

Modelo de Salud para Santiago de Cali

Propuesta en Construcción



Secretaría de Salud Pública
Municipal de Santiago de Cali

CEDETES

Centro para el Desarrollo y Evaluación de
Políticas y Tecnología en Salud Pública



Objetivo

Construcción de un Modelo de Salud Pública, que responda a los principios y valores que orientan la Política de Salud para Santiago de Cali: Equidad, Eficiencia y Derechos, en el marco de la ley de seguridad social y de la situación particular del municipio.

Metodología

Fase I

Análisis de situación

Definición de necesidades de información para la concepción del modelo

Identificación y caracterización de fuentes secundarias de información

Integración de información de las diversas fuentes

Análisis de la información y producción de un marco de motivos.

Fase II

Formulación del Modelo

Revisión de referentes teóricos, normativos, estructurales y organizacionales.

Primer planteamiento del modelo teórico.

Análisis de la viabilidad y factibilidad del modelo teórico.

Ajuste del modelo teórico y planteamiento del modelo operativo.

Análisis de la viabilidad y factibilidad del modelo operativo y ajuste.

Fase III

Legitimación y ajuste

Foros de presentación y debate con grupos de interés

Documentación de propuestas de ajuste

Ajuste del modelo.

Aprobación por el Consejo Municipal de Seguridad Social

Lanzamiento protocolario y publicación



LA SITUACIÓN DE SALUD EN CALI

- **ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS**
- **CULTURALES**
- **AMBIENTALES**
- **POLÍTICOS**
- **DEMOGRÁFICOS**
- **EPIDEMIOLÓGICOS**
- **RESPUESTA INSTITUCIONAL**

¿Hacia donde vamos?

INTENCIÓN

Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población en el municipio de Cali y a reducir las inequidades en salud existentes, a través de un Modelo de Salud Pública, coherente con las necesidades de salud en el municipio y con una concepción renovada de la salud pública, que conjugue la acción política, técnica y social, en intervenciones individuales, colectivas y territoriales orientadas a promover, mantener y restaurar la salud de los habitantes de Santiago de Cali.

QUÉ INTERVENIR?

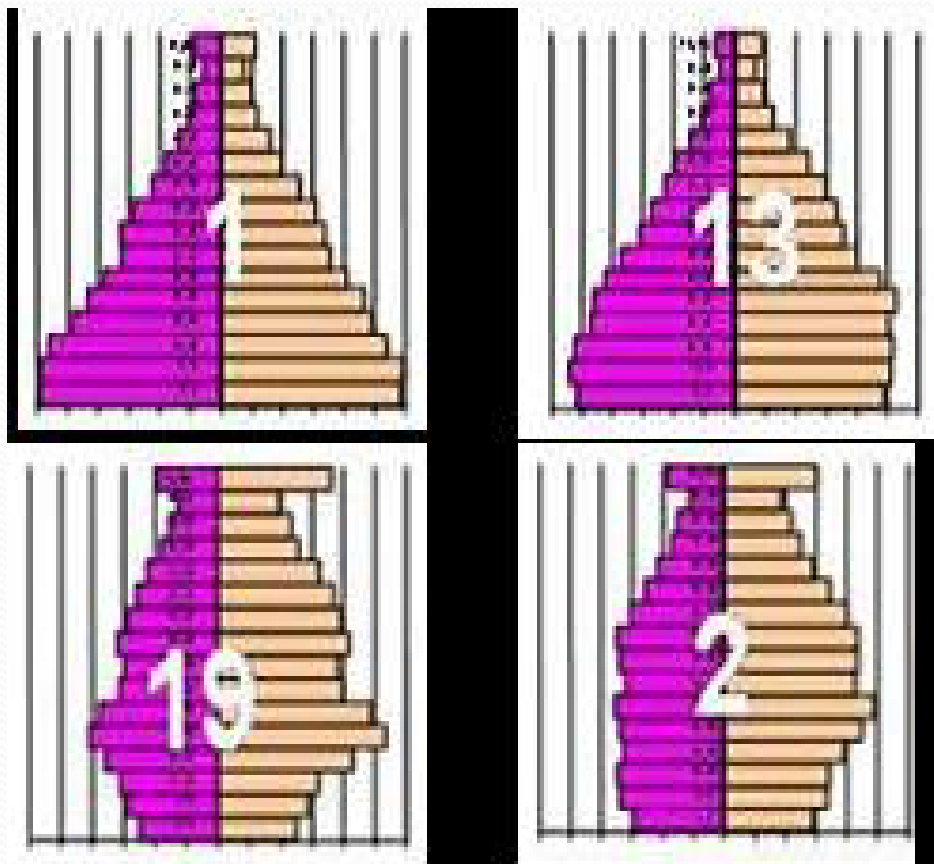
- Estructura social : Poder, Cultura, Inclusión/exclusión.
- Inequidad económica y social (inequidad deservicios de salud).
- Ambientes que incrementan el riesgo de enfermar y morir: Determinantes sociales y culturales de disparidad social.
- Comportamientos que incrementan el riesgo de enfermar y morir.
- Desigualdades e inequidad en salud y en bienestar de la población

Que sabemos de Cali?

