

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE CALI
ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTEGRADO DE SALUD (ASIS)
DEL MUNICIPIO DE CALI – AÑO 2015

MAURICE ARMITAGE
Alcalde Municipio de Santiago de Cali

ALEXANDER DURÁN PEÑAFIEL
Secretario de Salud Pública Municipal

Grupo Directivo Secretaria de Salud
FREDDY ENRIQUE AGREDO LEMOS
Responsable Grupo de Salud Pública y Epidemiología

EMILCE AREVALO GARCÍA
Responsable Grupo Planeación

JORGE A. HOLGUIN RUIZ
Responsable Grupo de Vigilancia en Salud Pública

MARTHA FARIDE RUEDA
Responsable Área de Salud Ambiental

GERMÁN LINARES
Responsable Grupo Financiero

JACKELINE VIVEROS
Responsable Grupo Jurídica

LUIS ALEJANDRO TORRES
Responsable Grupo Administrativo

Santiago de Cali, Mayo de 2016

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTEGRADO DE SALUD (ASIS)
DEL MUNICIPIO DE CALI – AÑO 2015**

Versión 3.0

Actualizada a Mayo 31 de 2015

Compilación, diagramación, análisis y edición

ASIS Cali 2015

Claudia Patricia Mora Aguirre
Epidemióloga

Portada: Andres Carreño

Participantes en la elaboración del ASIS 2015

Grupo Vigilancia en Salud Pública

Claudia Patricia Mora Aguirre
Epidemióloga

Guillermo Perlaza
Estadístico

Silvio Duque Rodriguez
Epidemiólogo

Area de Salud Ambiental (ASA)

Martha Faride Rueda
Responsable de ASA

Genny Viginia Martinez
Epidemióloga ASA

Grupo Promoción Social

Sandra Patricia Morales
Yuby Mapallo
Samuel Aristizabal

Interventor:

Dr. Jorge Holguin Ruiz
Responsable Grupo Vigilancia en Salud Pública

Análisis de Situación Integrada de Salud, Municipio Santiago de Cali, periodo 2009 a 2015

Secretaría de Salud Pública Municipal del Cali

ISBN 978-958-57547-82

Edición 2015.

Autores: Claudia Patricia Mora Aguirre, Silvio Duque Rodríguez, Guillermo Perlaza

Editor: Claudia Patricia Mora Aguirre, Epidemióloga Grupo Vigilancia en Salud Pública.

Citar: Mora C, Duque S y Perlaza G. Análisis de Situación Integrado de Salud, municipio de Santiago de Cali. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Año 2015.

Contenido

Listado de Tablas.....	7
Listado de figuras	10
Listado de mapas.....	12
Presentación.....	13
CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	14
1.1 Contexto territorial.....	16
1.1.1 Localización.....	16
1.1.2 Características físicas del territorio	17
1.1.3 Accesibilidad geográfica	18
1.2 Contexto demográfico	21
1.2.1 Poblacion	21
1.2.2 Estructura demográfica.....	25
1.2.3 Dinámica demográfica	30
1.1.2. Movilidad forzada.....	32
CONCLUSIONES CAPITULO I	37
CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	39
2.1 Análisis de la mortalidad.....	39
2.1.1 Tasas ajustadas por edad de la mortalidad por grandes causas en el Mucipio de Santiago de Cali.....	39
2.1.2. Mortalidad específica por subgrupo en el Municipio de Santiago de Cali según tasas ajustadas por edad.....	47
2.1.4. Análisis de Desigualdad en la mortalidad materno – Infantil y en la niñez.	82
2.1.5. Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, especifica y materno – Infantil.	89
2.2. Análisis de morbilidad	93
2.2.1. Principales causas de morbilidad	93
2.2.2. Morbilidad especifica por subgrupo	97
2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo	102
2.2.4. Morbilidad eventos precursores	103
2.2.5. Morbilidad eventos de notificación obligatoria.....	104

2.2.6	Análisis de la población en condición de discapacidad 2011 a 2014	105
2.8.	Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS.....	107
2.8.1.	Análisis de los determinantes intermedios de la salud.....	107
CAPITULO III. DETERMINANTES DE LA SALUD.....		116
Intervenciones Intersectoriales y de Participación Social Para Modificar Comportamientos Y Entornos		
	Prevenición Rabia animal.....	117
	Prevenición Infestación por Roedores.....	118
	Prevenición Encefalitis Equina Venezolana – EEV.....	118
	Prevenición y Control del Vector Aedes aegypti.....	118
	Calidad del Agua.....	121
	Calidad del Aire	123
CAPITULO IV. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS EN SALUD		133

Listado de Tablas

Tabla 1. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros en el Valle del Cauca, 2015	20
Tabla 2 Población por pertenencia étnica y área de residencia del municipio Santiago de Cali, 2005	24
Tabla 3 Proporción de la población por grupo etario, Municipio Santiago de Cali 1985, 1993, 2005,2015, 2020.....	27
Tabla 4 Otros indicadores de estructura demográfica en el Municipio Santiago de Cali, 2005, 2015, 2020. ...	30
Tabla 5 Otros indicadores de dinámica demográfica en el Municipio Santiago de Cali, 2005, 2013, 2020.....	30
Tabla 6 .Otros indicadores de la dinámica de la población del Municipio Santiago de Cali, 2005- 2013	32
Tabla 7. Población victimizada de desplazamiento (expulsiones) por grupo de edad, sexo, Municipio de Santiago de Cali. Acumulado a diciembre 31 de 2015	33
Tabla 8. Población Desplazada por Años expulsor, receptor y municipio de declaración, Municipio de Santiago de Cali. Acumulado a diciembre 31 de 2015	33
Tabla 9. Población Desplazada según índices de intensidad y de presión, Municipio de Santiago de Cali. Acumulado a diciembre 31 de 2015	35
Tabla 10. Distribución de la Población desplazada por etnia y situación de discapacidad, Municipio de Santiago de Cali. Acumulado a diciembre 31 de 2015.	36
Tabla 11. Distribución de población víctima por sexo y etnia. Año 2014 y 2015	36
Tabla 12. Población víctima por hecho victimizante y sexo. Cali año 2015.....	37
Tabla 13. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por signos y síntomas mal definidos en hombres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 - 2013.....	58
Tabla 14. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por signos y síntomas mal definidos en mujeres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 - 2013.....	59
Tabla 15. Semaforización de mortalidad PDSP para el Municipio de Santiago de Cali año 2013.....	60
Tabla 16. Tasas de mortalidad por 1000 nacidos vivos, según grandes grupos. Menores de 1 año según sexo. Santiago de Cali 2005 – 2013.....	62
Tabla 17. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, según grandes grupos. 1 a 4 años según sexo. Santiago de Cali 2005 – 2013.....	64
Tabla 18. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, según grandes grupos. Menores de 5 años según sexo. Santiago de Cali 2005 – 2013.....	66
Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.	67
Tabla 20. Muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias en la niñez y la infancia. Municipio de Cali 2005 – 2013.....	69
Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por tumores. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.....	70
Tabla 22. Muertes por neoplasias en la infancia y niñez. Municipio de Cali 2005 – 2013.....	70
Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.....	71
Tabla 24. Muertes en la infancia y niñez, por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad en la infancia y niñez. Municipio de Cali, 2005 – 2013.....	71
Tabla 25. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.	72
Tabla 26. Muertes por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en la infancia y niñez Municipio de Cali, 2005 – 2013.....	72
Tabla 27. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.....	73
Tabla 28. Muertes por enfermedades del sistema nervioso, en la infancia y niñez. Municipio de Cali, 2005 – 2013.....	73

Tabla 29. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema circulatorio; Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013	74
Tabla 30. Muertes por enfermedades del sistema Circulatorio, Municipio de Cali, 2005 – 2013.....	74
Tabla 31. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema respiratorio. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013	75
Tabla 32. Muertes por enfermedades del sistema respiratorio, Municipio de Cali, 2005 – 2013.....	75
Tabla 33. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema digestivo; Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.....	76
Tabla 34. Muertes por enfermedades del sistema Digestivo y genitourinario, Municipio de Cali, 2005 – 2013	76
Tabla 35. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema genitourinarios; Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013	76
Tabla 36. Muertes por enfermedades del sistema genitourinario. Municipio de Cali, 2005 – 2013.....	76
Tabla 37. Tasas específicas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.....	77
Tabla 38. Muertes por afecciones originadas en el periodo perinatal, Municipio de Cali, 2005 – 2013.....	78
Tabla 39. Muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Municipio de Cali, 2005 – 2013.....	79
Tabla 40. Tasas específicas de mortalidad por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.....	80
Tabla 41. Muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y Todas las demás enfermedades, Municipio de Cali, 2005 – 2013.....	80
Tabla 42. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por causas externas de mortalidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.....	81
Tabla 43. Muertes en la infancia y niñez, por causas externas en el Municipio de Cali, 2005 – 2013	82
Tabla 44. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, departamento del Municipio de Cali 2006 – 2013.....	83
Tabla 45. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal del Municipio de Cali, según etnia 2009 – 2013	88
Tabla 46. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia del Municipio de Cali, 2009 – 2013.....	89
Tabla 47. Identificación de prioridades en salud del Municipio de Cali. 2013.....	90
Tabla 48. Principales causas de morbilidad por gran causa, Cali año 2014.....	93
Tabla 49. Principales causas de morbilidad y ciclo vital, Cali año 2009 – 2014	94
Tabla 50. Morbilidad por grupo de causa – Femenino. Cali años 2009 a 2014.....	95
Tabla 51. Morbilidad por grupo de causa – Hombres. Cali años 2009 a 2014	96
Tabla 52. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales. Municipio de Cali 2009-2014	97
Tabla 53. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, Cali 2009 – 2014.....	98
Tabla 57. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia e infancia de Cali 2009 – 2014.....	99
Tabla 58. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la Adolescencia y Juventud de Cali 2009 – 2014.....	100
Tabla 59. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la Adulthood y Persona Mayor de Cali 2009 – 2014.....	101
Tabla 60. Morbilidad específica por las lesiones, Cali años 2009 – 2014.....	102
Tabla 61 SemafORIZACIÓN y tendencia de los indicadores de eventos de alto costo Cali vs. Valle del Cauca, 2008-2014.....	103
Tabla 62. Eventos precursores de Cali – Valle del Cauca, 2009 -2012.....	103
Tabla 63. SemafORIZACIÓN de los eventos de notificación obligatoria del Valle del Cauca, 2007-2013.....	104
Tabla 66. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres del Valle del Cauca, 2002 a 2014.....	106

Tabla 67. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Valle del Cauca	107
Tabla 68. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Municipio de Cali	116
Tabla 69. Mediciones calidad del aire por estación. Cali año 2014.	123
Tabla 70. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Valle del Cauca ..	127
Tabla 71. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Valle del Cauca	128
Tabla 72. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del departamento	128
Tabla 73. Otros indicadores de sistema sanitario Cali, 2015.....	129
Tabla 74. Otros indicadores de ingreso, Municipio de Cali 2008-2014.....	130
Tabla 75. Analfabetismo y tasa de cobertura bruta de educación del Municipio de Cali, 2005 – 2014	131
Tabla 76. Priorización de los problemas de salud en el Cali, 2013-2014	133

Listado de figuras

Figura 1 Pirámide poblacional del Municipio Santiago de Cali, 2005, 2015, 2020	26
Figura 2 Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Municipio de Santiago de Cali 1985, 1993, 2005 y 2015	28
Figura 3 Población por sexo y grupo de edad del Municipio de Santiago de Cali, 2015	28
Figura 4 Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad y mortalidad Santiago de Cali. 2005- 2013	31
Figura 5. Pirámide poblacional – víctimas. Cali año 2015	34
Figura 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general, Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013	43
Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres. Municipio Santiago de Cali, 2005-2013	44
Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos AVPP por grandes causas lista 6/67 en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013.	44
Figura 12. Tasa Ajustada de AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general. Municipio Santiago de Cali, 2005-2013.	45
Figura 13. Tasa Ajustada de AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres. Municipio Santiago de Cali, 2005-2013.....	46
Figura 14. Tasa Ajustada de AVPP por grandes causas lista 6/67 en mujeres. Municipio Santiago de Cali, 2005-2013.....	46
Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Enfermedades Transmisibles en hombres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013	47
Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Enfermedades Transmisibles en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013	48
Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Neoplasias en hombres, Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013.	49
Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Neoplasias en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013.	50
Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres. Municipio de Santiago de Cali. 2005 – 2013.	51
Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005 – 2013.	52
Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del periodo perinatal en hombres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2013	53
Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del periodo perinatal en mujeres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2013.	54
Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por causas externas en hombres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 - 2013	55
Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por causas externas en mujeres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2013.	56
Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por las demás causas en hombres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 - 2013	57

Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por las demás causas en mujeres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2013.	58
Figura 27. Razón de mortalidad materna, Municipio de Cali 2005 -2013	83
Figura 28. Tasa de mortalidad neonatal del Municipio de Cali, 2005 - 2013	84
Figura 29. Tasa de mortalidad infantil del Municipio de Cali, 2005 - 2013.....	85
Figura 30. Tasa de mortalidad en la niñez del Municipio de Cali, 2005 - 2013.....	86
Figura 31. Tasa de mortalidad por EDA, Municipio de Cali, 2005 – 2013	86
Figura 32. Tasa de Mortalidad por IRA, Municipio de Cali, 2005 – 2013.....	87
Figura 33. Tasa de mortalidad por desnutrición en el Municipio de Cali 2009- 2013	87
Figura 34. Promedio en el tiempo de índice de recipientes (sumideros) en Cali, 2013 y 2014.	119
Figura 35. Comparativo Índices por comuna para Control Larvario en sumideros, 2013 y 2014	119
Figura 36. Control en Sitios de Concentraciones Humanas	120
Figura 37. IRCA urbano Cali año 2014	122
Figura 38. IRCA rural Cali año 2014.....	122
Figura 39. Muestra de agua de uso recreativo. Cali año 2014.	123
Figura 40. Pobreza y pobreza extrema Cali. Años 2008 a 2014.	130
Figura 41. Tendencia población económicamente activa. Cali año 2010 a 2015.....	132

Listado de mapas

Mapa 1. Municipio de Santiago de Cali. Limites. 2014	16
Mapa 2. Municipio de Santiago de Cali. División política administrativa.2014	17
Mapa 3 . Municipio de Santiago de Cali. Cuencas hidrográficas.2014	18
Mapa 4. Vías de comunicación del Municipio de Santiago de Cali, 2015	19
Mapa 5. Vías de comunicación del departamento del Valle del Cauca, 2015	21
Mapa 6. Densidad poblacional por kilometro cuadrado. Zona rural. Cali 2014.....	23
Mapa 7 Distribución Población afrodescendiente. Municipio Santiago de Cali, 2005	25
Mapa 8 Distribución Población indígena. Municipio Santiago de Cali, 2005.....	25
Mapa 9. ubicación espacial de las estaciones de monitoreo de calidad del aire en la ciudad de Cali	124
Mapa 10. Indice Calidad del Aire (ICA). Cali año 2014	126

Presentación

El Ministerio de Salud mediante su Guía conceptual y metodológica con el modelo de Determinantes Sociales de la Salud – DSS, y las demás herramientas del Sistema de la Protección Social (SISPRO), ha dado el lineamiento para la elaboración en todos los municipios de Colombia los respectivos Análisis de Situación Integrado de Salud (ASIS), el cual debe armonizarse con el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, a la vez que es el insumo principal para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP).

El municipio de Santiago de Cali en cabeza de la Secretaria Municipal de Salud a partir de las orientaciones definidas y con la capacitación recibida por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional en el tema elaboró este documento con la participación activa de los funcionarios responsables, para la construcción del ASIS año 2015 el ministerio ha dispuesto que las cifras de Demografía deben corresponder al año 2015, los indicadores de morbilidad al año 2014 y los de mortalidad al año 2013, estos últimos teniendo en cuenta que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) ha reportado cifras de defunciones oficiales correspondientes a dicho periodo.

METODOLOGÍA

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) se realizó con base en la metodología y especificaciones dadas por el Ministerio de Salud, la información correspondiente a proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), las cuales se encuentran a corte del año 2015, y los indicadores demográficos dispuestos por esta institución en su página web: www.dane.gov.co. Así mismo, se consultó el Registro Único de Víctimas (RUV) dispuesto en el Sistema de Gestión de Datos del Ministerio de Salud y Protección Social a través del cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social cuyo corte de información es septiembre de 2015, y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, con fecha de corte a octubre de 2015.

Para el análisis de los efectos de salud y sus determinantes se emplearon los datos de estadísticas vitales provenientes del DANE siendo las últimas cifras oficiales las correspondientes al año 2013; la morbilidad atendida procedente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) son a corte del año 2014. La información sobre eventos de interés en salud pública proviene del Sistema de vigilancia de la salud pública (Sivigila) a corte del año 2014; y la de eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo disponible a corte del año 2014. Adicionalmente se incluyó información resultante de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013, informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis).

Para el análisis de los determinantes intermediarios de la salud y los estructurales de las inequidades de salud se incluyó principalmente información derivada del Ministerio de Educación Nacional (MEN), el Departamento Nacional de Planeación (DNP), y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Los datos fueron procesados en Microsoft Excel; Epidat 4.0.

A través de estadística descriptiva se hizo una aproximación a la distribución de los datos, tendencia central y dispersión. Las tasas de mortalidad se ajustaron por edad mediante el método directo utilizando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como agrupador de causas se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que recoge en seis grandes grupos y un residual, 67 subgrupos de diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedades. Así mismo, se calculó la carga de la mortalidad mediante Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), para las grandes causas de mortalidad.

Se analizó la tendencia de los indicadores mediante el método de regresión Joinpoint, y se describieron los eventos trazadores de la mortalidad materno-infantil y en la niñez: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

El análisis de las causas de mortalidad infantil se efectuó de acuerdo con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte en 16 grandes grupos: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; causas externas de morbilidad y mortalidad; síndrome respiratorio agudo grave (SRAG); y todas las demás enfermedades. Se construyeron tasas específicas para los menores de un año usando como denominador los nacidos vivos, para los niños entre 1 y 4 años utilizando la población entre 1 y 4 años, y para los menores de cinco años empleando la población menor de cinco años.

Para cada indicador incluido en el ASIS se aplicaron métodos de análisis de desigualdad básicos e intermedios como: diferencias absolutas y relativas, riesgos atribuibles poblacionales, índices de desproporcionalidad, e índices de disimilitud.

Tabla 1. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros en el Valle del Cauca, 2015

Municipio	Tiempo de llegada desde el municipio a la ciudad capital del departamento, en minutos	Distancia en Kilómetros desde el municipio a la ciudad capital del departamento (en ruta)	Tipo de transporte desde el municipio a la ciudad capital del departamento
EL CAIRO	354	217	Terrestre
EL AGUILA	324	226	Terrestre
ANSERMANUEVO	265	203	Terrestre
ALCALA	262	216	Terrestre
EL DOVIO	239	169	Terrestre
ARGELIA	213	218	Terrestre
CARTAGO	209	185	Terrestre
CAICEDONIA	208	175	Terrestre
ULLOA	193	208	Terrestre
VERSALLES	179	178	Terrestre
DARIEN	167	101	Terrestre
BUENAVENTURA	160	127	Terrestre
TORO	152	167	Terrestre
SEVILLA	145	145	Terrestre
RIOFRIO	144	106	Terrestre
LA UNION	142	157	Terrestre
ANDALUCIA	136	113	Terrestre
OBANDO	130	157	Terrestre
LA VICTORIA	129	150	Terrestre
ROLDANILLO	124	141	Terrestre
BOLIVAR	122	123	Terrestre
ZARZAL	117	133	Terrestre
TRUJILLO	116	105	Terrestre
RESTREPO	100	86	Terrestre
SAN PEDRO	98	92	Terrestre
BUGALAGRANDE	97	108	Terrestre
TULUA	89	92	Terrestre
DAGUA	72	47	Terrestre
BUGA	67	67	Terrestre
YOTOCO	67	54	Terrestre
LA CUMBRE	63	35	Terrestre
PRADERA	59	39	Terrestre
FLORIDA	58	40	Terrestre
GINEBRA	57	51	Terrestre
GUACARI	55	49	Terrestre
EL CERRITO	49	41	Terrestre
VIJES	48	33	Terrestre
CANDELARIA	41	26	Terrestre
JAMUNDI	41	23	Terrestre
PALMIRA	39	29	Terrestre
YUMBO	30	13	Terrestre

Fuente: <http://www.distanciasentre.com/>

El sistema de transporte más importante y usado en el departamento es el terrestre. El Municipio más retirado a Cali, como ciudad capital, es El Águila, ubicado a 226 kms y con un tiempo aproximado en su traslado de 324 minutos. Mapa 4

El mayor porcentaje de habitantes corresponde a la población de 15 a 19 años(9,0%) seguida de la población de 20 a 24 años(8,9%), mientras el grupo con menor población corresponde a los mayores de 80 años (1,4%)⁸.

Al comparar la población entre 2015 y 2005 el total de habitantes se incrementa en 249.978 correspondiente a 11.8% entre este periodo y al 1.2% anual. La distribución por grupos de edad muestra variaciones entre las cuales se resalta en las primeras edades, un descenso en la proporción hasta el grupo de edad de 20 a 24 y a partir de los 45 y más años se observa un incremento en la proporción de población.

La tendencia en términos generales de población caleña, muestra como la proporción de los menores de 15 años es cada vez menor como consecuencia de controles en la natalidad, mortalidad prematura y violencia frente a un aumento en la proporción de población de adultos mayores como resultado del incremento en la esperanza de vida lo que se expresa como un envejecimiento incipiente de la población.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

La densidad poblacional del municipio para el año 2015 estimada es de 4.230 Habitantes por Km². La población en zona urbana es de 2'333.205 para una densidad de 19.299 mientras la zona rural cuenta con 36,616 Hbtes para una densidad de 84. La mayor concentración poblacional se observada se presenta en la zona del oriente que comprende las comunas del distrito de aguablanca y aledañas a este, como también las comunas con soluciones de vivienda de propieda horizontal.

Población por área de residencia urbano/rural

98,5% de los habitantes residen en la cabecera municipal y el 1.5% restante en la zona rural

Grado de urbanización

Como se describió previamente el grado de urbanización del municipio es elevado, con 98,5% de los habitantes residen en la zona urbana.

Número de viviendas

Para el año 2015 se estima un total de 634.253 viviendas en el municipio de las cuales 624.000 (98,4%) están ubicadas en el área urbana

Materiales de vivienda

El censo del año 2005 reporto 11% de los habitantes del municipio con necesidades básicas insatisfechas, de los cuales 1,8 % correspondía al componente de vivienda, 1.7% en el área urbana y 5,2% en el resto⁹.

Número de hogares

El número de hogares para Cali en el año 2005 según el censo de población era de 554.918,

⁸ DANE. Proyecciones Población por grupos de Edad. Censo 2005

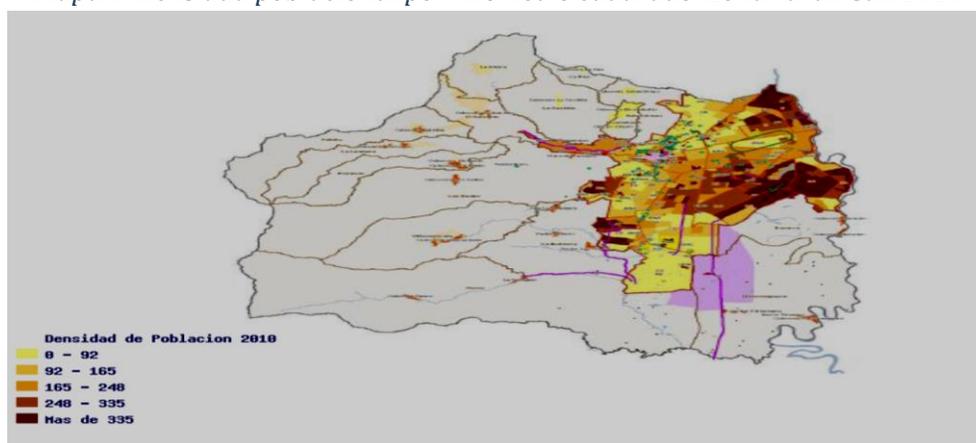
⁹ DANE Resultados Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto. Municipio de Cali

Población por pertenencia étnica

En el caso de Cali 23% de la población que reside en el municipio se considera negra, mulata o afrocolombiana, 0.4% indígena y ninguna de ellas 76% según cifras del censo¹⁰. Esto significa según Escobar que el municipio es pluriétnico y multicultural, incluso con etnias negras raizales asentadas hace más de 200 años¹¹

Sin embargo el reporte de Planeación Departamental da cuenta de 9.466 habitantes pertenecientes a la etnia indígena (42,4% del total de esta etnia en el departamento); 542.039 habitantes afrocolombianos(49,7% del total de esta etnia en el departamento); 707 habitantes pertenecientes a la población ROM(98,6% del total del de esta etnia en el departamento); 896 Raizales(73,1% del total de esta etnia del departamento)¹²

Mapa 6. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado. Zona rural. Cali 2014



Fuente: Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali. IDESC. Densidad poblacional. Consultado octubre 29 2013

Población por pertenencia étnica

En el caso de Cali 26% de la población que reside en el municipio se considera negra, mulata o afrocolombiana, 0.5% indígena y ninguna de ellas 73% según cifras del censo¹³. Esto significa según Escobar que el municipio es pluriétnico y multicultural, incluso con etnias negras raizales asentadas hace más de 200 años¹⁴

Sin embargo el reporte de Planeación Departamental da cuenta de 9466 habitantes pertenecientes a la etnia indígena (42,4% del total de esta etnia en el departamento); 542039 habitantes afrocolombianos(49,7% del total de esta etnia en el departamento); 707 habitantes pertenecientes a la población ROM(98,6% del total del de esta etnia en el departamento); 896 Raizales(73,1% del total de esta etnia del departamento)¹⁵

¹⁰ DANE. Fuente: Censo de población y Vivienda 2005

¹¹ Escobar M. G. La población en Santiago de Cali: siglo XX y primera década del siglo XXI

¹² Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria de Salud Departamental. ASIS 2013

¹³ DANE. Fuente: Censo de población y Vivienda 2005

¹⁴ Escobar M. G. La población en Santiago de Cali: siglo XX y primera década del siglo XXI

¹⁵ Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria de Salud Departamental. ASIS 2013

La distribución porcentual de población afrocolombiana en las comunas oscila entre 9%(Comuna 19) y 49,9 %(Comuna 15) mientras en el caso de la población indígena esta oscila entre 0,3% (Comunas 10,13 y 15) y 1% (Comuna 20) como se presenta en la tabla no. 8.

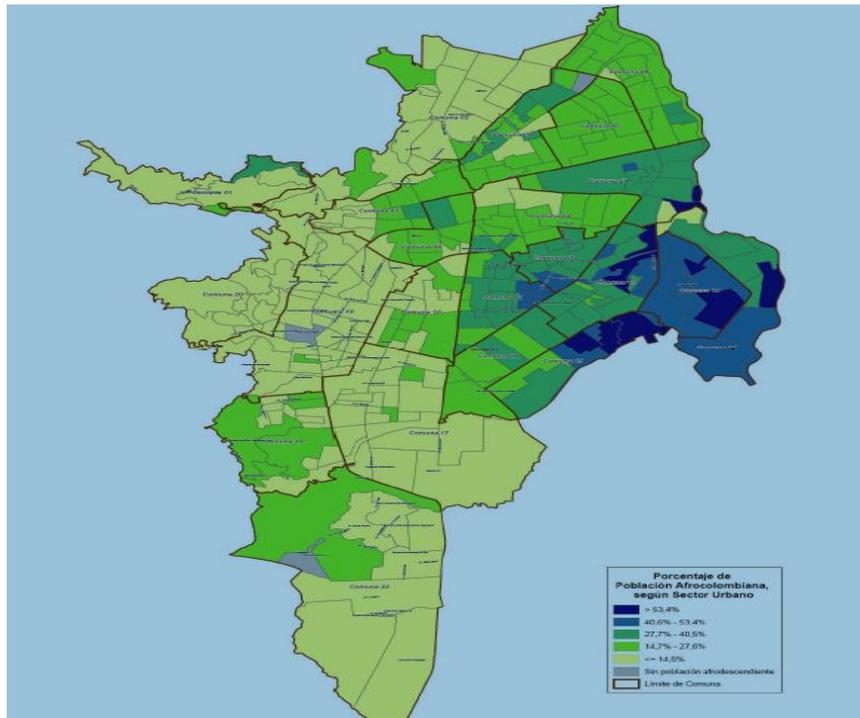
Tabla 2 Población por pertenencia étnica y área de residencia del municipio Santiago de Cali, 2005

COMUNA	% POBLACION MUNICIPIO	% POBLACION AFRODESCENDIENTE	% POBLACION INDIGENA
1	3,0	12,0	0,6
2	4,9	10,5	0,4
3	2,1	14,4	0,8
4	2,7	22,4	0,5
5	4,8	21,0	0,4
6	8,2	20,6	0,4
7	3,7	37,8	0,4
8	4,7	19,2	0,4
9	2,3	16,8	0,5
10	5,0	15,3	0,3
11	4,7	33,1	0,4
12	3,2	37,5	0,5
13	8,2	37,9	0,3
14	7,3	51,1	0,4
15	6,1	49,9	0,3
16	4,6	27,0	0,5
17	5,0	9,4	0,4
18	4,8	13,0	0,8
19	4,8	9,0	0,5
20	3,1	12,6	1,0
21	4,4	44,7	0,4
22	0,4	10,4	0,7
Rural	1,7	19,8	0,7
Total	100,0	26,6	0,5

Fuente: DANE: Censo de población y Vivienda 2005

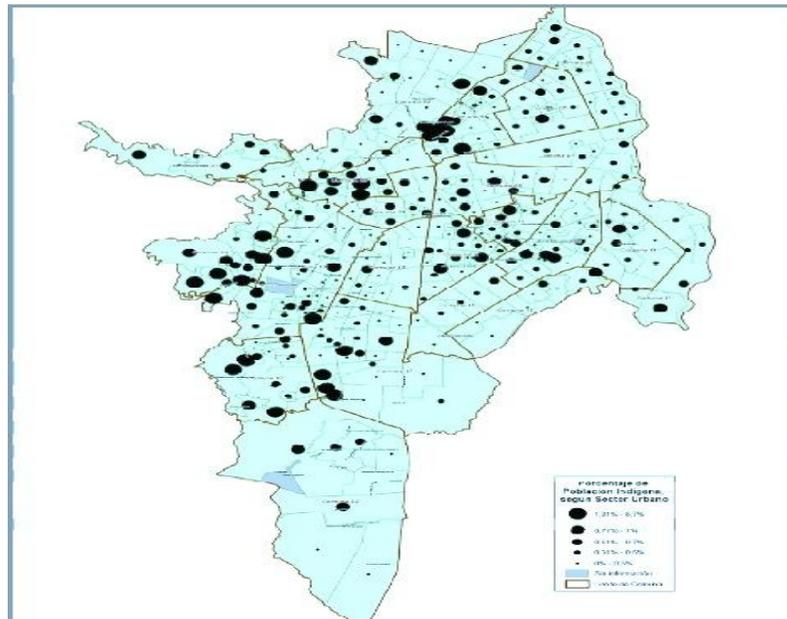
Los mapas No. 11 y 12 presentan la distribución geográfica de la población afrocolombiana e indígena en el municipio respectivamente.

Mapa 7 Distribución Población afrodescendiente. Municipio Santiago de Cali, 2005



Fuente: DANE, Censo General 2005. Marco Geo estadístico Nacional, 2007

Mapa 8 Distribución Población indígena. Municipio Santiago de Cali, 2005



Fuente: DANE, Censo General 2005. Marco Geo estadístico Nacional, 2007

1.2.2 Estructura demográfica

Los Indicadores de estructura demográfica por grupos quinquenales de edad y la distribución por género, se resumen en la pirámide poblacional donde se compara el año en curso, el cambio con respecto los años

2005, 2015 y la proyección al año 2020. La pirámide poblacional del municipio ha pasado de ser expansiva a Regresiva - constrictiva como resultado de la transición demográfica, la reducción de las tasas de crecimiento vegetativo (por la diferencia entre la natalidad y la mortalidad) y el aumento de la esperanza de vida al nacer por la disminución de las tasas natalidad, mortalidad prematura e infantil como se aprecia en la figura No. 1

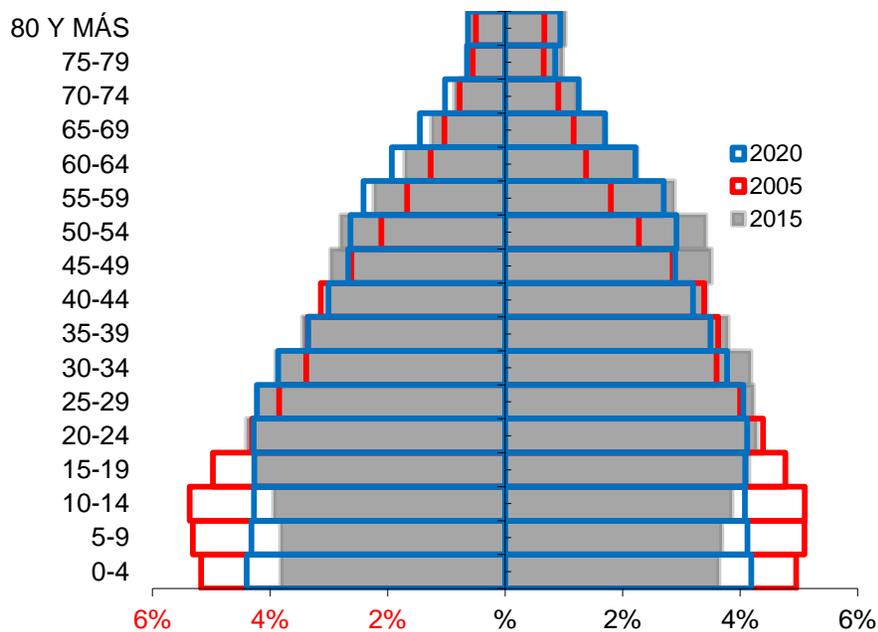
La transición demográfica explica el crecimiento de la población, de altos a bajos niveles en los componentes del crecimiento vegetativo de la población, con etapas diferenciadas tanto en el inicio como en la intensidad de estos cambios.

La transición epidemiológica está muy relacionada con la transición demográfica, siendo uno de los factores desencadenantes de esta última en la medida que determina la disminución de la mortalidad, un componente con el que se inicia ese proceso. Posteriormente, los cambios epidemiológicos se profundizan debido a factores como el descenso de la fecundidad, el envejecimiento de la población y la mayor concentración urbana de la población.

El envejecimiento de la población es un proceso intrínseco de la transición demográfica. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edad, al reducir relativamente el número de personas en edad joven y engrosar los grupos de edad más avanzadas.

Ambas transiciones tienen como consecuencia un profundo cambio en la estructura por edades de las defunciones, que se caracteriza tanto por el aumento del peso relativo de las defunciones de adultos mayores, causado por la sobrevivencia de las personas hasta edades más avanzadas, así como por el crecimiento acelerado de la población en edades superiores.

Figura 1 Pirámide poblacional del Municipio Santiago de Cali, 2005, 2015, 2020



Fuente: Construida a partir de DANE, Censo General 2005 y proyecciones de población

Población por grupo de edad

Entre los periodos intercensales 1985 a 2005 se observa una disminución en la contribución porcentual de los grupos de edad de población menor a 45 años que oscila entre (-0,1%) para el grupo de menores de un año y (-2,6%) en el grupo de 5 a 14 años y un incremento en todos los grupos a partir de esta edad que oscila entre (+ 0,3%) para el grupo de mayores de 80 años y (+2,9%) en el grupo de 45 a 59 años.

Para el año 2015, con relación al año 1985, el comportamiento es similar para los menores de 25 años, en cuanto a la disminución en la variación porcentual en este periodo, ya en el grupo de 25 a 44 se observa un incremento en la contribución que pasa de (-0,9%) en el grupo de 25 a 29 años a (+1,9%) en el grupo de 40 a 44 años y el incremento mayor se presentó en el grupo de edad 50 a 54 años con el 2.6%, la tendencia general en los grupos de mayor edad es al incremento gradual dado el proceso de envejecimiento de la población (Tabla 9, Figura 2).

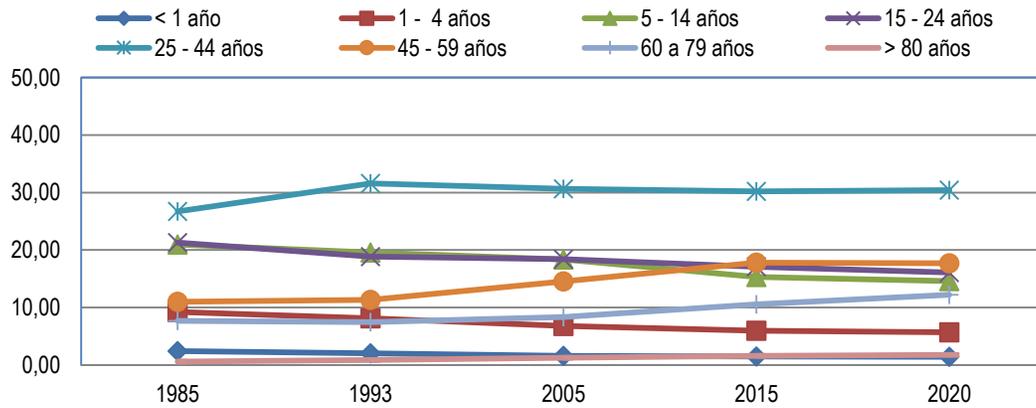
Tabla 3 Proporción de la población por grupo etario, Municipio Santiago de Cali 1985, 1993, 2005,2015, 2020.

Volumen (número de personas)					
Grupos de edad	Años				
	1985	1993	2005	2015	2020
< 1 año	34127	37026	34406	35428	36269
1 - 4 años	131147	146074	143950	141104	142770
5 -14 años	297633	351947	388980	362617	364377
15 - 24 años	302370	339264	390539	405028	401306
25 – 44 años	379307	567690	649928	715952	759956
45 – 59 años	156362	203665	308230	421614	441627
60 – 79 años	108694	134428	176482	250042	305623
> 80 años	8819	16017	27328	38036	44514
Total	1418459	1796111	2119843	2369821	2496442
Pesos relativos (porcentaje)					
Grupos de edad	Años				
	1985	1993	2005	2015	2020
< 1 año	2.4	2.1	1.6	1.49	1.5
1 - 4 años	9.2	8.1	6.8	5.95	5.7
5 -14 años	21.0	19.6	18.3	15.30	14.6
15 - 24 años	21.3	18.9	18.4	17.09	16.1
25 – 44 años	26.7	31.6	30.7	30.21	30.4
45 – 59 años	11.0	11.3	14.5	17.79	17.7
60 – 79 años	7.7	7.5	8.3	10.55	12.2
> 80 años	0.6	0.9	1.3	1.61	1.8
Total	100.0	10.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Construido a partir de DANE. Cifras censales 1985,2005; Proyecciones Población por edades simples y grupos de Edad. 2005

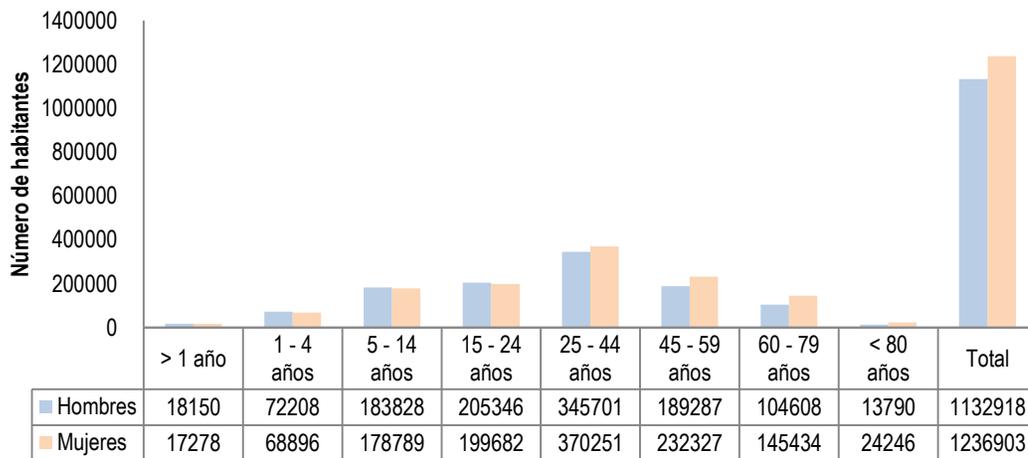
Para el año 2015 la distribución por sexo corresponde a mujeres en 52,2%; por grupos de edad el mayor porcentaje corresponde a personas entre 25 y 44 años(30,21%) en contraste con los extremos de la vida que presentan los menores de un año(1,49 %) y los mayores de 80 años(1,61%) como se observa en la figura No. 2 y 3

Figura 2 Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Municipio de Santiago de Cali 1985, 1993, 2005 y 2015



Fuente: Construido a partir de DANE. Cifras censales 1985,2005; Proyecciones Población por edades simples y grupos de Edad. 2005

Figura 3 Población por sexo y grupo de edad del Municipio de Santiago de Cali, 2015



Fuente: DANE. Proyecciones Población por edades simples y grupos de Edad. 2005

1.2.2.2 Otros indicadores demográficos

Estas series de indicadores, permiten el análisis de la estructura poblacional por edades y/o por distribución geográfica de los distintos ámbitos territoriales. La Tabla No. 10 presenta la distribución de estos indicadores en tres momentos 2005, 2015 y 2020

- La razón hombre: mujer: En el año 2015 por cada 100 mujeres hay 92 hombres en promedio cifra similar a la presentada en el 2005, se espera un leve incremento para el año 2020.
- La razón de niños: mujer: Representa la relación entre niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil de 15 a 49 años. En el año 2015 por cada 100 mujeres en edad fértil, hay 27 menores de cinco años cifra menor a la reportada en el año 2005 y se espera continúe igual para el año 2020.
- El índice de infancia: Representa la relación entre los menores de 15 años y la población total. En el año 2015 por cada 100 personas 23 correspondían a población menor de 15 años, cifra menor a la

presentada en el año 2005 y con tendencia a la disminución para el año 2020. Correlacionada con el incremento gradual del proceso de envejecimiento de la población.

