas de escombros cada mes, cifra que se incrementa con la actual reactivación del sector de la construcción. No hay en el municipio un área organizada para la disposición final de estos escombros. Se destacan zonas que se ven bastante afectadas por la disposición inadecuada de estos materiales: la zona de ladera -comunas 1, 18 y 20-, zonas marginales de las comunas 13, 14, 15, 16 y 21; jarillón de los ríos Cali y Cauca, y la zona centro, específicamente la comuna 2.

Se estima que el sector prestador del servicio de salud del departamento, incluida la ciudad de Cali, genera residuos hospitalarios peligrosos de 2.300 toneladas por año. El 36% de los residuos de estas instituciones son patógenos. El 73,91% de los establecimientos no realizan tratamiento a los residuos hospitalarios antes de

---

<sup>27</sup> Contraloría Municipal, rendición de cuentas 2005

entregarlos a la ruta hospitalaria, aunque el 100% separan los elementos punzantes - agujas, jeringas, bisturís y otros instrumentos incisivos-.

Se calcula una producción aproximada de 70.000 t/año de residuos industriales, de los cuales el 52% son inertes; 6% putrescibles, y 42% peligrosos, originados principalmente desde los sectores químico -farmacéutico y metalmecánico <sup>28</sup>. Los residuos industriales de Cali y Yumbo tiene por sitio de disposición final el vertedero de Navarro.

Las condiciones de saneamiento básico se ven afectadas ante el déficit en barrido de las calles: de los 3.991,514 kilómetros lineales existentes en la ciudad, se logra un cubrimiento de barrido del 36% -1.427, 96 Km. Lineales-, siendo éste un cubrimiento bajo. La disposición final de todo tipo de residuos sólidos se hace desde 1967 en el corregimiento de Navarro, al sur oriente de la ciudad, en la llanura de inundación a la margen izquierda del río Cauca donde se hizo una gran excavación de 17 hectáreas, que funcionó como botadero abierto hasta el año de 1991. A partir de 1992 se inició un manejo más adecuado, aunque tardó al basurero, que presenta un alto impacto ambiental:

- Ubicación cercana al perímetro urbano con predominio de uso del suelo para vivienda, aunque se encuentran establecimientos educativos, pequeñas industrias y centros recreativos -comuna 21-
- Ausencia de tratamiento para los lixiviados generados en el botadero de Navarro -producción aproximada de 4.5 litros/seg, en época de invierno-
- Contaminación de las aguas como consecuencia del movimiento que realiza el lixiviado en los límites del terreno, en el nivel freático o en las fuentes de aguas superficiales
- Contaminación de fuentes de agua, tanto de subsuelo como del río Cauca y las bocatomas situadas aguas abajo: Puerto Mallarino y río Cauca, las cuales abastecen alrededor del 80 % de la demanda del servicio de acueducto de la ciudad
- Alteración del paisaje
- Contaminación atmosférica con partículas de polvo generada en vías de acceso
- Generación de riesgos biológicos, roedores, zancudos, moscos, etcétera.

Para solucionar esta problemática, se encuentra en estudio un plan de alternativas de disposición de residuos, mediante la adaptación de nuevos terrenos que cumplan con las condiciones ambientales, sociales y económicas necesarias que garanticen la gestión integral de los residuos del municipio.

---

<sup>28</sup> <sup>28</sup> CVC ,Serie de guías técnicas: Residuos Peligrosos en el Dpto. del Valle - 2004

La gestión en residuos sólidos de la ciudad -recolección, barrido y disposición final-, no responde a las necesidades de la población, con impacto en el ambiente y en la población: disposición inadecuada de residuos orgánicos en las avenidas y calles principales, presencia de basureros crónicos e incremento de vectores y riesgos biológicos. La organización del aseo en la ciudad, dividida para el efecto en cuatro zonas es inequitativo<sup>29</sup>, siendo la zona oriente la más densamente poblada la que recibe con menos frecuencia los servicios de recolección y barrido.

Cali cuenta con un área de zonas verdes de interés público de 13 millones de metros cuadrados, de los cuales el 21.16 % pertenece a las 22 comunas de la ciudad, mientras que el 78.83 % correspondientes a 44.461 hectáreas son considerados como zona rural, distribuidas en los 15 corregimientos. En Cali, 1.000 hectáreas son zonas verdes y parques, y hay 80 kilómetros de canales con zonas protectoras, las cuales deben ser arborizadas. En el año 2005 se atendieron 100.000 metros en nueve comunas. El déficit en la atención a las zonas verdes provoca su deterioro y el de los separadores viales en la ciudad.

Existen 285.000 especies de árboles situados principalmente en las vías de alto tráfico y en las esquinas. Una gran mayoría presentan problemas fitosanitarios, por acumulación de basuras y efecto de emisión de gases de los vehículos.

Los barrios de la zona oriente de la ciudad y algunos del centro, presentan deficiencias en siembra de árboles, contrastando con los barrios localizados en el norte y oeste.

La gran mayoría de las zonas verdes son invadidas y utilizadas como parqueaderos vehiculares y ventas ambulantes. Se calcula un déficit de espacio público de 15 mt/persona.

Las condiciones sanitarias de Cali favorecen la proliferación de roedores. En el municipio existen canales de aguas lentas que circundan el sur oriente y nororientes de la ciudad, principalmente en las comunas 6, 7, 8,10,11,12,13,14,15,16 y21. En estas mismas comunas se observa proliferación de basureros crónicos que facilitan la proliferación de roedores, vectores de la leptospirosis.

Si bien la administración municipal ha desarrollado actividades de control de roedores en canales de aguas lentas y de recuperación de espacios públicos, educación a la comunidad, fumigación y otras medidas de control de la enfermedad, durante 2005 se reportaron 217 fichas de notificación (cinco de ellas descartadas como caso). La distribución por comunas para el año 2005 mantiene un promedio de seis casos anuales de leptospirosis, con una notable disminución en relación con el año anterior, vinculados probablemente con el afinamiento del diagnóstico por laboratorio, con pruebas de una mayor sensibilidad y especificidad<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Contraloría General Cali. Rendición de cuentas 2005

<sup>30</sup> Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2005

La contaminación del suelo permite la formación de criaderos para el *Aedes aegypti*, vector del dengue, enfermedad que afecta de forma importante a la población caleña. En 19 de las 21 comunas del municipio se detectaron 42.000 criaderos de la larva del mosquito, en el 2005. Cali con un programa para el control de los criaderos de *Aedes* y un sistema de vigilancia en la ocurrencia del dengue clásico y el dengue hemorrágico. En la zona urbana se visitaron en el 2005 un total de 5795 predios, de los cuales 980 presentaron criaderos de zancudos (16.9%) y en la zona rural se visitaron un total de 11245 predios, de los cuales 205 presentaron criaderos de zancudos (18.1%). En el 2005 se reportaron 2349 casos de dengue en Cali, (111.8 casos promedio por comuna) comparado con 709 casos en el mismo periodo en el año 2004 (33.7 casos promedio por comuna), correspondiente a un aumento del 231%<sup>31</sup>.

En el 2005 se reportaron 233 casos de dengue hemorrágico, seis de ellos letales; la variación corresponde a un aumento del 64% con relación al año 2004. Esta última situación muestra que el brote ocasionado por dengue en Cali, fue un brote de dengue clásico, ya que no se observó un aumento exagerado de casos de dengue hemorrágico. Al analizar los casos de dengue por comuna se observa que la comuna 3 presentó la mayor tasa (22.6 casos por 10.000 habitantes), seguida de las comunas 9 y 8 (con 21.3 y 20.8, respectivamente).

En cuanto a malaria no se reportaron muertes por casos autóctonos en el 2005. Las ocho muertes reportadas fueron casos importados, según el informe de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud Pública Municipal.

Otro riesgo biológico al que se ve abocado la ciudad es la transmisión de rabia canina y felina y encefalitis equina, y por tal motivo se actúa preventivamente sobre estos riesgos mediante la vacunación animal contra la rabia y la encefalitis. En el municipio de Cali, hay un promedio de 200.000 animales domésticos, 85% caninos y 15% felinos, y se han censado alrededor de 1.600 equinos. La meta de vacunación anual es de mantener el 80% de cobertura en vacunación de perros y gatos. Desde el año 2002 se han mantenido coberturas por encima de este valor.<sup>32</sup>

Con respecto al agua para el consumo humano, el Municipio tiene importantes fuentes de agua. El líquido se obtiene sus ríos de montaña, por gravedad, y del río Cauca por bombeo. Aunque el caudal es suficiente, la ciudad tiene limitaciones en almacenamiento que generan dificultades en la entrega a los usuarios. El agua subterránea constituye un importante recurso y una fuente alterna para el abastecimiento para el Municipio de Cali. La ciudad cuenta además con acuíferos y aguas de los ríos Cali, Cañaveralejo, Meléndez y Pance<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2005

<sup>32</sup> Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2005 Vigilancia Epidemiológica

<sup>33</sup> Plan de Ordenamiento Territorial Municipio de Cali - Documento Técnico de Soporte pgs 83, 84. Cifras de Tierra y Vida CVC, Cali 1998-1999.

El balance de la oferta y demanda del agua disponible es positivo; el recurso hídrico es suficiente para suplir las necesidades de los diferentes sectores. Sin embargo, por efectos de almacenamiento y bombeo, la disponibilidad tiene restricciones. Las comunas de la zona de Ladera presentan los valores más negativos, en el piedemonte las comunas 3 y 2; y en la zona plana, las comunas 5, 8, 12, 14 y 15.

La disponibilidad del agua ha venido decreciendo a lo largo de la historia, pero aún supera a las necesidades de la población. El promedio de agua subterránea disponible para la población muestra un caudal de 163 Mm/ año, para 1999. El indicador general de disponibilidad de agua calculada para el 2005, afirma que cada caleño puede disponer de 177.18 Mm<sup>3</sup>/año, mientras que la necesidad de consumo está calculada en 113.49 Mm<sup>3</sup>/año.<sup>34</sup>

Cali cuenta con cuatro Plantas de Tratamiento de Agua Potable, PTAP, operadas y controladas por las Empresas Municipales de Cali (Emcali EICE - ESP), con una cobertura del 98,7 %:

- Planta de Tratamiento Río Cali: alimenta la red alta de la ciudad, viviendas localizadas en la parte antigua del área urbana del municipio.
- Planta de Tratamiento Río Cauca: alimenta la red baja de Cali.
- Planta de Tratamiento Puerto Mallarino: alimenta la red baja de Cali.
- Planta de Tratamiento La Reforma: surte agua potable a la zona de Ladera de la ciudad, especialmente las comunas 18 y 20.

El agua distribuida en Cali es apta para el consumo humano, observándose que los porcentajes de aceptabilidad<sup>35</sup> están entre 95% y 100%.

En el área rural del municipio de Cali el agua es abastecida por medio de juntas administradoras de agua. El porcentaje de aceptabilidad desde 2001 a 2005 ha mejorado año tras año; la mejoría en la calidad del agua refleja la inversión que se está realizando en el área rural (mejoramiento de los acueductos rurales y construcción de plantas de tratamiento). Sin embargo, los valores de aceptabilidad siguen siendo bajos.

---

<sup>34</sup> Contraloría Municipal, rendición de cuentas 2005

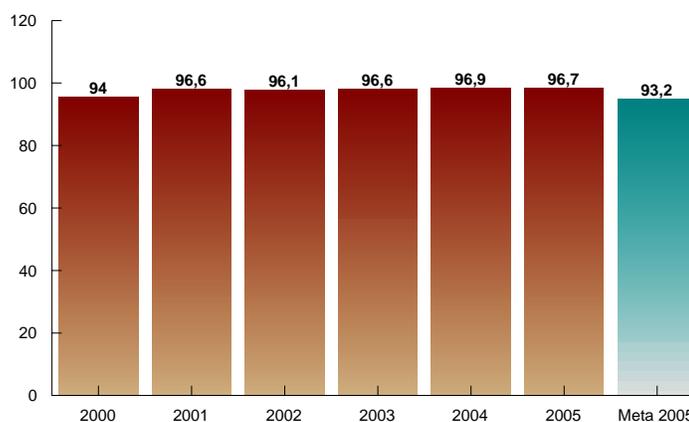
<sup>35</sup> El Porcentaje de aceptabilidad, es el porcentaje de muestras aptas bajo parámetros físicos, químicos, microbiológicos y organolépticos establecidas en el decreto 475 de marzo de 1998, mas el porcentaje de muestras seguras (aquellas que sin cumplir algunas de las normas de potabilidad definidas en el decreto 475 de marzo de 1998, puede ser consumida sin riesgo para la salud humana); sobre el total de las muestras, por 100. Cuando este porcentaje se encuentre entre el 95 y el 100%, se considera que el agua es apta para consumo humano, si el porcentaje es menor al 95%, se debe verificar la calidad del agua a nivel fisicoquímico, bacteriológico y organoléptico (Tomado del informe de la situación de salud ambiental, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2005)

En relación con los servicios básicos, la tasa de cobertura de acueducto registrada en Cali durante los últimos años muestra un comportamiento relativamente estable, con una leve reducción de 97.2% en el 2004 a 96.9% en el 2005. En este último año se logró una cobertura mayor a la esperada (96.1%) en las metas del Plan de Desarrollo del municipio<sup>36</sup>. En relación con la calidad para el consumo, se evidencian diferencias entre el área rural y urbana, mientras en la primera la aceptabilidad del agua para el consumo es del 14%, en la segunda es del 100%<sup>37</sup>.

Sin embargo, en la ciudad existen sectores con cobertura de acueducto inferiores; es el caso de las comunas localizadas en la zona de ladera como la 1 (49%), 20 (60%) y 18 (69%); algunas comunas de la zona oriental como la 13 (76%) y 15 (77%) pertenecientes al Distrito de Aguablanca y otras como la 3, 4 y 12 con coberturas entre 70 % y 79%<sup>38</sup>.

Por su parte, la cobertura de alcantarillado sanitario presentó un incremento en el 2001, de 94% a 96.6% en el 2002: luego se mantuvo relativamente estable hasta el 2005. En este caso, también se superó la meta esperada de 93.1%<sup>39</sup>.

**Cobertura de Alcantarillado en Cali  
2000 - 2005**



Fuente: Empresas Públicas Municipales. Tomado de: Cali Como Vamos

Las coberturas de alcantarillado tienen un comportamiento similar al acueducto. Las comunas con coberturas más bajas son las de la zona de ladera: comunas 1 (46%), 18 (67%) y 20 (60%); las comunas 13 (74%) y 15 (77%) del Distrito de Aguablanca y la 3, 4 y 12 con coberturas entre 70% y 78%.

<sup>36</sup> Cali cómo vamos, 2005

<sup>37</sup> Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2005

<sup>38</sup> Cali en cifras, 2006

<sup>39</sup> Cali cómo vamos, 2005

La contaminación atmosférica es otro importante problema ambiental de Cali. Las causas del incremento de esta problemática son las actividades productivas, el crecimiento en el parque automotor y la producción agrícola. La contaminación producida por las industrias hoy es superior a 50 miligramos /m<sup>3</sup>.

Las emisiones de fuentes fijas del sector productivo de Cali se encuentran agrupadas principalmente en las comunas 3, 4 y 5 (sector industrial), comuna 8 (industrias manufactureras) y en las comunas 2 y 19 (industrias prestadoras de servicios). La emisión por fuentes móviles, producto de la circulación de vehículos concentrada en pocas vías de la ciudad, produce tres veces más material particulado (188.2 gr. /seg.) que el sector industrial.

La presencia de olores desagradables es otro factor de deterioro ambiental. Las fuentes de olores se dividen en: proceso productivo (75%), basura (10%), bodegas (25%), digestor (2.5%), y cocina (10%). Las basuras en su gran mayoría son orgánicas que se descomponen sino se recogen a tiempo; en el sector sur oriental se presentan quejas por los olores del relleno sanitario Navarro. En la evaluación del comportamiento de los contaminantes atmosféricos en la ciudad de Cali en el periodo enero de 2005 a agosto de 2005, se encontraron concentraciones de ozono y partículas menores de 10 micrómetros que rebasan los límites máximos establecidos en las normas de calidad del aire. Se desconocen los aportes de la contaminación atmosférica de cada uno de los sectores productivos.

Los mayores niveles de contaminación por ruido los produce el flujo automotor, que en puntos críticos sobrepasa la norma de los 60 decibeles para área residencial y 40 decibeles para áreas hospitalarias. Según el DAGMA, los equipos de sonido representan las mayores frecuencias (31.8%) seguido de las fábricas, talleres, establecimientos comerciales y de servicios (14.74%)<sup>40</sup>.

Dentro de riesgo de consumo, en el municipio de Cali existen 97 fábricas de alimentos de alto riesgo, que se clasificaron así:

Productoras de cárnicos.....	52
Productoras de lácteos.....	23
Productoras de aguas y refrescos.....	12
Productoras de alimentos para niños.....	3
Procesadoras de productos de la pesca....	7

Hasta el 2005 sólo el 30% de estas fábricas cumplían con los requisitos de calidad; las fábricas productoras de alimentos de mayor riesgo se encuentran ubicadas en su mayoría en las comunas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16 y 19.

---

<sup>40</sup> Informe sobre el estado de los recursos naturales, medio ambiente y aseo en el municipio de Cali. Contraloría General de Cali 2005. <http://www.contraloriacali.gov.co/informesgestion/informes-recursos.htm>

El aprovechamiento y manejo inadecuado de los recursos mineros está causando la alteración del paisaje y la contaminación hídrica en todo el departamento, incluyendo la ciudad de Cali.

El uso inadecuado de los suelos permite la degradación de los terrenos, la descomposición de los suelos en sus elementos menores, y su alteración definitiva. Se determinó que la situación más crítica se presenta en las comunas de ladera (1, 18, 19 y 20), en el Piedemonte (2), y en la zona plana (4, 7, 11, 13 y 21)<sup>41</sup>. De las 56.025 hectáreas que abarca el Municipio se han identificado 24.199 hectáreas con problemas de erosión desde ligera a muy severa, distribuidas así: 4897 hectáreas de erosión ligera, 11.117 hectáreas de erosión moderada, 6864 hectáreas de erosión severa y 1321 hectáreas de erosión muy severa.

En Cali no se ha logrado consolidar una cultura eficiente en relación con el cuidado del medio ambiente, la protección a los recursos naturales y el adecuado uso de los suelos. Se detecta deficiencia en la gestión ambiental como consecuencia de la diversidad de actores, extensión del territorio, crisis económica, crisis en la gobernabilidad y baja participación social.

### **Amenazas naturales**

Los eventos que pueden suceder en el municipio de Cali y su entorno regional, según sus características geológicas, morfológicas y climatológicas son: sismicidad, movimientos en masa, inundaciones y avenidas torrenciales.

El mayor potencial de desastre lo tiene el fenómeno sísmico, por las vibraciones fuertes y permanentes, a causa de las fallas geológicas. En segundo lugar se presentan las inundaciones como consecuencia de la deforestación, la remoción del suelo y alteración de los cauces; y otro factor que está asociado con las inundaciones son las remociones en masa: actualmente hay conocimiento detallado en la zona que cubre la ladera urbana, los corregimientos de Montebello, el Saladito, la Elvira, la Castilla, la Paz, y la Buitrera, las parte del corregimiento de Pinchindé y la Felidia que están por fuera del Parque Nacional los Farallones de Cali.

Los asentamientos en pendientes con inestabilidad de suelos y riesgos de deslizamientos se encuentran en San Antonio, San Fernando Alto, Tejares, San Cayetano, Terrón Colorado, Juanambú, Siloé, nuevos asentamientos en ladera comunas 2 y 18, y en los terrenos más bajos como Aguablanca con pendientes superiores mayores a 25%.

Los problemas ambientales de las ciudades se pueden resumir de la siguiente manera:

- Contaminación atmosférica, hídrica y del suelo, con sus consecuentes impactos sobre la salud y los componentes eco sistémicos.
- Acumulación y mal manejo de residuos sólidos domésticos y peligrosos.

---

<sup>41</sup> CVC Uso de los suelos en Cali

- Altas demandas sobre recursos naturales, acompañados del uso intensivo de agua y energía.
- Crecimiento desordenado de las áreas urbanizadas, con ocupación de suelos de alta productividad.
- Ocupación de áreas de alto riesgo, por inundaciones o deslizamiento, por parte de la población de menores ingresos.
- Incremento de riesgos biológicos por la proliferación de plagas y vectores.
- Poblaciones asociadas a los problemas ambientales

## 2.4 Determinantes del comportamiento

### **Seguridad y violencia**

La violencia representa un problema prioritario para la salud pública de la ciudad por su impacto epidemiológico, social y económico, y los diferentes indicadores muestran que el problema en Cali puede ser mucho mayor que en otras ciudades.

Los comportamientos violentos, resultado y a la vez causa de un sinnúmero de conflictos sociales y situaciones económicas, culturales y políticas, afectan la seguridad ciudadana, ponen en riesgo la vida e integridad de los individuos e impiden a las personas ejercer sus deberes y derechos con libertad. Según la Fundación Seguridad y Democracia, Cali muestra una tendencia a la reducción de casos de violencia entre los años 2004 y 2006; sin embargo, presentó la tasa de homicidios más alta entre Bogotá, Medellín, Cúcuta, Barranquilla y Cartagena.

Durante el primer semestre de 2006, Cali tuvo las tasas más altas de homicidios, lesiones personales, secuestro, piratería terrestre y hurto a personas y a residencias, en relación con las ciudades comparadas. El comportamiento de los homicidios en las seis ciudades analizadas es bastante disímil: Cali muestra las tasas más altas, triplicando la tasa observada en Bogotá.

### **Tasa de homicidios en Cali, primer semestre de 2006**

Municipio	Tasa de Homicidios por 100 mil habitantes
Cali	57,81
Cúcuta	46,78
Medellín	32,44
Barranquilla	25,30
Cartagena	23,70
Bogotá	18,32

Fuentes: Bases de datos: CIC – DIJIN, Policía Nacional.  
Cálculos: FSD.

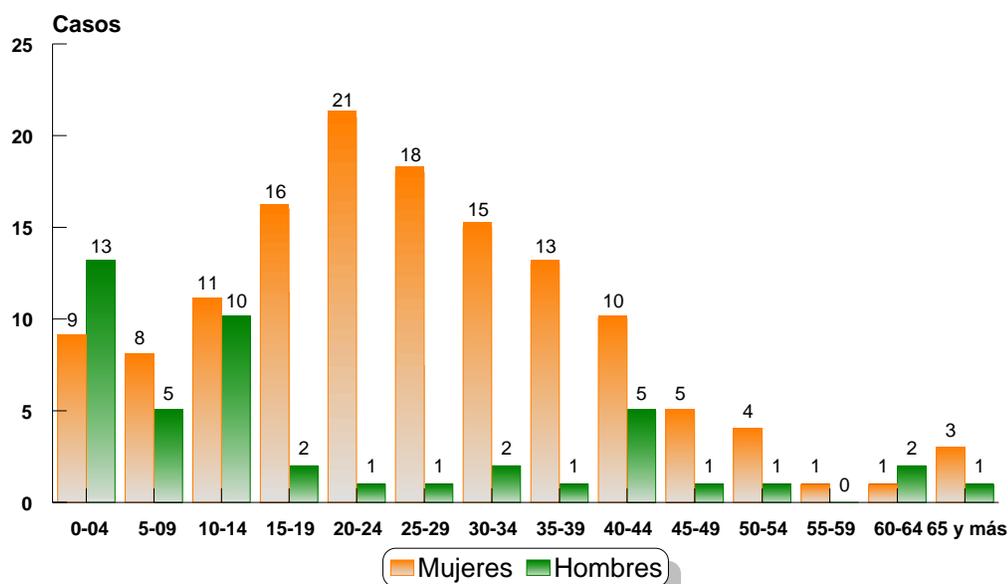
Según datos del Observatorio Social de Cali, el 96% de los 1.512 homicidios registrados en 2005 ocurrió en la zona urbana, distribuidos en todas las comunas de la ciudad. La mayoría de los casos se concentró en las comunas 3, 9, 10, 11, 15 y 20. Se observan lugares donde no se presentaron homicidios, en el extremo sur de la ciudad, sobre las comunas 17 y 22 y otras áreas dispersas.

En los últimos años, las víctimas de homicidios han sido predominantemente hombres jóvenes. El grupo más afectado fue la población entre 15 y 29 años, donde se concentró el 54% de los casos; en cada uno de los tres últimos años, cerca del 93% de las víctimas fueron hombres. El 12% de los homicidios correspondió a personas que no tenían ninguna ocupación, y el 10% se dedicaban a oficios varios.

Según datos del Observatorio de Violencia Intrafamiliar de Cali, durante el periodo 2002 – 2005, en la ciudad se reportaron 24.846 casos de violencia intrafamiliar; a lo largo del periodo se observa un incremento de casos reportados cercano al 60%. Este comportamiento posiblemente refleje el trabajo adelantado desde diversos frentes en sensibilización y prevención de la violencia intrafamiliar, así como al cambio en la actitud de las personas frente al problema y a la decisión de denunciar, como producto de una mayor difusión de información con respecto al tema.

El reporte consolidado para los cuatro años analizados sugiere que hasta los nueve años de edad, los casos de violencia intrafamiliar se reportan en igual proporción en niños y niñas; en edades superiores y hasta los 39 años, los casos en mujeres se incrementan de manera sostenida en comparación con los hombres. A partir de los 40 años, los casos registrados disminuyen, equilibrándose nuevamente la proporción de casos entre hombres y mujeres. En relación con el lugar de residencia de las víctimas, las comunas 6, 13, 14 y 15 reportan el mayor número de casos, superior a la mediana (231 casos); por otra parte, las comunas 4, 7, 10, 18 y 20 presentaron un incremento de casos a lo largo del periodo.

## Distribución de casos de violencia intrafamiliar reportados según grupos de edad y sexo Santiago de Cali 2005



Fuente: Red del Buentrato de Santiago de Cali (Reportes de Comisarías de Familia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, instituciones de salud y Fiscalía)

De los casos reportados durante el periodo descrito, el 41% corresponde a casos de violencia conyugal, en tanto, el 39% es responsabilidad del padre o la madre. Los datos presentados sugieren que los niños, las niñas y las compañeras son los grupos más afectados por la violencia intrafamiliar.

### Accidentalidad

De acuerdo con los datos reportados por la Secretaría de Tránsito Municipal de Cali, en el 2005 se presentaron 17.485 accidentes de tránsito, de los cuales resultaron 9.927 lesionados y 301 muertos. El comportamiento de las tasas de mortalidad por accidente de tránsito en Cali muestra una tendencia decreciente, pasando de 29 muertes por cada 100.000 habitantes en 1.993 a 12 en 2005, la tasa más baja en los últimos 13 años. Pese a la disminución, la accidentalidad en tránsito sigue siendo un problema importante de salud pública en el municipio.

Los grupos más afectados fueron los peatones que aportaron el 53,2% de las muertes; 21,3% fueron motociclistas (conductores y pasajeros), y 15,9% eran ciclistas. Entre los peatones, la edad promedio fue 55 años; el 49% de los casos se presentaron en personas mayores de 60 años, y según el sexo se encontró que la incidencia es tres veces más alta en los hombres que en las mujeres. El análisis identifica a los varones mayores

de 55 años como la población de mayor riesgo para accidente de tránsito. Para este mismo año, la edad promedio de los motociclistas fallecidos fue de 29 años; la mayor frecuencia se presentó entre los 25 y 29 años. El 75% de las muertes de motociclistas ocurrió en personas entre los 5 y los 34 años, de los cuales el 83% eran hombres.

La edad promedio de los ciclistas que murieron en 2005 fue de 42 años; el rango de edad que presentó la mayor frecuencia se encontró entre 55 y 79 años. El 50% de las muertes de ciclistas eran personas menores de 45 años. Nuevamente aparecen los hombres como un grupo de mayor riesgo con respecto a las mujeres, presentándose entre ellas un solo caso.

### ***Factores de riesgo del comportamiento de enfermedades crónicas no transmisibles***

Según el estudio global de la carga de enfermedad, en Colombia la mortalidad causada por las enfermedades no transmisibles pasará de 28.1 millones en 1990 a 49.8 millones en el 2020.

En el departamento del Valle del Cauca, en 2005, seis de las primeras diez causas de mortalidad son debidas a Enfermedades Crónicas No Transmisibles, ECNT, con énfasis en cardiovasculares. En Cali, en ese año, se reportaron 11.469 muertes al Sistema de Estadísticas Vitales. Siete de las diez primeras causas de estas muertes, corresponden a ECNT, en especial a las cardiovasculares, según información aportada por el área de Información y Estadística de la Secretaría de Salud Pública Municipal<sup>42</sup>.

Un estudio realizado en el 2005 entre la Secretaría de Salud Pública Municipal y el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, CETES, de la Universidad del Valle, sobre población civil, mayor de 15 años, residente en el área urbana del municipio de Cali, detectó la prevalencia de diferentes factores de riesgo para ECNT.

Se tuvieron en cuenta en este estudio riesgos no modificables como sexo, edad, raza, historia familiar; riesgos comportamentales como consumo de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, malos hábitos alimenticios; riesgos biológicos como la hipertensión arterial, la obesidad, la hipercolesterolemia y la diabetes, y riesgos socio económicos como el estrato, el nivel educativo y aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social<sup>43</sup>.

El estudio evidenció que el 13.74% de las personas -aproximadamente 232.219- son hipertensas. El 27.3% refiere tener el colesterol alto, equivalente a unas 461.397 personas, con una edad promedio que se sitúa antes de los 46 años.

---

<sup>42</sup> Municipio de Cali, para el año 2005, Sistema de Estadísticas Vitales

<sup>43</sup> SSMP de Cali- CETES Proyecto de Implementación del Sistema de Vigilancia de Factores Riesgo del Comportamiento Asociados con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Cali, 2005.

El 6.8%, 114.927 personas, padecen diabetes. Esta enfermedad se presenta más frecuentemente en el sexo masculino, con 1.32 veces mayor presencia de azúcar alto frente a la mujer. La edad promedio de las personas con azúcar alto se sitúa en 53 años. Tres de cada cinco de quienes dicen ser diabéticos, tienen algún tratamiento con medicamentos como insulino terapia o hipoglicemiantes y una persona diabética está visitando al médico en promedio seis veces al año.

Dentro de la población en general, incluyendo los que nunca han fumado, la prevalencia de tabaquismo se situó en 15%. De este porcentaje, la gran mayoría (88%) son fumadores intensos -han fumado más de 100 cigarrillos en su vida y fuman actualmente-. Aproximadamente 279.542 personas mayores de 15 años serían fumadores activos.

Se encontró también en el estudio, que nueve de cada diez personas fumadoras están en planes de adaptación al no consumo, 3% de las personas no contemplan el dejar el tabaco -precontemplativos-, y una de cada cuatro personas está conviviendo con fumadores que consumen el tabaco dentro del hogar.

La prevalencia de consumo de alcohol en el mes inmediatamente anterior a la aplicación de la encuesta fue de 35%. El 18% de las personas dicen tener consumo social de no más de dos copas. Cuatro de cada diez consumidores, catalogados como ebrios, refirieron tomar más de cinco tragos de licor en cada oportunidad. En el municipio de Cali, siete de cada diez personas fueron catalogadas con algún nivel de sedentarismo. Una de cada cuatro personas (25%) realiza algún tipo de actividad física que la lleva a ser clasificada como no sedentaria.

Cuatro de cada diez personas se consideran con sobrepeso, y un 11% tienen una alimentación que se puede considerar un factor protector. Dos de cada diez personas tienen un riesgo adicional de no alimentación sana y un especial riesgo para enfermedad cardiovascular. Se describe el comportamiento de las prevalencias de los FRC en Cali, en los ocho factores de riesgo comunes asociados a ECNT con énfasis en cardiovasculares, obteniéndose resultados similares a los encontrados en estudio realizado en el departamento del Valle y en otros estudios a nivel nacional.

Revisados los factores socioeconómicos sobre personas hipertensas, se encontró que el mayor número de personas diagnosticadas pertenecen al estrato socioeconómico 2, con niveles educativos de primaria y secundaria completa. El estrato 6 no tuvo reporte de hipertensión, lo cual no significa que no existan hipertensos en este estrato. La situación del estrato 6 puede explicarse por el bajo número de individuos seleccionados en la muestra, asociado al bajo porcentaje de respuesta.

**Distribución porcentual del riesgo de hipertensión arterial, según estrato socioeconómico y nivel de escolaridad. Cali, 2005**

Estrato socio económico					
1	2	3	4	5	6
17,60%	40,80%	27,30%	4,30%	10%	0%
Nivel educativo					
No educación	Primaria	secundaria	Técnica	Superior	Postgrado
6,20%	39%	47%	1,60%	6,10%	0,10%

Fuente: Proyecto de Implementación del Sistema de Vigilancia de Factores Riesgo del Comportamiento Asociados con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Cali, 2005. Secretaría de Salud Pública Municipal. CETETES- Universidad del Valle

Con respecto a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social de las personas hipertensas, se encontró que el 56% están afiliadas al régimen contributivo, el 14,3% al subsidiado y el 29% no están aseguradas. Esta distribución se encontró también para personas con factor de riesgo de sedentarismo. Es notorio que el riesgo como consecuencia de la hipercolesterolemia se ubica en un 66%, en personas afiliadas al régimen contributivo.

