

## 2. MARCO CONCEPTUAL, POLÍTICO Y NORMATIVO.

Este capítulo inicia con el concepto de salud y la implementación de programas de salud Materno Infantil a nivel internacional (básicamente Las Américas), nacional y local, en el Municipio de Santiago de Cali.

### 2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL.

#### 2.1.1. Concepto de Salud Pública, Estado de Bienestar y el Derecho a la Salud.

A principios de 1900, el concepto de salud pública se basó en las ideas del doctor Hibbert Winslow Hill[18], quien argumentó que se ocupaba del individuo y no del ambiente, es decir, que la fuente de la enfermedad del individuo no estaba en su entorno sino en él mismo. Los ingleses John Ashton y Howard Seymour, 68 años más tarde, argumentaron que la noción “va más allá de la comprensión de la biología humana y reconoce la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud, que son causados por los estilos de vida”. [18] Aunque estos dos sucesos marcaron la noción de salud pública, en la actualidad, Frenk[18] sugiere una visión más integral, donde “pública” significa un nivel de análisis, el poblacional. Se define una “fórmula para integrar lo biológico y lo social”, trascendiendo así el proceso de cambio de cada momento histórico. Por tanto, en este apartado, se analizará el proceso de cada una de las políticas y programas, a través del tiempo y los contextos.

En América Latina, desde mediados de la década de los 40, aparece como objetivo principal el “desarrollo económico y social”, influenciado por el surgimiento del “estado de bienestar” en Inglaterra, que nace como consecuencia del informe Beveridge. Según Jaramillo[19] el informe promulgaba, que “todas las personas tienen derecho al mejor tratamiento médico, sean cuales sean los medios económicos” con la finalidad de combatir “la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad”. [20] Es así como se consolidó el pensamiento del “derecho a la salud”, en el cual el Estado se hace cargo de la salud y la población, “adquiere derechos sociales”, por su condición de ciudadanos y no por su posición en el mercado de trabajo.

Aunque en América Latina no se conformó un “estado de bienestar” como el europeo, se llevaron a cabo negociaciones entre los diferentes actores, que institucionalizaron la forma en que se producía y distribuía el bienestar.[21] Su aplicación condujo a la idea conjunta de crecimiento industrial, distribución del ingreso y pleno empleo. Este período, fue enmarcado por el proceso de industrialización, en el cual se adoptó como estrategia de crecimiento económico la sustitución de importaciones, convirtiéndose en factor determinante de las decisiones de política pública de la época. Uno de los beneficios fue el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, pues se argumentaba, que dicho crecimiento, se convertiría en sí mismo, en un mecanismo para elevar el nivel de vida de la población.

Fundamentalmente el “estado de bienestar” condujo a la instauración del “derecho a la salud” en la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada en la Asamblea General de Naciones (1948) y en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la IX Conferencia Internacional de Estados Americanos, celebrada el mismo año, en Santa Fe de Bogotá. La primera, además de reconocer el derecho a la salud, hizo evidente el

interés por “proteger la salud de las madres y de los niños y las niñas”.<sup>17</sup> La segunda, reconoce “el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona” y declara, en el Capítulo I de Derechos -Artículo XI- que, “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica”. [22] A partir de ésta se empieza a reconocer no sólo la salud como un derecho social, que requería de la acción del Estado para garantizar el acceso a los servicios, la calidad de las prestaciones y las condiciones que aseguren un nivel básico de bienestar, sino que se dieron los primeros pasos de la salud materno infantil.

En este período y específicamente en la década del 50, se crearon y definieron las funciones de las agencias de cooperación internacional, importantes por el papel que desempeñaron en el proceso de transformación de la higiene y la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), creada en 1947, organización sanitaria unida a la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como organismo regional de la OMS, cuyo fin fue el apoyo técnico, la capacitación de personal sanitario y el control de las enfermedades transmisibles, como la erradicación de la viruela en América Latina. [23]

La característica de la década de los 60, fue la planeación del desarrollo, donde el objetivo era cerrar la brecha creciente entre los países ricos y pobres. En salud esta época se caracterizó por fortalecer las campañas de erradicación de enfermedades, de la década anterior, principalmente malaria, poliomielitis y el comienzo del proceso de integración de los servicios. Con respecto a este último, según el informe de la OPS/OMS [24], se podía inferir que había una fuerte inclinación por la coordinación administrativa entre los servicios de protección y promoción de la salud; bajo la responsabilidad de los ministerios o secretarías de salud, con los servicios de atención a enfermedades pertenecientes a las instituciones de seguridad social y a las beneficencias. Ésta era la mejor manera de hacer uso eficiente de los recursos disponibles y obtener un mayor rendimiento de éstos, objetivo central del proceso de integración.

Hacia finales de la década del 60, la situación de América Latina en materia de salud, estuvo enmarcada por tres (3) acontecimientos importantes: Primero, la expansión del “estado de bienestar”, que había sido fundamental en el proceso de desarrollo de las economías de América Latina, entró en crisis. Fracasó la ilusión del desarrollo y se comenzó a percibir que el modelo desarrollista tendía a excluir una parte importante de la población. Según Prebisch [25], se evidenció la creciente estratificación del sistema, mostrando claras diferencias de clase en la atención sanitaria, es decir, aparecieron los primeros síntomas de inequidad. Se discutió el contenido del modelo médico vigente, surgiendo aquí el reconocimiento del carácter social del proceso de salud y enfermedad, en contraposición al establecido, que argumentaba el proceso como un fenómeno biológico de los individuos.

Segundo, aunque América Latina se había incorporado formalmente con el proyecto de ampliación de los derechos ciudadanos, la realidad era otra, pues su ejecución era bastante limitada. Es así como en agosto de 1961, a raíz de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social de la Organización de Estados Americanos (OEA), celebrada en Punta del Este, Uruguay, se inició una articulación entre el área de la salud y el desarrollo económico. Este nuevo referente no sólo modificó los términos de las relaciones de cooperación internacional entre los diferentes países de América Latina y las Agencias Internacionales, sino que permitió la creación de sistemas de salud con un carácter legal. En el caso Colombiano, un claro ejemplo fue la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1975. [26]

---

<sup>17</sup>“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales”. Artículo 25-2. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).

### 2.1.2. Inicios del Programa de Salud Materno Infantil. Meta Salud para Todos en el año 2000 (SPT-2000) y la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

Como tercer acontecimiento, al final de la década del 60, apareció el programa que ayudaría a fortalecer y demostrar el aporte real de la atención médica en el desarrollo, la Salud Materno Infantil. El entorno económico, social y político de los países de América Latina, hizo cada vez más evidente la relación entre la explosión demográfica, la salud y la mortalidad materno infantil.