Población

- Cali cuenta con 2.075.380 habitantes, de los cuales el 52.8% son mujeres y 47.2% hombres; el 98% se localiza en la zona urbana; el 26% es afro descendiente y el 0.5% indígena.
- **Transición demográfica :**
Reducción de la población joven menor de 15 años que disminuye de 28.6% en 1993 a 27% en 2005
Proporción de personas de 15 a 64 años bajó de 66.7% en 1993 a 66.1% en 2005
Mayores de 65 años cuya proporción aumentó de 4.7% en 1993 a 6.9 en 2005,

Pirámides de población por comuna Datos censales 2005



 Hombres

 Mujeres

Comunas con estructuras de población de base ancha constituida por niños y adolescentes, propia de países en desarrollo

comunas con una estructura similar a la de los países industrializados, con alta proporción de población mayor

Que sabemos de Cali?

Población

Perfil epidemiológico mixto 2005

- Primeras causas de enfermar y morir estuvieron asociadas, (57%) con las enfermedades crónicas no transmisibles.
- En segundo lugar :
 - (16%), aquellas denominadas de causa externa.
 - (16%), un grupo de enfermedades en las que se incluyen las transmisibles, maternas, perinatales.
(EDA, IRA, TBC, Dengue, Malaria, Desnutrición)

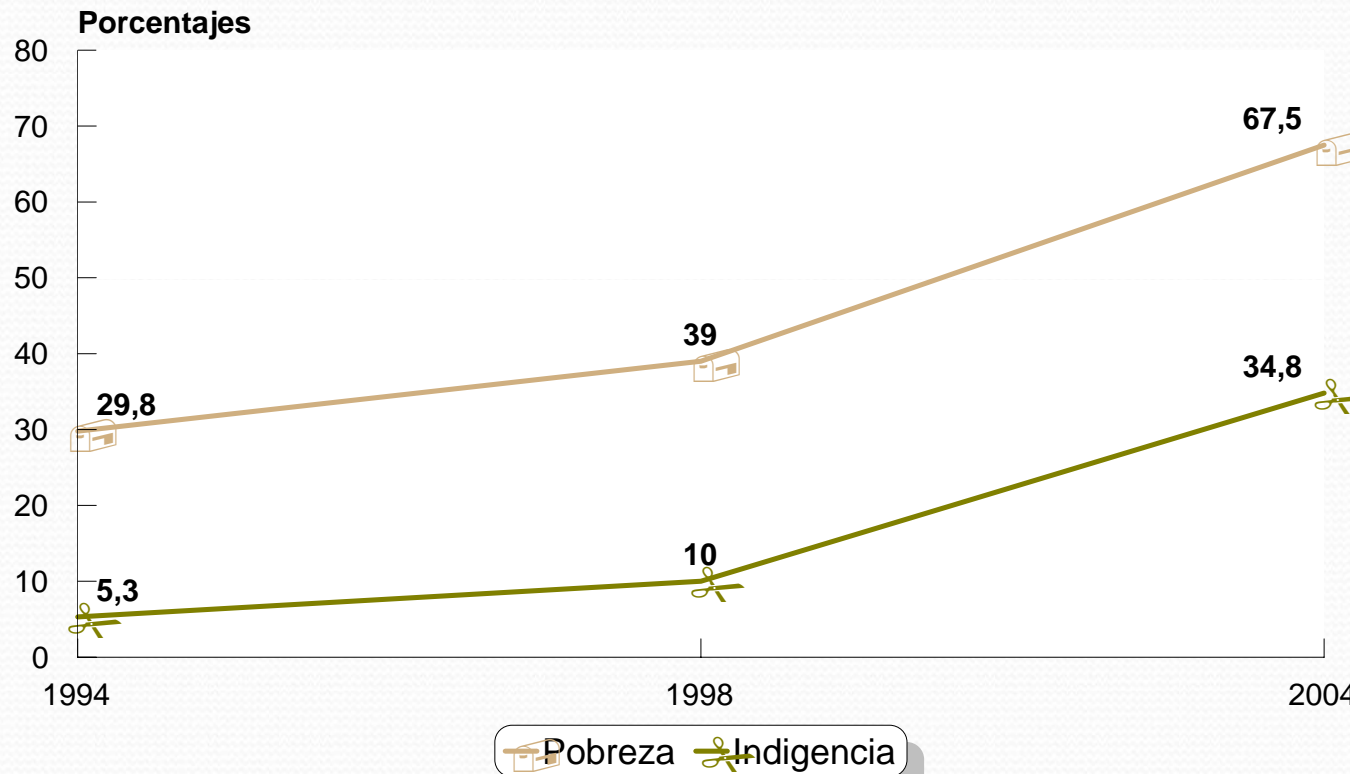
Que sabemos de Cali?

Población

Deterioro socioeconómico

- El índice de dependencia general se incrementó
1993 50% a 2005 51%
- Disminución de índice de dependencia juvenil
de 43% en 1993 a 40% en 2005
- Índice de dependencia senil aumentó
7% en 1993 a 10% en 2005.

Evolución de la pobreza en Santiago de Cali 1994-2004



Fuente. Los resultados para 1994 y 1998 fueron obtenidos del estudio de Urrea y Ortiz (1999). Para 2004, las líneas de pobreza fueron calculadas con base en la metodología de la Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la desigualdad, MERPD, que hace parte del documento Metodología de medición y magnitud de la pobreza en Colombia. Valor de las líneas de pobreza e indigencia LP\$234,076 y LI\$80.30 del 2004.