En la distribución porcentual de personas con colesterol alto por estrato socioeconómico no se encontró representación del estrato 6, lo que puede ser explicado por la selección de las unidades muestrales y la no respuesta. Sin embargo, esto no implica que no existan personas diagnosticadas con colesterol alto en este estrato.

**Distribución porcentual de factores de riesgo y aseguramiento. Cali, 2005**

Riesgo	Contributivo	Especial	Subsidiado	No asegurado
Hipertensión arterial	56,50%	0,30%	14,30%	28,90%
Sedentarismo	54,20%	3,10%	18,20%	24,40%
Hipercolesterolemia	65,90%	3,40%	21,50%	9,20%

Fuente: Proyecto de Implementación del Sistema de Vigilancia de Factores Riesgo del Comportamiento Asociados con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Cali, 2005. Secretaría de Salud Pública Municipal. CETETES- Universidad del Valle

Con respecto al uso de medios diagnósticos tempranos para el cáncer de mama y cérvix, se encontró que el 26% de las mujeres expuestas se realizan mamografías de rutina y el 80% de las mujeres se practican la citología de forma rutinaria.

En cuanto al cáncer de próstata, el 22% de los hombres se realizan examen de tacto rectal para el diagnóstico temprano de la enfermedad. Según el aseguramiento, las mujeres que más utilizan el diagnóstico temprano están afiliadas a los regímenes contributivo y especial; el 20% están afiliadas al régimen subsidiado, y el 13.4% no están aseguradas. Las personas con educación técnica utilizan con mayor frecuencia los medios diagnósticos tempranos para cáncer de mama y de próstata.

Para el diagnóstico temprano del cáncer de próstata, según afiliación a seguridad social, se encontró que las personas afiliadas al sistema de salud tienen una práctica mayor frente a las personas que no tienen ninguna seguridad social. Las personas con básica primaria y niveles universitarios practican en mayor porcentaje esta medida preventiva. La práctica preventiva aumenta con la edad; en los mayores de 65 años se encuentra el más alto porcentaje (64.9%). La medida es mayor en los estratos socioeconómicos altos.

### Uso de medios diagnósticos tempranos. Cali, 2005

Nivel	% Aseguramiento			
	Contributivo	Subsidiado	Especial	No asegurado
Mamografía	37,25	16,47	19,9	13,42
Tacto rectal	28,3	26,44	31,94	5,04

Fuente: Proyecto de Implementación del Sistema de Vigilancia de Factores Riesgo del Comportamiento Asociados con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Cali, 2005. Secretaría de Salud Pública Municipal. CETETES- Universidad del Valle

### **Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva**

Haciendo uso de los resultados de un estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas, CAP, en salud sexual y reproductiva, realizado en el 2002 por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y el Centro de Promoción Integral para la Mujer y la Familia Taller Abierto, se puede decir que para el 41% de los jóvenes de la ciudad la sexualidad tiene una concepción integral, que comprende el enamoramiento y el afecto, las relaciones sexuales y el erotismo.

El 40% de los encuestados respondieron que el condón es el método que más utilizan para la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS, y 36% dice tener relaciones sexuales con una pareja estable. El 32% de los encuestados, especialmente hombres y mujeres jóvenes, aseguraron no haber usado ningún método anticonceptivo en su última relación sexual, por razones como descuido, porque no le gusta, o porque confían en la pareja.

Los y las jóvenes inician sus relaciones sexuales, en su mayoría, entre los 15 y 17 años de edad. Sin embargo, se observa que los hombres inician relaciones sexuales a más temprana edad que las mujeres: el 10% de los hombres encuestados tuvo su primera relación sexual antes de los 11 años mientras que solo el 1% de las mujeres lo hizo.

### **Consumo de Sustancias Psicoactivas, SPA, en jóvenes**

Los siguientes datos corresponden a las prevalencias e incidencias de consumo de SPA obtenidas a partir de los resultados de la Encuesta Nacional realizada en el 2001 por el programa Rumbos<sup>44</sup>.

Cali aparece como una de las ciudades del país con más alto consumo de alcohol, siendo similar el consumo entre hombres y mujeres. Más del 80% de los estudiantes de secundaria ha consumido alcohol y cerca del 80% son consumidores actuales. En las universidades el consumo actual es cercano al 90%. Se reporta el inicio de la ingesta de alcohol a muy temprana edad (12,9 años en promedio). Un 13% iniciaría el consumo antes de los 10 años, y antes de los 15 años cerca del 82%.

Los jóvenes de Cali tienen un mayor consumo de cigarrillo que el resto de los jóvenes en las capitales de departamento del país incluidas en el estudio. Tanto en la secundaria como en la universidad, el consumo de cigarrillo es levemente mayor en hombres que en mujeres. El inicio de consumo de cigarrillo (13.5 años promedio) tiende a darse después del inicio de consumo de alcohol (12.9 años en promedio). La frecuencia de consumo de cigarrillos es más alta que la de alcohol.

La prevalencia conjunta de alcohol y cigarrillo (que indica las personas que consumieron alguna de estas dos sustancias legales), deja ver que fuman o consumen alcohol en la actualidad cerca del 90% de los universitarios, y alrededor del 80% de los estudiantes de colegio.

Cali se ubica como una de las ciudades de mayor consumo de la marihuana en el país. Aproximadamente ocho de cada 100 estudiantes sería consumidor de marihuana actualmente. Este consumo es en su mayoría, una práctica masculina. Sin embargo, la distancia entre hombres y mujeres se redujo, confirmando la tendencia de que el consumo en las mujeres tiende a crecer en los últimos años. Hay aproximadamente una mujer por cada dos hombres consumidores. Las evidencias apuntan a que el consumo de marihuana

---

<sup>44</sup> Una de las más importantes tareas del Programa Rumbos y de su Observatorio Colombiano sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (OCCSP) es la coordinación de la Encuesta Nacional sobre Consumo de SPA en Jóvenes. Esta encuesta tiene como propósito fundamental, determinar el estado del consumo de drogas en nuestro país, específicamente en los jóvenes que son la población de más alto riesgo y en la que deben centrarse las acciones de prevención. El OCCSP es un sistema que coordina la generación de información sobre consumo de SPA, la analiza y la difunde. Comenzó formalmente a funcionar en 2001, año en que recibió la directriz de Rumbos de coordinar la realización de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años.

tiende a comenzar después del consumo de alcohol y de cigarrillo (14.8 años es la edad promedio de inicio del consumo de marihuana). Casi la mitad de los consumidores habría empezado antes de los 15 años y prácticamente todos antes de los 20.

En cuanto a la cocaína, se observa un mayor consumo entre hombres. Llama la atención que el consumo de esta sustancia sea tan alto en los estudiantes de secundaria en comparación con los universitarios. Incluso en caso de los consumidores actuales (prevalencia de último año), se observa que hay proporcionalmente mayor consumo en los colegios (4,7%) que en las universidades (3,4%). El consumo de cocaína en Cali se ubica proporcionalmente por debajo del indicador nacional, aunque su consumo es uno de los más altos en el país

### 3. RESULTADOS EN SALUD

La estructura demográfica de la población caleña determina los patrones de enfermedad y salud, los cuales pueden y se espera sean modificados positivamente por la atención que brinda la red de prestadores de servicios de salud.

El estado de salud en un territorio es evaluado a través de la mortalidad, morbilidad y discapacidad. De acuerdo con la disponibilidad de información en este aparte se presentan los principales hallazgos relacionados con la mortalidad, sin desconocer que por sí misma esta no es una medida ideal de salud de una población, pero dado que la Secretaría de Salud Pública Municipal debe autorizar toda exhumación, el registro de mortalidad incluye todas las muertes ocurridas en la ciudad para el periodo de interés.

La descripción de la morbilidad atendida en los servicios de consulta, hospitalización y urgencias se efectuó a partir del análisis de los datos consolidados de la Secretaría de Salud Pública Municipal y del procesamiento de una muestra de RIPS suministrados por nueve aseguradoras.

No se incluyen datos de discapacidad, dado que el sistema de información previsto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud no considera este aspecto.

#### 3.1 Morbilidad

En este aparte se hace una aproximación al comportamiento de la morbilidad en Cali en el 2005, teniendo en cuenta la morbilidad sentida y las causas de consulta registrada.

Cali no cuenta con un sistema de información único e integral que le permita construir un perfil de morbilidad representativo de la problemática que en salud presentan los ciudadanos, y sobre el cual se puedan tomar decisiones. Si bien existe un instrumento para el Registro de Prestación Individual de Servicios de Salud, RIPS, éste tiene como fin documentar todas las actividades que se brindan a un paciente para efectuar el cobro

de los mismos a las diferentes aseguradoras y si bien es cierto que en el RIPS se consigna el diagnóstico del paciente, su lógica obedece a determinar la causa de consulta y no al registro de la morbilidad como tal. Son deficiencias adicionales de los RIPS la baja calidad del dato, consecuencia de mal diligenciamiento de los mismos y la ausencia de flujos precisos de la información originada en los prestadores.

Las IPS colombianas deben reportar información de RIPS a cada uno de sus contratistas:

- ❖ IPS de origen público o con contrato de prestación de servicios de salud con el Estado: secretaría municipal y departamental de salud, el volumen total de los registros individuales diligenciando en su institución.
- ❖ IPS públicas: Información consolidada de RIPS totales al Ministerio de la Protección Social.
- ❖ IPS de origen público y privado: reporta a cada EPS tanto de régimen contributivo y subsidiado.

A su vez las EPS de régimen contributivo y subsidiado deben reportar RIPS:

- ❖ Al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud, la totalidad de los RIPS diligenciados por todas las IPS que hacen parte de su red de atención, en servicios de salud prestados a sus usuarios.

Las IPS privadas y las EPS no están obligadas de reportar su información a los entes territoriales. Tampoco están obligados a reportar aquellas atenciones realizadas a pacientes que asumen su atención en salud como gasto de bolsillo y las atenciones sufragadas por planes complementarios y de medicina prepagada.

Las razones expresadas hacen imposible el manejo unificado de la información para construir sobre ellas perfiles de morbilidad registrada de los y las caleñas atendidas en los sistemas público y privado de salud de la ciudad.

De acuerdo con lo anterior, la morbilidad registrada se documentó haciendo uso de las causas de consulta, información consolidada en los registros individuales de prestación de servicios de salud RIPS, obtenidos de dos fuentes diferentes: el consolidado de RIPS disponible en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali entregado por 15 IPS, nueve Empresas Sociales del Estado ubicadas en Cali y seis clínicas particulares, con información sobre consulta y egreso hospitalarios; y como segunda fuente el consolidado logrado por CEDETES, con información entregada por nueve EPS y ARS, con información sobre consulta externa, urgencias y egresos hospitalarios.

La fuente de información de la morbilidad sentida fue el proyecto de promoción y fortalecimiento de la participación social en salud, realizado por la Secretaría de Salud Pública Municipal en el 2006, en cuyo desarrollo se realizó un diagnóstico por comunas sobre la morbilidad sentida relacionada con seis aspectos: salud sexual y reproductiva, salud de los niños, salud mental, salud en adultos mayores, saneamiento y otros.

### ***Morbilidad sentida***

La comunidad considera como los principales problemas en salud sexual y reproductiva: el embarazo en adolescentes, el VIH SIDA, la baja calidad en el control prenatal y el difícil acceso a métodos de planificación familiar. La salud de los niños se ve afectada por la desnutrición, las enfermedades respiratorias agudas y la enfermedad diarreica aguda.

La principal causa de enfermedad mental está ligada a la violencia familiar y sexual. Los adultos mayores ven afectado su estado de salud por la hipertensión arterial, la diabetes y la desnutrición. La comunidad considera como importantes factores de riesgo para este grupo de edad, el sedentarismo, los malos hábitos alimenticios, la ingesta de alcohol y el consumo de tabaco.

Con respecto al saneamiento básico, las comunidades consideraron la mala disposición de basuras como el principal problema, y resaltaron los efectos negativos de éste como importantes factores de riesgo: presencia de vectores, contaminación de aguas, etcétera. Los caleños dejaron constancia de la problemática que produce la alta accidentalidad, los deslizamientos de tierra, la poca divulgación de espacios de participación y las debilidades en la participación social (ver documento Morbilidad sentida por comuna).

### ***Morbilidad registrada***

Para este análisis se dispone de 2.207.124 RIPS de consulta externa reportados a la Secretaría por 15 IPS, de las 39 habilitadas, con servicios de hospitalización. De estas reportan el 64% de las públicas y el 24% de las privadas. A pesar de que la proporción de IPS privadas es menor, estas reportan el 52% de los RIPS de consulta. La morbilidad está construida sobre las primeras 20 causas de consulta, que representaron el 39% del total de consultas reportadas (ver documento Morbilidad por consulta y egreso hospitalario).

Los registros de consulta médica muestran como primer motivo de consulta el examen médico general. Aunque esta actividad tiene código CIE no aporta información sobre morbilidad, pues no corresponde a ningún diagnóstico, comportándose como una causa mal definida en la construcción del perfil de morbilidad.

Las causas no transmisibles agrupan el 45.8% de las primeras 20 causas, destacándose la hipertensión arterial, la diabetes y los trastornos del metabolismo de las lipoproteínas. Por su parte, las causas transmisibles corresponden al 20.63% de las 20 primeras causas, principalmente las infecciones de origen viral que afectan el aparato respiratorio. Otras causas que se presentan en menor proporción son aquellas asociadas al embarazo, parto y puerperio que suman el 6.23%, y otras acciones de prevención de la enfermedad el 10.45%.

**Morbilidad general registrada por consulta externa. Primeras 20 causas. Cali, 2005**

Orden	Dx CIE	Descripción	Casos	%
1	Z00	Examen médico general	141608	6,42
2	I10	Hipertensión esencial (primaria)	115315	5,22
3	K02	Caries dental	57797	2,62
4	Z34	Supervisión de embarazo normal	52455	2,38
5	B34	Infección viral de sitio no especificado	48952	2,22
6	Z30	Atención para la anticoncepción	43119	1,95
7	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	36507	1,65
8	B82	Parasitosis intestinales, sin otra especificación	36168	1,64
9	N39	Otros trastornos del sistema urinario	34503	1,56
10	H52	Trastornos de la acomodación y de la refracción	34168	1,55
11	M54	Dorsalgia	34159	1,55
12	J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	33903	1,54
13	R10	Dolor abdominal y pélvico	32074	1,45
14	K29	Gastritis y duodenitis	30258	1,37
15	E11	Diabetes <i>mellitus</i> no insulino dependiente	24202	1,10
16	E78	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y	24131	1,09
17	Z71	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos no clasificados en otra parte	23419	1,06
18	Z76	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	21631	0,98
19	E66	Obesidad	213	0,01
20	J03	Amigdalitis aguda	17819	0,81
	<b>Sub Total :</b>		<b>842.401</b>	<b>38,17</b>
	<b>Resto :</b>		<b>1.364.723</b>	<b>61,8</b>
	<b>Total Casos:</b>		<b>2.207.124</b>	<b>100</b>

Fuente: RIPS Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

Nota: Cubre las instituciones estatales y seis privadas

**Morbilidad por egreso hospitalario**

Al analizar morbilidad, según causa de egreso hospitalario, se encontró nuevamente dificultades en el acceso de la información por falta de reporte de los RIPS de las IPS a la autoridad sanitaria. En el caso del año 2005 solo reportaron a la Secretaría Municipal de Salud 69.250 RIPS de 14 de las 39 IPS habilitadas para prestar servicios de hospitalización. El reporte contiene la información del 20% de las IPS privadas y del 64% de las públicas, incluyéndose información del Hospital Psiquiátrico. El perfil de morbilidad por egreso se construyó sobre las 20 primeras causas, que dan cuenta del 30% de las hospitalizaciones reportadas. El 70% de las hospitalizaciones registradas fueron atendidas por el sector público.

El registro de egresos hospitalarios, agrupando las 20 primeras causas, corresponde al 30% del total de egresos registrados. La morbilidad general por egreso muestra que el 58% de las causas son no transmisibles; de éstas, las más frecuentes son la colelitiasis, el leiomioma de útero y la esquizofrenia.

El 3,5% de las 20 primeras causas de egreso hospitalario corresponde a enfermedades transmisibles, como la neumonía y la celulitis. Los egresos asociados al embarazo representan el 17%, siendo la principal de ellas la atención del parto normal. Cabe anotar que los RIPS analizados dan cuenta solamente de la atención de 2.757 nacimientos, mientras que según el registro de nacidos vivos que administra la Secretaría Municipal de Salud, en Cali en el 2005 nacieron 31.082 niños. El contraste entre ambas fuentes sugiere que una proporción importante de nacimientos no se registra en los RIPS. Es llamativo que como sexta causa de egreso hospitalario se registre la esquizofrenia, un hallazgo que indica parcialmente la carga de la salud mental sobre los servicios de salud. El 8% de los egresos hospitalarios no tiene causa definida.

### Causas de egreso hospitalario. Cali, 2005

Orden	Dx CIE	Descripción	Casos	%
1	O80	Parto inicio espontáneo	2,028	2.94%
2	K80	Colelitiasis	1,98	2.87%
3	J18	Neumonía por organismo no especificado	1,654	2.40%
4	D25	Leiomioma del útero	1,644	2.38%
5	Z00	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin Diagnóstico informado	1,628	2.36%
6	F20	Esquizofrenia	1,057	1.53%
7	R10	Dolor abdominal y pélvico	983	1.42%
8	K35	Apendicitis aguda	906	1.31%
9	E14	Diabetes <i>mellitus</i> , no especificada	898	1.30%
10	J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónica	897	1.30%
11	N39	Otros trastornos del sistema urinario	867	1.26%
12	N81	Prolapso genital femenino	832	1.21%
13	L03	Celulitis	812	1.18%
14	O82	Parto inicio por cesárea	729	1.06%
15	Z39	Examen y atención del postparto	678	0.98%
16	I50	Insuficiencia cardíaca	677	0.98%
17	N20	Cálculo del riñón y del uréter	630	0.91%
18	S72	Fractura del fémur	532	0.77%
19	S06	Traumatismo intracraneal	523	0.76%
20	K92	Otras enfermedades del sistema digestivo	513	0.74%
Sub Total			20.468	29,66
Resto de causas			48.534	70,34
Total Casos			69.002	100%

Fuente: RIPS Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Nota: Incluye todos los servicios de internación estatales y cinco clínicas privadas

Con el objeto de complementar la información anterior se solicitó a las EPS y ARS que están autorizadas a funcionar en la ciudad, la entrega de bases de datos de registros individuales de atención de sus afiliados. La siguiente información es el resultado de haber procesado 10.338.677 RIPS proporcionados por nueve EPS (Ver estudio de soporte sobre “Análisis de la prestación de servicios en población asegurada”).

### Información disponible, registros únicos de atención. Cali, 2005

Año 2005						
Aseguradora/ RIPS	Afiliados	Consulta externa	Hospitalización	Urgencias	Procedimientos	Total
SOS	305.458	1.023.792	12.290	56.387	1.651.774	2.744.243
Coomeva EPS	203.918	434.396	3.681	6.288	259.345	703.710
Colmedica EPS	37.274	45.544	7.567	5.746	861.301	920.158
Susalud EPS	57.365	373.343	715	238	23.914	398.210
Comfenalco EPS	225.327	496.405	1.501	3.797	121.220	622.923
Seguro social EPS	241.154	1.321.282	32.656	49.830	2.196.261	3.600.029
Otras EPS	355.343					
Caprecom ARS	39.116	128.321	2.265	2.876	167.871	301.333
Calisalud ARS	263.368	503.893	5.035	7.164	462.458	978.550
Emssanar ARS	263.751	19.792			49.729	69.521
Otras ARS	117.057					
<b>Total</b>	<b>2.109.131</b>	<b>4.346.768</b>	<b>65.710</b>	<b>132.326</b>	<b>5.793.873</b>	<b>10.338.677</b>

Fuente: Aseguradoras de régimen contributivo y subsidiado de Cali, 2005

#### Resultados análisis RIPS de urgencias

Procesados los registros de urgencias, el principal hallazgo fue que los servicios de urgencias están centrando la atención en el manejo sintomático del paciente, muy probablemente con el ánimo de estabilizar al consultante y solicitar ayudas diagnósticas pertinentes para continuar el proceso diagnóstico en los servicios de consulta externa o prioritarios. Esto podría explicar en parte la frecuencia de los diagnósticos encontrados como primera causa de atención, “otros síntomas y signos generales especificados”, seguida de otras causas mal definidas como dolor abdominal y pélvico, dolor en pecho, dorsalgia, fiebre de origen desconocido y cefalea, hallazgo que contrasta con la frecuencia de atención por patología como hipertensión arterial y diabetes que representaron el 3.4% de las consultas.

Se reportan como patologías de alta frecuencia en consulta en urgencias la enfermedad diarreica aguda y procesos infecciosos no especificados, tanto de origen viral como bacteriano, dengue e infecciones de vías urinarias. El asma es la novena causa de consulta entre las 33 primeras consolidadas, seguida de la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades pulmonares -como neumonías, bronquitis y EPOC-, y

enfermedades cardiacas -como infarto de miocardio, angina e insuficiencia cardiaca-. La amenaza de aborto y el aborto espontáneo también figuran entre las 33 primeras causas.

**Morbilidad en población asegurada según RIPS de urgencias.  
Red de prestación de servicios de ocho EPS. Cali - 2005**

ORDEN	CAUSAS DE CONSULTA EN URGENCIAS	Frecuencia	Porcentaje
1	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES	10059	8.9%
2	DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	6439	5.7%
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS	6393	5.6%
4	INFECCION VIRAL DE SITIO NO ESPECIFICADO	4489	4.0%
5	INFECCION AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	3720	3.3%
6	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO	3717	3.3%
7	GASTRITIS Y DUODENITIS	2188	1.9%
8	INFECCION DE VIAS URINARIAS	2122	1.9%
9	ASMA	2049	1.8%
10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1975	1.7%
11	DORSALGIA	1911	1.7%
12	DIABETES MELLITUS	1886	1.7%
13	INFECCIONES DE LA PIEL Y EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	1869	1.7%
14	NEUMONIA	1860	1.6%
15	DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO	1765	1.6%
16	CEFALEA	1562	1.4%
17	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	1442	1.3%
18	CALCULO DEL RINON Y DEL URETER	1319	1.2%
19	ANGINA DE PECHO	1279	1.1%
20	AMENAZA DE ABORTO	1233	1.1%
21	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	1166	1.0%
22	FIEBRE DEL DENGUE (DENGUE CLASICO Y HEMORRAGICO)	984	0.9%
23	BRONQUITIS AGUDA	940	0.8%
24	TRASTORNOS DE LA FUNCION VESTIBULAR	871	0.8%
25	INSUFICIENCIA CARDIACA	867	0.8%
26	CAUSAS DE MORBILIDAD DESCONOCIDAS Y NO ESPECIFICADAS	859	0.8%
27	MIGRAÑA	781	0.7%
28	OTITIS MEDIA SUPURATIVA	771	0.7%
29	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	713	0.6%
30	URTICARIA	749	0.7%
31	ABORTO ESPONTANEO	621	0.5%
32	DEPENDENCIA DE MAQUINA Y DISPOSITIVO CAPACITANTE, NO ESPECIFICADA	606	0.5%
33	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA	603	0.5%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>69808</b>	<b>61.7%</b>
	<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>43411</b>	<b>38.3%</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>113219</b>	<b>100%</b>

Con la información disponible fue posible construir tasas de ocurrencia de mortalidad en pacientes atendidos en el servicio de urgencias por cada EPS, que reportó información.

Para el total de atenciones en urgencias consolidadas en este estudio, se detectó la ocurrencia de 619 defunciones, para una tasa general de mortalidad de cinco muertes por cada 1.000 atenciones en urgencias con observación.

**Mortalidad en población asegurada según RIPS de urgencias.  
Red de prestación de servicios de salud de ocho EPS. Cali, 2005**

Aseguradora	Registros	Casos de mortalidad	Tasa
Calisalud	7164	139	19.4 x 1000
Colmédica	5746	4	0.7 x 1000
Comfenalco	3797	6	1.6 x 1000
Coomeva	6288	7	1.1 x 1000
Caprecom	2876	38	13.2 x 1000
Seguro Social	30723	403	13.1 x 1000
SOS	56387	22	0.4 x 1000
Susalud	238	0	-
Total aseguradoras	113.219	619	5.5 x 1000

**Resultados análisis RIPS de hospitalización**

Con base en el análisis de la información suministrada por nueve EPS y por agrupación de causas de egreso, se construyó un consolidado con las 25 causas más frecuentes de hospitalización, siendo la primera el parto normal o por cesárea, que se presentó en siete casos por cada diez hospitalizaciones.

Es común el egreso por complicaciones del embarazo y patologías del recién nacido. La segunda causa de egreso está dada por otras enfermedades del corazón. Son frecuentes como causas de hospitalización las enfermedades respiratorias como bronquitis, enfisema, asma y neumonías. Aparecen como causas frecuentes las enfermedades gastrointestinales, de abdomen agudo y otros dolores abdominales.

Entre las causas quirúrgicas encontramos apendicitis, tumores malignos de otras localizaciones, defectos de pared abdominal e hiperplasia prostática. También figuran causas infecciosas como enteritis, celulitis e infecciones de piel.

La insuficiencia renal y la dependencia a máquinas aparecen entre las 25 primeras causas de egreso hospitalario. Es muy llamativa la presencia entre las primeras causas de egresos hospitalarios con diagnósticos imprecisos “personas en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias específicas” y “síntomas y signos generales especificados”, “morbilidad desconocida”, y “morbilidad relacionada con causa externa”, las que agrupan el 12% de los egresos.

Al comparar el perfil de causas de la atención en urgencias y hospitalización se observa una mayor correspondencia con los diagnósticos de egreso.

**Morbilidad en población asegurada según RIPS de hospitalización.  
Red de prestación de servicios de ocho EPS.  
Cali – 2005**

ORDEN	CAUSAS EGRESO HOSPITALARIO	Frecuencia	Porcentaje
1	PARTO NORMAL Y OTRAS INDICACIONES EN EL EMBARAZO	4576	7.2%
2	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON	3333	5.2%
3	PERSONA EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIFICADAS	2933	4.6%
4	BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	1975	3.1%
5	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS Y CAUSAS DE MORBILIDAD DESCONOCIDAS	1946	3.0%
6	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	1911	3.0%
7	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	1753	2.7%
8	NEUMONIAS	1584	2.5%
9	ABDOMEN AGUDO Y OTROS DOLORES ABDOMINALES NO ESPECIFICADOS	1435	2.2%
10	ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	1431	2.2%
11	ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS	1182	1.9%
12	OTRAS CAUSAS DE MORBILIDAD DEL RECIEN NACIDO	1153	1.8%
13	TUMORES MALIGNOS DE DIVERSAS LOCALIZACIONES	1177	1.8%
14	APENDICITIS AGUDA	970	1.5%
15	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO	961	1.5%
16	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	931	1.5%
17	DEPENDENCIA DE MAQUINA Y DISPOSITIVO CAPACITANTE, NO ESPECIFICADA	687	1.1%
18	OTRAS COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	635	1.0%
19	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	625	1.0%
20	MORBILIDAD RELACIONADA CON CAUSA EXTERNA	651	1.0%
21	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y NO ESPECIFICADA	617	1.0%
22	ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	590	0.9%
23	DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL SIN OBSTRUCCION (HERNIAS)	461	0.7%
24	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	406	0.6%
25	FIEBRE DEL DENGUE (DENGUE CLASICO Y HEMORRAGICO)	394	0.6%
	Subtotal	34317	53.7%
	Otras causas	29540	46.3%
	Total	63857	100%

Al igual que con los RIPS de urgencias se efectuó el estimado de la frecuencia de mortalidad en egresos hospitalarios encontrando 634 defunciones, lo cual equivale a 10 muertes por cada mil egresos en la red de prestación de servicios en el 2005.

La tasa de mortalidad en hospitalización varía de tres por 1.000 usuarios atendidos en Colmédica hasta 16 por 1.000 egresos en Caprecom. Al comparar la mortalidad en urgencias con la mortalidad hospitalaria según RIPS, se observa que esta última fue menor en el Seguro Social y mayor para las demás EPS.

**Mortalidad en población asegurada según RIPS de hospitalización.  
Red de prestación de servicios de salud de siete EPS. Cali, 2005**

Aseguradora	Registros	Casos de mortalidad	Tasa
Calisalud	5035	135	26.8 x 1000
Colmédica	7567	24	3.2 x 1000
Coomeva	3681	55	14.9 x 1000
Caprecom	2265	37	16.3 x 1000
Seguro Social	32304	215	6.7 x 1000
SOS	12290	164	13.3 x 1000
Susalud	715	4	5.6 x 1000
Total aseguradoras	63.857	634	9.9 x 1000

**Resultados análisis RIPS de consulta**

El análisis de los RIPS de consulta parte del consolidado construido con la información reportada por nueve EPS, observándose la causa externa que originó el servicio de salud, la finalidad de la consulta y el tipo de diagnóstico.

La causa más frecuente de consulta es por enfermedad general. De cada cien consultas en población asegurada de las nueve EPS, 88 fueron originadas por enfermedad general, mientras tres fueron causadas por lesiones u otros accidentes, y dos por accidentes de trabajo o enfermedad.

El hallazgo de la frecuencia de atenciones por accidentes de trabajo permite sugerir a las aseguradoras revisar la ocupación de los usuarios consultantes por esta causa, y reportar a las administradoras de riesgo profesionales este hecho para que se orienten los programas de prevención de riesgos ocupacionales, verificando además el trámite de cobros por este concepto.

De acuerdo con la finalidad de la consulta, aproximadamente 16 de cada 100 consultas (15.4%) corresponden a actividades de prevención. Sin embargo, es llamativo que mientras en los RIPS de hospitalización se reportan 4.576 partos, en los registros de consulta solo se registran 1.900 consultas relacionadas con atención de parto – puerperio-, en contraste con 13.303 atenciones del recién nacido.

Al explorar el tipo de diagnóstico se encontró que en el 27% de las consultas se efectuó impresión diagnóstica, lo cual puede ser debido a que en este RIPS se incluyen también las consultas de urgencias. De igual manera, una de cada cinco atenciones en consulta corresponde a un diagnóstico confirmado repetido, lo cual podría ser explicado por el hallazgo de que probablemente el 15.4% de las consultas se relacionan con actividades de prevención.

Según el código del diagnóstico principal registrado en los RIPS de consulta, la primera causa de atención fue la hipertensión arterial, seguida en frecuencia por las enfermedades de los dientes y los tejidos de soporte, y las infecciones de las vías respiratorias superiores.

Los hallazgos sobre atención en esta población asegurada permiten afirmar que por cada cien atenciones en consulta, 11 son por hipertensión arterial o Diabetes *mellitus*, y en cuatro consultas se efectúan acciones de prevención como control de salud de rutina del niño o supervisión de embarazo normal.

Al igual que lo observado en el análisis del diagnóstico de los RIPS de urgencias y hospitalización, en la consulta dentro de las primeras causas se encuentran otros signos y síntomas generales no especificados, lo cual probablemente podría ser explicado porque el RIPS de consulta contiene además las urgencias y las llamadas atenciones prioritarias en algunas aseguradoras.

