

CÓMO VAMOS EN SALUD

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

Cobertura del Régimen de Seguridad Social

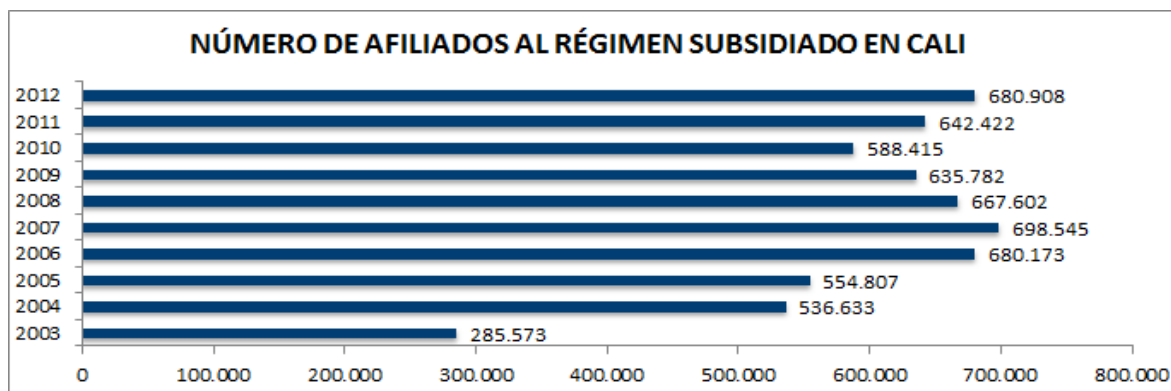


Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

La cobertura del régimen de Seguridad Social de Salud en Cali pasó del 94,2% al 95,5% entre 2011 y 2012, siendo uno de los más altos del país.

No obstante, el aumento en la cobertura es distinto al acceso efectivo a servicios médicos y a la garantía del derecho a la salud, como lo expresan los caleños en la Encuesta de Percepción Ciudadana 2012 (solo 45% cree tenerlo garantizado y califica los servicios recibidos con 3,3 sobre 5), debido a todos los problemas conocidos de calidad y oportunidad en la atención, los precios de los medicamentos y el propio funcionamiento del sistema contributivo a nivel nacional, en función más del lucro privado que del bienestar social.

Consecuencia de lo anterior se ha propuesto una reforma al Sistema de Salud, cuyo proyecto de ley ordinaria aún es discutido por los actores del sector y la ciudadanía en todo el país, por temas como la sostenibilidad financiera del sistema, la naturaleza e incentivos propuestos para los prestadores de los servicios médicos, la ampliación del POS, entre otros.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

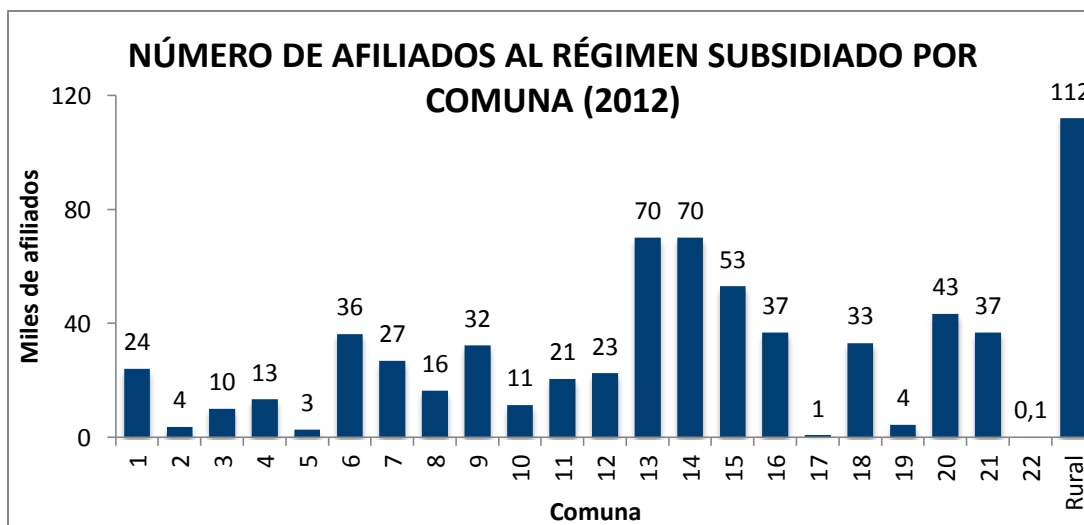
Por parte de la población afiliada al régimen subsidiado, se continúan presentando crecimientos, logrando el cubrimiento de 680.908 personas en 2012, acercándose a la población máxima histórica alcanzada en el año 2007, cuando el total de afiliados a este régimen fue de 698.545. Dicho aumento en la población afiliada al régimen subsidiado, es lo que ha permitido el crecimiento de la cobertura total de salud.

De esos 680.908 afiliados, se destaca que 385.075 personas tienen entre 18 y 59 años, y son beneficiarios de la unificación del POS según Acuerdo 032 de 2012.

AFILIACIÓN Y COBERTURA DE LOS RÉGIMENES DE SALUD EN CALI, 2012

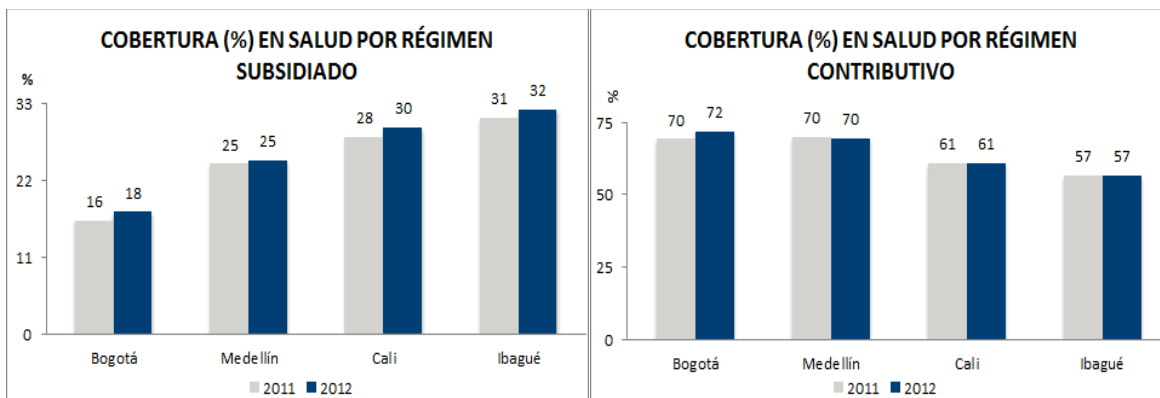
Régimen de Afiliación	2011		2012	
	Nº de Personas	Cobertura Poblacional %	Nº de Personas	Cobertura Poblacional %
Subsidiado	642.422	28,3	680.908	29,7
Contributivo	1.391.548	61,3	1.404.561	61,2
De Excepción	104.403	4,6	105.554	4,6
Población sin Aseguramiento	131.257	5,8	103.630	4,5
Población Total 2012, según DANE	2.269.630		2.294.653	

*Proyección SSPM: Rég. de excepción (Ecopetrol, Magisterio y FF.MM.) cubre al 4,6% de Población DANE.
Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. Cálculos Cali Cómo Vamos.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

Profundizando un poco más en la caracterización de la población afiliada al régimen subsidiado, se encuentra que la zona rural aporta el 16% del total de afiliados en la ciudad, mientras que en la zona urbana, los afiliados a este régimen se concentran en las comunas establecidas dentro del Distrito de Aguablanca (13, 14, 15, 16 y 21) y de ladera como lo es la comuna 20.