- El índice de juventud: Representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total. En el año 2015 por cada 100 personas, 26 tienen entre 15 y 29 años, cifra menor a la presentada en el año 2005 y con tendencia a la disminución para el año 2020. Muestra el proceso de transición demográfica con el desplazamiento de los grupos poblacionales de mayor proporción de edades jóvenes a edades mayores.
- El índice de vejez: Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año 2015 de cada 100 personas, 8 tienen 65 años y más. Se observa el proceso de envejecimiento gradual de la población.
- El índice de envejecimiento: Representa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. En el año 2015 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 36 personas mayores de 65 años, esta cifra se ha incrementado con respecto al año 2005 con tendencia al incremento. Muestra la velocidad de envejecimiento de la población y los cambios en la estructura de la población.
- El índice demográfico de dependencia: Representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2015 de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 45 menores de 15 y mayores de 65 años. Presenta una disminución con respecto a las cifras del 2005 y se estima que continúe igual a los datos del 2015. Muestra la carga que soporta la población en edad laboral frente a los que están por fuera de ella.
- Índice dependencia infantil: Representa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2015, de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 33 personas menores de 15 años. Ha presentado una disminución con respecto al 2005 y se prevé una disminución para el año 2020
- Índice de dependencia de mayores: Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2015, de cada 100 personas entre 15 y 64 años 12 tienen más de 65 años. Presenta un incremento con respecto al 2005 y se prevé un aumento para el año 2020.
- En términos generales se observa que al año 2015 por cada 100 personas en edad productiva (15-64), dependen de ellos 45 de los cuales 33 son menores de 15 años y 12 son mayores de 64 años.
- El índice de Friz, muestra la relación entre la población menor de 20 años y el grupo edad de 30 a 49, en la que se observa la variación de estas generaciones, un valor superior a 160 refleja una población aun joven, por el contrario un valor inferior a 60 es reflejo de una población envejecida. Para el caso de Cali por cada 100 personas de 30 a 49 años hay 110 menores de 20 años, lo que refleja una tendencia al envejecimiento de la población al analizar el periodo de 2005 (127) al Estimado al 2020 (105).

Tabla 4 Otros indicadores de estructura demográfica en el Municipio Santiago de Cali, 2005, 2015, 2020.

Indicadores	2005	2015	2020
Razón de hombre: mujer	91.78	91.59	92.00
Razón de niños: mujer	29	27	27
Índice de infancia	27	23	22
Índice de Juventud	27	26	24
Índice de vejez	7	8	9
Índice de envejecimiento	25	36	43
Índice demográfico de dependencia	50.49	44.82	45.34
Índice de dependencia infantil	40.28	32.95	32.74
Índice de dependencia de mayores	10.21	11.87	13.71
Índice de Friz	127.29	110.32	105.63

Fuente: Construido a partir de DANE. Cifras censales 1985,2005; Proyecciones Población por edades simples y grupos de Edad. 2005

1.2.3 Dinámica demográfica

La dinámica demográfica se establece a partir del comportamiento de indicadores como la tasa de crecimiento natural las tasas brutas de natalidad y mortalidad. La tabla No. 11 presenta la distribución de estos indicadores entre el año 2005 y 2015.

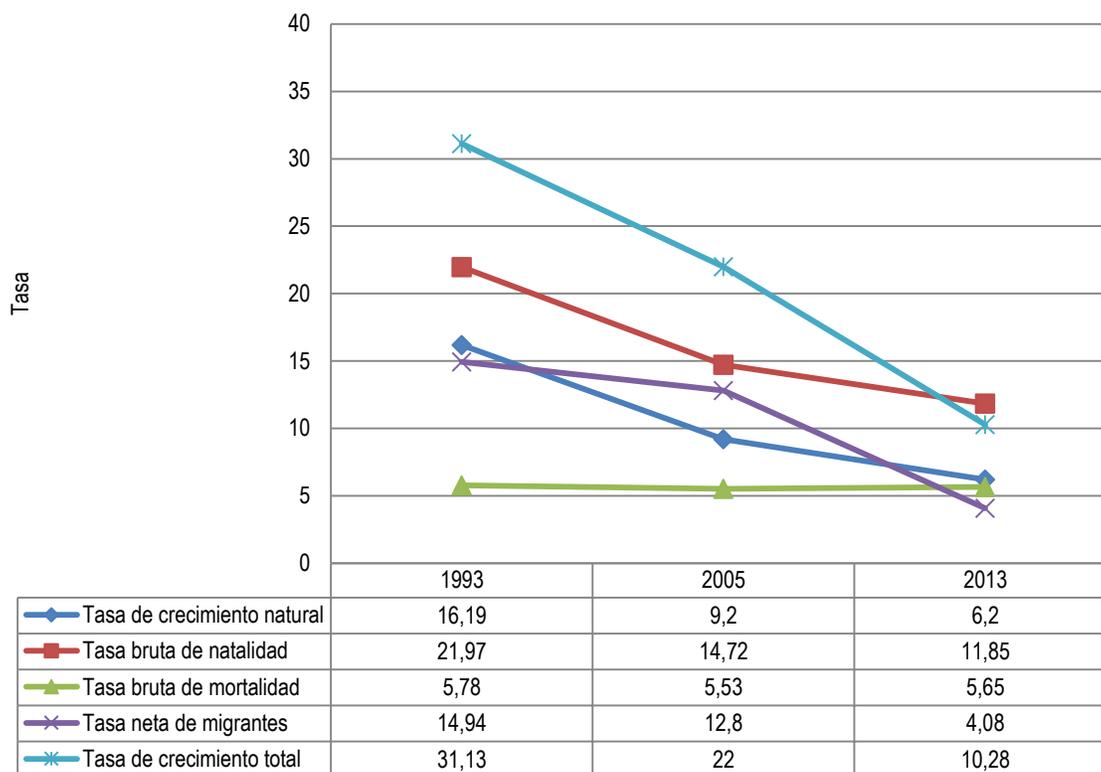
Tabla 5 Otros indicadores de dinámica demográfica en el Municipio Santiago de Cali, 2005, 2013, 2020.

INDICADOR/AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasa bruta de mortalidad	5,54	5,49	5,45	5,28	5,50	5,52	5,52	5,50	5,65
Tasa bruta de natalidad	14,72	14,31	14,18	14,01	13,49	12,61	13,00	12,67	11,85
Tasa crecimiento natural	9,18	8,82	8,73	8,73	7,99	7,09	7,48	7,16	6,20

Fuente: DANE. Estadísticas vitales.

- La Tasa de Crecimiento Natural: Este indicador es el resultado de la diferencia entre la tasa bruta de natalidad y mortalidad. Como se observa en la figura No. 4 presenta una disminución a lo largo de los años pasando de 9,18 en el año 2005 a 6,20 en el 2013. Lo que expresa una reducción en el crecimiento de la población altamente influenciada por la reducción de la natalidad, disminución de la mortalidad temprana y la sobrevivencia de edades avanzadas
- La Tasa Bruta de Natalidad: Este indicador ha presentado a lo largo del tiempo una disminución pasando de 14,72 en el año 2005 a 11,85 en el año 2013.
- La Tasa Bruta de Mortalidad: A diferencia de la tasa de Natalidad que ha presentado una tendencia a la distribución en el periodo analizado, la mortalidad presenta un ligero incremento con algunas variaciones a lo largo de este periodo

Figura 4 Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad y mortalidad Santiago de Cali. 2005- 2013



Fuente: DANE. Estadísticas vitales.

ANALISIS

Otros indicadores de la dinámica de la población

La tabla No. 12 presenta otros indicadores relacionados con la dinámica de la población entre 2005 y 2013

- La Tasa Bruta de Natalidad: Se expresa como la relación entre el número de nacimientos vivos por cada grupo de 1.000 Habitantes residentes durante un año determinado. Para el municipio ha descendido de 14,72 en 2005 a 12,67 en 2013 por cada 1.000 habitantes
- La Tasa de fecundidad específica para mujeres de 10 a 13 años presenta un cambio entre el año 2005 y 2013 hacia el descenso de 0,90 (2,77 a 1,87)
- La Tasa de fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años presenta un cambio entre los años 2005 y 2013 hacia la disminución pasando de 63,96 a 51,49.
- La Tasa de fecundidad específica para mujeres de 10 a 19 años presenta un cambio entre los años 2005 y 2013 hacia la disminución pasando de 33,44 a 27,45

Tabla 6 .Otros indicadores de la dinámica de la población del Municipio Santiago de Cali, 2005- 2013

Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	Tasa bruta de Natalidad - TBN	14,72	14,31	14,18	14,01	13,49	12,61	13,0	12,67
Tasa de fecundidad en mujeres de 10-14 años	2,77	2,98	2,85	2,81	2,71	2,35	2,52	2,11	1,87
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años	33,44	33,80	34,03	33,91	32,12	29,43	31,01	30,51	27,45
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años	63,96	64,44	64,89	64,51	60,82	55,62	58,29	57,44	51,49

Fuente: DANE. Estadísticas vitales

- La Tasa Bruta de Natalidad: Se expresa como la relación entre el número de nacimientos vivos por cada grupo de 1.000 Habitantes residentes durante un año determinado. Para el municipio ha descendido de 14,72 en 2005 a 12,67 en 2013 por cada 1.000 habitantes
- La Tasa de fecundidad específica para mujeres de 10 a 13 años presenta un cambio entre el año 2005 y 2013 hacia el descenso de 0.90 (2,77 a 1,87)
- La Tasa de fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años presenta un cambio entre los años 2005 y 2013 hacia la disminución pasando de 63,96 a 51,49.
- La Tasa de fecundidad específica para mujeres de 10 a 19 años presenta un cambio entre los años 2005 y 2013 hacia la disminución pasando de 33,44 a 27,45

1.1.2. Movilidad forzada

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad. En consecuencia, es de interés reconocer este evento en el departamento identificando las condiciones sociales (enfrentamiento militar, las disputas por la tierra y la usurpación ilegal de predios, los grupos armados), y los efectos sobre las entidades territoriales receptoras como elevación de índices de pobreza, agudización de los conflictos armados internos, la modificación en las formas de ocupación y prácticas culturales.

Los datos acumulados a diciembre 31 de 2015 permiten observar que en Cali el 36,3% de las personas que han sido desplazadas por la violencia corresponden al grupo de adultos de 29 a 60 años, siendo el grupo etáreo más afectado, esto ocurre en los dos sexos, del total de casos ocurridos en el sexo femenino el 39,2% corresponde a dicho rango de edad, mientras en los hombres el porcentaje es del 34,5%. En general, el 21% de las personas que han sido desplazadas son menores de edad. Tabla 15

Tabla 7. Población victimizada de desplazamiento (expulsiones) por grupo de edad, sexo, Municipio de Santiago de Cali. Acumulado a diciembre 31 de 2015

Grupo de edad	No. Mujeres victimizadas de desplazamiento	No. Hombres victimizados de desplazamiento	No. LGBTI * victimizados de desplazamiento	No informa
entre 29 y 60	5.765	4.987	4	92
entre 12 y 17	1.309	1.437		5
ND	2.095	2.622		531
entre 18 y 28	2.401	2.473		28
entre 6 y 11	1.100	1.193	1	10
entre 0 y 5	614	693		3
entre 61 y 100	1.406	1.055		27
Total general	14.690	14.460	5	696

Fuente: Registro Único de Víctimas (RUV). *LGBTI: Lesbianas, Gais, Bisexuales y personas Transgénero

Tabla 8. Población Desplazada por Años expulsor, receptor y municipio de declaración, Municipio de Santiago de Cali. Acumulado a diciembre 31 de 2015

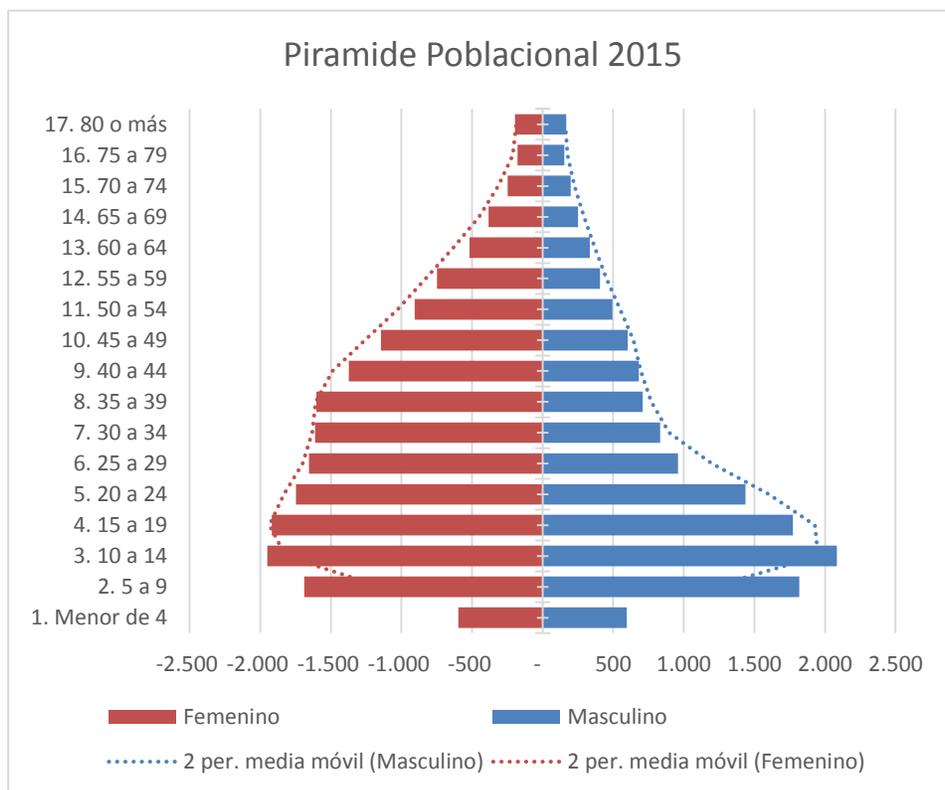
VIGENCIA	EXPULSADAS	RECIBIDAS	DECLARADAS
Antes de 1985	147	27	0
1985	44	153	0
1986	8	170	0
1987	15	163	0
1988	16	170	0
1989	7	276	0
1990	21	373	0
1991	13	288	0
1992	38	379	0
1993	36	413	0
1994	26	386	0
1995	60	589	0
1996	63	502	0
1997	101	661	25
1998	120	986	43
1999	309	1.646	323
2000	325	7.591	4.718
2001	625	12.695	8.965
2002	861	13.126	12.271
2003	573	7.955	6.413
2004	782	6.830	6.000
2005	764	8.298	7.014
2006	913	8.158	6.436
2007	1.311	13.098	10.110

2008	1.256	12.533	12.015
2009	992	7.459	8.093
2010	787	6.460	6.598
2011	1.224	7.426	7.822
2012	1.101	7.400	7.823
2013	1.670	7.162	10.387
2014	1.897	7.225	11.706
2015	701	3.614	5.952

Fuente: Registro Único de Víctimas (RUV).

El mayor número de personas expulsadas se registró en los últimos años fue el 2013 con 1670 personas, en contraste al año 2002 que el año con mayor número de personas recibidas y declaradas el desplazamiento.

Figura 5. Pirámide poblacional – víctimas. Cali año 2015



Para el año 2014 El municipio de Cali presento el mayor promedio anual de índice de intensidad (0.81) lo que significa que para ese año fueron desplazadas 8.1 por cada diez mil habitantes y para el año 2002 se presento el mayor promedio de índice de presión (6.4). Es decir, anualmente llegaron al municipio 6.4 personas por cada mil habitantes. Tabla 17

Tabla 9. Población Desplazada según índices de intensidad y de presión, Municipio de Santiago de Cali. Acumulado a diciembre 31 de 2015

Municipio	Promedio índice de intensidad	Promedio índice de presión
1997	0,053	0,344
1998	0,062	0,506
1999	0,156	0,834
2000	0,163	3,798
2001	0,309	6,278
2002	0,421	6,416
2003	0,277	3,843
2004	0,373	3,26
2005	0,36	3,914
2006	0,426	3,804
2007	0,604	6,036
2008	0,572	5,71
2009	0,447	3,36
2010	0,351	2,878
2011	0,539	3,272
2012	0,48	3,225
2013	0,72	3,087
2014	0,809	3,081
2015	0,296	1,525
2016	0,007	0,028

Fuente: Registro Único de Víctimas (RUV).

La tabla 18 permite observar que en Cali se han identificado 107.526 personas afrodescendientes que han sido expulsadas de sus municipios de residencia a causa del conflicto armado, de estos, el 2,8% (3.007) tienen alguna discapacidad. También se han registrado un total de 4.154 indígenas, de los cuales el 2,1% (91) presentan alguna discapacidad.

Tabla 10. Distribución de la Población desplazada por etnia y situación de discapacidad, Municipio de Santiago de Cali. Acumulado a diciembre 31 de 2015.

Etnia	Discapacidad	PERSONAS EXPULSADAS	PERSONAS RECIBIDAS
Gitano(a) ROM	Con discapacidad	13	6
	Sin discapacidad	636	235
Indígena	Con discapacidad	91	216
	Sin discapacidad	4.063	8.443
Negro(a) o Afrocolombiano(a)	Con discapacidad	3.007	4.334
	Sin discapacidad	104.519	127.055
Ninguna	Con discapacidad	5.245	7.820
	Sin discapacidad	192.911	259.483
Palenquero	Con discapacidad	2	1
	Sin discapacidad	116	133
Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	Con discapacidad	12	13
	Sin discapacidad	395	455

Fuente: Registro Único de Víctimas (RUV).

Tabla 11. Distribución de población víctima por sexo y etnia. Año 2014 y 2015

Etnia	AÑO 2014			AÑO 2015		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Afrocolombiano	4968	3660	8628	5284	3864	9148
Afrodescendiente	831	593	1424	936	670	1606
Indígena	550	397	947	600	427	1027
Mestizo	5775	4284	10059	6258	4619	10877
Moreno	1166	816	1982	1238	871	2109
Negro	2080	1534	3614	2160	1570	3730
Otro	1840	1386	3226	1879	1405	3284
Palenquero	92	66	158	92	66	158
Raizal	2	1	3	7	6	13
Rom	3	5	8	6	5	11
Total general	17.307	12.742	30.049	18.460	13.503	31.963

Fuente: EPSICO – Secretaría de Salud Pública Municipal

En el 2015 de las 31.963 víctimas del conflicto armado, 18.460 correspondían a mujeres, y de ellas, el 52.1% mujeres se autoreconocen como afrocolombianas, afrodescendientes, negras y morenas; el 33.9% son de etnia mestiza y 2.3% indígena, del total de mujeres registradas como víctimas del conflicto armado en la ciudad de Cali en dicho periodo.

Tabla 12. Población víctima por hecho victimizante y sexo. Cali año 2015.

HECHO VICTIMIZANTE	Femenino	Masculino	Total	%
Desplazamiento forzado	17.514	12.983	30.497	95,4
Homicidio	428	197	625	2,0
Amenaza	178	102	280	0,9
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	95	50	145	0,5
Eventos Masivos	65	52	117	0,4
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	54	62	116	0,4
Desaparición forzada	62	27	89	0,3
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	39	2	41	0,1
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	12	9	21	0,1
Tortura	2	4	6	0,0
Secuestro	2	3	5	0,0
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	3	2	5	0,0
Desaparición forzada	4	-	4	0,0
Lesiones personales y psicológicas que produzcan incapacidad permanente	-	4	4	0,0
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	1	4	5	0,0
Lesiones personales y psicológicas que NO produzcan incapacidad permanente	1	2	3	0,0
TOTAL	18.460	13.503	31.963	100,0

Fuente: EPSICO – Secretaría de Salud Pública Municipal

CONCLUSIONES CAPITULO I

Santiago de Cali, del departamento del Valle del Cauca, es la tercera ciudad más poblada de Colombia. Está situada en la región Sur del Valle del Cauca, entre la cordillera occidental y la cordillera central de los Andes. La ciudad forma parte del Área Metropolitana de Cali, junto con los municipios aledaños a ésta.⁸ Fue fundada el 25 de julio de 1536 por Sebastián de Belalcázar, lo que la convierte en una de las ciudades más antiguas de América.

La ciudad es uno de los principales centros económicos e industriales de Colombia, además de ser el principal centro urbano, cultural, económico, industrial y agrario del suroccidente del país y el tercero a nivel nacional. Como capital departamental, alberga las sedes de la Gobernación del Valle del Cauca, la Asamblea Departamental, el Tribunal Departamental, la Fiscalía General, Instituciones y Organismos del Estado, también es la sede de empresas oficiales como la municipal EMCALI.

Es el principal centro deportivo de Colombia, destacándose la organización de importantes eventos deportivos como los Juegos Panamericanos de 1971 y los Juegos Mundiales de 2013. Es a su vez conocida como «la capital mundial de la salsa».

La Natalidad y Fecundidad de la población en Cali ha venido disminuyendo, lo que se ve reflejado el cambio de la forma de la pirámide poblacional. Este ultimo indicador refleja el proceso de mejoría en las condiciones generales de la población; pues es reconocido que este aspecto es impactado por el incremento de la escolaridad, la inserción de la mujer al mercado laboral, acceso a servicios de salud en planificación familiar y el espaciamento de la fecundidad, reconocidos como factores que presentan los países desarrollados.

El descenso de la tasa global de fecundidad o promedio de hijos por mujer, paralelo a la disminución de la tasa de mortalidad infantil, son el producto de transformaciones sociales, mejoramiento de los niveles de pobreza y de las condiciones sanitarias, que hacen de Cali uno de los municipios con las tasas global de fecundidad y mortalidad infantil mas baja del país, superando en gran medida los compromisos establecidos en los objetivos de desarrollo del milenio.

Aunque su esperanza de vida al nacer es similar al del departamento del valle, debería de ser mayor dado que se ve afectada negativamente por el exceso de mortalidad masculina a edades tempranas, en especial por hechos violentos.

La transición demográfica y Epidemiologica de la población caleña, muestra cambios significativos en la disminución de la natalidad y mortalidad, así como en los perfiles de mortalidad al pasar de altos niveles de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias a niveles mas bajos y ser reemplazados por un incremento gradual de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, propias de poblaciones en proceso de envejecimiento, lo que requerirá reorientar las estrategias de atención hacia tecnologías más especializadas y costosas de diagnóstico y tratamiento y de programas de promoción y prevención en población joven para afectar los riesgos de las ECNT. Sin dejar de atender los riesgos por enfermedades infecciosas y parasitarias propias de poblaciones jóvenes.

CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

2.1 Análisis de la mortalidad

Para el análisis de mortalidad se tomó como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagregó por cada quinquenio y el género en el periodo comprendido del año 2005 al año 2013.

2.1.1 Tasas ajustadas por edad de la mortalidad por grandes causas en el Municipio de Santiago de Cali

Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas en población general

El análisis de mortalidad general por grandes causas se realizó por la estimación y ajuste de tasa por edad según el método directo. A continuación se presentan las tasas de mortalidad ajustadas por edad para grandes causas.

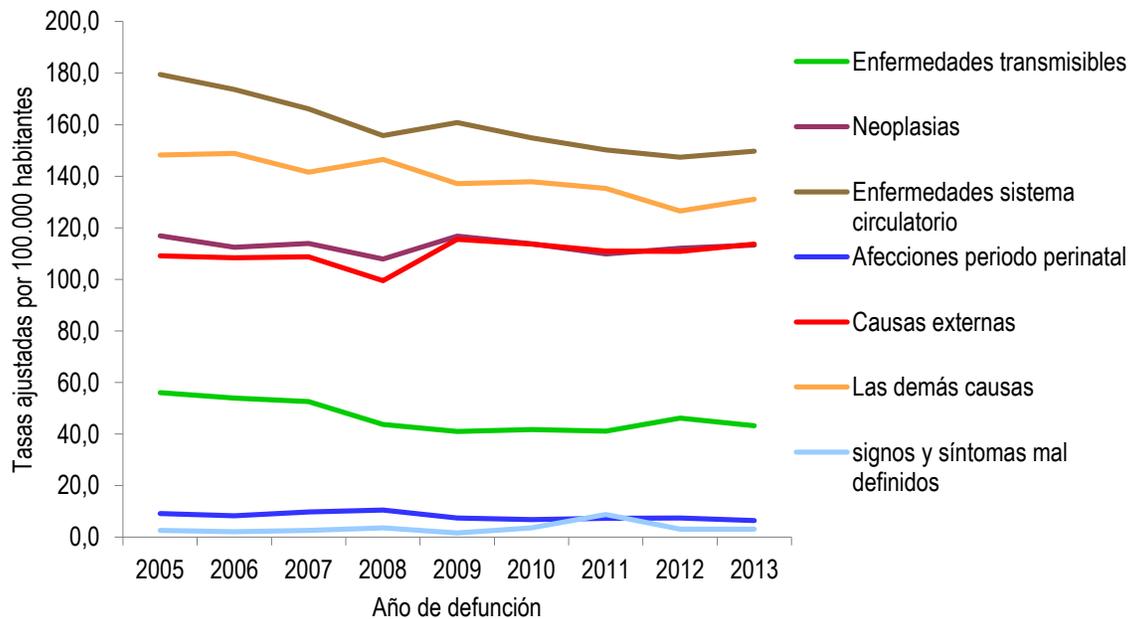
En el periodo 2005 al 2013 la mortalidad por casi todos los grupos de grandes causas presentó una reducción, excepto en las relacionadas con causas externas, donde pasaron de 109,1 por cien mil habitantes para el año 2005 a 113,7 en el año 2013.

En la población general del Municipio de Cali las causas relacionadas con las muertes por enfermedades del sistema circulatorio son las que presentan mayor incidencia según las tasas ajustadas, su tendencia es la reducción alcanzando un pico máximo de 173,6 por 100.000 habitantes en el año 2005 y un mínimo en el año 2012 de 147,4 por cien mil habitantes.

El segundo grupo de causas con mayor incidencia son las relacionadas con las demás causas alcanzando un punto máximo de 148,8 por cien mil habitantes en el año 2006, y un punto mínimo en el 2012 con 126,5 por cien mil habitantes. Este evento también presenta una tendencia a la reducción en el tiempo. Los grupos de causas externas y neoplasias se comparten el tercer lugar en la incidencia según la tasa ajustada, este último está por encima de las externas hasta el año 2009 y se nivelan en los años 2010 hasta el 2013, estos grupos describen una tendencia a mantenerse constante pero con leves fluctuaciones hacia el aumento durante el tiempo analizado.

En menor medida se encuentran las causas de enfermedades transmisibles, afecciones del periodo perinatal y signos y síntomas mal definidos, las transmisibles presentan su punto máximo en el año 2005 de 56,0 y el mínimo de 41,1 por cien mil habitantes en el año 2009, mientras que las del periodo perinatal alcanzan el punto máximo en el año 2008 de 10,6 y el mínimo de 6,3 por cien mil habitantes para el 2013. Figura 6.

Figura 6. Tasa de mortalidad ajustada por edad en población general. Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2013.



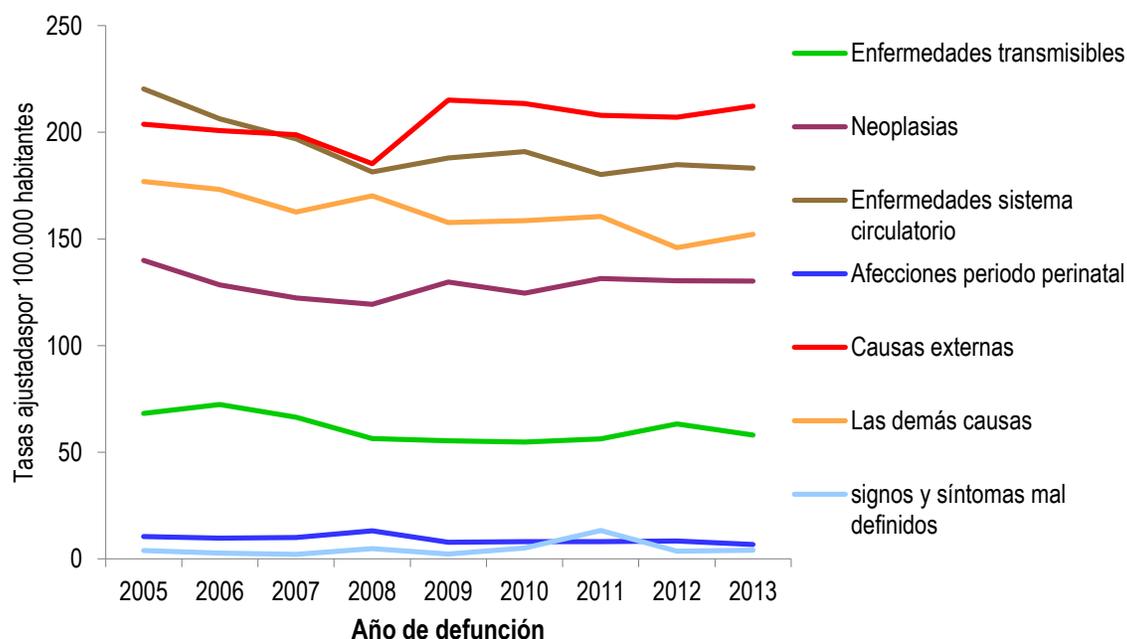
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

2.1.1.1 Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas en hombres del Municipio de Santiago de Cali

Las tasas de mortalidad más altas en hombres corresponden a las del grupo de causas externas, seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas. Las tasas de mortalidad de causa externa describen una tendencia al aumento durante el periodo analizado, con un incremento pronunciado a partir del año 2009. Mientras que las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio describe un descenso pronunciado a partir del año 2008. Las tasas de mortalidad por neoplasias y enfermedades transmisibles describen una tendencia a mantenerse constante pero con leves fluctuaciones hacia el aumento durante el tiempo analizado.

Para el periodo evaluado el grupo de las causas externas son las que presentan la mayor incidencia a partir del año 2007 según las tasas ajustadas en los hombres, alcanzando un valor máximo en el año 2009 215,1 y un mínimo en el 2008 185,3 por cien mil habitantes. Presenta una tendencia irregular para el periodo evaluado. El segundo grupo de enfermedades con mayor incidencia de mortalidad son las Enfermedades del sistema circulatorio, cuyo valor máximo lo alcanzó en el año 2005 220,4 y el mínimo valor en el año 2011 180,2 por cien mil habitantes, la tendencia en el tiempo es a disminuir. Figura 7

Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres, Municipio de Santiago de Cali 2005-2013



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

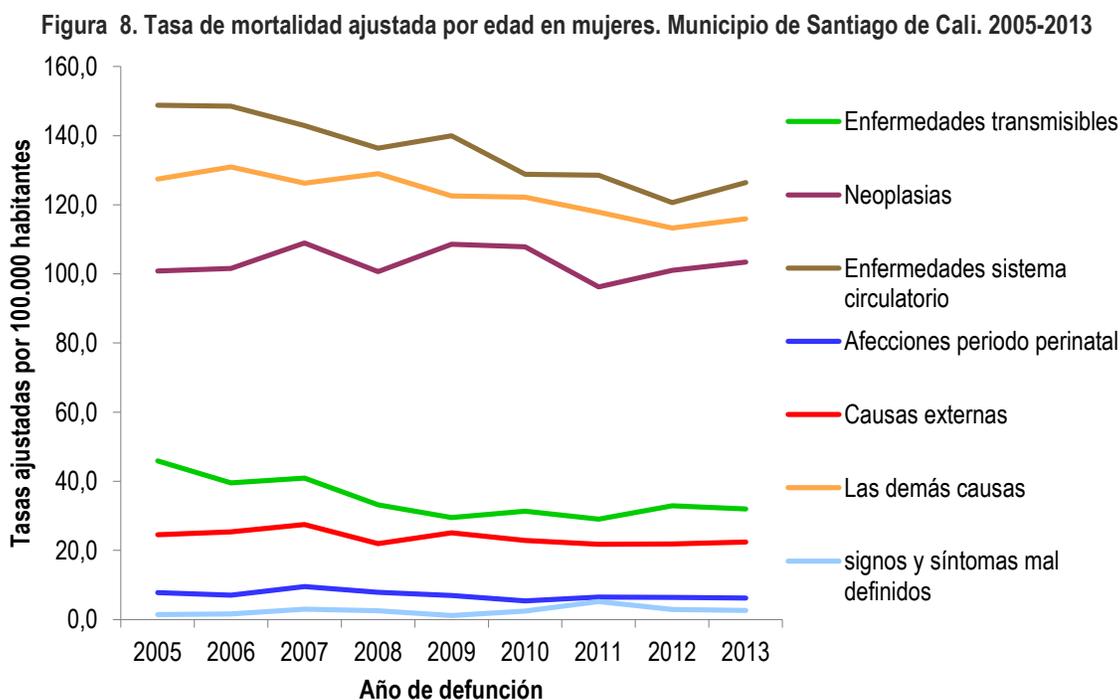
2.1.1.2 Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas en mujeres del Municipio de Santiago de Cali

Las tasas de mortalidad más altas en mujeres corresponden a las enfermedades del sistema circulatorio, seguida por las demás causas y las neoplasias; el grupo de culatorias y las demás causas describen una tendencia al descenso, mientras que las neoplasias muestran una tendencia a mantenerse constante en el tiempo, con leves alteraciones. Mientras que las tasas mortalidad causada por enfermedades transmisibles, muestran una tendencia general al descenso a pesar de un aumento durante los años 2012 y 2013, en contraste con las tasas de causa externa, que describen una tendencia a mantenerse constantes en el tiempo, siendo esta una de las causas menos frecuente de mortalidad en mujeres, comparada con los hombres.

Las enfermedades del sistema circulatorio se constituyen en la primera causa de mortalidad en las mujeres según las tasas ajustadas por edad, alcanzando un punto máximo de 148,5 por cien mil habitantes en el año 2005 y un mínimo de 120,6 en el 2012.

La segunda en incidencia la ocupan el grupo de las demás causas, las cuales tuvieron su máximo punto en el año 2006 con 131,0 por cien mil habitantes y la mínima en el año 2012 con 113,3 por cien mil habitantes. En

tercer lugar, se encuentran el grupo de las neoplasias, las cuales tuvieron su punto máximo de 108,9 en el año 2007 por cien mil habitantes y el mínimo de 96,3 en el año 2011 por cien mil habitantes. Figura 8



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

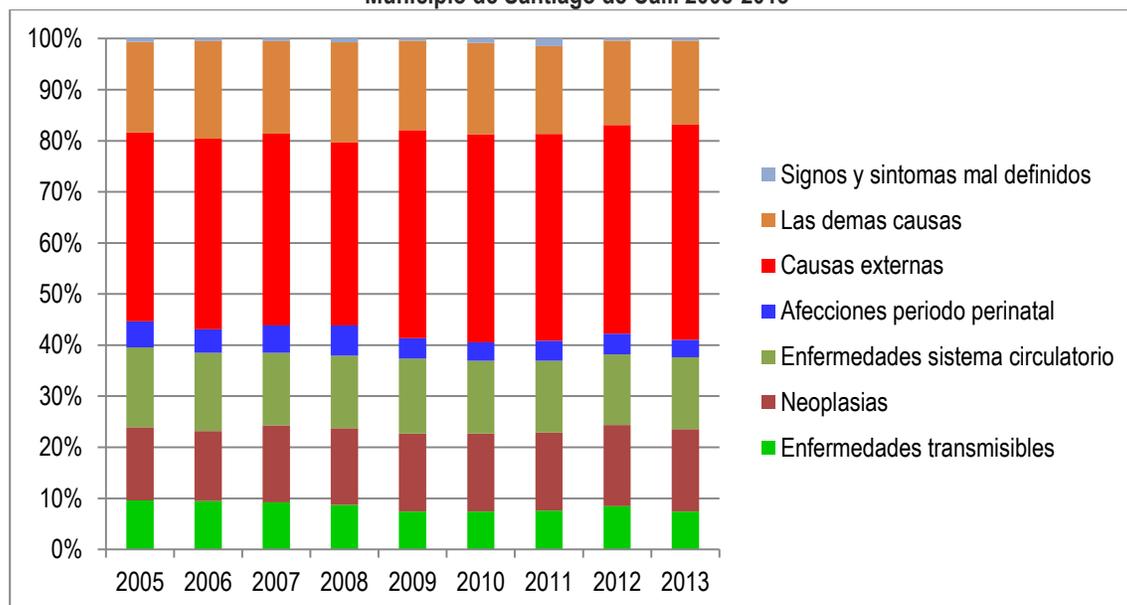
2.1.1.3 Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP

El principal grupo de causas que incide en los Años de Vida Potencialmente Perdidos en el municipio de Cali corresponde a los de Causa Externa, siendo uniforme su comportamiento desde el año 2005 al 2013; sin embargo tiene una participación significativa para los años 2009 al 2013. En términos proporcionales, los AVPP por el grupo de enfermedades transmisibles descendieron en el periodo 2005-2012, principalmente a partir del año 2009, secundaria a esta causa se pierden aproximadamente 8% de los AVPP del Municipio de Santiago de Cali.

Las mayores causas de mortalidad prematura en la población general son debidas a causas externas, seguida por las demás enfermedades y las del grupo de enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias; Contrastando con las enfermedades transmisibles, las del periodo perinatal y síntomas y signos mal definidos; es decir que las externas, circulatorio y tumores causan la mayoría de pérdidas de años de vida en los habitantes de Santiago de Cali para el periodo evaluado.

El grupo de las demás causas presenta un comportamiento uniforme durante el periodo evaluado con un promedio aproximado del 16,5% anual. Figura 9

Figura 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general, Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

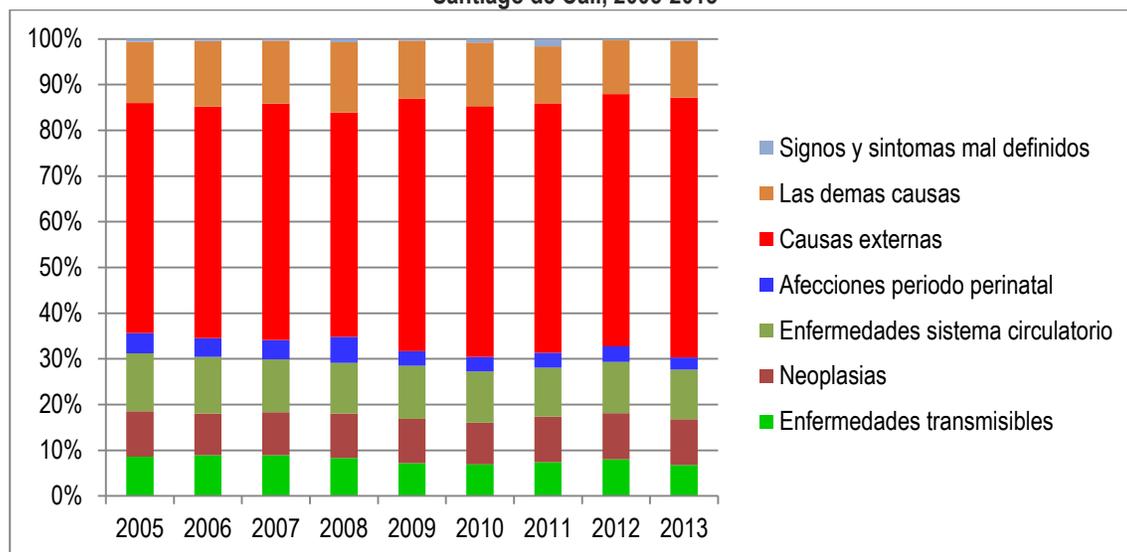
El índice más alto de participación en Años de Vida Potencialmente Perdidos para hombres en el municipio de Cali se relaciona con el grupo de causas externas casi con el 51% del municipio, especialmente para los años 2009 y 2013.

En menor medida le siguen el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio con un porcentaje promedio del 13% anual, siendo significativo para el año 2005 con el 13,5%, su comportamiento es muy similar entre los periodos evaluados años 2005 al 2013.

Los AVPP para el grupo de las neoplasias presentaron una tendencia al aumento a partir del año 2011 al 2013 con un porcentaje promedio del 10% anual, mientras que para el grupo de las demás causas presentaron un comportamiento irregular para el periodo evaluado, siendo alto para el año 2008 con el 15% para ese periodo.

Al igual que en la población general, los AVPP por el grupo de enfermedades transmisibles descendieron en hombres en los años del 2009 al 2011; Sin embargo aumenta en el año 2012, la proporción de AVPP para este grupo presentó un promedio anual del 7,2% de los AVPP del municipio de Cali.

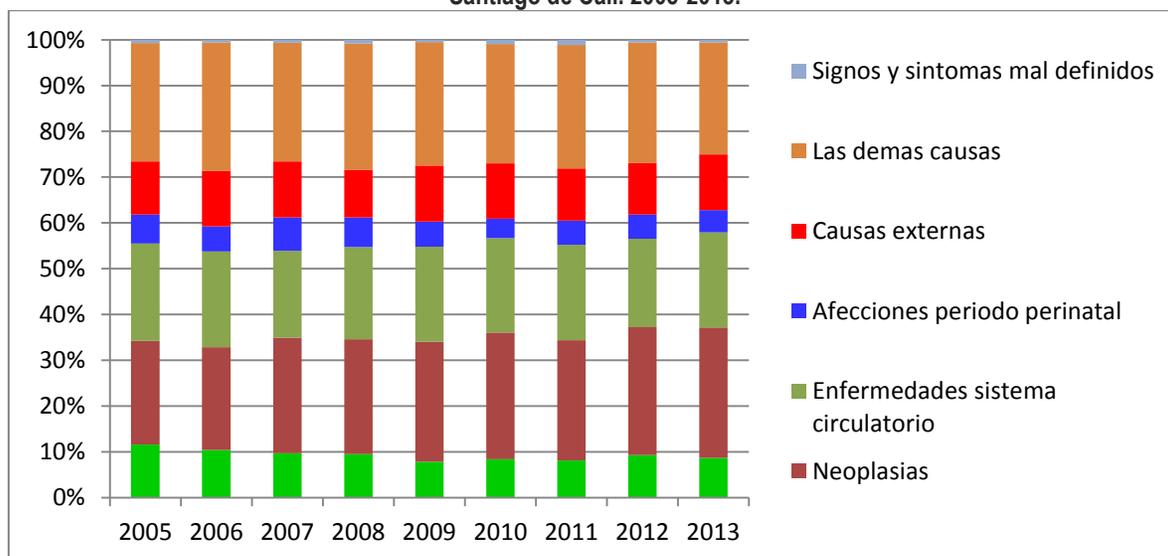
Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres. Municipio Santiago de Cali, 2005-2013



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Las Neoplasias, Demás Causas y Enfermedades del Sistema Circulatorio son los tres grupos de mortalidad de mayor incidencia para el segmento de las mujeres del municipio de Cali entre los años 2005 y 2013 de AVPP. Cabe resaltar en el grupo de las Neoplasias una participación significativa del 23% para los años 2010, 2012 y 2013 de AVPP, mientras que el grupo de las Demás Causas presentan un nivel alto en los años 2006 y 2009; otro grupo que incide en menor medida son las enfermedades del Sistema Circulatorio, especialmente en los años 2005 y 2006. (Figura 11).

Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos AVPP por grandes causas lista 6/67 en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013.



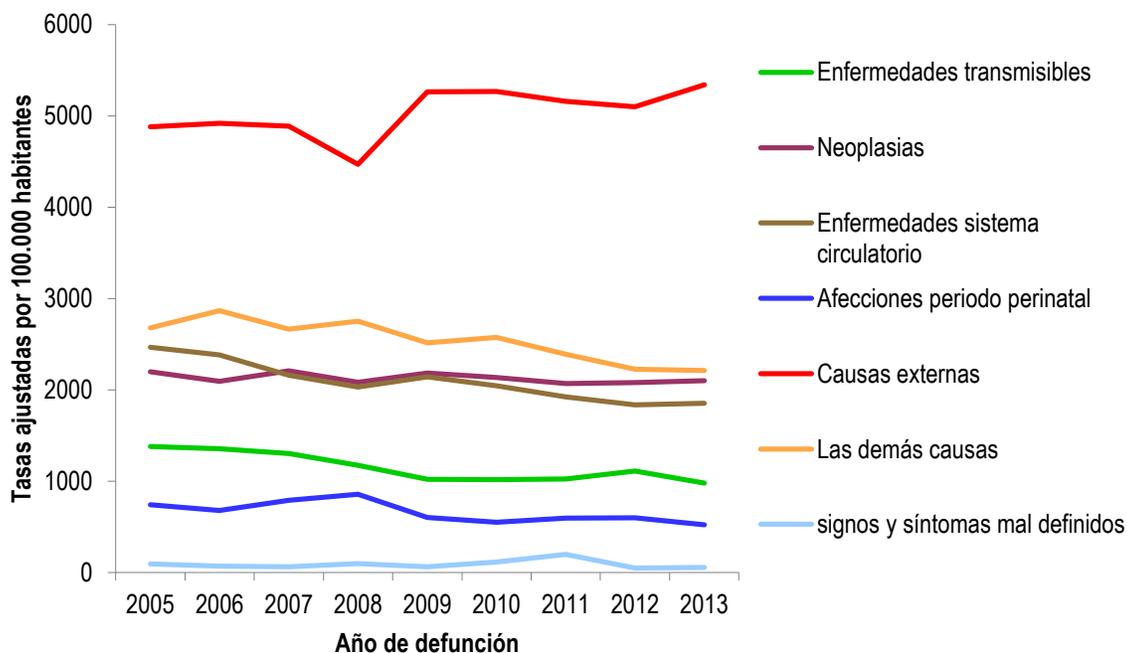
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

2.1.1.4 Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Los años de vida potencialmente perdidos son aquellos que dejan de vivir las personas que mueren prematuramente. Según el DANE, la esperanza de vida para la población del Municipio de Santiago de Cali es de 71.9 años. Discriminada por sexo, los hombres la tienen en 69,3 y las mujeres en 76,3 años de esperanza de vida.

En el Municipio de Santiago de Cali, las Enfermedades Transmisibles explican la pérdida de aproximadamente 1000 años de vida potencialmente perdidos por cada 100 mil habitantes/año, lo cual representa una quinta parte de lo que se pierde por Causa Externa y la otra mitad de lo que se pierde por Neoplasias y Enfermedades del Sistema Circulatorio. (Figura 12).

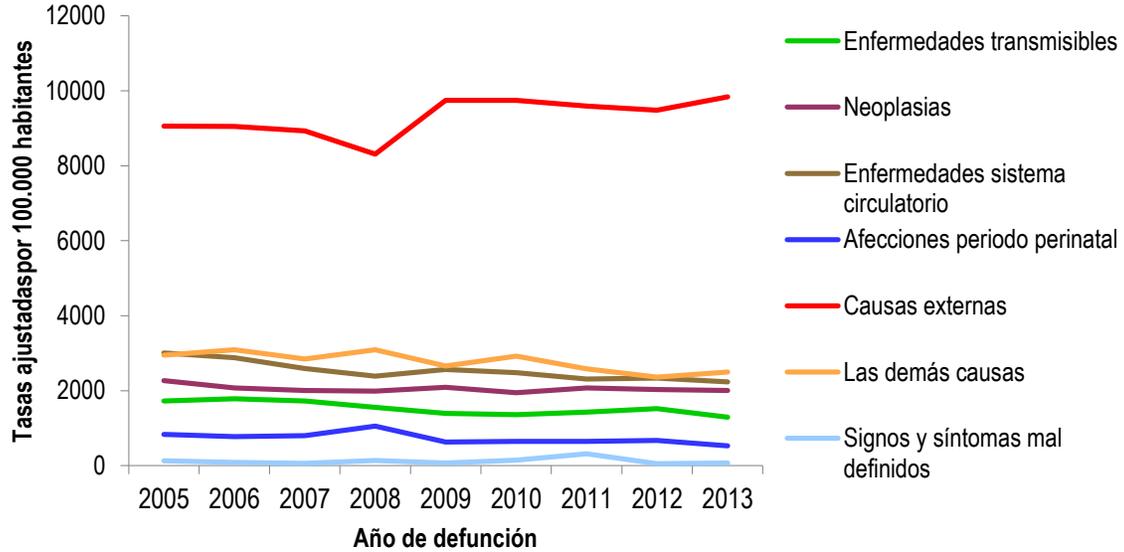
Figura 22. Tasa Ajustada de AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general. Municipio Santiago de Cali, 2005-2013.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Del total de 19424 Años de Vida Potencialmente Perdidos que en promedio se pierden en el grupo de los hombres en Santiago de Cali cada año, aproximadamente el 50% se deben a Causa Externa (homicidios y accidentes de tránsito) y a consecuencia de las enfermedades transmisibles se pierden en promedio 1521 AVPP anuales. La mortalidad por homicidios se presenta con mayor frecuencia en la población de hombres en edad fértil (15 a 49 años) y de estratos socioeconómicos bajos (estratos 1 y 2) del municipio de Cali, las zonas del oriente del municipio de Cali son las de mayor aporte (Comunas 13, 14, 15 y 21). Figura 13

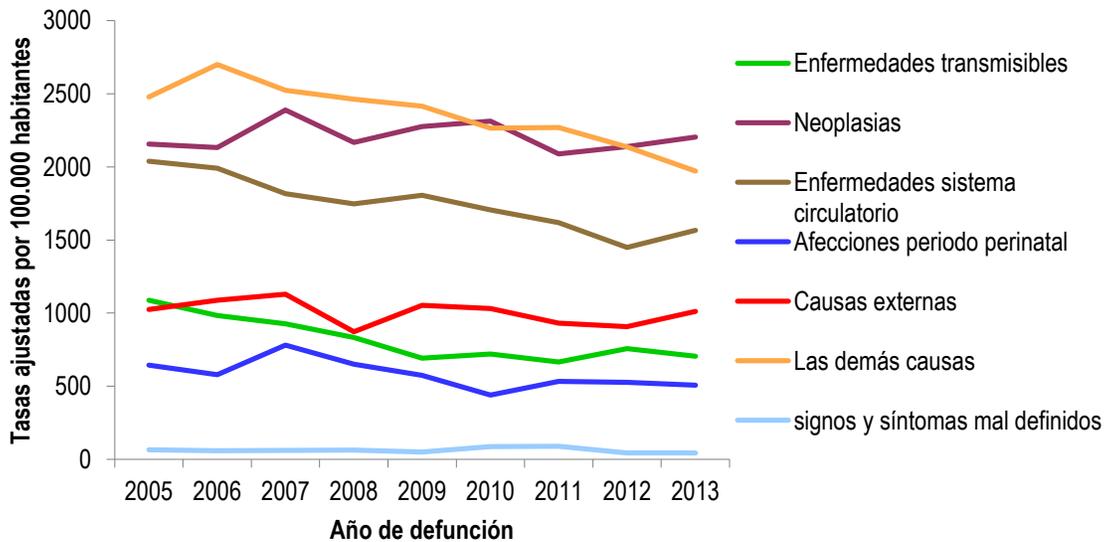
Figura 33. Tasa Ajustada de AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres. Municipio Santiago de Cali, 2005-2013.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

En el segmento de las mujeres del municipio de Cali el grupo de las Demás Causas, Neoplasias y las Enfermedades del Sistema Circulatorio son las causas de mortalidad de mayor peso en sus tasas de años de vida potencialmente perdidos. Las Neoplasias no presentan una tendencia uniforme, tiene picos significativos en los años 2007, 2010 y 2013, mientras que las enfermedades del Sistema Circulatorio tienen una tendencia a la baja, sin embargo para el año 2013 presenta un leve incremento en su tasa de AVPP. (Figura 14)

Figura 44. Tasa Ajustada de AVPP por grandes causas lista 6/67 en mujeres. Municipio Santiago de Cali, 2005-2013.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

2.1.2. Mortalidad específica por subgrupo en el Municipio de Santiago de Cali según tasas ajustadas por edad.

Tasas ajustadas por la edad

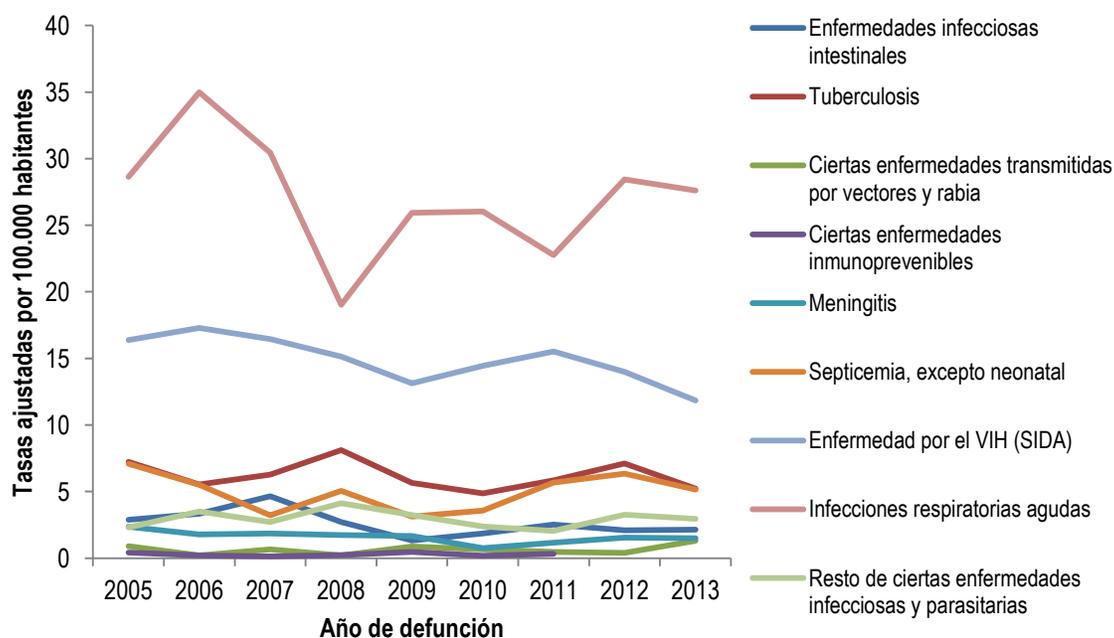
A continuación se presenta un análisis más detallado que permite identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grupos de mortalidad de las Enfermedades Transmisibles; Neoplasias (tumores); Enfermedades del Sistema Circulatorio; Ciertas Afecciones originadas en el Periodo Perinatal; Causas Externas; todas las Demás Causas y Síntomas, Signos y Afecciones mal definidas.

Tasa ajustada por edad de muertes por Enfermedades transmisibles

Mortalidad por enfermedades infecciosas en el sexo masculino

Para el periodo 2005 al 2013 en el grupo de las Enfermedades Transmisibles las causas que presentan mayores tasas de mortalidad son la Infección Respiratoria, VIH/SIDA y Tuberculosis en el segmento de los hombres. Las dos primeras son responsables del 70% de esta pérdida. Es de resaltar que en el periodo la mortalidad por enfermedad Infecciones Respiratorias Agudas ha tenido amplias variaciones, mientras que la mortalidad por VIH/SIDA muestra suave tendencia a la reducción, la Tuberculosis y la Septicemia muestran un incremento para el 2012 y decaen levemente en el año 2013 (Figura 15).

Figura 55. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Enfermedades Transmisibles en hombres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

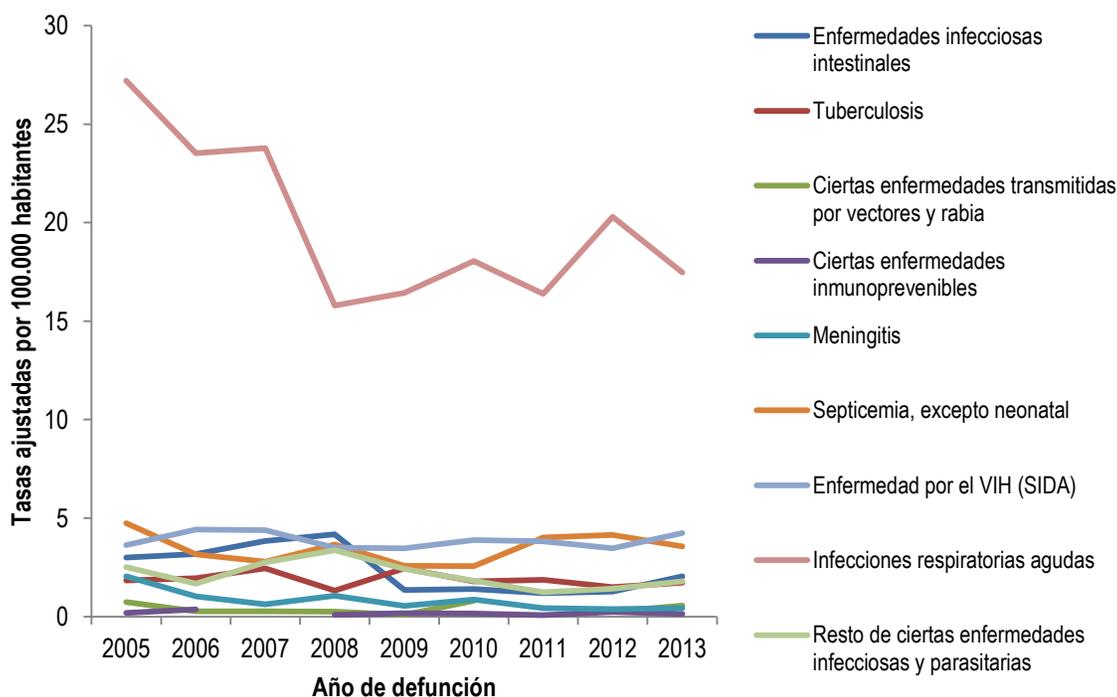
Mortalidad por enfermedades transmisibles en el Sexo Femenino

Las infecciones respiratorias agudas, es la mayor causa de muerte transmisible en las mujeres, alcanzando la tasa más elevada en el año 2005 de 27,21 por cien mil mujeres y el más bajo en el año 2008 con 15,78 por cien mil mujeres. El comportamiento es una tendencia a la baja para los años 2005 hasta el 2008, apartir del año 2009 hasta el 2013 la tendencia es irregular.

La causa VIH/SIDA presento una tendencia similar para todo el periodo evaluado, sin embargo para los años 2006 y 2007 las tasas incrementaron en 4,42 y 4,38 por cien mil mujeres respectivamente.

En cuanto a la septicemia exepcto neonatal, presento valores altos en sus tasas para los años 2005 con 4,74 por cien mil mujeres y para el año 2012 con 4,14 por cien mil mujeres. Para las demás causas de este grupo de transmisibles la tendecia a la reducción progresiva. Figura 16

Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Enfermedades Transmisibles en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

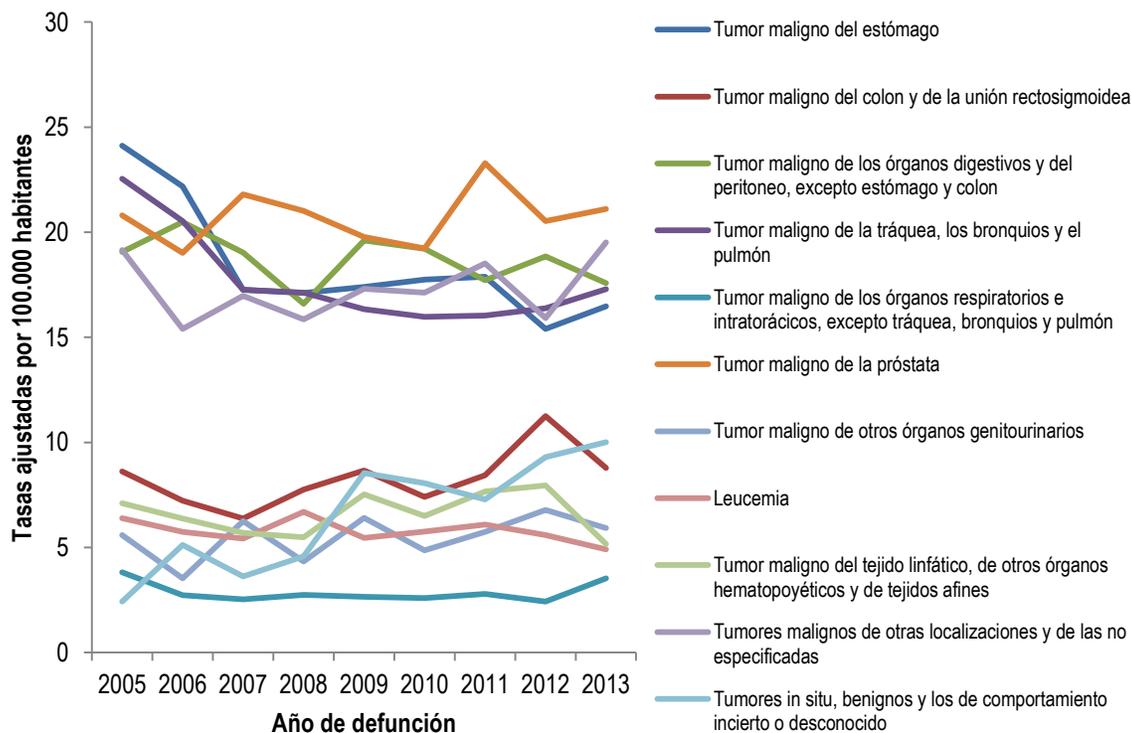
Tasa ajustada de muertes por Neoplasias

Mortalidad por neoplasias en el Sexo masculino

El comportamiento del grupo de neoplasias en los hombres para el periodo evaluado, sobresalieron las causas como los tumores malignos de estomago, de la traquea, los bronquios y el pulmón, de la próstata, órganos digestivos y del peritoneo a excepción del estomago y colon.

El tumor maligno de próstata alcanzo un pico máximo de 23,28 por cien mil hombres en el año 2011 y el pico mínimo en el año 2006 con 19,01. La tendencia de este evento es un comportamiento irregular, con fluctuaciones en el periodo evaluado. El tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, alcanza su pico máximo para los hombres en el año 2005 con 22,55, mientras su punto más bajo lo alcanzó en el año 2010 con 15,97 por cien mil hombres. El tumor maligno de estomago alcanza su nivel mas alto en el año 2005 con 22,18 por cien mil hombres, tendencia es a la reducción. El tumor maligno de los órganos digestivos presentó su punto mas alto en el año 2006 con 20,48 y su punto mas bajo en el año 2008 (17,12), la tendencia de este evento es fluctuante a través del periodo evaluado. Figura 17

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Neoplasias en hombres, Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013.



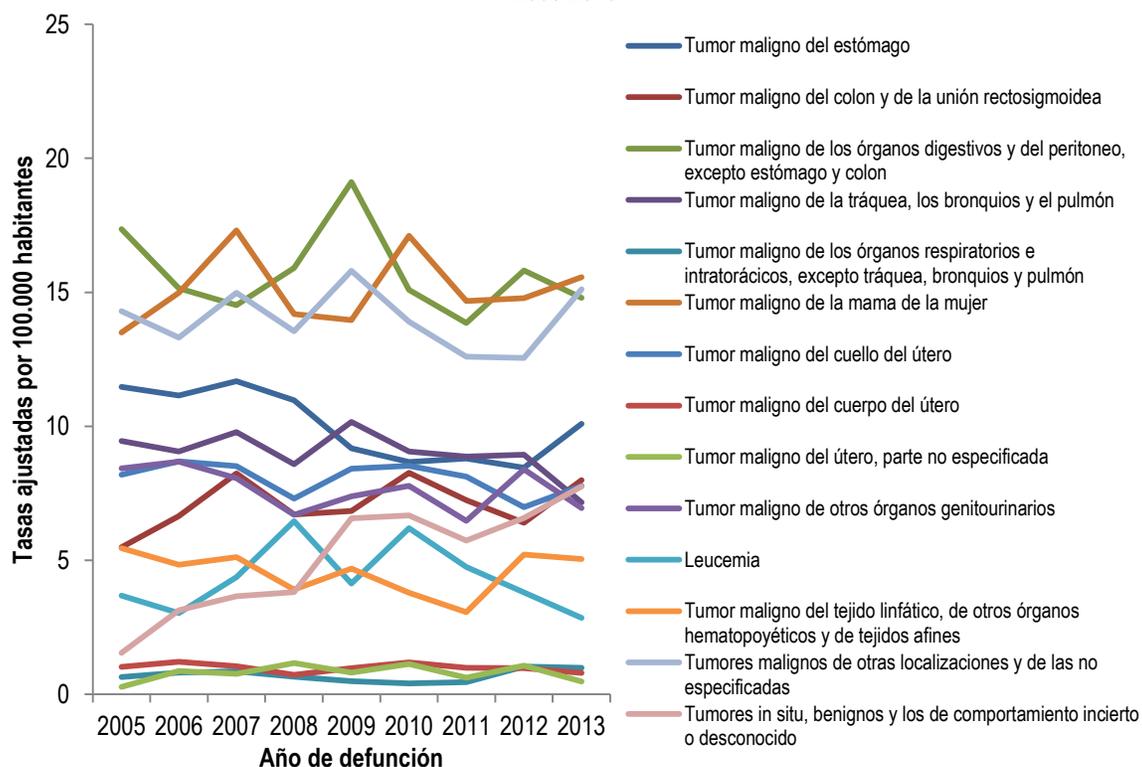
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Mortalidad por neoplasias en el Sexo femenino

En el segmento de las mujeres de Cali el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo alcanzó el mayor punto según las tasas ajustadas con 19,11 por cien mil mujeres para el año 2009, mientras el nivel más bajo se alcanzó en el año 2011 con una tasa ajustada de 13,85 por cien mil mujeres. La tendencia es fluctuante en el periodo evaluado.

El tumor maligno de mama en la mujer presentó dos niveles significativos para los años 2007 y 2010 de 17,30 y de 17,11 por cien mil mujeres respectivamente. La tendencia de este tipo de muerte es fluctuante en el tiempo, incrementándose levemente para el año 2013 en 15,56 respecto a 2012 en 14,78. Figura 18

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Neoplasias en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2013.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tasa ajustada de muertes por enfermedades del sistema circulatorio

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el sexo masculino

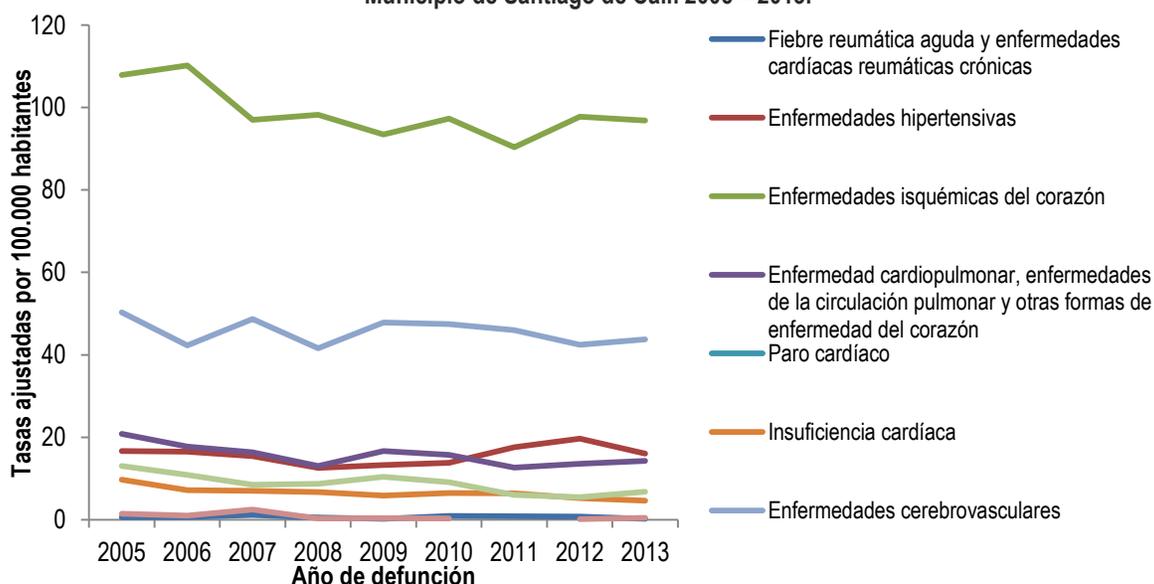
La tasa de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio en los hombres, se caracterizan por una disminución progresiva y marcada del riesgo de morir por enfermedad Isquémica del Corazón, dicha

disminución se hace más evidente durante el año 2011. La mortalidad por problemas isquémicos del corazón ha bajado de 110,21 en el año 2005 a 96,8 por cien mil hombres para el año 2013.

En menor medida las enfermedades cerebrovasculares son la segunda causa de muerte en este grupo, estas alcanzan su máximo punto en el año 2005 con una tasa de 50,27, y su punto mínimo en el año 2008 con 41,55. La tendencia general de este evento es fluctuante en todo el periodo evaluado.

El resto de enfermedades del sistema circulatorio presenta de manera global un comportamiento sin grandes cambios en la tendencia a excepción de la enfermedades hipertensivas para el año 2012 con punto máximo de 19,64 por cien mil hombres. Figura 19

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres. Municipio de Santiago de Cali. 2005 – 2013.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

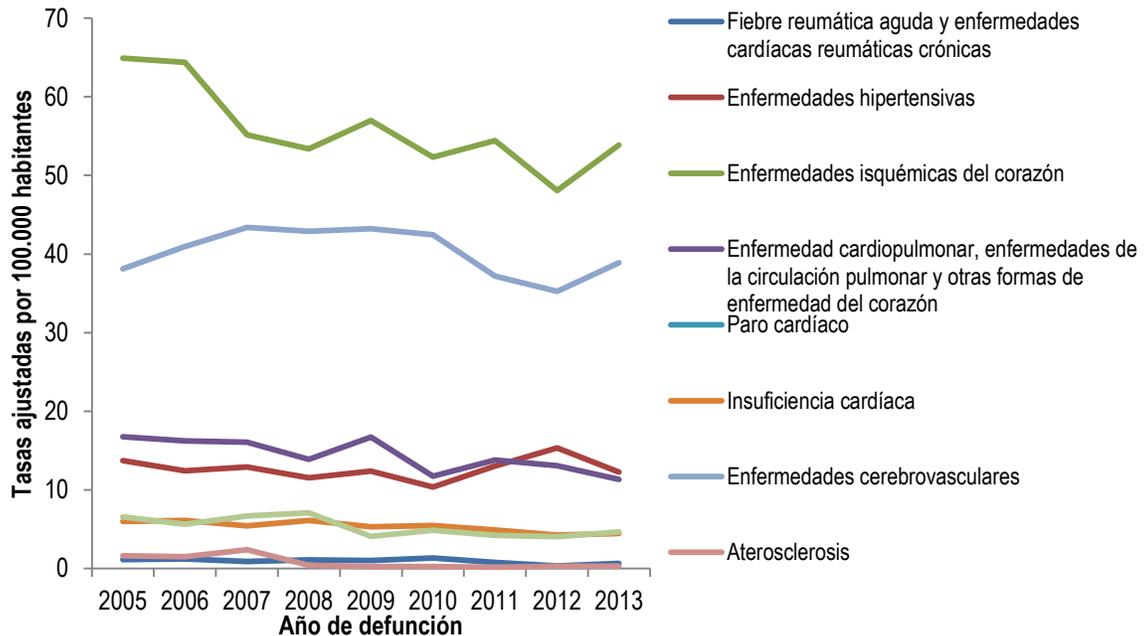
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el sexo femenino

Similar que en el segmento de los hombres, las enfermedades isquémicas del corazón son las que presentan la tasa ajustada más elevada en las mujeres, alcanzando un pico máximo en el año 2005 con 64,90 y el pico mínimo en el año 2012 con 48,05 por cien mil mujeres. La tendencia de este evento es decididamente a la reducción, aunque se presentó un leve incremento de 5 puntos porcentuales en el año 2013 respecto a 2012.

La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares es la segunda causa de mayor incidencia, alcanzando el punto máximo en el año 2007 con 43,37 y el mínimo en el año 2011 con 35,25 por cien mil mujeres. La tendencia es irregular, aunque mostrando dos patrones diferentes en el tiempo, pues en el periodo 2005 a 2010 las tasas no bajaron de 43, mientras en el periodo 2011 - 2012 las tasas llegaban a 35. La mortalidad

por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón ha bajado de 16,21 en el año 2005 a 11,33 par el año 2013 por cien mil mujeres. Su tendencia es la reducción. Figura 20

Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005 – 2013.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

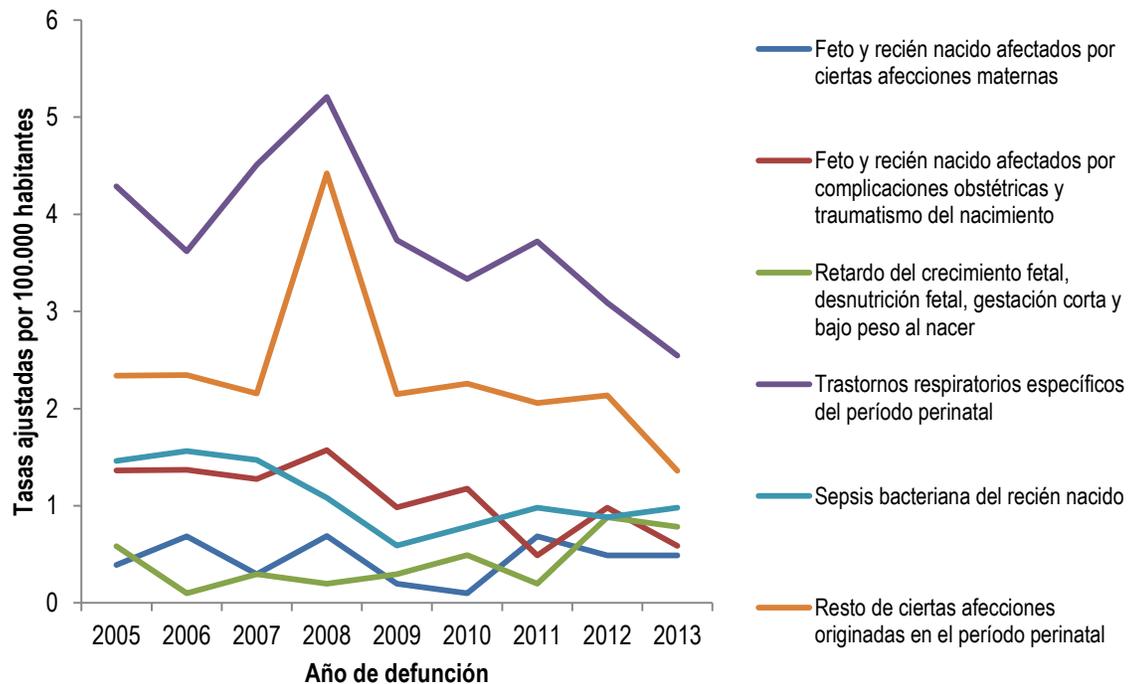
Tasa de mortalidad ajustada por edad de las enfermedades del periodo perinatal

Tasa de mortalidad ajustada por edad de las enfermedades del periodo perinatal en hombres

Las mortalidades relacionadas con este grupo de causas en los hombres presentaron tendencias diferenciales en todas ellas con comportamientos irregulares; la mortalidad por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal ocuparon el primer lugar según las tasas ajustadas, alcanzando el punto más alto en el año 2008 (5,09) y el más bajo en el año 2013 con 2,53 por cien mil hombres, aunque la tendencia es fluctuante en el tiempo, en los dos últimos años (2012 y 2013) del periodo evaluado se redujo significativamente.

El Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal presento el segundo lugar según las tasas ajustadas, alcanzando su pico máximo en el año 2008 con 4,42 por cien mil hombres y el mínimo en el año 2013 con 1,35 por cien mil hombres. La tendencia de este evento a través del tiempo es a la disminución progresiva, especialmente desde el año 2009 al 2013. Figura 21

Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del periodo perinatal en hombres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2013.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

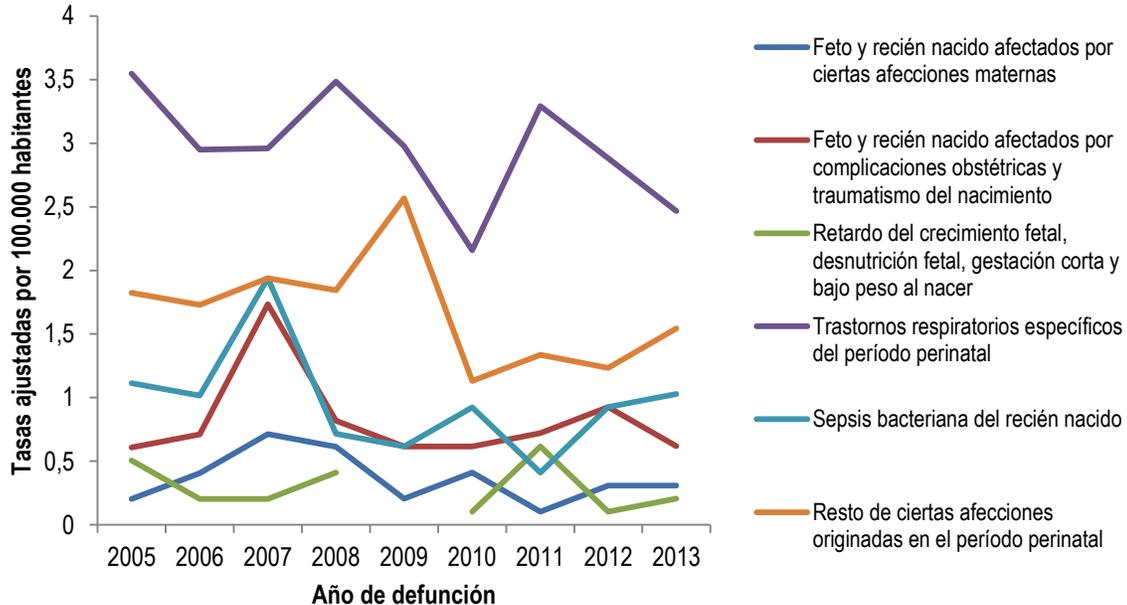
Tasa de Mortalidad por enfermedades del periodo perinatal en mujeres.

En el segmento de las mujeres los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal son los que ocupan el primer lugar de incidencia según las tasas ajustadas, alcanzando la tasa más alta en el año 2005 con 3,84 por cien mil mujeres y la más baja en el año 2010 con 2,15, la tendencia es irregular para este causa de muerte y en los dos últimos años del periodo evaluado (años 2012 y 2013) la reducción es progresiva.

El Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal presentó el segundo lugar según las tasas ajustadas, alcanzando su pico máximo en el año 2009 con 2,56 por cien mil mujeres y el mínimo en el año 2010 con 1,13 por cien mil mujeres.

Cabe resaltar la sepsis bacteriana del recién nacido con una tasa de mortalidad alta para el año 2007 con 1,93 por cien mil mujeres, mientras que para el año 2011 presentó su punto más bajo con 0,41 por cien mil mujeres, su tendencia es irregular en el periodo evaluado. Figura 22

Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del periodo perinatal en mujeres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2013.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tasas ajustadas de la Mortalidad por causas externas

Tasas ajustadas de la Mortalidad por causas externas en hombres

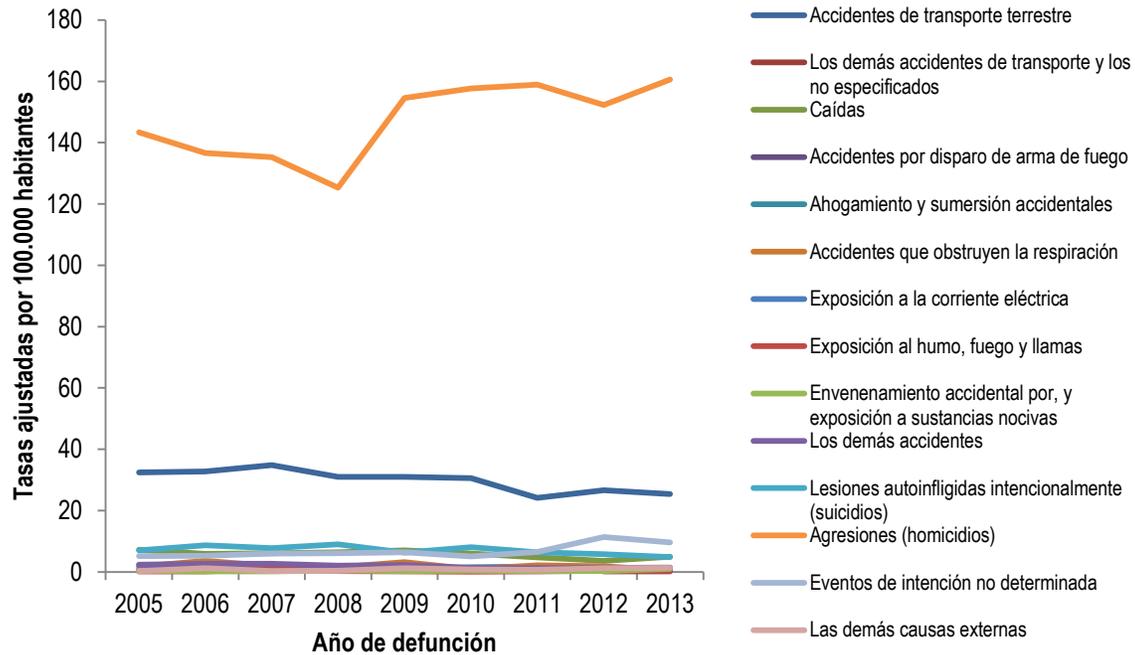
En este grupo de causas externas para los hombres las agresiones (homicidios) se incrementaron pasando de 143,32 del año 2005 a 160,61 para el año 2013 por cien mil hombres, siendo este el punto mas lato durante el periodo evaluado. Los accidentes terrestres disminuyeron en el periodo 2005 al 2013 pasando de 32,44 a 25,35 por cien mil hombres en el periodo de 2005 al 2013, la tendencia es a la disminución leve pero progresiva.

La mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), presento su punto máximo en el año 2008 con 9,01 por cien mil hombres y la mínima en el año 2013 con 4,86.

Cabe resaltar los eventos de intención no determinada en los años 2012 y 2013 donde alcanzan tasas de mortalidad elevadas, siendo de 11,41 para el año 2012 y para el año 2013 de 9,58 por cien mil hombres.

Figura 23

Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por causas externas en hombres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 - 2013



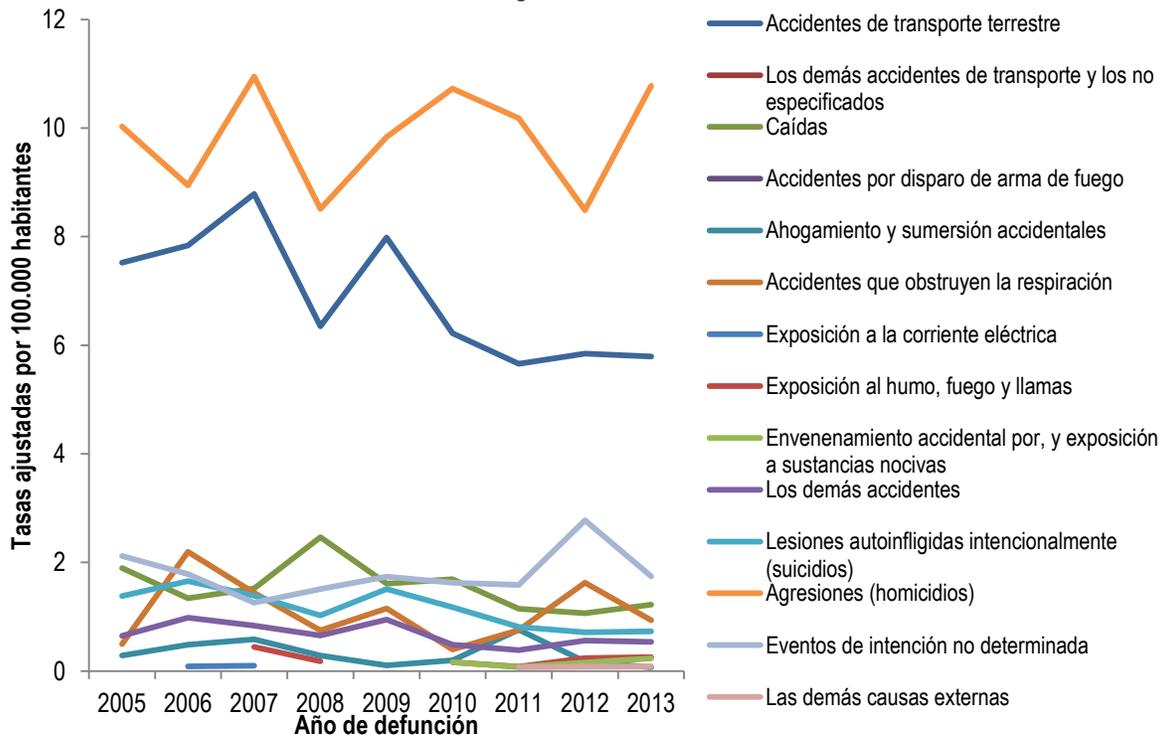
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tasas ajustadas de la Mortalidad por causas externas en mujeres

Como en el segmento de los hombres, los homicidios son la causa de muerte por causas externas con mayor incidencia en las mujeres, alcanzando una tasa ajustada máxima de 10,95 en el año 2007 y una mínima de 8,48 en el año 2012. La tendencia para este grupo es irregular para el periodo evaluado.

