

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Plan Territorial de Salud 2016-2019

PASE a La Equidad En Salud

Departamento de del Valle del Cauca

Abril de 2016



Plan Decenal de Salud Pública [PDSP 2012-2021](#)

PASEa La Equidad En Salud

La salud en Colombia la construyes tú

Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca

Gobernadora

Dilian Francisca Toro Torres

Director de Planeación Departamental

Roy Alejandro Barreras Cortes

Secretaria Departamental de Salud

Maria Cristina Lesmes Duque



EQUIPO TERRITORIAL PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD

Maria Cristina Lesmes Duque- Secretaria de Salud Departamental, Carlos Eduardo Arizabaleta- Subsecretario Gestión Integrada de Recursos, Paula C. Bermudez Jaramillo - Subsecretaria Salud Pública, Luz Nidia Martinez Oliveros- Subsecretaria Aseguramiento y Desarrollo de Servicios, Jose Norberto Morales Ramos- Jefe Oficina Coordinadora para la Gestión de la Salud, Luis Fernando Zapata - Jefe Oficina Jurídica, Ana Milena Rincon – Directora Oficina para la Participación Ciudadana, Jorge Luis Giraldo Gonzalez- Jefe Oficina de Planeación, Helmer de Jesús Zapata Ossa – Líder Plan Decenal de Salud Pública PDSP Valle del Cauca, Rosmery Vélez Montaña, Luz Nelly Giron, Ana Beatriz Andrade, Luz Mery Ocampo, Fabian Diaz – Asesor Ministerio de Salud y Protección Social.

EQUIPO TÉCNICO SEGÚN DIMENSIONES

DIMENSIÓN	NOMBRE
Dimensión De Salud Ambiental	Heyder Ivan Duque, Omar Ortega, Constanza Hernandez, Viridiana Flores
Dimensión De Vida Saludable Y Condiciones No Transmisibles	Ana Milena Caceres, Carlos Robledo, Yolima Mejia
Dimensión Convivencia Social Y Salud Mental	Flor Nayda Cuadros, Victoria Delgado, Luz Nelly Giron
Dimensión Seguridad Alimentaria Y Nutricional	Luis Hernando Cepeda, Paola Ramirez, Juan Manuel Uribe
Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos	Martha Cecilia Castaño, Victor Escobar
Dimensión Vida Saludable Y Enfermedades Transmisibles	Liliana Forero, Doris Revelo, Erasmo Correa
Dimensión Salud Pública En Emergencias Y Desastres	Juan Fernando Millan, Omar Toro, Hector Guillermo Segura
Dimensión Salud Y Ámbito Laboral	Paulino Ramirez
Dimensión Transversal Gestión Diferencial De Poblaciones Vulnerables	Maria Eugenia Bolaños, Luz Nelly Giron
Dimensión Fortalecimiento De La Autoridad Sanitaria Para La Gestión En Salud	Beatriz Olaya, Emma Gloria Aristizabal, Maria Constanza Victoria, Letty Collazos, Jairo Guzman, Adriana Giraldo, Luz Mabel Ramirez, Ana Beatriz Andrade, Oscar Filigrana



Tabla de contenido

1. FICHA TÉCNICA	6
2. INTRODUCCIÓN	7
3. ANTECEDENTES	8
4. MARCO NORMATIVO	9
5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y DETERMINANTES PASE	11
5.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS	11
5.2 DINÁMICA DEMOGRÁFICA.....	12
5.3 DETERMINANTES DE LA SALUD SEGÚN DIMENSIONES DEL DESARROLLO	15
5.3.1 <i>Determinantes Ambientales</i>	15
5.3.2 <i>Determinantes Sociales</i>	18
5.4 <i>Determinantes económicos</i>	26
5.5 ESTADO DE SALUD Y RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES BÁSICAS DE SALUD	29
5.6 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD.....	29
5.7 ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD.....	38
5.8 ÍNDICE DE NECESIDADES DE SALUD - INS.....	42
6 RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EPS, DEMÁS EAPB	47
7 CONFIGURACIÓN Y PRIORIZACIÓN EN SALUD	48
7.1 CONFIGURACIÓN ACTUAL.....	48
7.2 CONFIGURACIÓN DESEADA.....	49
7.2.1 <i>Metáfora deseada</i>	49
<i>Texto de la metáfora deseada</i>	50
7.2.2 <i>Ejes estructurantes deseados (Desafíos/Prioridades)</i>	51
7.2.3 <i>Transformaciones</i>	56
7.3 VENTAJAS Y OPORTUNIDADES.....	56
8. COMPONENTE ESTRATÉGICO DE MEDIANO PLAZO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	58



8.1 VISION.....	58
8.2 OBJETIVOS ESTRATEGICOS (DESAFÍOS/PRIORIDADES)	58
<i>OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDSP</i>	58
<i>OBJETIVOS ESTRATEGICOS PTS</i>	58
8.3 RESULTADOS	59
9 COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.	62
1. ANEXOS	82
ANEXOS PLAN TERRITORIAL 2016-2019	82

Anexo 1. Aplicativo 2A Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (poblacional)

Anexo 2. Aplicativo 2B Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (ASE)

Anexo 3. Aplicativo 3. Reconocimiento de las condiciones básicas en Salud

Anexo 4. Aplicativo 4. Implicaciones de las dinámicas PASE en las condiciones de salud de la población.

Anexo 5. Priorización Empresas Administradoras de Planes de Beneficio

Anexo 6. Aplicativo 5 y 6. Identificación y valoración de las tensiones y proyección de tensiones.

Anexo 7. Aplicativo Transformación esperada de tensiones

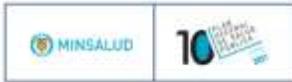
Anexo 8. Tabla 8 Objetivos y metas estratégicas

Anexo 9. Tabla 9 Cadena de valor público en salud

Anexo 10. Tabla 10 Vinculación de las metas y estrategias del PTS con las metas y estrategias del PDSP

Anexo 11. Tabla 11 Definición de programas y subprogramas del PTS

Anexo 12. Tabla 12 Componente de inversión plurianual del PTS



1. FICHA TÉCNICA

DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	
ENTIDAD TERRITORIAL:	GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA
NIT:	890399029-5
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CRISTINA LESMES DUQUE
DEPENDENCIA/CARGO:	SECRETARIA DE DESPACHO
DIRECCIÓN:	Carrera 6 entre calles 9 y 10 Palacio de San Francisco
TELÉFONO: FIJO-6200000	
APROBACIÓN	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL GOBERNADOR:	DILIAN FRANCISCA TORO TORRES
APROBADO POR:	ORDENANZA
NÚMERO DE APROBACIÓN:	
FECHA DE APROBACIÓN:	Mayo de 2016
VISIÓN	
En el año 2025 la población del Valle del Cauca ha alcanzado óptimos niveles de salud y bienestar con entornos y ambientes seguros y saludables, resultado de la afectación positiva de los determinantes sociales, el ejercicio de rectoría de la autoridad sanitaria fortalecida y reduciendo las inequidades en salud, mediante la acción coordinada sectorial, transectorial y con participación y decisión comunitaria.	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PTS	
Lograr que el 100% de las entidades territoriales cuenten con un plan de gestión integral de respuesta a las amenazas de riesgos naturales y antrópicos y del ambiente.	
Mejorar las condiciones sanitarias y del hábitat de las viviendas rurales y urbanas en condiciones de marginalidad y de sus zonas recreativas y deportivas como espacio para una vida saludable.	
Reducir índices de morbilidad, mortalidad y discapacidad, generados por vectores, inadecuada alimentación, alteraciones mentales producto de la convivencia familiar y enfermedades crónicas asociadas a estilos de vida.	
Disminuir índices de desempleo con énfasis en la población mas vulnerable del departamento.	
Disminuir la carga de enfermedad relacionada con la violencia, en el departamento del Valle del Cauca.	



2. INTRODUCCIÓN

La formulación del Plan Territorial de Salud del departamento del Valle del Cauca se enmarca dentro del ámbito establecido por cuatro líneas de acción.

La primera línea está relacionada con las políticas y directrices establecidas por el gobierno nacional en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Ley 1450 de 2011, Ley 1438 de 2011, Resolución 1536 de 2015. Cabe precisar que según la resolución 1536 de 2015, la planificación integral en salud de los planes territoriales de salud 2016-2019 debe tener como productos: Plan de Acción 2016 (transitorio), Plan Indicativo 2016-2019, Plan Operativo Anual de Inversiones POAI-COAI 2016 y Plan de Acción 2016), previo análisis de Situación de Salud ASIS, la revisión y ajuste del diagnóstico PASE A LA EQUIDAD EN SALUD y del Componente Estratégico del sector al 2021 realizado en el 2015. De igual manera, debe considerar las metas, estrategias y líneas operativas según las dimensiones definidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019.

La segunda línea corresponde a los compromisos programáticos en salud, inscritos por la gobernadora del departamento, ante la Registraduría departamental en su programa de gobierno.

La tercera, está relacionada con las competencias territoriales establecidas en la legislación colombiana principalmente Ley 715 de 2001, área de la salud. Se fundamenta en aseguramiento y garantía de la prestación de servicios de salud a la población del departamento, con énfasis en la más pobre y vulnerable, la Salud Pública incluyendo vigilancia de factores de riesgo y del ambiente, la vigilancia y control a los actores del Sistema de Salud, la asistencia técnica a los integrantes del sistema y la rectoría y dirección del Sistema Departamental de Seguridad Social en Salud.

La cuarta tiene como referencia la “Situación de Salud del Departamento”, lo cual es el soporte para la priorización de los principales problemas de salud del departamento y el correspondiente establecimiento de metas de los programas.



3. ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud y Protección Social en su esfuerzo por fortalecer el desarrollo de los Planes Territoriales de Salud en los Planes de Desarrollo, y la puesta en funcionamiento del Plan Decenal de Salud Pública PDSP en el nivel territorial, definió la implementación de la estrategia PASE a la Equidad en Salud, con la contribución del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Universidad Externado de Colombia (UEC), mediante la adaptación conceptual y metodológica del Modelo BIT PASE (Balance de las Tensiones que se generan en las Interacciones entre la Población, el Ambiente, la organización Social y la Economía) y la Estrategia PASE al Desarrollo, diseñados por estas entidades.

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud busca brindar elementos conceptuales, normativos, metodológicos, pedagógicos, técnicos y operativos a las entidades territoriales, para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de Planes Territoriales de Salud (PTS) que cumplan con los objetivos estratégicos propuestos en el PDSP.

Para el aprendizaje de los elementos de la estrategia, se ha participado en las actividades de formación, asesoría y acompañamiento propias de la asistencia técnica brindada por el nivel nacional, a funcionarios de las entidades territoriales, requeridas para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación del PDSP.

Una vez apropiado el conocimiento recibido, se han realizado actividades que condujeron a convocatorias, concertaciones y establecimiento de compromisos de funcionarios sectoriales y transectoriales, del nivel departamental y municipal, comprometidos con el desarrollo del proceso.



4. MARCO NORMATIVO

CONPES Social 091 de 1991. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio -2015.

Ley 152 del 15 de julio de 1994. Ley Orgánica del Plan de Desarrollo

Ley 715 de 2001. Reforma la Ley 60 de 1993, Establece la Distribución de competencias y recursos, incluyendo el sector salud.

Documento Técnico. Ministerio de la Protección Social: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, 2005

Decreto 3518 de 2006. Reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública

Ley 1122 de 2007. Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud

CONPES 3550 de 2008. Lineamientos para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.

Ley 1450 de 2011. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos”

CONPES 140 de 2011. Lineamientos para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio.

Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”



CONPES 147 de 2012. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.

Circular 005 de 2012. En la cual se ratifica la vigencia de la metodología, alcances y lineamientos para la formulación de los planes territoriales de salud, instituidos en el Decreto 3039 de 2007 y resolución 425 de 2008

Resolución 2514 de 2012, mediante la cual se reglamentan los procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de los planes bienales de Inversiones Públicas en Salud,

Resolución 1841 de 2013, mediante la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 como una apuesta política por la equidad en salud y reconoce la importancia del ASIS en todas sus fases metodológicas

Resolución 518 de 2014, mediante la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC.

Resolución 1536 de 2015, en la que se “establecen las disposiciones sobre el proceso de planificación integral para la salud”.

Decreto 196 de 2013, Mediante el cual se reglamenta el Plan Financiero Territorial (PFT).



5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y DETERMINANTES PASE

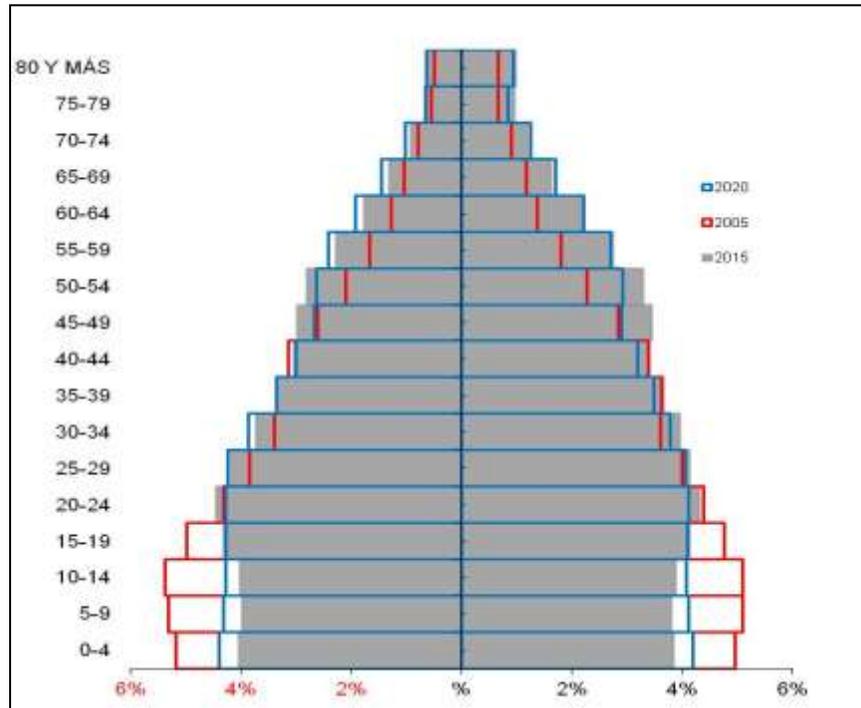
5.1 Aspectos geográficos

El Valle del Cauca, está localizado en el suroccidente del país, en el centro de la región pacífico, entre el flanco occidental de la cordillera central y el océano pacífico, ubicado geográficamente en latitud 4° 35´ 56.57" y longitud 74° 4´ 51.30". Tiene una superficie total de 21.195 km², que representa el 1.9% del territorio nacional, se encuentra dividido en 41 municipios, el Distrito de Buenaventura y su capital, Santiago de Cali, acoge al 51,4% de su población total.

Se extiende por uno de sus extremos sobre la costa del mar pacífico, en una extensión de 218 kilómetros, donde se encuentra ubicado el puerto de Buenaventura, el más importante del país y una de las zonas económicas especiales de exportación (ZEEE).

El Valle del Cauca limita al norte con los departamentos de Chocó en una longitud de 979 Km. y con el departamento de Risaralda en una longitud de 70 Km., al sur con el departamento del Cauca en una longitud de 200 Km., al oriente con los departamentos de Quindío y Tolima, en una longitud de 105 Km. y 108 Km. respectivamente, al occidente por el Océano Pacífico en una longitud de 218 Km (Ver mapa 1). El departamento tiene una extensión de 21.195 Km.² que constituye el 1.95% del territorio nacional y su temperatura promedio oscila entre un mínimo de 19° C y un máximo de 34° C y una temperatura media de 26° C.

