



Parte 2: Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivos de desarrollo del Milenio:

Los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas, en septiembre de 2000 en la ciudad de Nueva York, firmaron un compromiso de trabajar por unas Metas Universales, estableciendo un mapa de ruta que quedó plasmado en la Declaración del Milenio, con ocho (8) objetivos para ser alcanzado en el año 2015. Cada país, entre ellos Colombia, se comprometió con establecer sus metas nacionales a alcanzar, para lograr cada uno de los objetivos.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio se formularon con base en acuerdos adoptados en diferentes eventos realizados en la década de los 90, donde participaron los Estados Miembros de las Naciones Unidas y que se traducen en un compromiso para reducir la pobreza y el hambre, disminuir las enfermedades, la inequidad entre los sexos, enfrentar la falta de educación, la falta de acceso al agua y al saneamiento básico y para detener la degradación ambiental.

Mediante los ODM se busca centrar esfuerzos y recursos para ayudar a la población más pobre y vulnerable a superar la pobreza causada por la “morbilidad, la nutrición deficiente, el bajo nivel de instrucción, el acceso limitado al agua salubre y muchas veces, un rápido crecimiento demográfico” (PNUD Colombia, 2010).

A la luz de los beneficios que se derivarán de reducir la pobreza y poner a millones de personas en condiciones de vivir una vida más sana y productiva por más tiempo, los Objetivos del desarrollo del Milenio constituyen una excelente oportunidad de inversión hacia la seguridad, la paz y la democracia.

Colombia, a través del Consejo de Política Social (CONPES), aprobó el 14 de marzo de 2005 el Documento Conpes Social 91 de ese mismo año, que contiene las “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio – 2015”. Este documento considera que la definición de los ODM para Colombia es una oportunidad para considerar de manera precisa y evaluable, los retos y avances para el país y proponer un desafío para que en el siglo XXI se logre un desarrollo social más acelerado.

Los objetivos del milenio son ocho (8), son 18 las metas universales y más de 40 los indicadores, cada uno de los objetivos está representado con un ícono basado en el arte precolombino de diversos países de la región, buscando que su imagen le transmita a la población una identidad latinoamericana, tratando de conservar el mensaje de las imágenes originales, con un color relacionado de alguna manera con el objetivo, cada una de las cuales tiene una breve descripción (PNUD Colombia, 2010)

A continuación se hará una relación de los objetivos, su imagen y significado, las metas e indicadores:

Objetivo1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre:



Este objetivo busca el trabajo conjunto entre las regiones, para asimilar entre ellos las buenas prácticas que han tenido éxito en algunos países. La imagen es de fondo amarillo quemado y nos muestra el maíz⁴ que durante siglos ha sido el cereal por excelencia de las culturas indígenas latinoamericanas, andinas y mesoamericanas, en una vasija indígena Colombiana⁵

Metas e indicadores:

Meta 1A: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar

- Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día
- Coeficiente de la brecha de la pobreza a 1 dólar por día
- Proporción del ingreso o consumo que corresponde a la quinta parte más pobre de la población

Meta 1B: Alcanzar el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidas las mujeres y los jóvenes

- Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada
- Relación empleo-población
- Porcentaje de la población empleada cuyos ingresos son inferiores a 1 dólar por día (valores de PPA)
- Porcentaje de trabajadores familiares por cuenta propia y aportadores en el empleo total

Meta 1C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

- Prevalencia de niños menores de 5 años de peso inferior a lo normal
- Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (subnutrición)

⁴ Zona arqueológica de Xochicalgo Morelos.

⁵ Cultura Quimbaya en Colombia

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal



Este objetivo busca eliminar el analfabetismo en el mundo y está representado por un buho de la cultura precolombina⁶, que simboliza la sabiduría y la observación como base para el aprendizaje. Se representa con un color azul en el fondo que simboliza la profundidad del aprendizaje y unas líneas exteriores que representan la luz del conocimiento

Metas e indicadores:

Meta 2A: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

- Tasa neta de matrícula en la escuela primaria
- Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al último grado de la escuela primaria
- Tasa de alfabetización de mujeres y hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años

Objetivo 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer



La equidad entre hombres y mujeres es un objetivo fundamental para el progreso del desarrollo humano. Se representa por el varón y la mujer acoplados por la cabeza, en unión del pensamiento místico⁷. Utiliza el color violeta y presenta colores opuestos para reflejar las oportunidades en la vida entre hombres y mujeres.

Metas e indicadores

Meta 3A: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005 y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015:

- Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior
- Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola
- Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional.

⁶ Cultura Azteca en México, Veracruz

⁷ Un tapiz tejido en wari en telar vertical, Perú.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil



La mortalidad infantil es motivo de preocupación social en Latinoamérica, como en el resto del mundo. Se representa con una imagen de un niño, con una sonrisa llena de alegría y vida, de la región de los Andes. El ritmo y la cadencia de brazos y piernas simbolizan una danza por la vida.

Metas e indicadores:

Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

- Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
- Tasa de mortalidad infantil
- Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

Objetivo 5: Mejorar la salud materna



La maternidad, así como la salud sexual y reproductiva han sido materia de preocupación en Latinoamérica, por ser un problema en varios países, con tasas altas, entre los que se encuentra Colombia. Este objetivo se ha representado con la imagen⁸ de la luna que representa un útero con un conejo en su interior, busca sensibilizar sobre la importancia del proceso de gestación de la mujer y la salud sexual y reproductiva. El color que utiliza este ícono es el violeta pastel.

Metas e indicadores:

Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

- Razón de mortalidad materna
- Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Meta 5B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

- Tasa de uso de anticonceptivos
- Tasa de natalidad entre las adolescentes
- Cobertura de atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas)

⁸ Estela de Tlaxico piedra tallada por los Mixtecas.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades



Este objetivo tiene como fin prevenir la propagación del VIH/SIDA y proteger los derechos de las personas viviendo con VIH.

La imagen que representa este objetivo tiene una mezcla entre lo precolombino y lo actual, con tres capas que componen el virus del VIH/SIDA y un núcleo adicional que simboliza las tres enfermedades infecciosas contenidas en este objetivo. El color utilizado es el rojo, que representa la enfermedad, la salud y la vida.

Metas e indicadores:

Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

- Prevalencia del SIDA entre la población 15 a 24 años
- Uso del preservativo en prácticas sexuales de alto riesgo
- Porcentaje de población de entre 15 y 24 años con un conocimiento adecuado e integral del VIH/SIDA
- Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matrícula de niños no huérfanos de 10 a 14 años

Meta 6B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten

- Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales

Meta 6C: Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

- Tasas de mortalidad e incidencia asociadas al paludismo
- Porcentaje de niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticida
- Porcentaje de niños menores de 5 años con fiebre que son tratados con medicamentos antipalúdicos adecuados
- Tasa de prevalencia y mortalidad de la tuberculosis
- Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente



Este objetivo busca que los países tengan un desarrollo sostenible, donde haya un equilibrio entre el desarrollo económico, social y el ambiente. Se utiliza para su representación una imagen⁹ humana unida en el centro y separada en los extremos, con un centro en forma de flor, que pretende que se observe a través de ella el contacto del hombre con la naturaleza. El color utilizado es el verde.

Metas e indicadores:

Meta 7A: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

- Proporción de la superficie de las tierras cubiertas por bosques
- Emisiones de dióxido de carbono totales, per cápita y por 1 dólar PIB (PPA)
- Consumo de sustancias que agotan la capa de ozono
- Proporción de poblaciones de peces dentro de límites biológicos seguros

Meta 7B: Reducir la pérdida de diversidad biológica logrando, para 2010, una reducción significativa en la tasa de pérdida

- Proporción de recursos hídricos totales usados
- Proporción de áreas terrestres y marinas protegidas
- Proporción de especies amenazadas de extinción

Meta 7C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable

- Proporción de la población que utiliza fuentes de abastecimiento de agua potable mejoradas
- Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento mejorados

Meta 7D: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

- Proporción de población urbana que vive en barrios de tugurios [*La proporción real de personas que viven en barrios de tugurios se mide mediante una variable sustitutiva representada por la población urbana que vive en hogares con al menos una de las cuatro características siguientes: a) falta de acceso a un mejor abastecimiento de agua; b) falta de acceso a un mejor saneamiento; c) hacinamiento (3 ó más personas por habitación); y d) viviendas construidas con material de corta duración.*]

⁹ Colgante muisca.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo



El objetivo busca fomentar la asociación de países y la comunidad, para contribuir al desarrollo global, está representado a partir de una imagen precolombina de la región andina que muestra la unidad y la solidez del trabajo en grupo. El color de fondo es azul oscuro.

Metas e indicadores:

Meta 8A: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.

Meta 8B: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza.

Meta 8C: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General)

Meta 8D: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.

Asistencia oficial para el desarrollo (AOD)

- La AOD neta como porcentaje del producto nacional bruto (INB) de los países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE
- Proporción de la AOD destinada a los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento)
- Proporción de la AOD que no está condicionada
- La AOD recibida en los países sin litoral como una proporción de su producto nacional bruto
- La AOD recibida en los pequeños Estados insulares en desarrollo como una proporción de su producto nacional bruto

Acceso a los mercados

- Proporción de las exportaciones (por su valor y sin incluir las armas) admitidas libre de derechos y cupos
- Aranceles y cupos medios aplicados a los productos agrícolas y textiles y el vestido
- Subsidios a la exportación y la producción de productos agrícolas en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)
- Proporción de la AOD ofrecida para ayudar a crear la capacidad comercial

Sostenibilidad de la deuda

- Número de países que alcanzan los puntos de decisión y de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países muy endeudados
- Alivio de la deuda bajo: la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados y la Iniciativa para el Alivio de la Deuda Multilateral
- Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios

Meta 8E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo

- Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables

Meta 8F: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

- Líneas de teléfono por cada 100 habitantes
- Abonados a teléfonos celulares por cada 100 habitantes
- Usuarios de Internet por cada 100 habitantes

A continuación, Santiago de Cali, comprometida con el Valle del Cauca, el país y el mundo en el logro de los ODM quiere destacar los avances alcanzados hasta el año 2008, presentados en los capítulos siguientes.



Julio César Alonso C.

Ana Isabel Gallego L.

Marta Cecilia Jaramillo M.

Rubby Elizabeth Castellanos P.

Olga Lucía Murillo P.

Juan Sebastián Ramírez Z.

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre¹⁰

¹⁰ Los autores agradecen la participación de la Dra. Teresa Gómez y Dra. Blanca Cecilia Zuluaga, como expertos evaluadores y la contribución de la Nutricionista María del Pilar Zea L. y el Ingeniero Elidier Gómez S.

1 Objetivo de desarrollo del Milenio 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

A pesar de los esfuerzos realizados para reducir la pobreza extrema y el hambre en el mundo, todavía más de 1,000 millones de seres humanos sobreviven con menos de un dólar al día (PNUD, 2010). Esto significa que una persona que logra obtener esta cantidad de dinero al día, tendrá dificultades para acceder a una sana alimentación, recibir atención médica en caso de requerirla, realizar estudios que le permitan mejorar su calidad de vida y así, también obtener créditos para vivienda y conseguir activos que garanticen una vida digna para toda su familia.

Por esta razón, el primero de los objetivos acordados en la Cumbre del Milenio es erradicar la pobreza extrema y el hambre, siendo éste el primer paso para que los individuos cuenten con la energía y las capacidades necesarias para llevar a cabo sus planes de vida y puedan acceder a las oportunidades económicas y sociales.

En este sentido se han dado pasos gigantes para superar la pobreza y el hambre, sin embargo, se debe seguir trabajando para reducir a la mitad el número de personas cuyo ingreso sea inferior a un dólar.

En el año 2008, la Naciones Unidas revisaron los indicadores oficiales de seguimiento a los ODM y decidieron agregar el empleo como una nueva meta Cuadro 2, por considerarlo indispensable para la superación de la pobreza y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población mundial.

Cuadro 2. Metas e indicadores universales, objetivo 1.

Metas universales	<p>Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas con ingresos inferiores a 1 dólar por día</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporción de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día según la paridad del poder adquisitivo (PPA)</i> ▪ <i>Coefficiente de la brecha de pobreza</i> ▪ <i>Proporción del consumo nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población</i>
	<p>Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa de crecimiento del producto interno bruto por persona empleada</i> ▪ <i>Tasa de población ocupada</i> ▪ <i>Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1 dólar por día según la paridad del poder adquisitivo</i> ▪ <i>Proporción de la población ocupada total que trabaja por cuenta propia o en un negocio familiar</i>
	<p>Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Niños menores de 5 años con peso inferior al normal</i> ▪ <i>Proporción de la población que no alcanza el nivel mínimo de consumo de energía alimentaria</i>

Cuadro 3. Metas e indicadores CONPES 91, objetivo 1.

Metas Colombia	Reducir a 1.5% el porcentaje de personas con ingreso inferior a 1 dólar con Paridad de Poder Adquisitivo (PPA)
	<i>Indicadores:</i>
	•Población cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día (valores PPA)
	Reducir a 28.5% el porcentaje de personas en pobreza.
	<i>Indicadores:</i>
•Porcentaje de la población/hogares por debajo de la línea de pobreza	
•Coeficiente de la brecha de pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la gravedad de la pobreza)	
	•Proporción del consumo o ingreso nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población.
	Reducir a 8.8% el porcentaje de personas que viven en pobreza extrema (indigencia).
	<i>Indicadores:</i>
	•Porcentaje de personas bajo la línea de indigencia.
	Reducir a 3% los niños menores de 5 años con desnutrición global (peso para la edad).
	<i>Indicadores:</i>
	•Porcentaje de niños menores de cinco años por debajo de su peso normal para la edad. (Desnutrición global)
	Reducir a 7.5% las personas que están por debajo del consumo de energía mínima alimentaria.
	<i>Indicadores:</i>
	•Porcentaje de la población que está por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.

Cuadro 4. Metas e indicadores Cali, objetivo 1.

Metas Cali	1.1 Reducir a la mitad, entre 1996 y 2015 el porcentaje de personas que padezcan pobreza.
	<i>Indicadores:</i>
	•Porcentaje de la población bajo la línea de pobreza.
	•Porcentaje de la población bajo la línea de indigencia.
	1.2 Lograr empleo total y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo jóvenes y mujeres.
	<i>Indicadores:</i>
	•Crecimiento del PIB por persona empleada
	•Tasa de ocupación
	1.3 Reducir a la mitad, entre 1995 y 2015, el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (peso para la edad).
	<i>Indicadores:</i>
	•Porcentaje de niños menores de cinco años por debajo de su peso normal para la edad (desnutrición global).
	1.4 Reducir a la mitad las personas que están por debajo del consumo de energía mínima alimentaria
	<i>Indicadores:</i>
	•Porcentaje de personas/hogares en situación de inseguridad alimentaria.

1.1 Meta: Reducir a la mitad, entre 1996 y 2015 el porcentaje de personas que padezcan pobreza. (Meta numérica: 21.7% de la población en condiciones de pobreza y 5.4% en condiciones de pobreza extrema).

1.1.1 Definición del indicador

La pobreza indica la carencia de algo, dependiendo del enfoque asumido por el analista (Alonso, Gallego. 2007), personas con mucho dinero pueden ser consideradas pobres por carencias de salud, educación o similares. Sin embargo, usualmente la discusión sobre la pobreza gira alrededor del dinero que las personas tienen para comprar productos y servicios.

Reconociendo la gravedad de la pobreza extrema y sus consecuencias, el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, es la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. La primera meta para el cumplimiento de este objetivo es reducir a la mitad el porcentaje de la población en condición de pobreza extrema, para su medición se planten dos indicadores: el porcentaje de población por debajo de la línea de la pobreza y el porcentaje de la población por debajo de la línea de indigencia.¹¹

En Colombia para luchar específicamente contra este flagelo, se creó la “estrategia para la erradicación de la pobreza y la desigualdad” y se estructuró una propuesta de largo plazo, creando la Misión para la erradicación de la pobreza y la desigualdad (MERPD) (DNP, 2004), que en cumplimiento de sus funciones realizó un cálculo de la población en situación de pobreza y pobreza extrema a nivel de país y ciudades.

Para calcular la meta específica del ODM número 1 en Cali, se tomaron los primeros datos de ésta Misión (1996) para la ciudad (MESEP¹², 2009), de tal manera que si para ese año el 43.4% de personas que habitaban en la ciudad de Cali estaban por debajo de la línea de pobreza y el 10.7% de la población estaba en condiciones de pobreza extrema, éstas se multiplicaron por el 50% para obtener la meta para la ciudad en el 2015, lo que significaría reducir al 21.7% las personas por debajo de la línea de pobreza y a un 5.35% las personas en pobreza extrema.

1.1.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

1.1.2.1 Porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza

En la Figura 7 se describe el comportamiento del porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza¹³. Se puede observar que para el periodo 1997-1999, el porcentaje de población pobre venía en incremento, alcanzado el máximo (47.2%) en el año de la recesión de 1999 (Alonso, 2004)¹⁴. A partir de este año, aunque con incrementos en el 2003 y 2005, el indicador desciende en 13.3 puntos porcentuales (pp) alcanzando un

¹¹ A nivel nacional y mundial, se calculan el coeficiente de la brecha de pobreza y la proporción del consumo o ingreso nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población, sin embargo por limitantes de información oficial, en la sección del contexto se discutirá el coeficiente de GINI que es una medida de desigualdad en la distribución del ingreso.

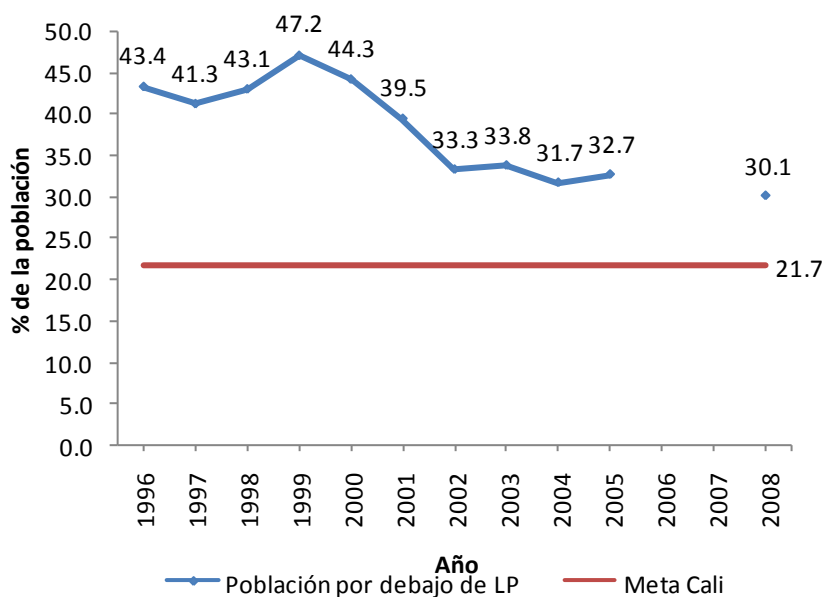
¹² Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad

¹³ No es posible obtener datos comparables con los de la MERPD antes de 1996.

¹⁴ En ese mismo año la economía caleña se contrajo en 9.9% según cifras del Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Cali (DAPM).

30.1% de población por debajo de la línea de pobreza en 2008, que es el punto más bajo del periodo (MESEP, 2009).

Figura 7. Porcentaje de la población por debajo de la línea de la pobreza. Cali, 1996-2005 y 2008



Fuente: MERPD –Misión para el Empalme de las Series de Empleo Pobreza y Desigualdad. MESEP. (MESEP, 2009)

La serie de la figura 7, no muestra información en 2006 y 2007, debido a la transición entre la Encuesta Continua de Hogares (ECH) y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). La Misión para el Empalme de las Series de Empleo Pobreza y Desigualdad (MESEP) consideró que no era prudente un cálculo de indicadores en estos años de transición y sólo reanudó la medición a partir del año 2008 (MESEP, 2009).

Cali se encuentra en 2008 a 8.4 pp de alcanzar la meta, situación mejor que nueve años antes, cuando la diferencia era de 25.5 puntos porcentuales. Para el cumplimiento de la meta se requiere un gran esfuerzo y la necesidad de crear una política pública encaminada a acelerar la reducción del indicador, en un promedio de 1.2 puntos porcentuales por año.

1.1.2.2 Porcentaje de la población en condiciones de pobreza extrema

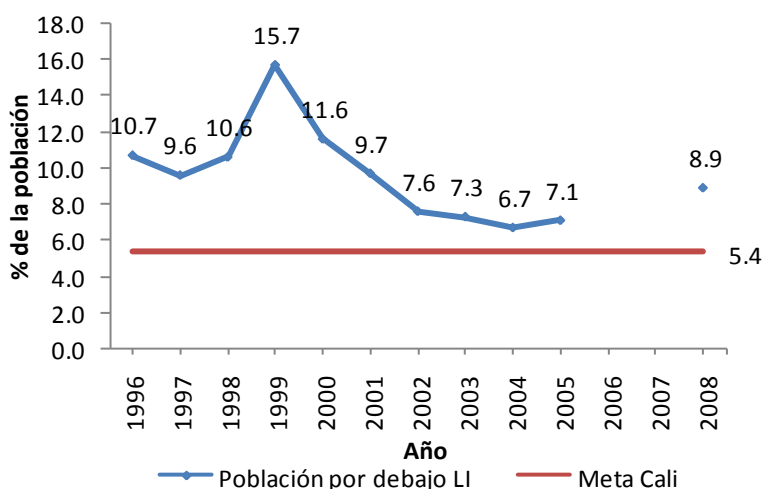
En el año 1996¹⁵, el 10.7% de la población en Cali vivía por debajo de la línea de indigencia (MESEP, 2009), alcanzando el punto más alto del indicador en 1999 cuando estuvo cerca del 16% (Figura 8).

Al igual que en el caso de la población por debajo de la línea de pobreza, la MESEP no calculó cifras para los años 2006 y 2007, durante la transición entre encuestas.

¹⁵ No es posible obtener datos comparables con los de la MERPD antes de 1996.

La meta propuesta por los ODM, de alcanzar una reducción del 50% de las personas por debajo de la línea de indigencia en Cali, para el año 2015 es de 5.4%, siendo el 2004 el que estuvo más cercano a ella, ubicándose a 1.3 puntos porcentuales por encima. Entre 2002 y 2008, el indicador tuvo un incremento de 1.3 puntos porcentuales, ubicándose a 3.5 puntos porcentuales de la meta en el 2015, con una tendencia ascendente, si se quiere conseguir la meta se debe ejecutar una política pública que permita revertir este comportamiento para reducir al menos 0.5 puntos porcentuales por año.

Figura 8. Porcentaje de la población por debajo de la línea de la indigencia. Cali, 1996-2005 y 2008



Fuente: MERPD – ECH – ENH, MESEP

1.1.3 Contexto

El problema de la pobreza, se debe abordar desde el concepto de pobreza coyuntural y pobreza estructural. Los indicadores presentados permiten hacerse una idea de la pobreza coyuntural, mientras que el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) mide la pobreza estructural, es decir, aquella que no está asociada al ciclo económico.

En el Cuadro 5 se muestra la población con al menos una NBI en los años censales 1993 y 2005 para las principales ciudades y el total nacional. Se puede destacar que entre los censos, el resultado del esfuerzo de Cali, fue el mayor entre las tres principales ciudades del país (Bogotá, Medellín y Cali) al disminuir en 9.6 pp el índice de NBI. Cali pasó de ocupar el tercer lugar entre las principales ciudades en 1993, al segundo lugar en el 2005, cuando estuvo 1.4 pp por debajo de Medellín y 16.8 pp por debajo del índice nacional, ésta última diferencia era de esperarse por ser la tercera ciudad más importante del país (el indicador nacional incluye los municipios de más bajo nivel de desarrollo económico).

Cuadro 5. Porcentaje de personas con al menos una NBI. 1993 y 2005

Región	1993 (%)	2005 (%)
Medellín	16.08	12.42
Bogotá D.C.	17.28	9.20
Cali	20.64	11.01
Colombia	35.80	27.78

Fuente: DANE Censo 1993 y 2005

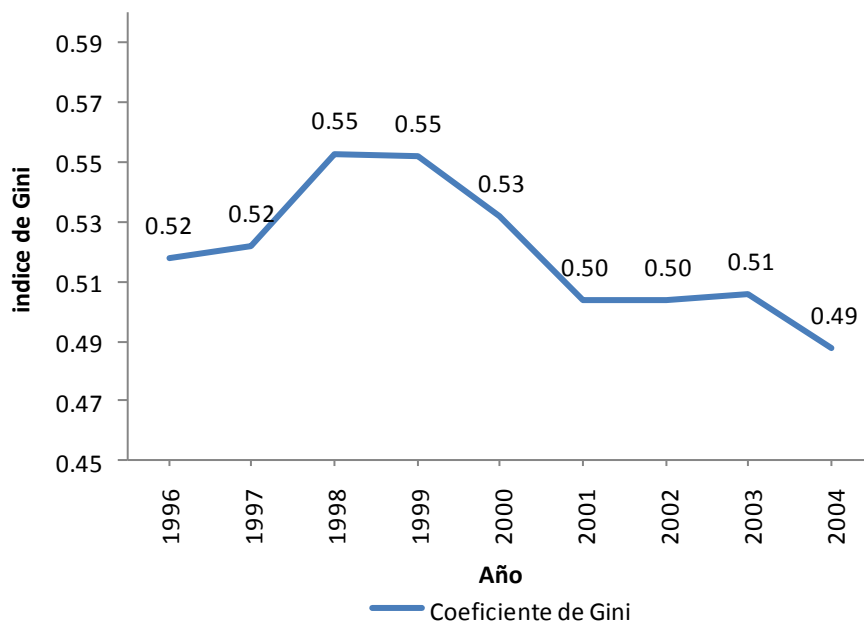
El fenómeno del desplazamiento es generador de pobreza y en muchas ocasiones, de mendicidad. El volumen de desplazados que recibe la ciudad de Cali es muy superior al que sale de ésta, por tanto la ciudad se ve enfrentada a recibir migraciones de personas que, en la mayoría de las ocasiones, han perdido todo y se encuentran en condiciones de pobreza o pobreza extrema. En Cali para 1997, se recibían 3.4 personas por cada desplazado expulsado de la ciudad, ésta cifra subió a 29.1 en el año 2000, bajó a 8.5 en 2004 y para el 2008 se ubicó en 11.6 personas.

En el período intercensal 1993 – 2005, según las proyecciones del DANE, las cuatro grandes ciudades de Colombia, Cali, Bogotá, Medellín y Barranquilla, tienen tasas de crecimiento intercensal positivas que fluctúan entre 25% y 40% y un crecimiento por inmigración intercensal para Cali de 45.7%, superada únicamente por Medellín que presentó un 53.2% de crecimiento y seguida de Barranquilla con 41.1% y Bogotá con 33.4% (Ruiz, 2007).

Finalmente, si bien el coeficiente de Gini¹⁶ no es una medida de pobreza, éste puede dar una idea sobre la distribución del ingreso. El comportamiento del Coeficiente de Gini, para el cual se cuenta con estimaciones hasta el año 2004¹⁷ (Figura 9), tiene una tendencia al descenso desde el año 1999, cuando tomó un valor de 0.55, hasta el año 2004 cuando se alcanzó un valor de 0.49, siendo el nivel más bajo de desigualdad en el ingreso. A pesar del descenso, este último valor del Gini indica altos niveles de desigualdad, sumado al hecho de que el 30% de la población es pobre, sigue constituyéndose en uno de los problemas de la ciudad para el presente milenio.

¹⁶ Medida de la distribución del ingreso, entre más cercano a 1, mayor es la desigualdad.

¹⁷ No es posible obtener datos comparables con los de la MERPD antes de 1996 o después de 2004.

Figura 9. Coeficiente de Gini. Cali 1996 – 2004.

Fuente: MERPD – ECH – ENH, DNP

1.1.4 Comparación con otras poblaciones

El Cuadro 6 compara la población por debajo de la línea de pobreza, de las principales ciudades de Colombia con el total nacional. Se encuentra que tanto Cali como las otras ciudades presentaron un descenso en el periodo 2002-2008. A nivel nacional el descenso fue de 7.2 pp, en Cali fue de 3.2 pp y en Bogotá y Medellín se redujo en 13.2 y 11.2 pp respectivamente. A pesar de que la ciudad presentó una menor reducción en ese periodo, para el año 2008 presenta un porcentaje de población bajo la línea de pobreza de 30.1%, cifra menor que Medellín y que el promedio del país.

Se recomienda realizar una investigación para identificar los determinantes de la menor caída de la pobreza en Cali, con respecto a las otras ciudades principales.

Cuadro 6. Porcentaje de la población bajo la línea de pobreza. 2002 y 2008.

Región	2002 %	2008 %
Bogotá	35,7	22,5
Cali	33,3	30,1
Medellín	49,7	38,5
Colombia	55,7	48,5

Fuente: MESEP, DNP

De la misma forma que sucede con la población bajo la línea de pobreza, el porcentaje de la población bajo la línea de indigencia en Cali pasó de ser menor que el de Bogotá y

Medellín en el 2002, a ubicarse por encima de Bogotá en 2008 (Cuadro 7). En éste año, Cali aumentó en 1.3 pp el porcentaje de la población en pobreza extrema.

Cuadro 7. Porcentaje de la población bajo la línea de indigencia. 2002 y 2008

Región	2002	2008
Bogotá	8.6	3.9
Cali	7.6	8.9
Medellín	12.3	9.2
Colombia	21.6	19.2

Fuente: MESEP, DNP

Por su parte, el último dato disponible del coeficiente de Gini para las tres principales ciudades muestra que Cali tiene el menor nivel de desigualdad en el ingreso con un coeficiente de 0.49, ubicado 0.04 puntos por debajo de Medellín y 0.07 puntos por debajo de Bogotá y del total nacional (Cuadro 8). El hecho de que Cali tenga el menor Coeficiente de Gini, implica que la distribución del ingreso es la más igualitaria de las tres principales ciudades (a pesar de que no es un buen resultado).

Cuadro 8. Coeficiente de Gini. 2004.

Región	Coeficiente de Gini
Bogotá	0.56
Cali	0.49
Medellín	0.53
Colombia	0.56

Fuente: MERPD – ECH – ENH, DNP 2004

1.2 Meta: Lograr empleo total y productivo y trabajo decente para todos, incluyendo jóvenes y mujeres.

1.2.1 Definición del indicador

La segunda meta ODM para la erradicación de la pobreza y el hambre, busca lograr empleo decente para todas las personas de la población. En Cali, no existe una meta oficialmente definida, sin embargo, el monitoreo de los indicadores permite ver la evolución del mercado laboral de la ciudad.

Los indicadores que se monitorean a nivel mundial son:

1. Crecimiento del PIB por persona empleada
2. Tasa de ocupación
3. Proporción de la población empleada con menos de un dólar (PPA).
4. Proporción de los trabajadores familiares en la población ocupada.

Dada la disponibilidad de información para Cali se analizarán sólo los dos primeros, a falta de información oficial suficientemente desagregada para los otros dos indicadores.

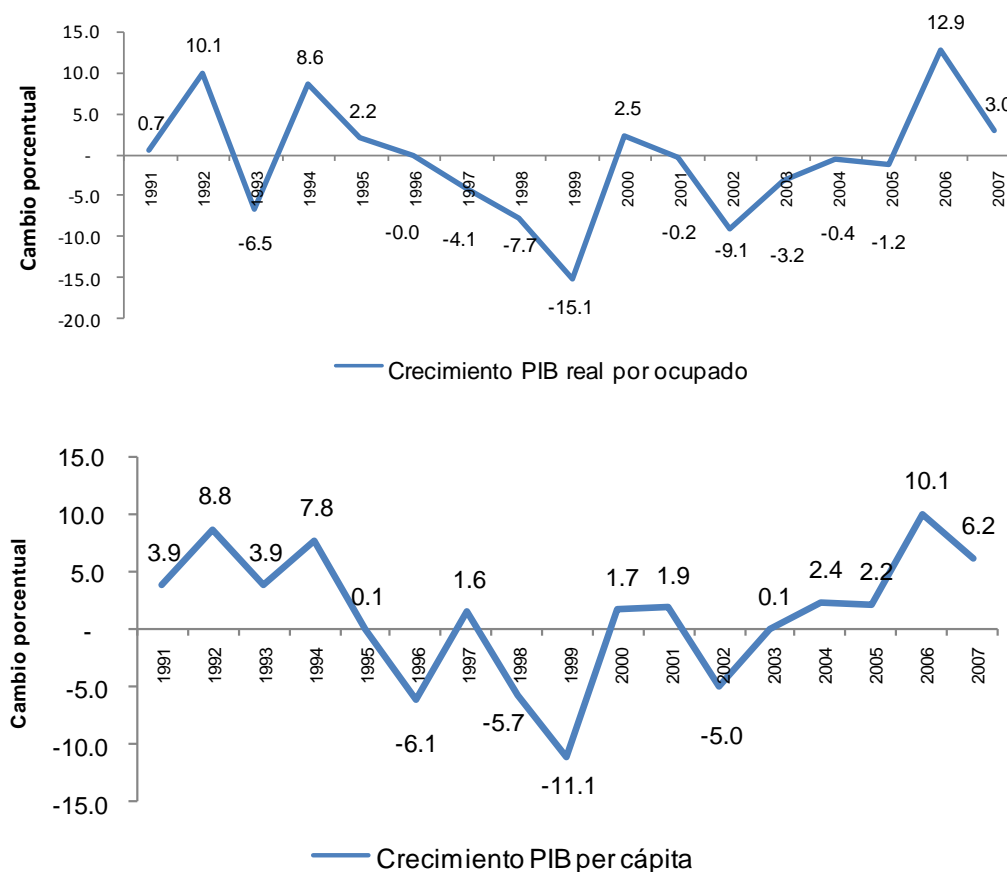
1.2.2 *Tendencia*

La productividad media por trabajador en la ciudad de Cali (medida por medio del PIB por Ocupado (PIBO), también llamado producto medio por trabajador) ha decrecido en los años 1993, 1996-1999 y 2001-2005, de éstos, en los años 1996, 1998, 1999 y 2002, la pérdida de productividad (Alonso, Solano. 2003), fue la causante de la caída en el PIB per cápita, en los otros años (1993, 1997, 2001 y 2003-2005), las caídas en productividad han sido compensadas por incrementos mayores en el porcentaje de la población que se encuentra ocupada, logrando así obtener crecimientos en el PIB per cápita.

Teniendo en cuenta que la caída de productividad fue uno de los factores determinantes de la crisis de fines de los años 90, se debe resaltar que ésta se incrementó en los años 2006 y 2007, después de un periodo de 9 años de caída consecutiva (1996-2005, exceptuando una leve recuperación en el año 2000). Sin embargo, el PIBO actual, es inferior incluso al PIBO de 1990 y el PIB per cápita es aún inferior al de 1994. Las hipótesis que señala el estudio de Alonso y Solano, para explicar las caídas de productividad, van desde la influencia del narcotráfico, hasta el deterioro de la infraestructura de la ciudad (Alonso, Solano. 2003).

Se recomienda realizar estudios microeconómicos para concluir con exactitud sobre las verdaderas causas de la caída de productividad media por trabajador y su posterior recuperación (Figura 10).

Figura 10. Crecimiento del PIB real por ocupado y per cápita. Cali, 1990 – 2007.¹⁸



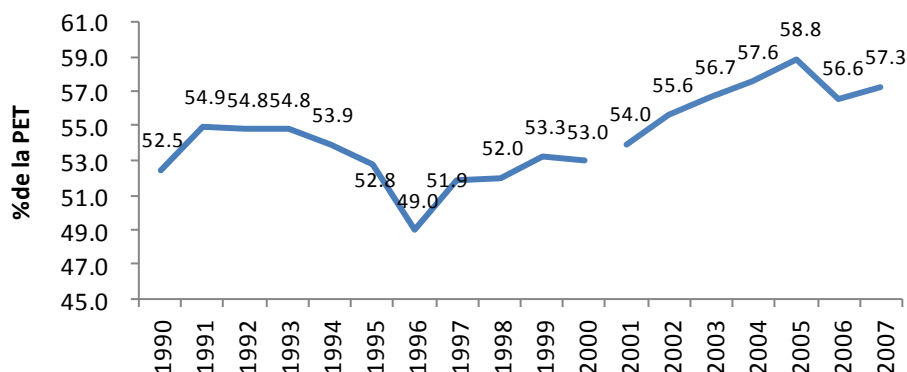
Fuente: PIB real por ocupado: DANE tercer trimestre
 PIB per cápita: DAPM tercer trimestre.

Antes del año 2001, la tasa más alta de ocupación fue en el año 1991, donde se logró que un 54.9% de la población en edad de trabajar (PET) estuviera trabajando y la menor tasa de ocupación se dio en el año 1996 con 49.8% de la PET. Entre los años 2001 y 2007, se presenta una tendencia al incremento de la tasa de ocupación¹⁹; es decir que, un poco más de la mitad de la población en edad de trabajar se encontró ocupada a lo largo del periodo 1990-2007 (Figura 11).

¹⁸ Datos del tercer trimestre móvil del año

¹⁹ La tasa de ocupación corresponde a la razón entre los ocupados y la población en edad de trabajar.

Figura 11. Tasa de ocupación. Cali, 1990 – 2007.²⁰



Fuente: DAPM, Cali en Cifras 2007

1.2.3 Contexto

Lograr empleo decente para todos, implica que todo aquel que quiera trabajar²¹ lo esté haciendo y en buenas condiciones; por eso, es relevante estudiar la tasa de desempleo y subempleo, cuando la tasa de ocupación iba en aumento.

A la par que la tasa de ocupación creció, la tasa de desempleo tuvo una disminución continua entre 1999 y 2007, pasando de 21.0% a 11.3%. Entre 2001 y 2007 la tasa de desempleo de Cali se ubicó consistentemente por debajo del total nacional, contrario a lo sucedido después de ese año. En 2008, año de la crisis financiera mundial, se presentó un incremento al 12% en Cali, medio punto porcentual por encima de la tasa de desempleo de Colombia.

Para 2003, la tasa de subempleo subjetivo²² crece, pasando de 31.6% en el 2002, a 40.3% en el 2007. Por tanto, a lo largo de la década, más de un 30% de la población económicamente activa ha considerado que su empleo es inadecuado, por insuficiencia de horas, por competencias o por ingresos. Si bien ésta no es una medida de la “decencia” del empleo, sí brinda evidencia sobre la insatisfacción que los trabajadores tienen con su empleo actual.

²⁰ En el año 2001 se hizo un cambio de encuesta de la Encuesta Nacional de Hogares a la Encuesta continua de Hogares, en el segundo trimestre del 2006 se realizó un nuevo cambio de encuesta a la Gran Encuesta Integrada de Hogares. La tasa de ocupación es la del tercer trimestre móvil de cada año.

²¹ En otras palabras para aquellos que hagan parte de la población económicamente activa.

²² Un individuo se considera en situación de subempleo subjetivo si está ocupado y desea mejorar sus ingresos, el número de horas trabajadas o tener una labor acorde con sus competencias personales.

1.3 Meta: Reducir a la mitad, entre 1995 y 2015, el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (peso para la edad).

1.3.1 Definición del indicador

La desnutrición global es el indicador general de desnutrición, cuya medida es el porcentaje de niños cuyo peso está dos desviaciones estándar por debajo de la media del patrón de referencia para la edad. Este indicador no diferencia la desnutrición por factores estructurales de la sociedad (desnutrición crónica) de la desnutrición por pérdida reciente de peso (desnutrición aguda.)

La desnutrición global está asociada al hambre, principalmente en la infancia y en los menores de 5 años, edad en que los niños son más vulnerables a enfermar y sufrir desnutrición.

La meta es reducir a 2.25% el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global.

1.3.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

La línea de base para establecer la situación nutricional de la población del menor de 5 años en Santiago de Cali, proviene de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 1995, 2000, 2005).

Las medidas nutricionales tomadas en la ENDS fueron la base para construir los indicadores del estado de salud morfológico. En los hogares entrevistados se hizo toma de peso y talla a los todos los niños menores de cinco años, siguiendo las normas internacionales. Con los resultados de la medición del peso y la talla se construyeron los índices de desnutrición crónica, aguda y global.

Para la evaluación del estado nutricional se comparó la población de estudio con el establecido como población internacional de referencia, para los menores de cinco años determinado por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) año 1977. En esta población la media y la mediana coinciden, es decir que tiene un patrón “normalizado”.

El patrón internacional es útil, porque facilita la comparación entre poblaciones y subgrupos en un momento dado o a través del tiempo. En el estudio de la ENDS también se consideró que cualquier población tenía una variación natural en el peso y la talla, pero que esta variación se aproxima a los porcentajes hallados en la distribución normal, la cual incluyó 2.3% por debajo de las 2 desviaciones estándar (Profamilia, 2005).

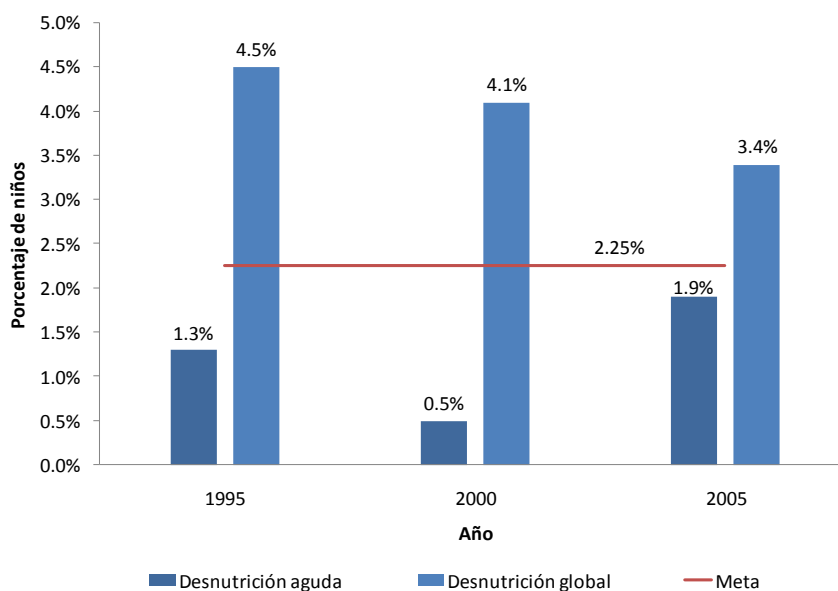
En el año 1995, según los datos de la ENDS (Figura 12), la prevalencia de desnutrición peso para la talla (desnutrición aguda²³) en el área metropolitana de Cali, fue de 1.3% y el déficit de peso para la edad (desnutrición global) 4.5%. En la encuesta de 2005, la desnutrición aguda está 0.6 puntos porcentuales por encima del año 1995 y la desnutrición global se encuentra 1.1 puntos porcentuales por debajo.

²³ Niño con talla normal para la edad, pero con peso menor que el correspondiente a la talla.

Para alcanzar la meta del milenio para desnutrición global en el año 2015, faltarían 1.15 pp, lo que implica hacer un esfuerzo de reducir 0.16 pp por año desde 2005, un poco mayor que en la década anterior donde se redujo 1.1 puntos porcentuales.

Se recomienda realizar un estudio que nos permita determinar en qué punto nos encontramos en el cumplimiento de la meta y fortalecer el Sistema de Vigilancia Nutricional (SISVAN).

Figura 12. Situación nutricional menores de 5 años. Cali AM²⁴, 1995, 2000 y 2005.



Fuente: ENDS 1995, 2000, 2005.

1.3.3 Contexto

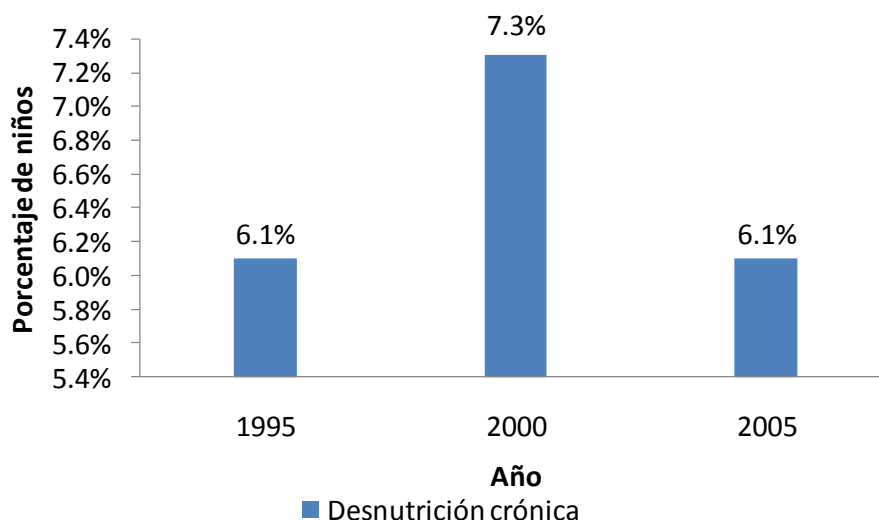
Desde múltiples y variadas perspectivas ideológicas y metodológicas, el tema de la desnutrición es visto como uno de los factores fundamentales en la lucha contra la pobreza, lo que conduce a considerar que la temática está relacionada con múltiples causas, que hacen más difícil el abordaje.

En 1996, mediante CONPES 2847, se aprobó el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, que busca luchar contra la desnutrición, basándose en que la nutrición es un derecho constitucional. En el año 2008, mediante el CONPES 113, se aprueba la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, cuyo objetivo es “garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimento de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad.”

²⁴ El área metropolitana de Cali está conformada por los municipios de Yumbo, Palmira, Jamundí y Candelaria.

En Cali para 1995, la ENDS mostró que el 6.1% de los niños menores de 5 años tenían desnutrición crónica, con un incremento de 1.2 puntos porcentuales para el 2000, regresando en el 2005 punto de partida (Figura 13)

Figura 13. Desnutrición crónica menores de 5 años. Cali A.M., 1995, 2000 y 2005.



Fuente: ENDS 1995, 2000, 2005.

Al comparar a Cali con otras poblaciones, se encuentra que está por debajo de Antioquia en 5.3 pp, con Bogotá y el promedio nacional tiene 7.3 pp y 5.9 pp menos, respectivamente.

En la ciudad de Cali no se ha realizado un seguimiento nutricional a los niños menores de cinco años, sin embargo en el período lectivo 2006-2007 se desarrolló la Encuesta Antropométrica en 86,074 niños y niñas de básica primaria pertenecientes a 278 sedes educativas de la zona urbana (85%) y rural (15%), se considera que a falta de información de toda la población, es útil la descripción de las características de esta población, como una aproximación a la desnutrición global de la población menor de cinco años, edad previa al desarrollo del escolar.

Por estrato socio económico, según el estudio de niños escolarizados, se encontró que el promedio de talla alcanzada para la edad, tiene diferencias estadísticamente significativas entre los estratos 4 y 5, con los demás estratos, presentándose la mayor diferencia de talla para la edad en los niños de estrato 1 y de la zona rural. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el estrato 5 y los estratos 1 y 2.

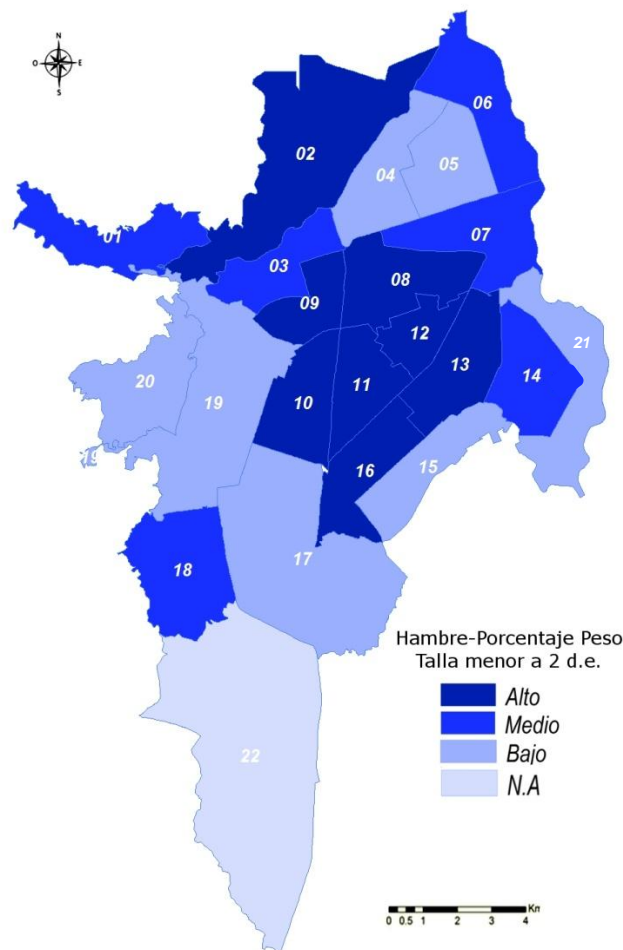
También se observó que el promedio de talla es inferior a la población de referencia. Los grupos de población de la zona rural y estratos bajos de la zona urbana, presentan una talla inferior a la de los estratos altos, evidenciando en esta última, la presencia de niños con riesgo de sobrepeso, situación paradójica, por lo que se considera debe hacerse seguimiento e intervención, pues es la población que en la edad adulta es susceptible de padecer enfermedades crónicas.

1.3.4 Georreferenciación

Para el análisis por comunas, se utilizan datos de la encuesta antropométrica de los escolares en Cali, con la salvedad de que el análisis debe hacerse, no por lugar de residencia del estudiante, sino de acuerdo a la comuna en donde se encuentra ubicada la institución educativa pública donde se encuentra matriculado. No se dispone de información de la comuna 22.

En el Mapa 1 se presenta el indicador peso para la talla por comunas de estudio, donde se ratifica que Cali en general tiene un indicador de desnutrición bajo frente a otras ciudades contempladas en la ENDS, podemos ver que los sectores con niveles de desnutrición más altos están en las instituciones del Centro-oriente y las laderas del norte y occidente; queda excluida de esta situación la comuna donde está ubicado Siloé que presenta una situación de peso para la talla baja. Las comunas 8, 9 y 11 presentan un porcentaje de estudiantes con desnutrición aguda superior al 5%, las comunas 10, 12 y 2 tiene un porcentaje superior al 4% y las comunas 13 y 16 es superior al 3%, al igual que los corregimientos de Montebello, El Hormiguero y La Buitrera. Las comunas 17, 19, 21, 5 y 15, tienen un porcentaje de desnutrición en escolares entre 1.00% y 1.81%, siendo las de menor prevalencia de desnutrición aguda. En cuanto a los corregimientos, El Saladito y la Elvira presentan prevalencia por debajo del 0.8%.

Mapa 1. Distribución del déficit de peso para la talla (% Menor a -2 DE) en los escolares de educación básica primaria de acuerdo a la comuna donde están las instituciones educativas del sector oficial de la zona urbana de Cali, donde están matriculados. Año 2007²⁵.



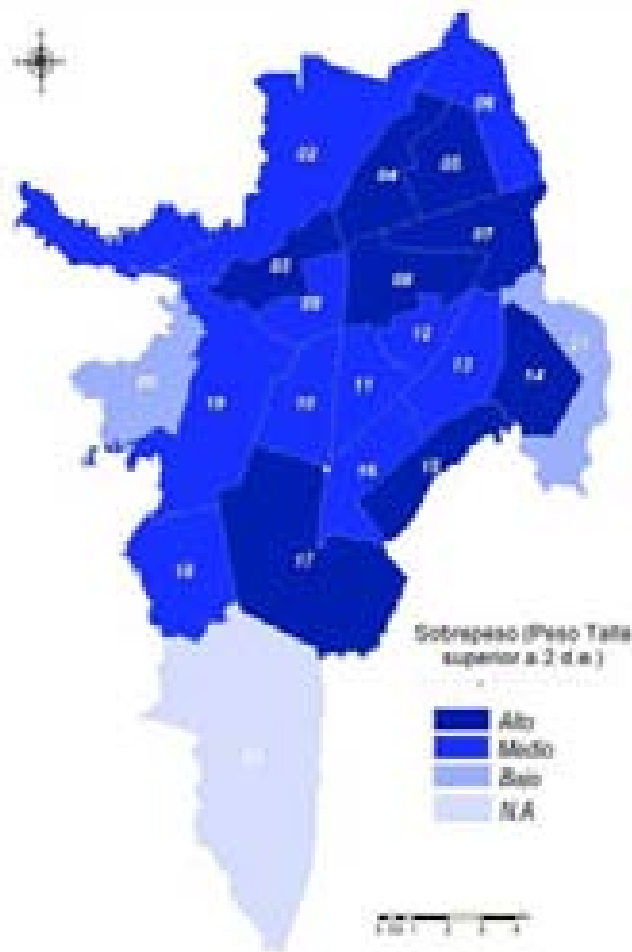
Fuente: Encuesta antropométrica SSPM 2007

El estudio mostró el perfil de los niños y niñas escolares entre 5 y 14 años, con sobrepeso, según la comuna donde se encuentran matriculados, observándose el nivel más alto en las comunas 3,4,5,7,8,14,15,17,19 y los corregimientos de Pance y los Andes con más de del 9% de sus estudiantes con esta condición (Mapa 2). Las comunas 1, 2, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16 y 18 tienen un nivel medio de sobrepeso, entre 6 y 9% de los estudiantes matriculados y las comunas 20 y 21 tienen un nivel bajo, con menos de 6% de los estudiantes con sobrepeso.

²⁵ Rangos: Alto es mayor a 3%, Medio está entre 2.06 y 2.99% de la población, Bajo es menor a 2.06%.

Dado que no se conoce la procedencia de los escolares que asisten a clases en las instituciones públicas ubicadas en las comunas mencionadas, no se puede realizar un análisis de las coincidencias de los porcentajes de niños con sobrepeso y las variables socioeconómicas de la comuna, para la construcción de hipótesis sobre las relaciones entre éstas y el sobrepeso para la talla en escolares.

Mapa 2. Distribución de niños con sobrepeso (% mayor a +2 DE) en los escolares matriculados en educación básica primaria de acuerdo a la comuna donde están las instituciones educativas del sector oficial de la zona urbana de Cali. Año 2007²⁶.



Fuente: Encuesta antropométrica SSPM 2007

Se recomienda realizar estudios tanto en población menor de cinco años como en población escolarizada, donde se tenga en cuenta la comuna de procedencia del niño y se incluyan las instituciones privadas.

²⁶ Rangos: Alto es mayor a 9% de la población. Medio está entre 6% y 9%. Bajo es menor de 6%:

1.3.5 Comparación con otras poblaciones

Cali y su área metropolitana (A.M.), tienen la tasa de desnutrición global más baja (3.4%) en relación con las principales ciudades del país, se encuentra 3.6 pp por debajo de la tasa nacional, 2.1 pp por debajo de Medellín y su A.M. y 2.3 pp por debajo de la tasa de Bogotá, que es la más alta (Cuadro 9).

Cuadro 9. Desnutrición global. 2005.

Región	Desnutrición global
Colombia	7.0
Cali A.M.	3.4
Bogotá	5.7
Medellín A.M.	5.4
Valle	5.4

Fuente: ENDS 2005

Se puede concluir que Cali tiene el menor grado de desnutrición entre las ciudades del país focalizado en los grupos marginados.

1.3.6 Acciones

La Secretaría de Salud ha venido trabajando en el desarrollo del Sistema de Vigilancia y Atención Nutricional (SISVAN) para identificar grupos y zonas poblacionales de riesgo a intervenir, incluyendo variables como el estrato socioeconómico, la presencia o no de comedores comunitarios y mediciones de peso y talla en escolares que permitirán a futuro mejorar el análisis para la intervención de la problemática y el mejoramiento del estado nutricional en los sectores más afectados.

En la actualidad se tienen los lineamientos de la Política Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional y está en proceso de constituirse en política pública, a través de la aprobación por todas las instancias participantes y la sanción desde la autoridad competente, para abordar la problemática de una manera integral desde la disponibilidad y acceso a los alimentos, el consumo, el aprovechamiento o utilización biológica y la calidad e inocuidad.