Los inicios del programa de salud materno infantil se remontan a 1968, cuando la OPS presenta los resultados de la “Investigación Interamericana de Mortalidad en Adultos”, en la que mostraba “las graves consecuencias de los embarazos frecuentes, para la salud de las madres y la supervivencia de sus hijos...”. La Reunión de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Punta del Este en 1968, recomendó la apertura de los Departamentos de Salud Materno Infantil en los ministerios de salud, para ampliar la tradicional atención de madres, con programas de planificación familiar.[27]

Durante la década del 70, la dinámica mundial presentó cambios importantes, debido a una fuerte inestabilidad económica, iniciada en los países desarrollados y reflejada en la mayoría de los países en vías de desarrollo, lo que a su vez tuvo repercusiones en la salud. Malher[28], afirma que esta crisis produjo un recorte drástico del gasto público, que amenazó los servicios sociales y de salud, por tal razón, surgieron una serie de estudios que llevaron a una estrategia global y a demostrar que la asistencia primaria podía ser un eje de política de desarrollo en los países. Se implementó una estrategia global denominada Atención Primaria de Salud (APS) y una meta a gran escala fue “Salud Para Todos en el Año 2000” (SPT-2000). Acorde con esta realidad Malher[28], propuso dar prioridad a las poblaciones vulnerables para desarrollar programas de “asistencia primaria” o de servicios básicos de salud”, con procedimientos sencillos, para sacarle “el máximo partido de los recursos escasos disponibles”. [28] UNICEF/OMS reportan que, a pesar de la situación económica “los recursos disponibles permiten atender ciertas necesidades sanitarias básicas de las poblaciones de los países en desarrollo, ofrecerles una asistencia sanitaria más general y completa y mejorar su estado de salud”. [29]

En 1977, los Comités Regionales de la OMS y la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, decidieron que “la meta social más importante de los Estados Miembros y de la OMS en el sector salud, es conseguir que en el año 2000, todos los ciudadanos del mundo hayan alcanzado un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” [28], llamada Meta SPT-2000, que se traducía en indicadores de expectativa de vida, reducción de la mortalidad y accesibilidad a servicios y condiciones de vida favorables para toda la población mundial. Como medio para lograr esta meta se promulgó la APS en septiembre de 1978, en Alma-Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kasakstán.

La Declaración de Alma-Ata, ratifica conceptos, como la definición de salud de 1948, entendida como bienestar y no sólo como la ausencia de enfermedad, el alcance de la salud como “derecho fundamental humano” y las relaciones entre salud y desarrollo socio económico. [28] El punto sexto de la Declaración, define:

*“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación [...] representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.* [30]

En términos de cooperación internacional en salud, esta Declaración estableció que su esfuerzo debía estar “dirigido a mejorar las condiciones sanitarias en los países en desarrollo, dando prioridad a la prevención de las enfermedades, la malnutrición y a la prestación de servicios sanitarios primarios a las comunidades, incluso en materia de salud de la madre y del niño y de bienestar familiar”. [28]

A principios de la década del 80, comenzó a dar señales la crisis fiscal, que se predijo en la década anterior, ante la inestabilidad económica presentada por los países<sup>18</sup> sin embargo, la estrategia APS continuó fortaleciéndose mediante programas de bajo costo, que implicaron la acción conjunta del sector público, privado y los organismos de cooperación internacional. De acuerdo a Hernández, Miranda y Obregón[26], esto ocasionó resultados relevantes, especialmente en la atención materno infantil y en el control de enfermedades prioritarias, con programas verticales como los de control de las enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas y enfermedades inmunoprevenibles.

### **2.1.3. SILOS, Políticas de Salud y Redefinición de la Salud Pública.**

Durante la segunda mitad de la década de los 80, la OPS se dedicó a planear acciones para la instrumentación de estrategias regionales de la meta SPT-2000, haciendo evidente prioridades tales como: la ampliación de la cobertura desde el primer nivel de atención, la participación de la comunidad y el énfasis en atención materno-infantil, entre otras. La primera de estas, se convirtió en el foco de atención, pues hasta el momento los resultados no eran significativos, por lo que la OPS recomendó, en 1988, “que los países desarrollaran y fortalecieran sus SILOS”. [31, p.485] Con ellos se lograría la descentralización y uso más efectivo de la planificación y gestión desde el nivel local, relacionada con las necesidades de cada grupo de la población. Paralelamente, en 1987 aparecen las primeras formulaciones del Banco Mundial (BM), relativas a la política de financiamiento de los sistemas de salud.

En la década de los 90, el BM, introduce un nuevo modelo de financiamiento de los servicios de salud, se inició, según Hernández[32] un cambio de liderazgo con respecto a las políticas de salud y sus aspectos económicos, que implicó reestructuraciones a la reformas de los sistemas de salud y condujo al debilitamiento de algunos modelos que se implementaban desde la década anterior (ejemplo : SILOS) y determinó parte de las características de los sistemas de salud y programas que surgían.

En esta década surgió la epidemia del cólera en la Región Andina, que puso en evidencia no sólo los efectos de la crisis económica y las diferencias estratégicas entre los organismos internacionales, sino la ineficiencia de las políticas públicas internas, en la prevención de enfermedades[26], que determinó una “crisis de la salud pública”, dada por “la incapacidad de la mayoría de la sociedad de promover y proteger su salud, en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren”. [31]

#### **2.1.3.1. Surgimiento de la Estrategia Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y Definición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).**

Buscando estrategias que generaran impacto en la salud pública, en 1996, surge AIEPI<sup>19</sup>, desarrollada por la OMS y UNICEF, con el fin de mejorar la salud en la niñez, con un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. [33]

<sup>18</sup>Entre 1970 y 1980 América Latina incrementó su deuda externa de 27,000 millones de dólares a 231,000 millones (Skidmore y Smith, 1996).

<sup>19</sup>Esta estrategia se explica en detalle en el Apartado 4.2.

A finales de la década de los 90, como mecanismo para renovar la política SPT-2000, se definieron nueve (9) Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)<sup>20</sup> y once (11) funciones para la medición de éstas (Tabla 2)

**Tabla 2. Funciones Esenciales de la Salud Pública.**

FESP	Funciones para Medición de FESP
1. Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.	1. Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población
2. Monitoreo de la situación de salud.	2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud.	3. Promoción de la salud.
4. Salud ocupacional.	4. Participación social y refuerzo del poder ("empowerment") de los ciudadanos en salud.
5. Protección del ambiente.	5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los refuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
6. Legislación y regulación en salud pública	6. Regulación y fiscalización en salud pública.
7. Gestión en salud pública.	7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
8. Servicios específicos de salud pública.	8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Atención de salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo.	9. Garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
	10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
	11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Fuente: Hernández, Obregón y Miranda[26]

En la década del 2000, nace una nueva noción del concepto de "Salud Pública":

*"[...] intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas [...].<sup>19</sup> Esta noción, no se refiere a la salud pública como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria", [34, p.4] que surge después del período de ajuste y de cambio, generados por el liderazgo de las organizaciones de cooperación internacional.*

#### 2.1.4. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Meta Mundial.

Como respuesta final de la política SPT-2000, los 192 países miembros de la ONU, acordaron las metas para lograr ocho (8) objetivos de desarrollo humano, conocidos mundialmente como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que se plantearon para ser logrados en el año 2015.<sup>21</sup> Los indicadores relacionados con la salud de la primera infancia (o a 5 años),

<sup>20</sup>En enero de 1997 el Consejo Ejecutivo de la OMS propuso definir las FESP. Se realizó un estudio Delphi en el que participaron 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades que fueron consultados en tres rondas secuenciales.

