



CONTRALORÍA GENERAL DE SANTIAGO DE CALI

1700.12.12.15.01

INFORME-MACRO

**SEGUIMIENTO A LA POLÍTICA PÚBLICA DE LA PRIMERA INFANCIA EN
SALUD: UNA MIRADA DESDE EL PLAN DE DESARROLLO "CALIDA, UNA
CIUDAD PARA TODOS"**

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

INFORME FINAL

Santiago de Cali, diciembre 2 de 2015

Claridad debida • Calidad de vida!



GILBERTO HERNÁN ZAPATA BONILLA
Contralor General de Santiago de Cali

DIEGO FERNANDO DURANGO HERNÁNDEZ
Sub-contralor

ANTONIO FERNANDO MOSQUERA MORÁN
Director Técnico ante el Sector Salud

MÓNICA DIAZ PAZ
Auditora Fiscal II – Coordinadora

JANETT DAZA CAJAS
Profesional universitaria

HUGO HERNÁN CASTRILLÓN CASTRO
Técnico Operativo

Claridad debida • Calidad de vida!



TABLA DE CONTENIDO

	Pàg
1 METODOLOGIA	5
2 ANTECEDENTES	5
3 MARCO CONCEPTUAL	6
4 MARCO JURIDICO	9
5 ARTICULACIÓN ENTRE PLAN DE DESARROLLO CALIDA 2012-2015, PLAN DE DESARROLLO NACIONAL 2010-2014, PLAN DECENAL DE SALUD 2012-2021 Y OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 2000-2015	9
6 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN EL MUNICIPIO DE CALI-2012	12
6.1 Aspectos generales	12
6.2 Comportamiento de los indicadores en el 2012	13
7 DIAGNOSTICO Y RESULTADOS EN SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA PLAN DE DESARROLLO CALIDA 2012-2015 CON CORTE A DICIEMBRE DE 2014	16
8 COMPARACION INDICADORES PLAN DE DESARROLLO CALIDA, PLAN NACIONAL Y OBJETIVOS DEL MILENIO	23
9 OTRAS SITUACIONES EN SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA	25
9.1 INFANCIA Y DISCAPACIDAD	26
9.2 SISTEMA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL: SISVAN INFANTIL 2014	27
9.3 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A.P.S	31
9.4 VIOLENCIAS CONTRA LA PRIMERA INFANCIA	33
9.5 ASEGURAMIENTO	35
9.6 PETICIONES POR SERVICIOS DE SALUD DEFICIENTES A NIÑOS 0-5 AÑOS	37
10 RECURSOS PARA LA PRIMERA INFANCIA	38
11 LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	63
12 CONCLUSIONES	66
13 BIBLIOGRAFIA	68

Claridad debida • Calidad de vida!



INTRODUCCIÓN

La Contraloría General de Santiago de Cali, en cumplimiento de los principios Constitucionales y con el propósito de mantener informado a las instancias de control político y a la ciudadanía en general, emite el Informe "**Seguimiento a las acciones en salud para la Primera Infancia: Una mirada desde el Plan de Desarrollo Calida, una ciudad para todos**", el cual hace parte del Plan Anual de Estudios y/o Análisis Macro aprobado por este organismo de control para la vigencia 2015.

El informe tiene como objetivo principal presentar los avances que en materia de atención en salud a la primera infancia ha tenido el Municipio de Santiago de Cali, Secretaría de Salud Pública Municipal como también mostrar las situaciones que aun se encuentran pendientes por resolver. El presente documento también incluye un análisis de los mecanismos de financiación con el que se intenta comprobar la hipótesis que los recursos para la salud en la ciudad han decrecido y son insuficientes para atender los problemas de salud de esta población.

En la primera parte de este informe desarrolla el contenido metodológico, los antecedentes que ha tenido el tema de la primera infancia tanto desde el nivel internacional, nacional, hasta su inclusión en la agenda pública territorial. Se incluyen además, los aspectos jurídicos y el marco conceptual que sirve de base para el análisis de los resultados, de igual manera se describe la forma como se encuentra armonizado el actual Plan de Desarrollo "Calida, una ciudad para todos" 2012-2015 con el Plan de Desarrollo Nacional "Prosperidad para todos" y con los Objetivos del Milenio O.D.M.

Una segunda parte corresponde al análisis de datos, en el cual se comparan las cifras del documento denominado "Diagnóstico situacional de la primera infancia en Cali 2012", expedido por el municipio con los resultados que con corte a 2014 ha tenido el actual gobierno municipal. Asimismo se realizan comparaciones de los resultados de algunos indicadores de primera infancia en salud obtenidos en otras ciudades del país.

En una tercera parte describe todo el componente financiero y de recursos asignados a los servicios de salud para niños entre los 1 y 5 años para las vigencias 2013 y 2014, discriminando fuentes y actividades específicas de salud.

Claridad debida • Calidad de vida!



Este análisis financiero parte de mirar los montos asignados a la Secretaría de Salud en distintos períodos con el fin de observar si estos han mantenido incrementos considerables, de acuerdo con esta información se presenta una evaluación de los porcentajes que le han correspondido a la primera infancia para de igual modo verificar el aumento de los recursos.

En la parte final se presentan las conclusiones.

1 METODOLOGÍA

Para el presente informe se utilizó una revisión de tipo documental a través del cual se observa y reflexiona sistemáticamente una realidad concreta, en este caso la salud de la primera infancia en Santiago de Cali. Para ello especialmente se tuvo en cuenta la denominada "Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia", de Cero a Siempre; sus contenidos, objetivos, desarrollos y seguimiento. Se consultaron distintas fuentes de información como publicaciones oficiales de diverso orden, informes de gestión, informes de auditoría de la Contraloría General de la República e investigaciones de centros universitarios y organizaciones no gubernamentales.

En cuanto a los datos, la información estadística obtenida se sometió a los procesos de cualquier investigación tales como análisis, síntesis, deducción, inducción y comparación.

Con base en las cifras se elabora un diagnóstico en el que se reconocen las mejoras en la atención en salud a la primera infancia como también se dan a conocer situaciones que se consideran deficientes.

2 ANTECEDENTES

Desde comienzos del siglo pasado se dio reconocimiento social, cultural, económico y político a la edad de la infancia. En virtud de éste interés se aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año de 1989, documento a través del cual se reconocen los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria. Desde entonces todos los países del mundo han mostrado interés para que a esta población se le preste especial atención y cuidado; es así como las naciones se

Claridad debida • Calidad de vida!



han venido fijando objetivos, metas e indicadores en procura del bienestar integral de esta población.

En Colombia, en el año 2006, se expide la Ley 1098 o Código de Infancia y Adolescencia, que obliga a las administraciones territoriales de Colombia a incluir una Política de Infancia y Adolescencia en sus planes de desarrollo. Es así como los gobiernos territoriales se comenzaron a responsabilizar de las tareas de atención a la primera infancia, labor que históricamente se había realizado desde el orden nacional. Lo anterior, no significa que las entidades territoriales antes del Código no llevaran a cabo acciones relacionadas con la infancia y la adolescencia, la diferencia que se presenta con el Código es que la inclusión del tema en los programas de gobierno territorial deja de ser una cuestión de voluntad política y se convierte en una obligación de carácter legal.

La trayectoria de las acciones en beneficio de la primera infancia ha tenido un aterrizaje mayor en el Plan Nacional de Desarrollo "Prosperidad para Todos" 2011-2014, que consideró como prioridad implementar una estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia AIPI, esta estrategia se denominó "De cero a Siempre" que incluye componentes de salud, nutrición, educación inicial y cuidado, desde un enfoque diferencial.

En tal sentido la ciudad de Cali, en el actual Plan de Desarrollo "Calida una ciudad para todos" 2012-2014, acoge y desarrolla los principales indicadores de bienestar de la infancia, especialmente población vulnerable.

3 MARCO CONCEPTUAL

Para el desarrollo del presente informe se han tenido como base los siguientes conceptos generales que sirven como parámetro para el análisis de la situación de la primera infancia en la ciudad de Cali:

Primera Infancia: De acuerdo con el documento Atención Integral a la Primera Infancia expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, "la primera infancia comprende el período de vida que va desde la gestación hasta antes de los 6 años de edad".

Estrategia de Cero a siempre: La Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia de "Cero a siempre", es un conjunto de acciones planificadas de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo infantil

Claridad debida • Calidad de vida!



de las niñas y los niños de primera infancia, a través de un trabajo unificado intersectorial, que desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niña y a cada niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición. Se dice "De cero" porque las condiciones para el desarrollo de una vida digna y con garantía de derechos se construyen desde la propia gestación. "A Siempre" Porque las habilidades y capacidades desarrolladas durante la primera infancia sientan bases para toda la vida.

Servicios Integrales en Salud: Ha sido importante para el Plan Nacional de Desarrollo, vincular a los servicios de salud la Estrategia de "Cero a Siempre" desde el Ministerio de Salud y la Protección Social de tal manera que se garantice el acceso integral a los servicios y que además se trascienda el tema relacionado con la medición de esquemas completos de vacunación, como también la escala de desarrollo basada en la medición antropométrica.

Desde otra óptica, hoy la salud a la primera infancia se piensa desde preconcepción y la gestación, incluida la madre, con acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, como control de crecimiento y desarrollo, control prenatal de calidad, atención institucional de partos, vacunación, lactancia materna, salud bucal y visual, detección temprana de discapacidades y otras alteraciones del desarrollo, tal como lo contemplan el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Nacional de Salud Pública.

Este nuevo enfoque de la salud al infante, incluye un componente comunitario para la detección de la enfermedad y la discapacidad en los menores de seis años. De igual manera, la familia se considera el grupo más importante en el cuidado y desarrollo, por lo que se hace necesario trabajar en el desarrollo de habilidades parentales que beneficien la vida y les permitan crecer en ambientes afectivos y no violentos.

Los servicios deberán ser prestados respetando procesos diferenciales, de contextos y cultura y se deberán atender criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y equidad.

Claridad debida • Calidad de vida!



AIEPI: Atención Integral a enfermedades Prevalentes de la Primera Infancia, es una estrategia dirigida a mejorar la salud de los niños menores de cinco años e integra todas las medidas necesarias para la prevención de de las enfermedades y problemas de salud, para su detección precoz tratamiento efectivo y la promoción de hábitos saludables en la familia y la comunidad, como de todos aquellos que tienen bajo su responsabilidad el cuidado y atención de los niños. Se opera a través de tres componentes: institucional, clínico y comunitario.¹

IAMI: Institución Amiga de la Mujer y la Infancia y designa aquellas instituciones que promueven, a través de sus acciones, la práctica de la lactancia materna a todas las gestantes y madres lactantes que reciben sus servicios.

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones, son acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas.

Aseguramiento: Es el mecanismo por el cual el niño y niña incluida su familia, son protegidos o amparados de unos riesgos en salud a través del Plan de Beneficios, el cual es financiado por la Unidad de Pago por Capitación – UPC -. La afiliación al sistema se realiza a través del Régimen Contributivo para las personas con capacidad de pago o con vínculo laboral, y del Régimen Subsidiado mediante el cual, la población más pobre del país sin capacidad de pago tiene acceso a los servicios de salud mediante un subsidio que ofrece el Estado. La entrada al sistema de salud de los niños y las niñas, se realiza mediante las EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado, de acuerdo con la condición socioeconómica.²

Enfoque de derechos: En el escenario de los derechos humanos, se reconoce el derecho a la salud y alude al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y que le permiten a la persona vivir **dignamente**.³

Enfoque de determinantes de la salud: Son las circunstancias en los que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y se envejecen y que influyen en la salud de la persona.⁴

¹ Lineamiento Técnico de Salud en la Primera Infancia

² Ibíd

³ Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

⁴ Ibíd

Enfoque diferencial: Parte del reconocimiento de la diversidad por ciclo de vida, identidades de género, pertenencia étnica, discapacidad y especiales situaciones de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas) y vulnerabilidad (pobreza).⁵

4 MARCO JURÍDICO

Las acciones de primera infancia han tenido como marco jurídico, distintas normas tanto de rango internacional como nacional. En el orden internacional está la Convención sobre Derechos del Niño de la ONU, ratificada en Colombia por la Ley 12 de 1991 y la Declaración del Milenio. En el orden de nacional la Constitución Colombiana, la Ley 1098 de 2006 Código de Primera Infancia y Adolescencia, ley 1295 de 2009 que reglamentó la atención integral a niños de primera infancia clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN, Ley 1450 de 2011 por medio del cual se aprobó el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, CONPES 109 de 2007 Política Pública de Primera Infancia, CONPES 140 que modificó el CONPES 91 de 2005 respecto a metas y estrategias para el logro de los objetivos del milenio, Decreto 4875 de 2011 que crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia AIPI y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral de la Primera Infancia y distintas normas sobre protección de derechos asimismo Autos de la Corte Constitucional como la Sentencia T-25 de 2004.

5 ARTICULACIÓN ENTRE PLAN DE DESARROLLO CALIDA 2012-2015, PLAN DE DESARROLLO NACIONAL 2010-2014, PLAN DECENAL DE SALUD 2012-2021 Y OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 2000-2015.

En materia de la salud los planes de desarrollo territorial deben tener como referente tanto el Plan Decenal de Salud Pública como al Plan de Desarrollo Nacional, los que a su vez se acogen a las metas consignadas en la denominada "Declaración del Milenio". Al realizar un ejercicio comparativo de los planes y revisar los objetivos, líneas y programas del Plan de Desarrollo "Calida, una ciudad para todos" se puede observar que el mismo está estructurado bajo los lineamientos de los citados planes. El plan municipal se encuentra organizado a través de seis líneas estratégicas, pero el programa de Atención Integral a la

⁵ Ibíd

Primera Infancia se inscribe en la Línea Bienestar para Todos, el cual se acopla con la Estrategia de Cero a Siempre.

Frente a las metas de desarrollo del milenio, el plan local incluyó metas e indicadores relacionados con la reducción de la mortalidad en menores de cinco años, mejorar la salud materna y combatir el VIH-SIDA y paludismo.

En este informe se tuvo en cuenta el objetivo N° 7 relacionado con garantizar un medio ambiente sostenible, el cual incluye el tema de agua potable y saneamiento básico.

Con respecto al Plan Decenal de Salud 2012-2021, inicialmente hay que mencionar que éste se formuló con base en dimensiones prioritarias: Salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, derechos y sexualidad, vida saludable libre de enfermedades transmisibles y salud pública en emergencias y desastres. A su vez por dos dimensiones transversales, en primer lugar, una gestión diferencial de poblaciones vulnerables, en la que se enfatiza la necesidad de reconocer las diferencias sociales y adoptar medidas a favor de los grupos sociales en quienes esas diferencias los colocan en situación de desventaja o de mayor vulnerabilidad (niños, etnias, víctimas del conflicto, adultos mayores y discapacitados). En segundo lugar, una gestión para el fortalecimiento de los servicios de salud. Cada dimensión tiene una serie de componentes y cada componente sus indicadores.

Atendiendo el ideal de salud del Plan Decenal 2012-2021 y prestando atención al enfoque de derechos, de lo diferencial y de ciclo de vida, se puede observar que las metas propuestas en el Plan de Desarrollo Territorial de Cali, acogen dicho ideal con sus principios, enfoques y determinantes. Es así como por ejemplo se formularon metas relacionadas con el incremento de la lactancia materna exclusiva, reducción de la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva, disminuir el bajo peso al nacer, reducir la prevalencia de la desnutrición global y desnutrición crónica, reducir la anemia en niños menores de 5 años. Otras relacionadas con salud sexual y reproductiva aspiran a reducir la mortalidad materna evitable; que las mujeres gestantes asistan a su control prenatal; disminución de las adolescentes alguna vez embarazadas, evitar la transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita.

Claridad debida • Calidad de vida!



De igual manera, el plan de la ciudad planeó acciones en la dimensión prioritaria vida saludable libre de enfermedades transmisibles, componente enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas; donde se formuló como meta la reducción de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda E.R.A (incluida neumonía) y en enfermedades inmunoprevenibles. La meta de cobertura en todos los biológicos es de 95%, esto con el fin de lograr la erradicación de poliomielitis, sarampión, rubeola, tétanos neonatal y controlar la incidencia de difteria, tuberculosis, neumococo, diarreas y tos ferina, entre otras.

Respecto al Plan de Desarrollo Nacional "Prosperidad para todos", que considera prioritaria la implementación de la estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia A.I.PI. denominada también de "Cero a siempre", el Municipio de Santiago de Cali durante las vigencias 2012-2014 tuvo en cuenta los lineamientos técnicos de la estrategia reconociendo los criterios de equidad, esforzándose por la no existencia de barreras de acceso y por brindar el servicio con calidad, no sólo a los niños sino también a las gestantes. Para ello, se han desarrollado jornadas de capacitación con los equipos de salud, trabajo comunitario con padres, cuidadores y organizaciones y se han invertido recursos en equipos médicos e infraestructura.

Sobre las metas, el Plan Nacional igualmente ha formulado metas relacionadas con la desnutrición global, prevalencia de la anemia, lactancia materna y VIH infantil.

A pesar de lo anterior y con relación a la financiación, el Plan de Desarrollo Nacional, dice que "se debe contar con esquemas de financiación claros y estables, definidos por el MHCP y el DNP, así como con fuentes alternativas de financiación que garanticen mayores recursos para la operación de la estrategia "De Cero a Siempre", situación que en el municipio se observa como deficiente, si se tiene en cuenta que los recursos resultado del esfuerzo fiscal municipal resultan ser inferiores a los de la nación, tal como se observará en el capítulo de presupuesto de este informe, situación que afecta los avances hacia la meta de "todos saludables".

Igual comentario merece el hecho de que a la fecha de redacción del presente informe aún el municipio no ha logrado contar con la Política Pública de Primera Infancia.

Claridad debida • Calidad de vida!



En un nivel distinto y respecto a los mecanismos de articulación y coordinación intersectorial e interinstitucional dentro del municipio, este organismo de control considera, que una vez valoradas las cifras y resultados que se muestran a continuación, se puede colegir que existen deficiencias en tal sentido, es decir, deficiencias en todos los sectores del municipio tanto de quienes tienen que ver con las estadísticas, como de quienes gestionan recursos y operan las actividades dirigidas a atender la salud de la primera infancia.

Respecto al enfoque territorial de participación de públicos y privados, se observó que a pesar de que la primera infancia es tenida en cuenta dentro de sus programas, existen deficiencias en la atención y coberturas. Las quejas sobre prestación del servicio se concentran alrededor de la Entidades promotoras de Salud E.P.S, tanto del régimen contributivo como subsidiados.