1.4 Meta: Reducir a la mitad las personas que están por debajo del consumo de energía mínima alimentaria

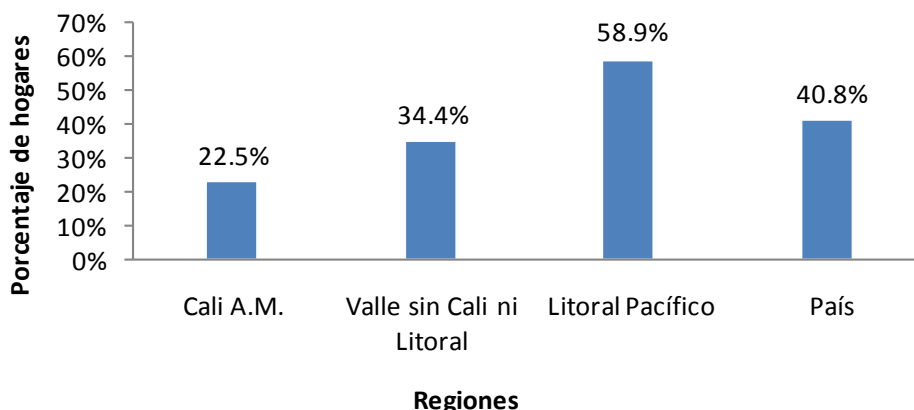
1.4.1 Definición del indicador y la meta

Esta meta considera el consumo mínimo de energía alimentaria como un indicador para superar el hambre, se utiliza el *porcentaje de población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria*. Cali no cuenta con información histórica de este indicador por lo tanto no tiene una línea de base para definir la meta, en la evaluación se tomará la información disponible en la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional en Colombia (ENSIN) de 2005, que es el porcentaje de hogares en inseguridad alimentaria y se tendrá en cuenta a futuro la meta para Colombia contemplada en el Documento Conpes 91 de 2005.

1.4.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

Según la ENSIN, para 2005, Cali y los municipios del área metropolitana (A.M.) tuvieron el 22.5 % de los hogares en situación de inseguridad alimentaria, cifra menor que el promedio del país, el departamento y el litoral pacífico, éste último con 36.4 puntos porcentuales por encima de Cali (ICBF, 2005) (Figura 14).

Figura 14. Inseguridad alimentaria por regiones aledañas. 2005.



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional en Colombia (ENSIN), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF 2005

En 2009 se realizó un estudio exploratorio para determinar la percepción de seguridad y el grado de vulnerabilidad alimentaria en la población del municipio de Santiago de Cali. El 10% de los hogares entrevistados²⁷, respondieron positivamente a la pregunta: “si algún miembro de la familia ha dejado de consumir alimentos por falta de dinero”, el 10% respondió afirmativamente. Debido a la importancia del resultado, se recomienda profundizar más en la investigación y georreferenciar el problema para su posterior intervención específica.

Cuando se investigó sobre el grupo de alimentos que se consumen, los primeros lugares los ocupan las grasas y los azúcares, con un 80% cada uno de ellos, seguidos de los cereales con un 70%, carnes 60% y en los últimos lugares está las verduras y frutas, con 35 y 20% respectivamente. Estos hábitos alimenticios coinciden con los índices de enfermedades crónicas, relacionadas con la obesidad y el sobrepeso, que según la cifra que maneja la secretaría de salud municipal, corresponde al 50% y que ocasiona trastornos de la salud.

Solo el 39 % de los niños menores de 12 años asisten a programas de crecimiento y desarrollo, a pesar de que se encuentran en el sistema de salud.

²⁷ Se determinó recolectar la información sobre la percepción de Seguridad Alimentaria en 1,000 hogares de Cali, pertenecientes a barrios de los 6 niveles de estratificación socioeconómica. La selección de los barrios a intervenir se realizó teniendo en cuenta a aquellos que presentan un mayor número de lados de manzana definidos en el estrato socioeconómico al que pertenecen. Mediante este método se eligieron 64 barrios, en cada uno de los cuales se aplicarán el instrumento en 20 hogares, los cuales serán seleccionados de manera aleatoria en cada manzana, hasta completar esta cifra.

1.4.3 Comparación con otras poblaciones

Con respecto a las cuatro principales ciudades (ICBF, 2005), Cali y su área metropolitana se ubicó como el de menor inseguridad de 22.5% (IC 7.7%-37.3%), seguido por Medellín, Bogotá y Barranquilla, que tuvo los más altos niveles con 37.9% (IC 25.4%-50.4%) (Tabla 2)

Tabla 2. Porcentaje de hogares en Inseguridad alimentaria principales ciudades y Colombia. 2005.

Región	Inseguridad alimentaria %
Cali A.M.	22.5
Bogotá	33.1
Medellín A.M.	27.5
Barranquilla A.M.	37.9
Colombia	40.8

Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional en Colombia, ENSIN, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF 2005.

A partir de 2010, la OMS establece nuevos patrones internacionales de crecimiento infantil para niños hasta cinco (5) años, cuando tienen las condiciones adecuadas de nutrición, medio ambiente y cuidado de la salud. En Colombia, el Ministerio de la Protección Social, mediante resolución 2121 de 2010 adopta los patrones de Crecimiento publicados por la OMS en 2006 y 2007, para niños, niñas y adolescentes entre cero (0) y 18 años de edad. La Secretaría de Salud de Cali, actualmente brinda asistencia técnica a las IPS públicas y privadas, a los docentes y administrativos de los establecimientos educativos de preescolar y básica primaria de la ciudad, para la adopción de la resolución con los nuevos estándares, instrumentos y análisis de información.

Conclusiones:

El porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza en Cali tuvo su mínimo valor en 2008, con 30.1%, ubicándose a 8.4 puntos porcentuales de la meta del 2015 y la población en extrema pobreza, alcanzó el nivel más bajo en 2004 logrando un índice de 6.7%, pero ascendió hasta 8.9% en 2008.

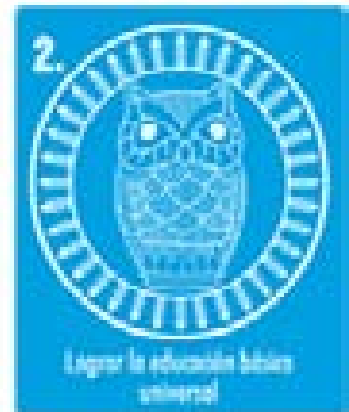
El coeficiente de Gini que mide la distribución del ingreso muestra que Cali es la ciudad menos desigual entre las grandes ciudades de Colombia, a pesar de sus niveles de pobreza.

A pesar de la crisis mundial, que viene de dos años atrás, Cali mostró en 2007 un crecimiento en el PIB per cápita y cayó un punto en 2008; el PIB real por ocupado aumentó a 12.9 en 2006 y cayó a 3.0 en 2008.

Cali tiene los niveles más bajos de desnutrición global entre las grandes ciudades en los niños menores de cinco años, situándose a 1.15 puntos porcentuales de lograr la meta del milenio en 2015.

Cali tuvo el mismo nivel de desnutrición crónica en 2005 que en 1995, lo que sugiere que se evalúen e investiguen las posibles causas por las que el indicador no ha disminuido.

La desnutrición global viene descendiendo, principalmente se focaliza en grupos marginados de las áreas de nororiente, ladera y rural de la ciudad.



Ana Isabel Gallego L.

Maria Paola Ulloa Z.

Mario Hernán Colorado

2. Lograr la educación básica universal

2 Objetivo de desarrollo del Milenio 2: Lograr la educación básica universal

El alcance del primer objetivo, erradicar el hambre y la pobreza, no podría ser sostenible en el futuro si no se garantiza una mínima educación para la población que le permita acceder a las oportunidades en igualdad de condiciones y así adelantar sus proyectos de vida.

La problemática a nivel global, desencadenada por las carencias de educación en la población generalmente más pobre, limita sus posibilidades futuras de empleo, ingresos y calidad de vida, generando desigualdades e inequidades profundas en la sociedad.

Para garantizar la universalidad de la educación básica, Naciones Unidas determinó como meta única y urgente, la prioridad de “Velar para que en 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria”.

En Colombia se viene planteando además, desde la constitución de 1991, el tema de la cobertura y la calidad de la educación básica y media, así como la erradicación del analfabetismo.

Cuadro 10. Metas e indicadores universales, objetivo 2.

Meta universal	Lograr que, para el año 2015, los niños y las niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de educación primaria.
	<i>Indicadores:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria</i> ▪ <i>Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado de la enseñanza primaria</i> ▪ <i>Tasa de alfabetización de las personas de entre 15 y 24 años, mujeres y hombres</i>

Cuadro 11. Metas e indicadores CONPES 91, objetivo 2.

Metas Colombia	Lograr, para el 2015, una tasa de analfabetismo de 1% para personas entre 15 y 24 años.
	<i>Indicadores:</i>
	▪ <i>Tasa de analfabetismo de personas entre 15 y 24 años.</i>
	Lograr, para el 2015, un promedio de 10.63 años de educación para la población entre 15 y 24 años.
	<i>Indicadores:</i>
▪ <i>Años promedio de educación en personas entre 15 y 24 años.</i>	
	Lograr, para el 2015, una tasa de cobertura bruta del 100% para educación básica.
	<i>Indicadores:</i>
	▪ <i>Tasa de cobertura bruta en educación básica.</i>
	Lograr, para el 2015, una tasa de cobertura bruta del 93% para educación media.
	<i>Indicadores:</i>
	▪ <i>Tasa de cobertura bruta en educación media.</i>
	Disminuir para el 2015 la repetición a 2.3% en educación básica y media (desde grado cero (0) hasta grado 11: incluye preescolar, básica primaria, básica secundaria y media).
	<i>Indicadores:</i>
	▪ <i>Tasa de repetición por nivel en educación básica y media.</i>

Cuadro 12. Metas e indicadores Cali, objetivo 2.

Metas Cali	<p>2.1 Lograr, para el 2015, una tasa de analfabetismo de 1% para personas entre 15 y 24 años.</p> <p><i>Indicador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa de analfabetismo de personas entre 15 y 24 años.</i>
	<p>2.2 Lograr, para el 2015, un promedio de 10.63 años de educación para la población entre 15 y 24 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Años promedio de educación en personas entre 15 y 24 años.</i>
	<p>2.3 Lograr, para el 2015, una tasa de cobertura bruta del 100% para educación básica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa de cobertura bruta en educación básica.</i>
	<p>2.4 Lograr, para el 2015, una tasa de cobertura bruta del 93% para educación media.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa de cobertura bruta en educación media.</i>
	<p>2.5 Disminuir para el 2015 la repetición a 2.3% en educación básica y media (desde grado cero (0) hasta grado 11: incluye preescolar, básica primaria, básica secundaria y media).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa de repetición por nivel en educación básica y media.</i>

2.1 Meta: Lograr, para el 2015, una tasa de analfabetismo de 1% para personas entre 15 y 24 años.

2.1.1 Definición del indicador y la meta

La educación busca dar a los individuos la capacidad para acceder a conocimientos y habilidades que incrementen la probabilidad, en el futuro, de mejorar su calidad de vida y disminuir los niveles de pobreza y así contribuir al desarrollo de la sociedad. Es por esto que la educación ha sido considerada dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Teniendo en cuenta que gran parte del conocimiento está escrito, una adecuada capacidad para acceder al conocimiento, depende de las habilidades del individuo para leer y comprender aquello que lee, esta capacidad se forma en la educación básica. Así, una persona de 15 años, que debe haber finalizado la educación primaria, está en condiciones de comprender aquello que lee, por esto, la tasa de analfabetismo de 15 a 24 años se utiliza como el indicador para medir el avance hacia el objetivo de lograr la enseñanza primaria universal.

En Cali, se ha adoptado la misma meta e indicador que a nivel nacional:

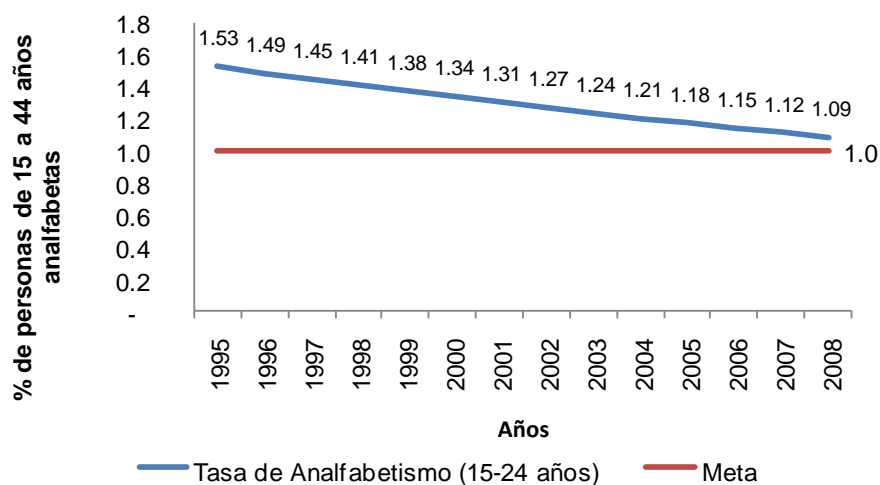
Indicador: Tasa de analfabetismo en personas de 15 a 24 años: Esta tasa es el resultado de dividir el número de personas entre 15 y 24 años que no sabe leer ni escribir un texto de poca dificultad, entre el total de la población con esa edad.

Meta: Lograr, para el 2015, una tasa de analfabetismo de 1% para personas entre 15 y 24 años.

2.1.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

En la Figura 15, se evidencia que la tasa de analfabetismo de personas entre 15 y 24 años es de 98.9, con una tendencia a la disminución desde el año 1995 ubicándose a 0.1 puntos porcentuales de alcanzar la meta en el 2008. En los siete años comprendidos entre 2002 y 2008, se logró una reducción de 0.18 puntos porcentuales, lo que muestra que la meta del 1% es plausible de ser lograda antes del 2015. La mayor cobertura se encuentra en las comunas de estrato alto, pues el área rural tiene una tasa de analfabetismo de 3.8%

Figura 15. Tasa de Analfabetismo para personas entre 15 y 24 años. Cali, 2000 - 2008.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Cali.

2.1.3 Contexto

En el año del censo de 2005, la tasa de analfabetismo de personas entre 15 y 24 años en Cali se ubicó en 1.2%; si se discrimina esta tasa por género, se encuentra una tasa del 1.4% para los hombres y de 1.0% para las mujeres. Si se evalúa la meta por género, las mujeres ya la han alcanzado, mientras que se requiere intensificar esfuerzos para vincular a los hombres a la educación primaria, que aún está 0.4 pp por encima de la meta²⁸.

2.1.4 Georreferenciación

La menor tasa de analfabetismo se presenta en las comunas 5, 2, 17, 10 y 19. Estos resultados se pueden explicar, porque las comunas 2, 17 y 19 tienen una estructura por estratos socioeconómicos y máximo nivel educativo muy similar (estrato moda 5 y más del 30% de la población profesional, ninguna otra comuna tiene estrato moda 5). Sin embargo, llama la atención que las comunas 5 y 10 son diferentes a la 2, 17 y 19 y

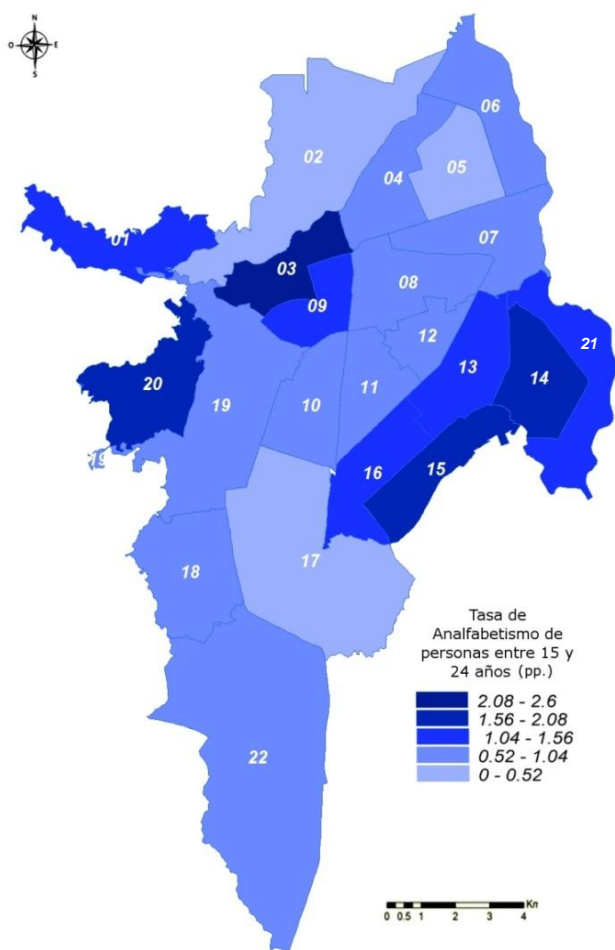
²⁸ No se cuenta con información de este tipo posterior al año 2005.

diferentes entre sí en la estructura por estratos, pero muy similares en la estructura por máximo nivel educativo alcanzado, que fue del 35% para secundaria (Mapa 3).

Las comunas 3, 14, 15 y 20 son las que presenta la mayor tasa de analfabetismo (entre 1.8% y 2.6%), así como el área rural con un 3.8%. Las comunas 14, 15 y 20 son predominantemente de estrato 1, las dos primeras hacen parte del Distrito de Aguablanca y la comuna 20 corresponde a Siloé. En estas tres últimas comunas, más del 45% de la población tiene como máximo nivel educativo la básica primaria.

El nivel educativo está relacionado con la tasa de analfabetismo, mas no es clara la presencia de una relación entre el nivel de ingresos representado por el estrato socioeconómico y esta variable; si bien las comunas de mayores ingresos (mayor estrato moda) presentan una tasa de analfabetismo inferior al resto de las comunas, también hay comunas con ingresos medios que tienen tasas de analfabetismo bajas, como la comuna 3 y 9, donde existe una proporción de población mayor que en el resto de la ciudad.

Mapa 3. Tasa de analfabetismo por comunas. Cali, 2005.

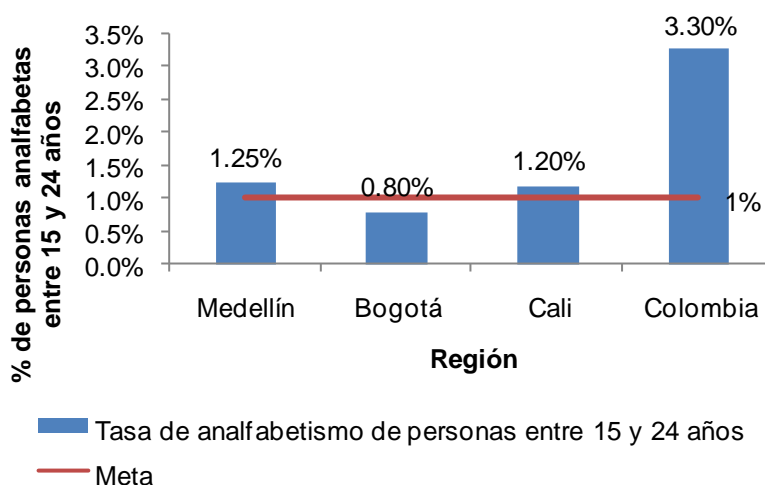


Fuente: Cálculos DAPM con base en el Censo 2005

2.1.5 Comparación con otras poblaciones

En el año 2005, Cali se ubicó en el segundo lugar en el país con menor tasa de analfabetismo para el grupo de 15 a 24 años con 1.20%, después de Bogotá que se encuentra 0.8% por debajo de la meta del milenio y antes de Medellín que tuvo 1.25%. En todos los casos, la tasa de analfabetismo de las principales ciudades se ubicó por debajo del promedio nacional (3.3%), que comprende el sector urbano y rural, este último con tasas de analfabetismo usualmente más elevadas (Figura 16).

Figura 16. Comparación de la tasa de analfabetismo de personas entre 15 y 24 años. Principales ciudades de Colombia, 2005.



Fuente: DANE, Procesado con Redatam.

2.2 Meta: Lograr, para el 2015, un promedio de 10.63 años de educación para la población entre 15 y 24 años.

2.2.1 Definición del indicador y la meta

Una persona de 15 años debe haber culminado su ciclo de educación básica, compuesta por 10 años de educación (grado 0 a 9). El número de años de educación escolar es un indicador de la acumulación de capital humano y por tanto, refleja la calidad de vida tanto presente como futura.

En Colombia, en el año 1992, las personas entre 15 y 24 años, en promedio habían cursado 7 años de educación. La meta nacional es alcanzar, en el 2015, un promedio de 10.63 años, que garantiza por lo menos la culminación de la educación básica. A medida que el promedio supera los 10 años, se tendrá un mayor número de personas que han culminado la educación obligatoria y proseguido sus estudios.

En Cali, se ha adoptado la misma meta que a nivel nacional:

Indicador: Años promedio de educación en personas entre 15 y 24 años.

Meta: Alcanzar en promedio 10.63 años de educación para la población entre 15 y 24 años para el 2015.

2.2.2 *Tendencia y cumplimiento de la meta*

Los datos oficiales, de años promedio de educación en la población entre 15 y 24 años existen únicamente en el año del censo de 2005, en Cali habían cursado un promedio de 10.3 años, es decir, que habían terminado la educación básica, encontrándose a 0.33 pp de alcanzar la meta.

2.2.3 *Contexto*

Al igual que en el caso de analfabetismo, las mujeres cuentan con un mayor número de años de educación promedio que los hombres. En el 2005 fue de 10.4 para las mujeres y de 10.1 para los hombres.

2.3 **Meta: Lograr para el 2015, una tasa de cobertura bruta del 100% para educación básica.**

2.3.1 *Definición del indicador y la meta*

La educación es un derecho fundamental de todo niño²⁹, es por esto que se requiere evaluar hasta qué punto la población tiene acceso a los servicios educativos, utilizando indicadores como la tasa de cobertura bruta y la tasa de asistencia o cobertura neta.

A nivel mundial, una de las metas de educación es lograr una tasa de cobertura bruta del 100%, tanto en educación básica como media. La tasa de cobertura bruta de la educación básica incluye preescolar, básica primaria y básica secundaria, es decir de grado 0 a 9.

Indicador: Tasa de cobertura bruta en educación básica³⁰: Mide la población que se encuentra matriculada en educación básica, frente a la población ubicada en el rango de edad normativo para cursar educación básica.³¹

Meta: Lograr una tasa de cobertura bruta del 100% en educación básica, para el 2015.

2.3.2 *Tendencia y cumplimiento de la meta*

Para evaluar el cumplimiento de la meta, se analizar la tasa de cobertura bruta (TCB) con el actual lineamiento de rangos de edad por nivel educativo del Ministerio de Educación³².

Las TCB en educación primaria y secundaria superaron la meta en los períodos 2005-2006 y 2006-2007, sin embargo, no lo hicieron para el período 2007-2008. Por su parte, la TCB en preescolar no ha alcanzado la meta y con la tasa en educación primaria presentan una tendencia al descenso (**Figura 17**).

²⁹ El Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia 1991, consagra como derecho fundamental de los niños la educación. El mismo artículo aclara que, los derechos de los niños prevalecerán sobre los derechos de los demás ciudadanos.

³⁰ La tasa de cobertura bruta puede ser superior al 100%, en los casos en los que haya población extraedad, por ejemplo, estudiantes de noveno grado con 19 años, cuando deberían estar alrededor de 14 o 15 años.

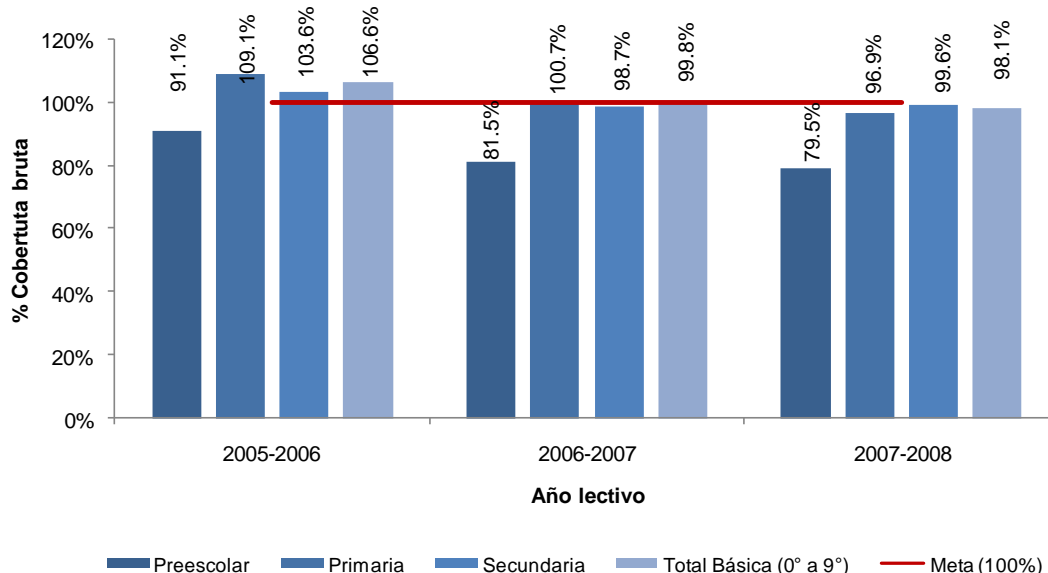
³¹ El Ministerio de Educación cambió recientemente el rango de edad pertinente dentro de cada nivel educativo. Antes de la reforma se consideraban los siguientes rangos: para cursar preescolar 5 y 6 años de edad, primaria 7-11 años de edad, secundaria 12-15 años de edad y media 16-17 años. Actualmente se considera que el rango de edad pertinente dentro de cada nivel educativo es: para cursar preescolar los 5 años de edad, primaria de 6-10 años de edad, secundaria de 11-14 años de edad y media de 15-16 años de edad.

³² Es importante anotar que los datos oficiales tienen ésta estructura, que es diferente a la planteada en el CONPES, que fue escrito antes de la reforma.

Las TCB superiores al 100%, como las que se presentan en educación primaria para 2005-2006 y 2006-2007 y en educación media en 2005-2006, indican que hay estudiantes cursando ese nivel cuya edad no corresponde a la reglamentaria.

En general, la cobertura bruta en educación básica disminuyó significativamente de 2005 a 2008 y sólo se logró alcanzar la meta en 2005-2006, lo que se constituye en una alarma para la ciudad.

Figura 17. Tasa de Cobertura Bruta por nivel educativo. Cali, 2005 - 2008.



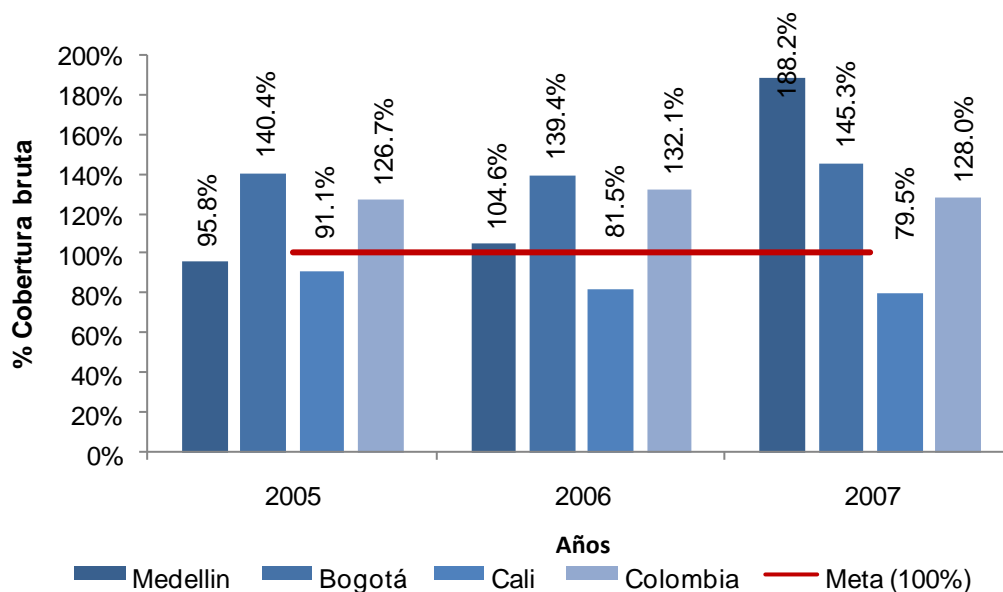
Fuente: Secretaría de educación municipal de Cali-Observatorio de la educación

2.3.3 Comparación con otras poblaciones

En Colombia existen dos calendarios educativos, A y B. Cali tiene Calendario B, que va desde Septiembre de un año, hasta Junio del siguiente, las otras dos ciudades principales del país tienen Calendario A, que va de Febrero a Noviembre de cada año. El año lectivo 2005-2006 en Cali corresponde a matrículas realizadas en el 2005, por lo que este año se comparará con los datos de cobertura del 2005 en las otras ciudades.

Respecto a la tasa de cobertura bruta en preescolar, debido a que se presentan valores para Medellín y Bogotá, por encima del 100%, se considera que no es comparable y que sugiere que la población preescolar matriculada corresponde a municipios vecinos de estas ciudades. (Figura 18).

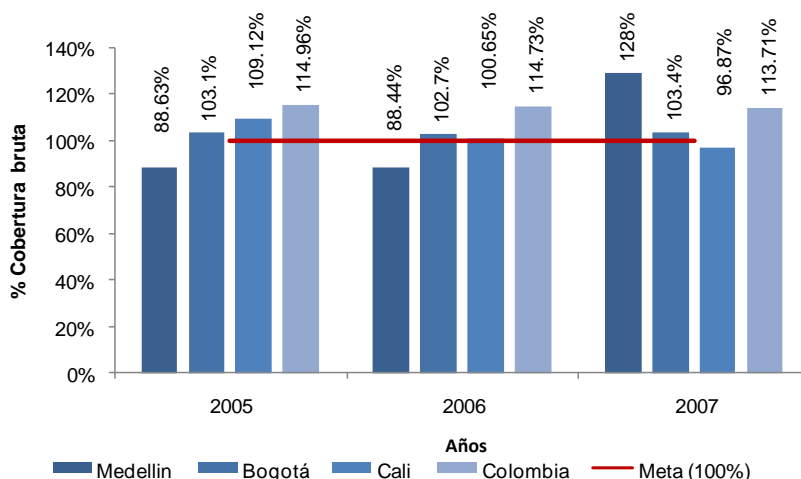
Figura 18. Comparación de la Tasa de cobertura bruta en preescolar en las principales ciudades de Colombia. 2005 – 2007.



Fuente: Secretaría de educación municipal de Cali-Observatorio de la educación, DANE, Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia.

El panorama para el municipio es más positivo, en lo que se refiere a la tasa de cobertura bruta en primaria (Figura 19). En dos años muestra un porcentaje de personas asistentes a este nivel por encima del 100%, sin embargo en 2007 presenta la tasa más baja entre las tres principales ciudades del país y está ligeramente por debajo de 100%. Por su parte Bogotá y el total nacional, presentan tasa superiores a la meta. Solo Medellín se ubica por debajo de la meta en 2005 y 2006, sin embargo en 2007 logra la tasa más alta en cobertura bruta en primaria.

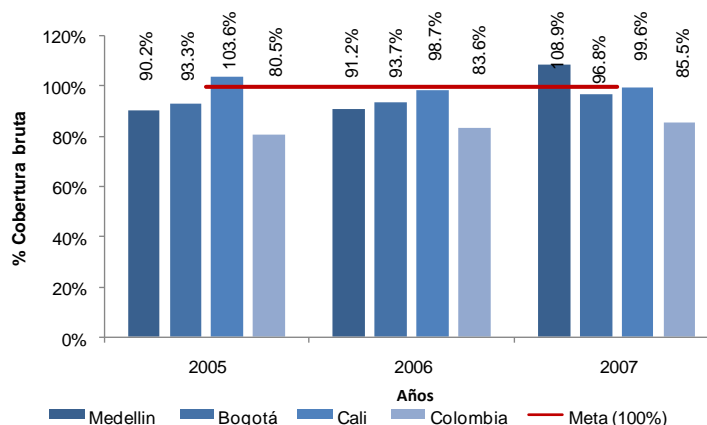
Figura 19. Comparación de la Tasa de cobertura bruta en primaria en las principales ciudades de Colombia. 2005-2007.



Fuente: Secretaría de educación municipal de Cali-Observatorio de la educación, DANE, Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia.

Finalmente al observar el comportamiento de la tasa de cobertura bruta en secundaria (Figura 20), el total del país obtiene el menor porcentaje de cobertura en los tres períodos de estudio. Aunque, también Cali y Bogotá presentan tasas por debajo del 100%. La única ciudad que logra la meta es Medellín en 2008. El comportamiento de las tres ciudades en 2005 y 2006 fue muy similar.

Figura 20. Comparación de la Tasa de cobertura bruta en secundaria en las principales ciudades de Colombia. 2005-2007.



Fuente: DANE, Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, DANE, Secretaría de Educación Municipal de Cali y Cálculos propios.

2.4 Meta: Lograr, para el 2015, una tasa de cobertura bruta del 93% para educación media.

2.4.1 Definición del indicador y la meta

La educación media es posterior a la educación obligatoria y está compuesta por los grados décimo y once. La tasa de cobertura bruta (TCB) de educación media muestra la relación entre el número de personas que cursan educación media y el número de personas en edad de estarla cursando, por esto, puede tomar valores superiores a 100%, en el caso de contar con matriculados de mayor o menor edad a la normativa (matriculados extra edad). Para conocer cuántas de las personas que están en edad de cursar educación media están en edad para hacerlo, se utiliza la tasa de cobertura neta (TCN) de educación media.

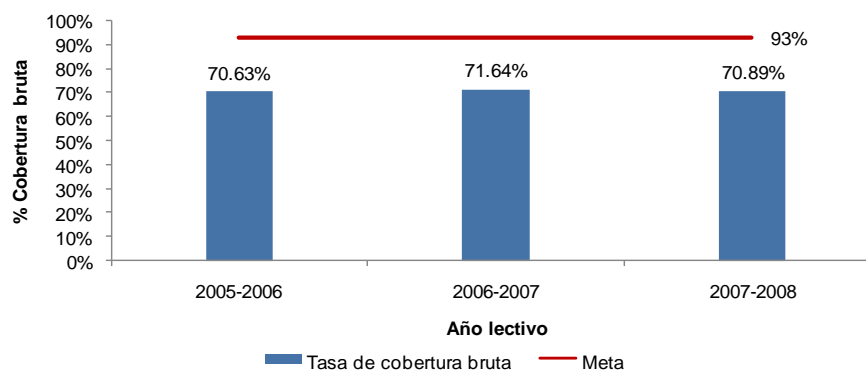
Indicador: Tasa de cobertura bruta en educación media: Se emplea la población entre 15 y 16 años para hacer el cálculo de las tasas, que corresponde al actual lineamiento del MEN y es utilizada para publicar las cifras oficiales.

Meta: En el 2015, haber logrado una tasa de cobertura bruta del 93% en educación media.

2.4.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

La tasa de cobertura bruta en educación media (Figura 21), en el período estudiado (2005-2008), se ha ubicado alrededor de 23 puntos porcentuales por debajo de la meta, lo que constituye un reto de aumento en 3.29 puntos por año para el municipio, para lograr la meta en el 2015.

Figura 21. Tasa de cobertura bruta en educación media. Santiago de Cali³³, 2005 - 2008.



Fuente: Secretaría de Educación Municipal. Observatorio de la educación.

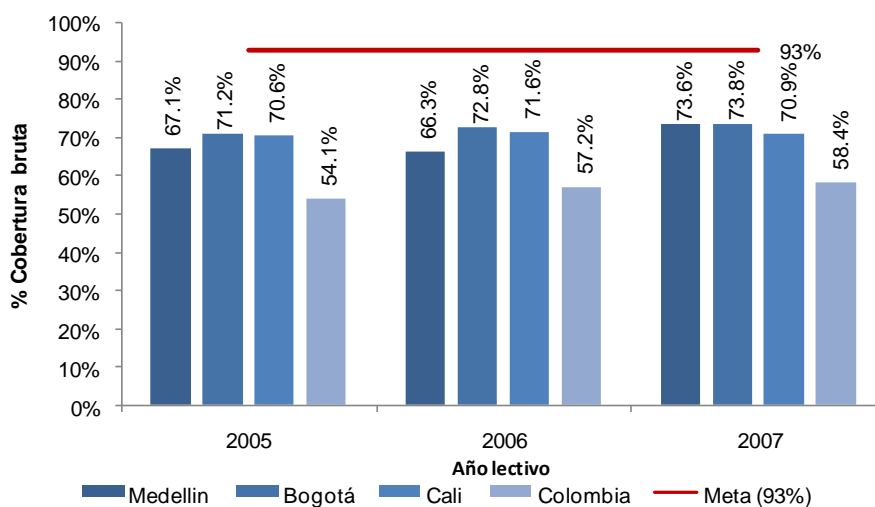
³³ Los cálculos son realizados para un rango de edades de 15 a 16 años en coherencia con la Secretaría de Educación Municipal, quien sigue los nuevos lineamientos del MEN.

2.4.3 Comparación con otras poblaciones³⁴

Como se observa en la Figura 22, el país y las tres principales ciudades no han logrado alcanzar la meta de cobertura, Cali es la que presenta la tasa un poco más baja entre las ciudades estudiadas, pese a su incremento a través del tiempo.

El comportamiento de cada una de las ciudades en los tres períodos es similar, ya que Bogotá alcanzó la cifra más alta, seguida de Medellín y luego Cali. El porcentaje de cobertura del total nacional, es más bajo que el de todas las ciudades.

Figura 22. Comparaciones de la Tasa de cobertura bruta en educación media entre las principales ciudades de Colombia. 2005-2007.



Fuente: DANE, Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, DANE, Secretaría de Educación Municipal Cali y Cálculos propios.

2.5 Meta: Disminuir para el 2015 la repetición a 2.3% en educación básica y media (desde grado 0 hasta 11; incluye preescolar, básica primaria, básica secundaria y media)

2.5.1 Definición del indicador y la meta

La tasa de repetición indica el porcentaje de estudiantes que no cumplieron con las metas mínimas del año cursado y por lo tanto deben repetirlo. Este hecho ocasiona, entre otros, deserción escolar y frustración en los estudiantes. Por esto, la quinta meta del Objetivo Número 2, está relacionada con la tasa de repetición, que debe ser disminuida hasta el 2.3%, sin afectar la calidad de la educación.

En Cali, no se cuenta con la información apropiada para realizar este análisis, tanto por falta de datos por nivel, como por carácter de la institución educativa. En esta sección se

³⁴ Para realizar la comparación, se toma como matrícula del año 2005 aquella efectuada para el año lectivo 2005-2006 en Cali, ya que tiene un calendario diferente al predominante a nivel nacional, así mismo con el año 2006 y 2007.

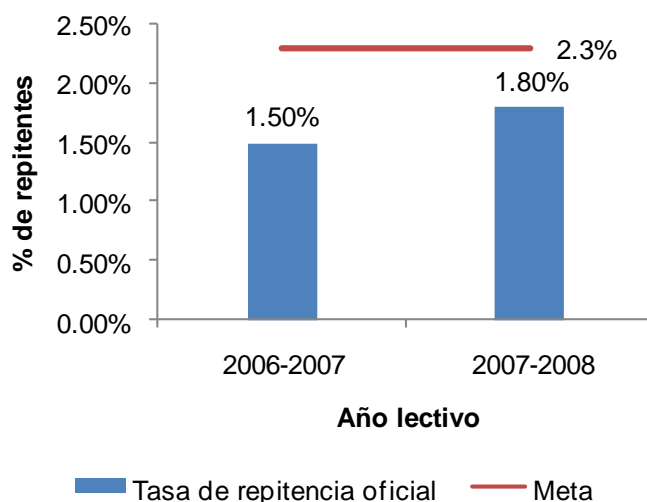
presentará un análisis la de repetición general en las instituciones oficiales, asumiendo una meta de reducción al 2.3%.

2.5.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

La Figura 23, muestra que la tasa de repetición en las instituciones educativas oficiales del municipio de Santiago de Cali ha aumentado en 0.3 puntos porcentuales entre el año lectivo 2006-2007 y 2007-2008, ubicándose así 0.5 puntos por debajo de la meta. Cabe anotar que el indicador no es comparable con el establecido en los Objetivos de Desarrollo de Milenio para Colombia, dado que comprende únicamente las instituciones educativas oficiales.

Con el fin de evaluar este indicador, se recomienda que se construya con todas las instituciones educativas, públicas y privadas

Figura 23. Tasa de repetición total en las instituciones educativas Oficiales. Cali, 2006 - 2008.



Fuente: Secretaría de Educación Municipal. Observatorio de la educación.

2.5.3 Comparación con otras poblaciones

Como se observa en el Cuadro 13, tanto en el año 2006 como 2007, la ciudad de Cali presenta la menor tasa de repetición total del sector oficial, seguida de Bogotá y Medellín, quienes presentan alrededor de 1.51 y 1.80 puntos por encima de la tasa del Municipio de Cali, en 2006. A nivel nacional, las tasas son mayores, es decir las tres ciudades principales presentan tasas por debajo del total del país.

Cuadro 13. Comparaciones de la tasa de repetición en el sector oficial. Principales ciudades de Colombia, 2006 y 2007.

	2006	2007
Medellín (1)	3.30%	2.90%
Bogotá (2)	3.10%	n.d
Cali (3)	1.50%	1.80%
Colombia (4)	3.70%	3.70%

Fuentes: (1) Informe de Calidad de Vida de Medellín, 2008. (2) Secretaría Distrital de Planeación. Síntesis de coyuntura No. 8, 2007. (3) Secretaría Municipal de Educación. Observatorio de la educación. Se toma la Tasa de 2006-2007 como 2006, lo mismo para 2007. (4) Ministerio de Educación Nacional.

2.6 Información adicional

Con la información producida en el antiguo lineamiento del Ministerio de Educación, el Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Cali reporta que. la tasa de cobertura bruta general de 5 a 17 años pasó de 81.8% en 1995 a 84.1% en el 2007, con el pico más alto en el año 2006 (96.7%) y el más bajo en 1998 (78.0%).

Sin ninguna excepción, la tasa de cobertura bruta en primaria siempre es superior a la de secundaria y media y ésta a la de preescolar. Todas han presentado una tendencia al incremento con el paso del tiempo, exceptuando los años 1996, 1998 y 2005. La tendencia presenta dos picos, uno en 1997 y otro en 2003, en este último se alcanzó la mayor cobertura en todos los niveles de educación y una cobertura bruta en primaria de 112.7% y de 96.7% a nivel general.

A su vez, la razón de Alumnos/Docente pasó de ser 24.5 en 1995 a 23.0 en 2007. La educación primaria es la que mayor número de estudiantes tiene por docente, seguida por la educación secundaria y la preescolar. En 2007, fue de 27.2 para primaria, 21.3 para secundaria y 17.6 para preescolar.

Conclusiones

Cali logrará superar la meta de menos del 1% de analfabetismo en la población de 15 a 44 años en 2015, sin embargo, por razones de equidad, debe hacer un esfuerzo para alcanzarla esta misma meta en el área rural.

Los años promedio de educación básica están muy cerca de la meta del milenio.

La cobertura de educación básica tuvo un descenso del en los dos últimos períodos lectivos a pesar de los esfuerzos por lograr la cobertura universal en los niños, lo que amerita revisar las causas de este descenso.

La cobertura de educación preescolar y en educación media están todavía lejos de lograr las metas trazadas para el milenio, lo que sugiere investigar las causas y realizar intervenciones sobre ellas, con esfuerzos adicionales y compromiso de sector educativo, tanto público como privado.



Marta Leticia Espinosa G.

Ana Isabel Gallego L.

Marta Cecilia Jaramillo M.

Maritza Isaza G.

Maria Paola Ulloa Z.

3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer³⁵

³⁵ Los autores agradecen la participación de Luisa Fernanda Bernat Ph.D. como experta y la contribución del Ingeniero Elidier Gómez S.

3 Objetivo de desarrollo del Milenio 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer

El tercer acuerdo definido en los Objetivos del Milenio es promover la equidad y la autonomía de la mujer. De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas, en distintos países a nivel mundial todavía la mujer se ve rezagada a situaciones de inferioridad, dificultando su acceso a un trabajo digno y bien remunerado y a la posibilidad de educarse y de participar activamente en las decisiones políticas y sociales de sus regiones.

Con el fin de lograr la equidad para la mujer, se han enunciado tres metas: 1) mejorar el acceso a la educación en el nivel de básica escolar y superior, 2) lograr el acceso a empleos mejor remunerados y de calidad, 3) asegurar la igualdad de oportunidades para participar en la toma de decisiones en los órganos del poder público.

Para Latinoamérica y el Caribe, así como en Colombia, el acceso a la educación de la mujer en todos sus niveles ha presentado grandes progresos, de acuerdo con el reporte de avance de los Objetivos del Milenio para América Latina y el Caribe elaborado en el 2008. En Colombia, la meta planteada por la Cumbre del Milenio ya ha sido alcanzada, por lo tanto, “se han definido tres metas específicas: reducción de la violencia de pareja contra la mujer, equidad de género en la participación económica de la mujer en materia salarial y de calidad del empleo, participación política de la mujer.”

Cuadro 14. Metas e indicadores universales, objetivo 3.

Meta universal	Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015.
	<i>Indicadores:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporción de niñas y niños en la enseñanza primaria, secundaria y superior ▪ Proporción de mujeres con empleos remunerados en el sector no agrícola ▪ Proporción de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales

Cuadro 15. Metas e indicadores CONPES 91, objetivo 3.

Metas Colombia	<p><u>Violencia de género</u> Desarrollar, con una periodicidad de al menos cada cinco años, la medición de la magnitud y características de la violencia de pareja en el país y definir las metas anuales de reducción. <i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Porcentaje de mujeres unidas con experiencia de maltrato físico o violencia sexual por parte de su pareja en el último año.</i> ▪ <i>Porcentaje de mujeres unidas con experiencia de violencia psicológica ejercida por su pareja en el último año.</i> <p>Implementar y mantener en operación una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, específicamente de la violencia de pareja contra la mujer, en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga en el 2008, y en las demás capitales de departamento en el 2015 <i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Entidades territoriales operando con estrategias intersectoriales de vigilancia en salud pública de violencia intrafamiliar, incluyendo la violencia de pareja contra la mujer.</i>
	<p><u>Mercado laboral</u> Incorporar y mantener el seguimiento a la equidad de género en materia salarial y calidad del empleo, en el marco del sistema de información sobre calidad y pertinencia del Sistema Nacional de formación para el Trabajo. <i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa global de participación de las mujeres en el empleo.</i> ▪ <i>Tasa de desempleo femenino.</i> ▪ <i>Tasa de ocupación femenina.</i> ▪ <i>Tasa de participación femenina en los ingresos laborales altos.</i>
	<p><u>Participación</u> Incrementar por encima del 30% la participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público. <i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporción de mujeres ocupadas en cargos directivos del área administrativa de la rama legislativa (Senado, Cámara, Asambleas y Concejos)</i> ▪ <i>Proporción de mujeres de libre nombramiento y remoción y, del máximo nivel decisorio, ocupadas en cargos directivos de la rama judicial (juezas, magistradas, fiscalías, y otros cargos directivos).</i> ▪ <i>Proporción de mujeres que ocupan cargos en las altas cortes de la rama Judicial: Magistradas de la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado y el Consejo Superior de la Judicatura.</i> ▪ <i>Proporción de mujeres que ocupan cargos de elección popular en el nivel nacional y territorial: senadoras, representantes, diputadas, concejalas, gobernadoras y alcaldesas.</i>

Cuadro 16. Metas e indicadores Cali, objetivo 3.

Metas Cali	<p><u>Violencia de género</u></p> <p>3.1 Medir con una periodicidad, al menos de cinco años la magnitud y características de la violencia de pareja y definir las metas anuales de reducción.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪Porcentaje de mujeres unidas con experiencia de maltrato físico o violencia sexual por parte de su pareja a lo largo de su vida. ▪Porcentaje de mujeres unidas con experiencia de violencia psicológica ejercida por su pareja a lo largo de su vida.
	<p>3.2 Implementar y mantener en operación, una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, específicamente de la violencia de pareja contra la mujer, en el 2008.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪Existencia de una estrategia intersectorial de salud pública de la violencia de pareja contra la mujer.
	<p><u>Mercado laboral</u></p> <p>3.3 Mantener el seguimiento a la equidad de género en materia salarial y calidad del empleo,</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪Tasa global de participación de las mujeres en el empleo. ▪Tasa de desempleo femenino. ▪Tasa de ocupación femenina. ▪Tasa de participación femenina en los ingresos laborales altos.
	<p><u>Participación</u></p> <p>3.4 Incrementar por encima del 30% la participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪Proporción de mujeres ocupadas en cargos directivos del área administrativa de la rama legislativa, específicamente en el Concejo. ▪Proporción de mujeres de libre nombramiento y remoción y del máximo nivel decisorio, ocupadas en cargos directivos de la rama judicial: juezas, magistradas, fiscalías, y otros cargos directivos. ▪Proporción de mujeres que ocupan cargos de elección popular en el nivel nacional y territorial: concejales y alcaldesas.

3.1 Meta Violencia de género: Medir con una periodicidad, al menos de cinco años la magnitud y características de la violencia de pareja y definir las metas anuales de reducción.

3.1.1 Definición del indicador y la meta

De acuerdo con el concepto de Violencia de la OMS (2000), "El uso intencional de la fuerza o el poder físico de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones". El Ministerio de Salud de Colombia en 1999 clasificó la violencia de pareja en tres tipos: física, psicológica y sexual. En la ciudad de Cali, a partir del desarrollo del programa DESEPAZ, en el período de gobierno 1992-1994, se inició el proceso de medición y vigilancia en violencia social (a

través del Observatorio Social); y para las violencias de género, familiar y sexual (a través del Observatorio de Violencia Familiar (OVF), que se instauró en el año 2002 en la Secretaría de Salud Pública Municipal).

La información producida por el Observatorio de Violencia Familiar se consolida mensualmente a partir de las notificaciones realizadas por las instituciones responsables del reporte y permite construir, tanto una caracterización general del problema en la ciudad, como el comportamiento de este fenómeno en sus territorios (comunas y corregimientos), lo que permite un conocimiento detallado y oportuno para la toma de decisiones frente a este tema.

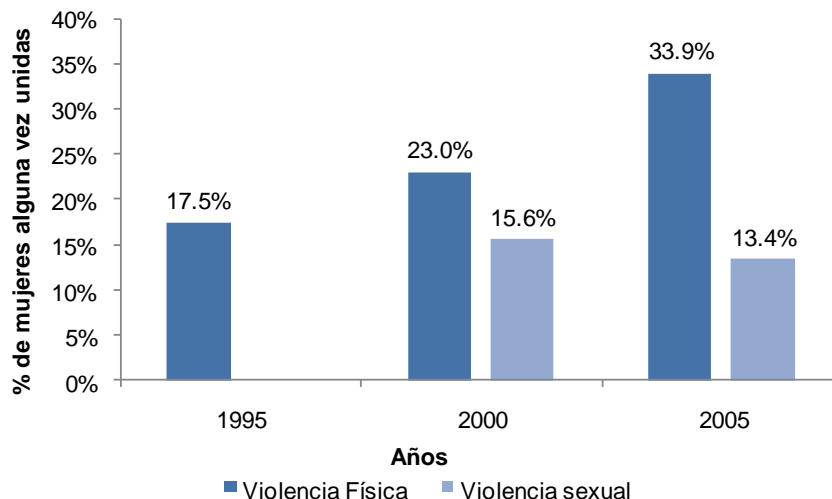
En este sentido, el OVF propicia y fomenta, mediante acciones intersectoriales de sensibilización y capacitación, el incremento de las denuncias de los casos atendidos y notificados. Debido a que no todas las mujeres afectadas denuncian, ya sea por temor a las represalias de su pareja, factores culturales arraigados en el imaginario social relacionados con valores y prácticas de la sociedad patriarcal, así como la desconfianza en la eficacia de las acciones realizadas por las instituciones para resolver los casos de manera oportuna. Esto da como resultado una tasa baja, la cual no representa la situación real de las mujeres que viven esta situación.

La prevalencia de violencia de pareja según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de Profamilia, la cual se aplica por quinquenios a mujeres en edad fértil, indaga sobre el maltrato de pareja sucedido alguna vez en la vida.

3.1.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

Según la ENDS, entre 2000 y 2005, ha variado 2.2 pp de la violencia sexual dentro de la violencia física de pareja. En 1995, se realizó una medición de violencia sexual ejercida por el esposo, como porcentaje del total de las mujeres violentadas sexualmente (54.6%), pero este porcentaje no es comparable con 2000 y 2005, puesto que en el análisis de éstos últimos años, la violencia sexual fue incluida como parte de la violencia física. La violencia física, ha incrementado su peso porcentual entre los años 1995 y 2005 en 16.4 pp. (Figura 24).

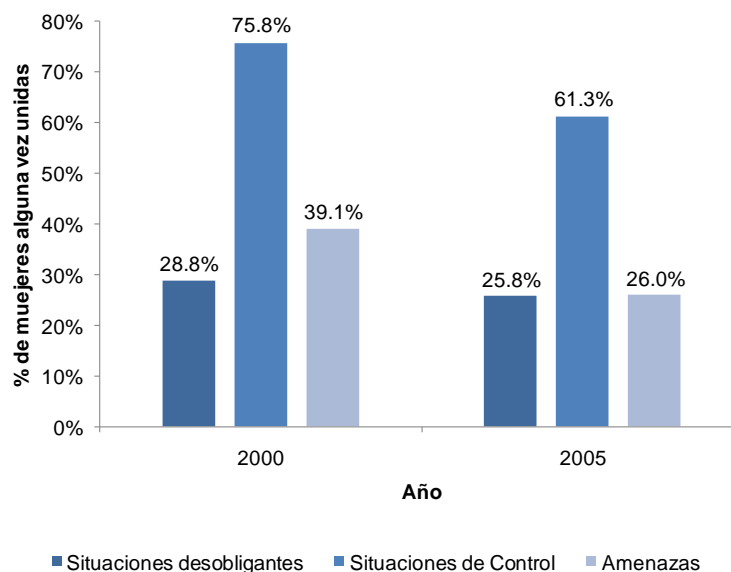
Figura 24. Violencia física y sexual de pareja en mujeres alguna vez unidas. Cali y área metropolitana 1995 - 2005.



Fuente: Profamilia, ENDS 1995, 2000 y 2005.

La violencia psicológica de parte de la pareja, la conforman las situaciones desobligantes, las situaciones de control y las amenazas. En todos los casos se ha presentado una disminución en el porcentaje de mujeres que han sufrido alguna de estas formas de violencia psicológica por parte de sus compañeros sentimentales (Figura 25).

Figura 25. Violencia psicológica o verbal de pareja por componentes. Cali y área metropolitana 2000 – 2005.



Fuente: Profamilia, ENDS 2000 y 2005.

3.1.3 Contexto

El Observatorio de Violencia Familiar de la SSPM de Cali, cuenta, desde el año 2002, con una Red de Instituciones Notificadoras, que a su vez forman parte de las Redes de Promoción del Buen Trato que funcionan en las comunas de la ciudad e incluyen además personas de las comunidades. Estas redes adelantan acciones de promoción y prevención a la violencia a nivel individual, familiar y comunitario e informan sobre los servicios y programas de atención institucionales.

Las redes de atención a la violencia sexual se distribuyen por zonas de la ciudad: Ladera, Norte, Centro y Oriente. Cada una de las zonas cuenta con instituciones de atención pertenecientes a los sectores de la salud y de la protección. Las zonas de Oriente y Ladera cuentan con Casas de justicia, que reúnen servicios de justicia y protección, en las comunas 14 y 20 respectivamente.

