



**GOBERNACIÓN
VALLE DEL CAUCA**
Secretaría de Salud

PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2020-2023

PASE a La Equidad En Salud

Departamento de del Valle del Cauca

Abril 2020



**GOBERNACIÓN
VALLE DEL CAUCA**
Secretaría de Salud

Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021

PASE a La Equidad En Salud

La salud en Colombia la construyes tú

Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca

Gobernadora

CLARA LUZ ROLDAN GONZALEZ

Directora de Planeación Departamental

LORENA SOFIA VELASCO FRANCO

Secretaria Departamental de Salud

MARIA CRISTINA LESMES DUQUE



EQUIPO TERRITORIAL PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD

María Cristina Lesmes Duque- Secretaria de Salud Departamental, Carlos Alberto Ocampo Varela - Subsecretaría de Gestión financiera y administrativa

Luisa Fernanda Reina González- Subsecretaria Salud Pública,

Nora Elena Muñoz Ruiz- Subsecretaria Aseguramiento y Desarrollo de Servicios.

Alberto Ocampo Varela Subsecretaría Administrativa y Financiera

Claudia Marcela González- Oficina Asesora de Planeación,

Helmer de Jesús Zapata Ossa – Enlace Plan Decenal de Salud Pública PDSP Valle del Cauca y Plan de Desarrollo Del Departamento

Rosmery Vélez Montaña, Enlace Plan Decenal de Salud Pública PDSP Valle del Cauca y Plan de Desarrollo Del Departamento

EQUIPO TÉCNICO SEGÚN DIMENSIONES

DIMENSIÓN

Dimensión Fortalecimiento De La Autoridad Sanitaria Para La Gestión En Salud

NOMBRE

Planeación:

Rosmery Vélez Montaña, Helmer de Jesús Zapata Ossa, Luz Nelly Girón Caballero, Luz Mery Ocampo Benítez, Ana Beatriz Andrade Sarria.

Subsecretaria de Desarrollo de servicios:

Luz Mabel Ramírez Montes, Adriana Giraldo Gallego, Letty Noraida Collazos Vidal

Subsecretaría de Salud Pública:

María Constanza Victoria García, Paola Andrea Londoño Nuñez, Nubia Muñoz

Oficina de defensoría del paciente:

Alex Herney Carabali Araujo

Subsecretaría Administrativa y Financiera

Julián Romero Peña

Dimensión Salud Y Ámbito Laboral

Esneda Mateus Solarte, Jairo Guzmán Angel, Vladimir Reyes Zea

Dimensión De Salud Ambiental

Boris Henry Agudelo Tejada, Ismael Ocampo Ramos

Dimensión De Vida Saludable Y Condiciones No Transmisibles

Alberto Bonilla Mosquera , María Eugenia Bolaños Rojas

Dimensión Convivencia Social Y Salud Mental

Flor Nayda Cuadros Otero, Luz Nelly Girón Caballero

Dimensión Seguridad Alimentaria Y Nutricional

Luis Hernando Cepeda Lopez,

Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos

Martha Cecilia Castaño Parra,

Dimensión Vida Saludable Y Enfermedades Transmisibles

Liliana Forero Zapata, Doris Revelo,

Dimensión Salud Pública En Emergencias Y Desastres

Juan Fernando Millán Hurtado, Luisa Fernanda Reina González, Julián Peláez

Dimensión Transversal Gestión Diferencial De Poblaciones Vulnerables

Ángela María Córdoba Gutiérrez; Vladimir Matta Caicedo



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	12
5.1 CARACTERIZACIÓN GEOGRÁFICA Y DEMOGRÁFICA DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA.	12
5.1.1 Caracterización geográfica	12
5.1.2 Caracterización geográfica	24
5.2 ESTADO DE SALUD Y RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES BÁSICAS DE SALUD.	32
5.2.1 Análisis de la mortalidad	32
5.2.2 Análisis de la morbilidad	40
5.2.3 Prioridades en Salud	42
5.3 DETERMINANTES SOCIALES	47
5.3.1 Infraestructura de prestación de servicios de la Red Pública de Hospitales	47
5 CONFIGURACIÓN Y PRIORIZACIÓN EN SALUD	63
5.1 CONFIGURACIÓN ACTUAL.....	63
5.2 CONFIGURACIÓN DESEADA	64
5.2.1 Metáfora deseada	64
Texto de la metáfora deseada	65
7. EJES ESTRUCTURANTES DESEADOS (DESAFÍOS/PRIORIDADES)	66
7.1 EJES Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PTS	66
7.2. TRANSFORMACIONES	70
7.3 VENTAJAS Y OPORTUNIDADES.....	70



8. COMPONENTE ESTRATÉGICO DE MEDIANO PLAZO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	72
8.1 VISION	72
8.2 OBJETIVOS ESTRATEGICOS (DESAFÍOS/PRIORIDADES)	72
<i>OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDSP</i>	72
8.3 OBJETIVOS ESTRATEGICOS PTS	72
8.4 RESULTADOS ESPERADOS	73
9 COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	76
10 ANEXOS	91
<i>ANEXOS PLAN TERRITORIAL 2020-2023</i>	91

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:	CLARA LUZ ROLDAN
APROBADO POR:	ORDENANZA xxxxx
NÚMERO DE APROBACIÓN:	xxxxxxxxx
FECHA DE APROBACIÓN:	xxxxxxxxx
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 la afectación positiva de los determinantes sociales, frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables	
Implementar entornos y ambientes seguros y saludables contribuyendo al logro de niveles óptimos de salud y bienestar en los vallecaucanos	
Fortalecer el ejercicio de rectoría de la autoridad sanitaria, la acción coordinada sectorial, transectorial y la participación comunitaria para la reducción de las inequidades en salud en el departamento del valle del cauca	

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; las líneas estratégicas y operativas definidas para el período de gobiernos 2020-2023 así como la cadena de valor con sus programas, subprogramas, metas de resultado y de producto para dar respuesta a las necesidades de la población vallecaucana.

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” y la priorización en salud pública, la cual fue el soporte para la priorización de los principales problemas de salud del departamento y el correspondiente establecimiento de metas de los programas y subprogramas.

2. 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.

Mediante la resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social se adopta la estrategia y se disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. En éstos se definen los lineamientos normativos para la elaboración de los Planes Territorial de Salud, el Componente Operativo Anual de Inversiones y los Planes de Acción en Salud que las entidades territoriales deben presentar ante las Asambleas Departamentales y Concejos Municipales para la respectiva vigencia.



3. 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
- **Decreto 196 de 2013,** Mediante el cual se reglamenta el Plan Financiero Territorial (PFT).

Resolución 518 de 2015, 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”.

Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud.

4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y DETERMINANTES PASE

5.1 Caracterización geográfica y demográfica del departamento del Valle del Cauca.

5.1.1 Caracterización geográfica

Ubicado en Colombia, Sur América, el Valle del Cauca es una de las regiones más ricas y de mayor desarrollo de la República de Colombia. Está localizado en el suroccidente del país y tiene costas sobre el Océano Pacífico, en una extensión lineal de 200 kilómetros, donde se encuentra ubicado el puerto de Buenaventura, el más importante del país, por el inmenso movimiento de carga importación y exportación que por allí se registra.

Posee en su territorio, un fértil valle surcado por el río Cauca, encajonado entre dos cordilleras, que se extiende al oeste sobre una porción del denominado Chocó Biogeográfico, dando lugar a subregiones variadas: El andén del Pacífico, de tierras bajas y húmedas cubiertas en buena proporción por bosques tropicales; y el valle geográfico del río Cauca. Su variedad geográfica, topográfica y climatológica, lo hacen rico en biodiversidad, su patrimonio hídrico y su posición estratégica como salida al Pacífico por el puerto de Buenaventura, constituyen potencialidades para su economía y sus grupos étnico-sociales.

Tiene una superficie total de 21.195 Km² (2.119.500 hectáreas) que representa el 1,95% del territorio nacional. El Valle del Cauca tiene características climáticas variadas, siendo los 25 grados centígrados la temperatura promedio, para una altura de 1.000 metros sobre el nivel del mar. La región del litoral Pacífico presenta precipitaciones pluviales que llegan a los 5.000 milímetros al año.

La topografía, varía entre fuertemente ondulado a quebrado, con buen drenaje y ricos en carbón orgánico. La actividad económica principal actual la constituyen los cultivos de agricultura semiintensiva y ganadería extensiva. Los suelos de páramo, presenta relieve de ondulado ha quebrado de depósitos orgánicos y de cenizas volcánicas, los cuales recubren material parental metamórfico e ígneo.

En la unidad fisiográfica del valle geográfico del río Cauca se puede referenciar la planicie aluvial de desborde en proximidades del río en zonas inundables, donde se producen las mayores acumulaciones de sedimentos aluviales, son suelos profundos, regularmente drenados, con algunas limitaciones de salinidad. Actualmente están dedicados a la agricultura y a la ganadería extensiva.

Dentro de esta unidad fisiográfica se halla una zona de terrazas de origen sedimentario fluviolacustre de textura arcillosa, con drenaje pobre y limitado por presencia de sales y/o sodio, la actividad económica es la agricultura mecanizada, principalmente con cultivos de caña de azúcar y pastos.

Hacia el piedemonte se identifican dos tipos de suelos; los abanicos antiguos y los recientes, distribuidos indistinta mente en el Valle desde el río hasta el pie cordillerano. El material que conforma estos suelos es de origen aluvial limitado por sales en los abanicos recientes y en los antiguos con horizontes compactos, con gravas y pedregosidad. La actividad de mayor relevancia en esta zona es la agricultura con cultivos de caña de azúcar, soya, algodón, maíz, sorgo, plátano, vid, yuca y hortalizas, entre otros.

En áreas y por su potencial, el Valle del Cauca tiene 299.226 hectáreas en la parte plana del valle geográfico del río Cauca, de las cuales 217.118 son aptas para la agricultura ya que existen alrededor de 82.000 con problemas de sales de sodio y magnesio, presencia de arcillas expansivas, drenaje imperfecto y compactación. Estos suelos pertenecen a las clases agrológicas I, II, III y IV, dentro de las cuales se encuentran los órdenes molisoles, Vertéosle e Inceptisoles, que se caracterizan por ser suelos profundos a moderadamente profundos, de texturas francas a franco-arcillosas y arcillosas, de buena a mediana retención de humedad, y alta a mediana fertilidad. La zona de ladera cubre una extensión de 970.702 hectáreas, correspondiente a suelos del orden de los Andosoles, que se caracterizan por ser muy profundos a moderadamente profundos, de textura franca a franco-arcillosas, franco-limosas, de buena a mediana retención de humedad y de mediano a bajo nivel de fertilidad. El limitante más importante de este orden es la susceptibilidad a la erosión, por lo cual se requieren buenas prácticas de manejo y conservación.

Hay otro grupo de suelos como los Entisoles, histosoles y alfisoles, que suman alrededor de 203.707 hectáreas. Estos se caracterizan por ser suelos muy superficiales, de textura franco-arcillosa a arcillosa y de mediana a baja retención de humedad. Por sus condiciones intrínsecas resulta más complicada y costosa la implementación de proyectos productivos agrícolas, ya que se requieren intensas y permanentes prácticas de manejo y conservación de suelos y agua. Las mayores limitantes para proyectos productivos son la alta susceptibilidad a la erosión consideradas de severa a muy severa, drenaje imperfecto y baja capacidad de anclaje del sistema radicular. Hay alrededor de 949.749 hectáreas sin información, ubicadas principalmente en la costa Pacífica y el cañón de Garrapatas.

División político administrativa del Valle del Cauca.

El departamento cuenta administrativamente con 42 Entidades Territoriales, siendo su capital Santiago de Cali, que dista de 484 Km. de Santafé de Bogotá capital del país. El 81,85% de la

población vallecaucana se concentra en los centros urbanos y el 18,2% en las áreas rurales. Topográficamente el relieve cuenta con tres regiones naturales²: La región montañosa dominada por las cordilleras Central y Occidental. La región del valle del río Cauca que se extiende a ambos costados del mismo, con 22 Kilómetros de ancho en su parte sur y de 6 a 8 Km. en la norte, constituye una de las zonas agrícolas más importantes del país. Por último, la región de la costa Pacífica, polo de exportación y fuente de riqueza pesquera por medio del puerto de Buenaventura, principal vitrina de Colombia en el Océano Pacífico.

El departamento representa el 1,95% del área colombiana con una extensión de 2'119.500 hectáreas repartidas en 3 subregiones de la siguiente manera como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Subregiones del valle del cauca.

Región	Área (ha)	Porcentaje (%)
Cordilleras central y occidental	1.164.564	52.6
Litoral Pacífico	737.262	33.3
Valle geográfico	312.714	14.1
Total	2.214.540	100.0

Fuente. Estudio Universidad Nacional, 2001. Citado por el Plan Frutícola del Departamento del Valle del Cauca. Secretaría de Medio Ambiente, Agricultura, Seguridad Alimentaria y Pesca. 2014.

Posición geográfica: Latitud al norte: Cerro de Tatamá 5° 00' 30". Al Sur La Balsa: 3° 05' 35"

Longitud: Al Este, Páramo de Barragán. 75° 41' 32", al oeste Bocas del Naya 77 ° 00' 33"

Regiones naturales:

El departamento tiene bien definido tres regiones naturales diferentes, así¹:

El Valle físico o región plana entre las dos cordilleras

La región montañosa, correspondiente a la cima y laderas de las cordilleras

La región costanera, entre la Cordillera Occidental y la línea de la Costa del Pacífico

¹ Gobernación del Valle del Cauca – Departamento Administrativo de Planeación Valle, Divisiones administrativas



Región plana o del valle físico: Es la más rica y valiosa del país, comparada sólo con la sabana de Bogotá y el valle del río Sinú. Su extensión superficial es de unos 3.000 Km². (300.000 ha), alcanzando a 32 Km en sus partes más anchas, el río Cauca la recorre de sur a norte. Sus terrenos, bastante fértiles, tienen una capa vegetal de 50 centímetros, muy abundante en humus y principios fertilizantes, lo que constituye una verdadera garantía para la agricultura. Está cubierta de pastos naturales, ganadería y cultivos de caña de azúcar, plátano, arroz, cacao, maíz, forrajes, fríjol, entre otros. Si lo consideramos de sur a norte, aparece dividido en dos sectores: el de la izquierda o lado occidental; el oriental o banda derecha, es más ancho, anegadizo, más poblado y fértil. Desde el aire se observa que la parte destinada a cultivos es muy pequeña, mientras que la parte dedicada a caña de azúcar, es muy grande. La región plana está regada por el río Cauca, con los siguientes afluentes: Amaime, Guadalajara, Tuluá, Morales, Bugalagrande y la Vieja. Las más importantes poblaciones y ciudades que se encuentran en la región plana son: Santiago de Cali, Palmira, El Cerrito, Guacarí, Buga, San Pedro, Tuluá, Andalucía, Bugalagrande, Zarzal, Obando, La Victoria, Cartago, Jamundí, Yumbo, Vijes, Riofrío, Yotoco, Bolívar, Roldanillo, La Unión y Toro.

Región montañosa o cordillerana: Está formada por las cimas de las dos cordilleras y sus estribaciones, faldas y laderas, más al norte, encontramos la región donde está el municipio de la Cumbre, a 1.581 metros de altura. Las tierras allí son fértiles y producen buen café y abundantes flores. Desde la Cumbre hasta el límite departamental del norte, la producción de café es abundante y de calidad excelente. Sobre éste sector cordillerano se levantan los municipios de Yotoco, Restrepo, Trujillo, Versalles, El Cairo, y El Águila. El límite oriental del departamento lo forma la cordillera Central, la cual nos corresponde desde el Cauca, hasta el Páramo de Yerbabuena. Está marcando la división o límite con el departamento del Tolima y muy al norte con Caldas. Al iniciarse encontramos el Páramo de Iraca, donde nace el río Desbaratado, a 4.200 metros sobre el nivel del mar; a continuación el páramo de Chinche, rica región agrícola a 4.000 metros de altura; el páramo de las Hermosas, que pasa de 3.500 metros, y en seguida el de Miraflores. Frente a Tuluá y Sevilla se halla la fértil región de Barragán, caracterizada por el páramo que lleva el mismo nombre. Produce papa, cebolla, hortalizas, forrajes y pastos. La ganadería de esta región tiene gran desarrollo y se han aclimatado razas extranjeras en forma perfecta. En la cima, desaparece ésta fertilidad, pues por pasar de 3.500 metros solamente es abundante el frailejón y arbustos³.

Región costanera o del Pacífico. Pertenece toda al municipio de Buenaventura, desde la desembocadura del río Naya hasta la del San Juan. En la caída del Naya la costa comienza a penetrar dando la línea al municipio de Buenaventura, el más importante del litoral Pacífico. Tiene una sola entrada, conocida con el nombre de la Bocana, encerrada por Punta soldado, al Sur, y por Punta Bazán, al Norte. La distancia entre si es de 1.582 metros. La Bocana está situada a los 3° 49' 27" de la latitud Norte y a los 77° 11' 45" W. De Greenwich. Esta bahía tiene aproximadamente 21 kilómetros de largo por 11 de ancho y a ella afluyen las corrientes de los ríos Dagua y Anchicayá. Sus orillas son bajas y cubiertas de manglares. Al fondo de la bahía se encuentra la isla de Cascajal, en la cual está marcada por 12 boyas luminosas y es constantemente dragada para evitar el encallamiento de los grandes barcos. Las zonas peligrosas de este sector están indicadas por faros ubicados en la isla de

Chambirá, en las bocas del río San Juan, Punta Soldado y en la isla Las Palmas. Traspuesta la Zona de los manglares, comienza la llanura selvática, que muere en las estribaciones de la cordillera Occidental. Esta región se define por su vigorosa vegetación y por su gran precipitación pluvial. Al oriente de ella se encuentra el espléndido y fértil Valle del Calima, bañado por el río de su nombre, emporio de riqueza.