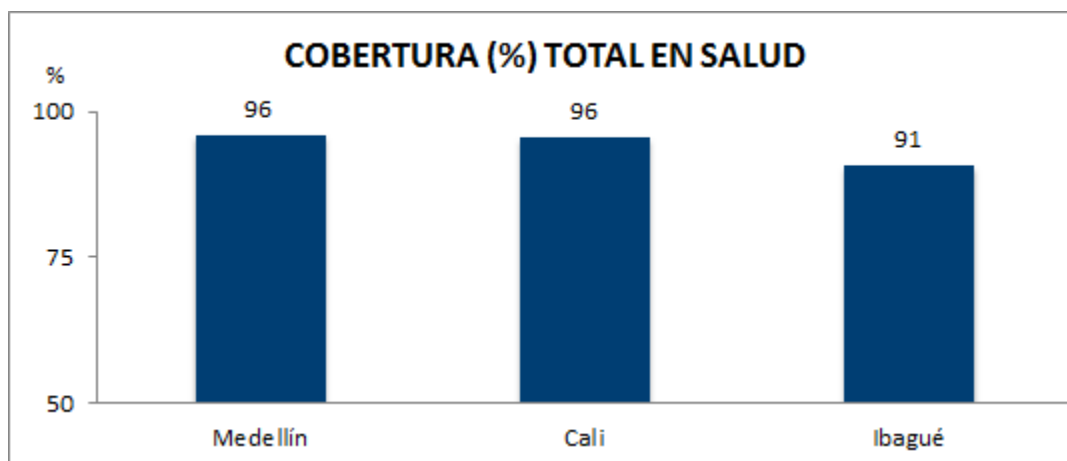


Fuente: Red de Ciudades Colombianas Cómo Vamos

Al comparar el porcentaje de afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en Cali, respecto a las cifras presentadas por Bogotá, Medellín e Ibagué durante 2012, la capital del Valle obtiene la segunda tasa de cobertura más alta por el régimen subsidiado, sólo superada por la tasa de Ibagué, donde el 32% de la población estaba afiliada a este régimen.

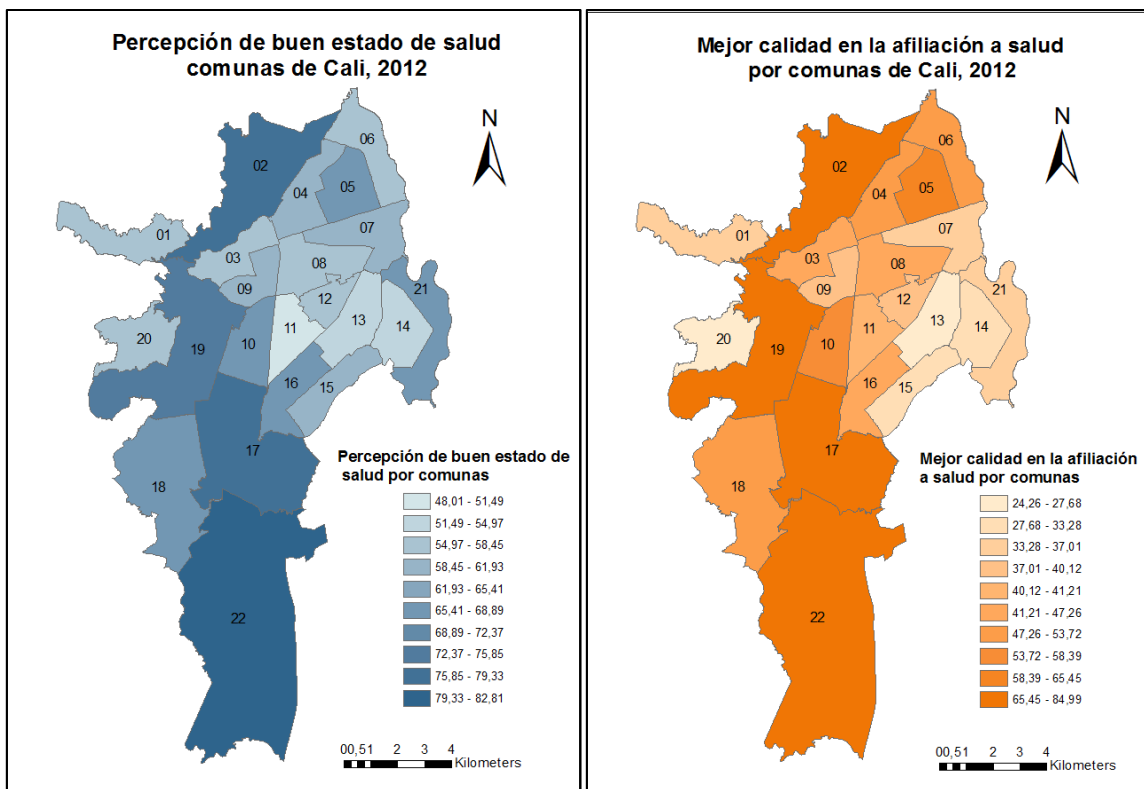
Sin embargo, cabe mencionar que en las cuatro ciudades antes mencionadas, el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado aumentó entre 2011 y 2012.

Por parte de la población afiliada al régimen contributivo, se encuentra una estabilidad respecto al año anterior, siendo Bogotá, entre Medellín, Ibagué y Cali, la única ciudad que aumentó el porcentaje de cobertura, pasando del 70% al 72% entre 2011 y 2012.



Fuente: Red de Ciudades Colombianas Cómo Vamos

Finalmente, cabe mencionar que la cobertura en salud en Cali mantiene un nivel similar al de Medellín, el cual es del 96%, mientras que es un poco mayor al de Ibagué, ciudad intermedia que cuenta con una cobertura del 91% a 2012.



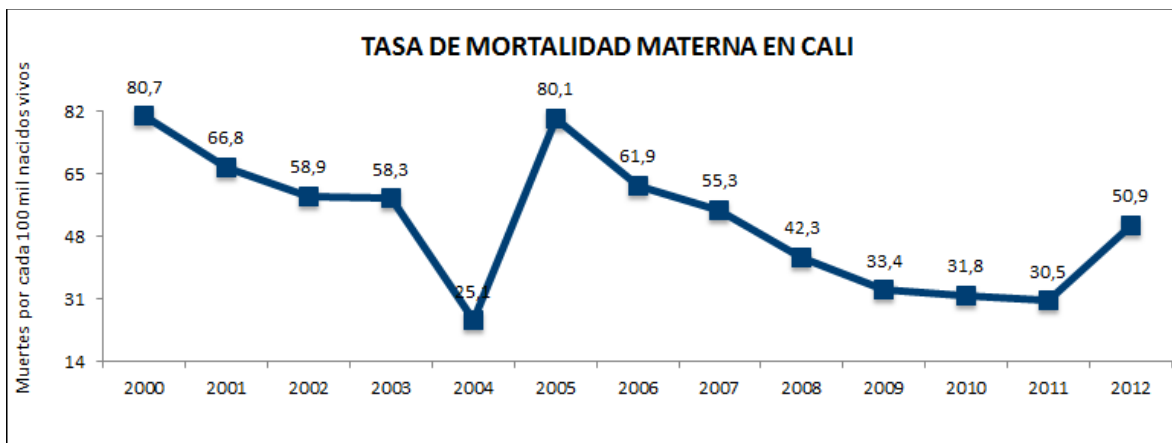
Fuente: “Aproximación a algunos componentes de la calidad de vida(...) al nivel de comunas y grupos étnico-raciales” de Urrea, Carabalí, Rodríguez, Bonilla, Lasso y Suárez (2013). Datos de la Encuesta de Empleo y Calidad de Vida, EECV de MinTrabajo.