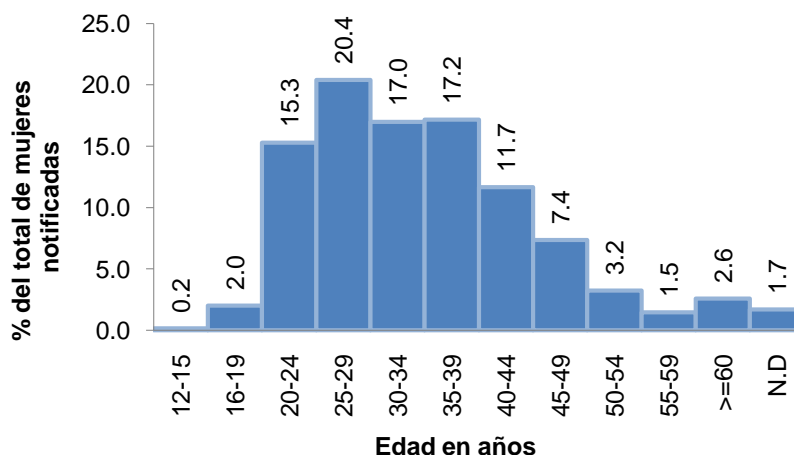
La zona Ladera es considerada como una de las zonas con mayor desarrollo en la atención de casos de violencia familiar y sexual; cuenta con un comité intersectorial de abuso sexual que funciona en la Casa de Justicia de Siloé (comuna 20) y redes de promoción del Buen Trato de amplia trayectoria.

Para contextualizar la situación de violencia de pareja contra las mujeres, se utilizan los datos reportados al OVF por las mujeres, que encontrándose actualmente con compañero, han sido maltratadas por éste, durante el año 2008 y que corresponden a 1,236 casos.

El 78% de estas mujeres reportaron haber sufrido maltrato físico de su pareja y el 45.7% tuvieron maltrato físico y psicológico. Alrededor del 1% de las mujeres notificaron haber sufrido maltrato físico, psicológico y sexual o físico y sexual o psicológico y sexual.

Las notificaciones de maltrato de pareja proceden de casos atendidos de mujeres entre 12 y 78 años, pero el 69.8% de las notificaciones son realizadas en mujeres entre los 20 y 39 años, siendo mayor en el grupo de 25 a 29 años con 20.4% (Figura 26).

Figura 26. Distribución de las notificaciones de cualquier tipo de violencia de pareja por edad. Cali, 2008.



Fuente: OVF, SSPM – Vigilancia epidemiológica, 2008.

Según la ENDS 2005³⁶ el 76.1% del total de mujeres de Colombia alguna vez unidas, maltratadas por sus compañeros actuales o anteriores no ha buscado ayuda institucional. Para Cali es de 71.4%, sin embargo, no se puede extrapolar para cálculos de prevalencia de la violencia de pareja, puesto que en la ENDS no solo se incluye el área metropolitana, sino que los criterios de recolección de información son diferentes a los del OVF.

3.1.4 Georreferenciación

En 2008, las comunas 20, 18, 13 y 6, concentraron el 42% del total de denuncias por violencia de pareja (755), de éstas, se reportaron 315 casos de violencia física. Las comunas 13, 18 y 6, fueron en las que más reportaron violencia psicológica (329) concentrando el 34% de mujeres detectadas (966). Las comunas 1 y 18, presentaron más notificaciones de violencia sexual por parte del compañero (7 de un total de 16 mujeres afectadas). En general, las comunas 13, 18, 6 y 20 concentraron el 41.8% del total de mujeres identificadas con de violencia de pareja (726 de 1,737).

La educación no es un patrón diferenciador de la violencia, las comunas 6 y 13 tienen estrato moda 2, el nivel educativo predominante es secundaria y en 2005 concentraban cada una más del 8% de la población de la ciudad. En el caso de la comuna 18, el estrato moda es 3 y el nivel educativo predominante es secundaria (35.5%) seguido muy de cerca (34.5%) de educación primaria. La comuna 20 tiene estrato moda 1 y el nivel educativo predominante es la educación primaria; Las comunas 18 y 20 en 2005 tenían el 4.9% y 3.2% de la población total del municipio de Cali respectivamente.

Esta relación es evidente en cuanto a ingresos bajos y violencia física, Williams y Mickelson (2007) sugieren que el ingreso es un factor diferenciador en la forma como se relaciona la violencia conyugal y la búsqueda de ayuda.

De acuerdo con los datos obtenidos por el OVF, no podemos afirmar que la violencia de pareja se presenta menos en los estratos altos, puesto que son reportes de instituciones públicas, donde acuden más las personas de estrato medio y bajo, situación que coincide con lo encontrado por Friezer (2005), quien afirma que las mujeres de ingresos más altos tienden menos a involucrarse en programas de atención institucional a la violencia doméstica.

El **Cuadro 17** presenta la distribución de los casos de reporte de cada uno de los tipos de violencia por comuna, sin embargo, no se puede afirmar que sean estas comunas las que tengan mayor número de casos o presenten mayor denuncia, puesto que sólo se registran los casos que llegan a las instituciones, no existiendo un estudio de prevalencia de la violencia que permita sacar conclusiones definitivas.

³⁶ Profamilia, ENDS, 2005

Cuadro 17. Notificaciones de violencia física, psicológica y sexual de pareja por comuna. Cali, 2008.

Comuna	VIOLENCIA FÍSICA		VIOLENCIA SEXUAL		VIOLENCIA SICOLÓGICA	
	Notificación	% del total	Notificación	% del total	Notificación	% del total
No reporta	17	2%	1	6%	18	2%
1	53	7%	4	25%	41	4%
2	9	1%	0	0%	12	1%
3	4	1%	0	0%	8	1%
4	30	4%	0	0%	32	3%
5	14	2%	0	0%	21	2%
6	70	9%	0	0%	101	10%
7	14	2%	0	0%	14	1%
8	5	1%	0	0%	5	1%
9	4	1%	2	13%	7	1%
10	49	6%	1	6%	66	7%
11	31	4%	1	6%	34	4%
12	9	1%	0	0%	10	1%
13	71	9%	2	13%	125	13%
14	38	5%	0	0%	66	7%
15	47	6%	0	0%	55	6%
16	37	5%	0	0%	33	3%
17	30	4%	1	6%	49	5%
18	85	11%	3	19%	103	11%
19	29	4%	0	0%	45	5%
20	89	12%	1	6%	76	8%
21	2	0%	0	0%	10	1%
22	0	0%	0	0%	0	0%
Rural	18	2%	0	0%	35	4%
TOTAL	755	100%	16	100%	966	100%

Fuente: OVF, SSPM – Vigilancia epidemiológica, 2008.

3.1.5 Comparación con otras poblaciones

Se toma como fuente de información la ENDS 2005, que encuestó mujeres residentes en cada una de las áreas metropolitanas de las grandes ciudades, con edades entre los 15 y 49 años que alguna vez estuvieron unidas.

El Cuadro 18, nos muestra que las situaciones de control, son el tipo de violencia de pareja que ha predominado en las ENDS de 2000 y 2005 para las áreas metropolitanas de Cali, Medellín y Barranquilla, seguida por las amenazas y luego por las situaciones desobligantes y la violencia física.

Cuadro 18. Comparación de violencia de pareja en Colombia, Bogotá y las áreas metropolitanas de las principales ciudades de Colombia, 2000 y 2005.

Violencia de Pareja	Año ENDS	Bogotá	Medellín A.M	Cali A.M.	Total País
Situaciones de Control	2000	65.3	69.2	75.8	64.9
	2005	70.7	68.4	61.3	65.7
Situaciones desobligantes	2000	30.2	27.5	28.8	26.2
	2005	25.5	25.5	25.8	26.3
Amenazas	2000	37.4	37.5	39.1	33.8
	2005	37.3	33.7	26	32.6
Violencia Física	2000	35.6	22.5	23	41
	2005	35.7	40.7	33.9	39

Fuente: Profamilia: ENDS 2005.

Según la ENDS 2005, el área metropolitana de Cali respecto de las tres principales ciudades del país:

- Presentó el menor porcentaje de mujeres en situación de control y en situación de amenaza.
- Tuvo un comportamiento semejante (25%) en cuanto a situaciones desobligantes.
- En cuanto a violencia física si bien es menor que en las principales ciudades y en Colombia, se encuentra lejos de las subregiones con menor prevalencia del problema (Bolívar Sur, Sucre, Córdoba y Santanderes con 27.9%).

El 77.7% de las mujeres víctimas de violencia física de pareja, sufrió algún tipo de lesión física o psicológica como consecuencia del(os) episodio(s). Y las causas más comunes para no denunciar al agresor o buscar ayuda fueron la percepción de resolverlo sola, o que los daños no fueron serios, miedo a más agresión o el deseo de no dañar al agresor.

En el 13.4% de las ocasiones, la violencia física ejercida por la pareja tomó la forma de violación. Este porcentaje fue de 15% en el área metropolitana de Medellín y de 11.5% en Bogotá y Colombia.

En todos los casos, exceptuando violencia física, Cali A.M. ha mejorado en comparación con los mismos resultados en la ENDS del año 2000.

3.1.6 Acciones

En el OVF se espera que la notificación de casos se incremente cada año, como producto de las acciones de promoción y prevención que se adelanta desde las instituciones públicas y privadas del municipio.

Se requiere hacer una divulgación mayor de los resultados de las notificaciones de casos de violencia familiar y las acciones emprendidas, para mejorar la situación de las mujeres que han sido afectadas por la violencia, así mismo, es necesaria la participación activa de todos los sectores y organismos de control en la ejecución de la Política Pública de Convivencia Familiar del municipio de Cali y en el cumplimiento del Macroproyecto "Familias en Paz" del Plan de Desarrollo Municipal 2009-2011.

3.2 Meta Violencia de género: Implementar y mantener en operación, una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, específicamente de la violencia de pareja contra la mujer, en el 2008.

3.2.1 Definición del indicador y la meta

Esta meta, busca vigilar la violencia de pareja contra la mujer. Para ello se propuso que en el 2008, existiera una estrategia intersectorial de salud pública de la violencia de pareja contra la mujer.

3.2.2 Tendencia y Cumplimiento de la meta.

El Municipio de Cali puso en funcionamiento desde el año 2002, un sistema de información intersectorial que recopila, analiza y difunde información con base en la notificación de casos atendidos por las instituciones del sector salud y de protección del Municipio. Se conforma como un subsistema de información en el componente de salud mental y está considerado como parte del SIVIGILA municipal. Las Unidades Notificadoras hacen parte de un comité de trabajo intersectorial, que bimensualmente monitorea la notificación (calidad, oportunidad y cumplimiento), apoya e impulsa las estrategias de trabajo intersectorial y adelantan capacitaciones. El sector justicia se vinculó a partir del año 2007. La notificación se adelanta mensualmente con los datos contenidos en una ficha epidemiológica, según la disponibilidad tecnológica.

Las instituciones que participan como Unidades Notificadoras del OVF son: las 11 Comisarías de Familia del municipio, los 5 Centros Zonales del ICBF del municipio, las cinco (5) Empresas Sociales del Estado (ESE) del primer nivel de atención y seis (6) Empresas Promotoras de Salud (EPS). El sistema está en proceso de ampliación con la conformación de nuevas unidades notificadores, especialmente del sector de la salud.

El OVF, se enmarca en la Política Pública de Convivencia Familiar del municipio de Santiago de Cali (Acuerdo 0231 de 2007) y entre sus objetivos se incluye consolidar un sistema de información intersectorial en violencia familiar y sexual, e implementar un sistema de vigilancia local intersectorial. De esta manera se contribuye al logro de la meta.

3.2.3 Acciones:

El Municipio de Cali, como parte del desarrollo del OVF, está iniciando el desarrollo de una estrategia de vigilancia de la violencia sexual. Se han priorizado los casos de notificación por violación, donde se hace acompañamiento y seguimiento de la atención, con base en el protocolo establecido por la SSPM de Cali.

3.3 Meta Mercado laboral: Mantener el seguimiento a la equidad de género en materia salarial y calidad del empleo.

3.3.1 Definición de los indicadores y la meta.

En el CONPES 91, se resalta la importancia de la participación económica de la mujer y es incluida en los objetivos del milenio.

Indicadores:

Tasa global de participación de las mujeres en el empleo: Representa la población de mujeres económicamente activas (PEA) sobre el total de mujeres en edad de trabajar.

Tasa de desempleo femenino: Es el resultado de dividir el total de mujeres desempleadas, sobre la Población Económicamente Activa (PEA) femenina.

Tasa de ocupación femenina: Expresa la relación entre el total de mujeres ocupadas y el total de mujeres en edad de trabajar.

Tasa de participación femenina en los ingresos laborales altos: Representa el total de mujeres que devengan más de cuatro salarios mínimos mensuales sobre el total de personas que devengan más de cuatro salarios mínimos mensuales.

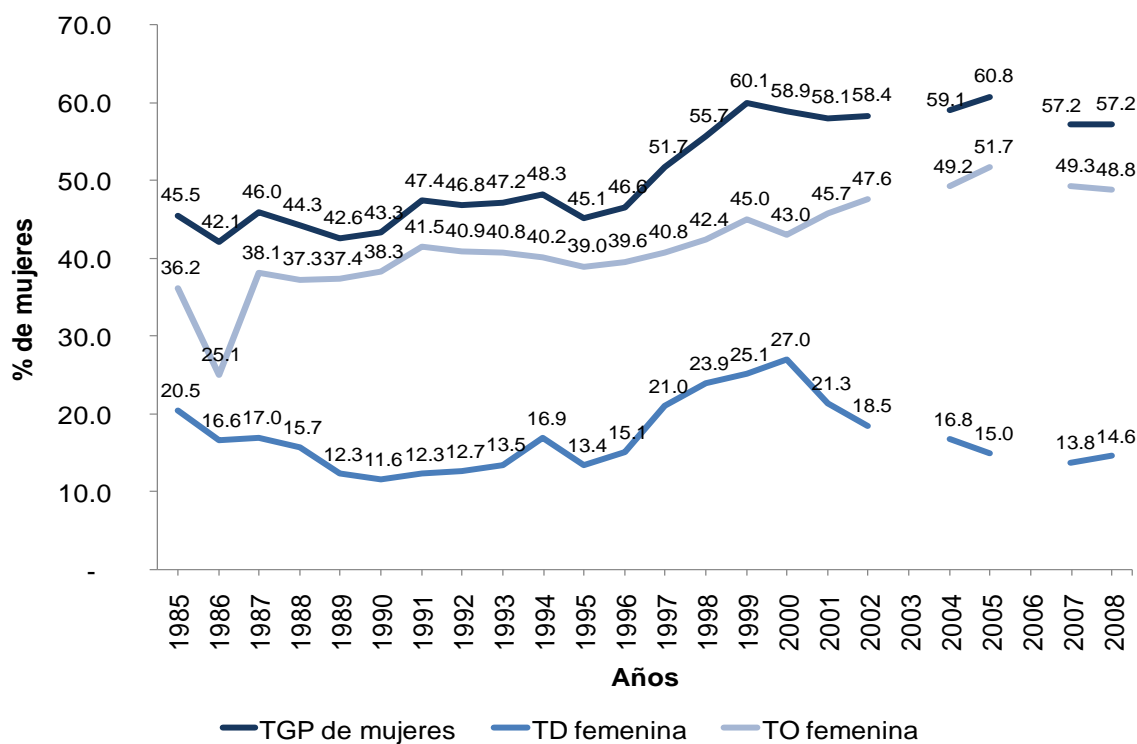
La meta es realizar un seguimiento de la equidad de género en materia salarial y de calidad del empleo.

3.3.2 *Tendencia y cumplimiento de la meta*

La Figura 27, muestra que la Tasa Global de Participación (TGP) y la Tasa de Ocupación (TO) femenina en Santiago de Cali han aumentado desde 1985 logrando el punto más alto en 2005 y desde los últimos 8 años se han estabilizado. En cuanto a la tasa de desempleo (TD) femenino en Cali, se observa una disminución de 12.4 pp desde el año 2000 hasta el 2008, cuando se ubica en 14.6%.

En el Observatorio del Empleo de la Cámara de Comercio de Cali y algunas universidades caleñas, se hace un monitoreo del mercado laboral, incluyendo algunos indicadores de participación femenina. Sin embargo, para cumplir a cabalidad la meta, sería importante realizar un seguimiento especial al mercado laboral por género y hacer pública ésta información.

Figura 27. Tasa global de participación, tasa de desempleo y tasa de ocupación femenina. Cali, 1985 – 2008.

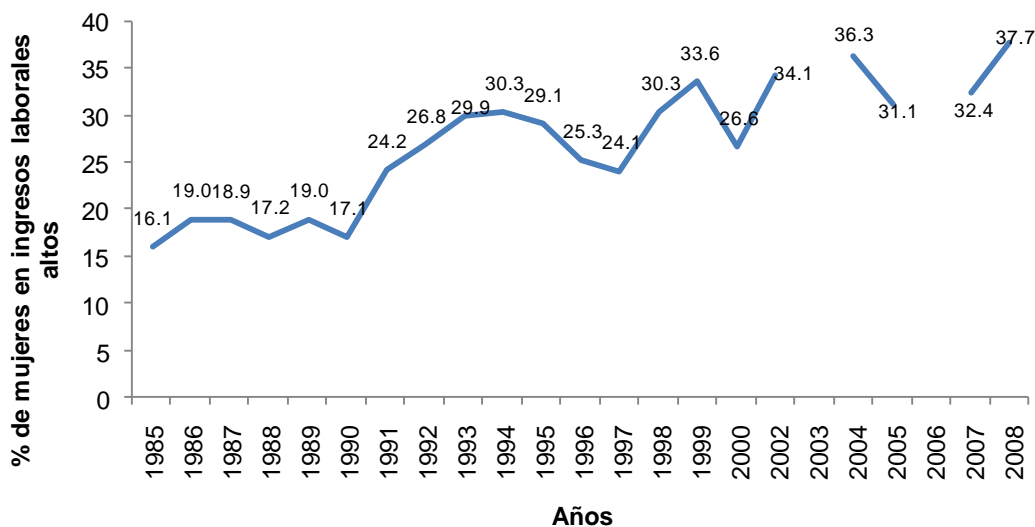


Fuente: DANE, Tercer trimestre de cada año³⁷.

La tasa de participación femenina en los ingresos laborales altos ha aumentado desde 1985. Para el año 2008, en el Municipio de Cali, el 37.7% de las personas que devengaron más de 4 salarios mínimos fueron mujeres, éste es el mayor porcentaje alcanzado en el periodo (Figura 28).

³⁷ Para 2003 y 2006 no hay información para el tercer trimestre, por lo tanto no es posible realizar comparación para estos años.

Figura 28. Tasa de participación femenina en los ingresos laborales altos. Cali, 1985 - 2008³⁸.



Fuente: DANE tercer trimestre de cada año³⁹

3.3.3 Comparación con otras poblaciones

Bogotá presenta la mayor TGP femenina en 2002 y 2008, seguida de Cali, que se encuentra por encima de Medellín, Barranquilla y el total nacional en ambos años (Cuadro 19).

Para 2002 Cali fue la ciudad con más baja tasa de desempleo en mujeres, en 2008 estuvo similar a Medellín y Barranquilla, 0.9 puntos por encima de la Nacional y 2.6 puntos por encima de Bogotá.

Para la tasa de ocupación de mujeres en los años 2002 y 2008, Bogotá presentó las tasas más altas y Cali ocupó el segundo lugar, 21% por encima del promedio nacional.

³⁸ En la ENH la desagregación antes del 2000 era para mujeres que ganan más de cinco salarios mínimos. Después del 2001 el rango cambia y es posible tomar las mujeres que ganan más de cuatro salarios mínimos. Para el 2001 no hay información disponible. En los años 2003 y 2006, la información del tercer trimestre no está disponible, por lo tanto los valores no son comparables con el resto de la serie.

³⁹ Para 2003 y 2006 no hay información para el tercer trimestre, por lo tanto no es posible realizar comparación para estos años.

Cuadro 19. TGP, TO, TD femenina y Tasa de participación femenina en los ingresos laborales altos. Principales ciudades de Colombia, 2002 y 2008.

		Medellín	Bogotá	Barranquilla	Cali	Total Nacional
Tasa Global de Participación	2002	53.5%	60.2%	47.0%	58.4%	56.6%
	2008	52.4%	59.2%	42.2%	57.2%	54.7%
Tasa Desempleo mujeres	2002	19.5%	20.5%	22.2%	18.5%	20.6%
	2008	14.7%	12.0%	14.8%	14.6%	13.7%
Tasa Ocupación mujeres	2002	43.1%	47.9%	36.6%	47.6%	44.9%
	2008	44.7%	52.1%	36.0%	48.8%	27.9%
% mujeres que devengan salarios	2002	32.9%	44.1%	31.8%	34.1%	39.1%
	2008	38.3%	34.1%	27.9%	37.7%	34.8%

Fuente: DANE, la información presentada es la del tercer trimestre de cada año. Para el año 2002 la información corresponde a la ENH y la del 2008 de la GEIH.

La tasa de participación femenina en los ingresos laborales altos, comparando 2008 con 2002, se ha incrementado en Medellín y Cali, siendo la ciudad de Medellín la que presenta una mayor tasa (38.3%). Para el resto de ciudades principales, Bogotá y Barranquilla y para el país en general, la situación de las mujeres en cuanto a los ingresos laborales altos, ha desmejorado.

3.4 Meta participación: Incrementar por encima del 30% la participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público.

3.4.1 Definición de los indicadores y la meta

En el CONPES 91, se resalta la importancia de la participación política de la mujer y es incluida en los objetivos del milenio, la meta es incrementar por encima del 30%, la participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público. Se contempla tanto la participación en los niveles directivos, en la rama judicial y en los cargos de elección pública de la rama legislativa y ejecutiva.

Indicador: Porcentaje de participación de la mujeres en los niveles directivos en cualquiera de las tres ramas.

En Cali, al momento de la recolección de información, no se pudo obtener la suficiente para todos los indicadores, por lo tanto sólo se describirán los datos de participación política en cargos de elección popular y participación de las mujeres en el empleo público.

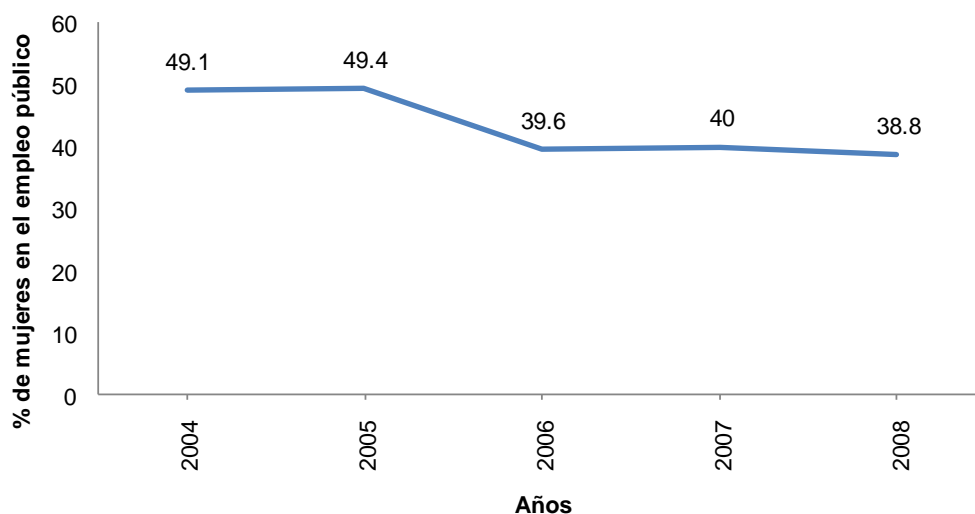
3.4.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

En los dos últimos Concejos Municipales, se ha presentado un incremento en la participación femenina entre los ediles. En el período 2004-2007 fueron elegidas tres concejales: Piedad Varela, Fabiola Perdomo y Clementina Vélez, sin embargo, a lo largo del período, dos concejales fueron reemplazados por Julie del Pilar Reina y María Piedad Echeverri. Así, la participación femenina al inicio del período fue de 14.3% y el final fue de 23.8%. Para el actual período, 2008-2011, fueron elegidas cuatro concejales (Clementina

Vélez, Clara Luz Roldán, Julie del Pilar Reina y Noralba García), siendo así, la participación femenina es de 19.05%. Actualmente esa corporación de la ciudad se encuentra a 10.95 pp de la meta mínima.

La alcaldía reporta una evolución de los puestos públicos ocupados por mujeres que tiende a la disminución. Pasó de ser 49.1% en el 2004 a 38.8% en el 2008. Esta información no permite concluir sobre la equidad de género porque no se dispone de información por tipo de cargo, pues el porcentaje de mujeres podría estar concentrado en los cargos directivos o en los cargos operativos (Figura 29).

Figura 29. Porcentaje de puestos públicos ocupados por mujeres. Cali, 2004 – 2008.



Fuente: Alcaldía municipal de Cali-DAPM

3.4.3 Contexto

De acuerdo con la información reportada en Cali Visible, el observatorio del Concejo de Cali, de las cuatro concejales electas en el 2008-2011, tres de ellas son abogadas y una es administradora de empresas, tres (3) cuentan con estudios de postgrado y todas tienen experiencia en el sector público. Dos (2) de ellas son electas por el Partido de la U, una de ellas por el partido liberal y otra por cambio radical.

Conclusiones:

De acuerdo con la ENDS, la ciudad de Cali mantiene un bajo nivel de reporte de hechos de violencia de pareja, con un 71%, en uno o más de sus tres componentes: sexual, física y psicológica. A pesar de este subregistro, los datos que proporciona la Encuesta muestran que el 33.9% de las mujeres alguna vez unidas han sufrido maltrato físico y un 13.4% maltrato sexual (puede presentarse independiente o simultáneo). Además un alto porcentaje ha tenido maltrato psicológico (el 61% en el año 2005). Cali muestra en general cifras menores de maltrato que el área metropolitana de Medellín y Bogotá D.C.

Para enfrentar este problema de salud pública, desde el año 2020 en la ciudad de Cali se ha ido integrando una Red de Instituciones Notificadoras del área social, de salud y del sector justicia, que promueven acciones de prevención de la violencia a nivel individual, familiar y comunitaria y que suministran información al Observatorio de Violencia Familiar

En el año 2008 de los casos reportados en el OVF para los tres tipos de violencia, el mayor número procedía de las comunas 20, 18, 13, 6 y 1, mostrando una relación entre violencia física y bajos ingresos.

Con la implementación del OVF y el fortalecimiento de las redes sociales e institucionales se espera que aumente el reporte de eventos de violencia contra las mujeres.

Cali tiene una tendencia a mejorar la equidad desde el punto de vista laboral, aumento de la tasa de ocupación de mujeres y una disminución en la de desempleo, una mayor participación de las mujeres en los ingresos laborales altos en los últimos 20 años. Comparativamente con Medellín, Barranquilla y con el promedio nacional, Cali tiene la mejor Tasa Global de Participación en el empleo, siendo superada solo por Bogotá DC.

La participación de las mujeres en los niveles decisorios (Concejo Municipal) en la ciudad de Cali, ha ido en aumento, alcanzando dos terceras partes de la meta en el último período.



Marta Cecilia Jaramillo M.

Luz Marina Melo C.

Jorge Alirio Holguín R.

Nayibe Eliana Valencia P.

Emma Gloria Aristizábal V.

Victoria Eugenia Estrada T.

Jaime López V.

4. Reducir la mortalidad infantil⁴⁰

⁴⁰ Los autores agradecen la participación del Dr. Jaime Orrego MD, Dr. Jorge Madriñán MD y Dr. Carlos Cortés MD, como expertos y la contribución del Doctor Jaime López V MD, la Lic. Victoria Eugenia Estrada y la Lic. Liliana Alarcón.

4 Objetivo de desarrollo del milenio 4: Reducir la mortalidad infantil

La muerte de un niño representa una tragedia para el país. Aunque los daños no sean visibles en toda la población, el deceso de un menor significa que, el país presenta dificultades para brindarle las condiciones necesarias para desarrollarse con normalidad y llegar a ser un ciudadano que desarrolle todas sus capacidades y potencialidades.

En el mundo, cada año se registra la muerte de casi 11 millones de niños, 30,000 al día, antes de cumplir los cinco años de edad, número inaceptable, si consideramos los actuales avances económicos, tecnológicos y en materia de salud, que permitiría evitar la mayoría de estas muertes. Surge entonces la pregunta: ¿dónde está el problema?

La muerte de un niño tiene una estrecha relación con la pobreza. Si una familia no cuenta con las condiciones mínimas para acceder a una atención médica de calidad, si no cuenta con los recursos suficientes para obtener los medicamentos, si en su vivienda no cuenta con los servicios públicos básicos (agua potable y saneamiento básico), no podrá asegurar la supervivencia de sus miembros, mucho menos de los más vulnerables, los niños.

La reducción de la mortalidad infantil, está asociada a la mejoría de las condiciones de vida de los ciudadanos, los niños son las personas que más necesitan apoyo para acceder a los diferentes servicios de atención, a las campañas de prevención y a las actividades de salud pública, que permitan prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades infecciosas y parasitarias y evitar la deshidratación, entre otras.

Cuadro 20. Metas e indicadores universales, objetivo 4.

Metas universales	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años
	<i>Indicadores:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años ▪Tasa de mortalidad infantil ▪Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión

Cuadro 21. Metas e indicadores CONPES 91, objetivo 4.

Metas Colombia	Reducir la mortalidad en menores de 5 años, a 17 muertes por 1000 nacidos vivos.
	<i>Indicadores:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪Razón de mortalidad en menores de 5 años
	Reducir la mortalidad en menores de 1 año, a 14 muertes por 1000 nacidos vivos.
	<i>Indicadores:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪Razón de mortalidad en menores de 1 año
	Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95%, con el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos del país.
	<i>Indicadores:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪Porcentaje de niños y niñas de 1 año cubiertos por el PAI

Cuadro 22. Metas e indicadores Cali, objetivo 4.

“Para el seguimiento de esta meta se consideran tres indicadores que dan cuenta en gran medida del nivel de desarrollo social y en particular, de la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud y de la atención nutricional, sanitaria y de protección por parte de la población, sobre todo de niños y niñas, evidenciando el grado en que una sociedad tiene y ejerce el derecho humano más fundamental a la vida y a la salud” (PNUD, 2008).

4.1 Meta: Reducir la mortalidad en menores de 5 años a 8.8 muertes por 1,000 nacidos vivos (N.V.)

4.1.1 Definición del indicador y la meta

En las estadísticas mundiales, se observa una tendencia a darle cada vez mayor importancia a la mortalidad del menor de 5 años, como indicador del estado de salud y del desarrollo general de un país. Este indicador se define como el número anual de menores de 5 años muertos por 1,000 N.V. (DANE, 2009)⁴¹.

Indicador: Número anual de menores de 5 años muertos por 1,000 N.V.

Meta: Reducir la mortalidad en menores de 5 años a 8.8 muertes por 1,000 N.V.

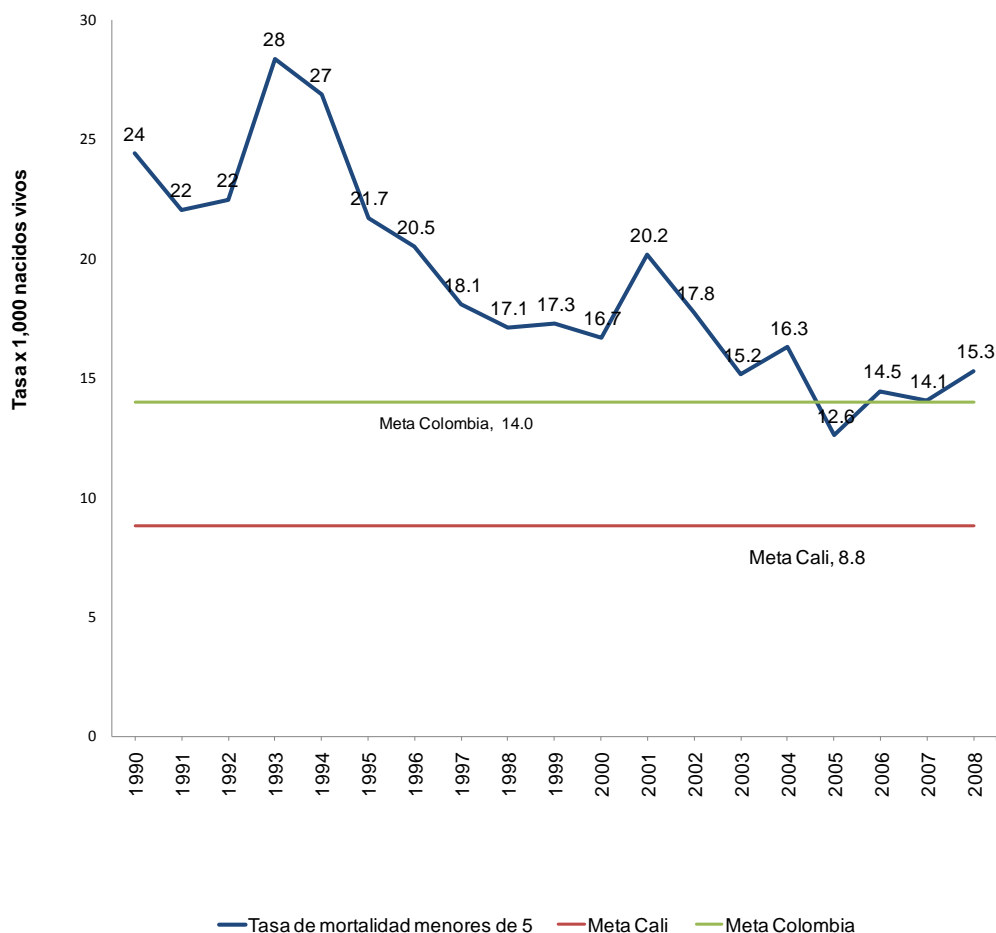
4.1.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

En 1990, el municipio de Cali registró una tasa de mortalidad de 24.0 muertes en menores de 5 años por cada 1,000 N.V., en el año 2000 de 16.7 por 1,000 N.V. y en el 2008 de 15.3 por 1,000 N.V. (Figura 30). En los últimos siete años se redujo en 2.5 puntos la tasa de mortalidad en menores de cinco años, ubicándose en 2008 a 6.5 muertes en menores

⁴¹ Para acceder a los datos, ingrese a la siguiente página: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119

de cinco años por 1,000 N.V. de lograr la meta de Cali, se requiere una reducción promedio anual de la tasa en 0.93 muertes de menores de 5 años por, lo que significa que es necesario intensificar los esfuerzos para lograr la meta de ODM.

Figura 30. Tasa de mortalidad en menores de 5 años. 1995-2008



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica. DANE, Diez años de la salud en Santiago de Cali

4.1.2.1 Causas de mortalidad en menores de 5 años en Cali

La mortalidad en menores de cinco años, ha tenido algunos cambios importantes, para 1998 la Infección Respiratoria Aguda (IRA) ocupaba el tercer lugar de frecuencia entre los menores de 5 años y la Enfermedades infecciosas intestinales el cuarto lugar, con tasas de mortalidad específicas de 45.8 y 32.1 muertes por 100,000 menores de cinco años, pasando en el 2008 al cuarto lugar con 14.7 y al 12º lugar con 3.4 muertes por 100,000 menores de cinco años respectivamente, lo que significa 3.4 veces menos muertes por IRA y 10.5 veces menos muertes por Enfermedades infecciosas intestinales (Cuadro 23).

La reducción de la mortalidad en las enfermedades infecciosas hace que aparezcan en los primeros lugares causas de mortalidad en los menores de cinco años debidas a

problemas del recién nacido y del período perinatal, haciéndose visible la tasa de mortalidad por malformaciones congénitas y problemas cromosómicos que aumentó en 12 puntos, la sepsis bacteriana del recién nacido que pasó del décimo al quinto lugar, con una tasa de 5.8 a 10.2 muertes por 100,000 menores de 5 años y la septicemia que pasó de 1.5 (24º lugar) a 4.5 (9º lugar). Cinco de las seis primeras causas de mortalidad en menores de cinco años además de las enfermedades congénitas, están relacionadas con la falta de control prenatal, por su asociación con los trastornos del embarazo y el parto, como lo describe la literatura médica. Sobre la mortalidad perinatal nos referiremos más adelante.

Cuadro 23. Quince primeras causas de mortalidad en menores de 5 años. Tasa por 100,000 niños menores de 5 años. Cali, 1998 y 2008⁴².

Posición en 2008	Causas (Lista 667 -OPS - CIE 10 según causa básica)	Tasa por 100,000 menores 5a.	
		1998	2008
1	Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías cromosómicas	57.9	69.7
2	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	61.0	49.3
3	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	21.4	35.7
4	Infecciones respiratorias agudas	45.8	14.7
5	Feto y recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo al nacimiento	12.7	13.6
6	Sepsis bacteriana del recién nacido	5.8	10.2
7	Otras enfermedades respiratorias	3.4	9.1
8	Feto y recién nacido afectado por ciertas afecciones maternas	7.0	7.4
9	Septicemia	1.5	4.5
10	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	1.9	4.0
11	Otras enfermedades del sistema digestivo	3.0	4.0
12	Enfermedades infecciosas intestinales	32.1	3.4
13	Retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer, gestación corta	7.3	3.4
14	Residuo	1.9	3.4
15	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	3.0	2.8

Fuente: DANE

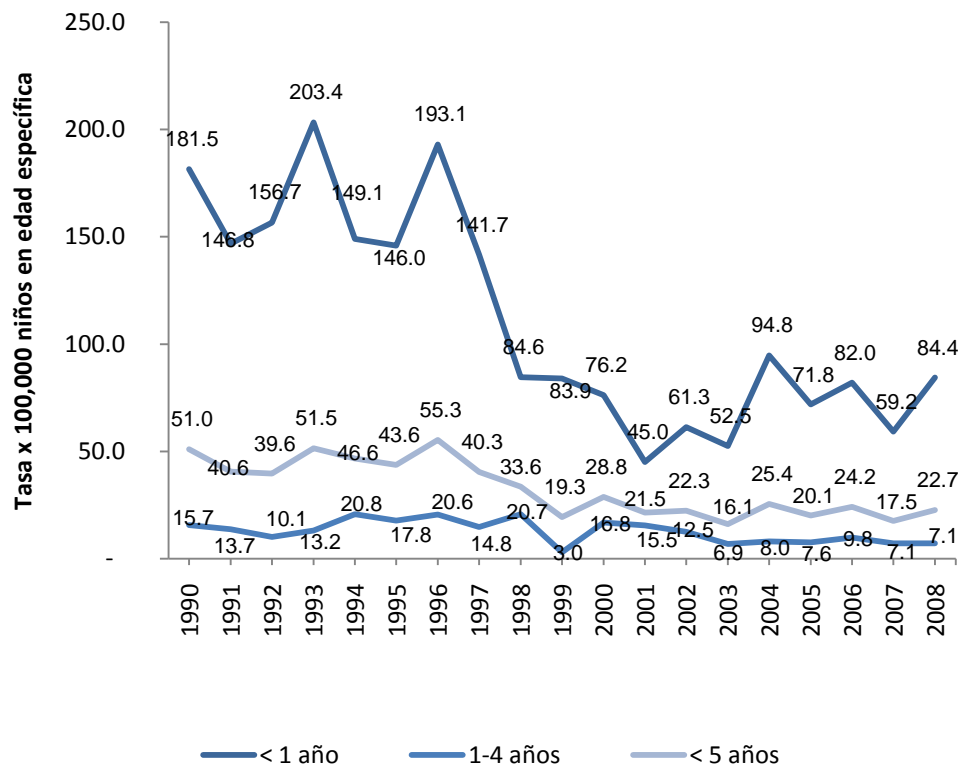
4.1.2.1.1 Mortalidad por IRA

La mortalidad por IRA como causa de defunción (Figura 31), ha sido objeto de vigilancia epidemiológica por el Programa de Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), podemos ver una tendencia a la disminución, siendo más marcada en el período 1996 a 1999 con una caída del 65.1%, así mismo, entre 2000 y 2008 se ha presentado una disminución de 21.2%. La reducción en la tasa de mortalidad en menores de 5 años se explica porque en este período el 69% de las muertes por IRA ocurrían en

⁴² “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE10), por medio de la cual se asignan códigos a las diversas enfermedades permitiendo seleccionar la causa básica de la defunción, siendo esta última la referencia para la producción de las estadísticas de mortalidad. Esta clasificación es la oficialmente aceptada para codificar la mortalidad por causas, permitiendo la comparabilidad local e internacional”. “Lista OPS 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE-10. Lista corta que agrupa causas de defunción y se presenta a tres (3) dígitos.” En metodología Estadísticas vitales. www.dane.gov.co

población de menores de 1 año, para este grupo de edad disminuyó de 146.0 a 84.4 muertes por 100,000 menores de 1 año.

Figura 31. Mortalidad por IRA en menores de 5 años. Cali, 1990 – 2008.

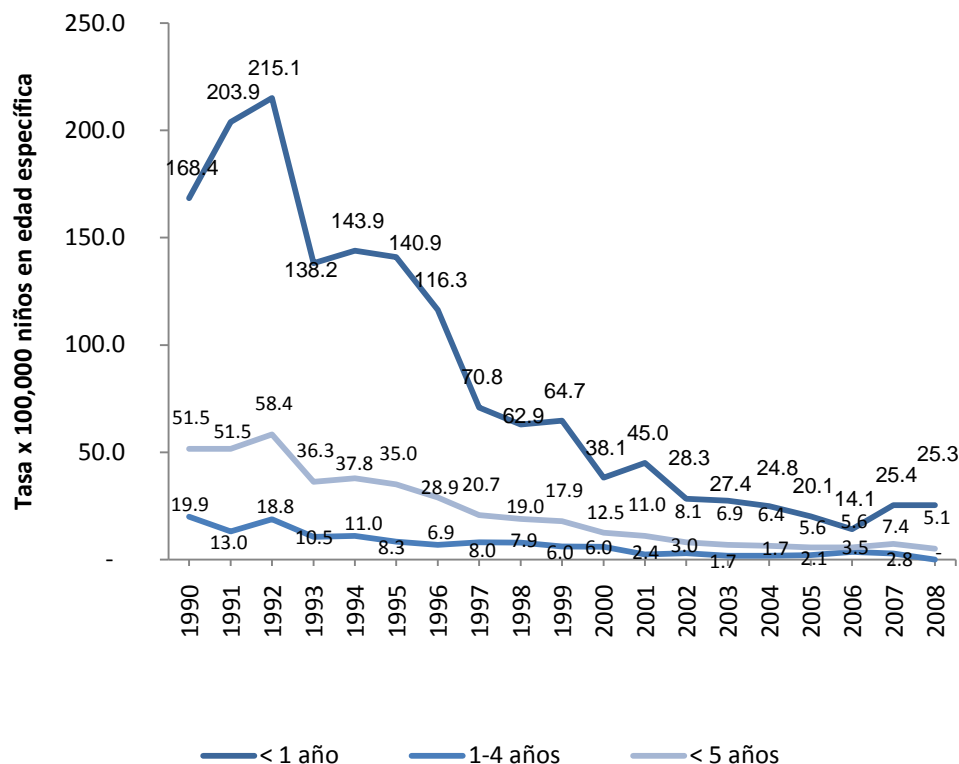


Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica, 10 años de la salud en Santiago de Cali

4.1.2.1.2 Mortalidad por EDA

Al igual que la mortalidad por IRA, la mortalidad por EDA ha tenido una tendencia a la disminución en las dos últimas décadas (Figura 32). En el período 1990 a 1999 disminuyó un 65.3%, en este período, la mayor contribución a la reducción se presentó en los menores de un año; quienes redujeron su tasa de mortalidad específica de 140.9 a 64.7 por 100,000 niños de esta edad. Entre el 2000 y 2008 la tasa disminuyó en 59.1%, en menores de 5 años. Para 2008 no se notificaron muertes por EDA en niños de 1 a 4 años de edad.

Figura 32. Mortalidad por EDA en menores de 5 años. Cali, 1990 – 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica, 10 años de la salud en Santiago de Cali

4.1.3 Contexto

La mortalidad en menores de 5 años en 1998 fue igual para ambos sexos, sin embargo para el 2008 fue mayor en 6.15 muertes por 1,000 NV en niños que en niñas menores de 5 años. La tasa de mortalidad en niños no disminuyó en la última década, mientras que en las niñas tuvo una reducción de 6.43 puntos. Al observar las causas de mortalidad por sexo, se encuentra que todas las causas perinatales tienen una tasa de mortalidad superior en los niños que en las niñas en el año 2008, situación similar a la observada en el total país (Cuadro 24).

Cuadro 24. Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por 1,000 N.V. según sexo. Cali, 1998 y 2008

Año	Mortalidad en niños menores de 5 años	Mortalidad en niñas menores de 5 años
1998	16.94	17.28
2008	17.55	12.04

Fuente: DANE – Estadísticas Vitales

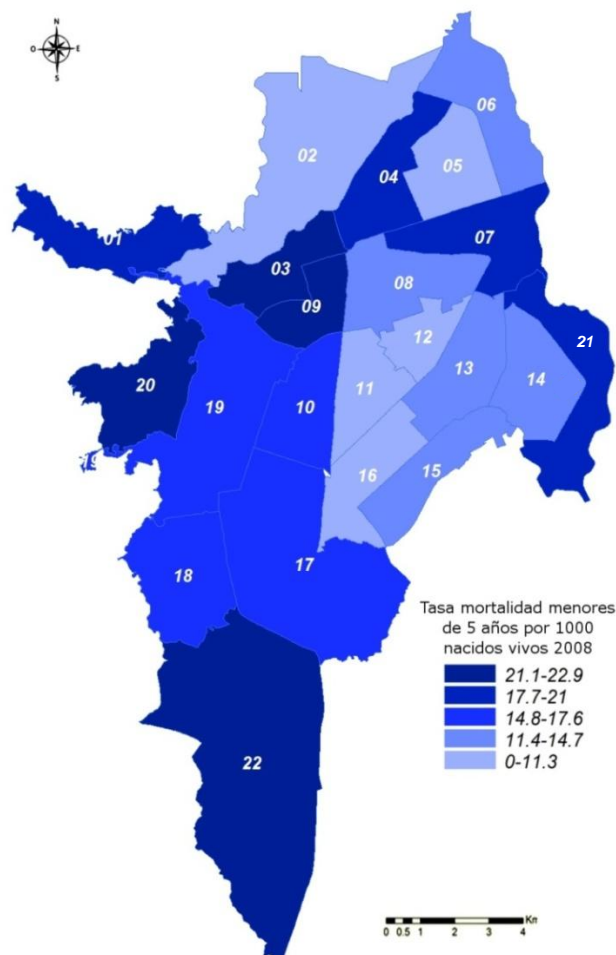
4.1.4 Georreferenciación

La comuna 20 presenta la mayor tasa de mortalidad en menores de cinco años, con 23 por 1,000 N.V., mientras que la de menor tasa es la comuna 5 con 6 muertes por 1,000 N.V., esto significa que en la comuna 20 la tasa es 4 veces mayor que en la comuna 5.

En el 2008, presentaron una mayor tasa de mortalidad en menores de 5 años (Mapa 4) las comunas 20, 22, 9, 3 y 21, con una tasa de mortalidad mayor a 21 por 1,000 N.V. Las comunas 20 y 21 son similares en su estructura por estratos, por máximo nivel educativo alcanzado y por tipo de actividad económica, al igual que las comunas 3 y 9, sin embargo comunas similares a la 9, por ejemplo (8 y 11) no están en el grupo de las más altas tasas de mortalidad. En las comunas de más baja tasa de mortalidad en menores de cinco años, menor de 12 muertes por 1,000 N.V. (comunas 16, 12, 11, 2 y 5), hay diferencias de estructura por estratos y por nivel educativo, no tienen un comportamiento homogéneo, lo que puede insinuar tres situaciones: Que la tasa de mortalidad no está relacionada con éstas variables, que se han intervenido otros problemas de salud, de los servicios de salud que estén contribuyendo a la disminución de la tasa. Estos resultados difieren en cuanto a educación de la madre y sitio de residencia, de lo encontrado por Ayiko, Antai y Kulane (2009) quienes probaron que en Uganda, la mortalidad infantil está relacionada, con el espacio de tiempo entre un parto y otro, el tipo de nacimiento, la región de residencia y la educación de la madre (primaria o sin educación). Sin embargo se recomienda realizar una investigación a fondo sobre los determinantes que están incidiendo en la mortalidad de menores de cinco años en las comunas y a partir de los resultados realizar acciones de intervención para las comunas con más alta mortalidad.

La tasa de la comuna 22 no es comparable con las otras comunas, por el bajo número de nacidos vivos en el año 2008, con 88, en el resto de la ciudad el promedio de 1,374 por comuna, haciendo que la tasa sea muy alta.

Mapa 4. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1,000 N.V. según comuna. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica

El Mapa 5, muestra la tasa agregada 2005-2008 de mortalidad por IRA según comuna. Las comunas donde se presentaron las mayores tasas son la 3 y 22, seguidas por la zona rural y las comunas 19 y 2 con una tasa mayor a 31 por 100,000 menores de 5 años. Dos de las comunas con tasa de mortalidad alta y media por IRA corresponden al sector industrial (comunas 3 y 4) y al sector de las IPS (19 y 2), reportados como los de mayores emisiones (contraloría 2008). El sector manufacturero (comuna 5) presenta baja tasa de mortalidad por IRA. Las tasas menores a 11 por 100,000 niños menores de 5 años, fueron la 15, 12, 5, 21 y 14.

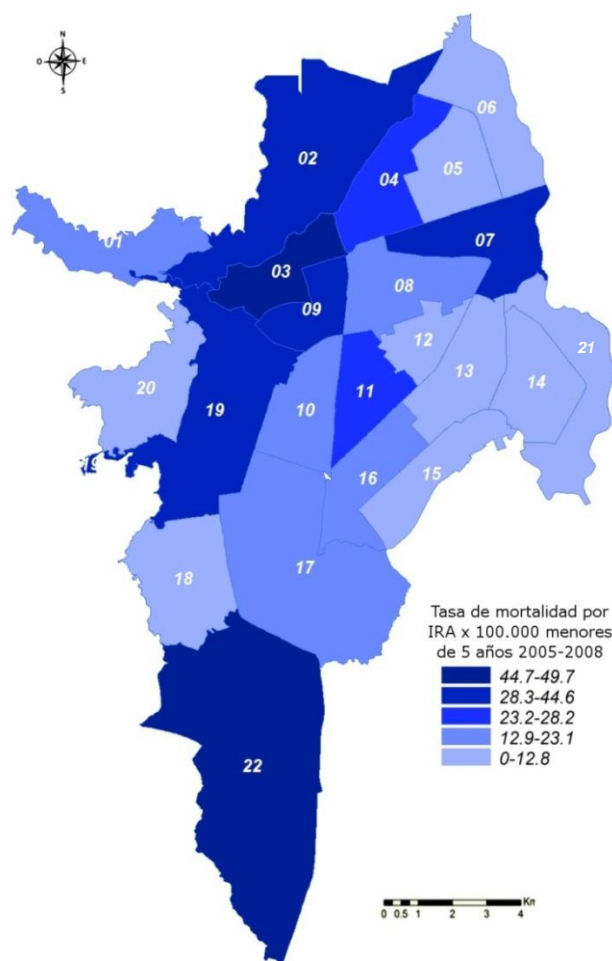
Las comunas 19 y 2 tienen una estructura por estratos, máximo nivel educativo alcanzado y tipo de actividad económica predominante (servicios) muy similar y la comuna 3 no comparte dichas características (ésta es la comuna que concentra el mayor número de establecimientos de actividad industrial de la ciudad 14.16% del total). La que es muy similar a la 2 y 19 no presenta una tasa alta de mortalidad.

La concentración de la tasa de mortalidad por IRA por zonas de la ciudad, muestra que es más baja en el oriente y la ladera y más alta en las comunas 7, 11 y en la franja de las comunas 2 a 19. Si bien hay coincidencias por estrato, nivel educativo y tipo de actividad económica en las comunas más y menos afectadas, no es suficiente para atribuir a alguna de estas variables, la mayor o menor tasa de mortalidad por IRA en las comunas.

La tasa de la comuna 22 no es comparable con las otras, puesto que presentó un promedio anual de niños menores de 5 años, cercano a 500, cuando el promedio por comuna aproximado a 8,000, haciendo que la tasa sea muy alta por tener un denominador pequeño, situación similar al área rural. Se recomienda que en estas dos zonas se realicen estudios de seguimiento con una muestra y nivel de exposición identificado, que sea estadísticamente significativo.

En la ciudad de Cali, la contaminación por emisiones de los vehículos automotores es tres veces mayor que en el sector industrial.

Mapa 5. Tasa de mortalidad por IRA por 100,000 niños menores de 5 años según comuna. Cali, 2005-2008.

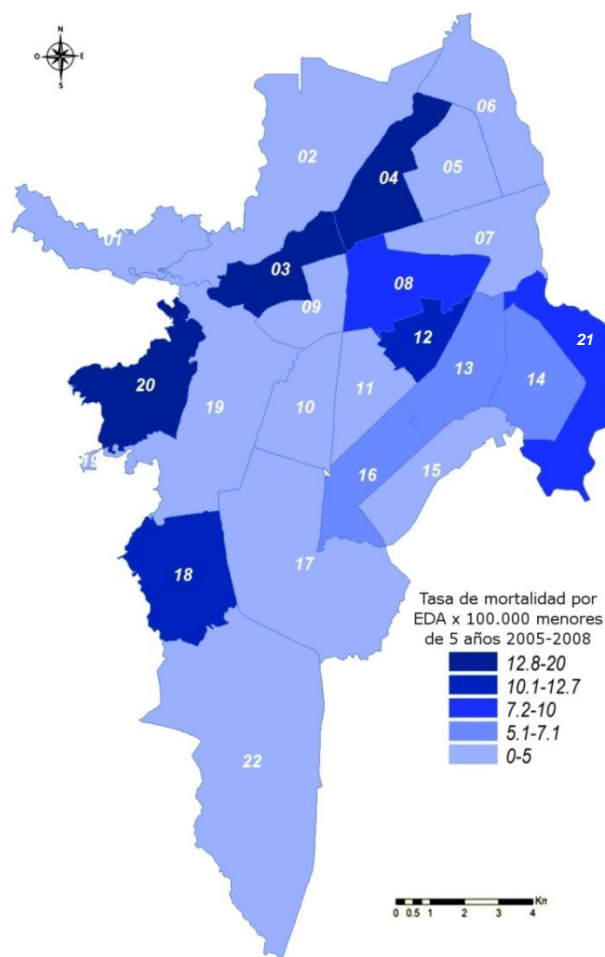


Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica

Con relación a la mortalidad por EDA, la mayor tasa se presentó en el área rural y las comunas 4, 3 y 20, en estas comunas la tasa de mortalidad fue mayor a 12.7 por 100,000 niños menores de 5 años, mientras que en las comunas 1, 2, 7, 9, 11 y 22 no se reportaron muertes por EDA en los últimos 4 años y por lo tanto su tasa es de cero (Mapa 6). No hay similitudes marcadas entre las comunas 4, 3 y 20, o entre las comunas 1, 2, 7, 9, 11 y 22, en cuanto a estructura por estratos, máximo nivel educativo alcanzado o tipo de actividad económica predominante. Se recomienda realizar estudios de casos y caracterizar la población para los casos de morbilidad y mortalidad.

Las comunas 3 y 4 de mayor mortalidad, son limítrofes y cercanas a las comunas 8 y 12 donde también se presenta una tasa de mortalidad superior a 7.1 por 100,000 niños menores de 5 años y las comunas 20, 18 y 21 son de bajas condiciones económicas y ambientales por ubicarse en la zona de ladera y en la rivera del río Cauca.

Mapa 6. Tasa de mortalidad por EDA por 100,000 niños menores de 5 años según comuna. Cali, 2005-2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica

4.1.5 Comparación con otras poblaciones

En 1998, Cali tenía una de las menores tasas de mortalidad en menores de cinco años, comparada con las principales ciudades del país y con Colombia (

Cuadro 25). La ciudad tenía una tasa menor en 7.3 puntos que el promedio nacional, 3 puntos menor que la de Bogotá y 9.4 puntos menor que la de Barranquilla. En 2008 estuvo por debajo de Barranquilla y el promedio del país, se ubicó a la par de Bogotá y solo Medellín estuvo por debajo.