Conectividad vial.

El Valle del Cauca, según el Instituto Nacional de Vías, Invías tiene 10.340 km. de vías, que es el doble del promedio nacional departamental, que está en 5.092 km. El número de kilómetros por cada 100.000 habitantes es 228 frente a los 503 del promedio nacional, lo que es explicable por la alta densidad de población del departamento. Pero, el número de kilómetros de vías por cada 100 km², sí es un indicador del control del territorio en términos de la densidad de redes viales existentes por la actividad económica, en esto el departamento con 46,7 km duplica el promedio nacional que está en 22,8 km de vías⁴ por cada 100 km². El Valle es atravesado longitudinalmente por las carreteras Panamericana y Panorama que representan el principal corredor por donde fluyen los bienes de importación y exportación de gran parte del país. Además, tiene un corredor transversal que comunica el puerto de Buenaventura con Cali y el resto del país, siendo este puerto la salida de las potenciales exportaciones frutícolas en fresco y procesado, ya que el 85% de las exportaciones nacionales se realizan por vía marítima.

Descripción Agroecológica y Ambiental.

Suelos.

La caracterización de suelo del departamento está referenciada de acuerdo con las unidades fisiográficas de la llanura del Pacífico, zona de cordilleras y valle geográfico del río Cauca.

Para la vertiente del Pacífico se ubica la llanura del Pacífico, donde se encuentran los suelos de planicie marina depositados sobre diferentes formas de relieve, con un amplio dominio de los playones sin formación de suelo, las barras y bancos de arena con suelos de textura arenosa altamente cargados de materia orgánica en forma fangosa y las marismas con suelos poco desarrollados pero influenciados por el mar, razón por la cual son altamente cargados de sales propias para el desarrollo de los manglares y natales, son suelos de constante movimiento por efecto de las mareas.

A continuación de las planicies marinas se observan las primeras colinas bajas en donde se encuentran descansando sobre el sustrato de limonita marina suelos de origen arcilloso y gravoso. Estos suelos son profundos y poseen relativo buen drenaje, razón por la cual son muy utilizados para desarrollar procesos de colonización y establecimiento de cultivos de subsistencia, previo el aprovechamiento de los recursos madereros existentes.

Los suelos de las cordilleras Occidental y Central, geomorfológicamente, se ubican en paisajes de colinas y montañas y de acuerdo con la formación geológica que los origina se pueden diferenciar y caracterizar cada una de las cordilleras.

Los suelos de las colinas de la cordillera Occidental se han desarrollado a partir de sedimentos de origen volcánico y bancos de arenisca que alternan con arcillas. Poseen drenaje natural excesivo y afectado por erosión superficial. En ellos se desarrolla la actividad ganadera extensiva.

Los suelos de las colinas de la cordillera Central se originan a partir de las diatomitas, areniscas, arenas y arcillas, son suelos superficiales con ciertas limitaciones para actividades agrícolas por las pendientes del terreno, actualmente se hallan dedicados a las actividades de ganadería extensiva.

Respecto a los suelos de montaña de las vertientes bajas de la cordillera Occidental, desarrollados a partir de diabasas con poco proceso de meteorización sobre relieve quebrado y hasta escarpado, son considerados como superficiales con drenaje excesivo dedicado al establecimiento de praderas con pastos naturales y ganadería extensiva.

En las vertientes medias de la cordillera, en la zona de montaña, los suelos tienen su origen en acumulación de cenizas volcánicas, con relieves desde muy ondulados a muy quebrados. Por su origen volcánico son suelos profundos, de buen drenaje, característicos para la actividad cafetera hacia la parte de la vertiente del río Cauca.

Los suelos de montaña de las vertientes altas de las cordilleras también son originarios de cenizas volcánicas depositadas en gran espesor, las cuales recubren las diabasas que los soportan, su relieve Varía entre fuertemente ondulado a quebrado, con buen drenaje y ricos en carbón orgánico. La actividad económica principal actual la constituyen los cultivos de agricultura semi-intensiva y ganadería extensiva.

Suelos de páramo, con relieve de ondulado a quebrado de depósitos orgánicos y de cenizas volcánicas, los cuales recubren material parental metamórfico e ígneo.

En la unidad fisiográfica del valle geográfico del río Cauca se puede referenciar la planicie aluvial de desborde en proximidades del río en zonas inundables, donde se producen las mayores acumulaciones de sedimentos aluviales, son suelos profundos, regularmente drenados, con algunas limitaciones de salinidad. Actualmente están dedicados a la agricultura y a la ganadería extensiva.

Dentro de esta unidad fisiográfica se halla una zona de terrazas de origen sedimentario fluvio-lacustre de textura arcillosa, con drenaje pobre y limitado por presencia de sales y/o sodio, la actividad económica es la agricultura mecanizada, principalmente con cultivos de caña de azúcar y pastos.



Hacia el piedemonte se identifican dos tipos de suelos; los abanicos antiguos y los recientes, distribuidos indistintamente en el Valle desde el río hasta el pie cordillerano. El material que conforma estos suelos es de origen aluvial limitado por sales en los abanicos recientes y en los antiguos con horizontes compactos, con gravas y pedregosidad. La actividad de mayor relevancia en esta zona es la agricultura con cultivos de caña de azúcar, soya, algodón, maíz, sorgo, plátano, vid, yuca y hortalizas, entre otros.

En áreas y por su potencial, el Valle del Cauca tiene 299.226 hectáreas en la parte plana del valle geográfico del río Cauca, de las cuales 217.118 son aptas para la agricultura ya que existen alrededor de 82.000 con problemas de sales de sodio y magnesio, presencia de arcillas expansivas, drenaje imperfecto y compactación. Estos suelos pertenecen a las clases agrológicas I, II, III y IV, dentro de las cuales se encuentran los órdenes molisoles, Vertésoles e Inceptisoles, que se caracterizan por ser suelos profundos a moderadamente profundos, de texturas francas a franco-arcillosas y arcillosas, de buena a mediana retención de humedad, y alta a mediana fertilidad. La zona de ladera cubre una extensión de 970.702 hectáreas, correspondiente a suelos del orden de los Andosoles, que se caracterizan por ser muy pro-fundos a moderadamente profundos, de textura franca a franco-arcillosas, franco-limosas, de buena a mediana retención de humedad y de mediano a bajo nivel de fertilidad. El limitante más importante de este orden es la susceptibilidad a la erosión, por lo cual se requieren buenas prácticas de manejo y conservación.

Hay otro grupo de suelos como los Entisoles, histosoles y alfisoles, que suman alrededor de 203.707 hectáreas. Estos se caracterizan por ser suelos muy superficiales, de textura franco-arcillosa a arcillosa y de mediana a baja retención de humedad. Por sus condiciones intrínsecas resulta más complicada y costosa la implementación de proyectos productivos agrícolas, ya que se requieren intensas y permanentes prácticas de manejo y conservación de suelos y agua. Las mayores limitantes para proyectos productivos son la alta susceptibilidad a la erosión consideradas de severa a muy severa, drenaje imperfecto y baja capacidad de anclaje del sistema radicular. Hay alrededor de 949.749 hectáreas sin información, ubicadas principalmente en la costa Pacífica y el cañón de Garrapatas.

A manera de conclusión, de acuerdo con el estudio de Álvaro García, “Disponibilidad de suelos para la siembra de frutales en Colombia”, existen 333.118 hectáreas aptas para el cultivo de frutales en el Valle del Cauca en las tres unidades fisiográficas analizadas. Este hectareaje representa el 4.34% del área total de suelo apto para frutales en Colombia.

Topografía²

La pendiente, en sentido estricto, es la inclinación de un terreno respecto a su plano horizontal. Disponer de esta información facilita al planificador poder identificar aquellas áreas donde es factible

² Plan Frutícola Departamento del Valle del Cauca. Secretaria de Medio Ambiente, Agricultura, Seguridad Alimentaria y Pesca – Gobernación del Valle del Cauca. Año 2016.

efectuar proyectos agropecuarios con mayor o menor intensidad de prácticas integrales de manejo y conservación de suelos.

Tabla 2. Distribución de Áreas pendientes 0 – 40% y mayores a 40% en el departamento del Valle del Cauca.

Pendiente %	Área (Ha)	Observaciones
0-40	1.948.357	El límite de suelos laborables se recomienda en el 20%
20-40		Zonas con pendientes mayores al 20% hasta el 40% se hace necesario desarrollar practicas integrales en manejo y conservación de suelos y aguas en: <ul style="list-style-type: none"> • Trazado y distribución de cultivos • Obras biomecánicas (trinchos y terrazas) • Manejo eficiente de aguas (Riegos y drenajes) • Control de escorrentías (acequias de ladera, zanjas de coronación e infiltración y drenaje) • Labranza mínima • Agricultura orgánica y limpia
Mayor de 40	145.575	No admiten ningún sistema de explotación agropecuaria, su aptitud es de tipo forestal y de reserva natural

Fuente: Información Universidad Nacional de Colombia. Sede Palmira

Observando la Tabla 2 se aprecia que existe un área significativa con aptitud potencial para desarrollar cultivos de frutales en el departamento del Valle del Cauca. Es necesario aclarar que estas áreas determinadas se deben confrontar con otros aspectos biofísicos como son taxonomía de suelos, cobertura y uso actual, erosión y clima, lo cual reducirá estas áreas potenciales. Sin embargo, existe una gran probabilidad de que, con un manejo integral y planificado, se pueda aprovechar gran parte de esta área en la medida que la pendiente se incrementa, los costos de producción se elevan directamente, si se pretende establecer cultivos que respondan a criterios de desarrollo humano rural sustentable y agroecológico, lo cual puede ser una limitante para la implementación de proyectos.

Tabla 3. Estratificación de pendientes entre 0% y 40% y su potencial de productividad agrícola

Pendiente (%)	Potencial
0-3	Tierras cultivables, suelos profundos, grados ligeros de erosión, diversidad de cultivos potenciales. Zonas aptas para mecanización, cultivos limpios y semilimpios, se requieren mínimas prácticas integrales de manejo y conservación de suelos y aguas.
3-12	Terrenos ligeramente ondulados y ondulados, suelos moderadamente profundos, grados de erosión moderada a severo, aptos para cultivos limpios y semilimpios. Labranza mínima, se incrementan practicas integrales de manejo y de conservación de suelos y aguas.
12-25	Terrenos fuertemente ondulados o quebrados, suelos ligeramente profundos, grados ligeros a moderado de erosión, gana cultivos limitada, preferiblemente cultivos densos. Exigente en prácticas manejo y de conservación de suelos y aguas.
25-40	Terrenos fuertemente quebrados, cultivos que den cobertura de semibosque, profundos, grados de erosión severa a muy severa, labranza mínima a cero. Exigente en prácticas muy exigentes y permanentes en manejo y de conservación de suelos y aguas.

Fuente: Información Universidad Nacional de Colombia. Sede Palmira

La Tabla 3 presenta una estratificación de este primer grupo de las pendientes entre 0 y 40%, con sus respectivas potencialidades, lo cual corrobora la relación entre estas y los costos de producción.

La zonificación de los frutales, no sólo para el Valle del Cauca sino para todas las zonas del país, requiere la interpretación e interpolación de diferentes aspectos que determinan la viabilidad y una futura competitividad del cultivo en cada zona. Estos aspectos son: tradición productiva, disponibilidad agroclimática, mercado, infraestructura, tecnología. Además, se deben tener en cuenta dos aspectos muy importantes como la seguridad alimentaria y la sostenibilidad ambiental.

Hidrografía

En cuanto al agua superficial, al departamento entra, proveniente de la cuenca del río Cauca, un caudal promedio de 195 M³/s. En su recorrido por el departamento recibe como aporte de la vertiente oriental 198 M³/s y de la vertiente occidental el aporte es de 74 M³/s, para disponer aguas abajo del río La Vieja de un caudal de 467 M³/s. Esto presenta una oferta de agua superficial suficiente para atender por esta vía el cultivo de áreas nuevas.

Con relación a la vertiente Pacífica el caudal promedio aún no ha sido cuantificado y la información que se tiene está relacionada con los estudios sobre aprovechamiento para la generación de energía.

Se conocen los caudales medios de los siguientes ríos: Garrapatos 71 M³/s, Calima 148 M³/s, Anchicayá 29.1 M³/s, Dagua 24.1 M³/s, Yurumanguí 15.8 M³/s y Naya 107 M³/s.

En cuanto a las aguas subterráneas, en el valle geográfico del río Cauca se encuentra localizado el principal acuífero de la zona suroccidental de Colombia. Los estudios realizados han permitido identificar tres unidades hidrogeológicas, cuyas reservas totales se calculan aproximadamente en 1.600 millones de metros cúbicos. La recarga anual que reciben estos acuíferos es del orden de 3.500 millones de M³/s /año. Aquí nuevamente se encuentra una fuente de agua con alto superávit con respecto a la demanda existente.

La demanda de agua para uso agrícola es de 147.66 M³/s, de un gran total de 170.88 M³/s, representando el 86.4% de la demanda total por agua en el departamento. En este sentido, desde el punto de vista de la oferta integral del recurso hídrico, en la cuenca del río Cauca, no presentan aspectos muy críticos, aunque existe un desequilibrio temporal entre los periodos de invierno y verano en la región.

En general la red hidrográfica del Valle del Cauca se compone de numerosas corrientes conformadas en dos vertientes, la del Pacífico y la del Magdalena, a través del río Cauca. Entre los ríos de la primera están el Naya, Yurumanguí, Anchicayá, Dagua, Cajambre, Calima, Dovio, Vueltos y Garrapatos. En el río Cauca desembocan, entre los más importantes, el Desbaratado, Frailes, Nima, Amaime, Sabaletas, Sonso, Tuluá, Bugalagrande, Guadalajara, La Vieja, Timba y Cali

Altitud³

En el departamento del Valle del Cauca se distingue la siguiente distribución de pisos térmicos:

- Cálido: 0 – 1.000 m.s.n.m. (47,9%)
- Templado: 1.000 – 2.000 m.s.n.m. (33,6%)
- Frío: 2.000 – 3.000 m.s.n.m. (13,6%)
- Páramo: 3.000 y más (4,9%)

La temperatura depende directamente de la altitud sobre el nivel del mar. Es más alta al nivel del mar y va descendiendo a razón de 0.6 grados centígrados por cada 100 metros que se asciende. El promedio multianual en la parte plana del Valle del Cauca es de 24° C, temperatura que se considera

³ Anuario Estadístico Valle del Cauca 2010.

excelente para la producción de frutas, ya que el mejor funcionamiento de la fotosíntesis está entre 21 y 28° C. En el caso particular de esta zona se debe destacar que entre la temperatura máxima y mínima diaria hay una fluctuación hasta de 10° C, situación óptima para la mayor acumulación de carbohidratos en las plantas. Es por esto que los rendimientos en papaya, brevo, guanábana, guayaba y piña son los más altos del país.

Precipitación y régimen de lluvias⁴

Teniendo en cuenta el estudio de precipitación media del Valle del Cauca realizado por la CVC en 1996, se presentan las principales características del comportamiento de la precipitación en el espacio y el tiempo.

Las principales características del comportamiento de la precipitación están influenciadas por la zona geográfica, siendo las óptimas para frutales las del valle geográfico y las dos cordilleras.

- **Vertiente Costa Pacífica.** El régimen de lluvias es de distribución unimodal, con lluvias máximas en los meses de septiembre, octubre y noviembre entre 600 y 1.200 mm/mes, mientras que en los demás meses registran gran cantidad de lluvia, pero de menor magnitud (50-500 mm/mes). El 80% del área presenta precipitación media anual de 4.000 mm/año.
- **Valle geográfico del río Cauca y cordilleras Central y Occidental.** El régimen de lluvias es de distribución bimodal, donde se presentan dos trimestres secos, diciembre a febrero; junio a agosto y dos periodos lluviosos, marzo a mayo; septiembre a noviembre.

El régimen bimodal es el resultado de las actividades de la zona de convergencia intertropical. Las máximas precipitaciones medias oscilan entre 200 y 500 mm/mes, para los meses de marzo a mayo y septiembre, localizándose en las Subcuencas de los ríos Pance, Claro, Jamundí, Fraile, Riofrío, Catarina y Cañaveral. Para los meses de diciembre a febrero y junio a agosto, las máximas precipitaciones medias varían entre 200 a 310 mm/mes, localizándose en las Subcuencas de los ríos Claro, Jamundí y Catarina. En la cuenca del río Cauca, las precipitaciones medias se distribuyen así: 89% del área con 1.000 a 2.000 mm/año, 10% del área con 2.000 a 3.500 mm/año y 1% del área con menos de 1.000 mm/año.