**Morbilidad en consulta en población asegurada según RIPS  
Red de prestación de servicios de nueve EPS. Cali, 2005**

Orden	Causas de consulta	Frecuencia	Porcentaje
1	HIPERTENSION ARTERIAL (PRIMARIA Y SECUNDARIA)	383856	9.0%
2	CARIES DENTAL, GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL	182077	4.2%
3	INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	162005	3.8%
4	EXAMEN MEDICO GENERAL	132011	3.1%
5	TRASTORNOS DE LA ACOMODACION Y DE LA REFRACCION	127295	3.0%
6	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	102781	2.4%
7	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES	102309	2.4%
8	ARTRITIS Y OTROS TRASTORNOS DE LAS ARTICULACIONES	100971	2.4%
9	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	96468	2.2%
10	DORSALGIA	94954	2.2%
11	DIARREA Y GASTROENTERITIS	93846	2.2%
12	INFECCION VIRAL DE SITIO NO ESPECIFICADO	84223	2.0%
13	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL	82384	1.9%
14	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	78512	1.8%
15	GASTRITIS Y DUODENITIS	76496	1.8%
16	RINOFARINGITIS AGUDA	69057	1.6%
17	DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	63854	1.5%
18	BRONQUITIS, ASMA Y ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	62134	1.4%
19	TRASTORNOS MENTALES, DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO	60348	1.4%
20	RINITIS ALERGICA Y VASOMOTORA	53548	1.2%
21	TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	53370	1.2%
22	PARASITOSIS INTESTINAL	44205	1.0%
23	OTITIS EXTERNA Y OTITIS MEDIA	41468	1.0%
24	MICOSIS SUPERFICIALES	41309	1.0%
25	OBEESIDAD	38081	0.9%
26	MIGRAÑA	37367	0.9%
27	INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	36945	0.9%
28	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA	36935	0.9%
29	CONJUNTIVITIS	36302	0.8%
30	TRASTORNOS DEL OIDO INTERNO	34812	0.8%
31	CAUSAS DE MORBILIDAD DESCONOCIDAS Y NO ESPECIFICADAS	32917	0.8%
<b>SUBTOTAL</b>		<b>2642840</b>	<b>61.6%</b>
OTRAS CAUSAS		1644899	38.4%
<b>TOTAL CONSULTAS</b>		<b>4287739</b>	<b>100%</b>

### 3.2 Mortalidad

De acuerdo con la base de datos de mortalidad construida a partir de los certificados de defunción, la Secretaría de Salud Pública Municipal registró 12.004 defunciones de residentes en el municipio durante 2005, de los cuales el 4.6% (554 muertes) se clasificaron como fetales (Ver estudio de soporte “Análisis de la mortalidad en Cali, 2005).

El 57.6% (6910) de las defunciones corresponden a hombres y el 41.6% (4993) a mujeres. En el 0.8% (101) de los casos no se tuvo información sobre el sexo. La edad promedio de los casos de muerte para las mujeres fue de  $67.2 \pm 22.2$  años mientras en el sexo masculino fue de  $56.3 \pm 24.5$  años.

Según grupos de edad se encontró que entre los 15 y 54 años la mortalidad general es mayor en hombres que en mujeres, y a partir de los 70 este comportamiento se invierte.

El 55.7% (6687) de las defunciones ocurrió en una institución prestadora de servicios de salud, y el 31.2% (3746) se presentó en el lugar de residencia. De acuerdo con la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, 41.3% (4.959) de los fallecidos pertenecían al régimen contributivo; 21.3% (2553) al régimen subsidiado; y 12.5% (1.499) eran población pobre no asegurada.

El 63% (7.565) de los fallecidos recibieron asistencia médica durante el proceso que lo llevó a la muerte, y el 21% (2.523) no tuvo atención médica. Para esta variable no se tuvo información en 1.916 (16%) casos.

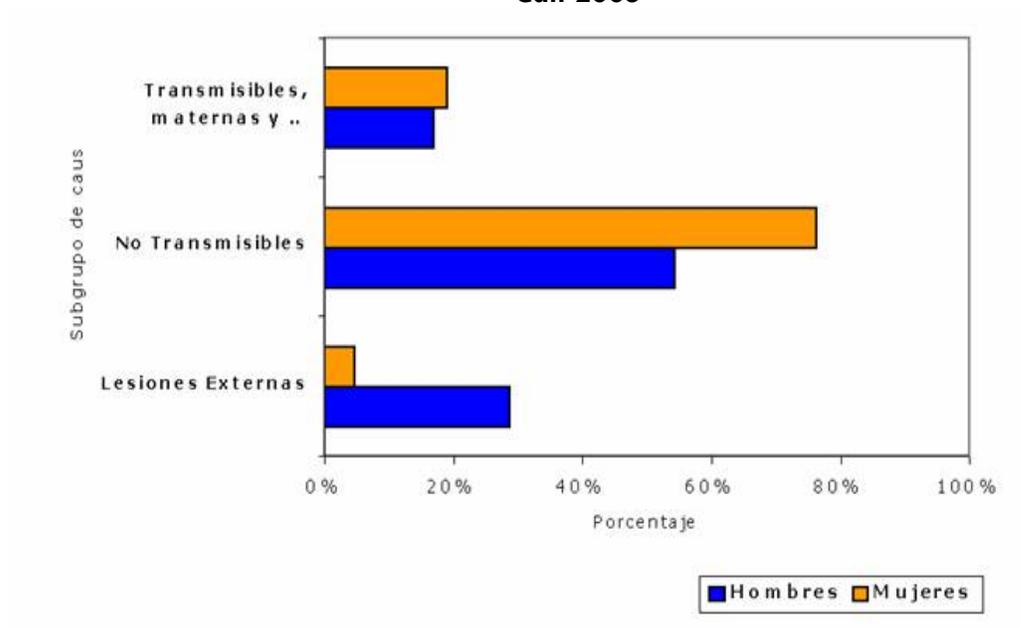
#### ***Mortalidad según causa básica***

En Cali, en el 2005, ocurrieron 12.004 defunciones. Según los tres grandes grupos de causas, las patologías no transmisibles representaron la mayor proporción de muertes con el 57.4% (6887 casos); en ellas la proporción de mujeres es mayor a la de hombres. Éstas estuvieron seguidas por las de causa externa que ocasionaron el 16.9% (2.030) de las muertes registradas, en las cuales en mayor proporción son hombres. Las patologías que conforman el grupo de causas transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición fueron responsables del 16.9% (2.026) de las defunciones; en este grupo, la distribución según sexo es levemente superior en mujeres.

Es importante resaltar que para 1.061 (8.8%) casos de las muertes registradas en la base de datos, no se estableció la causa básica de muerte, debido a que corresponden a registros en blanco, casos mal definidos y muertes que se encuentran en estudio por medicina legal.

El análisis comparativo por subgrupos de causas y sexo, se efectuó a partir de 10.842 defunciones, al excluir 1.162 muertes que corresponden a 101 casos sin dato sobre sexo, y 1061 registros sin causa básica claramente definida.

### Distribución proporcional de la mortalidad por grupo de causas según sexo Cali 2005



La primera causa de muerte, según registro de la base de mortalidad en Cali fueron los homicidios, seguidos por los tumores malignos y la enfermedad isquémica del corazón. El tumor maligno más frecuente es el de estómago seguido del de bronquios y pulmón

Las lesiones de causa externa que agrupan los homicidios, accidentes por vehículo motor y otros, tuvieron una ocurrencia predominante en varones representando el 28.7% (1817) mientras en el sexo femenino sólo representaron el 4.7% (213).

En el sexo femenino, el grupo de no transmisibles fue predominante como causa básica de muerte con el 76.3% (3439).

**Principales causas de mortalidad registrada, según participación en el Sistema General de Seguridad Social. Cali, 2005**

CAUSA BASICA	Total muertes registradas 2005	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL					
		Contributivo	Subsidiado	Otro	Pobres no asegurados	Sin Dato	
						#	%
Homicidios y lesiones por otras personas	1.500	37	17		13	1.433	95,5%
Enfermedad isquémica del corazón	1.366	641	359	18	233	115	17,9%
Enfermedad hipertensiva	785	407	210	13	104	51	6,5%
Enfermedades cerebro vasculares	675	329	171	12	118	45	6,7%
Bronquitis, enfisema y asma	548	255	176	4	79	34	6,2%
Otras formas de enfermedad del corazón	534	282	110	9	74	59	11,0%
Diabetes mellitus	397	226	95	2	51	23	5,8%
Neumonías	345	164	85	4	53	39	11,3%
Tumor maligno de estómago	253	148	60		33	12	4,7%
Accidentes por vehículo motor	295	15	2		4	274	92,9%
Tumor maligno de bronquios y pulmón	198	123	46	3	16	10	5,1%
SIDA	161	50	56		40	15	9,3%
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	91	46	25	2	14	4	4,4%
Tuberculosis	76	22	13	1	28	12	15,8%

***Análisis por categoría de muerte***

Mortalidad infantil

En el 2005 fallecieron 319 menores de un año, según la base de datos de mortalidad suministrada por la Secretaría de Salud Pública Municipal, y se presentaron 31.082 nacimientos -reportes del DANE-, para una razón de mortalidad de 10.3 por 1.000 nacidos vivos.

Entre las comunas con razones de mortalidad infantil más elevadas se encuentran aquellas en las que predominan estratos socioeconómicos más bajos: son ejemplo las comunas 1 y la 20 de la zona de ladera, la 13, 14, 15, 16 y 21 del oriente de la ciudad.

### Mortalidad materna

De acuerdo con los datos de la División de Promoción y Prevención de la Secretaría de Salud Pública Municipal registrados posteriormente a los comités de mortalidad municipal, en el 2005 ocurrieron 25 muertes maternas para una tasa de mortalidad de 8.04 por 10.000 nacidos vivos -no es posible discriminar en el momento la distribución por área de residencia por no estar disponibles los datos-. Vale la pena anotar que la razón de muertes maternas presentaba un decrecimiento durante el periodo 2001 a 2004. La cifra del 2005 es similar a la presentada en el año 2000, lo cual probablemente pueda ser explicado por una mejoría en la clasificación de los casos.

### Lesiones de causa externa

La ocurrencia de lesiones de causa externa para Cali fue de 97.8 por 100.000 habitantes (Censo, 2005) y de 83.8 por 100.000 (Censo, 1993). De acuerdo con el lugar de residencia, la tasa varía entre 49 por 100.000 en la comuna 1, hasta 179 por 100.000 en el área rural.

Al efectuar el análisis desagregado de las patologías que configuran el grupo de las lesiones de causa externa, se encuentra variación en las tasas de mortalidad en las diferentes áreas de la ciudad. La mortalidad por homicidios presentó mayor frecuencia en la comuna 7 con una tasa de 127 por 100.000 habitantes, seguida del área rural con 123 por 100.000 habitantes. La mortalidad por accidentes por vehículo motor presentó su mayor ocurrencia en la comuna 7 con una tasa de 126.9 por 100.000 habitantes, seguida por la comuna 4 con una frecuencia de 24.6 por 100.000 habitantes. La mortalidad por suicidio y lesiones auto inflingidas fue de 12.5 y 8,4 por 100.000 habitantes en la comuna 9 y en el área rural respectivamente.

### Mortalidad por causas no transmisibles

Dentro de este grupo se incluyen, en primer lugar, las enfermedades cardiocerebrovasculares, que agrupan la enfermedad isquémica del corazón, otras formas de enfermedad del corazón, la enfermedad cerebro vascular e hipertensión arterial; en segundo lugar las neoplasias malignas, que se analizarán de manera desagregada teniendo en cuenta las neoplasias de mayor frecuencia para la población general como los tumores malignos de estómago, bronquios y pulmón y los más frecuentes según sexo; y en tercer lugar las enfermedades metabólicas, considerando que la de mayor ocurrencia es la Diabetes *mellitus*.

### Mortalidad por causas transmisibles

Dentro de este grupo se incluyen para el análisis la tuberculosis en sus diversas localizaciones, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, SIDA. En el 2005 se presentaron 76 (0.6%) muertes por tuberculosis en Cali, para una tasa de 3.7 por 100.000 habitantes (DANE, 2005). De acuerdo con el lugar de residencia, la tasa de mortalidad varía de 1 por 100.000 habitantes en la comuna, 5 hasta 11.3 por 100.000

habitantes en la comuna 3. La tasa de mortalidad por SIDA para Cali en 2005 fue de 7.8 por 100.000 habitantes (Censo, 2005). La mayor ocurrencia de defunciones por esta causa se presentó en la comuna 3 con una tasa de 22.7 x 100.000, en contraste con la Comuna 6 que presentó una tasa de 3.6 x 100.000.

### **3.3 Indicadores centinela**

La Secretaría de Salud Pública Municipal, con el objeto de determinar acciones de intervención en salud pública ubicó por comunas algunos eventos centinela, determinando riesgo de ocurrencia, tanto en mortalidad por EDA, IRA y mortalidad materna, e incidencia de VIH, TBC, dengue y cáncer de cervix (consultar informe “Indicadores Centinela”).

En el 2004, en diez comunas de Cali se presentaron casos de muertes de niños por enfermedad diarreica aguda (1, 3, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 21). La comuna 16 fue el lugar de mayor número de defunciones, seguida de la comuna 7. La mortalidad de niños asociada a infección respiratoria aguda se presentó en 18 comunas, con excepción de las comunas 4, 9 y 19. La comuna 20 presenta la más alta tasa (5 niños por 100.000 habitantes), seguida de la comuna 11 (3.29 por 100.000 niños).

Los eventos se clasificaron en riesgo alto, medio o bajo como resultado del análisis individual de cada patología, según tasas por 100.000 habitantes para mortalidad materna, mortalidad por EDA y mortalidad por IRA. Se focaliza así el alto riesgo de mortalidad infantil y materna en las comunas 1 y 14, determinando la priorización para la intervención sobre el grupo poblacional de madre – niño.

Haciendo uso de los indicadores centinela con información del 2005 se construye un panorama general sobre datos de incidencia de enfermedades de interés en salud pública: TBC, VIH SIDA y cáncer de cérvix, observándose un riesgo medio generalizado para la ciudad en los eventos relacionados. Las comunas 4 y 10 presentan alto riesgo para la totalidad de los eventos revisados. Las comunas 5 y 9 presentan riesgo medio para TBC y alto para los demás eventos observados. En general, Cali tiene alto riesgo para la ocurrencia de TBC, dengue, VIH y cáncer de cerviz.

### **3.4 Años de Vida Potencialmente Perdidos, AVPP**

Son conocidos como AVPP aquellos que, con referencia a la expectativa de vida de una región, suman las muertes ocurridas antes de llegar a dicha expectativa. Los AVPP se convierten en un indicador de la mortalidad prematura y potencialmente prevenible. Se utiliza como herramienta para los planificadores de salud en la definición de prioridades, especialmente de aquellas intervenciones que podrían prevenir la pérdida de vida saludable (consultar informe “Mortalidad en Cali 2003-2005”).

### AVPP por año. Cali, 2003-2005

año	N(AVPP)	sum(AVPP)
2003	7,431	233,196
2004	7,308	233,194
2005	6,772	198,098
Total	21,511	664,488

Fuente: Certificado de defunción. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

Durante el periodo 2003-2005 se presentaron en el municipio de Cali un total de 31.228 defunciones, de las cuales el 60.3% corresponden a personas con edad inferior a 70 años, que son consideradas para el cálculo de los AVPP. Se presentaron un promedio de 186.130 AVPP por año en la ciudad.

### AVPP por grupo de edad. Cali, 2003-2007



Durante el periodo analizado se presentaron un total de 664.488 AVPP, de los cuales el 29.6% ocurrió en el grupo de menores de 4 años (tipo edad 0, 1, 2,3 en el certificado de defunción) y el 40% en los grupos de edad de 15 a 29 años, reflejando un volumen importante de mortalidad infantil y en la edad adulta joven.

En Cali se concentra la mortalidad prematura en las comunas del Distrito de Aguablanca (comunas 13, 14, y 15) con el 25% del total. Otras comunas que contribuyen con un volumen considerable de los AVPP son la comuna 6, 7, y 20, en donde se concentra el 15% de los AVPP.

Según la causa de muerte, las lesiones intencionales y no intencionales son cerca del 40% del total de AVPP; las condiciones peri natales con cerca del 22%, los tumores (6.3%) y las infecciones respiratorias (3.7%) ocupan los siguientes lugares en la clasificación.

Para la ciudad de Cali, se observa una magnitud considerable de AVPP en las zonas donde habita la población pobre y por causas potencialmente evitables, como la violencia intencional, las lesiones accidentales, las causas peri natales, las neumonías que afectan a la población infantil, y las enfermedades cardiovasculares que afectan a la población adulta joven. El patrón observado coincide con el análisis de los volúmenes de remisiones entre las IPS de la ciudad.

Como se resalta en el aparte de análisis de las referencias de pacientes, los principales problemas de atención se observan en el área de ginecología y obstetricia, y esto se refleja en la cantidad de AVPP por condiciones perinatales. Por su parte, la atención del trauma -intencional y accidental- produce un volumen importante de demanda a los servicios de salud y al mismo tiempo su letalidad es abrumadora. Finalmente, cabe resaltar cómo las infecciones respiratorias, específicamente las neumonías, y las cardiovasculares, como el infarto agudo de miocardio, son las causas comunes de remisión y generan mortalidad prematura.

## 4. SALUD OCUPACIONAL

A pesar de que el Sistema General de Seguridad Social en Salud que rige para Colombia involucra como pilar fundamental la administración de riesgos profesionales, es poca la información disponible sobre las consecuencias que la actividad laboral causa en la vida y la salud de las personas.

Según datos obtenidos de Fasecolda, capítulo Cali, funcionan en el Valle del Cauca un total de 10 Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP: Agrícola de Seguros, Alfa, Bolívar, Colmena ARP, Colpatria, Seguros La Equidad, Seguros del Estado, Liberty, Previsora de Vida y Suratep.

Las diez ARP tienen afiliadas 10.972 empresas con sus 498.310 trabajadores en el departamento del Valle, cifra que representa el 8% del total de la población en el 2005.

Sobre esos afiliados se han reportado 26.156 accidentes de trabajo, con una tasa de ocurrencia de 52,4 accidentes por 1.000 trabajadores. Las cifras informan la ocurrencia de una enfermedad profesional en 0.26 cada 1.000 trabajadores.

Según un estudio de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y el área de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, <sup>45</sup> se distribuyen en la ciudad un numeroso grupo de trabajadores pertenecientes al sector informal de la economía, ubicados mayoritariamente en la zonas oriente y ladera de la ciudad, dedicados a sectores de la economía como la metalmecánica, transformación de materias primas como el cuero, la madera, el plástico, empresas litográficas entre otras, expuestos a factores de riesgo ocupacionales físicos, eléctricos, locativos, ergonómicos, químicos, mecánicos, biológicos, organizativos y sicosociales, con diversos grado de peligrosidad.

Los trabajadores informales no están cubiertos por entidad alguna para recibir asesoría para la mitigación de sus riesgos ocupacionales, y recibir la atención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. Muy probablemente no están siendo adecuadamente diagnosticados, y su atención debe estar siendo absorbida por las aseguradoras en salud y la red de instituciones prestadoras de servicios de salud, como evento de enfermedad general o accidentalidad de causa externa.

---

<sup>45</sup> Osorio Carlos et al. Programa de promoción y prevención en el sector informal de las comunas 5 y 9 y el NAP 2 del corregimiento de Felidia zona rural del municipio de Cali, 2005

## CAPÍTULO III. La respuesta estatal y social

Este capítulo presenta el conjunto de respuestas dadas por el Estado y la sociedad frente a la situación de salud en Cali. Desde esta perspectiva, se presentará el contexto político y jurídico nacional, departamental y municipal; la situación de aseguramiento en la ciudad; la oferta de servicios de salud, tanto públicos como privados, existentes en la ciudad; el uso histórico que se ha hecho de estos servicios; el sistema de referencia y contrarreferencia; la oferta de servicios de otros sectores determinantes de la salud; análisis de redes sociales, y la participación ciudadana y comunitaria alrededor de la salud en la ciudad.

Este capítulo no busca dar razón exhaustiva de la respuesta institucional y social que se ha construido frente a la situación de salud; cada una de las líneas que lo conforman deben por sí mismas convertirse en líneas prioritarias de investigación; sin embargo, propone pistas para mirar en conjunto dicha respuesta y algunas articulaciones que sirvan como base de reflexión para la construcción del modelo de salud.

### 5. MARCO POLÍTICO Y JURÍDICO

#### 5.1 Marco nacional

Entre 1975 y 1990 se implementó en Colombia el Sistema Nacional de Salud, SNS, con el objetivo de articular la prestación de servicios de salud del sector privado, la seguridad social y la red pública de prestación de servicios; en la práctica el sistema operaba de manera limitada, a través de una red de servicios médicos financiada y administrada por el Estado.

La red estatal se caracterizaba por una planificación centralizada, programaba su oferta con criterios territoriales y por niveles de complejidad, y aunque formalmente

pretendía llegar a toda la población, realmente cubría con consulta médica solo al 35% de la población; entre el 17 y el 25% de la población estaba cubierta por la seguridad social, y entre 5 y 10% de la población en mejores condiciones económicas accedía a los servicios privados.

Entre 1980 y 1990, el gobierno colombiano adoptó un conjunto de reformas políticas y sociales de primera generación, dirigidas a desarrollar y expandir el modelo económico de mercado, en sintonía con las tendencias económicas predominantes en la región y en el mundo, producto de la llamada crisis del Estado de Bienestar y de las propuestas de “ajuste estructural” promulgadas por la banca multilateral para la reducción del déficit fiscal. Las reformas incluyeron la descentralización político-administrativa del aparato Estatal, la redistribución de competencias y recursos y el desmonte inicial de las instituciones desarrolladas en el marco del Estado del Bienestar, que habían predominado en el país desde la década de 1950.

En el sector de la salud tuvo especial importancia la Ley 10 de 1990 que inicia el proceso de desconcentración y descentralización en salud. En la década siguiente se aplicaron las reformas de segunda generación dirigidas a reducir la oferta estatal de servicios y promover la oferta privada. Durante esta fase de las reformas se implantó la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud; éste introdujo un modelo de competencia regulada para los servicios médicos y afines, cuya gestión se supedita al mercado del aseguramiento. Según la ley, la oferta de servicios debe organizarse por paquetes de servicios de salud –POS-, y se distribuye entre la población dependiendo del tipo de seguro que paga el afiliado –régimen contributivo-; el seguro de la población más pobre es cubierto por el Estado mediante subsidios focalizados<sup>46</sup> –régimen subsidiado-. En síntesis, la política sanitaria incorporó elementos de la lógica del mercado de servicios como la competencia y la libre elección del usuario, al tiempo que desarrolló mecanismos de regulación, de solidaridad financiera entre ricos y pobres, y redefinió las competencias y funciones de los organismos estatales (Hernández, 2002).

Formalmente, la ley fija la obligación de las aseguradoras de garantizar la prestación de servicios mediante contratos con instituciones que articuladas en red, permitan a los usuarios consultar libremente según sus necesidades. La ley establece también que los servicios de salud sean prestados por agentes privados y estatales, en contextos de competencia, donde los recursos provienen de la venta de servicios y de los contratos con las aseguradoras, o con el mismo Estado. La aplicación de esta política ha dado origen en el país a una diversidad de agentes aseguradores y prestadores de servicios médicos y afines, estatales y privadas, que interactúan en un modelo de competencia con objetivos misionales diversos.

Para la operación del sistema se separaron las funciones de administración del aseguramiento a cargo de las EPS, y las de prestación de servicios en manos de las IPS;

---

<sup>46</sup> También conocido como subsidio calificado, para el proceso de selección de beneficiarios se aplica una encuesta anual, la cual se denomina SISBEN –combina criterios de línea de pobreza (LP) y de necesidades básicas insatisfechas (NBI)

sin embargo, las aseguradoras desarrollaron sus propias redes de servicios mediante hábiles sistemas de integración vertical.

De acuerdo con la norma, las instituciones públicas y privadas deben confluir en un ambiente de competencia, que permita a los usuarios elegir tanto su aseguradora como su prestador de servicios; 12 años después de promulgada la ley, ninguna de las aseguradoras ha cumplido con su obligación de garantizar la libre elección y el Estado tampoco ha establecido los mecanismos de control para hacer cumplir la norma.

Adicionalmente, la reforma ha inducido un proceso de autonomía de los centros y hospitales de la red pública de servicios, hacia la constitución de Empresas Sociales del Estado, ESE, organismos que deben competir por los usuarios y establecer contratos con los administradores del aseguramiento. El pago a las IPS por parte de las EPS se hace por facturación de servicios realizados, y las tarifas para la contratación son definidas libremente por los aseguradores, con base en el comportamiento de la oferta y de la demanda.

De conformidad con la legislación sanitaria, la responsabilidad del Estado se concentra en cuatro funciones principales:

1. Modulación o rectoría del sistema, en concertación con otros actores que hacen parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, órgano asesor del Ministerio de la Protección Social, de la Comisión de Regulación en Salud (Ley 1122 de 2006) y los Consejos Territoriales.
2. Subsidio a la demanda de la población pobre, con el fin de vincularlos al mercado de aseguramiento.
3. Vigilancia y control del cumplimiento de las reglas definidas.
4. Definición y manejo descentralizado de acciones de salud pública, es decir, aquellas dirigidas al control de problemas de salud con altas externalidades.

Por su parte, la gestión de la política pública a cargo de los municipios debe supeditarse al marco normativo de la nación: ley 100 de 1993, ley 1122 de 2006 y ley 715 de 2001. Según estas leyes los municipios tienen las siguientes competencias específicas:

#### **Dirección**

1. Formular planes, programas y proyectos en armonía con políticas y disposiciones del ámbito nacional y departamental, y promover su inclusión en planes y programas departamentales y nacionales.
2. Gestionar recursos propios del municipio y administración del fondo local.
3. Gestionar y garantizar el acceso de su población a servicios de salud.
4. Impulsar mecanismos de participación social.
5. Adoptar e implementar el sistema integrado de información.

#### **Aseguramiento**

1. Identificar la población pobre y vulnerable, y seleccionar los beneficiarios de subsidios.
2. Cofinanciar el aseguramiento en salud, garantizando el aseguramiento universal de las personas con Nivel de Sisben I y II con subsidios totales. Una vez logrado el aseguramiento del 90% de esta población, se incrementará el aseguramiento con subsidios parciales a la población Nivel III del Sisben. Sobre esta población se promoverá el pago de aportes adicionales a este subsidio para lograr afiliación al régimen contributivo.
3. Celebrar contratos para la administración del régimen subsidiado.
4. Promover la afiliación al régimen contributivo.

### **Salud Pública**

1. Operacionalizar anualmente el Plan Nacional de Salud Pública expedido por la nación cada cuatrienio.
2. Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación.
3. Ejercer competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.
4. Vigilar y controlar en su jurisdicción la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano.
5. Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas entre otros por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores.
6. Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; manejo de residuos sólidos, líquidos y aguas servidas.
7. Vigilar la calidad del aire.
8. Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.
9. Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población.
10. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9 de 1979 y su reglamentación, o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan (consultar documento “Marco Jurídico”).

### **5.2 Marco departamental**

El departamento del Valle del Cauca ha definido su política pública en salud 2004-2007 con el nombre “Salud es vida - inclusión con equidad”. Esta política tiene como objetivo central, mejorar la salud de la población del departamento facilitando el acceso a los servicios de salud y generando condiciones locales que permitan a las personas llevar una vida sana y gestando escenarios para el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Para lograr ese objetivo, el gobierno departamental se propuso trabajar en el fortalecimiento de las funciones de rectoría de la autoridad sanitaria departamental; mejorar el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, FESP, por parte de las Direcciones Locales de Salud; fortalecer la red social e institucional de prestación de servicios individuales, colectivos y del ambiente; promover la participación social, e impulsar en el departamento y en los municipios, el trabajo intersectorial como estrategia para lograr el bienestar del individuo, la familia y la comunidad.

El Gobierno ha convocado a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a toda la sociedad vallecaucana para que contribuyan a la inclusión social de los grupos más vulnerables, cobijados por principios como el derecho a la salud, la salud como un servicio público de obligatorio cumplimiento por las instituciones del Estado, la solidaridad y la equidad.

### Ejes y estrategias Política pública en salud para el departamento del Valle del Cauca

Ejes	Estrategias
Garantía del Derecho a la Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategia de información, Educación y Comunicación IEC sobre deberes y derechos en salud</li> <li>• Desarrollo y mejoramiento del recurso humano en salud</li> <li>• Desarrollo de un sistema de seguimiento sobre indicadores que materializan el derecho a la salud</li> </ul>
Gestión Local por la Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el desempeño de las funciones de rectoría de la autoridad sanitaria departamental</li> <li>• Mejorar la capacidad de gestión de las Direcciones Locales basados en el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública.</li> <li>• Promover la participación social y la intersectorialidad</li> <li>• Posicionar las prioridades de salud pública en las agendas departamentales y municipales</li> </ul>
La salud: Servicio público obligatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopción de un modelo de atención en salud basado en la Atención Primaria de Salud</li> <li>• Organización y gestión de la red de servicios para fortalecer el sistema de prestación de servicios.</li> </ul>

El departamento del Valle del Cauca promulgó su política en el año 2006 e inició la implementación de la misma con la adopción de un modelo de prestación de servicios de salud basado en la atención primaria renovada. Los resultados obtenidos hasta la fecha no han sido evaluados.

### 5.3 Marco municipal

### ***Política sanitaria en Cali***

A pesar de que en el municipio no existe una política pública de salud plenamente desarrollada en la actualidad, sí existen expresiones que se evidencian en la formulación de la política de promoción de la salud 2000 – 2005, el cumplimiento de competencias y responsabilidades, así como en programas, planes, proyectos, referentes para la distribución del presupuesto, aunque estos recursos tengan destinación específica desde el nivel nacional.

### ***Antecedentes de la organización del sistema de salud de Cali***

Paralelo al desarrollo de las instituciones estatales en el país para el control de epidemias, en Cali se creó el Departamento de Higiene y Asistencia Pública Municipal en 1938, que se transformó en 1959 en la Secretaría de Higiene Municipal. En 1967 se reestructuró la Secretaría y se creó el Distrito de Salud de Cali, y se dividió la ciudad en ocho Distritos de Salud. En 1986 la Secretaría de Salud de Cali desarrolló los Núcleos de Atención Primaria, NAP, y los Sistemas Locales de Salud, SILOS, que adoptaron la Estrategia de Atención Primaria con sus componentes de participación comunitaria, coordinación intersectorial, red de servicios y desarrollo administrativo.

En 1988 la ciudad se dividió administrativamente en 20 comunas y se organizó el sistema de salud en correspondencia con los NAP, de manera que tres a cuatro núcleos configuraron un SILOS para un total de seis en el área urbana y uno en el área rural, descentralizados técnica y administrativamente. En 1989 cada SILOS realizaba acciones de coordinación intersectorial, integración de recursos, promoción y generación de procesos participativos. Por Acuerdo 025 de noviembre de 1989, se creó el sistema Municipal de Salud de Cali, adoptando la estrategia de Atención Primaria. En diciembre de 1990 se creó en Cali el Fondo Local de Salud, FLS, acorde con el reciente ejercicio de descentralización sectorial del país.

En 1991 se crearon los Fondos Especiales de Medicamentos y Suministros, FEMS, para cada unidad de prestación de servicios de la Secretaría de Salud Pública Municipal, para garantizar el abastecimiento desconcentrado y eficiente de bienes y servicios necesarios para la prestación equitativa del servicio público de salud a cargo de cada unidad de prestación de servicios. El director de cada unidad era el administrador del FEMS.

Entre 1992 y 1994, y en respuesta a la Ley 60 de 1993, que dictó normas orgánicas sobre la distribución de competencias y recursos, y la Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social, la administración municipal realizó los debates pertinentes con el fin de preparar la reestructuración de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Para tal efecto, se tomaron medidas dirigidas a fortalecer el proceso de municipalización, se adoptó la carrera administrativa para los funcionarios de la Secretaría y se desarrolló el Sistema de Planeación Participante, Sispar; este último para la formulación de proyectos de inversión concertados, que respondían al plan de desarrollo de la ciudad. En este periodo se conformó el Comité Interinstitucional de

Salud, con participación de instituciones públicas y privadas para normalizar e integrar los servicios de salud y se creó la red de urgencias (23 de diciembre de 1992). Se invirtieron recursos en adecuación y remodelación de centros hospitalares, puestos y centros de salud; se reglamentaron los Fondos Especiales de Medicamentos y Suministros, y se inició la implementación del Sistema Financiero Integrado para todas las dependencias de la Secretaría.

A partir de 1995 se inició en Cali el aseguramiento al régimen subsidiado, el cual fue asumido por el municipio transitoriamente -hasta 1996-. Con este proceso comenzó en la ciudad la implementación del Sistema de Seguridad Social en Salud, y se entregaron 184.720 subsidios a las personas identificadas en los niveles I y II del Sisben.

En 1996 inició sus acciones el Plan de Atención Básica PAB, concentrando su trabajo en las comunas de mayor riesgo biosocial y en los grupos vulnerables. Se trabajó en la línea de acción de Promoción de la Salud; se consolidó la red de vigilancia epidemiológica, mediante el Sistema Alerta Acción, SAA, en una red de 52 unidades de notificación obligatoria; se creó el Centro Regulador de Urgencias del Municipio, CRU, y se desarrolló el sistema de transporte y comunicación para fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia.

En 1997 se presentó por primera vez un proyecto de acuerdo municipal para reestructurar el Sistema Municipal de Salud, transformar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud en Empresas Sociales del Estado, ESE, y adoptar el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, en el que se integran:

- La Secretaría de Salud Pública Municipal
- El Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud
- El subsistema de EPS, para el cual el municipio creó la EPS pública Calisalud, primera de orden municipal en el país
- El subsistema IPS
- El subsistema de participación social, creando las ligas de usuarios.