La segunda causa de muerte en las mujeres son los accidentes de transporte, los cuales alcanzan su máxima expresión en el año 200 con 8,78 por cien mil mujeres y su mínimo valor en el año 2011 con 5,65. La tendencia general es hacia la disminución.

Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por causas externas en mujeres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2013.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

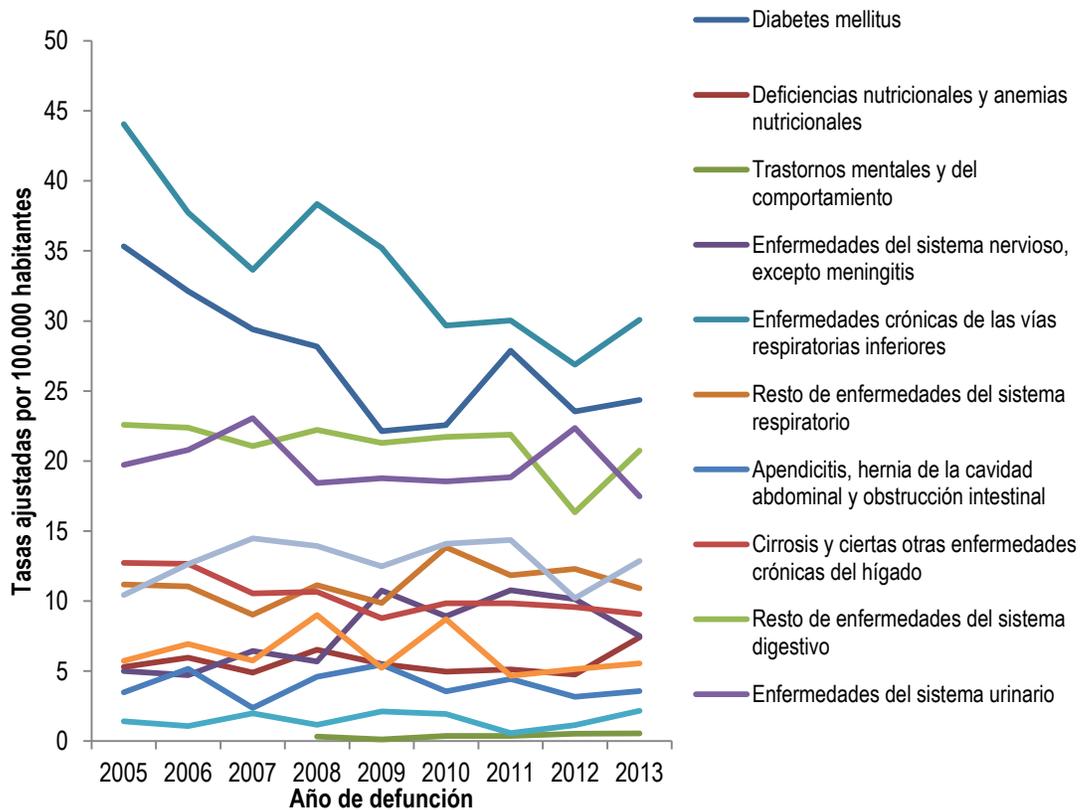
Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por las demás causas

Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por las demás causas en hombres

En el grupo de las demás causas se resaltan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, cuyo máximo valor se alcanza en el 2005 con 44,05 por cien mil hombres y el mínimo en el año 2012 con 26,86 por cien mil hombres. La tendencia de este evento es a la disminución, sin embargo en el año 2013 tuvo un leve incremento respecto al año 2012.

La diabetes mellitus es la segunda causa de muerte en este grupo según las tasas ajustadas, alcanzando un pico máximo en el año 2005 con 35,32 por cien mil hombres y el mínimo en el año 2009 con 22,13, este evento tiene tendencia a la disminución. Figura 25

Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por las demás causas en hombres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 - 2013



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

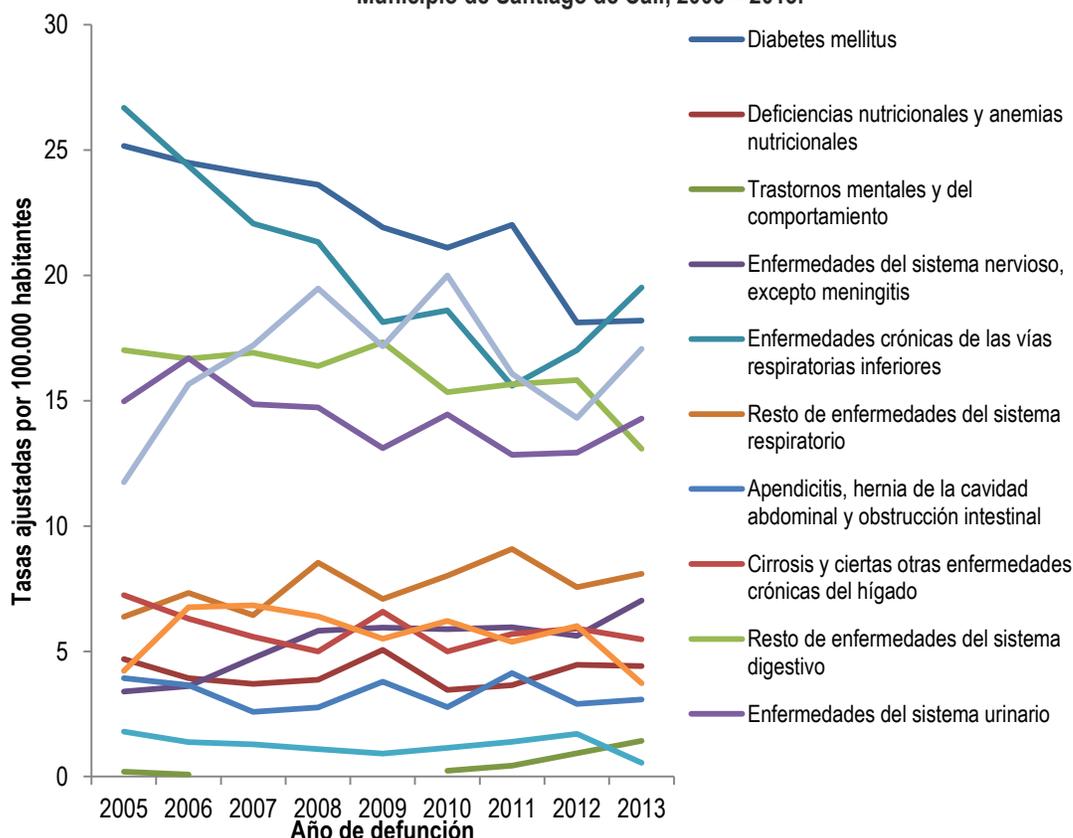
Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por las demás causas en mujeres

La mortalidad por diabetes mellitus es el tipo de enfermedad que presenta la mayor incidencia en general en este grupo de causas, alcanzando la tasa máxima en el año 2005 con 25,16 por cien mil mujeres y la tasa mínima en el 2012 con 18,12, este evento presenta una clara tendencia a la reducción.

Seguidamente se presentaron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las cuales alcanzan un punto máximo en el año 2005 con 26,68 por cien mil mujeres y el mínimo en el año 2011 con 15,69. La tendencia general de este evento en el tiempo tiene dos comportamientos, tuvo una disminución progresiva entre 2005 y 2011, pero posteriormente en los años 2012 y 2013 se incrementa paulatinamente.

Figura 29

Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por las demás causas en mujeres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2013.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por signos y síntomas mal definidos

Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por signos y síntomas mal definidos en hombres

El año 2011 presenta el punto más elevado en las tasas ajustadas, alcanzando una tasa de 13,26 por 100.000 hombres y el punto mínimo en el año 2007 (5,16). La tendencia de este evento es fluctuante en el periodo evaluado. Tabla 13

Tabla 13. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por signos y síntomas mal definidos en hombres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 - 2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	3,957	2,8025	2,178	4,841	2,2547	5,1115	13,2626	3,5562	4,0199

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por signos y síntomas mal definidos en mujeres

El año 2011 presenta el punto más elevado en las tasas ajustadas, alcanzando una tasa de 5,21 por cien mil mujeres y el punto mínimo en el año 2009 con 1,13. La tendencia de este evento es irregular en el periodo evaluado. Tabla 14

Tabla 14. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por signos y síntomas mal definidos en mujeres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 - 2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	1,4737	1,6411	2,9675	2,5571	1,1321	2,4609	5,2184	2,8941	2,5829

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Semaforización de mortalidad PDSP

Para realizar el monitoreo y seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, se hace un análisis de tendencia. Teniendo en cuenta que, para el documento ASIS, es importante identificar las diferencias que causan inequidad sanitaria, se calcularon cocientes de tasas para los indicadores definidos, dividiendo el valor que toma cada indicador en el Municipio de Santiago de Cali entre el valor de referencia del Departamento del Valle del Cauca (Jonh Lynch). Al calcular el cociente de razón y el cociente de tasas, se obtienen valores entre menos infinito y más infinito, donde la unidad representa ausencia de desigualdad; los valores por encima de uno indican que el Municipio de Santiago de Cali presenta peor situación que su referente de comparación y los valores menores de uno indican una mejor situación.

Ante la posibilidad de que pequeñas diferencias puedan clasificar erróneamente al Municipio de Santiago de Cali, se procedió al cálculo de intervalos de confianza al 95% para identificar aquellos indicadores que se encuentran significativamente en peor o mejor situación con respecto al Departamento del Valle del Cauca utilizando el método de Rothman KJ y Greenland S (Rothman KJ, 1998) y la correspondiente semaforización.

La tabla 3 permite observar que la población del Municipio de Santiago de Cali, presenta un mayor riesgo de morir por tumor maligno de mama, de la próstata, de estomago, por homicidios y por las enfermedades infecciosas en comparación con el total del Valle del Cauca. Con excepción de los accidentes de transporte terrestre, tumor maligno de cuello uterino y los suicidios donde presentaron valores más elevados para el Departamento del valle del Cauca, en comparación con el Municipio de Santiago de Cali.

Tabla 15. SemafORIZACIÓN de mortalidad PDSP para el Municipio de Santiago de Cali año 2013

Causa de muerte	Valle del	Cali	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	Cauca	2013								
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	16,26	14,53	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	13,36	15,57	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	8,00	7,78	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	18,86	21,10	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	12,46	12,72	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	20,68	20,70	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas	3,74	2,65	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del	0,99	1,11	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	72,88	83,86	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	36,46	43,20	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por emergencias y desastres	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

2.1.3. Mortalidad Materno-infantil y en la niñez

Para el análisis de la Mortalidad Infantil y en la Niñez se utilizó la lista 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas; Enfermedades del sistema nervioso; Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; Enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

Tasas específicas de mortalidad en población menor de 1 año

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se realizó estimando las tasas específicas de mortalidad para el municipio de Santiago de Cali para el periodo 2005 al 2013, además se presenta en tabla desagregada por las muertes ocurridas en niños y niñas de acuerdo a la lista de tabulación de las 67 causas, que se agrupa en 67 subgrupos. Se presenta adicionalmente la estimación de las tasas específicas de mortalidad.

La mortalidad es un indicador indirecto de las condiciones de salud de la población y tradicionalmente los niveles y tendencias de la mortalidad infantil se han considerado como indicadores sensibles del desarrollo socioeconómico y del estado de salud de la población.

"En los últimos decenios, las innovaciones de la medicina, los progresos en la atención básica de salud y las políticas sociales favorables han producido grandes aumentos de la esperanza de vida y marcados descensos de la mortalidad infantil" (Kofi A. Annan, *Nosotros los pueblos*, 2002). Sin embargo las desigualdades son tan amplias en las distintas regiones del planeta, que ello ha llevado a las Naciones Unidas a incluir como uno de los ocho Objetivos del Milenio en la reducción de la mortalidad infantil a dos terceras partes entre 1990 y 2015.

El nivel de la tasa de mortalidad infantil (TMI) está asociada con la respuesta institucional de salud, con respecto a programas que aunados con el desarrollo de otros sectores tienen un significativo impacto sobre la población infantil como son los controles de la enfermedad diarreica aguda, las infecciones respiratorias, la desnutrición, las enfermedades prevenibles por vacunas y las causas asociadas al control prenatal entre otros.

Para el segmento de los hombres menores de 1 año, la causa de muerte que alcanza la tasa más elevada para el periodo evaluado presentando valores por encima de las mujeres, son las afecciones originadas en el periodo perinatal, alcanzando la tasa de mortalidad más elevada en el año 2008 con 8,47 por mil nacidos vivos y la más baja en el año 2013 con 4,85 por mil nacidos vivos. El segundo grupo de causas de muerte con mayor incidencia para el segmento de hombres menores de 1 año son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas que alcanzaron su punto máximo en el año 2010 con 4,47 por mil nacidos vivos y el punto mínimo en el año 2005 con 2,42 por mil nacidos vivos.

El comportamiento en el segmento de las mujeres menores de un año es muy similar al de los hombres para el periodo evaluado, siendo las afecciones originadas en el periodo perinatal la tasa de mortalidad con mayor incidencia para este grupo, siendo su punto mas alto para el año 2007 con 6,22 por mil nacidos vivos y el mas bajo en el año 2010 con 3,82 por mil nacidos vivos.

Las mortalidades por malformaciones congénitas son las que se encuentran en segundo lugar de mayor incidencia, alcanzando un valor máximo también en el año 2006 con 3,48 por mil nacidos vivos y el mínimo en el 2005 con 1,98. Tabla 16

Tabla 16. Tasas de mortalidad por 1000 nacidos vivos, según grandes grupos. Menores de 1 año según sexo. Santiago de Cali 2005 – 2013

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
		Valor Tasa								
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	0,93	0,54	0,53	0,40	0,35	0,22	0,21	0,14	0,30
	MASCULINO	0,68	0,82	0,51	0,63	0,39	0,48	0,53	0,73	0,29
	TOTAL	0,80	0,68	0,52	0,52	0,37	0,35	0,37	0,45	0,29
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	0,07				0,07	0,07	0,14		
	MASCULINO			0,06	0,06	0,06		0,20	0,13	
	TOTAL	0,03		0,03	0,03	0,07	0,04	0,17	0,07	
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO		0,07	0,20	0,07		0,15		0,07	
	MASCULINO			0,06			0,07			
	TOTAL		0,03	0,13	0,03		0,11		0,03	
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	0,33	0,34		0,13	0,49	0,07	0,28	0,14	
	MASCULINO	0,12	0,13	0,32	0,19	0,13	0,14	0,07	0,20	0,43
	TOTAL	0,22	0,23	0,16	0,16	0,30	0,11	0,17	0,17	0,22
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	0,26	0,13	0,07	0,13	0,21	0,15	0,21	0,07	0,15
	MASCULINO	0,19	0,51	0,25	0,25	0,19	0,27	0,20	0,20	0,21
	TOTAL	0,22	0,33	0,16	0,20	0,20	0,21	0,20	0,14	0,18
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	0,13	0,07	0,20	0,20	0,55	0,15	0,07	0,07	0,07
	MASCULINO	0,12	0,13	0,13		0,26	0,27	0,07	0,13	0,21
	TOTAL	0,13	0,10	0,16	0,10	0,40	0,21	0,07	0,10	0,15
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	0,79	0,80	0,67	0,67	0,55	0,59	0,91	0,86	0,52
	MASCULINO	0,99	1,14	1,14	1,52	0,71	0,89	0,86	1,00	0,79
	TOTAL	0,90	0,98	0,91	1,11	0,63	0,74	0,88	0,93	0,65
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	0,07	0,20	0,07	0,20	0,21	0,07	0,21	0,07	
	MASCULINO	0,19	0,13	0,06	0,32	0,32	0,20	0,07		0,07
	TOTAL	0,13	0,16	0,07	0,26	0,27	0,14	0,14	0,03	0,04
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO		0,07		0,07	0,07		0,14		0,07
	MASCULINO	0,12	0,19	0,06	0,06		0,14	0,07	0,20	
	TOTAL	0,06	0,13	0,03	0,07	0,03	0,07	0,10	0,10	0,04
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	5,09	4,56	6,22	5,16	4,71	3,82	4,39	4,42	4,37
	MASCULINO	6,65	6,28	6,45	8,47	5,16	5,65	5,41	5,38	4,85
	TOTAL	5,90	5,44	6,34	6,89	4,94	4,77	4,92	4,92	4,62
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	1,98	3,48	3,41	3,28	2,36	3,38	2,65	3,28	2,15
	MASCULINO	2,42	3,93	2,78	4,24	2,45	4,49	2,51	2,72	3,07
	TOTAL	2,21	3,71	3,09	3,77	2,40	3,96	2,58	2,99	2,62
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO	0,07	0,20	0,07		0,21	0,29	0,07		
	MASCULINO	0,12	0,13		0,13	0,19	0,20	0,07		0,07
	TOTAL	0,10	0,16	0,03	0,07	0,20	0,25	0,07		0,04
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO		0,07				0,07			
	MASCULINO			0,06						
	TOTAL		0,03	0,03			0,04			
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	0,13	0,40	0,47	0,07		0,15	0,21	0,14	0,07
	MASCULINO	0,25	0,63	0,25	0,13	0,19	0,20		0,20	0,14
	TOTAL	0,19	0,52	0,36	0,10	0,10	0,18	0,10	0,17	0,11

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tasas específicas de mortalidad en población de 1 a 4 años

En el segmento de 1 a 4 años las mortalidades con mayor incidencia son las causas externas de morbilidad y mortalidad, enfermedades del sistema respiratorio, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, los tumores y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

Las causas externas de morbilidad y mortalidad, a nivel general para el año 2006 presentaron las mayores tasas de mortalidad en la población de 1 a 4 años 18,15 por cien mil habitantes, tanto en niños con 21,04 como en niñas con 14,23 de dicho rango de edad. En los niños la tendencia es a la reducción.

Las Enfermedades del sistema respiratorio ocupan el segundo lugar según las tasas de mortalidad en el año 2006, alcanzando 10,47 por cada cien mil hab, en hombres con 12,34 y 8,54 en mujeres. Estas causas de muertes tiene una leve tendencia a la disminución, pues en el año 2009 la tasa era de 9,20 y en el 2013 de 6,37 por cien mil hab.

El grupo de enfermedades que ocupa el tercer lugar en tasas de mortalidad son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, alcanzando una tasa máxima de 9,03 en el 2005 y un mínimo de 3,55 en el año 2013. La tendencia de este grupo de eventos es irregular a través de los años. El grupo de tumores presenta tasas que oscilan entre 3,51 y 8,34 durante este periodo, con tendencia leve de disminución, siendo más alta en el sexo masculino que el sexo femenino.

La mortalidad más alta en el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias se presentó en el sexo femenino en el año 2006, con una tasa 7,11 y su pico más bajo en el año 2009 con una tasa 1,44. El sexo masculino tuvo la incidencia más alta en el año 2006 con una tasa de 6,86 y la más baja en el año 2009, con una tasa de 1,39. La tendencia decreciente se observó para ambos sexos, aunque la brecha entre hombres y mujeres se mantuvo a través del tiempo. [Tabla 17](#)

Tabla 17. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, según grandes grupos. 1 a 4 años según sexo. Santiago de Cali 2005 – 2013.

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
		Valor Tasa								
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	7,08	7,11	4,29	1,44	1,44	2,90	4,36	1,45	1,45
	MASCULINO	5,45	6,86	5,51	2,77	1,39	2,78	2,78	2,78	2,77
	TOTAL	6,25	6,98	4,91	2,12	1,42	2,84	3,55	2,13	2,13
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	7,08	4,27	4,29	7,19	4,33	4,34	1,45	10,18	4,36
	MASCULINO	9,55	1,37	2,76	5,54	5,55	4,17	6,95	4,16	6,93
	TOTAL	8,34	2,79	3,51	6,35	4,95	4,25	4,26	7,10	5,68
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO	1,42	1,42				1,45			1,45
	MASCULINO					1,39	1,39			2,77
	TOTAL	0,69	0,70			0,71	1,42			2,13
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	5,66	4,27	1,43	2,88	4,33	1,45	1,45		1,45
	MASCULINO	5,45	1,37	2,76	1,38	1,39	4,17	1,39	1,39	2,77
	TOTAL	5,56	2,79	2,11	2,12	2,83	2,84	1,42	0,71	2,13
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	4,25	1,42	7,15	2,88	5,78	1,45	4,36	7,27	1,45
	MASCULINO	4,09	4,11	4,13	4,15	4,16	6,95	12,50	5,55	1,39
	TOTAL	4,17	2,79	5,61	3,53	4,95	4,25	8,52	6,39	1,42
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	1,42	1,42	1,43			1,44	4,34	1,45	2,91
	MASCULINO			1,38	1,38	2,78			5,55	2,77
	TOTAL	0,69	0,70	1,40	0,71	2,12	2,13	0,71	4,26	2,13
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	9,91	8,54	7,15	8,63	8,66	4,34	5,81	7,27	4,36
	MASCULINO	8,18	12,34	11,02	6,92	9,71	4,17	8,33	8,33	8,32
	TOTAL	9,03	10,47	9,12	7,76	9,20	4,25	7,10	7,81	6,39
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	2,83	7,11	1,43	2,88	4,33	4,34	4,36	1,45	
	MASCULINO		4,11	2,76	2,77		1,39			
	TOTAL	1,39	5,59	2,11	2,82	2,12	2,84	2,13	0,71	
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	1,42			1,44		1,45	1,45		
	MASCULINO	1,36	1,37	1,38		1,39				
	TOTAL	1,39	0,70	0,70	0,71	0,71	0,71	0,71		
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO		1,42							
	MASCULINO							1,39	1,39	
	TOTAL		0,70					0,71	0,71	
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	7,08	7,11	5,72	1,44	4,33	5,79	10,16	7,27	2,91
	MASCULINO	10,91	8,23	4,13	4,15	5,55	9,73	2,78	4,16	4,16
	TOTAL	9,03	7,68	4,91	2,82	4,95	7,80	6,39	5,68	3,55
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO	1,42				1,44	1,45			1,45
	MASCULINO	1,36			1,38		1,39	5,56	1,39	1,39
	TOTAL	1,39			0,71	0,71	1,42	2,84	0,71	1,42
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO							1,45		
	MASCULINO				1,38					
	TOTAL				0,71			0,71		
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	4,25	14,23	8,58	4,31	7,22	5,79	2,90	7,27	5,82
	MASCULINO	19,09	21,94	11,02	15,23	8,33	4,17	5,56	5,55	2,77
	TOTAL	11,81	18,15	9,82	9,87	7,78	4,96	4,26	6,39	4,26

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tasas específicas de mortalidad en población menor de 5 años

En el segmento de los hombres menores de 5 años también se destacan las afecciones originadas en el periodo perinatal, que alcanzaron su mayor incidencia en el año 2008 con 148,58 por 100.000 hab y la incidencia más baja en el 2013 con 75,14; para todos los años de estudio se observan mayores valores para los hombres en comparación con las mujeres. El segundo grupo de enfermedades con mayor incidencia lo tienen las malformaciones congénitas que alcanzan su máximo valor en el 2010 con 80,84 y su mínima expresión en el año 2011 con 44,23. También en este grupo de causas de muerte se resalta que los hombres presentan una mayor incidencia que las mujeres.

En las mujeres menores de 5 años se destacan las afecciones originadas en el periodo perinatal, que alcanzaron su mayor incidencia en el año 2007 con 107,12 por 100.000 hab. y la incidencia más baja en el 2010 con 60,30. La tendencia general en el periodo, aunque es fluctuante, se observa que en el último quinquenio (2009 – 2013) la incidencia no sobrepasa los 80 por 100.000 habitantes, es decir ha venido disminuyendo paulatinamente. El segundo grupo de eventos con mayor incidencia para las mujeres menores de 5 años son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas que alcanzaron su pico máximo en el año 2006 con 65,46 y el punto mínimo en el año 2013 con 36,01. [Tabla 18](#)

Tabla 18. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, según grandes grupos. Menores de 5 años según sexo. Santiago de Cali 2005 – 2013.

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
		Valor Tasa								
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	21,74	14,92	12,67	8,09	6,95	5,80	6,96	3,48	5,81
	MASCULINO	16,49	19,87	13,28	13,31	7,76	9,97	11,06	14,36	6,63
	TOTAL	19,06	17,44	12,98	10,75	7,37	7,93	9,06	9,06	6,23
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	6,86	3,44	3,46	5,78	4,64	4,64	3,48	8,13	3,49
	MASCULINO	7,70	1,10	3,32	5,54	5,54	3,32	8,85	5,52	5,53
	TOTAL	7,29	2,25	3,39	5,66	5,10	3,97	6,23	6,79	4,53
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO	1,14	2,30	3,46	1,16		3,48		1,16	1,16
	MASCULINO			1,11		1,11	2,21			2,21
	TOTAL	0,56	1,13	2,26	0,57	0,57	2,83		0,57	1,70
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	10,30	9,18	1,15	4,63	11,59	2,32	5,80	2,32	1,16
	MASCULINO	6,60	3,31	7,75	4,44	3,33	5,54	2,21	4,42	8,84
	TOTAL	8,41	6,19	4,52	4,53	7,37	3,97	3,96	3,40	5,10
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	8,01	3,44	6,91	4,63	8,11	3,48	6,96	6,97	3,49
	MASCULINO	6,60	12,14	7,75	7,76	6,65	9,97	13,27	7,73	4,42
	TOTAL	7,29	7,88	7,34	6,23	7,37	6,80	10,19	7,36	3,96
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	3,43	2,30	4,61	3,47	10,43	5,80	2,32	3,48	2,32
	MASCULINO	2,20	2,21	3,32	1,11	6,65	4,43	1,11	6,63	5,53
	TOTAL	2,80	2,25	3,95	2,26	8,50	5,10	1,70	5,10	3,96
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	21,74	20,66	17,28	18,50	16,22	12,76	19,73	19,74	11,62
	MASCULINO	24,19	29,80	28,77	32,16	19,96	17,72	21,01	23,20	18,79
	TOTAL	22,99	25,32	23,14	25,47	18,13	15,29	20,39	21,51	15,29
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	3,43	9,18	2,30	5,78	6,95	4,64	6,96	2,32	
	MASCULINO	3,30	5,52	3,32	7,76	5,54	4,43	1,11		1,11
	TOTAL	3,36	7,31	2,82	6,79	6,23	4,53	3,96	1,13	0,57
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	1,14	1,15		2,31	1,16	1,16	3,48		1,16
	MASCULINO	3,30	4,41	2,21	1,11	1,11	2,21	1,11	3,31	
	TOTAL	2,24	2,81	1,13	1,70	1,13	1,70	2,27	1,70	0,57
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	88,09	79,19	107,12	89,03	78,80	60,30	73,13	72,00	68,54
	MASCULINO	117,65	109,26	112,87	148,58	88,70	91,91	91,77	90,60	75,14
	TOTAL	103,16	94,52	110,05	120,00	83,86	76,47	82,68	81,53	71,92
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	40,04	65,42	63,35	57,81	42,88	57,99	52,23	59,22	36,01
	MASCULINO	51,68	75,05	52,01	77,62	46,57	80,84	44,23	48,61	50,83
	TOTAL	45,98	70,33	57,57	67,92	44,76	69,67	48,13	53,79	43,61
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO	2,29	3,44	1,15		4,64	5,80	1,16		1,16
	MASCULINO	3,30	2,21		3,33	3,33	4,43	5,53	1,10	2,21
	TOTAL	2,80	2,81	0,56	1,70	3,97	5,10	3,40	0,57	1,70
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO		1,15				1,16	1,16		
	MASCULINO			1,11	1,11					
	TOTAL		0,56	0,56	0,57		0,57	0,57		
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	5,72	18,36	14,97	4,63	5,79	6,96	5,80	8,13	5,81
	MASCULINO	19,79	28,70	13,28	14,41	9,98	6,64	4,42	7,73	4,42
	TOTAL	12,90	23,63	14,11	9,62	7,93	6,80	5,10	7,93	5,10

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias en la niñez y la infancia.

La mortalidad infantil y niñez en los grandes causas, se evidencia que el comportamiento para el año 2013 comparado con el año 2005 presenta una disminución en la mayoría de los eventos a excepción de las Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, el grupo de los menores de cinco años aumentó en un 30% en la tasa; Aunque los Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte y todas las demás enfermedades presenta un incremento en todos los grupos de edad, siendo significativo el aumento en los menores de un año.

En cuanto a la cantidad de muertes en la infancia y niñez se observa que comparado el año 2013 con el año 2005 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y los Tumores (neoplasias) fueron las causas que más casos disminuyeron en los diferentes grupos de edad, sin embargo Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas presentan altos números de muertes.

Para el comportamiento de la mortalidad infantil y niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias se observa una disminución importante en todos los subgrupos en el periodo estudiado. El subgrupo de tuberculosis y tosferina muestran un descenso importante en todos los grupos de edad llegando a cero en el 2009, 2010 y 2013. En el caso de enfermedades como la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso en el grupo de edades de 1 y 4 años se observa un descenso importante llegando a cero en el 2009 y 2012; sin embargo el grupo de Septicemia presenta un descenso significativo en la tasa del año 2013 para los menores de un año y los menores de cinco años comparados con el año 2012.

Este grupo de enfermedad continua causando mortalidad pero su incidencia se ha reducido. Entre las que se mantienen como causa importante están la EDA, TB y Septicemia especialmente en menores de un año [Tabla 19 y 20](#).

Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Especificas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09)	Menores de 5 años	6,2	5,1	6,8	2,8	2,8	1,7	2,8	4,0	1,1
	Entre 1 y 4 años	2,8	4,2	3,5	0,7	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7
	Menores de 1 año	20,3	8,7	20,2	11,5	11,4	8,4	11,2	19,6	2,8
Otras	Menores de 5	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6

enfermedades infecciosas intestinales (A00-A08)	años									
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Tuberculosis (A15-A19)	Menores de 5 años	1,1	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6	1,7	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0
	Menores de 1 año	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	2,8	2,8	0,0
Tosferina (A37)	Menores de 5 años	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Septicemia (A40-A41)	Menores de 5 años	5,6	5,1	3,4	4,5	2,8	1,7	1,7	2,8	1,1
	Entre 1 y 4 años	0,7	1,4	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	26,2	20,3	17,3	20,1	14,2	5,6	8,4	14,0	5,6
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (B20-B24)	Menores de 5 años	1,7	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	5,8	2,9	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Otras enfermedades virales (A81-B04, B06-B19, B25-B34)	Menores de 5 años	1,1	2,3	1,7	1,1	0,6	3,4	0,6	0,6	2,3
	Entre 1 y 4 años	0,7	0,0	1,4	0,7	0,0	0,7	0,7	0,7	1,4
	Menores de 1 año	2,9	11,6	2,9	2,9	2,8	14,1	0,0	0,0	5,6
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A20-A32, A38, A42-A79, B35-B49, B55-B94, B99)	Menores de 5 años	2,8	3,4	0,6	1,7	1,1	0,6	3,4	0,0	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,7	0,7	0,0	0,0	0,7	0,7	2,1	0,0	0,0
	Menores de 1 año	11,6	14,5	2,9	8,6	2,8	0,0	8,4	0,0	2,8

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tabla 20. Muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias en la niñez y la infancia. Municipio de Cali 2005 – 2013.

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes	Total Muertes								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
01 - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Menores de 1 año	7	3	7	4	4	3	4	7	1	40
	Entre 1 y 4 años	4	6	5	1	1	0	1	0	1	19
	Menores de 5 años	11	9	12	5	5	3	5	7	2	59
02 - OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Menores de 5 años	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3
03 - TUBERCULOSIS	Menores de 1 año	1	0	0	1	0	0	1	1	0	4
	Entre 1 y 4 años	1	1	0	0	0	0	0	2	0	4
	Menores de 5 años	2	1	0	1	0	0	1	3	0	8
06 - TOS FERINA	Menores de 1 año	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
08 - SEPTICEMIA	Menores de 1 año	9	7	6	7	5	2	3	5	2	46
	Entre 1 y 4 años	1	2	0	1	0	1	0	0	0	5
	Menores de 5 años	10	9	6	8	5	3	3	5	2	51
11 - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	Menores de 1 año	2	1	1	0	0	0	0	0	1	5
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Menores de 5 años	3	1	1	0	0	0	0	0	1	6
12 - OTRAS ENFERMEDADES VIRALES	Menores de 1 año	1	4	1	1	1	5	0	0	2	15
	Entre 1 y 4 años	1	0	2	1	0	1	1	1	2	9
	Menores de 5 años	2	4	3	2	1	6	1	1	4	24
14 - RESTO DE CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	Menores de 1 año	4	5	1	3	1	0	3	0	1	18
	Entre 1 y 4 años	1	1	0	0	1	1	3	0	0	7
	Menores de 5 años	5	6	1	3	2	1	6	0	1	25

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes por neoplasias en la niñez y la infancia

Al analizar las cantidades de mortalidad infantil y niñez por tumores (Neoplasias) se observa que la leucemia ha tenido un descenso significativo en los menores de un año, que paso de estar en 2,8 para el año 2012 a estar en cero en el año 2013, también disminuyo para los menores de cinco años mientras que el subgrupo de resto de tumores malignos presento un incremento significativo en los grupos de edad de 1 a 4 años y los menores de 5 años del 2012 con respecto al año 2013.

Respecto al número de muertes en la infancia y niñez, por tumores (Neoplasias) se observa que las leucemias disminuyen en dos casos para menores de cinco años, mientras que en resto de tumores malignos aumenta en dos casos en menores de cinco años. Tablas 21 y 22

Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por tumores. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Especificas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Leucemia (C91-C95)	Menores de 5 años	2,80	1,13	1,13	2,83	1,13	2,27	1,13	2,8	1,7
	Entre 1 y 4 años	3,47	1,4	1,4	3,53	1,42	2,13	1,42	2,8	2,1
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,82	0,0	2,8	0,0
Resto de tumores malignos (C00-C90, C96-C97)	Menores de 5 años	2,80	1,13	2,26	1,13	2,27	1,70	2,27	1,7	2,8
	Entre 1 y 4 años	3,47	1,40	2,11	0,71	2,12	2,13	2,84	2,1	3,5
	Menores de 1 año	0,0	0,0	2,88	2,87	2,84	0,0	0,0	0,0	0,0
Resto de tumores (D00-D48)	Menores de 5 años	1,68	0,0	0,0	1,70	1,70	0,0	2,83	2,3	0,0
	Entre 1 y 4 años	1,39	0,0	0,0	2,12	1,42	0,0	0,0	2,1	0,0
	Menores de 1 año	2,91	0,0	0,0	0,0	2,84	0,0	14,0	2,8	0,0

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 22. Muertes por neoplasias en la infancia y niñez. Municipio de Cali 2005 – 2013.

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Total Muertes
01 - LEUCEMIA	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	Entre 1 y 4 años	5	2	2	5	2	3	2	4	3	28
	Menores de 5 años	5	2	2	5	2	4	2	5	3	30
02 - RESTO DE TUMORES MALIGNOS	Menores de 1 año	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
	Entre 1 y 4 años	5	2	3	1	3	3	4	3	5	29
	Menores de 5 años	5	2	4	2	4	3	4	3	5	32
03 - RESTO DE TUMORES	Menores de 1 año	1	0	0	0	1	0	5	1	0	8
	Entre 1 y 4 años	2	0	0	3	2	0	0	3	0	10
	Menores de 5 años	3	0	0	3	3	0	5	4	0	18

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad en la infancia y niñez

La mortalidad infantil y niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad se observa que las anemias aumentaron para el año 2013 en todos los grupos de edad, mientras que en los menores de un año el resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad disminuyó.

La cantidad de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, específicamente las

anemias aumento, mientras que el resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad presentaron cero casos en los años 2005, 2008, 2009, 2011, los demás años presentaron hasta tres casos por año a excepción del 2012 y 2013 con 2 caso para todos los grupos de edad. Tablas 23 y 24

Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Específicas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Anemias (D50-D64)	Menores de 5 años	0,56	0,0	1,13	0,57	0,57	1,70	0,0	0,0	1,13
	Entre 1 y 4 años	0,69	0,0	0,0	0,0	0,71	0,0	0,0	0,0	1,42
	Menores de 1 año	0,0	0,0	5,77	2,87	0,0	8,45	0,0	0,0	0,00
Resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D65-D89)	Menores de 5 años	0,0	1,13	1,13	0,0	0,0	1,13	0,0	0,6	0,57
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,70	0,0	0,0	0,0	1,42	0,0	0,0	0,71
	Menores de 1 año	0,0	2,90	5,77	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 24. Muertes en la infancia y niñez, por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad en la infancia y niñez. Municipio de Cali, 2005 – 2013.

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Total Muertes
01 - ANEMIAS	Menores de 1 año	0	0	2	1	0	3	0	0	0	6
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	1	0	0	0	2	4
	Menores de 5 años	1	0	2	1	1	3	0	0	2	10
02 - RESTO DE ENFERMEADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	Menores de 1 año	0	1	2	0	0	0	0	1	0	4
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	2	0	0	1	4
	Menores de 5 años	0	2	2	0	0	2	0	1	1	8

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en la infancia y niñez

En cuanto a la mortalidad infantil y niñez por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas los eventos allí relacionados para el año 2013 han disminuido, a excepción del subgrupo de Desnutrición y otras deficiencias nutricionales en el 2013 en menores de un año que aumenta en los grupos de edad de menores de 1 año y los menores de 5 años.

En el reporte de cantidad de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas se observa una disminución pasando de 10 casos en el 2005 a 12 casos en el 2013 para el subgrupo de desnutrición y otras deficiencias nutricionales. El resto de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas pasa 5 muertes en el año 2005 a cero para el año 2012 y 2013. Tablas 25 y 26

Tabla 25. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013.

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Específicas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales (E40-E64)	Menores de 5 años	5,6	3,4	4,0	2,3	5,1	2,8	1,7	3,4	4,0
	Entre 1 y 4 años	3,5	2,1	1,4	1,4	0,7	2,1	0,7	0,7	1,4
	Menores de 1 año	14,5	8,7	14,4	5,7	22,8	5,6	5,6	14,0	14,0
Resto de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E34, E65-E88)	Menores de 5 años	2,8	2,8	0,6	2,3	2,3	1,1	2,3	0,0	1,1
	Entre 1 y 4 años	2,1	0,7	0,7	0,7	2,1	0,7	0,7	0,0	0,7
	Menores de 1 año	5,8	11,6	0,0	8,6	2,8	2,8	8,4	0,0	2,8

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 26. Muertes por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en la infancia y niñez Municipio de Cali, 2005 – 2013.

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes	Total Muertes								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
01 - DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	Menores de 1 año	5	3	5	2	8	2	2	5	5	37
	Entre 1 y 4 años	5	3	2	2	1	3	1	1	2	20
	Menores de 5 años	10	6	7	4	9	5	3	6	7	57
02 - RESTO DE ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	Menores de 1 año	2	4	0	3	1	1	3	0	1	15
	Entre 1 y 4 años	3	1	1	1	3	1	1	0	1	12
	Menores de 5 años	5	5	1	4	4	2	4	0	2	27

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes por enfermedades del Sistema Nervioso

En cuanto al número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, al comparar los casos de meningitis entre el 2005 y 2013 presentan un comportamiento irregular principalmente en menores de 1 año y en menores de cinco años, con descenso en 2007, 2009 y 2011, en el resto de enfermedades del sistema nervioso entre uno y cuatro años pasa de 4 casos del 2005 a 1 en el 2013, se observa un incremento significativo en el año 2011 con 17 casos tablas 27 y 28.

Tabla 27. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Especificas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Meningitis (G00-G03)	Menores de 5 años	2,8	2,8	0,6	2,3	1,1	1,7	0,6	2,8	1,7
	Entre 1 y 4 años	1,4	0,7	0,0	0,7	0,7	0,7	0,0	1,4	0,7
	Menores de 1 año	8,7	11,6	2,9	8,6	2,8	5,6	2,8	8,4	5,6
Resto de enfermedades del sistema nervioso (G04-G98)	Menores de 5 años	4,5	5,1	6,8	4,0	6,2	5,1	9,6	4,5	3,4
	Entre 1 y 4 años	2,8	2,1	5,6	2,8	4,2	3,5	8,5	5,0	0,7
	Menores de 1 año	11,6	17,4	11,5	8,6	14,2	11,3	14,0	2,8	14,0

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 28. Muertes por enfermedades del sistema nervioso, en la infancia y niñez. Municipio de Cali, 2005 – 2013.

Subgrupo de causas de muerte	Edad	Muertes	Total Muertes								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
01 - MENINGITIS	Menores de 1 año	3	4	1	3	1	2	1	3	2	20
	Entre 1 y 4 años	2	1	0	1	1	1	0	1	1	8
	Menores de 5 años	5	5	1	4	2	3	1	4	3	28
02 - RESTO DE ENFERMEDEADES DEL SISTEMA NERVIOSO	Menores de 1 año	4	6	4	3	5	4	5	1	3	35
	Entre 1 y 4 años	4	3	8	4	6	5	12	8	1	51
	Menores de 5 años	8	9	12	7	11	9	17	9	4	86

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes por enfermedades del sistema Circulatorio en la infancia y niñez

Tabla 29. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema circulatorio; Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Específicas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades del Sistema Circulatorio	Menores de 5 años	2,8	2,3	4,0	2,3	8,5	5,1	1,7	5,1	4,0
	Entre 1 y 4 años	0,7	0,7	1,4	0,7	2,1	2,1	0,7	4,3	2,1
	Menores de 1 año	11,6	8,7	14,4	8,6	34,1	16,9	5,6	8,4	11,2

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 30. Muertes por enfermedades del sistema Circulatorio, Municipio de Cali, 2005 – 2013.