Figura 1. Pirámide Poblacional del Departamento del Valle del Cauca, Años 2005, 2015, 2020



Fuente: DANE

Se observa una disminución de la población menor de 15 años, de acuerdo con la disminución de las tasas de natalidad, y un leve aumento de la población mayor de 60 años. Lo anterior favorece un aumento de la población en edad productiva, indicando una oportunidad de desarrollo de mantenerse las condiciones de bienestar y seguridad de este grupo poblacional, lo que genera un reto socioeconómico para garantizar esta fuerza productiva. La tendencia a la disminución de la población menor de 15 indica una carga menor de los servicios sociales en este grupo poblacional, lo que sugiere revisar la inversión en este grupo de población.

Se advierte variabilidad en los grupos de edad del Valle del Cauca en los años 2005, 2015 y 2020; por ejemplo, el grupo con mayor peso poblacional es el de 25 a 44 años, con un 30%, el grupo de 60 a 79 años, representa un peso de 10%. Los grupos de mayor edad muestran a través del tiempo un incremento poblacional, por el contrario, los grupos de menores de 1, de 5 a 14 y 15 a 24,



presentan una tendencia a la disminución, los demás grupos presentan mayor estabilidad. En el Valle del Cauca el 86% de la población se encuentra concentrada en los centros urbanos cabeceras municipales, mientras que el 14% se encuentra ubicado en otros centros poblados y en la zona rural. El 51.47% son mujeres y 48.53% hombres, con un índice de masculinidad de 94.29% que sugiere que existen 94,29 hombres por cada 100 mujeres. En la tabla 1 se presenta la población por grupos específicos. Esta dinámica poblacional hace que la población aumente la expectativa de vida al nacer que se refleja en un aumento de la población mayor.

- Tasa de Crecimiento Natural: En el Valle del Cauca para el periodo 2010 – 2015 por cada 1000 habitantes de su población total, su tamaño crece en 10,37 personas, siendo este valor más bajo que el de Colombia (13,07).
- Tasa Bruta de Natalidad: En el Valle del Cauca para el periodo 2010 – 2015 por cada 1000 personas de la población, se presentan 16,44 números de nacidos vivos. En Colombia son 18,88 nacidos vivos.
- Tasa Bruta de Mortalidad: Por cada 1000 habitantes de la población del Valle, para el periodo 2010 – 2015, mueren en un año 6,07 personas.
- Tasa Neta de Migración: Para el periodo 2010 – 2015 la tasa neta de migración es de -0,12 en el Departamento, es decir por cada mil personas del Valle salen 0,12 (o 12 por cada 100.000). En Colombia es -1,59. Esto significa que tanto en Colombia como en el Valle son más las personas que salen (emigrantes) que los que llegan (inmigrantes), aunque la nación presenta un indicador superior al del Valle.

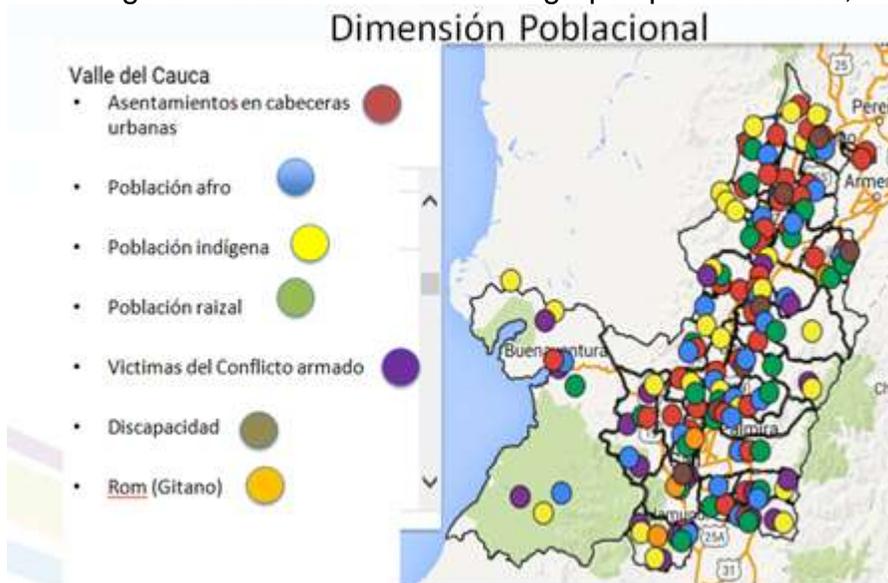
Tabla 1. Proporción de la Población por Ciclo Vital, Departamento Valle del Cauca 2005, 2015 y 2020.

Ciclo vital	2005		2015		2020	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primera infancia (0 a 5 años)	443715	11%	435822	9%	443061	9%
Infancia (6 a 11 años)	481315	12%	430207	9%	435241	9%
Adolescencia (12 a 18 años)	564598	14%	530654	12%	523962	11%
Juventud (14 a 26 años)	976664	23%	1026224	22%	1004528	21%
Adultez (17 a 59 años)	2420908	58%	2807915	61%	2923481	60%
Persona mayor (60 y más)	407366	10%	566349	12%	680508	14%
Total	4161470	100%	4613684	1	4853327	100%

Fuente: Proyecciones con base en el Censo DANE 2005

La población afro reside en el 50% de sus municipios, al igual que la población indígena, aunque en menor proporción; las personas víctimas del conflicto se localizan en los 42 municipios, pero la mayor concentración se encuentra en el 24% de ellos. De igual manera, la población con discapacidad se concentra principalmente en 19% de sus municipios. Los municipios que cuentan con mayor diversidad de población especial son: Cali, Buenaventura, Florida, Pradera, Dagua, Ginebra y Jamundí. (Ver figura 2 y anexo 1).

Figura 2. Georeferenciación de grupos poblacionales, Valle del Cauca



5.3 Determinantes De La Salud Según Dimensiones Del Desarrollo

5.3.1 Determinantes Ambientales

El Valle del Cauca representa el 2% del territorio nacional y es una de las áreas más biodiversas del planeta. Cuenta con áreas de protección forestal, concentradas principalmente en la cordillera occidental, en la parte sur de la cordillera central y en el litoral Pacífico. El Parque Natural Nacional Los Farallones



es el de mayor extensión, con 206.770,63 ha (en él nacen 30 ríos que abastecen de agua al suroccidente del país). Le sigue en extensión el Parque Natural Nacional de Las Herosas, ubicado en el sur de la cordillera central del Valle del Cauca. Además cuenta con áreas protegidas declaradas y de bosque en todo el litoral Pacífico, en el sur y norte de la cordillera occidental y en el sur de cordillera central. El departamento tiene dos vertientes: la Pacífica y la del río Cauca. En la primera solo el 4,1% del agua se dedica al uso agrícola e industrial, mientras que en la vertiente del río Cauca el 85,3 % del agua está dedicada a estos usos. El 36% del agua de la vertiente del Pacífico es para uso doméstico y solo el 11,4% de las aguas de la vertiente del río Cauca se dedica a este uso, a pesar de que la mayoría de la población se asienta en esta vertiente. Diariamente se arrojan 195 toneladas de Demanda Bioquímica de Oxígeno DBO5 a las vertientes del Pacífico y del río Cauca. El Valle del Cauca cuenta con una red de monitoreo de la calidad del aire, que mide gases contaminantes y partículas suspendidas (PM10), concentrada principalmente en las ciudades de Cali, Yumbo y Palmira. Los dos grandes riesgos naturales para el departamento son las inundaciones en el valle geográfico del río Cauca y los deslizamientos, principalmente en la ciudad de Cali. Las zonas de riesgo por inundación se concentran principalmente en los municipios ribereños al río, al norte del valle. En las cordilleras occidental y central el riesgo se presenta por deslizamientos, principalmente en la vía al mar (Cali, Buenaventura, Dagua). Existe riesgo de contaminación del agua por la minería ilegal, principalmente en las cuencas de los ríos Dagua, Cali y Jamundí. El Valle del Cauca cuenta con 1491 especies animales, entre peces, aves, reptiles, anfibios y mamíferos, de las cuales 308 están amenazadas.

Con relación a Ambiente Construido, la red vial primaria del Valle del Cauca es de las mejores del país. La mayor parte de ella está construida en doble calzada. El estado general de la red vial secundaria es bueno. La red vial terciaria, que une a los municipios con sus zonas rurales, presenta problemas. Adicionalmente, el Departamento cuenta con una red ferroviaria operativa entre el puerto de Buenaventura y el eje cafetero. Por el puerto de Buenaventura se mueve aproximadamente el 60% del comercio nacional. Dos de los cuatro aeropuertos existentes en el departamento están operativos para carga y pasajeros, siendo el principal de ellos el Aeropuerto internacional Alfonso Bonilla Aragón con sede en el municipio de Palmira. La cobertura de acueducto y alcantarillado en las zonas urbanas del Departamento es superior al 98%; en las zonas rurales la cobertura de acueducto es de 75% y de alcantarillado es de 47,5%; en consecuencia, la calidad del agua para consumo humano no representa riesgo para la salud en las zonas urbanas, pero sí para la salud de la población rural del Departamento. El



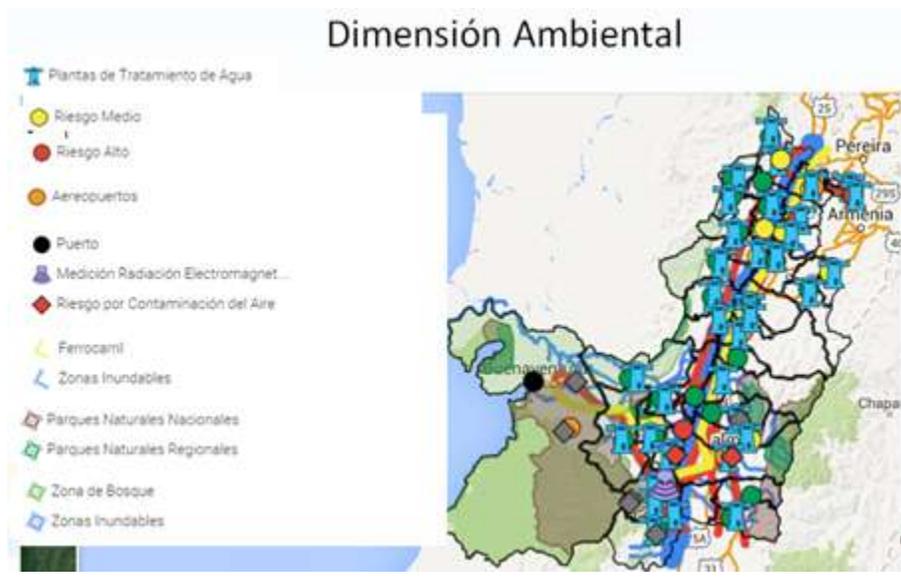
66.8% de los residuos sólidos generados en el Departamento son recolectados. El 6.6% de la población vive en hacinamiento, según datos del DANE 2005, siendo más crítica esta situación en Buenaventura con 16,27%. (Ver anexo 2)

En la base físico espacial del Valle del Cauca del ambiente natural, se presenta la ubicación de los parques nacionales y locales, las zonas de reserva forestal, los principales afluentes, las zonas de riesgo por inundaciones con mayor impacto en el norte del departamento, las zonas con riesgo por deslizamiento que afecta principalmente las poblaciones de las dos cordilleras y los riesgos de origen antrópico como las zonas de minería ilegal.

En el ambiente construido se presentan las vías primarias del departamento que permiten el flujo de bienes, servicios y pasajeros entre el Departamento y el resto del País. También se localiza el puerto de Buenaventura, el aeropuerto internacional “Alfonso Bonilla Aragón” de Palmira que sirve a Cali y al resto del Departamento, el aeropuerto “Santa Ana” de Cartago, el aeropuerto “Farfán” de Tuluá y el aeropuerto “Gerardo Toba López” de Buenaventura. Por otro lado se ubica la vía férrea que conecta al puerto de Buenaventura con el interior del Departamento y con los departamentos vecinos en el norte. Igualmente muestra los acueductos en los municipios y las plantas de tratamiento de aguas residuales (PTAR), así como los sitios de disposición final de residuos sólidos adecuados con la norma sanitaria. (Ver figura 3).



Figura 3. Georeferenciación de las condiciones ambientales, Valle del Cauca



5.3.2. Determinantes Sociales

Caracterización físico espacial

La participación de la educación institucionalizada puede transformar el panorama de la salud, pero ésta se circunscribe precisamente a lo institucional, atendiendo de manera tangencial o circunstancial aspectos importantes como la enseñanza de habilidades para la vida, la práctica diaria del deporte, el fomento del auto cuidado de la salud y el cuidado del entorno. La escuela es el espacio más inmediato para transformar los hábitos y adquirir nuevos estilos de vida que sienten bases fuertes para transformar la salud de la población.

Los espacios culturales del Departamento están concentrados en la capital; en ella se encuentran escenarios para la práctica del deporte a niveles profesional y formativo, los demás municipios también cuentan con estos espacios, aunque sin el grado de complejidad de los de la capital. Lo que se puede objetar sobre ellos es el bajo índice de uso. Hay escenarios para manifestaciones artísticas (casas de cultura, teatros, museos, bibliotecas, colectivos musicales y de danzas) y para el aprendizaje de las artes y oficios.



La infraestructura judicial está en consonancia con lo que establece la constitución, aunque carece de los representantes suficientes para atender todos los asuntos judiciales que se presentan. Los Jueces de Paz y los tribunales conformados por amigables componedores se han credo para descongestionar los tribunales normales; las cárceles y los centros de detención, tanto preventiva como definitiva, adolecen de condiciones adecuadas para alojar a los internos, además de que están congestionadas.

La conformación de la red pública del departamento aprobada por MINSALUD, a pesar de que la propuesta está basada en la conformación de regiones, no ha funcionado de manera eficiente, debido a los modelos de contratación establecido por la norma y por la obsolescencia tecnológica que no le permite entrar en un mercado inestable controlado por la calidad; no obstante, la seguridad social en salud cubre al 94% de la población

Frente al desarrollo cultural los espacios y actividades están concentradas en la capital del departamento, limitando el acceso al resto de los vallecaucanos por el desplazamiento.

El empleo con garantías plenas solo cubre a un sector menor de la población, por lo que los índices de dependencia son altos; además, el subempleo tiene como colateral a la pobreza, cuya presencia ominosa es insoslayable entre los estratos bajos de la población (Ver anexo 2).

Como parte del Reconocimiento inicial del territorio y la dinámica demográfica, en el componente Social se consideró la identificación físico espacial de los equipamientos sociales en el Valle del Cauca, para lo cual se consideró el documento de Reorganización de la Red de Salud del departamento realizado por la Secretaría Departamental de Salud en el año 2013. Se cuenta con la siguiente infraestructura de prestación servicios públicos de salud: 45 Empresas Sociales del Estado ESE de baja complejidad, 11 de mediana, 1 de alta, 2 especializados (Salud Mental y Pediátrico), 39 Centros de Salud y 262 Puestos de Salud. Según el registro Único de Prestadores hay 5366 prestadores entre públicos y privados, 7070 sedes de atención. (Ver figura 4).

Se cuenta con 3 puntos de atención a víctimas ubicados en los municipios de Cali, Tuluá, y Buenaventura, en el resto de municipios la declaración se hace en las personerías.



En lo relacionado con infraestructuras de bienestar y protección, existen 6 centros de tratamiento de consumo de drogas habilitados en los municipios de Cali, Dagua, Jamundi, Palmira, Ginebra y Cartago. Para la atención de personas mayores existen 154 Centros de Promoción Social distribuidos en otros 22 municipios.

En 8 municipios se adelanta el proceso de restitución de tierras, estos son: Cali, Trujillo, Bolívar, Tuluá, Bugalagrande, Riofrío, Buga, y Sevilla.