<sup>21</sup>Por primera vez se pone una fecha a la obtención de objetivos en la agenda internacional de desarrollo.

infancia (6 a 11 años) y las madres<sup>22</sup>, son:

- **ODM 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.** Reducir a la mitad, entre 1995 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre.
- **ODM 4. Reducir la mortalidad infantil.** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.
- **ODM 5. Mejorar la salud materna.** Reducir entre 1990 y 2015, la tasa de Mortalidad Materna en tres cuartas partes.
- **ODM 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria, el dengue.** Detener y comenzar a reducir, para 2015, la propagación del VIH/SIDA.

Una vez examinado el contexto internacional de la salud y su desarrollo en América Latina, se analiza la implicación e influencia en el proceso de salud colombiano, haciendo un especial énfasis, en la salud Materno Infantil, a partir de 1975.

## 2.2. CONTEXTO NACIONAL.

### 2.2.1. Enfermedades Transmisibles, la Integración de los Servicios de Salud y el Sistema Nacional de Salud.

Durante el período comprendido entre 1951 y 1960, se sostuvieron las acciones para la erradicación de enfermedades transmisibles<sup>23</sup> y la idea de integrar este tipo de acciones a los servicios locales de salud. Sin embargo, en la realidad, las estrategias y asignación de recursos, se centraron en combatir la enfermedad, más que en la integración.

Como estrategia para solucionar los inconvenientes mencionados, en la década de los 60, se realizó el Plan Piloto de Servicios Integrados de Salud (PPSIS), que consistía en un nuevo enfoque de integración de los servicios, a través de la especialización y diferenciación de funciones, es decir, reformar las instituciones de salud con una visión moderna e integradora y no con programas creados de manera independiente, según la enfermedad. De esta manera, Colombia se unió al contexto internacional, de articulación entre la salud y el desarrollo económico, predominante en esta época.

La búsqueda de la integración, generó dos (2) resultados significativos en el área de la salud. Primero, una reorientación del concepto de atención médica en tres (3) niveles de atención: el nacional, intermedio y local, este último atendía a la mayoría de población en los centros de salud, en coordinación con hospitales y ancianatos, entre otros. Segundo, una reorganización del sector salud denominado Sistema Nacional de Salud (SNS) que se definió como “el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad” reconociendo de esta manera una autonomía de las instituciones. [26]

El SNS surgió como respuesta a las falencias en los servicios de atención y por la necesidad de reorientar la atención al usuario, bajo programas específicos que permitieran aumentar la cobertura. Sin embargo, las características particulares de este período hicieron que el proceso de integración fuera lento y presentara dificultades en su ejecución.

<sup>22</sup>Específicamente, los ODM para el Municipio de Cali, se detallan en el Apartado 2.2.6.

<sup>23</sup>Durante este período el país afrontó una situación crítica de violencia, la cual afectó el desarrollo de algunos proyectos de cooperación internacional, en particular la campaña de erradicación de la malaria.



### 2.2.2. Fortalecimiento de la Atención Médica a través del Programa de Salud Materno Infantil.

En los años 30 surgen las estadísticas vitales para el seguimiento a la mortalidad infantil, materna y perinatal, como indicadores de desarrollo de un país.

En 1931 se creó una Sección de Protección Infantil en el Departamento Nacional de Higiene, que se transformó en el Departamento de Protección Infantil y Materna del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en 1938, fue muy activo en la recolección de información y en el seguimiento de los indicadores demográficos y de morbi-mortalidad materna e infantil. [26]

Los primeros indicios del Programa de Salud Materno Infantil se remontan a finales de la década de los 60. En 1968 se crea Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), para la protección y bienestar del niño. En 1969, en coordinación con las metas internacionales y la política de salud pública nacional, el gobierno Colombiano estableció los parámetros para la cooperación internacional, con el Programa de Atención Materno Infantil<sup>24</sup> (PAMI), como solución a las altas tasas de mortalidad de la madre y el niño, derivadas en su mayor parte de causas reducibles; altas tasas de morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias; altas tasas de fecundidad, alta prevalencia de la desnutrición proteico-calórica, en especial del grupo de niños en edad pre-escolar. [35]

El propósito del PAMI, fue entonces reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil, a través de “acciones encaminadas a incrementar la demanda por morbilidad, para posteriormente implementar actividades de tipo preventivo”. [35] Se apoyó en una estrategia de delegación de funciones, al interior del equipo de salud, que en la práctica consistió en la reorientación de la atención materno infantil en el proceso del parto (de bajo riesgo) a cargo del personal auxiliar de enfermería.<sup>25</sup> [35]

**Tabla 3. Estructura del Programa Materno Infantil.**

Programa Materno Infantil	
<b>Atención Integral del Niño Menor de 5 Años:</b>	
	Control de la Enfermedad Diarreica Aguda
	Control de la Infección Respiratoria Aguda
	Atención Nutricional
	Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
	Deprivación socioafectiva
<b>Atención Integral de la Mujer:</b>	
	Planificación Familiar
	Detección de Cáncer Cérvico Uterino
	Atención Materna y Perinatal.

FUENTE: MSP (1987) “Programa Materno Infantil, Hechos y Proyecciones”.

La segunda mitad de la década del 60, la legislación validó el modelo de salud ejecutado en la década anterior, desde el nivel nacional hasta el nivel local. Se creó el SNS, mediante el Decreto Ley 350 de 1975, con la idea según Hernández[12] de articular e integrar “funcionalmente tres subsectores en todo independientes: el oficial, el de seguridad social y el privado” y se revisó la organización administrativa del Ministerio de Salud Pública (Decreto 121 de 1976). Mediante el Decreto Ley 056 de 1975, se creó la estructura y organización administrativa del

<sup>24</sup>El 9 de enero de 1969 el gobierno nacional y la OPS establecieron los términos de referencia para la cooperación internacional con el PAMI, entre el período de enero de 1969 a junio de 1971. El convenio se prorrogó tres veces, en julio de 1970, julio de 1971 y noviembre de 1972, sin cambios en los compromisos de las partes.

<sup>25</sup>Atención del parto bajo supervisión de una enfermera durante el día.

“Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de Colombia”, integrado los programas, pues considera a la madre y al niño como una unidad (Tabla 3).

### 2.2.3. Estrategia APS en Colombia: Unidades Primarias de Atención (UPA) y el Enfoque de Riesgo.

A finales de la década del 60, se creó el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), que estableció, las normas para proteger a los niños y niñas, promover la integración familiar y garantizar sus derechos. El ICBF, inició la propuesta para la atención de la infancia basada en la organización y participación ciudadana.[36] Colombia, de acuerdo con el acontecer internacional, de la reunión de Alma-Ata, adoptó esta estrategia de APS, mediante (2) acciones:

Primero, se implantó una estrategia que permitiría ampliar la cobertura de servicios de salud, con el fin de cubrir necesidades elementales de la comunidad. Las acciones se encaminaban hacia la “promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación[37]”. Para ello se instalaron 700 Unidades Primarias de Atención (UPA), con funciones delegadas al personal auxiliar y promotoras de salud, para la atención y manejo de patologías básicas y prevalentes como EDA e IRA, educación nutricional, vacunación, vigilancia epidemiológica, entre otros.