6 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN EL MUNICIPIO DE CALI-2012

6.1. Aspectos generales

En virtud de la exigencia de contar con un diagnóstico situacional se expidió el documento "Situación de la Primera Infancia, Infancia, Niñez y Adolescencia del Municipio de Cali al 2011". Los datos expuestos en este capítulo corresponden a esta publicación:

Población de Niños, Niñas y Adolescentes por Ciclo Vital y Genero – 2011

Ciclo Vital	Hombres	%	Mujeres	%	Total	% por Ciclo Vital
Primera Infancia	108.499	31,9	103.558	31,4	212.057	31,7
Infancia	110.293	32,4	108.289	32,9	218.582	32,7
Adolescencia	121.331	35,7	117.494	35,7	238.825	35,7
Total	340.123	100,0	329.341	100,0	669.464	100
% por Género		50,8		49,2		100

Fuente: Cálculos según proyecciones Censo DANE

Con respecto a la discapacidad por ciclo vital la distribución es la siguiente:

Claridad debida • Calidad de vida!



Discapacidad por Grupo de Edad y Genero – Cali 2005

CALI - Total y Grupo de Edad	Total de personas			Total de Personas con Discapacidad			Grupo de Edad con Disc. / Total NNA con Disc. (%)	
	Total	Hombre	Mujer	Total	Relación Disc ap. /Sin Disc. (%)	Hombre		Mujer
Total	2.075.380	979.530	1.095.850	136.581	6,6	65.780	72.738	
0 a 4	171.759	87.454	84.305	4.447	2,6	2.359	2.088	24,1
5 a 9	190.779	96.791	93.988	6.141	3,2	3.285	2.856	33,3
10 a 14	197.994	99.900	98.094	7.834	4,0	4.067	3.767	42,5
Subtotal	560.532	284.145	276.387	18.422	3,3	9.711	8.711	

Fuente: Censo DANE 2005

Niños habitantes de la calle: El Censo DANE 2005 identificó que en Santiago de Cali 546 niños de primera infancia se encuentran expuestos a la calle.

Desplazamiento forzado: Según este diagnóstico y datos de Acción Social, en el 2014 en la ciudad existían 8.869 niños de primera infancia.

Etnias: De acuerdo con el diagnóstico, en Cali existían 404 niños en este rango de edad que pertenecían a etnias: Cabildo Yanaconas, le siguen en su orden, Nasa, Quichua, Kofan, Guambiano e Inga.

6.2. Comportamiento de los indicadores en el 2012

Mortalidad Materna: Desde el 1985 a 2010 existe una tendencia a la reducción, durante el período se ha presentado un promedio de 5 muertes maternas por año. En el 2011 se presentaron 9 casos, localizados 2 en la zona de ladera, 6 en oriente y 1 en centro. Las causas de muerte en la mayoría de los casos son por causas indirectas, es decir no asociadas al embarazo.

Claridad debida • Calidad de vida!



Mortalidad menores de un año: Esta tasa ha tenido un descenso. Entre 2008 y 2011 el descenso fue de 4 puntos, superior al observado entre 2003 y 2008. Para el año 2011 la tasa fue de 9 por 1000 nacidos vivos (270 defunciones de un año).

Mortalidad menores de cinco años: En la década 1990-1999 el descenso fue de 6.9 puntos y entre 2000 y 2009 la tasa se redujo en 2.2 puntos. En el 2010 se presentaron 11.8 casos por 1000 nacidos vivos y en el 2011 el registro fue de 10.9 por 1000 nacidos vivos.

Cinco primeras causas de mortalidad en menores de cinco años: Trastornos respiratorios y cardiovasculares, anomalías congénitas del corazón, malformaciones congénitas y neumonías (Datos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud Municipal). Para los casos de mortalidad perinatal, están las infecciones, asfixia, bajo peso al nacer, prematuridad, malformaciones congénitas y otras entre las que se encuentra deficiente calidad de la atención a la gestante y al recién nacido. El diagnóstico reconoce que la mortalidad perinatal continúa siendo una carga importante dentro de la mortalidad infantil en menores de un año.

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda E.D.A: El descenso de las consultas por este caso fue significativo entre el 2005 y 2010, de 23.191 se pasó a 20.464, sin embargo en el 2011 se reportaron 39.879 consultas por EDA en un total de 176.547 niños de primera infancia. Este incremento significó el 11.5% y correspondió al 22.5% del total de población. Para los casos de muerte por la misma causa, se reporta descenso de 92.2% en los últimos 20 años.

Morbilidad por enfermedad respiratoria aguda IRA: En el año 2010, La Secretaría de Salud Municipal reportó 59.453 consultas, mientras que en el 2011 85.004. Es decir, aumentó el número de casos, situación que la entidad explica por la inclusión de otras infecciones del tracto respiratorio tales como: asma, bronquitis, rinofaringitis, influenza, mastoiditis y problemas de garganta. La mortalidad por esta causa descendió en un 87.5% durante los últimos 15 años.

Desnutrición: Las fuentes de los indicadores del estado nutricional, la entidad las retoma de las encuestas nacionales 2005 y 2010 y del Sistema de Vigilancia Nutricional en menores de cinco años y gestantes, aunque se aclara que existen diferencias en ambos resultados. Al respecto, las ENDS observan que la

Claridad debida • Calidad de vida!



prevalencia de Cali para DNT crónica es 6.2% mientras que para el SISVAN es 5%. Para el caso de desnutrición aguda la diferencia entre la ENDS y el SISVAN es leve, 1.71% y 1.1% respectivamente. En ambos casos las cifras son menores al nivel nacional y departamental.

Lactancia materna: En el 2010 las ENDS en el municipio de Cali reportaron que el 60% inició lactancia en la primera hora del nacimiento, mientras que sólo en un tiempo inferior a un mes reciben lactancia exclusiva.

Mujeres gestantes con anemia nutricional: El SISVAN reporta que en el 2008 la prevalencia fue de 8% en el primer trimestre y aumentó al 22% en el tercer trimestre.

Bajo peso al nacer: Este porcentaje también se ha visto aumentado del 8.81 en el 2005 se pasó al 9.66 en el 2010.

Vacunación: El porcentaje está por encima del 95%.

Mujeres gestantes que asistieron a control prenatal y se practicaron la prueba de VIH: Tanto para el control como para la prueba, el indicador ha aumentado, en el 2005 asistieron a control 36.923 y 4.0633 se practicaron la prueba. En el 2010 fueron al control 39.534 y 5.083 se practicaron la prueba.

En cuanto a la transmisión materno infantil el número de casos ha descendido, de 2 presentados en el 2005 se pasó a 1 en el 2010.

Gestantes con sífilis: En el 2005 se diagnosticó 274 mujeres y en el 2010, 377 (SIVIGILA).

Sífilis congénita: En el 2005 hubo 115 casos y en el 2010 se presentaron 91.

Controles de crecimiento y desarrollo: En el 2005 el número de consultas fue de 98.721 y en el 2010 se aumentó a 94.519.

Coberturas de agua, saneamiento básico y agua potable: En el 2010 el agua en el sector urbano es de 90.9% y en el rural 84%; el saneamiento básico es de 89.9%

Claridad debida • Calidad de vida!



7 DIAGNÓSTICO Y RESULTADOS EN SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA PLAN DE DESARROLLO CALIDA 2012-2015 CON CORTE A DICIEMBRE DE 2014

Estructuralmente, el plan tiene en cuenta todos los temas del diagnóstico, sin embargo al momento de la ejecución, los esfuerzos consignados en el plan no logran mejorar de manera substancial las cifras o datos críticos obtenidos en algunos temas, tal es el caso de la lactancia, en otros casos los indicadores no tienen mayor avance, es decir sólo cumplen con las exigencias mínimas, situación que se puede verificar en la tabla de comparación de indicadores del numeral 8.

Esto no significa que no se reconozcan por parte de este organismo de control los resultados obtenidos, lo que se quiere manifestar es que no deben interpretarse como satisfactorios u óptimos los resultados, dado que las aspiraciones del Plan Decenal de Salud y el Plan de Desarrollo "Prosperidad para todos" aluden a la universalidad y sostenibilidad de la salud lo cual implica grandes retos tanto en la prestación del servicio como en la calidad de la atención.

El plan territorial se encuentra estructurado en seis líneas estratégicas: Equidad para todos, Bienestar para todos, Prosperidad para todos, Un entorno amable para todos, Proyección global para todos y Buen gobierno para todos.

Para el tema objeto de este informe, sólo se mencionarán las líneas cuyo desarrollo son de responsabilidad de la Secretaría de Salud Pública Municipal y que específicamente conciernen a la primera infancia, evaluando el avance de las metas propuestas a 2014, de acuerdo con el Informe de Gestión de la Secretaría Pública Municipal de Cali, seguimiento a metas del Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud de Enero de 2015.

Claridad debida • Calidad de vida!



Línea 1 **Equidad para todos**
Componente Intervención social
Programa Promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades con niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Indicadores	Meta 2014	Resultados	%
Mortalidad infantil comunas 1-3-13-14-15-20	*1		
Partos en menores de 20 años en comunas 13-15-20-21	*2		
Implementar el componente comunitario AIEPI en 43 organiz.	43	43	100
Implementar el componente clínico AIEPI en 43 IPS de los TIO	43	43	100
Cobertura de vacunación por grupos de edad y por biológico en comunas priorizadas mediante monitoreo rápido (4 al año)	97%	99.5%	100

*Indicador de resultado, los otros corresponden a indicadores de producto del programa

***1** Para el indicador de resultado de mortalidad infantil, la meta a 2015 es tener una tasa entre el 11.4 y 14.1 para todas las comunas. De acuerdo con el Plan Indicativo, se observa que al 2014 todas estas comunas han tenido un importante descenso en comparación con el 2011. La comuna 1 pasó de 16.4 a 13.1; la comuna 3 de 14.8 a 6.0; la comuna 13 de 12.5 a 8.1; la comuna 14 de 12.6 a 8.2; la comuna 15 12.7 a 6.9; la 20 de 13.3 a 3.8 y la comuna 21 de 16.0 a 11.5.⁶

***2** Los partos en menores de 20, la meta a 2015 está entre 22.6 y 27.7. Aunque los casos de embarazo se han reducido en estas comunas, sólo en las comunas 15 y 20 los casos disminuyeron de manera importante e incluso están por debajo del número esperado para el 2015.⁷

En el embarazo adolescente, el informe "Cómo Vamos en Primera Infancia"⁸ manifiesta que en Cali durante el 2013 se presentó el 1.87 de embarazo en jóvenes entre 10 y 14 años y 51.49 en adolescentes entre 15 y 19 años, este dato fue mayor que en ciudades como Bogotá con el 1.42 para el primer caso y Manizales con 1.19 y 49.03 para ambos casos. Los datos muestran una disminución del embarazo adolescente, pero lo observable es que el 74% de estos casos se concentró en 4 comunas de estratos socioeconómicos bajos.

⁶ Plan Indicativo 2012-2015

⁷ Ibid

⁸ El Informe Primera Infancia Cómo Vamos evaluó el comportamiento de los indicadores de bienestar en la primera infancia para 7 ciudades colombianas: Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga y Manizales. Publicado en Cali junio 10 de 2015.

Respecto al AIEPI, aunque la autoridad sanitaria, cumplió con la meta de los componentes clínico y comunitario del AIEPI previstos a 2014, aún existen instituciones de salud tanto de la Red Pública, como las privadas y en los regímenes contributivo y subsidiado que a esta fecha presentan desarrollos incipientes de la estrategia, véase por ejemplo los resultados por componentes de la Red de Salud Pública:

Evaluación del Componente Clínico de la Estrategia AIEPI Cali 2014

E.S.E.	TOTAL	APROPIADA	%	MEDIANA	%	INCIPIENTE	%
LADERA	28	21	75	5	18	2	7
NORTE	17	3	18	13	76	1	6
CENTRO	15	5	33	10	67	0	0
SURORIENTE	4	2	50	1	25	1	25
ORIENTE	14	1	7	7	50	6	43
TOTAL	78	32	41	36	46	10	13

Fuente: Informe proceso de implementación de atención integral al niño - ESTRATEGIA AIEPI Vigencia 2014, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Evaluación del Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI Cali 2014

E.S.E.	TOTAL	APROPIADA	%	MEDIANA	%	INCIPIENTE	%
LADERA	28	10	36	14	50	4	14
CENTRO	15	8	53	7	47	0	0
NORTE	17	9	53	7	41	1	6
SURORIENTE	4	2	50	1	25	1	25
ORIENTE	14	10	71	0	0	4	29
TOTAL	78	39	50	29	37	10	13

Fuente: Informe proceso de implementación de atención integral al niño ESTRATEGIA AIEPI - VIGENCIA 2014, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Los dos cuadros muestran que los resultados para los componentes clínico y comunitario, en todas las redes con excepción de Centro, algunas de sus IPS presentaron desarrollo incipiente.

Claridad debida • Calidad de vida!



Respecto a las E.P.S, de acuerdo con el informe A.I.E.P.I 2014, expedido por la entidad, se muestra que se brindó asistencia técnica a 7 entidades promotoras de salud E.P.S, 5 corresponden al régimen contributivo y 2 al subsidiado.

Se realizaron dos evaluaciones sobre el proceso de implementación de la Estrategia AIEPI, encontrándose que Coomeva tiene un mayor desarrollo de la estrategia, mientras que en SOS el desarrollo se califica como incipiente dado que no cuenta con una política de atención materno infantil, ni un plan operativo, como tampoco con la sistematización de los registros AIEPI. Del régimen contributivo, EMSSANAR tiene mayor desarrollo en comparación con Coosalud.

Las cifras son llamativas si se tiene en cuenta que del progreso y consolidación de la estrategia depende el descenso en indicadores tan importantes como la morbilidad y mortalidad infantil.

Línea 2 Bienestar para todos
Componente Cali vital
Programa Servicios individuales y colectivos eficientes

Indicadores	Meta 2014	Resultados	%
Casos de mortalidad materna*	*1		
Mortalidad infantil menores de 5 años*	*2		
Gestantes que ingresaron al control prenatal en el primer trimestre meta 65%	65%	66%	100
Gestantes que asisten a 4 controles prenatales o más	95%	93%	98%

*Indicador de resultado, los otros corresponden a indicadores de producto del programa.

*1 La meta a 2015 de casos de mortalidad materna es de 32, entre el 2012 y 2014 se han presentado 27 casos.

Comparado por ciudades, la razón de mortalidad materna en el 2013 fue mayor en ciudades como Cartagena, Bogotá y Manizales, sin embargo el riesgo de morir una mujer durante el embarazo es menor en Medellín, Barranquilla y Bucaramanga.

*2 La mortalidad infantil en menores de 5 años 2015 tiene como meta 8.5, en el 2012 fue de 11.6, en el 2013 fue de 11.3 y en el 2014 de 8.9.

Claridad debida • Calidad de vida!



A 2013 la mortalidad infantil en Cali tuvo una tasa de 10.59, mayor que Bucaramanga con 10.55, pero inferior a Bogotá con 11.62 y Medellín con 10.74.

El SISVAN MATERNO⁹ mostró en la evaluación de todas las ESEs, que la edad gestacional promedio de ingreso fue en el 4 y 5 mes de embarazo, otras al inicio y otras que superaron las 43 semanas que dura el embarazo. El 25% iniciaron el control en el octavo mes. Situación que en opinión del Centro de Estudios es preocupante en razón de los riesgos en la madre-hijo.

Línea 2 Bienestar para todos
Componente Cali vital
Programa Seguridad alimentaria

Indicadores	Meta 2014	Resultados	%
Instituciones Prestadoras de Salud de la Red Pública en la que se implementa el sistema de Vigilancia Nutricional Materno Infantil	63	63	100

Desde el punto de vista cuantitativo, el indicador demuestra que se alcanzó la meta de IPS que implementan el sistema de vigilancia nutricional materno. Sin embargo el informe del SISVAN MATERNO encontró por ejemplo que las gestantes presentan una reducción en la hemoglobina. En 11.426 el promedio fue de 12.63 pero el dato es menor en el segundo y tercer trimestre del embarazo, lo que hace exigible el consumo de hierro.

Sobre la historia clínica de las gestantes, se evidenció deficiencias en el diligenciamiento de los registros, por ejemplo frente a las patologías, discapacidad y riesgo materno. El 53% de las gestantes tienen riesgo prenatal a causa de la mal nutrición, por lo que se recomendó tener en cuenta el factor, dada su influencia en el bienestar y salud del feto.

⁹ Sisvan Materno elaborado por el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública – CEDETES Universidad del Valle 2014.

Línea 2 Bienestar para todos
Componente Cali, un territorio que avanza hacia el desarrollo social
Programa Atención integral a la primera infancia

Indicadores	Meta 2014	Resultados	%
Meses de lactancia materna exclusiva*	*1		
Coberturas útiles de vacunación en niños de 1 año y menores de 1 año*	*2		
IPS que trabajan con el decálogo IAMI	15	16	100
Cobertura de vacunación por grupos de edad y biológicos mediante monitoreos rápidos.	96	99.3	100
Entidades vacunadoras del PAI cumplen con lineamientos nacionales del programa	95%	95%	100
Recién nacidos en las IPS que son amamantados en la primera hora de nacimiento.	77%	77%	100

*1 La meta a 2015 de la lactancia materna es de aumentar a 2.5 meses. Los resultados muestran que en el 2012, 2013 y en el 2014 fue de 0.8 meses. Estos datos indican que el resultado se encuentra alejado de la meta. Para el caso de la lactancia en la primera hora de nacidos la meta a 2015 es de 80%. Según el SISVAN infantil en las ESEs, el 53.4% de los niños evaluados (13.150) tuvieron lactancia materna exclusiva, es decir dada por la madre o mixta acompañada de otros alimentos. En menores de 2 años (10.507 niños); no recibieron lactancia materna exclusiva 5.974 niños, es decir el 56.9%; mientras que, sí la recibieron 1.909 niños 18.2% y 2.624 niños (25%) recibieron lactancia materna mixta. Para niños entre 2 y 5 años, la ingesta de lactancia materna exclusiva está en el 23.2%.

*2 La meta a 2015 de las coberturas útiles en vacunación en niños de 1 año y menores de 1 año es de 95, a 2014 se obtiene un resultado de 98.2.

COBERTURA DEL ESQUEMA DE VACUNACION DEL PAI

BIOLOGICO	2011	2012	2013	2014
POLIO	102.8%	101.6%	103.4%	102.6%
DPT (DIFTERIA-POLIO-TETANO)	103.6%	101.4%	99.7%	97.8%
BCG	100.7%	103.6%	100.8%	98.5%
HEPATITIS B	103.6%	101.4%	99.7%	97.8%
HAEMOPHILUS	100.7%	102.3%	99.7%	107.8%
ROTAVIRUS	114.5%	101.5%	100%	98.3%
TRIPLE VIRAL (SARAMPION, RUBEOLA PAPERAS) UN AÑO	102.5%	102%	100.5%	98.2%
NEUMOCOCO	48.8%	101.1%	100%	98.1%
FIEBRE AMARILLA	100.5%	103.4%	100.6%	98.7%
TRIPLE VIRAL - 5 AÑOS	98.2%	103.1%	102.2%	98.7%
HEPATITIS A	se empezó a aplicar en el 2013		96.4%	97.9%

Fuente: Programa PAI – SSPM/Cali.