⁴ Plan Frutícola Departamento del Valle del Cauca. Secretaria de Medio Ambiente, Agricultura, Seguridad Alimentaria y Pesca – Gobernación del Valle del Cauca. Año 2016.

Humedad Relativa⁵

El Valle del Cauca tiene todos los pisos térmicos, en este sentido la humedad relativa promedio que es un factor correlacionado con la precipitación pluvial, tiene también influencia de la altura sobre el nivel del mar.

En términos de un promedio multianual de 38 años, la humedad relativa del departamento en la región Pacífica es del 87%, en el valle geográfico entre Jamundí y Cartago del 75% y en la zona de ladera del 80%, lo cual es óptimo para el cultivo de pan coger y de frutales. La humedad relativa, que depende de la lluvia, la temperatura y el viento es un factor muy importante para el cultivo de frutales, principalmente en lo que tiene que ver con las enfermedades causadas por hongos y en especial la antracnosis que se ha convertido en la enfermedad principal de los frutales en Colombia. En términos de un promedio multianual de 38 años, la humedad relativa del departamento en la región Pacífica es del 87%, en el valle geográfico entre Jamundí y Cartago del 75% y en la zona de ladera del 80%, lo cual es óptimo para el cultivo de pan coger frutales. La humedad relativa, que depende de la lluvia, la temperatura y el viento es un factor muy importante para el cultivo de pan coger y frutales, principalmente en lo que tiene que ver con las enfermedades causadas por hongos y en especial la antracnosis que se ha convertido en la enfermedad principal de pan coger y los frutales en Colombia.

Luminosidad⁶

Este es el factor más importante para el proceso de la fotosíntesis porque corresponde a la radiación solar neta que utiliza la planta en dicho proceso para la producción de alimento y fibra. No se debe confundir ni con horas luz ni con luminosidad.

El brillo solar depende de la altitud y la nubosidad que está correlacionada también con las lluvias, es decir, en zonas lluviosas el brillo solar es menor que en zonas con poca lluvia.

En el 80% de la región Pacífica del Valle del Cauca, el promedio multianual es de 4.3 horas de brillo solar por día, en el valle geográfico del río Cauca es de 5.9, de 5 en la región cafetera y 3.7 en el piso

⁵ Plan Frutícola Departamento del Valle del Cauca. Secretaria de Medio Ambiente, Agricultura, Seguridad Alimentaria y Pesca – Gobernación del Valle del Cauca. Año 2016.

⁶ Plan Frutícola Departamento del Valle del Cauca. Secretaria de Medio Ambiente, Agricultura, Seguridad Alimentaria y Pesca – Gobernación del Valle del Cauca. Año 2016.

térmico frío. Este hecho es una ventaja comparativa para el cultivo de frutales con la que cuenta el Valle.

El brillo solar menor de 4 horas por día se considera bajo, entre 4 y 5 medio, entre 5 y 6 alto y mayor de 7 muy alto. Un brillo solar de 3.5 horas por día es penumbra y solamente el lulo puede producir en estas condiciones con rendimiento muy bajo.

En el valle geográfico los meses de mayor brillo solar son enero y febrero y julio y agosto, donde alcanza 6.1 horas de brillo solar por día. La región de Colombia con el mayor brillo solar por día es la Guajira, con un promedio multianual de 7.1 horas.

Vientos y ocurrencia de heladas⁷

Las heladas se clasifican en: Heladas por viento o adventicias, las heladas de radiación y las mixtas. La de mayor importancia y que más afecta la producción agrícola y que se puede presentar a partir de los 1.800 m.s.n.m. es la helada por radiación que se hace más frecuente y severa a medida que se asciende sobre el nivel del mar. En el departamento del Valle del Cauca, las zonas de mayor ocurrencia de heladas son las regiones de Barragán - Tuluá y Tenerife - El Cerrito, las cuales se encuentran ubicadas en las estribaciones de la cordillera Central entre 1.800 y 2.600 m.s.n.m., este fenómeno generalmente ocurre en los meses secos de junio, julio, agosto y diciembre, enero y febrero. Además de las heladas, también hay que destacar la ocurrencia de granizadas en la zona plana, las cuales no tienen una estacionalidad ni zonas geográficas definidas, por lo que se pueden considerar aleatorias, pero con gran impacto sobre follaje, floración y frutos. Los agricultores no cuentan con estaciones meteorológicas que lleven los registros del clima y les ayuden a prevenir estos fenómenos naturales que ocasionan tantas pérdidas.

5.1.2 Caracterización geográfica y demográfica del Departamento.

El Valle del Cauca, está ubicado en el suroccidente del país, tiene una superficie de 22.140 km² que cubren 1,5% del territorio nacional. Limita al norte con los departamentos de Chocó y Risaralda, al oriente con Quindío y Tolima, al sur con Cauca y al occidente con el Océano Pacífico. Con una población total de 4.532.152. Habitantes, de los cuales pertenecen a la cabecera municipal 3.855.515 y en la zona rural 665.592 habitantes. La caracterización demográfica se presenta en el anexos 2A.

⁷ Idem

Tabla 4. Proyección de población 2020 por sexo en el Valle del Cauca a junio 30 de 2019.

NOMBRE MPIO	Total	Hombres	Mujeres
Cali	2.252.616	1.050.869	1.201.747
Alcalá	14.295	7.192	7.103
Andalucía	22.594	10.933	11.661
Ansermanuevo	17.316	8.737	8.579
Argelia	5.177	2.732	2.445
Bolívar	15.714	7.885	7.829
Buenaventura	311.827	148.113	163.714
Guadalajara de Buga	128.945	61.664	67.281
Bugalagrande	24.465	12.055	12.410
Caicedonia	28.521	14.139	14.382
Calima	18.266	9.097	9.169
Candelaria	94.211	45.630	48.581
Cartago	137.302	63.976	73.326
Dagua	49.015	24.675	24.340
El Águila	8.562	4.482	4.080
El Cairo	6.506	3.500	3.006
El Cerrito	57.133	27.407	29.726
El Dovio	8.616	4.213	4.403
Florida	57.961	28.145	29.816
Ginebra	23.046	11.371	11.675
Guacarí	33.578	16.240	17.338
Jamundí	167.147	81.026	86.121
La Cumbre	16.509	8.369	8.140
La Unión	34.493	16.261	18.232
La Victoria	11.867	5.616	6.251
Obando	12.042	5.924	6.118
Palmira	354.285	169.249	185.036
Pradera	48.165	23.073	25.092
Restrepo	15.304	7.580	7.724
Riofrío	15.463	7.692	7.771
Roldanillo	36.786	17.433	19.353
San Pedro	17.201	8.494	8.707
Sevilla	41.153	20.363	20.790



NOMBRE MPIO	Total	Hombres	Mujeres
Toro	14.389	6.927	7.462
Trujillo	18.982	9.523	9.459
Tuluá	218.812	103.689	115.123
Ulloa	5.381	2.792	2.589
Versalles	6.950	3.404	3.546
Vijes	12.884	6.535	6.349
Yotoco	16.197	8.106	8.091
Yumbo	110.069	53.232	56.837
Zarzal	42.407	20.075	22.332
Total	4534172	2148418	2383734

Fuente: Proyecciones DANE basadas en el censo 2018.

El Valle del Cauca, se constituye en el tercer departamento más poblado del país. Cerca del 50% de ellos se localizan en la ciudad capital Santiago de Cali (2.252.616), el 22% en las ciudades intermedias de Buenaventura (7.0%), Palmira (8.0%), Tuluá (5.0%), Cartago (3.0%), Buga (3.0%), Jamundí (4.0%) y el resto (23%) dispersos en los otros 35 municipios del departamento. La densidad de población es de 204.7 habitantes por kilómetro cuadro (km²); presentándose una mayor concentración de población en su capital.

Tabla 5. Valle del cauca, distribución de la población por sexo y grupos de edades 2018-2020⁸.

Grupos de edad	2018			2019			2020		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Total	4.475.886	2.126.546	2.349.340	4.506.768	2.138.822	2.367.946	4.532.152	2.148.418	2.383.734
00-04	342.425	174.485	167.940	342.009	174.349	167.660	340.444	173.597	166.847
05-09	350.973	177.926	173.047	349.235	177.150	172.085	347.362	176.278	171.084
10-14	362.093	182.421	179.672	358.515	180.632	177.883	354.932	178.893	176.039
15-19	371.491	185.416	186.075	368.293	183.660	184.633	364.129	181.456	182.673
20-24	362.100	178.396	183.704	362.414	178.440	183.974	361.788	178.014	183.774
25-29	341.703	165.592	176.111	345.371	167.243	178.128	347.250	168.040	179.210
30-34	313.694	149.562	164.132	316.067	150.647	165.420	319.269	152.088	167.181
35-39	302.982	142.121	160.861	304.919	143.085	161.834	305.388	143.341	162.047
40-44	275.836	127.477	148.359	279.184	129.255	149.929	283.386	131.373	152.013
45-49	272.422	124.369	148.053	269.393	123.199	146.194	267.093	122.382	144.711
50-54	272.433	122.932	149.501	272.043	122.937	149.106	270.517	122.438	148.079
55-59	244.484	108.721	135.763	249.412	111.035	138.377	253.775	113.127	140.648
60-64	204.962	89.882	115.080	211.432	92.677	118.755	217.299	95.268	122.031
65-69	158.123	69.025	89.098	164.794	71.700	93.094	171.827	74.533	97.294
70-74	117.187	50.820	66.367	122.384	52.777	69.607	127.526	54.715	72.811
75-79	79.016	33.950	45.066	83.163	35.462	47.701	87.521	37.050	50.471
80-84	49.773	21.171	28.602	52.059	21.877	30.182	54.551	22.679	31.872
85-89	29.542	12.390	17.152	30.572	12.621	17.951	31.708	12.890	18.818
90-94	15.686	6.451	9.235	16.146	6.516	9.630	16.633	6.592	10.041
95-99	6.661	2.621	4.040	6.878	2.678	4.200	7.117	2.726	4.391
100 AÑOS Y MÁS	2.300	818	1.482	2.485	882	1.603	2.637	938	1.699

El Valle del Cauca es el departamento de mayor población negra y afrocolombiana en el país. Ahora bien, si se mira la población desde otra perspectiva, se observa que la presencia de población proveniente de diversas etnias, hace que la riqueza de la diversidad cultural sea uno de los capitales

⁸ DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018. Consultado en línea www.dane.gov.co febrero 11 de 2020

del Departamento a aprovechar, no obstante, sus dificultades socio económicas. Característica que debe ser considerada de manera muy particular en los próximos planes de desarrollo, y de manera muy especial en el sector educativo.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) presentó una nueva entrega como resultado del Censo de 2018, entre el Censo General de 2005 y el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, se reconoció que la población negra, afrocolombiana, raizal o palenquera efectivamente censada se redujo 30,8% para este grupo étnico, pues hace 13 años se autodenominaban 4,31 millones de personas dentro de estos grupos en Colombia.

En cuanto a la distribución geográfica de esta población, el departamento con mayor concentración de personas negras, afrocolombianas, raizales o palanqueras es el Valle del Cauca, con 647.526 personas, sin embargo, en comparación con el censo de 2005, en el que se ubicaban 1,09 millones de personas de estos grupos, en la zona, se redujo en 40,7% la población.

Este fenómeno se explica porque La población censada en Cali disminuyó en un 12,2% mientras que el autor reconocimiento de la población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palanquera -NARP lo hizo en un 52%. Se evidencian zonas donde la disminución de esta población es notoria entre 2018 y 2005. Fuente: Distribución geográfica del autor reconocimiento NARP - DANE 2018.

La población indígena está organizada en 23 resguardos indígenas, aunque tiene representación en todo el Departamento, se concentra principalmente en cuatro municipios: Cali, Buenaventura, Florida y Bolívar. Para el Valle del Cauca la población indígena incremento entre el censo DANE 2005 y el CNPV 2018 pasando de 22.313 indígenas a 30.844, teniendo una participación en la población departamental a 2018 del 0,8%.

Según cifras reportadas por la Red Nacional de Información, a diciembre de 2019 había 413.177 víctimas del conflicto armado derivadas de 379.075 eventos.

La discapacidad del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, para el Valle del Cauca es de 133.838 personas acorde al Registro de Localización y caracterización de personas con Discapacidad, de las cuales están activas 66.731. Las cifras de discapacidad son un poco mayores en los hombres (35.471) y para las mujeres (30,645). Los municipios que cuentan con mayor diversidad de población especial son: Cali, Palmira, Cartago, Buga y Yumbo.

Tabla 6. Porcentaje de la Población del departamento del Valle del Cauca con dificultad funcional

Porcentaje de personas con dificultad funcional para realizar actividades diarias ⁹	(%) en el departamento	(%) en cabeceras municipales del departamento	(%) en centros poblados y rural disperso del departamento
Mujer	9.63	9.84	8.24
Hombre	9.18	8.19	8.12
Oír	9.52	9.38	10.4
Hablar	2.8	2.64	3.85
Ver	41.84	42.36	38.42
Moverse	26.21	26.37	25.15
Agarrar o mover objetos	4.15	4.05	4.83
Entender, aprender o recordar	6.61	6.68	6.13
Comer, vestirse o bañarse	0.6	0.6	0.56
Relacionarse o interactuar	0.82	0.81	0.9

Respecto al indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI– El Valle del Cauca, presenta el nivel más bajo de la Nación, con un 6.2 % de las personas en situación de pobreza. El 5.23% de la población ubicada en la zona urbana vive en condiciones de miseria, y en la zona rural el 11.83%.

⁹ DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018. Consultado en línea www.dane.gov.co febrero 11 de 2020

Tabla 7. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) departamento del Valle del Cauca

Total							
Necesidades Básicas Insatisfechas por Categorías %							
	Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
VALLE DEL CAUCA	6.18	0.68	0.70	0.68	1.35	1.60	2.66
Cabeceras							
Necesidades Básicas Insatisfechas por Categorías %							
	Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
VALLE DEL CAUCA	5.23	0.48	0.45	0.53	1.12	1.48	2.20
Centros poblados y rural disperso							
Necesidades Básicas Insatisfechas por Categorías %							
	Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
VALLE DEL CAUCA	11.83	1.86	2.17	1.56	2.75	2.31	5.40

En cuanto a la población del Departamento del Valle del Cauca afiliada al régimen contributivo, se tiene que 2.395.252 habitantes pertenecen al régimen contributivo normal equivalente al 95.59% de la población y 100.594 habitantes (4.41%) de la población pertenecen al régimen contributivo en movilidad. Así mismo 1.602.945 habitantes (91.10%) pertenecen al régimen subsidiado normal y 156.634 personas (8.90%) que pertenecen al régimen subsidiado en movilidad. Fuente: DANE (Población: Estimación y Proyección) - MINSALUD Consorcio FOSYGA SAYP (Afiliados BDUA Régimen Subsidiado y Contributivo) Estadística SISPRO - Sistema Integral de Información de la Protección Social. Febrero 10 de 2020.

En el referente a educación, nuestro departamento, presenta una Tasa de Alfabetismo¹⁰ del 95.63% y 3.47% de analfabetismo. Por diferenciación de sexos, las mujeres presentan el 96.44% de alfabetismo y los hombres el 96.63%. Respecto al porcentaje de personas de 5 a 24 años de edad, que asisten a una Institución Educativa, se tiene el 68.49% de los habitantes.

La Región Pacífica que incluye los departamentos de Cauca, Choco, Nariño y Valle del Cauca, presenta un comportamiento de migración interna interdepartamental ¹¹ principalmente a los departamentos de Antioquia, Bogotá, Risaralda y Quindío en su orden. El Valle del Cauca, presenta una tasa de emigrantes al 2018 de 5.60% y de inmigrantes receptores del 6.40%.

El Valle del Cauca es una de las regiones de mayor biodiversidad silvestre, marina y agrícola con lo cual la zona rural cuenta con una riqueza poco aprovechada y en riesgo de deterioro a pesar de que es la base de servicios ambientales y de producción para la seguridad alimentaria y nutricional, para la soberanía nacional, y para el uso sostenible de la biodiversidad.

Son muchas las oportunidades que ofrece esta región para competir en los mercados globalizados. Más del 40% del PIB del departamento está ligado a recursos biológicos por lo menos en 10 cadenas productivas agrícolas, agroindustriales y bioindustriales.

Debido a este reconocimiento, el Valle del Cauca desde el año 2004, se ha declarado Bioregión, entendida como una estrategia de desarrollo que aprovecha sus condiciones naturales, industriales, académicas y sociales basadas entre otros, en el fortalecimiento de la educación de su población. Sin embargo, el Valle, no le ha sacado todo el provecho a las ventajas de la privilegiada posición del departamento frente a la Cuenca del Pacífico, debido a un insuficiente desarrollo portuario y de los servicios logísticos. Tampoco se ha aprovechado plenamente el potencial de los recursos marinos para el desarrollo pesquero y acuícola.

¹⁰ DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018. Consultado en línea www.dane.gov.co febrero 11 de 2020

¹¹ Idem

5.2 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 actividades 3 y 4 de la estrategia PASE a la equidad en salud) .