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes	Total Muertes								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
01 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	Menores de 1 año	4	3	5	3	12	6	2	3	4	42
	Entre 1 y 4 años	1	1	2	1	3	3	1	6	3	21
	Menores de 5 años	5	4	7	4	15	9	3	9	7	63

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes por enfermedades del sistema respiratorio en la infancia y niñez

En las tasas específicas de mortalidad infantil y la niñez por enfermedades respiratorias el subgrupo por Neumonías en el periodo 2005-2013 se observa una tendencia a la disminución en el grupo de edad entre uno y cuatro años, teniendo en el 2010 su tasa más baja (1,4), en contraste a los menores de 1 año donde aumento un 23% en el año 2012 con respecto al 2005. En los años 2009 y 2010 se presentaron menores tasas específicas para las Neumonías con respecto al periodo analizado. Con respecto a otras enfermedades respiratorias agudas y el resto de enfermedades del sistema respiratorio se observa una tendencia irregular en los diferentes grupos de edad entre los años 2005-2013.

En el número de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema respiratorio evidencia que la gran mayoría de los casos de muertes por neumonía y el resto de enfermedades del sistema respiratorio se presentan en los menores de cinco años durante el periodo evaluado, sin embargo para el resto de enfermedades del sistema respiratorio disminuyen los casos para los años 2011 al 2013. Tablas 31 y 32

Tabla 31. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema respiratorio. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Especificas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Neumonía (J12-J18)	Menores de 5 años	15,7	19,1	15,8	13,6	9,1	7,9	13,0	14,7	9,6
	Entre 1 y 4 años	6,9	10,5	6,3	5,6	5,0	1,4	3,5	5,0	3,5
	Menores de 1 año	52,3	55,0	54,8	45,9	25,6	33,8	50,4	53,1	33,6
Otras infecciones respiratorias agudas (J00-J11, J20-J22)	Menores de 5 años	0,6	0,0	1,7	1,1	1,1	1,1	2,3	3,4	1,7
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	2,8	0,7
	Menores de 1 año	2,9	0,0	8,7	5,7	5,7	2,8	11,2	5,6	5,6
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J98)	Menores de 5 años	6,7	6,2	5,6	10,8	7,9	6,2	5,1	3,4	4,0
	Entre 1 y 4 años	2,1	0,0	2,8	2,1	4,2	2,1	3,5	2,8	2,1
	Menores de 1 año	26,2	31,9	17,3	45,9	22,8	22,5	11,2	5,6	11,2

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 32. Muertes por enfermedades del sistema respiratorio, Municipio de Cali, 2005 – 2013

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Total Muertes
01 - NEUMONÍA	Menores de 1 año	18	19	19	16	9	12	18	19	12	142
	Entre 1 y 4 años	10	15	9	8	7	2	5	7	5	68
	Menores de 5 años	28	34	28	24	16	14	23	26	17	210
02 - OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	Menores de 1 año	1	0	3	2	2	1	4	4	2	19
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	1	0	2	1	4
	Menores de 5 años	1	0	3	2	2	2	4	6	3	23
03 - RESTO DE ENFERMEADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	Menores de 1 año	9	11	6	16	8	8	4	4	4	70
	Entre 1 y 4 años	3	0	4	3	6	3	5	2	3	29
	Menores de 5 años	12	11	10	19	14	11	9	6	7	99

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes por enfermedades del sistema Digestivo en la infancia y niñez

En las tasas específicas de mortalidad infantil y la niñez por enfermedades digestivas par todos los grupos de edad presenta una dismunucion significativa para los años 2012 y 2013 con respecto a los años anteriores. Mientras que en las enfermedades Genitourinarias en el grupo de 1 a 4 años presento cero casos para los años 2012 y 2013. Tablas 33 a 36

Tabla 33. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema digestivo; Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Específicas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades del Sistema Digestivo	Menores de 5 años	3,4	7,3	2,8	6,8	6,2	4,5	4,0	1,1	0,6
	Entre 1 y 4 años	1,4	5,6	2,1	2,8	2,1	2,8	2,1	0,7	0,0
	Menores de 1 año	11,6	14,5	5,8	23,0	22,8	11,3	11,2	2,8	2,8

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 34. Muertes por enfermedades del sistema Digestivo y genitourinario, Municipio de Cali, 2005 – 2013

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes	Total Muertes								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
01 - ENFERMEADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	Menores de 1 año	4	5	2	8	8	4	4	1	1	37
	Entre 1 y 4 años	2	8	3	4	3	4	3	1	0	28
	Menores de 5 años	6	13	5	12	11	8	7	2	1	65

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 35. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema genitourinarios; Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Específicas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades del Sistema genitourinarios	Menores de 5 años	2,2	2,8	1,1	1,7	1,1	1,7	2,3	1,7	0,6
	Entre 1 y 4 años	1,4	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,0	0,0
	Menores de 1 año	5,8	11,6	2,9	5,7	2,8	5,6	8,4	8,4	2,8

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 36. Muertes por enfermedades del sistema genitourinario. Municipio de Cali, 2005 – 2013

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes	Total Muertes								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
01 - ENFERMEADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	Menores de 1 año	2	4	1	2	1	2	3	3	1	19
	Entre 1 y 4 años	2	1	1	1	1	1	1	0	0	8
	Menores de 5 años	4	5	2	3	2	3	4	3	1	27

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes en la infancia y la niñez por afecciones del periodo perinatal en la infancia y niñez

En cuanto a las tasas específicas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal se evidencia que las Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve aumentaron con respecto al año 2005 en un 93% y en un 6% Resto de afecciones perinatales. Llama la atención la disminución de la tasa de mortalidad por Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto, Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento y Dificultad respiratoria del recién nacido, esto posiblemente se pueda atribuir a la cobertura de unidades de cuidado neonatal de instituciones de nivel tres en el municipio de Cali. Tabla 37

Tabla 37. Tasas específicas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Especificas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (P00-P04)	Menores de 1 año	75,6	89,8	112,5	106,2	56,9	64,8	56,0	75,5	56,0
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08)	Menores de 1 año	32,0	8,7	14,4	17,2	8,5	16,9	22,4	27,9	28,0
Traumatismo del nacimiento (P10-P15)	Menores de 1 año	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento (P20-P21)	Menores de 1 año	20,3	2,9	5,8	28,7	11,4	8,4	16,8	11,2	11,2
Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	Menores de 1 año	127,9	92,7	135,5	140,6	122,3	112,6	114,8	83,8	72,8
Neumonía congénita (P23)	Menores de 1 año	17,4	26,1	8,7	25,8	11,4	16,9	14,0	19,6	19,6
Otras afecciones respiratorias del recién nacido (P24-P28)	Menores de 1 año	63,9	69,5	66,3	54,5	45,5	16,9	50,4	39,1	33,6
Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	Menores de 1 año	75,6	75,3	98,1	51,6	34,1	47,9	39,2	50,3	56,0
Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve	Menores de 1 año	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	5,6
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	Menores de 1 año	32,0	40,6	43,3	31,6	45,5	22,5	19,6	25,2	16,8
Resto de afecciones perinatales	Menores de 1 año	87,2	78,2	75,0	149,2	85,3	70,4	72,8	67,1	56,0

En cuanto al número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal se evidencia un comportamiento muy irregular en la mayoría de los subgrupos a excepción de Traumatismo del nacimiento y Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve. Cabe anotar la disminución de las cantidades de muertes del año 2012 con respecto al año 2013 en subgrupos como la Dificultad respiratoria del recién nacido, Otras afecciones respiratorias del recién nacido, Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido y el Resto de afecciones perinatales. Tabla 38

Tabla 38. Muertes por afecciones originadas en el periodo perinatal, Municipio de Cali, 2005 – 2013

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Total Muertes
01 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADO POR FACTORES MATERNOS Y POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	Menores de 1 año	26	31	39	37	20	23	20	27	20	243
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Menores de 5 años	26	32	39	37	20	23	20	27	20	244
02 - TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACIÓN DE LA GESTACIÓN Y EL CRECIMIENTO FETAL	Menores de 1 año	11	3	5	6	3	6	8	10	10	62
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años	11	3	5	6	3	6	8	10	10	62
03 - TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO	Menores de 1 año	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años			1							1
04 - HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA DEL NACIMIENTO	Menores de 1 año	7	1	2	10	4	3	6	4	4	41
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Menores de 5 años	7	1	2	10	4	3	6	5	4	42
05 - DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	Menores de 1 año	44	32	47	49	43	40	41	30	26	352
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años	44	32	47	49	43	40	41	30	26	352
06 - NEUMONÍA CONGÉNITA	Menores de 1 año	6	9	3	9	4	6	5	7	7	56
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años	6	9	3	9	4	6	5	7	7	56
07 - OTRAS AFECCIONES RESPIRATORIAS DEL RECIEN NACIDO	Menores de 1 año	22	24	23	19	16	6	18	14	12	154
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años	22	24	23	19	16	6	18	14	12	154
08 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	Menores de 1 año	26	26	34	18	12	17	14	18	20	185
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años	26	26	34	18	12	17	14	18	20	185
09 - ONFALITIS DEL RECIEN NACIDO CON O SIN HEMORRAGIA LEVE	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	1	0	0	2	4
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años	1					1			2	4
10 - TRASTORNOS HEMORRÁGICOS Y HEMATOLÓGICOS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	Menores de 1 año	11	14	15	11	16	8	7	9	6	97
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años	11	14	15	11	16	8	7	9	6	97
11 - RESTO DE AFECCIONES PERINATALES	Menores de 1 año	30	27	26	53	30	25	26	24	20	261
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Menores de 5 años	30	27	26	53	30	25	27	24	20	262

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en la infancia y niñez

Al analizar la cantidad de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas se evidencia una disminución en el subgrupo de hidrocefalo congénito y espina bífida, Otras malformaciones

congénitas del sistema nervioso y Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio en los diferentes grupos de edad para el año 2013 con respecto al año 2012. Tabla 39

Tabla 39. Muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Municipio de Cali, 2005 – 2013.

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes	Total Muertes								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
01 - HIDROCÉFALO CONGÉNITO Y ESPINA BÍFIDA	Menores de 1 año	3	1	2	3	5	7	4	4	3	32
	Entre 1 y 4 años	2	2	0	0	1	1	0	0	1	7
	Menores de 5 años	5	3	2	3	6	8	4	4	4	39
02 - OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA NERVIOSO	Menores de 1 año	5	5	7	6	3	10	1	5	5	47
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	0	2	2	0	5
	Menores de 5 años	5	6	7	6	3	10	3	7	5	52
03 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL CORAZÓN	Menores de 1 año	26	45	33	44	29	45	32	22	23	299
	Entre 1 y 4 años	6	7	4	1	5	8	5	6	4	46
	Menores de 5 años	32	52	37	45	34	53	37	28	27	345
04 - OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	Menores de 1 año	9	13	13	22	20	20	12	25	14	148
	Entre 1 y 4 años	2	1	2	1	0	2	0	0	0	8
	Menores de 5 años	11	14	15	23	20	22	12	25	14	156
05 - SÍNDROME DE DOWN Y OTRAS ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	Menores de 1 año	3	3	6	5	0	2	1	0	0	20
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Menores de 5 años	3	3	7	5	0	2	1	0	0	21
06 - OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS	Menores de 1 año	23	47	34	36	15	28	26	31	27	267
	Entre 1 y 4 años	3	0	0	2	1	0	2	0	0	8
	Menores de 5 años	26	47	34	38	16	28	28	31	27	275

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y todas las demás enfermedades en la infancia y niñez

Las tasas específicas de mortalidad por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte se observa que el síndrome de muerte súbita infantil decae en los años 2011 y 2012 para los menores de un año, sin embargo aumenta para el año 2013. Mientras que el subgrupo de otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte disminuyen significativamente para el año 2012 frente a las tasas de los demás años en todos los grupos de edad. Tabla 40.

Tabla 40. Tasas específicas de mortalidad por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Especificas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Síndrome de muerte súbita infantil (R95)	Menores de 5 años	0,0	1,1	0,0	0,0	1,1	0,6	0,0	0,0	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Menores de 1 año	0,0	5,8	0,0	0,0	5,7	2,8	0,0	0,0	2,8
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R94, R96-R99)	Menores de 5 años	2,8	1,7	0,6	1,7	2,8	4,5	3,4	0,6	1,1
	Entre 1 y 4 años	1,4	0,0	0,0	0,7	0,7	1,4	2,8	0,7	1,4
	Menores de 1 año	8,7	8,7	2,9	5,7	11,4	16,9	5,6	0,0	0,0

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 41. Muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y Todas las demas enfermedades, Municipio de Cali, 2005 – 2013

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes	Total Muertes								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
01 - SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA INFANTIL	Menores de 1 año	0	2	0	0	2	1	0	0	1	6
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 5 años	0	2	0	0	2	1	0	0	1	6
02 - OTROS SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	Menores de 1 año	3	3	1	2	4	6	2	0	0	21
	Entre 1 y 4 años	2	0	0	1	1	2	4	1	2	13
	Menores de 5 años	5	3	1	3	5	8	6	1	2	34
01 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	Menores de 1 año	0	1	1	0	0	1	0	0	0	3
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
	Menores de 5 años	0	1	1	1	0	1	1	0	0	5

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Muertes por causas externas en la infancia y niñez

Al analizar las tasas específicas de mortalidad por causas externas se observa una tendencia general a la baja en todos los subgrupos y edades en el periodo evaluado, sin embargo la exposición al humo, fuego y llamas aumento en los grupos de edad de 1 a 4 años y en menores de 5 años en el año 2012 con respecto a los años anteriores, como para el año 2013 en menores de 1 año. Tabla 42

**Tabla 42. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por causas externas de mortalidad.
Municipio Santiago de Cali. 2005 – 2013**

Subgrupos de causas de muerte	Grupos de edad	Tasas Específicas								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Accidentes de transporte (V01-V99)	Menores de 5 años	2,8	3,4	3,4	2,3	1,7	1,1	0,6	1,1	0,6
	Entre 1 y 4 años	2,8	4,2	4,2	2,8	2,1	1,4	0,7	0,7	0,7
	Menores de 1 año	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0
Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)	Menores de 5 años	1,1	4,5	1,7	1,7	1,1	1,7	0,6	1,1	0,0
	Entre 1 y 4 años	1,4	4,2	1,4	2,1	1,4	2,1	0,7	1,4	0,0
	Menores de 1 año	0,0	5,8	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)	Menores de 5 años	1,7	7,9	2,3	1,7	1,7	1,7	1,7	2,3	0,6
	Entre 1 y 4 años	0,7	3,5	0,7	0,7	0,0	0,0	0,7	1,4	0,0
	Menores de 1 año	5,8	26,1	8,7	5,7	8,5	8,4	5,6	5,6	2,8
Exposición al humo, fuego y llamas (X00-X09)	Menores de 5 años	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	1,1	1,1
	Entre 1 y 4 años	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	1,4	0,7
	Menores de 1 año	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (X85-Y09)	Menores de 5 años	2,8	4,5	3,4	1,1	0,0	0,0	1,1	0,6	1,1
	Entre 1 y 4 años	2,1	4,2	1,4	0,7	0,0	0,0	1,4	0,7	1,4
	Menores de 1 año	5,8	5,8	11,5	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás causas externas (W00-W64, W85-W99, X10-X39, X50-X84, Y10-Y89)	Menores de 5 años	4,5	2,8	3,4	2,3	3,4	2,3	1,1	2,8	1,7
	Entre 1 y 4 años	4,9	1,4	2,1	2,8	4,2	1,4	0,7	2,1	1,4
	Menores de 1 año	2,9	8,7	8,7	0,0	0,0	5,6	2,8	5,6	2,8

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 43. Muertes en la infancia y niñez, por causas externas en el Municipio de Cali, 2005 – 2013

Subgrupo de causas de muerte	Grupo de Edad	Muertes 2005	Muertes 2006	Muertes 2007	Muertes 2008	Muertes 2009	Muertes 2010	Muertes 2011	Muertes 2012	Muertes 2013	Total Muertes
01 - ACCIDENTES DE TRANSPORTE	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
	Entre 1 y 4 años	4	6	6	4	3	2	1	1	1	28
	Menores de 5 años	5	6	6	4	3	2	1	2	1	30
02 - AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES	Menores de 1 año	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3
	Entre 1 y 4 años	2	6	2	3	2	3	1	2	0	21
	Menores de 5 años	2	8	3	3	2	3	1	2	0	24
03 - OTROS ACCIDENTES QUE OBSTRUYEN LA RESPIRACIÓN	Menores de 1 año	2	9	3	2	3	3	2	2	1	27
	Entre 1 y 4 años	1	5	1	1	0	0	1	2	0	11
	Menores de 5 años	3	14	4	3	3	3	3	4	1	38
04 - EXPOSICIÓN AL HUMO, FUEGO Y LLAMAS	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3
	Menores de 5 años	0	1	0	1	0	0	0	0	2	4
05 - ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS NOCIVAS	Menores de 1 año	2	2	4	1	0	0	0	0	0	9
	Entre 1 y 4 años	3	6	2	1	0	0	2	1	2	17
	Menores de 5 años	5	8	6	2	0	0	2	1	2	26
06 - TODAS LAS DEMÁS CAUSAS EXTERNAS	Menores de 1 año	1	3	3	0	0	2	1	2	1	13
	Entre 1 y 4 años	7	2	3	4	6	2	1	3	2	30
	Menores de 5 años	8	5	6	4	6	4	2	5	3	43

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

2.1.4. Análisis de Desigualdad en la mortalidad materno – Infantil y en la niñez.

Luego de identificar las causas de muerte en los niños en el Municipio de Cali, se realizó un análisis materno – infantil, en el cual se identificaron los peores indicadores por medio de una tabla de semaforización y tendencia materno –infantil y niñez. Todo esto con el fin de estimar la razón de razones de la mortalidad materna y la razón de las tasas de mortalidad neonatal, de mortalidad infantil, de mortalidad por EDA, de mortalidad por IRA y mortalidad por desnutrición crónica en los menores de cinco años de edad. Se utilizaron los intervalos de confianza al 95% según el método de Rothman y Greenland.

Amarillo: Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el Municipio de Cali y el Valle del Cauca

Rojo: Cuando la diferencia relativa es mayor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en el Municipio de Cali y el del Valle del Cauca.

Verde: Cuando la diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en el Municipio de Cali y el del Valle del Cauca

Ninguno de los indicadores analizados presentó diferencias estadísticamente significativas entre el Municipio de Cali y el Valle del Cauca. Solo la razón de mortalidad materna es mayor el doble en el Valle del Cauca que

en Municipio de Cali, el resto de indicadores se encuentran por debajo de los valores del Departamento. Tabla 44

Tabla 44. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, departamento del Municipio de Cali 2006 – 2013.

Causa de muerte	Valle del Cauca 2013	Cali 2013	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Razón de mortalidad materna	45,70	21,82	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	6,53	6,36	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	9,65	8,95	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	12,01	10,55	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	11,03	11,33	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,21	1,70	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,89	4,53	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘

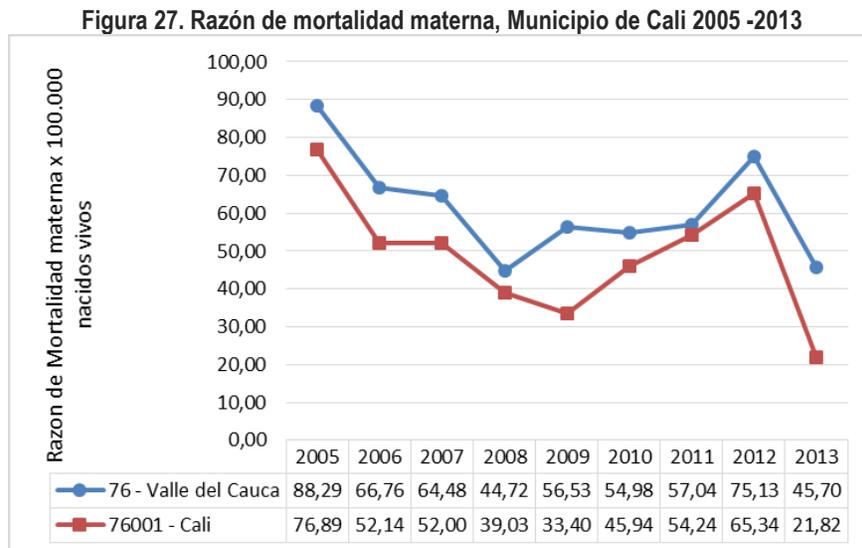
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

A continuación, se hace un análisis de la tendencia de algunas causas de muerte materno infantil y niñez

Mortalidad materna

La razón de mortalidad materna a nivel del municipio de Cali presenta un pico en el año 2012, para todo el periodo evaluado la razón se mantuvo por debajo de la departamental, se observa una reducción importante del 40% en la tasa en el año 2013 respecto a dicho año, alcanzando la tasa más baja del periodo evaluado.

Figura 27

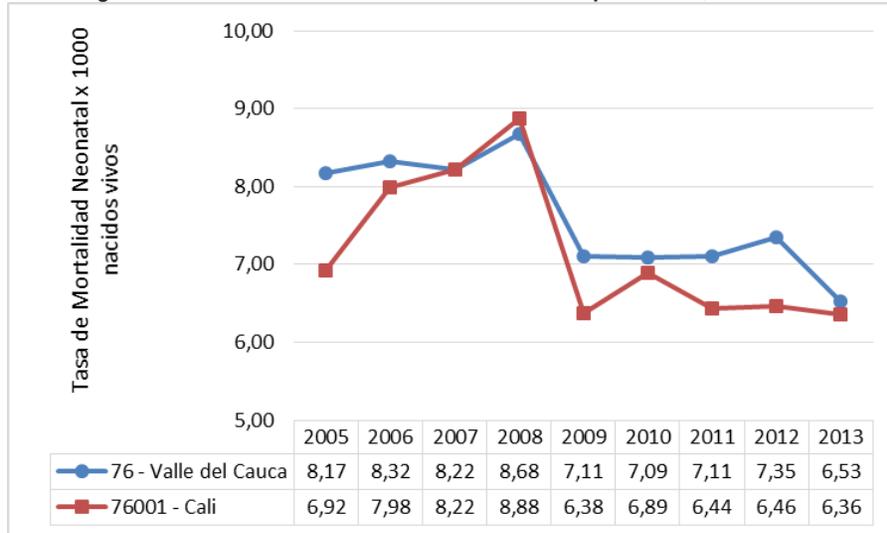


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Mortalidad neonatal

La Tasa de Mortalidad Neonatal a nivel del municipio de Cali presenta un pico en el año 2008, único año del periodo en el que se encuentra por encima del nivel departamental, para el año 2013 la tasa de mortalidad en Cali alcanza su nivel mas bajo con 6,36. Figura 28

Figura 28. Tasa de mortalidad neonatal del Municipio de Cali, 2005 - 2013

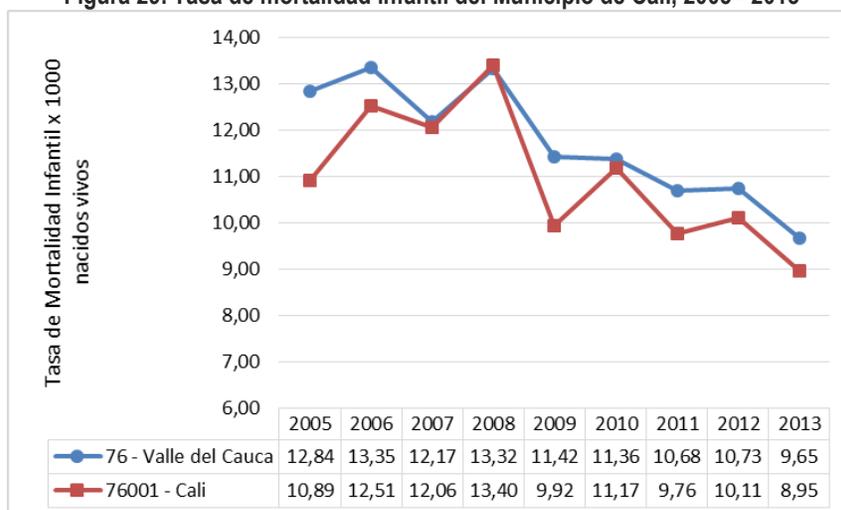


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Mortalidad infantil

La Tasa de Mortalidad Infantil a nivel del municipio de Cali presenta un pico en el año 2008 con 13,40, único año del periodo en el que se encuentra por encima del nivel departamental, es importante resaltar su disminución constante en los últimos 5 años, con una tasa en el año 2013 que es 20% menor a la del 2005 y es la más baja del periodo evaluado con 8,36. Figura 29

Figura 29. Tasa de mortalidad infantil del Municipio de Cali, 2005 - 2013

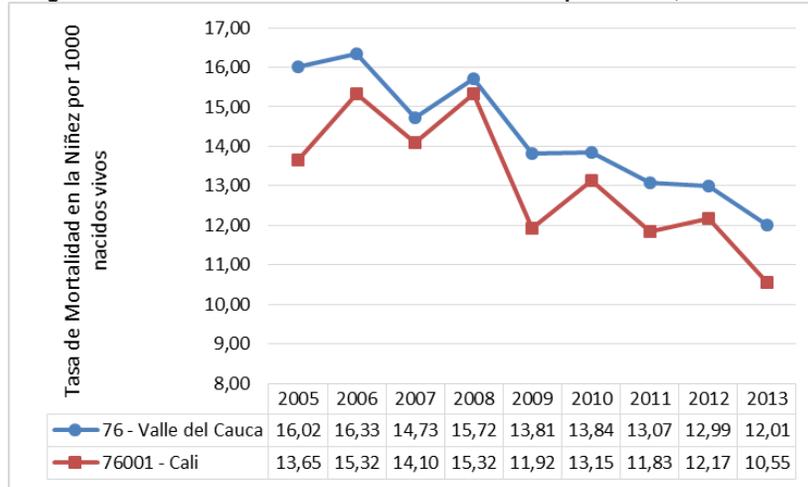


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tasa de mortalidad en la niñez

Para todo el periodo de estudio las tasas de mortalidad en la niñez son más bajas en el Municipio de Cali en comparación con el Valle del Cauca, siendo el año 2013 el que alcanza el indicador más bajo con 10,55 por 100.000 menores de 5 años. A partir del año 2009 la tendencia a la disminución es constante. Figura 30

Figura 50. Tasa de mortalidad en la niñez del Municipio de Cali, 2005 - 2013

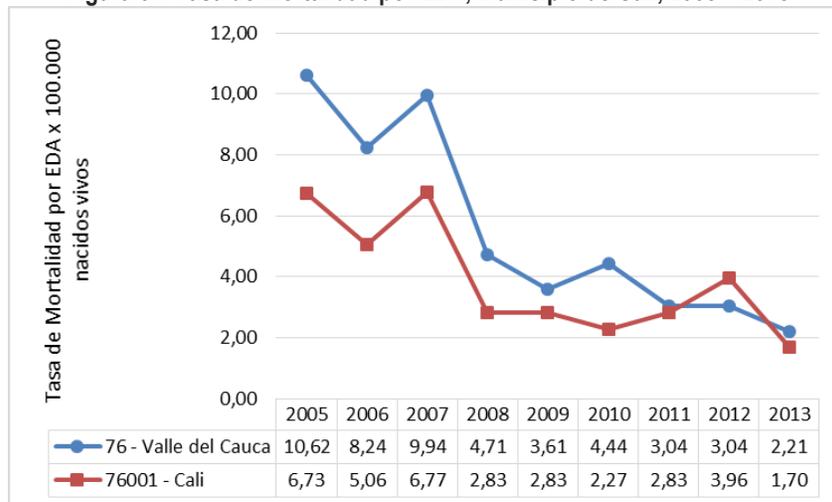


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

La Tasa de Mortalidad por EDA a nivel del municipio de Cali presenta un pico en el año 2012 con 3,96, único año del periodo evaluado en el que se encuentra por encima del nivel departamental. Figura 31

Figura 61. Tasa de mortalidad por EDA, Municipio de Cali, 2005 – 2013

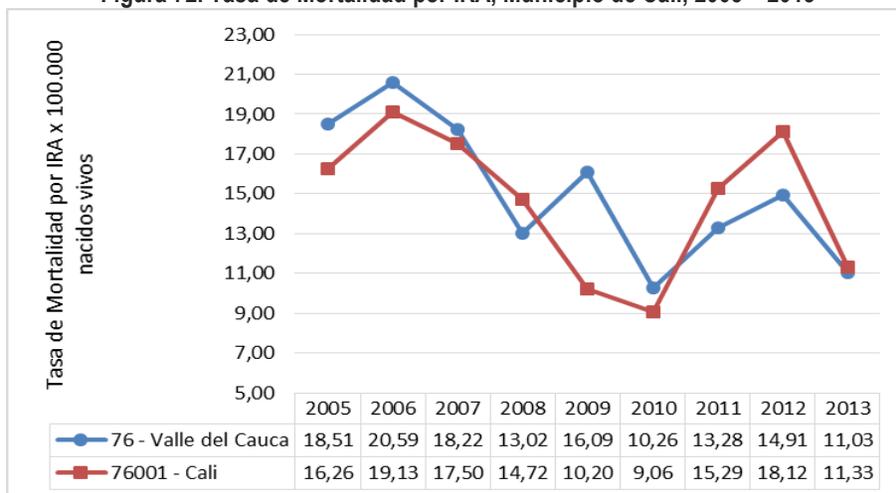


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

El comportamiento de las tasas específicas de mortalidad por IRA ha sido fluctuante en el Municipio de Cali, sin embargo para los años 2008, 2011, 2012 y muy levemente en el 2013 las tasas están por encima del nivel departamental. La tasa mas baja del periodo evaluado fue en el año 2010 con 9,06. Figura 32

Figura 72. Tasa de Mortalidad por IRA, Municipio de Cali, 2005 – 2013

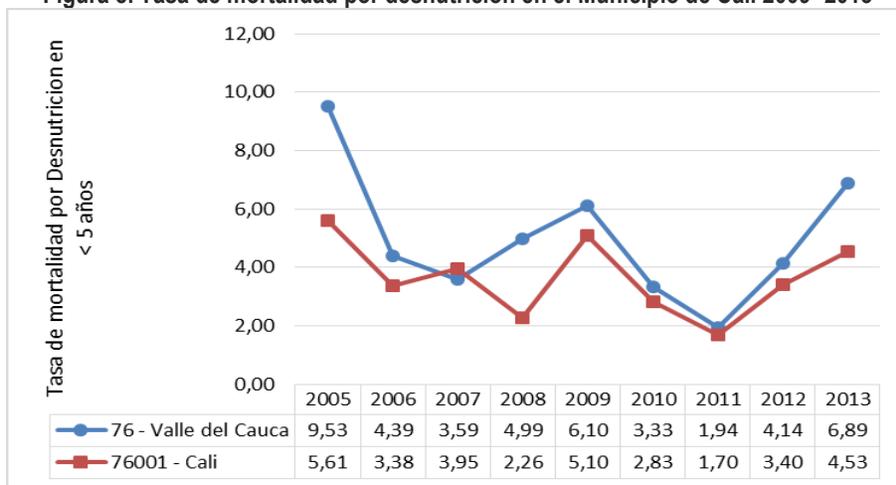


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Mortalidad por Desnutrición Crónica

Las tasas específicas por Desnutrición a nivel del municipio de Cali para el año 2007 se incrementó levemente por encima del nivel del Valle del Cauca. Presenta una tendencia irregular para el periodo evaluado. Figura 33

Figura 8. Tasa de mortalidad por desnutrición en el Municipio de Cali 2009- 2013



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Determinantes estructurales

A continuación, se describe la influencia de dos determinantes estructurales como son la etnia y el área de residencia sobre los indicadores del abordaje materno infantil y la niñez.

Razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal según etnia

Se observa que existe una reducción de casi 44 puntos en la razón de mortalidad materna para el total del Municipio de Cali en el año 2013 comparado con el año 2012. Una reducción de casi 10,26 puntos en la razón de mortalidad materna en otras etnias. Se resalta la población indígena y negros pues en el 2013 no se identificaron casos.

La tasa de mortalidad neonatal para la población general del Valle del Cauca presentó una disminución de 0,1 puntos para el 2012 con relación al año 2013. Presentaron disminuciones la etnia afrodescendiente los que alcanzaron una reducción de 1,62 puntos, la etnia indígena no reporto casos para el año 2012. Tabla 45

Tabla 45. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal del Municipio de Cali, según etnia 2009 – 2013

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013
Razon de Mortalidad Materna x 100.000 NV					
1 - INDÍGENA	260,42				
2 - ROM (GITANO)			11.111,11		
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)					
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO					
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	41,22	92,00	68,04	241,61	
6 - OTRAS ETNIAS	24,63	33,96	47,99	35,56	25,30
NO REPORTADO	315,46	561,80		33.333,33	
Total General	33,40	45,94	54,24	65,34	21,82
Mortalidad Neonatal x 1000 NV					
1 - INDÍGENA	5,21	9,76			21,74
2 - ROM (GITANO)	200,00	250,00			
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)		666,67			
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO	200,00				
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	4,74	6,21	5,67	5,64	4,02
6 - OTRAS ETNIAS	5,91	5,99	6,48	6,32	6,54
NO REPORTADO	63,09	123,60	333,33	2.333,33	1.333,33
Total General	6,38	6,89	6,44	6,46	6,36

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal según área de residencia

Hubo una reducción de 43,52 puntos en la razón de mortalidad materna en la población general por área del Municipio de Cali en el año 2013 comparado con el año 2012, resaltándose la reducción de 41,32 puntos en la población que vive en las cabeceras municipales. Con relación a la mortalidad neonatal, se redujo solo casi un punto 0,10 en el año 2013 comparado con el 2012, observándose la mayor reducción en la población que vive en los centros poblados (1,91 puntos), para el área rural dispersa se incremento en 14,22 para el año 2013 comparado con el 2012. Tabla 46

Tabla 46. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia del Municipio de Cali, 2009 – 2013

Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013
Razon de Mortalidad Materna x 100.000 NV					
1 - CABECERA	34,18	43,57	55,61	59,99	18,67
2 - CENTRO POBLADO		209,21			
3 - AREA RURAL DISPERSA				425,53	
SIN INFORMACION					
Total General	33,4	45,94	54,24	65,34	21,82
Mortalidad Neonatal x 1000 NV					
1 - CABECERA	6,39	6,9	6,43	6,46	6,31
2 - CENTRO POBLADO	1,85	6,28	10,93	3,94	2,03
3 - AREA RURAL DISPERSA	22,9	3,66	2,79	8,51	22,73
SIN INFORMACION		500			
Total General	6,38	6,89	6,44	6,46	6,36

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

2.1.5. Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno – Infantil.

A continuación, se presenta la lista de las prioridades identificadas en la mortalidad general por las grandes causas, mortalidad específica por subgrupo y la mortalidad materno – infantil y niñez, de acuerdo a los análisis encontrados y la tendencia a través del tiempo de los años 2005 a 2013. Para la elección de estas causas se tuvo en cuenta el comportamiento de la incidencia durante todo el periodo de tiempo. Igualmente, para definir la tendencia se tuvo en cuenta todo el periodo y no solo el año de inicio (2005) y de finalización (2013) o los dos últimos años del periodo. Tabla 47

Tabla 47. Identificación de prioridades en salud del Municipio de Cali. 2013

Causas identificadas	Causa de mortalidad identificada	Valor del indicador Municipio de Cali 2013	Valor del indicador Valle del Cauca 2013	Tendencia a través del tiempo Tendecia 2005 al 2013
Mortalidad general por grandes causas	Tasa de mortalidad ajustada por edad por causas externas en hombres	212,4	190,4	Aumento
	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades del sistema circulatorio en población general	149,7	151	Disminuyó
	Tasa de mortalidad ajustada por edad por Demás causas en hombres	152,2	141,97	Aumento
	Tasa de mortalidad ajustada por edad por Enfermedades del sistema circulatorio en mujeres	126,5	128,69	Disminuyó
Mortalidad específica por subgrupo	Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones en hombres (homicidios)	160,61	137,8	Aumento
	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres	96,83	99,78	Disminuyó
	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades isquémicas del corazón en mujeres	53,88	57,48	Disminuyó
	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles de las vías respiratorias agudas en hombres	27,61	21,66	Aumento
Mortalidad materno-infantil y en la niñez	Razón de mortalidad materna	21,82	45,7	Disminuyó
	Tasa de mortalidad neonatal	6,36	6,53	Disminuyó
	Tasa de mortalidad infantil	8,95	9,65	Disminuyó
	Tasa de mortalidad por Desnutrición en < 5 años	4,53	6,9	Disminuyó

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Conclusiones de mortalidad

Durante el periodo reportado en este informe se observa una disminución en todas las mortalidades exceptuando las relacionadas con causa externa las cuales estan relacionadas con comunidades en conflicto e inequidades sociales. se presentan simultáneamente características de comunidades en vías de desarrollo al presentar altos niveles de enfermedades transmisibles con una tendencia al aumento y las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias propias de las sociedades más desarrolladas que ocupan cada vez más los primeros lugares en mortalidad.

Se observan adicionalmente diferenciales por sexo, mientras en hombres las tasas mas altas de AVPP son las relacionadas con lesiones de causa externa (violencia: homicidios y accidentes de tránsito) en las mujeres estas se relacionan con problemas ocasionados por el sistema circulatorio y neoplasias. Por tanto es necesario trabajar en el caso de enfermedades cronicas incluidas las neoplasias en verificar la ausencia de barreras administrativas en el acceso a detección y tratamiento oportuno para lo cual el liderazgo de la autoridad sanitaria frente al resto de los actores del sistema para proponer estrategias que permitan la articulacion de esfuerzos en las areas identificadas como criticas en beneficio de la poblacion es fundamental, este trabajo debe acompañarse de analisis sobre la capacidad instalada y su voherencia con las necesidades de los habitantes del municipio y la evaluacion de resultados en salud por tipo de aseguramiento en tal sentido la socializacion de los resultados del ASIS en diferentes escenarios permitiria de una parte identificar elementos trazadores de acciones, identificar vacios de informacion y aunar esfuerzos para que la informacion sea usada de manera eficiente para la toma de decisiones

Fundamental es evaluar la capacidad institucional de la autoridad sanitaria frente a los desafios municipales que afectan la salud de los habitantes del municipio y proponer estrategias para su fortalecimiento que involucren aspectos como el desarrollo de competencias en salud publica tanto de su personal de planta como de las personas vinculadas por prestacion de servicios.

De otra parte es importante definir las lineas de investigacion prioritarias para la autoridad sanitaria y convocar a la academia para articular esfuerzos que generen evidencias sobre intervenciones de promocion de la salud, prevencion de la enfermedad y atencion en salud adecuadas para modificar las situaciones reportadas en los escenarios clinicos y comunitarios que reconozcan las particularidades de los territorios que integran el municipio; de igual forma ealuar la pertinencia de la vigilancia comunitaria para algunos eventos de salud en la perspectiva de la movilizacion social frente a situaciones criticas que afectan a las comunidades .

Entre los años 2005 y 2013 la razon de mortalidad materna en el municipio de Cali paso de 76,89 a 21,82 por mil nacidos vivos. Este cambio se debe a las acciones definidas para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio desde el año 2005 las cuales se centraron en la implementacion de un plan de choque para la reducción de la Mortalidad Materna (MM), que incluyó el mejoramiento de los servicios prestados a las gestantes en el nivel I de atención, la vigilancia de la morbilidad materna extrema, y la adecuación de protocolos y guías de atención a las gestantes con eventos que pudieran conducirla a la muerte.

Para el año 2008 se logro la meta de reducir la mm por debajo de la meta nacional, sin embargo pese a los esfuerzos realizados para el año 2012 esta aumentó debido principalmente a causas indirectas (una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición), frente a este panorama se decidió trabajar estrategias que influyeran en la detección de factores de riesgo

preexistentes a las mujeres en embarazo, en empoderamiento comunitario y en mejorar el acceso a los servicios de salud de un nivel de complejidad mayor.

Para el año 2013 se logró la razón de MM más baja reportada: solamente ocurrió una muerte materna por causa directa (embarazo ectópico), y tres por causas indirectas donde se incluye apendicetomía, trombosis venosa profunda y neumonía.

En cuanto al aseguramiento, 100% de las muertes maternas tenían afiliación al sistema, 50% al subsidiado y 50% al contributivo. Estas muertes se presentaron en mujeres entre 20-24 años (2) y 30-34 años (2).

Si bien existe una considerable mejoría en el indicador de salud materna e infantil, en esta última 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 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, 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)

La situación de mortalidad infantil, muestra el logro en términos de la meta para Colombia, sin embargo no se ha ocurrido lo mismo para la planteada por el municipio que es de 7 muertes en menores de un año por 1,000 nacidos vivos. Para llegar a ella se requiere fortalecer la vigilancia epidemiológica de casos, diseñar estrategias anticipatorias y no reactivas, mantener el trabajo intersectorial y seguir los nuevos lineamientos nacionales e internacionales, orientados al proceso continuo de atención: madre, recién nacidos, niños y niñas menores de un año.

De otra parte una deficiente salud materna contribuye significativamente al riesgo de mortalidad neonatal, por tanto se requiere trabajar en garantizar el acceso oportuno a los servicios desde antes de planear la gestación para lograr el bienestar de las futuras madres.

La mortalidad perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la infancia. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud y se requiere tener en cuenta que su ocurrencia es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación. El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud.

Al analizar las mortalidades del periodo perinatal se observa que es mayor la mortalidad en fetos de 22 a 29 semanas, esto se debe a la salud materna que influye en el desarrollo del embarazo; contrario a esto en el periodo neonatal se observa una disminución en las tasas debido a la reanimación del recién nacido. Por tanto es importante realizar investigación sobre las causas de mortalidad en el periodo 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.

2.2. Análisis de morbilidad

2.2.1. Principales causas de morbilidad

El análisis por grandes causas de morbilidad para el municipio de Cali presenta una disminución en el número de personas atendidas según fuente SISPRO entre los años 2013 a 2014 correspondiente al 11.2%, en términos de detección temprana y control de enfermedades crónicas no transmisibles y las condiciones maternas perinatales, no es favorable la disminución de la morbilidad por el contrario lo deseable es sostener en estos grupos el seguimiento e intervención realizada desde salud, el grupo de Lesiones tuvo un incremento del 18.7%, en el cual precisamente fuera deseable registrar un descenso, tabla 48 a 51.