De acuerdo al estudio “*Primera aproximación a algunos componentes de la calidad de vida, a través de los resultados de la Encuesta de Empleo y Calidad de Vida para Cali 2012, al nivel de comunas y por grupos étnico-raciales*”, entre las comunas 22, 17, 19 y 2, se encuentran los sectores donde la ciudadanía percibe mejores estados de salud, mientras que en las comunas 11, 13 y 14 el estado de salud no tiene buena percepción.

Referente a la calidad en la afiliación a salud, el estudio antes citado encuentra una tendencia parecida a la percepción sobre el estado de salud, donde las comunas 22, 17, 19, 2 y 5 presentan los mejores índices, mientras las comunas de ladera como la 20 y la 1, además de las que componen el distrito de Aguablanca como las 13, 14, 15 y 21, son las que experimentan los índices más bajos respecto a la calidad en la afiliación a salud.

Mortalidad Materna

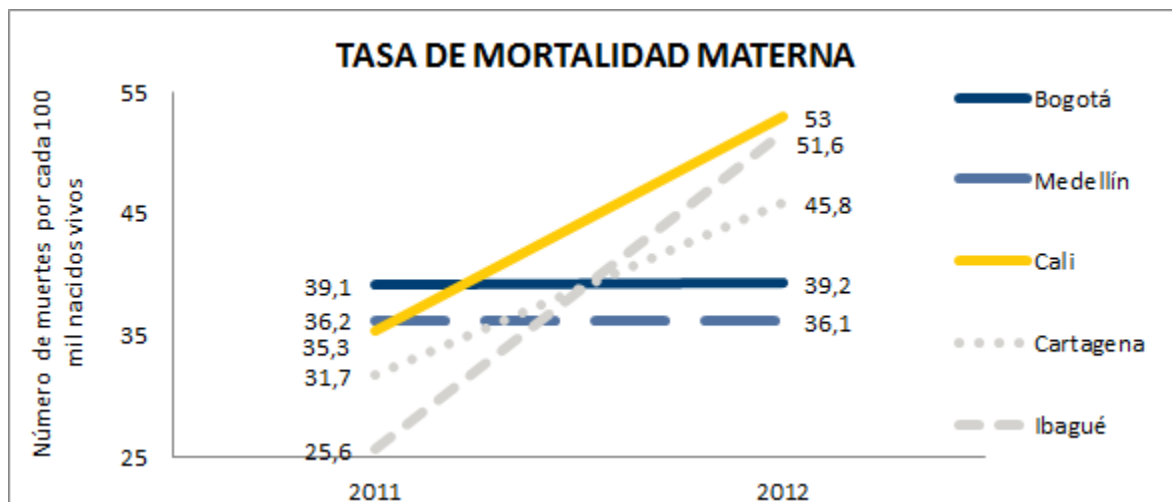
Otro indicador de la calidad y accesibilidad en el servicio de salud, son las tasas de mortalidad en grupos poblacionales vulnerables, como madres gestantes y menores de uno y cinco años.



Meta nacional: 45. Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

Un aumento en la tasa de mortalidad puede ser debido al incremento en el número de casos y/o por el descenso en el registro preliminar de la población de recién nacidos del DANE. Para los años 2011 y 2012, los casos de mortalidad materna aumentaron de 9 a 15, la mayoría de ellos en estratos 1 y 2, localizándose estos casos en el régimen subsidiado de salud.

De acuerdo con la Secretaría de Salud Pública Municipal, en 2011 se presentaron 9 casos de mortalidad materna: 3 directas⁵ y 6 indirectas⁶. Durante 2012 se presentaron 15 muertes maternas, cuatro de causa directa, 8 de causa indirecta y tres donde no se pudo determinar la causa básica de mortalidad.



Fuente: Red de Ciudades Colombianas Cómo Vamos

Comparando los resultados de la ciudad con Bogotá y Medellín, se encuentra que Cali fue la única donde la Tasa de Mortalidad Materna aumentó entre 2011 y 2012. Este comportamiento es similar

⁵ Las muertes obstétricas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.

⁶ Las muertes obstétricas indirectas son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

al de ciudades intermedias como Cartagena e Ibagué, que sin embargo finalizaron con tasas menores a las de nuestra ciudad.

N° DE MUERTES MATERNAS POR ÁREA GEOGRÁFICA Y AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL, 2012

RÉGIMEN SEGURIDAD SOCIAL / ÁREA	ORIENTE	LADERA	CENTRO	NORTE	SURORIENTE	TOTAL
PNA	3					3
Subsidiado	7	3			1	11
Contributivo	1					1
Especial						0
Total	11	3	0	0	1	15
Participación % en el Total	73	20	0	0	7	

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

La alta Tasa de Mortalidad Materna presentada en 2012 tiene varias características, una de estas es la localización del 73% de los casos en el oriente de la ciudad, sector donde se encuentra el mayor número de afiliados al régimen subsidiado, régimen al cual pertenecían 7 de las 11 madres fallecidas en este sector.

N° DE MUERTES MATERNAS POR ESTRATO Y POR GRUPOS DE EDAD 2012

ESTRATO/ EDAD	GRUPOS DE EDAD						TOTAL
	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	
0		1					1
1	1		2	1	2	1	7
2		1	2	2		1	6
3					1		1
4							0
5							0
Total	1	2	4	3	3	2	15

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

Respecto a la edad de la madre, no se encuentra una concentración específica dentro de un grupo de edad, sin embargo, el grupo de edad de mayor mortalidad materna se ubicó entre los 25 y 29 años, con 4 muertes en el 2012. Adicionalmente, 11 de las 15 muertes maternas que se presentaron en Cali durante 2012, ocurrieron en los estratos 1 y 2, con 7 y 6 muertes, respectivamente.

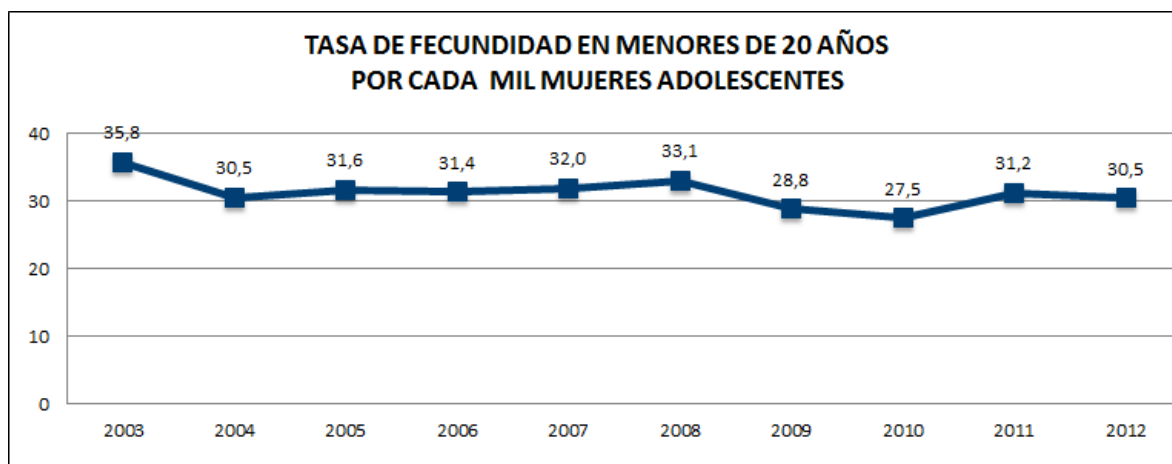
MORTALIDAD MATERNA POR CAUSA (2012)