Segundo, se estableció un mecanismo denominado “enfoque de riesgo” de acuerdo a los lineamientos del Manual de la OPS (1986), con énfasis en la Atención Materno Infantil, que permitió medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos de la población, en favor de quienes presentarían una mayor necesidad, estableciendo un componente de equidad en la prestación del servicio.

#### 2.2.3.1. Fortalecimiento de APS y SNS: Programa Materno Infantil, SUPERVIVIR y SISVAN.

A principios de la década del 80, tanto la estrategia de APS como el SNS fueron fortalecidos con programas como la Atención Materno Infantil<sup>26</sup>, que significó un cambio en la manera de atender a las madres y a los niños, mediante la integración de los procesos de crecimiento y desarrollo y reproducción humana, adaptados a las características socioculturales de cada comunidad.<sup>27</sup> Se privilegiaron los grupos de riesgo, que causaban mayor mortalidad perinatal, materna e infantil.

En la Tabla 4, se muestran las estrategias para la operacionalización de los pilares del Programa Materno Infantil, dentro del marco de la APS y el SNS, implementados mediante tres (3) niveles de atención y de prevención (primaria, secundaria y terciaria) y en la organización de los servicios de salud, articulando los niveles entre sí.

<sup>26</sup>Se destaca también el programa que se desarrolló en 1980, junto con el MS, UNICEF y el Instituto Nacional de Salud (INS), para menores de 5 años a través de la producción de sales de rehidratación oral.

<sup>27</sup>“Erradicación de la Pobreza Absoluta”. Política Nacional de Salud (1986-1990).



**Tabla 4. Conceptos Pilares del Programa Materno Infantil.**

<b>Estrategias:</b>	1. Atención Primaria
	2. Coordinación Intersectorial
	3. Integración Docente Asistencial
	4. Participación Comunitaria
	5. Canalización Ampliada
	6. Atención Institucional y Domiciliaria bajo Enfoque de Riesgo
	7. Fortalecimiento de la Regionalización
	8. Utilización de la Tecnología Apropriada

FUENTE: MSP (1987) "Programa Materno Infantil, Hechos y Proyecciones".

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) se incluye el área de salud y sirve de insumo para la inclusión de dos programas: el Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil, creado en 1984 y conocido como SUPERVIVIR, primer programa focalizado en la salud de los niños menores de 5 años, orientado a actividades de preservación de la salud y atender sus principales problemas de salud.[36] Una de las estrategias para desempeñar este papel, fue la "canalización", consistente en una acción directa del trabajador de la salud para identificar en la comunidad y en el hogar, los riesgos de enfermar y morir y actuar sobre los mismos (diarrea, infección respiratoria, causas perinatales, entre otros). El segundo programa, se denominó Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN), consistente en la evaluación nutricional de los niños, acompañada de educación en nutrición y aporte de complemento (Bienestarina).

Estos programas surgen en el país, como estrategia de promoción del desarrollo integral del niño y con el objetivo de reducir la mortalidad evitable, que causaba anualmente, la muerte de 60 mil niños menores de cinco años, mejorar la cobertura del programa Materno Infantil, que era del 27% en 1984, y reducir la tasa de mortalidad infantil a 57 por mil nacidos vivos, en ese año. A pesar de lograr avances en la implementación de la APS, Hernández, Miranda y Obregón[26] afirman que fue adoptada a la realidad del país, más que adaptada, de acuerdo con los lineamientos internacionales, pues se "redujo al primer nivel de atención y a acciones desarrolladas por personal auxiliar y promotoras de salud".

#### 2.2.4. Descentralización y SILOS.

En la segunda mitad de la década del 80, hubo cambios a nivel nacional fundamentales para la reforma del SNS. El proceso de descentralización municipal, con la elección popular de alcaldes (Ley 78 de 1986)<sup>28</sup> y la integración vertical de los servicios de salud, el fortalecimiento de la planeación local participativa, contribuyendo a la formación y estructuración de los SILOS (Ley 10 de 1990), apoyado por la OPS. Esta fue la primera Ley de descentralización de la salud, en un país donde la constitución era centralista, por lo que requirió la asignación de competencias y recursos, en la posterior reforma constitucional (1991).

En 1988 los SILOS se implementaron en las ciudades de Cali<sup>29</sup> y Medellín, particularmente en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (1990) constituyendo el programa "más ambicioso y articulador de la cooperación técnica de la OPS, para la puesta en práctica de la estrategia APS y la descentralización de la salud en Colombia", puesto que permitieron

<sup>28</sup>Por la cual se desarrolla parcialmente, el Acto legislativo número 1 de 1986, sobre la elección popular de alcaldes y se dictan otras disposiciones.

<sup>29</sup>Más adelante se explica en profundidad este tema para el Municipio de Cali.

logros a nivel nacional, como la integración del SNS, el mejoramiento de metas de SPT-2000 y la descentralización.

### 2.2.5. Desmonte del SNS, la Nueva Constitución Política y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La década del 90, en Colombia, se caracterizó por presentar tres (3) acontecimientos, fundamentales para la historia de la salud del país<sup>30</sup>: primero, el desmonte del SNS, mediante la Ley 10 de 1990, segundo, la Nueva Constitución Política de Colombia de 1991, la cual elevó el rango de responsabilidad del Estado. La atención en salud se estableció, como un servicio de carácter público, es decir, un servicio con la propiedad de ser “no rival y no excluyente”<sup>31</sup>, que dejaría los servicios colectivos a su cargo y los servicios individuales a cargo del mercado con competencia regulada y tercero, el derecho a la seguridad social con carácter universal (Ley 100 de 1993), por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral.

El nuevo modelo de sistema de salud representó grandes cambios, basándose en el aseguramiento y surgió como respuesta a una nueva concepción de política social y a una clara transición, hacia un modelo de desarrollo neoclásico. Su objetivo principal fue el aseguramiento universal, para acceder a un paquete obligatorio de servicios “igualitario”, que resolvería dos problemas presentados por el SNS, la segmentación y la desigualdad en el acceso.<sup>32</sup>

En 1993 se promulgó la Ley 60<sup>33</sup>, (Ley de Competencias y Recursos) que en el artículo 21 establece la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación, para sectores sociales. En cuanto al sector salud, priorizó los programas dirigidos a la vacunación, promoción de la salud, control y vigilancia del saneamiento ambiental, financiación de programas nutricionales de alimentación complementaria para grupos vulnerables, bienestar materno-infantil, alimentación escolar, entre otros.

De manera análoga a los problemas desencadenados entre los organismos internacionales, fue evidente que el cambio del SNS al SGSSS en Colombia, presentó señales claras de distanciamiento, fomentando la aparición de nuevos actores y la estructuración de los antiguos. Sólo hasta 1995 comenzó el proceso de “recomposición y restitución de la cooperación” al nuevo sistema mediante el surgimiento del programa “Municipios Saludables por la Paz”<sup>34</sup>, caracterizados por la implementación de acciones colectivas para mantener y mejorar las condiciones de salud y desarrollo, promover el bienestar colectivo y privilegiar a la población más vulnerable”. [38]

<sup>30</sup>En el Capítulo 3 se analiza ampliamente el tema relacionado con los derechos de los niños y la formulación de política pública de la primera infancia.