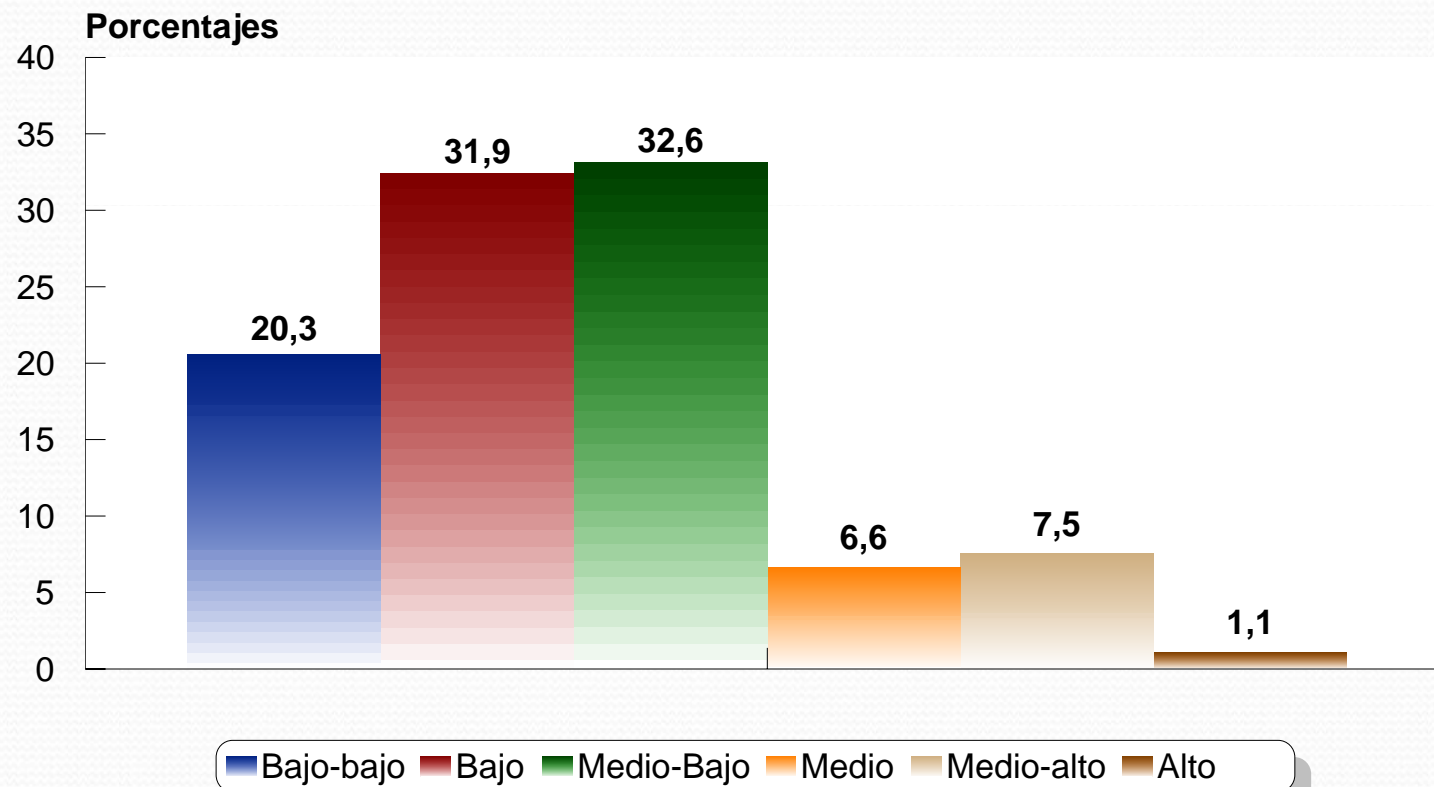
Que sabemos de Cali?

Población

- Estrato socio económico:

En Santiago de Cali el 85% de sus barrios pertenecen a estratos 1 a 3.

Distribución según estratos socioeconómicos Santiago de Cali 2005



Fuente: Subdirección de Desarrollo Integral / Departamento Municipal de Planeación de Santiago de Cali

Que sabemos de Cali?

Población

Educación en la población mayor de 3 años para 2006:

- 12.7% tiene primaria completa
- 5.7% secundaria completa.
- 5,7% educación media completa.
- 2.4 tecnología,
- 9.4% son profesionales
- 1.5% tiene estudios de postgrado.

El 72% de la oferta educativa corresponde al sector privado.

Que sabemos de Cali?

Población

Incremento población desplazada y en situación de calle

En octubre de 2006 había en Cali 39.354 personas en situación de desplazamiento

Cali recibe aproximadamente el 31% de la población desplazada que llega al departamento;

En 2005, 3.620 personas en situación de calle:

54,6% viven permanentemente en la calle.

45,4% utilizan la calle como espacio para subsistir.

Que sabemos de Cali?

Empleo

Desempleo desciende 3 % entre 2000 y 2006

Subempleo*, aumentó de 33.6% a 35.4%.

En 2006 había 458.000 personas sub empleadas

- * Trabajan bajo modalidades que no cumplen con el número de horas legalmente establecidas, desempeñando labores que no se compadecen con su formación y devengando salarios inferiores a los establecidos

(DANE, Encuesta Nacional de Hogares 2006).

Que sabemos de Cali?