El proyecto no fue aprobado y durante los siguientes años sufrió varias transformaciones. Finalmente, por el acuerdo 106 de enero 15 de 2003, el Concejo Municipal creó cinco Empresas Sociales del Estado, que prestan servicios de salud a la población pobre no asegurada, y contratan la atención de la población beneficiaria de subsidios con las ARS.

Las ESE funcionan como entidades independientes, tanto de la Secretaría Municipal como de las otras ESE. Cali no ha logrado consolidar una red de prestación de servicios para la población pobre no asegurada del primer nivel de atención. En opinión de los usuarios<sup>47</sup>, la organización de los servicios de salud no responde a sus necesidades: el 54% de la población tuvo que desplazarse muy lejos de su lugar de vivienda o trabajo para acceder a servicios de salud en el 2006; el 21% opina que los servicios son de

---

<sup>47</sup> Cali cómo vamos 2006

muy baja calidad, siendo las primeras razones la demora en ser atendido, las largas filas y el maltrato recibido por el personal administrativo y médico.<sup>48</sup>

### **Plan sectorial de salud**

En cumplimiento de su papel como autoridad sanitaria y asumiendo sus competencias en materia de salud, la administración formuló el Plan Sectorial 2004–2007, con el objetivo de “garantizar la salud de los habitantes del municipio en un marco de humanización, buenas prácticas, garantía de los derechos y armonización entre los actores del sistema en una perspectiva de ciudad región”. Este plan es el soporte de la política pública municipal en materia de salud, y su ejecución está a cargo de la Secretaría de Salud Pública Municipal.

El Plan Sectorial contribuye a lograr el objetivo de equidad social planteado en el Plan de Desarrollo Municipal 2004-2007. En este sentido, la política sanitaria busca garantizar a la población los derechos para acceder a los bienes y servicios sociales en función de su bienestar y desarrollo integral, basados en los siguientes postulados:

- La salud es un derecho, un servicio público esencial y un imperativo ético que requiere el compromiso y la articulación de todos los actores y sectores que conforman el sistema de salud.
- Se reducirán las desigualdades e inequidades del estado de salud de la población, especialmente en los grupos vulnerables.
- Serán prioritarios en la gestión de la salud, los procesos de consulta y de toma de decisiones por parte de la comunidad.
- Se trabajará en la reducción de las barreras para el acceso a los servicios de salud, incluyendo la salud mental, bajo principios de oportunidad, calidad, humanización y buenas prácticas.
- Se modernizará la salud pública articulando la comunidad con sus instituciones.
- Se promoverá un gran acuerdo social y político en torno a la constitución de un pacto por la salud pública en el sur occidente de Colombia.
- Se ejercerán las funciones de la Autoridad Sanitaria para preservar la vigencia de las responsabilidades constitucionales que tiene la municipalidad frente al sector.
- Se estimulará la práctica de medicinas alternativas, siempre en cabeza de profesionales de la salud.

El Plan Sectorial comprende un objetivo y cinco estrategias con sus respectivos resultados, tal como se muestra en la tabla. Para hacer seguimiento al objetivo y a cada una de las estrategias, la Secretaría definió indicadores de seguimiento y metas anuales. En relación con el objetivo, se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores, agrupados en uno que denominaron “índice de garantía de la salud”, y que está conformado por:

- La tasa de supervivencia materna

---

<sup>48</sup> Cali como vamos, 2006

- La tasa de supervivencia infantil
- Las coberturas útiles de vacunación
- Las coberturas de aseguramiento: porcentaje de afiliación al régimen contributivo, subsidiado, regímenes especiales y subsidios parciales.
- La accesibilidad a los servicios: definida en términos del promedio de indicadores de incremento de coberturas de atención de patologías prioritarias, y de mejoramiento en el acceso y capacidad resolutoria de servicios asistenciales.
- Calificación al grado de desarrollo de la Autoridad Sanitaria Municipal: resultado de la evaluación por expertos del cumplimiento de las competencias normativas de los municipios.
- La calidad de los servicios públicos básicos: cobertura de acueductos y alcantarillado y manejo de residuos sólidos de la zona urbana y rural.
- El índice de movilización social: porcentaje de espacios de movilización social funcionando, de proyectos de control social y de población informada de deberes y derechos en salud.

El plan definió cinco estrategias para el logro de su objetivo:

1. Propender por la universalización del aseguramiento y el acceso equitativos los servicios de salud.
2. Orientar y aplicar políticas públicas en salud para modificar los determinantes y factores de riesgo que afectan la salud de la población de la ciudad región.
3. Lograr el desarrollo y fortalecimiento institucional de la autoridad sanitaria municipal.
4. Generar movilización social y comunitaria en torno a la salud.
5. Lograr la cooperación técnica e integración docente asistencial para el desarrollo del sistema municipal de salud, en el marco de la ciudad región.

### Plan Sectorial de Salud de Cali, 2004-2007

<b>Objetivo:</b> Garantizar la salud de los habitantes del municipio en un marco de humanización, buenas prácticas, garantía de los derechos y armonización entre los actores del sistema en una perspectiva de ciudad región.				
<b>Estrategias</b>				
Propender por la universalización del aseguramiento y el acceso equitativos a los servicios de salud	Orientar y aplicar políticas públicas en salud para modificar los determinantes y factores de riesgo que afectan la salud de la población de la ciudad región.	Lograr el desarrollo y fortalecimiento institucional de la autoridad sanitaria municipal.	Generar movilización social y comunitaria en torno a la salud.	Lograr la cooperación técnica e integración docente asistencial para el desarrollo del sistema municipal de salud, en el marco de la ciudad región.
<b>Resultados</b>				
• Aumentar las	• Mejorar las	• Definir y consolidar	• Promover	• Fortalecer la

<p>coberturas de aseguramiento: régimen, contributivo, subsidiado y subsidios parciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar el acceso a los servicios de salud, con calidad a la población pobre y no asegurada y en general a la población vulnerable.</li> <li>• Incrementar la capacidad resolutoria de la red pública de servicios de salud, con el apoyo del departamento.</li> <li>• Implementar programas de medicina alternativa.</li> </ul>	<p>condiciones de salud de acuerdo a las prioridades definidas en salud sexual y reproductiva, salud infantil, prevención de enfermedades crónicas, seguridad alimentaria y salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover espacios intersectoriales para la implementación de políticas públicas: Municipios saludables, seguridad alimentaria, convivencia pacífica, tránsito seguro y agua potable, entre otras.</li> </ul>	<p>una estructura funcional y orgánica de la autoridad sanitaria municipal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar y cumplir con las funciones de rectoría de la autoridad sanitaria municipal.</li> <li>• Recuperar la gobernabilidad, técnica, financiera, administrativa y política de la red pública adscrita a la Secretaría Municipal de Salud.</li> </ul>	<p>espacios formales e informales de participación social en salud en todos los niveles del sistema municipal de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar acciones de control social y rendición de cuentas con participación de la comunidad.</li> <li>• Impulsar y fortalecer en la ciudadanía el ejercicio de los deberes y derechos en salud.</li> </ul>	<p>prestación de servicios, el aseguramiento, las acciones de salud pública, a través de convenios de cooperación técnica y financiera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la prestación de servicios, el aseguramiento, el acceso a los servicios, las acciones de salud pública, a través de convenios docente asistencial e investigación.</li> </ul>
---	---	--	---	---

Anualmente se realiza un informe de gestión en el que se da cuenta de las acciones realizadas por cada estrategia, el grado de cumplimiento de la meta y los recursos invertidos. El Plan sectorial denota una serie de acciones orientadas en varios frentes para mejorar la salud en el municipio: en el plano de los servicios (aseguramiento y acceso); en la reducción de riesgos sobre enfermedades prioritarias en salud pública; en el fortalecimiento de las funciones de rectoría, y en la construcción de capacidad de actores sociales para hacer parte de la gestión de la salud. Estos aspectos reflejan la dimensión programática de la política pública en salud. Sin embargo, su alcance se limita a las instituciones estatales. A este respecto, se observa que el Municipio no ha avanzado en la definición de otras expresiones de la política pública capaces de dirigir el desempeño de los demás organismos e instituciones públicas y privadas que hacen parte del SGSSS.

La ausencia de una política pública coherente y efectiva en el municipio es una muestra de la poca de capacidad estatal para construir valor social alrededor de la salud, y en esa medida falta de liderazgo en la conducción y direccionamiento por parte de la autoridad sanitaria como garante de la salud en el municipio. La gestión de la salud, ha

sido restringida al quehacer institucional y a las relaciones de contratación, más que a la sinergia de actores para el logro de objetivos, metas comunes y competencias complementarias entre diferentes sectores y actores, públicos y privados, con una perspectiva de territorio. Predomina una visión que limita el quehacer de las instituciones al cumplimiento de las normas, diseñándose planes institucionales con una mínima conexión con otros actores, tanto del sector salud como de los demás sectores.

Vale la pena anotar que la lógica del Sistema General de Seguridad Social en Salud reduce las posibilidades de maniobra en el nivel local, en contravía con los procesos de descentralización y autonomía municipal. La normatividad en salud mantiene una visión centro-periferia con un enfoque eminentemente sectorial y vertical desde el nivel nacional, en donde los municipios tienen pocas posibilidades para definir sus prioridades y la forma para invertir sus recursos. Sumado a lo anterior, subyace una forma de organización del estado y de organizaciones privadas con intereses particulares que fragmenta las intervenciones sobre temas específicos -salud, educación y seguridad, entre otros-, y no hace la “dessectorialización” de la acción sobre lo público, que permita integrar los diferentes ejes de intervención sectorial en una perspectiva horizontal, en oposición a la lógica vertical de las políticas sectoriales.

Finalmente, al comparar el plan sectorial con la política departamental se encuentran similitudes en relación con el objetivo central, en el cual se plantea la garantía de derechos, el fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la reducción de las inequidades en el acceso a los servicios, como referentes para mejorar las condiciones de salud de la población. La política municipal y el modelo de salud que se construya para la ciudad debe buscar puntos de encuentro en la operación, de manera que atendiendo las competencias de cada ente territorial se pueda lograr sinergia y complementariedad en aspectos técnicos, políticos y financieros entre el municipio y el departamento, para incidir sobre elementos fundamentales de la situación de salud de la población.

Además, una política pública y un modelo de salud para el municipio deben avanzar de una visión sectorial a una territorial e intersectorial, que reduzca las inequidades del modelo económico y responda a la compleja red de situaciones asociadas con la salud de la población, en el sentido que plantea Muller (2002): “la lógica territorial es una lógica horizontal, plana, multisectorial, no jerárquica, que busca captar una totalidad social en un territorio dado. Al contrario, la lógica sectorial es vertical, unisectorial, jerárquica y no da cuenta de las interrelaciones entre sectores que existen en el ámbito local”.

### **Secretaría de Salud Pública Municipal**

El sistema de prestación de servicios de salud de Cali está conformado por los entes de dirección, los administradores de los recursos, los prestadores de servicios y los entes de vigilancia y control.

El papel de dirección le corresponde a la autoridad sanitaria, delegada en la Secretaría de Salud Pública Municipal, órgano que desarrolla funciones de acuerdo con las competencias que define la ley 715 de 2001.

Para el cumplimiento y desarrollo de estas competencias, la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali cuenta con una estructura jerárquica y funcional definida como una gerencia de Salud Pública, con las áreas necesarias para la implementación y desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud: Dirección del Sistema, Salud Pública y Epidemiología, Planeación, Aseguramiento, Oferta de Servicios y Fondo Local de Salud. Cada una de las dependencias cuenta con el talento humano capacitado y con el perfil exigido para el desarrollo de las actividades asignadas, de acuerdo con lo que establece la legislación y expresadas en los manuales de funciones y de requisitos. La administración de personal, así como los recursos físicos y tecnológicos están a cargo de la Gerencia de Servicios Administrativos.

De acuerdo con la actualización del direccionamiento estratégico, realizada en el 2005, la Secretaría definió como su misión “articular esfuerzos para garantizar la salud de la población mediante la rectoría, el direccionamiento de las políticas de salud, el control, la coordinación y la vigilancia del sector salud y del sistema de seguridad social en la salud del municipio, en un marco de humanización, buenas prácticas, garantía de los derechos y armonización de las relaciones entre los actores del sistema en una perspectiva de ciudad región”.

En este mismo ejercicio, se acordó que su visión consistía en asumir el compromiso de trabajar por el respeto a la vida y de promover la dignidad humana en el cuidado de la salud, comprendiendo que este es un derecho fundamental de la persona humana, para lo cual se compromete a servir a la comunidad, promoviendo el control social, la participación y la veeduría ciudadana, generando opinión pública y abogacía en salud, orientadas a desmercantilizar las relaciones entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en el medio.

Pese a que existen normas precisas en relación con la materia, el ejercicio de la autoridad sanitaria en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia es una función difícil de cumplir por la fragmentación del mismo y el debilitamiento de los entes territoriales de dirección y control. En Colombia, como resultado de la legislación en salud vigente se fracciona el sector salud de múltiples maneras:

1. Según las competencias y responsabilidades: la ley diferencia los entes de dirección, de aseguramiento y de prestación de servicios.
2. Según el aseguramiento: la norma establece los regímenes contributivo, subsidiado y la población no asegurada, definiendo condiciones de operación muy diferentes entre sí.
3. Según la oferta: se establecen modalidades diferentes de prestación para los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; adicionalmente se introducen normas diferentes

según los niveles de atención. La normatividad fragmenta la oferta por planes de beneficios, por actividades colectivas e individuales y por fuentes de financiación.

El modelo de aseguramiento de nuestro sistema de salud somete un bien de interés público a las leyes del mercado, haciendo muy difícil que prevalezca el interés general sobre el individual. En este contexto del mercado es especialmente complejo tanto para el Estado como para la sociedad civil, encaminar sus acciones para proteger y mejorar la salud de las personas.

En Cali, el ejercicio de la autoridad sanitaria ha sido afectado además por la discontinuidad en la gestión de los secretarios municipales de salud. En los últimos ocho años ha habido siete secretarios, cuatro de los cuales han ejercido en el último periodo de gobierno (2004-2007). Según el análisis realizado por los funcionarios de la Secretaría en el proceso de actualización del direccionamiento estratégico realizado en 2005, esta situación ha debilitado el desempeño de la autoridad.

El informe de esta actualización documenta falta de liderazgo en el direccionamiento de políticas públicas, en la articulación estratégica y operativa del municipio con las políticas nacionales y departamentales; la poca alineación entre planes de desarrollo y planes sectoriales; cumplimiento de funciones de coordinación, vigilancia y control, y la debilidad de procesos y mecanismos de seguimiento y evaluación de proyectos y programas. También se hace alusión a aspectos técnicos, como las deficiencias existentes en la concepción y operación de un sistema de información, que además de ofrecer información de calidad, permita su uso para tomar decisiones; falta de claridad en las competencias de cada uno de los actores del sistema; limitaciones de personal e infraestructura para ejercer adecuadamente acciones de regulación por parte de la Secretaría; y una débil cualificación de las personas que hacen parte de los espacios de participación social.

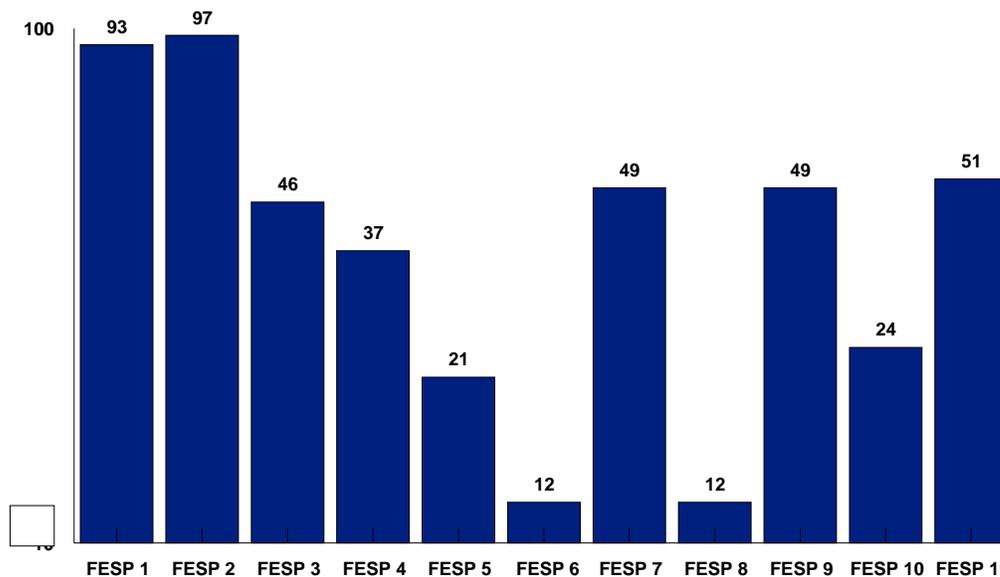
### Secretarios de Salud de Cali, 1990 – 2007

Periodo	Nombre	Filiación
2004-2007 Administración Apolinar Salcedo	Eduardo Cruz	Liberal
	Héctor Fabio Cortés	Liberal
	Carmen Helena Medina	Liberal
	Alejandro Baena	Liberal
2001- 2003 Administración John Maro Rodríguez	Mauricio Serra	Liberal
	Rodrigo Herrera	Liberal
	Jorge Iván Ospina	Liberal
1998-2000 Administración Ricardo Cobo	Edgar Iván Ortiz	Conservador
1997 Administración Julio César Martínez	Enrique Álvarez	Liberal

1995 - 1997 Mauricio Guzmán	Enrique Álvarez	Liberal
1992 – 1994 Rodrigo Guerrero Velasco	Carlos A Hernández	Conservador
	Antonio Irurita	Conservador
	Alberto Concha	Conservador
	Fernando Gutiérrez	Liberal
1990-1992 Germán Villegas	Humberto González Patiño	Conservador
1998- 1990 Carlos Holmes Trujillo	Luis Fernando Cruz	Liberal

El débil desempeño de la autoridad sanitaria también se evidenció en el ejercicio de evaluación de Funciones Esenciales en Salud Pública, FESP, realizado en el 2006, en el que participó principalmente personal externo a la Secretaría y donde se utilizó el instrumento diseñado por la Organización Panamericana de la Salud, OPS.

**Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública  
 Santiago de Cali 2006**



Informe medición de FESP. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

La evaluación puso en evidencia el pobre desempeño de las administraciones previas en las funciones relacionadas con el papel de autoridad sanitaria: *desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y de inspección, vigilancia y control; desarrollo de recurso humano y capacitación en salud pública; e investigación en salud pública.*

De otra parte, como resultado del proceso de inspección, vigilancia y control adelantado en el 2005 por la Secretaría Departamental de Salud del Valle, para verificar el grado de cumplimiento de las competencias del municipio frente al desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y su capacidad de gestión, se identificaron aspectos positivos que dan cuenta de cambios en el desempeño de las funciones de rectoría por parte de la Secretaría de Salud Pública Municipal.

Según este informe, la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali tiene claramente definidas sus competencias; su esquema organizativo y funcional facilita el desarrollo de las mismas. Se informa que su capacidad de gestión con organizaciones sociales y demás instituciones del municipio ha permitido la oportuna solución a las situaciones de salud de la comunidad. Se evidenció también capacidad de respuesta en la investigación y vigilancia de brotes y procesos de concertación con los demás actores del sistema como la comunidad, la red privada y otros sectores.

La Secretaría ha desarrollado un proceso de participación social que permite la real participación de la comunidad como agente de control social y brinda oportunidad en la atención de los usuarios. El informe de vigilancia y control muestra logros en salud pública en lo relacionado con los factores de riesgo del ambiente, coordinación intersectorial e institucional desde el área de saneamiento, lo que le permite una pronta ejecución de las acciones del saneamiento ambiental.

Con respecto al subsistema de vigilancia y control, el municipio tiene competencias asignadas por ley 715 de 2001 sobre vigilancia a la contratación de aseguramiento de régimen subsidiado, prestación de servicios de la baja complejidad, acciones en salud pública y saneamiento básico. Con base en estas competencias, la Secretaría de Salud Pública Municipal ha organizado su estructura para cumplir con la norma y hace esfuerzos por mejorar el ejercicio de las competencias.

Con respecto al seguimiento a la contratación de régimen subsidiado se organizó una dependencia que ejerce vigilancia sobre aspectos administrativos de la contratación de las ARS, pero que no se evidencia la existencia de guías técnicas con indicadores de resultados ni de impacto acerca del aseguramiento sobre el estado de salud de la población. Con respecto a la contratación para prestación de servicios de la baja complejidad con la red pública de hospitales, la Secretaría hace esfuerzos continuos por mejorar las condiciones del contrato, incluyendo indicadores de proceso y de resultado, y continuos, que garanticen mas allá del cumplimiento sobre actividades, la calidad de la atención y el logro de resultados sobre el estado de salud de la población.

Para la contratación de acciones en salud pública, se ha ampliado el portafolio de proponentes incluyendo universidades, centros de investigación, ONG e instituciones privadas, y se hacen incesantes esfuerzos por lograr que el seguimiento e interventoría vaya más allá del cumplimiento de los objetivos contractuales, y se realice desde una perspectiva de orientación y complementación técnica, que garantice la calidad de la prestación de los servicios y resultados mas favorables para la población.

La Secretaría de Salud Pública Municipal, en cumplimiento de sus competencias, administra las rentas estatales de la nación, el departamento y el municipio que tienen por objeto garantizar el aseguramiento al régimen subsidiado en salud y la prestación de servicios a la población pobre no asegurada, y de promoción de la salud al total de habitantes de la ciudad a través del Plan de Atención Básica, PAB.

La financiación de la salud de los caleños ha estado garantizada en los últimos seis años con sus aportes al SGSSS, recursos del Sistema General de Participaciones y aportes del Departamento. Las rentas municipales han sido muy bajas como consecuencia de la iliquidez municipal, producto de acuerdos de pago con la nación. Debe aquí mencionarse que Cali estuvo al borde de una gran crisis financiera que requirió acuerdos con la nación para poder sortearla. En el 2001 se logró un préstamo nacional por valor de 300 mil millones de pesos, destinados a ajustar la planta de personal de la alcaldía y contención al gasto, lo que hizo necesario pignorar a la nación las rentas propias del municipio, en acuerdo de pago proyectado hasta el 2015. La ciudad utilizó 200 mil millones del crédito, lo que ha permitido cumplir sus compromisos de forma anticipada y poder contar con algunos recursos propios para inversión desde el 2006. Se espera cumplir con la totalidad de pagos al 2008 y liberar recursos propios a partir del 2009.

Esto ha constituido una gran limitante en el proceso de aseguramiento progresivo de la población pobre, ante la incapacidad del municipio de cofinanciar recursos frescos del Estado. Además ha limitado la inversión para mejoramiento de la gestión de la Secretaría de Salud Pública Municipal, la vigilancia y el control al sistema territorial de seguridad social.

Según el promedio observado de los tres últimos años, el presupuesto de la Secretaría de Salud Pública Municipal proviene de la nación en el 90%, de las rentas departamentales el 4% y de los aportes del municipio 6%.

Al analizar el papel de la autoridad sanitaria en la administración de los recursos se observan dificultades relacionadas con los atrasos en los pagos del Fosyga; el desconocimiento de mecanismos para gestionar nuevos recursos, y la demora en los procesos de contratación. Adicionalmente se presentan problemas de índole político (Secretaría Municipal de Salud, 2005), como la injerencia de intereses particulares, clientelistas en la definición y ejecución de proyectos y programas.

Un último grupo de problemas que limitan el ejercicio de la autoridad sanitaria se relacionan con la discontinuidad en la operación de proyectos y programas debido a la voluntad del gobernante de turno; la ausencia de una visión estratégica concertada -

como sistema de salud- entre los diferentes actores, que supere exclusivamente el cumplimiento de la norma, y que permita definir frentes de trabajo común y acciones complementarias; y el poco compromiso de actores y sectores para desarrollar acciones desde una perspectiva de ciudad.

**Fuentes de financiación  
Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali  
2004 – 2006**

Años	2.004	2005	2006	Promedio 3 años
<b>Presupuesto definitivo en pesos constantes 2007</b>				
Total presupuestado	121.093.501.759	159.755.352.884	164.341.068.162	148.396.640.935
Recursos departamentales	2.921.886.219	6.270.738.599	7.013.030.765	5.401.885.194
Porcentaje del total	2,41%	3,93%	4,27%	3,64%
Recursos municipales	2.002.821.025	13.743.103.022	10.648.810.455	8.798.244.834
Porcentaje del total	1,65%	8,60%	6,48%	5,93%
Recursos nacionales	116.181.678.406	139.657.932.182	146.679.226.942	134.172.945.843
Porcentaje del total	96%	87%	89%	90%

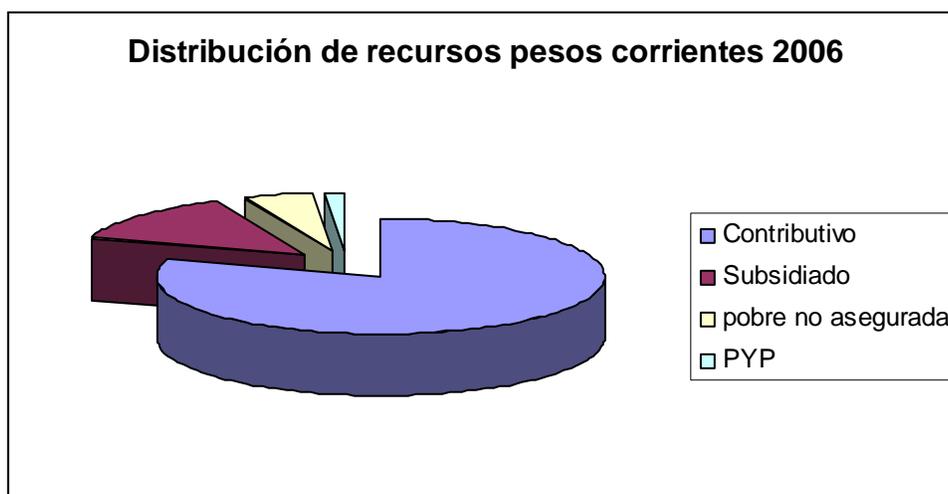
Fuente: oficina financiera Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Al observar las fuentes de financiación de la salud y la destinación específica de las rentas se detecta un centralismo en la gestión de los recursos, lo que confiere poca movilidad a la autoridad sanitaria local.

La inequidad en la aplicación de los recursos se visibiliza al comparar los recursos destinados a la financiación del régimen contributivo con los destinados para garantizar la población pobre y vulnerable, a través de régimen subsidiado con subsidios plenos y parciales, la complementación de los servicios de salud no cubiertos en sus planes de atención, así como también a través de la atención a la población pobre no asegurada.

Cali tuvo 1.425.389 personas afiliadas al régimen contributivo, (57% de la población) en 2006, población por la que se reconoce una UPC promedio de \$ 386.881, pudiendo inferirse que el régimen contributivo en la ciudad contó con recursos del orden de \$551.456.206.787, mientras que para la atención de la población pobre se contó con \$ 172.375.216.539, de los cuales \$96.208.050.636 financiaron el aseguramiento en régimen subsidiado y \$44.467.367.948 se aplicaron en la prestación de servicios; \$35.778.066.094 a la población pobre y \$8.689.301.854 para actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la totalidad de la población.

**Distribución de recursos según aseguramiento.  
 Pesos corrientes. Cali, 2006**



El valor total del financiamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Cali en el año 2006 fue de \$ 723.831.423.326, correspondiendo al régimen contributivo el 76% de los recursos, los cuales se aplican sobre el 57% de la población.

**Distribución de los recursos de la Secretaría de Salud Municipal  
 Cali 2004-2006**

Rubro	Peso porcentual promedio 2004- 2006
Aseguramiento	57,1%
Prestación de servicios	24,7%
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	9,8%
Saneamiento básico y agua potable	6,8%
Fortalecimiento institucional	1,6%

**Fuente:** Oficina financiera Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

Nota: Estos porcentajes se obtuvieron promediando el valor en pesos invertidos durante el periodo 2004-2006, pasando estos valores finales a porcentajes, para poder determinar la proporción de la inversión en cada uno de los rubros expuestos.

Los presupuestos, revisados por programas y proyectos específicos, no incluyen la financiación de servicios no POS. Sin embargo, la oficina de Aseguramiento de la Secretaría de Salud Pública Municipal informó que durante el año 2006 se financiaron servicios no POS para la atención de cirugía oftálmica, con un contrato por valor de \$3.000 millones de pesos.

De acuerdo con las competencias municipales en prestación de servicios de salud, a Cali le corresponde garantizar el nivel I de atención en salud a sus ciudadanos, y en este nivel no hay servicios no POS, dado que estos están garantizados a la población pobre no asegurada, por las aseguradoras o por la contratación de servicios del municipio en sus ESE.

La Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, responsable de la atención a sus pobladores de servicios no POS de la mediana y alta complejidad, no hace una contratación específica para la atención de esos eventos. El Departamento garantiza las atenciones requeridas por este tipo de servicios a través de un contrato global para prestación de servicios de salud de mediana y a alta complejidad de atención, contrato que en 2006 fue suscrito con el Hospital Universitario del Valle Evaristo García. No es posible especificar, con las fuentes de información disponibles al momento de escribir este informe, el gasto en que se incurrió para garantizar el derecho a la prestación de servicios no POS a los caleños.

**Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali**  
**Ejecución presupuestal 2004 – 2006**  
**Pesos constantes 2007**

Ítem	2004	2005	2006	Crecimiento
	Ejecutados	Ejecutado	Proyectado a diciembre	
Régimen subsidiado	53.364.511.083	69.850.786.074	73.124.209.364	37,0
Subsidios parciales	4.794.433.769	17.533.089.694	17.620.661.988	267,5
Mantenimiento Sisben	648.701.749	460.235.854	979.067.418	50,9
Prestación Servicios	28.902.782.368	36.071.404.288	32.523.766.850	12,5
Sistema de referencia y contrarreferencia	957.804.662	980.145.819	1.586.737.645	65,7
Inversión red de salud	309.340.643	747.201.480	0	
Régimen contributivo( elusión y evasión )	0	50.705.585	0	
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	10.089.878.181	14.983.640.671	8.284.306.624	-17,9

Ítem	2004	2005	2006	Crecimiento
	Ejecutados	Ejecutado	Proyectado a diciembre	
Control riesgos ambiente	1.790.709.685	2.110.931.136	1.124.566.091	-37,2
Agua potable y saneamiento básico	7.307.994.083	5.946.521.749	620.479.452	-91,5
Sistema de información en salud	14.089.772	4.881.221	0	
Dirección, gestión y control metas	1.512.838.096	1.561.528.242	1.759.681.002	16,3
Mejoramiento participación social en salud	0	422.247.495	0	
Mejoramiento de control social del ciudadano	53.980.602	327.123.342	0	-100,0
Relación docente asistencial	0	80.793.094	0	
Total Ejecutado	109.747.064.693	151.131.235.744	137.623.476.435	25,4
Total Presupuestado	121.148.612.893	159.755.344.571	164.341.068.162	35,7

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Oficina de Planeación

Podemos concluir, de manera preliminar, que el escenario normativo y político para garantizar una adecuada respuesta estatal a la salud de los caleños es complejo. A pesar del espíritu descentralista de la Constitución de 1991, existe en la práctica un proceso más de desconcentración administrativa que de descentralización sectorial; las normas y los recursos dejan poco margen de maniobra local para dar respuesta a las particulares especificidades que en salud tiene la población.

De otro lado, la escasez de recursos y la crisis económica del municipio, debilitaron aún más las posibilidades de ejercer la autoridad sanitaria. Los insuficientes recursos, tanto financieros como humanos, la poca gobernabilidad sobre el sector privado y la falta de desarrollos de procesos y procedimientos administrativos para una mejor gestión de la salud a nivel local, se reflejaron en el bajo desempeño de la mayoría de las EPS evaluadas en el 2006.

## 6. ASEGURAMIENTO

El Sistema General de Seguridad Social en salud está inmerso en el modelo del aseguramiento del riesgo en salud. Colombia cuenta con un sistema mixto del que hacen parte el sector privado, el público y algunas empresas con origen jurídico mixto.

La función de las aseguradoras es administrar el riesgo en salud, servir de intermediarias entre el Estado y las prestadoras de servicios de salud, a través de la afiliación de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

Existen dos regímenes de aseguramiento: el *régimen contributivo* en el cual las personas con capacidad de pago se afilian a través de sus empleadores -quienes cofinancian la prima del seguro de salud-, o de forma independiente. El costo de la prima media del seguro de salud asciende para 2007 al 12.5% de su salario base siendo asumido el 8.5% por el empleado y el 4% por el empleador, y el 12.5% para los trabajadores independientes. La afiliación tiene cobertura familiar, reconociendo el Estado a las aseguradoras una unidad de capitación que para el año 2007 es de \$404.215,20.