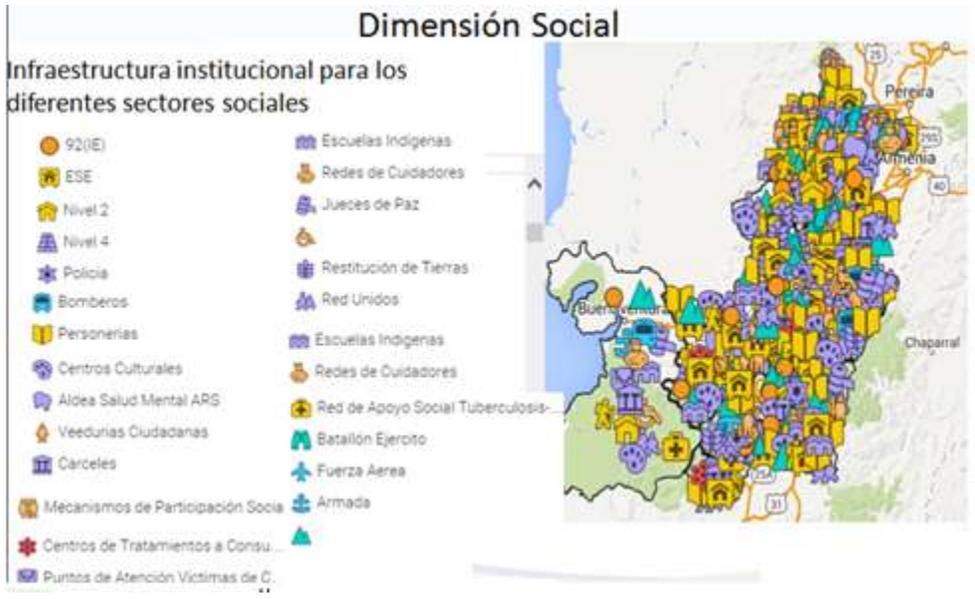
Se priorizaron los Sistemas de Atención a la Comunidad SAC, Sistemas de Información de Atención al Usuario SIAU y las Asociaciones de usuarios, como Mecanismos de participación social. Solo 12 municipios cuentan con éstos servicios: Cali, Vijes, La Cumbre, Pradera, Palmira, Buga, Yotoco, Sevilla, Argelia, El Cairo, Ulloa y El Águila.

En 1 municipios hay Aldeas mentalmente saludables donde se cuenta con dispositivos comunitarios articulados con las instituciones para la atención a nivel primario y contención de la patología de salud mental prevalente en los municipios.

En 2 municipios, Cali y Buenaventura se cuenta con Redes de apoyo social a Tuberculosis y lepra conformadas por pacientes, ex pacientes, convivientes y familiares.



Figura 4. Georeferenciación de las condiciones de equipamiento social, Valle del Cauca



Desarrollo de servicios de salud

Actualmente la red pública de prestadores de servicios de salud el Valle del Cauca está conformada por 59 instituciones, de los cuales 56 son ESE y 3 son Hospitales de carácter privado. Se describen en la tabla 2.

Tabla 2. Red Pública de Servicios de Salud Departamento del Valle del Cauca

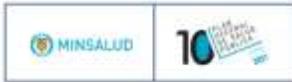
RED PÚBLICA DE SERVICIO DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA.	
RED DE SERVICIOS	Nº. IPS
ESE NIVEL III	1
IPS/ESE ESPECIALIZADA	
Salud Mental	1
Pediátrica	1
IPS/ESE NIVEL II	11
ESE NIVEL I	45

Fuente: SDS Valle del Cauca, Prestación de Servicios

A continuación, se describe el número y distribución de las Instituciones Prestadoras de Servicios habilitadas por servicios en el Valle del Cauca. Tabla 3.

Tabla 3. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud en el Departamento del Valle del Cauca, 2015

Servicios habilitados	Instituciones Prestadoras de Salud	
	Número absoluto	Frecuencia relativa
Cirugía cardiovascular	15	0,2
Cardiología	125	2,0
Cirugía de mano	51	0,8
Cirugía de mama y tumores tejidos blandos	18	0,3
Cirugía de tórax	21	0,3
Cirugía dermatológica	35	0,5
Cirugía endovascular neurológica	8	0,1
Cirugía gastrointestinal	40	0,6
Cirugía general	259	4,1
Cirugía ginecológica	87	1,4
Cirugía maxilofacial	147	2,3
Cirugía neurológica	61	1,0
Cirugía oftalmológica	43	0,7
Cirugía oncológica	30	0,5
Cirugía oral	154	2,4
Cirugía ortopédica	72	1,1



Servicios habilitados	Instituciones Prestadoras de Salud	
	Número absoluto	Frecuencia relativa
Cirugía otorrinolaringología	67	1,1
Cirugía pediátrica	65	1,0
Cirugía plástica oncológica	8	0,1
Cirugía plástica y estética	290	4,5
Cirugía urológica	58	0,9
Cirugía vascular y angiológica	77	1,2
Cuidado intermedio adultos	37	0,6
Diagnostico cardiovascular	111	1,7
Eco cardiografía	43	0,7
Electro-diagnóstico	82	1,3
Endoscopia digestiva	58	0,9
Esterilización	265	4,2
Fisioterapia	511	8,0
Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	398	6,2
Hemodinámica	17	0,3
Implante de tejido óseo	0	0,0
Laboratorio citologías cervico -uterinas	46	0,7
Laboratorio clínico	303	4,8
Laboratorio de histo tecnología	10	0,2
Laboratorio de patología	44	0,7
Medicina nuclear	15	0,2
Nefrología - diálisis renal	101	1,6
Neumología -	99	1,6
fibrobroncoscopia	11	0,2
Neumología laboratorio función pulmonar	22	0,3
Otras cirugías	10	0,2
Quimioterapia	21	0,3
Radiología e imágenes diagnosticas	182	2,9
Radioterapia	10	0,2
Sala de enfermedades respiratorias agudas - ERA	0	0,0
Sala general de procedimientos menores	0	0,0
Servicio farmacéutico	395	6,2
Terapia respiratoria	241	3,8
Toma de muestras citologías cervico - uterinas	46	0,7
Toma de muestras de laboratorio clínico	636	10,0
Toma e interpretación de radiografías odontológicas	322	5,1



Servicios habilitados	Instituciones Prestadoras de Salud	
	Número absoluto	Frecuencia relativa
Trasplante de cornea	8	0,1
Trasplante de tejido osteomuscular	11	0,2
Ultrasonido	191	3,0
Urología - litotripsia urológica	15	0,2
Urología procedimiento	0	0,0
Vacunación	398	6,2
TOTAL	6375	100,0

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
 Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social
 REPS 07 enero 2016
<http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion>

En la siguiente tabla se describen otros indicadores del sistema sanitario, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las que cuenta el Departamento del Valle son 4.490, de las cuales 98,6% son privadas que corresponden a 4.429 y 1,4% son públicas que suman 61 instituciones. Tabla 4.

Tabla 4. Indicadores de infraestructura sanitaria en el Valle del Cauca, 2015

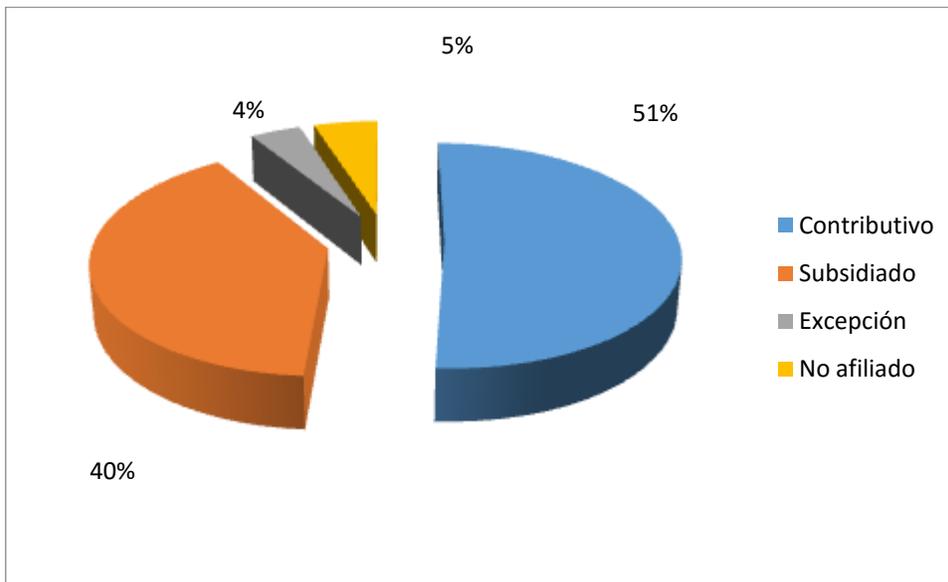
Otros indicadores	No.
Número de IPS públicas	61
Número de IPS privadas	4429
Número de camas	7457
Número de camas de adulto	3896
Número de camas de cuidado intensivo	873
Número de camas de cuidado intermedio	523
Número de camas de cuidado intensivo adulto	657
Número de camas de cuidado intensivo neonatal	140
Número de camas de cuidado intensivo pediátrico	76
Número de camas de cuidado intermedio Adulto	319
Número de camas de cuidado intermedio Mental	0
Número de camas de cuidado intermedio Neonatal	178
Número de camas de cuidado intermedio pediátrico	26
Número de ambulancias	485
Número de ambulancias básicas	414
Número de ambulancias medicalizadas	71

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social. REPS 07 enero 2016.

Afiliación al Sistema de Salud

En aseguramiento en Salud, La cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a Diciembre 31 de 2015 fue del 95%, de los cuales el 40% corresponde al regimen subsidiado (1.776.802 afiliados) y el 51% en el regimen contributivo (2.265.422). Ver gráfico 3.

Gráfico 3. Población afiliada al Sistema de Salud según régimen, Valle del Cauca, año 2015



Fuente: Subsecretaría de Aseguramiento y Prestación de Servicios.

Coberturas de vacunación según biológico

Las coberturas administrativas y por monitoreo son útiles para los biológicos trazadores, pero para BCG no se ha logrado cobertura útil debido a que el ajuste de las metas poblacionales no están de acuerdo con la realidad del Dpto, a pesar de la gestión permanente del PAI en sus 12 componentes y del nuevo sistema de información PAIWEB, que se ha implementado en el 100% de las IPS.

Con relación a coberturas de vacunación, se ha realizado el seguimiento y evaluación de los indicadores de coberturas de vacunación obteniéndose coberturas útiles y administrativas en Monitoreo Rápido de los biológicos trazadores por encima del 95%.



Coberturas de vacunación para rabia en Animales

Se ha avanzado significativamente en la vacunación de felinos y caninos en los 42 municipios del Departamento. En los 35 municipios del Departamento del Valle del Cauca categorías 4a, 5ª y 6ª, durante el periodo enero a Diciembre 31 de 2014, se vacunaron contra la rabia 278.361 caninos alcanzando una cobertura del 72% y 118.453 felinos con una cobertura del 99%, la cobertura general fue del 86%. El balance es positivo si se tiene en cuenta que la meta cobertura útil de vacunación establecida por el nivel nacional es del 80%.

5.4 Determinantes económicos

La Economía del Valle del Cauca es una de las más dinámicas del país, aportando un 9.3% del PIB nacional. Ocupa el tercer lugar entre los departamentos del país; se ha configurado un modelo socioeconómico centro-periferia, donde el centro se encuentra en la subregión sur, zona plana área metropolitana de Cali y la periferia el litoral pacífico, la zona de ladera (especialmente los municipios de la cordillera occidental subregión centro-norte). A pesar de la vocación agrícola, la calidad-fertilidad de sus tierras y su riqueza hídrica, el sector primario (productividad) ha perdido importancia frente a los sectores terciarios (61.02%) y sector secundario (25.7%). El Valle del Cauca es el segundo Dpto. en cuanto a concentración de la tierra en pocos propietarios, éstos han priorizado su utilización en cultivos como: maderables, caña de azúcar y pastos, en detrimento de los productos de pan coger. En cuanto a seguridad alimentaria y nutricional se debe importar aproximadamente el 80% de los alimentos que se consumen (de otros países y departamentos). Cuenta el Dpto. con una red vial privilegiada (con excepción de las vías terciarias), el primer puerto sobre el océano Pacífico colombiano, aeropuertos internacionales e infraestructura de desarrollo industrial de importancia, lo que favorece su liderazgo en cuanto a exportaciones. En contrario se presenta poco desarrollo económico para los pequeños agricultores y población rural; el alto desempleo (12.9%) y alta población trabajadora informal (62% de la población económicamente activa) y los bajos ingresos de los trabajadores del campo y en general del sector informal de la economía urbana, lo que implica altos índices de pobreza (27.2%) y de pobreza extrema (7.1%) para el año 2013.



Presenta grandes posibilidades para su desarrollo y expansión económica, por sus condiciones naturales y geográficas. El eje central del territorio de norte a sur, está surcado por una red vial primaria de excelente calidad y por el río Cauca. Cuenta con Buenaventura como primer puerto sobre el océano pacífico como gran polo de desarrollo y aeropuertos internacionales: de carga en el norte y de pasajeros en el sur; estos aspectos favorecen su liderazgo en cuanto a exportaciones e importaciones.

Como subregiones se pueden distinguir, la centro-norte, litoral pacífico (periferia) y sur con Cali, su capital y su área de influencia (municipios de Yumbo, Palmira, Jamundí) esta última subregión se destaca como un gran emporio industrial.

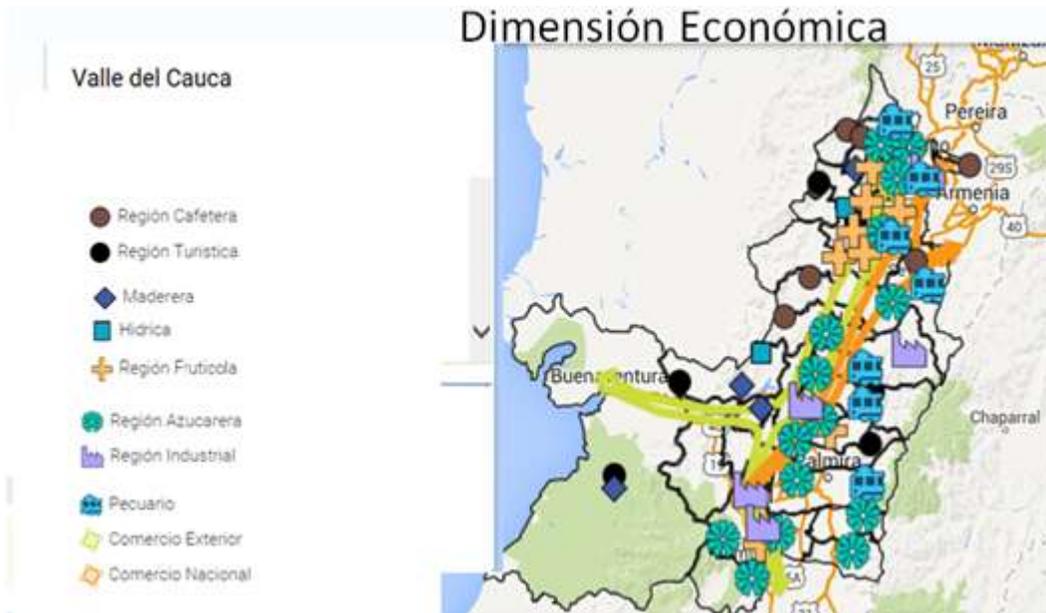
La excelente fertilidad de sus tierras en gran parte del territorio y su riqueza hídrica han hecho de su potencial agrícola y pecuario de gran relevancia; se evidencia El Valle del Cauca ha perdido parte de su vocación agrícola sobre todo en los pequeños propietarios de la tierra.

La economía del Departamento está sustentada principalmente en los servicios y el comercio como sector terciario con 67.4%, el sector secundario (industria) 25.5% y el sector primario (productividad) 7.1%.