Tabla 48. Principales causas de morbilidad por gran causa, Cali año 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gran causa de morbilidad	Núm. Personas					
Condiciones maternas perinatales	23.275	16.854	22.940	22.588	26.552	24.933
Condiciones transmisibles y nutricionales	196.165	157.217	206.585	207.718	236.451	197.521
Enfermedades no transmisibles	408.994	434.013	605.138	630.211	728.059	651.356
Lesiones	64.271	56.784	80.160	88.799	103.885	105.765
Signos y síntomas mal definidos	141.546	132.915	178.590	191.591	238.939	201.301
Total	547.667	573.273	772.982	794.059	920.267	827.717

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS 2009-2014

Tabla 49. Principales causas de morbilidad y ciclo vital, Cali año 2009 – 2014

Ciclo	Gran causa de morbilidad	2009		2010		2011		2012		2013		2014		Cambio 2014-2013
		No.	%											
Primera infancia (0-5 años)	condiciones materno perinatales	2.534	2,7	1.891	2,3	3.124	2,8	2.540	2,6	2.466	1,9	2.144	1,9	-13,1
	Condiciones transmisibles y nutricionales	36.459	38,8	29.475	36,6	41.592	37,2	35.845	36,3	44.876	34,0	37.775	33,7	-15,8
	Condiciones no transmisibles	30.324	32,3	27.966	34,7	38.539	34,5	34.001	34,5	45.716	34,6	40.776	36,4	-10,8
	Lesiones	7.228	7,7	5.569	6,9	7.685	6,9	6.896	7,0	9.537	7,2	8.276	7,4	-13,2
	Signos y síntomas mal definidos	17.417	18,5	15.655	19,4	20.874	18,7	19.361	19,6	29.354	22,2	22.999	20,5	-21,6
	TOTAL	93.962	100,0	80.556	100,0	111.814	100,0	98.643	100,0	131.949	100,0	111.970	100,0	-15,1
Infancia (6 a 11 años)	condiciones materno perinatales	1.087	1,6	532	0,9	431	0,6	127	0,2	94	0,1	101	0,1	7,4
	Condiciones transmisibles y nutricionales	22.751	33,7	16.434	28,7	21.113	27,7	19.290	25,5	24.303	25,3	17.355	23,4	-28,6
	Condiciones no transmisibles	26.431	39,1	25.818	45,1	36.258	47,6	37.917	50,0	45.013	46,9	36.207	48,9	-19,6
	Lesiones	5.203	7,7	4.187	7,3	5.531	7,3	5.463	7,2	6.759	7,0	6.197	8,4	-8,3
	Signos y síntomas mal definidos	12.068	17,9	10.281	18,0	12.837	16,9	12.967	17,1	19.762	20,6	14.247	19,2	-27,9
	TOTAL	67.540	100,0	57.252	100,0	76.170	100,0	75.764	100,0	95.931	100,0	74.107	100,0	-22,7
Adolescencia (12 a 18 años)	condiciones materno perinatales	2.967	3,9	2.292	3,3	2.931	3,1	2.798	3,0	3.089	2,8	2.849	3,1	-7,8
	Condiciones transmisibles y nutricionales	19.657	25,6	15.052	21,8	19.154	20,4	17.746	18,9	20.525	18,6	15.022	16,6	-26,8
	Condiciones no transmisibles	34.780	45,2	34.746	50,2	48.463	51,6	49.832	53,1	56.344	51,0	47.475	52,4	-15,7
	Lesiones	6.391	8,3	5.543	8,0	8.114	8,6	8.039	8,6	9.403	8,5	8.728	9,6	-7,2
	Signos y síntomas mal definidos	13.097	17,0	11.555	16,7	15.181	16,2	15.364	16,4	21.120	19,1	16.556	18,3	-21,6
	TOTAL	76.892	100,0	69.188	100,0	93.843	100,0	93.779	100,0	110.481	100,0	90.630	100,0	-18,0
Juventud (19 a 26 años)	condiciones materno perinatales	9.705	5,9	7.505	5,4	10.187	5,4	10.378	5,3	13.173	5,6	12.409	6,1	-5,8
	Condiciones transmisibles y nutricionales	40.273	24,5	29.376	21,2	38.243	20,1	38.875	19,7	43.867	18,8	36.437	17,9	-16,9
	Condiciones no transmisibles	72.854	44,4	67.811	48,9	94.719	49,8	98.920	50,1	113.999	48,9	99.166	48,7	-13,0
	Lesiones	13.406	8,2	10.703	7,7	16.240	8,5	16.916	8,6	19.800	8,5	19.823	9,7	0,1
	Signos y síntomas mal definidos	27.888	17,0	23.413	16,9	30.834	16,2	32.314	16,4	42.411	18,2	35.643	17,5	-16,0
	TOTAL	164.126	100,0	138.808	100,0	190.223	100,0	197.403	100,0	233.250	100,0	203.478	100,0	-12,8
Adultez (27 a 59 años)	condiciones materno perinatales	9.079	2,3	6.500	1,8	8.564	1,8	9.539	1,8	10.898	1,8	10.126	2,0	-7,1
	Condiciones transmisibles y nutricionales	78.026	20,1	60.877	16,9	77.519	16,1	83.867	16,1	93.059	15,6	77.462	15,0	-16,8
	Condiciones no transmisibles	205.975	53,1	207.523	57,8	282.051	58,6	301.734	57,8	343.927	57,8	298.820	57,9	-13,1
	Lesiones	29.293	7,6	25.228	7,0	34.678	7,2	39.854	7,6	44.563	7,5	44.245	8,6	-0,7
	Signos y síntomas mal definidos	65.207	16,8	59.209	16,5	78.821	16,4	87.108	16,7	102.211	17,2	85.450	16,6	-16,4
	TOTAL	387.580	100,0	359.337	100,0	481.633	100,0	522.102	100,0	594.658	100,0	516.103	100,0	-13,2
Adulto Mayor (60 años y más)	condiciones materno perinatales	8.917	3,2	6.382	2,2	8.446	2,2	9.349	2,2	10.818	2,3	10.042	2,3	-7,2
	Condiciones transmisibles y nutricionales	52.185	18,5	44.471	15,5	57.387	14,7	61.118	14,5	66.272	13,8	55.703	13,0	-15,9
	Condiciones no transmisibles	155.456	55,1	172.093	60,0	238.586	60,9	250.910	59,7	287.836	59,9	257.869	60,2	-10,4
	Lesiones	16.480	5,8	15.895	5,5	21.957	5,6	26.892	6,4	30.314	6,3	32.056	7,5	5,7
	Signos y síntomas mal definidos	48.948	17,4	47.852	16,7	65.209	16,7	72.272	17,2	85.142	17,7	73.005	17,0	-14,3
	TOTAL	281.986	100,0	286.693	100,0	391.585	100,0	420.541	100,0	480.382	100,0	428.675	100,0	-10,8

Elaboró: Claudia Mora. Grupo Vigilancia en Salud Pública

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS 2009-2014

Tabla 50. Morbilidad por grupo de causa – Femenino. Cali años 2009 a 2014

Ciclo	Gran causa de morbilidad	2009		2010		2011		2012		2013		2014		Cambio 2014-2013
		No.	%											
Primera infancia (0-5 años)	condiciones materno perinatales	1.533	3,4	1.001	2,6	1.721	3,3	1.147	2,5	1.101	1,8	986	1,9	-10,4
	Condiciones transmisibles y nutricionales	17.414	38,9	13.912	36,8	19.662	37,4	17.016	36,9	21.320	34,4	18.040	34,4	-15,4
	Condiciones no transmisibles	14.299	31,9	12.996	34,4	17.980	34,2	15.727	34,1	21.219	34,3	18.836	35,9	-11,2
	Lesiones	3.211	7,2	2.414	6,4	3.302	6,3	3.056	6,6	4.205	6,8	3.610	6,9	-14,1
	Signos y síntomas mal definidos	8.347	18,6	7.460	19,7	9.841	18,7	9.173	19,9	14.106	22,8	10.995	21,0	-22,1
	TOTAL	44.804	100,0	37.783	100,0	52.506	100,0	46.119	100,0	61.951	100,0	52.467	100,0	-15,3
Infancia (6 a 11 años)	condiciones materno perinatales	933	2,8	399	1,4	342	0,9	88	0,2	51	0,1	54	0,2	5,9
	Condiciones transmisibles y nutricionales	11.173	33,3	8.201	29,0	10.498	28,0	9.610	25,8	12.039	25,6	8.506	23,8	-29,3
	Condiciones no transmisibles	13.234	39,4	12.850	45,5	17.900	47,7	18.645	50,1	22.145	47,2	17.593	49,2	-20,6
	Lesiones	2.160	6,4	1.684	6,0	2.291	6,1	2.287	6,1	2.913	6,2	2.483	6,9	-14,8
	Signos y síntomas mal definidos	6.098	18,1	5.135	18,2	6.473	17,3	6.610	17,7	9.809	20,9	7.099	19,9	-27,6
	TOTAL	33.598	100,0	28.269	100,0	37.504	100,0	37.240	100,0	46.957	100,0	35.735	100,0	-23,9
Adolescencia (12 a 18 años)	condiciones materno perinatales	2.804	6,5	2.195	5,6	2.827	5,4	2.698	5,2	3.045	4,9	2.809	5,4	-7,8
	Condiciones transmisibles y nutricionales	10.322	23,8	8.044	20,4	10.301	19,5	9.490	18,2	10.816	17,5	8.288	16,0	-23,4
	Condiciones no transmisibles	20.207	46,6	20.288	51,5	27.756	52,6	27.949	53,6	31.832	51,5	27.293	52,7	-14,3
	Lesiones	2.320	5,3	2.068	5,3	2.842	5,4	2.964	5,7	3.603	5,8	3.314	6,4	-8,0
	Signos y síntomas mal definidos	7.732	17,8	6.785	17,2	9.085	17,2	9.016	17,3	12.480	20,2	10.132	19,5	-18,8
	TOTAL	43.385	100,0	39.380	100,0	52.811	100,0	52.117	100,0	61.776	100,0	51.836	100,0	-16,1
Juventud (19 a 26 años)	condiciones materno perinatales	9.450	9,1	7.332	8,3	9.986	8,4	10.189	8,4	13.024	8,9	12.266	9,7	-5,8
	Condiciones transmisibles y nutricionales	23.461	22,7	17.498	19,8	22.715	19,1	22.699	18,6	25.524	17,5	21.112	16,6	-17,3
	Condiciones no transmisibles	46.516	45,0	43.745	49,5	59.324	50,0	60.980	50,0	70.986	48,6	61.746	48,6	-13,0
	Lesiones	5.337	5,2	4.276	4,8	6.052	5,1	6.746	5,5	7.932	5,4	7.741	6,1	-2,4
	Signos y síntomas mal definidos	18.630	18,0	15.511	17,6	20.573	17,3	21.374	17,5	28.681	19,6	24.208	19,1	-15,6
	TOTAL	103.394	100,0	88.362	100,0	118.650	100,0	121.988	100,0	146.147	100,0	127.073	100,0	-13,1
Adultez (27 a 59 años)	condiciones materno perinatales	8.861	3,7	6.320	2,7	8.405	2,7	9.349	2,8	10.804	2,9	10.030	3,1	-7,2
	Condiciones transmisibles y nutricionales	47.364	19,6	38.393	16,7	48.937	15,9	51.711	15,7	56.703	15,0	46.433	14,2	-18,1
	Condiciones no transmisibles	129.335	53,4	133.655	58,0	181.595	58,9	191.086	57,9	219.093	58,0	190.883	58,4	-12,9
	Lesiones	13.562	5,6	12.311	5,3	16.550	5,4	20.068	6,1	21.998	5,8	21.928	6,7	-0,3
	Signos y síntomas mal definidos	42.959	17,7	39.571	17,2	52.884	17,1	57.986	17,6	69.329	18,3	57.734	17,7	-16,7
	TOTAL	242.081	100,0	230.250	100,0	308.371	100,0	330.200	100,0	377.927	100,0	327.008	100,0	-13,5
Adulto Mayor (60 años y más)	condiciones materno perinatales	8.861	3,7	6.320	2,7	8.405	2,7	9.349	2,8	10.804	2,9	10.030	3,1	-7,2
	Condiciones transmisibles y nutricionales	47.364	19,6	38.393	16,7	48.937	15,9	51.711	15,7	56.703	15,0	46.433	14,2	-18,1
	Condiciones no transmisibles	129.335	53,4	133.655	58,0	181.595	58,9	191.086	57,9	219.093	58,0	190.883	58,4	-12,9
	Lesiones	13.562	5,6	12.311	5,3	16.550	5,4	20.068	6,1	21.998	5,8	21.928	6,7	-0,3
	Signos y síntomas mal definidos	42.959	17,7	39.571	17,2	52.884	17,1	57.986	17,6	69.329	18,3	57.734	17,7	-16,7
	TOTAL	242.081	100,0	230.250	100,0	308.371	100,0	330.200	100,0	377.927	100,0	327.008	100,0	-13,5

Elaboró: Claudia Mora. Grupo Vigilancia en Salud Pública

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS 2009-2014

Tabla 51. Morbilidad por grupo de causa – Hombres. Cali años 2009 a 2014

Ciclo	Gran causa de morbilidad	2009		2010		2011		2012		2013		2014		Cambio 2014-2013
		No.	%											
Primera infancia (0-5 años)	condiciones materno perinatales	1.001	2,0	890	2,1	1.403	2,4	1.393	2,7	1.365	2,0	1.158	1,9	-15,2
	Condiciones transmisibles y nutricionales	19.045	38,7	15.563	36,4	21.930	37,0	18.829	35,8	23.556	33,7	19.735	33,2	-16,2
	Condiciones no transmisibles	16.025	32,6	14.970	35,0	20.559	34,7	18.274	34,8	24.497	35,0	21.940	36,9	-10,4
	Lesiones	4.017	8,2	3.155	7,4	4.383	7,4	3.840	7,3	5.332	7,6	4.666	7,8	-12,5
	Signos y síntomas mal definidos	9.070	18,5	8.195	19,2	11.033	18,6	10.188	19,4	15.248	21,8	12.004	20,2	-21,3
	TOTAL	49.158	100,0	42.773	100,0	59.308	100,0	52.524	100,0	69.998	100,0	59.503	100,0	-15,0
Infancia (6 a 11 años)	condiciones materno perinatales	154	0,5	133	0,5	89	0,2	39	0,1	43	0,1	47	0,1	9,3
	Condiciones transmisibles y nutricionales	11.578	34,1	8.233	28,4	10.615	27,5	9.680	25,1	12.264	25,0	8.849	23,1	-27,8
	Condiciones no transmisibles	13.197	38,9	12.968	44,7	18.358	47,5	19.272	50,0	22.868	46,7	18.614	48,5	-18,6
	Lesiones	3.043	9,0	2.503	8,6	3.240	8,4	3.176	8,2	3.846	7,9	3.714	9,7	-3,4
	Signos y síntomas mal definidos	5.970	17,6	5.146	17,8	6.364	16,5	6.357	16,5	9.953	20,3	7.148	18,6	-28,2
	TOTAL	33.942	100,0	28.983	100,0	38.666	100,0	38.524	100,0	48.974	100,0	38.372	100,0	-21,6
Adolescencia (12 a 18 años)	condiciones materno perinatales	163	0,5	97	0,3	104	0,3	100	0,2	44	0,1	40	0,1	-9,1
	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.335	27,9	7.008	23,5	8.853	21,6	8.256	19,8	9.709	19,9	6.734	17,4	-30,6
	Condiciones no transmisibles	14.573	43,5	14.458	48,5	20.707	50,5	21.883	52,5	24.512	50,3	20.182	52,0	-17,7
	Lesiones	4.071	12,1	3.475	11,7	5.272	12,8	5.075	12,2	5.800	11,9	5.414	14,0	-6,7
	Signos y síntomas mal definidos	5.365	16,0	4.770	16,0	6.096	14,9	6.348	15,2	8.640	17,7	6.424	16,6	-25,6
	TOTAL	33.507	100,0	29.808	100,0	41.032	100,0	41.662	100,0	48.705	100,0	38.794	100,0	-20,3
Juventud (19 a 26 años)	condiciones materno perinatales	255	0,4	173	0,3	201	0,3	189	0,3	149	0,2	143	0,2	-4,0
	Condiciones transmisibles y nutricionales	16.812	27,7	11.878	23,5	15.528	21,7	16.176	21,4	18.343	21,1	15.325	20,1	-16,5
	Condiciones no transmisibles	26.338	43,4	24.066	47,7	35.395	49,5	37.940	50,3	43.013	49,4	37.420	49,0	-13,0
	Lesiones	8.069	13,3	6.427	12,7	10.188	14,2	10.170	13,5	11.868	13,6	12.082	15,8	1,8
	Signos y síntomas mal definidos	9.258	15,2	7.902	15,7	10.261	14,3	10.940	14,5	13.730	15,8	11.435	15,0	-16,7
	TOTAL	60.732	100,0	50.446	100,0	71.573	100,0	75.415	100,0	87.103	100,0	76.405	100,0	-12,3
Adultez (27 a 59 años)	condiciones materno perinatales	218	0,1	180	0,1	159	0,1	190	0,1	94	0,0	96	0,1	2,1
	Condiciones transmisibles y nutricionales	30.662	21,1	22.484	17,4	28.582	16,5	32.156	16,8	36.356	16,8	31.029	16,4	-14,7
	Condiciones no transmisibles	76.640	52,7	73.868	57,2	100.456	58,0	110.648	57,7	124.834	57,6	107.937	57,1	-13,5
	Lesiones	15.731	10,8	12.917	10,0	18.128	10,5	19.786	10,3	22.565	10,4	22.317	11,8	-1,1
	Signos y síntomas mal definidos	22.248	15,3	19.638	15,2	25.937	15,0	29.122	15,2	32.882	15,2	27.716	14,7	-15,7
	TOTAL	145.499	100,0	129.087	100,0	173.262	100,0	191.902	100,0	216.731	100,0	189.095	100,0	-12,8
Adulto Mayor (60 años y más)	condiciones materno perinatales	56	0,1	62	0,1	41	0,0		0,0	14	0,0	12	0,0	-14,3
	Condiciones transmisibles y nutricionales	4.821	12,1	6.078	10,8	8.450	10,2	9.407	10,4	9.569	9,3	9.270	9,1	-3,1
	Condiciones no transmisibles	26.121	65,5	38.438	68,1	56.991	68,5	59.824	66,2	68.743	67,1	66.986	65,9	-2,6
	Lesiones	2.918	7,3	3.584	6,3	5.407	6,5	6.824	7,6	8.316	8,1	10.128	10,0	21,8
	Signos y síntomas mal definidos	5.989	15,0	8.281	14,7	12.325	14,8	14.286	15,8	15.813	15,4	15.271	15,0	-3,4
	TOTAL	39.905	100,0	56.443	100,0	83.214	100,0	90.341	100,0	102.455	100,0	101.667	100,0	-0,8

Elaboró: Claudia Mora. Grupo Vigilancia en Salud Pública

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS 2009-2014

2.2.2. Morbilidad específica por subgrupo

La morbilidad descrita por subgrupos se clasificó en 1. Condiciones transmisibles y nutricionales, 2. Condiciones materno perinatales, 3. Enfermedades no transmisibles y 4 Lesiones.

Condiciones transmisibles y nutricionales

En este subgrupo se incluyeron a su vez tres subgrupos 1. Las enfermedades infecciosas y parasitarias, 2. Infecciones respiratorias y 3. Deficiencias nutricionales, todas por ciclo vital, tabla 52

En el análisis por subgrupos se puede observar que en los niños menores de 5 años se registra un incremento del 7.3% en las consultas por deficiencias nutricionales, esto dados los lineamientos de la Secretaria de Salud Municipal de diagnosticar tempranamente la malnutrición, en especial el déficit para prevenir la mortalidad y discapacidad evitable.

Tabla 52. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales. Municipio de Cali 2009-2014

Ciclo vital	Condiciones transmisibles y nutricionales	2009		2010		2011		2012		2013		2014		Cambio 2014-2013
		No.	%											
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias	20690	43,7	15665	43,7	20772	40,3	17588	40,2	22512	40,4	18904	40,6	-16,0%
	Infecciones respiratorias	24872	52,6	18721	52,2	28692	55,7	24313	55,6	30911	55,4	25139	54,0	-18,7%
	Deficiencias nutricionales	1733	3,7	1492	4,2	2055	4,0	1798	4,1	2368	4,2	2541	5,5	7,3%
	TOTAL	47295	100,0	35878	100,0	51519	100,0	43699	100,0	55791	100,0	46584	100,0	-17%
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias	14167	54,2	10278	56,8	12617	53,8	11033	51,9	14461	53,4	9545	49,6	-34,0%
	Infecciones respiratorias	11346	43,4	7226	39,9	10087	43,0	9564	45,0	11803	43,6	8916	46,3	-24,5%
	Deficiencias nutricionales	616	2,4	592	3,3	744	3,2	656	3,1	816	3,0	794	4,1	-2,7%
	TOTAL	26129	100,0	18096	100,0	23448	100,0	21253	100,0	27080	100,0	19255	100,0	-29%
Adolescencia (12 - 18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias	12307	56,5	9700	60,2	11533	56,1	10494	55,1	13173	59,7	8866	54,9	-32,7%
	Infecciones respiratorias	8792	40,3	5777	35,8	8173	39,8	7771	40,8	8026	36,4	6411	39,7	-20,1%
	Deficiencias nutricionales	702	3,2	641	4,0	844	4,1	778	4,1	857	3,9	871	5,4	1,6%
	TOTAL	21801	100,0	16118	100,0	20550	100,0	19043	100,0	22056	100,0	16148	100,0	-27%
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias	25821	56,8	19309	60,6	23559	56,5	24192	56,5	29120	60,6	22687	56,9	-22,1%
	Infecciones respiratorias	18581	40,8	11644	36,5	16939	40,6	17504	40,9	17626	36,7	15924	39,9	-9,7%
	Deficiencias nutricionales	1096	2,4	936	2,9	1225	2,9	1106	2,6	1296	2,7	1288	3,2	-0,6%
	TOTAL	45498	100,0	31889	100,0	41723	100,0	42802	100,0	48042	100,0	39899	100,0	-17%
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias	49013	55,8	38455	58,4	44918	53,2	50306	54,5	58748	57,6	46531	54,7	-20,8%
	Infecciones respiratorias	36724	41,8	25483	38,7	37214	44,1	39714	43,1	40736	40,0	36285	42,6	-10,9%
	Deficiencias nutricionales	2177	2,5	1876	2,9	2323	2,8	2211	2,4	2456	2,4	2314	2,7	-5,8%
	TOTAL	87914	100,0	65814	100,0	84455	100,0	92231	100,0	101940	100,0	85130	100,0	-16%
Persona mayor (> 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias	7373	50,2	9608	52,7	11889	47,5	13488	47,9	14002	49,6	12680	47,3	-9,4%
	Infecciones respiratorias	6717	45,7	7851	43,0	11973	47,8	13398	47,6	12751	45,1	12402	46,3	-2,7%
	Deficiencias nutricionales	600	4,1	789	4,3	1161	4,6	1275	4,5	1499	5,3	1724	6,4	15,0%
	TOTAL	14690	100,0	18248	100,0	25023	100,0	28161	100,0	28252	100,0	26806	100,0	-5%
TOTAL		243327		186043		246718		247189		283161		233822		-17%

Fuente: SISPRO - Morbilidad año 2009 - 2014 Cali

El subgrupo de condiciones maternas registro en casi todo los ciclos vitales un incremento, sin embargo, las condiciones derivadas del periodo perinatal tuvo una disminución grande, reportando una disminución global para el subgrupo de condiciones materno – perinatales del 7%. Tabla 53.

Tabla 53. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, Cali 2009 – 2014

Ciclo vital	Condiciones maternas y perinatales	2009		2010		2011		2012		2013		2014		Cambio 2014-2013
		No.	%											
Primera infancia (0 - 5 años)	Derivadas del periodo perinatal	1391	54,9	1191	62,6	2236	71,3	2542	100,0	2451	99,0	2226	98,9	-9,2%
	Condiciones maternas	1145	45,1	711	37,4	901	28,7	0	0,0	24	1,0	25	1,1	4,2%
	TOTAL	2536	100,0	1902	100,0	3137	100,0	2542	100,0	2475	100,0	2251	100,0	-9%
Infancia (6 - 11 años)	Derivadas del periodo perinatal	53	4,9	61	11,5	60	13,9	50	39,4	76	80,0	76	74,5	0,0%
	Condiciones maternas	1035	95,1	471	88,5	373	86,1	77	60,6	19	20,0	26	25,5	36,8%
		1088	100,0	532	100,0	433	100,0	127	100,0	95	100,0	102	100,0	7%
Adolescencia (12 - 18 años)	Derivadas del periodo perinatal	119	3,9	126	5,4	174	5,8	2	0,1	268	8,1	255	8,3	-4,9%
	Condiciones maternas	2910	96,1	2223	94,6	2848	94,2	2797	99,9	3021	91,9	2812	91,7	-6,9%
		3029	100,0	2349	100,0	3022	100,0	2799	100,0	3289	100,0	3067	100,0	-7%
Juventud (14 - 26 años)	Derivadas del periodo perinatal	406	4,1	333	4,3	506	4,8	3	0,0	876	6,3	878	6,7	0,2%
	Condiciones maternas	9555	95,9	7342	95,7	10005	95,2	10379	100,0	12998	93,7	12225	93,3	-5,9%
		9961	100,0	7675	100,0	10511	100,0	10382	100,0	13874	100,0	13103	100,0	-6%
Adultez (27 - 59 años)	Derivadas del periodo perinatal	430	4,6	287	4,3	392	4,5	1	0,0	612	5,4	504	4,8	-17,6%
	Condiciones maternas	8862	95,4	6339	95,7	8387	95,5	9543	100,0	10745	94,6	9932	95,2	-7,6%
		9292	100,0	6626	100,0	8779	100,0	9544	100,0	11357	100,0	10436	100,0	-8%
Persona mayor (> 60 años)	Derivadas del periodo perinatal	39	6,1	47	12,5	44	8,5	0	0,0	35	59,3	25	34,7	-28,6%
	Condiciones maternas	605	93,9	330	87,5	475	91,5	0	0,0	24	40,7	47	65,3	95,8%
		644	100,0	377	100,0	519	100,0	0	0,0	59	100,0	72	100,0	22%
	TOTAL	26550		19461		26401		25394		31149		29031		-7%

Fuente: SISPRO - Morbilidad año 2009 - 2014 Cali

El subgrupo de enfermedades no transmisibles en la primera infancia e infancia registro una disminución del 11% y 18%, lo cual puede deberse a la mortalidad en estos grupos de edad o dificultades para acceder a los servicios, dado que las condiciones incluidas en este requieren de seguimiento para su control como las anomalías congénitas, condiciones neuropsiquiátricas, desórdenes endocrinos, diabetes mellitus, enfermedades de los órganos de los sentidos, de la piel, cardiovasculares, tabla 57.

Tabla 57. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia e infancia de Cali 2009 – 2014

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009		2010		2011		2012		2013		2014		Cambio 2014-2013
		No.	%	No.	%									
Primera infancia (0 - 5 años)	Anomalias congénitas	2330	5,4	1999	5,4	2612	5,0	3138	6,9	3794	6,0	3551	6,3	-6,4%
	Condiciones neuropsiquiátricas	1839	4,3	1718	4,6	2519	4,8	2457	5,4	3368	5,3	3386	6,0	0,5%
	Condiciones orales	4823	11,2	4766	12,8	8791	16,7	2228	4,9	7861	12,4	6839	12,1	-13,0%
	Desordenes endocrinos	1048	2,4	1048	2,8	1587	3,0	1744	3,8	2336	3,7	2382	4,2	2,0%
	Diabetes mellitus	30	0,1	34	0,1	57	0,1	29	0,1	35	0,1	39	0,1	11,4%
	Enfermedades cardiovasculares	374	0,9	287	0,8	424	0,8	273	0,6	465	0,7	419	0,7	-9,9%
	Enfermedades de la piel	7836	18,2	6431	17,3	8342	15,9	7876	17,3	10102	15,9	8691	15,4	-14,0%
	Enf. de los órganos de los sentidos	5627	13,0	4106	11,1	5428	10,3	5404	11,9	7142	11,2	6310	11,2	-11,6%
	Enfermedades digestivas	5386	12,5	4504	12,1	5867	11,2	6132	13,5	7626	12,0	6739	11,9	-11,6%
	Enfermedades genitourinarias	3750	8,7	3164	8,5	4300	8,2	4376	9,6	5820	9,2	5146	9,1	-11,6%
	Enf. musculoesqueléticas	2540	5,9	1994	5,4	2519	4,8	2485	5,5	3369	5,3	2973	5,3	-11,8%
	Enfermedades respiratorias	7101	16,5	6723	18,1	9566	18,2	8701	19,2	10799	17,0	9198	16,3	-14,8%
	Neoplasias malignas	247	0,6	140	0,4	255	0,5	235	0,5	397	0,6	340	0,6	-14,4%
	Otras neoplasias	230	0,5	217	0,6	277	0,5	327	0,7	427	0,7	406	0,7	-4,9%
TOTAL	43161	100	37131	100	52544	100	45405	100	63541	100	56419	100	-11%	
Infancia (6 - 11 años)	Anomalias congénitas	806	2,2	740	2,2	980	2,1	1330	2,7	1616	2,7	1447	3,0	-10,5%
	Condiciones neuropsiquiátricas	2362	6,5	2515	7,6	3620	7,7	4199	8,4	5576	9,4	5622	11,5	0,8%
	Condiciones orales	8178	22,5	8643	26,0	15270	32,3	14600	29,1	16361	27,5	10335	21,2	-36,8%
	Desordenes endocrinos	1704	4,7	1726	5,2	2230	4,7	2715	5,4	3365	5,6	3333	6,8	-1,0%
	Diabetes mellitus	52	0,1	71	0,2	100	0,2	111	0,2	126	0,2	103	0,2	-18,3%
	Enfermedades cardiovasculares	269	0,7	202	0,6	331	0,7	284	0,6	385	0,6	361	0,7	-6,2%
	Enfermedades de la piel	4011	11,0	3381	10,2	4578	9,7	4522	9,0	5160	8,7	4308	8,8	-16,5%
	Enf. de los órganos de los sentidos	6483	17,8	4952	14,9	5576	11,8	6477	12,9	8200	13,8	7100	14,6	-13,4%
	Enfermedades digestivas	2406	6,6	2167	6,5	2729	5,8	3416	6,8	4291	7,2	3779	7,7	-11,9%
	Enfermedades genitourinarias	2485	6,8	2065	6,2	2707	5,7	2801	5,6	3465	5,8	2870	5,9	-17,2%
	Enf. musculoesqueléticas	2499	6,9	2095	6,3	2740	5,8	2982	5,9	3423	5,7	3133	6,4	-8,5%
	Enfermedades respiratorias	4772	13,1	4356	13,1	6056	12,8	6214	12,4	7014	11,8	5761	11,8	-17,9%
	Neoplasias malignas	174	0,5	138	0,4	188	0,4	229	0,5	314	0,5	303	0,6	-3,5%
	Otras neoplasias	176	0,5	174	0,5	215	0,5	257	0,5	304	0,5	327	0,7	7,6%
TOTAL	36377	100	33225	100	47320	100	50137	100	59600	100	48782	100	-18%	

Fuente: SISPRO - Morbilidad año 2009 - 2014 Cali

En el subgrupo de enfermedades no transmisibles en los grupos de edad Adolescencia y juventud comprendido entre los 12 años a 26 años tuvo un incremento marcado de Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares y neoplasias malignas, condiciones neuropsiquiátricas, este problema con tendencia al incremento es crítico pues se trata de personas en edades muy jóvenes que en algunos casos son pacientes de alto costo y representan un reto para el sistema de salud en cuanto a integralidad en la atención, pero a la vez tiene un impacto en términos del costo que representa a largo plazo estos pacientes. **Tabla 58**

Tabla 58. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la Adolescencia y Juventud de Cali 2009 – 2014

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009		2010		2011		2012		2013		2014		Cambio 2014-2013
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Adolescencia (12 a 18 años)	Anomalías congénitas	506	1,1	515	1,1	762	1,2	901	1,4	1153	1,5	1081	1,7	-6,2%
	Condiciones neuropsiquiátricas	3620	7,5	3479	7,7	5342	8,4	5935	8,9	7400	9,8	7825	12,1	5,7%
	Condiciones orales	8214	17,1	9977	22,0	17447	27,4	17225	25,9	18711	24,7	12027	18,6	-35,7%
	Desórdenes endocrinos	2541	5,3	2374	5,2	2999	4,7	3665	5,5	4099	5,4	3945	6,1	-3,8%
	Diabetes mellitus	128	0,3	151	0,3	178	0,3	166	0,2	204	0,3	355	0,5	74,0%
	Enfermedades cardiovasculares	639	1,3	582	1,3	783	1,2	967	1,5	1059	1,4	1354	2,1	27,9%
	Enfermedades de la piel	6462	13,4	6014	13,3	7667	12,0	7910	11,9	8462	11,2	7197	11,1	-14,9%
	Enf. de los órganos de los sentidos	6557	13,6	5412	12,0	6246	9,8	6917	10,4	8530	11,3	7592	11,8	-11,0%
	Enfermedades digestivas	4120	8,6	3460	7,6	4508	7,1	4994	7,5	5499	7,3	4773	7,4	-13,2%
	Enfermedades genitourinarias	5768	12,0	5149	11,4	6985	10,9	6554	9,8	7575	10,0	6796	10,5	-10,3%
	Enf. musculoesqueléticas	5172	10,8	4491	9,9	5848	9,2	6261	9,4	7309	9,7	6696	10,4	-8,4%
	Enfermedades respiratorias	3709	7,7	3024	6,7	4154	6,5	4082	6,1	4525	6,0	3710	5,7	-18,0%
	Neoplasias malignas	233	0,5	194	0,4	329	0,5	405	0,6	391	0,5	476	0,7	21,7%
	Otras neoplasias	411	0,9	427	0,9	543	0,9	647	1,0	762	1,0	763	1,2	0,1%
TOTAL	48080	100	45249	100	63791	100	66629	100	75679	100	64590	100	-15%	
Juventud (19 - 26 años)	Anomalías congénitas	693	0,6	591	0,6	918	0,7	1143	0,8	1462	0,9	1418	1,0	-3,0%
	Condiciones neuropsiquiátricas	8588	8,0	7083	7,6	11031	8,5	12179	8,7	15268	9,5	15508	11,2	1,6%
	Condiciones orales	15821	14,7	17517	18,9	31370	24,1	30860	22,2	34726	21,7	23652	17,0	-31,9%
	Desórdenes endocrinos	5593	5,2	4965	5,4	6413	4,9	7687	5,5	8873	5,5	8659	6,2	-2,4%
	Diabetes mellitus	276	0,3	306	0,3	385	0,3	366	0,3	430	0,3	580	0,4	34,9%
	Enfermedades cardiovasculares	2298	2,1	1857	2,0	2538	2,0	2979	2,1	3409	2,1	3437	2,5	0,8%
	Enfermedades de la piel	11860	11,0	10675	11,5	13457	10,3	14384	10,3	15569	9,7	13977	10,0	-10,2%
	Enf. de los órganos de los sentidos	11810	11,0	9244	10,0	10753	8,3	12515	9,0	15141	9,4	13577	9,8	-10,3%
	Enfermedades digestivas	11072	10,3	8606	9,3	11138	8,6	12909	9,3	14421	9,0	12379	8,9	-14,2%
	Enfermedades genitourinarias	19656	18,3	15778	17,0	20908	16,1	20784	14,9	24099	15,0	21331	15,3	-11,5%
	Enf. musculoesqueléticas	12645	11,8	10088	10,9	13251	10,2	14897	10,7	17437	10,9	16275	11,7	-6,7%
	Enfermedades respiratorias	5540	5,1	4483	4,8	5954	4,6	6112	4,4	6709	4,2	5540	4,0	-17,4%
	Neoplasias malignas	567	0,5	412	0,4	632	0,5	798	0,6	896	0,6	995	0,7	11,0%
	Otras neoplasias	1162	1,1	1003	1,1	1280	1,0	1604	1,2	1849	1,2	1753	1,3	-5,2%
TOTAL	107581	100	92608	100	130028	100	139217	100	160289	100	139081	100	-13%	

Fuente: SISPRO - Morbilidad año 2009 - 2014 Cali

Para los grupos de edad Adultez y Persona Mayor es donde se ha documentado en estudios epidemiológicos hay mayores prevalencias de enfermedades crónicas no transmisibles por ello no es coherente que se registre disminución en el número de personas que fueron atendidas, [tabla 59](#)

Tabla 59. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la Adulthood y Persona Mayor de Cali 2009 – 2014

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2009		2010		2011		2012		2013		2014		Cambio 2014-2013
		No.	%	No.	%									
Adulthood (27 - 59 años)	Anomalías congénitas	1195	0,3	1043	0,3	1445	0,3	1855	0,4	2198	0,4	1886	0,4	-14,2%
	Condiciones neuropsiquiátricas	25068	6,9	22787	6,8	32349	7,0	36144	7,1	41385	7,2	39306	7,9	-5,0%
	Condiciones orales	32390	9,0	37222	11,2	66870	14,4	69241	13,5	77689	13,4	53727	10,9	-30,8%
	Desórdenes endocrinos	30101	8,3	27967	8,4	38072	8,2	42035	8,2	47732	8,3	42363	8,6	-11,2%
	Diabetes mellitus	7454	2,1	7927	2,4	11226	2,4	10961	2,1	12967	2,2	12209	2,5	-5,8%
	Enfermedades cardiovasculares	36680	10,1	38591	11,6	53279	11,5	53628	10,5	61278	10,6	56337	11,4	-8,1%
	Enfermedades de la piel	22358	6,2	20286	6,1	24979	5,4	28128	5,5	29606	5,1	27521	5,6	-7,0%
	Enf. de los órganos de los sentidos	37651	10,4	31962	9,6	37428	8,1	46227	9,0	57479	9,9	49696	10,0	-13,5%
	Enfermedades digestivas	32733	9,1	27776	8,3	36557	7,9	43485	8,5	46815	8,1	38787	7,8	-17,1%
	Enfermedades genitourinarias	52612	14,5	44168	13,3	60780	13,1	67497	13,2	73893	12,8	61559	12,4	-16,7%
	Enf. musculoesqueléticas	60359	16,7	53643	16,1	72383	15,6	81255	15,9	90445	15,6	79669	16,1	-11,9%
	Enfermedades respiratorias	11294	3,1	9538	2,9	12845	2,8	13678	2,7	15593	2,7	12662	2,6	-18,8%
	Neoplasias malignas	3185	0,9	3046	0,9	4809	1,0	5677	1,1	6620	1,1	6364	1,3	-3,9%
	Otras neoplasias	8537	2,4	7302	2,2	10105	2,2	12506	2,4	14245	2,5	13016	2,6	-8,6%
TOTAL	361617	100	333258	100	463127	100	512317	100	577945	100	495102	100	-14%	
Persona mayor (> 60 años)	Anomalías congénitas	312	0,2	334	0,2	441	0,2	557	0,2	698	0,2	662	0,2	-5,2%
	Condiciones neuropsiquiátricas	6341	4,6	8904	4,8	14014	4,9	15871	5,0	17587	4,9	19058	5,6	8,4%
	Condiciones orales	3894	2,9	7175	3,9	14483	5,0	17354	5,5	20222	5,7	17281	5,1	-14,5%
	Desórdenes endocrinos	9173	6,7	11257	6,1	17784	6,2	18382	5,8	21182	5,9	20370	6,0	-3,8%
	Diabetes mellitus	8601	6,3	11422	6,2	18333	6,4	18305	5,8	20802	5,8	20784	6,1	-0,1%
	Enfermedades cardiovasculares	36236	26,6	51730	28,1	82152	28,5	80294	25,4	92746	25,9	95519	28,0	3,0%
	Enfermedades de la piel	5665	4,2	7781	4,2	10877	3,8	12311	3,9	12690	3,5	13504	4,0	6,4%
	Enf. de los órganos de los sentidos	17519	12,8	23228	12,6	27521	9,6	33588	10,6	44499	12,4	35218	10,3	-20,9%
	Enfermedades digestivas	8911	6,5	11150	6,1	16598	5,8	20380	6,5	20617	5,8	19304	5,7	-6,4%
	Enfermedades genitourinarias	11623	8,5	14063	7,6	27680	9,6	35260	11,2	37654	10,5	32072	9,4	-14,8%
	Enf. musculoesqueléticas	18403	13,5	24294	13,2	37746	13,1	41203	13,0	44073	12,3	43894	12,8	-0,4%
	Enfermedades respiratorias	5357	3,9	6926	3,8	10092	3,5	10822	3,4	11872	3,3	11352	3,3	-4,4%
	Neoplasias malignas	2534	1,9	3339	1,8	6526	2,3	7273	2,3	8226	2,3	7441	2,2	-9,5%
	Otras neoplasias	1904	1,4	2503	1,4	3526	1,2	4194	1,3	4678	1,3	5163	1,5	10,4%
TOTAL	136473	100	184106	100	287773	100	315794	100	357546	100	341622	100	-4%	

Fuente: SISPRO - Morbilidad año 2009 - 2014 Cali

Con relación a la morbilidad por el subgrupo de lesiones lo esperado es que disminuyan a causa de que se prevenga su ocurrencia, sin embargo, para el año 2014 se registro un incremento del 1.6%, en los adultos mayores llama la atención la condición que mas aporta en el incremento (69%) son los traumatismos y envenenamiento, en todos los grupos de edad se registro un incremento en las lesiones de tipo intensional, lo que refleja un grave problema de salud mental y violencia en el municipio. [Tabla 60](#)

Tabla 60. Morbilidad específica por las lesiones, Cali años 2009 – 2014

Ciclo vital	Condiciones transmisibles y nutricionales	2009		2009		2009		2009		2009		2014		Cambio 2014-2013
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Primera infancia (0 - 5 años)	Lesiones de intensionalidad indeterminada		0,0	1	0,0	9	0,1	6	0,1	8	0,1	11	0,1	37,5%
	Lesiones intensionales	7	0,1	9	0,2	19	0,2	33	0,5	21	0,2	48	0,6	128,6%
	Lesiones no intensionales	384	5,3	321	5,7	468	6,0	448	6,4	576	6,0	486	5,8	-15,6%
	Traumatismos, envenenamientos y otras c.e.	6920	94,7	5294	94,1	7284	93,6	6468	93,0	9050	93,7	7864	93,5	-13,1%
	TOTAL	7311	100,0	5625	100,0	7780	100,0	6955	100,0	9655	100,0	8409	100,0	-13%
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones de intensionalidad indeterminada	1	0,0	1	0,0	3	0,1	5	0,1	2	0,0	4	0,1	100,0%
	Lesiones intensionales	4	0,1	4	0,1	12	0,2	30	0,5	27	0,4	42	0,7	55,6%
	Lesiones no intensionales	243	4,6	213	5,1	289	5,2	374	6,8	429	6,3	366	5,8	-14,7%
	Traumatismos, envenenamientos y otras c.e.	4989	95,3	3999	94,8	5271	94,5	5107	92,6	6356	93,3	5870	93,4	-7,6%
	TOTAL	5237	100	4217	100	5575	100	5516	100	6814	100	6282	100	-8%
Adolescencia (12 - 18 años)	Lesiones de intensionalidad indeterminada	4	0,1	7	0,1	10	0,1	10	0,1	21	0,2	17	0,2	-19,0%
	Lesiones intensionales	29	0,5	41	0,7	66	0,8	73	0,9	147	1,5	170	1,9	15,6%
	Lesiones no intensionales	223	3,5	240	4,3	328	4,0	475	5,8	671	7,0	628	7,0	-6,4%
	Traumatismos, envenenamientos y otras c.e.	6179	96,0	5299	94,8	7788	95,1	7565	93,1	8709	91,2	8138	90,9	-6,6%
	TOTAL	6435	100	5587	100	8192	100	8123	100	9548	100	8953	100	-6%
Juventud (19 - 26 años)	Lesiones de intensionalidad indeterminada	9	0,1	10	0,1	14	0,1	24	0,1	35	0,2	32	0,2	-8,6%
	Lesiones intensionales	73	0,5	58	0,5	127	0,8	154	0,9	268	1,3	305	1,5	13,8%
	Lesiones no intensionales	547	4,0	511	4,7	713	4,3	1041	6,1	1420	7,0	1501	7,4	5,7%
	Traumatismos, envenenamientos y otras c.e.	12884	95,3	10209	94,6	15564	94,8	15895	92,9	18430	91,5	18456	90,9	0,1%
	TOTAL	13513	100	10788	100	16418	100	17114	100	20153	100	20294	100	1%
Adultez (27 - 59 años)	Lesiones de intensionalidad indeterminada	10	0,0	9	0,0	14	0,0	37	0,1	39	0,1	24	0,1	-38,5%
	Lesiones intensionales	78	0,3	88	0,3	154	0,4	180	0,4	264	0,6	270	0,6	2,3%
	Lesiones no intensionales	1499	5,1	1334	5,2	1665	4,8	2977	7,4	4620	10,2	5199	11,5	12,5%
	Traumatismos, envenenamientos y otras c.e.	27967	94,6	24024	94,4	33206	94,8	37158	92,1	40469	89,2	39661	87,8	-2,0%
	TOTAL	29554	100	25455	100	35039	100	40352	100	45392	100	45154	100	-1%
Persona mayor (> 60 años)	Lesiones de intensionalidad indeterminada	1	0,0	4	0,0	6	0,0	8	0,0	2	0,0	19	0,1	850,0%
	Lesiones intensionales	12	0,2	13	0,1	13	0,1	28	0,2	32	0,1	50	0,2	56,3%
	Lesiones no intensionales	564	7,3	606	6,2	900	6,2	2441	13,2	6317	28,3	8076	30,4	27,8%
	Traumatismos, envenenamientos y otras c.e.	7118	92,5	9220	93,7	13505	93,6	16068	86,6	15969	71,5	18425	69,3	15,4%
	TOTAL	7695	100	9843	100	14424	100	18545	100	22320	100	26570	100	19%
TOTAL	69745		61515		87428		96605		113882		115662		1,6%	

Fuente: SISPRO - Morbilidad año 2009 - 2014 Cali

2.2.3. Morbilidad de eventos de alto costo

En cuanto a los eventos de alto costo para el municipio de Cali se puede observar un incremento en las leucemias pediátricas, en contraste la enfermedad renal crónica fase 5 con necesidad de reemplazo renal ha disminuido esto puede deberse a la intervención o seguimiento de este tipo de paciente o a la mortalidad que hace que disminuyan el número de pacientes, la incidencia de VIH notificado muestra una reducción, sin embargo, no todos los casos son notificados en el SIVIGILA por lo que puede haber subregistro en esta cifra. [Tabla 61.](#)

Tabla 61 SemafORIZACIÓN y tendencia de los indicadores de eventos de alto costo Cali vs. Valle del Cauca, 2008-2014

Evento	Valle del Cauca	Cali	Z006	Z007	Z008	Z009	Z010	Z011	Z012	Z013	Z014	Z015
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	0,59	0,53	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	0,59	0,53	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de VIH notificada	14,11	17,80	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,49	0,69	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	2,89	3,26	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘

Fuente: SISPRO- Cali – Valle del Cauca años 2009 a 2014.