<sup>31</sup>Un servicio no rival es una propiedad que implica que, el uso del servicio de salud por parte de los usuarios adicionales no supone una limitación para el uso de un usuario que ya utiliza el servicio. Por su parte, que sea no excluyente significa que no es posible discriminar qué usuarios disfrutarán del servicio y quiénes no, mediante los precios, cualquier usuario que lo desee puede acceder al uso y disfrute del mismo, con independencia de que éste contribuya o no a su protección.

<sup>32</sup>La primera se refiere al sistema diferencial de servicios para los distintos grupos de población y la segunda aquellas que se deben principalmente a las barreras económicas.

<sup>33</sup>Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 y se dictan otras disposiciones, en materia social.

<sup>34</sup>En 1996, se expidió la Resolución 3467 del MS que creó y reglamentó el Premio de Municipio Saludable por la Paz, poco después modificada por la Resolución 4296 de noviembre 19 de 1997.

### 2.2.5.1. Salud Materno Infantil en el SGSSS y el Enfoque Integral. Iniciación de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Con respeto a la Salud Materno Infantil, el SGSSS determinó que el PAMI evaluaría la eficiencia en la atención ambulatoria y hospitalaria de todos sus pacientes, se replanteó la estrategia del enfoque de riesgo, y se comenzaron a analizar los aspectos psicosociales que afectan la salud de los niños y las niñas. Por esta razón, fue preciso un enfoque más integral, que permitiera generar sinergia entre los diversos sectores y disciplinas, ayudando a su vez a reducir costos e incrementar la eficiencia de los programas.

El enfoque integral, en la atención Materno Infantil, implicó la simbiosis entre las distintas instituciones, que propiciara la canalización de recursos fundamentados en la APS. Se estimó, que mediante la atención no fragmentada a la población materno infantil, se podría contribuir al desarrollo, yendo más allá de la simple supervivencia, esto implicó asumir una actitud proactiva, la cual representaría que los niños y niñas menores de cinco (5) años y sus madres, tuvieran la oportunidad de desarrollar sus potencialidades y fomentar así la formación de capital humano.[39] La estrategia AIEPI fue adoptada por el Ministerio de Salud en diciembre de 1998<sup>35</sup> (acorde con los lineamientos internacionales propuestos por la OMS, OPS y UNICEF), en la búsqueda de un enfoque integral eficaz, para la atención en salud de niños y las niñas, y la detección oportuna de las enfermedades. [39]

### 2.2.6. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Meta Colombia.

En armonía con el contexto internacional, los ODM son adoptados en Colombia en el año 2005, mediante el documento del Consejo de Política Económica y Social (CONPES 91), en el que se definen las metas a cumplir para el año 2015.[40] Los indicadores relacionados con la salud Materno Infantil y las metas trazadas para Colombia son:

#### *ODM 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.*

- Reducir de 10 a 3 % los niños y las niñas menores de 5 años con peso inferior al normal.

#### *ODM 4. Reducir la mortalidad infantil.*

- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños y las niñas menores de 5 años.
- Reducir a 14 muertes por mil nacidos vivos, la mortalidad en menores de 1 año.
- Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en 95 %, con el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos del país.

#### *ODM 5. Mejorar la salud sexual y reproductiva*

- Reducir a la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos.
- Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado a 95 %.

<sup>35</sup>Esta estrategia se discutirá ampliamente en el Apartado 5.

### **ODM 5. Mejorar la salud sexual y reproductiva** (Continuación)

- Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 75 % y a 65 %, entre la población de 15 a 19 años.
- Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 15 %.

### **ODM 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria, el dengue y otras enfermedades.**

- Establecer una línea de base en 2005-10 para reducir la mortalidad por VIH/SIDA en 20 % (2010-2015) y aminorar a 20 % la incidencia madre/hijo.

## **2.3. CONTEXTO LOCAL- Municipio de Santiago de Cali.**

La salud materno infantil en Cali, está asociada a los acontecimientos del nivel nacional e internacional. Desde el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), se tomaron como punto de partida los sucesos de finales de la década de los sesenta, pues es a partir de este momento donde se evidencia la integración de la SSPM en el ámbito regional, nacional e internacional.

### **2.3.1. Integración de los Servicios de Salud.**

En el Municipio de Santiago de Cali, en la década del setenta, por iniciativa propia y en respuesta a las estrategias establecidas desde el ámbito nacional, se firmó en 1972 el convenio interinstitucional entre la SSPM y la Universidad del Valle para el desarrollo del Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud (PRIMOPS). El objetivo de dicho convenio, según Aguirre[41] fue llevar a cabo la “implementación, operación, evaluación y documentación de un Modelo de Prestación de Servicios Integrales de Salud” de la academia con los servicios de salud, que posteriormente fue replicado a otras ciudades.

Esta iniciativa planteó la formación e incorporación de promotores de salud, diferentes a los profesionales en salud y el desarrollo de cinco niveles de atención que iban desde la atención en el hogar, hasta el Hospital Universitario del Valle. Importante el rol de los Centros de Salud, por ser los lugares donde se realizaba el 70 % de las acciones programadas, para atender a las madres, a los niños y a las niñas. El programa se inició en cuatro barrios marginales de Cali: Mariano Ramos, Unión de Vivienda Popular, Diamante y Antonio Nariño. El final de la década del 70, se caracterizó por la conformación de los NAP (1978), como desarrollo organizacional táctico de la estrategia de APS y las Áreas Integradas de Salud (AIS) en 1979.[42]

### **2.3.2. Salud Materno Infantil y Descentralización.**

A principios de la década del 80, a pesar de la implementación de programas como SUPER-VIVIR y SISVAN, se observó con preocupación el aumento de la tasa de mortalidad perinatal. Para dar respuesta a esta situación, la Secretaría de Salud del Valle expidió las resoluciones 1613 y 1872 de 1987 en las que se crearon los Comités Regionales de Mortalidad Materna y Perinatal. En el Municipio de Santiago de Cali, fue evidente dicha situación, la tasa de mortalidad infantil que venía descendiendo desde la implementación del PAMI, se estabilizó hacia 1985 (tasa de 20 por mil nacidos vivos) y no mostraba señal alguna de mejorar. Como respuesta se desarrolló una estrategia de profesionalización de la atención del parto.