El segundo régimen de aseguramiento se conoce como *régimen subsidiado*. A éste se afilian las personas pobres y vulnerables identificadas como susceptibles de recibir subsidios sociales por parte del Estado, y que pertenecen a grupos prioritarios para la afiliación. El Estado, con cofinanciación de los trabajadores con capacidad de pago, sufraga una prima media de \$227.577,60 por capitación a las aseguradoras autorizadas para administrar este régimen de salud. En este régimen la afiliación es individual.

Los afiliados tienen derecho al reconocimiento de un paquete de servicios de salud definido, que en Colombia es más amplio para las personas afiliadas al régimen contributivo y menos completo para las personas más pobres y vulnerables, y en consecuencia con mayor riesgo de enfermar y morir.

El aseguramiento es en este momento el subsector dominante en el sistema de salud y el que maneja los recursos. Esta actividad está predominantemente a cargo del sector privado, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. En el régimen contributivo, esta función está en manos de 22 EPS, entre ellas, 15 privadas, cuatro Cajas de Compensación y tres EPS públicas.

En el régimen subsidiado existen siete EPS, dos de ellas públicas, cuatro de naturaleza privada y una de jurisdicción especial que asegura población indígena. Para observar el comportamiento del aseguramiento en Cali se dio una mirada retrospectiva al período 1998 - 2006, y se usó como denominador la proyección del Censo 1993, y la proyección de población NBI calculada con el 22.64% previsto por el DANE para la ciudad de Cali, con los siguientes resultados:

### Comportamiento histórico del aseguramiento en Cali

Año	Total	NBI	Contributivo	Subsidiado	Subsidios parciales	Total	Pobre no asegurada
1998	2.060.363	466.466	1.012.120	209.652		209.652	838.591
1999	2.110.571	477.833	1.105.880	216.652		216.652	788.039
2000	2.161.130	489.280	1.172.039	223.825		223.825	765.266
2001	2.212.430	500.894	1.242.992	251.763		251.763	717.675
2002	2.264.256	512.627	1.309.581	267.802		267.802	686.873
2003	2.316.655	524.490	1.459.668	285.573		285.573	571.414
2004	2.369.696	536.499	1.200.111	536.633	0	536.633	632.952
2005	2.423.381	548.653	1.247.612	380.882	200.000	580.882	594.887
2006	2.471.849	559.627	1.425.839	483.341	199.951	683.292	362.718

Fuente: Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca.

El comportamiento del Régimen Contributivo en Cali muestra dos segmentos diferentes: Entre 1998 y el 2003, la población afiliada al contributivo muestra una tendencia creciente continua, incrementándose la proporción de personas afiliadas del 49% en 1998 a 61% en 2003, año de máxima afiliación a este régimen en Cali. Este hecho coincide con la expansión económica que muy probablemente se acompañó del incremento en puestos de trabajo. En el 2004, decrece la afiliación al 50% de la población, y a partir de ese año se inicia una segunda serie de crecimiento que llega a 58% en el 2006.

La afiliación al régimen subsidiado se ha triplicado en los años revisados. Para 1998 alcanzaba 10.2% de la población, mientras que para el 2006 se incrementó al 30%. En el 2005 se inició en Cali el aseguramiento con subsidios parciales que cubren los eventos catastróficos y de embarazo, parto, puerperio, menores de un año y atenciones en ortopedia con medicamentos en los eventos cubiertos. En el 2005, 200 mil personas contaban con este tipo de subsidio y representaban el 9% de la población total y el 29% de los afiliados al régimen subsidiado. En 1998 la población afiliada al régimen subsidiado representaba el 45% de la población NBI. Esta proporción es para el 2006 del 121%. Debe aclararse que no es posible saber si las personas identificadas como NBI en encuestas DANE corresponden a las identificadas en Sisben y a las que han logrado ser subsidiadas en salud.

La población pobre no asegurada disminuyó del 40,7% en 1998, a 15% en el 2006. Según la proyección de población realizada por la Secretaría de Planeación Departamental del Valle, con base en información del censo 2005, Cali cuenta en el 2006 con 2.261.565 habitantes. El 93,2% de la población está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el 30,1% al régimen subsidiado, de los cuales

el 8.8% tiene cobertura parcial. El 7% de los caleños carece de seguridad social y su atención en salud es cubierta con recursos del Estado como subsidio a la oferta.

### Coberturas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Cali, 2006

Año	TOTAL	NBI	Contributivo	Subsidiados			Pobre no asegurada
				Subsidios Totales	Subsidios parciales	Total <sup>49</sup>	
2006 proyectado DANE 2005	2.261.565	466.880	1.425.839	483.341	199.951	683.292	152.434
	100%	22,6%	63,05%	21,3%	8,8%	30,2%	6,7%
2006 proyectado DANE 1993	2.471.849	559.627	1.425.839	483.341	199.951	683.292	362.718
	100%	22,6%	57,68%	19,5%	8,1%	27,6%	14,6%

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

La diferencia en el denominador tiene repercusiones de índole económica: la diferencia poblacional representa 210.284 personas no aseguradas, y el ahorro para el Estado de \$45.740.976 anuales, con valores de UPC 2006.

#### Régimen subsidiado

Según información obtenida de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, en el 2006 había en Cali 683.292 personas afiliadas al régimen subsidiado, de las cuales 199.951 sólo acceden a subsidio para la atención de eventos catastróficos. Los habitantes de Cali cuentan con siete ARS autorizadas para administrar subsidios de Salud.

### Aseguramiento régimen subsidiado ARS y afiliados. Cali, 2006

ARS	S Total	s. parcial	Total general
AIC			
Calisalud	187.096	76.273	263.368
Caprecom	35.440	36.76	39116
Cóndor	18.938	5.016	23954
Coossalud	58.796	11.797	70593
Emssanar	172.729	91.022	263751
Selvasalud	10.343	12.167	22.510
Total	483.341	199.951	683.292

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, Oficina Aseguramiento.

<sup>49</sup> Este total corresponde a la suma de los subsidios totales y parciales

El 77% de los afiliados al régimen subsidiado están asegurados en dos ARS: Emssanar, que cuenta con el 39% de los afiliados, y Calisalud con el 38%. Son minoritarias Coosalud (10%), Caprecom (6%); Cóndor (4%) y Selvasalud (3%).

### Distribución del aseguramiento al régimen subsidiado por comunas, en Cali

Comuna	%	# Asegurados
14	11,44	78.197
13	11,43	78.110
15	9,15	62.501
6	7,80	53.297
20	7,61	51.976
16	7,19	49.112
18	5,98	40.851
Rural	5,41	
7	4,84	33.046
1	4,53	30.952
12	4,14	28.295
11	4,09	27.945
21	3,17	21.680
4	2,51	17.150
8	2,38	16.263
9	1,96	13.359
3	1,93	13.184
10	1,74	11.894
19	0,83	5.671
2	0,80	5.449
Sin dato	0,66	37.474
5	0,32	2.206
17	0,10	699
Total general	99,90	683.292

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, Oficina Aseguramiento.

Las aseguradoras del régimen subsidiado presentan su red de servicios para la atención a sus afiliados a la Secretaría Municipal de Salud, oficina de interventoría. Según esta fuente oficial, éstas basan su red de servicios en contratación con las IPS públicas y privadas para la atención de sus afiliados -en contrato con el Estado: Hospital San Juan de Dios y Club Noel-. La red de prestación de servicios del régimen subsidiado está conformada de la siguiente manera:

- Primer Nivel: ESE, red de salud Norte, Centro, Ladera, Oriente y sur Oriente.

- Segundo Nivel: hospital Mario Correa; hospital Isaías Duarte Cancino y los hospitales privados en contrato con el Estado: Infantil Club Noel y San Juan de Dios.
- Tercer Nivel: Hospital Universitario del Valle.

Las asegurados muestran como red complementaria, clínicas privadas de la ciudad, entre ellas Clínica Farallones, Fundación Valle del Lili, Clínica Oriente, Clínica de Occidente e IPS de diagnóstico y servicios de alto costo: RTS para pacientes renales, Fundación Cirena para la atención de cuidados intensivos de neonatos y Funcáncer para el manejo de pacientes con Cáncer (consultar informe “Red de Servicios ARS”).

### **Régimen contributivo**

La población de Cali dispone de 22 EPS autorizadas para administrar el régimen contributivo en la ciudad. La EPS con mayor número de afiliados es SOS con una participación de 21.4% en el mercado. Le siguen ISS con 16,9%, Comfenalco con 15.8%; Coomeva EPS con 14.3% y Saludcoop con 8%.

### **Distribución de afiliados según EPS. Cali, 2005**

EPS	# total personas aseguradas
Cafesalud E.P.S. S.A.	16.737
Caprecom EPS	31
Comfenalco Valle E.P.S.	225.327
Compensar E.P.S.	17
Coomeva E.P.S. S.A.	203.918
Coopsaludesa Ltda. ESS	248
Copesam Ltda ESS	9.892
CRUZ BLANCA EPS S.A.	79.339
E.P.S. Famisanar Ltda.	724
E.P.S. Saludcoop	115.016
E.P.S. Sanitas S.A	40.225
EPS Progr. Comfenalco Antioquia	12
EPS Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS-S.O.S. S.A	305.458
ESS Coesperanza Ltda	16
Fondo del Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales	7.827
Humana Vivir S.A. E.P.S.	2.705

EPS	# total personas aseguradas
Instituto de Seguros Sociales EPS	241.154
Salud Colmena E.P.S. S.A.	37.274
Salud Colpatría E.P.S.	5.996
Salud Total S.A. E.P.S.	76.556
Solsalud E.P.S. S.A.	2
SuSalud EPS	57.365
Total General	1.425.839

Fuente: Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca, Oficina aseguramiento.

Según proyecciones de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, la afiliación del régimen contributivo es mayor en aquellas comunas donde predominan los habitantes de estratos socio económicos superiores, como las comunas 17, 19 y 2 con estrato moda 5. La comuna con menor cobertura es la 3, donde el estrato moda es 3 (área de asentamiento industrial). Las comunas más pobres de Cali, las que corresponden al distrito de Aguablanca, 13, 14, 15, 16, y 21, y comunas del área de ladera (18 y 20) tienen una participación cercana al 33% de sus habitantes afiliados al régimen contributivo.

La red de prestación de servicios del régimen contributivo está formada en una alta proporción por empresas de propiedad de las mismas aseguradoras o IPS privadas en contratación con las aseguradoras, y en menor proporción por IPS públicas, específicamente el Hospital Universitario del Valle (consultar informe “Red de Servicios EPS”).

Al analizar el aseguramiento por comunas se encuentra una distribución no homogénea con variaciones de cobertura de la población entre el 50% y el 132%, lo cual podría explicarse por la diversidad de las fuentes diversas de información. Mientras que para el régimen subsidiado la información se toma de la base de datos disponible en la Secretaría de Salud Pública Municipal, la del régimen contributivo corresponde a un estimativo definido por la oficina de estadística de la misma Secretaría. Las comunas 2, 17, 19 y 20 presentan porcentajes de aseguramiento de la población superior al 100%, a expensas del régimen contributivo. Estas comunas son áreas de residencia de la población con mayor capacidad económica de la ciudad, con estrato moda de 5.

Las comunas 13, 14 y 16 muestran un aseguramiento total superior al 90%, a expensas del régimen subsidiado. Estas comunas están ubicadas al oriente de la ciudad, en el Distrito de Aguablanca y tienen estrato moda 2. La comuna 1 situada al norte de la ciudad y con estrato moda 1 también tiene cobertura superior al 90% con población mayoritariamente afilada al régimen contributivo (48%). Las comunas 7 y 12 ubicadas

en el área central de la ciudad con estrato moda 3, la comuna 15 en el distrito de Aguablanca con estrato moda 1 y la comuna 18 del área de ladera con estrato moda 3, tienen asegurada en más de un 80% a su población, con una mayor proporción en el régimen contributivo.

Las comunas 3, 4 y 6 localizadas al norte de la ciudad, (3 y 14 con estrato moda 3, y 6 con estrato moda 2), y las comunas 9 y 11 del área centro, con estrato moda 3, tienen cobertura de afiliación de su población superior al 70%, con afiliación mayoritaria al régimen contributivo. Las comunas 8 y 9 ubicadas en el área central de la ciudad, con estrato moda 3, y la comuna 21 en el oriente, con estrato moda 1, tienen más del 60% de su población afiliada a salud, con mayor proporción en el régimen contributivo.

La comuna 5 ubicada al norte de la ciudad y con estrato moda 3, tiene asegurado el 51% de su población, con igual proporción en el régimen subsidiado y contributivo. El área rural tiene una cobertura del 83% de aseguramiento, a expensas del régimen subsidiado (76%) (Consultar informe “Aseguramiento en el sistema general de salud en Cali”).

## 7. OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN CALI

Según la información obtenida en el 2006, se habilitaron ante la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca 896 IPS ubicadas en Cali, para la prestación de servicios médicos. Son predominantemente privadas (86.8%) ambulatorias (95%) y de baja complejidad (75%). No se logró obtener información del sistema popular de atención en salud.

Únicamente 39 de las IPS habilitadas prestan servicios de hospitalización, 25 clínicas privadas y 14 hospitales públicos. La distribución geográfica de la oferta de servicios muestra una concentración de las clínicas, tanto ambulatorias como con servicios de hospitalización, en las comunas 2, 17 y 19, distribución que no coincide con las comunas 13, 14, 15, y 17, de mayor densidad poblacional.

Las 39 IPS que prestan atención hospitalaria reportan un total de 3.501 camas disponibles en la ciudad de Cali. La mayoría (1.934=55,24%) está destinada a la atención de adultos; 457 (13,05%) son pediátricas y 365 (10,43%) están destinadas a la atención de eventos obstétricos. Un total de 259 camas están dedicadas a cuidados intermedios principalmente para adultos (131=50.6%), neonatos (116=44.8%) y pediatría (8=3%).

**Inventario de instituciones habilitadas para prestar servicios de salud  
Cali, marzo de 2006**

Registros Habilitación IPS		
Tipo	Numero	naturaleza
Desconocido	21	Privadas
Med alternativas	16	Privadas
Ambulatorias	339	Privadas
Clinicentros	17	Privadas
Clínica oftalmológica	4	Privadas
Clínica Urológicas	2	Privadas
Clínicas	25	Privadas
Centros de Diagnóstico	46	Privadas
Centros de estética	31	Privadas
Terapias rehabilitación	37	Privadas
Hospitales	14	Publico
Centros de salud	23	Publico
CAA	8	Publico
Laboratorios clínicos	62	Privado
Centros de odontología	70	Privado
Centros de atención óptica	60	Privado
Proveedores Oxígeno	1	Privado
Puestos de Salud	73	Publico
Centros de atención infuf Renal	6	Privado
RX	17	Privado
Transporte enfermos	4	Privado
Universidades	20	Privado
Total	896	
% Publicas	13,2	
Con servicios de hospitalización pú	1,6	
Con hospitalización Privadas	2,8	

**Fuente:** Base de datos de habilitación. Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2006.

Los mayores de 15 años cuentan con 109.6 camas generales y 15 de salud mental por cada 100 mil personas. Hay 32.9 camas por cada 100 mil mujeres en edad fértil y 64,5 camas por cada 100 mil menores de 14 años. Un 12.8% de las camas de la ciudad (448) se destinan a cuidados especiales; 259 de ellas en cuidados intermedios y 189 en cuidados intensivos (UCI); entre estas últimas, 92 camas (48.7%) están destinadas a neonatos, 82 (43.4%) a la atención de adultos, y 15 (7.9%) a pacientes pediátricos.

Cali tiene una baja oferta de camas hospitalarias, en promedio 166 camas por cada 100 mil habitantes, contabilizando el total de camas disponibles y sin tener en consideración que el 86% de las camas de la ciudad no resuelven exclusivamente la demanda de salud de la población de Cali, sino que en ellas se atiende no solo la población del departamento del Valle del Cauca sino del sur occidente colombiano, en servicios de mediana y alta complejidad. La mayor restricción de camas se da para

cuidados especiales de adultos donde por cada 100.000 habitantes cuentan con 4.65 camas de UCI.

Es importante de anotar la distribución total de las camas hospitalarias en la ciudad. Se encuentran camas en las comunas 2, 3, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17 y 19. Disponen exclusivamente camas de la baja complejidad las comunas 7, 8, 13, 14 y 16. Las comunas 3, 15 y 18 de la media complejidad y las camas de alta complejidad están ubicadas en las comunas 2, 17 y 19. La comuna 19 concentra el 40% de las camas de la ciudad.

Se contabilizan 235 quirófanos y 52 salas de parto, recursos esenciales en una red de servicios médico-asistenciales; en Cali el 79.1% de los quirófanos pertenecen a instituciones privadas y entre ellos una alta proporción (38.9%) se destinan a la cirugía estética. Las salas de parto pertenecen también en su mayoría (63.2%) a instituciones privadas

### **7.1 Oferta pública**

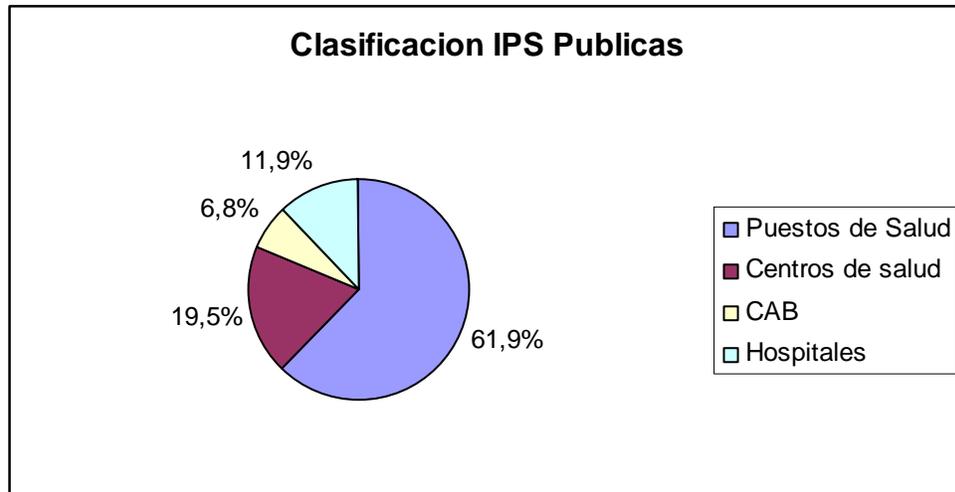
La oferta pública de servicios de salud está constituida por 73 puestos de salud, 23 centros de salud, ocho centros de atención básica de Instituto de Seguro Social y 14 hospitales; de estos últimos, cinco son del primer nivel con dependencia del nivel territorial municipal, dos son clínicas del Seguro Social y siete son IPS del orden departamental que prestaban servicios de segundo y tercer nivel de atención.

Los puestos, centros y hospitales estatales de primer nivel tienen en general más de 30 años de existencia. Fueron creados más a solicitud de las comunidades que en respuesta a estudios técnicos. Desde el 2003 están agrupados en cinco ESE, de acuerdo con la distribución del comportamiento histórico de la población en la búsqueda de servicios de salud (consultar informe “Empresas Sociales del Estado, primer nivel, Cali”).

Tal distribución de área de influencia de las ESE no responde a la organización de los demás sectores de la vida política del municipio, gobierno, educación; medida que ha contribuido al fraccionamiento de la red, tanto en su interior como frente al resto de la administración. Algo similar ocurre con los hospitales de Nivel II y III, entidades independientes, clasificados como tales por su desempeño histórico y la adecuación de sus recursos.

A semejanza de lo que ocurre en otras regiones del país, el principio de competencia por los recursos ligados a la demanda ha contribuido a la fragmentación y desarticulación de la red de servicios. No está realmente conformada una red de servicios de salud que opere de forma armónica y articulada, pues las Empresas Sociales del Estado buscan, cada una y de manera independiente, mantener un mercado cautivo que les garantice la supervivencia institucional.

**Distribución Porcentual de IPS Públicas  
Cali, 2006**



***Prestación de servicios hospitalarios***

Cali cuenta con 14 hospitales:

- Dos ESE de tercer nivel: Hospital Universitario del Valle y Clínica Rafael Uribe Uribe (ISS).
- Cuatro ESE de segundo nivel: Hospital Mario Correa Rengifo, Hospital Isaías Duarte Cancino, Unidad Hospitalaria Clínica Bella Vista (ISS); además del Hospital San Juan de Dios, de naturaleza privada pero de funcionamiento público.
- Tres instituciones especializadas: ESE Hospital Universitario Psiquiátrico, Geriátrico San Miguel y el Infantil Club Noel (de naturaleza privada, pero en contrato con el Estado para atención de la población pobre no asegurada)
- Del primer nivel de atención, hay cinco ESE que prestan servicios hospitalarios: Redes de salud Oriente, Norte, Centro, Ladera y Sur Oriente.

La red pública ofrece el 59% de las camas hospitalarias de la ciudad (2.076) de las cuales 108 (5%) son del primer nivel de atención, 300 (13%) de segundo Nivel, 207 (10%) de salud mental, 96 (5%) pediátricas, 19 (1%) geriátricas y 717 (35%) de tercer nivel.

En el total de camas públicas se incluyen las 629 camas del ISS, de las cuales 589 pertenecen al tercer nivel y 40 al segundo nivel. Los hallazgos ilustran la escasez de camas de II nivel que hay en la ciudad de Cali y el departamento del Valle del Cauca.

Con respecto a la oferta pública de quirófanos (53) y salas de partos (14), ésta se concentra en las ESE de tercer nivel, entidades que responden a los requerimientos en salud de la baja y mediana complejidad. Los datos muestran la baja capacidad

resolutiva del primer nivel de atención, la escasa oferta de la mediana complejidad y la necesidad de absorber una alta proporción de la demanda por las ESE de tercer nivel.

El sector público ofrece servicios de salud, en primera instancia, a las aseguradoras del régimen subsidiado, quienes por ley deben contratar con la red pública al menos el 60% de los servicios requeridos por sus usuarios. El segundo comprador de servicios de salud es el Estado. El municipio de Cali contrata con las ESE de primer nivel la atención para la población pobre no asegurada de la ciudad, es decir, el 9% de sus habitantes. El departamento del Valle contrata la atención de la población pobre no asegurada de Cali en la mediana complejidad con las ESE de nivel II y la atención de alta complejidad para este mismo grupo de habitantes con el Hospital Universitario del Valle Evaristo García. La red pública ofrece servicios a aseguradoras de régimen contributivo y a particulares que son sus clientes minoritarios.

## **7.2 Oferta privada**

El 86% de la oferta de servicios de salud de Cali pertenece al sector privado, el cual, además de ser dominante en número de oferentes, es propietario de la tecnología de punta disponible en la ciudad.

La oferta privada contabiliza 25 clínicas que prestan servicios de hospitalización con 1.425 camas, cuyo nivel de complejidad no pudo establecerse por falta de información. Según su uso, el 11% de ellas son pediátricas, 56% para adultos, 9.5% obstétricas, 8% de cuidados especiales para neonatos, 4% para cuidados especiales de adultos, 1% para cuidados intensivos pediátricos, 1.4% para quemados y 2.8% para psiquiatría.

El 79.1% de los quirófanos pertenece a instituciones privadas y entre ellos una alta proporción (38.9%) se destinan a la cirugía estética. Las salas de parto pertenecen también en su mayoría (63.2%) a instituciones privadas. El sector privado de la salud ofrece servicios a las aseguradoras de SGSSS, especialmente las autorizadas para administrar régimen contributivo y a los servicios de medicina prepagada, de los que dispone la población con mayor poder adquisitivo y que muy probablemente hace parte de la población afiliada al régimen contributivo.

Según la información obtenida, el sector privado complementa la red de prestación de las aseguradoras de régimen subsidiado, las que según la norma no puede sobrepasar el 40% de las atenciones a esta población.

## **8. USO DE SERVICIOS DE SALUD**

Con base en fuentes de información como las estadísticas del 2005 de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, para las empresas públicas y Cali en Cifras 2006, para el sector privado, se construye la siguiente información, la cual representa una aproximación a la real atención de servicios de salud prestada a los caleños en el año 2005.

Del sector privado únicamente se reporta nueve IPS de las 25 habilitadas, incluidos los resultados de producción de la ESE Antonio Nariño, dado que esta IPS atiende población afiliada al régimen contributivo exclusivamente.

### Uso de servicios de salud. Cali, 2005

Registros Habilitación IPS		
Tipo	Numero	naturaleza
Desconocido	21	Privadas
Med alternativas	16	Privadas
Ambulatorias	339	Privadas
Clinicentros	17	Privadas
Clínica oftalmológica	4	Privadas
Clínica Urológicas	2	Privadas
Clínicas	25	Privadas
Centros de Diagnóstico	46	Privadas
Centros de estética	31	Privadas
Terapias rehabilitación	37	Privadas
Hospitales	14	Publico
Centros de salud	23	Publico
CAA	8	Publico
Laboratorios clínicos	62	Privado
Centros de odontología	70	Privado
Centros de atención óptica	60	Privado
Proveedores Oxígeno	1	Privado
Puestos de Salud	73	Publico
Centros de atención infuf Renal	6	Privado
RX	17	Privado
Transporte enfermos	4	Privado
Universidades	20	Privado
Total	896	
% Publicas	13,2	
Con servicios de hospitalización pú	1,6	
Con hospitalización Privadas	2,8	

Fuente: Secretaría Departamental de Salud del Valle. Estadísticas 2005; y Cali en cifras, 2006

Para Cali, en el 2005, se realizaron 5.831.528 consultas médicas, de las cuales el 64% fue atendida por el sector privado, 58% de las consultas fue atendida por médico general y el 80% por médico especialista. En promedio, cada caleño recibió 2.5 atenciones por médico, extensión de uso que se conserva tanto para afiliados a regímenes contributivo y subsidiado.

Se observa un antagónico comportamiento entre la relación de atención por médico general y especialista entre los sectores privado y público. El sector privado, por cada

dos consultas con médico general hay una con médico especialista; en el sector público, por cada cinco consultas con médico general hay una con médico especialista.

Para el sector público el 27% de las atenciones son urgentes, relación que solo es del 14% en el sector privado; esto muy probablemente por la atención de pacientes en horarios extendidos. De los pacientes atendidos por urgencias el sector público refiere a instituciones de mayor nivel de complejidad el 8%, el 2% de sus atenciones ambulatorias totales. Se desconoce el porcentaje de pacientes que requieren referencia a otras instituciones del sector privado.

En Cali, cada 37 consultas ambulatorias genera un egreso hospitalario, relación que para el sector privado es de un egreso por cada 38 atenciones ambulatorias, y para el sector público uno por cada 28 atenciones. Según la información disponible se puede afirmar que una mayor atención por médico especialista ambulatorio parecería solucionar a menor costo los problemas de salud de la población, evitándose así las hospitalizaciones innecesarias. Par el sector público el 51% de los egresos está relacionado con actos quirúrgicos. El 18% de los egresos de Cali tiene por origen la atención del parto, relación que es de 15% de egresos en el sector privado y 22% en el sector público.

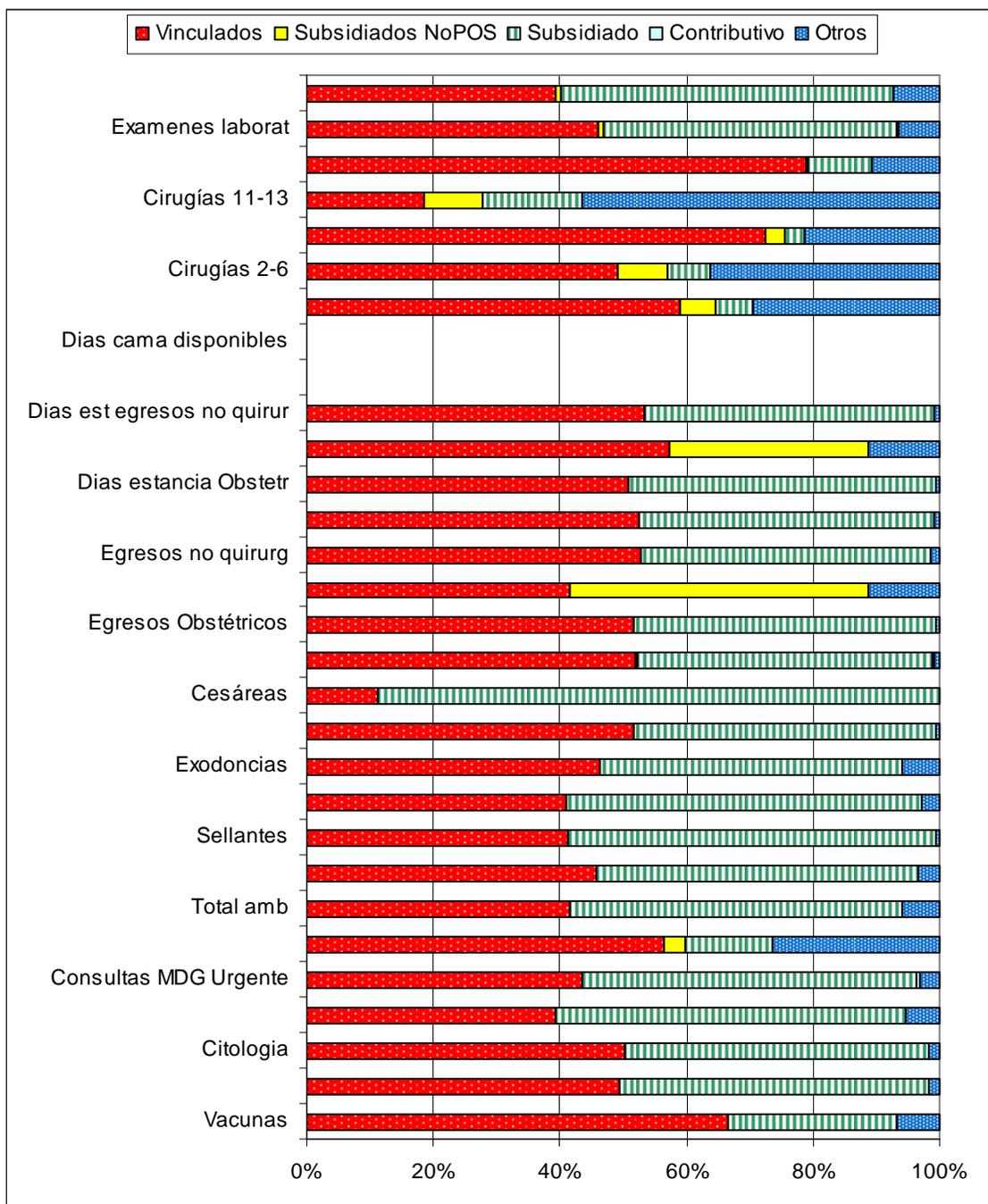
### **Sector público**

La información sobre producción de servicios utilizada en este aparte tiene como fuente el instrumento definido en el Decreto 2193 de 2004, diligenciado en el 2005 por las ESE de Cali y recogido y consolidado por la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca.

Según los registros, las Empresas Sociales del Estado de primer nivel prestan sus servicios de forma prioritaria a la población pobre de la ciudad, tanto a los asegurados en régimen subsidiado, a través de contratación de prestación de servicios con ARS y a la población no asegurada a través de recursos de subsidio a la oferta. Los servicios a la población del régimen contributivo son mínimos, aún en urgencias.

Las ESE de primer nivel reportan también haber realizado actividades quirúrgicas en atenciones no incluidas en el paquete de plan de atención a población afiliada al régimen subsidiado. Durante el período analizado, las ESE de primer nivel produjeron principalmente exámenes de laboratorio y consulta médica general en una relación de 1.4 exámenes por cada consulta. En el mismo sentido se realizaron siete estudios de Imagenología por cada 100 consultas generales. Los egresos fueron predominantemente obstétricos (56.5%).

**Producción de servicios por régimen de aseguramiento  
 Distribución porcentual ESE de primer nivel. Cali, 2005**



A semejanza de las instituciones estatales de primer nivel, las Empresas Sociales del Estado de segundo nivel también prestan sus servicios de forma prioritaria a la

población pobre de la ciudad, tanto a los asegurados en régimen subsidiado, a través de contratación de prestación de servicios con ARS como a la población no asegurada a través de recursos de subsidio a la oferta.

Los servicios a la población del régimen contributivo son mínimos, aún en urgencias. Durante el período analizado, las ESE de primer nivel produjeron principalmente consultas médicas generales, urgencias y egresos no quirúrgicos; se produjeron 18.7 exámenes de laboratorio y 3.3 imágenes diagnósticas por cada consulta especializada. Los egresos fueron predominantemente quirúrgicos (56.8%) y no quirúrgicos (42.9%); los egresos obstétricos representaron menos del 0.2% de los egresos totales.