5.2.1 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 para el año 2017 y para todo el periodo de estudio, alcanzando un pico máximo de 191,4 muertes por 100 000 habitantes en el año 2005 y un mínimo en el año 2012 (150,0). Observándose que en 2017 hubo una mínima reducción respecto a 2016.

El grupo denominado como las demás causas, ocupa el segundo lugar para 2017, alcanzando un punto máximo de 146,2 muertes por 100 000 habitantes en el año 2006, y un punto mínimo en el 2012 con una tasa de 121,2. Se resalta también la alta incidencia de las neoplasias en el tercer lugar, la mortalidad por este grupo de enfermedades alcanza el pico máximo en el año 2005 (111,4 muertes por 100 000 habitantes) y su mínima expresión en el año 2011 (100,4), observándose un leve aumento para el año 2017 respecto a 2016. Las causas externas ocupan el cuarto lugar en la incidencia para el año 2017 según las tasas ajustadas, alcanzando un pico máximo de 127,1 muertes por cada 100 000 habitantes en el 2005 y un mínimo de 75,2 en el año 2017. La tendencia de esta causa de muerte es a la reducción. (Tabla 19 y Figura 15).

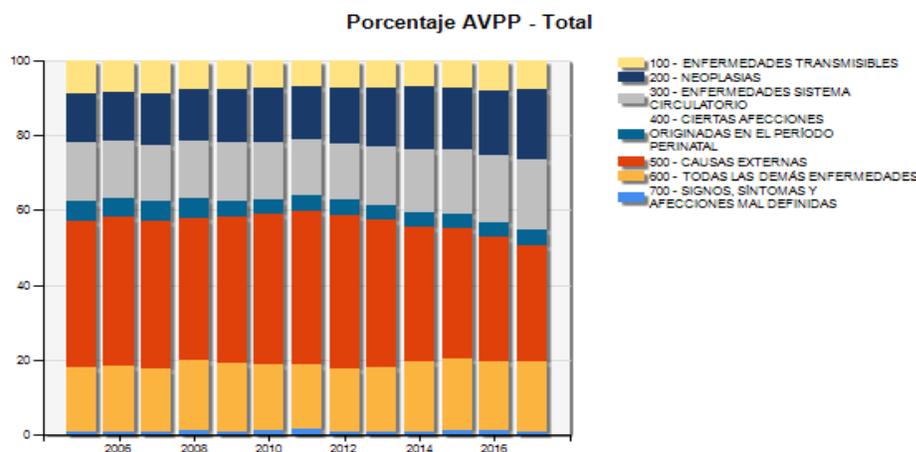
Tabla 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad en población general del departamento del Valle del Cauca 2005 – 2017

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enfermedades sistema circulatorio	191,37	182,66	176,21	167,68	168,83	160,67	153,03	150,04	152,59	153,33	164,19	160,85	159,28
Las demás causas	145,22	146,19	140,34	145,56	135,12	133,81	125,21	122,64	126,84	125,72	134,88	123,67	121,19
Neoplasias	111,41	109,56	108,02	103,64	107,29	105,95	100,39	101,30	104,33	104,85	105,15	101,68	104,41
Causas externas	127,08	124,68	120,55	110,76	113,03	112,75	114,35	110,73	104,08	90,27	92,03	84,01	75,15
Enfermedades transmisibles	50,80	48,25	48,41	39,16	38,20	37,46	36,61	38,73	37,83	33,89	39,45	38,98	36,05
Signos y síntomas mal definidos	3,88	4,21	4,56	5,84	5,94	6,43	11,44	5,37	5,46	5,57	6,51	5,92	4,40

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 la población general del Departamento del Valle del Cauca corresponde a las causas externas, aunque se observa una disminución del aporte porcentual para los años 2014 a 2017. Figura 1.

Figura 1. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67, Departamento Valle del Cauca, 2005 – 2017

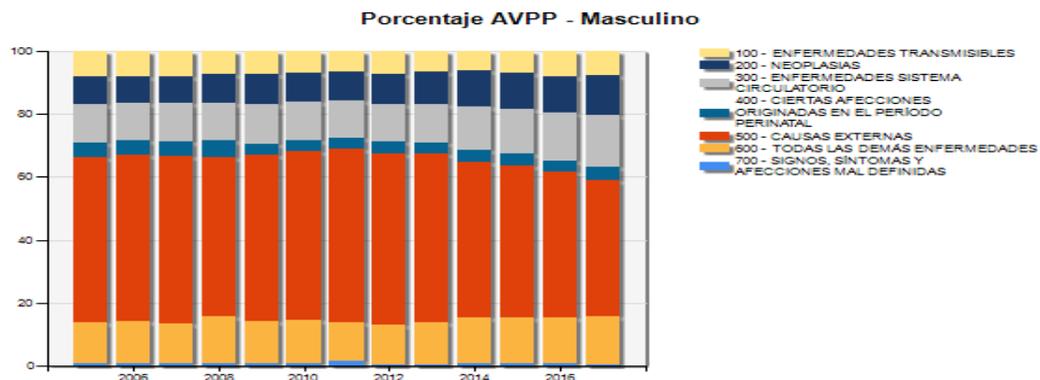


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

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).

Para el periodo 2005 – 2013 fueron las causas externas las que presentaron la mayor incidencia según las tasas ajustadas en los hombres, pero para el año 2014 a 2017 este grupo de causas es superada por las enfermedades del sistema circulatorio que alcanzaron una tasa ajustada de mortalidad de 195,8 para 2017, observándose una reducción respecto al año 2016. Figura 2.

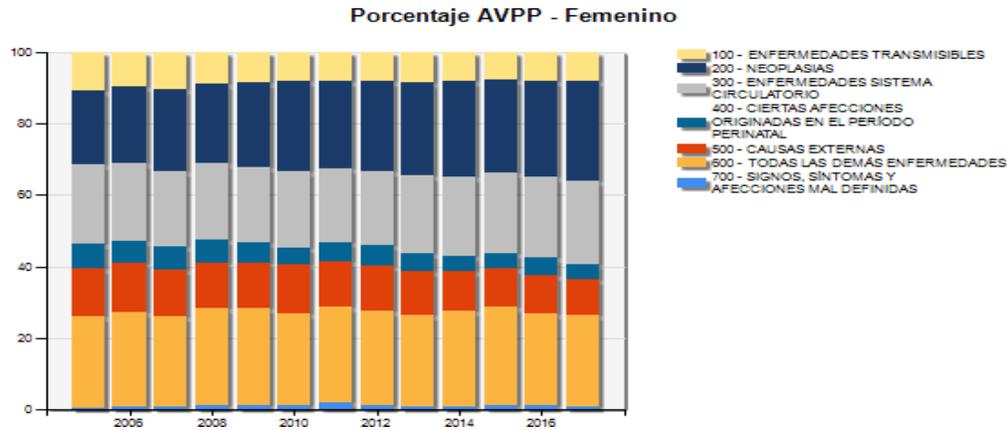
Figura 2. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del departamento Valle del Cauca, 2005 – 2017



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, incrementándose paulatinamente para los años 2016 y 2017, le siguen las enfermedades del sistema circulatorio. Figura 3.

Figura 3. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del departamento Valle del Cauca, 2005 – 2017



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

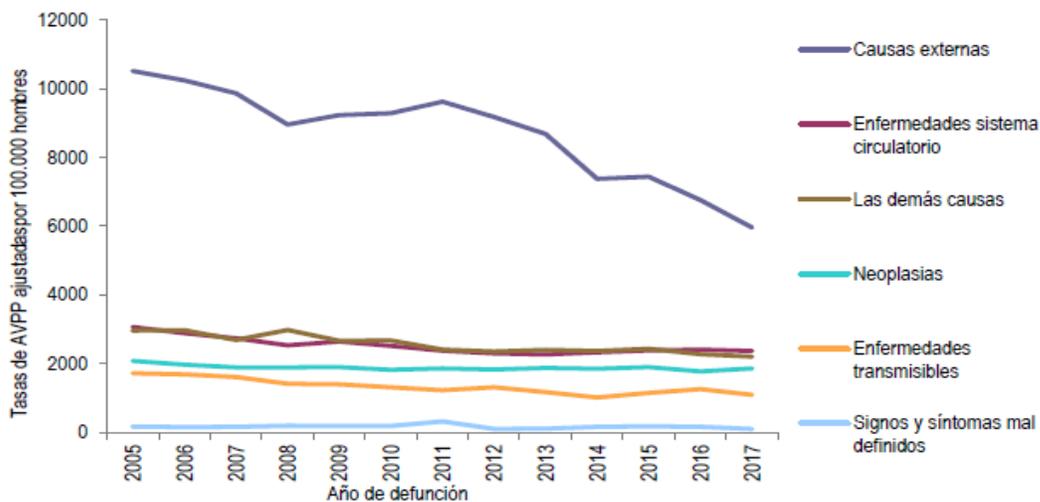
En el Valle del Cauca, las causas externas explican para el año 2017 la pérdida de 3.360 años por cada 100 000 habitantes y se observa una tendencia al descenso. (Tabla 10 y Figura 4).

Tabla 10. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general del departamento Valle del Cauca, 2005 – 2017

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Causas externas	5.766	5.666	5.432	4.927	5.082	5.140	5.255	5.020	4.796	4.093	4.145	3.785	3.360
Las demás causas	2.802	2.820	2.584	2.738	2.579	2.445	2.291	2.238	2.220	2.199	2.320	2.107	2.035
Enfermedades sistema circulatorio	2.693	2.558	2.387	2.219	2.254	2.128	1.983	1.906	1.949	1.927	2.004	1.956	1.931
Neoplasias	2.135	2.076	2.091	1.969	2.021	1.988	1.907	1.887	1.955	1.928	1.957	1.887	1.923
Enfermedades transmisibles	1.387	1.307	1.306	1.088	1.073	994	934	969	920	805	877	934	850
Signos y síntomas mal definidos	112	115	119	146	143	147	237	93	89	110	136	127	83

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

Figura 4. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general del departamento Valle del Cauca, 2005 – 2017



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

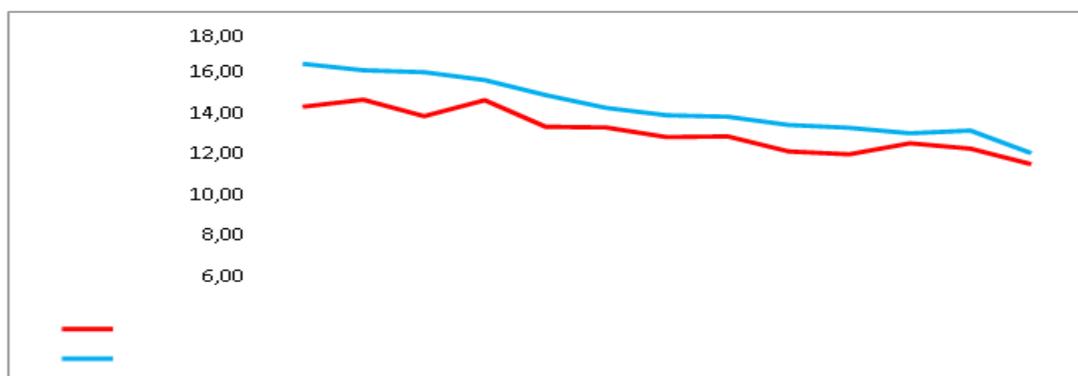
Mortalidad Materna

La razón de mortalidad materna a nivel departamental presenta un pico en el año 2005, año del periodo en el que se encuentra por encima del nivel nacional (también 2012 y 2015). El año 2017 presentó la menor razón de mortalidad del periodo en el Valle del Cauca (27,11) y el indicador es 47 % más bajo en comparación con el total de Colombia que se situó en 51,01.

Mortalidad infantil

La Tasa de Mortalidad infantil presenta en el Valle del Cauca un comportamiento por debajo de la referencia Nacional para todos los años de estudio y con tendencia a la disminución, alcanzando el punto más bajo en el año 2017 (8,47), observándose una reducción del 32 % respecto a 2005 y de 11 % respecto a 2016. (Figura 5).

Figura 5. Tasa de mortalidad infantil. Valle del Cauca, 2005 – 2017.



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 desigualdad relativa. 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 del Cauca entre el valor de referencia del país. 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 11 permite observar que la población del Valle del Cauca, presenta un mayor riesgo (77,6 % mayor) de morir por homicidios en comparación con el total de Colombia y es el único indicador que presenta diferencias significativas en detrimento del Departamento.

Tabla 11. Semaforización de mortalidad Plan Decenal de Salud Pública – PDSP. Departamento del Valle del Cauca, 2017.

Causa de muerte	Colombia	Valle del Cauca	Comportamiento												
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,50	16,83	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,55	7,07	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,59	19,11	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,88	18,89	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	10,75	4,66	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	15,53		↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por	5,47		↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	



lesiones auto-infringidas intencionalmente			↘ ↗ ↘ ↘ ↘ ↘ ↗ ↘ ↘ ↗ ↘ ↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,32		↗ ↘ ↗ ↘ ↗ ↗ ↘ ↗ ↘ ↗ ↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	24,34	43,22	
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,04	0,06	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,82	36,05	
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,99	0,21	

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

5.2.2 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 – Savigila, y otra información que contribuyó al análisis. Para el cálculo de los datos se utilizó la hoja electrónica de Excel y en la estimación de las proporciones se utilizó el anexo 18 de Morbilidad por grupos y subgrupos. Los datos corresponden al Valle del Cauca incluyendo el Distrito de Buenaventura.

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

En la población de primera infancia (0 a 5 años) para el año 2018 son las condiciones no transmisibles las que representan la mayor proporción de consultas, alcanzando el 42,6 %. Se observa que en los primeros años del periodo eran las condiciones transmisibles las que tenían la mayor proporción, pero a partir del año 2013 son superadas por las no transmisibles.

En la infancia (6 a 11 años) son también las enfermedades no transmisibles las de mayor proporción de consultas para todo el periodo de estudio (54,4 % para el año 2018), aumentando 2,92 puntos con relación a 2017.

En la adolescencia (12 a 18 años) son también las enfermedades no transmisibles las que representan la mayor proporción de consultas en todos los años de estudio, alcanzando el 61,18 % para el año 2018, observándose un aumento de 3,06 puntos porcentuales en dicho año con relación a 2017.

En el grupo de juventud son también las enfermedades no transmisibles las de mayor proporción de consultas en todos los años de estudio con 54,53 % en 2018, con un aumento de 1,99 % en el año 2018 con relación a 2017. Este grupo presenta la proporción más alta de lesiones en 2018 (9,76 %).

En adultos, continuando con la tendencia, son las enfermedades no transmisibles las de mayor aporte porcentual en todos los años de estudio, alcanzando 71,13 % en el año 2018, aumentando 0,65 puntos respecto a 2017.



En el grupo de los adultos mayores se presentó un aumento de 0,65 puntos para el 2018 en las condiciones no transmisibles. Son también este grupo de enfermedades las de mayor aporte porcentual en todos los años de estudio y es el grupo con el porcentaje más alto de este tipo de consultas, alcanzando 82,93 % en el año 2018.

Tabla 12. Principales causas de morbilidad ambos sexos. Departamento del Valle del Cauca 2009 – 2018.

Ciclo vital	Gran cause de morbilidad	Total										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44,34	40,22	42,10	38,18	35,72	33,03	34,67	35,17	32,23	32,19	-0,04
	Condiciones perinatales	2,12	2,50	2,06	2,05	1,72	1,76	1,55	1,07	1,05	1,51	0,47
	Enfermedades no transmisibles	31,76	30,05	32,69	36,31	38,16	41,42	38,68	38,02	42,28	42,60	0,32
	Lesiones	6,22	6,56	5,70	5,92	5,68	6,12	6,08	6,68	6,74	6,60	-0,14
	Condiciones mal clasificadas	15,57	17,67	17,46	17,53	18,72	17,66	19,00	19,05	17,70	17,09	-0,61
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	31,76	27,13	23,47	20,76	20,53	17,12	21,42	24,69	22,71	20,13	-2,58
	Condiciones maternas	0,90	0,72	0,15	0,09	0,07	0,13	0,24	0,42	0,45	0,54	0,08
	Enfermedades no transmisibles	43,62	46,96	54,48	56,04	55,47	60,26	53,21	48,33	51,52	54,44	2,92
	Lesiones	7,91	8,18	7,18	7,63	6,88	7,20	6,95	7,26	7,58	7,15	-0,43
	Condiciones mal clasificadas	15,81	17,11	14,72	15,48	17,05	15,29	18,17	17,80	17,73	17,73	0,01
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,57	18,74	15,28	13,44	13,52	11,33	14,77	14,44	11,67	10,25	-1,42
	Condiciones maternas	5,22	4,13	4,10	3,95	3,37	3,65	2,72	2,59	2,96	2,52	-0,44
	Enfermedades no transmisibles	48,32	52,22	57,82	58,46	58,53	60,51	56,67	55,62	58,12	61,18	3,06
	Lesiones	8,77	9,14	8,58	8,99	8,45	9,43	8,90	9,51	10,29	9,14	-1,15
	Condiciones mal clasificadas	15,63	15,77	14,23	15,16	16,13	15,07	16,94	17,84	16,96	16,91	-0,05
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,31	16,51	14,41	13,43	12,99	11,87	15,49	16,07	14,52	13,36	-1,16
	Condiciones maternas	9,83	8,76	8,64	8,28	8,20	8,22	6,88	6,13	6,72	6,42	-0,30
	Enfermedades no transmisibles	49,76	51,28	55,09	55,28	55,21	56,98	53,36	51,47	52,54	54,88	2,34
	Lesiones	7,53	8,13	7,92	8,57	8,00	8,93	8,61	9,75	9,94	9,76	-0,18
	Condiciones mal clasificadas	14,57	15,32	13,94	14,44	15,60	14,05	15,66	16,59	16,29	15,93	-0,35
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,96	10,92	9,37	9,02	8,81	8,52	11,43	10,55	9,32	8,79	-0,53
	Condiciones maternas	2,05	1,75	1,47	1,33	1,34	1,39	1,35	1,03	1,15	1,16	0,02
	Enfermedades no transmisibles	69,19	69,28	72,83	72,95	72,76	72,61	69,13	69,50	70,48	71,13	0,65
	Lesiones	5,78	6,24	5,55	5,93	5,79	6,57	6,01	6,55	6,66	6,48	-0,18
	Condiciones mal clasificadas	11,03	11,81	10,79	10,77	11,30	10,91	12,08	12,38	12,40	12,44	0,04
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,86	6,10	4,81	4,78	4,43	4,23	5,59	4,78	4,06	3,77	-0,29
	Condiciones maternas	0,23	0,15	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	82,72	81,03	83,75	82,37	83,24	83,00	81,33	81,94	82,28	82,93	0,65
	Lesiones	4,00	4,34	3,90	4,21	4,43	4,86	4,21	4,56	4,21	3,90	-0,31
	Condiciones mal clasificadas	7,18	8,37	7,53	8,63	7,89	7,90	8,86	8,71	9,45	9,40	-0,05

Fuente: Sispro- Ministerio de Salud y Protección Social.