TIPO DE CAUSA	FRECUENCIA	%
DIRECTAS	4	27
Hemorragia por placenta previa	1	7
Ruptura uterina	1	7
Aborto séptico	2	13
INDIRECTAS	8	53
Neumonía	2	13
Trombosis venosa profunda	1	7
Tuberculosis	1	7
Hipertensión arterial mal controlada	1	7
Hernia diafragmática	1	7
Anemia celulas falciformes	1	7
Strongiloides	1	7
Por determinar	2	13
Indeterminada	1	7
TOTAL	15	100

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

Entre las causas de muerte materna, 8 fueron indirectas, 2 de estas por Neumonía, y el resto de las muertes provocadas por Trombosis Venosa Profunda, Tuberculosis, Hipertensión arterial Mal Controlada, Hernia Diafragmática, Anemia Células Falciformes y Strongiloides. A lo anterior se suman 4 muertes por causas directas, 2 por Aborto Séptico, mientras que un caso por Hemorragia por placenta previa y otro por Ruptura Uterina.

Embarazos en adolescentes



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

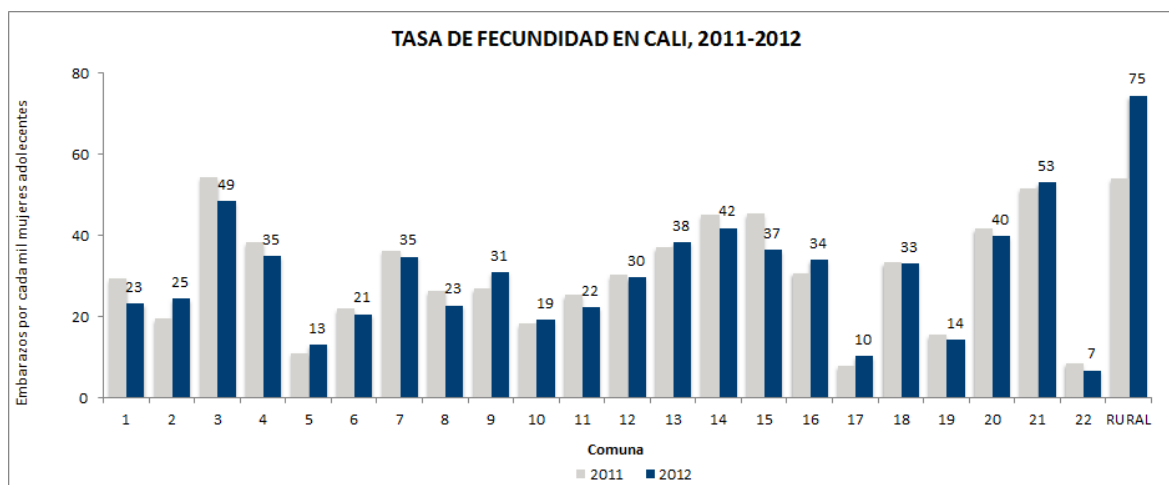
Otra de las problemáticas sociales que afectan la salud pública es el embarazo en menores de 20 años, que afecta tanto la salud del bebé como la de la madre, además parte de estos son embarazos no planeados lo que genera que el sostenimiento de un nuevo integrante en la familia añade dificultades económicas, que en la mayoría de los casos recae sobre los padres de la menor embarazada.

No obstante, los resultados a 2012 son mejores que en 2011, ya que la tasa de fecundidad se redujo en un 3%, alcanzando una tasa de 30,5 embarazos por cada 100 mil mujeres. Dichareducción se debe a que la disminución en el número de nacidos vivos en adolescentes es mayor a la caída en la población total de mujeres adolescentes, que pasaron de 194.848 a 193.657 mujeres, entre 2011 y 2012.

TASA DE FECUNDIDAD EN MENORES DE 20 AÑOS

Años	Población mujeres adolescentes	Nacidos vivos en adolescentes	Tasa de fecundidad x 1.000 adolescentes
2003	212.810	7.616	35,79
2004	217.405	6.632	30,51
2005	194.836	6.166	31,65
2006	195.096	6.121	31,37
2007	195.357	6.244	31,96
2008	195.576	6.477	33,12
2009	195.617	5.640	28,83
2010	195.348	5.365	27,46
2011	194.848	6.079	31,20
2012	193.657	5.897	30,45

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.



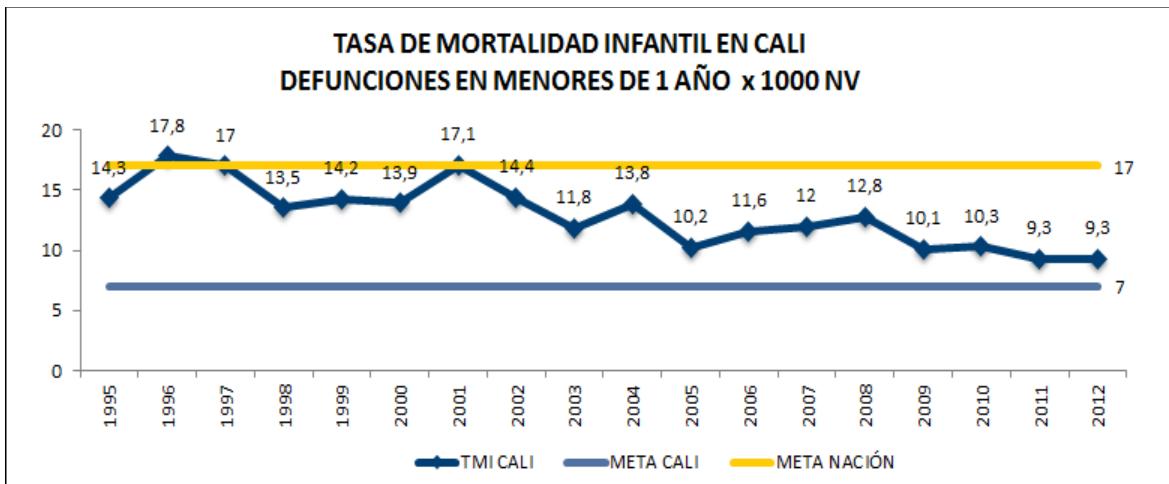
Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

Al observar la fecundidad por zonas, se encuentra una tendencia creciente en la zona rural, donde la tasa de fecundidad en adolescentes pasó de 54 a 75 embarazos por cada 100 mil mujeres adolescentes entre 2011 y 2012.

Por otra parte, en la zona urbana, la mayoría de comunas disminuyeron sus tasas de fecundidad, siendo sólo las comunas 2, 5, 10, 16, 17 y 21, las que aumentaron dichas tasas, donde la comuna 21 presentó en 2012 la tasa más alta con 53 embarazos por cada 100 mil mujeres adolescentes.

Adicionalmente, se encuentran entre los sectores con altas tasas de fecundidad en adolescentes, comunas ubicadas en el distrito de Aguablanca como la 13,14,15,16 y 21, además de otras como la 3, 4 y 7. Todas estas con tasas de fecundidad por encima de los 30 embarazos por cada mil mujeres adolescentes.