Como hallazgo llamativo se observa que las instituciones de segundo nivel que reportan la información solicitada en el decreto 2193 de 2004 no atienden partos ni realizan cesáreas, haciendo visible el cierre paulatino de servicios de la mediana complejidad en el Valle y Cali.

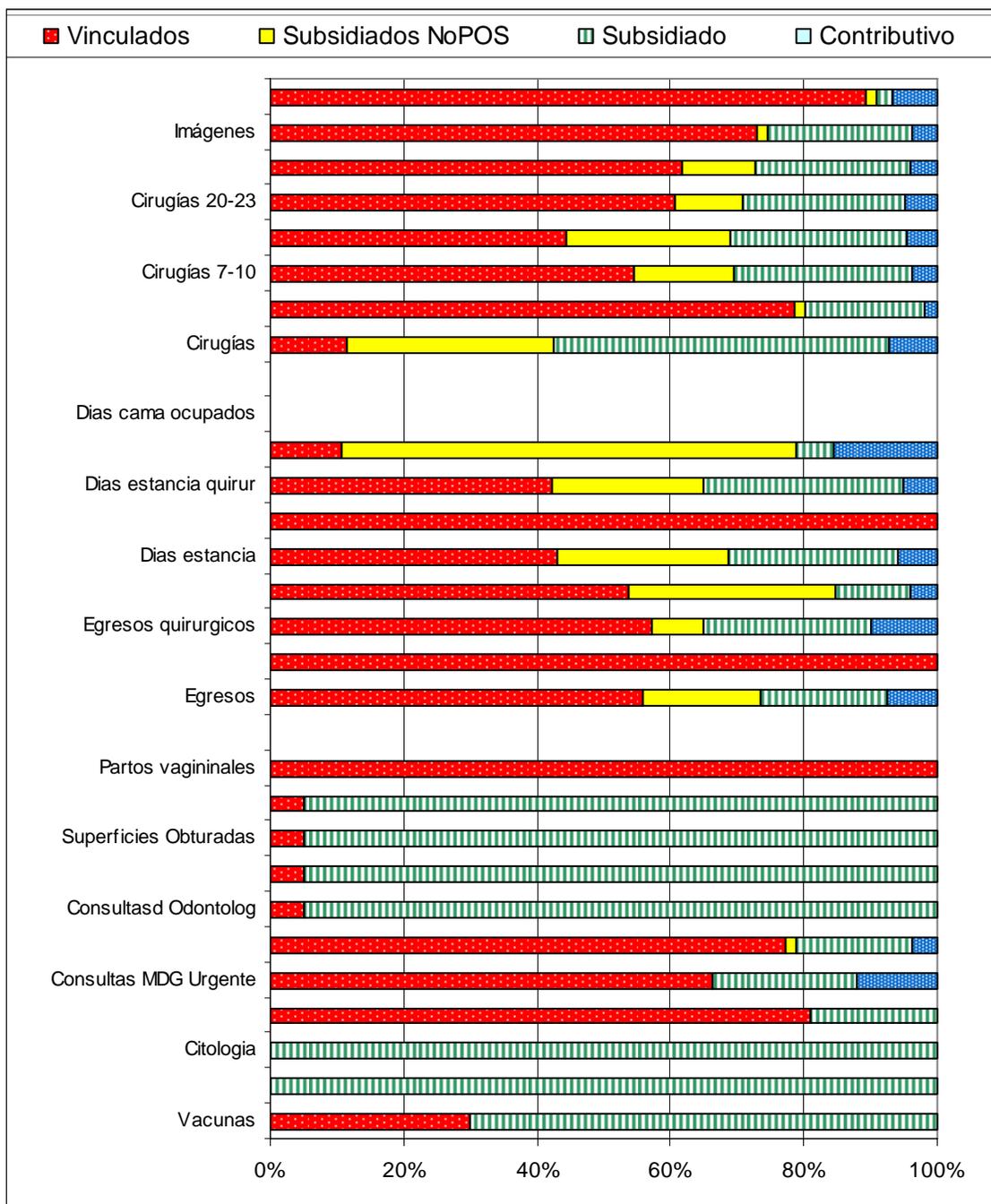
Al comparar la producción estatal de servicios del primero y segundo nivel se observan algunos datos interesantes. Los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del primer nivel se dirigen a la población subsidiada y a la no asegurada; en el segundo nivel esta producción privilegia a la población subsidiada, la consulta de médico general y se dirigen predominantemente a población subsidiada en el primer nivel y no asegurada en el segundo, mientras la atención de especialista se brinda mayoritariamente a población no asegurada, tanto en el primero como en el segundo nivel. En el primer nivel los especialistas realizan un porcentaje importante de consultas en servicios no POS a población subsidiada.

En el primer nivel, la consulta odontológica se dirige en proporciones similares a la población subsidiada y a la no asegurada; en el segundo nivel esta producción se dirige principalmente a población subsidiada.

Los servicios de internación se dirigen principalmente a la población no asegurada tanto en el primero como en el segundo nivel. Algo similar se observa en los servicios de cirugía y ayudas diagnósticas en ambos niveles de atención. Tratándose de una demanda no inducida, estos indicadores hacen pensar en una mayor hospitalización por parte de la población vinculada.

No hay información disponible por aseguramiento de tercer nivel de atención, a pesar de la obligatoriedad que existe en el diligenciamiento del instrumento.

**Producción de servicios por régimen de aseguramiento**  
**Distribución porcentual ESE de segundo nivel. Cali, 2005**



Con base en un estudio realizado durante el 2006, por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y la Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca, para la

medición de la oferta y la demanda de servicios de salud en el Departamento, se puede observar el comportamiento del uso de servicios de salud ofrecido por el sector público de Cali en los últimos cinco años (2000 a 2005). Al analizar dicho comportamiento deben tenerse en cuenta las siguientes situaciones:

- Cali es el centro de referencia de pacientes en el Departamento, especialmente para el tercer nivel de atención y, en consecuencia, la información no responde exclusivamente a las necesidades de salud atendidas para los caleños.
- Los últimos años de la década de los 90 se caracterizaron por el cierre casi total de hospitales de ciudades intermedias y de capitales de departamentos vecinos, que han generado un incremento de las remisiones a los servicios de Cali.
- A comienzos de 2000 se produjo una apertura progresiva de servicios y la recuperación de hospitales como el San José de Buga, San Vicente de Paúl de Palmira, Departamental de Sevilla, facilitando la atención de los pacientes en sus ciudades de origen.
- En estos mismos años se incrementó la oferta privada de clínicas de mediana y alta complejidad en Cali y se produjo la ampliación de algunos servicios en el Hospital San Juan de Dios, institución privada con contrato con el Estado para atención de población pobre no asegurada en el segundo nivel de atención.
- En estos años se produjo cierre paulatino de servicios en el Hospital Mario Correa Rengifo y del Club Noel.
- El modelo económico y las reformas en la política sanitaria han obligado a los hospitales a mejorar los sistemas de registro de servicios prestados; aunque al momento se perciben fallos importantes, el hecho debe ser tenido en cuenta en los análisis de los datos.
- A partir de 2003 se crearon las ESE de primer nivel de la ciudad. El cambio de modelo administrativo trajo inconvenientes iniciales en la prestación y en la documentación de servicios prestados. El cambio en el modelo de gestión de los servicios dio lugar a una competencia inter-institucional al interior del sector público, a la gestación de modelos heterogéneos de atención y, en algunos casos, al desarrollo de estrategias como la atención primaria y la prestación domiciliaria de servicios.
- En el 2003 inició operaciones el Hospital Isaías Duarte Cansino, IPS pública departamental de segundo nivel que presta exclusivamente atenciones ambulatorias.
- Desde mediados de 2000, las ARS ubicadas en Cali crearon sistemas propios de atención a través de IPS propias o de contratación con las privadas, afectándose la producción de las ESES de primer nivel.
- El flujo de población hacia la ciudad por desplazamientos forzosos, documentado en otros apartes de este documento, incrementó la población objeto de la red pública.

En la oferta de servicios, según niveles de atención, se encuentra:

- En el nivel I se concentra la atención de profesionales en el sector privado y el institucional en el sector público. En este último se encuentra baja oferta y calidad de camas hospitalarias, limitación de servicios de urgencias en cuanto a distribución en la ciudad, capacidad técnica y resolutive e infraestructura tecnológica.
- La oferta pública de recurso humano en el nivel I, según la información disponible, es baja especialmente para enfermeras, odontólogos y bacteriólogos.
- La oferta del segundo nivel es mayoritariamente privada con decrecimiento de la oferta pública. El número de camas, quirófanos, salas de parto públicas se ha reducido aproximadamente en 50% en los últimos cinco años. La oferta de recurso humano es crítica para las necesidades en medicina interna y anestesiología.
- El tercer nivel de la ciudad, tanto público como privado, resuelve la problemática de esta complejidad del departamento del Valle del Cauca y en alta complejidad (IV nivel) al sur occidente del país. La mayor proporción de camas está en el sector público, exceptuando las unidades de cuidados especiales de adulto, pediatría y neonato, las cuales mayoritariamente pertenecen al sector privado. El sector privado muestra el desarrollo en tecnología de punta que contrasta con el estancamiento del sector público en este aspecto.

Los resultados de la producción de servicios de salud en los últimos cinco años en Cali muestran (consultar informe “Producción de servicios de salud sector público. 2000-2005”):

- La consulta médica total ha crecido a expensas de la consulta por médico general. El comportamiento de la consulta de urgencias es casi lineal en los seis años revisados.
- Se observa una disminución en la atención por médico especialista, fenómeno que se puede ver influenciado por el cierre progresivo de servicios en dos hospitales de mediana complejidad.
- Disminuyen progresivamente la atención por enfermera, la aplicación de biológicos, mientras que la toma de la citología de cuello de cérvix muestra una tendencia lenta pero sostenida al incremento.
- En la ciudad, el número de camas hospitalarias de naturaleza estatal se mantiene relativamente estable en los seis años revisados, como resultado del cierre de camas en la mediana complejidad y la apertura en la alta complejidad aunque se observa un aumento en el 2003. Es llamativo cómo el índice

ocupacional se mantiene estable a pesar de la variación en algunos años en el número de camas.

- Los egresos hospitalarios decrecen de forma importante durante la primera mitad del periodo en estudio, regresando a la cifra inicial al final de los seis años revisados.
- Se observa una tendencia decreciente en las actividades obstétricas y quirúrgicas.
- La producción del laboratorio clínico y de los servicios de radiología muestra una tendencia creciente similar al de la consulta médica total.

### **Sector privado**

Las IPS de origen privado en la ciudad ofrecen de forma mayoritaria los servicios de salud de Cali, no obstante su papel preponderante en el sistema no se encuentra información disponible sobre los resultados de su gestión.

El sistema de información vigente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud es fraccionado y no permite consolidar información en las regiones. Las IPS privadas no tiene dependencia jerárquica con los entes territoriales y las EPS están obligadas a entregar información directamente al Ministerio del Protección Social. Sin embargo, existe en la ciudad alguna información entregada voluntariamente por algunas IPS con la cual hemos construido la siguiente información.

Las IPS relacionadas en producción de servicios ambulatorios están en su totalidad vinculadas a EPS y, en consecuencia, atienden la población afiliada al régimen contributivo, razón por la cual en este aparte se incluirá la producción lograda por las IPS del ISS, hoy entidades de origen público, agrupadas en la Empresa Social del Estado Antonio Nariño.

La información relacionada permite definir que estas IPS prestan servicios del primer nivel de atención y algunos servicios de la mediana complejidad, específicamente atención ambulatoria por médico especialista.

Las IPS producen 1.147.125 consultas médicas, de las cuales el 86% es atendido por médico general mientras que el 14% son consultas por médico especialistas. De estas el 44% son consultas de pediatría, el 2% de ginecología y el 1% de oftalmología. En el 52% de los datos desconocemos la especialidad de atención.

Se reportan 444.035 atenciones por odontólogo, cifra cercana al 50% de las realizadas por médico general. Cifra muy baja si hacemos referencia a la prevalencia

de caries dental de la población colombiana que informa que 95 de cada 1.000 colombianos tiene caries dental<sup>50</sup>.

Se obtuvo información de producción de servicios de salud en 18 IPS con servicios hospitalarios de naturaleza privada de la ciudad. Estas IPS muestran una importante producción de servicios médicos ambulatorios, generando para el 2005 2.589.057 consultas médicas, de las cuales 58% corresponde a atenciones de médico general y el 42% de médico especialista.

Del total de consultas de médico especialista no conocemos la especialidad atendida en el 60% de los casos, el 21% son atendidas por pediatra, el 10% por oftalmólogo y el 8% por ginecólogo.

Es llamativa la alta producción en atenciones médicas generales por el Centro Médico Imbanaco, entidad que atiende una importante población afiliada al régimen contributivo, Coomeva EPS, además de medicina prepagada y pacientes particulares. La segunda producción la concentra la Clínica Centro Médico y Odontológico de Comfenalco y en tercer lugar están las clínicas de Comfandi y Saludcoop.

Con respecto a la atención de pacientes hospitalizados las IPS privadas reportan la atención de 97.875 egresos hospitalarios y la atención de 15.278 partos, para un total de 1.880 camas reportadas, con un porcentaje ocupacional promedio del 68%.

No es posible observar el comportamiento de producción de servicios del sector privado en el tiempo por falta de información

## 9. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA<sup>51</sup>

La Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali crea en 1992 un comando central para la administración del sistema de referencia y contrarreferencia en la ciudad, el cual es asumido a partir de 1994 por el departamento del Valle del Cauca, en respuesta a sus obligaciones delegadas en el la Ley 100 de 1993, y como proyecto piloto en acuerdo con el entonces Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social.

A partir de 1995 y hasta el 2007 el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, CRUE, funciona a través de un convenio entre la Secretaría de Salud Pública Municipal y la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, como centro operacional, no asistencial, encargado de optimizar los recursos de infraestructura, técnicos, científicos, humanos, de traslado, comunicaciones e información de la red de prestación de servicios de salud públicos del departamento del Valle.

---

<sup>50</sup> Estudio Nacional de Salud Oral, 2005

<sup>51</sup> Rendón Luis F. Análisis de referencia y contrarreferencia de la red pública de hospitales Cali 2003- 2006. Mimeógrafo marzo 2007

Su objetivo es coordinar en forma permanente y racional el Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia, como una herramienta que garantiza la integralidad en las diferentes subredes de la atención en salud, ofreciendo a la comunidad una respuesta oportuna, pertinente y suficiente, de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red adscrita y no adscrita del departamento del Valle<sup>52</sup>. El CRUE administra diariamente un promedio de 120 llamadas para direccionar la referencia de pacientes, movilizandolos un promedio de 80 mil pacientes al año, cifra que representa el 10% del total de pacientes atendidos por urgencias en la red pública. El 54% del total corresponde a pacientes ubicados en la ciudad de Cali.

A partir de 2003 se inicia un trabajo de sistematización de las referencias de pacientes que se originan en la red pública de prestadores de servicios de salud del departamento, contabilizándose entre marzo de 2003 al 30 de enero de 2006, 332.342 remisiones de pacientes procedentes de 378 instituciones de Valle, Cauca, Nariño y Putumayo, originándose en Cali 180.268 remisiones procedentes de aproximadamente 282 IPS. El 74.1% de las remisiones proviene del primer nivel, 17% de segundo y el restante 8.9% de alta complejidad. Al mismo tiempo, los pacientes remitidos están afiliados a cerca de 173 entidades aseguradoras entre EPS, ARS, cajas de compensación familiar, entidades de seguros, administradoras de riesgos profesionales (ARP) y los entes territoriales, quienes responden por la afiliación o el pago de atenciones de la población atendida en las IPS y que necesitó alguna remisión<sup>53</sup>.

La población registrada en el CRUE corresponde a los usuarios habituales de los servicios de la red pública. Se presenta una mayor proporción del género femenino, en edades jóvenes y sin afiliación a la seguridad social. Se encontró una proporción importante de pacientes pertenecientes al régimen contributivo (17%) que corresponde a los atendidos en las instituciones privadas que consultan el CRUE o aquellos que necesitan los servicios de la red pública por tener periodos de cotización incompletos.

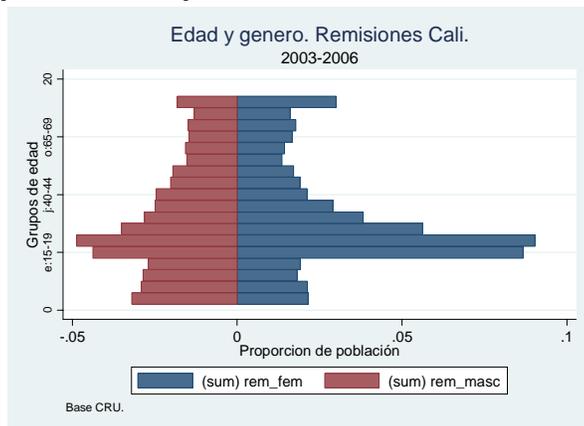
El 55% de los pacientes remitidos pertenece al género femenino. Con respecto a la edad, el 4.6% de los remitidos tienen menos de cinco años y el 75% tienen menos de 50 años. La media de edad para los adultos es de 28 años. La distribución por grupos de edad y sexo se presenta en la siguiente gráfica.

---

<sup>52</sup> Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca, presentación Power Point Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Valle del Cauca 2006

<sup>53</sup> Luis Fernando Rendón C. MD MSP, Mónica Bejarano C. MD Remisiones en la red de servicios del Municipio de Cali. Análisis y pautas para orientar la red de servicios. 2003-2006.

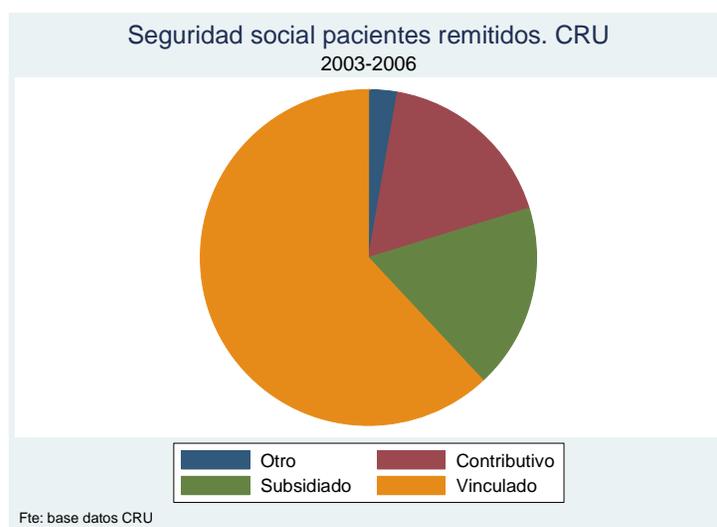
**Gráfica**  
**Edad y sexo de los pacientes remitidos. Cali 2003-2006.**



Fuente: Base de datos CRUE

Con relación a la seguridad social, el 62% de los pacientes aparece como pobres no asegurados, el 18% son afiliados al régimen subsidiado, el 17.4% al contributivo y el 2% restante tiene otro tipo de afiliación. La distribución de pacientes con otros regímenes se muestra en la siguiente gráfica:

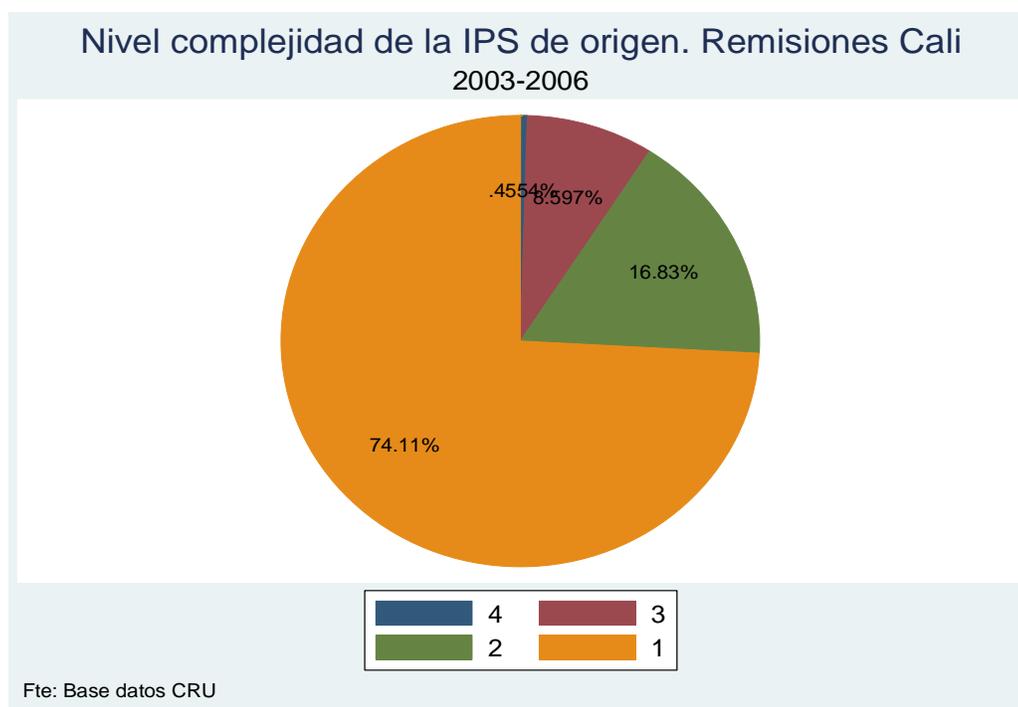
**Seguridad social de los pacientes remitidos.**  
**CRUE. Cali, 2003- 2006**



Fuente: Base de datos CRUE

El mayor volumen de pacientes remitidos procede del primer nivel de atención con el 74% de las remisiones, el 17% procede del segundo nivel y el restante 9% de instituciones de alta complejidad. A pesar de que el total de IPS que reportan en el municipio asciende a 285 y de las cuales solo el 52.6% son públicas, la mayoría (85%) de las remisiones provienen de la red pública.

### Remisiones según nivel de la IPS origen CRUE. Cali, 2003-2006



Fuente: Base de datos CRUE

En el género femenino la mayor proporción de las remisiones corresponde a la categoría de enfermedad general (82%) y los accidentes no especificados con el 8%. Para los hombres, la distribución es diferente correspondiendo a la enfermedad general el 58%, a las lesiones por agresión el 15.5% y los accidentes (tránsito y otros) el 23%.

Analizando las causas de remisión clasificadas como enfermedad general, se encuentra que entre las especialidades consultadas, cerca de una cuarta parte de las remisiones solicita la especialidad de ginecología y obstetricia; siguen en su orden medicina interna, cirugía general y ortopedia con cerca del 67% del total. El ordenamiento observado es similar para otros municipios del departamento y refleja los mayores problemas de atención de la red de servicios de la ciudad.

**Frecuencia de remisiones según especialidad solicitada  
CRUE. Cali, 2003-2006**

<b>Especialidad</b>	<i>Freq.</i>	<i>Percent</i>	<i>Cum.</i>
Ginecología y obstetricia	39,023	22.0	22.0
Medicina interna	30,715	17.3	39.4
Cirugía general	27,299	15.4	54.8
Ortopedia y traumatología	22,503	12.7	67.5
Pediatría	14,879	8.4	75.9
Neurocirugía	7,423	4.2	80.0
Oftalmología	3,945	2.2	82.3
Medico general	3,217	1.8	84.1
Medicina de urgencias y domiciliaria	2,794	1.6	85.7
Neurología	2,632	1.5	87.2
Otorrinolaringología	2,458	1.4	88.5
Urología	2,421	1.4	89.9
Cirugía pediátrica	2,243	1.3	91.2
<b>Subtotal</b>	<b>161,552</b>	<b>91.2</b>	
<b>Resto</b>	<b>15,655</b>	<b>9</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>177,207</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Base de datos CRUE

Las necesidades en salud de la población atendida reflejan el patrón de uso de servicios por problemas de salud que concuerdan con el perfil poblacional de causas de morbilidad y mortalidad descritas en este documento. Tanto los indicadores de frecuencia (casos y tasas) como los de gravedad (letalidad y Años de Vida Potencial Perdidos. AVPP) ubican el problema de las lesiones (intencionales o accidentales) como el principal problema de salud en la ciudad.

En el caso de la mortalidad prematura, las lesiones aportan cerca del 38% del total de los AVPP observados en el periodo 2003-2005 y las cifras se correlacionan con el volumen de remisiones realizadas y descritas para el género masculino. Especial atención merece el volumen de remisiones observado para la especialidad de medicina interna. En estos servicios de las instituciones de segundo y tercer nivel de atención se observa una gran congestión, pues las salas de hospitalización muestran porcentajes de ocupación que sobrepasan su capacidad instalada, lo cual representa una alta carga de enfermedad por condiciones como las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebro vasculares, la hipertensión arterial y la complicaciones de la diabetes *mellitus*. Estas enfermedades contribuyen con cerca del 8% del total de AVPP en el periodo 2003-2005.

Con relación a los diagnósticos se encontró que los más frecuentes en los hombres fueron las lesiones de causa externa y el trauma osteomuscular, que en conjunto corresponden a más del 30% de la remisiones

**Grupos diagnósticos en género masculino.  
CRUE. Cali, 2003-2006**

N	Cie10	Descripción	Remisión	%	Sum %
1	S06	Traumatismo intracraneal	3,173	3.93	3.93
2	J15	Neumonía bacteriana no clasificada	2,761	3.42	7.36
3	S21	Herida del tórax	2,667	3.31	10.66
4	S52	Fractura del antebrazo	2,271	2.81	13.48
5	I21	Infarto agudo del miocardio	2,006	2.49	15.96
6	K35	Apendicitis aguda	1,830	2.27	18.23
7	R10	Dolor abdominal y pélvico	1,457	1.81	20.04
8	I67	Otras enfermedades cerebrovasculares	1,423	1.76	21.8
9	S31	Herida del abdomen, región lumbosacra y pelvis	1,388	1.72	23.52
10	K37	Apendicitis no especificada	1,106	1.37	24.89
11	S01	Herida de la cabeza	1,061	1.32	26.21
12	S11	Herida del cuello	1,047	1.3	27.51
13	K92	Otras enfermedades del sistema digestivo	1,021	1.27	28.77
14	S82	Fractura pierna, inclusive el tobillo	863	1.07	29.84
15	S21	Herida del tórax	805	1	30.84
16	I50	Insuficiencia cardíaca	759	0.94	31.78
17	T11	Otros traumatismos de miembro superior	757	0.94	32.72
18	T15	Cuerpo extraño en parte externa del ojo	677	0.84	33.56
19	S72	Fractura del fémur	673	0.83	34.39
20	S42	Fractura del hombro y del brazo	659	0.82	35.21
<b>Sub total</b>			28,404	35.21	
<b>Otras causas</b>			52,272	64.79	
<b>Total</b>			80,676	100	

Fuente: base datos CRUE.

Para el género femenino llama la atención el gran volumen de remisiones relacionadas con las condiciones obstétricas, en especial, la atención de las embarazadas con amenaza de parto prematuro, preeclampsia, ruptura prematura de membranas y el aborto incompleto. Este comportamiento se correlaciona con la segunda causa de Años de Vida Potencial Perdidos, AVPP, en la población general que son las enfermedades y

trastornos del periodo perinatal. Es importante resaltar que las condiciones perinatales adquieren gran relevancia como causa de mortalidad prematura y reflejan la calidad de la atención en los servicios de atención obstétrica y del recién nacido.

**Grupos Diagnósticos en Género Femenino.  
CRUE. Cali, 2003-2006**

n	CIE10	Descripción	Remis	%	%acm
1	O60	Parto prematuro	4,436	4.5	4.5
2	O03	Aborto espontáneo	2,519	2.6	7.1
3	J15	Neumonía bacteriana	2,422	2.5	9.5
4	O04	Aborto médico	2,377	2.4	11.9
5	K35	Apendicitis aguda	2,172	2.2	14.2
6	I21	Infarto agudo del miocardio	1,885	1.9	16.1
7	R10	Dolor abdominal y pélvico	1,854	1.9	18.0
8	I67	Otras ECV	1,841	1.9	19.8
9	O15	Eclampsia	1,575	1.6	21.4
10	O48	Embarazo prolongado	1,554	1.6	23.0
11	O42	Ruptura prematura de las membranas	1,529	1.6	24.6
12	S06	Traumatismo intracraneal	1,367	1.4	26.0
13	K37	Apendicitis no especificada	1,331	1.4	27.3
14	O42	Rpm	1,233	1.3	28.6
15	Z32	Examen y prueba del embarazo	1,204	1.2	29.8
16	S52	Fractura del antebrazo	1,170	1.2	31.0
17	O15	Eclampsia	1,159	1.2	32.1
18	K81	Colecistitis	1,020	1	33.2
19	I10	Hipertensión esencial (primaria)	909	0.9	34.1
20	O03	Aborto espontáneo	895	0.9	35.0
<b>SUBTOTAL</b>			<b>34,452</b>	<b>35.2</b>	
<b>OTRAS CAUSAS</b>			<b>63,939</b>	<b>64.8</b>	
<b>TOTAL</b>			<b>98,391</b>	<b>100</b>	

Fuente: Base de datos CRUE.

El siguiente aspecto analizado para el total de remisiones fue el relacionado con el movimiento de los pacientes entre los niveles de atención. En la siguiente tabla, se muestra la proporción de remisiones entre las instituciones de origen y destino:

**Remisiones entre niveles de atención  
 CRUE. Cali, 2003-2006**

nivel inst origen	Nivel institución destino				Total
	1	2	3	4	
1	5.43	46.12	48.31	0.14	132,701
2	5.74	25.45	68.61	0.20	30,061
3	21.96	62.15	14.22	1.67	15,391
4	4.55	32.23	55.84	7.38	813
Total	6.90	43.97	48.82	0.31	178,966

Fuente: Base de datos CRUE.

En sentido horizontal se encuentran las proporciones de remisiones que salen de los diferentes niveles de atención y en sentido vertical se ilustran las proporciones que llegan a las IPS según los mismos niveles. Se resalta un volumen considerable de remisiones que llegan directamente al tercer nivel desde el primero (48.3% para remisiones al interior del municipio) y una proporción significativa de remisiones que salen del tercer nivel hacia el primero -contrarreferencia de pacientes que corresponden al 22% del total de remisiones del tercer nivel-.

La pertinencia, medida como el grado de no concordancia entre el nivel del diagnóstico de la remisión y el de la institución origen, se encontró en el 91% de las remisiones en Cali y la coherencia (concordancia entre el nivel del diagnóstico y el nivel de la institución destino) en el 27.1% de las remisiones en Cali.

Las especialidades en las que se encontró un menor grado de coherencia fueron: urología (2.5%), psiquiatría (3.9%), cuidado neonatal (12.5%), ORL (17%), oftalmología (19%) y ortopedia (29%) entre otras.

Las instituciones con mayor volumen de remisión se presentan en la siguiente Tabla, observando que casi el 18% de las remisiones son originadas en el Hospital Carlos Holmes Trujillo, seguido de los otros centros hospitalares y el HUV, que es la institución pública con el más alto nivel de complejidad en el Valle del Cauca.

**Instituciones de origen de las remisiones Cali**  
**CRUE. Cali, 2003-2006<sup>54</sup>**

<i>Id</i>	<i>hombre institución origen</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>%acum</i>
1	CH CARLOS HOLMES TRUJILLO	31,676	17.57	17.6
2	CH JOAQUIN PAZ BORRERO	15,890	8.81	26.4
3	CH PRIMITIVO IGLESIAS	14,739	8.18	34.6
4	HUV	14,458	8.02	42.6
5	CH CARLOS CARMONA E.S.E.	13,875	7.7	50.3
6	H. SAN JUAN DE DIOS	13,513	7.5	57.8
7	C de S. SILOE	10,252	5.69	63.5
8	CH CAÑAVERALEJO NAP 3	7,409	4.11	67.6
9	H. MARIO CORREA RENGIFO	6,783	3.76	71.3
10	C de S TERRON COLORADO	5,828	3.23	74.6
11	C de S MARROQUIN CAUQUITA	3,372	1.87	76.4
12	C de S LA RIVERA	2,948	1.64	78.1
13	EMI	2,886	1.6	79.7
14	C de S PRIMERO DE MAYO	2,565	1.42	81.1
15	H. CLUB NOEL	2,486	1.38	82.5
16	H. COMFENALCO VALLE IPS	1,713	0.95	83.4
17	C de S EL VALLADO	1,400	0.78	84.2
18	LUIS H GARCES	1,266	0.7	84.9
19	C de S CRISTOBAL COLON	1,197	0.66	85.6
20	CASA	1,155	0.64	86.2
21	SIQUIATRICO SAN ISIDRO HOSPITALITO INFANTIL NIÑO	1,134	0.63	86.8
22	DIOS	1,084	0.6	87.4
23	VERSALLES, CLINICA	1,073	0.6	88.0
24	CALLE	1,008	0.56	88.6
25	TEQUENDAMA-CLINICA LTDA	984	0.55	89.1
26	C de S MELÉNDEZ	957	0.53	89.7
27	VALLE DEL LILI –FUNDACION	789	0.44	90.1
SUBTOTAL		162,440	90.1	
OTRAS CAUSAS		17,824		
TOTAL		180,264		

Fuente: Base de datos CRUE.