5.2.3 Prioridades en Salud

5.2.3.1 Índice de Necesidades de Salud - INS

Para la estimación del INS, se tomó como referencia el instructivo construido por el Ministerio de Salud de Colombia, en el cual se especifican las condiciones de los datos para que estos puedan ser procesados. Inicialmente fueron seleccionadas las variables que serían incluidas. Estas variables corresponden a: indicadores sociales, indicadores demográficos, indicadores del proceso salud enfermedad y por último los indicadores de respuesta institucional, que se encuentran relacionados en la tabla 13.

Tabla 13. 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.

Los 5 municipios con peores índices de necesidades en salud son en su orden: Versalles (-10,33), El Cairo (- 9,59), Argelia (-8,26), El Dovio (-7,99), El Águila (-7,39). Tabla 10

Los colores indican el grado de priorización según el INS.



Tabla 14. Índice de Necesidades en Salud según municipios con mayor inequidad, Valle del Cauca

Número de unidades
geográficas: 42 Número de
indicadores: 11

Unidades	puntajes
Versalles	-10,33
El Cairo	-9,59
Argelia	-8,26
El Dovio	-7,99
El Águila	-7,39
Obando	-7,2
Alcalá	-7,09
Toro	-6,85
Ansermanuevo	-6,02
Buenaventura	-3,37
Ulloa	-3,05
Trujillo	-2,93
Bolívar	-2,13
Dagua	-1,86
La Unión	-1,69
Yotoco	-0,59
La victoria	-0,33
Caicedonia	-0,29
Restrepo	-0,1
Sevilla	-0,05
Vijes	0,27
San pedro	0,34
Pradera	0,42
La cumbre	0,45
Calima	0,77
El cerrito	1,76
Bugalagrande	1,82
Florida	2,67
Ginebra	2,72
Riofrío	3,17
Andalucía	3,38
Cartago	4,22



Zarzal	4,28
Yumbo	4,51
Tuluá	4,52
Jamundí	4,53
Guacarí	4,87
Roldanillo	5,3
Candelaria	5,52
Palmira	6,67
Buga	7,02
Cali	17,9

5.2.3.2 Priorización de los problemas de salud

Tabla 14. Priorización de los problemas de salud en el Valle del Cauca,

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1.Salud Ambiental	1. Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia (2017)	009
	2. Tasa de incidencia de leptospirosis (2017)	009
	3. Tasa de mortalidad específica por malaria	009
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	1. Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del sistema circulatorio	001
	2. Tasa de AVPP mortalidad por neoplasias en mujeres	007
	3. Tasa de mortalidad por Neoplasias en mujeres de 1 a 4 años	007
	4. Morbilidad por Enfermedades no transmisibles en infancia y adolescencia (2018)	001
	5. Prevalencia de diabetes mellitus (2017)	001
	6. No transmisibles: Morbilidad por Desordenes endocrinos (2018)	003
	7. No transmisibles: Morbilidad por Enfermedades cardiovasculares (2018)	001
	8. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15	007



Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
	años) (2017)	
	9. Prevalencia de hipertensión arterial (2017)	001
	10. Enfermedades del sistema circulatorio: Tasa ajustada de mortalidad por enf. Isquémicas del corazón	001
	11. Enfermedades del sistema circulatorio: Tasa ajustada de mortalidad por enf. Cerebrovasculares	001
	12. Neoplasias: Tasa ajustada de mortalidad por Tumor linfático y órganos hematopoyéticos en hombres	007
3. Convivencia social y salud mental	1. Porcentaje de AVPP de mortalidad por causas externas en hombres	012
	2. Causas Externas: Tasa ajustada de homicidios en hombres	012
	3. No transmisibles: Morbilidad por condiciones neuropsiquiátricas (2017)	004
	4. Morbilidad por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en juventud hombres	004
	5. Lesiones: Morbilidad por traumatismos envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (2017)	012
	5. Trastornos mentales y del comportamiento: epilepsia en infancia (mujeres) y en hombres adultos	004
4. Seguridad Alimentaria	1. Transmisibles y nutricionales: Morbilidad por deficiencias nutricionales (2018)	003
5. Sexualidad, derechos sexuales y	1. Neoplasias: Tasa ajustada de mortalidad por Tumor maligno de la próstata	007
	2. Neoplasias: Tasa ajustada de mortalidad por Tumor maligno de mama	007
	3. Enfermedades infecciosas: Tasa ajustada de mortalidad por VIH-SIDA	009



Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
reproductivos	4. Tasa de incidencia de VIH notificada (2018)	009
	5. Razón de mortalidad materna en área rural dispersa	008
	6. Condiciones Materno Perinatales: Morbilidad por Condiciones maternas (2017)	008
	7. Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2018)	009
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. Enfermedades infecciosas: Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas	009
	2. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	009
	3. Letalidad de Chagas crónico y agudo	009
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. Probabilidad de sismos por encontrarse en zona de amenaza sísmica alta	SIN DATO
8. Salud y Ámbito laboral	1. Alto porcentaje de hogares con empleo informal	SIN DATO
9. Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	1. Discapacidad: Movimiento de brazos, manos, piernas y cuerpo (año 2019)	000
	2. Discapacidad: Ojos (año 2019)	000
	3. Mortalidad por Enfermedades del sistema nervioso en hombres de 1 a 4 años	016
	4. Discapacidad: Sistema nervioso (año 2019)	000
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1. Morbilidad por Condiciones mal clasificadas (2018)	SIN DATO

5.3 Determinantes sociales

5.3.1 Infraestructura de prestación de servicios de la Red Pública de Hospitales

5.3.1.1 Infraestructura de carácter público para la provisión de bienes y servicios sociales

El Departamento del Valle del Cauca configuró la red de prestadores públicos en el antiguo Sistema Nacional de Salud, adaptando la prestación de servicios a los conglomerados poblacionales formados según las regiones geográficas donde las características sociales, culturales, económicas de la población, así como los medios de producción son similares, caracterizando la complejidad de los hospitales al número de habitantes de las ciudades y a las costumbres de las personas de movilizarse en la búsqueda de mercados mayores. Con el proceso de adaptación a la Ley 100 de 1993, la totalidad de hospitales públicos hicieron su conversión a Empresas Sociales del Estado- ESE- manteniendo el nivel de atención histórico.

Actualmente la red pública de prestadores de servicios de salud del Valle del Cauca está conformada por 54 instituciones, de los cuales 51 son Empresas Sociales del Estado y 3 son privados, que para los efectos de la contratación de prestación de servicios de salud reciben la misma categorización de las ESE, con los cuales se adelanta la contratación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, por mandato expreso de la normatividad vigente que regula la materia (artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 y los artículos 61 y 68 de la Ley 1438 de 2011).

La Secretaría Departamental de Salud en concordancia con sus obligaciones misionales como autoridad sanitaria y respondiendo a sus responsabilidades legales, desarrollo en el año 2014 una propuesta de reorganización de prestadores de servicios de salud públicos como una alternativa a la crisis hospitalaria la cual data de más de una década. La viabilidad de la propuesta la realizó el Ministerio de Salud y Protección Social mediante concepto técnico en el marco de la Reorganización, Rediseño y Modernización de Empresas Sociales del Estado, y permitió a la Secretaría Departamental de Salud contar con una Red de Prestadores; su implementación se lleva a cabo desde la fecha de aprobación, situación que trajo múltiples beneficios para la región. Transformación que se realizó de conformidad con la Ordenanza No. 381 de octubre 30 de 2013. La red de servicios se estructuró teniendo en cuenta las vías de acceso, el perfil epidemiológico, el enfoque de riesgo, las condiciones socio-culturales, entre otros aspectos, inicialmente se conformaron seis (6) Áreas Geográficas, así: Área Geográfica Norte, Área Geográfica Centro Tuluá, Área Geográfica Centro Buga, Área Geográfica Suroriental, Área Geográfica Pacífico y Área Geográfica Sur Occidente.

A partir de ese mismo año se dio inicio a la implementación descrita, logrando avances significativos, sin embargo, en la dinámica de la prestación de servicios y la estructura del SGSSS, se dieron situaciones que afectaron en mayor o menor grado el avance de la implementación de las diferentes fases del documento de red propuesto inicialmente, lo que conllevó a la modificación de dicha red de prestadores, la cual se realizó mediante concepto técnico 201642302120332 del 2016.

Esta última Modificación definió 5 Áreas geográficas: Área Geográfica Norte, Área Geográfica Centro Tuluá, Área Geográfica Centro Buga, Área Geográfica Suroriente y Área Geográfica Sur Occidente. El Área Geográfica Pacífico deja de ser parte de la Red del Departamento al configurarse en Distrito Mediante el Ley 1617 de 2013. No obstante, este Distrito continúa siendo parte del territorio teniendo en cuenta que su desarrollo afecta de manera directa la situación de salud de la Población Vallecaucana.

Con relación a la oferta básica de servicios de salud del sector público, con la población objetivo contabilizada para el departamento en el año 2016, la razón de camas adulto por cada 1.000 habitantes es de 0,81; la razón de camas de cuidado intensivo por cada 1.000 habitantes es de 0,18; la razón de camas de cuidado intermedio por cada 1.000 habitantes es de 0,11 y la razón de camas por cada 1.000 habitantes es de 1,55.

Para el año 2015, la red de prestación de servicios contaba con 130 Instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con el servicio de urgencias; 104 IPS, tenían habilitados los servicios de cirugía general y 95 IPS tenían servicios de cirugía ginecológica. Para el año 2017, con corte junio 30, el total de camas disponibles de acuerdo al REPS de (junio 30 de 2017) para el departamento es de 7.276, y UCI intensivo intermedio y adulto, pediátrico y neonatal es de 1319.

Las 51 instituciones públicas del departamento tienen 357 puntos de atención entre las sedes principales y los puestos y centros de salud, para ofrecer servicios de salud, lo que significa que en promedio cada institución cuenta con 6,1 puntos de atención, los cuales están ubicados así: El 38% están en la zona Centro (Buga y Tuluá), 28% en la zona Suroccidente, 18% en la zona Suroriente, 9% en la zona Norte.

Con relación a la capacidad instalada de la oferta pública, se puede evidenciar que cuenta con:

CONCEPTO	Disponibilidad
Camas de hospitalización	1777
Camas de observación	648
Consultorios de consulta externa	1141
Consultorios en el servicio de urgencias	141
Mesas de partos	61
Número de unidades de odontología	399
Salas de quirófanos	44
Total, general	4211

FUENTE: REPS, febrero de 2020

Es de considerar que esta capacidad instalada data desde la creación de cada una de las entidades en su mayoría, de manera notoria en las entidades de las áreas geográficas Norte, Centro Tuluá y Suroccidente, por lo que en general se requiere de modificaciones en su infraestructura teniendo en cuenta que la misma debe adecuarse a la normatividad expedida desde el nivel central en la materia, a fin de mejorar la calidad de la atención, no obstante con la situación financiera por la que atraviesan estas entidades, es imperioso el apoyo del Gobierno Departamental y Nacional para adelantar dichas modificaciones. Cabe mencionar que igual necesidad se identifica en lo relacionado a los equipos médicos, los cuales evidencian el atraso tecnológico de la Red de prestadores públicos, situación que genera dos condiciones: La primera, el incremento en los costos puesto que el funcionamiento no es óptimo y su mantenimiento genera incrementos de los gastos tanto en insumos como en reparaciones. Lo segundo, no permite a la Red Pública competir en el mercado con iguales estándares de calidad que la Red privada, quien cuenta con mejor tecnología lo que le permite optimizar la oportunidad de atención y su resolutivez. En cuanto a la referencia y contrarreferencia de pacientes, se ha evidenciado la necesidad de continuar aunando esfuerzos para integrar de manera eficaz la comunicación interinstitucional con objeto de mejorar la oportunidad de atención en el Departamento para pacientes que requieren intervenciones de nivel superior ó bien continuación de tratamientos. De igual manera en este sentido se debe tener en cuenta que el parque automotor de la Red Pública no ha sido renovado, escenario que requiere ser intervenido.

Entre tanto para el distrito de Buenaventura la Red de Prestadores Públicos está conformada por dos ESE, de carácter distrital, La ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata y la ESE Hospital San Agustín,

esta última de primer nivel de atención y responsable de la prestación de servicios de baja complejidad a la comunidad del corregimiento de Puerto Merizalde, con una sede única ubicada en el casco urbano del corregimiento; los puntos de atención representan el 6% del total de los puntos de atención del Departamento. El Hospital Luis Ablanque de la plata, de baja complejidad y quien en el 2013 asumió la prestación de los servicios del Liquidado Hospital Departamental de Buenaventura, cuenta con 19 puntos de atención, 8 de los cuales son urbanos y 11 rurales. Presta servicios de mediana complejidad principalmente de carácter ambulatorio en especialidades como Cirugía General, Anestesia, Dermatología, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Oftalmología, Ortopedia, Pediatría y Urología.

Esta Red se complementa con las entidades privadas como Clínica Santa Sofía, Comfenalco Valle e IPS Médica Colombia Buenaventura, las cuales cuentan con servicios de mediana y alta complejidad, así como urgencias 24 horas. El cuidado crítico solo se oferta en el sector privado y no existe entidades ni públicas ni privadas que oferten cuidado especial obstétrico. El distrito carece de disponibilidad de servicio de urgencias para atención de pacientes con patologías de orden psiquiátrico, estas patologías se atienden en la red pública y privada en su manejo inicial. En consecuencia, al no existir camas de cuidado mental se deben remitir a Cali. Servicios de apoyo terapéutico como hemodiálisis y oncología no cuentan con desarrollo dentro de la Red Pública. Esta red de Prestadores refleja indicadores de calidad que, en casos como atención de urgencias y oportunidad en medicina general, sobrepasan el estándar definido normativamente.

Por lo anterior el Distrito presento ante el Ministerio de Salud y Protección Social la conformación de una Red de Prestadores en donde se organizaban los niveles de atención. Se conforma por 2 ESE, el Hospital San Agustín de Puerto Merizalde quien prestaría servicios de baja complejidad a los habitantes del corregimiento que lleva el mismo nombre y la ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata, que proyecta prestar servicios de baja y mediana complejidad y progresivamente alta. Sin embargo el Distrito no ha logrado cumplir a la fecha con el cronograma de implementación definido, situación que ha generado múltiples inconvenientes en la prestación del servicio, afectando de manera directa la salud de la población bonaerense, lo que incurre en un impacto directamente proporcional en la Red de prestadores de servicios del Valle del Cauca al no garantizar la atención integral y oportuna, teniendo en cuenta que debe suplir las necesidades de servicios de dicha población la cual es referida por cercanía a los centros de referencias de la red de prestadores del Valle del Cauca, específicamente de Cali y Buga, lo que redundo en dificultades en la prestación de servicios de salud para el total del Departamento.

Este escenario no solo trae consecuencias en la calidad de la atención, teniendo en cuenta la inoportunidad de la misma tanto en el sector público como privado de dicha región; es preciso recalcar que la falta de oferta pública del Distrito incide de manera directa sobre la congestión de servicios de salud puesto que su capacidad instalada no es suficiente para dar respuesta a las necesidades básicas de la población, sino también en los indicadores de salud y en el ámbito financiero. Situación que requiere de manera prioritaria la continuidad al proceso de actualización tecnológica a los hospitales de mediana complejidad como una forma de garantizar el desarrollo de la región y la atención a los

pacientes a un lugar cercano de su lugar de residencia, que deriva de manera indirecta en el ahorro o disminución en el gasto de bolsillo a los vallecaucanos; de igual manera y no menos importante la baja complejidad requiere de una inversión que logre solventar la capacidad resolutoria a fin de considerar la Red como una verdadera Red Integral de Atención en Salud.