Cuadro 25. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1,000 N.V.

Cali, 1998 y 2008.

Región	1998	2008
Colombia	24.4	17.8
Cali	18.4	15.3
Medellín	17.5	14.1
Bogotá	20.1	15.2
Barranquilla	26.5	17.1

Fuente: DANE

4.1.6 Acciones

La Secretaría de Salud viene trabajando en el desarrollo de políticas e intervenciones dirigidas a la población menor de cinco años, como la vigilancia de la IRA y EDA, estrategias de Atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) e Instituciones Amigas de la Mujer e Infancia (IAMI), que contribuyen a mejorar la calidad de la atención de esta población a nivel institucional y comunitario.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD–, en un informe de Junio de 2008, incluye algunos ejemplos locales de buenas prácticas para lograr este objetivo, dentro de éstos se encuentra el proceso de implementación de la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI en el municipio de Santiago de Cali, en el que se destacan las principales intervenciones adelantadas para contribuir a reducir la mortalidad en este grupo de edad: vigilancia de la mortalidad por IRA y EDA, inclusión en el 2005 de vacunación complementaria contra neumococo, acciones de promoción de la salud como la promoción y apoyo a la lactancia materna e implementación de la Estrategia AIEPI en sus tres componentes: organizacional, clínico y comunitario. Esta estrategia local se ha venido replicando con éxito a nivel nacional.

4.2 Meta: Reducir la mortalidad en menores de 1 año, a 7 muertes por 1,000 N.V.

4.2.1 Definición del indicador y la meta

El análisis de la mortalidad en menores de 5 años, muestra el comportamiento de la mortalidad en menores de 1 año o mortalidad infantil y se define, como el cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad, en un determinado año y el

número de N.V. en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1,000 N.V.. Esta tasa mide la probabilidad de que los recién nacidos que reúnan determinadas características, fallezcan durante su primer año de vida. (MPS, OMS, OPS, 2007).

La mortalidad infantil tiene dos categorías: neonatal (de 0 a 28 días), postneonatal (de 29 días a menor de 1 año) (OPS, 2004). La primera, a su vez, se subdivide en dos: la mortalidad neonatal precoz, que ocurre desde el nacimiento hasta los 7 días de nacido y la mortalidad neonatal tardía, que se presenta desde los ocho días de nacido hasta el vigesimosexto día de nacido (día 28).

Hasta el año 2003, Cali utilizó la definición del DANE para mortalidad infantil, que se encuentra en la ficha metodológica de estadísticas vitales (EEVV) de 2008, donde la mortalidad fetal tardía "es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria."(DANE, 2008) y la mortalidad perinatal es la muerte del producto que alcanza un mínimo de 1,000 gramos ó 28 semanas de gestación y hasta los siete primeros días de vida. No eran consideradas muertes perinatales aquellas que suceden antes de la semana 28 de gestación.

La definición actual adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la mortalidad perinatal: "el período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 gramos) y termina siete días completos después del nacimiento. Por tanto, las defunciones perinatales son las que ocurren durante este período"⁴³ (DANE, 2009). Definición que adoptamos en el presente documento.

Indicadores:	Mortalidad infantil
	Mortalidad neonatal
	Mortalidad postneonatal
	Mortalidad perinatal

De los anteriores indicadores, sólo la mortalidad infantil tiene una meta, menor que la de Colombia, porque su línea base es menor.

Meta: Reducir la mortalidad en menores de 1 año a 7 muertes por 1,000 N.V.

4.2.2 *Tendencia y cumplimiento de la meta*

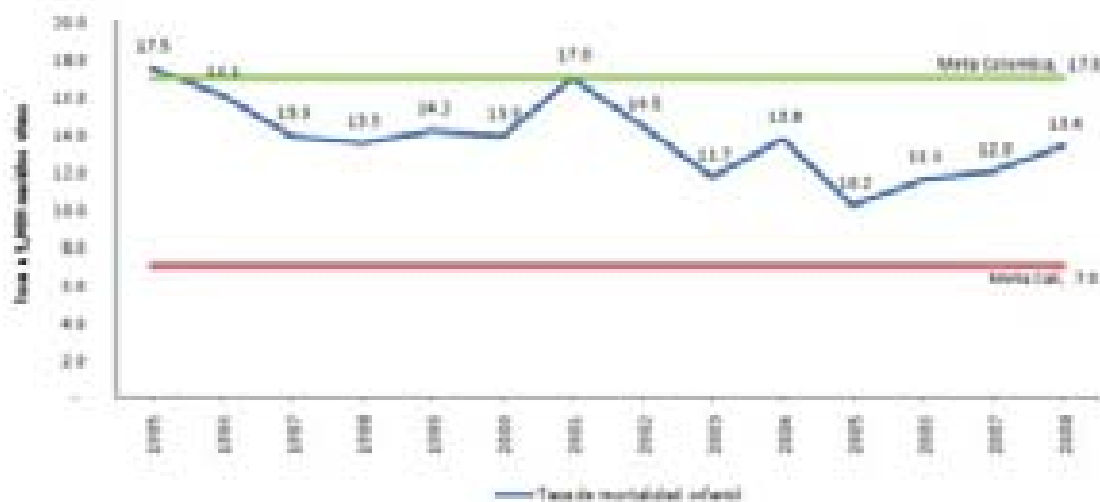
En el Municipio de Cali la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha tenido una tendencia al descenso, presentando en el año 1980 una tasa de 34.9 por 1,000 N.V. y en 1999, una

⁴³ Muertes fetales acaecidas a partir de 22 semanas de gestación y los N.V. que fallezcan durante los primeros siete (7) días de vida

tasa de 14.2 por 1,000 N.V., registrando un descenso de 59.3%. En el 2000 se registró una tasa de 13.9 por 1,000 N.V. y en el 2008 de 13.4 por 1,000 N.V., el reto para los próximos siete años es reducirla en 5.8 muertes por 1,000 N.V. La mortalidad neonatal ha pasado de representar el 57% al 64% del total de la mortalidad infantil entre 1995 y 2008.

De seguir el comportamiento actual, no se lograría la meta para Cali, a pesar que ya se superó la de Colombia; se requiere hacer esfuerzos especiales e identificar e intervenir las causas que no permiten el logro de la meta (Figura 33).

Figura 33. Mortalidad infantil. Cali, 1990 – 2008.

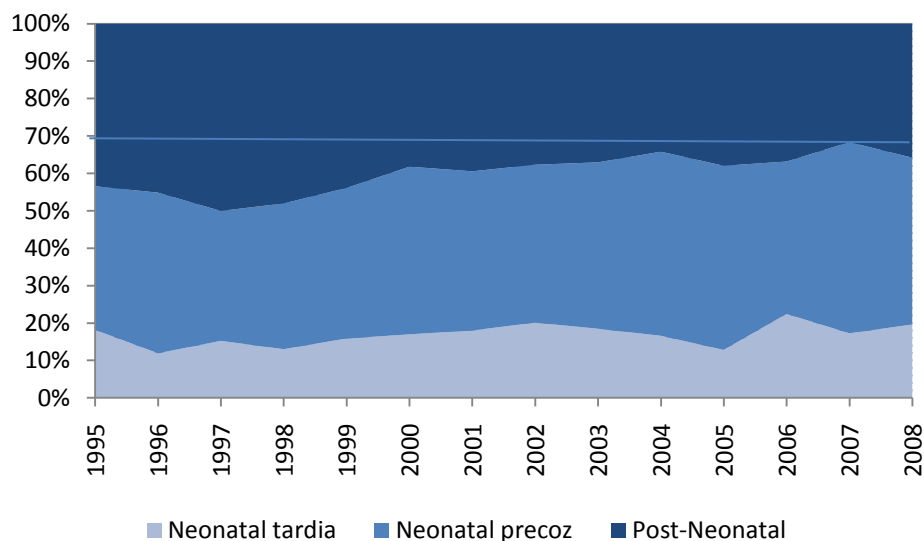


Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

Si bien existe una considerable mejoría en el indicador de salud infantil, debido principalmente a la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, hay un porcentaje importante de muertes en el período neonatal y de éstas es necesario y urgente intervenir las del período neonatal precoz, de una manera intersectorial, permita mejorar las condiciones de salud y bienestar de la mujer y su núcleo familiar.

En Cali, antes de 1995 ya se había producido la transición epidemiológica de la mortalidad infantil (el componente neonatal de la mortalidad infantil es mayor que el postneonatal), sin embargo la reducción ha sido lenta y apenas en el 2008 tiene un poco más del 30%, Colombia ya está por debajo de esta cifra desde 2006 (Jaramillo MC, 2009). Dentro de la fracción neonatal la que presentó una pequeña reducción fue la neonatal tardía (7 a 28 días), con escasos o nulos cambios en la mortalidad neonatal precoz (menor de 7 días) (Figura 34).

Figura 34. Distribución de la mortalidad infantil por componente. Cali, 1980 – 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

La situación de mortalidad infantil, muestra que el Municipio de Cali ha logrado superar la meta para Colombia, sin embargo en los cuatro últimos años viene creciendo, de continuar así no permitiría lograr la meta específica para Cali, que es de 7 muertes en menores de un año por 1,000 nacidos vivos.

Para contribuir al logro de la meta, Cali requiere hacer vigilancia epidemiológica de casos, diseñar estrategias para anticiparse a los hechos, no trabajar en forma reactiva, mantener el trabajo intersectorial y seguir los nuevos lineamientos nacionales e internacionales (Ministerio de la Protección Social 2008 y OPS 2007), orientados al proceso continuo de atención: madre, recién nacidos, niños y niñas menores de cinco años.

Es importante considerar aquí la TMI en su componente postneonatal, es en el niño mayor de 28 días donde más se puede impactar la TMI por problemas de acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud. Las causas de mortalidad sobre las que más ha impactado históricamente en el mundo, en Colombia y en Cali específicamente, han sido la Enfermedad Diarreica Aguda, la Infección Respiratoria Aguda, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de problemas de salud derivados de las malformaciones congénitas.

Una deficiente salud materna contribuye significativamente al riesgo de mortalidad neonatal, a nivel mundial, el proceso continuo de atención ha sido adoptado por la OMS y la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, como el medio esencial para la supervivencia, el bienestar de las madres y recién nacidos (Jaramillo MC, 2009).

A fin de reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil la OPS recomienda invertir en el fortalecimiento del sistema de salud con especial atención en la capacitación del recurso

humano responsable de esta atención y fortalecer las capacidades de las poblaciones más vulnerables.

Para 1998 la mortalidad infantil representaba el 80% del total de la mortalidad en menores de 5 años, para el 2008 el número de muertes en menores de 5 años se ha reducido y la TMI representa el 87% del total de este grupo de edad, lo que sugiere continuar activamente con los programas implementados para la prevención de la mortalidad en el grupo de uno a cuatro años y dirigir nuevos esfuerzos hacia la población menor de un año que permita disminuir la mortalidad postneonatal y neonatal tardía, que han sido las primeras tasas que se disminuyeron en los países desarrollados siendo inferiores a 5 muertes por 1,000 NV.

4.2.3 Causas de mortalidad infantil en Cali.

La tasa de mortalidad infantil por grupos de causa, se calculó sobre 100,000 nacidos vivos, puesto que el DANE hace aproximadamente dos meses publicó la metodología utilizada y solo hasta ahora está realizando las proyecciones intercensales (censo 1993-2005) de los municipios, por lo que no contamos con el dato oficial de proyección de población menor de un año. Hay algunos países que manejan las tasas de mortalidad por causas para los menores de un año, utilizando los nacidos vivos en el denominador, entre ellos está la Secretaría de Salud de México (2010), se asume entonces, que los nacidos vivos son la población expuesta a enfermar y morir en el primer año de vida.

Las cuatro primeras causas de mortalidad infantil se dan en el período perinatal y neonatal, ubicándose la IRA en 5º lugar y las enfermedades infecciosas intestinales en el 11º lugar. La tasa de mortalidad por malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas tuvo un leve incremento desde 1998 con 304.55 a 386.99 muertes por 100,000 N.V. en el año 2008. La sepsis bacteriana del recién nacido, aumentó en el mismo período, pasando de 34.15 a 58.54 muertes de niños menores de un año por 100,000 N.V., como se puede ver en el Cuadro 26.

Cuadro 26. Quince primeras causas de mortalidad infantil. Tasa de muerte de niños menores de 1 año, por 100,000 Nacidos Vivos. Cali, 1998 y 2008.

Posición en 2008	Causas	Tasa por 100,000 NV	
		1998	2008
1	615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	304.55	386.99
2	404 TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	355.78	282.93
3	407 OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	125.23	204.88
4	402 FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	74.00	78.05
5	109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	153.70	58.54
6	405 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	34.15	58.54
7	608 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	14.23	45.53
8	401 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFECC. MATERNAS	39.85	42.28
9	106 SEPTICEMIA	2.85	22.76
10	403 RETARDO CRECIM.FETAL, DESNUTR. FETAL., BAJO P./ NACER, GEST.CORTA	42.69	19.51
11	101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	139.47	16.26
12	611 OTRAS ENF. SISTEMA DIGESTIVO	17.08	16.26
13	110 OTRAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	14.23	13.01
14	616 RESIDUO	5.69	13.01
15	105 MENINGITIS	11.38	9.76

Fuente: DANE

4.2.3.1 Mortalidad perinatal

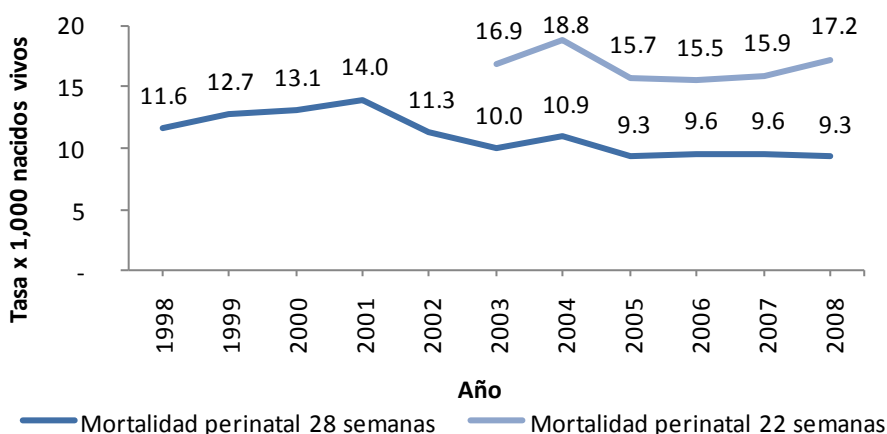
La definición de mortalidad perinatal de la OMS fue acogida por Cali desde el 2003, esto implica que no se podría hacer una comparación de la mortalidad perinatal antes y después de 2003, Para hacer comparable la serie se calculó con el mismo criterio de 28 semanas o 1,000 gramos hasta el 2008. También se muestra la tendencia con el nuevo criterio de 22 semanas o 500 gramos, desde el año que existe información.

En la

Figura 35. Mortalidad perinatal. Tasa por 1,000 N.V. Cali, 1998 – 2008. Figura 35 se muestra el comportamiento de la mortalidad perinatal desde 22 semanas o 500 gramos y la mortalidad perinatal desde 28 semanas o 1,000 gramos. La primera tuvo un comportamiento creciente desde 1998 hasta el 2001, año en el cual alcanzó la tasa más alta del período, 14 muertes perinatales por 1,000 N.V. A partir de este año se presentó un descenso sistemático de la tasa hasta el 2005, reduciéndose en 4.7 puntos porcentuales, desde este año y hasta el final del período la tasa ha permanecido relativamente constante.

La mortalidad perinatal desde 22 semanas o 500 gramos es siempre mayor que la mortalidad desde 28 semanas o 1,000 gramos, esto se debe a que muchos niños que nacen vivos, mueren durante estas semanas, por deficiencia en el acceso y la calidad en la atención. En 2003 esta mortalidad perinatal era de 16.9 muertes por cada 1,000 N.V., mientras que para 2008 fue de 17.2 muertes perinatales por cada 1,000 N.V. En 2004 alcanzó el mayor valor registrado (18.8) y empezó a descender hasta 3.3 pp en el 2006.

Figura 35. Mortalidad perinatal. Tasa por 1,000 N.V. Cali, 1998 – 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia Epidemiológica

En la mortalidad perinatal otro factor importante, es el bajo peso al nacer, que está presente en el 83% de la mortalidad en este período.

Se recomienda hacer estudios de investigación sobre las causas de mortalidad en el período perinatal, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y sobre las causas de sepsis neonatal, principalmente en los factores y riesgos para el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención médica.

4.2.4 Contexto

La tasa de mortalidad infantil en 1998 fue igual en ambos sexos, mientras que en 2008 fue 1.36 veces más en niños que en niñas, como puede apreciarse en el Cuadro 27. Similar diferencia se presentó también en el total del país y en las grandes ciudades.

Por considerar que no hubo un evento específico que involucrara el sexo masculino en la mortalidad y al observar que se presentó siempre un número mayor en las causas de mortalidad en el primer año, se recomienda investigar sobre las posibles causas que produjeron este fenómeno.

Cuadro 27. Mortalidad infantil por 1,000 N.V. según sexo. Cali, 1998 y 2008.

Año	Mortalidad infantil en niños	Mortalidad infantil en niñas
1998	13.52	13.52
2008	15.19	10.11

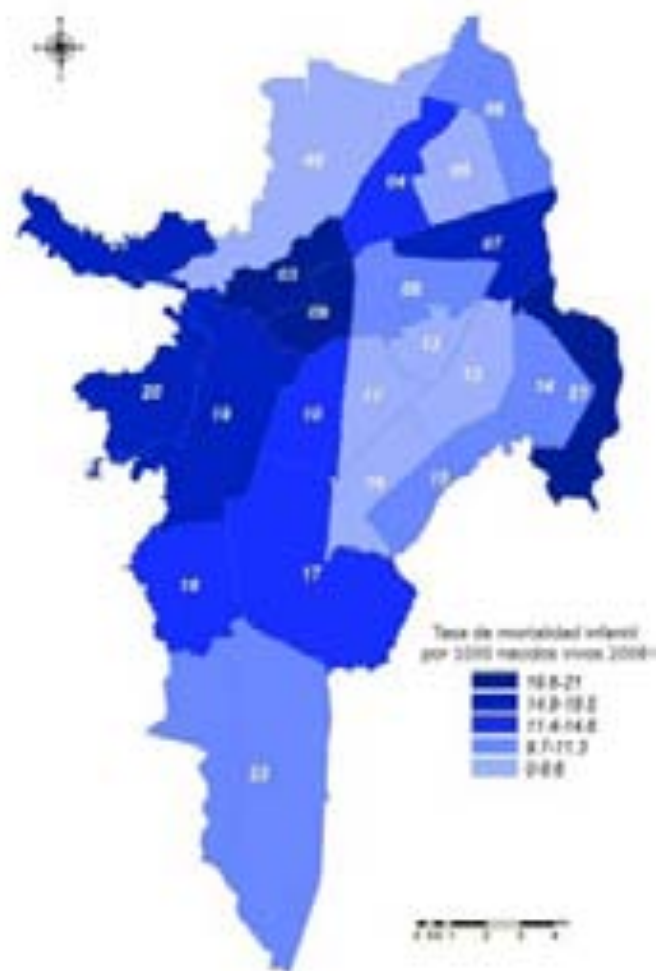
Fuente: DANE

4.2.5 Georreferenciación

La mortalidad infantil más alta en el 2008, se presentó en las comunas 3, 9 y 21. En éstas, la tasa de mortalidad infantil fue superior a 20.2 por cada 1,000 N.V. Las comunas 3 y 9 son limítrofes entre sí, tienen una estructura por estratos, máximo nivel educativo alcanzado y actividad económica principal similar y con más alta incidencia de sífilis congénita y VIH/SIDA (**Mapa 7**), sin embargo, la comuna 21 es diferente a estas en las tres variables mencionadas, no hay razón para suponer que el nivel educativo, el estrato o el sector de actividad económica principal influencia la tasa de mortalidad infantil. La mayor parte de las comunas del oriente de la ciudad tienen bajas tasas de mortalidad infantil, ocurre lo contrario en las comunas del occidente. Debido a que éste es un estudio poblacional y no individual, se recomienda revisar la causalidad por comunas en los individuos, para los últimos 5 años.

Este resultado se relaciona con lo encontrado por Wagstaff (2000), quien mostró que no siempre las desigualdades en el ingreso, favorecen en términos de mortalidad infantil y de mortalidad de menores de 5 años a los que están en mejores condiciones. Este estudio, como varios otros, permite recomendar la realización de estudios de mortalidad, no en su relación con el ingreso, sino con la distribución del ingreso; Waldmann (1992) concluye que al comparar dos países con los mismos ingresos reales para los pobres, aquel en el que el rico es más rico, tiende a tener una mayor tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, según Schell et al (2007), la distribución del ingreso solamente es significativa para la mortalidad infantil en los países de ingreso medio; en su estudio, encuentra que el PIB per cápita y la tasa de analfabetismo de las mujeres también juega un rol fundamental en la explicación de la mortalidad infantil, a diferencia de la pobreza y la inversión pública en salud. Estudios que comprendan las variables usadas en los trabajos mencionados, aún no se pueden realizar para el nivel de comuna por ausencia de información.

Mapa 7. Mortalidad Infantil por comunas. Cali, 2008.



Fuente Base de datos del SIVIGILA SSPM/Cali. Clasificación: (Jaramillo-Mejia MC 2009)⁴⁴

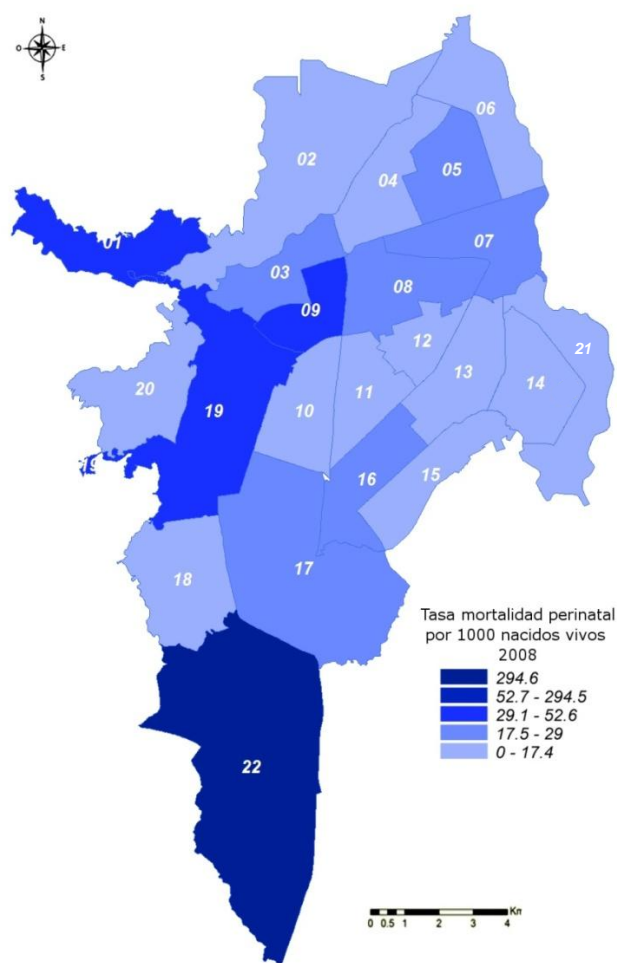
La distribución de la mortalidad perinatal por comunas muestra que la tasa por 1,000 N.V. más alta se presenta en la comuna 22, seguida por las comunas 1, 9 y 19. La comuna 22 no es comparable con las otras, puesto que tuvo 88 nacidos vivos en el año 2008, mientras que el promedio por comuna fue de 1,374, así la tasa se hace muy alta por tener un denominador tan pequeño. En esta comuna se registraron 26 muertes perinatales en ese año, mientras que el promedio de casos por comuna fue de 22.9.

⁴⁴ Se utiliza la clasificación de OPS para comparar Latinoamérica: Muy alto: ≥ 30 , alto: $\geq 17 < 30$, medio: $\geq 13.8 < 17$, bajo: $\geq 10.0 < 13.8$, muy bajo: $\geq 0 < 10$. (Datos de referencia tomados de la bibliografía de la base de datos OPS-HPM (Mora G, Yunes J. 1993)

Las comunas 1, 19 y 9, con las más altas tasas de mortalidad perinatal, no son similares por estrato, máximo nivel educativo alcanzado o sector de actividad económica predominante, pero comparten límites geográficos; la zona norte y oriente de la ciudad, tienen la mayor parte de sus comunas con bajas tasas de mortalidad perinatal. Conocer esto permite planear intervenciones focalizadas para disminuir este problema (Mapa 8).

La zona oriental de la ciudad tiene una mayor concentración de comunas con estrato moda 1 y 2 que el resto de la ciudad y éstas tienen tasas de mortalidad perinatal más bajas que las comunas con estratos más altos, lo que es coherente con lo encontrado por Guildea et al. (2001), en su estudio sobre mortinatos y mortalidad infantil, donde concluye que la mortalidad neonatal temprana y las muertes por asfixia intraparto y prematuridad no están asociadas significativamente con la privación social, sino con cuestiones clínicas.

Mapa 8. Mortalidad Perinatal por comunas. Cali, 2008.



Fuente Base de datos del SIVIGILA SSPM/Cali.

4.2.6 Comparación con otras poblaciones

La TMI de Cali en el año 1998, fue menor que la de Colombia y Barranquilla, igual a la de Bogotá y dos (2) puntos por encima de Medellín, ciudad que alcanzó menor tasa de mortalidad infantil entre las grandes ciudades en 2008 (Cuadro 28).

Cuadro 28. Comparativo Tasa de mortalidad infantil por 1,000 N.V. Cali, Colombia y ciudades principales. 1998 y 2008.

Región	1998	2008
Colombia	19.7	14.7
Cali	14.7	13.4
Medellín	14.5	11.7
Bogotá	17.4	13.3
Barranquilla	23.0	15.6

Fuente: DANE.

4.3 Meta: Mantener una tasa de incidencia de sífilis congénita de menos de 0.5 casos por cada 1,000 N.V. desde el año 2000.

4.3.1 Definición del indicador y la meta

La sífilis congénita la adquiere el producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) al finalizar el embarazo, como consecuencia de la sífilis gestacional de la madre, con tratamiento inadecuado o sin tratamiento.

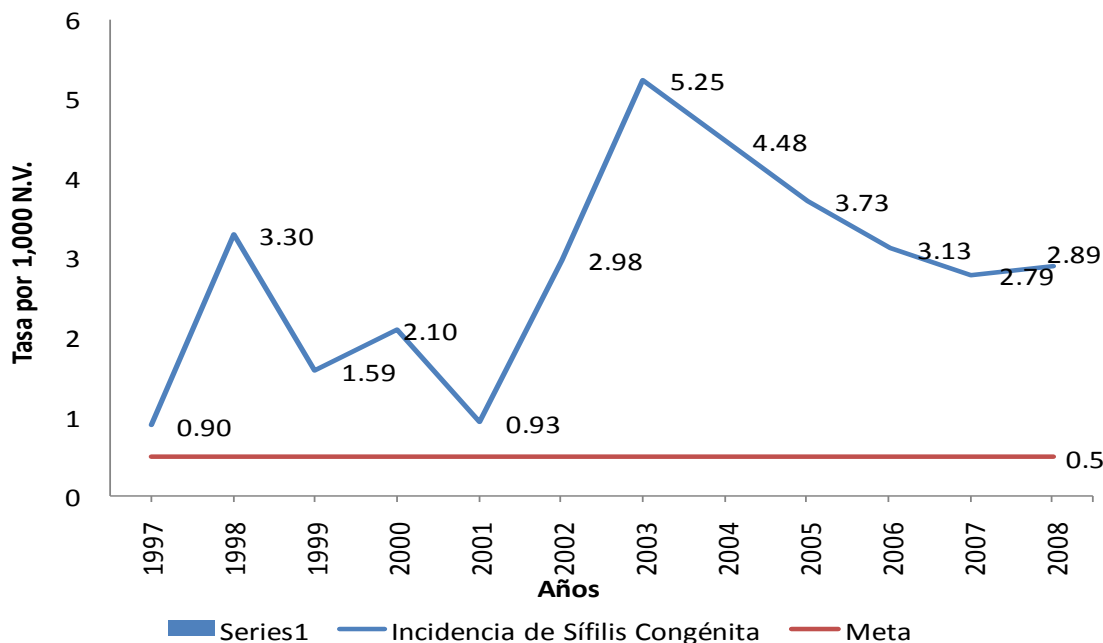
Desde el año 1995, la Organización Mundial de la Salud formuló el plan de eliminación de la sífilis congénita en su 116ª reunión y planteó como meta “alcanzar una tasa de sífilis congénita de menos de 0.5 casos por cada 1,000 N.V. para el año 2000”, meta adoptada por Cali.

Si bien ésta no es una meta contemplada en los Objetivos del Milenio, la sífilis congénita es un problema de salud pública relacionado con el binomio madre e hijo y por esto al considerar el Objetivo Número 4, “reducir la mortalidad infantil”, se incluye el estudio de la sífilis congénita, por ser causa de múltiples complicaciones, tales como la muerte fetal o del recién nacido en un 20 a 25%, abortos tardíos en un 20 a 40% e infección congénita de los recién nacidos, hijos de madres infectadas, en un 40 al 70 % (MPS-INS, 2007).

4.3.2 Tendencia

Como se puede observar en la **Figura 36**, la tasa de incidencia de sífilis congénita tiene una tendencia creciente, presentó un leve período de decrecimiento entre 1998 y 2001. En 2003 alcanzó el pico más alto del período (5.25 x 1,000 N.V.) y desde allí disminuyó hasta alcanzar una tasa de 2.89 en 2008. La tasa promedio ha sido de 2.84 por cada 1,000 N.V., en dos años, con tasa significativamente superior a la media (2003-2004). Para lograr la meta, hace falta reducir en 2.39 puntos la tasa de incidencia de sífilis congénita para el año 2015, cifra posible, al ser comparada con la reducción que hubo entre 2003 y 2008. Los datos están disponibles solo a partir de 1997, puesto que el Plan de Eliminación de la sífilis congénita solo se formuló en el año 1995 y a partir del año siguiente se trabajó en la capacitación e implementación del mismo.

Figura 36. Tasa de incidencia de Sífilis Congénita. Cali, 1997-2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica. N.V: DANE

La meta establecida por la OMS no se cumplió en el año 2000 y aún sigue sin cumplirse. Debido a esta falencia, en los últimos tres años se han implementado estrategias de intervención para la detección, tratamiento y educación en casos de sífilis en población en edad fértil; con el objetivo de contribuir a la disminución de la sífilis congénita, presentada en muchos casos por el alto porcentaje de reinfección durante la gestación y relacionado con barreras de acceso al tratamiento de los contactos o compañeros sexuales de las gestantes con sífilis, a pesar de que se les brinda acompañamiento para que suministren la información y se logre el acercamiento con el compañero.

Desde 2008, se ha implementando una estrategia de búsqueda activa focal integral en poblaciones de estrato socioeconómico 1, 2 y 3 de la ciudad de Cali, ésta incluye evaluación de comportamientos, actitudes y prácticas frente a la sífilis y el VIH, diagnóstico y tratamiento de VIH y Sífilis y educación integral. En 2009, la Secretaría de Salud de Cali, en convenio con la Escuela de Trabajo social de la Universidad del Valle, implementó un programa de atención psicosocial a gestantes con sífilis, para sensibilizar a la familia, sobre la importancia de la prevención de la transmisión, brindando acompañamiento individual, grupal y familiar.

4.3.3 Contexto

La sífilis congénita es considerada una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica estricta. Al revisar los factores que inciden en las madres de niños que nacen con este problema, se encuentra que entre las causas relacionadas con la ocurrencia de los casos de sífilis congénita, la más frecuente es la no asistencia al control prenatal (29.2%), las mujeres que sí han asistido al control, tienen como principal causa la reinfección en el segundo y tercer trimestre de gestación (25.8% del total de casos) y tratamiento

inadecuado (18.0%). Las principales razones de no asistencia al control prenatal identificadas fueron: falta de voluntad, consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas y estar en situación de calle. El 65% de los casos de sífilis congénita ocurrieron en hijos de madres entre los 15 y 24 años de edad, predominando el rango entre 20 y 24 años, que evidencia la necesidad de implementar estrategias de control de transmisión en los grupos de población femenina en edad reproductiva más jóvenes.

Se encuentra también que el 71.9% de los casos de sífilis congénita se presentaron en mujeres pobres no aseguradas (PNA), mientras que sólo el 9% pertenecen al régimen contributivo, lo que puede sugerir que, el no estar aseguradas, ocasiona problemas en la atención a las mujeres gestantes.

4.3.4 Georreferenciación

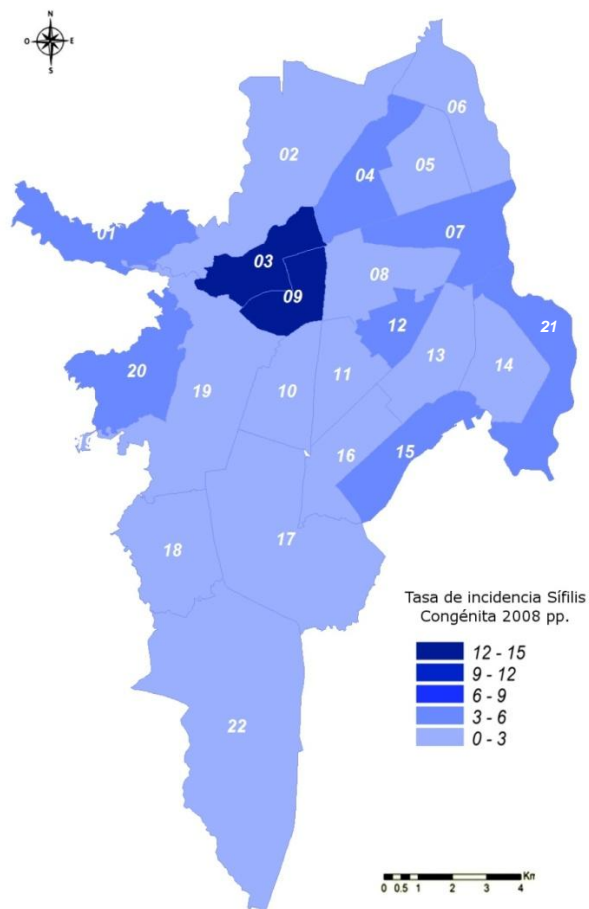
Al realizar un análisis por comunas en el 2008, se encuentra un mayor número de casos de sífilis congénita en las comunas 13 y 9, ambas con 9 casos, la mayor tasa por cada 1,000 N.V. se presenta en la comuna 3 (12.9 por cada 1,000 N.V.), seguida por la comuna 9 (12.4 por cada 1,000 N.V.) y posteriormente, por la comuna 12, con 5.02 casos por cada 1,000 N.V. Las comunas 10 y 22 no presentan casos de sífilis congénita.

Las comunas de más alta incidencia de la enfermedad, 3 y 9, son limítrofes y coinciden también con ser las comunas de mayor incidencia y mortalidad por VIH/SIDA. Ambas son similares por tener estrato moda 3, máximo nivel educativo alcanzado y sector de actividad económica predominante: comercio, con una participación de la industria superior al promedio de la ciudad; sin embargo, comunas como la 8 y 11, con estructuras similares a la comuna 9, no tienen el mismo resultado en incidencia de sífilis, por lo que las tres variables mencionadas anteriormente, parecen no ser determinantes de éste enfermedad (**Mapa 9**).

En el mapa, llama la atención que, exceptuando las comunas 20 y 1, todas las comunas con tasas de sífilis congénita superiores a 3 por 1,000 nacidos vivos, están conectadas por un cordón que nace en el centro y se extiende a las comunas de la periferia oriental de la ciudad.

Estos resultados son similares al estudio de Holtgrave y Crosby (2003), en el que encuentran que la pobreza, al igual que la desigualdad del ingreso, no está relacionada con la sífilis en Estados Unidos, sin embargo el capital social sí está significativamente correlacionado con la sífilis, el VIH/SIDA, la clamidia y la gonorrea; por esto, se recomienda realizar estudios de capital social por comunas y su relación con estas problemáticas de salud.

Mapa 9. Incidencia de sífilis congénita. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

4.3.5 Comparación con otras poblaciones

Cali presenta una tasa de incidencia de sífilis congénita, inferior a la de Medellín en 2007 y 2008. Para 2007 se encuentra por debajo de la tasa de Colombia y 0.9 puntos por encima de Bogotá (Cuadro 29).

Cuadro 29. Tasa de incidencia de sífilis congénita en las principales ciudades del país, 2007 y 2008.

Ciudad	Tasa por 1,000 N.V.	
	2007	2008
Cali (1)	2.8	2.9
Medellín (2)	3.9	4.1
Bogotá (3, 4)	1.9	2.6
Colombia (4)	2.6	1.8

Fuente: 1. SSPM Cali, con N.V. DANE. 2. SSPM Medellín, con N.V. ajustados 2007. 3. Cálculos propios. Fuente de los casos (220) Boletín estadístico 7, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, sólo casos de residentes en Bogotá. 4. Así Vamos en Salud. Nacidos vivos del DANE

4.4 Meta: Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95%, con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años.

4.4.1 Definición del indicador y la meta

Una vacunación por encima del 95%, permite alcanzar el umbral de inmunidad comunitario en una población, logrando así erradicar la mortalidad y morbilidad ocasionadas por las enfermedades que dichas vacunas previenen. En Colombia, el Ministerio de Protección Social y en general todos los municipios han adoptado el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), descrito como “el resultado de una acción conjunta de las naciones del mundo, que requiere de alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles a la población menor de 5 años” (MPS, 2008). Las vacunas que integran el PAI son las siguientes:

Cuadro 30. Programa ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Nombre vacuna	Dosis de esquema	Edad	Enfermedad que previene	Dosis de refuerzo
Antituberculosa B.C.G.	1	Recién Nacido	Tuberculosis	No requiere
D.P.T. (Difteria-tosferina y tétanos)	Refuerzo	18 meses y 5 años	Difteria, Tosferina yTétanos	18 meses de edad y 5 años años de edad
VOP (Vacuna oral de Polio)	4	2 - 4 y 6 meses	Poliomielitis	18 meses de edad y 5 años años de edad
Antihepatitis B	4	Recién nacido, 2 meses	Hepatitis B	dosis recién nacido
Pentavalente (DPT, HB, Hb)		2, 4 y 6 meses	Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B y haemophilus B	
Triple Viral S.R.P.	1	1 año	Sarampión, Rubéola y Parotiditis	5 años de edad
Antiamarílica FA	1	1 año	Fiebre Amarilla	Cada 10 años
Influenza estacional	2 dosis Segunda a las 4 semanas de la primera	De los 6 a 23 meses	Infección respiratoria causada por el virus de la influenza.	Cada año

Fuente: Manual técnico del PAI, MPS: 2008

Para cumplir con el Objetivo del Milenio de Reducir la Mortalidad Infantil, se ha planteado la meta de alcanzar, en el 2015, coberturas de vacunación del PAI iguales o superiores al 95%.

En Cali se ha adoptado la misma meta que a nivel nacional, sin embargo, se incluyen todas las vacunas del PAI, a diferencia del documento CONPES 91, en donde sólo se incluye DPT y Triple viral.

Indicador: Niños y niñas de un año, vacunados con tercera dosis de las vacunas del PAI (Antipolio, DPT, BCG, Antihepatitis B, HIB (Antihaemophilus influenzae tipo B), Triple Viral y Fiebre Amarilla), como porcentaje del total de niños y niñas menores de 1 año.

Meta: Alcanzar y mantener en el 2015, una cobertura igual o superior al 95% en las vacunas del PAI, a saber, Antipolio, DPT, BCG, Antihepatitis B, HIB, Triple Viral y Fiebre Amarilla.

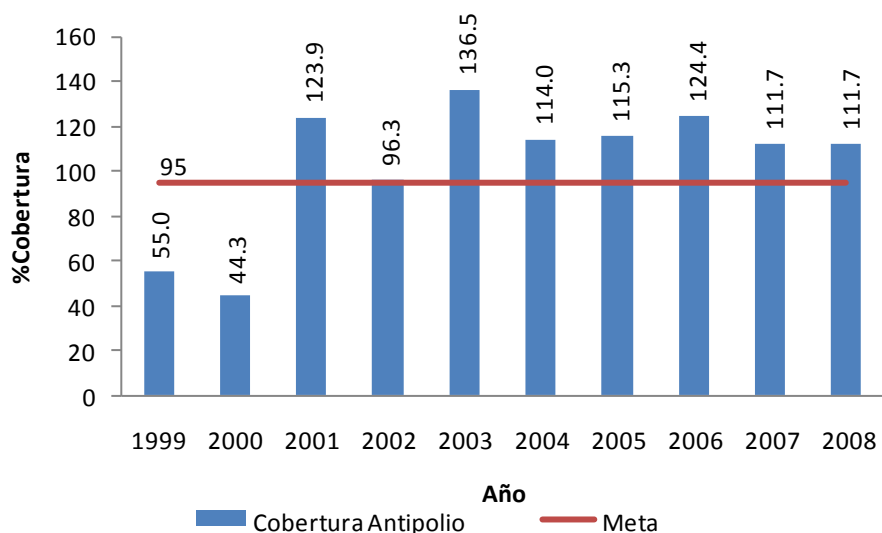
4.4.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

4.4.2.1 Vacunación Antipolio

Fruto de los esfuerzos de vacunación antipolio, el último caso de poliomielitis en el país se registró en 1991 en el municipio de Arjona Bolívar. La vacunación Antipolio presentó tasas de cobertura muy bajas, en promedio del 50% (1999-2000), pero a partir de 2001 se incrementó rápidamente pasando, en éste año, a 124% y manteniéndose altas hasta hoy (el promedio del periodo 2001-2008 es 117%). Es así que a partir de 2001, la meta establecida por el objetivo del milenio se ha venido cumpliendo año a año (**Figura 37**).

Para controlar la Poliomielitis, enfermedad que la vacuna Antipolio previene, se vigila la notificación de casos probables de parálisis flácida aguda, en menores de 15 años. La meta establecida para esta notificación se define a través del indicador “Tasa de Búsqueda de Parálisis Flácida Aguda”, que debe ser igual o mayor a 1 por 100,000 menores de 15 años. En la ciudad de Cali, la Secretaría de Salud Pública Municipal realiza acciones de vigilancia activa y pasiva en función del cumplimiento de esta meta y su evolución está registrada desde el año 2004. En los años 2005 y 2007 la tasa estuvo por debajo de la meta nacional (0.70 y 0.53 respectivamente), mientras que en 2006 y 2008 estuvo por encima (1.77 y 1.02 respectivamente). En 2007 la estrategia de búsqueda activa institucional y comunitaria de casos sospechosos de parálisis flácida Aguda, se fortaleció de manera importante sin haber encontrado por esta vía casos no notificados, lo cual evidencia una reducción real de casos y un bajo subregistro.

Figura 37. Cobertura de vacunación Antipolio. Cali, 1999 – 2008.



Fuente: Programa PAI y VSP Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Las coberturas en Cali son superiores al 100% porque se vacunan niños procedentes de municipios aledaños como Yumbo, Jamundí y Candelaria. Sin embargo, para verificar las coberturas administrativas de los residentes en Cali, la SSPM realiza monitoreos rápidos de coberturas de vacunación (MRC), que se presentan más adelante.

4.4.2.2 Vacuna pentavalente

La vacuna pentavalente, que previene la difteria, tosferina, tétanos, HIB y hepatitis B, fue introducida recientemente en la ciudad (año 2005), unifica las vacunas DPT, HIB y anti Hepatitis B.

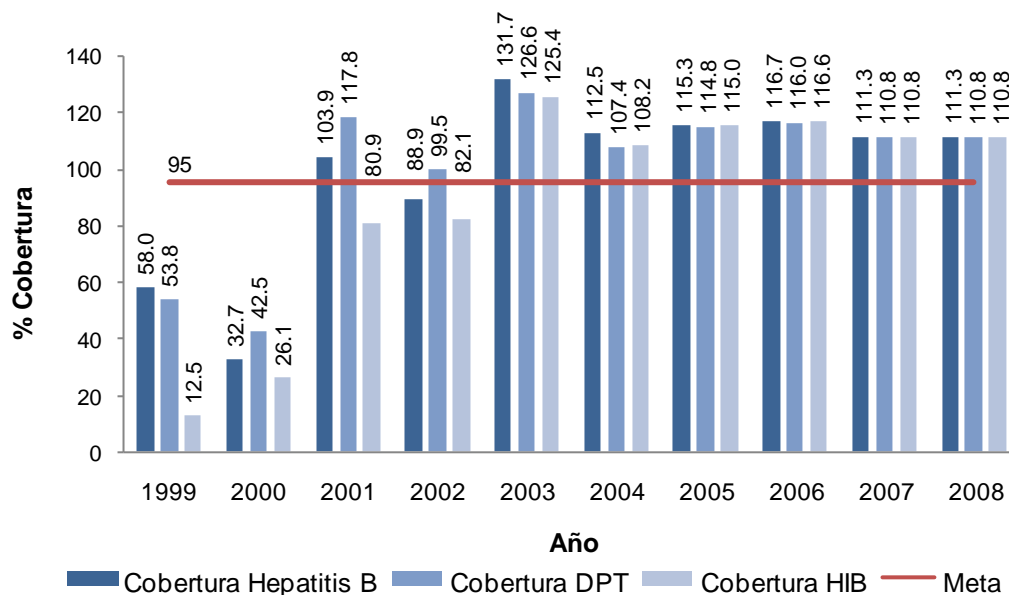
La Figura 38 muestra que la meta para DPT se cumple desde 2001 y las metas para hepatitis B y HIB se cumplen sin interrupciones desde 2003.

Para el periodo 1999-2000 el promedio de la cobertura de vacunación de DPT era 48%, mientras que para el periodo 2001-2008 el promedio subió a 113%. Entre 2004 y 2008 la tasa de incidencia de tosferina en el grupo de menores de 5 años, ha sido en promedio 9.3, por cada 100,000 niños, por encima de la cifra nacional. La tasa de incidencia de tosferina, para el grupo de menores de un año, presenta un incremento entre 2004 y 2006 (pasa de 0 por 100,000 menores de 1 año a 45.1 en 2005 y 48.6 en 2006) y cae en el 2007 (32.2); en todo el período, esta tasa es 6 a 8 veces mayor que la reportada para el país (en este mismo grupo para el año 2005 fue de 5.6 x 100,000 en menores de un año). Para el año 2008 las incidencias calculadas (32.8 por 100,000 niños menores de 5 años) corresponden a casos positivos reportados, todos ellos en el grupo de menores de un año. La vacuna proporciona inmunidad del 80% en los niños vacunados con tercera dosis, entre los 15 y los 18 meses la inmunidad ha bajado, por disminución de los anticuerpos sensiblemente (requiriendo un refuerzo) y a los 5 años solo tienen inmunidad del 50% (Bosch, 2010).

La cobertura de la vacuna antihepatitis B se incrementó fuertemente en 2001 con respecto al año 2000 (71 puntos porcentuales), con esto, el promedio del periodo 2001-2008 (111%) pasó a ser más del doble que el promedio de 1999-2000 (45%). La meta se cumplió por primera vez en el año 2001 y desde 2003 se viene cumpliendo año tras año. En los últimos 5 años no se han reportado nuevos casos de hepatitis B en menores de 5 años. La vacuna tiene una eficacia de casi el 100% en neonatos y del 90% en adultos y adolescentes (Bosch, 2010).

En el caso de la vacuna HIB, que protege a partir de la segunda dosis con casi el 100% de eficacia, la cobertura de vacunación ha sido creciente desde 1999, sin embargo, sólo en el año 2003 se empezó a cumplir la meta. El promedio en 1999-2000 fue de 19% y en el periodo 2001-2008 se ubicó en 106%. En 2004 se presentó un caso de Meningitis por Haemophilus influenza, pero después de este año no se ha presentado ningún otro caso, coincidiendo con el hecho de que la cobertura quinquenal desde 2001 ha sido siempre superior al 95%. Hay un subregistro no calculado para este evento, pues se ha detectado debilidad en la notificación de las meningitis bacterianas objeto de vigilancia; las unidades primarias gestoras de datos (UPGD) de nivel II o III no realizan los ajustes de los casos notificados según el reporte final de laboratorio.

Figura 38. Cobertura de vacunación de la Vacuna Pentavalente (DPT, HIB y Antihepatitis B). Cali, 1999 - 2008.

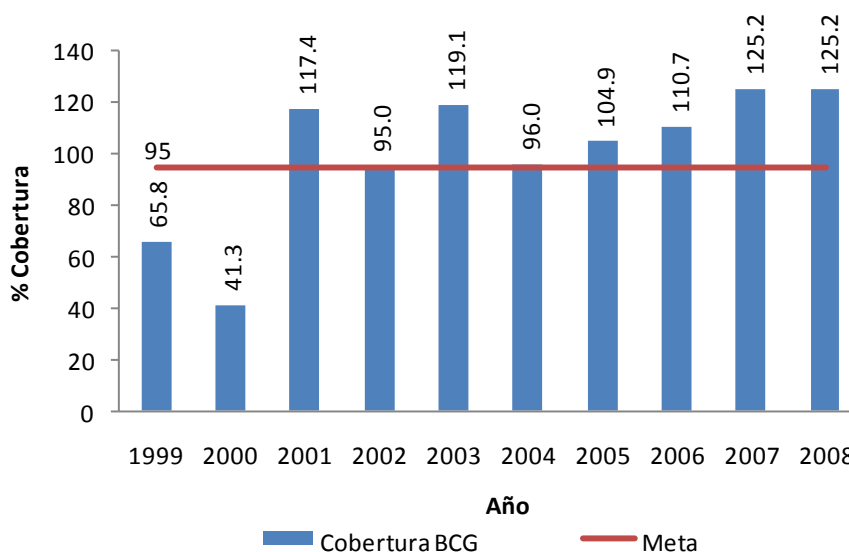


Fuente: Programa PAI y VSP Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

4.4.2.3 Vacuna BCG

La Vacuna BCG, por las iniciales del Bacilo Calmette Guerin, busca prevenir especialmente la meningitis por Tuberculosis. Su cobertura (**Figura 39**) para el período 1999-2000 tiene un promedio de 54%, mientras que en el período 2001-2008 es de 112%. Desde el año 2001, cuando cambia la tendencia del indicador, se han presentado coberturas útiles (iguales o superiores a 95%) ininterrumpidamente.

En relación con la incidencia de la tuberculosis meníngea en los menores de 5 años y a pesar de las buenas coberturas de vacunación presentadas en los quinquenios 2003-2007 y 2004-2008, se presentaron 4 casos en el 2007 y 1 caso en el 2008, con una tasa de incidencia de 2.26 y 0.57 por 100,000 niños menores de cinco años, respectivamente.

Figura 39. Cobertura de vacunación BCG. Cali, 1999 – 2008.

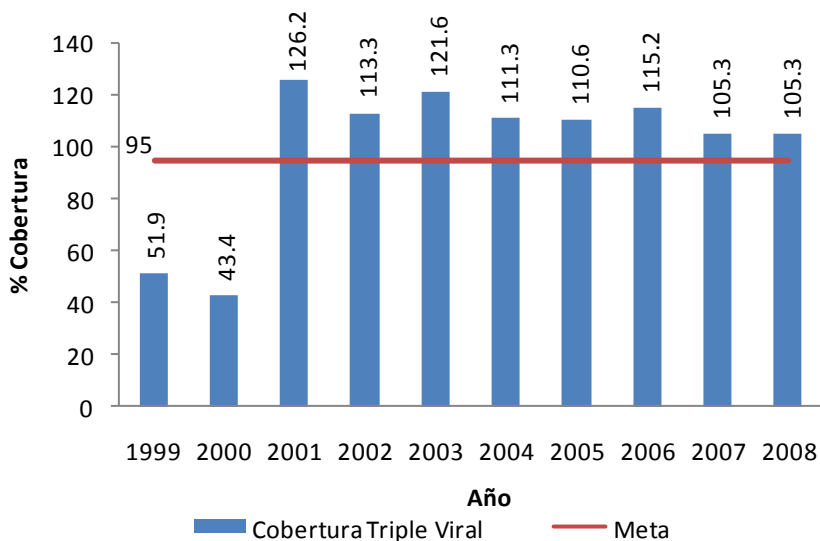
Fuente: Programa PAI y VSP Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

4.4.2.4 Vacuna Triple Viral (SRP)

La vacuna triple viral, contiene tres tipos de virus atenuados: sarampión, rubeola y paperas. Su cobertura se muestra en la Figura 40, donde se puede observar que hay un incremento en el año 2001, cuando la cobertura pasó de un promedio de 48% entre 1999 y 2000, a 114% entre 2001 y 2008, en todo éste periodo se ha cumplido la meta hasta hoy.

Durante el quinquenio 2004-2008 no hubo casos confirmados de sarampión y rubeola, sin embargo, se investigaron un total de 233 casos sospechosos de sarampión y rubeola; todos descartados por laboratorio, lo que es coherente con coberturas útiles desde 2001. También se redujo la notificación de casos sospechosos, que pasaron de 80 a 16 entre 2004 y 2008, a pesar de la estrategia de búsqueda activa institucional y comunitaria que se viene realizando desde 2006.

Figura 40. Cobertura de vacunación Triple Viral. Cali, 1999 – 2008.

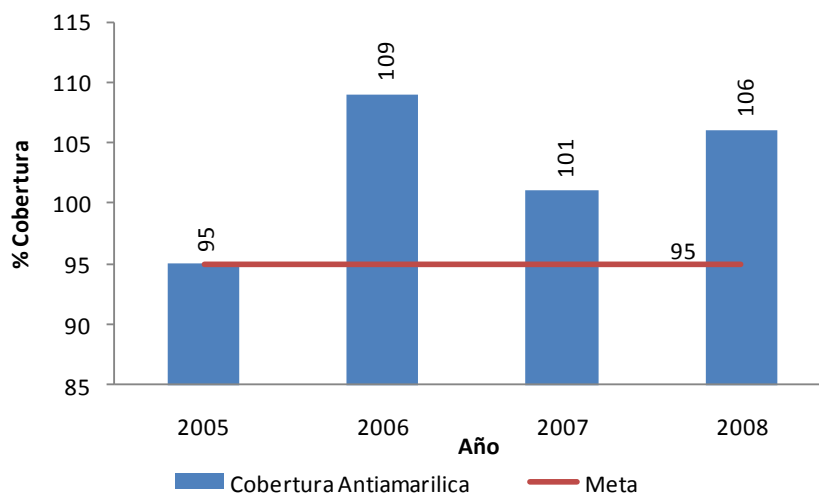


Fuente: Programa PAI y VSP Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

4.4.2.5 Vacunación contra Fiebre Amarilla

La vacuna contra la fiebre amarilla, desde el año 2003, es obligatoria para la población entre 12 y 23 meses de edad. La información sobre coberturas sólo está disponible a partir del 2005, pero como se observa en la Figura 41, en todo el periodo de estudio se ha cumplido la meta y no se ha presentado ninguna notificación de la enfermedad.

Figura 41. Cobertura de vacunación fiebre amarilla. Cali, 2005 – 2008.



Fuente: Programa PAI y VSP Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

4.4.3 Contexto

Como las coberturas presentadas anteriormente, son coberturas poblacionales, cuyos denominadores corresponden a los datos de población proyectada por el DANE, el numerador incluye a todos los niños vacunados en Cali, independientemente de su municipio de residencia. Esta información se valida por medio de los “Monitoreos rápidos de cobertura”, utilizando la metodología definida por el Ministerio de la Protección Social y a través de muestreo aleatorio en cada comuna.