Población

Morbilidad sentida

- Problemas en salud sexual y reproductiva, embarazo en adolescentes, el VIH SIDA, **baja calidad en el control prenatal y difícil acceso a métodos de planificación familiar.**
- La salud de los niños : desnutrición, las enfermedades respiratorias agudas y la enfermedad diarreica aguda.
- Causas de enfermedad mental esta ligada a violencia familiar y sexual.
- Los adultos mayores : hipertensión arterial, la diabetes y la desnutrición
- Factores de riesgo para este grupo de edad el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, ingesta de alcohol y consumo de tabaco

Que sabemos de Cali?

Morbilidad registrada de consulta externa

- **No trasmisibles agrupan el 45.8% de las 20 primeras causas**
(hipertensión arterial, la diabetes y los trastornos del metabolismo de las lipoproteínas)
- **Trasmisibles corresponden al 20.63% de las 20 primeras causas principalmente, las infecciones de origen viral que afectan el aparato respiratorio.**
- **Menor proporción de aquellas asociadas al embarazo, parto y puerperio, suman el 6.23%, y otras acciones de prevención de la enfermedad el 10.45%.**

Que sabemos de Cali?

Morbilidad registrada: Egresos hospitalarios

- El 3,5% de las 20 primeras causas de egreso hospitalario corresponden a enfermedades trasmisibles (neumonía y la celulitis)
- Los egresos asociados al embarazo representan el 17%, la principal de ellas, la atención del parto normal.
- La sexta causa de egreso hospitalario se registra la esquizofrenia.
- El 8% de los egresos hospitalarios no tiene causa definida.
- Causa externa como fracturas y traumatismos el 5%.

Que sabemos de Cali?

Mortalidad

Seis de las primeras diez causas de mortalidad son debidas a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs), con énfasis en cardiovasculares, departamento del Valle del Cauca, en 2005,

Para Cali el 47% del comportamiento de la situación de mortalidad agrupada en Cali durante 2005, corresponde a enfermedades cardiovasculares y tumores malignos

Que sabemos de Cali?

Mortalidad en 2005

- el 4.6% de muertes(554) se clasificaron como fetales.
- El 3.8% de las muertes (438) ocurrió en menores de 15 años de edad.
- El 18% de las muertes registradas ocurrieron en el grupo de 15 a 39 años de edad, 24.9% hombres y 8.6% mujeres.

Que sabemos de Cali?

Mortalidad en 2005: según afiliación a SGSSS

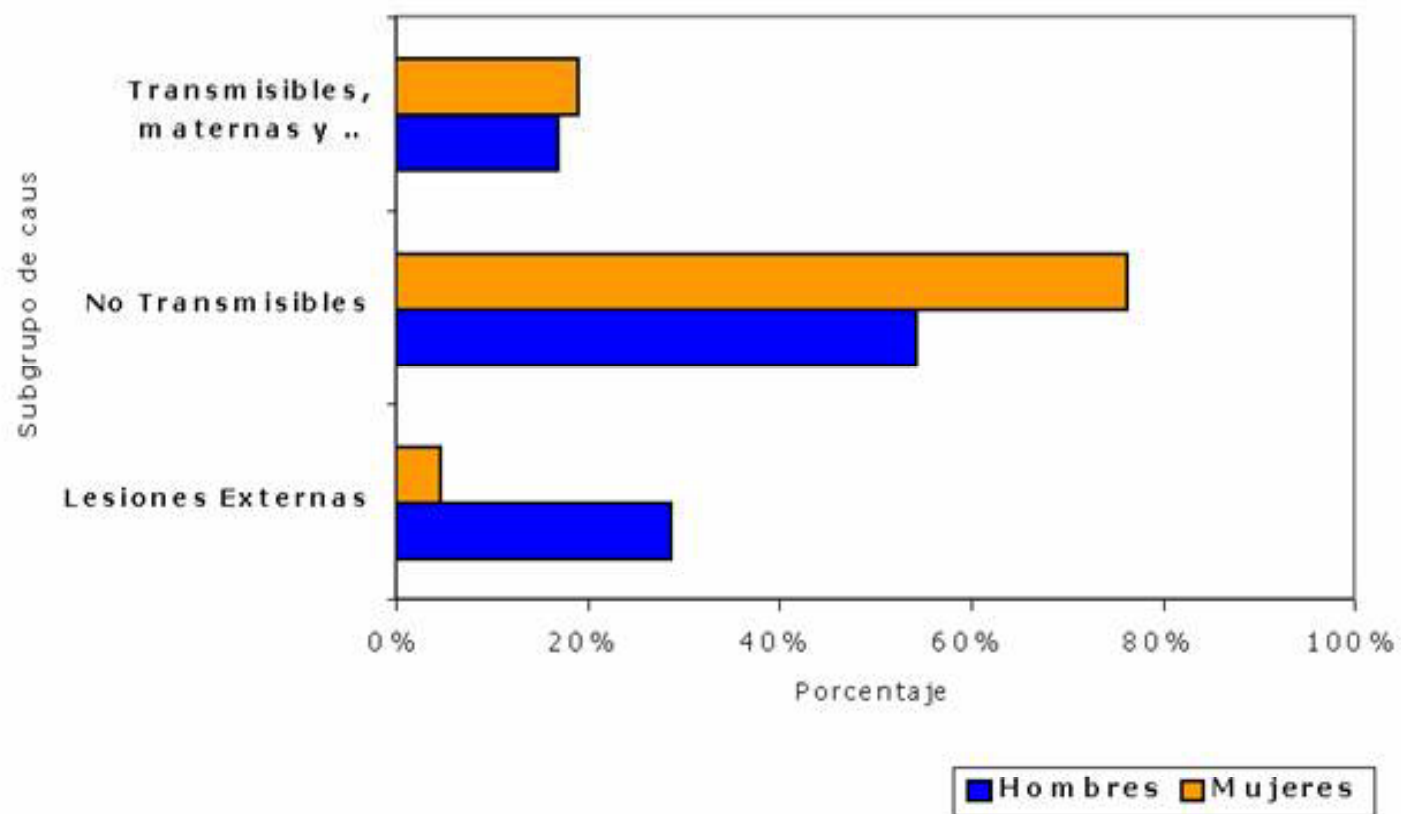
- Régimen contributivo . 41.3% fallecidos
- Régimen subsidiado: 21.3%.
- Población pobre no asegurada: 12.5%.