5.3.1.2 Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria en Infraestructura, Dotación y Ambulancias.

De los proyectos inscritos en Plan Bienal de Inversiones, Treinta y cuatro (34) proyectos han sido ejecutados en el Valle del Cauca de los cuales, corresponden a mejoramiento de infraestructura diez y nueve (19), por valor de Veintidós mil setecientos setenta y dos millones seiscientos dos mil ciento setenta y cinco pesos (\$22.772.602.175), y tres (3) proyectos de infraestructura quedaron pendientes de aprobarse en su financiación siendo el de mayor relevancia para el Valle del Cauca la construcción de la Unidad Funcional de Oncología del Hospital Universitario del Valle con un valor estimado de \$ 46.936.941.325,00 de los cuales el Departamento del Valle del Cauca aportara \$10.000.000.000,00 (21,4%) y el 78,6% sería financiado con recursos de la nación. De igual manera se aprobó la dotación de las Unidades de Cuidado Crítico del HUV y el MSPS financio el proyecto con recursos por valor de \$5.876.662.538. Actualmente se tramita la financiación de dotación de un acelerador lineal para el servicio de radioterapia del HUV, proyecto con un valor estimado de diez y ocho mil millones de pesos de los cuales el HUV cofinanciara siete mil millones.

Recursos aportados por la Gobernación del Valle para el Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria en Infraestructura, Dotación y Ambulancias.

En el año 2016 se mejoró la Infraestructura Hospitalaria del CS La Emilia adscrito al Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira por valor de \$1.028.000.000 y del Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía por valor de \$160'000.000.

En los años 2017 y 2018, en el marco de vigencias futuras extraordinarias aprobadas por la Asamblea Departamental y con recursos del Crédito, se cofinanció proyectos de infraestructura en el Hospital Santander de Calcedonia E.S.E. por valor de \$180'000.000; Hospital La Buena Esperanza E.S.E. por valor de \$500'000.000; Hospital Santa Ana de los Caballeros E.S.E. por valor de \$200'000.000 y Hospital Gonzalo Contreras E.S.E. por valor de \$100'000.000.

En el año 2018-2019, en el marco de vigencias futuras Ordinarias aprobadas por la Asamblea Departamental y con recursos del Crédito, se cofinancio proyectos de infraestructura en el Hospital San Roque E.S.E. de Guacarí por valor de \$1.999.000.000; Hospital El Rosario E.S.E. del municipio de Ginebra por valor de \$600.000.000 y Hospital Departamental San Rafael E.S.E – CS La Paila del Municipio de Zarzal por valor de \$1.000.000.000.

Para el año 2019, con recursos propios del Departamento se cofinanció la ejecución de cuatro proyectos de infraestructura: “Reposición del Servicio de Urgencias del Hospital Departamental San

Rafael de Zarzal” por valor de \$4.000.000.000; “Adecuaciones y remodelación de consultorios de P y P y Auditorio del Hospital Nuestra Señora de los Santos de La Victoria” por valor de \$180.000.000; “Reposición de la ESE Hospital Raul Orejuela Bueno de Palmira Sede La Emilia” aportando \$ 1.492.459.342 y cofinanciación de la “Unidad Funcional de Oncología del Hospital Departamental Universitario “Evaristo Gracia” por valor de \$10.000.000.000. Este último proyecto aún en fase de estructuración para viabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social

5.3.1.3 Dotación de equipos biomédicos y tecnología.

Se invirtieron recursos por valor de \$6.820'070.738 para la dotación de equipos biomédicos y fortalecimiento tecnológico de la Red Pública Hospitalaria en los municipios de Cali, Buenaventura, Jamundí, La Cumbre, La Victoria, El Dovio, Obando, Riofrio, Tuluá, Trujillo, Roldanillo, Sevilla, Yotoco, Zarzal. La población beneficiada en el Departamento del Valle con proyectos de inversión en dotación fue de 2.322.167 personas

En la vigencia 2018 se adquirió un Ecógrafo de Alta Complejidad y un software clínico para el área de imagenología del HUV y dotación para el Hospital Piloto de Jamundí mejorando la capacidad instalada de la red pública del Departamento. De igual manera se entregó equipos biomédicos a las ESE para fortalecer la Ruta Materno Perinatal en el Valle del Cauca.

Financiamos la dotación de nueve (9) Ambulancias la vigencia 2017, con un aporte del 100% del valor de la Ambulancia para el Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá (TAM), Hospital San Rafael de El Águila (TAB) y Hospital Santa Ana de Bolívar (TAB) y cofinanciamos la adquisición de seis (6) ambulancias para las Empresas Sociales del Estado de los municipios de Ansermanuevo (TAB), Jamundí (TAB), El Dovio (TAB), La Victoria (TAB) y Zarzal (TAB y TAM) por un valor total de \$1.005'206.523. La población beneficiada con proyectos de inversión en el fortalecimiento del Sistema de Referencia y contra referencia fue de 452.368 personas.

Durante la vigencia 2018 se adquirió ambulancias para las ESE Hospital Isaías Duarte Cancino, Hospital San Roque de Guacarí, Hospital San Juan de Dios Sede Cartago, Hospital San Jorge de Calima El Darién y en el 2019 para el Hospital Santa Catalina de El Cairo, Hospital Del Rosario de Ginebra y Hospital San Roque de Pradera. De igual manera cofinanciamos ambulancias para los Hospitales Mario Correa Rengifo de Cali y Hospital Ulpiano Tascon de San Pedro.

5.3.1. 4 Prestación de servicios

Se invirtió en prestación de servicios a la población inimputables vigencia fiscal 2016 – 2019, alrededor de 100 millones anualmente durante la vigencia anterior.

Tabla 15

**TOTAL INVERSION AÑO
PROGRAMA INIMPUTABLE VALLE DEL CAUCA**

AÑO	PACIENTES ATENDIDOS CORTE A DIC DE CADA AÑO	TOTAL INVERSIÓN \$
2016	25	940.264.255
2017	32	1.256.892.430
2018	28	1.297.899.496
2019	28	939.569.000

Fuente. Subsecretaría Administrativa y Financiera

a

Adicionalmente se invirtieron alrededor de 272 mil millones de pesos en la prestación de servicios de la población vulnerable del Departamento del Valle del Cauca durante la vigencia anterior.

Tabla 16. Recursos contratados con la red pública y privada atención Población Pobre No Asegurada 2016-2019

CONCEPTO	RECURSOS CONTRATADOS 2016-2019	% DE EJECUCION
PRESTACION DE SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	131.092.159.254	48%
PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD	103.409.000.386	38%
PRESTACION DE SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD	37.996.756.000	14%
GRAN TOTAL RECURSOS CONTRATADOS	272.497.915.640	100%

En prestación de servicios para servicios no cubiertos en el plan de salud se invirtieron durante toda la vigencia alrededor de 338 mil millones de pesos.

Tabla 17 Pagos de no pos con cesiones a la red publica

VIGENCIA FISCAL	TOTAL PAGOS
VIGENCIA FISCAL 2016	77.555.274.468
VIGENCIA FISCAL 2017	56.037.310.333
VIGENCIA FISCAL 2018	125.638.218.379
VIGENCIA FISCAL 2019	78.319.938.430
GRAN TOTAL	337.550.741.610

5.3.1.5 Cumplimiento de los programas de saneamiento fiscal y financiero – sff - de cada empresa social de estado que continúan en riesgo.

El artículo 77 de la Ley 1955 de 2019, "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", estableció que al Ministerio de Hacienda y Crédito Público le corresponde definir los parámetros generales de adopción, seguimiento y evaluación de los programas de saneamiento fiscal y financiero, y que tendrá a cargo la viabilidad y evaluación de los mismos. Señala igualmente que "Las Empresas Sociales del Estado - ESE categorizadas en riesgo medio o alto, deberán adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud, conforme a la reglamentación y la metodología que defina el Ministerio de Hacienda Crédito Público".

Que, de acuerdo con lo previsto en el precitado artículo, no serán objeto de categorización del riesgo aquellas Empresas Sociales del Estado cuyos programas de saneamiento fiscal y financiero se encuentren en proceso de viabilidad o debidamente viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la fecha de entrada en vigencia de la ley, hasta tanto el Programa no se encuentre culminado.

Que el párrafo 1º ibídem establece que "Las Empresas Sociales del Estado que hayan sido remitidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la Superintendencia Nacional de Salud, antes de la entrada en vigencia de la presente ley y que en virtud de la competencia establecida en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, sean categorizadas en riesgo medio o alto por el Ministerio de Salud y Protección Social, podrán presentar un nuevo Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público".

La red de salud del Departamento del Valle del Cauca compuesta por 51 ESE, sin incluir el Distrito de Buenaventura, El Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019, efectuó la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019, de las cuales 2 quedaron categorizadas en riesgo medio y una en riesgo alto, 9 están en riesgo bajo, 36 sin riesgo y 3 con Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito.

Tabla 18. Número Total de ESE de la Entidad Territorial

Nivel	Concepto	Cantidad
1	MUNICIPAL	43
2	DEPARTAMENTAL	7
3	DEPARTAMENTAL	1

Tabla 19. Consolidado ESE Categorizadas En Riesgo, Ministerio De Salud Y Protección Social

RESOLUCION MSPS	CATEGORIA DE RIESGO		TOTAL, ESE EN RIESGO	MHCP - PSFF	SUPERSALUD - PGIR	TOTAL, ESE DEPTO	% ESE EN RIESGO
	MEDIO	ALTO					
2509/2012	6	8	14	14	0	54	26%
1877/2013	11	13	24	24	0	54	44%
2090/2014	11	14	25	25	0	54	46%
1893/2015	4	7	11	11	0	54	20%
2184/2016	7	6	13	13	0	51	25%
1755/2017	3	3	6	6	9	51	29%
2249/2018	0	2	2	4	12	51	31%
1342/2019	2	0	2	3	1 (Ley 550)	51	12%

Fuente: Resoluciones MSPS

Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo alto o medio con Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizado y en ejecución que continúan con la ejecución de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de acuerdo a la categorización efectuada en la Resolución No. 1342 de 2019.

Municipio	Empresa Social del Estado
Palmira	E..S.E Hospital Raúl Orejuela Bueno
Calima- El Darién	E.S.E Hospital San Jorge
La Cumbre	E.S.E Hospital Santa Margarita

5.3.1.6 Asistencia a las E.S.E respecto al daño antijurídico

Comportamiento de los procesos jurídicos durante el primer trimestre del año 2019, de aquellas Empresas Sociales del Estado que se encuentran con Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, debidamente viabilizados o remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud:

La Secretaria Departamental de Salud a través de la Oficina Asesora Jurídica, es la encargada de brindar apoyo técnico y legal con base en las funciones establecidas en la Ley 715 de 2001, en el ejercicio de la asistencia técnica, en estas reuniones se compromete la necesidad de comprender el CONCEPTO de daño antijurídico y elaborar políticas que permitan prevenir y administrar el riesgo jurídico que éste suscita, para lo cual el Departamento dentro de la asistencia, proponiendo unos planes estratégicos que permitan no llegar al litigio, y cuando este se dé, establecer los mecanismos de defensa judicial, derivadas de sus actividades administrativas, científicas y financieras.

5.3.1.7 Saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales art 232.

En el cuadro se presenta la situación de algunas ESE del Departamento.

Tabla 20. Departamento del valle del cauca situación Empresas Sociales del Estado ESE – PSFF y Supersalud 2019

MUNICIPIO	ESE	2019	SITUACION ACTUAL DE 2019
		RESOL. 1342	
PALMIRA	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO	ALTO	EN EJECUCION PSFF Y MODIFICADO
CALIMA-DARIEN	HOSPITAL SAN JORGE	MEDIO	EN EJECUCION PSFF
LA CUMBRE	HOSPITAL SANTA MARGARITA ESE	MEDIO	PSFF VIABILIZADO MHCP 2019
CALI	HOSPITAL GERIATRICO SAN MIGUEL	MEDIO	EN FORMULACION PSFF a MHCP
EL CAIRO	ESE HOSPITAL SANTA CATALINA	MEDIO	EN FORMULACION PSFF a MHCP
CALI	Hospital Universitario del Valle "Evaristo García"	SUPERSALUD	Remitido a SUPERSALUD por MINHACIENDA – EN LEY 550



Tabla 21. Categorización del riesgo por resoluciones vigencias 2016-2019, Área geográfica norte:

MUNICIPIO	INSTITUCIONES	NIVEL	RIESGO RESOL. 1893 2015	RIESGO RESOL. 2184- 3916 2011	RIESGO RESOL. 1755 2017	RIESGO RESOL 2249 DE 2018	RIESGO RESOL 1342 DE 2019
ALCALÁ	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
ANSERMANUEVO	HOSPITAL SANTA ANA DE LOS CABALLEROS	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
ARGELIA	HOSPITAL PIO XII ESE	1	SIN RIESGO	MEDIO	SUPERSALUD	PGIR	SIN RIESGO
CARTAGO	IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
EL ÁGUILA	HOSPITAL SAN RAFAEL ESE	1	SIN RIESGO	BAJO	BAJO	RIESGO BAJO	SIN RIESGO
EL CAIRO	ESE HOSPITAL SANTA CATALINA	1	BAJO	MEDIO	SUPERSALUD	PGIR	MEDIO
LA UNIÓN	ESE - HOSPITAL GONZALO CONTRERAS	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
LA VICTORIA	HOSPITAL NTRA SEÑORA DE LOS SANTOS	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
OBANDO	ESE HOSPITAL LOCAL DE OBANDO	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
TORO	HOSPITAL SAGRADA FAMILIA ESE	1	MEDIO	BAJO	ALTO	PGIR RIESGO BAJO	SIN RIESGO
ULLOA	PEDRO SAENZ DIAZ	1	ALTO	ALTO	SUPERSALUD	PGIR Aprobado	RIESGO BAJO
VERSALLES	ESE HOSPITAL SAN NICOLAS	1	BAJO	ALTO	SUPERSALUD	PGIR	SIN RIESGO
ZARZAL	ESE HOSPITAL DPTAL SAN RAFAEL	2	ALTO	MEDIO	MEDIO	PGIR - RIESGO BAJO	SIN RIESGO

Tabla 22. Area geográfica centro Buga

MUNICIPIO	INSTITUCIONES	NIVEL	RIESGO RESOL. 1893 2015	RIESGO RESOL. 2184- 3916 2011	RIESGO RESOL. 1755 2017	RIESGO RESOL 2249 DE 2018	RIESGO RESOL 1342 DE 2019
CALIMA	ESE HOSPITAL SAN JORGE	1	BAJO	BAJO	MEDIO	PSFF NUEVO	PSFF
GINEBRA	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO	1	BAJO	MEDIO	SUPERSALUD	PGIR	SIN RIESGO
GUACARÍ	HOSPITAL SAN ROQUE	1	BAJO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	RIESGO BAJO
GUADALAJARA DE BUGA	ES.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO	1	BAJO	BAJO	BAJO	RIESGO BAJO	SIN RIESGO
RESTREPO	ESE HOSPITAL SAN JOSE	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
YOTOCO	ESE HOSPITAL LOCAL YOTOCO	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO

Tabla 23. Área geográfica Suroriente

MUNICIPIO	INSTITUCIONES	NIVEL	RIESGO RESOL. 1893 2015	RIESGO RESOL. 2184- 3916 2011	RIESGO RESOL. 1755 2017	RIESGO RES OL 2249 DE 2018	RIESGO RES OL 1342 DE 2019
CANDELARIA	E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CANDELARIA	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
EL CERRITO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
FLORIDA	HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	RIESGO BAJO
PALMIRA	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO	1	MEDIO	MEDIO	ALTO	PSFF	PSFF
PRADERA	ESE HOSPITAL SAN ROQUE	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO

Tabla 24. Área geográfica centro Tuluá

MUNICIPIO	INSTITUCIONES	NIVEL	RIESGO RESOL. 1893 2015	RIESGO RESOL. 2184- 3916 2011	RIESGO RESOL. 1755 2017	RIESGO RES OL 2249 DE 2018	RIESGO RES OL 1342 DE 2019
ANDALUCÍA	HOSPITAL SAN VICENTE FERRER ESE	1	SIN RIESGO	BAJO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
BOLÍVAR	HOSPITAL SANTA ANA ESE	1	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
BUGALAGRANDE	HOSPITAL SAN BERNABE, ESE	1	BAJO	MEDIO	SUPERSALUD	PGIR	RIESGO BAJO
CAICEDONIA	ESE HOSPITAL SANTANDER	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	RIESGO BAJO	SIN RIESGO
EL DOVIO	HOSPITAL SANTA LUCIA DE EL DOVIO VALLE	1	SIN RIESGO	MEDIO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
RIOFRÍO	HOSPITAL KENNEDY ESE	1	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
ROLDANILLO	HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO	2	ALTO	ALTO	MEDIO	PGIR RIESGO MEDIO	SIN RIESGO
SEVILLA	HOSPITAL DPTAL CENTENARIO	2	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
SAN PEDRO	HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCON Q.	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
TRUJILLO	E.S.E HOSPITAL SANTA CRUZ	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
TULUÁ	E.S.E HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE	2	ALTO	ALTO	SUPERSALUD	PGIR	RIESGO BAJO
TULUÁ	E.S.E HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO

Tabla 25. Área geográfica Suroccidente

MUNICIPIO	INS TITUCIONES	NIVEL	RIESGO RESOL. 1893 2015	RIESGO RESOL. 2184-3916 2011	RIESGO RESOL. 1755 2017	RIESGO RES OL 2249 DE 2018	RIESGO RESOL 1342 DE 2019
CALI	HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL	1	MEDIO	BAJO	ALTO	RIESGO ALTO	MEDIO
CALI	HOSPITAL DPTAL MARIO CORREA RENGIFO	2	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
CALI	HOSPITAL DPTAL PSIQUIATRICO UNIV. DEL VALLE E.S.E	2	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
CALI	HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO E.S.E.	2	ALTO	ALTO	SUPERSALUD	PGIR Aprobado	RIESGO BAJO
CALI	HOSPITAL UNIV. DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	3	ALTO	ALTO	SUPERSALUD	Supersalud LEY 550	Supersalud LEY 550
CALI	RED DE SALUD DE LADERA	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	RIESGO BAJO
CALI	RED DE SALUD DEL CENTRO	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
CALI	RED DE SALUD DEL NORTE	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
CALI	RED DE SALUD DEL ORIENTE	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
CALI	RED DE SALUD SURORIENTE E.S.E	1	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	RIESGO BAJO
DAGUA	HOSPITAL LOCAL JOSE RUFINO VIVAS ESE	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
JAMUNDÍ	ESE HOSPITAL PILOTO JAMUNDI	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
LA CUMBRE	HOSPITAL SANTA MARGARITA ESE	1	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	RIESGO ALTO	PSFF NUEVO
VIJES	HOSPITAL LOCAL DE VIJES	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	RIESGO BAJO	SIN RIESGO
YUMBO	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO

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

Como resultado de la caracterización disponible en el SISPRO realizada por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, se lograron establecer los grupos de riesgo que han priorizado recientemente con su población afiliada.