2.2.4. Morbilidad eventos precursores

Los eventos precursores para el municipio de Cali presentan una tendencia al ascenso, lo cual indica que se debe orientar los programas y servicios para el control de estos pacientes y prevenir enfermedades más graves o complicaciones. [Tabla 62](#)

Tabla 62. Eventos precursores de Cali – Valle del Cauca, 2009 -2012

Evento	Valle del Cauca	Cali	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prevalencia de diabetes mellitus	2,08	2,70	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	6,92	9,00	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗

Fuente: SISPRO – Ministerio de Salud Cali- Valle del Cauca.

2.2.5. Morbilidad eventos de notificación obligatoria

De acuerdo a la comparación con el departamento del Valle del Cauca en el año 2013 se observa como eventos de interés en salud pública más críticos en cuanto a la letalidad la malaria asociada, meningitis tuberculosa y tuberculosis en todas sus formas. En un riesgo medio el Dengue Grave, IRA e Intoxicaciones y Malaria, cabe anotar que la Malaria no es autóctona en el municipio, pero por ser un epicentro de atención medica de alta complejidad muchos pacientes son remitidos. [Tabla 63](#)

Tabla 63. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria del Valle del Cauca, 2007-2013

Eventos de Notificación Obligatoria	Valle 2013	Cali 2013	Comparación Cali-Valle	Municipio de Cali						
				2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Letalidad por accidente ofídico	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de agresiones por animales potencialmente	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por chagas	0,25	0		-	-	-	-	-	↗	↘
Letalidad por dengue	0,13	0,11					↘	↗	↘	↘
Letalidad por dengue grave	2,56	2,87		-	-		↘	↗	↗	↗
Letalidad de fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0		-	-		-	-	-	-
Letalidad por hepatitis A	0,36	0		-	-	-	↗	↘	↘	↘
Letalidad por hepatitis B	1,99	1,33		-	-	-	↗	↘	-	↘
Letalidad por Infección Respiratoria Aguda	0,55	0,62		-	-	-	↗	↘	↘	↘
Letalidad por Infección Respiratoria Aguda Grave	111,11	80		-	-		↗	↘	↗	↗
Letalidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos,	1,43	1,88		-	-		↘	↘	↗	↗
Letalidad por leishmaniasis	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis cutánea	0	0		-	-		-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis mucosa	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Lepra	0	0		-	-		-	-	↗	↘
Letalidad por leptospirosis	4,32	1,82		-	-		↘	↘	-	↘
Letalidad por lesiones por pólvora por juegos	0	0		-	-		-	-	↗	-
Letalidad por malaria	0,11	0,91		-	-	-	↗	↘	-	↗
Letalidad de malaria asociada	7,14	50		-	-	-	↗	↘	-	↗
Letalidad por malaria falciparum	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria malariae	0	0		-	-		-	-	-	-
Letalidad por malaria vivax	0	0		-	-	-	↗	↗	↘	-
Letalidad por meningitis Neisseria meningitidis - Nm	0	0		-	-		-	-	-	-
Letalidad por meningitis Haemophilus influenzae - Hi	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de Meningitis Streptococpneumoniae (Spn)	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis tuberculosa	9,43	10,34		-	-		↘	↗	↗	↘
Letalidad por parotiditis	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por sífilis congénita	0,7	0,69		-	-		↘	↗	↘	↗
Letalidad por tétanos accidental	100	100		-	-		↘	↘	-	↗
Letalidad por tosferina	0	0		-	-		-	-	-	-
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	58,55	64,41		-	-		↘	↗	↘	↗
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	10,42	15,79		-	-		-	↗	↘	↘
Letalidad por tuberculosis pulmonar	7,58	8,26		-	-	-	↘	↗	↘	↗
Letalidad por varicela	0,03	0,03		-	-		-	↗	↗	↘

Elaboró: Claudia Mora - Epidemióloga SSPM Cali

Fuente: SISPRO - MS. Año 2013

2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2011 a 2014

Las alteraciones permanentes más frecuentes en el municipio acumulado del año 2011 al 2014 son el Sistema Nervioso (42.7%) y la voz y el habla (17.5%). [Tabla 64](#)

Tabla 64. Distribución de las alteraciones permanentes Cali, 2011-2014

Alteraciones Permanentes	2011		2012		2013		2014		TOTAL	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
El sistema nervioso	18.550	42	79	31	1.442	46	705	56	20.776	42,7
La voz y el habla	7.172	16	104	41	749	24	467	37	8.492	17,5
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	0	0	86	34	1.642	52	722	58	2.450	5,0
Los ojos	0	0	116	46	1.329	42	408	33	1.853	3,8
Los oídos	0	0	142	57	694	22	330	26	1.166	2,4
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	0	0	49	20	650	21	112	9	811	1,7
El sistema genital y reproductivo	0	0	7	3	230	7	220	18	457	0,9
La digestión, el metabolismo, las hormonas	0	0	30	12	314	10	109	9	453	0,9
La piel	0	0	7	3	109	3	32	3	148	0,3
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	0	0	8	3	99	3	24	2	131	0,3
TOTAL	43.984	100	251	100	3.140	100	1.250	100	48.625	100,0

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, noviembre de 2015

Tabla 65. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres del Valle del Cauca 2002 al 2014

Grupo de Edad	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas		Sistema cardiorrespiratorio y las defensas		El sistema genital y reproductivo		El sistema nervioso		La digestión, el metabolismo, las hormonas		La piel		La voz y el habla		Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)		Los oídos		Los ojos		Total	%
	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.				
De 0 a 4 años	11	4	7	11	6	1	8	1	3	22	0,1											
De 05 a 09 años	34	6	21	32	3	1	38	1	24	68	0,3											
De 10 a 14 años	72	36	20	87	27	6	97	11	52	76	204	0,8										
De 15 a 19 años	195	93	45	244	80	33	207	35	95	189	539	2,0										
De 20 a 24 años	255	172	55	379	115	33	322	66	208	375	876	3,3										
De 25 a 29 años	338	169	69	474	120	53	329	49	214	372	1.036	3,9										
De 30 a 34 años	342	216	80	495	128	64	283	56	187	395	1.047	4,0										
De 35 a 39 años	431	224	84	557	143	59	262	59	177	456	1.144	4,3										
De 40 a 44 años	434	276	91	549	187	58	222	51	176	430	1.187	4,5										
De 45 a 49 años	571	351	105	665	219	59	249	70	245	624	1.533	5,8										
De 50 a 54 años	714	496	110	785	286	97	222	65	272	957	1.861	7,1										
De 55 a 59 años	813	670	114	840	351	80	226	92	325	1.172	2.080	7,9										
De 60 a 64 años	1.014	830	137	959	376	108	243	100	397	1.311	2.296	8,7										
De 65 a 69 años	1.018	900	122	898	380	95	202	95	408	1.288	2.177	8,3										
De 70 a 74 años	1.074	916	151	929	384	97	208	100	470	1.315	2.178	8,3										
De 75 a 79 años	1.270	984	135	1.048	416	110	214	98	553	1.445	2.383	9,0										
De 80 años o más	3.423	2.394	442	2.601	1.063	355	679	313	1.730	3.338	5.715	21,7										
No Definido	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0,0										
Total	12.011	8.737	1.789	11.553	4.285	1.309	4.012	1.263	5.537	13.778	26.348	100										

Fuente: SISPRO - MS

Tabla 66. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres del Valle del Cauca, 2002 a 2014

Grupo de Edad	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	El sistema genital y reproductivo	El sistema nervioso	La digestión, el metabolismo, las hormonas	La piel	La voz y el habla	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	Los oídos	Los ojos	TOTAL	0/0
	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.			
De 0 a 4 años	19	2	6	20	5		10	1	9	9	81	0,2
De 05 a 09 años	38	10	22	51	9	1	47	1	29	23	231	0,4
De 10 a 14 años	91	46	34	113	38	7	116	5	65	83	598	1,1
De 15 a 19 años	231	127	51	291	74	22	261	48	132	222	1.459	2,8
De 20 a 24 años	375	191	79	490	127	44	407	72	264	373	2.422	4,6
De 25 a 29 años	440	209	85	595	118	40	438	63	244	358	2.590	4,9
De 30 a 34 años	555	225	89	613	134	68	339	64	231	402	2.720	5,2
De 35 a 39 años	600	230	75	588	117	45	325	52	220	410	2.662	5,1
De 40 a 44 años	589	219	92	577	132	53	263	64	185	370	2.544	4,9
De 45 a 49 años	653	230	92	551	130	54	241	71	189	464	2.675	5,1
De 50 a 54 años	785	342	119	652	196	61	263	80	228	693	3.419	6,5
De 55 a 59 años	794	365	125	621	200	67	260	84	278	754	3.548	6,8
De 60 a 64 años	779	425	108	595	202	61	210	59	285	807	3.531	6,7
De 65 a 69 años	739	532	102	555	233	59	201	90	319	872	3.702	7,1
De 70 a 74 años	767	539	149	543	236	71	209	76	392	831	3.813	7,3
De 75 a 79 años	962	707	199	690	268	88	213	83	449	1.011	4.670	8,9
De 80 años o más	2.311	1.602	510	1.640	672	191	654	236	1.434	2.422	11.672	22,3
Total	10.728	6.001	1.937	9.185	2.891	932	4.457	1.149	4.953	10.104	52.337	100,0

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, noviembre de 2015

2.8. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS

2.8.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud

También se estimaron una categoría de indicadores que corresponde a circunstancias materiales que está conformada por cinco subgrupos: condiciones de vida; disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales y psicológicos y culturales y sistema sanitario.

Condiciones de vida

Tabla 67. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Valle del Cauca

Determinantes intermediarios de la salud	Valle	Cali	
Cobertura de servicios de electricidad (Fuente censo 2005-Dane)	96.5	99	
Cobertura de acueducto (Fuente censo 2005-Dane)	86.3		
Cobertura de alcantarillado (Fuente censo 2005-Dane)	77.4		
Cobertura de servicios de telefonía (Fuente censo 2005-Dane)	35.9		
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	17.9		
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	6.7		
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-	5.4		
Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales (Sivigila 2012)	74.19		

CONCLUSIONES CAPITULO DE MORBILIDAD

El municipio de Santiago de Cali es la tercera ciudad más poblada de Colombia con un área de 564 km², cuenta con 2.530.756 habitantes en el área urbana, que se distribuyen en un área de 12.090,03 hectáreas, esto implica una densidad bruta de 209,3 habitantes por hectárea, con un total de 22 comunas en donde la densidad bruta varía mucho según la comuna, y alto grado de urbanización, con 98.4% de los habitantes residentes en área urbana. El nivel de salud y desarrollo humano en Cali ha avanzado en los últimos años, se puede observar en los indicadores registrados de estructura demográfica, como la población discriminada por sexo y por grupos quinquenales de edad, presenta una transición epidemiológica hacia la disminución de la mortalidad por causas evitables y una menor fecundidad.

Dado que se han mejorado las condiciones de vida de la población infantil, se presenta un mayor número de adolescentes y de jóvenes. Con esta población en aumento se debe direccionar las políticas para el ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva, que impacten en la reducción de los embarazos no deseados, en la identificación factores de riesgo y en la detección de enfermedades preexistentes no controladas.

Además esta población es afectada por determinantes sociales tales como el nivel de pobreza, la violencia, la falta de oportunidades laborales entre otros.

Se viene trabajando de manera integral articulando la población de adolescentes y jóvenes (entre 12-26 años) con estrategias tales como implementación de servicios amigables, las cuales han contribuido a la promoción de la planificación familiar, la oferta de servicios de interrupción voluntaria de embarazos, la disminución de embarazos y mayor tamización de infecciones de transmisión sexual, sin embargo, es importante resaltar la necesidad de articular intervenciones que respondan a factores determinantes de tipo social que llevan a eventos tales como lesiones de causa externa, siendo esta más predominante en hombres adolescentes y jóvenes.

La secretaria promueve el modelo de maternidad segura y sus estrategias se enfocan a incrementar el uso de métodos de planificación familiar, consejería reproductiva, consulta preconcepcional, identificación y control de factores de riesgo desde el primer nivel, manejo de patologías preexistentes, manejo de emergencias obstétricas, atención del parto seguro, control del puerperio y seguimiento institucional y comunitario post parto, además se reforzó el empoderamiento comunitario a partir de una mayor divulgación de los diferentes eventos en salud sexual y reproductiva que afectan a la población y la creación de alianzas estratégicas con otros sectores tales como educación y bienestar.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud se ha fortalecido la calidad de la atención a la mujer en edad reproductiva y fértil y a la gestante, donde se ha realizado un acompañamiento a las EPS, IPS y ESE de la ciudad en la implementación de los estándares de calidad y asistencia técnica para la adherencia a guías y protocolos.

Los efectos que han tenido las diferentes estrategias se ven reflejados en la disminución de los indicadores de impacto tales como la razón de mortalidad materna, la cual presentó la cifra más baja y no solamente se ha evidenciado en los eventos relacionados con la salud de la mujer sino también en los eventos relacionados con el feto y recién nacido, donde las afecciones del periodo perinatal han venido disminuyendo.

Se debe fortalecer el trabajo con la población masculina, desde el adolescente hasta el adulto, particularmente en la intervención de comportamientos de riesgo que los lleve a disminuir la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, a participar del proceso de gestación donde apoye a la gestante y realice apoyo en los procesos que lo requieren tales como tratamiento de infecciones de transmisión sexual, acompañamiento a citas de control prenatal y parto.

Por este motivo se debe seguir promoviendo en la población general la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR) donde se incentive la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y

espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y accequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

Se viene desarrollando la vigilancia de las violencias sexual, intrafamiliar y contra la mujer. El resultado de la vigilancia de las violencias y los resultados de mortalidad donde la primera causa de muerte en hombres son las lesiones de causa externa (tasas de mortalidad por homicidios 82.6, por accidentes de transporte terrestre 12 y autoflingidas 2.7 por 100.000 habitantes año 2013), pone de manifiesto que Cali tiene un grave problema de salud mental, que requiere de la intervención conjunta de todos los organismos del gobierno.

El municipio por ser un polo de desarrollo social, económico y cultural, es atractivo para que migrantes en condición de desplazamiento y en busca de oportunidades laborales lleguen a la ciudad, quienes por lo general viven en asentamientos subnormales en condiciones precarias que afectan el ambiente construido y natural lo que aumenta la incidencia de enfermedades transmisibles como la IRA, Tuberculosis y el Hansen.

De manera general dentro de la ciudad existen los escenarios propios que permiten el mantenimiento de la cadena de transmisión de estas enfermedades, dadas por condiciones como el hacinamiento, la existencia de grupos altamente vulnerables (población habitante de calle, en situación de desplazamiento, privada de libertad, farmacodependiente, entre otros), la presencia de personas con enfermedades inmunosupresoras (Diabetes Mellitus, VIH, cáncer, Artritis Reumatoidea, entre otras), esto último explicado por la transición demográfica, con ello el aumento de la proporción de personas adultas y adultos mayores lo que lleva al incremento de condiciones crónicas no trasmisibles (por ejemplo diabetes) que aumentan la susceptibilidad inmunológica para el desarrollo de TB y Hansen; lo que implica desarrollar acciones de captación, detección y diagnóstico oportuno para prevenir o disminuir la propagación de la enfermedad en todo el territorio con énfasis en las zonas geográficas de mayor concentración poblacional y en las poblaciones con mayor riesgo de enfermar y morir por IRA , TB HANSEN

El municipio por ser un polo de desarrollo social, económico y cultural, es atractivo para que migrantes en condición de desplazamiento y en busca de oportunidades laborales lleguen a la ciudad, quienes por lo

general viven en asentamientos subnormales en condiciones precarias que afectan el ambiente construido y natural lo que aumenta la incidencia de enfermedades transmisibles como la IRA, Tuberculosis y el Hansen.

De manera general dentro de la ciudad existen los escenarios propios que permiten el mantenimiento de la cadena de transmisión de estas enfermedades, dadas por condiciones como el hacinamiento, la existencia de grupos altamente vulnerables (población habitante de calle, en situación de desplazamiento, privada de libertad, farmacodependiente, entre otros), la presencia de personas con enfermedades inmunosupresoras (Diabetes Mellitus, VIH, cáncer, Artritis Reumatoidea, entre otras), esto último explicado por la transición demográfica, con ello el aumento de la proporción de personas adultas y adultos mayores lo que lleva al incremento de condiciones crónicas no trasmisibles (por ejemplo diabetes) que aumentan la susceptibilidad inmunológica para el desarrollo de TB y Hansen; lo que implica desarrollar acciones de captación, detección y diagnóstico oportuno para prevenir o disminuir la propagación de la enfermedad en todo el territorio con énfasis en las zonas geográficas de mayor concentración poblacional y en las poblaciones con mayor riesgo de enfermar y morir por IRA , TB HANSEN

Dentro de las grandes problemáticas sociales que enfrenta la IRA, TB HANSEN en la ciudad de Cali, se encuentran las denominadas “fronteras invisibles”, creadas por pandillas de los diferentes barrios populares de nivel socio económico bajo y en donde confluye la mayoría de la población desplazada, lo que en parte repercute en la no adherencia al tratamiento, el aumento en el abandono de los pacientes y la resistencia a fármacos. Esta situación se debe a amenazas de pandillas, lo que dificulta el acceso tanto a las instituciones de salud, como a las viviendas, tanto por parte del personal de salud, como de los pacientes y sus familias. Pese a todos los esfuerzos de sensibilización y las actividades de Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS), la Tuberculosis y el Hansen sigue siendo una enfermedad desconocida por la sociedad caleña lo que genera estigma y discriminación, atrasando el proceso de detección temprana de la enfermedad, y por tanto, al aumento de la morbimortalidad, de los costos para su atención en los diferentes niveles de complejidad, como a los días laborales o de estudio perdidos.

Por ser la Tuberculosis una enfermedad que afectan principalmente a la población económicamente activa tienen un impacto económico negativo en la sociedad y en las familias caleñas, generando así desequilibrio en los ingresos. En cuanto a la Lepra por ser una enfermedad crónica de larga duración implica una serie de consecuencias en cuanto a la discapacidad entre quienes la sufren, lo que afecta la capacidad laboral, y por tanto la generación de ingresos familiares perpetuando la vulnerabilidad social .

El municipio ha mantenido coberturas útiles de vacunación en la última década siendo modelo nacional; considerando la epidemiología de los eventos inmunoprevenibles, la reemergencia de enfermedades

prevenibles por vacunas en zonas donde estas habían sido erradicadas, eliminadas o controladas ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer las actividades de capacitación y sensibilización al personal asistencial de IPS y EPS de la ciudad de Cali con el fin de garantizar la captación oportuna de los casos, acciones individuales y colectivas por parte de la SSPM de Cali.

Desde los eventos prevenibles por vacunas...

El objetivo general del PAI en el municipio de Cali es el de erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, con el fin de interrumpir las cadenas de transmisión, disminuyendo las tasas de mortalidad y morbilidad, prioritariamente en la población.

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.

Cobertura de vacunación BCG. La vacuna BCG busca prevenir especialmente la meningitis por tuberculosis. Su cobertura para el período 1992 - 2002 fue en promedio de 79.1%, mientras que en el período 2003 - 2013 fue de 106.7%. Desde el año 2001, cuando cambia la tendencia del indicador, se han presentado coberturas útiles (iguales o superiores a 95%) ininterrumpidamente. En el 2013 fue de 100.5%.

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 desde el 2001, se presentaron cuatro casos en el 2007 y un caso en el 2008, con una tasa de incidencia de 2.3 y 0.6 por 100.000 niños menores de cinco años, respectivamente. Desde el año 2009 no se presentan casos.

Cobertura vacunación Antipolio. El último caso de poliomiелitis en el país se registró en 1991 en el municipio de Arjona Bolívar. La vacunación antipolio presentó coberturas muy bajas, en promedio del 77.2% (1992 - 2002); a partir de 2001 se incrementó rápidamente pasando, en éste año, a 123.9% y manteniéndose altas hasta hoy (el promedio del periodo 2003 - 2013 fue de 112.3%). En el 2013 fue de 102.8%.

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

Para controlar la poliomiелitis, 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. La Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali realiza acciones de vigilancia activa 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 (0.7 y 0.5 respectivamente), mientras que en 2006 y 2008 estuvo por encima (1.8 y 1.0 respectivamente). En los años 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013 la tasa estuvo nuevamente por debajo de la meta nacional (0.7, 0, 0.2, 0.2 y 0.6 respectivamente) A partir del 2007 la estrategia de búsqueda activa institucional de casos probables de parálisis flácida aguda, se ha fortalecido de manera importante sin haber encontrado por esta vía casos no notificados, lo cual evidencia una reducción real de casos y no un bajo subregistro.

Cobertura vacuna Pentavalente. La vacuna pentavalente, previene la difteria, tosferina, tétanos, haemophilus influenzae tipo b y hepatitis B. Las coberturas de vacunación se cumplen desde 2001 y las metas para hepatitis B y HIB se cumplen sin interrupciones desde 2003. Para el periodo 1992 -2002 el promedio de la cobertura de vacunación de DPT era 75.8%, mientras que para el periodo 2003 - 2013 el promedio subió a 111.0%. En el 2013 fue de 99.3%.

Lo últimos casos de difteria confirmados (3) en la ciudad de Cali se presentaron en el 2003.

No se han presentado casos de tétanos neonatal; entre el 2003 y el 2013 se han presentado 5 casos de tétanos accidental (en el 2013 no hubo casos).

Entre 2004 y 2013 la tasa de incidencia de tosferina en el grupo de menores de 5 años, ha sido en promedio 14.2, por cada 100.000 niños, por encima de la cifra nacional (casos confirmados por laboratorio).

La tasa de incidencia de tosferina, para el grupo de menores de un año (casos confirmados por laboratorio), 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), cae en el 2007 y 2008 (32.2 y 32.8 respectivamente). En el 2009 aumenta a 70.7, desciende en el 2010 (17.0), en el 2011 y 2012 se incrementa a 50.8 y 152.3 respectivamente y para el 2013 desciende a 64,4 x 100.000 menores de 1 año. En el 2013 no se presentaron muertes por tosferina.

La cobertura de la vacuna anti Hepatitis B se incrementó fuertemente en 2001 con respecto al año 2000 (71.0%); con esto, el promedio del periodo 2004 - 2013 (110.1%) pasó a ser mayor que el promedio entre 1995 - 2003 (84.0%). La meta se cumplió por primera vez en el año 2001 y desde 2003 se viene cumpliendo año tras año. En los últimos 6 años no se han reportado nuevos casos de hepatitis B en menores de 5 años. En el 2013 la cobertura de fue de 99.3%.

Vacunación contra Haemophilus influenzae tipo b (HIB), la cobertura ha sido creciente desde 1999, sin embargo, sólo en el año 2003 se empezó a cumplir la meta. El promedio en 1998 - 2005 fue de 75.7% y en el periodo 2006 - 2013 se ubicó en 108.7%. En 2004 se presentó un caso de meningitis por Haemophilus influenzae, 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%. En 2013 se presentó una mortalidad en una paciente con el antecedente de anemia de células falciformes. En el 2013 fue de 99.3%.

Cobertura vacuna triple viral (SRP). Ésta contiene tres tipos de virus atenuados: sarampión, rubéola y paperas. Hay un incremento en la cobertura a partir de 2001, cuando la cobertura pasó de un promedio de 83.4% entre 1996 y 2004, a 108.0% entre 2005 y 2013, cumpliendo con la meta en todo éste periodo. En el 2013 la cobertura vacunal fue de 101.6%.

Durante el periodo 2000 - 2013 se investigaron un total de 645 casos sospechosos de sarampión y rubeola (promedio de 46 casos anuales); los últimos casos confirmados de sarampión/rubéola ocurrieron en el 2002. En el 2013 se notificaron 28 casos sospechosos de sarampión/rubéola.

El municipio de Cali cumplió en los años 2002, 2005, 2007 y 2011 con la tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión/rubéola (> 2 casos por 100,000 habitantes). En el 2013 la tasa fue de 1.2 casos por 100.000 habitantes.

Cobertura de vacunación contra 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. En todo este periodo se ha cumplido la meta y no se ha presentado ninguna notificación de la enfermedad. En el 2013 fue de 101.6%.

Frente a las coberturas anteriores y teniendo en cuenta la epidemiología de los eventos, la reemergencia de enfermedades prevenibles por vacunas en zonas donde estas habían sido erradicadas, eliminadas o controladas ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer las actividades de capacitación y sensibilización al personal asistencial de IPS y EPS de la ciudad de Cali con el fin de garantizar la captación oportuna de los casos, acciones individuales y colectivas por parte de la SSPM de Cali.

Las siguientes actividades son fundamentales para el control de las enfermedades inmunoprevenibles:

- Vigilancia adecuada.
- Coberturas de vacunación adecuadas (> 95%) en los grupos de edad apropiados.
- Reconocimiento temprano de las enfermedades y tratamiento adecuado de los casos.
- Rápido estudio de los casos y manejo de los contactos inmediatos.
- Manejo de los brotes si llegasen a ocurrir.
- Fortalecer las actividades de auditoría de la calidad del dato en cada una de sus UN y UPGD, así como de la información generada por la misma.

- Capacitación y sensibilización a todos los actores del sistema de vigilancia en salud pública de la ciudad de Cali, para la implementación de acciones individuales y colectivas establecidas ante todo caso probable o sospechoso que se notifique.
- La SSPM de Cali debe garantizar la investigación inmediata y oportuna de los casos probables o sospechosos notificados, mediante la recolección de los datos necesarios para la configuración y análisis de los casos e identificación y manejo adecuado de los contactos.
- Fortalecer las acciones de vigilancia por laboratorio garantizando la toma oportuna de las muestras de los casos notificados.
- Fortalecer las acciones de búsqueda activa institucional (BAI) de enfermedades inmunoprevenibles haciendo énfasis en los eventos con tasa de notificación 0.

Desde la salud infantil...

En cuanto a la salud infantil se ha dado una transición epidemiológica cobrando mayor importancia en la mortalidad la desnutrición, defectos congénitos y cancer infantil en el municipio de Cali, para los dos últimos la atención en salud requiere de mediana y alta complejidad por lo cual niños residentes en el suroccidente colombiano terminan siendo atendidos en Cali.

La mortalidad por desnutrición en menor de 5 años en el año 2013 alcanzó la cifra más alta registrada en el municipio con 12 casos, lo cual implica acciones intersectoriales para su control y prevención, implementar estrategias de vigilancia de la morbilidad por desnutrición y un mayor empoderamiento de la comunidad.

Los Defectos congénitos son la primer causa de mortalidad en los menores de 5 años por lo cual se debe fortalecer el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para este evento y las estrategias de promoción y prevención tales como: fortificación y suplementación con ácido fólico; incremento de la consulta preconcepcional y educación a mujeres y hombres en edad reproductiva; calidad y adherencia a guías y protocolos por parte de las instituciones de salud IPS, ESE, EPS del municipio.

El cáncer infantil se define como las enfermedades neoplásicas malignas que aparecen en menores de 15 años. Aunque constituye una proporción pequeña (0.5-3%) de toda la carga de enfermedad en la población, la mayor parte (84%) de estos cánceres ocurren en países de medianos y bajos recursos, donde se encuentra el 90% de la población infantil [1]. En este momento, el cáncer representa la 3era causa de mortalidad en el grupo de 1 a 14 años de edad en Colombia. La tasa de incidencia para el cáncer infantil en Cali es de 141.2 (por millón de persona-año (<15 años)) según el Registro Poblacional de Cáncer de Cali (RPCC) [2]. Se ha documentado un aumento de 0.9% (95% CI: 0.4, 1.5) en la variación porcentual anual de la incidencia global

medida desde 1977 al 2011. En el mismo periodo se ha documentado una disminución en el promedio de la tasa de mortalidad estandarizada de alrededor de 1.1 casos por año [2]. La sobrevida a 5 años de los niños con cáncer tratados en la ciudad entre los años 2009-2013 es del 56% (IC95%: 52, 60) [3], que contrasta con el reportado en países afluentes que es del 75-80% [4,5]. La sobrevida en adolescentes (15 a 19 años de edad) fue de 41% (95%CI: 32, 51) [3]. En la tabla 1 se muestran las sobrevidas de los diferentes grupos tumorales basados en la clasificación internacional de cáncer infantil versión 3 (ICCC-3) durante este periodo en Cali [3, 6]. El grupo de las leucemias (grupo I 37%) fue el más frecuente con sobrevida a 5 años de 58% (IC95%: 51, 64), seguido por el de los tumores del sistema nervioso central (grupo III 19%) con una sobrevida de 35% (IC95%: 24, 47), y el de los linfomas (grupo II 12%) con sobrevida de 76% (IC95%: 66, 83). El tipo de aseguramiento identifica grupos poblacionales con diferentes sobrevidas (figura 1) [3], así para el POS contributivo y regímenes de excepción 63% (IC95%: 55, 69), POS subsidiado 51% (95%CI: 45, 57) y la población pobre no asegurada del 35.2% (95%CI: 21.6, 49.0). Los mayores determinantes de la sobrevida de estos pacientes en Cali son; 1). El abandono de tratamiento con una incidencia acumulada a 3 años en el grupo del POSs del 28% (IC95%: 21, 38)

comparada con el POSc que fue del 4% (IC95%: 2, 8). 2). Mortalidad durante el tratamiento que no es asociada al cáncer con incidencia acumulada a 3 años para POSs 20% (IC95%: 14, 28) comparado POSc 9% (IC95%: 6-13) [3]. En este momento, el control del cáncer infantil en la población no es posible realizarlo por medio de actividades de prevención primaria o secundaria. Sin embargo, se han logrado altas probabilidades de curación (75-80%) mejorando el diagnóstico y la implementación de los esquemas actuales de tratamiento moderno [1]. Los puntos críticos para aumentar la sobrevida de estos pacientes en la ciudad son; 1) Mejorar el acceso a diagnóstico y tratamiento especializado, 2) Asegurar la continuidad, sin retrasos, de los tratamientos instaurados, 3) Evitar el abandono del tratamiento 4) Disminuir las muertes durante el tratamiento no atribuibles al cáncer

La mortalidad por desnutrición en menores de 5 años alcanzó en el 2013 la cifra más alta llegando a 12 casos, lo cual implica acciones intersectoriales para su control y prevención e implementación de estrategias de vigilancia de la mortalidad por desnutrición y un mayor empoderamiento a la comunidad. Los defectos congénitos con la primer causa de mortalidad en los menores de 5 años, lo que impide fortalecer la vigilancia en salud pública y estrategias de promoción y prevención tales como la fortificación y suplementación con ácido fólico y la consulta preconcepción de calidad y adherencia a guías y protocolos por parte de las IPS, ESE, EPS y del municipio

CAPITULO III. DETERMINANTES DE LA SALUD

3.1. Determinantes intermedios de la salud

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realizó utilizando las medidas de desigualdades sencillas como la diferencia relativa, la diferencia absoluta y para las medidas complejas como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos. Las medidas de desigualdad tan solo se estimaron para los indicadores que resultaron en peor estado, utilizando variables que causen gradiente como pobreza, ingreso, nivel educativo y otras variables disponibles.

También se estimaron una categoría de indicadores que corresponde a circunstancias materiales que está conformada por cinco subgrupos: condiciones de vida; disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales y psicológicos y culturales y sistema sanitario.

De los 8 indicadores de condiciones de vida que se han establecido para el análisis de los determinantes intermedios de la salud para el Municipio de Cali, ninguno sale evaluado significativamente peor, sin embargo es de resaltar la cobertura de servicios de telefonía, índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) y las coberturas útiles de vacunación para rabia en animales lo bien evaluadas. [Tabla 68](#)

Tabla 68. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Municipio de Cali

Determinantes intermediarios de la salud	Valle del Cauca	Cali
Cobertura de servicios de electricidad (2014)	98,96	99,4
Cobertura de acueducto (2015)	86,3	73,4
Cobertura de alcantarillado (2015)	77,4	73,3
Cobertura de servicios de telefonía (2005)	35,9	81,9
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (2014)	11,57	0,77
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	6,7	3,58
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	5,4	2,61
Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales (Sivigila)	68,3	95,5

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social

3.1.1. Salud Ambiental

Intervenciones Intersectoriales y de Participación Social Para Modificar Comportamientos Y Entornos

Territorios Priorizados

Esta es la implementación de una estrategia nacional que la Secretaria de Salud Municipal con su Grupo de salud ambiental ha realizado desde el año 2009 involucra la intersectorialidad y la

participación social en la recuperación y/o mejoramiento de las condiciones de salud, medio ambiente y convivencia ciudadana de unas áreas críticas de la zona urbana y rural del municipio, generando compromisos para la sostenibilidad del proceso con todos los actores participantes.

Distribución zonas priorizadas:

- Comuna 1 sector Barrio Terrón Colorado
- Comuna 6 Sector Barrios San Luis I y Petecuy II. Mantenimiento en Sector Barrio Floralia.
- Comuna 13 Sector Barrio Ulpiano Lloreda
- Comuna 15 Sector Urbanización Llano Verde
- Comuna 20 Sector Barrio Brisas de Mayo. Mantenimiento en Barrio Siloé Sector la Estrella.
- Comuna 21 Sector Barrio Ciudadela del Río.

Se realizó a través de recorridos intersectoriales la identificación de problemáticas de cada sector orientó las acciones prioritarias que requieren su intervención, con el fin de reducir los riesgos de enfermedad asociados a estos, a través de una Ficha de diagnóstico de entorno y el levantamiento de fichas de diagnóstico sanitario y ambiental en una muestra de viviendas de cada territorio priorizado.

Como parte de los Equipos de trabajo de Atención Primaria en Salud y de la Estrategia De Entornos Saludables, se recolectó a través de una Ficha de Diagnóstico condiciones sanitarias y ambientales en la Vivienda, información de las condiciones sanitarias de vivienda en 14 territorios priorizados, de las Comunas 1, 6, 7, 13, 14, 18, 20 y 21 en las áreas de Norte, Oriente y Ladera, en el marco de la Estrategia intersectorial Territorios de Inclusión y Oportunidades - TIO liderada por la Alcaldía. Se visitaron 7,083 viviendas con 27,480 personas, con un promedio de 3.9 personas/vivienda.

En las viviendas se observó que en promedio el 8.3% tienen situaciones de hacinamiento crítico, cerca del 20% tiene condiciones locativas deficientes observadas principalmente en territorios del área Oriente, el 6.8% de las viviendas reportaron deficiencias de suministro de agua potable principalmente en el área de ladera, el 10% tuvieron baterías sanitarias inadecuadas principalmente en el área oriente, 12.8% de las viviendas tuvieron almacenamiento inadecuado de residuos aunque el 18% realiza acciones para aprovechamiento de residuos. En promedio el 45.4% de las viviendas tuvieron presencia de animales domésticos, de los cuales solo el 11.9% se encuentran sin vacunar y sin desparasitar. En cerca del 15.2% de las viviendas hubo evidencia de insectos, palomas murciélagos o roedores, el 7.5% presentaron inservibles a la intemperie que pueden convertirse en criadero de zancudos con mayor frecuencia en el área oriente. Cerca del 10% tuvieron condiciones inadecuadas en la cocina, y 7.1% presentaron manejo o almacenamiento inadecuado de productos químicos.

Prevención Rabia animal

Para la prevención de la Rabia Animal desde el Centro de Zoonosis se realizaron acciones de Inmunización de 120,014 animales entre caninos y felinos, y como acciones de control poblacional se realizó la Esterilización quirúrgica 4,632 mascotas, Brigadas de recolección de animales en vía pública, recepción de mascotas por entrega voluntaria, eutanasia compasiva a 1,636 animales, Extracción y envío de Muestras de Cerebros para Estudio en el Laboratorio de Virología, 1,432 Consultas Médicas Veterinarias y 1,263

procedimientos quirúrgicos y farmacológicos a animales que lo requieren, Inspección, Vigilancia y Control en Establecimientos donde se Expenden, Albergan o Trabaja con Animales, cerca de 200 Actividades de Promoción y Prevención en Tenencia Responsable de Animales de Compañía, observación de 3,872 casos reportados de accidentes rábicos.

Prevención Infestación por Roedores

Para ello desde el Centro de Zoonosis se realizó la intervención periódica promedio de 100 Km lineales de canales de aguas lluvias, mediante la aplicación de cebos para el control de la población de roedores, el control de roedores en Instituciones educativas, plazas de mercado y sitios de concentración de equinos, y la observación de 18 casos reportados de mordedura de roedores y 238 por leptospirosis.

Prevención Encefalitis Equina Venezolana – EEV

Para ello desde el Centro de Zoonosis se realizó la inmunización de 700 equinos, la certificación de 970 equinos carretileros y el control de vectores en los sitios de alojamiento de los animales.

Otras acciones de prevención de enfermedades Zoonóticas

Actividades de control de artrópodos en áreas priorizadas, solicitudes comunitarias y control en vehículos por artrópodos, solicitudes para control de caracol africano, Murciélagos, garrapatas, palomas, chinches de cama, e infestación por otras especies.

Prevención y Control del Vector *Aedes aegypti*

Cali es municipio endémico para la transmisión de Dengue y en el 2014 ingresó al país el virus de Chikungunya, el cual es transmitido por el mismo vector. Desde el Grupo de Salud Ambiental se coordinan acciones de control integrado y selectivo del vector *Aedes aegypti*, de una manera regular con una cobertura en las 22 comunas de la ciudad, para mantener bajas las densidades del vector y así disminuir el riesgo de transmisión.