El análisis de pertinencia de las remisiones refleja que los pacientes en su mayoría son remitidos adecuadamente, pero la direccionalidad de las remisiones es inadecuada, lo cual explica el bajo nivel de concordancia entre el nivel de complejidad del diagnóstico y el de la institución receptora. Este hecho está confirmando la observación empírica de

<sup>54</sup> C.H: Centro hospital. H: Hospital, C de S: Centro de Salud.

la insuficiencia del segundo nivel en la ciudad de Cali. En este aspecto, es necesario que la red pública departamental y el sistema municipal de salud de Cali rediseñen la atención en red en las áreas prioritarias de ginecología, obstetricia y cuidado neonatal, medicina interna, cirugía general y ortopedia como procesos prioritarios, sin desconocer las necesidades de inversión en otras áreas de la atención -pediatría y subespecialidades-.

Respecto a la consolidación del modelo de atención es urgente que el ente territorial retome la función de articulación del sistema de salud dentro de un enfoque sistémico que comprenda la dimensión interinstitucional, intersectorial, de educación en salud y participación social rescatando los esquemas de reorganización en sistemas locales de salud o distritos de salud como espacios donde se consolidan los procesos de descentralización administrativa y desarrollo de redes sociales de apoyo y de servicios complementarios de salud.

## 10. ANÁLISIS DE REDES SOCIALES EN SALUD<sup>55</sup>

En este aparte se evalúa el sistema de salud de Cali, subsector público, desde la perspectiva de las redes complejas y de la economía, su estado y evolución en el periodo 2003-2007, haciendo uso de la base de datos del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Departamento del Valle, CRUE (ver estudio de soporte “El sistema de salud pública: un análisis desde la visión de las redes complejas”).

Se entiende el sistema de salud de Cali como un todo integrado por dos componentes básicos: un entorno externo, compuesto por los determinantes socio-económicos, ambientales y de seguridad, y un sistema interno, conformado por las interrelaciones de los agentes, privados y públicos, que participan del proceso de salud en la ciudad. Los resultados del sistema son producto de las interrelaciones entre el entorno externo y el sistema interno.

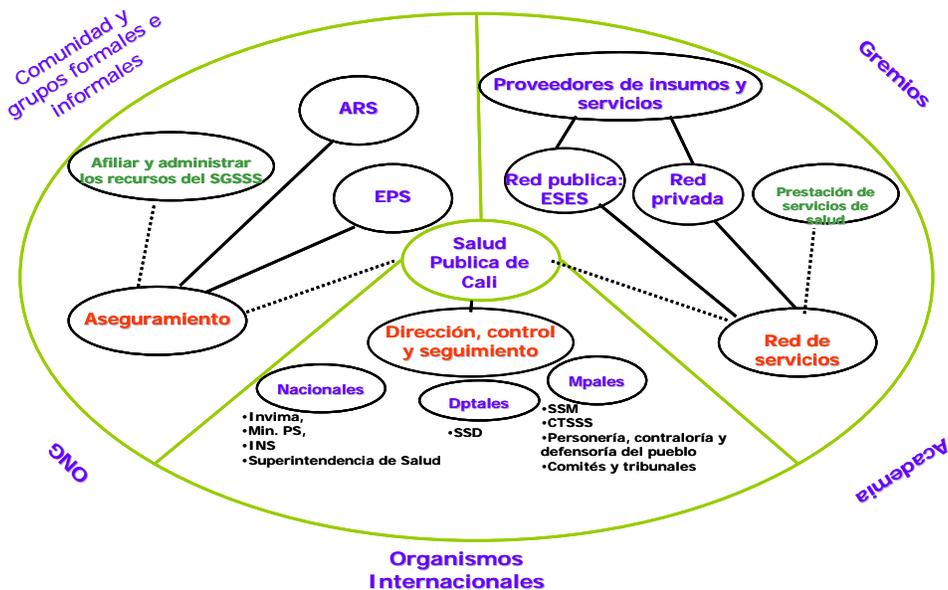
### ***Descripción cualitativa de la red***

En consulta con diversos actores y sectores del sistema se detectaron 27 nodos que pueden agruparse en cuatro grupos, según su función dentro del sistema: dirección, control y seguimiento, aseguramiento, red de servicios y entorno.

---

<sup>55</sup> Lina María Restrepo y Boris Salazar. Sistema de salud pública visto desde las redes complejas. CETES, Universidad del Valle. Cali, 2007

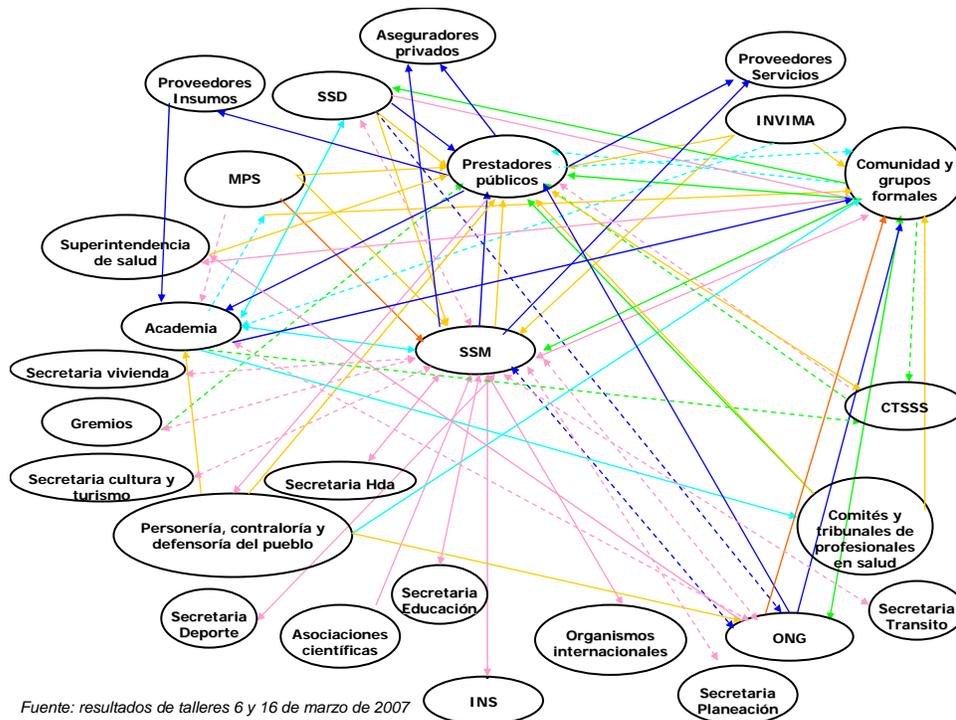
### Componentes de la red de salud. Cali



Los nodos se articulan a través de interacciones que se pueden clasificar en

1. Normatividad, seguimiento, vigilancia y control
2. Prestación de servicios y asistencia técnica
3. Representatividad
4. Provisión de información
5. Financiación
6. Contratación

### Interrelación de actores red de salud de Cali



El gráfico anterior permite observar que el nodo aglutinador del Sistema es la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Este nodo está directamente relacionado con los entes de dirección del Sistema, Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud; Invima y la Secretaría Departamental de Salud y su relación está dada por el vínculo denominado normatividad, seguimiento, vigilancia y control.

Como hallazgo se encontró la poca relación de la Secretaría de Salud Pública Municipal con el Consejo Territorial de Seguridad Social y entes de control del orden municipal como la Personería, Defensoría y Contraloría. Los vínculos de normatividad desde la Secretaría solo se producen con los prestadores públicos de la ciudad.

Según el vínculo de prestación de servicios y asistencia técnica es la Secretaría de Salud Pública Municipal el nodo aglutinador con la red de prestadores públicos de la ciudad. Se observó desarticulación con las comunidades y las ONG, los aseguradores y los prestadores, hallazgo que podría evidenciar una probable desarticulación entre las necesidades de la población y las medidas tomadas por instancias de poder sobre la provisión de servicios de salud. Hay una total ausencia del subsector privado de prestación de servicios no porque éste no tenga papel preponderante en la prestación de servicios de salud en la ciudad sino porque es ajeno a los procesos de planeación como el adelantado en este estudio.

Fueron detectados vínculos de relación entre la academia y las secretarías de salud, tanto municipal como departamental, con provisión de servicios en las dos direcciones.

Se evidenciaron vínculos de representación en espacios de participación social, juntas directivas de las ESE, y de procesos dirigidos por las secretarías de salud municipal y departamental, el CTSSS y las ONG. Los gremios y los prestadores públicos, la academia y la comunidad con el CTSSS; este último con los prestadores se articula de forma tangencial.

Con respecto al vínculo de provisión de información se encuentra una gran desarticulación. Si bien la Secretaría de Salud Pública Municipal es el principal receptor de información de los otros nodos, no la transfiere dentro del sector y menos aún a otros sectores relacionados con el bienestar de la población. La desarticulación en la información puede ser causa de la desarticulación entre las necesidades de la población y la toma de decisiones del sector salud.

El vínculo de financiación solo se observó desde el Ministerio de Protección Social hacia la Secretaría de Salud Pública Municipal.

Este estudio, desde las redes sociales del sector salud, permite observar en la ciudad de Cali una desarticulación del sector público con el privado y una importante articulación entre la Secretaría de Salud Pública Municipal y los prestadores públicos de servicios de salud. Los vínculos se caracterizan en gran parte por ser de contratación, normatividad y prestación de servicios. Se observa una ausencia importante del flujo de información.

La Secretaría de Salud Pública Municipal es reconocida por los actores como un nodo central capaz de articularse con otros nodos de orden intersectorial. Sin embargo, es necesario legitimarla y fortalecer su capacidad de distribuir información que puede ser útil para la toma de decisiones en pro de la salud de los habitantes del municipio.

Es necesario desarrollar actividades que promuevan el conocimiento de los actores sobre la estructura de la red, para que en virtud de esto exploten las posibilidades que esta tiene para proveer información que puede redundar en interesantes elementos de planeación y de política pública.

### ***El Sistema General de Seguridad Social en Salud: un análisis de redes***

Este aparte se construye con base en la información de referencias y contrarreferencia del Centro Regulador de Urgencias y Emergencia del Valle del Cauca, CRUE, y tiene por objeto identificar los principales nodos de la red de prestación de servicios de Cali.

El CRUE ha logrado incrementar la eficiencia de la red del sector público. Fue evidente la ausencia del sector privado, el que, contrario a lo establecido en la ley, no funciona como un mercado ni promueve la integración a través de redes.

El nivel I, de baja capacidad resolutive y bajo grado de saturación, origina el 74% de las remisiones coordinadas por el CRUE. La mayoría son dirigidas al nivel II (46%) y III (49%). Recibe pacientes provenientes de los niveles I (63%) y III (23%); paradójicamente el 56% de los diagnósticos que atienden son del nivel II (56%).

Las IPS de nivel II originan el 17% de las referencias y recibe el 43% tendiendo a quedarse con la mayoría de las remisiones que les llegan, las cuales provienen en un 78% del nivel I, en un 10% del mismo nivel y en un 12% del nivel III. El 4.9% de sus referencia tiene por destino hospitales de nivel I y las restantes van dirigidas la nivel III de atención.

Es importante resaltar que el 63% de las remisiones que moviliza el CRUE está clasificadas en segundo nivel pero solo el 54% de éstas tiene por destino IPS de segundo nivel, cifras que indican baja capacidad de respuesta de las IPS de este nivel de complejidad en la ciudad y a la vez se demuestra la importancia que este nivel tiene en la resolución de problemática de salud de la población.

Es notoria la fragilidad del segundo nivel de complejidad y su incapacidad a dar respuesta a las necesidades de los pacientes en este nivel de complejidad, demanda que ha sido absorbida por el Hospital Universitario del Valle. Esta fragilidad obedece a causas de orden financiero que generan desactualización de la infraestructura tecnológica de los hospitales y que desincentivan la atención a otros niveles de complejidad, reflejando incoherencias entre las demandas de la sociedad, la capacidad instalada y la capacidad resolutive.

El tercer nivel de atención origina el 8.1% de la remisiones y recibe el 49% de todas las referencias coordinadas a través del CRUE. Este nivel se caracteriza por conservar el mayor número de los pacientes recibidos dada su condición de máxima complejidad dentro de la red. El 73% de los pacientes recibidos se origina en el nivel I mientras el 63% de los pacientes que refiere tienen por destino IPS del segundo nivel dato indicativo de saturación de su capacidad. El sistema de salud, en lo concerniente a los prestadores públicos, depende de la capacidad del HUV para responder a las urgencias de una ciudad con graves problemas ambientales, de seguridad y de desigualdad económica, entidad que debe suplir la baja capacidad del nivel II público

de atención. Es, en consecuencia, el *nodo central* del sistema público de salud de la ciudad de Cali y del departamento del Valle del Cauca.

La tendencia general observada es que las instituciones de mayor grado de complejidad son receptoras del mayor número de pacientes y originan el menor número de referencias, hallazgo que podría explicarse en: mayor capacidad resolutoria, incentivos económicos de mayor rentabilidad por atenciones de urgencias.

El cuarto nivel representado en una sola IPS de origen privado de atención origina el 0.5% de la referencia y recibe el 0.3%. Tal comportamiento puede explicarse en que la clínica de nivel IV no hace parte de la red pública y solo se conecta a ella cuando hay incentivos de índole económico para atender pacientes, como por ejemplo, los pacientes lesionados en accidentes de tránsito.

El estudio hace evidente barreras de acceso al IV nivel de atención representado en Cali por la Clínica Fundación Valle del Lili. Es indispensable diseñar incentivos que promuevan la complementariedad entre hospitales públicos y privados, de tal forma que se garantice el acceso de toda la población a cualquier nivel de complejidad.

El análisis de la dinámica de la red muestra el comportamiento jerárquico de los nodos. Los hospitales de Nivel II y III (HUV; San Juan de Dios y Mario Correa) reciben el 90% de la referencias de la ciudad. El origen del 73% de las remisiones se condensa en 10 instituciones – la mayoría de nivel uno-, de las cuales la cuarta parte son emitidas por el Carlos Holmes Trujillo.

La red de prestación pública de la ciudad de Cali es enormemente vulnerable dada la concentración de respuestas en el HUV. De presentarse problemas para la recepción de pacientes en este nodo central el sistema entraría en caos. En cambio, la desaparición de cualquier otra institución no generaría grandes problemas al sistema.

El seguimiento hecho a las causas de remisión hace evidente una ciudad violenta, con alta accidentalidad de tránsito, y en consecuencia, alta demanda de urgencias en neurocirugía, cirugía general, ortopedia y trauma.

Fue notorio también el alto requerimiento del sistema en servicios de obstetricia, evidenciando la frecuencia de embarazos de alto riesgo o el inadecuado seguimiento a la gestante.

Se observó el comportamiento de la red desde el punto de vista geográfico, encontrándose que la zona centro de la ciudad, donde se ubican los Hospitales Universitario del Valle, San Juan de Dios y Club Noel, es la zona que recibe mayor número de pacientes desde todos los puntos cardinales de la ciudad.

Se observó que es el oriente de Cali la zona que más pacientes refiere y es, a su vez, el área más desprotegida en cuanto a la oferta de servicios de salud, obligando a los

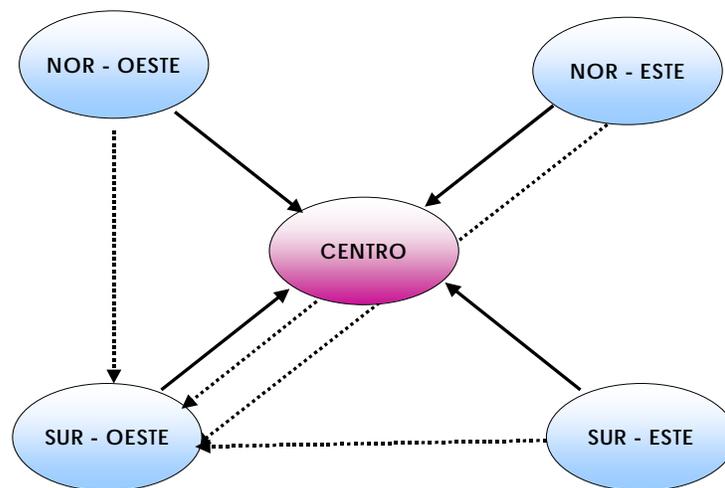
pacientes a desplazarse hasta el centro de la ciudad para obtener la atención en salud requerida de carácter urgente.

La zona norte tampoco logra resolver la problemática de salud; al igual que el oriente, solo dispone de hospitales de nivel I con baja capacidad resolutive por lo cual debe desplazar pacientes hacia el centro de Cali.

El suroriente cuenta con los hospitales Carlos Carmona de nivel I y Mario Correa Rengifo, resolviendo en algún porcentaje las urgencias de sus pobladores; sin embargo, no logran solucionar el 100% de los problemas refiriendo pacientes hacia el nodo central de la red.

El suroccidente es un área con baja capacidad resolutive pero con bajo número de remisiones a través del CRUE, muy probablemente por ser centro de salud (Terrón Colorado) con dependencia técnica y jerárquica con el Hospital de Cañaveralejo, donde muy probablemente se remiten pacientes directamente.

#### Vínculos entre los nodos del sistema de salud de Cali, según las áreas geográficas



Al distribuir los principales nodos en las áreas geográficas en donde se encuentran ubicados, se puede afirmar que es en el eje central donde se “concentran” los nodos centrales o *hubs* de la red de salud de Cali. El norte y el oriente de la ciudad, se encuentran desprotegidos de nodos con capacidad resolutive a urgencias de mediana y alta complejidad.

## 11. OFERTA DE OTROS SECTORES

Cali es una ciudad moderna, no planificada, pero con desarrollo urbanístico y comercial.

Organizada administrativamente en 22 comunas, tiene 96 urbanizaciones, 245 barrios aprobados donde se ubican un total de 513.844 viviendas, en su mayoría casas (55%) y en menor porcentaje apartamentos (39%) y cuartos de habitación (5%).

La administración municipal ha dispuesto Centros de Administración Local Integrada, CALI, en cada comuna, con el ánimo de acercar la administración municipal a los ciudadanos y hacer más fáciles algunos trámites administrativos y el pago de los servicios públicos.

La ciudad cuenta con 2.457 centros educativos ubicados a lo largo y ancho del territorio, de los cuales el 42% atiende a la población preescolar, 36% a la de educación primaria, 21.5% secundaria y técnica y el 0.5 % universitaria. Estas últimas entidades se ubican en las comunas 5,17, 19, y 22.

El sector justicia ofrece servicios a través de 135 juzgados, 18 fiscalías especializadas, dos casas de justicia localizadas en sectores críticos de la ciudad, como el Distrito de Aguablanca y Siloé.

Cali cuenta con 20 inspecciones de policía, nueve estaciones de bomberos y 13 centros de atención inmediata, CAL.

El sector comercio obedece al “boom” internacional de los grandes centros comerciales. Cali cuenta con seis de ellos, cuatro ubicados al sur de la ciudad: Jardín Plaza, Unicentro, Palmetto Plaza y Cosmocentro; y dos al norte: Chipichape y Único.

El servicio bancario presta atención a través de 266 oficinas, distribuidas en toda la ciudad, principalmente en el norte y sur, concentradas en los centros comerciales. Hay menos representación en las comunas del oriente

La ciudad cuenta con seis plazas de mercado y un número no reportado de sucursales de varias cadenas de supermercados.

La ciudadanía cuenta con 27 unidades recreativas y únicamente cinco unidades deportivas.

**Oferta otros sectores. Cali, 2005**

Comunas	Centros Educativos Preescolar	Centros Educativos Primaria	Centros Educativos Secundaria y Media	Universidades	Unidades Recreativas	Plazas de mercado	Unidades Deportivas
1	28	26	15		1	0	
2	48	32	22		4	0	
3	19	20	12		1	0	
4	34	40	20		0	1	
5	46	28	15	1	2	0	
6	57	53	27		4	0	
7	44	45	21		1	1	
8	62	51	23		0	1	
9	23	19	11		0	1	
10	49	31	13		2	1	
11	53	48	24		2	0	
12	39	39	20		1	0	
13	69	74	49		3	0	
14	83	85	65		0	0	
15	64	62	32		1	0	
16	54	56	24		0	0	
17	38	15	8	1	1	0	
18	50	44	27		1	0	
19	64	37	26	4	2	0	5
20	33	35	16		0	1	
21	47	47	39		0	0	
22	22	19	16	4	1	0	
Total	1026	906	525	10	27	6	5

## 12. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

Incluir la participación en este panorama general de los determinantes de la salud en Cali es parece importante, ya que permite explorar las dinámicas de la participación de los ciudadanos en los asuntos públicos, en la defensa de derechos individuales y colectivos, en procesos de autogestión y de interlocución con el Estado. Situación fundamental para la consolidación de prácticas democráticas e incluyentes y de ejercicio de ciudadanía, que contribuyen al fortalecimiento de la gobernabilidad democrática.

El balance de la gestión de la participación de los ciudadanos en los asuntos públicos, durante el primer año y medio del gobierno del alcalde Apolinar Salcedo, da cuenta de procesos fragmentados y de la ausencia de una visión estratégica en la materia. Se destacan diversos niveles de desarrollo en cada una de las dependencias, muchos de

ellos, para cumplir con los requerimientos y requisitos que plantea la ley (Isaza y Villota, 2005), más que para fortalecer procesos permanentes que permitan consolidar una ciudadanía más activa.

Siguiendo el marco normativo nacional y local sobre la participación social, desde la administración municipal se impulsan diversos procesos con diferentes niveles de avance, entre los que se encuentran, la promoción formal de mecanismos como las Juntas de Acción Comunal y las Juntas Administradora Locales, instancias de participación del Sistema de Municipal de Planeación, Consejo Municipal de Juventud, Consejo Municipal de Desarrollo Rural.

La participación de los ciudadanos en salud a partir de la reforma sectorial -Ley 100 de 1993-, se concentra principalmente alrededor de la vigilancia de la prestación de los servicios de salud, con un predominio de la vigilancia de la atención del usuario-consumidor individual, promoviéndose, por encima de otras instancias que establece la ley, las ligas o asociaciones de usuarios, los comités de ética hospitalaria y las veedurías. En muy pocos casos se trasciende al nivel de la gestión de la entidad y mucho menos, se avanza en la consolidación de procesos de participación permanentes y con mayor incidencia en la toma de decisiones.

Según un estudio realizado en el 2002 por Foro Nacional por Colombia y la Secretaría de Salud Pública Municipal (Duque et al, 2006), se evidencian esfuerzos y alcances importantes agenciados por la Secretaría de Salud Pública Municipal y organizaciones del sector en la participación social alrededor de temas de salud. La participación de los ciudadanos en salud, tal como se concibe a partir de la reforma -Ley 100 de 1993-, principalmente se ejerce en el marco específico de cada entidad prestadora de servicios. Se limita a vigilar la calidad desde la óptica parcial del usuario individual con el apoyo de las instancias respectivas -ligas o asociaciones, comités de ética hospitalaria, veedurías-. En muy pocos casos se trasciende al nivel de la gestión de la entidad y mucho menos se alcanza a dar una mirada al sector y al contexto.

En el mismo estudio se llama la atención sobre el debilitamiento de escenarios propositivos y de concertación tanto de las políticas como de los planes sectoriales y territoriales, tal es el caso de los Comités de Participación Comunitaria, CPC; más bien, se evidencia el fortalecimiento de las ligas o asociaciones de usuarios como instancia de representación de los usuarios en la prestación de los servicios de salud.

Esta decisión puede encontrarse en la base misma del retroceso que hoy experimenta la participación ciudadana en este sector, en donde se privilegian instancias a través de las cuales se dan curso a las quejas y demandas de los usuarios individuales del sistema de salud, más que a ejercicios de ciudadanía para la defensa y exigibilidad de los derechos, el control social y en general, la gestión ciudadana en temas de interés público.

Los resultados de este estudio<sup>56</sup> señalan que, en su mayoría, las personas que participan en estas instancias corresponden a mujeres y población mayor. Su nivel de escolaridad es bajo, pues el 50% no alcanzan a completar niveles de escolaridad de básica secundaria. Se evidencia que quienes participan tienen antecedentes de participación en diversos escenarios y el 82% de los encuestados, participa simultáneamente en diversas organizaciones sociales.

Algunas hipótesis y conclusiones a partir de los resultados anteriores fueron sugeridas en el estudio antes citado: la participación en el sector salud está ligada al uso de los servicios; esto explicaría la alta proporción de mujeres y adultos mayores, para quienes existe una gran oferta de servicios tales como hipertensión, diabetes, control prenatal, crecimiento y desarrollo, lactancia, entre otros. Otra posible razón puede asociarse al carácter voluntario de este tipo de procesos de participación -sin incentivos monetarios-, lo cual facilitaría las cosas para las mujeres y los adultos mayores, ya que tradicionalmente dependen económicamente de otros o se encuentran jubilados.

Por su parte, el bajo nivel de escolaridad de la población que acude regularmente a estos escenarios hace suponer limitaciones en los alcances de los procesos participativos, debido al desconocimiento sobre los mecanismos e instancias de operación del Estado, así como de la normatividad; al igual que la profundidad de los análisis y de los juicios emitidos y la generación de propuestas más amplias que superen la vigilancia sobre casos individuales relacionados con la prestación de los servicios.

Frente al hecho de que las personas participen en varios espacios, puede verse como una potencialidad por el aporte que pueden hacer en los diversos espacios a los que asisten, ampliando los campos de análisis y redimensionando los procesos políticos y la realidad de las comunidades como un todo y no como una serie de problemas fragmentados que requieren análisis e intervenciones sectoriales e igualmente fragmentadas.

Sin embargo, esta “potencialidad” también puede interpretarse como un obstáculo, ya que esta múltiple participación, atomiza la atención, la profundidad en los análisis, el tiempo y los esfuerzos. Más aún cuando a partir de la Constitución de 1991 se viene dando una proliferación de escenarios y mecanismos de participación, en muchos casos, manipulados con intereses instrumentales para cumplir con lo establecido por norma generalmente por los organismos del Estado o con intereses políticos particulares.

A partir de 2004, se ha realizado un esfuerzo desde salud pública y epidemiología por construir espacios de participación que trasciendan la relación usuario-prestador, para

---

<sup>56</sup> Los resultados del estudio realizado por Foro en 2002, no son producto de una muestra estadísticamente representativa en la medida en que no se contó con la delimitación precisa del universo objeto de estudio. No obstante, se realizaron 123 encuestas a personas que hacen parte de instancias de participación social en salud y los grupos focales realizados con funcionarios de entidades de salud públicas y privadas, ofrecen información sobre las tendencias generales, pero que, dada la limitación estadística, no es posible inferir al universo total porque no se cuenta con parámetros claros como margen de error o nivel de confiabilidad del dato.

replantear la lógica de la participación y ubicar en la agenda ciudadana nuevamente la salud como un derecho de ciudadanía.

El proceso condujo a la organización de mesas de participación por comuna, área y ciudad. En la actualidad se encuentran constituidas 15 mesas de participación en el mismo número de comunas y tres mesas por cada una de las cuencas del área rural, las comunas restantes cuentan con grupos de trabajo que aún no cumplen los criterios de mesa establecidos por la Secretaría de Salud Pública Municipal.

Así mismo, se ha diversificado el número de organizaciones comunitarias que participan de estos espacios y en la actualidad han logrado convocar Juntas de Acción Comunal, Juntas Administradoras Locales, grupos juveniles y demás grupos organizados de la comunidad. Además, en las mesas se empiezan a diversificar los grupos que participan, vinculando a nuevas organizaciones así como a personas de edad más joven. Sin embargo, es necesario subrayar que éste es, aún, un proceso incipiente del cual no existen todavía análisis suficientes.

## CAPÍTULO IV. Prioridades en salud

En este capítulo se presenta un recuento de los hallazgos del análisis de la situación de salud de Cali, con el objeto de resaltar los aspectos más relevantes y definir prioridades de intervención desde el punto de vista de determinantes sociales, las condiciones de salud de los y las caleñas y la organización de la oferta de servicios.

### SEGÚN DETERMINANTES SOCIALES: INEQUIDADES

En Cali se evidencian múltiples tensiones sociales, culturales, políticas y económicas, muchas de ellas fundadas en la exclusión social, que ha sido producto de la consolidación de una élite económico-política y que ha ostentado el poder históricamente, determinando los enfoques y orientaciones de las políticas del Estado hacia la satisfacción de intereses particulares y no a la distribución equitativa de los recursos y la eliminación de las desigualdades evitables de amplios grupos poblacionales.

Esto ha generado en el municipio un deterioro de la respuesta estatal, debido a situaciones recurrentes de corrupción y clientelismo, generando, como consecuencia, falta de credibilidad de los ciudadanos en las instituciones y encontrando mejores respuestas en el mercado. Esto ha determinado un distanciamiento entre el sector privado y público, y para algunos sectores políticos y económicos, se ha convertido en una justificación para continuar con la reducción de las funciones del Estado y la privatización de los servicios.

Se entiende por inequidad en salud la existencia de diferencias en el estado de salud de las personas o poblaciones, las cuales son innecesarias, evitables y, al mismo tiempo, consideradas injustas e inconvenientes<sup>1</sup>. La concepción de estado de salud deberá ser comprendida de manera amplia, que abarque no solo la enfermedad física sino también el entorno psicológico y social de las personas –comunidades-, el desarrollo de sus potencialidades y su propia capacidad de auto cuidado y autodeterminación.

En la definición del estado de salud se deben involucrar no solo los aspectos técnicos, que por lo general se establecen a través de indicadores negativos que valoran la presencia de enfermedad -mortalidad, morbilidad, discapacidad-, sino también los determinantes sociales, económicos y políticos que son causales de los resultados en salud. Para que un sistema de salud opere con equidad se requieren al menos tres imperativos<sup>ii</sup>:

- Igual acceso a la atención para igual necesidad.
- Igual utilización de recursos para igual necesidad.
- Igual calidad de la atención para todos.

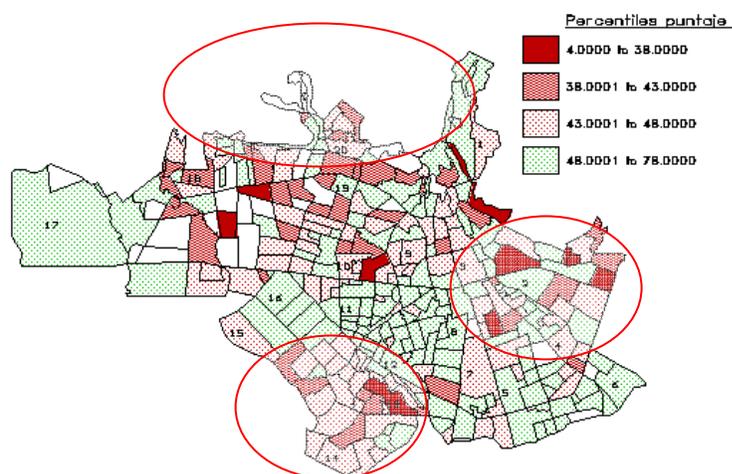
La operacionalización de estas variables en la práctica es sumamente compleja. La medición del acceso a la atención, la utilización de los recursos, la calidad de la atención y su relación con las necesidades representan retos para los administradores de los servicios de salud. En la práctica, se establecen variables resultado del sistema como por ejemplo: la valoración de la carga de la enfermedad, su variación geográfica y su correlación con otros indicadores de distribución de recursos, como la presencia de servicios de salud, presupuestos o inversiones de las agencias estatales.

Para determinar la presencia de inequidad, se debe entonces, evidenciar una distribución desigual de medios o resultados en salud que puede ser evitable y debe existir un enlace entre la naturaleza de la distribución según las necesidades y la agencia o institución que la promueve<sup>iii</sup>.

En el caso del municipio de Cali, en su área urbana, hay una distribución desigual de sus poblaciones. Según sus características sociales y económicas, se observa una concentración de la pobreza en las zonas de ladera (comunas 18, 20 y 1), oriente (comunas 13, 14, 15 y 21) y la zona nororiente de la ciudad (comunas 6 y 7). Esta distribución condiciona la ubicación de muchos de los recursos necesarios para la atención de la población en los sectores de salud, saneamiento básico, educación, etc. En el siguiente mapa, se observa la distribución por barrios de la población registrada por el Sistema de Identificación de Beneficiarios del régimen subsidiado –Sisben-.