Tabla 26. Grupos de Riesgo Priorizados por las EAPB año 2018

GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS	No EAPB	Priorización
Población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas.	25	1
Población con riesgo o presencia de cáncer.	21	2
población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas	16	4
Población materno — perinatal.	16	3
Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	10	5
Sin Grupo de Riesgo Clasificado	5	6
población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas	2	7
población con riesgo o presencia de enfermedad y accidentes laborales	1	8
Población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.	1	9
población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	1	10
Población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	1	11
Población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	1	12
población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	0	13
Población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	0	14
Población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.	0	15
población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente	0	16
Población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.	0	17

En la prioriza de riesgo, 25 EAPB priorizaron el grupo de población con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebrovasculares y metabólicas manifiestas. El segundo lugar lo ocupa a población con riesgo o presencia de cáncer; el tercero, el grupo de riesgo de población con riesgo o

presencia de enfermedades infecciosas; el grupo corresponde al componente Materno-Perinatal y en quinto lugar, diez EAPB priorización la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales. Los detalles de la priorización según grupos de riesgo e indicadores se presenta en el (Ver anexo 5).

5 CONFIGURACIÓN Y PRIORIZACIÓN EN SALUD

5.1 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 27. Número de tensiones en salud según dimensión del Plan Decenal de Salud Pública.

DIMENSIÓN	No.
Convivencia Social y Salud Mental	2
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud	1
Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	1
Salud Ambiental	3
Salud Pública en Emergencias y Desastres	2
Salud y Ámbito Laboral	1
Seguridad Alimentaria y Nutricional	3
Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	3
Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	1
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	4
Total general	21

Las tensiones de salud según dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública se pueden observar en el anexo 6.

5.2 CONFIGURACIÓN DESEADA

5.2.1 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 6).

Figura 6. Figura que refleja la situación deseada en salud al 2023, Valle del Cauca



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

7. Ejes estructurantes deseados (Desafíos/Prioridades)

7.1 Ejes y objetivos estratégicos del PTS

Tabla 28. Ejes estructurantes y objetivos estratégicos del PTS

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 Entidades Territoriales 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</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>sexual y de género diversos, en condición de 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 Entidades Territoriales 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 discapacidad, indígena y grupos vulnerables.</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 Entes Territoriales del departamento.</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</p>	<p>Transformar los aspectos culturales que han normalizado el uso de la violencia y que generaron estigma y discriminación a</p>



Ejes estructurantes de la configuración deseada	Objetivos estratégicos PTS (Desafíos)
<p>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 Entidades Territoriales 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 discapacidad, indígena y grupos vulnerables.</p>	<p>poblaciones de orientación sexual y de género diversos, en condición de 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</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>



Ejes estructurantes de la configuración deseada	Objetivos estratégicos PTS (Desafíos)
<p>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>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 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>
<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</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>

Ejes estructurantes de la configuración deseada	Objetivos estratégicos PTS (Desafíos)
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.	
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.	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
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.	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

7.2. Transformaciones

Resultado de la configuración deseada sobre las 21 tensiones de salud, se identificaron aquellas sobre las cuales se podría incidir significativamente al 2023 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 en la priorización fueron: 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 6).

7.3 Ventajas y oportunidades

Ventajas

1. Suficiente red vial primaria y secundaria
2. Ferrocarriles del pacífico 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 tolerancias frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

8.3 OBJETIVOS ESTRATEGICOS PTS

- Lograr la afectación positiva de los determinantes sociales, frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.
-
- implementar entornos y ambientes seguros y saludables contribuyendo al logro de niveles óptimos de salud y bienestar en los vallecaucanos
-
- Fortalecer el ejercicio de rectoría de la autoridad sanitaria, la acción coordinada sectorial, transectorial y la participación comunitaria para la reducción de las inequidades en salud en el departamento del valle del cauca

8.4 RESULTADOS ESPERADOS

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

- Mitigar los efectos de la emergencia ocasionada por la Pandemia coronavirus COVID-19-componente de control-componente de salud.
- Disminución de enfermedades asociadas a las malas condiciones de salud de los animales.
- Disminución los índices de enfermedades transmitidas por vectores.
- 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 Sustancias Psicoactivas SPA, homicidios, suicidios, accidentes y enfermedades de origen laboral, el embarazo adolescente, las Infecciones de Transmisión Sexual 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;; 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.
- Gestión Integral del Riesgo de Desastres articulado intersectorialmente y estrategias de adaptación al cambio climático.
- Reducción de la enfermedad y accidentalidad de origen laboral.
- Niños niñas y adolescentes con derecho a la recreación, salud y desarrollo digno.

- Empoderamiento de la población en hábitos y estilos de vida saludables.

PRIORIDADES SECTORIALES DEL PTS

- Mejorar la calidad del agua para consumo humano, las condiciones sanitarias de los establecimientos de interés en salud ambiental, controlar las enfermedades transmitidas por zoonosis en el Departamento del Valle del Cauca.
- Fortalecimiento de los programas de promoción de estilos de vida con hábitos alimentarios saludables, de detección temprana de desnutrición en menores de 5 años, y de sobrepeso y obesidad en toda la población y los Instituciones amigables para la mujer y la infancia centrados en programas de lactancia materna exclusiva y adecuada practica de alimentación complementaria y de la IVC a establecimientos expendedores de alimentos.
- Lograr que en personas, grupos y comunidades con ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, en el marco de los enfoques de género y diferencial, tengan una salud sexual y reproductiva segura, digna y responsable reduciendo las condiciones de vulnerabilidad para Infecciones de Transmisión Sexual ITS/VIH-SIDA, Sífilis Congénitas, embarazos en adolescentes, muertes maternas y perinatales y violencia de genero.
- Ampliar la cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales; promoción de entornos laborales saludables en el sector formal e informal de la economía; diagnóstico actualizado de problemas de salud de origen laboral.
- Mejorar la calidad de la atención en salud en la red hospitalaria pública.
- Contar con un modelo de atención y prestación de servicios en salud adecuada a las necesidades diferenciales de los adultos mayores, víctimas del conflicto, grupos étnicos, personas con discapacidad y habitantes de calle, disminuyendo las barreras de acceso.
- Lograr que los eventos de interés en salud pública, sean intervenidos y vigilados.
- Socialización plan nacional gestión del riesgo articulación intersectorialmente.
- Desarrollar e implementar agendas transectoriales que eleven como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud con énfasis en modos, condiciones y estilos de vida saludables para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles
- Derecho a la atención integral en salud y activación de las rutas de atención integral en Salud.
- Vigilancia y control a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio 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.
- 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 las Interrupciones Voluntarias del Embarazo 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 del Programa Ampliado de Inmunización PAI y Atención a Enefermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI extramural.



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

Tabla 28. COMPONENTE PLURIANUAL DE INVERSIONES PLAN TERRITORIAL DE SALUD VALLE DEL CAUCA 2020-2023 (El formato de inversión plurianual, es parte integral del presente documento ver anexo 12)

DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
SALUD Y ÁMBITO LABORAL	Mantener por debajo de 6 la tasa de accidentes calificados como laborales por cada 100 trabajadores, durante durante el cuatrienio.	Seguridad y salud en el trabajo	Lograr que los 34 municipios de categorías 4, 5 y 6 del departamento dispongan de grupos organizados de trabajo informal (GOTIS) con planes de trabajo acordes a las necesidades de población informal trabajadora.	\$ 217.220.500
		Situaciones prevalentes de origen laboral	Asistir técnicamente a las 34 de Direcciones Locales de Salud para mantener actualizado el diagnóstico de las enfermedades laborales de la población informal de la economía.	\$ 2.839.721.055
SALUD AMBIENTAL	Alcanzar en 34 entidades territoriales de competencia del departamento, el índice de riesgo de calidad del agua para consumo humano por debajo del nivel de riesgo medio en los acueductos de la zona rural priorizados y vigilados, durante el periodo de gobierno	Hábitat saludable	Lograr que 34 de las entidades territoriales de salud de competencia departamental, cuenten con mapas de riesgo de calidad del agua para consumo humano	\$ 14.667.221.283
			Lograr que 333 acueductos rurales en municipios de competencia departamental, cuenten con mejoramiento de la calidad del agua para consumo humano	\$ 14.667.221.283



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
	Lograr que el 60% de los establecimientos de interés para salud ambiental vigilados y de competencia departamental, cumplan con la normativa sanitaria, anualmente durante el período de gobierno	Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales	Lograr que el 100% de los entes territoriales de salud de categoría 1a, 2a y 3a implementen planes de acción con estrategias priorizadas que propicien un ambiente saludable, según requerimientos y normatividad legal vigente	\$ 26.588.422.550
			Realizar en 34 de las entidades territoriales de competencia departamental, las acciones de Inspección Vigilancia y Control sanitario de los establecimientos bajo el enfoque de riesgo	\$ 3.056.941.555
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Sostener por encima del 83% el porcentaje de tratamiento exitoso de los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva que ingresen a tratamiento	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	Asistir técnicamente al 100 % de las Direcciones Locales de Salud DLS y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio EAPB e implementación de planes estratégicos orientados "Hacia el Fin de la tuberculosis" y la "eliminación de la Lepra", durante el período de gobierno.	\$ 2.583.842.770
			Lograr que 100 % de los municipios categoría 4,5 y 6 implementen acciones de promoción y prevención de enfermedades desatendidas, priorizando enfermedades antihelminéticas, durante el periodo de gobierno.	\$ 1.192.929.661
	Mantener por debajo de 13 el número de defunciones de niños	Enfermedades inmunoprevenibles.	Lograr el 95% coberturas de vacunación útiles en todos los biológicos	\$ 964.718.598



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
	menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos, anualmente durante el período de gobierno.		anualmente durante el periodo de gobierno	
			Lograr que el 100% de las Direcciones Locales de Salud DLS garanticen el seguimiento a los actores del sistema sobre manejo de programas: Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI e Infección Respiratoria Aguda IRA	\$ 964.718.598
	Mantener por debajo de 680 casos por 100 mil habitantes, la tasa de incidencia de Dengue, anualmente durante el período de gobierno.	Condiciones y situaciones endemo-epidémicas	Lograr que el 100% de las Entidades Territoriales mantengan las acciones de la Estrategia de Gestión Integrada – EGI para las Enfermedades Transmitidas por Vectores	\$ 9.829.112.655
			Lograr que el 100% de las entidades territoriales priorizadas por arbovirosis realicen caracterización de factores de riesgo en salud ambiental para mosquitos de importancia en salud pública	\$ 1.559.757.014
			Lograr que el 100% de las Entidades Territoriales mantengan las acciones de la Estrategia de Gestión Integrada – EGI para zoonosis.	\$ 853.608.358
	Mantener en cero los casos de rabia humana en el departamento, anualmente durante el período de gobierno.		Lograr que el 100 % de los entes territoriales de competencia del departamento, brinden atención a todas las agresiones observables por animales	\$ 853.608.358



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
			potencialmente transmisores de rabia.	
	realizar gestión del conocimiento frente al manejo de una pandemia		Implementar un plan intersectorial de emergencia para afrontar la pandemia por COVID 19, durante el período de gobierno	\$ -
			Realizar dos (2) publicaciones internacionales frente la aprendizaje de la pandemia	\$ -
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Contener en el 30 %, el porcentaje de violencia de género y sexual en Niños, Niñas y Adolescentes que han sufrido maltrato físico, psicológico o sexual, anualmente durante el período de gobierno.	Promoción de los derechos sexuales y equidad de género	Realizar asistencia técnica al 100% de los actores del SGSSS (40 direcciones Locales y 13 EPS) en el fortalecimiento institucional y comunitario para la protección y garantía de los Derechos y Deberes de Salud Sexual y Reproductiva de Niños, Niñas y Adolescentes, con énfasis en municipios con mayor ruralidad.	\$ 1.496.283.806
	Reducir a 1 la tasa de sífilis congénita por 1000 Nacidos Vivos, anualmente durante el período de gobierno.	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos	Lograr que el 100 % de los actores del SGSSS en el Departamento estén fortalecidos para la gestión institucional y comunitaria requerida en la eliminación de sífilis congénita, durante el período de Gobierno	\$ 2.238.925.810
	Mantener en menos de 25 la razón de Mortalidad Materna a 42 días por 100.000 nacidos vivos durante el período de gobierno		Asesorar al 100 % de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS del Departamento del Valle del Cauca, en herramientas para la promoción, protección y garantía de los Derechos	\$ 1.269.321.674



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
			Sexuales y Reproductivos DDSSR, prevención de embarazos no deseados, Control Prenatal CPN, atención del embarazo, parto y puerperio, con énfasis en Cali, Jamundí, Palmira, Cartago, Buga y Tuluá.	
			Evaluar al 100 % de los Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS del Departamento, en el cumplimiento de la rutas integrales de Promoción y mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal con énfasis en los distritos de Cali y Buenaventura, Jamundí, Palmira, Cartago, Buga y Tuluá.	\$ 1.269.321.674
	Mantener en menos 1 el porcentaje de prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 años, anualmente durante el período de gobierno	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos	Lograr que el 100 % de los entes territoriales estén fortalecidos institucional y comunitariamente para la promoción, protección y garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, durante el periodo de gobierno	\$ 1.269.321.674
			Evaluar al 100% de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS de competencia del Departamento, con énfasis en los de mayor carga de enfermedad, en el cumplimiento de Guías de Práctica Clínica y Rutas de Atención Integral de Salud -GPC- RIAS-, durante el período de gobierno.	\$ 491.979.543



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
	Mantener en menos de 48 el número de nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, anualmente durante el período de gobierno		Evaluar al 100% de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS de competencia departamental, en el cumplimiento de las rutas de Promoción y mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal, (servicios amigables-adolescentes), con énfasis en los municipios de Cali, Jamundí, Palmira, Cartago, Buga y Tuluá y los distritos de Cali y Buenaventura	\$ 491.979.543
SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA	Contener en 60 la tasa de casos DE intento suicida por cada 100.000 habitantes, anualmente durante el período de gobierno.	Promoción de la salud mental y la convivencia	Lograr que el 95% de las entidades territoriales implementen modelos de atención psicosocial y salud mental a víctimas de la violencia, durante el período de gobierno.	\$ 976.849.812
			Lograr que el 100% de los entes territoriales implementen un plan interinstitucional para la disminución de índices de consumo de Sustancias Psicoactivas -SPA-, durante el período de gobierno.	\$ 3.214.554.078
	Contar con un Modelo de atención de salud mental y convivencia social implementado en las entidades territoriales del Departamento	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia	Asistir técnicamente al 100% de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de competencia departamental SGSSS en la construcción y fortalecimiento de redes para la atención, cuidado y rehabilitación de la población afectada por diferentes trastornos	\$ 995.898.646