### 2.3.2.1. SILOS: Experiencia Exitosa en Cali y Modelo de Legislación.

En la segunda mitad de la década del ochenta, en concordancia con lo que ocurría a nivel nacional en materia de descentralización y los SILOS, en Cali ocurrieron dos hechos importantes: Primero, el Municipio de Santiago de Cali se dividió en comunas y se crearon los Centros de Atención Local Integrada (CALI) con la finalidad de fomentar el desarrollo intersectorial de la ciudad, que fortaleció la “descentralización territorial” de la salud y creó el Sistema Municipal de Salud de Cali.<sup>36</sup> Segundo, desde el escenario de la OPS se gestaba el desarrollo de la APS, en Colombia y consecuentemente en Cali y el Departamento del Valle del Cauca se iniciaron experiencias que se califican como pioneras, gracias a la articulación de los aportes de fundaciones privadas u organizaciones no gubernamentales (ONG) que cofinanciaron el proceso con aportes oficiales. El doctor Gabriel Carrasquilla, uno de los actores directos, afirma:

*[...] aquí nació toda la experiencia de atención primaria y Cali y también el Valle del Cauca, tuvo una iniciativa importante en la aplicación de la atención primaria, tal como estaba definida por los organismos internacionales, OMS y OPS. Y en ese momento, con una experiencia muy importante con entidades no gubernamentales [como] FES, Fundación Carvajal, Fundación Sarmiento Palau.[43]*

Desde la creación de los SILOS a nivel nacional, según los argumentos citados por Paganini[44], la experiencia más significativa fue la desarrollada en el Municipio de Cali, que bajo el liderazgo del doctor Luis Fernando Cruz, contribuyó a la construcción no sólo de los lineamientos del programa, sino que colaboró con la formulación de una política general para la región, que luego convertiría a Cali, como la primera ciudad del país en desarrollar una legislación sobre SILOS, mediante el Acuerdo Municipal N° 025 de 1989 [43], sirvió también, para aportar un “bagaje conceptual y empírico al proceso de formulación de la Ley 10 de 1990”.<sup>37</sup>

Cali recibió asesoría y capacitación para integrar la estrategia de APS a los SILOS, en los aspectos de planeación estratégica y participativa, así como en el desarrollo administrativo.<sup>38</sup> Surgieron entonces nuevos programas de atención y prevención integrados como “Salud del Adulto”, relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles, generando un cambio en las prioridades políticas de los organismos de salud del país y de la OPS, basado en el reconocimiento de las variaciones que se producían en los patrones de morbilidad y mortalidad de la población. La formación de los epidemiólogos cosechó sus frutos, con su vinculación progresiva en los SSS y en los SILOS para el fortalecimiento del sistema de información epidemiológica de los programas, especialmente, el Materno Infantil y Perinatal.[42]

Los primeros años de la década del 90, mostraron el paso de la perspectiva administrativa de los SILOS a la visión estratégica de la promoción de la salud y los municipios saludables. En los SILOS comenzó a trabajarse con el concepto de “promoción de la salud”, con un enfoque que partía “más de las necesidades de la gente que de las iniciativas de los planificadores”. En este sentido se desarrollaron los programas de salud escolar, que significaron una transición del enfoque tradicional de la atención Materno Infantil hacia la promoción de la salud de los escolares. [45] Conjuntamente con estos programas también se hizo evidente que la organización de los SILOS permitía el “desarrollo de metodologías para poner en práctica acciones intersectoriales en el espacio local”.

<sup>36</sup> Acuerdo 025 de noviembre de 1989.

<sup>37</sup> El ministro de salud, José Granada -antecesor del ministro Eduardo Díaz, a quien correspondió el esfuerzo final que dio origen a la Ley 10, contó con la colaboración del doctor Oscar Rojas, como viceministro, quien tomó la experiencia que se venía realizando en Cali (Hernández, Miranda y Obregón, 2002).

<sup>38</sup> Por parte de varios funcionarios de la OPS, entre ellos, los doctores José María Paganini, Roberto Capote Mir, Antero Coelho Neto, Humberto Jaime Alarid y Eric Nicholls.



### 2.3.3. El SGSSS, sus Implicaciones y las Empresas Sociales del Estado.

A partir de 1995 se inició en Cali la implementación del SGSSS mediante el aseguramiento de personas al régimen subsidiado, identificadas en los niveles I y II del SISBEN, proceso asumido por el municipio transitoriamente hasta 1996. Se inició el PAB, focalizado en las comunidades que representaban mayor riesgo, se fortalecieron acciones de promoción de la salud y se logró la consolidación de la red de vigilancia epidemiológica.

La reforma a la salud, requería un proceso de autonomía de los centros y hospitales de la red pública, implementar procesos de contratación con las empresas aseguradoras, la transformación a Empresas Sociales del Estado (ESE), para que compitieran por los usuarios. CEDETES expresa en su informe : “La situación de Salud de Santiago de Cali - Una mirada desde la salud pública”:

*“En 1997 se presentó por primera vez un proyecto de acuerdo municipal para reestructurar el Sistema Municipal de Salud, transformar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud en ESE, y adoptar el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, en el que se integrarían: la Secretaría de Salud Pública Municipal, el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, el subsistema de EPS, para el cual el municipio creó la EPS pública Calisalud, primera de orden municipal en el país, el subsistema IPS y el subsistema de participación social, creando las ligas de usuarios.[4, p.80]*

Cali propuso el proyecto de transformación de las IPS en ESE, sin embargo no fue aprobado por el Concejo de Cali y durante los siguientes años sufrió varias transformaciones. Mediante el Acuerdo 106 del 15 de enero de 2003<sup>39</sup>, se crearon cinco (5) redes de salud -ESE-, distribuidas geográficamente: ladera, norte, centro, oriente y suroriente.[46] Su función básica es prestar los servicios de salud a la población vulnerable no asegurada. Pese a la autonomía administrativa con la que contaban, la efectividad en la prestación del servicio de primer nivel de atención, para la población marginada no asegurada, continuó siendo un problema en los años subsiguientes.

### 2.3.4. Estrategia AIEPI en el Municipio de Santiago de Cali y el Re-direccionamiento de la SSPM.

Paralelo con la política pública del Gobierno Nacional, el Municipio de Santiago de Cali inicia en el año 2000, el proceso de implementación de la estrategia AIEPI, que por su contribución en el mejoramiento de la salud de los niños y las niñas menores de 5 años, en esta investigación documental se destina el apartado (5) para describir en detalle sus características y desarrollo.

En el 2005 se realizó un proceso de redireccionamiento estratégico de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, mediante la formulación de una nueva misión y visión la cual le permitiría atender de manera más eficaz los diversos requerimientos en materia de salud.[4, p.86] Sin embargo, esta efectividad se vio obstaculizada por la discontinuidad en la gestión de los secretarios de salud, pues tan sólo en el periodo 2001 ? 2007, se contó con siete (7) secretarios[4, p.86], mostrando debilidad en el desempeño de la autoridad sanitaria, en la formulación de políticas y en la continuidad de las mismas, situación que se reflejó en los resultados de la evaluación de las FESP<sup>40</sup>, realizado en el año 2006.

<sup>39</sup>“por el cual se descentraliza la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención del municipio de Santiago de Cali, mediante la creación de las empresas sociales del estado del Municipio de Santiago de Cali” Acuerdo 106, enero 15 de 2003.

<sup>40</sup>Para mayor información ver Tabla 2. Funciones Esenciales de la Salud Pública.