23.9% de los registros no se tenían esta información.

Es problema de sistema de información?

Que sabemos de Cali?

Población



Que sabemos de Cali?

Población

Riesgos de enfermedad: (estudio SSPM- CECDETES)

- El 13.74% de las personas (aprox. 232.219 personas) son hipertensas.
- El 27.3% refiere tener el colesterol alto, (aproximadamente 461.397 personas)
- El 6.8%, (114.927), son diabéticas.
- Prevalencia de tabaquismo: 15%.
- Prevalencia de consumo de alcohol en el mes inmediatamente anterior a la aplicación de la encuesta: 35%.
- 7 de cada 10 personas fueron catalogadas con algún nivel de sedentarismo.

**Distribución porcentual de factores de riesgo y Aseguramiento
Santiago de Cali 2005**

Riesgo	Contributivo	Especial	Subsidiado	No asegurado
Hipertensión arterial	56,50%	0,30%	14,30%	28,90%
Sedentarismo	54,20%	3,10%	18,20%	24,40%
Hipercolesterolemia	65,90%	3,40%	21,50%	9,20%

Fuente: Proyecto de Implementación del Sistema de Vigilancia de Factores Riesgo del Comportamiento Asociados con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Santiago de Cali, 2005. Secretaría de Salud Pública Municipal . CEDETES

Que sabemos de la salud de Cali?

Aseguramiento

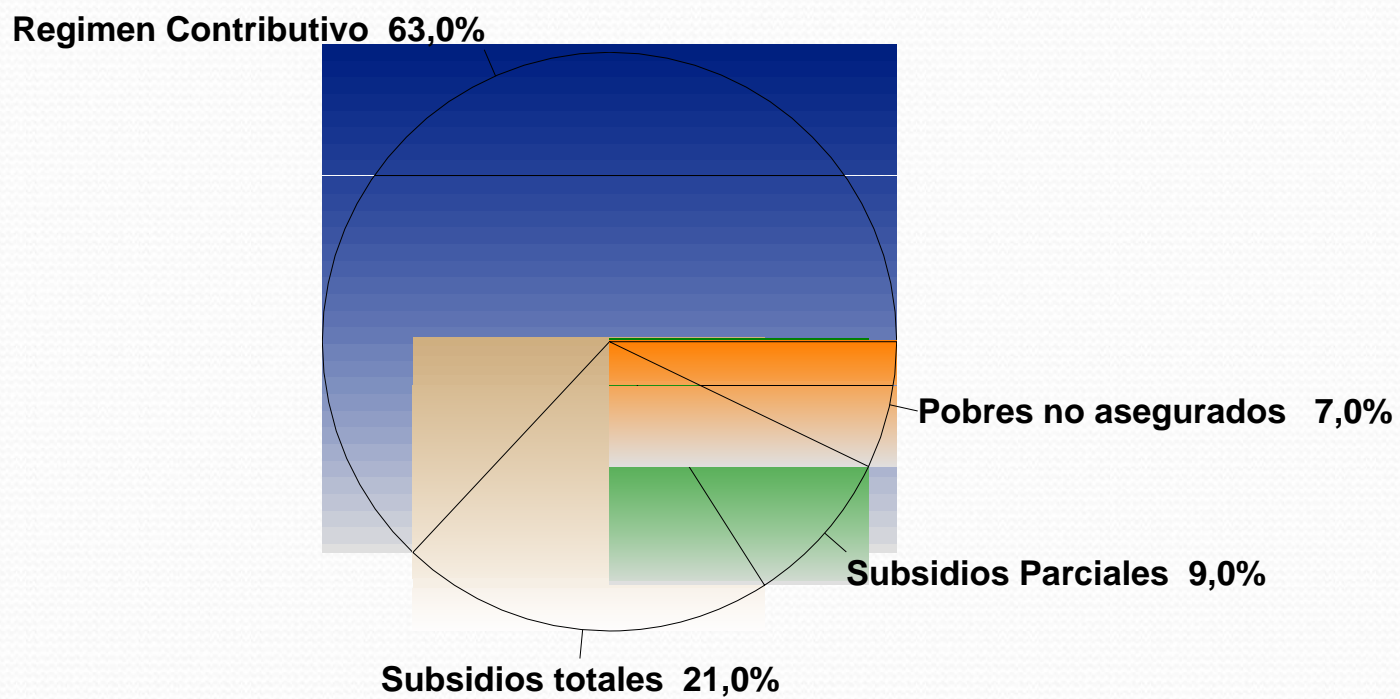
La población de Santiago de Cali esta afiliada al SGSSS en un 93%.