La productividad tanto agrícola como pecuaria en general se localiza en todos los municipios con excepción de Buenaventura donde se destaca la producción e industria pesquera. (Ver figura 5)



Figura 5. Georeferenciación de las condiciones económicas, Valle del





5.5 Estado de salud y reconocimiento de las condiciones básicas de salud

En este capítulo se presenta un análisis general de la mortalidad y morbilidad de los habitantes del valle, no obstante en los anexos referidos se describe las situaciones particulares frente a cada dimensión y componente del Plan Decenal de Salud Pública, así como las implicaciones para la planeación según los determinantes PASE (Población, Ambiente, Social, Económico) del desarrollo. (Ver anexos 3 y 4).

5.6 Análisis de la mortalidad

En la población general del Valle del Cauca son las muertes por enfermedades del sistema circulatorio las que presentan mayor incidencia según las tasas ajustadas, alcanzando un pico máximo de 191,36 por 100.000 habitantes en el año 2005 y un mínimo en el año 2012 (150,04).

El grupo denominado como las demás causas ocupa el segundo lugar, alcanzando un punto máximo de 146,19 por 100.000 habitantes en el año 2006, y un punto mínimo en el 2012 con 122,64. Este evento también presenta una tendencia a la reducción en el tiempo. Las causas externas ocupan el tercer lugar en la incidencia según las tasas ajustadas, alcanzando un pico máximo de 127,08 por cada 100.000 habitantes y un mínimo de 104,08 en el año 2013. La tendencia de esta causa de muerte es a la reducción sostenida.

Se resalta también la alta incidencia de las neoplasias, la mortalidad por este grupo de enfermedades alcanza el pico máximo en el año 2005 (111,41 por 100.000 habitantes) y su mínima expresión en el año 2011 (100,39). El comportamiento de la tendencia en el tiempo es a la reducción. Tabla 5 y Figura 6.



Tabla 5. Tasa de mortalidad ajustada por edad en población general del departamento del Valle del Cauca 2005 – 2013

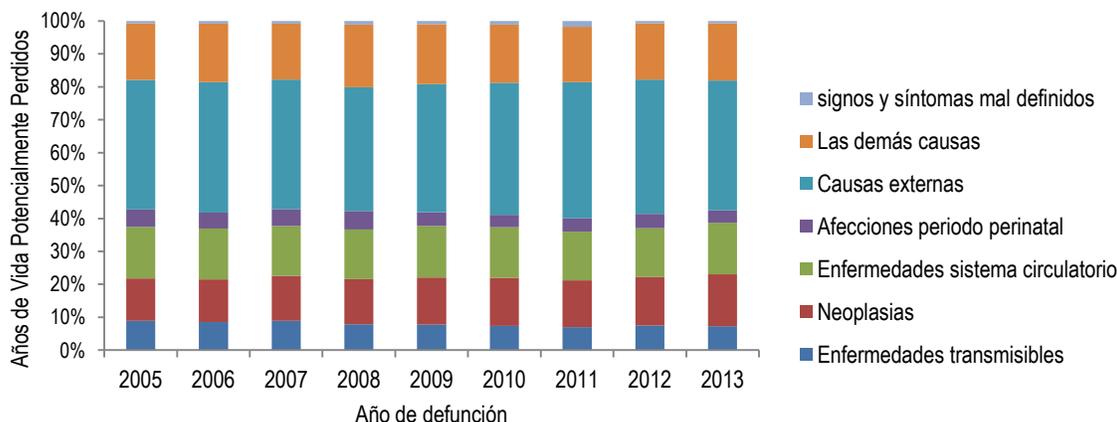
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades transmisibles	50,80	48,25	48,41	39,16	38,20	37,46	36,61	38,73	36,46
Neoplasias	111,41	109,56	108,02	103,64	107,29	105,95	100,39	101,30	101,18
Enfermedades sistema circulatorio	191,37	182,66	176,21	167,68	168,83	160,67	153,03	150,04	151,11
Afecciones periodo perinatal	9,99	9,15	9,61	10,02	7,59	6,78	7,38	7,69	6,68
Causas externas	127,08	124,68	120,55	110,76	113,03	112,75	114,35	110,73	104,08
Las demás causas	145,22	146,19	140,34	145,56	135,12	133,81	125,21	122,64	125,43
signos y síntomas mal definidos	3,88	4,21	4,56	5,84	5,94	6,43	11,44	5,37	5,41

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

El principal grupo de causas que incide en los Años de Vida Potencialmente Perdidos en el departamento del Valle del Cauca corresponde a los de causa externa, siendo uniforme su comportamiento desde el año 2005 al 2013 (promedio 39.6% anual), teniendo un aporte significativo en los años 2010, 2011 y 2012 (40,1%, 41.3% y 40.7% respectivamente). En segundo lugar, le siguen las enfermedades del sistema circulatorio con un comportamiento uniforme durante el periodo analizado (promedio 15.3% anual). En términos proporcionales, los AVPP por neoplasias ascendieron en el periodo 2005-2013 (12.8% a 15.7% respectivamente) y los AVPP por enfermedades transmisibles descendieron en el mismo periodo, principalmente a partir del año 2008, por esta causa se pierden anualmente aproximadamente el 7.9% de los AVPP del departamento. Figura 6.



Figura 6 . Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 departamento Valle del Cauca, 2005 – 2013

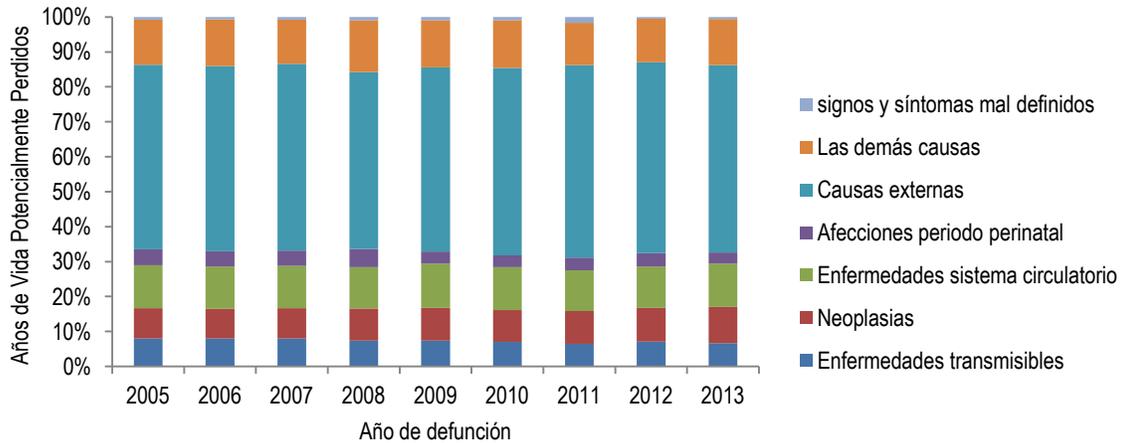


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

La magnitud y tendencia de las tasas de AVPP ajustados por edad evidencian para el Valle del Cauca la presencia simultánea de características de comunidades en vía de desarrollo con problemas de violencia o inequidad social (las mayores causas de mortalidad prematura de manera general son debidas a causas externas) y de poblaciones más desarrolladas (enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias).

El nivel más alto de aporte en Años de Vida Potencialmente Perdidos para hombres en el departamento se relaciona con causas externas (promedio anual de 53.3%), incrementándose en los años 2011 y 2012 (55.0% y 54.7% respectivamente). En segundo lugar, le siguen las enfermedades del sistema circulatorio con un comportamiento uniforme durante el periodo analizado (12.3% en el 2005 y 2013) con un promedio anual de 12.1%. Los AVPP por neoplasias durante el periodo tienden al aumento (8.7% en el 2005 a 10.4% en el 2013) con un promedio anual de 9.2%. Finalmente, los AVPP por enfermedades transmisibles descendieron en el mismo periodo, principalmente a partir del año 2011, por esta causa se pierden anualmente aproximadamente el 7.4% de los AVPP del departamento. Figura 7.

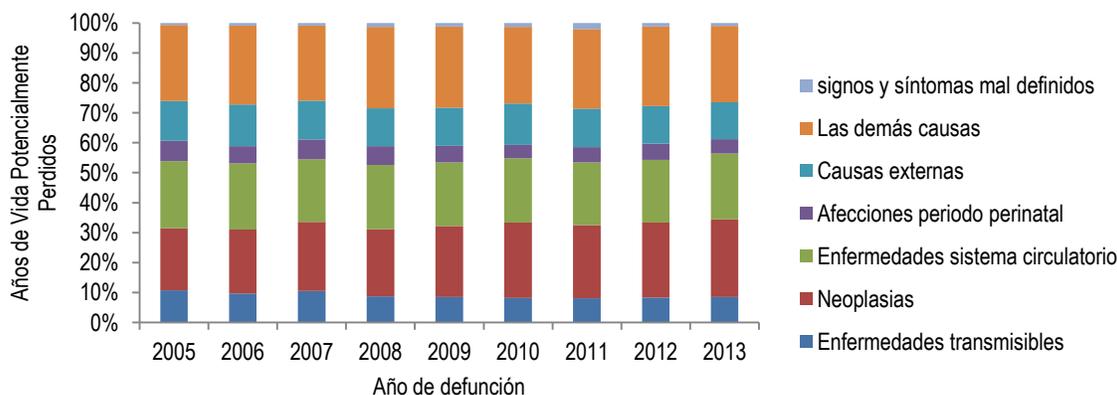
Figura 7. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del departamento Valle del Cauca, 2005 – 2013



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

Excluyendo el grupo de demás causas, los eventos que aportan en promedio anualmente más AVPP en mujeres las generan las neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio. Los AVPP por neoplasias muestran un descenso a partir del año 2011, aportando en promedio el 23.6% de los AVPP para el periodo 2005-2013 con un leve aumento desde el año 2012. Siguen las enfermedades del sistema circulatorio con un comportamiento uniforme durante el periodo analizado (21.5% anual); en términos proporcionales, los AVPP por estas causas descendieron en el periodo 2005-2013 (22.4% a 22.0% respectivamente). Las causas externas a diferencia de lo que ocurre en los hombres, aportan en promedio el 13.0% de los AVPP para el periodo 2005-2013. Figura 8

Figura 8. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del departamento Valle del Cauca, 2005 – 2013



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

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

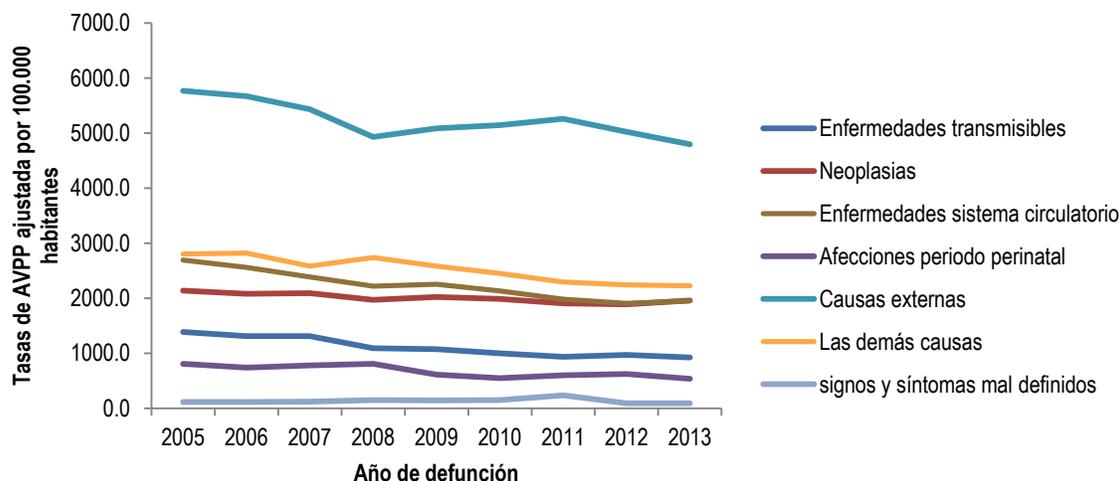
En el Valle del Cauca, las causas externas explican la pérdida en promedio de 5.233 AVPP por cada 100.000 habitantes/año, lo cual representa 2,3 veces más de lo que se pierde por enfermedades del sistema circulatorio y 2,6 veces más de lo perdido por las neoplasias. (Tabla 6 y Figura 9).

Tabla 6. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general del departamento Valle del Cauca, 2005 – 2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades transmisibles	1387,9	1307,8	1307,7	1089,4	1075,7	995,1	934,8	970,4	922,1
Neoplasias	2135,3	2076,8	2092,1	1969,0	2021,6	1988,7	1907,1	1887,6	1955,6
Enfermedades sistema circulatorio	2693,3	2558,2	2387,5	2220,1	2254,7	2128,4	1983,4	1906,2	1949,2
Afecciones periodo perinatal	805,8	737,0	775,7	805,1	610,6	547,2	596,2	620,6	536,1
Causas externas	5768,9	5668,0	5433,6	4928,3	5083,1	5141,7	5257,3	5021,2	4797,3
Las demás causas	2802,8	2820,0	2584,4	2740,2	2580,7	2446,4	2294,3	2239,4	2222,2
signos y síntomas mal definidos	112,5	114,6	119,4	146,5	143,4	147,0	237,7	92,8	88,8

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

Figura 9. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general del departamento Valle del Cauca, 2005 – 2013



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

Mortalidad Materna

La mortalidad materna ha mantenido una tendencia a la disminución en el Departamento del Valle del Cauca. Se ha cumplido con la meta de los objetivos de desarrollo del milenio de mantenerla por debajo de 45 muertes por cien mil nacidos vivos la razón de mortalidad materna RMM. Con relación al cumplimiento de la meta del plan de desarrollo 2012 – 2015, a octubre de 2014 según cifras preliminares DANE, se logró una cifra preliminar de aproximadamente 38 Muertes Maternas que fallecen durante el embarazo, parto y puerperio antes de los 42 días, por cada 100.000 nacidos vivos.

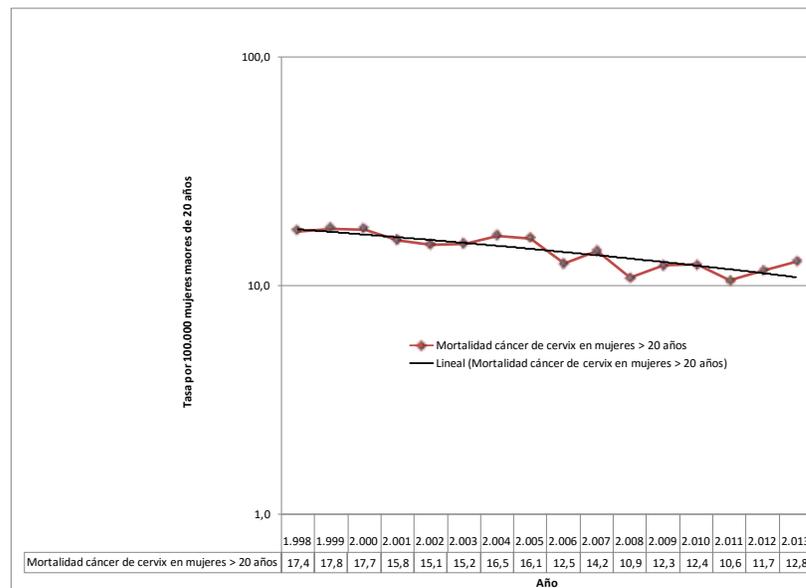
Mortalidad por cáncer de cuello uterino

Frente al compromiso de reducir en un punto la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 20 años, con respecto a la línea de base de 2009, se logró mantener el indicador pasando de 12.3 a 10.35 (cifras preliminares



DANE) en el 2014. Pese a que la cifra del 2014 es preliminar, la figura 10 muestra una ligera tendencia a la disminución de esta problemática.