Claridad debida • Calidad de vida!



Cuantitativamente la vacunación en Cali aumentó, sin embargo no ocurre lo mismo con la oportunidad con que se deben aplicar las vacunas, pues este indicador está por debajo del 95% "lo que indica que la asistencia a centros de vacunación se hace un mes después de cumplir la edad para la aplicación del biológico a excepción de la vacunación del recién nacido que es oportuna"¹⁰

De acuerdo con el Informe "Primera Infancia Cómo Vamos" la cobertura de vacunación DPT3 y Triple Viral 2013, Cali está por encima de las metas propuestas de 95% en el PAI, colocándose en mejor lugar que Bogotá y Medellín, pero ocupa el tercer lugar después de Bucaramanga y Cartagena, en el caso de Bucaramanga las cifras reportan el 150.30% para las tres dosis de DPT3 en menores de un año y 143.50% de Triple Viral en menores de un año.

Línea 4 Un entorno amable para todos
Componente Servicios públicos
Programa Agua y saneamiento básico

Indicadores	Meta 2014	Resultados	%
Sistemas de tratamiento de agua residual en el área rural	14	10 PTARD	71
Sistemas de suministro de agua potable en el área rural	28	30	100

Si bien es cierto, se presenta un cumplimiento en la meta de 71%, la formulación de la meta se considera baja, es decir que tratándose de agua potable, las metas se esperaba fueran más ambiciosas, dado que en el área rural se concentra la mayor población en situación de vulnerabilidad.

En términos generales el Plan de Desarrollo "Calida, una ciudad para todos" atiende lo programado en sus metas, sin embargo algunos indicadores importantes como lactancia materna, embarazo adolescente, control prenatal, vigilancia nutricional materno infantil y sífilis congénita han tenido un comportamiento que no alcanza la meta o se encuentran alejados de la meta a 2015.

¹⁰ Informe de Gestión Alcaldía de Santiago de Cali 2014. Capítulo "Resultado de la aplicación integral de la Política IAMI en 15 IPS de Cali, públicas y privadas autoevaluada en 10 factores.



8 COMPARACION INDICADORES PLAN DE DESARROLLO CALIDA, PLAN NACIONAL Y OBJETIVOS DEL MILENIO

NOMBRE	META 2015	Result. 2012	Result. 2013	Result.2014
COMPONENTE COMUNITARIO ESTRATEGIA AIEPI*	49		30	43
COMPONENTE CLINICO ESTRATEGIA AIEPI EN IPS DE TIOS*	50		40	43
CASOS DE MORTALIDAD MATERNA***	32	15	4	8
MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS***	8.5 TASA DE CADA 1000 N. V.	11.6	11.3	8.9
TASA DE MORTALIDADEN MENORES DE UN AÑO ***	7 DE CASA 1000 N.V.	9.3	9.2	7.4
GESTANTES QUE INGRESARON A CONTROL PRENATAL* EN EL PRIMER TRIMESTRE	75%	60%	62%	66%
GESTANTES QUE ASISTEN A 4 CONTROLES PRENATALES O MAS***	90%	93%	94%	93%
IPS EN LA QUE SE IMPLEMENTA EL SISTEMA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL MATERNO INFANTIL*	75	40	50	63
MESES DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**	3.8	0.8	0.8	0.8
COBERTURAS UTILES DE VACUNACION EN NIÑOS DE UN AÑO Y MENORES DE UN AÑO***	95.0	101	96.4	97.9
COBERTURA DE VACUNACION EN EL PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN MENORES DE CINCO AÑO***	95%	103.1%	102.2%	98%
IPS QUE TRABAJAN CON EL DECALOGO IAM!*	20	8	12	6
COBERTURA DE VACUNACION POR GRUPOS DE EDAD Y BIOLÓGICOS MEDIANTE MONITOREOS RÁPIDOS*	97%	98.8%	99.2%	99%
ENTIDADES VACUNADORAS DEL PAI CUMPLEN LINEAMIENTOS NACIONALES DEL PROGRAMA*	95%	95	96	98
RECIEN NACIDOS EN LAS IPS QUE SON AMAMANTADOS EN LA PRIMERA HORA DE NACIMIENTO*	80%	67.7	74.8	77.2
SISTEMA DE SUMINISTRO DE AGUA POTABLE EN EL AREA RURAL*	72%	72	72	77
PREVALENCIA DE DESNUTRICION GLOBAL O BAJO PESO PARA LA EDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS**	2.6%	5.5%	5.4%	5.2%
PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA O RETRASO EN TALLA EN MENORES DE CINCO AÑOS**	8%	6.6%	6.6%	7.7%

Claridad debida • Calidad de vida!



NOMBRE	META 2015	Result. 2012	Result. 2013	Result.2014
PORCENTAJE DE NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER**	Menor de 10%	9.5%	9.1%	8.5%
PORCENTAJE DE ATENCION INSTITUCIONAL DEL PARTO ***	95%	99.7	99.7	99.7
PORCENTAJE DE ATENCION DEL PARTO INSTITUCIONAL DEL PARTO POR PERSONAL CALIFICADO***	95%	99.7%	99.7%	99.7%
DETENER EL CRECIMIENTO DE EMBARAZO ADOLESCENTE***	POR DEBAJO DEL 15% (5)	19%	20%	18%
TRANSMISIÓN MATERNO PERINATAL DEL VIH***	MENOR 2%	0	0	5.1%(2 casos)
SIFILIS CONGENITA***	MENOS 0.5 CASOS	4.5	4.7	4.8
SIFILIS GESTACIONAL*		1.27%	1.16%	1.46%

* Indicadores Plan Calida

** Indicadores compartidos con el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014

*** Indicadores compartidos con los Objetivos del Milenio (CONPES 91)

Para el VIH Perinatal resultados del quinquenio 2005-2010 Y 2010-2015: en el primer período se presentaron 5 casos de niños positivos frente a 248 casos de niños expuestos (madre con VIH), para el segundo período 2 casos frente a 235 casos de niños expuestos, este último dato es parcial, dado que el diagnóstico se confirma a los 18 meses.

De acuerdo con el Informe "Primera Infancia Cómo Vamos" se muestra que a Cali le va bien en vacunación, donde se obtuvo mejores cifras frente a ciudades como Bogotá y Medellín. Más no ocurre lo mismo con la mortalidad materna que en Cali registró 25.46, es decir el doble de Bucaramanga donde el dato fue de 10.77 muertes durante el embarazo o parto.

Claridad debida • Calidad de vida!



9 OTRAS SITUACIONES EN SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA

EVENTOS PREVALENTES DE LA INFANCIA

EVENTO	CONSULTAS 2012	CONSULTAS 2013	CONSULTAS 2014
NEUMONIA	6976	5270	4171
ASMA Y BRONQUITIS	6897	5714	5062
BRONQUIOLITIS	5618	4586	4276
RINOFARINGITIS AGUDA	40430	39764	37490
INFLUENZA (GRIPA)	538	339	190
LARINGOTRAQUEITIS O CRUP	1059	681	522
PROBLEMAS DEL OIDO	7389	8366	7398
PROBLEMAS DE LA GARGANTA	9024	10119	10093
TUBERCULOSIS	127	61	59
DIARREA AGUDA	24810	23345	20972
DIARREA PERSISTENTE			
DIARREA DISENTERICA			
FIBRE NO ESPECIFICADA	25840	21329	16554
MALARIA	0	0	0
DENGUE	353	1635	613
MENINGITIS	101	62	451
SOSPECHA DE SARAMPION	0	0	0
SEPTICEMIA Y BACTEREMIA	49	7	23
MALTRATO (físico y emocional, negligencia, abandono)	470	171	51
ABUSO SEXUAL	61	32	72
LESIONES DE CAUSA EXTERNA	16475	13803	14262
ANEMIA	2423	2005	1787
OBESIDAD	1614	1789	2312
PROBLEMAS DEL DESARROLLO	2191	3106	3454
VARICELA	788	651	1123
EPILEPSIA	350	183	233
CANCER (LEUCEMIA)	12	16	127
VIH SIDA	7	7	31
SALUD BUCAL (Consultas de primera vez)	No disponible	No disponible	38.322

Fuente: Reporte de Morbilidad ESE, EPS - Atención al Niño - SSPM/Cali.

Claridad debida • Calidad de vida!



Cinco primeras causas de muerte en menores de cinco años Municipio de Cali 2012-2014

CAUSAS	2012	2013	2014	TOTAL
OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL	71	67	64	202
MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL CORAZÓN Y DEL SISTEMA CIRCULATORIO	65	55	46	166
TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES	51	33	33	117
LAS DEMÁS MALFORMACIONES CONGÉNITAS	38	22	39	99
NEUMONÍAS	28	18	22	68

Fuente: Base de Mortalidad - Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

El estudio de "Cómo Vamos en Salud Primera Infancia" registra que a pesar de tener Cali una de las tasas más bajas del país en menores de 5 años (10.59 muertes por cada 1000 nacidos vivos) en el 2013, el 63% murieron por causas evitables, el resultado es mayor que en Bucaramanga con 60.20%, Medellín 56.76, Manizales 56.60% y Bogotá 56.17%.

9.1. INFANCIA Y DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD Y SISBEN 2014

Edad	Ninguna	Ceguer a total	Sorder a total	Mude z	Dificulta d para moverse o caminar por sí mismo	Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo	Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía	Dificulta d para entender o aprender	Total general
0	3400							2	3402
1	7162	1	1		5	2		9	7187
2	9560	1	1	1	12	4	1	16	9609
3	10718	3	3	1	20	6	2	13	10783
4	11702	9	9	1	22	9	1	11	11776
5	18547	5	5		20	6	8	31	18652
T	61089	19	19	3	79	27	12	82	61409

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Santiago de Cali

Según un estudio¹¹ realizado por la Universidad ICESI, en el que se entrevistaron 97 acudientes de niños de primera infancia en Cali, el 91.7% refirió tener el esquema de vacunación completo de acuerdo con la edad de los niños, quienes no lo tenían sus cuidadores dijeron que la falta de dinero, la dificultad en el acceso

¹¹ Análisis Situacional de la Primera Infancia con Discapacidad en los Municipios de Cali y Tuluá. Universidad ICESI, Cali noviembre de 2013.

de servicios y el desconocimiento eran la causa de esta situación. El 83.3% asistió a programas de control, crecimiento y desarrollo, mientras que el 11.7% no asistieron. Las razones en general son las mismas. El 66.7% tenían diagnóstico nutricional, de los cuales el 15.6% tenían desnutrición. En atención oral sólo el 55% ha recibido tratamiento. El 32% tuvieron valoración auditiva y el 68.3% valoración visual. El 90% ha recibido atención médica especializada acorde con la discapacidad. El 13.3% no ha recibido servicios de rehabilitación integral. El 26.7% se le ha negado algún servicio de salud, principalmente de medicina especializada, por lo que han tenido que recurrir a la tutela.

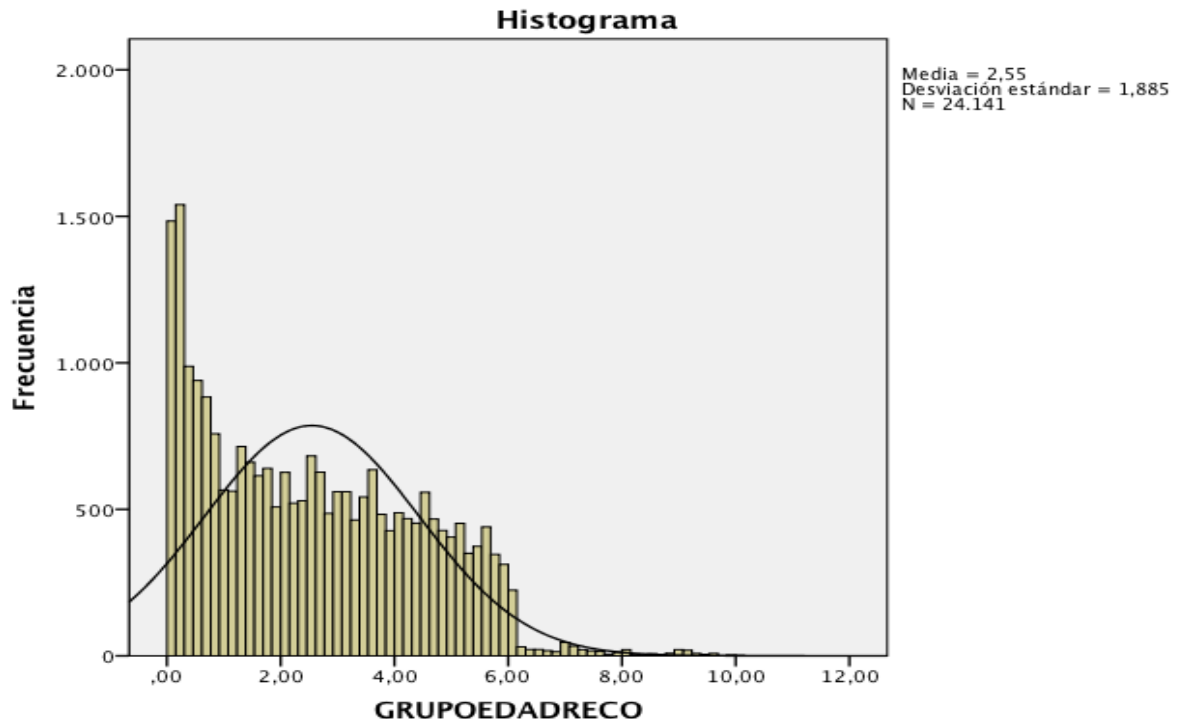
9.2 SISTEMA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL: SISVAN INFANTIL 2014

Durante la vigencia del 2014, CEDETES realizó la evaluación, depuración, procesamiento y análisis de los datos correspondientes a los registros mensuales del año 2014 de los niños que asisten a crecimiento y desarrollo en la red de IPS públicas que prestan sus servicios a las cinco E.S.E (Oriente, Norte, Sur Oriente y Centro) con excepción de la ESE Ladera, cuyo datos no fueron aportados. A continuación se muestran otros resultados importantes relacionados con el estado nutricional de los niños:

Claridad debida • Calidad de vida!



Distribución de frecuencias de la variable edad discreta para menores de 10 años atendidos en el programa de Crecimiento y Desarrollo de la red de IPS



Fuente: SISVAN INFANTIL 2014-SSPM-CEDETES

El gráfico muestra que de los registros de 24.621 niños entre 0 y 10 años, la mayor concentración se presenta en los rangos de edad más bajos, específicamente hasta los dos años, de allí en adelante se observa un descenso significativo de la asistencia a los programas de crecimiento y desarrollo, especialmente en un tramo de edad que vale la pena mencionar, como lo es entre los 2 y los 6 años, situación que es preocupante, si se tiene en cuenta que en esta edad es cuando se consolidan aspectos relacionados con el desarrollo físico y cognitivo del ser humano.

Claridad debida • Calidad de vida!

Distribución de frecuencias de la variable grupo étnico para niños y niñas menores de 10 años atendidos en el programa de Crecimiento y Desarrollo de la red de IPS públicas de las ESE de la ciudad de Cali. 2014

ETNIA	ESTADÍSTICA	EDAD RECODIFICADA			Total
		Menores de 2 años	De 2 a 5 años	De 5 a 10 años	
Afrodescendiente	Frecuencia	2269a	2272b	671a, b	5212
	% dentro de Etnia del menor	43,50%	43,60%	12,90%	100,00%
	% dentro de EDAD RECO	22,60%	24,10%	23,50%	23,30%
	% del total	10,20%	10,20%	3,00%	23,30%
Blanca	Frecuencia	17a	4b	6a	27
	% dentro de Etnia del menor	63,00%	14,80%	22,20%	100,00%
	% dentro de EDAD RECO	0,20%	0,00%	0,20%	0,10%
	% del total	0,10%	0,00%	0,00%	0,10%
Indígena	Frecuencia	61a	100b	32b	193
	% dentro de Etnia del menor	31,60%	51,80%	16,60%	100,00%
	% dentro de EDAD RECO	0,60%	1,10%	1,10%	0,90%
	% del total	0,30%	0,40%	0,10%	0,90%
Mestiza	Frecuencia	7550a	6863b	2071b	16484
	% dentro de Etnia del menor	45,80%	41,60%	12,60%	100,00%
	% dentro de EDAD RECO	75,30%	72,70%	72,60%	73,80%
	% del total	33,80%	30,70%	9,30%	73,80%
Mulata	Frecuencia	9a	1b	1a, b	11
	% dentro de Etnia del menor	81,80%	9,10%	9,10%	100,00%
	% dentro de EDAD RECO	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%
	% del total	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Otro	Frecuencia	7a	2a	0a	9
	% dentro de Etnia del menor	77,80%	22,20%	0,00%	100,00%
	% dentro de EDAD RECO	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%
	% del total	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Palenquera de San Basilio	Frecuencia	3a	8a	3a	14
	% dentro de Etnia del menor	21,40%	57,10%	21,40%	100,00%
	% dentro de EDAD RECO	0,00%	0,10%	0,10%	0,10%
	% del total	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%
Raizal	Frecuencia	82a	141b	53b	276
	% dentro de Etnia del menor	29,70%	51,10%	19,20%	100,00%
	% dentro de EDAD RECO	0,80%	1,50%	1,90%	1,20%
	% del total	0,40%	0,60%	0,20%	1,20%
ROM	Frecuencia	35a	51b	16a, b	102
	% dentro de Etnia del menor	34,30%	50,00%	15,70%	100,00%
	% dentro de EDAD RECO	0,30%	0,50%	0,60%	0,50%
	% del total	0,20%	0,20%	0,10%	0,50%
Total	Frecuencia	10033	9442	2853	22328
	% dentro de Etnia del menor	44,90%	42,30%	12,80%	100,00%
	% dentro de EDAD RECO	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	% del total	44,90%	42,30%	12,80%	100,00%

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de EDAD RECO categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel .05.

Fuente: Consolidado SISVAN Infantil Cali. CEDETES-SSPM Diciembre 2014

El cuadro muestra la asistencia de los menores de distintos grupos étnicos a los programas de crecimiento y desarrollo: Mestizos 16.484 niños 73.8%; afrodescendientes 5.212 niños 23.3%, raizales o provenientes del departamento de San Andrés y Providencia 276 1.2%; indígenas con el 0.90% es decir 193 niños; ROM 102 niños o sea el 0.5%); blancos 27 niños que equivale a 0.1%; además de mulatos, palenqueros de San Basilio y otros en menor proporción.

Claridad debida • Calidad de vida!