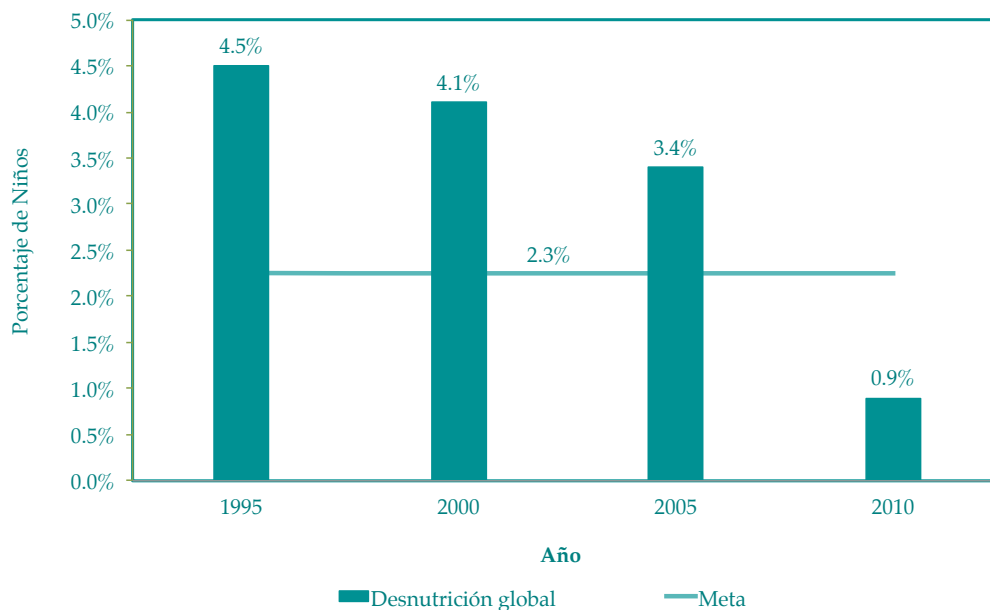


El informe ya citado de CEDETES, “puso en evidencia el pobre desempeño de las administraciones previas en las FESP” y adicionalmente, el débil desempeño de la autoridad sanitaria basado en: 1) desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; 2) fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y de inspección, vigilancia y control; 3) desarrollo de recurso humano y capacitación en salud pública e investigación en salud pública. Para el cumplimiento de las competencias del Municipio frente al desarrollo del SGSSS y su capacidad de gestión, con otras instituciones y organizaciones (logros obtenidos en el análisis de la situación de salud de la comunidad) los resultados fueron positivos. [4, p.88]

Según informe de la Secretaría Departamental de Salud del Valle, Área de Inspección, Vigilancia y Control, realizado en el año 2005, la Secretaría de Salud Municipal, mostró cambios en el desempeño de sus funciones rectoras (e.g. definición de competencias<sup>41</sup>, esquema organizativo, participación social, coordinación intersectorial, entre otros).[4, p.88]

### 2.3.5. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Metas del Municipio de Santiago de Cali.

**Gráfico 1. Situación Nutricional Menores de Cinco (5) años. Cali Área Metropolitana, 1995, 2000, 2005 y 2010**



Fuente: ENDS 1995, 2000, 2005 y 2010.

En enero de 2008, en armonía con los lineamientos internacionales y nacionales, según el informe de investigación realizado por la Secretaría de Salud Municipal de Cali: “Evaluación y Seguimiento del Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Santiago de Cali” [40], se establecieron metas para Cali y se compararon con las metas del país, a las cuales se les hace

<sup>41</sup>El Municipio de Cali tiene competencias asignadas por la ley 715 de 2001, sobre vigilancia a la contratación de aseguramiento de régimen subsidiado, prestación de servicios de la baja complejidad, acciones en salud pública y saneamiento básico, con respecto al subsistema de vigilancia y control. Con base en estas competencias, la Secretaría de Salud Pública Municipal, ha organizado su estructura para cumplir con la norma.

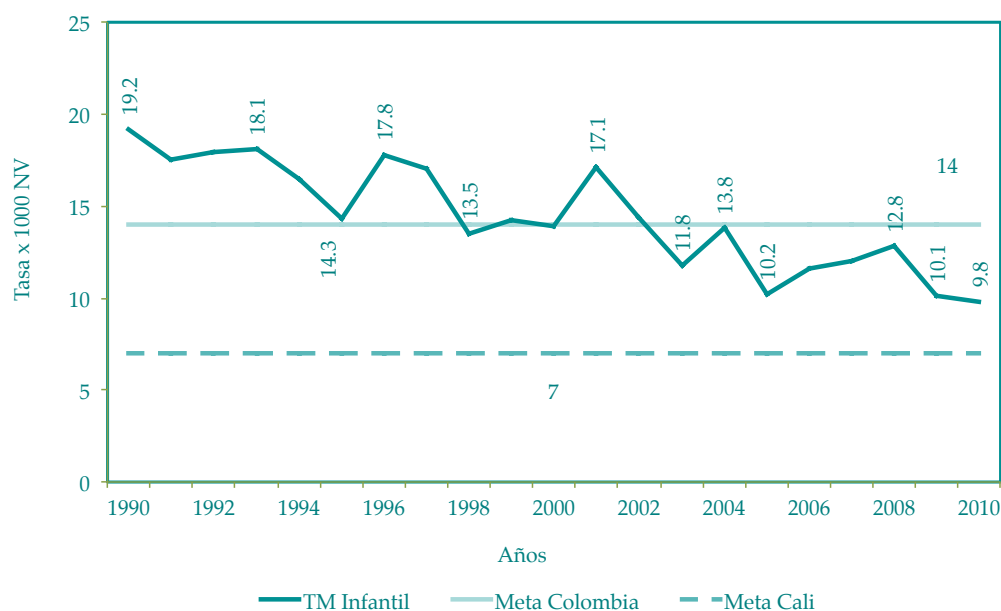
seguimiento. [40]

Con relación al cumplimiento de los ODM, se utilizan las conclusiones del documento “Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Santiago de Cali - Evaluación y Seguimiento” de la Secretaría de Salud Municipal, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 y la información de la SSPM.<sup>42</sup>[40]<sup>43</sup>

El Gráfico 1, muestra una de las metas de cumplimiento del ODM 1, entre 1995 y 2010. En el Municipio de Santiago de Cali la tasa de desnutrición global disminuyó en 3.6 puntos porcentuales, con una marcada aceleración entre el año 2005 y 2010. La tasa en el año 2005 se ubicó en 1.15 puntos porcentuales por encima de la meta y en el 2010 en 1.4 puntos porcentuales por debajo, logrando efectiva y ampliamente sobrepasar la meta esperada para el 2015.

En cuanto al ODM 4, el Municipio de Santiago de Cali ha logrado una reducción considerable de las Tasas de Mortalidad Infantil (TMI) y la de los niños y las niñas menores de cinco (5) años. En el Gráfico 2, se observa que desde el año 2001 se superó la meta nacional que es de 14.0 muertes en menores de un año por mil nacidos vivos. Para el año 2010 se registró una tasa de 9.8 por cada 1,000 Nacidos Vivos (NV), lo que indica que Cali está a 2.8 de la meta fijada para la ciudad en el 2015, que es de 7.0 muertes por 1,000 NV. Para cumplir esta meta en el 2015, se requiere una reducción anual de 0.56 muertes por 1,000 NV anualmente.

**Gráfico 2. Tasa de Mortalidad Infantil. Municipio de Cali, 1990-2010.**



Fuente: Nacidos vivos DANE/Área de información y Estadística SSPM.