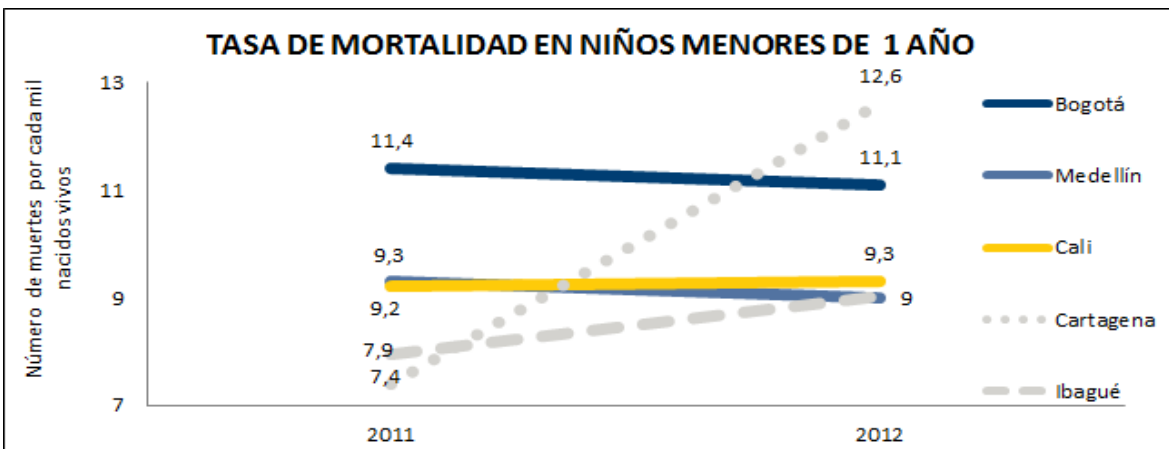
Mortalidad Infantil (en menores de un año)



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

En Cali, desde 2008 se presenta una tendencia a disminuir la Tasa de Mortalidad Infantil en menores de un año. Sin embargo, aunque el número de muertes en esta población disminuyó en 2 casos entre 2011 y 2012, la tasa no presentó variación alguna, continuando en un nivel de 9,3 muertes en niños menores de un año por cada mil nacidos vivos.

No obstante, es importante resaltar que esta tasa mantiene un nivel alejado respecto a la meta nacional de máximo 17 muertes en niños menores de un año por cada mil nacidos vivos, y se acerca con el paso de los años a cumplir la meta municipal de máximo 7 casos por mil nacidos vivos.



Fuente: Red de Ciudades Colombianas Cómo Vamos

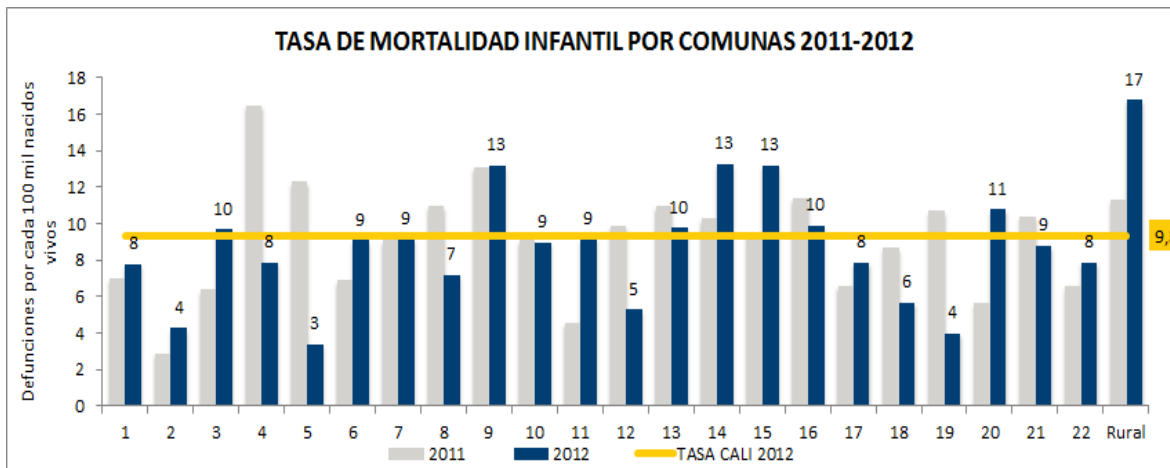
Sumado a lo anterior, entre Bogotá, Medellín, Cartagena e Ibagué, Cali es la segunda ciudad con menor TMI, sólo por encima de Medellín, que en 2012 presentó una tasa de 9 muertes por cada mil nacidos vivos.

CASOS Y TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO

AÑO	NACIDOS VIVOS DANE	TASA DE MORTALIDAD	CASOS*
2010	28.296	10,32	292
2011	29.496	9,32	275
2012	29.496	9,26	273
Meta ODM - Cali		7	204
Por Reducir		2,26	70

*Casos y **tasa por reducir: Cálculos CCV.
Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

Si bien el número de muertes en niños menores de 1 año continúa disminuyendo, la ciudad, de acuerdo a los Objetivos del Milenio, deberá disminuir en 70 casos los 273 presentados en 2012, para alcanzar la meta municipal de 7 muertes en niños menores de un año por cada mil nacidos vivos.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

Aunque la ciudad en general mantuvo su tasa en el mismo nivel, en 12 de las 22 comunas la Tasa de Mortalidad en menores de 1 año aumentó, presentándose los niveles más altos en las comunas 9, 14 y 15, donde la TMI superó los 13 casos por cada mil nacidos vivos.

No obstante, aunque se observan altos registros en algunas comunas de la ciudad, el mayor problema se localiza en la zona rural, donde la TMI fue de 17 en 2012.

MORTALIDAD INFANTIL TIPO DE MORTALIDAD SEGÚN RANGO DE EDAD. CALI, 2012

MORTALIDAD INFANTIL	NEONATAL PRECOZ (0-6 DIAS)	NEONATAL TARDIA (7-27 DIAS)	POST-NEONATAL (28-364 DIAS)	INFANTIL (0-364 DIAS)
Defunciones	104	61	106	273
Tasas	3,6	2,1	3,6	9,3

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

De las 273 defunciones en menores de un año, presentadas en 2012, más de la mitad se produjeron en infantes menores a un mes de nacidos, de los cuales 104 casos se encontraron en niños de 0 a 6 días de nacidos, representando el 38,1% del total de muertes, mientras otro 22,3% ocurrieron en recién nacidos entre los 7 y 27 días de nacidos, lo que significó 61 muertes adicionales.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN CALI, 2012