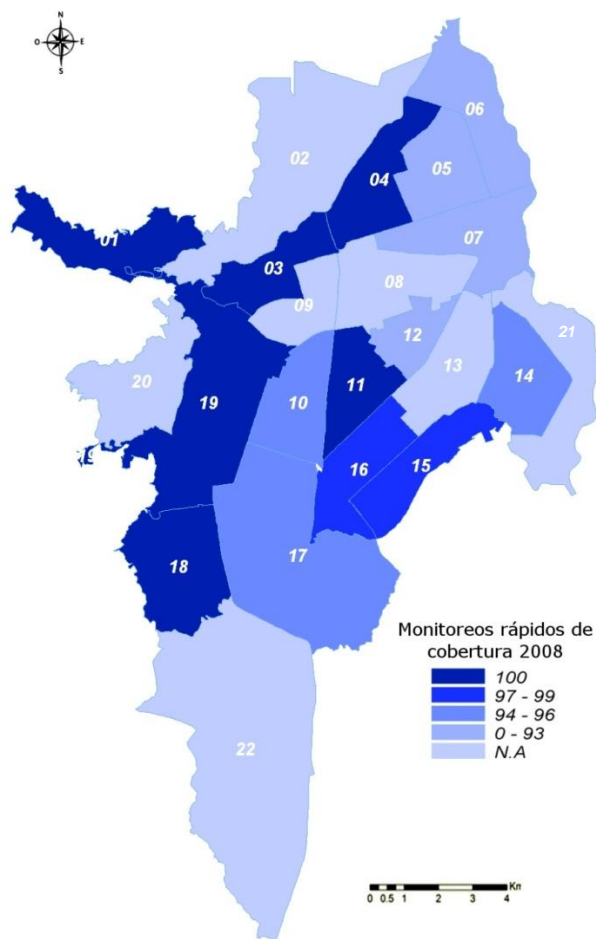
4.4.4 Georreferenciación

Por ausencia de datos, no se puede realizar una caracterización socio-demográfica de los niños vacunados, ni de sus madres, pero se dispone de la información de los monitoreos rápidos, donde la cobertura calculada evalúa el esquema de vacunación **para todos los biológicos**, asumiendo como esquema completo, aquel que está documentado en el carné de vacunación. Esto implica que las comunas que presenten coberturas por debajo del 95% tendrán “coberturas no útiles”.

No hubo monitoreo de cobertura para las comunas 2, 8, 9, 13, 20, 21 y 22.

Se encontró que las comunas 5, 6, 7, 12 y 17 tienen coberturas no útiles (inferiores al 95%) en 2008. Las comunas 5, 12 y 17 tienen, en promedio, menos de 5 puestos de salud o centros de salud; las comunas 6 y 7 también tienen coberturas bajas (82 y 90%) y cuentan con 6 y 5 instituciones respectivamente (Mapa 10). Las comunas 6, 7 y 12 tienen una estructura similar de máximo nivel educativo alcanzado, pero distinta a las estructuras de las comunas 5 y 17, por lo que no podría concluirse que la cobertura en vacunación dependa del nivel educativo.

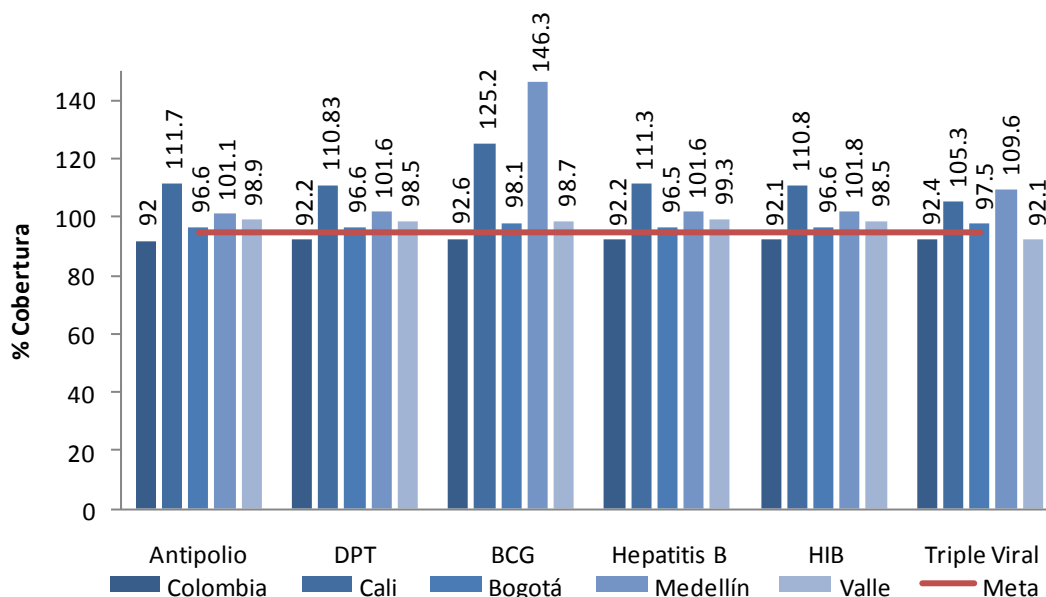
Mapa 10. Cobertura de vacunación para todos los biológicos, según monitoreos rápidos de cobertura, por comuna. Cali, 2008.



Fuente. Programa PAI - SSPM Cali.

4.4.5 Comparación con otras poblaciones

En la Figura 42 se realiza una comparación de la cobertura en vacunación con otras poblaciones para el 2008. La meta del 95% de vacunación es cumplida por Cali, Medellín y Bogotá para todas las vacunas, excepto para la vacuna anti amarílica, que sólo es cumplida por Cali.

Figura 42. Comparativo cobertura de vacunación. 2008.

Fuente: Programa PAI y VSP Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Para el caso de Colombia, la meta no es cumplida para ninguna vacuna, tiene un promedio de cobertura de 91%. Todas las vacunas, excepto la anti-fiebre amarilla, tienen una tasa en Colombia menor que las grandes ciudades: Cali, Medellín y Bogotá, situación que resulta de las bajas coberturas del sector rural frente al urbano, que para Colombia están incluidas en la cobertura nacional.

Cali tiene las mayores tasas de cobertura en todas las vacunas estudiadas, excepto en BCG y Triple viral, donde Medellín está por encima.

No existen datos para la vacuna Antiamarilica de Medellín, solo Cali cumple con la Meta de los ODM, pues su tasa de cobertura es de 106%; Colombia tiene la tasa de cobertura de 81% y Bogotá de 74%.

Conclusiones:

En la ciudad de Cali, se han venido implementando diferentes estrategias desde la década de los años 80, como el programa de EDA, IRA, intensificación de la vacunación, inclusión de nuevas vacunas en el PAI, el programa AIEPI, el programa de vigilancia de la mortalidad perinatal, entre otros, que han permitido una reducción en las tasas de mortalidad en menores de cinco años, infantil y perinatal.

La tasa de mortalidad en menores de cinco años para 2008, es de 14.9 por 1,000 N.V: (a 6.1 muertes por 1,000 NV de la meta en 2015).

La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales se redujo en la última década en 10.5 veces menos muertes y por enfermedades respiratorias agudas en 3.4 veces, lo que ha incidido también en un cambio en el perfil de morbimortalidad en este grupo de edad,

observándose que cinco de las seis primeras causas de mortalidad están relacionadas con problemas del embarazo, el parto y el puerperio, que podría sugerir problemas en el control prenatal de las usuarias y que amerita investigar las condiciones y problemas presentados en la atención o interés de la madre en el control prenatal temprano.

Para el año 2008, las niñas presentaron un tercio menos de mortalidad en menores de cinco años que los niños. La diferencia se encuentra en todas las causas de mortalidad, en todos los grupos de edad en este período.

La comuna de mayor mortalidad en menores de cinco años es la comuna 20, cuatro veces más que la comuna 6, que fue la menor. Las comunas 20, 3 y 9 tienen tasas de mortalidad muy alta (quinto quintil), mayor de 21 por 1,000 N.V. seguido de las comunas 1, 4, 7 y 21, con tasas entre 17 y 21 muertes por 1,000 N.V., la mortalidad por IRA tiene una mayor concentración en las comunas 2 y 19, donde se encuentran la zona industrial y de salud, de acuerdo con la clasificación del DAGMA, además de ser los sitios de la ciudad con mayor contaminación por vehículos de motor. Para la EDA la mayor tasa está en el área rural y la comuna 20.

La mortalidad infantil también ha tenido una tendencia descendente, de 34.9 muertes por 1,000 N.V. en 1985 a 13.4 por 1,000 N.V. en 2008. Para impactar la mortalidad en este grupo de edad, se requiere intensificar acciones de intervención de la mortalidad infantil, con énfasis en el control prenatal y del parto en la madre, intervención de problemas de salud en el período neonatal precoz e implementar acciones sobre la salud del niño en el período postneonatal, de esta manera lograr la meta del milenio que es de 7.0 muertes por 1,000 N.V. Uno de los temas específicos a intervenir en este grupo de edad, es la sepsis neonatal y la septicemia.

La mortalidad perinatal ha tenido descenso en la última década, para los niños nacidos por encima de las 28 semanas, pero presenta un leve aumento, en los niños nacidos entre la semana 22 y 28 de gestación de la madre.

La sífilis congénita continúa siendo un problema de salud pública en la ciudad, como consecuencia de la sífilis gestacional con tratamiento inadecuado o sin tratamiento. Desde 1997 hasta 2008 ha tenido una tasa promedio de 2.84 x 1,000 N.V.. Se requiere continuar con esfuerzos para lograr la meta de 0.5 casos x 1,000 N.V. en el año 2015, controlando las reinfecciones y los casos en mujeres embarazadas de la comuna 3 primordialmente.

Después de tener coberturas muy bajas al inicio del siglo, se ha logrado mantener coberturas de vacunación por encima del 95% en la edad infantil en todos, los biológicos del PAI y mantener los monitoreos rápidos que permiten identificar las bajas coberturas por comunas.

En este objetivo, se sugiere realizar estudios de mortalidad perinatal y de nacidos vivos, con el fin de identificar problemas de mortalidad prevenible y de mejorar el sistema de información, para evitar la pérdida de registros de nacido vivo o de mortalidad temprana.



Emma Gloria Aristizábal V.

Marta Cecilia Jaramillo M

Nancy Landazábal G.

Victoria Eugenia Estrada T.

5. Mejorar la salud sexual y reproductiva⁴⁵

⁴⁵ Los autores agradecen la participación de la Dra. Maria Fernanda Escobar MD, la Dra. Heidi Ramírez y el Dr. Jaime López, como expertos y la contribución de la Lic María Tránsito Díaz.

5 Objetivo de desarrollo del milenio 5: Mejorar la salud sexual y reproductiva

Cada año en el mundo se registran 536,000 muertes de mujeres, como resultado de complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio. La mayoría de estas muertes se registran en países en desarrollo, que aún no logran cerrar las brechas y desigualdades sociales, en materia de atención y prevención, demostrando que la salud es un privilegio de sectores ricos. Así mismo, miles de mujeres aún no cuentan con los métodos anticonceptivos seguros y eficaces, para prevenir embarazos no deseados. Frente a esta situación, los países en la Cumbre del Milenio se propusieron como meta mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer, buscando reducir los riesgos para ella y para los hijos.

Mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer, no solo involucra el prevenir enfermedades en la sexualidad y la reproducción, sino alcanzar un bienestar en su cuerpo, su mente y en su vida social, que significa tener la libertad de elegir el compañero deseado, la posibilidad de disfrutar de una vida sexual sin riesgos, el derecho a obtener información que le permita protegerse y cuidarse, sin sufrir ningún tipo de discriminación, el no ser víctima de la violencia, acceder a métodos seguros de planificación y recibir toda la atención necesaria para tener un embarazo sin riesgos.

Aunque son muchos los esfuerzos realizados para alcanzar la meta propuesta, en América Latina y el Caribe, sólo se ha logrado reducir la mortalidad a un 37%, ubicándose todavía muy por debajo de países desarrollados donde las tasas, no superan las 10 muertes de mujeres por cada 100,000 niños nacidos vivos.

En Colombia, la meta busca reducir la tasa de mortalidad materna, pero también reducir el número de adolescentes con embarazo temprano, reducir la mortalidad femenina por enfermedades como el cáncer de cuello uterino, aumentar el uso de anticonceptivos modernos y mejorar la atención y la prestación de servicios al momento del parto.

El reto que tiene el país es mucho más, si se tiene en cuenta que se deben vencer las barreras de la desigualdad social causadas por la guerra, el desplazamiento forzado y el pobre desarrollo alcanzado en las zonas rurales.

Cuadro 31. Metas e indicadores universales, objetivo 5.

Metas universales	<p>Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años •Tasa de mortalidad infantil •Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión
	<p>Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Tasa de natalidad entre las adolescentes •Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas) •Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Cuadro 32. Metas e indicadores CONPES 91, objetivo 5.

Metas Colombia	<p>Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100,000 nacidos vivos.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Razón de Mortalidad Materna (RMM)</i>
	<p>Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. Línea de base 1990: 66%.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Porcentaje de mujeres con cuatro controles prenatales o más.</i>
	<p>Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Porcentaje de atención institucional del parto</i> ▪ <i>Porcentaje de atención del parto por personal calificado</i>
	<p>Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo del primer hijo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo de su primer hijo</i>
	<p>Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75%, y entre la población de 15 a 19 años al 65%.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas.</i> ▪ <i>Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas de 15 a 19 años.</i>
	<p>Reducir la tasa de mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100,000 mujeres.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino</i>

Cuadro 33. Metas e indicadores Cali, objetivo 5.

	<p>5.1 Reducir la razón de Mortalidad Materna (RMM) a 21.9 x 100,000 nacidos vivos. <i>Indicadores:</i> •Razón de Mortalidad Materna (RMM)</p> <p>5.2 Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. <i>Indicadores:</i> •Cobertura de embarazadas con 4 controles •Porcentaje de mujeres que reciben control prenatal por tipo de profesional (médico, enfermera, ninguno)</p> <p>5.3 Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%. <i>Indicadores:</i> •Cobertura de parto institucional •Cobertura de atención del parto por médico •Cobertura de atención del parto por enfermera</p>
<p>Metas Cali</p>	<p>5.4 Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75%, y entre la población de 15 a 19 años al 65%. <i>Indicadores:</i> •Porcentaje de mujeres actualmente unidas que utilizan algún método de planificación familiar •Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que utilizan algún método de planificación familiar</p> <p>5.5 Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo del primer hijo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%. <i>Indicadores:</i> •Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o se encuentran en embarazo de su primer hijo •Porcentaje de mujeres menores de 15 años que han sido madres o se encuentran en embarazo de su primer hijo</p> <p>5.6 Reducir la tasa de mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100,000 mujeres. <i>Indicador:</i> •Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino</p>

5.1 Meta: Reducir la razón de Mortalidad Materna a 21.9 X 100,000 nacidos vivos.

5.1.1 Definición del indicador y la meta

La mortalidad materna es un problema a nivel mundial y desde hace varios años han existido estrategias para luchar contra ella, una de ellas fue la “Iniciativa por la Maternidad Segura”, lanzada en 1987 en Nairobi (Kenia), que tenía como fin reducir las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, en el año 2000, la iniciativa había tenido limitaciones en el logro de su objetivo y es por esto que en el mismo año se incluye el “Mejoramiento de la salud Materna” dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Según la definición de la OMS/OPS, la mortalidad materna es “la muerte de una mujer en el momento que está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención”(OMS).

Indicador: Razón de mortalidad materna (RMM): Es el cociente entre el número de muertes maternas registradas en un año y los nacidos vivos de ese mismo año, representado por 100,000.

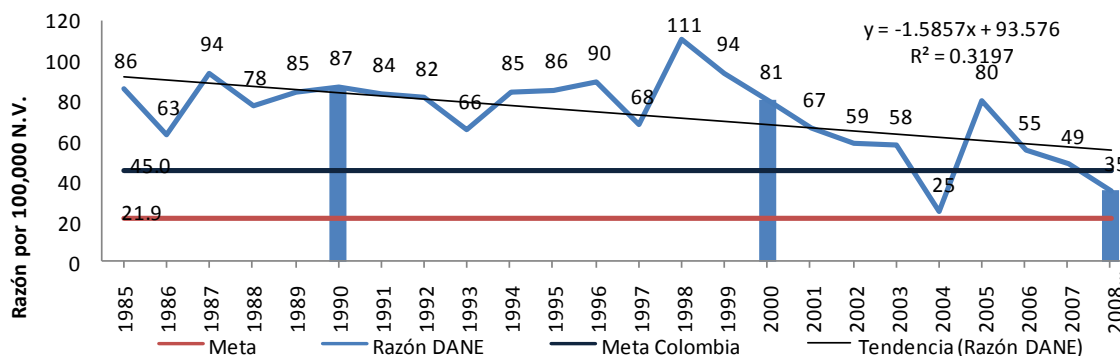
Meta: Llegar en el año 2015, a una RMM de 21.9 por 100,000 nacidos vivos.

5.1.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

Cali viene presentando una tendencia a la reducción de la RMM en las últimas décadas. Desde el año 1998, año base a nivel nacional, logró una reducción de 59.2%, este año tuvo la RMM más alta del período con 96.8 por cada 100,000 N.V., sin embargo, aún no ha sido posible alcanzar la meta del milenio. El año en que se ubicó más cerca fue el 2004, cuando logró reducir la RMM a 25.1 por 100,000 N.V., faltando menos de 4 puntos para conseguirla, pero en el año siguiente se disparó hasta 80 por 100,000 N.V.

Actualmente, el municipio se encuentra a 13.9 puntos de alcanzar la meta, lo que se constituye en un reto de reducción de 1.99 puntos por año, hasta el 2015. Como se aprecia en la Figura 43, hay una tendencia a la reducción de 1.6 puntos por año (significativo con un 99% de confianza), que es más baja que el reto mínimo anual. Sin embargo, en los últimos 7 años, se ha presentado una reducción de 23.1 puntos, lo que una reducción de 13.9 puntos es plausible para alcanzar la meta.

Figura 43. Razón de Mortalidad Materna. Cali, 1985 – 2008.

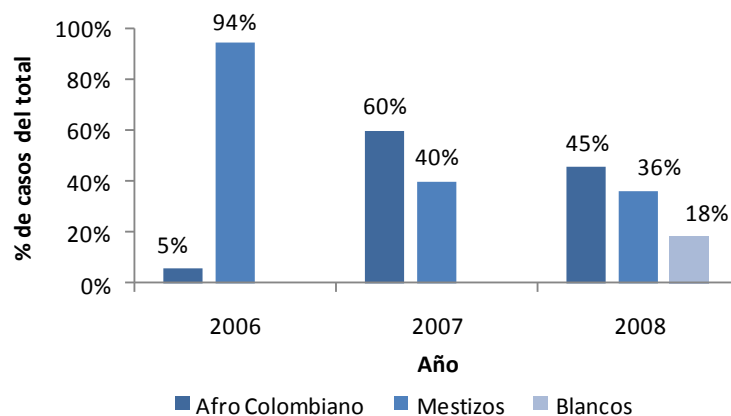


Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica. Nacidos vivos DANE

5.1.3 Contexto

La RMM por etnia en los tres últimos años, no muestra una característica especial, como se puede observar en la Figura 44, en 2006 predominaron las muertes de mujeres mestizas, mientras en 2007 y 2008 el predominio fue de las afrocolombianas. En la serie solo se presentaron dos muertes maternas en mujeres blancas, ocurridas en el año 2008.

Figura 44. Mortalidad Materna por grupo étnico. Cali, 2006 – 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

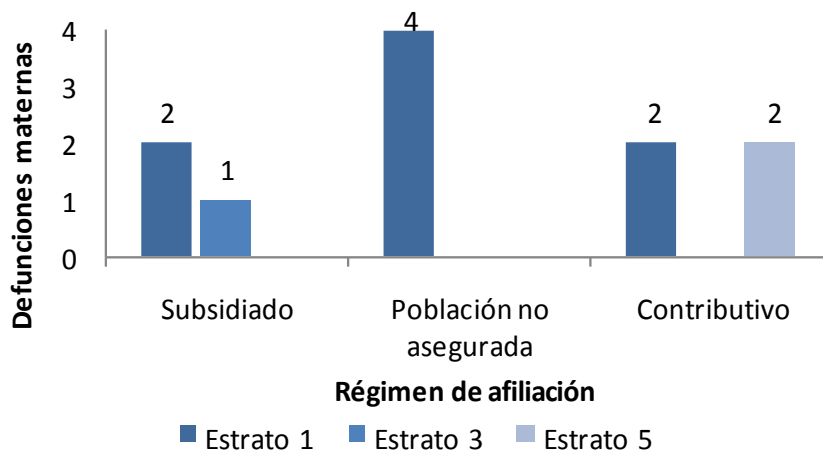
Según el tipo de vinculación a la seguridad social en salud, siete (7) de los casos (63.6%), eran mujeres aseguradas; de éstos el 57.14% correspondía al régimen contributivo y 42.86% al subsidiado. Las muertes maternas en mujeres pobres no aseguradas, correspondieron al 36.36% del total de los casos de mortalidad materna durante el año 2008.

En la población no asegurada (PNA), las 4 muertes maternas provienen de madres de estrato socioeconómico 1, igualmente en el régimen subsidiado y en el contributivo, hubo dos (2) casos pertenecientes al estrato socioeconómico 1.

En la distribución por estrato socioeconómico en 2008, las muertes maternas ocurrieron en un 72.73% en el estrato 1, acorde con los factores descritos como determinantes para la ocurrencia de la mortalidad materna relacionada con las inequidades, el 18.2% eran del estrato 5 y el 9.1% del estrato 3 (Figura 45).

De las 11 mujeres fallecidas en 2008, cinco (5) eran amas de casa, una (1) estaba en estado de mendicidad y estaba en condición de desplazada y una (1) era estudiante.

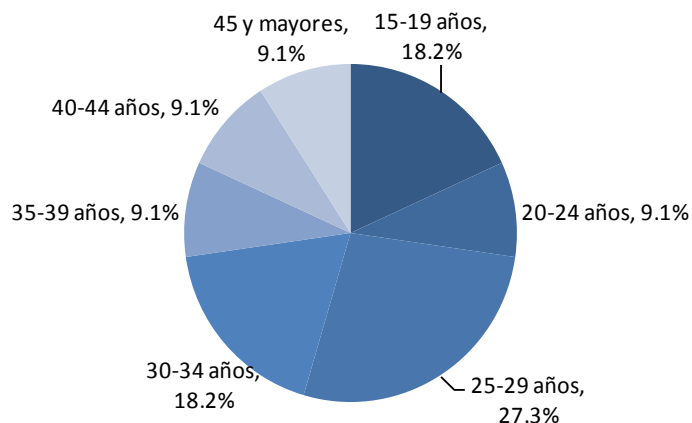
Figura 45. Mortalidad Materna por estrato y seguridad Social. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

En el 2008 de las 11 muertes maternas residentes en Cali, el mayor número de muertes (3) ocurrió entre los 25 y 29 años, dos (2) eran mujeres adolescentes, dos (2) tenían más de 40 años (Figura 46). Cinco (5) mujeres vivían con su compañero (45.4%) y una (1) vivía sola. El 18% (2 casos) de las mujeres que fallecieron habían completado formación técnica o profesional y el 45% (5 casos) educación primaria.

Figura 46. Mortalidad Materna por grupos de edad. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

Cuatro de las once muertes se presentaron en el Hospital Universitario (36.4%) y dos en la Fundación Valle del Lili (18.2%), ambas instituciones son centros de referencia. El 80% de las muertes ocurrieron en instituciones de alta complejidad, el 36.4% en IPS públicas y 46% en instituciones privadas.

En 10 de los 11 casos ocurridos en 2008, la muerte era evitable y uno tenía evitabilidad indeterminada por ausencia de información y de solicitud de autopsia (**Cuadro 34**)

Cuadro 34. Causas de mortalidad materna y de mujeres en embarazo. Cali, 2008.

CAUSA		MUERTES
Directa	Pre-eclampsia o eclampsia	3
	Aborto	2
Indirecta	hemorragia	1
	SIDA	1
	Neumonía	1
	Anemia severa	1
	Disfunción valvular	1
	Indeterminada	1
TOTAL MUERTES MATERNAS		11
Causa Externa	Homicidio	2
	Suicidio	1
	Accidente de tránsito	1
	Otras	1
TOTAL MUERTES CAUSA EXTERNA		5

Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica, Certificado de defunción-DANE

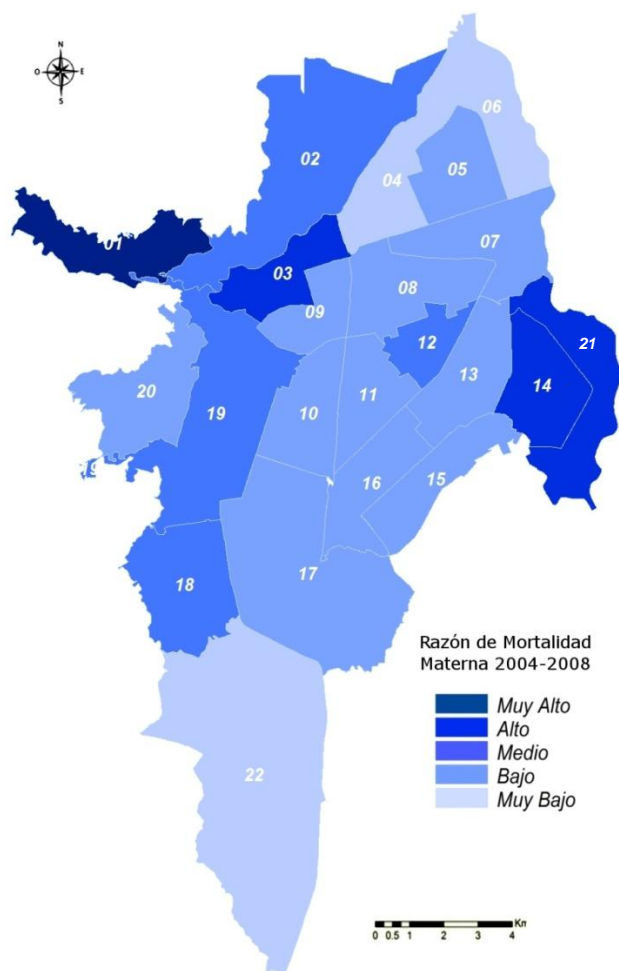
5.1.4 Georreferenciación

En 2008, tres (3) de las 11 defunciones maternas se presentaron en la comuna 14, las demás comunas que presentaron mortalidad materna (una cada una) fueron las comunas 3, 6, 7, 13, 15, 18, 19 y 21.

En el Mapa 11, se presenta la georreferenciación de la razón de mortalidad materna (RMM) acumulada entre los años 2004 y 2008. La comuna con mayor razón de mortalidad es la 1, con una RMM de 135 muertes maternas por 100,000 N.V., seguida por las comunas 3, 21 y 14 con RMM de 88.5, 91.4 y 96.8 por 100,000 N.V.⁴⁶. Exceptuando la comuna 3, con estrato moda 3, las otras tres comunas son las únicas que tienen más del 99% de sus lados de manzana en estrato 1 y 2 y con el 32.9% del total de casos de mortalidad materna que se presentaron entre el año 2004 y 2008. Las comunas 4 y 22 no tuvieron muertes maternas entre 2004 y 2008 y en las otras comunas, la RMM oscila entre 17.4 (Comuna 6) y 74.2 (Comuna 18).

⁴⁶ Para la clasificación de la mortalidad materna se utilizó una clasificación de la OPS para América Latina: Muy bajo: <19 MM por 100,000 NV, Bajo: >=19 y <59.3, Medio: >=59.3 y <82.2; Alto: >=82.2 y <114.3; Muy alto >=114.3

Mapa 11. Razón de Mortalidad Materna por Comunas. Cali, 2004 - 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica. Clasificación: (Jaramillo-Mejía MC 2009)⁴⁷

Las comunas 2 y 19, tienen estrato moda 5 y tienen una actividad económica basada en los servicios primordialmente (44% de los establecimientos), en 18 de las 22 comunas restantes, ésta participación es inferior al 30%. En las comunas 1, 14 y 21, un alto porcentaje de la población (51.2%, 54.3% y 46.7%) no tiene más educación que la primaria, son comunas con vocación al comercio y en el caso de las comunas 14 y 21, el tipo de establecimiento predominante, son los negocios ubicados dentro de una vivienda. En la comuna 1 están el 12% de las empresas dedicadas a la industria química de la ciudad.

Estos resultados reflejan similitudes con Mojarro et al. (2003), quienes encontraron en su estudio de marginación social, que las mujeres con condiciones sociales y económicas

⁴⁷ Se utiliza la clasificación de OPS para comparar Latinoamérica: Muy alto: ≥ 114.3 , alto: $\geq 82.2 < 114.3$, medio: $\geq 59.3 < 82.2$, bajo: $\geq 19 < 59.3$, muy bajo: < 19 . (Datos de referencia tomados de la bibliografía de la base de datos OPS-HPM (Mora G, Yunes J. 1993)

más desfavorables, son las más propensas a la mortalidad materna. Así mismo, Hernández et Al (2007) encontraron que la mortalidad materna se concentra más en las mujeres que no cuentan con estudios superiores.

5.1.5 Comparación con otras poblaciones

En el año 1998, Cali contaba con la mayor tasa de mortalidad por causa directa entre las principales ciudades y el país; en el año 2007 logró ubicarse bajo la razón de mortalidad de Colombia pese a seguir por encima de las principales ciudades. Para el año 2008, la RMM disminuyó a 35.8 por 100,000 NV ubicándose 3.3 puntos por debajo de la RMM de Medellín y 1.6 puntos por debajo de Bogotá. Cali logró entre 1998 y 2007, disminuir en 75.2 puntos la razón de mortalidad materna, equivalente a una reducción del 68% (Cuadro 35).

Cuadro 35 Comparativo de mortalidad materna por causa directa en las tres principales ciudades, Valle y Colombia.

Ciudad	Razón por 100,000 N.V. 1998	Razón por 100,000 N.V. 2007	Razón por 100,000 N.V. 2008
Cali	111.0	48.8	35.8
Medellín	39.6	29.6	39.1
Bogotá	92.3	32.4	37.4
Valle	121.1	59.5	39.8
Colombia	100.1	71.2	57.0

Fuente: DANE 1998, 2007 y 2008

En el análisis de salud sexual y reproductiva realizado en Cali por la Secretaría de Salud, se encontró que el bajo peso al nacer, el embarazo en la adolescencia, la mortalidad materna y perinatal, el cáncer de cérvix, el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la violencia familiar, el abuso sexual y el maltrato infantil, son más frecuentes en la población con menor nivel educativo y mayor pobreza.

5.1.6 Acciones

A través de los años, Cali ha realizado acciones encaminadas a dar solución al problema de la mortalidad materna, con base en los resultados de la vigilancia en salud pública y los lineamientos del Ministerio de protección social. Desde el año 1994 se ha implementado un modelo de mejoramiento continuo en la calidad de la atención a la gestante, con la constitución de un comité para el análisis de los indicadores de Cali y diseño e implementación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna como los protocolos de hipertensión inducida por el embarazo y atención de hemorragias, que incluye los estándares por niveles de atención, vigilancia de la mortalidad materna extrema y unificación de criterios de manejo de la gestante en el nivel de baja complejidad, criterios de referencia y contrarreferencia. Un ejemplo de éstos es el “Plan de Choque para la reducción de la mortalidad materna”, cuyos objetivos son posicionar el tema en la agenda pública, visualizar y monitorear las responsabilidades que tienen los diferentes actores sociales e institucionales frente a este problema y contribuir en la reducción de los casos. Así mismo, en el 2008, se implementó la estrategia de Vigilancia Comunitaria para una Maternidad Segura, que busca empoderar a la comunidad para

combatir la morbilidad materna. Otra estrategia orientada a lograr las metas de maternidad segura, es la formulación del Plan Municipal de Salud Sexual y Reproductiva con participación de múltiples actores, monitoreando la situación y planteando estrategias para continuar con la reducción de la mortalidad evitable en el municipio de Cali.

5.2 Meta: Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%. Línea de base 1990: 76.3% atención institucional del parto; 80.6% atención del parto por personal calificado.

5.2.1 Definición de los indicadores y la meta

“Asegurar que las mujeres reciban la debida atención durante el parto es parte esencial de los programas de maternidad sin riesgos (Ranson E, Yinger NV. 2002). Los cuidados de la madre antes, durante y después del parto, requieren de unas condiciones básicas de atención, tanto institucional como de personal. Dentro de los Objetivos del Milenio se han incluido dos indicadores que permitan observar la evolución del país y el municipio en la asistencia de los partos, que contribuye a la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Los indicadores que se han adoptado por el Municipio de Cali son los mismos que a nivel nacional.

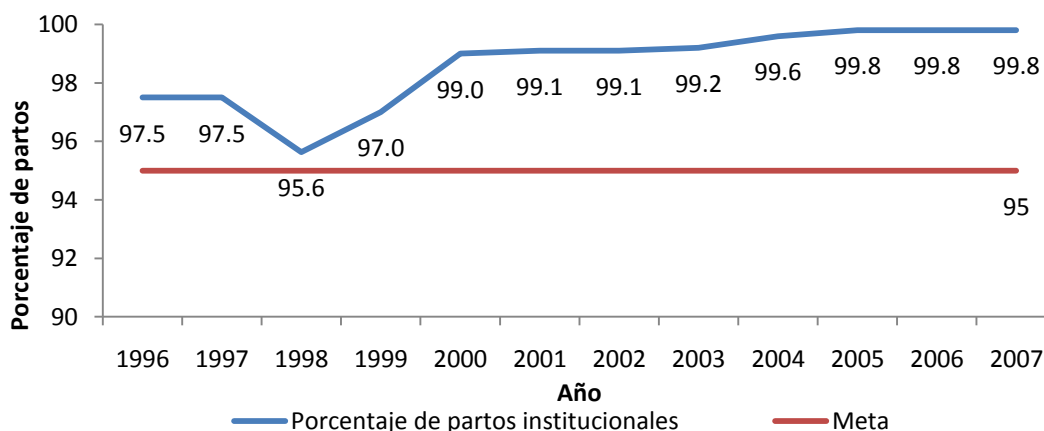
Indicadores: Porcentaje de atención institucional del parto y porcentaje de atención del parto por personal calificado.

Meta: Para el año 2015, mantener la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%.

5.2.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

La tendencia de la atención del parto a nivel institucional desde el año 1998, ha ido en aumento del 95.6% al 99.8%, de acuerdo con las cifras del Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Cali, como se puede ver en la **Figura 47**.

Figura 47. Porcentaje de la atención de partos institucionales. Cali, 1996 - 2007.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipal.

Es de suponer que a medida que aumenta la cobertura de aseguramiento, exista también una mayor cobertura de parto institucional y aumente la cobertura de atención por

personal calificado. Sin embargo, no se puede contextualizar esta meta puesto que sólo existe la información disponible para la atención del parto. Se recomienda realizar un análisis sistemático de los registros de estadísticas vitales referentes a la persona e institución donde se atendió el parto.

5.3 Meta: Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. Línea de base 1990: 66%.

5.3.1 Definición de los indicadores y la meta.

El control prenatal temprano, asegura la detección temprana y la intervención eficaz de los problemas del embarazo para la madre o el niño. Los objetivos del milenio determinan que al menos el 90% de las embarazadas tengan como mínimo cuatro controles durante el embarazo, iniciando antes de cumplir el primer trimestre del mismo.

Indicador: Porcentaje de mujeres que reciben cuatro o más controles prenatales: Se mide el número de mujeres que asistieron como mínimo a 4 controles prenatales durante el embarazo, sobre el total de mujeres embarazadas por 100 para cada año.

Meta: Llegar en el año 2015, a una cobertura de cuatro o más controles prenatales del 90%.

5.3.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

Esta meta no tiene seguimiento en Cali, sin embargo fue uno de los puntos de la ENDS en el año 2005, allí se investigó el porcentaje de mujeres que fueron atendidas en control prenatal en los últimos cinco años o en el embarazo de ese momento, con una muestra que correspondió a 591 mujeres en Colombia, que evidenció que la atención prenatal por médico y enfermera fue de 97.2%, similar resultado se había obtenido en la ENDS del 2000 y 5 puntos más que en la ENDS del año 1995, que fue de 92.3%

La ENDS de 2005, muestra que en Cali y el área metropolitana, el 82.7% de los controles prenatales son atendidos por médico, el 14.5% por enfermera y el 2.8% no recibió atención prenatal. Al compararlos con otras ciudades, vemos que Medellín y Bogotá tienen 10pp más en atención por médico. Cali es una de las ciudades con menor cobertura de atención prenatal por médico en el país.

Debido a que este es un indicador de seguimiento y está incluido en el reporte de las EPS se recomienda el seguimiento permanente al indicador, porque se puede hacer seguimiento inmediato.

5.4 Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75% y entre la población de 15 a 19 años al 65%. Línea de base 1995: 59% y 38.3 %, respectivamente.

5.4.1 Definición del indicador y la meta

Los métodos de anticoncepción se dividen en métodos tradicionales y métodos modernos. En la ENDS, son considerados métodos modernos: la píldora, la DIU, la inyección, los implantes, los vaginales, el condón, la esterilización femenina y masculina, la espuma o jalea y el método de la amenorrea de la lactancia. Y como métodos tradicionales: el ritmo o abstinencia periódica, el retiro y los métodos folclóricos.

Si bien a nivel nacional, se busca incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos, en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas, así como en mujeres entre 15 y 19 años, no disponemos de información clasificada con estos parámetros, puesto que la fuente ENDS sólo tiene información desagregada por subregiones para mujeres unidas.

En ausencia de un método de cálculo para la prevalencia de métodos de planificación familiar a nivel local, en la ciudad de Cali sólo se puede hacer monitoreo del uso de métodos modernos de planificación en mujeres unidas, a través de la ENDS. Existen datos de planificación, pero por mujeres inscritas en programas específicos, no una medida del total de la población sexualmente activa. Así, el indicador y la meta a estudiar para Cali, son:

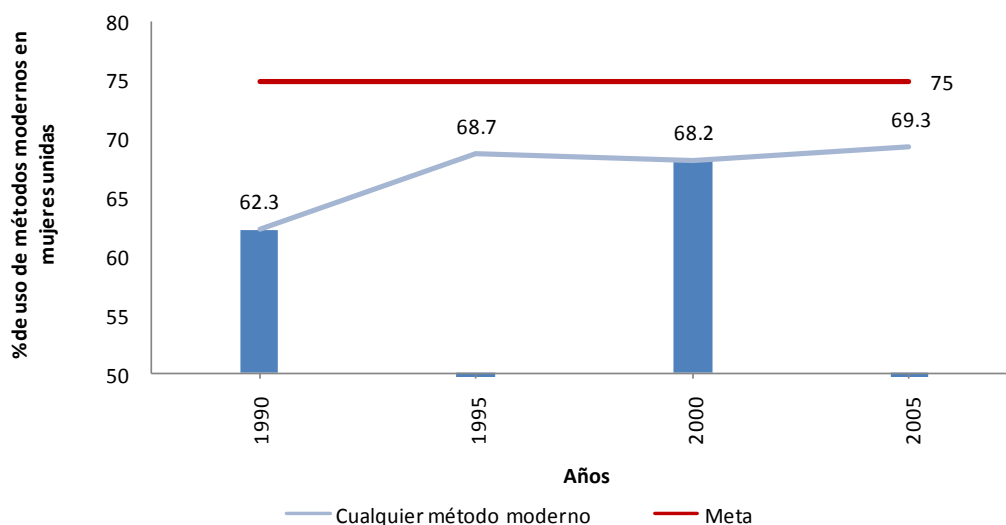
Indicador: Porcentaje de las mujeres actualmente unidas que utilizan algún método anticonceptivo moderno, sobre el total de mujeres unidas encuestadas. Este indicador tiene como fuente la ENDS y una periodicidad de 5 años.

Meta: En el 2015, haber incrementado al 75% la prevalencia de métodos modernos de anticoncepción en las mujeres unidas.

5.4.2 Tendencia

En Cali se presenta un avance hacia la meta del 75% de mujeres unidas, utilizando un método moderno de anticoncepción, en 2005 se encontraba a 5.7 puntos porcentuales (pp) de alcanzar la meta (Figura 48), lo que implica para el municipio hacer un esfuerzo de incrementar como mínimo 0.57 pp por año, hasta el 2015.

Figura 48. Uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas. Cali A.M. 1990 - 2005.



Fuente: Profamilia, ENDS 1990, 1995, 2000, 2005.

5.4.3 Comparación con otras poblaciones

Las cuatro encuestas de demografía y salud muestran un incremento del uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres unidas de Cali. En los años 1990 y 1995, Cali fue la ciudad con mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos, sin embargo, en los años 2000 y 2005 se encuentra por debajo tanto de Medellín como de Bogotá, pero mantiene un porcentaje superior al de Colombia. En 2005, Cali se encuentra a 4.9 pp de Bogotá, quien está a 0.8 pp de la meta (Cuadro 36).

Cuadro 36. Comparación uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas, tres principales ciudades y Colombia. 1990 - 2005.

Año ENDS	Prevalencia (%)			
	Cali A.M	Medellín A.M	Bogotá	Colombia
1990	62.3	60.3	61.8	54.6
1995	68.7	62.2	64.6	59.3
2000	68.2	68.5	69.0	64.0
2005	69.3	73.8	74.2	68.2

Fuente: Profamilia, ENDS 1990, 1995, 2000, 2005.

5.5 Meta: Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo del primer hijo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%. Línea de base 1990: 12.8%.

5.5.1 Definición del indicador y la meta

Los embarazos en madres adolescentes, producen consecuencias desde el punto de vista económico, social y de salud. En el aspecto económico, existe el riesgo para el niño y la madre de profundizarse en la pobreza, si la madre no ha completado su ciclo de educación, lo que la pone en desventaja para competir en el mercado laboral. Desde el punto de vista social, una de las desventajas es la aparición del fenómeno de la “madre soltera”, dado que usualmente los embarazos en adolescentes son producto de relaciones entre parejas que no han iniciado una vida en común.

Así mismo, los riesgos para la salud, van desde los problemas asociados al desarrollo físico y emocional de la madre, que puede constituirse en un peligro para la vida de la gestante y su hijo; hasta el aborto practicado ilegalmente y en condiciones inadecuadas. Dentro del objetivo de reducir la mortalidad materna, se considera la reducción del porcentaje de madres adolescentes, para esto se requiere prevenir el embarazo a través de métodos efectivos de planificación familiar.

En Cali, se asume el mismo indicador que a nivel nacional y la fuente es la Encuesta de Demografía y Salud, realizada cada 5 años:

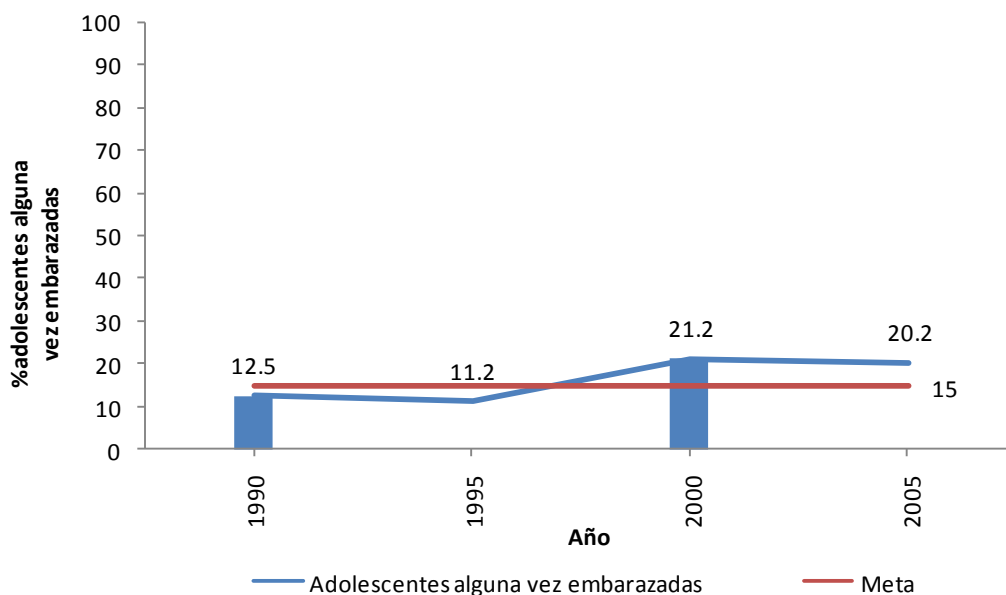
Indicador: Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o se encuentran en embarazo de su primer hijo en el momento de la encuesta, como porcentaje del total de mujeres encuestadas en el mismo rango de edad.

Meta: Para el 2015, tener un porcentaje de adolescentes embarazadas o madres por debajo de 15%.

5.5.2 Tendencia

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), hace medición del porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas. Los puntos más altos y más bajos se dieron respectivamente en el 2000 y 1995. Debido a este incremento, no se ha logrado cumplir la meta en los dos últimos periodos evaluados, como lo muestra la Figura 49. El incremento del indicador entre los años 1995 y 2005, es una señal de alarma y representa un reto para la reducción en 7.2 pp entre el año 2000 y 2015.

Figura 49. Porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas. Cali A.M, 1990, 1995, 2000 y 2005.



Fuente: Profamilia, ENDS 1990, 1995, 2000, 2005.

5.5.3 Contexto

La ENDS, no permite ver las características sociales de las madres adolescentes⁴⁸, sin embargo, se puede utilizar una caracterización de los nacidos vivos de madres adolescentes en el año 2008, registrados en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

El 4% de los nacidos vivos de madres adolescentes son hijos de mujeres menores de 15 años, de ellos el 3.6% de los niños nacieron en hogares de parejas casadas, un 26.9%, nació de madres no casadas con más de 2 años de relación, 2.8% de hogares en unión libre, 0.9% de madres viudas o separadas y el restante 65% de madres solteras o con menos de dos años de relación.

⁴⁸ Se considera una mujer menor de 20 años como madre adolescente

El 35.6% de las madres pertenecían al régimen subsidiado, porcentaje muy similar hacía parte del régimen contributivo (34.4%) y no estaban aseguradas (o vinculadas) un 28.9%.

El 13.2% de las madres tenían un nivel educativo de primaria completa o incompleta, 51.7% tenían secundaria completa o incompleta y 29.7% tenían educación media, el 2% tenía formación técnica o tecnológica y un 1.8% formación profesional completa o incompleta.

Un 13.2% de los nacidos vivos, tuvieron madres que asistieron a menos de 4 controles prenatales, en el 38.3% asistieron de 4 a 6 controles y un 40.9% tuvieron de 7 a 9 controles.

En promedio, los nacidos vivos tuvieron 38.42 semanas de gestación

5.5.4 Georreferenciación.

Las comunas con mayor número de nacidos vivos de madres adolescentes fueron la 14, 13 y 11 en su orden. La comuna 22 no reportó nacimientos de madres adolescentes y las comunas 5 y 17 sólo tienen el 1.3% de los nacimientos.

Sólo cinco comunas, tuvieron un porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes inferior a 10% del total de nacimientos, se trata de las comunas 2, 5, 17, 19 y 22, cuatro de estas cinco son comunas similares en su estructura por estrato (5 o 6), máximo nivel educativo alcanzado (entre 38% y 45% con estudios superiores) y tipo de sector económico predominante (entre el 44% y 63% del total de establecimientos son del sector servicios). En la comuna 5, el 31% de la población tiene estudios superiores y el 34% de los establecimientos son del sector servicios).

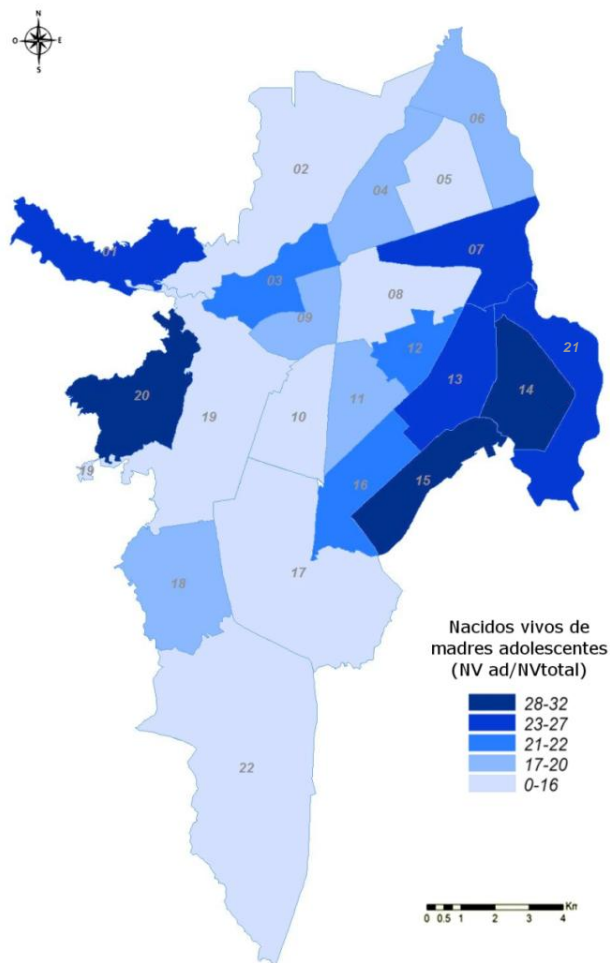
Por su parte, ocho comunas (1, 7, 13, 14, 15, 16, 20, 21) tienen un porcentaje significativamente superior al promedio, cinco de las ocho tienen estrato moda 1 y dos tienen estrato moda 2, la otra tiene estrato moda 3. No se encontró alguna coincidencia relevante en la estructura por máximo nivel educativo alcanzado y sector económico predominante para todas estas comunas. La comparación de los porcentajes de nacidos vivos de madres adolescentes de comunas con estratos moda altos y bajos sugiere una diferencia en este porcentaje, asociada al nivel de ingreso que se representa por el estrato. En el

se puede observar la distribución de los nacidos vivos de madres adolescentes por comunas, distribuidos por quintiles, estando el quintil menor en menos de 16 nacimientos de madres adolescentes y los dos más altos, que están entre 23 32 nacimientos de madres adolescentes donde se encuentran las ocho comunas descritas.

Estos resultados son coherentes con varios estudios, en los que se ha encontrado que la pobreza está relacionada con los nacimientos de madres adolescentes. La MOAPPP (Minnesota Organization on adolescent pregnancy prevention and parenting), resalta varios resultados de la relación pobreza-embarazo adolescente, éstos se presentan a continuación: Moore (1995), encontró que en los Estados Unidos, los Estados con mayores tasas de pobreza, tienen también mayor proporción de nacimientos de madres adolescentes. Maynard (1996) y Wilson (1996), concluyen que hay una mayor proporción de padres adolescentes en las comunidades más pobres; así mismo, Brindis (1997), concluye que las adolescentes con habilidades académicas menores al promedio y con

bajos ingresos, tienen alrededor de 5 veces más probabilidad de convertirse en madres adolescentes, que las adolescentes por encima del promedio.

Mapa 12. Nacidos vivos de madres adolescentes por comunas. Cali, 2008.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

5.5.5 Comparación con otras poblaciones

En todas las ciudades grandes y en el país, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas ha ido en aumento desde 1990 hasta el 2005, en este último año, Cali tuvo el menor porcentaje de madres alguna vez embarazadas entre las principales ciudades del país; siendo el primer año en cual Cali ocupa este lugar. En todos los años, exceptuando el año 2000, Cali se ubicó por debajo del porcentaje nacional (Cuadro 37), lo cual es de esperarse, porque el país incluye las comunidades, donde la maternidad a temprana edad es culturalmente aceptada.

Cuadro 37. Comparación del porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas, tres principales ciudades y Colombia. 1990 – 2005.

Año ENDS	Porcentaje			
	Cali A.M	Medellín A.M.	Bogotá	Colombia
1990	12.5	11	11.5	12.8
1995	11.2	13.9	18	17.4
2000	21.2	14.3	16.7	19.1
2005	20.2	21.2	22.6	20.5

Fuente: Profamilia, ENDS.

5.5.6 Acciones:

Para la reducción del embarazo en las mujeres adolescentes, en los dos últimos años, la Secretaría de Salud ha implementado varias estrategias, que deben impactar en el futuro este indicador:

- Servicios amigables de salud.
- Difusión y Promoción de Derechos en salud sexual y reproductiva.
- Programa de Educación para la sexualidad en el sector educativo.

5.6 Meta: Reducir la tasa de mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100,000 mujeres. Línea de base 1990: 12.59 por 100,000 mujeres

5.6.1 Definición del indicador y la meta

El Cáncer de cérvix, es la primera causa de muerte por neoplasia en mujeres en edad fértil en Colombia y la segunda causa de mortalidad general en todas las neoplasias. Desde el año 1985, Colombia ha trabajado en la reducción de la mortalidad, a través de la estrategia de detección temprana, con la citología cérvico vaginal, que reduce en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino.

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, mide la probabilidad de morir por esta causa en las mujeres de una población en un año y se expresa por 100,000 mujeres. Para su comparabilidad se debe ajustar la tasa con la población mundial de mujeres.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino (población mundial). Este indicador resulta de dividir el número de muertes registradas por cáncer de cuello uterino en un año, sobre el total de mujeres a mitad del periodo.

Meta: Reducir la tasa de mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100,000 mujeres.

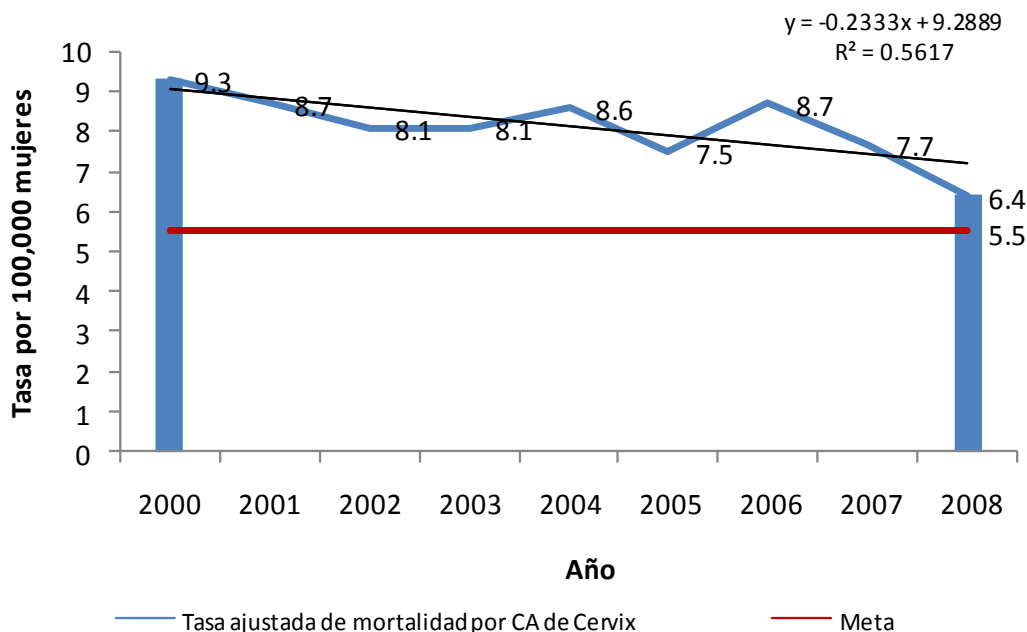
5.6.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

En el año 2008, se registraron 91 muertes por cáncer de cérvix, para una tasa cruda de mortalidad de 7.4 por 100,000 mujeres y una tasa ajustada de 6.4 por 100,000 mujeres⁴⁹.

El análisis de la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix desde el año 2000, permite observar un comportamiento hacia la reducción, pasando de 9.3 a 6.4 por 100,000 mujeres en 2008; situación similar a la presentada en el país (Figura 50).

Actualmente el municipio se encuentra 0.9 puntos por encima de la meta (5.5 por 100,000 mujeres), que significa que debe hacer una reducción de mínimo 0.13 puntos por año, hasta el 2015. Si se sigue la tendencia de la serie, que tiene una pendiente de -0.23, es posible alcanzar la meta incluso antes del 2015.