Figura 10. Comportamiento del Cáncer de Cérvix, Valle del Cauca, 1998-2013.

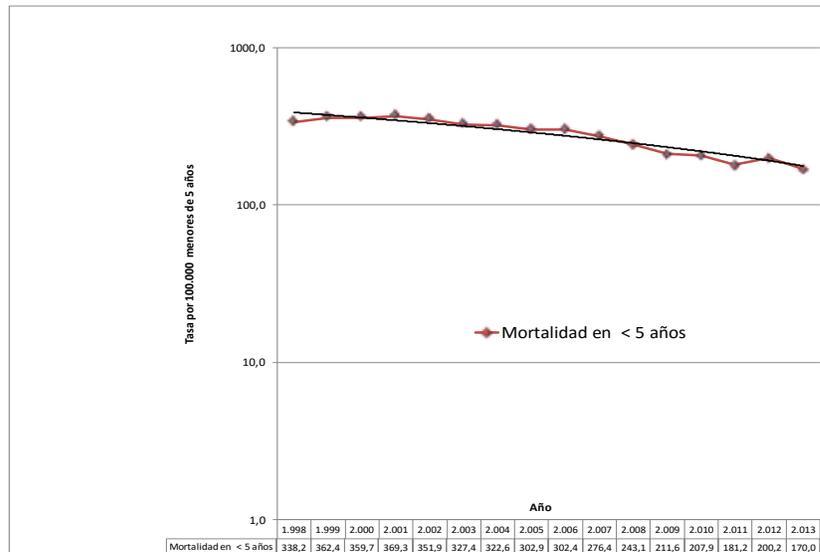


Fuente: Registro de Defunción, Estadísticas Vitales, Secretaría Departamental de Salud

Mortalidad infantil

Según datos preliminares del DANE, para el 2013 tasa de mortalidad infantil fue de 6.6 muertes registradas por cada mil menores de un año y para el 2014 de 5.1. También se logró disminuir la tasa de mortalidad en menores de 5 años pasando de 211.6 en el 2013 a 170 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, ésta última corresponde a cifras preliminares 2013 (Ver figura 11).

Figura 11. Comportamiento de las tasas de mortalidad en menores de 5 años por cada 100.000 habitantes, Valle del Cauca, 1998-2013.



Fuente: Registro de Defunción, Estadísticas Vitales, Secretaría Departamental de Salud

Semaforización de mortalidad

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

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



La tabla 7 permite observar que la población del Valle del Cauca, presenta un mayor riesgo (más del doble) de morir por homicidios en comparación con el total de Colombia. Con excepción de los suicidios, todos los demás tipos de mortalidad contenidos en la tabla presentan valores más elevados para el Departamento, en comparación con la nación.

Tabla 7. Semaforización de mortalidad PDSP

Causa de muerte	COLOMBIA 2013	VALLE DEL CAUCA 2013								
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,20	16,26	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,14	13,36	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,43	8,00	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,33	18,86	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11,22	12,46	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16,43	20,68	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	4,42	3,74	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	0,54	0,99	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	30,83	72,88								
Tasa de mortalidad ajustada por edad por malaria	0,00	0,00	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	30,49	36,46								
Tasa de mortalidad ajustada por edad por emergencias y desastres	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-

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



5.7 Análisis de la Morbilidad

Se realizó un análisis de la morbilidad agrupada según los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes de información fueron los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de alto costo, el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – Sivi, y otra información que contribuyó al análisis.

Para estimar las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, incidencia, letalidad) y medidas de razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad junto con los intervalos de confianza al 95%, se hizo con el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.

Principales causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida, se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), donde se analizaron las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones de causa externa, en este último además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluyó todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; además de las condiciones mal clasificadas.

Morbilidad atendida según grandes causas

Las principales grandes causas de morbilidad en el Departamento del Valle del Cauca, dentro del periodo 2009 a 2014, fueron las enfermedades no transmisibles en todos los ciclos vitales, exceptuando la primera infancia (0 a 5 años), que su principal causa de morbilidad fueron las condiciones transmisibles, la cual es la segunda causa de morbilidad en los demás ciclos vitales.

Las enfermedades no transmisibles y las lesiones presentaron una tendencia al aumento dentro del periodo 2009 - 2014 en todos los ciclos vitales, respecto a las enfermedades no transmisibles, su incremento se da principalmente en todos los ciclos vitales, seguido de las enfermedades transmisibles en la primera infancia y en la infancia, el cual es reemplazado por las condiciones materno perinatales en la juventud y posteriormente en la adultez y adultez mayor por los signos y síntomas

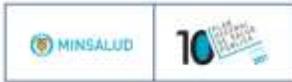


mal definidos. La tercera causa de morbilidad en todos los ciclos vitales son los signos y síntomas mal definidos en la primera infancia, infancia y adolescencia. Las lesiones son la cuarta causa de morbilidad para todos los ciclos vitales, el ciclo vital con mayor proporción de lesiones es la juventud. Tabla 8

Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Tabla 8. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria departamento del Valle del Cauca

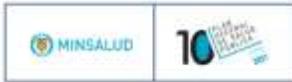
Eventos de Salud	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador en Colombia 2014	Valor del indicador Departamento del Valle 2014
Morbilidad por grandes causas	Condiciones transmisibles y nutricionales		383272 (24 %)
	Condiciones materno perinatales		45396 (3 %)
	Enfermedades no transmisibles		1223632 (77 %)
	Lesiones		230385 (15 %)
	Condiciones mal clasificadas		416544 (26 %)
Eventos de alto costo	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal* (*)	57.1	83.5
	Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliado * (*)	8,11	9.17
	Progresión de la enfermedad renal crónica entre 2010 y 2012 (número de personas) * (*)		13194
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 0 (número de personas) * (*)		7319
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 1(número de personas) * (*)		1088
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 2 (número de personas) * (*)		3411
	Progresión de la enfermedad renal crónica		1191



Eventos de Salud	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador en Colombia 2014	Valor del indicador Departamento del Valle 2014
	estadio 3 (número de personas) * (*)		
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 4 (número de personas) * (*)		185
	Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica 5 por 100.000 *** (*)	8,11	9,17
	Incidencia de VIH notificada **	17,1703	24,77
	Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada **	0,49094	0,505
	Incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años notificada **	2,88788	2,526
Eventos precursores	Prevalencia de Diabetes	1,36514	2,084
	Prevalencia de hipertensión arterial	5,394	6,927
Eventos de Notificación Obligatoria	Letalidad por accidente ofídico	0.89	0
	Letalidad por cólera	0	0
	Letalidad por chagas	0	0
	Letalidad por dengue grave	0.62	0
	Letalidad por difteria	0	0
	Letalidad por EDA	0	0
	Letalidad por ETA	0	0
	Letalidad por ESAVI	0.62	0.94
	Letalidad por fiebre amarilla	0	0
	Letalidad por fiebre paratifoidea y paratifoidea	0	0
	Letalidad por hepatitis A	0.13	0
	Letalidad por hepatitis B	0.9	1.09
	Letalidad por hipotiroidismo congénito	0.4	7.69
	Letalidad por IRAG	0.99	1.77



Eventos de Salud	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador en Colombia 2014	Valor del indicador Departamento del Valle 2014
	Letalidad por intoxicaciones	0.79	0.68
	Letalidad por leishmaniasis	0.01	0
	Letalidad por leishmaniasis cutánea	0.01	0
	Letalidad por leishmaniasis mucosa	0	0
	Letalidad por leishmaniasis visceral	0	0
	Letalidad por leptospirosis	2.23	1.65
	Letalidad por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos	0.64	1.53
	Letalidad por malaria	0	0
	Letalidad por malaria falciparum	0	0
	Letalidad por malaria malariae	0	0
	Letalidad por malaria vivax	0	0
	Letalidad por meningitis Haemophilus influenzae - Hi	5.38	0
	Letalidad por meningitis Neisseria meningitidis - Nm	11.98	20
	Letalidad por meningitis tuberculosa	15.02	18.64
	Letalidad por parálisis flácida	0	0
	Letalidad por parotiditis	0	0
	Letalidad por rabia humana	0	0
	Letalidad por rotavirus	0	0
	Letalidad por rubeola	0	0
	Letalidad por sarampión	0	0
	Letalidad por sífilis congénita	2.23	2.6
	Letalidad por síndrome de rubeola congénita	0	0
	Letalidad por tétanos accidental	13.33	0



Eventos de Salud	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador en Colombia 2014	Valor del indicador Departamento del Valle 2014
	Letalidad por tétanos neonatal	0	0
	Letalidad por tosferina	1.58	1.17
	Letalidad por tuberculosis	4.82	5.81
	Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	7.68	10.88
	Letalidad por tuberculosis pulmonar	4.2	5.15
	Letalidad por varicela	0.03	0.03

Con relación a las enfermedades inmunoprevenibles de notificación obligatoria, el indicador de tasa de notificación de casos en menores de 15 años en el 2015 fue de 0,18 casos por 100.000 menores de 15 años, la cual es inferior a la meta la cual es 1 caso por 100.000 menores de 15 años. La tasa de notificación en el Valle, es de 0,72 casos por 100.000 habitantes, mucho menor que la esperada 2 casos por 100.000 habitantes,. La tasa de letalidad más alta ocasionada por evento inmunoprevenible de interés en salud pública durante 2015 (SIVIGILA) correspondió a Meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, la segunda fue tosferina, Neumococo meningitidis y otros agentes bacterianos. Las demás se mantuvieron en 0, lo que implica que no se reportaron casos con condición final de muerte.

5.8 Índice de Necesidades de Salud - INS

Para la estimación del INS, se identificaron los principales problemas de salud, que se encuentran relacionados en la tabla 9.



Tabla 9. Principales problemas de salud para identificar el Índice de Necesidades en el Valle del Cauca

Mortalidad por IRA
VIH
Cáncer de próstata
Tuberculosis
Tumor digestivo
Tumor de mama
Tumor de estómago
Homicidios
Mortalidad por accidentes de tránsito
Mortalidad perinatal
Razón de mortalidad materna

Se ordenaron de menor a mayor y se estimaron los cuartiles lo que permitió identificar los municipios en peor o mejor situación.

En muerte materna los municipios La Victoria, Florida Sevilla y el Dovio arrojaron un índice de necesidades en salud más alto y los municipios Ulloa, El Cairo, El Águila, Ansermanuevo, Calima Darién y Pradera el más bajo.

Para enfermedad isquémica del corazón el INS más alto lo presentan los municipios Bugalagrande, El Dovio, Cartago, El águila Tuluá y Bolívar y el más bajo los municipios Versailles, Ulloa y Roldanillo.

En el indicador de Homicidios los municipios con INS más alto son La Victoria, El Dovio, Ansermanuevo, Roldanillo, Caicedonia, Cartago y el más bajo Ulloa, Candelaria y Ginebra. Tabla 10

Los colores indican el grado de priorización según el INS.



Tabla 10. Índice de Necesidades en Salud según municipios con mayor inequidad, Valle del Cauca

Municipio	Índice Necesidades Salud	Orden de clasificación según inequidad
Versalles	15,75	
El Dovio	12,03	
La Victoria	7,01	
Caicedonia	6,86	
Roldanillo	6,13	
Yotoco	5,71	
Cartago	5,47	
Tulua	4,62	
Argelia	4,31	
Bolivar	3,59	
El Cerrito	3,12	
Cali	2,75	
Toro	2,5	
Sevilla	2,43	
Restrepo	2,16	
Palmira	1,92	
Alcala	1,82	
La Unión	1,27	
Buga	1,14	
Yumbo	1,1	
Florida	0,64	
Ansermanuevo	0,13	
Candelaria	-0,32	
Guacarí	-0,48	
San Pedro	-0,49	
Zarzal	-0,64	
Bugalagrande	-2,07	
Buenaventura	-2,6	
Dagua	-2,69	
La Cumbre	-3,81	
Ginebra	-3,84	
Vijes	-4,38	



Municipio	Índice Necesidades Salud	Orden de clasificación según inequidad
Calima Darién	-4,74	
El Cairo	-4,77	
Jamundí	-5,03	
Trujillo	-5,45	
Obando	-5,55	
Rio frio	-6,46	
Andalucía	-7,32	
El Águila	-7,66	
Pradera	-12,01	
Ulloa	-12,19	

Tabla 11. Priorización de los problemas de salud en el Valle del Cauca, 2013-2014

Salud ambiental	Problema 1. Alta concentración de partículas suspendidas en el aire, menores e iguales a diez (10) micras
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Problema 2. Altas tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
	Problema 3. Altas tasas de muerte por tumor de próstata
	Problema 4. Altas tasas de muerte por enfermedades cerebrovasculares
	Problema 5. Las condiciones orales se presentan como la primera causa de morbilidad.
	Problema 6. Alta Prevalencia de enfermedad renal crónica.
Convivencia social y salud mental	Problema 7. Altas tasas de Resto de tumores malignos en niños y niñas de 1 a 4 años
	Problema 8. Gran número de personas en situación de desplazamiento (expulsiones y recepciones)
	Problema 9. Altas tasas de muertes por homicidio en hombres
	Problema 10. Altas tasas de muerte por accidentalidad terrestre
	Problema 11. Altas prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales
Seguridad alimentaria y nutricional	Problema 12. Bajo promedio de edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas ilegales
	Problema 13. Aumento de incidencia de anemia entre 6 meses a 4 años.
	Problema 14. Aumento de la tasa de mortalidad por desnutrición en menor de 5 años
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Problema 15. Alta prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años
	Problema 16. Incremento en la tasa de afecciones en el periodo perinatal.
	Problema 17. Incremento de la mortalidad por tumor maligno de cuello uterino.
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Problema 18. Corta duración de lactancia materna exclusiva
	Problema 19. Altas tasas de muerte por infecciones respiratorias agudas en población general y por enfermedades de las vías respiratorias inferiores en hombres.
	Problema 20. Alta letalidad de meningitis tuberculosa y Neisseria
	Problema 21. Incremento en la prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años.
Salud pública en emergencias y desastres	Problema 22. Incremento de la letalidad por leptospirosis
	Problema 23. Fenómeno del niño y el calentamiento global
Salud y ámbito laboral	Problema 24. Aparición de enfermedades, emergentes y reemergentes: Chikunguña
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Problema 25. Alto porcentaje de hogares con empleo informal
	Problema 26. Alto número de personas en situación de discapacidad física en el sexo masculino



6 RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EPS, DEMÁS EAPB

En general, las EAPB establecieron su priorización centradas en las dimensiones VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES y SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. Las otras dos dimensiones involucradas son SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL y SALUD AMBIENTAL, en su orden y de una manera muy puntual VIDA SALUDABLE y CONDICIONES TRANSMISIBLES (Ver anexo 5).

Resultados de la concertación con las EPS, demás EAPB, para la respuesta (con base en la priorización)

La concertación no logro hacer ajustes a los indicadores establecidos. No obstante, se hicieron observaciones a los representantes de las EAPB para incrementar progresivamente estos indicadores hasta el valor óptimo esperado, según normatividad, previa actualización o ajustes de las bases de datos.

Se anexa documento Excel con las precisiones realizadas por EAPB y dimensiones.

En general, el ejercicio de concertación realizado sugiere que es necesario:

- Realizar ajustes coherentes a lineamientos técnicos y operativos en relación a la correlación entre el grupo de riesgo y las dimensiones.
- Ajustar las líneas de base de acuerdo a la información brindada a través del SISPRO.
- Tener capacitación sobre el manejo del SISPRO
- Definir los indicadores en porcentajes y no proporciones.
- Plantear intervenciones considerando las competencias de las aseguradoras.
- Plantear observaciones considerando las limitaciones encontradas al realizar el diligenciamiento de la herramienta CEO, brindada por el ministerio de Salud y Protección Social, en cuanto a las opciones relacionadas con las intervenciones por parte de las administradoras.