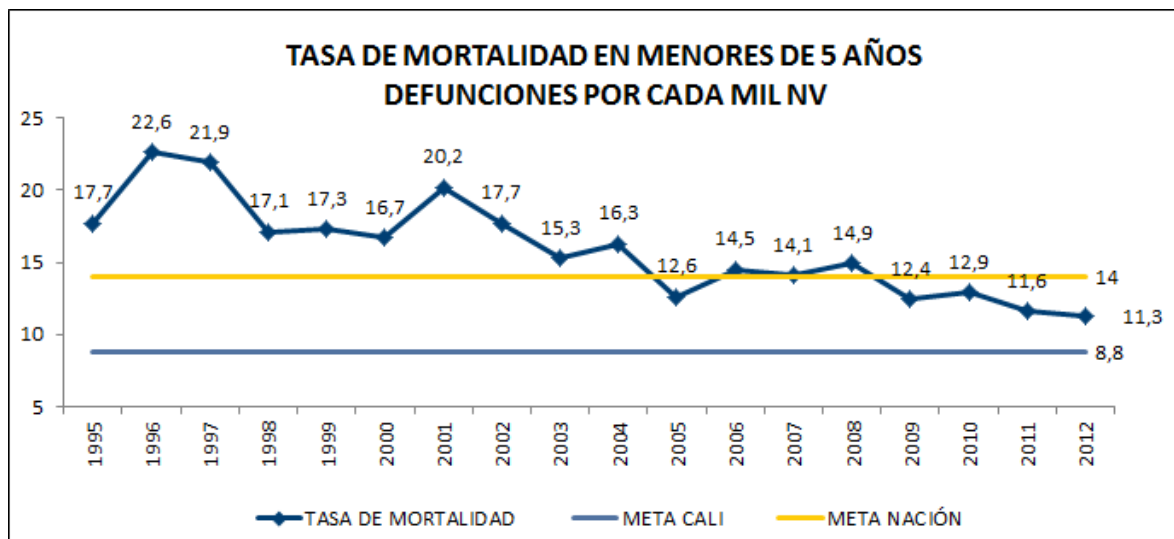
Causa	Total Infantil		Total	%
	Hombres	Mujeres		
Otras causas de mortalidad perinatal	42	28	70	25,6
Trastornos respiratorios y cardiovasculares	27	22	49	17,9
Malformaciones congénitas del corazón	23	29	52	19
Las demás malformaciones congénitas	14	16	30	11
Neumonías	12	10	22	8,1
Otras enf. del sistemas respiratorio	4	1	5	1,8
Enf. del esófago y otras enf. del sistema digestivo	2	0	2	0,7
Diarrea	6	0	6	2,2
Otras enfermedades del SNC	3	2	5	1,8
Deficiencias nutricionales	2	0	2	0,7
Resto de causas	16	14	30	11
Total casos	151	122	273	100

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

Entre las causas de muertes en niños menores de un año, las de mayor participación en el total fueron las malformaciones congénitas del corazón, enfermedad que generó la muerte a 52 niños en 2012, seguida por trastornos respiratorios y cardiovasculares, que en el último año produjo la muerte a 49 niños.

Mortalidad en menores de cinco años

Tanto las tasas de mortalidad en menores de 1 y 5 años, han mostrado importantes avances en los últimos años y se acercan a cumplir las metas del municipio. Sin embargo, el logro de estas metas es cada vez más difícil al disminuir la magnitud del problema, concentrándose este, en los casos más críticos por la vulnerabilidad de los menores, como lo es el primer año de vida, población donde se localizó el 82% de las muertes en menores de 5 años.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

Durante el último año, Cali avanzó en la reducción de la mortalidad en menores de 5 años, pasando de una TM de 11,6 a 11,3 en 2012. Este resultado es generado por la disminución de 9

casos entre 2011 y 2012, además de la disminución en la población de recién nacidos registrada por el Dane.

Esta tasa registrada en Cali, que además de estar por debajo de la meta nacional (14 X 1000 N.V), cada vez se acerca más a la meta propuesta por la Alcaldía, la cual es de 8,8 casos por cada mil nacidos vivos. No obstante, para lograr dicho objetivo, la ciudad deberá disminuir en 77 el número de casos, que a 2012 fueron 333.

CASOS Y TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Año	Casos	Tasa
2007	432	14,1
2008	461	14,9
2009	372	12,4
2010	366	12,9
2011	342	11,6
2012	333	11,3
Meta ODM - Cali	256	8,8
Por Reducir	77	2,5

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

DISTRIBUCIÓN DEL N° DE CASOS DE MUERTE ENTRE MENORES DE 1 Y 5 AÑOS, 2011-2012

Año	Menores de 1 Año	Menores entre 1 y 5 años	Total Menores de 5 años
2011	275	67	342
2012	273	60	333
Distr % 2011	80,4	19,6	100
Distr % 2012	82,0	18,0	100

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

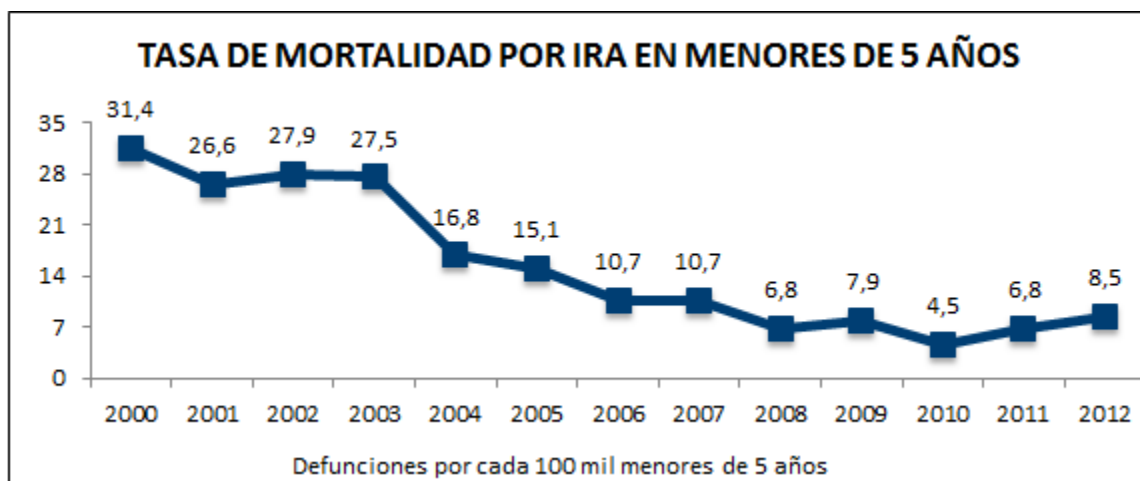
Aunque se disminuyó el número de muertes en menores de 5 años, y la mayoría de esta disminución ocurrió en la población entre 1 y 5 años de edad, cabe mencionar la necesidad de implementar un mayor esfuerzo en la protección de los menores de 1 año, quienes, como se dijo anteriormente, representan el 82% del total de muertes en menores de 5 años.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN CALI, 2012

CAUSA	TOTAL MENORES DE CINCO AÑOS			%
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
Otras causas de mortalidad perinatal	43	29	72	22
Malformaciones congénitas del corazón	27	38	65	20
Trastornos respiratorios y cardiovasculares	28	22	50	15
Las demás malformaciones congénitas	19	19	38	11
Neumonías	13	14	27	8
Otras enfermedades del SNC	7	4	11	3
Otras enf del sistemas respiratorio	7	1	8	2
Diarrea	6	0	6	2
Leucemia	1	4	5	2
Tumor maligno otras localizaciones	3	2	5	2
Resto de causas	24	22	46	14
Total casos	178	155	333	100

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. Resto de causas: Cálculo CCV.

Coherente con la participación mayoritaria de los menores de 1 año entre la población menor a 5 años de edad, las causas específicas de muertes que generaron el mayor número de muertes en la población infantil de cinco años fueron las Malformaciones Congénitas del Corazón (20%), Trastornos Respiratorios y Cardiovasculares (15%), Neumonías (8%) y Diarrea (2%).