Con relación a la tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años, se observa en el Gráfico 3, que desde el año 2002 se superó la meta nacional (17.0 muertes en menores de cinco años por 1,000 NV). Para el año 2010 se registró en Cali una tasa de 11.8 en niños y niñas en este grupo

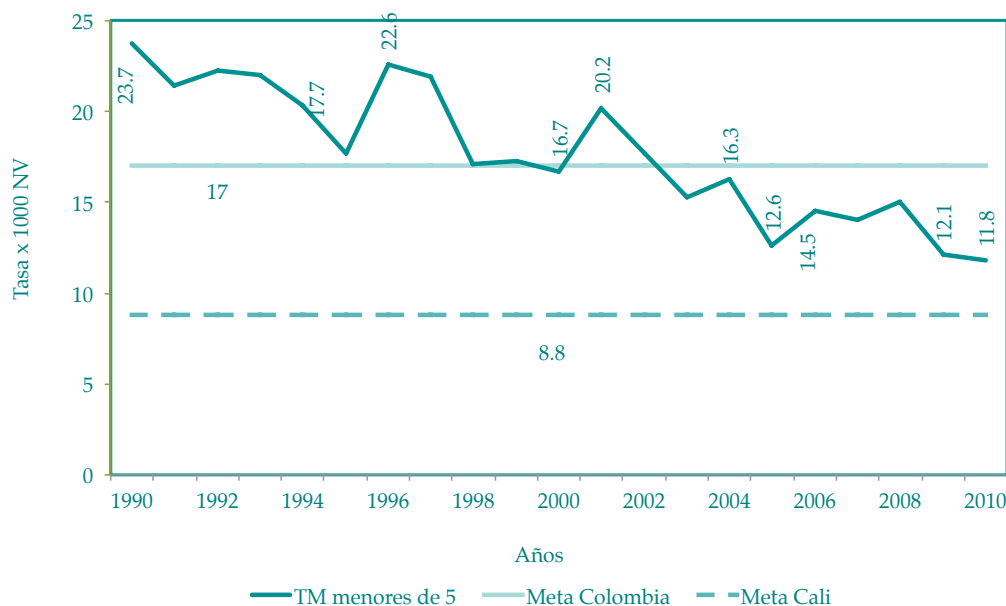
<sup>42</sup>Se recomienda consultar directamente la fuente para obtener un panorama detallado y amplio en el cumplimiento de los ODM.

<sup>43</sup>Es importante mencionar que cada uno de los temas expuestos en este apartado se amplía en detalle en los Capítulos 4 y 5.

de edad, es decir, que se encuentra a 3.0 muertes por 1,000 NV de la meta fijada para la ciudad en el 2015, que es de 8.8 por 1,000 NV.

Con relación a la meta de cobertura en inmunizaciones en el Municipio de Santiago de Cali, según el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), desde el año 2005 se han mantenido las coberturas de vacunación para todos los biológicos, por encima del 95 %, para los niños y las niñas menores de cinco (5) años.<sup>44</sup> Este tema es tratado con mayor detalle en el Apartado 4.3.

**Gráfico 3. Tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años. Municipio de Cali, 1990-2010**



Fuente: Nacidos vivos DANE/Área de información y Estadística SSPM.

Para el ODM 5 en Cali, se observa una tendencia a la reducción en la Razón de Mortalidad Materna (RMM).<sup>45</sup> Entre 1998 y 2009 hubo una reducción de 85 muertes por 100,000 NV, alcanzando una RMM de 26 muertes por cada 100,000 NV en el año 2009. Para lograr la meta fijada para el 2015 de 21.9 muertes maternas por 100,000 NV, se requiere una reducción anual de 0.7 muertes por 100,000 NV. El Valle del Cauca y Colombia presentaron un incremento de la RMM en el año 2009 (Gráfico 4), ubicando a Cali en una mejor posición, puesto que ha mantenido una reducción sostenida relacionada con la implementación de programas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad y morbilidad materna extrema desde 2005, el incremento en la atención del parto por personal sanitario desde 1996, registrando en 2010 un 99.8 % de cobertura (el 90.9 % es atendido por médico)[47] y debido también a una mayor cobertura de atención médica en los controles prenatales, que según la ENDS 2010 es de 95 %.<sup>46</sup>

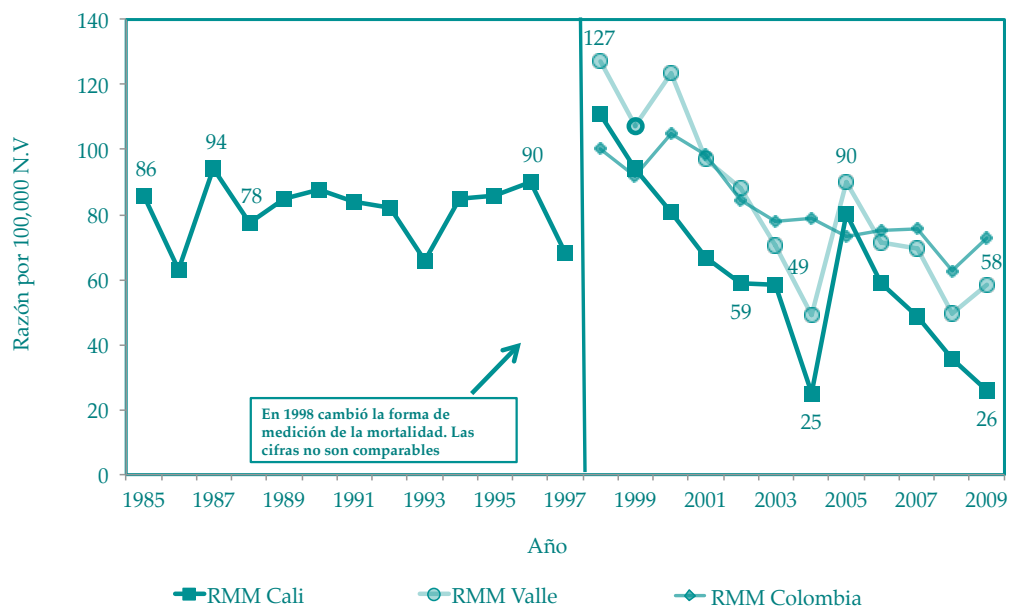
El ODM 6 en el Municipio de Santiago de Cali, evidencia que la tasa de niños y niñas menores de cinco (5) años diagnosticados con VIH/SIDA en 2008 fue 7.8 casos por cada 100 mil niños de esa edad (11 casos)[40]. Los datos disponibles no permiten establecer una tendencia.

<sup>44</sup>Las vacunas del PAI son: Antipolio, DPT, BCG, Antihepatitis B, HIB, Triple Viral y Fiebre Amarilla.

<sup>45</sup>En el Apartado 3.2.3.2 se muestra el comportamiento de esta tasa.

<sup>46</sup>Es preciso fortalecer el seguimiento a este indicador, que se encuentra desactualizado.

**Gráfico 4. Razón de Mortalidad Materna.  
Municipio de Cali, 1985-2009**



Fuente: DANE. Gráfico autores.

Espacio para Capítulo 3