El dato es relevante, puesto que con ello se demuestra que los servicios de salud a la primera infancia se prestan atendiendo el enfoque diferencial.

Consumo de complementos nutricionales: Esta variable sólo se evaluó en el 15.6% del total de niños, es decir 3.842, encontrando CEDETES que para los tres grupos de edad, sólo 95 niños y niñas o sea el 2.5% recibieron complementos nutricionales.

Morbilidad: Sobre la existencia de patología en el menor asistente al programa de control de crecimiento y desarrollo, el informe dice que se presentó un subregistro, de 24.621 niños se baja a 20.704. Sobre esta nueva base se evidenció que el 99.1% de los niños evaluados en los programas de crecimiento y desarrollo no presentaron ninguna patología, es decir que el 0.9% que representa a 186 niños, sí presentó alguna alteración en su estado de salud, siendo los menores de dos años y los de entre dos y los cinco años los que más presentaron alguna patología.

Resultados y mediciones indicadores antropométricos: Al relacionar las variables peso/talla, peso/edad e índice de masa corporal en los niños de primera infancia de las Redes de Salud, los resultados muestran que existen casos de retraso en talla, desnutrición global, desnutrición aguda y aguda severa y casos de sobrepeso. Así por ejemplo CEDETES encontró que en la Red Sur Oriente el 8.5% de los niños evaluados presentaron retraso en talla y que el indicador es más grave en los niños cuyas edades están entre los 12 y 23 meses cuyo porcentaje es de 14.5.

En los niños entre 2 y 5 años la mayor prevalencia de retraso en talla fue en Sur Oriente con un 12.9%.

Para las variables peso/edad, que indica peso bajo para la edad o desnutrición global, el estudio muestra que en niños hasta los dos años, la Red Centro presentó 5.8% y los casos más delicados estuvieron en los niños de cero a cinco meses. Igual ocurre con la Red Sur Oriente donde los más afectados son los niños de 0 a 5 meses.

Claridad debida • Calidad de vida!



Para los niños entre 2 y 5 años la prevalencia de desnutrición global severa fue mayor en la Red Norte con el 6.2%, pero el indicador asciende en los niños de 24 a 35 meses en la Red Oriente y sur Oriente.

En peso/talla, que revela los casos de desnutrición aguda y aguda severa, se observa que en niños menores de 2 años, la Red Sur Oriente tiene la mayor prevalencia con 12.8%, datos comparados con el resto de las ESEs que tienen menos de 4.3%.

En los niños con edades entre 2 y 5 años, los mayores casos se encontraron en la Red Sur Oriente con 15.2%, en comparación con los porcentajes arrojados por las otras ESEs cuyos resultados son menores de 4%. En la Red Centro no se observó casos de desnutrición aguda severa, aunque para aguda la prevalencia es de 1.8.

Con relación al índice de masa corporal, que relaciona el peso con la altura, las mayores prevalencias estuvieron en la Red Sur Oriente para ambos grupos de edad con 7.7% 0-2 años y 14.4% 2-5 años.

9.3 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A.P.S.

La caracterización de los menores de 5 años se centra en dos aspectos: Esquema completo de vacunación y asistencia al control de crecimiento y desarrollo, si estos aspectos se realizan de manera rigurosa por parte de los padres o cuidadores se tendrá garantizada la salud infantil.

Del trabajo de visitas realizado por A.P.S se identificaron 1745 niños menores de cinco años en el 2014.

De acuerdo con información suministrada por el área de A.P.S de la Secretaría de Salud, una vez se registra incumplimiento en algunos de los aspectos señalados, se realiza un plan de acción con la familia, al cual se le lleva su respectivo seguimiento. Todo ello acompañado de acciones de sensibilización, direccionamiento a servicios de salud y educación para la prevención en salud.

A continuación se muestran los resultados del seguimiento, tanto a indígenas como a territorios priorizados:

Claridad debida • Calidad de vida!



RELACION NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS INDIGENAS/ 2014-2015

CABILDO	TOTAL NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	NIÑOS CON PAI INCOMPLETO	NIÑOS SIN CONTROL C YD	NUMERO DE VISITAS DE SEGUIMIENTO	NIÑOS CON PAI AL DIA	NIÑOS CON CYD AL DIA
MISAK	14	0	0	30	14	14
NASA	90	0	14	160	90	10
YANACONA	56	0	0	135	56	56
INGA	42	0	0	100	42	42
QUICHUA	44	0	14	96	9	5

Fuente: Informe Atención Primaria en Salud-VIGENCIA 2014, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

RELACION NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS Red de Ladera/ 2014-2015

TERRITORIO PRIORIZADO	TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	NIÑOS CON PAI INCOMPLETO	NIÑOS SIN CONTROL C YD	NUMERO DE VISITAS DE SEGUIMIENTO	NIÑOS CON PAI AL DIA	NIÑOS CON CYD AL DIA
POLVORINES	112	7	10	92	4	2
PALMAS 1	112	2	5	162	En seguimiento	En seguimiento
EL ARBOL	112	1	2	69	En seguimiento	En seguimiento
ALTO JORDAN	112	4	5	125	2	En seguimiento
VISTA HERMOSA	112	6	5	9	En seguimiento	En seguimiento
TERRON COLORADO 1	112	8	6	95	7	6

Fuente: Informe Atención Primaria en Salud-VIGENCIA 2014, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Claridad debida • Calidad de vida!



RELACION NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS Red de Oriente / 2014-2015

TERRITORIO PRIORIZADO	TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	NIÑOS CON PAI INCOMPLETO	NIÑOS SIN CONTROL CYD	NUMERO DE VISITAS DE SEGUIMIENTO	NIÑOS CON PAI AL DIA	NIÑOS CON CYD AL DIA
CALIMIO DESEPAZ	74	2	12	83	1	7
MANUELA BELTRAN	121	13	18	236	10	5
ORQUIDEAS	137	3	27	72	2	3

Fuente: Informe Atención Primaria en Salud-VIGENCIA 2014, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

RELACION NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS Red de Norte / 2014-2015

TERRITORIO PRIORIZADO	TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	NIÑOS CON PAI INCOMPLETO	NIÑOS SIN CONTROL CYD	NUMERO DE VISITAS DE SEGUIMIENTO	NIÑOS CON PAI AL DIA	NIÑOS CON CYD AL DIA
FLORALIA	371	17	22	152	17	16
SIETE DE AGOSTO	124	5	5	196	5	En seguimiento

Fuente: Informe Atención Primaria en Salud-VIGENCIA 2014, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Los grupos Operativos de Atención Primaria en Salud actúan en coordinación con la Red de Salud Pública, remitiendo los casos de niños sin control de crecimiento y desarrollo o vacunación incompleta, lo que ha permitido una mayor adherencia de los usuarios a los programas de promoción y prevención. La población indígena es la que presentó menor adherencia.

No obstante el trabajo de atención primaria en salud, la información del SISVAN INFANTIL demuestra un descenso en la asistencia a las consultas de crecimiento y desarrollo.

9.4 VIOLENCIAS CONTRA LA PRIMERA INFANCIA

De acuerdo con el **Observatorio de Violencia Familiar de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali**, los siguientes datos corresponden a los casos de violencia contra niños de primera infancia ocurridos en Santiago de Cali en los años 2013 y 2014.

Claridad debida • Calidad de vida!



Violencias contra niños de 0 a 5 años de edad Cali año 2013
Distribución por Edad y por sexo del afectado(a)

Edad	Femenino	Masculino	Total general	%
<1 año	82	79	161	17%
1	76	63	139	15%
2	79	87	166	17%
3	87	80	167	18%
4	79	79	158	17%
5	80	81	161	17%
Total general	483	469	952	100%
% sexo	51%	49%	100%	

Distribución por tipo de violencia reportada y sexo del afectado(a)

Naturaleza	Femenino	Masculino	Total general	%
Violencia Sexual	102	30	132	14%
Privación y Negligencia	332	392	724	76%
Violencia Física	39	37	76	8%
Violencia Psicológica	10	10	20	2%
Total general	483	469	952	100%

Violencias contra niños de 0 a 5 años de edad Cali año 2014
Distribución por Edad y por sexo del afectado(a)

Edad	Femenino	Masculino	Total general	%
<1 año	87	112	199	17
1	77	102	179	15
2	109	113	222	19
3	119	94	213	18
4	103	72	175	15
5	101	84	185	16
Total general	596	577	1173	100
% sexo	51%	49%	100%	

Distribución por tipo de violencia reportada y sexo del afectado(a)

Naturaleza	Femenino	Masculino	Total general	%
Violencia Sexual	179	63	242	17
Privación y Negligencia	482	572	1054	74
Violencia Física	38	55	93	6
Violencia Psicológica	22	21	43	3
Total general	721	711	1432	100

Claridad debida • Calidad de vida!



El aumento en las cifras de violencias contra los niños exige una mayor intervención por parte del municipio y un esfuerzo más intenso acerca de la promoción de buenas prácticas de convivencia, aunque la entidad cuenta con la estrategia de Redes del Buen Trato, esta resulta insuficiente dadas las cifras presentadas por el mismo Observatorio de Salud.

9.5 ASEGURAMIENTO

Las siguientes tablas corresponden a información suministrada por el Departamento Municipal de Planeación de Santiago de Cali, que es la entidad competente de almacenar la estadística del municipio y ofrecer datos consolidados.

SISBEN 2013

Régimen	Nivel 1	Nivel 2
Ninguno	27.715	3.752
Instituto de los Seguros Sociales ISS (Nueva EPS)	245	94
EPS Subsidiada (ARS Administradora de Régimen Subsidiado	14.700	1.902
EPS Contributiva distinta a 1 o 2	4.582	1.872
Régimenes especiales (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Universidad Nacional, Ecopetrol, Magisterio).	195	48

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Santiago de Cali

SISBEN 2014

Régimen	Nivel 1	Nivel 2
Ninguno	29.366	4.682
Instituto de los Seguros Sociales ISS (Nueva EPS)	166	83
EPS Subsidiada (ARS Administradora de Régimen Subsidiado	13.637	2.008
EPS Contributiva distinta a 1 o 2	3.857	2.109
Régimenes especiales (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Universidad Nacional, Ecopetrol, Magisterio).	156	53

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Santiago de Cali

El Plan de Desarrollo de Santiago de Cali, dentro de la línea "Bienestar para Todos" tiene el programa de aseguramiento, que según el informe con corte a 2014 cumplió con 2700 personas aseguradas, cifra que supera lo programado para esa vigencia. Sin embargo la información del Departamento Municipal de Planeación muestra que durante el 2013 un total de 31.467 niños de primera

Claridad debida • Calidad de vida!



infancia no tenían ningún aseguramiento y que el dato aumentó en el 2014 a 34.048. Lo que comparado con el total de niños que corresponden a esa edad. (211.610) representaría el 14% en el 2013 y 16% en el 2014.

Uno de los fines primordiales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha sido el crear las condiciones de acceso para toda la población en todos los niveles de atención y son las entidades territoriales las responsable de fortalecer la afiliación y garantizar la atención de la población pobre no asegurada.

Una de las situaciones que más afecta las actividades dirigidas al aseguramiento es el desplazamiento, como también inconsistencias en las bases de datos única de afiliados BDUA ya sea por falta de actualización de las E.P.S. o de los mismos padres o cuidadores de los menores, es por ello que con el fin de reforzar el trabajo de afiliación, se han articulado la Secretaría de Salud, Las Empresas Sociales del Estado ESE y la Unidad de Víctimas tanto para la actualización como para la promoción de la afiliación.

Una vez evaluado todas las áreas que intervienen en la salud de la primera infancia, se puede decir, que el Municipio de Cali-SSPM y visto las deficiencias que se presentan en el comportamiento de algunos de los indicadores, los altos niveles de maltrato infantil, los casos de desnutrición de gestantes y niños, como también la presencia de niños sin aseguramiento; se puede decir que el municipio no está siendo efectivo en la solución de necesidades de este grupo etario.

Claridad debida • Calidad de vida!



9.6 PETICIONES POR SERVICIOS DE SALUD DEFICIENTES A NIÑOS 0-5 AÑOS

Motivo	2013	2014	TOTAL
Demora autorización de servicios	15	30	45
Relacionados con aseguramiento (Movilidad, traslado, retiro, reingreso o bajar de nivel)	8	31	39
Demora programación de actividades, procedimientos e intervenciones	14	15	29
Demora autorización de servicios por no contar con Red prestadora	7	6	13
Negación del servicio de salud	3	7	10
Incumplimiento a fallo de tutela	5	2	7
Perdida de continuidad en tratamiento por cambio de prestador	1	5	6
Falta de pertinencia en el servicio recibido	2	3	5
Demora en entrega de medicamentos	1	4	5
Barreras de acceso a usuarios de alto costo	1	2	3
Demora del caso por CTC	-	2	2
Presunción negligencia profesional	-	2	2
Otro	-	1	1
Demora autorización de medicamentos	1		1
Total	59	110	169

Fuente: Atención al usuario en salud S.A.C Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

Tal como lo registra el SAC, el número de derechos de petición por deficiencias en el servicio de salud a niños de primera infancia se incrementó de 59 a 110 entre el año 2013 y 2014, cifra que corresponde al 86%. Para el primer semestre de 2015 se registraron 97 derechos de petición que corresponde al 88% del total de 2014. El mayor número de las peticiones para ambas vigencias pertenecen a las entidades Emssanar con 37, Caprecom 29, Coomeva 15, Coosalud 15, S.OS. 14, Comfenalco 13, Nueva EPS 10 y no asegurados 10. El resto tienen menos de 6.

Según la Defensoría del Pueblo en el 2013 se presentaron 427 quejas, en el 2014 67 y en el caso de tutelas 19 y 13 en las vigencias respectivas. Las entidades son Emssanar, Coosalud, Coomeva, Caprecom, Hospital Carlos Carmona, Colmedica y S.O.S.¹²

Frente a las deficiencias en los servicios de salud, cabe anotar que una de las limitaciones de la entidad, como autoridad sanitaria en el Municipio de Santiago de Cali es que sus competencias se limitan a la vigilancia y control y a no a

¹² Oficio de 17 de noviembre de 2015 remitido a la Contraloría General de Santiago de Cali



sancionar, por lo que las mismas, en caso de no atender las observaciones de la Secretaría de Salud son remitidas a instancias superiores, en caso.

10 RECURSOS PARA LA PRIMERA INFANCIA

10.1 Análisis presupuestal de los ingresos y egreso de la Secretaría de Salud Pública Municipal vigencias 2014-2013

Para el presente análisis, en principio se debe tener en cuenta el contexto financiero total de la Secretaría de Salud, con el fin de evaluar su comportamiento en términos de crecimiento de la inversión, dado que una población que crece requiere de mayores recursos para su atención, no sólo de la población en general sino de la primera infancia como grupo vulnerable y objeto de este informe.

Ejecución de Ingresos Corrientes Totales – SSPM (cifras en pesos)

FUENTE	2014			2013		
	Ppto Definitivo	Recaudo	% Ejecuc	Ppto Definitivo	Recaudo	% Ejecuc
0-1201 Saneamiento Fiscal	25.898.158.380	25.898.158.377	100	18.765.279.081	18.765.279.081	100
0-1215 Otras rentas de salud	3.730.000	11.830.790	317.18	3.710.000	62.123.477	1.674
0-1223 Rifas y Clubes	4.223.000	-	-	3.500.000	13.282.000	379.49
0-1231 Venta servicios Salud-Zoonosis	454.448.000	407.644.779	89.70	439.614.000	448.518.856	102.03
0-2203 S.G.P. Sector Salud-Prestación a población	535.873.705	535.873.705	100	714.575.135	714.575.138	100
0-2204 S.G.P. S Salud-Salud Pública (PIC)	14.867.885.101	14.867.885.101	100	15.021.153.474	15.021.153.474	100
0-2205 S.G.P. Sector Salud-Sin situación de Fondo	9.270.431.816	9.115.528.651	98.33	9.094.008.060	8.797.675.556	96.74
0-2207 S.G.P. Régimen subsidiado SSF 11/12	114.897.856.502	114.897.373.663	100	95.868.542.414	95.868.467.444	100
0-2213 S.G.P. 12/12 Sector Salud-Prestación	821.296.712	821.296.712	100	1.122.607.092	1.122.607.092	100
0-2214 S.G.P. Salud Pública (PIC) 1	1.279.492.622	1.279.492.622	100	1.345.293.020	1.345.293.020	100
0-2217 S.G.P. Régimen subsidiado SSF 12/12	8.162.803.508	8.162.803.508	100	10.417.808.609	10.417.808.609	100
0-2302 S.G.P. Propósito General-Otros Sectores	267.338.000	267.338.000	100	2.654.934.721	2.654.934.721	100
0-2312 S.G.P.12/12 Propósito Gral. Otros	-	-	-	520.930.425	520.930.425	100
0-2501 S.G.P. Sector Agua Potable	4.585.030.208	4.585.030.208	100	4.609.466.173	1.709.487.241	37.09
0-2511 S.G.P. 12/12 Sector	-	-	-	1.145.419.000	85.613.476	7.47
0-2602 SGP Atención Integral Primera Infancia	-	-	-	500.000.000	500.000.000	100

Claridad debida • Calidad de vida!



FUENTE	2014			2013		
	Ppto Definitivo	Recaudo	% Ejecuc	Ppto Definitivo	Recaudo	% Ejecuc
0-3111 Etesa	440.183.741	2.116.524.423	480.83	5.633.208.346	6.118.986.609	108.62
0-3147 Fosyga SSF	248.681.695.113	248.681.695.113	100	229.232.292.442	229.232.292.442	100
0-3152 Fosyga SSF- población no asegurada	4.460.154.775	4.460.154.775	100	8.915.857.064	8.915.857.064	100
0-3160 Resol 1154/13 Tuberculosis	-	-	-	100.000.000	100.000.000	100
0-3161 ETESA S.S.F.	6.349.573.272	6.349.573.272	100	1.266.791.654	1.266.791.654	100
0-3162 Resol 01984/14 Tuberculosis	123.095.305	123.095.305	100	-	-	-
0-3163 Resol 2892/14 PAPSIVI	321.750.000	321.750.000	100	-	-	-
0-3201 Particip. Dptal. Régimen subsidiado	15.573.766.094	15.573.766.094	100	-	-	-
0-3208 Particip. Dptal. Subsd. S.S.F.	58.151.952.604	58.143.506.625	100	56.690.262.122	56.690.262.121	100
0-4148 Convenio 2133628/14 Fonade S.S.F.	2.928.774.526	-	-	-	-	-
0-7301 R.F. S.G.P- salud-subsidio ampliación	-	883.384.852	-	-	502.906.231	-
0-7302 R.F. S.G.P. Sec -Salud Pública	304.455.000	296.568.045	97.41	157.577.000	345.231.617	219.09
0-7303 R.F. S.G.P. Sector Salud- Prestación	126.263.000	169.774.452	134.46	224.977.000	199.290.994	88.58
0-7502 R.F. S.G.P. Agua potable SanBa	-	-	-	704.143.000	493.988.919	70.15
0-7602 R.F. Etesa	134.251.000	81.924.167	61.02	102.996.000	109.666.848	106.48
0-7809 R.F. otras rentas salud	284.771.000	328.548.009	115.37	-	288.040.224	-
0-7829 R.F. Venta servicios Salud-Zoonosis	47.952.000	76.313.135	159.14	33.843.000	48.433.151	143.11
4-2216 S.G.P. Conciliación de Aportes Patronales	-	30.339.170	-	-	31.019.727	-
Total Ingresos	518.977.204.984	518.487.173.553	99.91	465.288.788.832	462.390.517.211	99.38

Fuente: SSPM Cali

Elaboró: Comisión de Auditoría

Comparando la totalidad de ingresos de la SSPM para las vigencias 2013 y 2014, se evidenció en el presupuesto un incremento entre ambos periodos del 11.54%, y en cuanto a la ejecución de recaudo para la vigencia 2013 fue de 99.38% y para la vigencia 2014 el resultado es del 99.91%, es decir tuvo un incremento del 12.13%. Sin embargo en un análisis histórico del comportamiento del presupuesto, este incremento de 12.13% no resulta significativo frente al aumento de 2012 a 2013 que fue de 37%, pero decreció entre el periodo 2011 y 2012 donde se registro una variación del 9%.