63% de la población esta afiliada al R. Contributivo

30% de la población afiliada a R. Subsidiado

7% de la población no afiliada.

Distribución de la población según régimen de aseguramiento al SGSSS Santiago de Cali 2006



Que sabemos de la salud de Cali?

Prestación de servicios

- **Para 2006, IPS registradas para la prestación de servicios médicos son predominantemente privadas (86.8%).**
- **La oferta estatal, 73 puestos de salud**
 - 23 centros de salud**
 - 8 centros de atención básica ISS**
 - 5 ESE 1 Nivel**
 - 2 clínicas del Seguro Social.**
 - 2 ESE segundo Nivel**
 - 1 ESE tercer Nivel**
 - 1 ESE Psiquiátrica**
 - 1 ESE geriátrica**
 - 2 Hospitales privados en contrato con el estado**

Que sabemos de la salud de Cali?

Prestación de servicios

La oferta de servicios de internación predominan las instituciones del sector privado. (64.1%)

las camas disponibles son predominantemente estatales (59%)

55,24%) está destinada a la atención de adultos

13,05% son pediátricas

10,43% obstétricas. .

Un 12.8% cuidados especiales

La mayor restricción de camas se observa en las de cuidados especiales de adultos donde por cada 100. 000 habitantes cuentan con 4.65 camas de UCI.

Características de la actual prestación

- *El estado atiende cada vez menos población.*
- *Diferentes paquetes de atención.*
- *La atención de la salud esta determinada por las reglas de un mercado “REGULADO”*
- *Baja resolutiveidad del primer nivel de atención.*
- *Barreras de acceso*
- *El mercado, por sus reglas de juego, siempre va a buscar la complejidad. (mayor rentabilidad en demanda inelásticas)*

Que sabemos de la salud de Cali?

Concepción de la Salud

Reduccionista

Desarticulada de contexto socioeconómico (determinantes sociales).

Enfocada a acciones sectoriales en servicios preventivos y practicas individuales.

Reducidas acciones sobre gestión de políticas públicas, negociación, fortalecimiento de cultura ciudadana, capacidad de convocatoria y articulación de actores y sectores del desarrollo.

No se promueve - legitima la consolidación de planes de desarrollo sectoriales y territoriales.




MEDIO AMBIENTE

Contaminación ambiental de suelo, aire y agua.

Relación oferta demanda de agua positiva

Riesgos biológicos ; leptospira, dengue, malaria.

Ruido



En conclusión, el contexto social y el ambiente físico de la población en Cali demandan políticas y acciones para dar respuesta a aspectos críticos que afectan la salud y el bienestar de la población.

Dichas políticas y acciones deben incluir medidas para reducir la pobreza, mejorar la equidad, la cultura ciudadana, y el medio ambiente.

Construcción de un Modelo de Salud para el Municipio Santiago de Cali



Secretaría de Salud Pública
Municipal de Santiago de Cali

CEDETES

Centro para el Desarrollo y Evaluación de
Políticas y Tecnología en Salud Pública



Universidad
del Valle



Características

- 1- **Coherente:** Responde a la situación particular del municipio en cuanto a los factores determinantes de las condiciones de salud encontradas
- 2- **Integral:** Incorpora las acciones políticas, técnicas y gerenciales necesarias para promover, conservar, restaurar la salud y reducir las consecuencias de enfermedad.

Características

.

3- **Viable:** Soportado en la normatividad vigente y en los recursos disponibles en el territorio, tales como: las empresas ARS /EPS /ARP, las instituciones prestadoras de servicios, el sector fundacional, las universidades, los gremios, e instituciones públicas y privadas.

4- **Sostenible:** Es el producto de consensos, acuerdos y compromisos entre los diferentes estamentos de la municipalidad.



Concepción de Salud Pública

El enfoque de la salud pública concebida como un producto, y un contribuyente y predictor del desarrollo social y económico.

Exige intervenciones sobre los determinantes sociales que condicionan la justicia social, la equidad y la democracia

Concepción de Salud Pública

- Suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (OPDS 1990)



Respuesta internacional

- Objetivos y metas del Milenio.
- Comisión Internacional de Evaluación de Determinantes Sociales de Salud
- Atención Primaria en Salud.
- Acción política a favor de intervenir causas estructurales de las condiciones de salud y enfermedad

Fundamentos

- Principios y valores éticos
- No sólo en la racionalidad científica y económica;
- se oriente a intervenir las causas sociales y económicas que determinan la salud de poblaciones mediante acciones intersectoriales más que biomédicas;
- Se orienta a modificar bienestar y calidad de vida, la condición social y no sólo estilos de vida.



Principios

- Justicia social
- Derecho a la salud
- Inclusión con equidad
- Eficiencia

Modelo de salud

- La respuesta a necesidades y demandas en salud incorpora diferentes dimensiones de análisis e intervención (social, económica, biológica, cultural, comportamental) asociadas con los determinantes sociales de la salud, o sea el conjunto de características que tipifican los grupos sociales en los cuales se mide el estado de salud.