7 CONFIGURACIÓN Y PRIORIZACIÓN EN SALUD

7.1 Configuración actual

Resultado de la configuración actual se establecieron 27 tensiones de salud de las cuales las de mayor puntuación en priorización estuvieron ubicadas en las dimensiones vida saludable y enfermedades transmisibles, salud en el ámbito laboral, poblaciones vulnerables, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, salud mental y salud ambiental (Ver anexo 6).

Tabla 13. Número de tensiones en salud según dimensión del Plan Decenal de Salud Pública.

DIMENSIÓN	No
Dimensión Salud Ambiental	2
Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	2
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	1
Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	3
Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	2
Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	5
Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres	3
Dimensión Salud y Ámbito Laboral	3
Dimensión Transversal: Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	4
Dimensión Transversal: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud	2
Total general	27



7.2 CONFIGURACIÓN DESEADA

7.2.1 Metáfora deseada

La configuración deseada se fundamenta en la acción sectorial, transectorial y comunitaria (Pétalos de la orquídea) para que la población del Valle del Cauca al 2021 goce de los mejores estándares de salud (Núcleo de la orquídea).

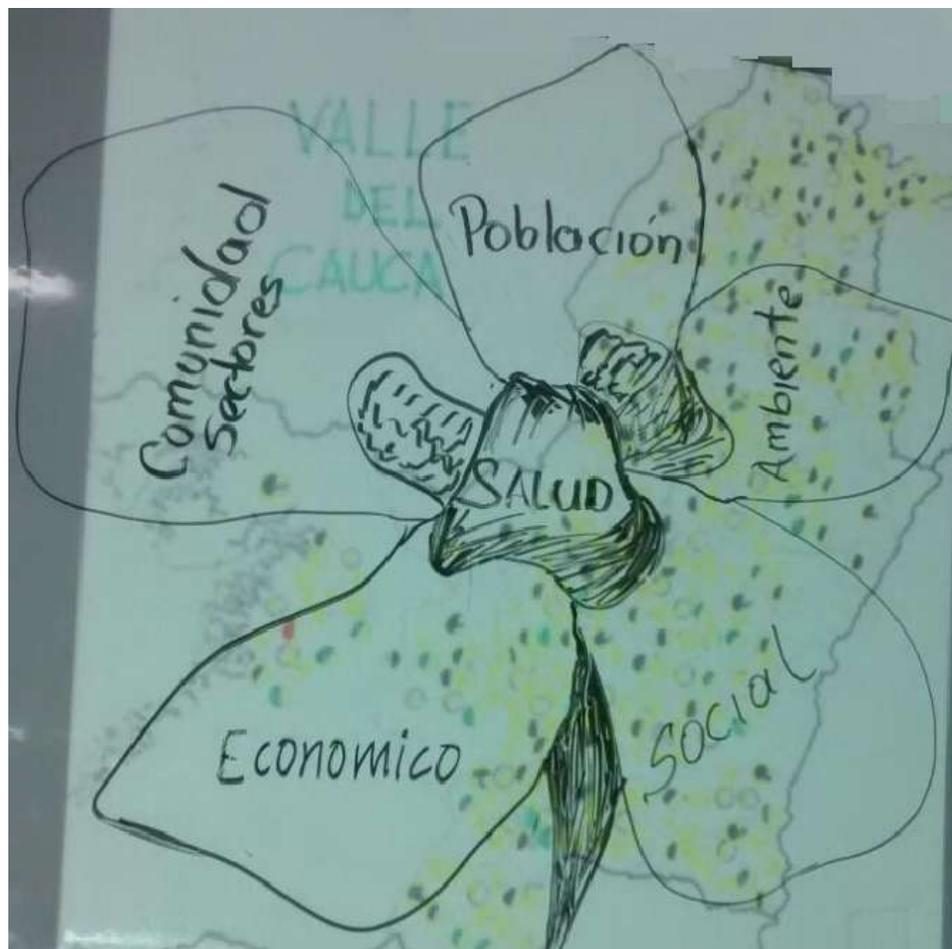
Lo anterior se logrará como resultado del fortalecimiento de la autoridad sanitaria y garantía del derecho a la salud, el aseguramiento universal y la prestación servicios con calidad a la población Valle Caucana.

También como resultado del impacto de los determinantes sociales a través de la coordinación transectorial en: mejoramiento vial; servicio adecuado de acueducto, alcantarillado y Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales PTAR en las zonas urbanas del Valle del Cauca; adecuación de infraestructura deportiva; desarrollo tecnológico avanzado para la atención de salud (Clúster de salud y belleza o turismo en salud); implementación de un modelo de prestación de servicios de saneamiento ambiental único a nivel nacional; desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación en salud y otros sectores.

De otro lado, la contribución y empoderamiento de la comunidad en el auto cuidado de la salud, mejorando sus estilos de vida saludables.

Estos análisis fundamentan la descripción y figura que representa la “Metáfora Deseada” de salud del Valle del Cauca al 2021 (figura 12).

Figura 12. Figura que refleja la situación deseada en salud al 2021, Valle del Cauca

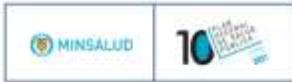


Texto de la metáfora deseada
“La orquídea llegó y al Valle transformó, toda su belleza en la salud reflejó”



7.2.2 Ejes estructurantes deseados (Desafíos/Prioridades)

Ejes estructurantes de la configuración deseada	Objetivos estratégicos PTS (Desafíos)
<p>Se cumplirán de manera efectiva los derechos en atención integral en salud y se activarán las rutas intersectoriales, la vigilancia y el control ejercidos por los entes respectivos a las EAPB, a su red prestadora y a los factores del riesgo del ambiente; el empoderamiento comunitario y la adecuada articulación de los sectores involucrados promoverán el acceso a servicios integrales individuales y colectivos con énfasis en las áreas rurales, poblaciones especiales y vulnerables. Se reducirán los índices de consumo de SPA, de homicidios, suicidios, enfermedades del sistema circulatorio y cardiovascular, así como accidentes y enfermedades de origen laboral, la mortalidad materna, el embarazo adolescente, la incidencia de ITS y VIH en poblaciones claves y la violencia sexual y de género, específicamente en jóvenes, mujeres y colectivos LGTBI, la discapacidad y muerte temprana por causas evitables, la transmisión materno infantil de ITS – VIH, la orfandad y pérdida de fuerza laboral de la población en edad productiva con énfasis en poblaciones víctimas de violencia y otras en contexto de mayor vulnerabilidad de los 42 municipios del departamento. Se transformarán los aspectos culturales que han normalizado el uso de la violencia y que generaron estigma y discriminación a poblaciones de orientación sexual y de género diversos, en condición de</p>	<p>Cumplir de manera efectiva los derechos en atención integral en salud y se activarán las rutas intersectoriales, la vigilancia y el control ejercidos por los entes respectivos a las EAPB, a su red prestadora y a los factores del riesgo del ambiente; el empoderamiento comunitario y la adecuada articulación de los sectores involucrados promoverán el acceso a servicios integrales individuales y colectivos con énfasis en las áreas rurales, poblaciones especiales y vulnerables.</p>



Ejes estructurantes de la configuración deseada	Objetivos estratégicos PTS (Desafíos)
<p>discapacidad, indígena y grupos vulnerables.</p> <p>Se cumplirán de manera efectiva los derechos en atención integral en salud y se activarán las rutas intersectoriales, la vigilancia y el control ejercidos por los entes respectivos a las EAPB, a su red prestadora y a los factores del riesgo del ambiente; el empoderamiento comunitario y la adecuada articulación de los sectores involucrados promoverán el acceso a servicios integrales individuales y colectivos con énfasis en las áreas rurales, poblaciones especiales y vulnerables. Se reducirán los índices de consumo de SPA, de homicidios, suicidios, enfermedades del sistema circulatorio y cardiovascular, así como accidentes y enfermedades de origen laboral, la mortalidad materna, el embarazo adolescente, la incidencia de ITS y VIH en poblaciones claves y la violencia sexual y de género, específicamente en jóvenes, mujeres y colectivos LGTBI, la discapacidad y muerte temprana por causas evitables, la transmisión materno infantil de ITS – VIH, la orfandad y pérdida de fuerza laboral de la población en edad productiva con énfasis en poblaciones víctimas de violencia y otras en contexto de mayor vulnerabilidad de los 42 municipios del departamento. Se transformarán los aspectos culturales que han normalizado el uso de la violencia y que generaron estigma y discriminación a poblaciones de orientación sexual y de género diversos, en condición de</p>	<p>Reducir los índices de consumo de SPA, de homicidios, suicidios, enfermedades del sistema circulatorio y cardiovascular, así como accidentes y enfermedades de origen laboral, la mortalidad materna, el embarazo adolescente, la incidencia de ITS y VIH en poblaciones claves y la violencia sexual y de género, específicamente en jóvenes, mujeres y colectivos LGTBI, la discapacidad y muerte temprana por causas evitables, la transmisión materno infantil de ITS – VIH, la orfandad y pérdida de fuerza laboral de la población en edad productiva con énfasis en poblaciones víctimas de violencia y otras en contexto de mayor vulnerabilidad de los 42 municipios del departamento.</p>



Ejes estructurantes de la configuración deseada	Objetivos estratégicos PTS (Desafíos)
<p>discapacidad, indígena y grupos vulnerables.</p> <p>Se cumplirán de manera efectiva los derechos en atención integral en salud y se activarán las rutas intersectoriales, la vigilancia y el control ejercidos por los entes respectivos a las EAPB, a su red prestadora y a los factores del riesgo del ambiente; el empoderamiento comunitario y la adecuada articulación de los sectores involucrados promoverán el acceso a servicios integrales individuales y colectivos con énfasis en las áreas rurales, poblaciones especiales y vulnerables. Se reducirán los índices de consumo de SPA, de homicidios, suicidios, enfermedades del sistema circulatorio y cardiovascular, así como accidentes y enfermedades de origen laboral, la mortalidad materna, el embarazo adolescente, la incidencia de ITS y VIH en poblaciones claves y la violencia sexual y de género, específicamente en jóvenes, mujeres y colectivos LGTBI, la discapacidad y muerte temprana por causas evitables, la transmisión materno infantil de ITS – VIH, la orfandad y pérdida de fuerza laboral de la población en edad productiva con énfasis en poblaciones víctimas de violencia y otras en contexto de mayor vulnerabilidad de los 42 municipios del departamento. Se transformarán los aspectos culturales que han normalizado el uso de la violencia y que generaron estigma y discriminación a poblaciones de orientación sexual y de género diversos, en condición de</p>	<p>Transformar los aspectos culturales que han normalizado el uso de la violencia y que generaron estigma y discriminación a poblaciones de orientación sexual y de género diversos, en condición de discapacidad, indígena y grupos vulnerables.</p>



Ejes estructurantes de la configuración deseada	Objetivos estratégicos PTS (Desafíos)
<p>discapacidad, indígena y grupos vulnerables.</p> <p>Se mitigarán las amenazas de riesgo naturales y antrópicos y de los factores de riesgo del ambiente; Se aprovecharán los espacios disponibles para la movilidad y uso del tiempo libre; Se usarán de manera adecuada y racional las tierras productivas; Se reducirán los asentamientos en zonas de riesgo de inundación; Se contará con adecuada infraestructura de saneamiento en zonas rurales; Se mejorará la calidad y disponibilidad de vivienda en zonas rurales y urbanas de las principales ciudades. Lo anterior se reflejará en la disminución de las enfermedades de origen ambiental, transmisibles, la inseguridad alimentaria, los trastornos de la salud mental, la desintegración familiar y la violencia sexual, así como de las enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p>Mitigar el riesgo de eventos o situaciones que alteren la salud, relacionados con las amenazas naturales y antrópicas y de los factores de riesgo del ambiente.</p>
<p>Se mitigarán las amenazas de riesgo naturales y antrópicos y de los factores de riesgo del ambiente; Se aprovecharán los espacios disponibles para la movilidad y uso del tiempo libre; Se usarán de manera adecuada y racional las tierras productivas; Se reducirán los asentamientos en zonas de riesgo de inundación; Se contará con adecuada infraestructura de saneamiento en zonas rurales; Se mejorará la calidad y disponibilidad de vivienda en zonas rurales y urbanas de las principales ciudades. Lo anterior se reflejará en la disminución de las enfermedades de origen ambiental,</p>	<p>Mejorar el uso de las tierras productivas y las condiciones de hábitat saludable relacionadas con la vivienda, zonas de recreación y uso del tiempo libre y movilidad, contando con una adecuada infraestructura de saneamiento básico con énfasis en las zonas rurales.</p>



Ejes estructurantes de la configuración deseada	Objetivos estratégicos PTS (Desafíos)
<p>transmisibles, la inseguridad alimentaria, los trastornos de la salud mental, la desintegración familiar y la violencia sexual, así como de las enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	
<p>Se mitigarán las amenazas de riesgo naturales y antrópicos y de los factores de riesgo del ambiente; Se aprovecharán los espacios disponibles para la movilidad y uso del tiempo libre; Se usarán de manera adecuada y racional las tierras productivas; Se reducirán los asentamientos en zonas de riesgo de inundación; Se contará con adecuada infraestructura de saneamiento en zonas rurales; Se mejorará la calidad y disponibilidad de vivienda en zonas rurales y urbanas de las principales ciudades. Lo anterior se reflejará en la disminución de las enfermedades de origen ambiental, transmisibles, la inseguridad alimentaria, los trastornos de la salud mental, la desintegración familiar y la violencia sexual, así como de las enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p>Mejorar los índices de enfermedades de origen ambiental presentes en el departamento del Valle del Cauca, originadas por vectores, inadecuada alimentación, poca actividad física y alteraciones mentales producto de una convivencia familiar insana.</p>
<p>Se promoverán oportunidades en la población vallecaucana para desarrollar una vida digna, que eleven la capacidad adquisitiva de las clases menos favorecidas, para que desaparezcan las tensiones sociales creadas por la violencia, la deserción escolar y las enfermedades.</p>	<p>Generar espacios transectoriales que permitan el establecimiento de acuerdos y metas para la disminución de las inequidades sociales que llevan a la deserción escolar a enfermedad y muerte generada por la violencia familiar y social en la población vallecaucana</p>
<p>Se promoverán oportunidades en la población vallecaucana para desarrollar una vida digna, que eleven la capacidad</p>	<p>Generar espacios transectoriales que permitan el establecimiento de acuerdos y metas para la disminución de las</p>



Ejes estructurantes de la configuración deseada	Objetivos estratégicos PTS (Desafíos)
adquisitiva de las clases menos favorecidas, para que desaparezcan las tensiones sociales creadas por la violencia, la deserción escolar y las enfermedades.	inequidades sociales que llevan a la deserción escolar a enfermedad y muerte generada por la violencia familiar y social en la población vallecaucana

7.2.3 Transformaciones

Resultado de la configuración deseada sobre las 27 tensiones de salud, se priorizaron aquellas sobre las cuales se podría incidir significativamente al 2021 teniendo en cuenta factores como la intensidad de la problemática, la duración de la problemática en el territorio y el impacto que pudiera lograr en el período de gobierno. Las tensiones transformadas con mayor puntuación en la priorización fueron en su orden: Salud ambiental en el componente de hábitat saludable, la dimensiones vida saludable y enfermedades transmisibles en el componente Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas ,la dimensión de poblaciones vulnerables en el componente salud en población étnica, la dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional en el componente de consumo y aprovechamiento biológico de alimentos y la dimensión transversal Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión en salud. (Ver anexo 7).