Claridad debida • Calidad de vida!



A continuación hacemos una comparación de los presupuestos de ingresos y su ejecución de la SSPM desde los años 2011 hasta el 2014 para observar su comportamiento:

10.2 Comparación presupuestos de ingresos y su ejecución vigencias 2011 a 2014 SSPM (cifras en pesos)

	2014	2013	2012	2011
TOTAL PRESUPUESTO	518.977.204.984	465.288.788.832	345.284.802.702	277.167.771.374
VARIACION PORCENTUAL % ENTRE PERIODOS			25%	
			35%	
	12%			

Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

	2014	2013	2012	2011
TOTAL EJECUCION PRESUPUESTAL	518.487.173.553	462.390.517.211	338.338.413.314	310.937.325.405
VARIACION PORCENTUAL % ENTRE PERIODOS			9%	
			37%	
	12%			

Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

Como se puede observar el comportamiento entre el presupuesto y su ejecución es muy consecuente, sólo se presenta una diferencia en la ejecución entre el 2011 y 2012 la cual se califica como muy bajo con tan solo un 9% de incremento.

Con este panorama financiero se evidencia que la inversión en salud tiene una tendencia a la baja, lo que significaría una disminución tanto en la prestación y calidad de los servicios.

En el siguiente cuadro agrupamos los ingresos de la SSPM por las vigencias 2013 y 2014 por Fuentes:

Claridad debida • Calidad de vida!



10.3 Ejecución de Ingresos Corrientes Totales por Fuente – SSPM (cifras en pesos)

FUENTE	2014			2013		
	Ppto Definitivo	Recaudo	% Ejecuc	Ppto Definitivo	Recaudo	% Ejecuc
S.G.P.	155.118.726.174	155.912.688.689	100.51	144.101.435.123	140.330.983.684	97.38
RECURSOS PROPIOS	25.898.158.380	25.898.158.377	100.00	18.765.279.081	18.765.279.081	100.00
ETESA	6.924.008.013	8.548.021.862	123.45	7.002.996.000	7.495.445.111	107.03
FOSYGA	253.141.849.888	253.141.849.888	100.00	238.148.149.506	238.148.149.506	100.00
OTRAS RENTAS DE SALUD	292.724.000	340.378.799	116.28	7.210.000	363.445.701	5040.86
VENTA SERVICIOS DE SALUD	502.400.000	483.957.914	96.33	473.457.000	496.952.007	104.96
RESOLUCIONES	444.845.305	444.845.305	100.00	100.000.000	100.000.000	100.00
PARTICIPACION DEPARTAMENTAL	73.725.718.698	73.717.272.719	99.99	56.690.262.122	56.690.262.121	100.00
FONADE	2.928.774.526	0	0.00	0	0	0.00
Total Ingresos	518.977.204.984	518.487.173.553	99.91	465.288.788.832	462.390.517.211	99.38

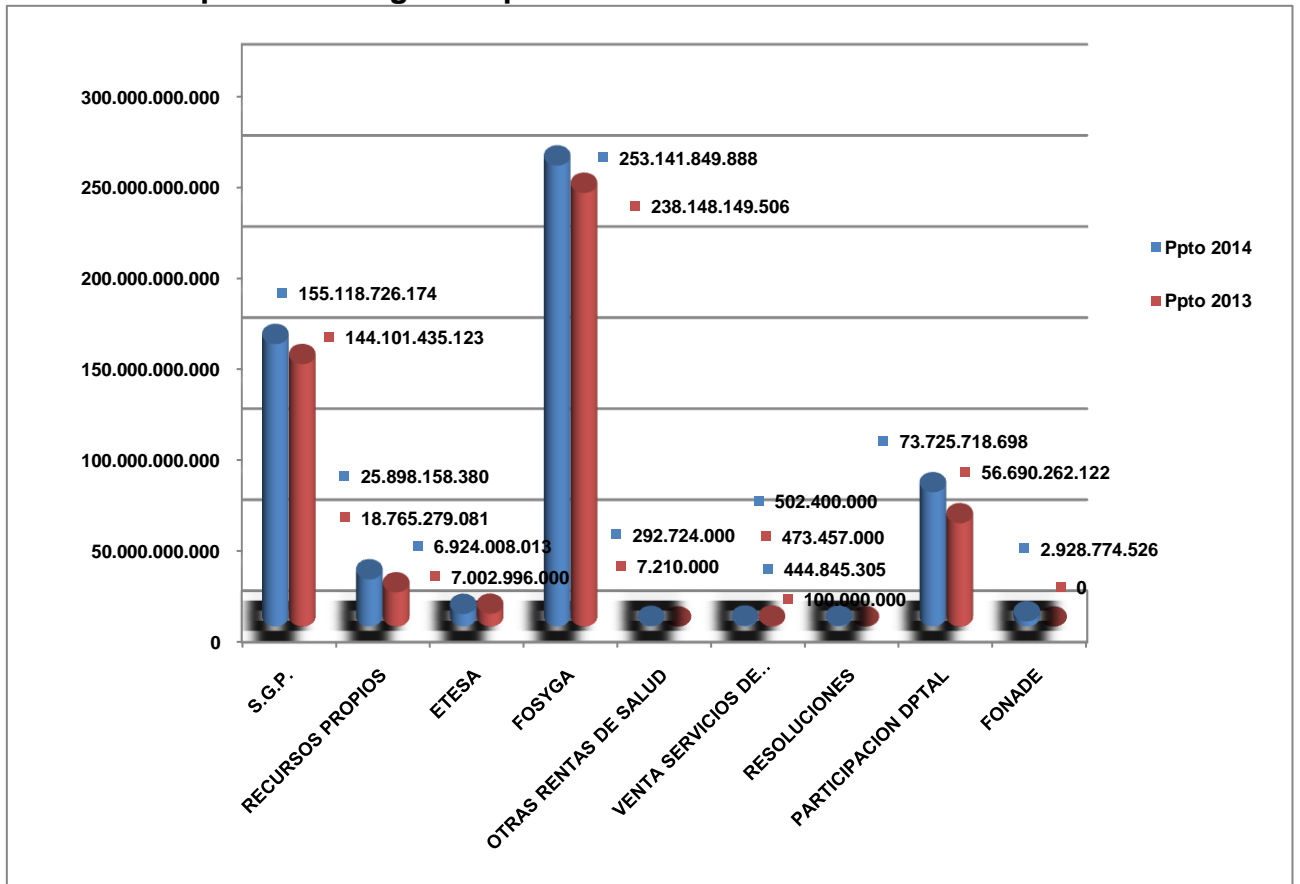
Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

En los siguientes gráficos se refleja el comportamiento del presupuesto total de ingresos como de su ejecución de la SSPM por los años 2013 y 2014:

Claridad debida • Calidad de vida!



Presupuesto de Ingresos por Fuentes de la SSPM 2014 – 2013

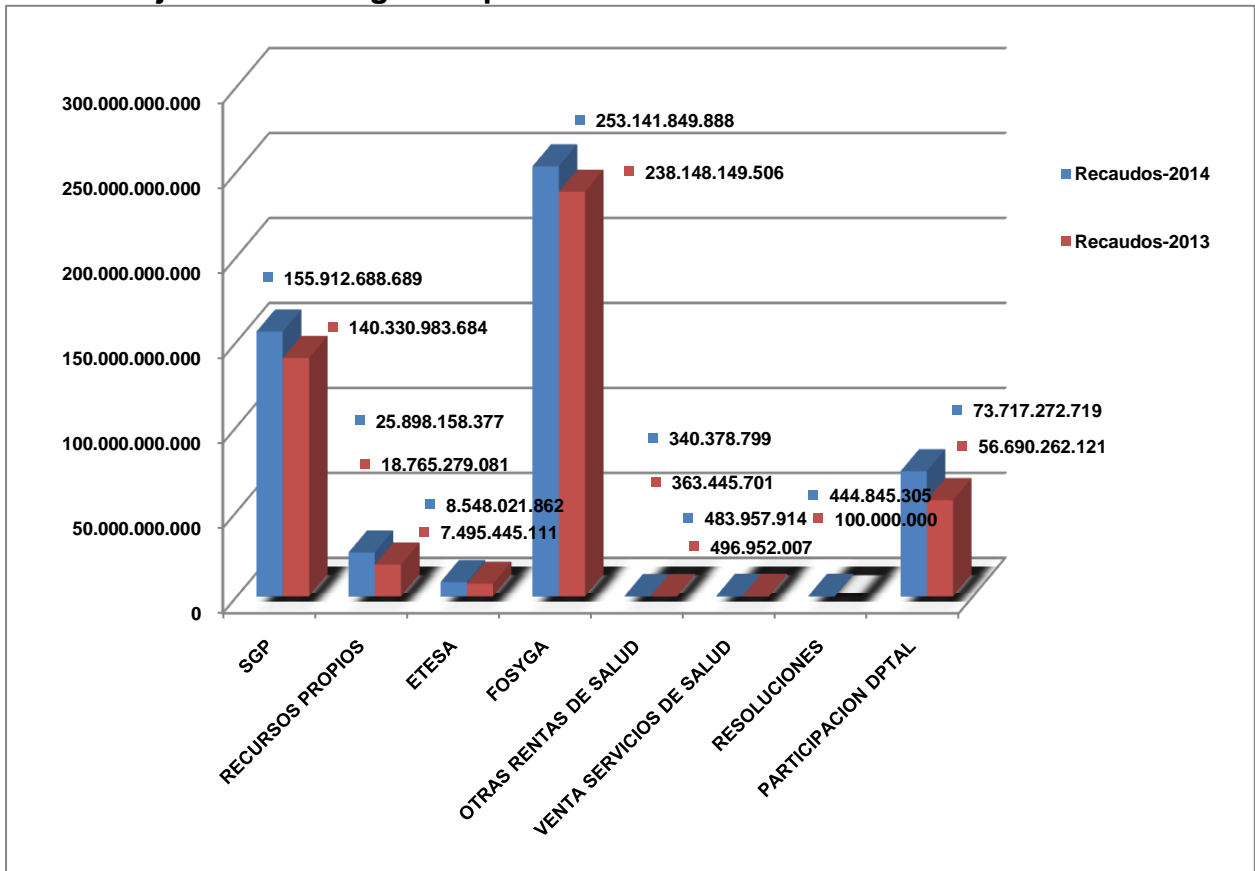


Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

Claridad debida • Calidad de vida!



Ejecución de Ingresos por Fuentes de la SSPM 2014 - 2013



Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

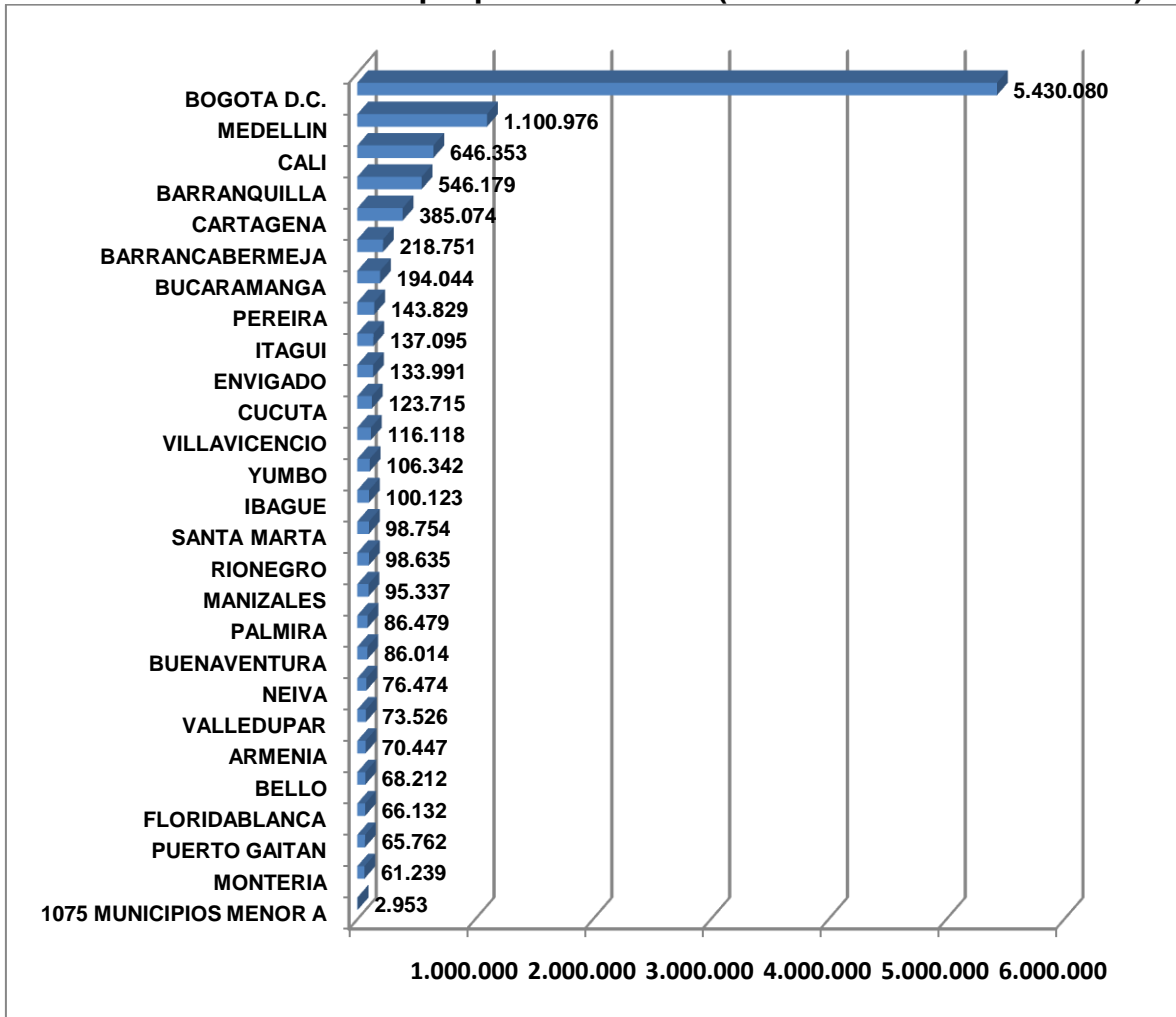
Como se puede observar en las gráficas anteriores, la mayor fuente de ingresos de la SSPM por las vigencias 2013 y 2014, en su orden provienen del FOSYGA, S.G.P., Participación Departamental y por último de Recursos Propios del Municipio de Santiago de Cali.

Respecto a los ingresos propios, cabe resaltar que el recaudo del Municipio de Cali es mucho menor comparado con las dos principales ciudades del país situación que afecta la inversión en salud en general y el alcance de las metas de bienestar, tal como se observa en el siguiente cuadro:

Claridad debida • Calidad de vida!



Recaudo tributario municipal por el año 2013 (datos en miles de millones)



Fuente: Cálculos Departamento Nacional de Planeación-DDTS-2013

10.4 Ejecución de gastos totales Secretaría de Salud Pública Municipal SSPM-2013-2014 (cifras en pesos)

Una vez analizado y vistas las cifras de los ingresos de la SSPM, a continuación se discriminan los gastos de esta dependencia por las vigencias 2013 y 2014:

Claridad debida • Calidad de vida!