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

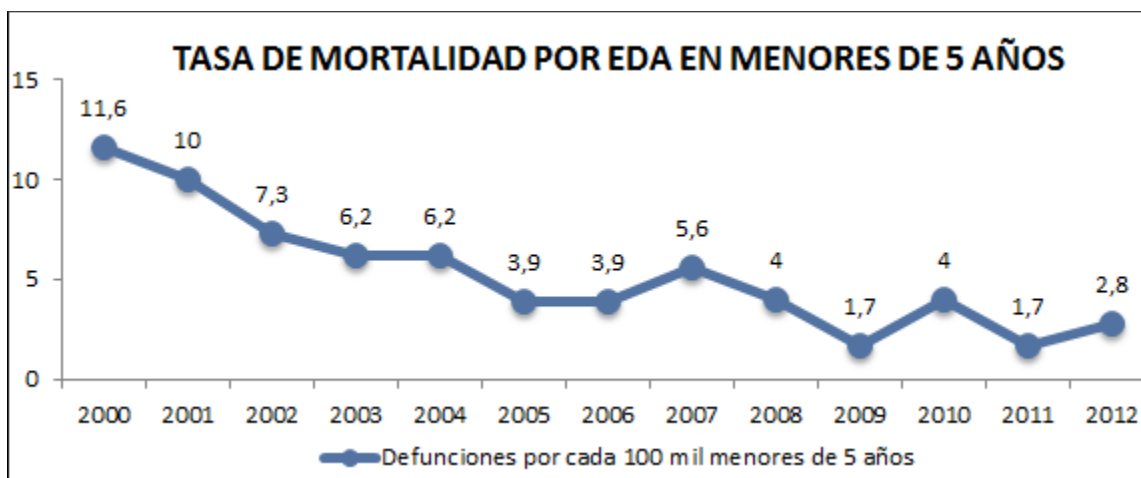
Desde el año 2000 hasta el 2010, la ciudad presentaba una tendencia decreciente en la Tasa de Mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas o Neumonía, en menores de 5 años. Sin embargo, entre 2011 y 2012, el número de muertes por esta causa aumentó de 12 a 15 casos (último reporte de la SSPM), elevando la tasa de mortalidad de 6,8 a 8,5 muertes por cada 100 mil menores de 5 años.

NÚMERO DE CASOS DE MUERTES POR NEUMONÍA, POR ESE / ZONAS DE LA CIUDAD, 2011-2012

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

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

Por sectores, el oriente continúa presentando el mayor número de casos por IRA, al igual que en 2011. Tanto en el oriente como en la zona de ladera, las muertes de niños menores de 5 años por neumonía se duplicaron durante 2012, pasando de 5 casos a 10 casos en el oriente de la ciudad, mientras en la zona de ladera los casos pasaron de 3 a 6 entre 2011 y 2012.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

Al igual que las muertes por IRA, el número de muertes por EDA o diarrea, aumentó en niños menores de 5 años, pasando de 3 a 5 casos (último reporte de la SSPM). Este incremento en los casos, sumado a la disminución en el número de recién nacidos, provocó el incremento en la Tasa de Mortalidad de 1,7 a 2,8 muertes por cada 100 mil menores de 5 años, entre 2011 y 2012.

No obstante, las variaciones de la Tasa de Mortalidad por EDA no han presentado tendencia alguna, al aumentar y disminuir anualmente durante los últimos 4 años.

NÚMERO DE CASOS DE MUERTES POR DIARREA, POR ESE / ZONAS DE LA CIUDAD, 2011-2012

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

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

Al desagregar los resultados de muertes por diarrea, se encuentra que la zona oriente, además de registrar el mayor número de casos de muertes en niños por neumonía, también es la zona donde se presenta el mayor número de casos mortales por diarrea, pasando de 1 caso en 2011 a 4 en 2012.

No obstante, aunque la zona de ladera había presentado una muerte por EDA en 2011, no presentó muertes por esta enfermedad durante 2012. Por el contrario, fue la zona centro donde se localizaron los dos casos adicionales de muertes por diarrea.

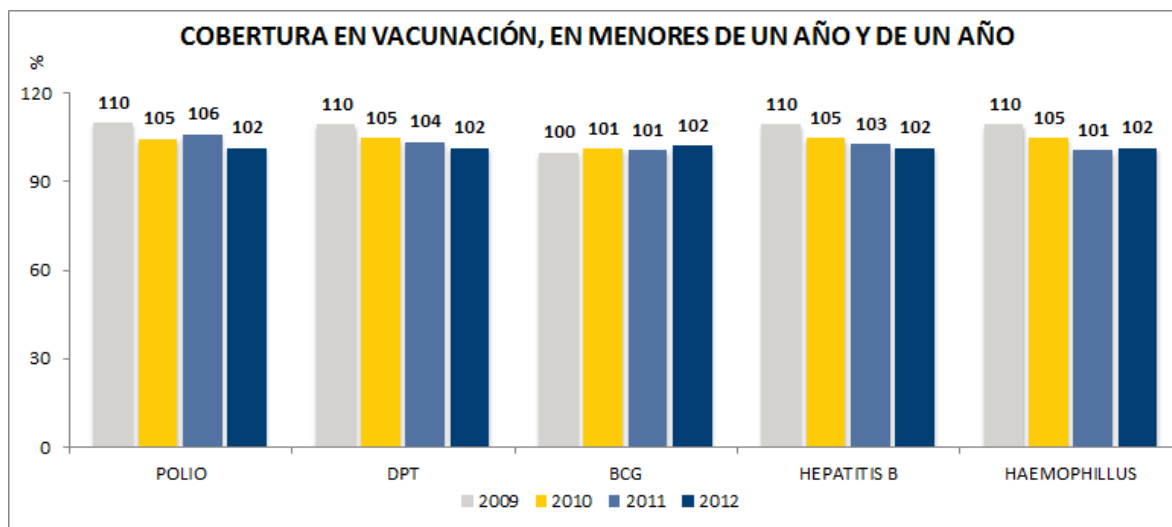
Vacunación a niños de un año y menores de un año

NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO Y N° DE VACUNADOS CONTRA EL NEUMOCOCO EN 2012		
POBLACIÓN	TOTAL MENORES	COBERTURA
NACIDOS VIVOS TOTALES	29.077	
CON BAJO PESO AL NACER	2.756	
NEUMOCOCO (MENOR 1 AÑO) 2A DOSIS	36.196	101,1%
NEUMOCOCO (1 AÑO) 3A DOSIS	36.552	103,10%

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

Por otra parte, en Cali durante 2012 nacieron un total de 29.077 niños, de los cuales 2.756 niños presentaron bajo peso al nacer⁷, mostrando una disminución de 914 casos respecto a los registrado en 2011.

Referente al número de infantes vacunados contra el neumococo, las cifras generadas por la Secretaría de Salud muestran aumentos, pasando de 17.300 a 36.196 niños menores de un año receptores de la segunda dosis entre 2011 y 2012, mientras que los niños entre los 12 y 15 meses, vacunados con la tercera dosis contra esta bacteria, pasaron de 17.618 a 36.552 infantes para el mismo período descrito.



Terceras dosis de cada vacuna y dosis única en BCG.

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

Respecto a otras vacunas aplicadas en infantes, como polio, DPT, BCG, Hepatitis B y Haemophilus, se observa una continuidad en la cobertura en vacunación por encima del 100%⁸, para el período 2009 - 2012. No obstante, aunque se presenta una tendencia a disminuir en la cobertura de la mayoría de vacunas, la BCG o la vacuna contra la tuberculosis, es la única que aumenta su cobertura del 100% al 102% entre 2009 y 2012.

⁷ Son recién nacidos con bajo peso al nacer, quienes su peso sea menor a 2.500 gramos de acuerdo a la Secretaría de Salud Municipal.

⁸La cobertura de vacunación es calculada por la SSPM como número de niños vacunados sobre número de niños programados para vacunación.