Premisas

- La acumulación de condiciones económicas, sociales y culturales negativas y la falta de recursos fundamentales contribuyen a la desigualdad en el estado de salud y a la inequidad en servicios de salud.
- Exclusión social, la falta de oportunidades, acceso inequitativo a mercados y capital, trabajo y empleo sojuzgados, y acceso limitado a bienes y servicios, incluyendo los de salud

Premisas

- *Debate público* permanente sobre la salud pública y sus ejecutorias es fundamental como instrumento político para ganar consenso
- *Articulación* de la salud pública con las políticas públicas que modifican las condiciones estructurales para lograr el desarrollo humano y territorial con equidad e inclusión,

Premisas

- *Orientación de los servicios de salud al logro de la salud , más que a responder a la enfermedad*
- *Medidas preventivas obligatorias en los servicios de salud, ofrecidas a través de planes locales y nacionales y la articulación de instituciones prestadoras de servicios*
- *Investigación en salud pública*

Premisas

- *Salud es un bien público colectivo*
- Gerencia de las acciones en salud incluye a variados sectores y actores, relacionados bajo nuevas formas e intereses, actuando sobre espacios diferentes a los institucionales; potenciando el recurso local y creando capacidad para que colectividades y personas puedan participar activa y concientemente en decisiones que afectan su salud
- Territorialidad.



Propósitos

Aumentar la expectativa de vida sana (libre de discapacidad) de la población.

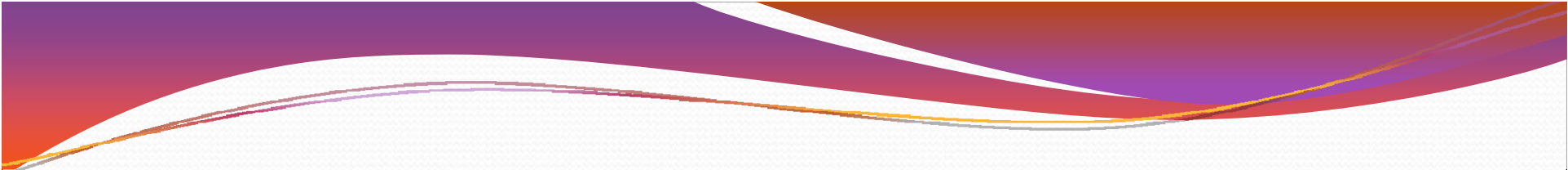
Disminución de las inequidades en salud existentes.

Crear nuevas formas de relacionamiento entre los actores e instituciones responsables por la salud de la población

Uso óptimo y equitativo de los recursos.

Estrategias

- 1- Fortalecer en la Administración Municipal la capacidad para el diálogo, el análisis y la negociación intersectorial de políticas públicas que influyen la salud de la población.
- 2- Establecer un mecanismo intersectorial que desarrolle el capital social necesario para una concertación social amplia, que garantice la generación de un Pacto por la Salud, y el compromiso para realizarlo.



3- Promover en el gobierno municipal, un nuevo esquema operativo o reorganizar el existente, para fomentar la organización, movilización y participación comunitaria y ciudadana en acciones locales orientadas a modificar los entornos locales desfavorables

4- Universalizar el aseguramiento, modificar la intermediación para hacerla más eficiente y equitativa, y eliminar barreras de acceso a los servicios de salud.

Acciones del Modelo

- ***Fortalecimiento de la capacidad del Estado al nivel de la administración municipal, para orientar y liderar políticas y programas conducentes al mejoramiento de la salud y el bienestar***
- **Reorganización de los servicios, haciéndolos coherentes con necesidades de salud, integrales y equitativos**

Acciones del Modelo


- *El diseño y puesta en marcha de un nuevo sistema de información junto con la promoción de una cultura para su uso.*
- **Fortalecimiento de las redes sociales alrededor de la salud.**