Figura 50. Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Cali, 2000 - 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

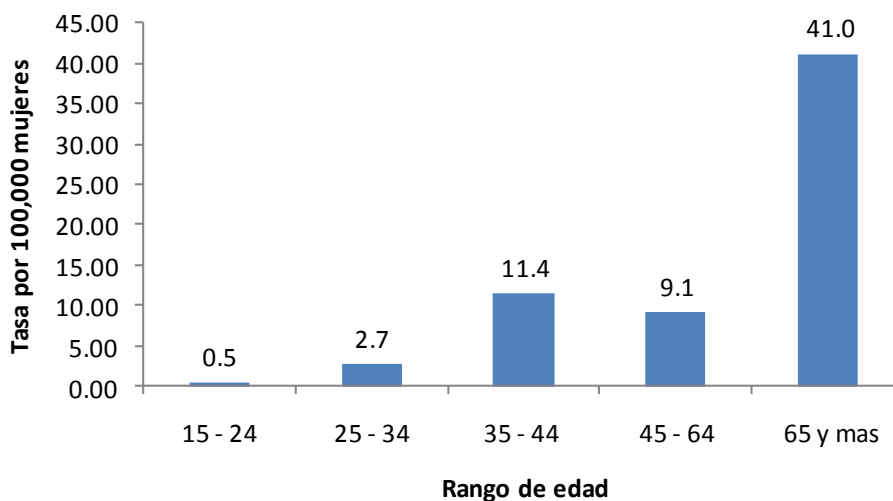
5.6.3 Contexto

Para el año 2008, la tasa específica de mortalidad por cáncer de cuello uterino por edades, para el municipio de Santiago de Cali, muestra que las mujeres de 65 años y más tienen la mayor tasa de mortalidad (41.0 x 100,000), registrando 37 muertes; 19 muertes

⁴⁹ La tasa ajustada se calculó tomando como población de referencia la población mundial 2005.

en mujeres entre 35-44 años y 29 en mujeres de 45-64 años; siendo mayor la tasa en el grupo de 35 a 44 (11.4 x 100,000), que en el de 45 a 64 (9.1 x 100,000). (Figura 51)

Figura 51. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por grupo de edad. Cali, 2008.



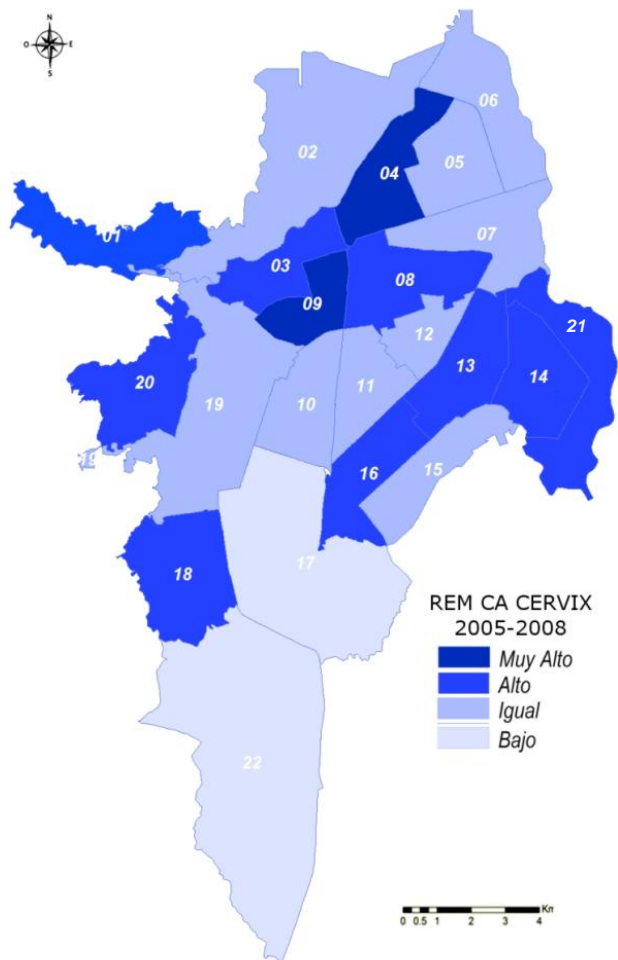
Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica

5.6.4 Georreferenciación

Con relación a la localización geográfica, las tasas más altas para cáncer de cérvix, se registró en las comunas 4 (área norte), 20 (área de ladera) y 9 (área centro); sin embargo al evaluar el riesgo diferenciado por comuna a través del cálculo de la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM), con base en la información del periodo 2005 – 2008, se observa, que la zona rural y las comunas 4 y 9 son las que registran un exceso de mortalidad por esta causa, muy por encima de la razón de la ciudad de Cali, evidenciando un riesgo “muy alto” de mortalidad por esta enfermedad. Las comunas 1, 3, 8, 13, 14, 16, 18, 20 y 21 presentan un riesgo alto y las comunas 2, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 15 y 19 un riesgo “similar” a la ciudad de Cali. Solamente la comuna 17 presenta un riesgo inferior (Mapa 13).

Los dos grandes grupos en los que está dividido en riesgo, no hay características como estrato, nivel educativo máximo alcanzado o actividad económica principal que se repitan en todo el grupo y permitan intuir que dicha característica es un determinante del cáncer de cérvix. Sin embargo, todas las comunas que tienen un estrato moda 5, se encuentran en un riesgo bajo o similar al de la ciudad de Cali. Así mismo, el mapa señala tres zonas de alta mortalidad, la ladera, la zona centro-norte y la zona oriental.

Mapa 13. Razón Estandarizada de Mortalidad de Cáncer de Cérvix por comunas. Cali, 2005 - 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica

El estudio de mortalidad por cáncer de cérvix por estrato es relevante, en cuanto a que el estrato permite aproximarse a hacer agrupaciones por nivel de ingreso, en ausencia de más información. Esta relación ingreso-cáncer ha sido estudiada ampliamente, sobre todo desde la perspectiva del ingreso y su relación con el acceso a los servicios de salud de calidad. El estudio de Greenlee (2009), encontró que en los condados estadounidenses de mayor privación económica hay mayor prevalencia de cánceres (incluyendo cáncer cervical) en etapas más avanzadas y esto incrementa el riesgo de muerte por la enfermedad. Así mismo, Brookfield (2009) encontró que las mujeres con cáncer de cérvix invasivo, que tenían seguro o pertenecían a comunidades más acaudaladas, tenían mayor mediana de sobrevivencia, que las no aseguradas o pertenecientes a comunidades con más pobreza.

5.6.5 Comparación con otras poblaciones

Cali tiene una tasa de mortalidad por cáncer de cérvix más baja que Medellín, Bogotá y el país, pero más alta que el departamento del valle. En cuanto a la meta, Cali se ubica 0.4 puntos por encima, lo que implica un reto de reducción de 0.057 anual hasta el 2015.

Cuadro 38. Situación de Cáncer de Cuello Uterino expresada por 100,000 habitantes. 2007.

	Tasa por 1,000 hab.
Colombia (4)	10.9
Valle (2)	5.7
Bogotá (1)	6.9
Medellín (1)	6.9
Cali (3)	6.4

Fuente: 1 Planes locales de salud de Bogotá DC y Medellín. 2007. 2 DANE. 2007. 3 Estadísticas Vitales SSPM. 2008. 4 Tasa por 10 0,000 mujeres, 2003. Documento CONPES 91, 2005.

5.6.6 Acciones

Dado que es necesario fortalecer las acciones de prevención y control, encaminadas a impactar positivamente la reducción de la mortalidad por esta causa, acorde con las metas nacionales, la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali puso en marcha a partir de 2009 un Plan de Fortalecimiento de las Acciones de Prevención y Control de Cáncer de cérvix, que incluye 4 líneas de acción: Incremento de la cobertura de tamizaje, mejoramiento de la calidad de la atención y seguimiento, implementación de un sistema de vigilancia y educación y movilización social en torno al tema y viene fortaleciendo un espacio de interlocución y coordinación con los diferentes actores responsables de la problemática a través de la reactivación del Comité Interinstitucional.

Las acciones a desarrollar, están enfocadas a mejorar el acceso a diagnóstico y tratamiento temprano, a mejorar la calidad de vida de los casos diagnosticados y a reducir el riesgo de muerte por esta causa.

El seguimiento al objetivo del milenio, contribuirá también a la medición del impacto del Plan de fortalecimiento de las acciones de prevención y control del CA de cérvix.

Conclusiones

La razón de mortalidad materna ha venido descendiendo desde 1998 (RMM 96.8 por 100,000 N.V.), a pesar de los altibajos que ha tenido, hasta el año 2008 que se ubicó en 36 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, lo que significa que hace falta reducir un poco más de 14 muertes maternas por 100,000 N.V. hasta el año 2015.

Es fundamental para el logro de la meta, la reducción de la mortalidad evitable, insistiendo a los actores del Sistema de Seguridad Social en salud, sobre la importancia del seguimiento a la mujer embarazada para lograr los controles prenatales, la identificación del riesgo y la atención de calidad del parto.

Se recomienda hacer un seguimiento estricto al reporte de las EPS, para tener el indicador disponible en toma oportuna de decisiones.

En materia de planificación familiar, Cali ha mantenido niveles altos de cobertura en mujeres unidas, pero requiere incrementar las acciones sobre las mujeres adolescentes, que de acuerdo con la ENDS, tuvo un incremento en el período 1995-2005. Las comunas de riesgo son las 14, 13 y 11 primordialmente.

Cali tiene una tendencia a la reducción de muertes por cáncer de cérvix, que de continuar el comportamiento actual, logrará antes del 2015 el cumplimiento de la meta: 5.5 muertes por 100,000 mujeres. El grupo de edad más afectado es el de mayores de 65 años. No hay características relacionadas con el estrato socioeconómico.

Comparativamente con Medellín y Bogotá, Cali tiene una tasa de mortalidad por cáncer de cérvix menor, pero más alta que el departamento del Valle.



Marta Cecilia Jaramillo M.
Oscar Oliver Londoño A.
Emma Gloria Aristizábal V.
María Eugenia Cuadros P.
Antonio José Triana Y.
Alejandro Varela V.

6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria, el dengue y otras enfermedades⁵⁰

⁵⁰ Los autores agradecen la participación del Dr. Fernando Rosso MD, como experto y la contribución del Dr. Carlos Andrés Morales R y el Dr. Iván Felipe Mejía P.

6 Objetivo de desarrollo del milenio 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria, el dengue y otras enfermedades.

Para el 2000, año en que los países firmaron la Declaración del Milenio, en el mundo existían 1.6 millones de personas infectadas con VIH/SIDA, casi 20 años después, cuando en 1981 se declaraba el primer caso de SIDA (Carrasquilla, 1996). Desde entonces, la enfermedad ha cobrado la vida de 20 millones de personas en todo el mundo. La pobreza, las desigualdades sociales y el desconocimiento de las personas de ser portadoras, han permitido que el virus se abra camino, cruce fronteras y afecte las posibilidades de crecimiento de los países en vías de desarrollo.

Los esfuerzos de los países firmantes de la Cumbre del Milenio, han permitido rebajar la cifra de muertes, pero aún en el mundo continúa transmitiéndose y aumentando el número de casos de mujeres y niños contagiados por la enfermedad. En la declaración del Milenio, no sólo se incluye la reducción de casos de contagio, sino también el aumento de la cobertura de tratamiento, que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se hace indispensable reducir la incidencia de transmisión madre-hijo, para evitar la propagación del virus y asegurar un futuro mejor de los hijos y crecer al lado de su madre.

Según el informe de avances sobre los ODM, para América Latina y el Caribe, aún 1.6 millones de personas viven con VIH, requieren atención, seguridad y acceso a los medicamentos, por esta razón la región debe hacer esfuerzos en todos los países, de tipo político y económico, para ayudar a reducir las muertes por el virus.

El Objetivo incluye la atención de otras enfermedades que a pesar de no recibir atención mediática, están minando la vida de muchas familias que viven en condiciones de pobreza, donde proliferan la Malaria, el Dengue y la Tuberculosis; por ejemplo, anualmente el Paludismo provoca la muerte de un millón de víctimas, en especial niños; Un porcentaje muy alto teniendo en cuenta que hoy son enfermedades tratables y prevenibles.

Cuadro 39. Metas e indicadores universales, objetivo 6.

Metas universales	<p>Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Prevalencia del VIH en las personas entre 15 y 24 años</i> ▪ <i>Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo</i> ▪ <i>Proporción de la población de entre 15 y 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA</i> ▪ <i>Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos entre 10 y 14 años.</i>
	<p>Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales</i>
	<p>Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Incidencia y tasa de mortalidad asociadas a la malaria</i> ▪ <i>Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida y proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos contra la malaria adecuados</i> ▪ <i>Incidencia y tasa de mortalidad asociadas a la tuberculosis</i> ▪ <i>Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa</i>

Cuadro 40. Metas e indicadores CONPES 91, objetivo 6.

Metas Colombia	<p>Para 2015 haber mantenido la prevalencia de infección VIH/SIDA por debajo de 1.2%, en población general de 15 a 49 años de edad.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevalencia de infección por VIH/Sida en población general</i>
	<p>Reducir en 20% la mortalidad por VIH/SIDA registrada por el DANE durante el quinquenio 2010-2015, en comparación con la mortalidad reportada en el quinquenio 2005-2010.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mortalidad anual por Sida</i>
	<p>Reducir en 20% la incidencia de transmisión VIH/SIDA madre-hijo durante el quinquenio 2010-2015.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Incidencia de infección por VIH y/o Sida adquirido por transmisión vertical</i>
	<p>Para 2010 aumentar en un 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran, y para 2015 aumentar ésta cobertura en un 30%.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cobertura de terapia antirretroviral</i>
	<p>Reducir entre 1990 y 2015 los casos de mortalidad registrada por malaria.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Número de muertes por malaria</i> • <i>Razón de mortalidad por malaria</i>
	<p>Reducir en 45% la incidencia de malaria en municipios con malaria urbana con respecto a 2003.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Incidencia de malaria</i> • <i>Número de casos de malaria generados en municipios con malaria urbana</i>
	<p>En el 2015 haber reducido en 80% los casos de mortalidad por dengue con respecto al año 1998. (Meta numérica: 46 casos)</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Número de muertes por dengue</i>
	<p>Reducir a menos de 10% y mantener en éstos niveles los índices aédicos de los municipios categoría E, 1 y 2.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de municipios categoría Especial, 1 y 2, que mantienen los índices aédicos por debajo del 10%</i>

Cuadro 41. Metas e indicadores Cali, objetivo 6.

Metas Cali	<p>6.1 Para 2015 haber mantenido la prevalencia de infección VIH/SIDA por debajo de 1.2%, en población general de 15 a 49 años de edad.</p> <p><i>Indicador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Incidencia de infección por VIH/SIDA en población general de 15 a 44 años</i>
	<p>6.2 Reducir en 20% la mortalidad por VIH/SIDA registrada por el DANE durante el quinquenio 2010-2015, en comparación con la mortalidad reportada en el quinquenio 2005-2010.</p> <p><i>Indicador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Mortalidad quinquenal por VIH/SIDA</i>
	<p>6.3 Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010-2015, en comparación con la reportada en el quinquenio 2005-2010.</p> <p><i>Indicador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa de incidencia de infección por VIH/SIDA adquirido por transmisión vertical en población menor a 14 años</i>
	<p>6.4 Para 2010 aumentar en un 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran, y para 2015 aumentar ésta cobertura en un 30%.</p> <p><i>Indicador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa de cobertura de terapia antirretroviral.</i>
	<p>6.5 Para el 2015 reducir en un 85% los casos de muerte por malaria.</p> <p><i>Indicador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Número de muertes por malaria en un período determinado</i> ▪ <i>Razón de mortalidad por malaria</i>
	<p>6.6 Para el 2015, haber reducido en 80% los casos de mortalidad por dengue con respecto a 1998. (Meta numérica: 2 casos)</p> <p><i>Indicador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Número de muertes anuales por dengue.</i>
	<p>6.7 Reducir a menos de 5% y mantener en estos niveles los índices aélicos.</p> <p><i>Indicador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Índice aélico (porcentaje de sumideros que contienen larvas Aedes aegypti).</i>
	<p>6.8 Lograr un 85% de efectividad en el tratamiento anti tuberculosis para el año 2014.</p> <p><i>Indicador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Efectividad en el tratamiento antituberculoso</i>
	<p>6.9 Para el 2014 haber reducido a la mitad la mortalidad incidente del año 1990.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tasa de incidencia de tuberculosis de todos los tipos</i> ▪ <i>Tasa de mortalidad por tuberculosis</i>

Metas VIH/SIDA

6.1 **Meta: Para 2015 haber mantenido la prevalencia de infección por debajo del 1.2%, en la población general de 15 a 49 años de edad.**

6.1.1 *Definición del indicador y la meta*

Uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo, es la pandemia del VIH/SIDA. Colombia en la lucha contra la enfermedad, ha logrado mejorar la calidad y expectativa de vida en los pacientes, con adelantos importantes como el diagnóstico temprano, tratamiento integral, mayor adherencia al tratamiento, participación de la familia en el cuidado del paciente.

A pesar de estas mejoras, existen problemas de acceso a las pruebas diagnósticas, al tratamiento antirretroviral, la atención integral y multiresistencia a medicamentos.

Para el seguimiento y evaluación de esta meta, se requiere información de prevalencia⁵¹, pero ésta no ha sido medida en Cali, por esto se hace un análisis de la incidencia⁵² para comprender la dinámica de la enfermedad.

Indicador: Incidencia de infección por VIH/SIDA, en población general de 15 a 49 años. El indicador se refiere al número de personas que se diagnostican por enfermedad entre los 15 y 49 años de edad por cada 100,000 individuos en el mismo rango de edad, residentes en Cali, en un año determinado.

Meta: Los estudios de prevalencia no son competencia municipal. Para la incidencia no hay una meta definida.

6.1.2 *Tendencia:*

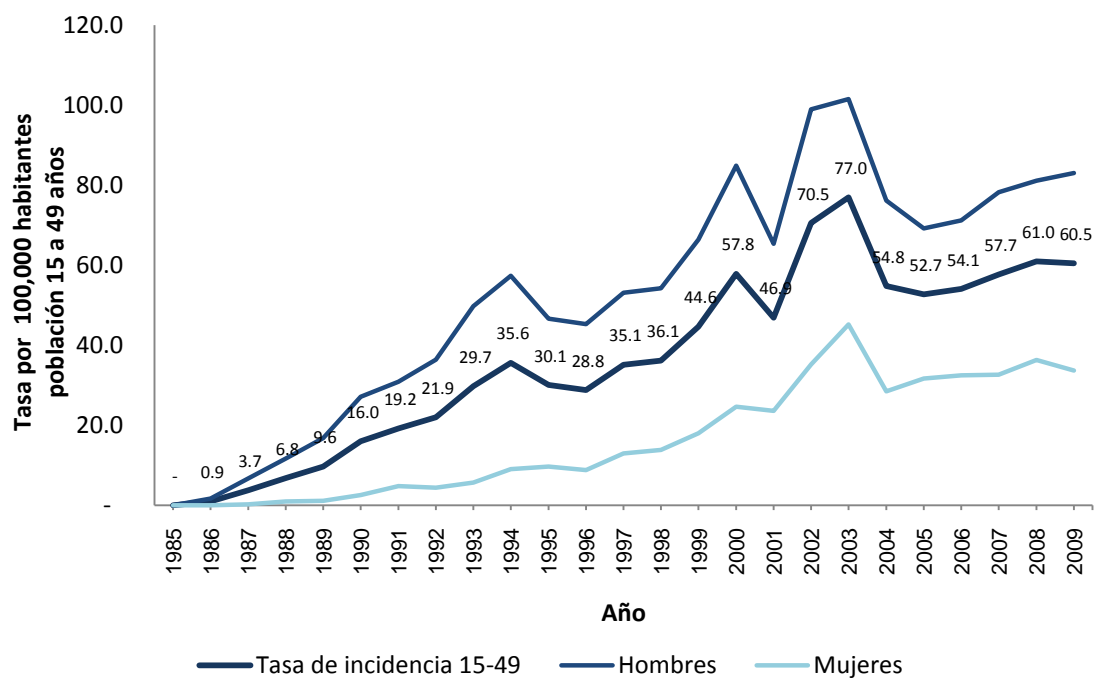
La Figura 52, muestra la tasa de incidencia de VIH/SIDA en la población de 15 a 49 años, entre 1985 y 2009, donde a pesar de que la tendencia general es al aumento, desde el año 2002 muestra un punto de cambio con una tendencia hacia el descenso, alcanzando una tasa de incidencia para este grupo de 60.5 personas con VIH/SIDA por 100,000 individuos. En 1985 se detectó el primer caso en Cali y se hizo evidente un incremento sostenido de la incidencia, así entre 1990 y 2000 ascendió en 42 puntos la incidencia, alcanzando una tasa de 58 por 100,000 personas, la mayor tasas se encontró en 2002 y 2003 por la búsqueda activa de casos. En la última década ha habido fluctuaciones anuales, con una tendencia a la disminución desde 2003, alcanzando una tasa de incidencia para este grupo en 2009, de 60.5.

La tendencia en hombres y mujeres ha presentado similares fluctuaciones, sin embargo, la pendiente en la tendencia de la tasa de incidencia en las mujeres es mayor que en los hombres, reduciendo la brecha de una (1) mujer por cada cinco (5) hombres en la década de los noventa, a una (1) mujer por cada 3.3 hombres.

⁵¹ Prevalencia es el número personas o individuos que presentan una determinada enfermedad o problema de salud en un período determinado en una población.

⁵² La incidencia de una enfermedad es el número de casos diagnosticados en una población a lo largo de un determinado período de tiempo.

Figura 52. Tasa de incidencia modelada del VIH/SIDA en población de 15 a 49 años. Cali, 1985 – 2009.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica. DANE Censos 1985, 1993 y 2005⁵³

6.1.3 Contexto

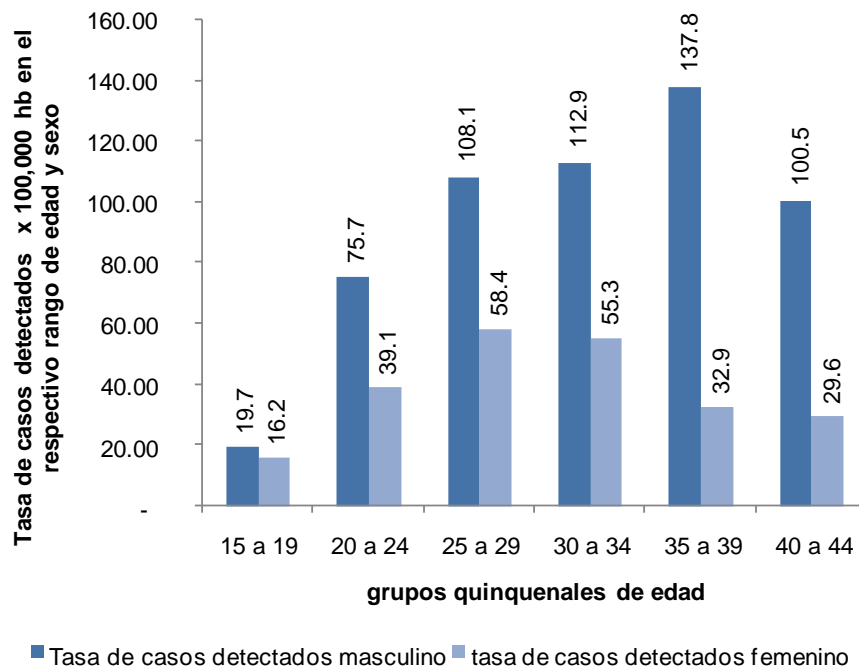
Para el 2008, el VIH/SIDA en el rango de edad 15 a 49 años representó 83% del total de casos registrados en el año, de éstos, el 31% de los afectados fueron mujeres. La proporción de casos en el sexo femenino ha ido en aumento, para el año 1990 el 9%, al final de la década de los 90 había aumentado a 21% y para el año 2003 era de 31%, proporción que se ha mantenido en los últimos años.

En período 1985 – 2009, los grupos de edad con mayor número de casos detectados, son el de 25 a 29 años con una mediana de 85 casos (máximo 155 casos en 2008) y el de 30 a 34 con una mediana de 84 casos (máximo valor 183 en 2003). Para los hombres el grupo más afectado es el de 25 a 29 años con una mediana de 70 en el período.

Para 2008, los hombres presentan la mayor tasa de casos detectados en el rango de edad de 35 a 39 años (Figura 53).

⁵³ La población de los demás años está calculada a partir de estos censos, considerando un modelo exponencial. 1985 - 1993 y 1993 2005, para cada grupo de edad. Ejercicio elaborado por el Dr. Oscar Londoño.

Figura 53. Tasa de casos detectados de VIH/SIDA por 100,000 habitantes según rango de edad y sexo. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica

El Cuadro 42, muestra los casos nuevos de VIH/SIDA diagnosticados entre 2000 y 2008, según el régimen de seguridad social. Para 2008, aproximadamente el 48% de las personas infectadas pertenecían al régimen contributivo, el 17% al subsidiado y un 18% eran pobres no asegurados (PNA).

Para los menores de 18 años, entre 1990 y 2009, el 44% de los casos de VIH/SIDA pertenecían al régimen subsidiado (131 casos) y el 26% al régimen contributivo (76 casos).

En el año 2002 y 2003, hubo un incremento del 58% con respecto al 2001, luego un descenso y ha tenido una leve tendencia al aumento hasta 2008, cuando se diagnosticaron 893 casos de VIH/SIDA.

Cuadro 42. Casos diagnosticados VIH/SIDA por seguridad social. 2000-2008

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Contributivo	388	269	593	651	392	297	361	398	427
Subsidiado	123	100	153	139	171	197	134	148	145
PNA	46	89	149	219	186	172	199	179	149
Sin Dato	178	208	157	120	52	105	83	116	172
TOTAL	735	666	1052	1129	801	771	777	841	893

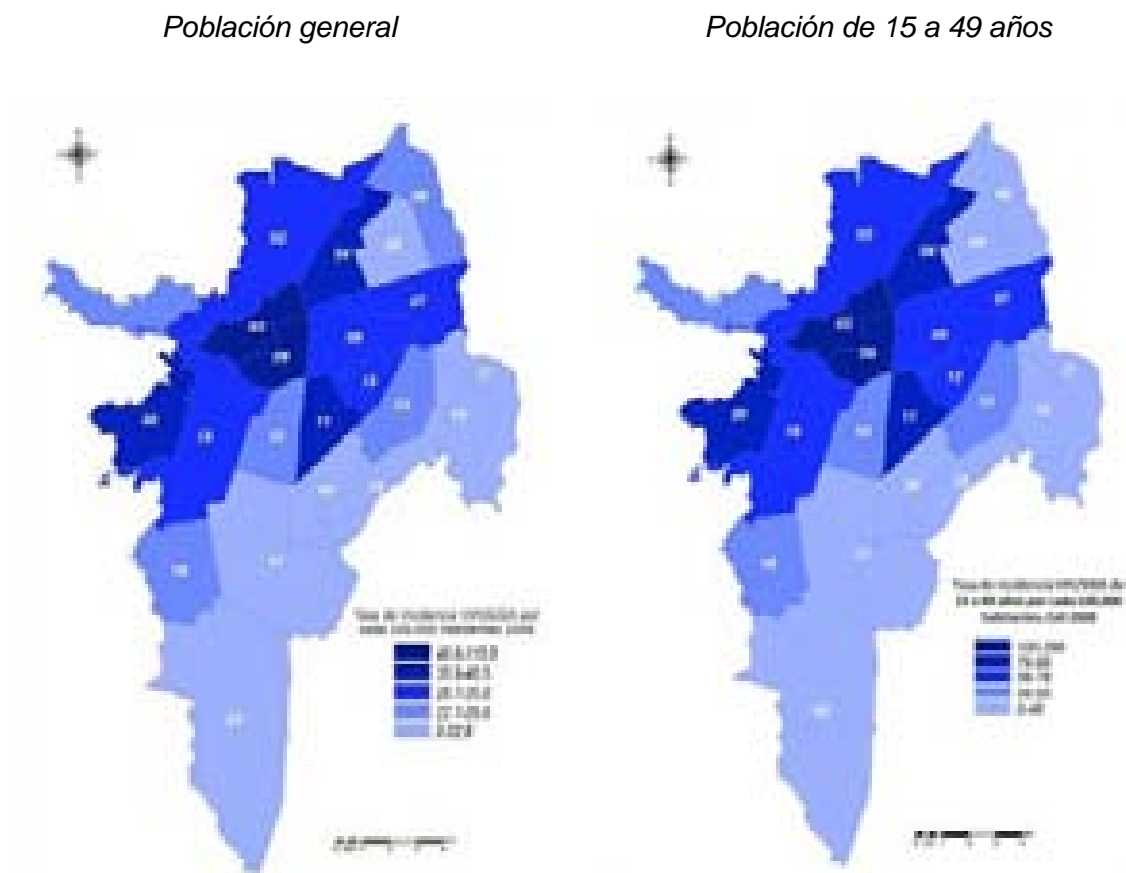
Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

6.1.4 Georreferenciación

El Mapa 14 muestra para el año 2008, que los casos detectados de VIH/SIDA de la población general en comparación con la población de 15 a 49 años, presentan la misma distribución geográfica para las comunas con mayor o menor incidencia. La mayor incidencia para la población general, la presentó la comuna 3 con una tasa de 115.82 casos detectados de VIH/SIDA por 100,000 habitantes, seguido por una tasa de 63 casos detectados de VIH/SIDA por 100,000 habitantes en las comunas 9 y 13, en el área rural la tasa fue de 47.61 casos de VIH/SIDA por 100,000 habitantes.

Las comunas 3 y 9 son vecinas, tienen una estructura similar por estratos, máximo nivel educativo alcanzado y sector económico predominante y en ambos casos el grupo poblacional mayor estuvo entre 20 y 24 años en 2005, estas comunas presentan también la más alta de incidencia de sífilis congénita. Pese a estas similitudes, no es posible concluir que la incidencia de VIH/SIDA tenga alguna relación con el estrato, nivel educativo o tipo de actividad comercial, es así como en otras comunas (8 y 11) tienen características similares y su tasa de incidencia no es tan alta. Estos resultados son coherentes con los encontrados por Natrass (2009), quien concluye que la pobreza afecta la vulnerabilidad de las personas a infectarse con VIH, pero que los determinantes más poderosos para la adquisición del virus, son los factores sociales y comportamentales. Holtgrave y Crosby (2003) encontraron que el capital social juega un papel más importante que la pobreza, en su relación con el riesgo de adquisición de VIH/SIDA.

Mapa 14. Incidencia del VIH/SIDA en la población general y en la población de 15 a 49 años. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica

6.1.5 Comparación con otras poblaciones

Con los datos del DANE 2008 (Cuadro 43) en el grupo de edad de 15 a 49 años, muestra que Barranquilla presenta la mayor tasa de mortalidad entre las principales ciudades de Colombia, seguida por Cali.

Para las mujeres, en este grupo de edad, Cali presenta la mayor tasa de mortalidad, con 6.6 muertes por 100,000 mujeres, superior al promedio nacional (3.6), seguida de Barranquilla y Medellín con 3.8 y 3.4 respectivamente.

Cuadro 43. Tasa de mortalidad VIH/SIDA 15 a 49 años. Principales ciudades y Colombia, 2008.

Región	Tasas mortalidad por 100,000
Colombia	7.2
Cali	12.1
Bogota	6.4
Medellín	8.9
Barranquilla	16.0

Fuente: DANE 2008

6.2 Meta: Reducir en 20% la mortalidad por VIH/SIDA durante el quinquenio 2010-2015, en comparación con la mortalidad reportada en el quinquenio 2005-2010.

6.2.1 Definición del indicador y la meta

El indicador para esta meta es la *tasa de mortalidad anual por VIH/SIDA*, que expresa el número de muertes ocurridas por esta enfermedad anualmente, en función del total de la población a mitad de período. La meta es la reducción para el período 2010-2015 de un 20% de las muertes por VIH/SIDA, ocurridas en el período 2005-2010.

Esto plantea un gran reto para la ciudad, en términos de los programas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento temprano y oportuno, que se deben que realizar para que la mortalidad por esta causa se reduzca para 2015, en la proporción establecida por los ODM.

Indicador: Mortalidad quinquenal por VIH/SIDA: Número de muertes por VIH/SIDA en un quinquenio, sobre el total de la población a mitad de período, por 100,000 habitantes.

Meta: Reducir en 20% la mortalidad por VIH/SIDA durante el quinquenio 2010-2015, en comparación con la mortalidad reportada en el quinquenio 2005-2010, a mitad de período.

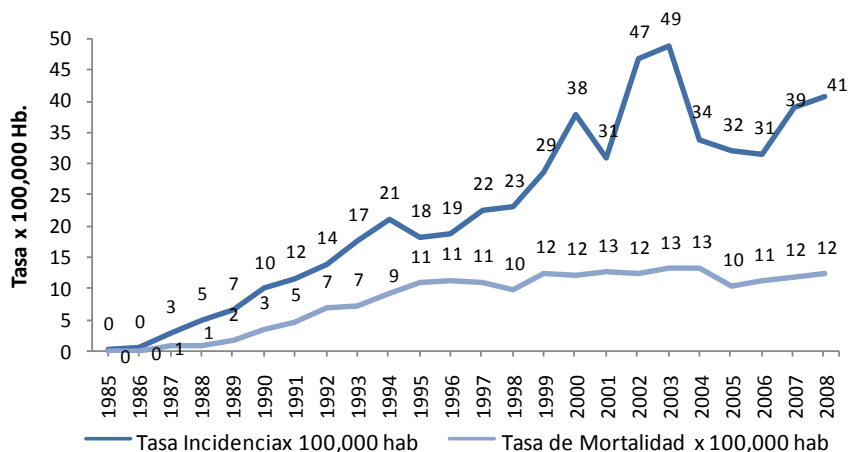
6.2.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

La tasa de mortalidad por VIH/SIDA en Cali, ha tenido un comportamiento creciente entre 1985 y 2008 como lo muestra la

Figura 54. Las primeras muertes por esta enfermedad ocurrieron cuando se diagnosticaron los primeros casos, alrededor de 1985. Para el año 2008, la tasa de mortalidad fue de 12.3 muertes por cada 100,000 habitantes. En la última década, el valor más alto de la tasa se alcanzó en 2004, con 13.2 y el menor, en 2005, con 10.2 muertes por 100,000 habitantes.

En el quinquenio 2004-2008, la tasa de mortalidad fue de 58.3 por 100,000 habitantes (un promedio de 11.7 por 100,000 cada año) Para el cumplimiento del objetivo en el próximo quinquenio se requiere una reducción de 2.3 puntos cada año, para alcanzar una tasa de 46.8 muertes por cada 100,000 habitantes.

Figura 54. Tasa de mortalidad e incidencia del VIH/SIDA por 100,000 habitantes. Cali, 1985–2008.



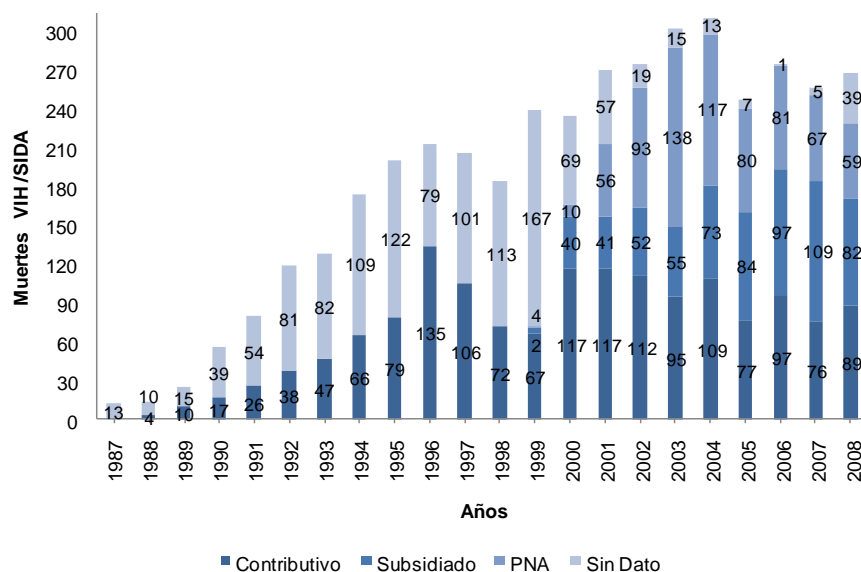
Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

6.2.3 Contexto

Al analizar las muertes por VIH/SIDA, según el tipo de seguridad social (Figura 55), se puede observar que desde el inicio del periodo y hasta el 2002, la mayoría de las muertes se presentaban en el régimen contributivo, a partir de ese año y hasta el 2004, el primer lugar lo ocupó la población pobre no asegurada (PNA), con un promedio de 107 muertes por año, seguido por el régimen contributivo con 98 muertes por año y por el subsidiado con 66.

A partir del año 2005, el régimen con mayor número de muertes es el subsidiado, seguido por el contributivo y por la PNA. Entre los años 2000 y 2008, al 9.2% de las muertes no se les conoce el tipo de aseguramiento

Figura 55. Número de muertes VIH/SIDA según seguridad social. Cali, 1987 – 2008.

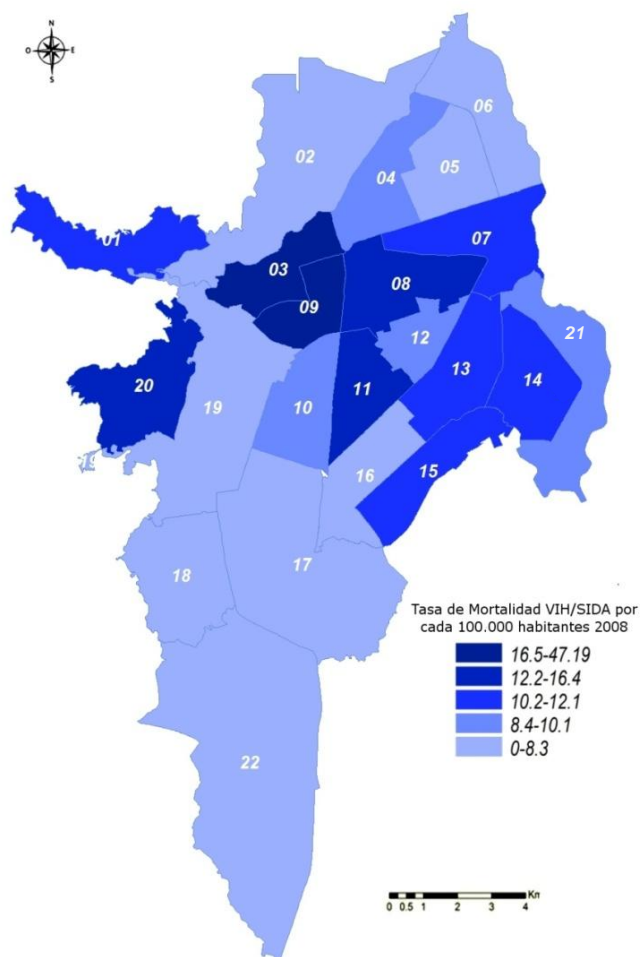


Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica

6.2.4 Georreferenciación

En el Mapa 15, muestra la tasa de mortalidad del VIH/SIDA para Cali en el 2008, la mayor tasa se presenta en la comuna 3 con 47.2 por cada 100,000 habitantes, valor que es más del doble que la segunda en la lista, la comuna 9, que cuenta con una tasa de 21.7 por cada 100,000 habitantes. Estas son las mismas comunas que presentan mayor tasa de incidencia y se encuentran geográficamente juntas. La tercera comuna es la 11 con una tasa 16.4 por cada 100,000 habitantes. Estas tres comunas son similares en su estructura por estratos, por máximo nivel educativo alcanzado (entre 38.4% y 40.2% de la población no cuenta con estudios posteriores a la primaria) y en su estructura por sector de actividad económica (predomina el sector comercio). Además de estas comunas, la 20, la 8 y la zona rural tienen tasas por encima del promedio municipal. La comuna 5 que tiene una tasa de 2.8 por cada 100,000 habitantes y las comunas 17 y 18 que tienen unas tasas de 5.9 y 5.7, son las de menor mortalidad (coinciden también con las de menor incidencia), pero en este caso no se encuentran características comunes identificables, como en el caso de las tres de más alta mortalidad, por eso, se recomienda realizar un estudio detallado de las características de las personas que mueren por VIH/SIDA, para buscar si existen variables socioeconómicas que hacen más proclive a contraer esta enfermedad.

Mapa 15. Tasa de mortalidad VIH/SIDA. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

6.2.5 Comparación con otras poblaciones

Como se muestra en el Cuadro 44, en 2008, Barranquilla presentó la más alta tasa del país, coherente con lo observado en el grupo de 15 a 44 años. Cali se encontró por encima del promedio nacional, Medellín y Bogotá, ésta última tuvo la más baja tasa entre las ciudades principales.

Cuadro 44. Mortalidad por VIH/SIDA. Cali, 2008.

Región	Número de muertes	Tasa x 100,000 hb.
Cali	196	8.9
Medellín	147	6.4
Barranquilla	156	13.3
Bogotá	329	4.6
Colombia	2392	5.4

Fuentes: DANE 2008

6.3 Meta: Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010.

6.3.1 Definición del indicador y la meta

La transmisión vertical se presenta de madre a hijo. Para medirla, el indicador planteado en el CONPES, es la tasa de *incidencia de infección por VIH/SIDA adquirido por transmisión vertical en un quinquenio*, calculada como el número de infecciones por VIH/SIDA, en la población menor de 5 años, sobre el total de la población en ese rango de edad, en el quinquenio.

La meta del milenio para el período 2010-2015, es reducir el 20% del promedio de la tasa de incidencia del quinquenio 2005-2010.

En Cali, se ha venido haciendo seguimiento a la incidencia de VIH en población menor a 14 años y población menor a 2 años. Solo existe el dato de transmisión vertical para el año 2008, por lo que se asumirá la misma meta que a nivel nacional,

Para el análisis se tomará la incidencia en menores de 14 años y menores de 2 años anual y se presentará el 2008, para el estudio de la incidencia de la enfermedad en menores de 5 años.

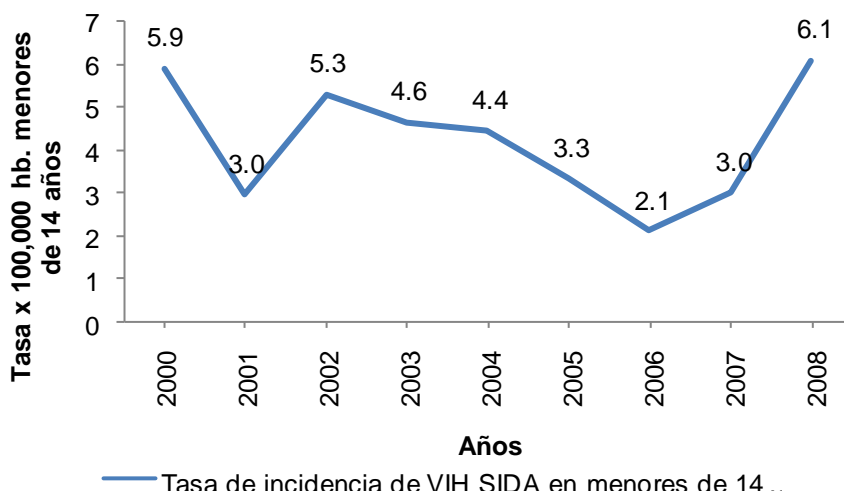
Indicador: Tasa de incidencia de infección por VIH/SIDA adquirido por transmisión vertical en población menor a 5 años.

Meta: Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010.

6.3.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

La Figura 56, muestra el comportamiento de la incidencia del VIH/SIDA en población de cero (0) a 14 años entre 2000 y 2008, que venía disminuyendo hasta 2006, con 2.1 muertes por 100,000 menores de 14 años y volver a ascender en 2008, con el indicador más alto del período de 6.1 por cada 100,000 personas de 0 a 14 años.

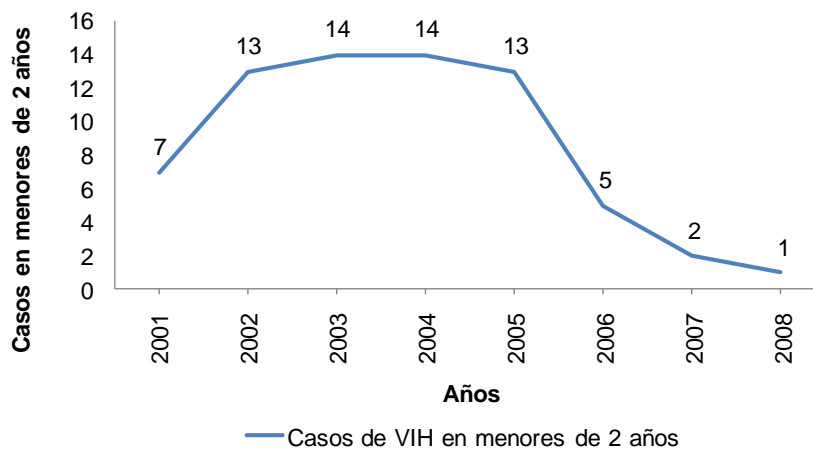
Figura 56. Incidencia VIH/SIDA en población menor de 14 años. Cali, 2000 – 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

Para los menores de dos años (Figura 57), el número de casos de transmisión vertical fue mayor en 2003 y 2004, con 14 casos y de allí pasó a un solo caso en el 2008.

Figura 57. Casos de VIH/SIDA en menores de 2 años. Cali, 2001 - 2008

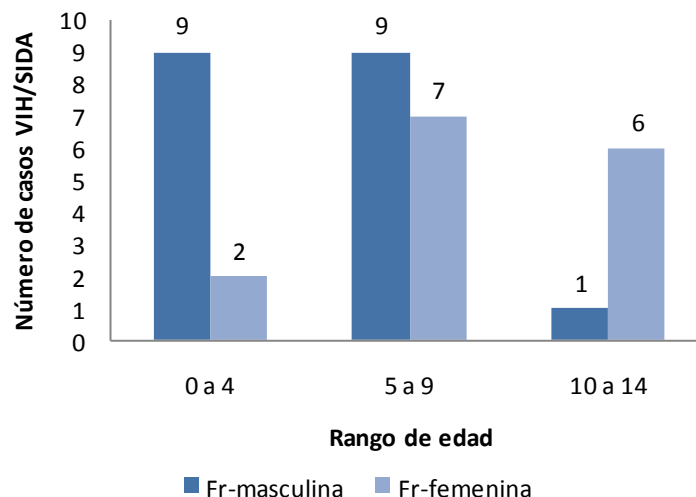


Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

6.3.3 Contexto

A pesar que sigue siendo mayor el diagnóstico de VIH/SIDA en la población masculina, en los menores de 14 años se presentó en 2008 un 44% de casos en las mujeres, la proporción más alta para todos los grupos de edad. La Figura 58 presenta la distribución de casos de VIH/SIDA por edades y sexo de la población menor a 15 años en el 2008, se observa que los niños menores de cinco años diagnosticados con VIH/SIDA son 9 hombres y 2 mujeres (1.2% del total de casos), lo que equivale a una tasa de 7.8 por 100,000 en ese rango de edad.

Figura 58. Número de casos VIH/SIDA por rango de edad y sexo. Cali, 2008.



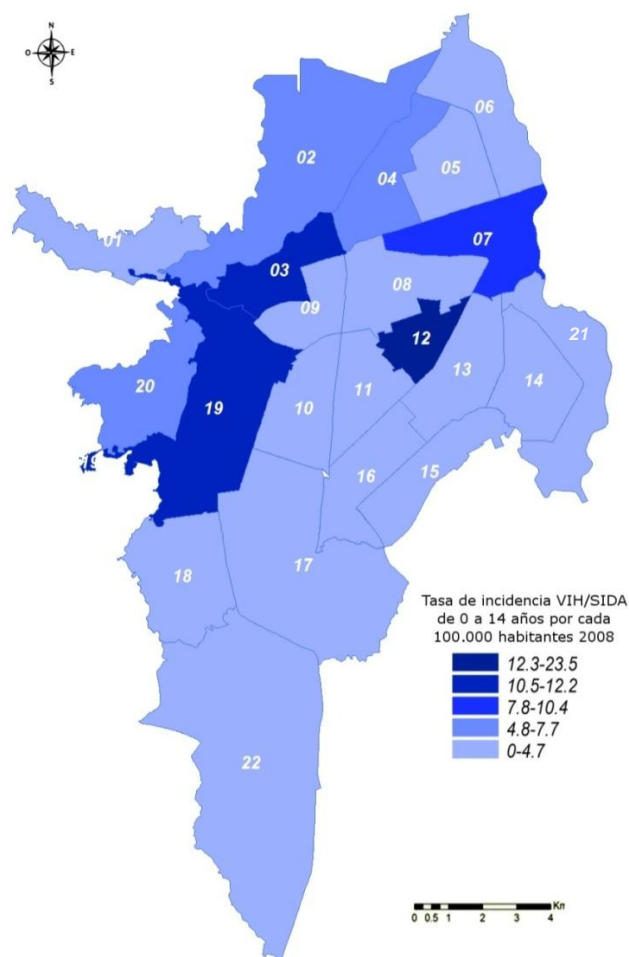
Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

6.3.4 Georreferenciación

La comuna con mayor tasa de incidencia de VIH/SIDA en menores de 15 años es la 12, seguida por las comunas 19, 3 y 7, con una incidencia alrededor de 50% menor que la primera (Mapa 16). De acuerdo a los datos del Censo poblacional, en la comuna 12 la cohorte de mayor tamaño fue la de niños entre 5 y 14 años y presenta una reducción en el tamaño de la cohorte de 0 a 4 años, el estrato moda es 3 y el nivel educativo máximo predominante es la secundaria. En el 2005, la comuna 3 tenía una pirámide con grupos de 5 a 20 años de similar tamaño, pero con una cohorte de 0 a 4 años muy amplia, la segunda después del grupo de 20 a 24 años, el estrato moda es 3 y el máximo nivel educativo predominante es la secundaria. Por su parte, la comuna 7 en el 2005 tenía una pirámide poblacional con nuevas cohortes, cada vez más pequeñas que las anteriores, siendo la cohorte de 10 a 14 años la más grande de todas, el nivel educativo predominante es secundaria y el estrato moda es 3. En la comuna 19, se ha iniciado un proceso de inversión de la pirámide poblacional, la cohorte más amplia es la de 20 a 24 años, el estrato moda es 5 y el nivel educativo predominante es profesional.

Si se consideran algunos factores socioeconómicos que pudieran afectar la incidencia de VIH/SIDA en la población menor de 15 años, se podría decir que no hay características de estructura por estratos, por máximo nivel educativo alcanzado o por tipo de actividad económica predominante, que sean comunes a las comunas 3, 7, 12 y 19. A diferencia de lo observado en los otros grupos de edad, la comuna 9 no presenta incidencia alta para los menores de 15 años.

Mapa 16. Incidencia de VIH/SIDA en menores de 15 años. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

6.3.5 Comparación con otras poblaciones

No hay disponibilidad de datos para realizar comparaciones entre ciudades en términos de la tasa de incidencia, debido a las diferencias de medición de la transmisión vertical. En Cali se encontró que en 2008, el 1.2% de los casos de SIDA fue en menores de 5 años, siendo un porcentaje similar al que tuvo Antioquia en el 2007, año en el cual el porcentaje fue de 1.1% según el SIVIGILA.

6.4 Meta: Para 2010 aumentar en un 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran y para 2015 aumentar esta cobertura en un 30%.

La terapia antirretroviral, fue incluida en el Plan Obligatorio de Salud en Colombia a partir de 2005, Cali no cuenta con información sobre cobertura de uso de medicamentos antirretrovirales, por consiguiente no es posible evaluar este objetivo. Se recomienda iniciar una medición de este tipo, para poder evaluar el cumplimiento de la meta.

Metas malaria

La malaria es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. Se estima que el total de casos clínicos podría alcanzar entre 300 y 500 millones al año y de ellos, el 90% ocurre en África Tropical y del 10% restante, más de dos terceras partes, se concentran en la India, Brasil, Sri Lanka, Afganistán, Vietnam y Colombia, en orden descendente. En Colombia en 1990 hubo 99,480 casos reportados.

Los **indicadores** para medir este objetivo son:

El Número de muertes por malaria, en un período determinado

La Razón de mortalidad por malaria, una medida que muestra la proporción de muertes por malaria en población que se encuentra a riesgo.

Según el Conpes Social 91, se considera como población en área de riesgo a:

- Poblaciones rurales de municipios ubicados por debajo de los 1,800 metros y para las cuales se cuenta con evidencia histórica de transmisión de malaria.
- Poblaciones urbanas o urbano marginales de municipios ubicados por debajo de 1,800 metros, con evidencia de ocurrencia de casos de malaria urbana.
- Poblaciones urbanas de municipios ubicados por debajo de los 1,800 metros, con condiciones ambientales de carácter rural o con alta penetración en zona rural por las actividades económicas.

Cali, es una ciudad por debajo de 1,800 metros del nivel del mar, pero no presenta evidencia de malaria urbana, por lo tanto, la población no es considerada población en área de riesgo. Sin embargo en el año 1995 se presentó un caso inicial autóctono en la comuna 1 en el barrio Vista hermosa, al cual se le hizo vigilancia y se controló totalmente. En el área rural, hay tres (3) corregimientos donde existe el vector transmisor de la malaria, pero no el parásito, se hace control muy riguroso y permanente al vector: El Hormiguero, Cascajal y Navarro. Los casos de malaria que se presentan en Cali, se dan por la movilidad de los habitantes de la ciudad desde y hacia zonas de riesgo.

La segunda meta para la reducción de la malaria, apunta a la reducción de su incidencia en municipios con malaria urbana. Para medirla se usan dos indicadores: el primero es la *incidencia de malaria en municipios con malaria urbana*, que expresa la relación entre los casos de malaria y la población que vive en zonas de riesgo. Este indicador da cuenta de la probabilidad de contraer la enfermedad entre la población a riesgo. El segundo indicador es *número de casos de malaria en municipios con malaria urbana o alto riesgo de urbanización de la malaria*, este indicador expresa el número absoluto de casos de malaria que ocurren en municipios que tienen focos de malaria urbana o que se encuentran en alto riesgo de urbanización de esta enfermedad. Sin embargo, Cali no es una ciudad con malaria urbana, por lo cual un análisis de la incidencia no se hace relevante.

La meta de reducción de la malaria no sería relevante para Cali, sin embargo se ha decidido adoptar la meta de reducción de la mortalidad.

En ausencia de un indicador para determinar la población en riesgo, (que para el caso caleño sería mejor definida, como la población que visita las zonas con alta incidencia de malaria), en el cálculo de los indicadores se utilizaría la población total, pero esto no permitiría la comparación con indicadores de zonas expuestas a riesgo.

Dadas estas características se adopta la meta siguiente:

6.5 Meta: Reducir en 85% los casos de mortalidad por malaria

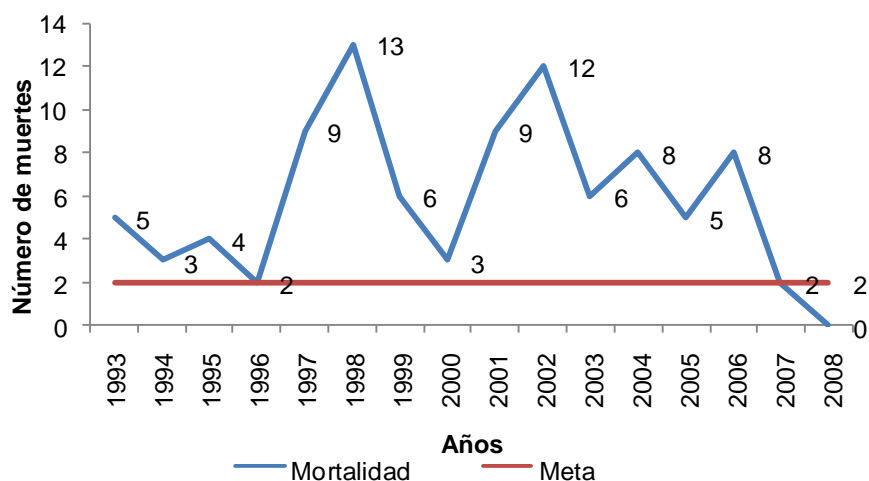
6.5.1 Definición del indicador y la meta

Meta: En el 2015, haber reducido en 85% los casos de mortalidad por malaria. Partiendo de una línea de base de 13 casos en 1998, se espera llegar a 2 casos en el 2015.