A continuación se expone el total de vacunas por tipo, el número de menores vacunados y su cobertura:

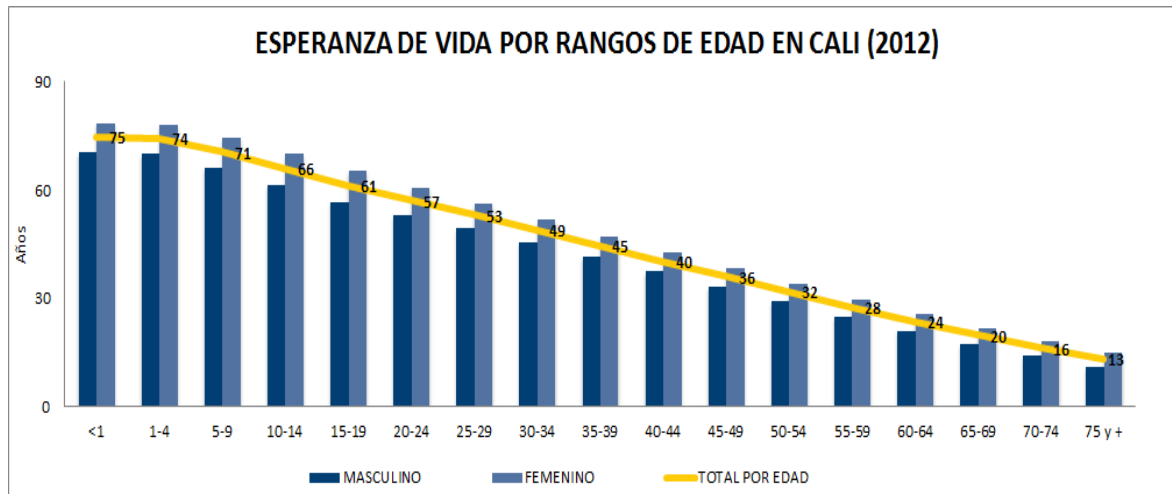
BIOLÓGICO	Nº VACUNADOS	% COBERTURA
BCG (29 días a 1 año)	36.610	102,30%
A- POLIO (menor 1 año)	36.376	101,70%
DPT (menor 1 año)	36.311	101,50%
HEPATITIS B (menor 1 año)	36.311	101,50%
HEMOPHILUS INFLUENZAE B (menor 1 año)	36.311	101,50%
ROTAVIRUS (2 a 5 meses)	36.322	101,50%
F. AMARILLA (1 año)	36.671	103,40%
SRP TRIPLE VIRAL (1 año)	36.144	102,00%

Terceras dosis de cada vacuna y dosis únicas en BCG, F. Amarilla y SRP Triple Viral

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

Aunque todas las vacunas aplicadas superan los 36.300 menores vacunados, se destaca una mayor ejecución en las vacunas contra la fiebre amarilla (36.671 menores beneficiados) y la tuberculosis o BCG (36.610 menores vacunados).

Esperanza de Vida



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

De acuerdo a la Secretaría de Salud Municipal, la esperanza de vida al nacer para los menores de 1 año es de 75 años, presentando niveles más altos para el género femenino en todos los rangos de edad.

Enfermedades de Obligatoria Notificación

PRINCIPALES EVENTOS DE OBLIGATORIA NOTIFICACIÓN 2006-2012, REPORTADOS POR SIVIGILA

EVENTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	VAR % 2011-2012
VARICELA INDIVIDUAL	3.413	2.961	4.748	3.290	2.797	1.876	4.569	144%
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	1.617	1.179	4.334	2.886	2.879	3.528	3.758	7%
DENGUE	953	1.533	958	3.891	11.121	1.395	2.317	66%
VCM, VIF, VSX							1.416	
TUBERCULOSIS PULMONAR	772	912	773	918	722	1.051	1.104	5%
VIH - SIDA - MORTALIDAD POR SIDA	712	715	1.045	832	950	746	505	-32%
SIFILIS GESTACIONAL	352	315	272	274	401	604	401	-34%
ESI - IRA (VIGILANCIA CENTINELA)						272	380	40%
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS	174	147	322	250	259	402	350	-13%
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	90	226	235	213	226	310	311	0%
INTOXICACION POR FARMACOS	4	104	233	209	283	288	307	7%
RESTO DE EVEN TOS	3.554	4.247	3.852	7.398	8.322	3.151	3.359	7%
TOTAL GENERAL	11.641	12.339	16.772	20.161	27.960	13.623	18.777	38%

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal

Para finalizar, entre las enfermedades de obligatoria notificación con mayor crecimiento entre 2011 y 2012, se encuentran la varicela con 144%, el dengue con un 66% y las Infecciones Respiratorias Aguas, IRA, con un 40%. Sumado a lo anterior, los tres primeros eventos de mayor ocurrencia durante 2011, aumentaron sus casos durante 2012, siendo estos la varicela, el dengue y las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.

No obstante, otras enfermedades presentaron decrecimientos, entre estas el VIH - Sida, la cual continuó la disminución anual presentada en 2011, llegando a 505 casos para 2012 (el menor número de casos reportados desde 2006). Adicionalmente, las Enfermedades Transmitidas por Alimentos disminuyeron de 402 a 350 casos entre 2011 y 2012, período en que la Sífilis Gestacional descendió de 604 a 401 casos.

Retos en Salud

Oscar Echeverri - Consultor

Cobertura de afiliación:

“La cobertura de afiliación a la seguridad social solo indica cuántas personas están registradas y posiblemente tengan un carné de “salud”. Lo importante es medir el acceso efectivo a los servicios médicos. Además, es llamativo que la cobertura de afiliados al régimen contributivo es el doble (61%) del subsidiado (29.7%), siendo que las dos terceras partes de la población es pobre y el empleo informal es más del 60%. Esto sugiere que el sistema agrava la inequidad existente”.

Indicadores de salud:

“Es inaceptable el incremento de la mortalidad materna de 26 a 53 / 100.000 nacidos vivos en los últimos 4 años. Tres de las cuatro causas de muerte materna son claramente prevenibles. Es necesaria una mayor auditoría médica a la atención obstétrica institucional.

Los embarazos en adolescentes son un grave problema social. La educación sexual no es suficiente para reducir este problema. Se necesita afianzar valores como el respeto y la autoestima y dar más oportunidades de estudio y trabajo a los adolescentes.

La TMI promedio es baja comparada con el promedio nacional. Qué explica la reducción del doble (comunas 4, 12) y del triple (comunas 5, 19) de la TMI de 2011 a 2012? Las muertes por IRA muestran un ciclo bianual de aumentos desde 2003. Una fluctuación similar se insinúa en muertes por EDA en los últimos 5 años ¿es el reflejo de la falta de continuidad de los programas de prevención?”

María Elena Osorio - Directora del Observatorio Así Vamos en Salud

“Desde el Programa Así Vamos en Salud se observa que la situación de salud de la ciudad de Cali tomando como base los indicadores presentados en este informe, debe ser abordada de manera “intersectorial” para lograr mayor impacto en la salud de la población, por eso recomendamos trabajar en los determinantes sociales a partir de un diagnóstico de la comunidad, de la familia y del autocuidado del individuo.

Se recomienda considerar la familia como grupo prioritario hacia el cual se dirigen las acciones con el fin de fortalecer y desarrollar capacidades de afecto, protección, cuidado y desarrollo, aplicar estrategias de generación de empleo, e ingresos para las familias en situación de pobreza, priorizar los proyectos de vida de niños y jóvenes, en la permanencia escolar, en la culminación del ciclo educativo y lograr familias funcionales más allá de enfoques biológicos.

Si bien, la implementación de políticas públicas de salud debe buscar impactar los determinantes próximos, y que a través de intervenciones básicas, tales como el control prenatal temprano y de calidad, la lactancia materna, la vacunación, el acceso a servicios públicos como agua y alcantarillado, han demostrado tener un resultado eficaz en el control de la mortalidad; es necesario e indispensable fortalecer la coordinación intersectorial, el desarrollo administrativo gerencial (plurisectorial), la participación de la comunidad, el desarrollo de tecnología y la educación continuada en Atención Primaria en Salud”.