Se intervinieron periódicamente **54,000 sumideros** en 22 comunas de la ciudad de Cali, por medio de la aplicación de Vectobac® y Alsystin® en dos ciclos al mes. Los valores del índice de recipientes (sumideros) para Cali disminuyeron para el segundo semestre de 2014, el promedio de Enero – Diciembre de 2014 fue de **1.36%**, con un índice de pupas promedio de **1.3%**, y se encuentran por debajo del límite recomendado por la OMS y la normatividad nacional de 5%, por lo cual se considera que la zona urbana ha disminuido el riesgo para la transmisión del Dengue y Chikungunya por sumideros. Se evidenció un aumento en enero, el periodo de inicio de contratación del recurso humano para desempeño de las acciones de control. Al comparar 2014 con los resultados de 2013, se observó una que se mantuvo en valores similares el promedio del Índice Aédico en sumideros (**1.4%**) y tuvo una disminución el promedio del índice de pupas (**5.4%**), condiciones que disminuyen la probabilidad de transmisión del Dengue y Chikungunya.

Figura 34. Promedio en el tiempo de índice de recipientes (sumideros) en Cali, 2013 y 2014.

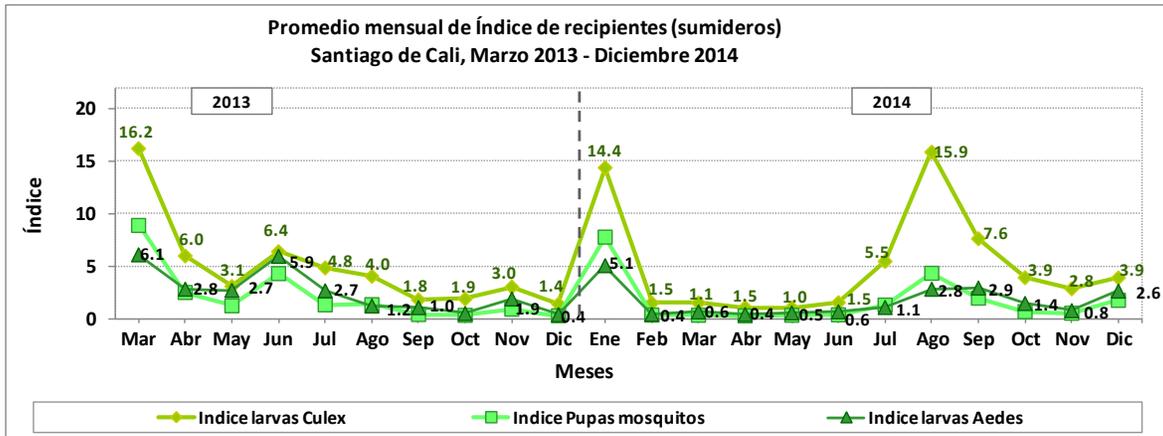
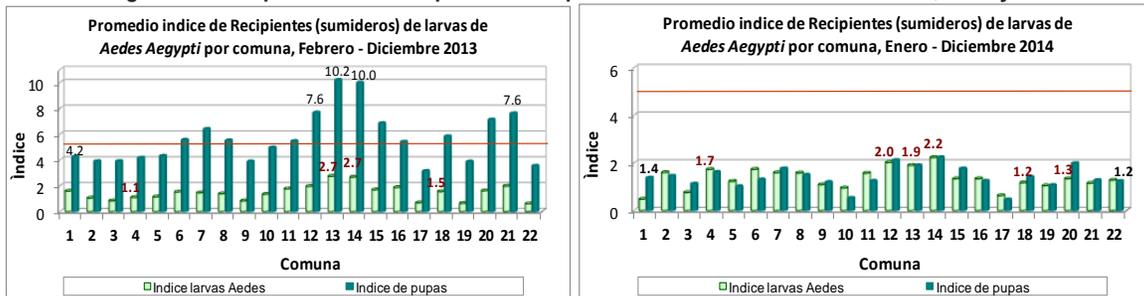


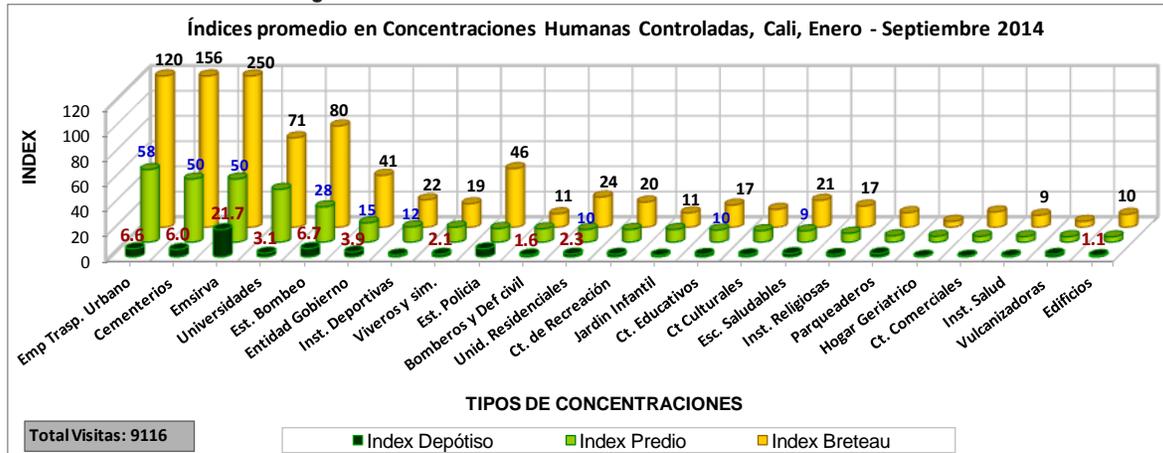
Figura 35. Comparativo Índices por comuna para Control Larvario en sumideros, 2013 y 2014



El comportamiento por comunas de los índices de larvas de *Aedes* y de Pupas en 2014, evidenció que el índice larval de *Aedes* se encuentra por debajo del 5% similar a lo presentado en el mismo periodo de 2013. En el índice de pupas, también presentaron valores por debajo del límite recomendado por la normatividad nacional y por la OMS de 5%, tuvo una disminución con respecto al lo presentado en el 2013 donde cerca del **50%** de las comunas presentaron índices mayores al 5%. Las comunas que presentaron los mayores índices corresponden a las zonas oriente de la ciudad, que también pueden estar influenciados por la presencia de *Culex sp.*

En el 2014 se realizaron **11,618** visitas de inspección en sitios de concentraciones humanas. Se encontraron un total de **95,853** depósitos, se calculó un índice de depósito promedio de **2.5%**. Del total de predios visitados se encontraron **1084** positivos, para un índice de predio promedio de **9.3%**, del total de depósitos visitados **2,381** fueron positivos y **1,195** presentaron pupas, para un índice de depósito promedio de **2.5%**, un índice de Breteau de **20.5%** y un Índice Breteau de pupas de **10.3%**.

Figura 36. Control en Sitios de Concentraciones Humanas



En general de los sitios de concentraciones visitados, el **17.9%** de los sujetos presentaron índices de Depósito mayores a 5% y **10,7%** presentaron valores de índice de Breteau de pupas mayor a 5%. En promedio el 76% de los depósitos inspeccionados fueron tratados con larvicida. También Se controlaron quincenalmente **209** sumideros de la Universidad del Valle sede Meléndez y **56** de la sede San Fernando.

Sobre las medidas de control implementadas por la administración de las concentraciones humanas. Dentro de los sitios controlados, la mayor proporción de sujetos controlan con métodos diferentes a la aplicación de Vectobac®, como la barrera física de Malla. El Vectobac es más utilizado en Centros Comerciales, Instituciones de Salud, Instalaciones Deportivas y Universidades, y la utilización de mallas es mayor en Centros Culturales, Cementerios, Estaciones de policía, Jardines Infantiles, Viveros, Hoteles, Centros Docentes, Escuelas Saludables, Centros de Recreación y Entidades del Gobierno.

Dentro del programa de control del vector se visita viviendas presencia de casos de Dengue Grave y control extendido a las viviendas alrededor. En 2014 se realizaron **45,512** visitas a predios en la zona urbana y **2,352** predios en la zona rural. En esta inspección se encontraron en zona urbana **1194** predios positivos (Índice Predio promedio **2.6%**), **1,194** depósitos positivos y **130** depósitos positivos para pupas (Índice de Depósito promedio **1.1%**, I. de Breteau promedio **4.1%**, I. Breteau Pupas promedio **0.4%**). En la zona rural en las viviendas inspeccionadas se encontraron **296** predios positivos (Índice Predio promedio **12.6%**), **364** depósitos positivos (Índice de Depósito promedio **3.2%** y Breteau promedio **15.4%**) y **56** positivos para pupas (Í Breteau Pupas Promedio **2.4%**).

Adicionalmente, se hace el control químico en las zonas con altas incidencias de casos de dengue. Con equipo portátil ULV Motomochila, para control predios correspondientes a solicitudes y casos de Dengue y viviendas alrededor, de un total de 16,720 predios visitados, se pudieron inspeccionar **11,535** predios de las comunas de la zona urbana y **76** visitas a predios en la zona rural, **55** visitas de control Escuelas del Municipio, **88** visitas a Canales y **15** visitas a otros establecimientos. Para esta actividad se utilizaron cerca de 1,639 litros de larvicida.

Las acciones de fumigación con equipo pesado ULV en manzanas de la ciudad de Cali, en el periodo Enero – Diciembre de 2014, se han realizado 5 ciclos de fumigación como acciones de

control en manzanas en la zona urbana, con aproximadamente **253,146** viviendas cubiertas por ciclo con la fumigación y en la zona rural **1,766** viviendas por ciclo de fumigación.

Jornadas Especiales a Viviendas para Prevención y Control del Dengue

En el 2013 la Secretaría de Salud Pública Municipal construyó la propuesta para realizar jornadas de lucha contra el dengue, debido a la epidemia presentada en la ciudad, actividades que han sido continuadas en el 2014.

Para ello se delimitaron las zonas a intervenir con sus direcciones, según los sectores donde se han presentado mayor frecuencia de casos de Dengue y Dengue Grave. Se calculó el recurso humano necesario y la logística a implementar. En las jornadas participan los funcionarios de las 5 UES Municipales, y los profesionales del Programa de Prevención del Dengue de Nivel Central del Grupo de Salud Ambiental. Se hace perifoneo en los sectores, previo a las Jornadas. A continuación se mencionan los barrios en los cuales se seleccionaron sectores para visitas a vivienda con acciones educativas sobre el dengue y de control y destrucción de criaderos:

En Enero – Diciembre de 2014 se realizaron **44** Jornadas en las comunas 1- 4, 6-16, 19-21 y 4 corregimientos, se visitaron 49,669 viviendas de las que se pudo inspeccionar **36,309** viviendas (73,1% inspeccionadas), dentro de las viviendas se hizo control y destrucción de criaderos y se brindo información, educación y comunicación (IEC) con los habitantes de las mismas para la prevención y control del dengue y chikungunya. De las viviendas visitadas menos del **5%** fueron positivas y se encontraron cerca de 120,199 depósitos de los cuales fueron destruidos los positivos. La Tabla 3 muestra los sectores en los cuales se realizaron las jornadas de prevención y control del vector del dengue y Chikungunya.

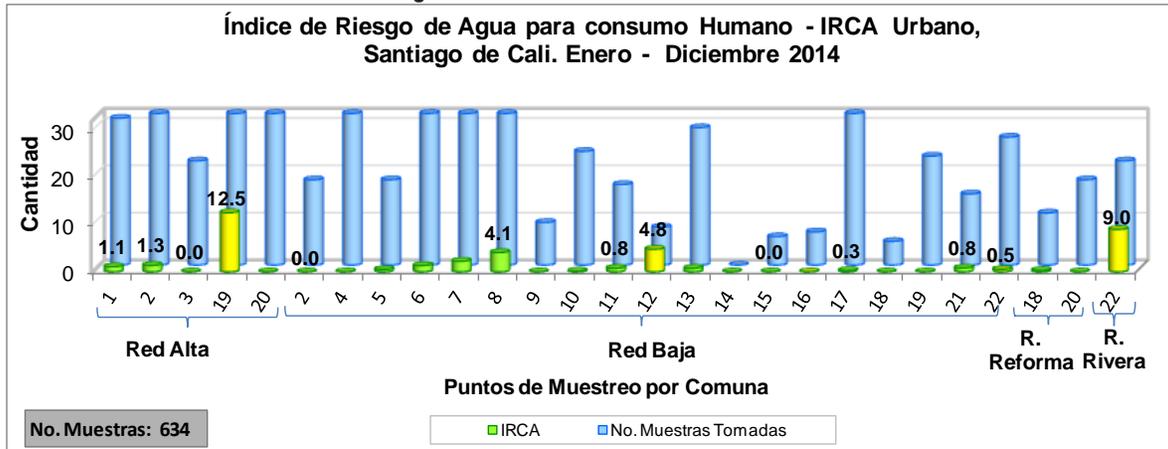
Calidad del Agua.

En el área urbana y rural del municipio se realizan acciones de Inspección y Vigilancia de los sistemas de abasto de **agua para consumo humano** públicos y privados existentes. Para el año 2014, se programaron visitas periódicas a los cinco (5) sistemas de abasto públicos y a cuatro (4) particulares del área urbana.

Periódicamente se realizan tomas de muestras de agua para consumo humano en el área urbana y rural del municipio para el análisis de los parámetros fisicoquímicos y microbiológicos definidos en la normatividad sanitaria vigente, estableciendo como meta el cumplimiento del 100% de la programación mensual de toma de las muestras para el año 2014. Por asuntos contractuales, los procesos de IVC en Agua Potable a Nivel Central y la recolección de las muestras de agua para los análisis, comenzaron en el segundo trimestre del 2014.

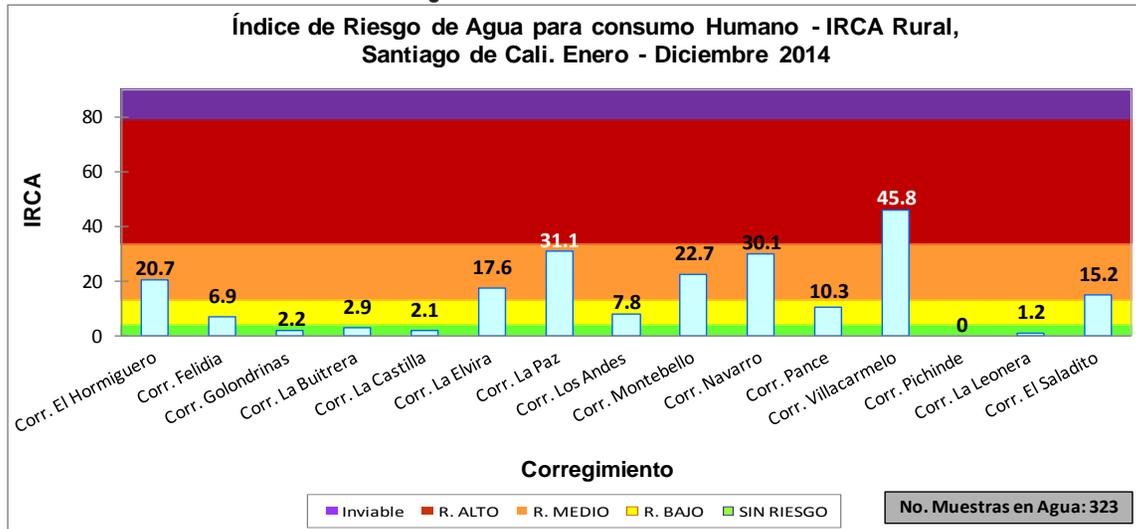
Enero – Diciembre de 2014 fueron recolectadas y analizadas **636** muestras en el área urbana. El Gráfico presenta los resultados de IRCA Urbano, donde el 92.6% de las muestras en los puntos de la red de monitoreo presentaron un IRCA en el rango de 0 - 5 que es *Sin Riesgo para Consumo Humano*.

Figura 37. IRCA urbano Cali año 2014



En el área rural, Durante el Periodo Enero – Diciembre de 2014 se recolectaron **323** muestras de agua para consumo humano. De los 42 sistemas de abasto visitados, **39.0%** se encuentran en el rango de 0 - 5 (*Sin riesgo para consumo humano*), **17.1%** se encuentra entre 5,1 - 14 (*Riesgo bajo para consumo humano*), **21.9%** se encuentra entre 14.1 – 35 (*Riesgo Medio*), **19.51%** están entre 35.1 – 80 (*Riesgo Alto*) y 1 Acueducto del Corregimiento el Saladito calificado como Inviabile Sanitariamente.

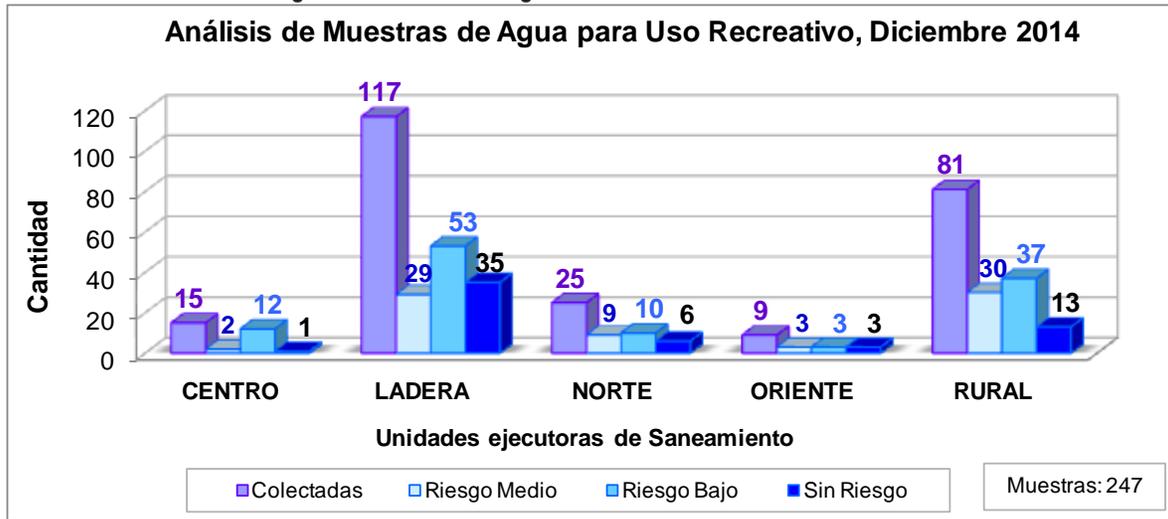
Figura 38. IRCA rural Cali año 2014.



Al comparar 2014 con el 2013, se incrementó **26.2%** la cantidad de sistemas de acueducto (de 31 a 42 sistemas monitoreados) y **98%** de muestras colectadas (de 163 a 323 muestras), sin embargo se observó una afectación en la calidad del agua en los acueductos de los corregimientos El Felidia, La Paz, Montebello y Navarro, en los cuales se deben intensificar el seguimiento para su mejoramiento.

También se analizó la **calidad del agua para uso recreativo** donde se colectaron y analizaron 247 muestras en piscinas. De acuerdo a lo establecido en la resolución 1618 de 2010, el **23.5%** se clasificaron Sin Riesgo, el **46.6%** como Riesgo Bajo, el **29.6%** como Riesgo Medio y el **0.4%** como Riesgo Alto para uso recreativo.

Figura 39. Muestra de agua de uso recreativo. Cali año 2014.



Calidad del Aire

La red de Monitoreo de calidad de aire de Cali opera bajo la coordinación y administración del Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente – DAGMA. Actualmente la red funciona con 8 estaciones automáticas de las cuales se transmiten: La Flora (Zona Norte), Estación ERA-Obrero (Zona Centro), La Ermita (Zona Centro), Base Aérea (Zona Noreste), Cañaveralejo (Suroeste), Compartir (Zona Oriente), Univalle (Zona Sur) y Pance (Background Rural). Los resultados de las mediciones mensuales, son publicados por el DAGMA en su respectiva página.

Tabla 69. Mediciones calidad del aire por estación. Cali año 2014.

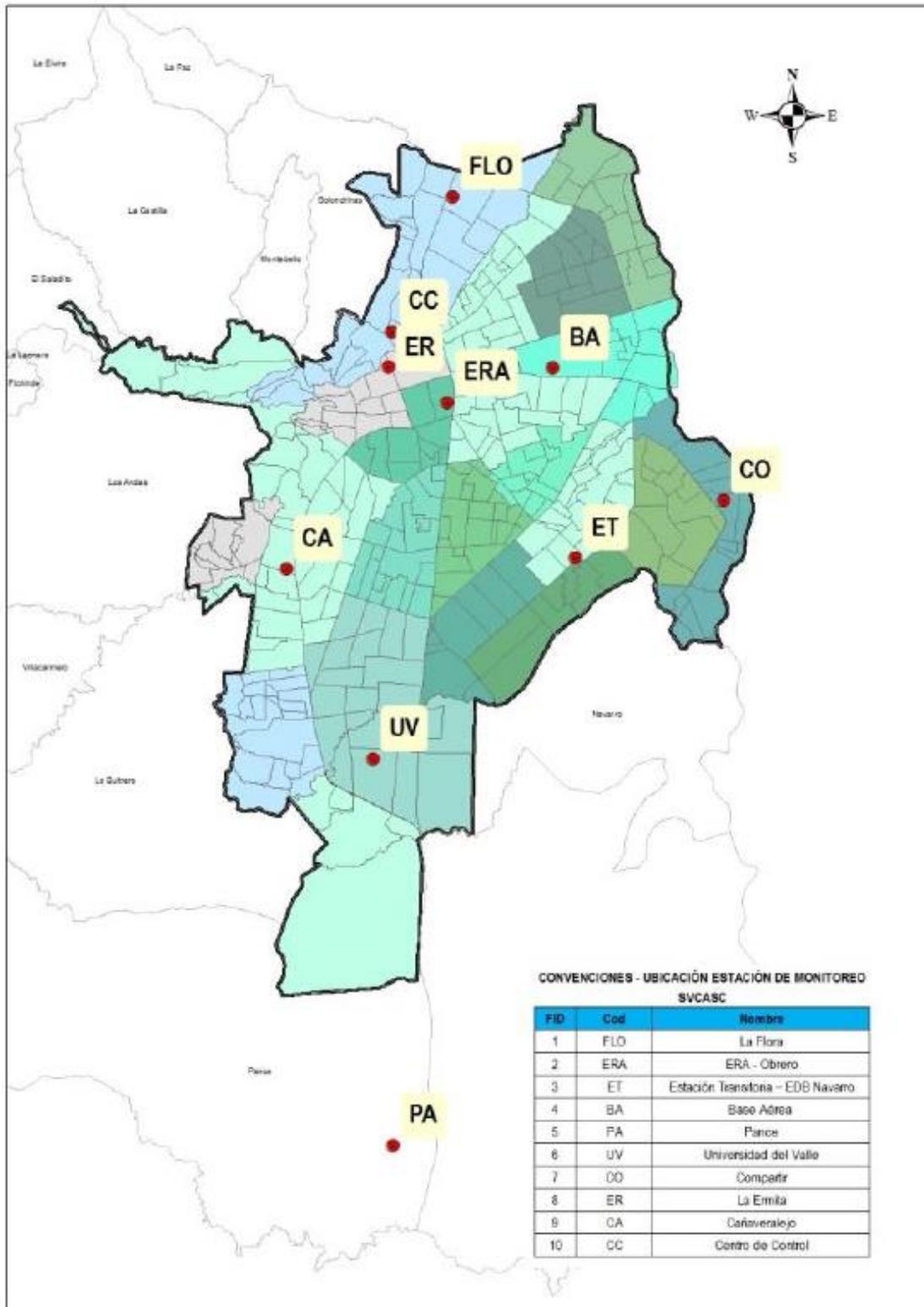
Porcentaje de Datos Validos Durante el Año 2014											
Estación	PM10 (ug/m3)	PM2,5 (ug/m3)	SO2 (ug/m3)	NO2 (ug/m3)	O3 (ug/m3)	Vel Viento (m/s)	Dir Viento (Grados)	Temperatura (C°)	Humedad (%)	Radiación Solar (Watt/M2)	Lluvia (mm)
La Flora	91,0%	-	-	-	-	92,6%	92,6%	92,6%	92,6%	92,6%	92,6%
Era-Obrero	52,9%	-	-	-	-	17,6%	24,7%	17,9%	17,9%	17,9%	63,0%
Pance	86,6%	-	-	-	57,3%	94,7%	92,0%	0,0%	94,7%	1,5%	94,7%
Compartir	-	70,1%	-	-	68,8%	72,7%	79,4%	81,2%	81,2%	81,2%	80,0%
Cañaveralejo	51,1%	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
La Ermita	87,7%	-	47,9%	-	-	No hay sensores de meteorología					
Base aérea	-	68,8%	64,9%	-	55,0%	No hay sensores de meteorología					
Univalle	-	92,6%	-	89,5%	76,0%	No hay sensores de meteorología					

Porcentajes superiores al 75%

Símbolo (-) significa que no existe el analizador en un determinado punto de monitoreo

Fuente: DAGMA Cali año 2015.

Mapa 9. ubicación espacial de las estaciones de monitoreo de calidad del aire en la ciudad de Cali



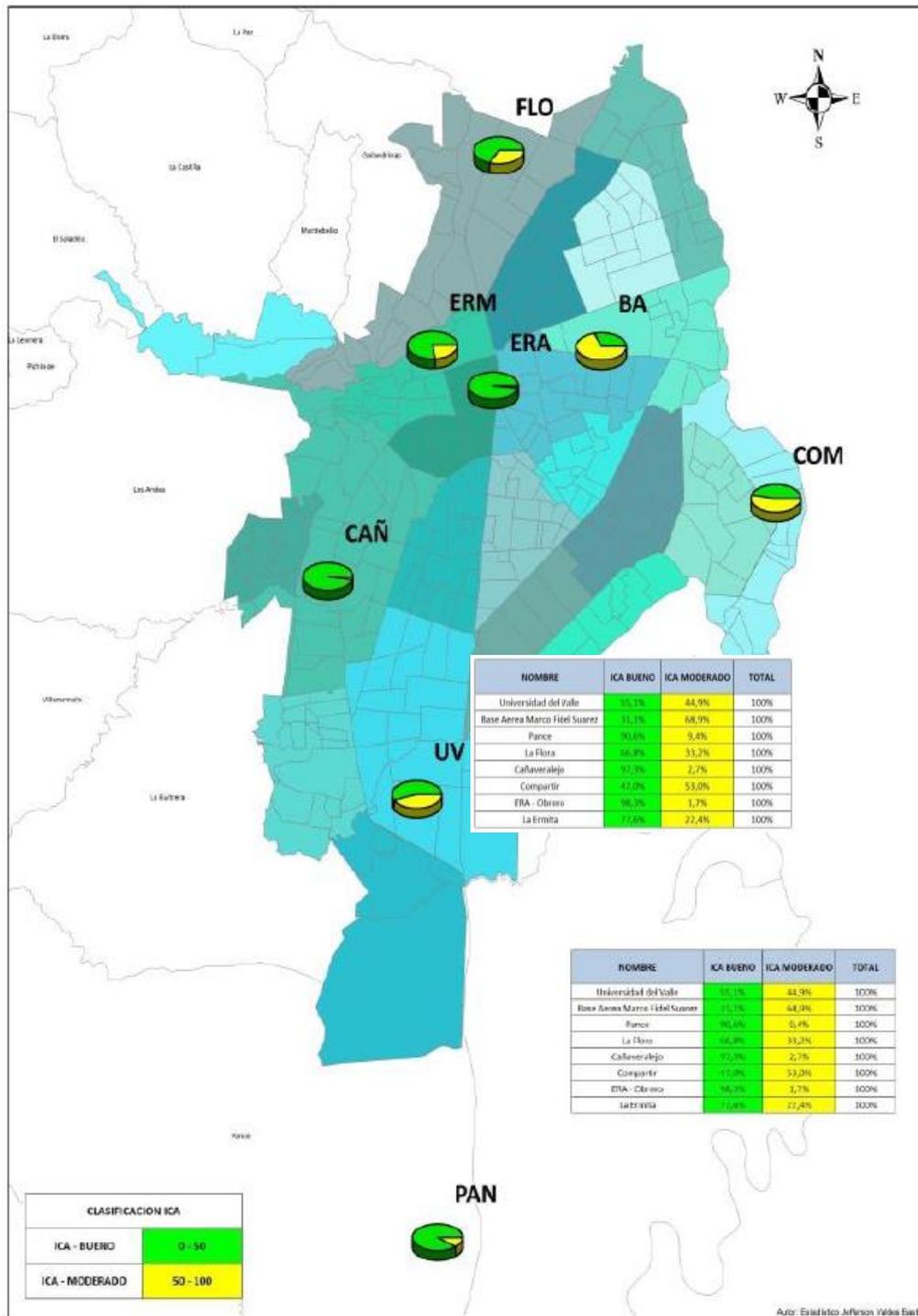
En el año 2014, a continuación se resumen los resultados en las estaciones de monitoreo de calidad del aire, con respecto a la norma establecida en la Resolución 610 de 2010

- Dióxido de nitrógeno (NO₂): los valores no sobrepasaron la norma diaria de 150 µg/m³ ni la norma horaria de 200 µg/m³ en la zona sur de la ciudad,
- Material Particulado PM₁₀: Para el caso del material particulado menor a 10 micras PM₁₀, se observó que en ninguna de las 4 estaciones en donde se midió este contaminante durante el 2014 sobrepasó la norma diaria de 100 µg/m³. Se puede apreciar que la estación la Flora registró los valores más altos de este contaminante, en donde se registró un pico en el mes de agosto muy cercano al límite máximo permisible. Al comparar con la norma OMS (50 µg/m³) se encuentran algunas excedencias de este contaminante en los puntos La Flora, Pance, Cañaveralejo y La Ermita.
- Material Particulado PM_{2.5}: solo se registró una excedencia el día 29 de agosto en la estación Univalle de la norma diaria de 50 µg/m³. Se observó un comportamiento ligeramente similar del PM_{2.5} en las estaciones Univalle, Compartir y Base Aérea. Al comparar con la norma OMS (25 µg/m³) se encuentran algunas ligeras excedencias de este contaminante. La excedencia el día 29 de agosto de 2014 se observó en las estaciones Univalle y Base Aérea debido a un episodio atípico relacionado con una quema en zona rural del sur de la ciudad
- Ozono O₃: se sobrepasó la norma octo-horaria de 80 µg/m³, y norma horaria de norma de 120 µg/m³ y a lo largo del año en las estaciones Base Aérea, Pance y Univalle. Se consideró que los porcentajes de excedencias son bajos y estos valores se registraron entre las 10 am y las 5 pm, el cual es el rango en donde se presentaron los mayores niveles de radiación solar durante el año 2014

Las variaciones en el comportamiento de los contaminantes está afectado por las actividades típicas de las zonas evaluadas, por horas pico de flujo vehicular y concentración de actividades comerciales.

El Índice de Calidad de Aire - ICA calculado por el DAGMA por medio de los contaminantes criterio, tomando como referencia el establecido por la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (U.S - EPA) y que actualmente es implementado en Colombia adaptándolo a la normativa nacional. El siguiente mapa grafica los resultados por estación del ICA.

Mapa 10. Índice Calidad del Aire (ICA). Cali año 2014



El mayor porcentaje de ICA-Moderado se registró en las estaciones Base Aérea (68.9%) y Compartir (33.2%). Las estaciones ERA – Obrero (1.7%), Cañaveralejo (2.7%) y Pance (9.4%) registraron los valores más bajos de ICA-Moderado

Disponibilidad de Alimentos

Tabla 70. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Valle del Cauca

Determinantes intermedios de la salud	Valle del Cauca	Cali	Comportamiento											
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,6	0,8						-						
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2013)	8,81	9,1						↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,4	2,6						↘						
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,2	5,3						↘						
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	16,5	17						↗						
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	15,2	17						↗						
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	23,2						↗						

Fuente: ENSIN Año 2010, Estadísticas Vitales DANE año 2013

Condiciones de trabajo

Incidencia de accidentalidad en el trabajo

Sin Dato.

Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo

Sin dato.

Condiciones factores, psicológicos y culturales

Tabla 71. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Valle del Cauca

Determinantes intermedios de la salud	Valle del cauca	Cali	Comportamiento									
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumen frutas y verduras diariamente (ENSIN 2010)	18	Sin dato						-				
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA 2011)	41,3	Sin dato							0			
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2010)	81	Sin dato						-				
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	4,54	Sin dato							0			
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2014)	1,04	1,8					-	-	-	-	↗	-
Cobertura de tratamiento antirretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2014)	88,4	89,4							-	-	↗	-
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	8,4	Sin dato							0			
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	10,5	Sin dato		0								
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2014)	125	128,5							-	-	↗	-
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2014)	190,9	253,2							-	-	↗	-

Tabla 72. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del departamento

Determinantes intermedios de la salud	Valle del Cauca	Cali	Comportamiento									
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	12,7	9.8*										
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	6,7	5.9*										
Cobertura de afiliación al SGSSS (ECV DANE 2014)	92,8	99.4							-	-	-	-
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2013)	81.80	100.7							-	-	-	-
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2013)	94.5	111.7							-	-	-	-
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2013)	95.10	112.8							-	-	-	-

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2013)	91.5	99.7		-	-	-	-	-	-	-	-	-
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2013)	90.64	91.76		-	-	-	-	-	-			
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2013)	99.03	99.68		-	-	-	-	-	-			
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	99.1	99,75		-	-	-	-	-	-			

Fuente: SISPRO – Valle del Cauca y Cali, año 2013-2014.

Proyecciones DANE. Anexos pobreza por dimensión año 2012.

Prestación de servicios

Tabla 73. Otros indicadores de sistema sanitario Cali, 2015

Otros indicadores	Número absoluto
Número de IPS públicas	104
Número de IPS privadas	1052
Número de camas por 1000 habitantes	2
Número de camas de adulto por 1000 habitantes	280
Número de camas de cuidado intensivo por 1000 habitantes	0,2
Número de camas de cuidado intermedio por 1000 habitantes	0,3
Número de ambulancias por 1000 habitantes	8
Número de ambulancias básicas por 1000 habitantes	5
Número de ambulancias medicalizadas por 1000 habitantes	2

Fuente: Minsalud, SISPRO

Sistema sanitario

Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal

Para el año 2013 en el Municipio de Cali el 91,78% de los nacidos vivos cuentan con 4 o más consultas prenatales, siendo mayor que la del nivel del Valle del Cauca (89,11%).

Porcentaje de partos institucionales

Para el año 2013 el 99,68% de los partos en el Municipio de Cali son institucionales, siendo mayor la cobertura que la del nivel del Valle del Cauca (98,65%).

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado

Para el año 2013 el 99,75% de partos atendidos en el Municipio de Cali son por personal calificado, siendo levemente mayor que la del nivel del Valle del Cauca (98,11%). Tabla 86

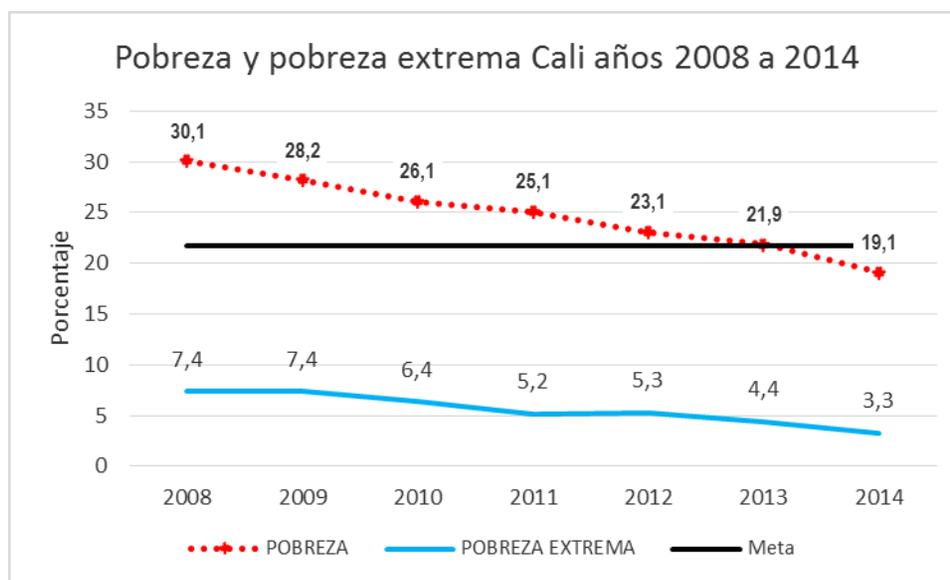
A continuación, se describirán algunos de los determinantes estructurales de las inequidades en salud para el Municipio de Cali y en ocasiones se harán comparaciones con el Valle del Cauca. En la Tabla 67 se puede observar que las proporciones de la población más significativa es el de necesidades básicas insatisfechas y población bajo la línea de pobreza.

Tabla 74. Otros indicadores de ingreso, Municipio de Cali 2008-2014

Indicadores de ingreso	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Proporción de población con NBI			10,87	10,87			
Proporción de población bajo la línea de pobreza			26,1	25,1	23,1		
Proporción de población en miseria			6,4	5,2	5,3		
Proporción de población en hacinamiento			5,55	5,5			
Línea de indigencia*	8,9						
Coefficiente de Gini para ingresos*			0,529	0,504	0,515		

Fuente: DANE

Figura 40. Pobreza y pobreza extrema Cali. Años 2008 a 2014.



Fuente: DANE.

Cobertura Bruta de educación

La tasa de cobertura es un indicador que mide la capacidad del sistema educativo para atender a la población en edad escolar, en consecuencia, se define la tasa de cobertura bruta como la relación entre los alumnos matriculados en un nivel educativo específico (preescolar, básica primaria, básica secundaria o media) - independiente de la edad que tengan y la población escolar en edad apropiada para cursar dicho nivel educativo. A continuación, se ilustra la cobertura bruta de educación según la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%. La cobertura bruta de educación primaria, secundaria y media es mayor en el departamento del Valle del Cauca con respecto a la cobertura del Municipio de Cali, esta diferencia no alcanza a ser estadísticamente significativa. Mientras que el analfabetismo es mayor en el Valle del Cauca, sin tener significancia estadística dicha diferencia. [Tabla 75](#)

Tabla 75. Analfabetismo y tasa de cobertura bruta de educación del Municipio de Cali, 2005 – 2014

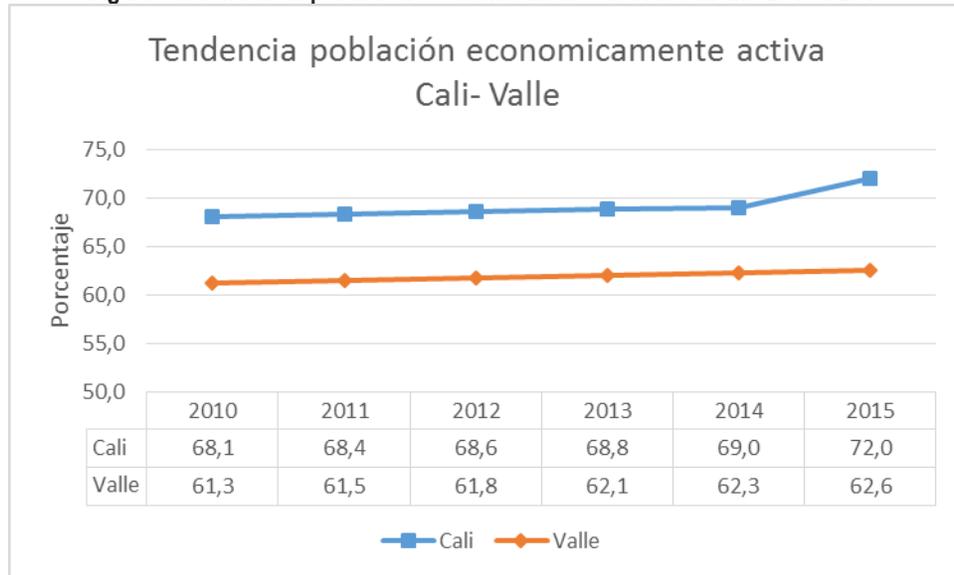
Eventos de Notificación Obligatoria	Valle del Cauca	Cali	Comportamiento												
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	5,2	5,1			0										
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2013)	110,2	100													
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2013)	104,5	97,7													
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2013)	78,8	77,3													

Fuente: DANE y Ministerio de Educación Nacional

Ocupación

La Población económicamente activa (15 a 64 años) en los últimos años ha presentado una tendencia al aumento, comportamiento similar al de la nación. En el Valle del Cauca esta población ha crecido 2,3% durante los últimos 13 años. Figura 48

Figura 41. Tendencia población económicamente activa. Cali año 2010 a 2015



Fuente: proyecciones poblacionales DANE.

CAPITULO IV. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS EN SALUD

Con base en los indicadores en salud se listaron los problemas, para iniciar la priorización, ya que el abordaje simultáneo de todos no es posible en la práctica y estaría claramente condicionado por la limitación de los recursos. Como parte del proceso de priorización tuvo en cuenta los actores participantes responsables de diferentes programas en salud, instituciones incluyó la participación social.

Tabla 76. Priorización de los problemas de salud en el Cali, 2013-2014

Dimensiones	Problemas
Convivencia social y salud mental	Alta mortalidad en hombres por lesiones de causa externa
	Alta incidencia de lesiones de causa externa
	Consumo de SPA
	Violencia Sexual
Vida Saludable y condiciones no transmisibles	Alta mortalidad por cáncer
	Alta mortalidad por defectos congénitos en primera infancia
	Alta morbilidad de eventos precursores y alto costo
Gestión diferencial de las poblaciones	Alta migración de población víctima de conflicto
	Alta presencia pluriétnica
	Alta proporción de adultos mayores en el municipio
	Alta prevalencia de discapacidad
Salud Ambiental	Cobertura del acueducto y alcantarillado zona rural
	Agua no apta para consumo humano IRCA - zona rural
	Cobertura de vacunación canina
Seguridad alimentaria y nutricional	Alta mortalidad por desnutrición en menor de 5 años
	Alta prevalencia de desnutrición crónica en la primera infancia
	Alta prevalencia de obesidad en escolares
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Alta tasa de mortalidad materno perinatal
	Alta incidencia de sífilis gestacional y congénita
	Baja tasa de consulta preconcepcional
Vida Saludable y enfermedades transmisibles	Alta incidencia de tuberculosis todas las formas
	Mortalidad por Dengue
	Alta incidencia infección respiratoria aguda
	Alta prevalencia de VIH
Salud pública emergencias y desastres	Insuficiente capacidad hospitalaria con condiciones antisísmicas para una situación de emergencias y desastres.
Salud y ámbito laboral	Alta presencia de trabajo informal
Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud	Municipio de referencia para la atención en salud
	Insuficiente no. de IPS de nivel II de complejidad
	Barreras de acceso a los servicios de salud