6.5.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

La mortalidad por malaria en Cali no muestra una tendencia clara, a pesar de que en los últimos años hay menor número de muertes, 2 en el 2007 y ninguna en 2008. Si se mantiene la situación, se mantendrá el cumplimiento, de forma anticipada, de la meta propuesta en los ODM (Figura 59).

Figura 59. Número de muertes por malaria. Cali, 1993 – 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

6.5.3 Contexto

En Colombia, hay un predominio de casos de malaria por *Plasmodium vivax* sobre el falcíparum, sin embargo en el litoral pacífico predominan los casos transmitidos por *Plasmodium Falcíparum* en un 90% de las veces.

El mayor número de casos se presenta en población con alta movilidad, procedente en su gran mayoría del litoral pacífico, entre ellos: Buenaventura, Guapi, Timbiquí y otros del suroccidente como Caquetá y Putumayo.

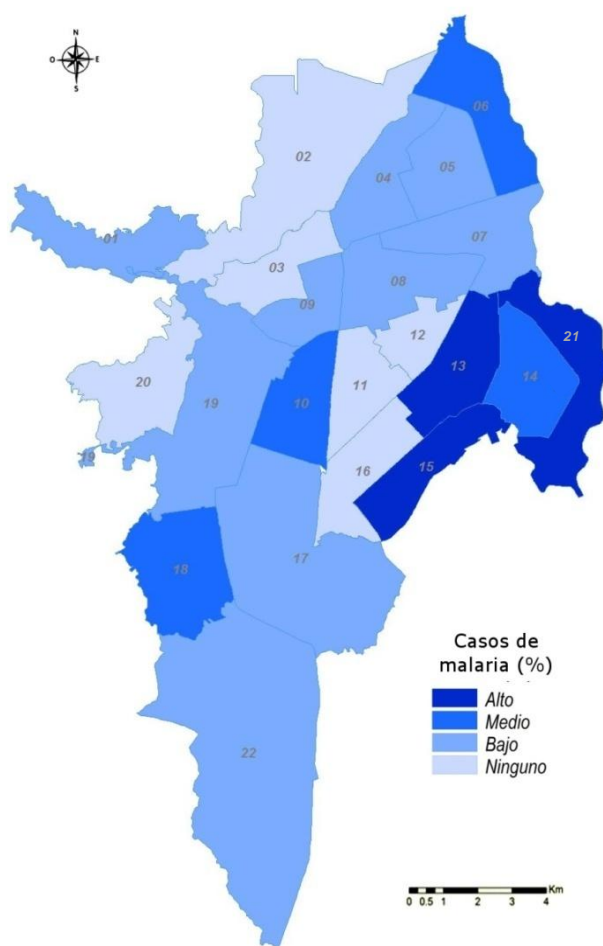
En 2008 en la ciudad de Cali, del total de casos reportados con diagnóstico de Malaria por *Plasmodium Falcíparum*, 5 evolucionaron a malaria complicada. Los casos eran

procedentes de Buenaventura, Guapi y Barbacoas, en los tres (3) departamentos del litoral pacífico del Suroccidente de Colombia: Valle, Cauca y Nariño.

6.5.4 Georreferenciación

En 2008, las comunas de alto riesgo son la 13, 15 y 21 (Mapa 17), ubicadas en el oriente de Cali y donde reside población procedente del Pacífico Colombiano en más de un 50%. En riesgo medio se encuentran las comunas 6, 10, 14 y 18. Sin embargo, como se dijo anteriormente el riesgo está dado por la movilidad de las personas hacia zonas endémicas de malaria, principalmente en el litoral pacífico del suroccidente Colombiano, No hay casos autóctonos de malaria.

Mapa 17. Distribución de casos de malaria por comunas (cuartiles). Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

6.5.5 Comparación con otras poblaciones

La comparación de malaria con otras ciudades del País no aplica porque Santiago de Cali no es municipio endémico.

Metas dengue

6.6 Meta: Para el 2015, haber reducido en 80% los casos de mortalidad por dengue con respecto a 1998.

El dengue es un virus que puede concluir en la muerte de la persona infectada y es considerado un problema de salud pública. La vigilancia del dengue es importante, tanto por los cambios que se han presentado en el entorno y que favorecen la transmisión del virus, como por sus particularidades y tratamiento que hacen más difícil la tarea de controlar su difusión. El virus del dengue tiene cuatro serotipos (dengue 1, dengue 2, dengue 3 y dengue 4) y puede ser clásico o hemorrágico, este último puede causar la muerte.

El proceso de urbanización y la mayor densidad poblacional, son factores que incrementan la probabilidad de transmisión del virus. La producción de recipientes descartables también implica un riesgo, por la probabilidad de convertirse en criaderos del vector. Otro factor importante es la facilidad y frecuencia de transporte, que se ha presentado en los últimos 20 años, para el traslado del virus de un centro poblacional a otro.

El organismo transmisor de la enfermedad, el *Aedes Aegypti* ha reinfestado la mayor parte de América tropical, es resistente a insecticidas y no existe una vacuna eficaz para combatir su transmisión.

6.6.1 Definición del indicador y la meta

La reducción de la mortalidad por dengue ha sido incluida, por Colombia, dentro de los objetivos del milenio a cumplirse en el año 2015. Cali ha asumido el mismo indicador y meta que a nivel nacional.

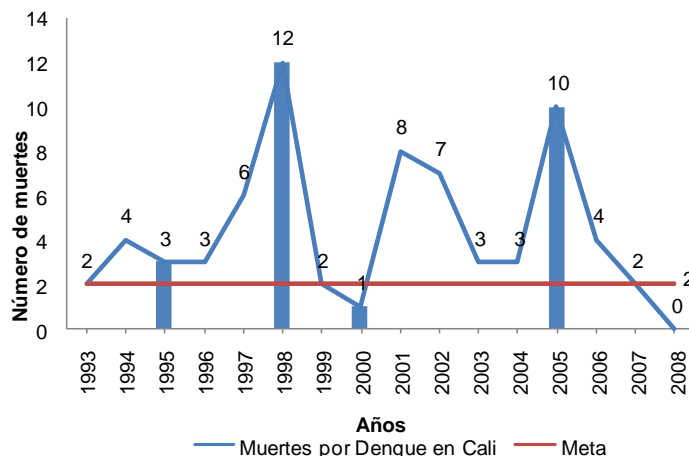
Indicador: Número de muertes anuales por dengue.

Meta: Reducir en un 80% los casos de mortalidad por dengue. Tomando como año base 1998 donde se presentaron 12 muertes, se planea llegar, en 2015, a 2 muertes anuales ocasionadas por dicho virus.

6.6.2 Tendencia y cumplimiento de la Meta

Desde 1993, se han presentado un promedio de 4 muertes anuales por dengue; 1998 y 2005 han sido los dos años con mayor número de muertes (12 y 10 respectivamente). En el año 2005, circuló por primera vez el serotipo 3, lo que indica que la población no tenía inmunidad. En los últimos tres años los casos de mortalidad, vienen en reducción constante y en los años 2008 y 2009 no se presentó ninguna muerte. Se debe continuar con la vigilancia y prevención de la enfermedad para mantener a la ciudad en cumplimiento anticipado de la meta. (Figura 60)

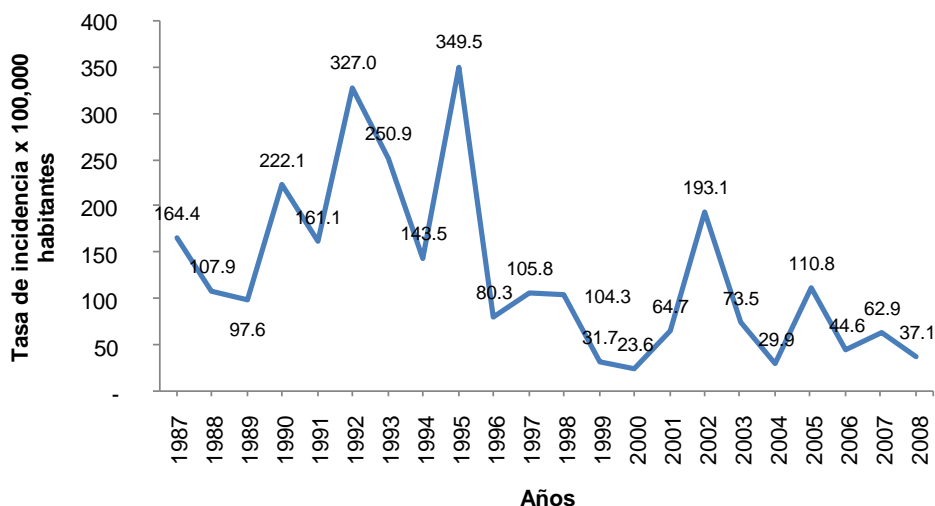
Figura 60. Número de muertes por dengue. Cali, 1993 – 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

Si bien el indicador establecido en los ODM, se refiere a las muertes por el virus, es importante hacer un análisis de la incidencia, para ver el comportamiento referente a los nuevos casos de dengue cada año. En la **Figura 61**, se observan picos epidémicos en los años 1990, 1992, 1993, 1995 y 2002 (en todos estos años, se han presentado casos de mortalidad estadísticamente superiores a la media, con un 95% de confianza), este último se originó probablemente por la única interrupción del programa Dengue de la SSPM, además de ser un año que tuvo fenómeno del niño. Los picos epidémicos tienen que ver con el incremento de las lluvias y su control se hace sobre las larvas y vectores mediante campañas de saneamiento básico.

Figura 61. Tasa de incidencia de dengue. Cali, 1985 – 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

En cuanto a los picos epidémicos es importante resaltar, que si se calcula la tasa letalidad por dengue, por cada mil casos en el año, se encuentra que en 1998 fue de 6 muertes por cada 1,000 casos, en 2002 de 5.7 y en 1995 de 0.5 personas murieron por cada 1,000 que adquirieron el virus, por lo que no necesariamente hay coincidencia con el mayor número de casos.

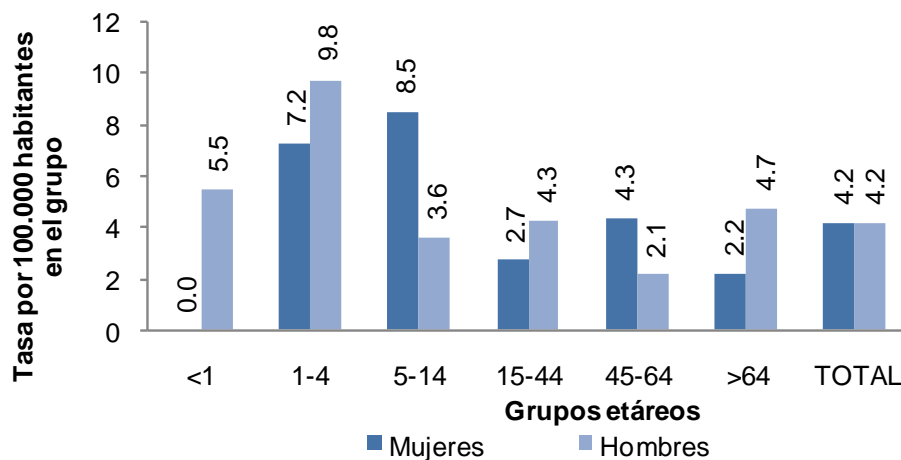
A partir de 2002, la enfermedad presenta un comportamiento endémico, con tendencia a la disminución, por la mejor cobertura de control de larvas y mosquitos, a través de la estrategia de vigilancia y control de la Secretaría de Salud Municipal de Cali.

6.6.3 Contexto

En el año 2008 se presentaron 874 casos de dengue, de ellos, 92 fueron casos de dengue hemorrágico. No se presentó ninguna muerte (**Figura 62**). El 52.2% de los casos de dengue hemorrágico se presentaron en mujeres, la incidencia más alta en hombres fue en el grupo de 1 a 4 años, donde 9.8 hombres de cada 100,000 tuvieron dengue hemorrágico y en mujeres en el grupo de 5 a 14 años, 8.5 mujeres de cada 100,000 padecieron dengue hemorrágico. En la población general, la tasa de incidencia de dengue fue de 4.2 por cada 100,000 habitantes.

Para el dengue clásico, la mayor incidencia está en los menores de un año, seguido de los de 5 a 14 años. Es mayor en hombres (43.0 por 100,000 hombres), que en las mujeres (28.9 por 100,000 mujeres)

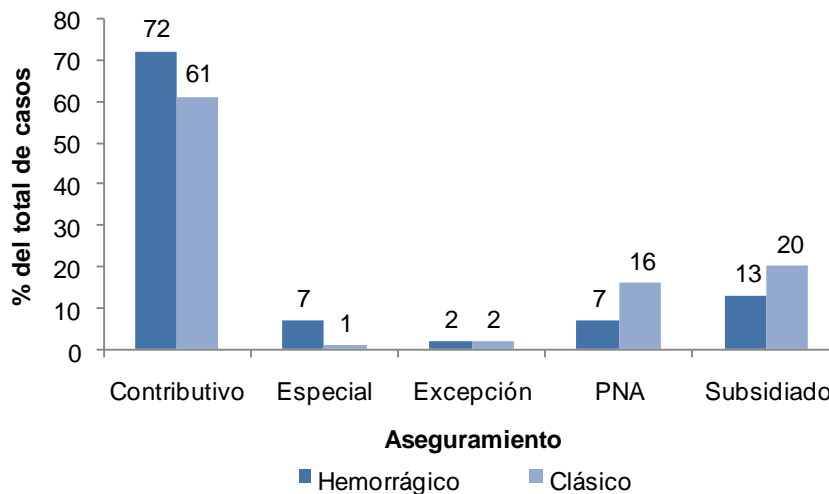
Figura 62. Tasa de incidencia de Dengue Hemorrágico por edad y sexo. Cali, 2008.



Fuente: SSPM, DAPM y Cálculos propios.

El 72% de los casos de dengue hemorrágico se presentaron en población afiliada al régimen contributivo y un 7% en población no afiliada. El 16% de las personas con diagnóstico de dengue clásico en el 2008, no contaba con seguridad social, mientras que el 61% pertenecían al régimen contributivo (Figura 63).

Figura 63. Casos de Dengue Hemorrágico y Clásico por tipo de aseguramiento. Cali, 2008.

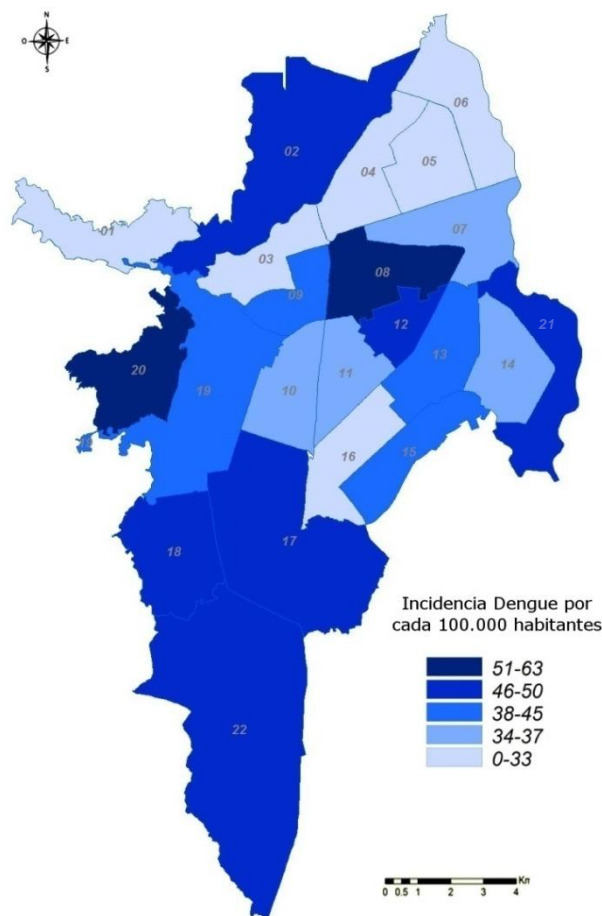


Fuente: SSPM, DAPM y Cálculos propios.

6.6.4 Georreferenciación

La tasa de incidencia de dengue más alta se encontró en 2008, en las comunas 8 y 20 con una incidencia entre 51 y 63 casos por 100,000 habitantes, seguida de las comunas 2, 12, 21, 17, 18 y 22 con una incidencia de 46 a 59 casos de dengue por 100,000 habitantes. Las comunas 3, 4, 5, 6 y 16 tienen una tasa de incidencia muy baja, menor de 33 por 100,000 (Mapa 18).

Mapa 18. Incidencia de dengue por comunas. Cali, 2008.



Fuente: SSPM, DAPM y Cálculos propios.

Las comunas de más alta incidencia de dengue no son las mismas que aquellas en las cuales hay un mayor índice aéxico, lo que puede sugerir que el contagio no se da en la zona en la que la persona reside. La comuna 20, con una de las incidencias más altas, no tiene control de larvas en sumideros por tratarse de una comuna en ladera.

La comuna 8 (con alta incidencia), no tiene índices aéxicos altos, pero limita con una de las cinco comunas que tienen un alto índice aéxico, es la segunda comuna con mayor número de establecimientos industriales de la ciudad, después de la comuna 3, que tiene baja incidencia de dengue. La zona sur de la ciudad tiene una alta incidencia de dengue, lo que puede sugerir la necesidad de focalizar esfuerzos en esa zona para combatir este virus.

6.6.5 Comparación con otras poblaciones

La ciudad capital con mayor incidencia de dengue en el país, es Cúcuta, en la cual la tasa de incidencia en el 2007 se ubicó en 563.6 por cada 100,000 habitantes, Medellín, tuvo

una tasa de 111.0 y Cali 62.9 casos por 100,000 habitantes. Cúcuta también tuvo la mayor tasa de mortalidad por dengue en el 2007 con 1.3 por cada 100,000 habitantes, ubicándose por encima de las tasas de Cali, con 0.1 por 100,000 habitantes y de Medellín que no reportó muertes (Cuadro 45).

Cuadro 45. Tasas de incidencia y mortalidad por Dengue. Principales ciudades y Colombia, 2007 – 2008.

	Tasas de incidencia Dengue						Tasa de Mortalidad Dengue	
	Tasa por 100,000 hab						Total	
	Clásico		Hemorrágico		Total		2007	2008
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Colombia (1)	ND	ND	ND	ND	98.9	ND		
Cali(2)	ND	35.6	ND	4.2	62.9	39.8	0.1	-
Medellín (3)	110.2	7.9	0.8	-	110.0	7.9	-	-
Cúcuta (4)	475.3	ND	88.3	ND	563.6	ND	1.3	N.D

Fuentes: (1) Fuente de los casos: MPS-INS. SIVIGILA (2007). (2) SSPM (3) Dirección seccional de salud de Antioquia. (4) Fuente de los casos: Plan de desarrollo 2008-2011, Cúcuta. Fuente de la población: Proyecciones DANE (2007)

6.7 Meta: Para el 2015, haber reducido a menos de 5% y mantener en estos niveles los índices aélicos.

6.7.1 Definición de la meta y el indicador

Los municipios con índices aélicos por debajo del 10%, son considerados a nivel nacional como municipios con riesgo de transmisión de dengue controlado. La meta nacional pretende que los municipios con categoría especial, uno(1) y dos (2) logren disminuir a menos de 10% dichos índices; desde 1994 Cali, municipio de categoría especial, puso en marcha un programa de prevención y control del dengue, para mantener una meta más ambiciosa con un índice más bajo.

Indicador: Índice aélico, definido como el porcentaje de sumideros que contienen larvas *Aedes Aegypti*.

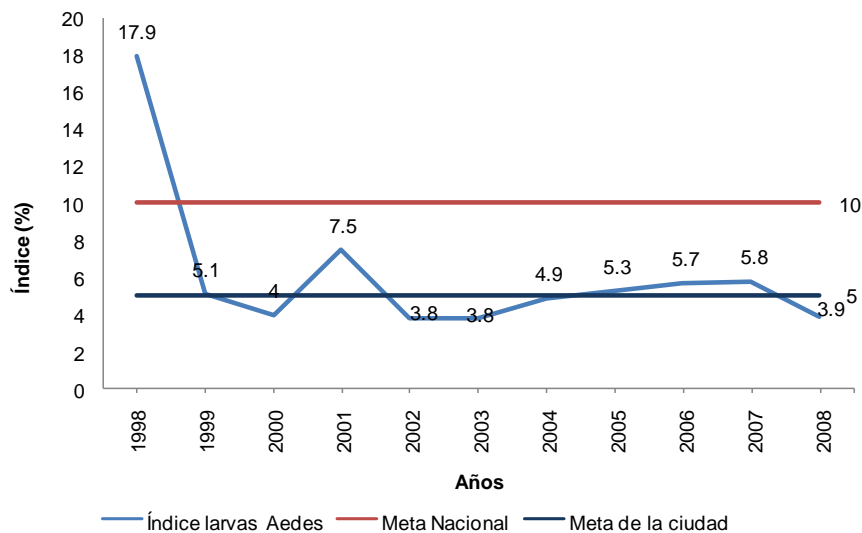
Meta: Mantener el índice de larvas de *Aedes Aegypti* en depósitos (sumideros) por debajo del 5%.

6.7.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

Desde 1999 hasta 2008, Cali ha estado muy cerca del cumplimiento de la meta (**Figura 64**). con un promedio del índice ha sido 4.98%⁵⁴,

⁵⁴ Desde 1999, ha sido 6.15% con intervalo de confianza del 95%: (3.43%, 8.88%)

Figura 64. Promedio de índice aéxico. Cali, 1998 – 2008.

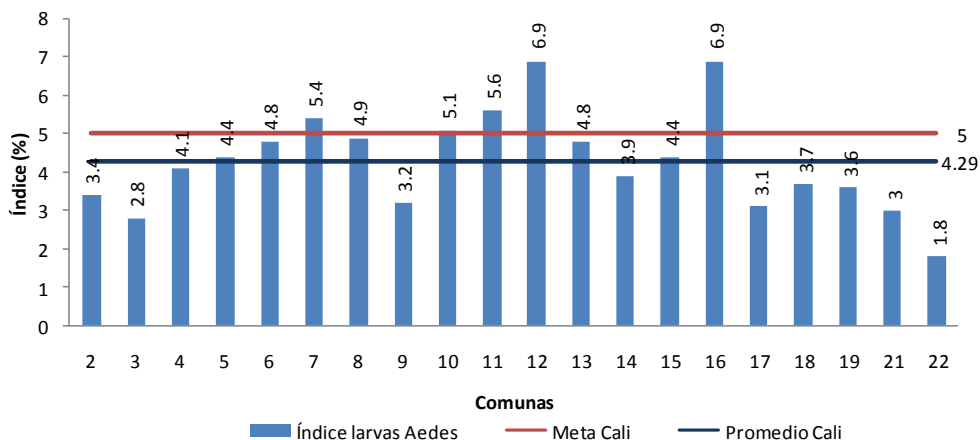


Fuente: Programa dengue SSPM

6.7.3 Contexto

El programa de control integral del medio ambiente en Cali, se realiza en todas las comunas, excepto la 1 y la 20, que son las de ladera. Los valores superiores a la media se encuentran en las comunas 10, 11, 12, 16 y 17⁵⁵, no cumplieron con la meta de mantener el índice bajo 5%, sin embargo, las otras 15 comunas estudiadas sí se logró (Figura 65).

Figura 65. Promedio de índice de recipientes (sumideros) de larvas *Aedes Aegypti* por comuna. Cali, 1998 – 2008.



Fuente: Programa Dengue SSPM

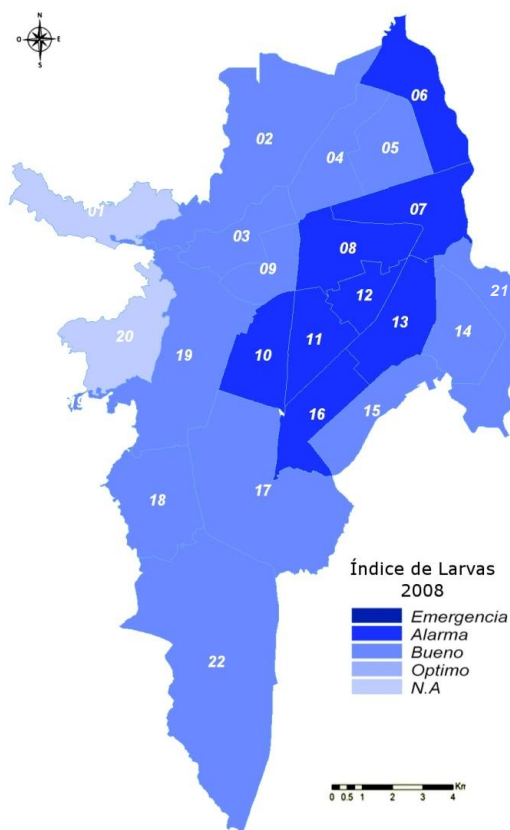
⁵⁵ Con intervalo de confianza 3.7% a 4.9%.

6.7.4 Georreferenciación

La ciudad en general está catalogada como controlada, aunque hay algunas comunas en alarma, como las comunas 7, 10, 11, 12 y 16. A las comunas 1 y 20, por estar ubicadas en la zona de ladera no se les realiza control. Las comunas 10, 11, 12 y 16 limitan entre sí y son muy cercanas a la comuna 7, que es una comuna que limita con el río Cauca. Estas comunas no son similares en la estructura por estratos (la comuna 7 y 12 sí son similares, pero diferentes al resto), pero sí en su estructura por nivel educativo (exceptuando la comuna 10, entre el 40% y el 46% de la población, no tienen estudios más allá de la primaria), aunque otras comunas con estructura similar, no tienen tan altos índices. En todas estas comunas, el sector comercio es el predominante (Mapa 19).

Dado que las características socioeconómicas descritas, no están presentes en todas las comunas con altos índices aédicos, se recomienda realizar un estudio que permita, determinar las razones por las cuales los mayores índices aédicos, se encuentran en gran parte de la zona oriental y nororiental de la ciudad.

Mapa 19 Proporción de sumideros riesgosos en *Aedes Aegypti* por Comuna. Cali, 2008⁵⁶.



Fuente: Programa Dengue SSPM

⁵⁶ Índice aédico: Emergencia: <10%, alarma: 6-10%, bueno: 5%, óptimo: <5%; NA: no aplica.

Metas tuberculosis

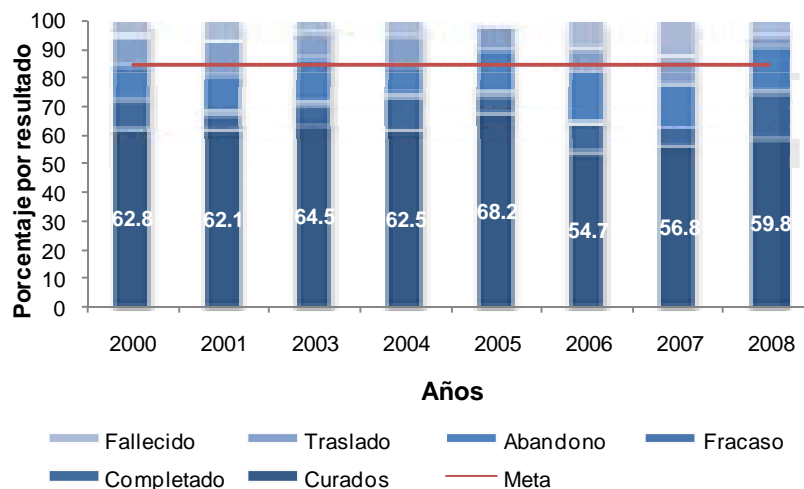
6.8 Meta: En el 2014 haber alcanzado un 85% de efectividad en el tratamiento antituberculoso.

6.8.1 Tendencia y meta

Los años en los cuales Cali ha estado más cerca de la meta del milenio son 2005 y 2003. En 2008, la ciudad se encontraba a 14.2 puntos de lograr la efectividad del 85% en el tratamiento. La Figura 66, muestra el resultado del tratamiento de las personas con tuberculosis pulmonar (TBP) y la baciloscopia (Bk⁵⁷) positiva.

Se entiende por paciente curado, el que ha terminado su terapia antituberculosa y los controles de Bk son negativos y por completado, al paciente que termina su terapia antituberculosa, pero no tiene su último control de Bk (6°mes).

Figura 66. Resultados de tratamiento de casos TBP Bk+ nuevos cohortes. Cali, 2000 - 2008.



Fuente: SSPM-PCTB

6.8.2 Contexto

El porcentaje de abandono para el periodo 1998-2008, registra una tendencia ascendente, condición de egreso, considerada una amenaza para el cumplimiento de los ODM, que además de desencadenar muertes y resistencia a los fármacos, se asocia con una pobre red de apoyo, mala calidad y oportunidad de la atención (Salazar-Gonzales y otros 2004).

El comportamiento de las cohortes de tratamiento antituberculoso, describe una persistente y alta proporción de no adherencia a tratamiento. Esto pone en duda la calidad de la aplicación de la estrategia DOTS⁵⁸ en Cali, sin embargo, cuando se hace el ejercicio

⁵⁷ Bk: Baciloscopia, viene de Bacilo de Koch, en honor a Robert Koch su descubridor

⁵⁸ El término "tratamiento directamente observado" estuvo en uso durante varios años antes de que fuera modificado por la OMS a "tratamiento acortado directamente observado" en 1995 y empleado para designar a una estrategia completa para el control de la tuberculosis. El término

de estratificación por aseguramiento se observan tasas de éxito iguales o superiores en el régimen contributivo (Comfandi, Comfenalco, Salud Total). El plan de lucha contra la tuberculosis de Cali 2008 – 2011, inició la implementación de una estrategia de atención integral, que permita mejorar el curso de los resultados de tratamiento, al aumentar la adherencia.

En 2008, las personas con TBC que pertenecían al régimen contributivo, tenían un porcentaje de curación de 69%, 14 pp por encima del subsidiado, 18 pp por encima del vinculado y 16 pp por debajo de la meta.

Con respecto al abandono (meta 5%), el contributivo tuvo un porcentaje 5.7%, mientras que el subsidiado y el vinculado, tienen un porcentaje de 17.8% y 23.8% respectivamente, lo que pone en evidencia la falta de capacidad para lograr mayor adherencia al tratamiento (pobre red de apoyo). En el caso del régimen especial, la curación fue de 100%.

En la Figura 67, se muestra la positividad de la baciloscopia (Bk), el promedio de Bk y el número de sospechosos examinados. La captación de sintomáticos (tosedores de 15 o más días) resulta del cociente de los examinados efectivamente con Bk en esputo seriado (#3) y los sintomáticos detectados. La figura muestra el comportamiento del número de sospechosos examinados, que se incrementa en los últimos cinco años.

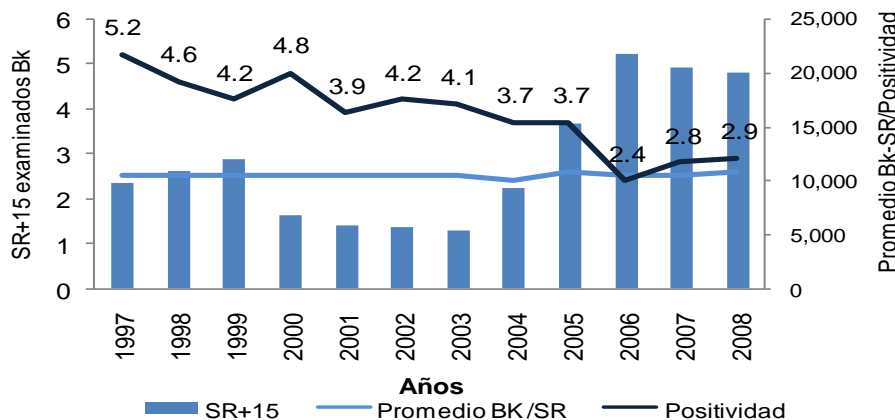
El rendimiento del Bk, depende del número de examinados y del promedio de Bk/paciente. Cuando este último se conserva igual o mayor de 2.5, el rendimiento es superior al 95%.

La positividad de la baciloscopia (detección de casos Bk+) depende del promedio de Bk/paciente y de la carga de enfermedad existente. Las otras variables no medidas, que también son factores de rendimiento, son la calidad de sintomático y de muestra (toma y proceso de laboratorio).

El porcentaje de positividad para Cali, presentó un descenso a partir de 2004 (3.7%), cuando se inició el proceso de seguimiento y evaluación del programa en las aseguradoras, llegando a 2.9% en el 2008. La positividad encontrada en 2008, en el régimen contributivo fue de 1.6% y de 4.2% en el subsidiado y PNA; lo que indicaría que la probabilidad de encontrar enfermos en el no contributivo es mayor que en el contributivo.

"DOTS" parece recalcar el componente de la observación directa en la estrategia, pero todos los aspectos son esenciales y el DOTS no es más un acrónimo sino la "marca de fábrica" de la estrategia de la OMS para la lucha antituberculosa.

Figura 67. Indicadores de gestión del Programa de Control de la Tuberculosis. Cali, 1997 - 2008.



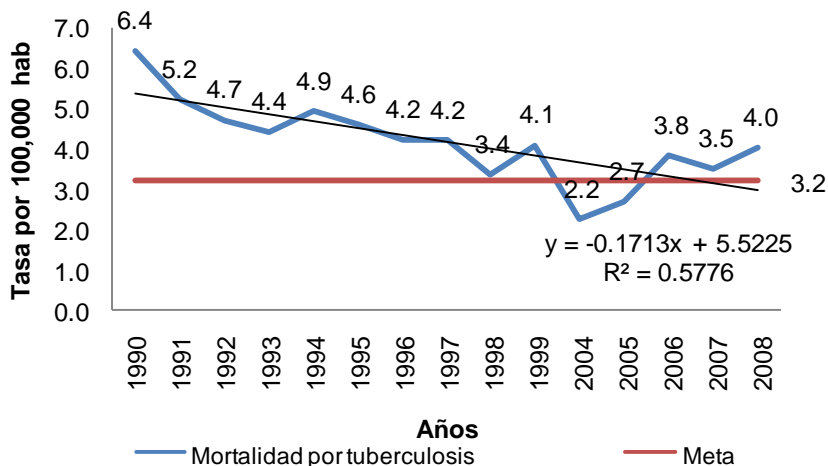
Fuente: SSPM-PCTB

6.9 Meta: En el 2014, haber reducido a la mitad la mortalidad incidente de tuberculosis respecto a 1990. (Meta: Tasa de mortalidad de 3.2 por cada 100,000 habitantes)

6.9.1 Tendencia y meta

En el período 1990 a 2008, la mayor tasa de mortalidad se presentó en 1990 y la menor en el 2004 y ha aumentando hasta una tasa de 4 muertes por 100,000 habitantes en 2008. Para lograr la meta en 2015 se requiere una reducción efectiva de 0.13 muertes por 100,000 por año (Figura 68). La tendencia de la tasa de mortalidad tiene una pendiente de -0.17 lo que indica que es posible alcanzar dicha reducción, con estrategias como mejorar la adherencia al tratamiento y combatir la drogoresistencia a fármacos de primera línea.

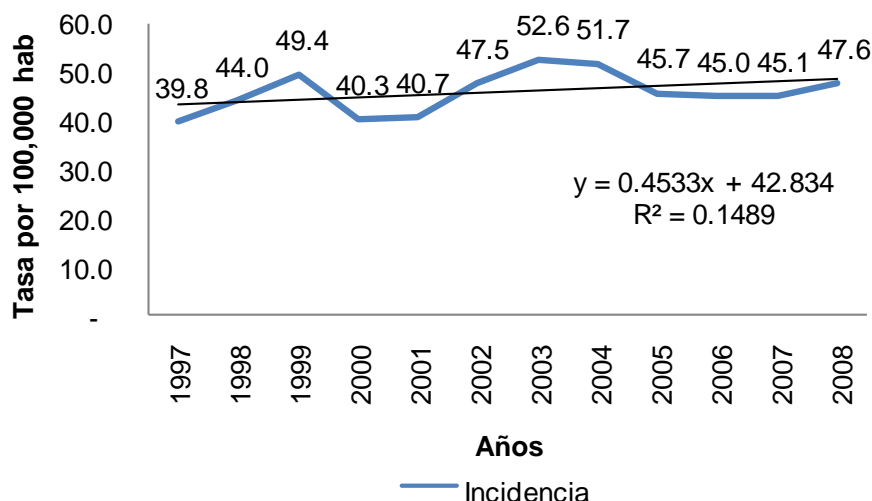
Figura 68. Tasa de mortalidad por tuberculosis. Cali, 1990 – 2008.



Fuente: Estadísticas vitales SSPM-PCTB

A pesar de que cada vez hay más IPS públicas y privadas, que reciben asistencia técnica y realizan mayor búsqueda, detección y tratamiento, hay una tendencia a mayor número de enfermos, al igual que riesgo de enfermarse, cualitativamente similares, lo que significa que las condiciones para la infección y la enfermedad prevalecen (Figura 69).

Figura 69. Tasa de incidencia de tuberculosis. Cali, 1997 – 2008.



Fuente: SSPM – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

6.9.2 Contexto

En 2008, el 81.9% de los casos corresponden a TBP, que afecta más al grupo de 20 a 29 años (25.7%), la tuberculosis extrapulmonar (TBE), afecta más al grupo de 35 a 44 años, con un 26.7%.

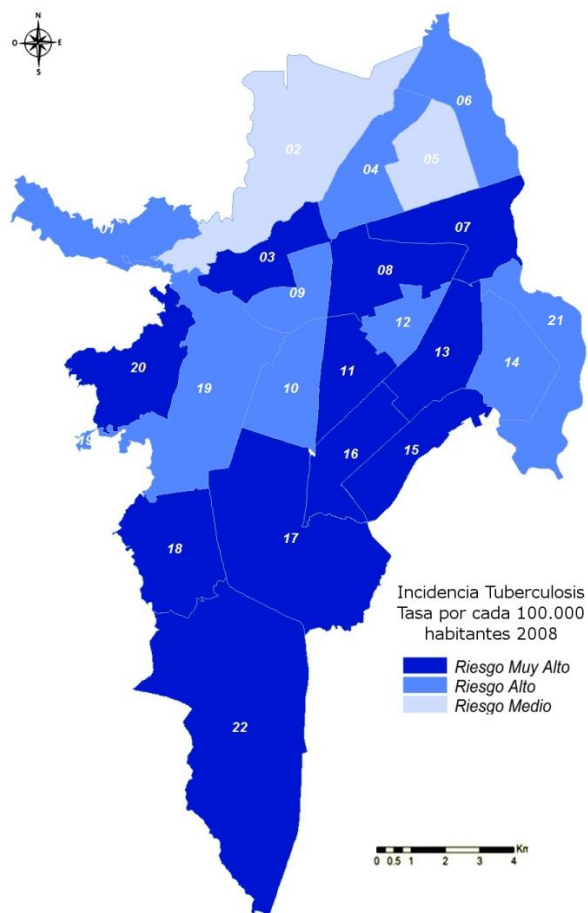
La TBP, representa el 77% de los casos en niños y el 100% en mayores de 90 años. El 59.8% de los infectados eran hombres.

El municipio presenta una incidencia que es 1.9 veces mayor a la nacional (25 X 100,000) y en la clasificación internacional de riesgo, se ubica en el rango de (25-50 x 100,000 habitantes).

6.9.3 Georreferenciación

Diez de las veintidós comunas de Cali, tienen un riesgo superior a 50 por 100,000, lo cual las ubica como comunas en riesgo muy alto (3, 7, 8, 11, 13, 16, 17, 18, 20 y 22). De estas comunas, la única con estrato moda 1, es la comuna 20 y la única con estrato moda 6 es la 22, la mayoría son comunas de estratos 2 y 3. Sólo dos de las comunas se encuentran en riesgo medio (5 y 2), comunas similares en nivel educativo, más no en estrato o sector económico predominante. Las comunas 18 y 20, son comunas de ladera y la comuna 22, está ubicada a las afueras de la ciudad (**Mapa 20**). Exceptuando las comunas 3 y 20, las comunas de riesgo muy alto están unidas en sus límites formando una franja oscura que va del sur al nororiente de la ciudad.

Mapa 20. Tasa de incidencia de tuberculosis por 100,000 habitantes, distribución por comunas. Cali, 2008.



Fuente: SSPM-Vigilancia Epidemiológica

6.9.4 Comparación con otras poblaciones.

La tasa de mortalidad por tuberculosis de Cali en el 2007, fue la más alta entre las principales ciudades, en el 2008 disminuyó la brecha que lo separaba de Medellín en 0.4 puntos, pero aún se ubica 0.2 puntos por encima (Cuadro 46).

Cuadro 46. Tasa de mortalidad por tuberculosis. Principales ciudades y Colombia, 2007 - 2008.

	Tasa por 100,000Hab	
	2007	2008
Medellín	3.6	4.1
Bogotá	1.1	1.3
Cali	4.2	4.5
Barranquilla	4.8	3.9
Colombia	2.8	2.6

Fuentes: DANE 2007-2008.

Conclusiones

El análisis continuado de los casos notificados de VIH/SIDA muestra que, desde 2002 en la ciudad de Cali, la propagación empieza a reducirse en la población general, similar a lo que está ocurriendo en el mundo. Sin embargo, los grupos de alto riesgo, como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSM), mujeres trabajadoras sexuales, adictos a drogas inyectables que comparten jeringas, han mantenido su prevalencia e incidencia.

Los adolescentes (entre 15 y 19 años) están aumentando la tasa de incidencia y en las menores de 14 años en 2008 se presentó el 44% de los casos.

Cali ha realizado en los últimos años una búsqueda activa de casos, lo que permite visibilizar una mayor incidencia de VIH/SIDA, en comparación con las ciudades capitales y el promedio del país.

La tasa de incidencia y la tasa de mortalidad por VIH/SIDA en las mujeres ha ido en aumento, por ejemplo, la incidencia ha pasado de una (1) mujer por cada cinco (5) hombres en la década de los noventa, a una (1) mujer por cada 3.3 hombres en la actualidad.

Las comunas 3 y 9 presentan mayor número de casos detectados de VIH/SIDA, coincidiendo también en el mayor número de sífilis congénita, mortalidad materna e infantil, por lo tanto, se hace necesario un trabajo intersectorial e interinstitucional, para combatir los problemas sociales desde su raíz.

Cali no es una ciudad endémica de malaria, desde 1995 no hay casos autóctonos. Los casos provienen de población que visita la zona pacífica principalmente y que habitan en las comunas 13, 15 y 21, donde existe un alto porcentaje de población migrante de esas zonas.

La incidencia de tuberculosis para Cali, en el período 1997-2008, presenta una tendencia creciente. El evento/enfermedad está asociado a la carga de infección tuberculosa y a condiciones de inmunosupresión, que desequilibran la balanza (infección/enfermedad) a favor de enfermedad.

Si bien, la estrategia con poliquimioterapia (4 fármacos) ha sido importante, no lo ha sido el compromiso político en toda su magnitud para mejorar las condiciones del enfermo y su familia. Que la tendencia decline implica una extensión y mejor DOTS donde las administradoras, bienestar social (seguridad alimentaria, vivienda, empleo, salud, educación) y comunicaciones, participen en forma proactiva, cerrando brechas que permitan alcanzar el control de la enfermedad.

La tendencia a la disminución de la mortalidad, se da a pesar de los altos registros de no adherencia, por lo que da buena cuenta de la efectividad de la terapia antituberculosa.

Se desarrollan Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVES) institucionales, para analizar cada caso de muerte, cuyo resultado se materializa en planes de mejoramiento para la atención a la morbilidad y de adherencia al tratamiento



Elidier Gómez S.

Alvaro Loaiza

Marta Cecilia Jaramillo M.

Alejandro Varela V.

Maria Paola Ulloa Z.

7. Garantizar la sostenibilidad ambiental⁵⁹

⁵⁹ Agradecimiento: Unidad Ejecutora de Saneamiento Rural y su equipo

7 Objetivo de desarrollo del milenio 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental

El cambio climático, es una frase que la mayoría de los habitantes del planeta comprende. Para nadie es un secreto los efectos que conlleva el aumento del agua en los mares, la reducción de la capa de ozono y el ineficiente uso de los recursos naturales. Entre los esfuerzos realizados para mejorar las condiciones de vida en el planeta y asegurarla para el futuro, está el compromiso asumido por los 177 países participantes en el protocolo de Montreal que busca revertir muchos de estos problemas.

Según el informe de Naciones Unidas para el avance de los Objetivos del Milenio, entre 1986 y 2007 los países industrializados que asumieron el compromiso de proteger los recursos naturales, han logrado reducir en un 97% el consumo de sustancias que agotan la capa de ozono. Con el fondo creado por este mismo grupo se han logrado transferir tecnologías, que permiten a países en vías de desarrollo, encontrar alternativas de alto rendimiento energético.

Sin embargo, aún quedan muchos desafíos. El mundo tiene un compromiso con las poblaciones menos favorecidas, para que puedan hacer uso de agua potable, mantener estrategias activas para la protección de los recursos naturales, en especial los Parque Naturales y los ecosistemas ricos en flora y fauna. En este sentido, Colombia ha definido metas para lograr la reforestación de 30,000 hectáreas de bosque, consolidar áreas protegidas en el programa Parques Naturales y asegurar la reducción de emisiones de gases contaminantes a la capa de ozono.

Las condiciones de vida también deben ser mejoradas para toda la población. Por este motivo, en la Cumbre del Milenio, se incluyó como meta para el desarrollo sostenible, mejorar las condiciones para los 100 millones de habitantes del planeta, que hoy viven en condiciones insalubres. Eso significa, permitir que aquellos que viven en estas condiciones en las zonas urbanas y rurales, tengan acceso a agua limpia, servicios de saneamiento mejorados y una vivienda digna.

Cuadro 47. Metas e indicadores universales, objetivo 7.

Metas universales	<p>Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporción de la superficie de tierras cubierta por bosques</i> ▪ <i>Emisiones de dióxido de carbono (totales, per cápita y por cada dólar del producto interno bruto (PPA)) y consumo de sustancias que agotan la capa de ozono</i> ▪ <i>Proporción de poblaciones de peces que están dentro de unos límites biológicos seguros</i> ▪ <i>Proporción del total de recursos hídricos utilizada</i>
	<p>Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporción de zonas terrestres y marinas protegidas</i> ▪ <i>Proporción de especies en peligro de extinción</i>
	<p>Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporción de la población con acceso a mejores fuentes de agua potable</i> ▪ <i>Proporción de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento</i>
	<p>Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporción de la población urbana que vive en barrios marginales</i>

Cuadro 48. Metas e indicadores CONPES 91, objetivo 7.

Metas Colombia	<p>Reforestar 30.000 hectáreas de bosques anualmente.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporción de la superficie cubierta por bosque natural</i> ▪ <i>Tasa de deforestación</i>
	<p>Consolidar las áreas Protegidas del Sistema de Parques Nacionales Naturales, incorporando 165.000 nuevas hectáreas al sistema, y formulando planes de manejo socialmente acordados para la totalidad de las áreas.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Porcentaje de la superficie terrestre bajo protección del Sistema de Parques Nacionales Naturales</i> ▪ <i>Porcentaje de Parques con Planes de manejo Socialmente Acordados</i>
	<p>Eliminar para el 2010 el Consumo de Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Consumo de CFC que agotan la Capa de Ozono (SAO)</i>
	<p>Incorporar a la infraestructura de acueducto, a por lo menos 7,7 millones de nuevos habitantes urbanos, e incorporar 9,2 millones de habitantes a una solución de alcantarillado urbano.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Cobertura de alcantarillado rural</i> ▪ <i>Cobertura de alcantarillado urbano</i>
	<p>Incorporar 2,3 millones de habitantes a una solución de abastecimiento de agua y 1,9 millones de habitantes a una solución de saneamiento básico, incluyendo soluciones alternativas para las zonas rurales, con proporciones estimadas del 50% de la población rural dispersa</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Cobertura de acueducto rural</i> ▪ <i>Cobertura de acueducto urbano</i>
	<p>Reducir a 4% el porcentaje de hogares que habitan en asentamientos precarios.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Porcentaje de hogares que habitan en asentamientos precarios.</i>

Cuadro 49. Metas e indicadores Cali, objetivo 7.

Metas Cali	<p>7.1 Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de la superficie terrestre bajo protección del Sistema de Parques Nacionales Naturales.</i>
	<p>7.2 Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cobertura de acueducto en el sector rural y urbano.</i>
	<p>7.3 Lograr para el 2015, reducir a la mitad el porcentaje de personas carecen acceso a sistemas mejorados de disposición de excretas en las zonas urbanas y rurales del Municipio de Cali.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cobertura de alcantarillado en el sector rural y urbano.</i>
	<p>7.4 Reducir a 4% el porcentaje de hogares que habitan en asentamientos precarios.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Déficit cualitativo de vivienda, Déficit cuantitativo de vivienda y Porcentaje de viviendas en asentamientos de desarrollo incompleto.</i>

7.1 Meta: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

Desde 1995, el Santiago de Cali cuenta con una superficie terrestre bajo protección del Sistema de Parques Nacionales Naturales (SPNN) de 23.2% del total de su área. No se ha presentado ningún cambio en ésta, a lo largo de 14 años, sin embargo es necesario fortalecer políticas locales que permitan conservar esta riqueza.

7.2 Meta: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable

7.2.1 Definición del indicador y de la meta

La calidad de vida de los habitantes, depende en gran parte de sus condiciones de saneamiento básico. Por tal razón dentro de los Objetivos del Milenio se encuentra la cobertura de acueducto, desagregada por sector rural y urbano.

El área rural del Municipio de Santiago de Cali es aproximadamente el 80% del total del municipio y la población que habita en la zona rural es sólo aproximadamente el 2% del total.⁶⁰ No obstante estas cifras, es necesario que todos los habitantes del municipio cuenten con las condiciones básicas de servicios públicos.

⁶⁰ Proyecciones de población de Cali, DANE.

Indicadores:

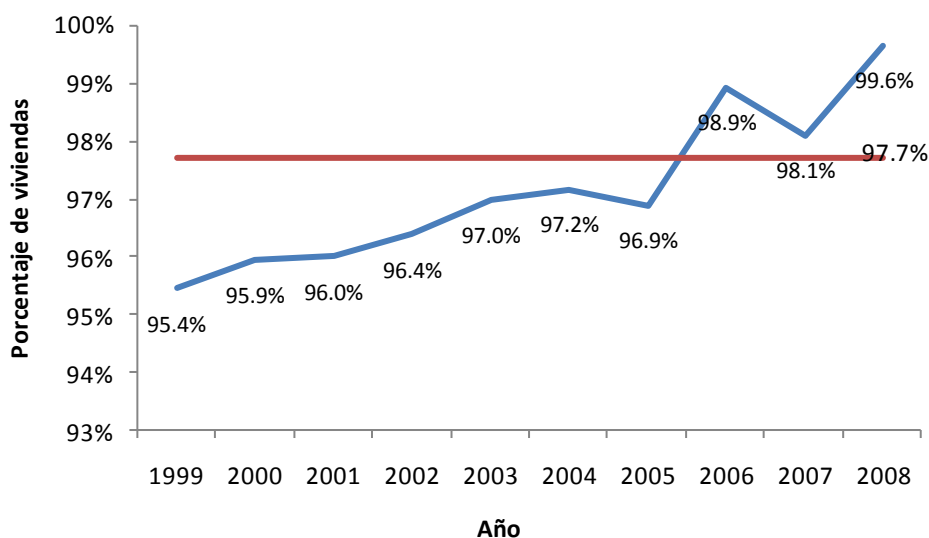
Cobertura de acueducto urbano, representa el porcentaje de viviendas de la zona urbana con conexión a acueducto, del total de viviendas urbanas.

Cobertura de acueducto rural, representa el porcentaje de viviendas de la zona rural con conexión a acueducto del total de viviendas rurales.

7.2.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

Para el sector urbano del Municipio de Cali, el porcentaje de personas que tienen sistema de acueducto, es considerablemente alto, desde 1999; la cobertura para el 2008, alcanzó el 99.8%, lo cual indica, que gran parte de las viviendas caleñas cuentan con acceso a agua potable, mediante conexión de sistemas de acueducto⁶¹. En 1999, el porcentaje de viviendas sin cobertura de acueducto era de 4.6% y en el año 2008, este porcentaje fue de 0.2%, habiendo reducido, en menos de 10 años, un 95.7% el porcentaje de viviendas sin acceso a agua potable (Figura 70).

Figura 70. Porcentaje de viviendas con acceso a agua mediante conexión de sistemas de acueducto en el sector urbano. Cali, 1999 – 2008.



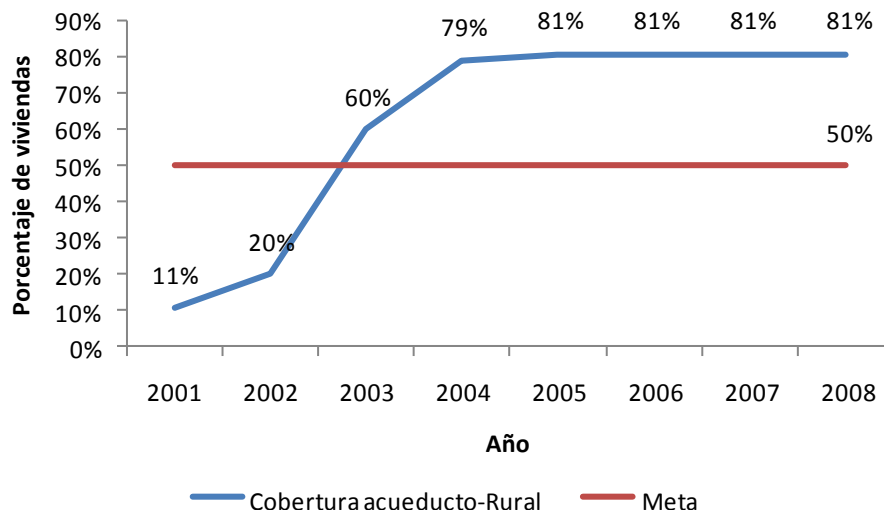
Fuente: EMCALI.

Para el sector rural, en la década de los noventa, la cobertura de acueducto en zonas rurales era cercana a cero (0), por esto la meta para el Cali, es lograr una cobertura de 50% de viviendas con acceso a agua potable, en el 2015. La Figura 71, muestra que la cobertura de suministro de agua en el sector rural del Municipio de Cali, ha crecido desde 11% en 2001, a 81% 2008. Dado lo anterior, el Municipio ya ha superado la meta, con una cobertura de acueducto de 81% en 2008 y viene desarrollando un programa de medición de la calidad de agua urbana y rural. Para la zona rural, cuenta con 63 sistemas de abasto de agua, 23 plantas potabilizadoras de agua y 10 plantas de tratamiento de aguas

⁶¹ NOTA: Tener conexión al sistema de acueducto no es igual tener acceso a agua potable.

residuales. Si se tiene en cuenta el acceso a agua potable, el área rural tiene un 71% de cobertura, cumpliendo con la meta de ODM.

Figura 71. Porcentaje de viviendas con acceso a agua mediante conexión de sistemas de acueducto en el sector rural. Cali, 2001 – 2008.