Vigencia 2013

AREA	Ppto Inicial	Ppto Definitivo	Ejecución	Ppto Disponible	% Ejecución
ASEGURAMIENTO	430.675.369.641	445.675.777.168	439.431.242.381	6.244.534.787	98.60
EMERGENCIAS Y DESASTRES	160.000.000	160.000.000	110.318.407	49.681.593	68.95
PLANEACION	3.782.730.859	7.264.023.898	4.510.834.808	2.753.189.090	62.10
SALUD PUBLICA Y EPIDEMIOLOGIA	20.232.311.902	27.168.100.183	22.246.787.236	4.921.312.947	81.89
SERVICIO ATENCION A LA COMUNIDAD	266.000.000	266.000.000	252.786.954	13.213.046	95.03
AGUA POTABLE	1.849.562.000	13.291.006.535	7.938.194.400	5.352.812.135	59.73
CAJA MENOR	14.148.000	14.148.000	14.147.150	850	100
Total AREAS	456.980.122.402	493.839.055.784	474.504.311.336	19.334.744.448	96.08

Fuente: SSPM Cali

Elaboró: Comisión de Auditoría

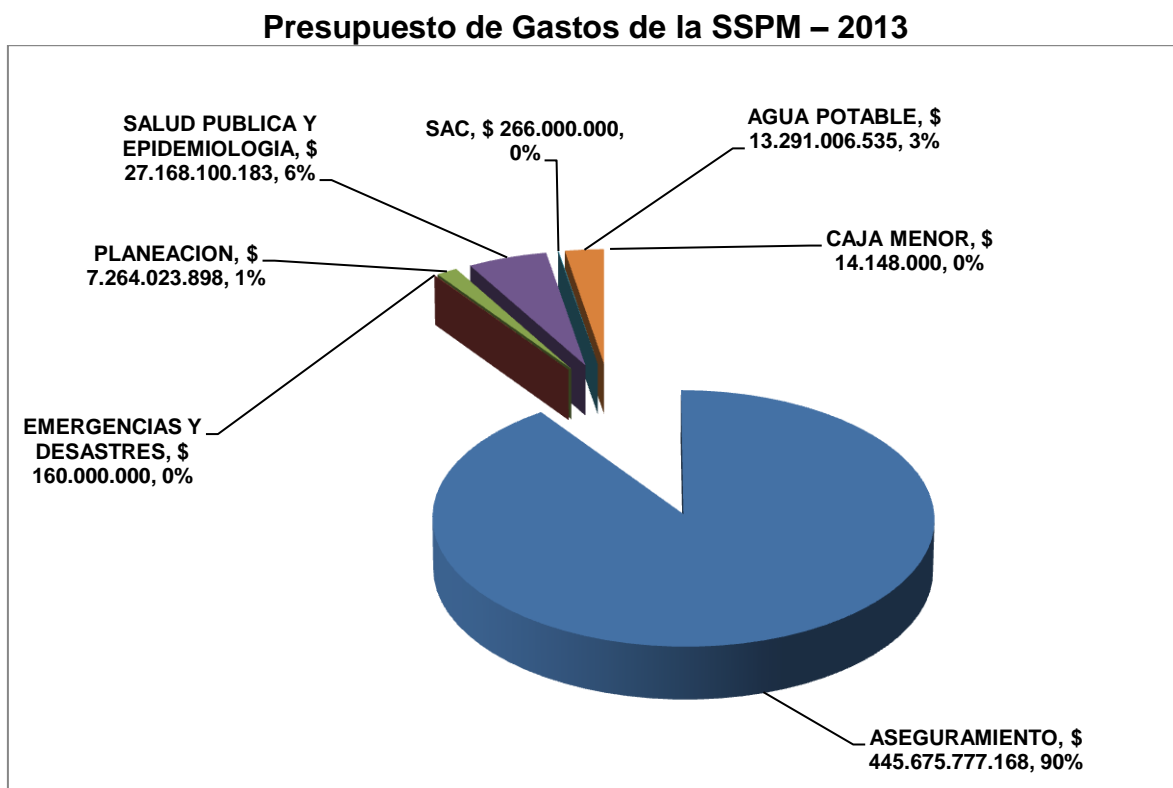
Del presupuesto total de la Secretaría de Salud Pública Municipal, se observa que hubo incremento en el presupuesto final con respecto a lo que inicialmente se tenía proyectado por valor de \$36.858.933.382. La ejecución del presupuesto total alcanzó el 96.08%, del total del presupuesto se dejaron de ejecutar recursos por \$19.334.744.448.

Con excepción de Emergencias y Desastres todas las áreas obtuvieron mayores recursos, el área más representativa es Aseguramiento. Para el área de Salud Pública y Epidemiología que involucra en mayor proporción los programas de primera infancia se destinó \$27.168.100.183, ejecutándose \$22.246.787.236, que equivale al 81.89% y dejándose de ejecutar \$4.921.312.947, que equivalen a 18.11% de los recursos asignados para esta vigencia, la no ejecución se debió a: Falta de contratación de personal especializado para ciertos proyectos, renuncia de los líderes de otros proyectos los cuales no se pudieron reemplazar, problemas precontractuales y contractuales, liquidación de contratos con empresas impresoras sin reemplazarlas, contratación de personal posterior a la fecha que se tenía presupuestada, no confirmación de operadores asignados a cierto proyecto y la complejidad de otro que no permitió la segunda etapa de ejecución del mismo.

Claridad debida • Calidad de vida!



Los siguientes gráficos ilustran de mejor manera la participación de las áreas dentro del presupuesto y ejecución del mismo para la vigencia 2013:

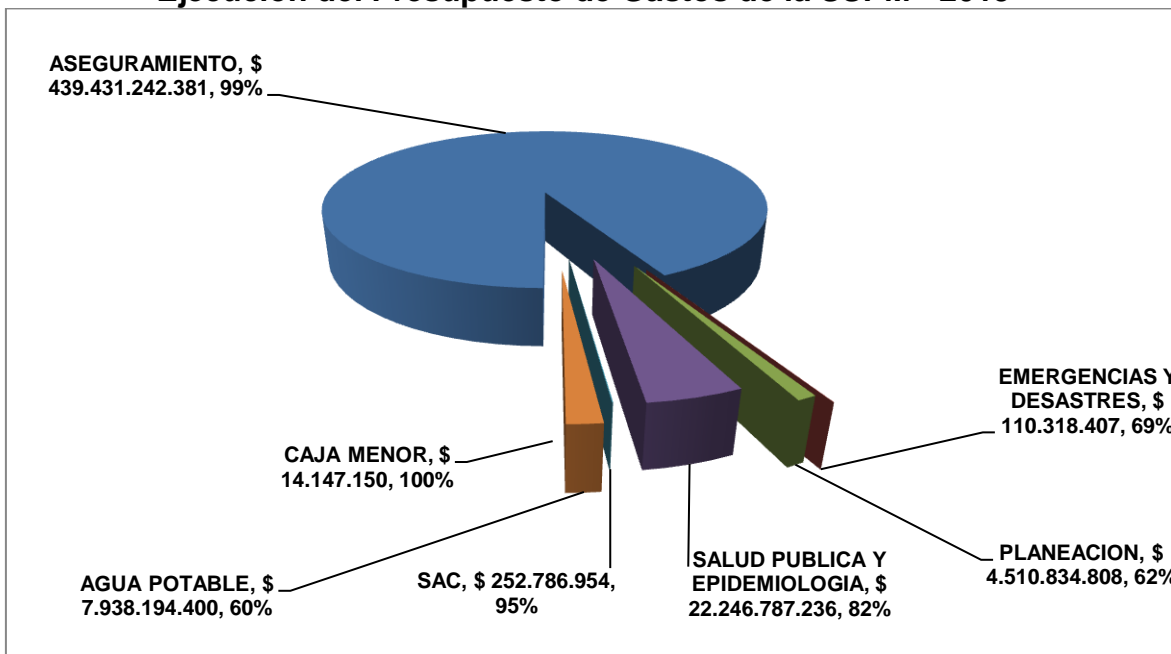


Fuente: SSPM Cali
Elaboró: Comisión de Auditoría

Claridad debida • Calidad de vida!



Ejecución del Presupuesto de Gastos de la SSPM - 2013



Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

Vigencia 2014

AREA	Ppto Inicial	Ppto Definitivo	SalDOS CDP	Ejecución	Ppto Disponible	% Ejecución
ASEGURAMIENTO	463.606.459.939	495.338.648.550	2.938.774.526	491.626.578.045	773.295.979	99.25
EMERGENCIAS Y DESASTRES	200.000.000	864.795.950	-	146.403.354	718.392.596	16.93
PLANEACION	5.318.053.426	9.446.375.176	1.136.682.499	4.011.435.848	4.298.256.829	42.47
SALUD PUBLICA Y EPIDEMIOLOGIA	22.366.894.893	34.584.956.050	1.368.328.708	27.445.906.272	5.770.721.070	79.36
SERVICIO ATENCION A LA COMUNIDAD	316.546.742	379.010.232	-	369.666.773	9.343.459	97.53
AGUA POTABLE	2.000.000.000	18.144.325.959	6.082.107.826	10.128.963.596	1.933.254.537	55.82
CAJA MENOR	14.855.400	14.855.400	-	14.784.000	71.400	99.52
Total AREAS	493.822.810.400	558.772.967.317	11.525.893.559	533.743.737.888	13.503.335.870	95.52

Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

Claridad debida • Calidad de vida!



Del presupuesto total de la Secretaría de Salud Pública Municipal, se observa que al igual que en el 2013, hubo incremento en el presupuesto final con respecto a lo que inicialmente se tenía proyectado por valor de \$64.950.156.917. La ejecución del presupuesto total alcanzó el 95.52%, del total del presupuesto se dejaron de ejecutar recursos por \$13.503.335.870.

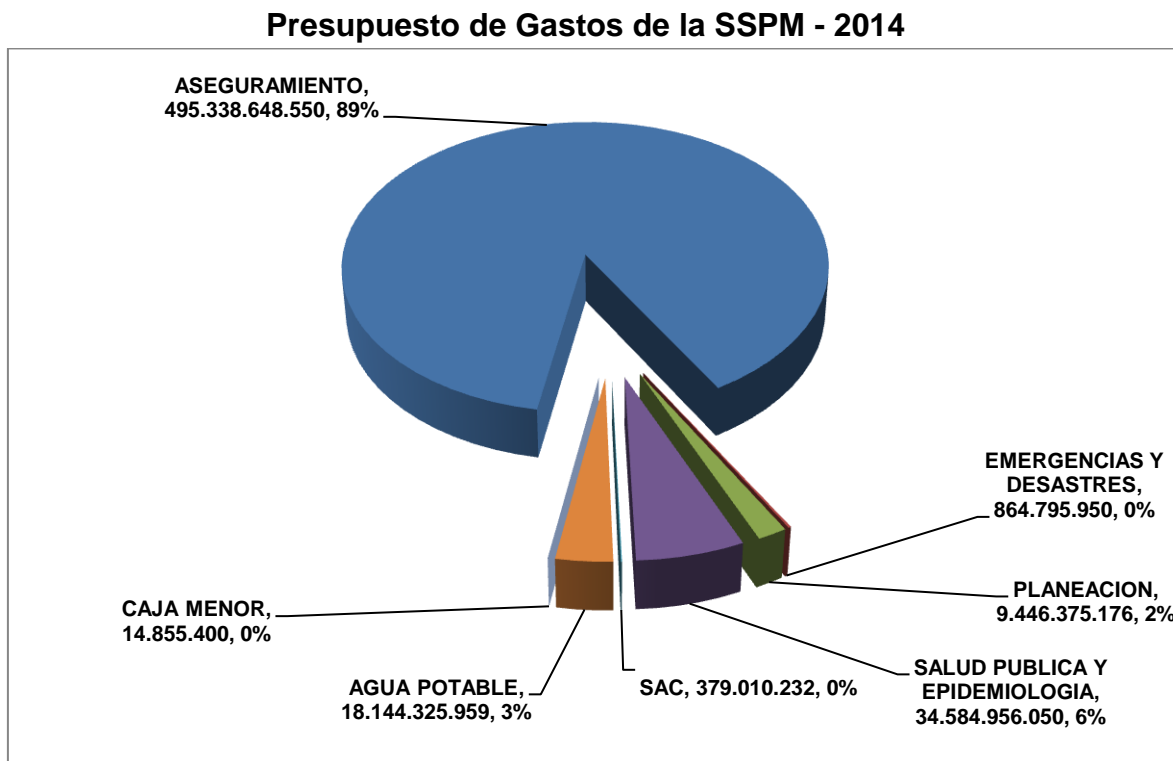
Similar al 2013, todas las áreas presentaron un incremento de recursos. Para Salud Pública y Epidemiología se destinó \$34.584.956.050, ejecutándose \$27.445.906.272, que corresponde al 79.36%, no se ejecutaron \$5.770.721.070, que equivalen a 20.64% de los recursos asignados para el área durante esta vigencia, las razones de la no ejecución son entre otras la renuncia de profesionales a cargo de proyectos y su contratación posterior, la proximidad de la época decembrina que conlleva al aplazamiento para el 2015, el corto tiempo estimado conlleva al aplazamiento de la ejecución de proyectos para el año siguiente, problemas en la adquisición de predios para construir centro de Zoonosis, problemas técnicos en ejecuciones de actividades, demora en el giro de los recursos asignados que hacen que se aplacen las actividades para el 2015.

Cabe resaltar que para la elaboración de los presupuestos de egresos como también para la ejecución de los mismos, se toman en cuenta la ejecución de recursos corrientes para cada vigencia, la ejecución de recursos de arrastre de la vigencia inmediatamente anterior y la ejecución de recursos del Balance.

Claridad debida • Calidad de vida!



Los siguientes gráficos muestran el presupuesto final y la ejecución del mismo por áreas:

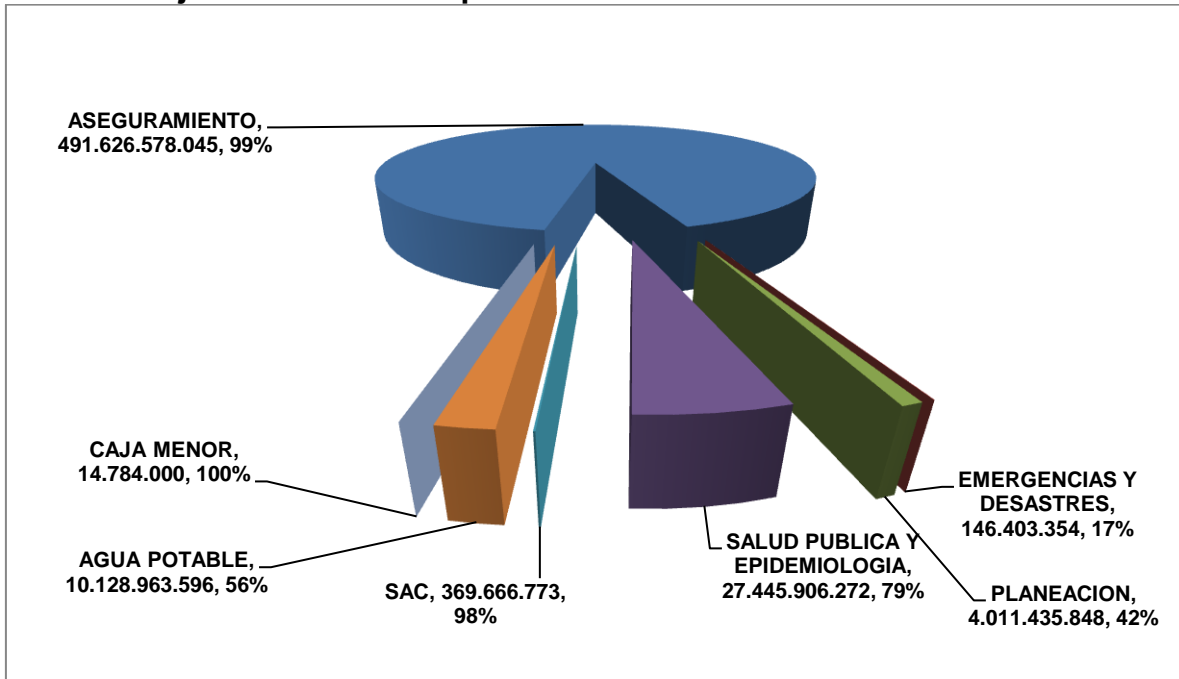


Fuente: SSPM Cali
Elaboró: Comisión de Auditoría

Claridad debida • Calidad de vida!



Ejecución del Presupuesto de Gastos de la SSPM - 2014



Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

10.5 Comparación del comportamiento del presupuesto de gastos y su ejecución SSPM vigencias 2011 a 2014

	2014	2013	2012	2011
TOTAL PRESUPUESTO	558.772.967.317	493.839.055.784	345.284.802.702	277.167.771.374
VARIACION PORCENTUAL % ENTRE PERIODOS			25%	
		43%		
	13%			

Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

Como se observa la asignación del presupuesto tiende a la baja, empezando con un 25% entre el 2011 y el 2012, luego pasando a un 43% entre el 2012 y el 2013 y por ultimo llegando a un 13% entre el 2013 y el 2014.

Claridad debida • Calidad de vida!



A continuación se compara la ejecución para los mismos periodos:

	2014	2013	2012	2011
TOTAL EJECUCION PRESUPUESTAL	533.743.737.888	474.504.311.336	334.974.983.256	270.534.567.785
VARIACION PORCENTUAL % ENTRE PERIODOS			24%	
		42%		
	12%			

Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

El cuadro también refleja una tendencia a la baja, empezando con un porcentaje de 24% entre el 2011 y 2012, después un incremento llegando a un 42% entre el 2012 y 2013 y por ultimo volviendo a disminuir hasta llegar a un 12% entre el 2013 y 2014, muy parecido al comportamiento de la variación del presupuesto entre estos mismos periodos con un 13%.

Claridad debida • Calidad de vida!



10.6 Análisis presupuestal de los recursos para la primera infancia 2014 – 2013 (cifras en pesos)

FUENTE	Asignación	2014			2013		
		Ppto Definitivo	Ejecución	% Ejec.	Ppto Definitivo	Ejecución	% Ejec.
0-1201 - Saneamiento Fiscal	Recursos Propios	4.351.500.000	4.351.499.998	100	-	-	-
0-2204 - S.G.P. Sector Salud - Salud Pública - PAB 11/12	CONPES 171 de 2014	2.315.986.481	2.161.097.609	93.31	1.802.120.171	1.627.477.263	90.3
0-2214 S.G.P. Salud Publica	CONPES 169 de 2013	20.000.000	20.000.000	100	-	-	-
4-1261 Cuentas maestras sector Salud	Recursos Propios	-	-	-	1.039.337.269	1.024.331.183	98.6
4-2204 SGP Sector Salud Publica	CONPES 160 de 2013	264.771.874	243.665.016	92.03	386.732.900	350.732.900	90.7
4-2302 SGP P.G. Otros Sectores	CONPES 160 de 2013	72.000.000	72.000.000	100	-	-	-
4-2602 S.G.P. Atención Integral Primera Infancia	CONPES 162 de 2013	500.010.301	-	-	-	-	-
4-3158 VPH (PAPILOMA)	Resolución 2568/2012	-	-	-	98.114.000	98.114.000	100
4-2214 SGP 12/12 Salud – PAB	Rendimientos Financieros	3.854.615	3.854.615	100	-	-	-
Total Ingresos Primera Infancia		7.528.123.271	6.852.117.238	91.02	3.326.304.340	3.100.655.346	93.22

Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

En este cuadro se observa el presupuesto total de ingresos de la Secretaria de Salud Pública Municipal para la Primera Infancia desde el punto de vista de las fuentes de financiación, como también de la asignación de los recursos utilizados.

Las cifras indican que hubo en el presupuesto un incremento del 126.32% entre el 2013 y 2014 y de 120.99% de incremento en la ejecución. El dato más representativo fueron los recursos propios del municipio que en el 2013 fueron de \$ 1.039.337.269 y en el 2014 de \$ 4.351.500.000 que equivalen a un incremento del 318.68%.

Claridad debida • Calidad de vida!