### Población según puntaje Sisben. Cali. 2003.

Promedios puntaje SISBEN. Cali. 2003



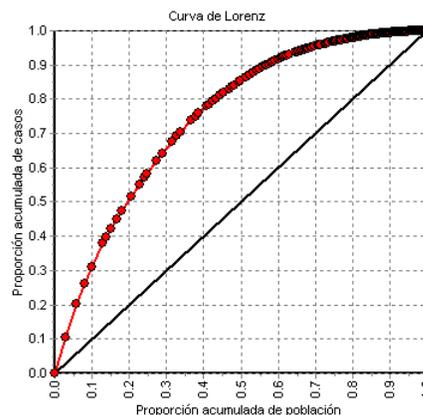
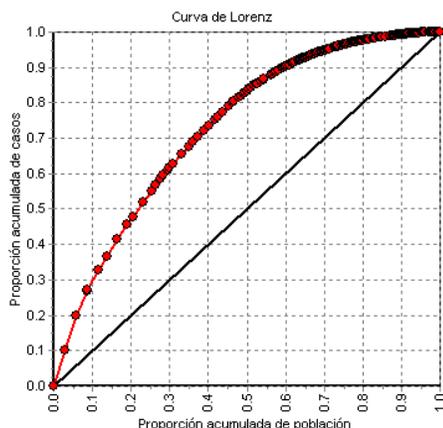
Fuente: Base datos del Sisben. 2003

La escala representa los cuartiles de distribución del promedio por barrio del puntaje asignado a cada hogar, según la encuesta Sisben; así el primer cuartil (0-25%) son los barrios con promedios de puntaje de 0 a 38 puntos, el segundo cuartil que coincide con la mediana de la distribución corresponde a 38.1 a 43 puntos y así sucesivamente. La ubicación de los barrios con menor puntaje muestra áreas de riesgo para población en pobreza. Si se tiene en cuenta que la población con puntaje menor de 40 puntos está en extrema pobreza y se examina su distribución por comuna se obtiene un índice Gini de 0.34, mostrando una concentración del indicador en los barrios marcados según la escala.

La concentración de la pobreza puede correlacionarse con otras variables del estado de salud, como es el indicador de mortalidad prematura o Años de vida Potencial Perdidos, AVPP, debido a la confluencia de los determinantes sociales, económicos y de acceso a los servicios de salud que afectan a las poblaciones más vulnerables. El siguiente gráfico ilustra el grado de correlación entre las dos variables.



**Curva de Lorenz para mortalidad prematura y personas en condición de pobreza**



Gini AVPP=0.46

Gini pobreza=0.49

Para el caso del indicador de mortalidad prematura, el 40% de la población concentra el 70% de la mortalidad observada, en forma similar el 50% de la población censada concentra el 85% de la población en extrema pobreza.

La relación entre el indicador de AVPP y la población expuesta al riesgo se establece mediante el cálculo de la tasa AVPP por comuna y su correspondiente ajuste por edad, para así poder realizar comparaciones entre las áreas geográficas.

**Tasa AVPP ajustada por edad. Cali. 2003-2005.**

comuna	N <sup>57</sup>	Tasa AVPP cruda 2003-05	Tasa AVPP ajustada 2003-2005	RR
17	183646	0.0352	0.036555	1
19	147055	0.04298	0.048285	1.32
2	128893	0.04426	0.049445	1.35
5	79804	0.06516	0.067598	1.85
9	82081	0.07482	0.076574	2.09
4	85449	0.07812	0.078768	2.15
3	73676	0.0827	0.086514	2.37

<sup>57</sup> Población 2004 por comuna a mitad de periodo.

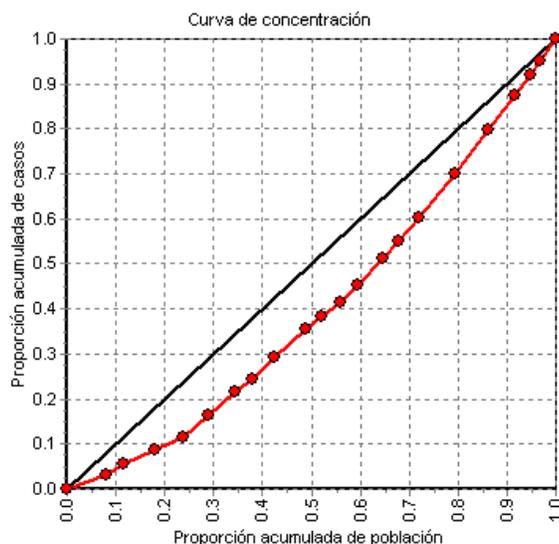
8	123693	0.08588	0.0867	2.37
6	148298	0.09026	0.093782	2.57
10	119962	0.09151	0.093836	2.57
11	104193	0.10099	0.102697	2.81
16	120832	0.10218	0.104089	2.85
12	78775	0.11395	0.114365	3.13
7	95706	0.12149	0.120719	3.30
18	76170	0.12645	0.127961	3.50
13	168991	0.12427	0.12797	3.50
21	68178	0.1301	0.129417	3.54
14	156800	0.13379	0.136681	3.74
15	123017	0.13491	0.138326	3.78
20	75495	0.14445	0.145333	3.98
1	39311	0.17359	0.17619	4.82

Fuente: Certificado de defunción. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

Con base en la tasa AVPP de la comuna 17 por ser la de menor valor, se calcula la relación de tasas AVPP para cada comuna (riesgo relativo). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a partir de la comuna 5 según el orden establecido en la tabla. La magnitud del riesgo relativo es el triple y cuádruple del valor de referencia en las comunas pertenecientes al distrito de Aguablanca y la comuna uno.

Con relación a las medidas de asimetría, se calculó el índice de concentración para el valor de la tasa ajustada de AVPP, teniendo como indicador socioeconómico la proporción de personas en pobreza extrema por comuna. Los resultados se ilustran a continuación:

**Índice de concentración para la tasa AVPP según indicadores de pobreza.**



El índice de concentración encontrado fue de 0.19, indicando un bajo nivel de de la variable en salud, en la población más afectada por el indicador socioeconómico. En otras palabras, el 50% de los casos de mortalidad prematura se presenta en el 65% de la población más pobre.

Los resultados encontrados para otros indicadores del estado de salud se resumen en la siguiente tabla:

**Índice de concentración para Indicadores negativos del estado de salud**

Indicador	Índice de concentración
Esperanza de vida	-0.019
Mortalidad por EDA *10000	-0.20
Mortalidad por IRA *10000	-0.134
Mortalidad general Hombres	0.028
Mortalidad general mujeres	0.073
Tasa AVPP ajustada 2003-2005	-0.166

El indicador con mayor índice de concentración fue la tasa de mortalidad por EDA e IRA. Se obtuvo igual resultado para la tasa AVPP, descrito en el punto anterior. Para los indicadores positivos y su grado de asimetría según la tasa ajustada AVPP se calcula el índice Gini, tal como se muestra en la siguiente tabla:

### Índice Gini para indicadores positivos por comuna.

Indicador	Índice de Gini
Cobertura de acueducto	0.058
Tasa de ocupación	0.054
Tasa de escolaridad	0.066
Longitud de la red vial	0.33
Cobertura de alcantarillado	0.060
Cobertura de energía	0.068
Presupuesto por comuna (2005)	0.407
Ejecución presupuestal por comuna (2005)	0.43

Los resultados reflejan el nivel de concentración de la distribución por comuna según el indicador de personas en pobreza extrema. Los valores más significativos se encontraron para el indicador de la longitud de la red vial, el presupuesto de inversión por comuna y su ejecución presupuestal. Al ser indicadores positivos, se interpreta que la mayor concentración es favorable para las poblaciones que están en situación de vulnerabilidad.

La pobreza en la ciudad de Cali está concentrada por áreas que son fácilmente reconocidas por sus habitantes; los asentamientos subnormales se han ido incrementando en la periferia y en la zona de ladera de la ciudad, a tal punto que se puede considerar que son zonas donde imperan otras reglas sociales, otras formas de convivencia y lógicamente, otros problemas de salud. Los resultados evidencian el nivel de concentración de la población en estas áreas, y al parecer donde se establecen las espirales negativas de la privación social, la falta de acceso a la educación, los bajos ingresos, la falta de accesibilidad a los servicios de salud y por ende la morbilidad y mortalidad elevadas perpetuados generación tras generación.

La asociación entre pobreza y mortalidad está documentada desde hace mucho tiempo; sin embargo, no solo es la carencia de bienes económicos la que induce la mayor prevalencia de problemas de salud, sino la baja educación y la falta de soporte social ante un evento vital como la enfermedad. Esta es la importancia del trabajo de las agencias en salud, identificando las zonas de riesgo y el establecimiento de programas eficaces hacia la transformación de los determinantes de la salud y la enfermedad. La correlación encontrada entre el indicador de pobreza y la mortalidad prematura ilustra la concentración de los problemas de salud en ciertas zonas de la ciudad, donde se puede llegar a realizar una caracterización del riesgo desde el nivel de barrio, manzana y aún vivienda. De esta manera, será mucho más fácil orientar el trabajo de los equipos extramurales de atención como estrategia para disminuir las barreras de acceso y promover el cuidado en salud.

Los indicadores calculados como los coeficientes Gini e índice de concentración son mediciones indirectas de las inequidades presentadas al interior del municipio. Hace falta un acopio mayor de información sobre la valoración de necesidades (sentidas y observadas) de la población, el acceso a los servicios, su utilización y calidad, para determinar los imperativos básicos de equidad en salud al interior de una población como la del municipio de Cali. Le corresponde al ente territorial adelantar los estudios necesarios para aproximarse a una valoración de la equidad en la distribución de los recursos, y en el planteamiento de programas e intervenciones.

## SEGÚN MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Cali no cuenta con un sistema de información único que permita construir verdaderos perfiles de morbilidad, sobre el cual la autoridad sanitaria pueda tomar mejores decisiones, planificar y evaluar los problemas y programas de salud en el municipio. No obstante, se construyó un perfil de morbilidad basado en las causas más frecuentes de enfermar, las cuales fueron detectadas en los registros entregados por Prestadoras de Servicios de Salud, y se compararon con los registros entregados por las Aseguradoras. No es posible sumar la información obtenida por distintas fuentes, dado que no son mutuamente excluyentes y muy probablemente algunos registros están duplicados.

La información disponible permite hacer una aproximación a la morbilidad que se presenta en la ciudad de Cali. Los caleños ven afectada su salud especialmente por enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, especialmente la hipertensión arterial, además de la Diabetes *mellitus* y los tumores.

Son de común ocurrencia las enfermedades transmisibles, tanto de origen viral como bacteriano. La salud de los caleños se ve afectada por el dengue y las enfermedades infecciosas de los sistemas digestivo y respiratorio. Son importantes causas de consulta médica programada y urgente las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Es la primera causa de hospitalización la atención del parto normal e intervenido.

La enfermedad mental es frecuente, hallazgo que indica parcialmente la carga de la salud mental sobre los servicios de salud. Las patologías quirúrgicas de mayor frecuencia son la apendicitis, el leiomioma uterino, la hiperplasia de próstata y los defectos en la pared abdominal (hernias).

No se observan diferencias notorias en la morbilidad observada según la vinculación de las personas a regímenes de aseguramiento. La morbilidad encontrada en la base de datos de la Secretaría de Salud Pública Municipal es similar a la encontrada en la información reportada por las aseguradoras.

Los análisis de mortalidad muestran que son tres las causas de morir en Cali: el 58% se originan en enfermedades no transmisibles, especialmente la enfermedad isquémica del corazón y los tumores, específicamente tumor de estómago, bronquios y pulmón. El 17%

es dada por homicidios y accidentalidad, y el 17% por causas transmisibles, maternas, peri natales y la desnutrición.

La revisión de morbimortalidad nos permite definir cómo una gran prioridad la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las de origen cardiovascular, la diabetes y los tumores de diversas localizaciones.

Los esfuerzos de la autoridad sanitaria, las aseguradoras y las prestadoras deben estar dirigidos a promover hábitos saludables, a prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles y a mejorar la capacidad resolutive para el tratamiento de los eventos patológicos que se presenten.

El binomio madre niño, por su alto valor social y por la necesidad de buscar niños saludables desde antes del nacimiento como fuerza de impulso hacia un futuro mejor, es necesariamente un grupo prioritario de intervenir. Son Metas del Milenio disminuir la mortalidad materna y la infantil, y deben ser también metas de la ciudad garantizar periodos de gestación adecuados y niños sin discapacidades.

Se identificaron en la revisión de morbilidad como importantes patologías a intervenir la TBC, el VIH, y trastornos de la salud mental (estrés y depresión).

Algunos problemas ocultos emergen en la medida en que se les presta atención; es el caso de la violencia intrafamiliar, cuya gravedad creciente se revela en los estudios del Observatorio de Violencia Intrafamiliar de Cali.

La primera causa de mortalidad en Cali, los homicidios, muestra la necesidad prioritaria de programas sociales que garanticen la seguridad ciudadana y disminuyan la violencia social urbana e intrafamiliar. En este caso, un grupo que amerita intervención prioritaria es el de adolescentes y hombres jóvenes, con programas de prevención de conductas sociales inadecuadas, pandillas, y de adicciones y manejo del ocio.

Todo ello sin detrimento de la necesidad de programas y políticas sociales en la ciudad que fomenten la educación y el empleo para esta población de alto riesgo, y con altos índices de mortalidad prematura.

En cuanto a la segunda causa de mortalidad, las enfermedades cardiovasculares, son prioritarios los programas de salud que propendan por hábitos y estilos de vida saludables para la prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas.

En general, las primeras causas de muerte en la ciudad, como la EPOC, el tumor maligno de estómago, la tuberculosis o el VIH se asocian con los estratos más pobres, en los que están muy arraigados hábitos poco saludables, profundamente influenciados por las carencias socioeconómicas, y que se presentan en mayor medida en la población no asegurada a cargo del Estado.

## SEGÚN OFERTA DE SERVICIOS

En Cali la gestión de la salud se fundamenta en tres subsistemas de prestación de servicios:

- *El subsistema popular*, constituido por la respuesta que dan las familias y las comunidades a los problemas de salud. En todo el mundo se considera que el sistema popular es el más antiguo y el de mayor cobertura, y que constituye el soporte de los demás sistemas de respuesta social, aunque su efectividad puede ser limitada frente a problemas de mediana y alta complejidad. Se desconoce la situación particular de Cali en relación con los sistemas populares de atención; sin embargo, los principios generales descritos por la literatura sugieren que su importancia y su valor como recurso para el bienestar pueden ser mayores en los grupos con menor acceso a otros sistemas de servicios. Esta observación hace pensar en la necesidad de realizar acciones dirigidas a mejorar la comprensión del sistema popular y su fortalecimiento progresivo.
- *El subsistema privado*, constituido por aquellas personas naturales e instituciones de origen particular que venden servicios en sujeción a las condiciones del mercado. Los registros estatales sugieren que el sector privado ha desarrollado en Cali una oferta de servicios que supera la oferta estatal, tanto en el primer como en el segundo nivel. Sin embargo no se obtuvo información sobre su producción ni sobre su población objeto, que pudiera limitarse a los usuarios asegurados por el régimen contributivo. Se desconoce también el papel del sector privado frente a los problemas de morbilidad detectados en el diagnóstico. Un modelo de salud no podrá ser exitoso mientras los prestadores de servicios del sector privado no se articulen funcionalmente alrededor de las metas sociales.
- *El subsistema estatal* de Cali está principalmente en cabeza de las ESE del Municipio, y tiene a su cargo la población más pobre de la ciudad. La información disponible puso en evidencia la presión que ejerce sobre el sistema estatal la demanda de la población no asegurada y subsidiada. En una ciudad empobrecida, donde el desempleo y la violencia social han venido en aumento, el desarrollo del subsector estatal se revela como una de las prioridades del modelo. A pesar de la apertura de servicios que se ha dado en los últimos años, el subsistema estatal ha venido reduciendo su presencia en la ciudad; si bien algunos servicios, como la consulta médica general han aumentado en los últimos años, la reducción observada en relación con otros como la oferta de camas, las consultas por especialista, los controles de enfermería y la aplicación de biológicos hacen pensar en la necesidad de incorporar en el modelo un proyecto dirigido a desarrollar una oferta armónica, que responda a las necesidades sanitarias predominantes y garantice la atención de la población no cubierta por el aseguramiento.

Los servicios de salud en Cali están pensados desde una lógica reactiva, basados esencialmente en la atención de la enfermedad y no desde enfoques de prevención, reducción de riesgos y promoción de la salud. Por otro lado, los servicios no son relevantes frente a los retos de la relación salud-enfermedad en una población cuya dinámica demográfica muestra tendencia al envejecimiento de la población, y en consecuencia, al aumento de las enfermedades crónicas.

Por otro lado, los servicios de salud no han replanteado su papel frente a situaciones que afectan la salud y calidad de vida de la población caleña, asociadas con las violencias, con el deterioro de salud mental de la población general, con el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes, con la sexualidad insegura, y con las necesidades en salud de grupos vulnerables como la población en situación de discapacidad, de calle y desplazada, por mencionar algunas de ellas.

La prestación de servicios de salud está mayoritariamente en manos privadas; el 87% de las IPS son de origen privado y son además las dueñas de la tecnología más actualizada. Su relación con la red pública es tangencial. En términos generales la red privada atiende los afiliados al régimen contributivo, pacientes particulares y de medicina prepagada y algunos servicios especializados a las EPS de régimen subsidiado.

La red pública está fraccionada por su dependencia con el ente territorial. El nivel I de atención, prestado en Cali por cinco ESE de dependencia municipal, se caracteriza por su baja capacidad resolutive. Sus áreas de influencia han sido diseñadas por comportamiento histórico y no por las necesidades de los usuarios.

El segundo y tercer nivel de atención prestado por tres hospitales de nivel II, dos especializados en salud infantil y mental y un hospital de nivel III, tiene dependencia departamental y su área de influencia sobre pasa los límites de la ciudad para los hospitales de nivel II y los del departamento para el caso del HUV que es centro de referencia del sur occidente del país.

Está documentada la reducción progresiva en la capacidad de respuesta del segundo nivel en Cali, la que, unida a la poca capacidad resolutive del primer nivel, lleva a incrementar las demandas de atención en el Hospital Universitario del Valle. Haciendo la red pública muy frágil y altamente dependiente del tercer nivel, aumentando también los costos de atención en la ciudad.

Es llamativa la concentración de prestadores en la región centro de la ciudad, tanto de sector público como privado y la desprotección de la población más pobre y vulnerable de la ciudad ubicada en la región oriente y la zona de ladera. Esta distribución genera barreras de acceso de a la población, tanto geográficas como económicas.

## CAPÍTULO V. Conclusiones y recomendaciones

Cali es una ciudad con crecimiento demográfico positivo (3.2%). Su población presenta una tendencia al envejecimiento, con disminución de la franja menor de 15 años. El 53% de sus habitantes son mujeres. Si bien la tasa de fecundidad ha disminuido en la última década, aún se esperan en Cali 1.94 hijos por mujer, y la edad de máxima fertilidad es la comprendida entre los 25 y los 29 años. Este comportamiento poblacional demarca prioridades en salud en el municipio para el presente y futuro, y en consecuencia, el diseño de intervenciones y la oferta de servicios que respondan a dichos cambios.

El envejecimiento de la población de Cali tiene relación con las primeras causas de morbilidad, entre ellas las enfermedades crónicas y degenerativas. Ligado a ello se ha detectado la presencia de factores de riesgo asociados como obesidad, sedentarismo, malos hábitos de alimentación, hipercolesterolemia, tabaquismo y consumo de alcohol. Se encontraron también, de una manera representativa, las lesiones por causa externa, siendo en mayor proporción los homicidios; la accidentalidad por vehículo automotor y los suicidios cobran relevancia. También aparecen como principales patologías las enfermedades infecciosas, dando cuenta de que en Cali existe un perfil epidemiológico en transición. Esta información debe influir en los planes de atención en salud, la oferta de servicios de la ciudad y los planes de salud pública.

En los últimos años, los indicadores sugieren que la pobreza viene aumentando en Cali. De 1998 a 2004 se observa un incremento de la pobreza de 39% a 67%, y de la indigencia de 10% a 35%. Esta situación afecta principalmente a los hombres jóvenes y a las mujeres en edad productiva, y profundiza la vulnerabilidad de estos grupos, afectados por las violencias, la falta de oportunidades laborales y educativas, el acceso a la seguridad social, principalmente en la población joven.

Los problemas de salud están asociados a condiciones socioeconómicas presentándose en forma diferenciada según edad, sexo, condición socioeconómica y lugar de residencia. Esta situación reafirma la necesidad de construir un modelo incluyente e integral que

apunte a fortalecer la gobernabilidad y eficiencia del ente territorial, y a crear condiciones de articulación interinstitucional e intersectorial para incidir sobre problemas complejos de salud pública desde una perspectiva de ciudad.

Se observa concentración de la población en condición de discapacidad en los estratos 1, 2 y 3. Esto sugiere profundizar en la asociación entre privación económica y discapacidad y condiciones de vulnerabilidad, restringido acceso a salud y educación, bajo acceso a oportunidades, poca movilidad en la ciudad y pérdida de autonomía.

Un fenómeno adicional es el incremento de la “población en la calle”, como otra manifestación de los conflictos sociales y económicos que afectan la salud individual y colectiva.

Por otra parte, Cali es una ciudad receptora de población desplazada, principalmente población afrocolombiana e indígena, fenómeno con implicaciones en la configuración del espacio urbano, en materia de seguridad, orden público y riesgos para la salud pública. Según cifras de Acción Social, en octubre de 2006 había en Cali 39.354 personas en situación de desplazamiento, de las cuales un 70.4% manifiesta su intención de quedarse en la ciudad.

De acuerdo con las tendencias de desempleo y subempleo, se observa que a pesar de la reducción en la tasa de desempleo en Cali con respecto a años anteriores y comparativamente con el promedio de las ciudades más importantes del país, la calidad de los empleos generados no es la mejor. Existe un alto número de trabajadores cuyo empleo actual no les proporciona los ingresos necesarios para solventar sus gastos personales y familiares, relacionados con la alimentación, salud, vivienda, educación y recreación, aspectos ineludibles para disfrutar de un mínimo estándar de vida.

Se encontraron como problemas prioritarios de salud, las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, al igual que problemas de salud pública que guardan estrecha relación con los determinantes sociales de la salud. Las enfermedades transmisibles tienen un peso importante, ligadas a las condiciones socioeconómicas y ambientales.

La débil política en salud pública es un indicador de una política social poco efectiva en el municipio. No ha existido interés o capacidad en los gobernantes para garantizar unas condiciones de salud deseables y posibles para cualquier sociedad, así como para posicionar la salud como una prioridad de desarrollo básica, que aglutine al Estado y a la sociedad civil. En el municipio, las metas en salud de la población se reducen a lo que desarticuladamente se hace desde el sector salud, bien sea por parte de la Secretaría de Salud, con poca capacidad para ejercer sus funciones como autoridad rectora, o por las instituciones administradoras y prestadoras de servicios.

En esta tarea por el logro de una mejor salud de la población y de aumentar los niveles de gobernabilidad local, la participación ciudadana está reducida a la fiscalización de servicios en condición de consumidores, más que desde un ejercicio de ciudadanía que reivindique la salud como un derecho. Las entidades tanto públicas como privadas

instrumentalizan la participación ciudadana para legitimar algunas decisiones o para cumplir con los requerimientos que plantea la ley.

En relación con la gestión de la salud pública, el análisis de la oferta de servicios reveló la precariedad del sistema de información, cuya deficiencia hace prácticamente imposible planificar las acciones del sector y garantizar la eficiencia y la equidad. El diseño y puesta en marcha de un sistema de información se revela como una de las prioridades del modelo de gestión de la salud para Cali.

La Secretaría de Salud Pública Municipal tiene un pobre desempeño en sus funciones como autoridad rectora de la salud municipal, debido a su reducida capacidad política y técnica, y a una cultura institucional que se ha resistido a adaptarse a las nuevas competencias que establece la ley. Pero, por otra parte, este débil desempeño se debe también a la poca legitimidad y reconocimiento que tiene frente a otros actores que hacen parte del SGSSS. Las entidades públicas, prestadoras de servicios y las ONG establecen una relación con la Secretaría basada en la contratación, mientras que las entidades privadas la desconocen y orientan los programas a su población afiliada de manera desarticulada a la política de salud municipal.

El análisis revela también la fragmentación del modelo utilizado por el Sistema General de Seguridad Social para organizar la oferta. En la ciudad no existe una red de servicios integrada. Cada institución y cada subsector programa sus recursos con fundamento en sus propios criterios. Este fenómeno podría explicar el deterioro observado en los indicadores de salud, a pesar del incremento que en los últimos años se haya hecho a los recursos financieros destinados al aseguramiento. El desarrollo de un modelo de gestión de la oferta de servicios que articule los subsistemas estatal y privado, es uno de los retos más importantes del modelo de salud para Cali.

Los RIPS son un instrumento útil que da cuenta de la capacidad institucional para suministrar servicios de salud pero es necesario trabajar en las instituciones para mejorar la calidad del registro y la definición del diagnóstico médico, dado que en una alta proporción de las atenciones prestadas tanto ambulatorias como hospitalarias no se define la patología que afecta la salud del paciente.

Es perentorio, desde la política social, atender las inequidades en los determinantes de la salud en la población pobre y vulnerable del municipio. La inversión a favor de la salud es de todos: la educación, el desarrollo de oportunidades y capacidades para acceder al trabajo, el saneamiento ambiental, las políticas de protección y garantía de los derechos de los niños, el desarrollo de entornos que favorezcan la convivencia y la seguridad de los habitantes. Todas estas son, entre otras, prioridades que deben reflejarse en la intensidad y transversalidad de las acciones y en la inversión municipal.

**Se requiere:**

Comprometer a mediano y largo plazo las agendas políticas, técnicas y de inversión tanto del sector público como del privado, en función de la reducción de las inequidades.

Desarrollar enfoques diferenciados de atención a la salud colectiva e individual diseñados según las características y necesidades de la población: la respuesta estatal - tanto desde las acciones colectivas, como desde las individuales- no puede ser la misma para los territorios pobres y las poblaciones más vulnerables, que para aquellos donde habita la población de estratos socioeconómicos medio y alto.

Diseñar intervenciones de salud pública a mediano y largo plazo, con visión de ciudad pero con estrategias por territorios y por escenarios, concertadas con las organizaciones formales de la comunidad, en los espacios políticos, en los académicos y técnicos, tanto en la gestión pública como en los sectores privados. La disposición de recursos a través de proyectos en los Planes Operativos Anuales de Inversión, POAI, debe orientarse por lo anterior.

Desarrollar y contar con capacidades que minen el paradigma médico que continua dominando el saber, la investigación y la práctica en salud pública: las disciplinas, saberes y prácticas de las ciencias sociales, políticas y económicas deben permear el sector salud para lograr una visión más integral de las comunidades y de sus necesidades, y una respuesta más coherente con las necesidades y características identificadas.

Los cambios deseados y necesarios en “comportamiento y estilos de vida” no serán los esperados si no se construye un nuevo paradigma. Las políticas de formación de recurso humano y los perfiles de los profesionales que se vinculan en la investigación, la enseñanza y la práctica de la salud pública deben transformarse.

Reorganizar e integrar la oferta de servicios en red, en función de las necesidades de la población y con visión territorial por estratificación socioeconómica: servicios básicos de salud cercanos a la gente, diseñados según perfil epidemiológico y necesidades percibidas de la población, incremento de la oferta de servicios ambulatorios y de hospitalización de nivel II y rediseño del sistema de referencia y contrarreferencia según las características de la oferta y sus relaciones de contratación.

Una fuerte intervención del Estado con políticas de regulación y en cumplimiento de las funciones de vigilancia y control orientadas por la normatividad vigente y especialmente por los derechos constitucionales de los habitantes del territorio municipal: la ética en la administración pública debe primar para que el control entre (a) dependencias e instituciones públicas (b) organismos de control y instituciones privadas y publicas que administran y manejan recursos del Estado y ejecutan las políticas públicas, se instaure y se haga efectivo.

Un real y franco esfuerzo por facilitar, desde el Estado, la construcción de una ciudadanía activa en capacidad de decidir y actuar sobre los determinantes de la salud, en una relación equitativa del ejercicio del poder en el triangulo Estado, organización y comunidad. Los enfoques actuales de promoción de la participación social y comunitaria

deben reevaluarse a la luz de los factores culturales, políticos y sociales que caracterizan su práctica y grado de desarrollo en el municipio.

Finalmente, pero igualmente importante, el posicionamiento de la salud pública en la agenda política y el ejercicio de la responsabilidad y autoridad que el Estado confiere al gobierno municipal, la autoridad sanitaria local y la ciudadanía en general, para asumir los compromisos que esta acción significa en la práctica.

## REFERENCIAS

- Alcaldía Municipal de Cali (2004-2007). Plan Municipal de Desarrollo “Por una Cali segura, productiva y Social, tu tienes mucho que ver”. Cali.
- Alcaldía Municipal de Cali (2005 –2006). Cali Cómo Vamos.
- Díaz C, Duque E, Herrán S, Moreno R, Muñoz M, Pérez R, Restrepo M (2002) Informe de Investigación “Lo que va de la Participación Social a la Participación Ciudadana en el Sector Salud”. Proyecto desarrollado dentro del componente de Promoción de la participación social en salud de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Foro Nacional por Colombia. Cali.
- Frenk Julio. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica. México: 1997.
- Gómez, R,D (sin fecha ). La gestión de la salud pública: una noción en construcción. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Documento en preparación.
- González, A. y Mogollón, O. (2002) La reforma de salud y su componente político. Gaceta Sanitaria; 6(1): 39-47.
- Hernández, M. (2002) Reforma Sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cuadernos de Saude Pública. Vol. 4 No 4. Río de Janeiro Julio/Agosto.
- Isaza Y, Villota M. (2005). Año y medio del Alcalde Apolinar Salcedo. Una gestión con poca aprobación ciudadana. En: Así vemos a Cali. Balance de la gestión pública en la ciudad. Fundación Foro Nacional por Colombia Capítulo Valle del Cauca y Pontificia Universidad Javeriana. Cali.
- Lesmes MC. (2002) Propuesta de reordenamiento de redes. Cali.
- Ministerio de Protección Social, INS, González M. Principales Causas de Mortalidad por Cáncer en Colombia. Informe Quinquenal Epidemiológico Nacional, Vol. 8, N° 3, Bogota, Febrero 2003.
- Minujin, A. (1998) Vulnerabilidad y exclusión en América latina. en: todos entran. propuesta para sociedades incluyentes. sección I. Unicef, colección cuadernos de debate. Eduardo Bustelo y Robert Castel (Editores), Colombia, pág. 168

- Foro Nacional por Colombia (2006) Debates. Pobreza y exclusión en Bogotá Medellín y Cali.
- OMS/OPS. 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud – Nuevos actores para una nueva era: Guiando la promoción de la salud hacia el siglo XXI. Declaración de Yakarta. 1997.
- OMS/OPS. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud. Tailandia, 2005
- OPS. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud en América Latina. Santafé de Bogotá, noviembre de 1992
- OPS. Declaración de Montevideo. 46 Reunión del Consejo Directivo. Washington, septiembre de 2005.
- Organización Panamericana de la Salud – Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca (OPS/ SDS). Medición de la oferta de servicios de salud 2006
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Modelo de gestión municipal de la salud según competencias. Serie Descentralización No 1. Bogotá: 2004.
- Rengifo C. (2002) Aproximación a una tipología de enfoques y conceptos en el trabajo con jóvenes Corporación Juan Bosco-Cali.
- República de Colombia (2001) Ley 715
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social (2006) Ley 1122. Reforma al Sistema general de Seguridad Social.
- República de Colombia. Ministerio de Salud (1993) Ley 100. Sistema General de Seguridad Social.
- República de Colombia. Programa presidencial Rumbos (2001) Encuesta Nacional de Consumo de sustancias psicoactivas
- Secretaría Municipal de Salud (2005) Actualización del direccionamiento estratégico de la Secretaría Municipal de Salud Pública de Cali.
- Secretaría Municipal de Salud de Cali –CEDETES Universidad del Valle. (2005) Estudio de prevalencia de Factores de riesgo del comportamiento asociado a enfermedades crónicas no transmisibles. Cali.

- Vázquez E. (son fecha). Estudio cultural de Cali.
- Vega-Franco, L (2000) La salud en el nuevo contexto de la salud Pública. Facultad del Medicina UNAM y Editorial El Manual Moderno. México D.F.

---

<sup>i</sup> Whitehead Margaret. The concepts and principles of equity and health. WHO. 2000.  
(<http://www.euro.who.int/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf>)

<sup>ii</sup> Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau Washington, D.C: PAHO, © 2001.- (Occasional Publication No. 8)

<sup>iii</sup> Dachs N. Inequidades en salud: Como estudiarlas. En el Libro: Promoción de la salud, como construir una vida saludable. 1988.