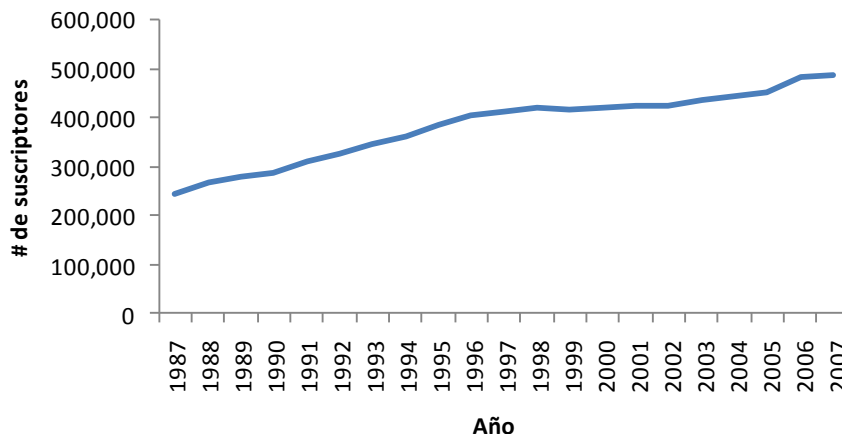


Fuente: SSPM-UES RURAL

7.2.3 Contexto

Dentro del contexto es interesante estudiar la evolución de los suscriptores de acueducto en el sector urbano del Municipio. Como se observa en la Figura 72, el número de suscriptores de acueducto urbano en Cali, prácticamente se duplicó entre 1987 y 2007 (incrementó en 97.8%).

Figura 72. Suscriptores de Acueducto. Cali, 1987 – 2007.

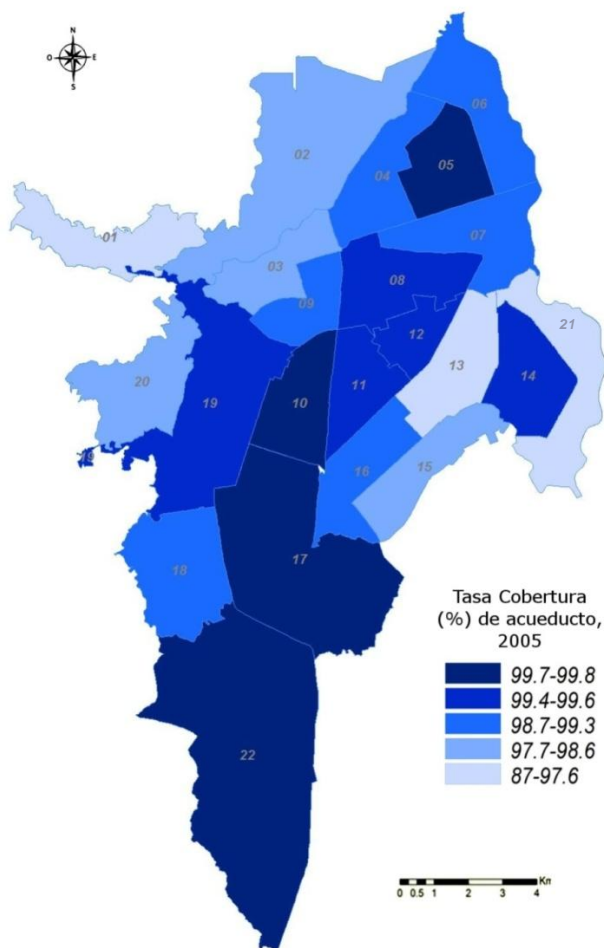


Fuente: DAPM - Cali en Cifras 2008 / EMCALI.

7.2.4 Georreferenciación

La menor cobertura de acueducto urbano se encuentra en dos comunas periféricas del municipio la comuna 1 y la 21, ambas con estrato moda 1. Las coberturas más altas están en las comunas 22, 17, 10 y 5 (comunidades con estrato moda 6, 5 y 3 respectivamente). Así, de las comunas del sur de la ciudad, sólo la comuna 18 (con estrato moda 3, pero amplia zona de asentamientos precarios), que es una comuna de ladera, tiene una tasa por debajo del 99%. En ambos casos, la cobertura de acueducto está relacionada con la cobertura de alcantarillado, correlación del 85% (**Mapa 21**).

Mapa 21. Cobertura de acueducto urbano, por comunas. Cali, 2005.



Fuente: DANE, Censo 2005, procesado con Redatam.

En la zona rural, de las 90 veredas, 18 tienen una cobertura del 100% y 17 del 0%. De las restantes, 12 tienen una cobertura inferior al 50% Cuadro 50.

Cuadro 50. Cobertura de acueducto rural en las veredas. Cali, 2008.

Vereda	Cobertura acueducto	Vereda	Cobertura acueducto
ANDES CABECERA	100.0%	KM 18	77.8%
LA REFORMA	100.0%	EL FUTURO	76.9%
LA HORQUETA	100.0%	EL PORVENIR	75.9%
MONTAÑITAS ALTA	100.0%	LAS PALMAS	75.8%
LOS LIMONES	100.0%	SAN FRANCISCO	75.4%
LOS LAURELES	100.0%	EL BANQUEO	72.4%
BUITRERA TOTAL	100.0%	EL JARDIN	68.8%
LA SIRENA	100.0%	CABECERA LA PAZ	64.3%
LA LUISA	100.0%	LA FONDA	63.6%
LA VORAGINE	100.0%	LAS GRANJAS	61.8%
PICO DE AGUILA	100.0%	CABECERA PANCE	60.5%
MORGAN	100.0%	LOMITAS	58.3%
EL ESTERO	100.0%	LAS BRISAS	53.5%
HORMIGUERO (*)	100.0%	EL PINAR	53.1%
PIZAMOS	100.0%	CABECERA LA ELVIRA	51.8%
PAILITA	100.0%	ALTO MENGA	50.0%
CASCAJAL	100.0%	ANDES BAJO	48.9%
URB. FLAMENCO	100.0%	EL PATO	46.7%
CABECERA LA LEONERA	98.7%	ALTO DEL ROSARIO	46.2%
CAMPOALEGRE	98.0%	LAS NIEVES	35.8%
EL FARO	97.1%	SAN ANTONIO	29.2%
MAMEYAL	95.8%	ATENAS	28.6%
SANTA HELENA	95.4%	SAN MIGUEL	25.9%
CABECERA EL SALADITO	95.0%	DIAMANTE	24.2%
ALTO LOS MANGOS	95.0%	PUEBLO NUEBLO BAJO	23.0%
CABECERA MONTEBELLO	94.7%	DOS QUEBRADAS	20.0%
EL PAJUIL	94.0%	SAN PABLO	14.3%
MONTAÑITAS BAJA	93.9%	VUELTA AL CEREZO	9.1%
CDRAL	92.6%	PEÑAS BLANCAS	0.0%
CABUYAL	92.3%	LA CAROLINA	0.0%
GOLONDRINAS	91.9%	KARPATOS	0.0%
EL PALOMAR	90.2%	LA ESPERANZA	0.0%
CABECERA VILLACARMELO	89.7%	ALTO AGUACATAL	0.0%
SOLEDAD	88.5%	EL VERGEL	0.0%
EL FILO	88.2%	LA CANDELARIA	0.0%
CABECERA PICHINDE	87.6%	EL CARMEN	0.0%
LA ASCENSION	85.7%	EL MINUTO	0.0%
CABECERA FELIDIA	85.0%	EL OTOÑO	0.0%
LOMA DE LA CAJITA	81.7%	EL PATO	0.0%
LAS NIEVES	80.7%	CASTELLANA	0.0%
PILAS DEL CABUYAL	80.6%	EL TRUENO	0.0%
LA GORGONA	80.0%	SAN PABLO	0.0%
QUEBRADA HONDA	79.3%	EL TOPACIO	0.0%
VILLA DEL ROSARIO	79.2%	EL PORVENIR	0.0%
EL PEON	78.4%	NAVARRO (*)	0.0%

Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal, Planeación-Unidad de Agua Potable. Plan de Aguas de Cali

7.2.5 Comparaciones con otras poblaciones

En el Cuadro 51, se observa que en los tres periodos estudiados, Cali presenta la cobertura de acueducto en el sector urbano más baja, al compararla con las principales ciudades del país. A pesar de que Bogotá presenta la cobertura más alta, de 2004-2006, su cobertura disminuye en 1 pp de 2005 a 2006. Situación similar presenta Medellín, donde la cobertura en el año 2006, es inferior al 2004. El municipio de Cali, ha mostrado un aumento de la cobertura en 1.7 pp. Cabe anotar que para el año 2006, la cobertura más baja la presenta Medellín.

Cuadro 51. Cobertura de acueducto en las principales ciudades de Colombia. 2004-2006.

	2004	2005	2006
Medellín (1)	99.5%	97.3%	98.1%
Bogotá (2)	100.0%	100.0%	99.0%
Cali (3)	97.2%	96.9%	98.9%

Fuente: 1 Medellín Como Vamos, 2007. 2 Evaluación en los cambios de la calidad de vida en Bogotá durante el 2008, Sector Vivienda. 3 EMCALI.

7.3 Meta: Lograr para el 2015, reducir a la mitad el porcentaje de personas que en 2001 carecían de acceso a sistemas mejorados de disposición de excretas en las zonas urbanas y rurales del Municipio de Cali.

7.3.1 Definición del indicador y la meta.

Un sistema de alcantarillado, es un determinante de la calidad de vida de los habitantes, pues permite que se den unas condiciones mínimas de salubridad, para su desarrollo.

Para dotar completamente la zona rural del municipio de servicios públicos y poder desarrollar un sistema completo de saneamiento básico, es necesario que se cuente con sistemas mejorados de disposición de excretas y las plantas de tratamiento de aguas residuales domésticas.

Indicadores:

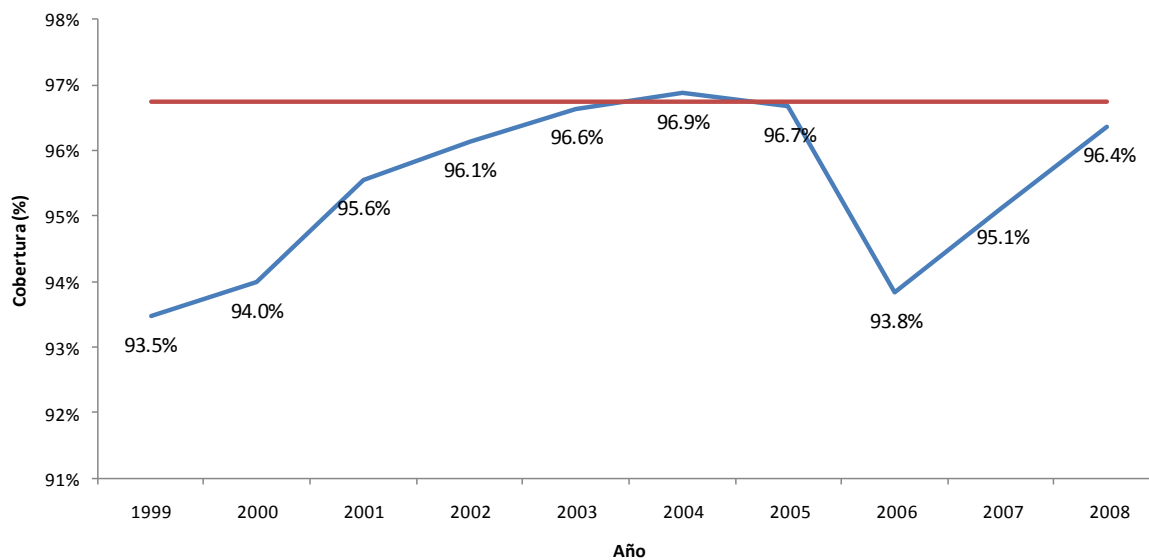
Cobertura de Alcantarillado en la zona urbana, representa el porcentaje de viviendas de la zona urbana con conexión a alcantarillado, del total de viviendas urbanas.

Cobertura de Alcantarillado en la zona rural, representa el porcentaje de viviendas de la zona rural con conexión a alcantarillado, del total de viviendas rurales.

7.3.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

La Figura 73, muestra que en la zona urbana del municipio desde 1999, la cobertura se ha mantenido en cifras superiores al 90%. Se evidencian dos periodos de crecimiento: el aumento de la cobertura hasta el 2004 donde alcanza el porcentaje más alto del periodo estudiado (96.9%), en el 2006 cae en 3.1 pp, para luego incrementar hasta 96.4% en el 2008. Actualmente, la ciudad se encuentra a 0.4 puntos porcentuales de alcanzar la meta.

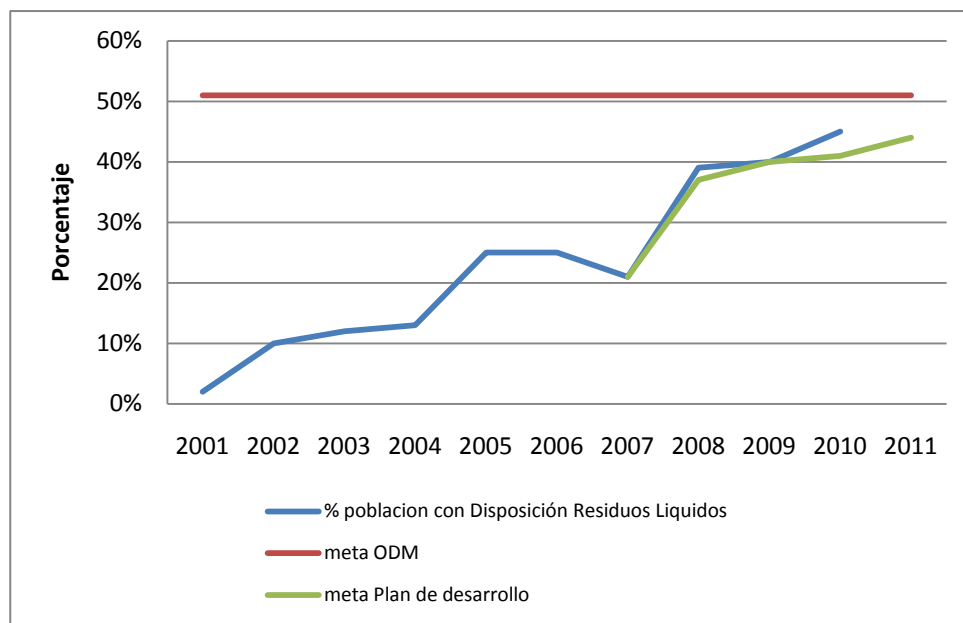
Figura 73. Cobertura alcantarillado sector urbano. Cali, 1999-2008.



Fuente: EMCALI.

En el sector rural, la disposición de residuos líquidos, pasó de una cobertura en el año 2001 del 2% a una cobertura en 2009 del 45%, faltando un 6 pp para alcanzar la meta de ODM lo que hace prever la posibilidad de superar la meta del ODM al final de 2015 (Figura 74).

Figura 74. Porcentaje de viviendas con disposición de residuos Líquidos en el sector rural. Cali, 2001 – Julio 2010.



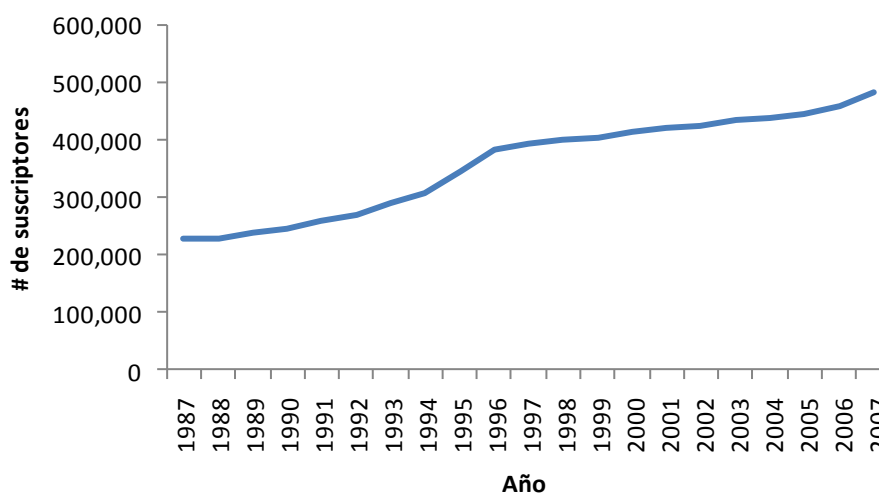
Fuente: SSPM-UES RURAL

En términos generales se puede concluir que la Alcaldía de Santiago de Cali a través de la Secretaría de Salud Pública Municipal viene cumpliendo con respecto a esta meta el ODM.

7.3.3 Contexto

En el Municipio de Cali, los suscriptores de alcantarillado han aumentado en 112.8% de 1987 a 2007 (**Figura 75**).

Figura 75. Suscriptores de alcantarillado. Cali 1987-2007

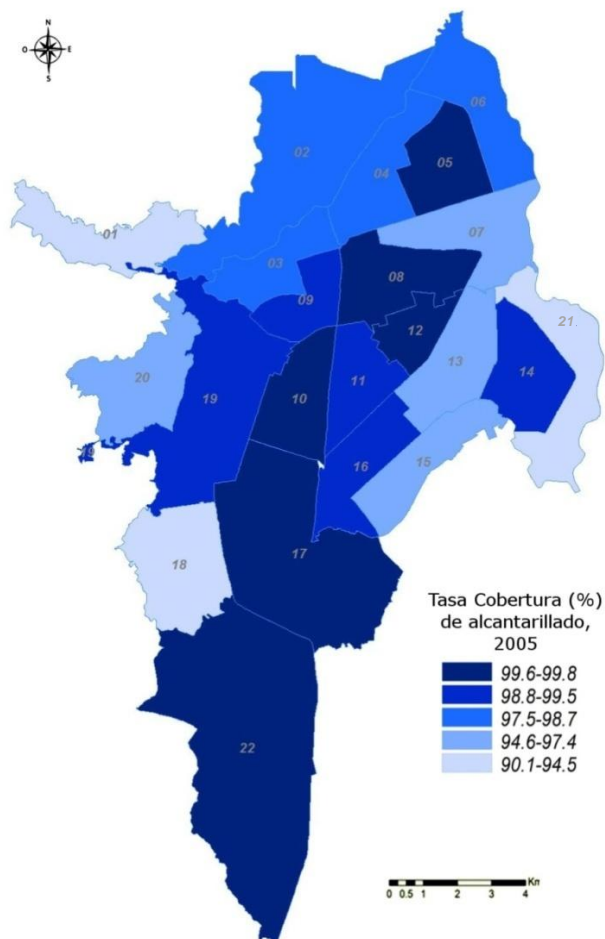


Fuente: Cali en Cifras / EMCALI.

7.3.4 Georreferenciación

Las comunas con mayor cobertura de alcantarillado son la 22, 17, 10, 8, 12 y 5. De éstas, dos tienen estrato moda 5 y 6 y las otras tienen estrato moda 3. Algunas de las coberturas más pobres, se encuentran en las zonas periféricas del municipio, a saber, comuna 1, 18, 20, 21, 15 y 7. Las comunas 1, 20 y 18 son comunas de ladera con estrato moda 1 en los dos primeros casos y 3 en el último. Las comunas 21 y 15 tienen estrato moda 1 y la comuna 7 con estrato moda 3. El **Mapa 22** muestra que la cobertura de alcantarillado está relacionada con la posición de la ciudad, del centro hacia la periferia.

Mapa 22. Cobertura de alcantarillado urbano por comuna. Cali, 2005.



Fuente: DANE, Censo 2005, procesado con Redatam.

7.3.5 Comparación con otras poblaciones

Al comparar la cobertura de alcantarillado en las principales ciudades de Colombia, se encuentra que para el año 2004 Medellín presentaba mayor porcentaje de viviendas con acceso a sistemas de alcantarillado, seguida de Cali y por último Bogotá. Sin embargo en 2005 y 2006 Bogotá alcanza la cobertura más alta. Como se observa en Cuadro 52, Cali ha disminuido su cobertura, presentando en 2006 el porcentaje más bajo.

Cuadro 52. Cobertura alcantarillado en las principales ciudades de Colombia.

	2004	2005	2006
Medellín (1)	99.1%	96.6%	96.5%
Bogotá (2)	96.0%	97.0%	98.0%
Cali (3)	96.9%	96.7%	93.8%

Fuente: 1 Medellín Como Vamos, 2007. 2 Evaluación en los cambios de la calidad de vida en Bogotá durante el 2008, Sector Vivienda. 3 EMCALI.

7.4 Meta: Reducir a 4% el porcentaje de hogares que habitan en asentamientos precarios.

7.4.1 Definición del indicador y la meta

Una buena condición de las viviendas, es un elemento fundamental para la vida digna de sus habitantes.

Aunque el Municipio no cuenta con un indicador exacto de los hogares que habitan en asentamientos precarios, se describirán dos indicadores proxy de éste: el porcentaje de asentamientos con desarrollo incompleto y el déficit de vivienda.

El déficit de vivienda puede ser cuantitativo o cualitativo. El déficit cualitativo, se mide como el porcentaje de viviendas, con calidad baja de pisos o paredes, es decir, pisos en tierra y paredes no estables o resistentes a los embates del medio ambiente.

El déficit cuantitativo, indica el total de hogares que no poseen vivienda.

Otro indicador, que puede dar una idea del número de personas u hogares en asentamientos precarios es el NBI, descrito en el primer objetivo de este documento, sin embargo también incluye como pobres por NBI, a los hogares con alta razón de dependencia.

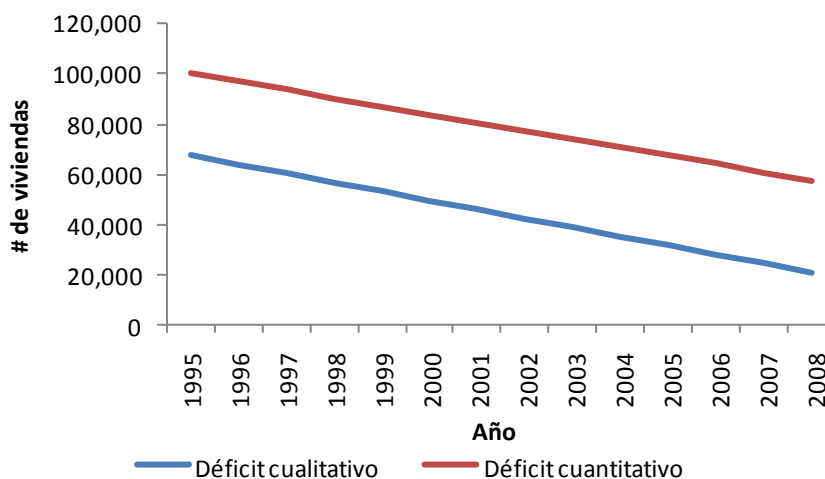
Meta: Reducir a 4% el porcentaje de hogares que habitan en asentamientos precarios.

7.4.2 Tendencia y Cumplimiento de la meta

Según la Secretaría de Vivienda Social, para el año 1996 el porcentaje de hogares en asentamientos de desarrollo incompleto era de 6.46%, mientras para el año 2007 fue de 6.79%. Esto puede ser influenciado por el fenómeno del desplazamiento forzado del campo a la ciudad.

Como se observa en la **Figura 76** en Cali ha disminuido el déficit cuantitativo pasando de 100,186 hogares en 1995 a 57,649 en 2008, de la misma manera disminuyó el déficit cualitativo de 67,713 en 1995 a 20,941 hogares en 2008.

Figura 76. Hogares en déficit Cuantitativo y Cualitativo. Cali, 1995 – 2008.



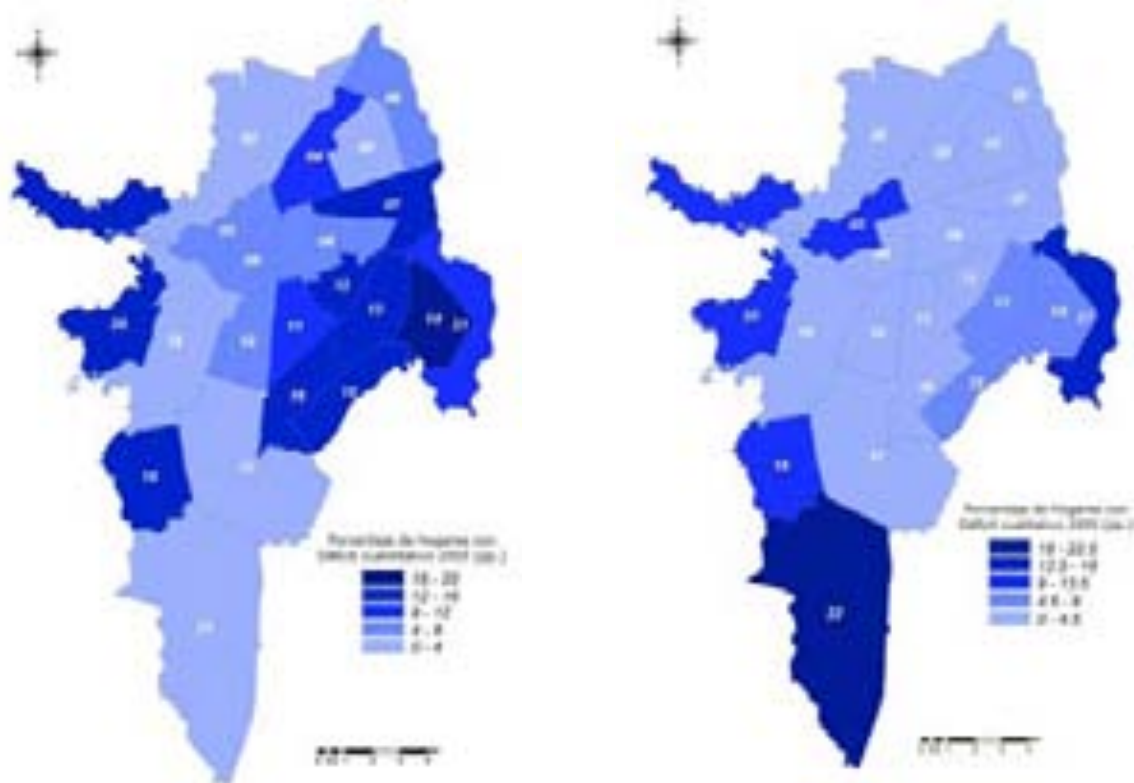
Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipal.

7.4.3 Georreferenciación

En 2005, las comunas con mayor déficit cuantitativo de vivienda eran la 14, 12, 1, 13, 18 y 16, mientras que las comunas con menos déficit fueron la 22, 17, 19, 5 y 2. Las comunas con mayor déficit cuantitativo, coinciden con ser las comunas de estratos más bajos y las comunas de menor déficit, las de estratos más altos. Los estratos moda de las comunas en mayor déficit cuantitativo son 1, 2 y 3, dos casos de cada uno, pero teniendo en cuenta que una de las comunas con estrato moda 3 tiene una zona de asentamientos ilegales extensa.

Por su parte, las comunas de la ciudad con mayor déficit cualitativo son la comuna 22, 21, 1 y 20 y las de menor son las comunas 17, 11, 10, 12 y 5. La comuna 22, con estrato moda 6 es la de mayor déficit cualitativo, hay que tener en cuenta que en esta comuna hay 12 manzanas de estrato 2, que concentran un número de hogares por metro cuadrado más alto que en las manzanas de comuna 6. Las comunas de menor déficit cualitativo tienen, una estrato moda 5 y las restantes, estrato moda 3. (Mapa 23)

Mapa 23. Hogares por déficit cualitativo y cuantitativo por comunas. Cali, 2005.



Fuente: Secretaría de vivienda social. Datos DANE censo 2005.

7.4.4 Comparación con otras poblaciones

El Cuadro 53, muestra que respecto al déficit cuantitativo de vivienda, Cali es la segunda ciudad con el menor déficit, siendo Medellín la que presenta el menor porcentaje. Bogotá muestra un porcentaje de hogares con este tipo de déficit mayor que el nivel nacional.

Cali, en cuanto al déficit cualitativo se ubica en el segundo lugar, siendo Bogotá la ciudad que presenta menor déficit. El déficit cualitativo muy por encima de las principales ciudades.

Cuadro 53. Déficit cuantitativo y cualitativo de hogares en las principales ciudades de Colombia. 2005.

	Hogares en déficit cuantitativo		Hogares en déficit cualitativo	
	Total	%	Total	%
Medellín	40,722	6.73	44,003	7.27
Bogotá	282,678	14.64	87,197	4.51
Cali	67,461	12.16	31,735	5.72
Colombia	1,307,757	12.37	2,520,298	23.84

Fuente: DANE, 2005.

Conclusiones:

Las coberturas de abastecimiento y disposición de agua han superado los ODM, sin embargo, por razones de equidad, debe concentrarse el esfuerzo del municipio en la potabilización y calidad del agua.

El Municipio de Cali, cuenta con una zona rural de valor estratégico invaluable por sus recursos naturales y biodiversidad. Sus 15 corregimientos se ubican geográficamente en cinco cuencas, que garantizan una oferta hídrica y ambiental vital para la ciudad y la región

Para lograr la sostenibilidad ambiental, es imperativo disminuir la pobreza en el mundo, porque la población que no poseen las condiciones mínimas de tener una vida digna, se convierte en predador de los recursos naturales.

En el sector rural, específicamente en las localidades con disposición de residuos líquidos se pasó de una cobertura en el año 2001 del 2% a una cobertura actual del 45%, requiriendo un 6 % de alcanzar la meta de ODM, sin embargo la disposición de residuos líquidos no es suficiente, ésta debe venir acompañada de plantas de tratamiento de aguas residuales.

Las Junta de los acueductos y alcantarillados de las zonas rurales, se constituyen en una alternativa de la sociedad para crear vínculos y fortalecer el tejido social, realizar gestión ambiental y ser elemento movilizador de la ciudadanía en el sector rural.

Desde 1999, la cobertura de acueducto y alcantarillado en la zona urbana, se ha mantenido en cifras superiores al 90% en el área urbana de Cali.



Julio César Alonso C.
Alejandro Varela V.
Marta Cecilia Jaramillo M.
Elidier Gómez S.
Juan Sebastián Ramírez Z.
Armando Zúñiga P

8. Fomentar una sociedad mundial para el desarrollo⁶²

⁶² Agradecimiento por su contribución a la Lic. Bertha Lucia Ospina L. y Lic. Lucy del Carmen Luna M.

8 Objetivo de desarrollo del milenio 8: Fomentar una sociedad mundial para el desarrollo

Una persona nacida y formada en un país desarrollado tendrá ventajas sobre una persona formada en uno en vías de desarrollo. Las diferencias son abismales y las necesidades crecen en la medida en que los derechos básicos, educación, salud y un trabajo digno, no se cumplen para el 100% de la población. Por eso, para erradicar la pobreza y el hambre en el mundo, es un compromiso de los países que cuentan con las ventajas económicas y sociales, así como para los países que aspiran ofrecer mejores condiciones para su población.

Fomentar una alianza para la cooperación incluye asistencia tecnológica, transferencia de conocimientos, intercambios comerciales basados en la equidad y el beneficio mutuo y la posibilidad de condonar las deudas que agobian a muchos de los países que aún presentan serias dificultades para ayudar a su población.

Según el informe de Naciones Unidas (2009), sobre el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, para el 2008 los desembolsos de asistencia oficial de los países desarrollados para la cooperación llegaron hasta los 119,800 millones de dólares, la cifra más alta registrada, así como el gasto en programas y proyectos que aumentaron en el 2007 y 2008 que aumentaron en un 12.5%.

A pesar de estas cifras, la cantidad total sigue estando por debajo de la meta y por lo tanto, se requieren mayores compromisos de todos los países desarrollados para que puedan darse las condiciones de crecimiento en todo el mundo.

Cuadro 54. Metas e indicadores universales, objetivo 8.

Metas universales	<p>Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Asistencia oficial para el desarrollo (AOD) neta, en total y para los países menos adelantados, como porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (CAD/OCDE)</i>
	<p>Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Proporción del total de AOD bilateral y por sectores que los donantes del CAD/OCDE destinan a servicios sociales básicos (enseñanza básica, atención primaria de la salud, nutrición, agua potable y saneamiento)</i> • <i>Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD/OCDE que no está condicionada</i> • <i>AOD recibida por los países en desarrollo sin litoral en proporción a su ingreso nacional bruto</i> • <i>AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo en proporción a su ingreso nacional bruto</i>
	<p>Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General)</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y excepto armamentos) procedentes de países en desarrollo y países menos adelantados, admitidas sin pagar derechos</i> • <i>Aranceles medios aplicados por los países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y las prendas de vestir procedentes de países en desarrollo</i>
	<p>Encarar de manera integral los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para que la deuda sea sostenible a largo plazo</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Estimación de la ayuda agrícola de los países de la OCDE en porcentaje de su producto interno bruto</i> • <i>Proporción de AOD destinada a fomentar la capacidad comercial</i> • <i>Número total de países que han alcanzado el punto de decisión y número total de países que han alcanzado el punto de culminación de la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados (acumulativo)</i> • <i>Alivio de la deuda comprometido conforme a la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados y la Iniciativa multilateral de alivio de la deuda</i> • <i>Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios</i>
	<p>En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles</i>
	<p>En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Líneas de teléfono por cada 100 habitantes</i> • <i>Abonados a teléfonos celulares por cada 100 habitantes</i> • <i>Usuarios de Internet por cada 100 habitantes</i>

Cuadro 55. Metas e indicadores CONPES 91, objetivo 8.

	<p>Para efectos de este objetivo, Colombia en las metas relacionadas con salud (objetivos 4, 5 y 6) establece la posibilidad de acceso a medicamentos, a través de la estrategia fundamental de lograr cobertura de afiliación a la seguridad social en salud, del 100%.</p> <p>Por otra parte, en cuanto al desarrollo de estrategias para el trabajo digno y productivo, la prioridad del país se concentra en mejorar y mantener el nivel de escolaridad, de acuerdo con lo previsto en el objetivo 2.</p>
Metas Colombia	<p>En procura de crear condiciones favorables para la inversión, el crecimiento económico y el desarrollo, Colombia tiene el claro compromiso de desarrollar y poner en práctica mecanismos de integración comercial con otros países y regiones y mantener su tradición de contar con unas finanzas públicas equilibradas.</p> <p>En colaboración con el sector privado Colombia logrará coberturas de telefonía fija, móvil y de Internet, acordes a las metas de desarrollo económico del país</p> <p>Dispondrá de una infraestructura moderna y confiable para la transmisión de la televisión pública y contará con un sector postal eficiente e integrado a la economía nacional.</p>

Cuadro 56. Metas e indicadores Cali, objetivo 8.

	<p>8.1 Aumentar la cobertura de afiliación en seguridad social al 100%. <i>Indicadores:</i> •Cobertura en seguridad social</p>
Metas Cali	<p>8.2 En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones. <i>Indicadores:</i> •Líneas de telefonía fija por cada 100 habitantes •Abonados a teléfonos celulares por cada 100 habitantes •Usuarios de internet por cada 100 habitantes</p> <p>8.3 Mejorar el desempeño fiscal del municipio <i>Indicadores:</i> •Índice de desempeño fiscal</p>

8.1 Meta: Aumentar la cobertura de afiliación en seguridad social al 100%.**8.1.1 Definición del indicador y la meta**

La salud y la seguridad social, son determinantes del desarrollo de un país, que reflejan el avance en términos de calidad de vida de sus habitantes. Si bien la cobertura de aseguramiento no es uno de los indicadores de los ODM a nivel mundial, para Cali y Colombia sí lo es, tal como lo estableció el Estado Colombiano, al colocarlo como un

derecho constitucional de los habitantes del territorio: "...Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social"⁶³.

Indicador: Tasa de cobertura en aseguramiento en salud: se mide como la proporción de la población caleña que pertenece al régimen contributivo o al subsidiado, sobre el total de la población.

Meta: Lograr cobertura de afiliación del 100% en seguridad social.

8.1.2 *Tendencia y cumplimiento de la meta*

El aseguramiento al régimen subsidiado, se inició en el Municipio de Cali en el año 1995, en virtud del Decreto 2491 de 1994, que facultó al Municipio para asumir, de manera transitoria, la Administración del Régimen Subsidiado (ARS), hasta tanto se constituyeran las EPS, que se encargaran del aseguramiento, como lo estableció la ley 100 de 1993. Esta función administradora, se mantuvo hasta el primer semestre de 1996, cuando se afiliaron 180,800 personas al régimen subsidiado.

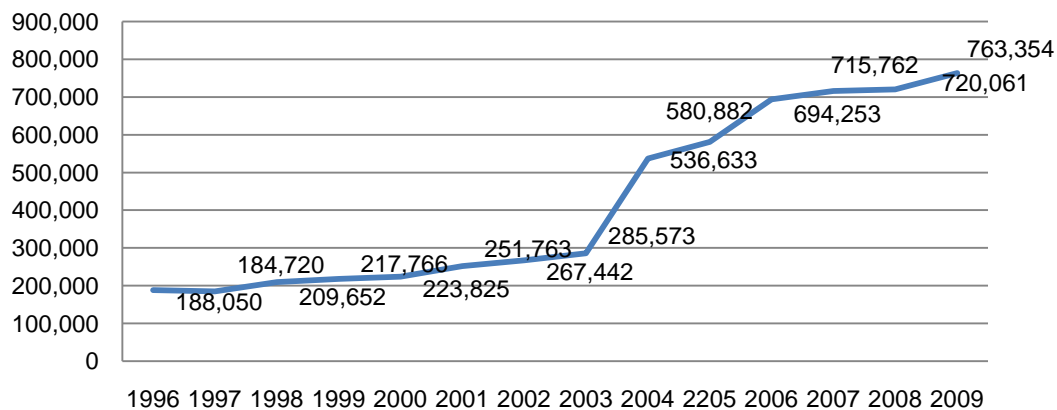
A partir del 1 de julio del 1996, se inició el aseguramiento de la población sisbenizada, a través de las ARS públicas y privadas. La Secretaría de Salud Pública actuó como Institución Prestadora de Servicios de Salud con su red de instituciones.

Para el segundo año de aseguramiento (1997), se afiliaron en las ARS un total de 184,720 personas, quedando aproximadamente 26,974 personas encuestadas y no afiliadas, a quienes se les llamó "vinculadas" y eran atendidas por la red pública, con cargo a subsidios a la oferta.

La cobertura el año siguiente (1998), se aumentó en un 13.5%, con afiliación de grupos de riesgo, como mujeres embarazadas, niños menores de cinco (5) años, población en situación de discapacidad (física, psíquica, cognitiva y sensorial), población de la tercera edad y mujeres cabeza de familia (Figura 77).

⁶³ Artículo 48 de la Constitución Nacional.

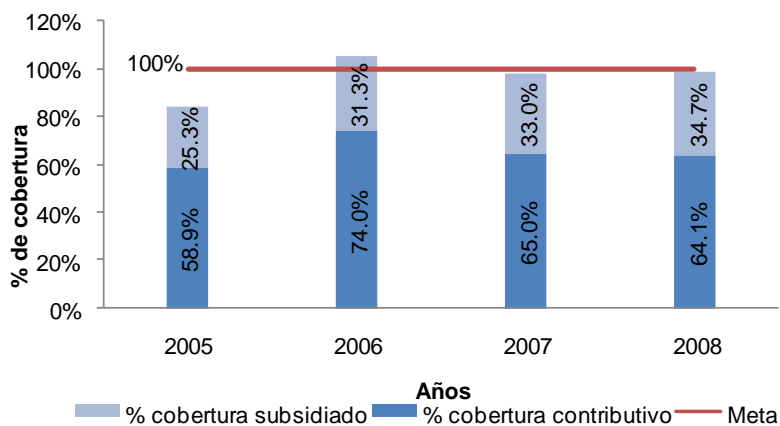
Figura 77. Número de afiliados al régimen subsidiado. Cali, 1996–2009.



Fuente: SSPM – Aseguramiento

El aseguramiento aumentó año tras año y en 2005 llegó al 84%, del cual había un 58.9% en el régimen contributivo (Figura 78). Para el 2006 la cobertura del régimen contributivo aumentó en 16 pp, logrando con esto la cobertura universal para Cali. Los tres últimos años se ha mantenido esta cobertura, sin embargo ha disminuido en 10 pp el contributivo y en la misma proporción se ha transformado en régimen subsidiado.

Figura 78. Cobertura en aseguramiento en salud por tipo de régimen. Cali, 2005–2008.



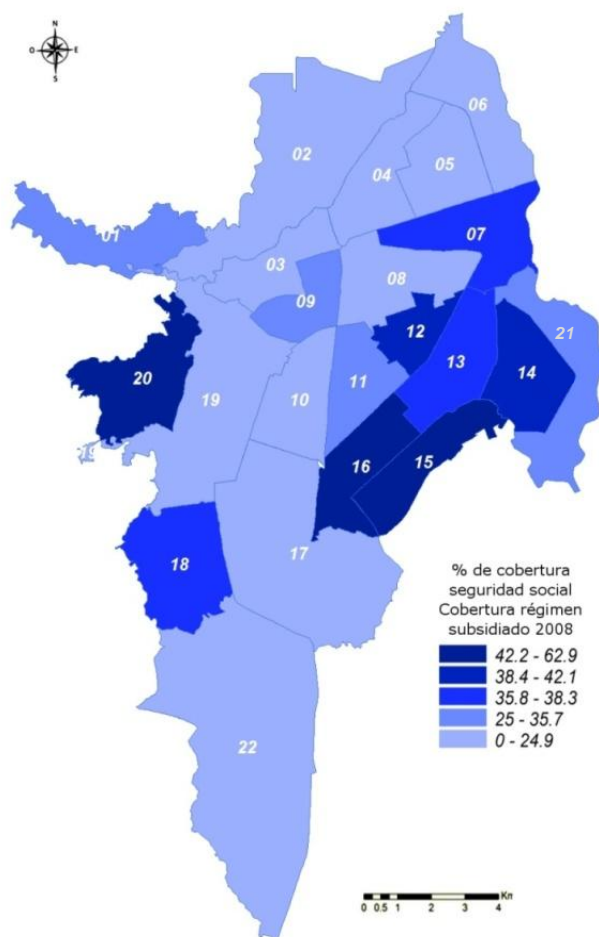
Fuente: SSPM – Aseguramiento, DANE

8.1.3 Georreferenciación

La información disponible del régimen subsidiado permite su georreferenciación, no ocurre lo mismo para el régimen contributivo. Las comunas con mayor porcentaje de la población afiliada al régimen subsidiado son las comunas 15, 16 y 20, todas tres con estrato moda 1. En segundo lugar se encuentran las comunas 14 y 12, que al igual que las comunas 15 y 16, hacen parte de la zona oriental de la ciudad y tienen estrato moda 1. En tercer lugar, se encuentran las comunas 7, 13 y 18, dos de las cuales tienen estrato moda 3 y una estrato moda 2. Las comunas 1, 9, 11 y 21 tienen entre el 25.0% y el 35.7% de su población afiliada al régimen subsidiado (Mapa 24).

En promedio, las comunas con más del 25% de su población afiliada al régimen subsidiado, tienen como máximo nivel educativo la primaria en un 46.7%. Este porcentaje es mayor al del resto de comunas, donde la media es de 30.3%.

Mapa 24. Porcentaje de la población afiliada al régimen subsidiado por comunas. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Aseguramiento, DANE

8.1.4 Comparación con otras poblaciones

En el Cuadro 57, se puede observar que Cali contaba con más afiliados al régimen contributivo que Medellín y Barranquilla. Si esas cifras se ponderan con respecto a la población, el 44.8% de la población de Barranquilla en el 2008, pertenecía al régimen subsidiado en salud, mientras que en Medellín éste porcentaje era de 30.4% y en Cali de 34.7%.

Cuadro 57. Porcentaje de la población afiliada en el régimen subsidiado. Principales ciudades de Colombia, 2008.

Ciudad	Afiliados al Régimen subsidiado	% Población afiliada al régimen subsidiado
Barranquilla(1)	524,996	44.8%
Medellín(2)	697,537	30.4%
Cali(3)	761,656	34.7%

Fuente: (1) Secretaría de salud pública de Barranquilla. (2) Medellín cómo vamos. (3) SSPM-Cali

8.2 Meta: En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones.

8.2.1 Definición del indicador

Uno de los compromisos que debe llevarse a cabo, de la mano con la empresa privada, es el aumento de la cobertura en telefonía móvil y fija y el acceso a internet; para determinar el avance, se emplean los siguientes indicadores:

Indicadores: Líneas de teléfono por cada 100 habitantes.

Abonados a teléfonos celulares por cada 100 habitantes

Abonados a Internet por cada 100 habitantes

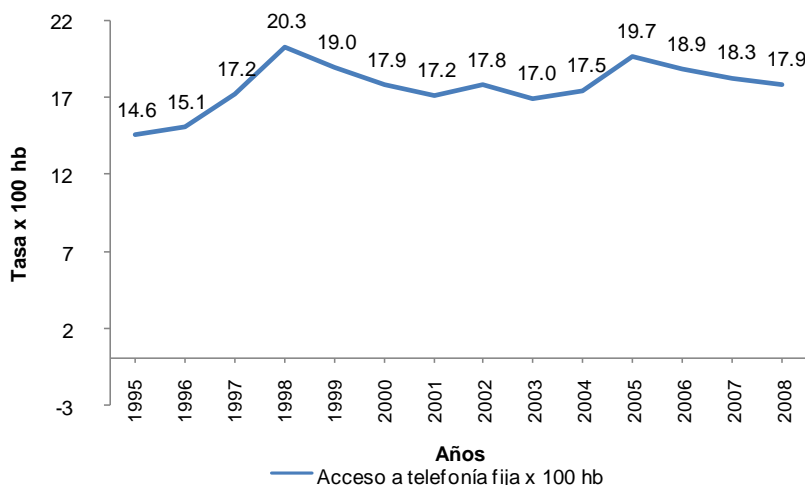
Porcentaje de la población mayor de 5 años, que usó Internet en los últimos 12 meses.

Meta: La cobertura debe ir acorde con el desarrollo económico del país.

8.2.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

La telefonía fija en Cali, para 1995 era de 14.6 líneas por cada 100 habitantes (Figura 79) y en 2008 aumentó a 17.9 líneas. El acceso a esta telefonía tiene su pico en 1998, cuando alcanzó el mayor valor de todo el período (20.3). A partir de este año y hasta el 2008, ha presentado altibajos, con una tendencia a la reducción (10%), debida en cierta forma a la sustitución por la telefonía móvil.

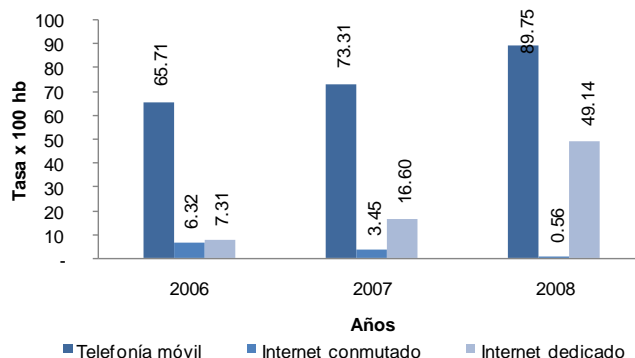
Figura 79. Acceso a telefonía fija, tasa por 100 habitantes. Cali, 1995 – 2008.



Fuente: DAPM-Cali

El acceso a nuevas tecnologías de comunicación e información (Figura 80), en 2006 evidenciaba 66 abonados en telefonía móvil por cada 100 habitantes y en 2008 había 90 abonados por cada 100 habitantes. Esto no implica que 90 de cada 100 habitantes tuvieran un celular, pero sí significó un incremento de 40% mejor acceso a las telecomunicaciones.

Figura 80. Número de abonados a nuevas tecnologías de información y comunicación. Tasa por 100 habitantes. Cali, 2006 - 2008.

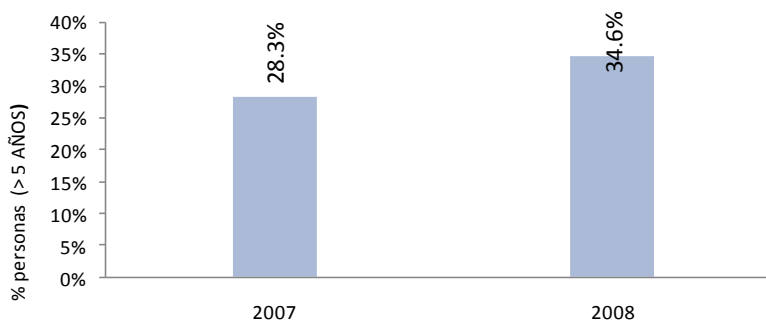


Fuente: DAPM-Cali

El número de abonados por cada 100 habitantes, con acceso a internet conmutado o por línea telefónica, disminuyó de 6.3 a 0.56 entre 2006 y 2008; mientras que el número de personas que accedían a internet dedicado, se sextuplicó en ese período de tiempo, desde 7.3 a 49.1 por cada 100 habitantes.

Finalmente, el porcentaje de población mayor de 5 años, que usó Internet en los últimos 12 meses, mostró un aumento de 28.3% a 34.6% entre 2007 a 2008 (Figura 81).

Figura 81. Porcentaje de la población mayor de 5 años que usó Internet en los últimos 12 meses. Cali, 2007 y 2008.



Fuente: DANE. Para 2007 se emplea la Gran encuesta de hogares para abril a julio de 2007. Para 2008 los datos son de la Gran encuesta de hogares de Julio a Diciembre de 2008.

8.2.3 Comparación con otras poblaciones

Tanto el número de abonados a internet, como a telefonía móvil, por cada 100 habitantes, es mayor en Cali que en Medellín, donde el número de abonados a Internet en 2008 fue la mitad que en Cali. Para el número de abonados a la telefonía móvil hay una diferencia de 21 abonados por cada 100 habitantes, entre las dos ciudades (Cuadro 58).

Cuadro 58. Abonados a nuevas tecnologías de información. Medellín y Cali, 2008.

	Medellín(1)	Cali(2)
	Tasa x 100 hb.	
Abonados internet	26	50
Abonados a telefonía móvil	69	90

Fuente: (1) Medellín cómo vamos. (2) DAPM-Cali

Al considerar el uso de Internet por parte de la población mayor de 5 años, se observa que, Bogotá es la ciudad con la mayor proporción de población que empleó Internet en los últimos 12 meses. Para 2008 ese porcentaje fue de 46.8% en Bogotá, seguida de Medellín con un 37.6% y Cali en tercer lugar (34.6%) (Cuadro 59)

Cuadro 59. Porcentaje de la población mayor de 5 años que usó Internet en los últimos 12 meses. Cali, 2007 y 2008. Bogotá, Barranquilla, Medellín y Cali, 2007 y 2008.

	% Personas (> 5 Años) que usó internet en los últimos 12 meses	
	2007 (1)	2008 (2)
Medellín A.M.	31.6%	37.6%
Barranquilla A.M.	19.9%	23.0%
Bogotá	39.7%	46.8%
Cali A.M.	28.3%	34.6%

Fuente: DANE. (1) Para 2007 se emplea la Gran Encuesta de Hogares para abril a julio de 2007. (2) Para 2008 los datos son de la Gran Encuesta de Hogares de Julio a Diciembre de 2008.

8.3 Meta: Mejorar el desempeño fiscal del municipio.

8.3.1 Definición del indicador y la meta

Con el fin de fomentar una sociedad mundial para el desarrollo, el municipio debe mejorar su desempeño fiscal, lo que implica una serie de acciones que permiten optimizar el uso de los recursos.

Indicador: Se utiliza el indicador de desempeño fiscal calculado por el DNP, para todos los municipios; donde se sintetizan los siguientes aspectos:

- *Autofinanciación de los gastos de funcionamiento*
- *Magnitud de la deuda*
- *Dependencia de las transferencias de la Nación*
- *Generación de recursos propios*
- *Magnitud de la inversión*
- *Capacidad de ahorro*

A partir de las mediciones anteriores, se obtiene un indicador global para cada municipio, donde 100 indica que la entidad territorial logró en conjunto los siguientes resultados:

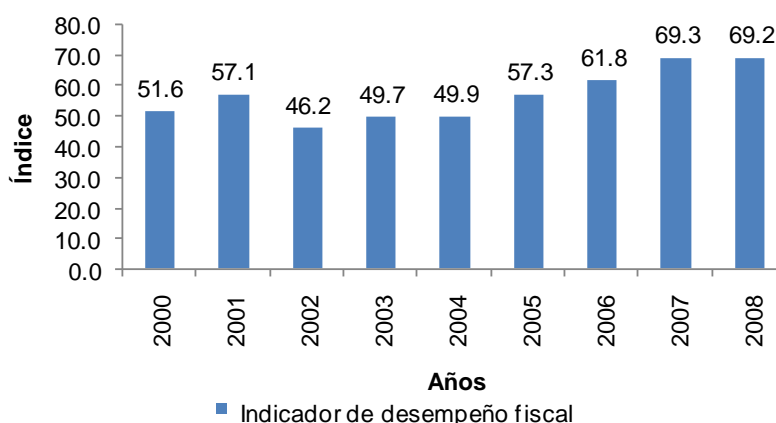
- *Buen balance en su desempeño fiscal*
- *Suficientes recursos para sostener su funcionamiento*
- *Cumplimiento a los límites de gasto de funcionamiento según la Ley 617/00*
- *Importante nivel de recursos propios (solventía tributaria) como contrapartida a los recursos de SGP*
- *Altos niveles de inversión*
- *Adecuada capacidad de respaldo de su deuda*
- *Generación de ahorro corriente, necesario para garantizar su solventía financiera.*

- *Tendencia y cumplimiento de la meta*

La Figura 82 muestra el índice de desempeño fiscal de Cali, para el período 2000 -2008. En esta se observa que al inicio del período la ciudad tenía un índice de 51.6; para 2001 aumentó 5.5 puntos y en 2002 se redujo a 46.2. A partir de este año el índice aumentó hasta el 2007 cuando fue de 69.3. En 2008 el incremento frente al año inicial fue de 17.6 puntos, lo que demuestra que el municipio ha mejorado, en los últimos años, su desempeño y manejo de los recursos.

Si bien la ciudad se encuentra a 30.8 puntos del ideal de desempeño fiscal, a lo largo de la década se ha presentado una mejoría de 34.1% en este indicador.

Figura 82. Índice de desempeño fiscal del Municipio. Cali, 2000 – 2008.



Fuente: DNP – Resultados del desempeño fiscal de municipios

8.3.2 Comparación con otras poblaciones

Entre 2000 y 2008, el índice de desempeño fiscal de Cali ha sido superado solamente por Medellín (25.0 puntos) sin embargo sigue ubicándose por debajo de las ciudades capitales, a 11.6 puntos porcentuales de Medellín (Cuadro 60).

Cuadro 60. Índice de desempeño fiscal. 2000 y 2008

Ciudad	2000	2008
Bogotá	67.5	77.3
Medellín	55.9	80.8
Barranquilla	58.7	70.6
Cali	51.6	69.2

Fuente: DNP–Resultados de desempeño fiscal de municipios

Conclusiones:

En la última década del siglo pasado, Cali incrementó el aseguramiento de la población desde 25% para el régimen contributivo hasta la cobertura universal a través del aseguramiento de la familia del trabajador y la implementación y afiliación al régimen subsidiado en sus dos formas parcial (3%) y total (31%)

Las comunas con bajo nivel educativo (no alcanza la primaria) y estrato socioeconómico 1 y 2, son las que tienen más alto porcentaje de afiliación al régimen subsidiado.

A pesar de haber disminuido en el tiempo la tasa de desempleo, esto no se ve reflejado en el peso porcentual del régimen contributivo, sobre el total de asegurados en la ciudad, lo que nos hace pensar puede existir un alto nivel de empleo informal. Sin embargo se recomienda realizar estudios de correlación entre la situación laboral y la afiliación al régimen contributivo, así como incrementar las acciones de promoción y buen uso del Sistema de seguridad social en salud y de sus subsidios para los más pobres.

Un alto porcentaje de la población de la ciudad de Cali, tiene accesibilidad la tecnología de comunicaciones, siendo mayor en la telefonía móvil, pero con un importante crecimiento del uso y acceso a internet dedicado.