El siguiente cuadro es un resumen del total de recursos para la primera infancia agrupado en tres fuentes principales para ambas vigencias:

Cuadro resumen recursos primera infancia

FUENTE	2014			2013		
	Ppto Definitivo	Ejecución	% Ejec.	Ppto Definitivo	Ejecución	% Ejec.
Recursos Propios	4.351.500.000	4.351.499.998	100	1.039.337.269	1.024.331.183	98.6
S.G.P.	3.176.623.271	2.500.617.240	78.72	2.188.853.071	1.978.210.163	90.4
VPH (PAPILOMA)	-	-	-	98.114.000	98.114.000	100
Total Ingresos Primera Infancia	7.528.123.271	6.852.117.238	91.02	3.326.304.340	3.100.655.346	93.22

Fuente: SSPM Cali

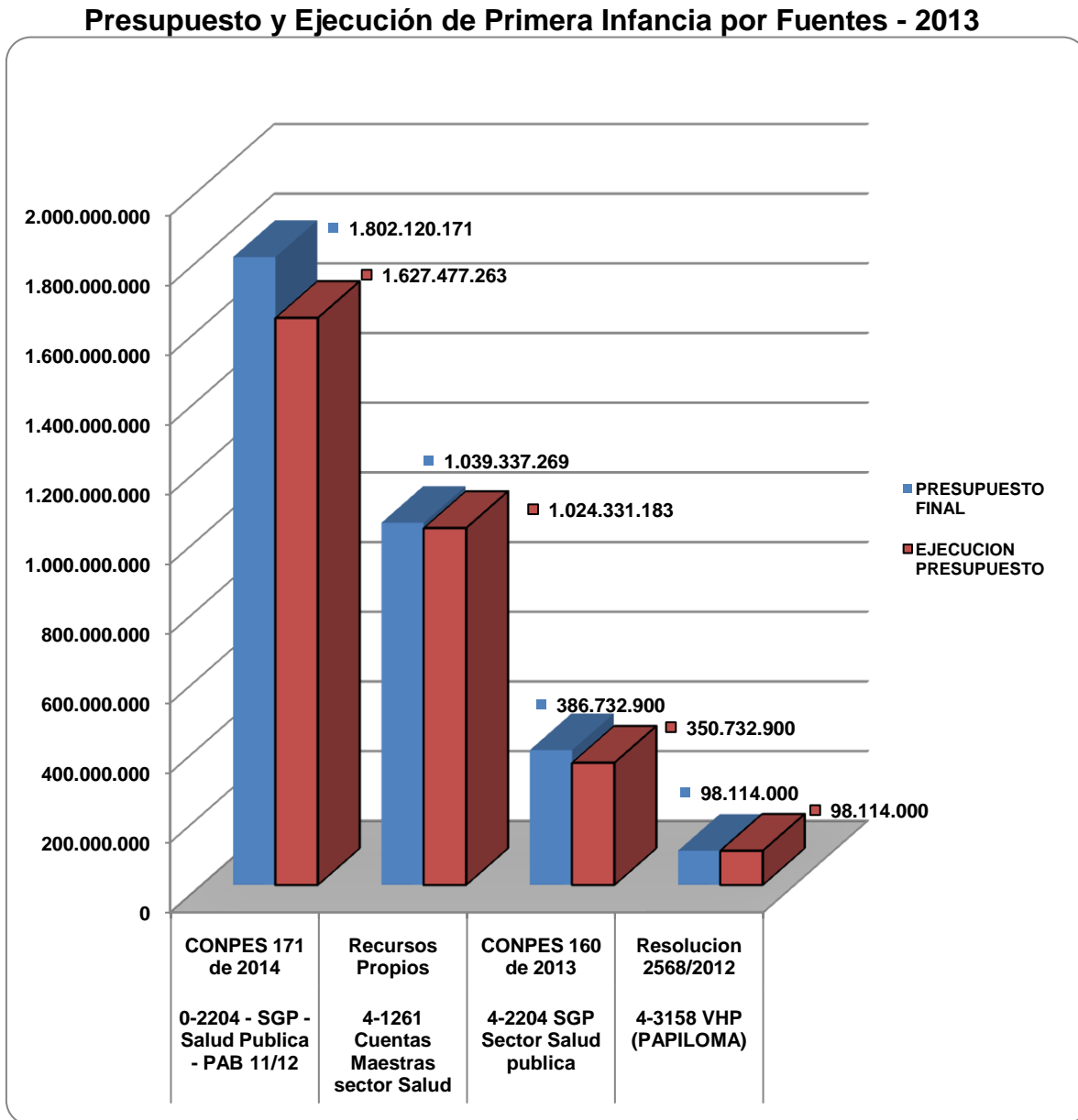
Elaboró: Comisión de Auditoría

Es importante mencionar que el incremento de la inversión en la Primera Infancia para el año 2014, se presentó para disminuir la morbimortalidad por hepatitis A y neumococo a la población infantil en riesgo, de las comunas de la ciudad de Cali a través de la vacunación y cubrimiento a brotes, se adicionaron \$3.000.000.000 para adquirir vacunas de hepatitis A y/o varicela y neumococo; también se adicionaron \$870.000.000 para adquirir otros biológicos para la población infantil en riesgo de las comunas TIOS de Cali.

Claridad debida • Calidad de vida!



A continuación se ilustra gráficamente la distribución del presupuesto y la ejecución de los recursos para la Primera Infancia en el 2013:

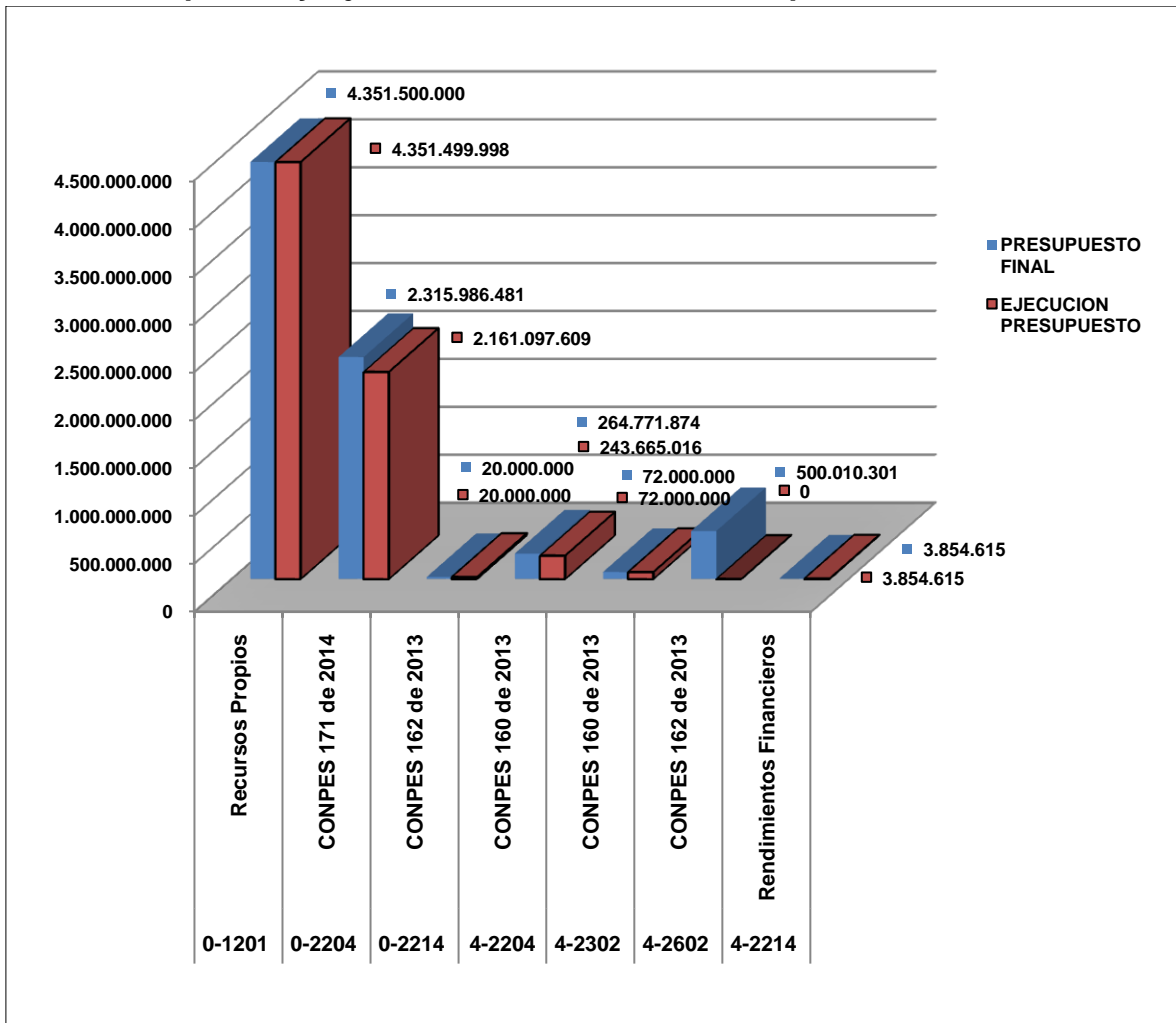


Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

Claridad debida • Calidad de vida!



Presupuesto y Ejecución de Primera Infancia por Fuentes - 2014



Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

Claridad debida • Calidad de vida!



10.8 Ejecución de Gastos en Primera Infancia por Actividad (cifras en pesos) Vigencia 2013

ACTIVIDAD	Ppto Definitivo	Ejecución	Ppto Disponible	% Ejecución
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	512.444.698	434.782.525	77.662.173	84.84
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	113.723.440	105.074.492	8.648.948	92.39
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA	526.179.631	440.859.859	85.319.772	83.79
INMUNIZACIONES PAI – VACUNACION	1.880.255.805	1.863.905.395	16.350.410	99.13
SALUD ORAL	293.700.766	256.033.075	37.667.691	87.17
Total AREAS	3.326.304.340	3.100.655.346	225.648.994	93.22

Fuente: SSPM Cali

Elaboró: Comisión de Auditoría

Es importante aclarar, que el cuadro anterior no tiene en cuenta los dineros destinados al aseguramiento, dado que estos son sin situación de fondos, no obstante lo anterior, la SSPM registró que los recursos del aseguramiento para la Primera Infancia fueron para el 2013 de \$2.926.560.448 y para el 2014 de \$2.593.167.001.

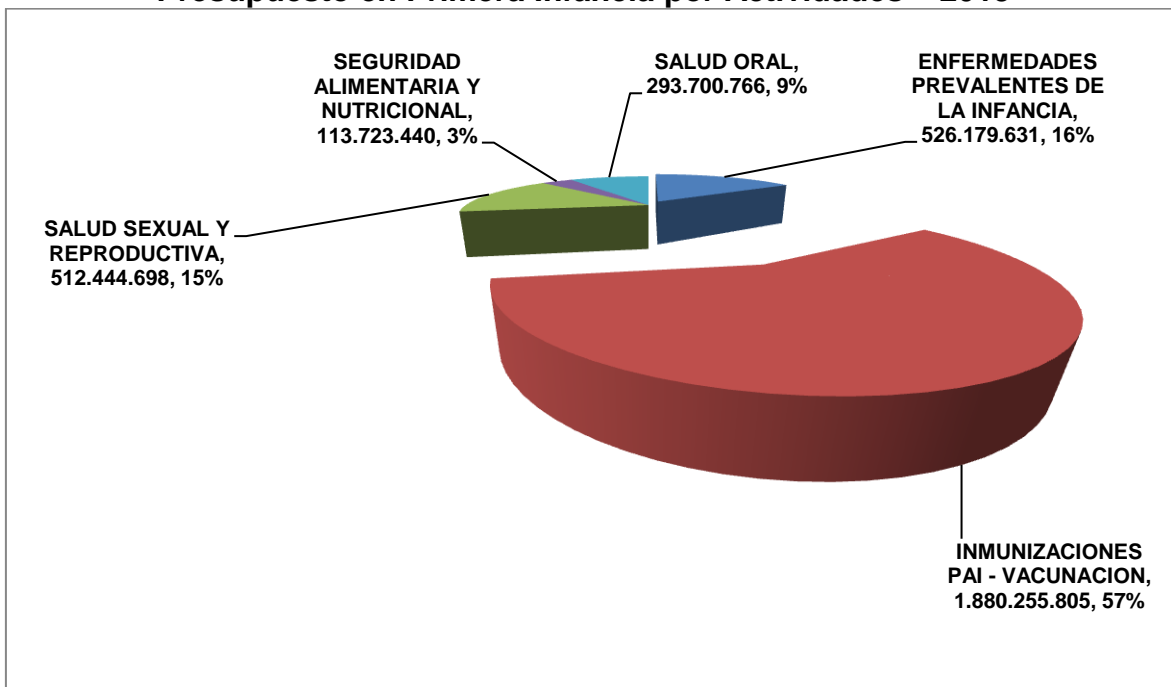
Se observa que durante la vigencia 2013, del total del presupuesto asignado para la Primera Infancia, se dejaron de ejecutar recursos por \$225.648.994, igualmente la ejecución del presupuesto fue de un 93.22%, las actividades con menor ejecución fueron Salud Sexual y Reproductiva que presentó una ejecución del 84.84%, Enfermedades Prevalentes de la Infancia con una ejecución del 83.79% y Salud Oral con una ejecución del 87.17%, lo anterior se debió a situaciones relacionadas con la contratación del talento humano que incidieron en la no ejecución total del presupuesto.

Claridad debida • Calidad de vida!



A continuación se ilustra gráficamente la distribución del presupuesto y la ejecución de los recursos de Primera Infancia por Actividad en el 2013:

Presupuesto en Primera Infancia por Actividades – 2013

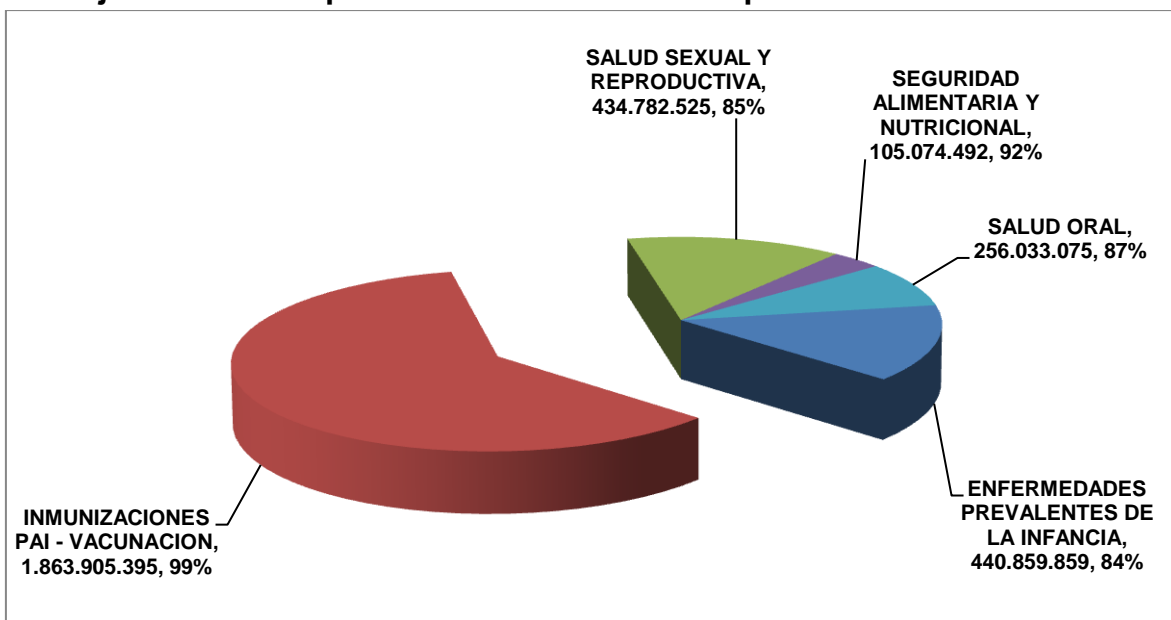


Fuente: SSPM Cali
Elaboró: Comisión de Auditoría

Claridad debida • Calidad de vida!



Ejecución Presupuesto en Primera Infancia por Actividades – 2013



Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

Como se observó anteriormente en el presupuesto de ingresos de la SSPM, se destinaron \$18.765.279.081 con recursos propios del municipio de Santiago de Cali y a su vez se destinó de este monto en el 2013 \$1.039.337.269 para la Primera Infancia, situación reflejada en el siguiente cuadro:

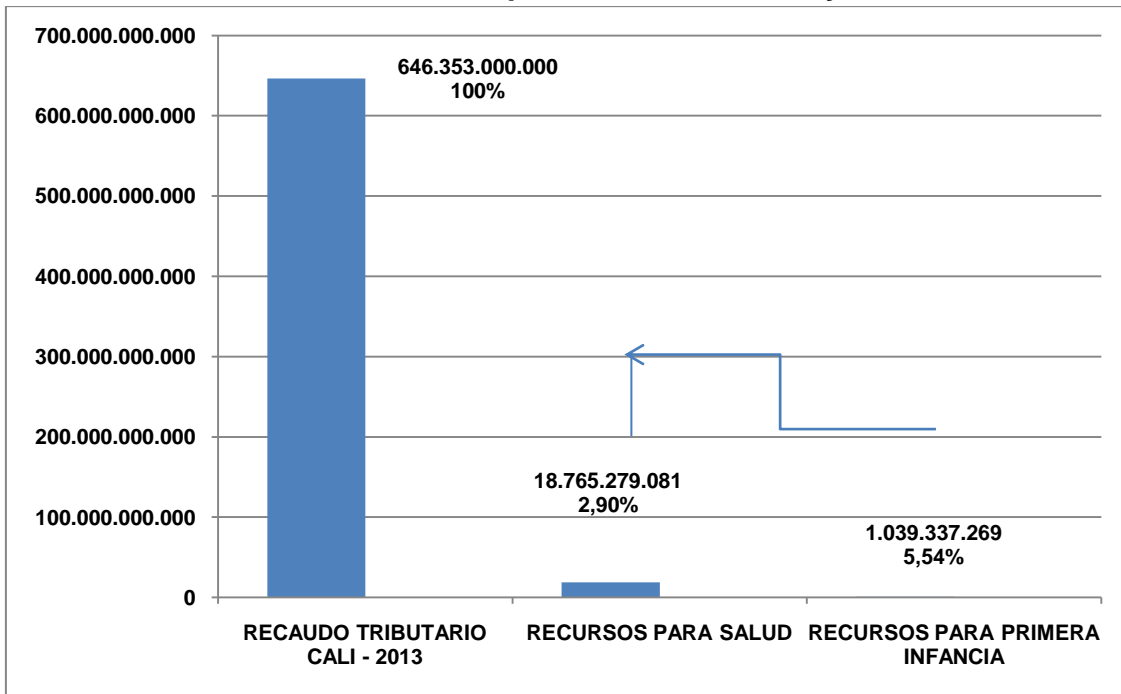
	VALOR	% PARTICIPACION	% PARTIC.S/RECURSOS PROPIOS
RECAUDO TRIBUTARIO MUNICIPIO DE CALI 2013	646.353.000.000	100	-
RECURSOS ASIGNADOS POR EL MUNICIPIO PARA SSPM	18.765.279.081	2.9	-
RECURSOS ASIGNADOS POR LA SSPM PARA PRIMERA INFANCIA	1.039.337.269	0.16	5.54

Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

Claridad debida • Calidad de vida!