PACTO POR LA SALUD

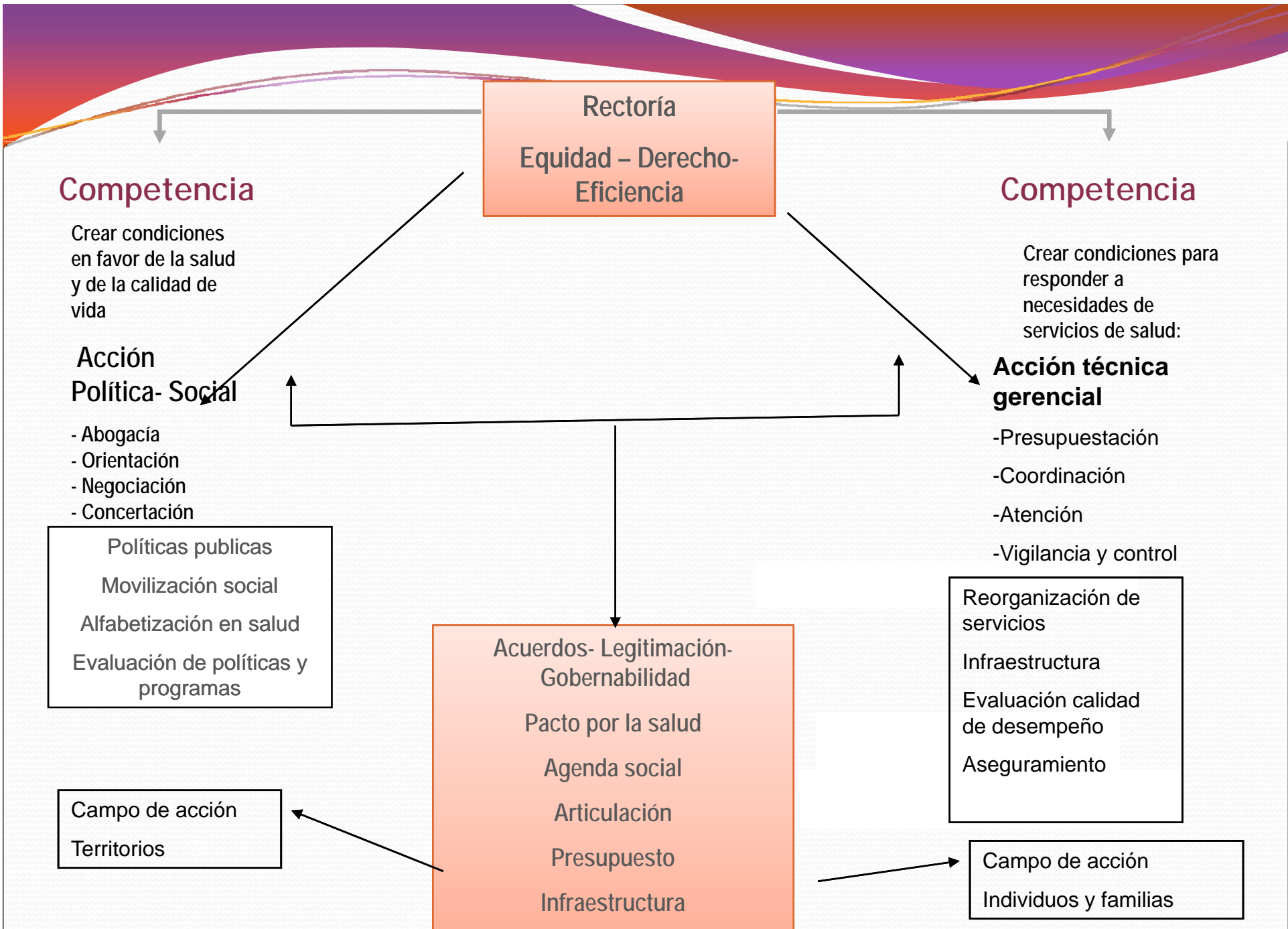
Pacto por la salud

- **Fortalecimiento de la capacidad del Estado al nivel de la administración municipal, para orientar y liderar políticas y programas conducentes al mejoramiento de la salud y el bienestar.**
- **Reorganización de los servicios, haciéndolos coherentes con necesidades de salud, integrales y equitativos**

- 
- *El diseño y puesta en marcha de un nuevo sistema de información junto con la promoción de una cultura para su uso.*
 - **Fortalecimiento de las redes sociales alrededor de la salud.**

Elementos de la operación


- Formulación de Política Social
- Participación social
- Reorientación de servicios de Salud
- Respuesta a Emergencias y Desastres
- Apoyo Logístico
- Rectoría





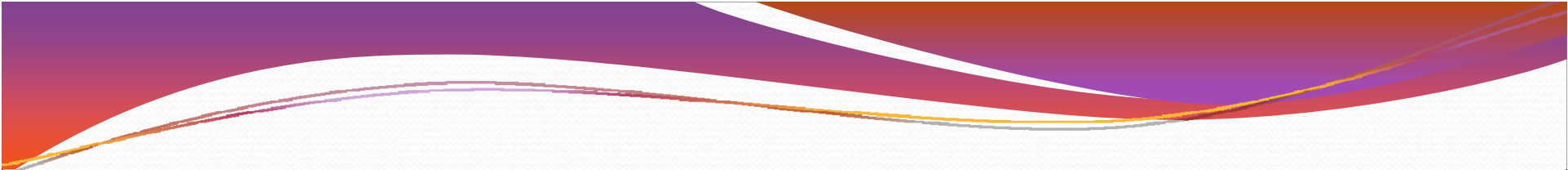
Competencia I: Crear condiciones en pro de la salud y calidad de vida de la población

1. Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales de la Salud –CIDES, funcionando.
2. Participación ciudadana y comunitaria fortalecida, a fin de que los habitantes tomen parte en las decisiones que afectan su salud y bienestar
3. Debate Público
4. Creación de un sistema de información integrado
5. Abogacía para formulación de políticas públicas que promuevan la salud y el bienestar de la población



Competencia II: Creación de condiciones para atender las necesidades y demandas de servicios de salud mediante el suministro de servicios de salud.

- 1- Fijación concertada de prioridades y atención con enfoque ampliado de riesgo**
- 2- Protocolos de atención integral legitimados**
- 3- Nuevos vínculos y estrechamiento de los actuales alrededor de la atención en salud entre la administración regional, las aseguradores-prestadores de servicios, la academia y la comunidad usuaria y beneficiaria de los servicios.**



Competencia II: Creación de condiciones para atender las necesidades y demandas de servicios de salud mediante el suministro de servicios de salud.

- 4- Redes prestadoras de servicios de salud funcionando, de tal forma que brinden servicios integrales- equitativos y relevantes con necesidades y demandas de salud.**
- 5. Plan Municipal de Salud Pública concertado y funcionando***
- 6. Fortalecimiento del territorio como referente de intervención y organización del sistema.**
- 7. Desarrollo de un modelo efectivo y oportuno de control de Gestión.***

Operación

- Competencias, funciones y organización de la Secretaría.
- Organigrama orgánico y funcional de la Secretaría para cumplir con el objetivo y principios del Modelo, en el marco de la reforma.
- Cambios en los programas y acciones que actualmente impulsa la Secretaría

EN CONSULTA PARA SU CONSTRUCCIÓN