7.3 Ventajas y oportunidades

Ventajas

1. Suficiente red vial primaria y secundaria
2. Ferrocarriles del pacifico que promueve el desarrollo del Departamento.
3. Puerto sobre el mar pacífico y Aeropuerto internacional y de carga (Cartago).
4. Parque tecnológico para el desarrollo de software.
5. Servicio adecuado de acueducto, alcantarillado y PTAR en las zonas urbanas del Valle del Cauca.
6. Oferta educativa de nivel técnico y superior.
7. Organizaciones sociales activa.
8. Diversidad étnica y riqueza cultural.
9. Industria alimenticia y agroindustrial.



10. Alta productividad pesquera y frutícola.
11. Riqueza del recurso hídrico y biodiversidad.
12. Adecuada Infraestructura deportiva.
13. Capacidad hotelera instalada.
14. Existe capacidad instalada para la oferta de servicio social.
15. Desarrollo tecnológico avanzado para la atención de salud (Clúster de salud y belleza o turismo en salud).
16. Modelo de prestación de servicios de saneamiento ambiental único a nivel nacional.

Oportunidades

1. Producción de alimento y agroindustrial
2. Accesibilidad a servicios sociales y económicos.
3. Inversión extranjera.
4. Oportunidad de desarrollo urbanístico.
5. Diversidad étnica y cultural.
6. Configuración de redes sociales que hagan sinergias.
7. Mejoramiento del acceso de la atención integral de salud a través de la integración de redes.
8. Desarrollo empresarial para la atención especializada en salud – Clúster de salud y belleza o turismo en salud.
9. Desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación en salud y otros sectores.
10. Desarrollo de las capacidades del talento humano
11. Aseguramiento en Salud
- 12 Riqueza Cultural.



8. COMPONENTE ESTRATÉGICO DE MEDIANO PLAZO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

8.1 VISION

En el año 2025 la población del Valle del Cauca ha alcanzado óptimos niveles de salud y bienestar con entornos y ambientes seguros y saludables, resultado de la afectación positiva de los determinantes sociales, el ejercicio de rectoría de la autoridad sanitaria fortalecida y reduciendo las inequidades en salud, mediante la acción coordinada sectorial, transectorial y con participación y decisión comunitaria. (Ver anexos 8 al 11).

8.2 OBJETIVOS ESTRATEGICOS (Desafíos/Prioridades)

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDSP

- Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.
- Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PTS

- Lograr que el 100% de las entidades territoriales cuenten con un plan de gestión integral de respuesta a las amenazas de riesgos naturales y antrópicos y del ambiente.
- Mejorar las condiciones sanitarias y del hábitat de las viviendas rurales y urbanas en condiciones de marginalidad y de sus zonas recreativas y deportivas como espacio para una vida saludable.



- Reducir índices de morbilidad, mortalidad y discapacidad, generados por vectores, inadecuada alimentación, alteraciones mentales producto de la convivencia familiar y enfermedades crónicas asociadas a estilos de vida.
- Disminuir índices de desempleo con énfasis en la población mas vulnerable del departamento.
- Disminuir la carga de enfermedad relacionada con la violencia, en el departamento del Valle del Cauca.

8.3 RESULTADOS

A continuación se numeran los resultados (prioridades) sectoriales e intersectoriales, de la cadena de valor generada en el proceso de construcción del PTS con participación de representantes del sector otros sectores y comunidad.

PRIORIDADES INTERSECTORIALES DEL PTS

- Aumentar el acceso al agua potable.
- Reducir la carga de la enfermedad asociada a factores ambientales (residuos sólidos (ordinarios y peligrosos) y líquidos domiciliarios e industriales, calidad del aire, riesgos físicos, químicos y biológicos, riesgo del consumo y minería
- Reducir el consumo de SPA, homicidios, suicidios, accidentes y enfermedades de origen laboral, el embarazo adolescente, las ITS y VIH, la violencia sexual y de género, específicamente en jóvenes, mujeres y colectivos LGTBI, la orfandad, la fuerza laboral de la población en edad productiva con énfasis en poblaciones víctimas de violencia y de mayor vulnerabilidad
- Mitigar las amenazas de riesgo naturales y antrópicos y de los factores de riesgo del ambiente; Aprovechar los espacios disponibles para la movilidad y uso del tiempo libre; Usar de manera adecuada y racional las tierras productivas; Reducir los asentamientos en zonas de riesgo de inundación;

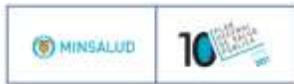


Contar con adecuada infraestructura de saneamiento en zonas rurales;
Mejorar la calidad y disponibilidad de vivienda en zonas rurales y urbanas

- Promover oportunidades para desarrollar una vida digna, que eleven la capacidad adquisitiva de las clases menos favorecidas, para mejorar la salud mental, que desaparezcan las tensiones sociales creadas por la violencia, desintegración familiar, violencia sexual, deserción escolar.
- Disminuir la mortalidad asociada a la desnutrición y la obesidad. incrementar las hectáreas para producción de la Canasta SAN
- Gestión Integral del Riesgo de Desastres articulado intersectorialmente y estrategias de adaptación al cambio climático.
- Formalización del empleo y reducción de la enfermedad y accidentalidad de origen laboral y disminuir el trabajo infantil,
- Niños niñas y adolescentes con derecho a la recreación, educación, salud y desarrollo digno.
- Empoderamiento de la población en hábitos y estilos de vida saludables.

PRIORIDADES SECTORIALES DEL PTS

- Derecho a la atención integral en salud y activación de las rutas intersectoriales.
- Vigilancia y control a las EAPB y a su red prestadora, a los factores del riesgo del ambiente.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
- Mejorar los comportamientos de los indicadores de salud del departamento
- El empoderamiento comunitario y la adecuada articulación de los sectores involucrados promoverán el acceso a servicios integrales individuales y colectivos con énfasis en las áreas rurales, poblaciones especiales y vulnerables.
- Disminución de enfermedades del sistema circulatorio y cardiovascular, mortalidad materna, discapacidad y muerte temprana por causas evitables, transmisión materno infantil de ITS – VIH
- Reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles incluidas la salud bucal, auditiva y visual.
- Disminución de las enfermedades transmisibles de origen ambiental,



- Incrementar el N° de IPS públicas y privadas que atiendan partos.
- Reducir las fallas en la prestación de servicios en la red pública y privada en la prestación de servicios de asesoría pre concepcional, control prenatal, parto y puerperio, incluido la prestación de IVE, garantizando la adecuada calidad en la atención integral a mujeres en edad fértil y gestantes.
- Disminuir la carga de enfermedad por tuberculosis , lepra
- Aumentar el nivel de acceso a servicios de salud del niño y su familia
- Mejorar la prestación del servicio PAI y AIEPI extramural
- Adopción de la política pública de personas con discapacidad
- Adoptar el modelo de atención integral en salud para adultos mayores
- Fortalecer la Red de toxicología, integrada a la Red Nacional de toxicología del INS.

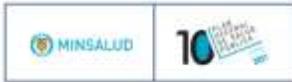


9 COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El formato de inversión pluriannual, es parte integral del presente documento (ver anexo 12)

CUADRO COMPONENTE PLURIANUAL DE INVERSIONES PLAN TERRITORIAL DE SALUD VALLE DEL CAUCA 2016-2019

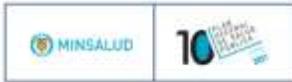
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.8 DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL	1.1.1.8.2 SITUACIONES PREVALENTES DE ORIGEN LABORAL	1.1.1.8.2.2 A 2021 SE DISMINUYE LA TASA DE ACCIDENTALIDAD EN EL TRABAJO EN COLOMBIA.	MANTENER COMO MINIMO EN 6.4 LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PROFESIONAL EN VALLE DEL CAUCA, AL 2019.	Lograr que 100% de las ET-Entidades Territoriales implementen planes de trabajo para prevención, vigilancia y control de los riesgos en salud laboral del sector informal de la economía de los municipios.	\$ 2,219,971,500



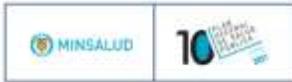
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.1. DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL	1.1.1.1.1 HÁBITAT SALUDABLE	1.1.1.1.1.15 A 2021 EL 100% DE LAS DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD CONTARÁN CON MAPAS DE RIESGO Y VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO.	MANTENER EL 100% DE LAS CABECERAS MUNICIPALES DE LOS ENTES TERRITORIALES CON INDICE DE RIESGO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA (IRABA) EN NIVELES DE 0 A 20, DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Lograr que el 100% de las ET apliquen las acciones de la dimensión de Salud Ambiental a 2019.	\$ 29,415,370,539
1.1.1.1. DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL	1.1.1.1.1 HÁBITAT SALUDABLE	1.1.1.1.1.15 A 2021 EL 100% DE LAS DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD CONTARÁN CON MAPAS DE RIESGO Y VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO.	MANTENER EL 100% DE LAS CABECERAS MUNICIPALES DE LOS ENTES TERRITORIALES CON INDICE DE RIESGO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA (IRABA) EN NIVELES DE 0 A 20, DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Lograr que el 100% de las entidades territoriales implemente las acciones de IVC de salud ambiental bajo el enfoque de riesgo al 2019.	\$ 19,500,955,227



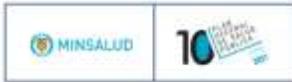
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.1. DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL	1.1.1.1.1 HÁBITAT SALUDABLE	1.1.1.1.1.12 A 2021 SE TENDRÁ UNA COBERTURA DEL SERVICIO DE ALCANTARILLADO DEL 99% EN LAS ZONAS URBANAS.	MANTENER COMO MINIMO EN 387 POR 100.000 HABITANTES LA TASA DE INCIDENCIA DE DENGUE, DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Lograr que el 100% de las Entidades Territoriales - ET implementen la Estrategia de Gestión Integrada - EGI para las Enfermedades Transmitidas por Vectores para el 2019.	\$ 8,232,559,796
1.1.1.1. DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL	1.1.1.1.1 HÁBITAT SALUDABLE	1.1.1.1.1.12 A 2021 SE TENDRÁ UNA COBERTURA DEL SERVICIO DE ALCANTARILLADO DEL 99% EN LAS ZONAS URBANAS.	META DE RESULTADO: MANTENER COMO MINIMO EN 387 POR 100.000 HABITANTES LA TASA DE INCIDENCIA DE DENGUE, DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Lograr que el 100% de las Entidades Territoriales - ET implementen la Estrategia de Gestión Integrada - EGI para zoonosis para el 2019.	\$ 6,969,388,899



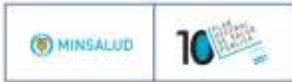
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.5 DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	1.1.1.5.2 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS	1.1.1.5.2.4 PARA EL AÑO 2021, LA MORTALIDAD MATERNA EVITABLE SERÁ INFERIOR A 150 MUERTES ANUALES EN EL PAÍS.	DISMINUIR EN 4 PUNTOS LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA A 2021, CON RESPECTO A LA LÍNEA DE BASE (2011), POR CAUSAS EVITABLES durante el periodo de gobierno.	Asistir al 100% de los actores del SGSSS- ET, EAPB, redes de jóvenes para fortalecimiento institucional y comunitario de la estrategia servicios amigables para adolescentes y jóvenes (SASJ) durante el periodo de gobierno	\$ 2,015,734,122
1.1.1.5 DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	1.1.1.5.2 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS	1.1.1.5.2.4 PARA EL AÑO 2021, LA MORTALIDAD MATERNA EVITABLE SERÁ INFERIOR A 150 MUERTES ANUALES EN EL PAÍS.	DISMINUIR EN 4 PUNTOS LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA A 2021, CON RESPECTO A LA LÍNEA DE BASE (2011), POR CAUSAS EVITABLES durante el periodo de gobierno.	Asistir al 100% de los actores del SGSSS- ET, EAPB, comunidad para fortalecimiento institucional y comunitario Madres, Infantes, Familia y Comunidad- MIFC, Estrategia maternidad segura (EMS) durante el periodo de gobierno.	\$ 2,859,323,292



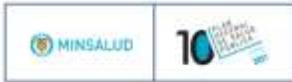
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.5 DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	1.1.1.5.2 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS	1.1.1.5.2.17 PARA EL AÑO 2021, ALCANZAR Y MANTENER LA INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN 0.5 CASOS O MENOS, INCLUIDOS LOS MORTINATOS, POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS.	PARA EL AÑO 2021, ALCANZAR Y MANTENER LA INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN 1.5 CASOS O MENOS, POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS A DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Asistir al 100% de los actores del SGSSS- ET, EAPB, comunidad para fortalecimiento institucional y comunitario Estrategia de eliminación de sífilis congénita, y VIH/SIDA materno infantil, Estrategia de prevención Infección de Transmisión Sexual- ITS- VIH con grupos CLAV, durante el periodo de gobierno.	\$ 2,348,729,847
1.1.1.3 DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	1.1.1.3.2 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES Y A DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA	1.1.1.3.2.4 A 2021 MANTENER POR DEBAJO DE 5.5% LA PREVALENCIA AÑO DEL CONSUMO DE MARIHUANA EN LA POBLACIÓN ESCOLAR.	REDUCIR A 3,6 LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS A DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Implementar en el 100% de los Entes Territoriales - ET el componente de salud mental desde la estrategia de atención primaria.	\$ 3,107,960,100
1.1.1.3 DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	1.1.1.3.2 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES Y A DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA	1.1.1.3.2.4 A 2021 MANTENER POR DEBAJO DE 5.5% LA PREVALENCIA AÑO DEL CONSUMO DE MARIHUANA EN LA POBLACIÓN ESCOLAR.	REDUCIR A 3,6 LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS A DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Asistir al 100% de los actores del SGSSS DLS, EAPB, ESE, en fortalecimiento institucional y comunitario para la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia	\$ 1,775,977,200



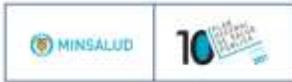
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.6 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1.1.1.6.2 ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	1.1.1.6.2.1 A 2021, ALCANZAR EL 95% O MÁS DE COBERTURA EN TODOS LOS BIOLÓGICOS QUE HACEN PARTE DEL ESQUEMA NACIONAL, EN LAS POBLACIONES OBJETO DEL PROGRAMA.	MANTENER POR DEBAJO DE 18 POR 10.000 MENORES DE CINCO AÑOS, LA TASA DE MORTALIDAD, DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Asistir al 95% de los actores del SGSSS DLS, EAPB, ESE en fortalecimiento institucional del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) y la estrategia de AIEPI, durante el periodo de gobierno	\$ 4,439,943,000
1.1.1.6 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1.1.1.6.1 ENFERMEDADES EMERGENTES, RE-EMERGENTES Y DESATENDIDAS	1.1.1.6.1.6 A 2021, SE LOGRA LA REDUCCIÓN PROGRESIVA A MENOS DE 1,59 CASOS POR 100.000 HABITANTES DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS TB EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL.	INCREMENTAR AL 85% EL PORCENTAJE DE TRATAMIENTO EXITOSO DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR CON BACILOSCOPIA POSITIVA, AL 2019. (LÍNEA BASE 2011, 78%).	Asistir el 100 % de las DLS, EAPB y ESE en los lineamientos nacionales para el control de la tuberculosis y HANSEN, en el periodo de gobierno	\$ 6,092,330,493



DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.2 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1.1.1.2.2 CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES	1.1.1.2.2.14 A 2021, REDUCIR LA MORTALIDAD PREMATURA POR ENT EN UN 25% EN LA POBLACIÓN ENTRE 30 Y 70 AÑOS.	MANTENER POR DEBAJO DE 1900 LA TASA AJUSTADA DE AÑOS POTENCIALMENTE PERDIDOS DEBIDO A NEOPLASIAS POR CADA 100 MIL HABITANTES, DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Asistir al 100% de los actores del SGSSS DLS, EAPB, ESE con mayor carga en enfermedad en fortalecimiento institucional de los programas de prevención y tratamiento de las neoplasias, durante el periodo de gobierno	\$ 2,219,971,500



DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.2 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1.1.1.2.2 CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES	1.1.1.2.2.14 A 2021, REDUCIR LA MORTALIDAD PREMATURA POR ENT EN UN 25% EN LA POBLACIÓN ENTRE 30 Y 70 AÑOS.	MANTENER POR DEBAJO DE 1900 LA TASA AJUSTADA DE AÑOS POTENCIALMENTE PERDIDOS DEBIDO A NEOPLASIAS POR CADA 100 MIL HABITANTES, DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Asistir al 100% de los actores del SGSSS DLS, EAPB, ESE con mayor carga en enfermedad en fortalecimiento institucional de los programas de prevención y control de Hipertensión HTA, Diabetes DM, durante el periodo de gobierno	\$ 1,997,974,350



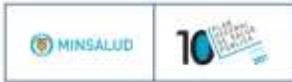
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.2 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1.1.1.2.2 CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES	1.1.1.2.2.7 A 2021, MANTENER EL 85% DE LAS PERSONAS SIN ENFERMEDAD RENAL O EN ESTADIO 1 Y 2, A PESAR DE TENER ENFERMEDADES PRECURSORAS (HIPERTENSIÓN Y DIABETES).	MANTENER POR DEBAJO DE 1900 LA TASA AJUSTADA DE AÑOS POTENCIALMENTE PERDIDOS DEBIDO A ENFERMEDADES CARDIO VASCULARES POR CADA 100 MIL HABITANTES, DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO. LB 1956 (2013)	Asistir al 100% de los actores del SGSSS DLS, EAPB, ESE en fortalecimiento institucional de los programas AUTOCUIDADO CONSUMO SAL, AZUCAR, ACTIVIDAD FISICA, SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA, durante el periodo de gobierno	\$ 1,997,974,350
1.1.1.2 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1.1.1.2.2 CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES	1.1.1.2.2.7 A 2021, MANTENER EL 85% DE LAS PERSONAS SIN ENFERMEDAD RENAL O EN ESTADIO 1 Y 2, A PESAR DE TENER ENFERMEDADES PRECURSORAS (HIPERTENSIÓN Y DIABETES).	MANTENER POR DEBAJO DE 1900 LA TASA AJUSTADA DE AÑOS POTENCIALMENTE PERDIDOS DEBIDO A ENFERMEDADES CARDIO VASCULARES POR CADA 100 MIL HABITANTES, DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO. LB 1956 (2013)	Realizar alianzas para que la población realice actividad física y recreación.	\$ 10,782,880,230



DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.9 DIMENSIÓN TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	1.1.1.9.5 DISCAPACIDAD	1.1.1.9.5.1 A 2021, COLOMBIA CONTARÁ CON UN ADECUADO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, QUE PERMITA PROMOVER EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADAS A MEJORAR LAS CONDICIONES Y ENTORNOS COTIDIANOS PARA SU DESARROLLO INTEGRAL, PARA GARANTIZAR SERVICIOS DE SALUD ACCESIBLES E INCLUYENTES Y ASEGURAR LA CALIDAD Y DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS Y DE LA OFERTA DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN CENTRADA EN LAS NECESIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y EN EL FORTALECIMIENTO DE SUS CAPACIDADES.	Lograr la implementación de un modelo de atención integral en salud de las poblaciones especiales del Valle del Cauca durante el periodo de gobierno. (Victimas, Discapacidad, Grupos étnicos (afros e indígenas), y adulto mayor.	Asistir al 100% de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) DLS, EAPB, ESE en la adopción de de los modelos de gestión y atención integral en salud para poblaciones especiales: victimas del conflicto armado, discapacidad, grupos étnicos(afros e indígenas), adulto mayor en el Valle del Cauca a 2019	\$ 13,167,029,780
1.1.1.4 DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	1.1.1.4.2 CONSUMO Y APROVECHAMIENTO BIOLÓGICO DE ALIMENTOS	1.1.1.4.2.5 A 2015, DISMINUIR A 35.9% LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN HOMBRES DE 18 A 64 AÑOS; A 44.6% EN MUJERES DE 18 A 64 AÑOS; Y A 30.2% EN MUJERES DE 13 A 49 AÑOS.	Mantener por debajo del 15% la prevalencia de obesidad en población de 5 a 17 años del departamento, durante el periodo de gobierno.	Asistir técnicamente al 100% de las DLS en en la implementación en la política nutricional para la prevención del sobrepeso y los hábitos alimenticios.	\$ 1,331,982,900



DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.4 DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	1.1.1.4.2 CONSUMO Y APROVECHAMIENTO BIOLÓGICO DE ALIMENTOS	1.1.1.4.2.5 A 2015, DISMINUIR A 35.9% LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN HOMBRES DE 18 A 64 AÑOS; A 44.6% EN MUJERES DE 18 A 64 AÑOS; Y A 30.2% EN MUJERES DE 13 A 49 AÑOS.	Mantener por debajo del 15% la prevalencia de obesidad en población de 5 a 17 años del departamento, durante el periodo de gobierno.	Monitorear y hacer seguimiento a los indicadores de talla y peso en la población escolar durante el periodo de gobierno.	\$ 887,988,600
1.1.1.7 DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	1.1.1.7.1 GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	1.1.1.7.1.1 A 2021, SE LOGRA LA FORMULACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL PLAN NACIONAL SECTORIAL DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO DE DESASTRES ARTICULADO INTERSECTORIALMENTE A LOS DEMÁS SECTORES ESTATALES.	LOGRAR QUE EL 100% DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES CUENTEN CON UN PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESPUESTA EN SALUD PÚBLICA ANTE EL RIESGO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES, DURANTE EL PERODO DE GOBIERNO	Asistir al 100% de las DLS en gestión integral de riesgos en emergencias y desastres, y reglamento sanitario internacional	\$ 3,311,058,124



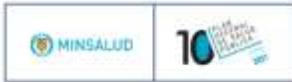
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.1 A 2021, COLOMBIA CUENTA CON COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD CON ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EQUIPARABLES ENTRE ZONA URBANA Y RURAL Y ENTRE EL QUINTIL MÁS POBRE Y EL QUINTIL MÁS RICO.	Incrementar en 2 puntos porcentuales la cobertura de aseguramiento de la población con SISBEN niveles 1 y 2 y poblaciones en condiciones de desplazamiento para el departamento del Valle del Cauca durante el periodo de gobierno.	Cofinanciar la continuidad del 100% de la población que se encuentra afiliada al régimen subsidiado durante el periodo de gobierno	\$ 399,958,609,084
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.1 A 2021, COLOMBIA CUENTA CON COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD CON ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EQUIPARABLES ENTRE ZONA URBANA Y RURAL Y ENTRE EL QUINTIL MÁS POBRE Y EL QUINTIL MÁS RICO.	Incrementar en 2 puntos porcentuales la cobertura de aseguramiento de la población con SISBEN niveles 1 y 2 y poblaciones en condiciones de desplazamiento para el departamento del Valle del Cauca durante el periodo de gobierno.	Monitorear el 100% de las Entidades Territoriales de Salud en el cumplimiento de las competencias en el aseguramiento	\$ 710,390,880



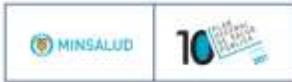
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.11 A 2021, LOS EVENTOS EVITABLES EN SALUD Y LOS DESENLACES NO DESEADOS SERÁN EL PRINCIPAL MARCADOR DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	Lograr que el 100% de los eventos de interés en salud pública sean intervenidos y vigilados durante el periodo de gobierno.	ASISTIR 41 Direcciones Locales de Salud y 1 Distrito 41 Direcciones Locales de Salud y 1 Distrito, Para el cumplimiento de la notificación obligatoria con monitoreo y seguimiento durante el periodo de gobierno	\$ 2,219,971,500
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.11 A 2021, LOS EVENTOS EVITABLES EN SALUD Y LOS DESENLACES NO DESEADOS SERÁN EL PRINCIPAL MARCADOR DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	Lograr que el 100% de los eventos de interés en salud pública sean intervenidos y vigilados durante el periodo de gobierno.	ASISTIR a 41 Direcciones Locales de Salud y 1 Distrito Para el fortalecimiento de la gestión del sistema de vigilancia en salud pública en el cumplimiento de lineamientos y adherencia a las acciones, y vigilancia a los actores del sistema durante el período de Gobierno.	\$ 7,882,763,601
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.11 A 2021, LOS EVENTOS EVITABLES EN SALUD Y LOS DESENLACES NO DESEADOS SERÁN EL PRINCIPAL MARCADOR DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	Lograr que el 100% de los eventos de interés en salud pública sean intervenidos y vigilados durante el periodo de gobierno.	ASISTIR a 302 Laboratorios Para el fortalecimiento de la Red Departamental de Laboratorios participando en programas de control de calidad de pruebas de eventos de interés en salud pública, durante el periodo de gobierno	\$ 8,879,886,000



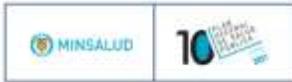
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.11 A 2021, LOS EVENTOS EVITABLES EN SALUD Y LOS DESENLACES NO DESEADOS SERÁN EL PRINCIPAL MARCADOR DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	Lograr que el 100% de los eventos de interés en salud pública sean intervenidos y vigilados durante el periodo de gobierno.	Lograr que el 100% de los actores del sistema sea vigilado durante el periodo de gobierno.	\$ 5,170,962,972
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.11 A 2021, LOS EVENTOS EVITABLES EN SALUD Y LOS DESENLACES NO DESEADOS SERÁN EL PRINCIPAL MARCADOR DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	Lograr que el 100% de los eventos de interés en salud pública sean intervenidos y vigilados durante el periodo de gobierno.	Implementar 4 nuevos procesos para la actualización del laboratorio departamental como centro de referencia del sur occidente colombiano.	\$ 124,580,000



DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.3 A 2021, COLOMBIA BASA SU MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	IMPLEMENTAR UN MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN Y GESTION DE INFORMACIÓN EN SALUD, PARA INCREMENTAR LA INTELIGENCIA SANITARIA, EN EL MARCO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA APS, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y DE COMUNICACION, EN EL DEPARTAMENTO DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Implementar en el 100% de la red hospitalaria pública del Valle del Cauca la Historia Clínica Electrónica Unificada.	\$ 5,000,000,000



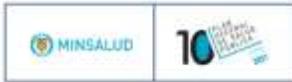
DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.3 A 2021, COLOMBIA BASA SU MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	IMPLEMENTAR UN MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN Y GESTION DE INFORMACIÓN EN SALUD, PARA INCREMENTAR LA INTELIGENCIA SANITARIA, EN EL MARCO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA APS, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y DE COMUNICACION, EN EL DEPARTAMENTO DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO.	Implementar en 20 IPS Publicas del Valle del Cauca un sistema de atención mediante la modalidad de Telemedicina (tele diagnóstico, tele consulta y tele radiología) para mejorar el acceso a los servicios de salud de la población con oportunidad y calidad, mejorando la capacidad de resolución de las IPS públicas.	\$ 8,000,000,000
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.3 A 2021, COLOMBIA BASA SU MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	Lograr que el 100% de los ET implementen la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS durante el programa de Gobierno.	Ejecutar al 100% los planes de fortalecimiento institucional para los recursos de estampilla de los Hospitales Universitarios del Valle del Cauca,	\$ 148,271,757,162
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.3 A 2021, COLOMBIA BASA SU MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	Lograr que el 100% de los ET implementen la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS durante el programa de Gobierno.	Implementar en un 100% los componentes del Plan de Fortalecimiento de la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud. Componentes Plan:	\$ 582,833,916,174



DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
				<ul style="list-style-type: none"> -Contratación de atención inicial de urgencias medicas - Realizar auditoria al 100% de la facturación de la contratación por evento de la Red de prestadores de servicios del Valle. - Garantizar la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada con la contratación del 100% de los recursos disponibles a la red pública. - Ejecución del Plan de compras al 100% para dotación anual del centro de reservas del CRUE. - Diseño y ejecución de un Plan para la regulación y atención de servicio No POS mediante la ejecución del 100% de los recursos disponibles. + SFF. - Contratación y seguimiento a la aplicación del 100% recursos disponibles para la atención en salud mental e inimputables - Garantizar la gestión programada en los 5 comités técnicos regionales mediante la asistencia Técnica para el desarrollo de la Red pública de prestadores de servicios de salud. 	



DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.3 A 2021, COLOMBIA BASA SU MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	Lograr que el 100% de los ET implementen la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS durante el programa de Gobierno.	Implementar en un 100% los componentes del Plan de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional de la SDS. Componentes Plan: - Implementar durante el periodo de gobierno el plan de APS y su adaptación al modelo MIAS. - Ejecución del 100% Plan de fortalecimiento de la capacidad técnica de la SDS. - Ejecutar los proyectos de Gestión del conocimiento y los Sistemas de Información presentados durante el periodo de gobierno. - Ejecución al 100% de eventos de capacitación y actualización en salud pública. - Desarrollo del Plan de asistencia Técnica y acompañamiento según lo programado. - Fortalecimiento de la capacidad instalada de la SDS – Remodelación piso 10.	\$ 41,043,688,966
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.3 A 2021, COLOMBIA BASA SU MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	Lograr que el 100% de los ET implementen la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS durante el programa de Gobierno.	Lograr que el 100% de las ESE cuenten con planes para el mejoramiento de la infraestructura, dotación de equipos y ambulancias	\$ 2,423,056,351



DIMENSION	COMPONENTE	META PDSP	META RESULTADO PTS 2016-2019	META PRODUCTO	TOTAL 2016-2019
1.1.1.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	1.1.1.10.1 FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	1.1.1.10.1.3 A 2021, COLOMBIA BASA SU MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	Lograr que el 100% de los ET implementen la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS durante el programa de Gobierno.	Lograr que se activen el 100% de los espacios de participación ciudadana para contribuir al goce efectivo de los derechos de salud durante el periodo de gobierno.	\$ 5,327,931,600



REFERENCIAS

- DANE. Resultados CENSO 2005.
- UES. Informe de Gestión en el período enero a noviembre, año 2007
- Ley 715 del 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias.
- Gobernación y Secretaria de Salud Departamental, Análisis de Situación de Salud, Valle del Cauca, 2015.
- Kelsey JL., Thompson WD., Evans AS. Methods in Observational Epidemiology. New York: Oxford University Press; 1986.
- Roca J, Muñoz A, Los Estudios de Prevalencia en Martínez F, Antó JM, Castellanos PL et alts Salud Publica, Mc Graw Hill Interamericana, Madrid, 1998. 179-198.
- Ley 1438 de 2011
- Resolución 1841 de 2013
- Resolución 1536 de 2015
- Lineamientos Técnicos y Operativos para la planeación integral en Salud, Ministerio de Salud.
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
- Programa de Gobierno Dra. Dalian Francisca Toro Torres 2016-2019
- Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Marco Conceptual. Bogotá D.C. 2014. 7
- Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: prosperidad para todos. Bogotá D. C. 2011.



1. ANEXOS

ANEXOS PLAN TERRITORIAL 2016-2019

Anexo 1. Aplicativo 2A Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (poblacional)

Anexo 2. Aplicativo 2B Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (ASE)

Anexo 3. Aplicativo 3. Reconocimiento de las condiciones básicas en Salud

Anexo 4. Aplicativo 4. Implicaciones de las dinámicas PASE en las condiciones de salud de la población.

Anexo 5. Priorización Empresas Administradoras de Planes de Beneficio

Anexo 6. Aplicativo 5 y 6. Identificación y valoración de las tensiones y proyección de tensiones.

Anexo 7. Aplicativo Transformación esperada de tensiones

Anexo 8. Tabla 8 Objetivos y metas estratégicas

Anexo 9. Tabla 9 Cadena de valor público en salud

Anexo 10. Tabla 10 Vinculación de las metas y estrategias del PTS con las metas y estrategias del PDSP

Anexo 11. Tabla 11 Definición de programas y subprogramas del PTS

Anexo 12. Tabla 12 Componente de inversión plurianual del PTS