Recaudo tributario de Municipio de Cali Vs SSPM y Primera Infancia



Elaboró: Comisión de Auditoría

Mirando las cifras del cuadro anterior podemos concluir que lo asignado por el municipio de Santiago de Cali, para la salud durante el 2013 es una cifra muy baja con respecto al total del recaudo por impuestos, con solo un 2.9% y si tomamos lo destinado para Primera Infancia 0.16%, es una cifra insignificante con respecto al total del recaudo y si lo comparamos con el total asignado por el municipio al sector Salud, sería solamente un 5.54%

Claridad debida • Calidad de vida!



Vigencia 2014

ACTIVIDAD	Ppto Definitivo	Ejecución	Ppto Disponible	% Ejecución
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	494.820.310	374.538.256	120.282.054	75.69
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	691.411.315	170.430.854	520.980.461	24.65
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA	530.449.716	500.629.600	29.820.116	94.38
INMUNIZACIONES PAI – VACUNACION	4.963.411.610	4.961.451.499	1.960.111	99.96
SALUD ORAL	289.626.080	286.662.789	2.963.291	98.98
PROMOCION SOCIAL	181.500.000	181.500.000	-	100
VIGILANCIA	376.904.240	376.904.240	-	100
Total AREAS	7.528.123.271	6.852.117.238	676.006.033	91.02

Fuente: SSPM Cali

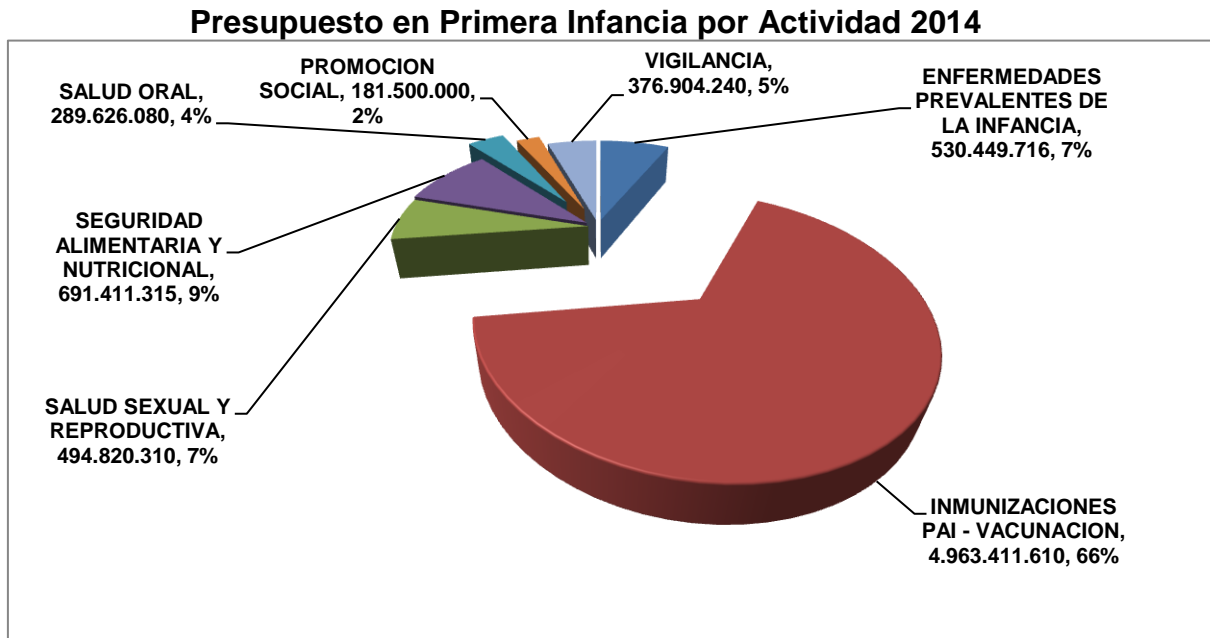
Elaboró: Comisión de Auditoría

Se observa que durante la vigencia 2014, del total del presupuesto asignado para la Primera Infancia, se dejaron de ejecutar recursos por \$676.006.033 y la ejecución fue del 91.02%. Los comportamientos más bajos del presupuesto estuvieron en las áreas de Salud Sexual y Reproductiva con un 75.69% y Seguridad Alimentaria y Nutricional, donde tan sólo se ejecutó un 24.65% esto se explica por la no construcción de las salas de lactancia materna.

Claridad debida • Calidad de vida!



A continuación se ilustra gráficamente la distribución del presupuesto y la ejecución de los recursos de Primera Infancia por Actividad en el 2014:

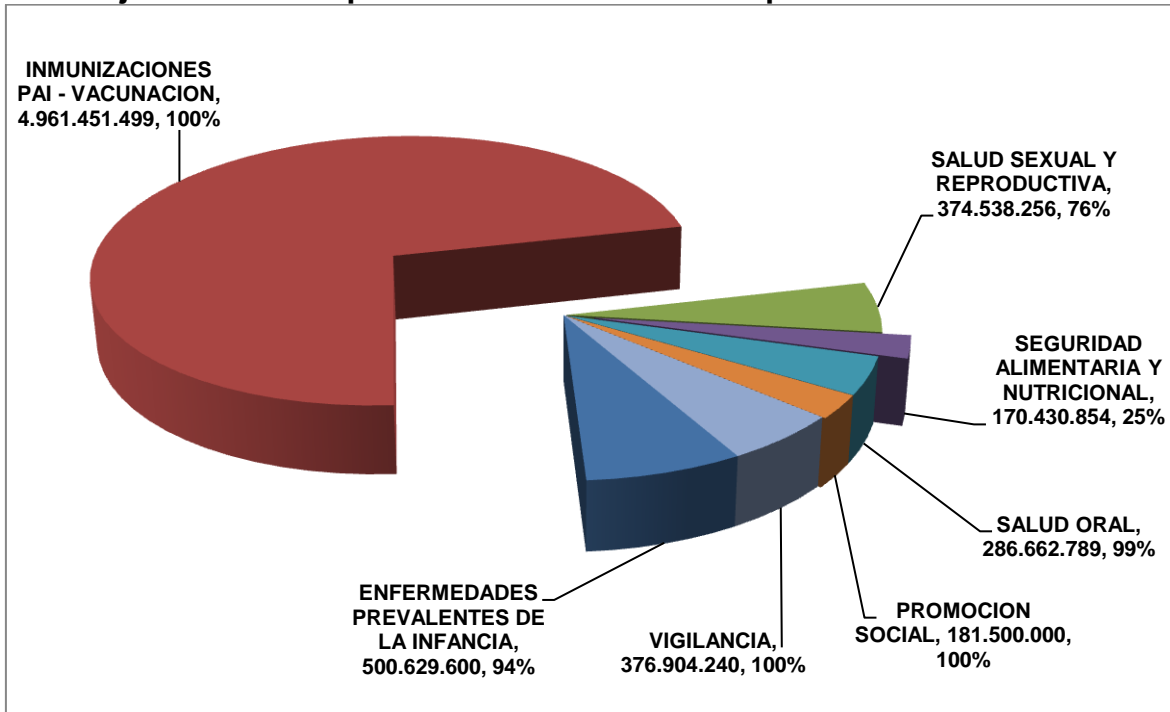


Fuente: SSPM Cali
Elaboró: Comisión de Auditoría

Claridad debida • Calidad de vida!



Ejecución Presupuesto en Primera Infancia por Actividad - 2014



Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

10.9 Comparación presupuesto y ejecución de gastos de la SSPM versus Primera Infancia 2013 – 2014 (cifras en pesos)

A continuación hacemos un análisis comparativo entre el presupuesto total asignado a la SSPM por los años 2013 y 2014 versus el presupuesto destinado para la Primera Infancia, donde podemos realizar un análisis de la inversión en Primera Infancia y el comportamiento de su ejecución:

Vigencia 2013

PRESUPUESTO SSPM - 2014	PRESUPUESTO TO PRIMERA INFANCIA 2014	% PARTICIPACION	PRESUPUESTO SSPM 2013	PRESUPUESTO PRIMERA INFANCIA 2013	% PARTICIPACION
558.772.967.317	7.528.123.271	1.35	493.839.055.784	3.326.304.340	0.67

Fuente: SSPM Cali
 Elaboró: Comisión de Auditoría

Claridad debida • Calidad de vida!



Vigencia 2014

EJECUCION PRESUPUESTO SSPM - 2014	EJECUCION PRESUPUESTO PRIMERA INFANCIA 2014	% PARTICIPACION	EJECUCION PRESUPUESTO SSPM 2013	EJECUCION PRESUPUESTO PRIMERA INFANCIA 2013	% PARTICIPACION
533.743.737.888	6.852.117.238	1.28	474.504.311.336	3.100.655.346	0.65

Fuente: SSPM Cali

Elaboró: Comisión de Auditoría

Como conclusión podemos decir que la inversión de la SSPM en la Primera Infancia ha sido baja e insuficiente, pues tan solo se destinó un 0.67% para 2013 y un 1.35% para 2014, no se compadece con relación al presupuesto total que maneja la SSPM; de igual manera es el comportamiento en su ejecución, pues tuvo un 0.65% para 2013 y solo un 1.28% para 2014. Obviamente, que con estos recursos calificados como insuficientes, la entidad no logra responder a las problemáticas de la salud de la niñez de 0 a 5 años descritas en algunos indicadores.

En términos de eficiencia, la entidad no alcanzó el 100% de ejecución de los recursos, recuérdese que para el 2013 la ejecución fue de 93.22% y para el 2014 91.02%.

Al observar estas cifras se demuestra una apatía por parte de la SSPM para desarrollar nuevos proyectos en este segmento de la población en la ciudad de Cali y adicionalmente voluntad política de los funcionarios de esta dependencia para ejecutar y finalizar proyectos que se debieron terminar en vigencias anteriores..

11 LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Es importante señalar que al evaluar los resultados de la salud se deben tener en cuenta los llamados determinantes sociales de la salud que “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar, apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y

Claridad debida • Calidad de vida!



local; lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas".¹³ Lo que significa que si bien es cierto, la autoridad sanitaria en el municipio realiza esfuerzos para que los niños se desarrollen con excelentes condiciones de salud, también lo es, que dichos esfuerzos requieren del apoyo de otros sectores como educación, gobierno, bienestar social, medio ambiente, etc. Así por ejemplo, la nutrición dependerá de que se provea a los niños de alimentos, como también que se eduque a las madres y cuidadores sobre el tema y que además se involucre al sector educativo sobre los contenidos de loncheras escolares.

En el caso de la salud mental, el Observatorio demuestra que las zonas más pobres de la ciudad es donde más casos de violencia contra los niños se presentan. La pobreza no sólo implica falta de recursos económicos y materiales, sino también el deterioro de las relaciones afectivas y por lo tanto el deterioro emocional de las personas.

De acuerdo con información del DANE en el 2013 en Cali, el índice de pobreza bajó en 5.7%. Durante el año 2012 el índice estaba en 23.1%, en el 2013 el índice fue de 21.9%. Sin embargo el ingreso per cápita de los caleños (\$646.290) es menor que el de los ciudadanos de Bogotá (\$953.682), Medellín (\$821.411) y Bucaramanga (\$792.082), lo que significa que los caleños tienen menores posibilidades de adquirir una canasta de bienes alimentarios y no alimentarios que le permitan adecuados niveles de vida.

Aunque la pobreza en Cali, según el DANE ha disminuido, no ocurre igual con la desigualdad (determinada con el coeficiente GINI que mide la concentración de la riqueza), aunque la ciudad se encuentra con las de mayor reducción, ésta no se halla entre las ciudades con menores niveles de desigualdades, entre las que se encuentra Valledupar, Bucaramanga, Ibagué, Barranquilla, etc. Con los coeficientes más altos está Bogotá y Medellín.

Entre los factores de pobreza se encuentra la unidad de vivienda, o sea las condiciones materiales en que se desarrolla la vida de los infantes de 0 a 5 años. Se conoce que durante el 2014, 105 niños habitaban en viviendas cuyas paredes eran de zinc, tela, cartón o desechos plásticos; 1980 niños en paredes de guadua, caña, esterilla u otro vegetal. Respecto a los pisos 1999 vivían en pisos de tierra o arena. Sobre la energía eléctrica 79 aún no cuentan con este servicio y 4.619 su

¹³ Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social.



vivienda no tiene alcantarillado, como tampoco cuentan con acueducto 2.190. En Cali aún habitan en viviendas con letrina 969 niños y en 1278 el inodoro no está conectado al alcantarillado o pozo séptico. En cuanto al consumo de agua, 810 la toman de la quebrada o manantial y 15 de agua lluvia.¹⁴

En el caso de la mortalidad en los niños menores de 5 años, este es un indicador que relaciona la variable pobreza con la posibilidad de acceso a bienes servicios de salud del niño y los factores del entorno. En el precitado informe de Primera Infancia Cómo Vamos, se muestra que todas las ciudades evaluadas alcanzaron la meta de Colombia para los ODM 2015, es decir, 18.9 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Bucaramanga y Cali obtuvieron el 10.56 y 10.55 respectivamente.

Sin embargo el mismo estudio, manifiesta que la situación es diferente a nivel de las comunas de Cali, ya que los barrios de la Comuna 3: El Calvario, Sucre, San Pascual, San Nicolás, donde la pobreza es mayor, los niños tienen menos probabilidades de vida que en el resto de las comunas, igual ocurre con el sector rural.

Respecto al embarazo adolescente, el informe dice que en la comuna 13, las adolescentes tuvieron 359 veces más probabilidades de quedar embarazada que en la Comuna 2 del norte de la ciudad, pero en general las comunas más pobres tienen mayor frecuencia de casos de embarazo en edad adolescente.

Para la mortalidad materna, en Cali se han reducido los casos, sin embargo el mayor número de casos se presentó en las comunas del Distrito de Aguablanca (13,14 y 15), es decir en zonas de pobreza.

Frente a la tasa de victimización en la Primera Infancia por causa del conflicto 2013, Cali tiene el 110.58 de ocurrencia del hecho y Bogotá el 10.01, en declaración del hecho Cali presentó 577.95 y Bogotá 680.61. Según el lugar de ocurrencia Medellín tiene la más alta probabilidad de que los niños se vean afectados por el conflicto armado, más que ciudades como Cali y Bogotá.

¹⁴ Datos remitidos por el Departamento Municipal de Planeación de Santiago de Cali de acuerdo con la ficha de clasificación socioeconómica.

12 CONCLUSIONES

1. El Municipio de Santiago de Cali, no cuenta aún con un Política Pública de Primera Infancia, que le permita orientar de manera más precisa las acciones de salud para la primera infancia.
2. Una vez evaluado el Plan de Desarrollo "Calida, una ciudad para todos 2012-2015, se observó que el mismo tuvo en cuenta las orientaciones, metas e indicadores de otros Planes como Plan Decenal de Salud, Plan Nacional "Prosperidad para todos" y los Objetivos del Milenio y se demostró la aplicación del enfoque diferencial.
3. El Plan de Desarrollo Nacional "Prosperidad para todos", considera prioritaria la implementación de la estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia A.I.PI. denominada también de "Cero a siempre", el Municipio de Santiago de Cali durante las vigencias 2012-2014 tuvo en cuenta los lineamientos técnicos de la estrategia reconociendo los criterios de equidad, esforzándose por la no existencia de barreras de acceso y por brindar el servicio con calidad, no sólo a los niños sino también a las gestantes, para ello se han desarrollado jornadas de capacitación con los equipos de salud, trabajo comunitario con padres, cuidadores y organizaciones y se han invertido recursos en equipos médicos e infraestructura. No obstante lo anterior, y reconociendo que han habido avances en el comportamiento de los indicadores de salud para la primera infancia, los resultados no alcanzan un nivel óptimo, puesto que los mismos no superan de modo importante las metas del gobierno nacional, que se considera es lo mínimo con lo que se debe cumplir.
4. Frente a la financiación de la estrategia El Plan Nacional igualmente propone que se debe contar con esquemas de financiación claros y estables, definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, incluyendo fuentes alternativas de financiación que garanticen mayores recursos para la operación de la estrategia "De Cero a Siempre". Para el caso de Cali, la financiación y gestión de recursos resulta ser inversa frente al crecimiento de la población de primera infancia, teniendo en cuenta que por ejemplo, los recursos del esfuerzo fiscal municipal vigencia 2013 son muy inferiores a

Claridad debida • Calidad de vida!



los de ciudades como Bogotá y Medellín y que prácticamente la salud se financia con los recursos del orden nacional. Asimismo, se observó que las variaciones que se presentan en el presupuesto para la primera infancia tienden a disminuir y que la ejecución no alcanza el 100%. La falta de recursos obliga a la entidad sanitaria a formular metas poco ambiciosas frente a las necesidades en salud de la primera infancia afectando con ello los avances hacia la meta de "todos saludables".

5. En cuanto a los llamados determinantes sociales de la salud que "son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; si bien es cierto, la Secretaría de Salud realiza esfuerzos para que los niños se desarrollen con excelentes condiciones de salud, también lo es, que dichos esfuerzos requieren del apoyo de otros sectores como educación, gobierno, bienestar social, medio ambiente, vivienda, etc. Así por ejemplo, la nutrición dependerá de que se provea a los niños de alimentos, como también que se eduque a las madres y cuidadores sobre el tema y que además se involucre al sector educativo sobre los contenidos de loncheras escolares, a la vez que se superen condiciones de pobreza de los habitantes.

Fin del Informe

ANTONIO FERNANDO MOSQUERA MORÁN
Director Técnico ante el Sector Salud

Claridad debida • Calidad de vida!



13 BIBLIOGRAFIA

- Plan de Desarrollo Municipio de Santiago de Cali 2012 – 2015 “CaliDA, una ciudad para todos”.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio
- Informe de Gestión de la Secretaría Pública Municipal de Cali, seguimiento a metas del Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud de Enero de 2015.
- Informe de Gestión 2014 - Municipio de Santiago de Cali.
- Resultados Objetivos de Desarrollo del Milenio Bogotá - 2012
- Diagnóstico situacional de la primera infancia y adolescencia en el municipio de Santiago de Cali, Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social de Cali – 2011
- Documento de Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Municipio de Santiago de Cali - 2012
- Informe de seguimiento y evaluación a la estrategia de atención integral a la primera infancia - Comisión intersectorial de primera infancia – 2013
- Informe Red de ciudades Cómo vamos – 2013
- Atención integral: Prosperidad para la primera infancia, de cero a siempre – 2013
- Informe primera infancia Cómo vamos, identificando desigualdades para impulsar la equidad en la infancia colombiana. - 2015
- Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021
- Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para todos” 2010-2014
- Informe de Auditoría Política pública integral de desarrollo y protección social estrategia de atención integral a la primera infancia – De Cero a Siempre – 2014
- Documento CONPES 160 de 2013
- Documento CONPES 162 de 2013
- Documento CONPES 169 de 2013
- Documento CONPES 171 de 2014
- Documento CONPES 175 de 2014

Claridad debida • Calidad de vida!