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
			mentales durante el período de gobierno.	
			Lograr que el 100% de los municipios de categoría 4, 5 y 6 hayan implementado el modelo de atención de salud mental y convivencia social, durante el período de gobierno.	\$ 995.898.646
ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Mantener en menos de 2000, la tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por 100 mil habitantes debido a Enfermedades Crónicas No transmisibles- ECNT-, durante el período de gobierno.	Condiciones crónicas prevalentes.	Lograr que el 100% de las Empresas Promotoras de Salud EPS y Empresas Sociales del Estado ESE implementen las herramientas técnicas de las rutas, estrategias y programas para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles ENT, y sus factores de riesgo.	\$ 5.507.193.682
			Lograr que el 100% de las ESE de baja complejidad conformen redes comunitarias con organizaciones de pacientes y comunidad que apoyan el control de las ENT y sus factores de riesgo.	\$ 2.774.873.159
			Ejecutar al 100% el Plan de estilos de vida saludables a través del convenio con el Instituto del Deporte la Educación Física y Recreación del Valle Del Cauca INDERVALLE, en la estrategia de escuela saludable, en 41 municipios, durante el período de gobierno.	\$ 14.390.701.726
SALUD EN POBLACIONES VULNERABLES	Adaptar el modelo de atención integral en salud de las	Envejecimiento y vejez	Brindar asistencia técnica a los 34 municipios de categorías 4, 5 y 6 en la	\$ 1.818.532.143
				\$ 1.129.546.600



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
	poblaciones especiales del Valle del Cauca a las necesidades y prioridades de los grupos vulnerables, durante el período de gobierno.		implementación del modelo de calidad de vida para el adulto mayor.	
		Víctimas del conflicto	Asistir técnicamente al 100 % de los actores del Sistema General de Seguridad Social SGSSS (Direcciones Locales de Salud DLS, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio EAPB, Empresas Sociales del Estado ESE) en el protocolo de Atención Integral en Salud a Población Víctima del conflicto armado con enfoque psicosocial (PAPSIVI)	\$ 1.156.736.094
		Salud en poblaciones étnicas	Lograr que en 27 municipios con presencia de población étnica, se adopten estrategias de enfoque etnocultural en la atención integral en salud.	\$ 434.441.000
		Discapacidad	Lograr que en 27 municipios con presencia de población étnica, se adopten estrategias de enfoque etnocultural en la atención integral en salud.	\$ 311.845.138
		Salud - género-habitantes de calle	Lograr que en 27 municipios con presencia de población étnica, se adopten estrategias de enfoque etnocultural en la atención integral en salud.	\$ 2.259.093.200
			Lograr al menos el 95% de población habitante de y en calle tengan garantizado el aseguramiento y el acceso para la atención en salud, en los municipios de categorías 4, 5 y 6 del Departamento.	\$ 691.733.269
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Mantener por debajo de 29 la prevalencia de exceso de peso en población de 5 a	Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos	Asistir técnicamente al 100% de las Direcciones Locales de Salud DLS para garantizar la continuidad	\$ 1.129.546.600
				\$ 401.549.993



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
	12 años, durante el período de gobierno.		fortalecimiento de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI.	
		Calidad e inocuidad de los alimentos.	Monitorear al menos el 60 % de los escolares de instituciones públicas de los 34 municipios no certificados en educación, en los indicadores de talla y peso, durante el período de gobierno.	\$ 1.367.469.956
GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	Lograr que el 100% de las Entidades Territoriales apliquen adecuadamente el reglamento sanitario internacional RSI 2005, al 2023.	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres	Lograr que el 100% de las entidades territoriales municipales apliquen adecuadamente Reglamento Sanitario Internacional RSI 2005, durante el período de gobierno.	\$ 367.618.448
			Regular el 100% de las emergencias y desastres naturales o antrópicas que se presenten en el departamento del Valle	\$ 463.476.966
			Lograr que el 100% de las entidades territoriales municipales, cuenten con planes de gestión del riesgo en salud articulado con los actores del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres-SNPAD, al 2023.	\$ 463.476.966
	Contar con un plan de gestión de riesgo de las emergencias y desastres articulado intersectorialmente con los diferentes actores comprometidos	Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres	Lograr que el 100% de las Empresas Sociales del Estado cuenten con Planes Hospitalarios de Emergencias actualizados anualmente al 2023.	\$ 776.075.345
			Asistir al 100% de las Direcciones Locales de Salud en la formulación e implementación del	\$ 776.075.345



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
			Sistema de Emergencias Médicas durante el período de gobierno	
AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD	Mantener por encima del 95 % la cobertura de afiliación al SGSSS de la población del Valle del Cauca , anualmente durante el período de gobierno	Estrategias para garantizar el aseguramiento.	Lograr que el 100 % de las Direcciones Locales de Salud se fortalezcan para la gestión del aseguramiento, durante el período de gobierno	\$ 421.799.538.845
			Lograr que 100% de las Direcciones Locales de Salud y Empresas Administradoras de Planes de Beneficio tengan vigilancia en aseguramiento, anualmente durante el período de gobierno	\$ 961.012.200
	100% de DLS cumpliendo con funciones esenciales en salud pública, en periodo de gobierno.	Estrategias para el fortalecimiento de la regulación y conducción.	Asistir técnicamente al 100% de las entidades territoriales en la formulación de los Análisis de Situación de Salud ASIS (incluyendo el ASIS del Departamento del Valle), anualmente durante el período de gobierno.	\$ 3.718.743.633
			Lograr que el 100% de los entes territoriales departamental y municipales fortalezcan sus competencias para la elaboración, monitoreo y evaluación del plan territorial en salud, durante el periodo de gobierno.	\$ 1.137.276.756
			Difundir el 100% de los resultados de las investigaciones avaladas por el Comité de Investigaciones de la Secretaría Departamental	\$ 903.123.454



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023	
			de Salud, durante el período de gobierno.		
	Lograr que el 100% de los entes territoriales implementen la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS, durante el periodo de gobierno.	Estrategias para fortalecer la gestión administrativa y financiera.	Lograr en un 100% la implementación de los componentes del Plan de Fortalecimiento de la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.	\$ 14.140.000.457	
				\$ 195.378.454.596	
	Implementar en el 100% de las Empresas Sociales del Estado procesos de gestión de la calidad	Estrategias para garantizar la provisión adecuada servicios de salud.	Implementar en un 100% los componentes del Plan de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca.	\$ 4.488.442.141	
				\$ 15.208.006.187	
			Asistir anualmente al 100% de las DLS en el proceso de vigilancia a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio e Instituciones Hospitalarias.	\$ 1.859.371.817	
				Transferir el 100% de los recurso de destinación específica a los Hospitales Universitarios del Valle del Cauca, para mejorar sus capacidades técnicas, de infraestructura y dotación	\$ 1.062.498.182
				Lograr que el 100% de las Empresas Sociales del Estados ESE cuenten con planes para el mejoramiento de la infraestructura, dotación de equipos y ambulancias (Plan bienal en Salud aprobado).	\$ 118.313.096.088
				Lograr que el 100% de las entidades territoriales, activen espacios de participación ciudadana que contribuyan al goce	\$ 20.878.784.423
					\$ 13.413.808.853
				\$ 6.390.826.432	



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
			efectivo de los derechos de salud durante el periodo de gobierno.	
			Atender el 100% de las Particiones Quejas y Reclamos PQR tramitada a través de la oficina del Defensor del paciente, con oportunidad.	\$ 2.656.245.451
			Realizar auditoría al 100% de instituciones trasplantadoras que conforman la red de donación y Trasplantes de la regional tres, durante el período de gobierno	\$ 661.422.898
	Incrementar en 3 puntos cada año el promedio ponderado de cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad SOGC en la prestación de servicios de salud, en el período de gobierno		Alcanzar el 80% de cumplimiento del plan anual de visitas del Sistema Único de Habilitación SUH en los prestadores de servicios de salud del Valle del Cauca (línea base 75%).	\$ 6.179.197.426
			Mantener por encima del 90% el cumplimiento de la programación de seguimiento al programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC de las Direcciones Locales de Salud DLS, Empresas Sociales del Estado ESE e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS.	\$ 2.408.670.658
			Realizar al 90% de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS y Transportadoras Especiales de Pacientes TEP, seguimiento del Sistema de Información de Calidad SIC	\$ 1.593.747.273



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
			Asistir técnicamente al 100% de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS en acreditación en salud, durante el periodo de gobierno.	\$ 7.034.923.679
			Lograr que el 95% de las Empresas Sociales del Estado ESE hayan implementado la Historia Clínica HC electrónica y la telemedicina.	\$ 7.968.736.358
	Implementar un modelo integral de atención y gestión 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 comunicación, en el departamento a 2023.	Estrategias para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y sanitaria.	Lograr que el 100% de las Direcciones Locales de Salud DLS y las Unidades Primarias Generadoras de Datos UPGD cumplan con la notificación obligatoria de los eventos de interés en Salud Pública, mediante la ejecución de las acciones individuales y colectivas, durante el periodo de gobierno.	\$ 11.777.074.859
Asistir a los 41 Direcciones Locales de Salud para el fortalecimiento de la gestión del sistema de vigilancia en salud pública, en el cumplimiento de lineamientos y adherencia a las acciones, durante el periodo de gobierno.			\$ 8.554.763.941	
Lograr que el 100% de los Laboratorios la Red Departamental sean fortalecidos en los programas de control de calidad de exámenes de eventos de interés en salud pública, durante el periodo de gobiernos en salud			\$ 1.502.537.237	



DIMENSIÓN DEL PDSP - PROGRAMA	META RESULTADO	COMPONENTE DEL PDSP - SUBPROGRAMA	METAS PRODUCTO	TOTAL 2020 - 2023
			pública, durante el periodo de gobierno.	
			Lograr el sostenimiento de la certificación del Sistema de Gestión de Calidad del Laboratorio de Salud Pública Departamental, durante el periodo de gobierno	\$ 196.312.801
			Cumplimiento de al menos el 90% del plan de contingencia - componente salud - establecido para atender la contingencia ocasionada por el COVID 19, en el departamento.	\$ 97.493.977.064
			100% de los recursos transferidos por el nivel nacional, aplicados en el diagnóstico de casos de COVID 19	\$ 2.840.880.243
			Realizar dos (2) publicaciones internacionales frente al aprendizaje de la pandemia	\$ 20.000.000
				\$ 1.102.310.838.729

REFERENCIAS

- DANE. Resultados CENSO 20018
- 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.

10 ANEXOS

ANEXOS PLAN TERRITORIAL 2020-2023

- 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



ANEXO 5. Grupos de riesgos priorizados e indicadores, EAPB; Valle del Cauca 2018

EAPB	PRIORIDAD	No.
AIC EPSI - ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	10
	CONTRIBUTIVO	5
	Letalidad de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1
	Razón de mortalidad materna	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	1
	Tasa de mortalidad perinatal	1
	SUBSIDIADO	5
	Letalidad de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1
	Razón de mortalidad materna	1
	Tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	1
	Tasa de mortalidad perinatal	1
	ASMET Salud EPS SAS	10
	ASMET Salud EPS SAS	CONTRIBUTIVO
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años		1
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años		1
Porcentaje de muertes por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal		1
Razón de mortalidad materna		1
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus		1
SUBSIDIADO		5
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años		1
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años		1
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer		1
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata		1
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero		1
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO		10
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO	CONTRIBUTIVO	5
	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago	1



EAPB	PRIORIDAD	No.
	Tasa de incidencia de insuficiencia renal aguda secundaria a obstrucción	1
	SUBSIDIADO	5
	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo	1
	Costo total para la EAPB por la segunda patología de alto costo	1
	Razón de mortalidad materna	1
	Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix	1
	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	1
	CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. CAPRUIS	5
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. CAPRUIS	EXCEPCION	5
	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	1
	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	1
	COMFENALCO VALLE EPS	10
COMFENALCO VALLE EPS	CONTRIBUTIVO	5
	Prevalencia de anemia en mujeres de 10 a 13 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	1
	Tasa de años de vida potencialmente perdidos por feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1
	Tasa de mortalidad perinatal	1
	SUBSIDIADO	5
	Prevalencia de anemia en mujeres de 10 a 13 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	1
	Tasa de años de vida potencialmente perdidos por feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1
	Tasa de mortalidad perinatal	1
	COMPENSAR	5
COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	5
	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	1
	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	1
	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	1



EAPB	PRIORIDAD	No.
	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1
	Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias	1
	COOMEVA EPS S A	10
COOMEVA EPS S A	CONTRIBUTIVO	5
	Índice de envejecimiento	1
	Tasa ajustada de mortalidad por fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	1
	Tasa ajustada de mortalidad por las demás enfermedades del sistema circulatorio	1
	Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema digestivo	1
	Tasa de mortalidad en la niñez por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1
	SUBSIDIADO	5
	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias	1
	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1
	Tasa ajustada de mortalidad por septicemia, excepto neonatal	1
	COOSALUD ESS EPS-S	10
	COOSALUD ESS EPS-S	CONTRIBUTIVO
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus		1
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida		1
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas		1
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón		1
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero		1
SUBSIDIADO		5
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus		1
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida		1
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas		1
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón		1
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero		1
CRUZ BLANCA EPS		10
CRUZ BLANCA EPS		CONTRIBUTIVO
	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1



EAPB	PRIORIDAD	No.
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	1
	Tasa de mortalidad perinatal	1
	SUBSIDIADO	5
	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	1
	Tasa de mortalidad perinatal	1
	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	5
DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	EXCEPCION	5
	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	1
	Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	2
	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	5
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	EXCEPCION	5
	Porcentaje de personas atendidas por condiciones transmisibles y nutricionales por EAPB	1
	Porcentaje de personas atendidas por signos y síntomas mal definidos por EAPB	1
	Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH a 18 meses	1
	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	1
	Prevalencia registrada de VIH/Sida	1
	ECOPETROL S.A.	5
ECOPETROL S.A.	EXCEPCION	5
	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias	1
	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuerpo del útero	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	1
	EMSSANAR SAS	10
EMSSANAR SAS	CONTRIBUTIVO	5
	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB	1



EAPB	PRIORIDAD	No.
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	1
	Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1
	Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1
	SUBSIDIADO	5
	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	1
	Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1
	Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1
	EPS FAMISANAR LTDA	5
EPS FAMISANAR LTDA	CONTRIBUTIVO	5
	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	1
	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida	1
	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	1
	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles	1
	EPS SANITAS	10
EPS SANITAS	CONTRIBUTIVO	5
	Letalidad de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1
	Razón de mortalidad materna	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	1
	Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1
	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	1
	SUBSIDIADO	5
	Letalidad de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1
	Razón de mortalidad materna	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	1
	Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1
	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	1
	MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA	10
MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE	CONTRIBUTIVO	5
	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	1



EAPB	PRIORIDAD	No.
SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	1
	Porcentaje de personas atendidas por condiciones transmisibles y nutricionales por EAPB	2
	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB	1
	SUBSIDIADO	5
	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	1
	Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	1
	Tasa de mortalidad perinatal	1
	Medimas EPS S.A.S	10
Medimas EPS S.A.S	CONTRIBUTIVO	5
	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	1
	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	1
	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida	1
	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	1
	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	1
	SUBSIDIADO	5
	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	1
	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	2
	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida	1
	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	1
	NUEVA EPS	10
NUEVA EPS	CONTRIBUTIVO	5
	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	1
	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	1
	Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1
	SUBSIDIADO	5
	Porcentaje de muertes por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	1
	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	1
	Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15 a 49 años	1



EAPB	PRIORIDAD	No.
	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	1
	SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	10
SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO	5
	Razón de mortalidad materna	1
	Tasa ajustada de mortalidad por resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1
	Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema circulatorio	1
	Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años por enfermedades del sistema respiratorio	1
	Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1
	SUBSIDIADO	5
	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo	1
	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	1
	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	1
	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	1
	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	10
	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	CONTRIBUTIVO
Porcentaje de afiliados a la EAPB con enfermedad Laboral		1
Porcentaje de casos nuevos de amputación por pie diabético		1
Porcentaje de casos nuevos de endometritis o sepsis postparto		1
Tasa de incidencia de ambliopía en niños menores de 5 años		1
Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix		1
SUBSIDIADO		5
Porcentaje de afiliados a la EAPB con enfermedad Laboral		1
Porcentaje de casos nuevos de amputación por pie diabético		1
Porcentaje de casos nuevos de endometritis o sepsis postparto		1
Tasa de incidencia de ambliopía en niños menores de 5 años		1
Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix		1
SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA		10
SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA		CONTRIBUTIVO
	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida	1



EAPB	PRIORIDAD	No.
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuerpo del útero	1
	SUBSIDIADO	5
	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida	1
	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuerpo del útero	1
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD UNIVERSIDAD DE CORDOBA	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD UNIVERSIDAD DE CORDOBA	5
	EXCEPCION	5
	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo	1
	Índice de dependencia del adulto mayor	1
	Índice de vejez	1
	Número de personas afiliada a la EAPB	1
	Porcentaje de la población del departamento afiliada por EAPB	1
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UNISALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UNISALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	5
	EXCEPCION	5
	Porcentaje de personas atendidas por condiciones transmisibles y nutricionales por EAPB	2
	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB	2
	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias	1
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	EXCEPCION	5
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	1
	Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	1
	Tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas	1
	Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	1
UNIVERSIDAD DEL VALLE SERVICIO DE SALUD	UNIVERSIDAD DEL VALLE SERVICIO DE SALUD	5
	EXCEPCION	5
	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	1
	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	1
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	1



EAPB	PRIORIDAD	No.
	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	1
	Total general	200



Anexo 6. Tensiones actuales y transformadas por dimensión del Plan Decenal de Salud Pública

DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
<p>Salud Ambiental</p>	<p>El índice de riesgo de calidad del agua para consumo humano promedio para las cabeceras fue de 0,99% y centros poblados y rural disperso 37,25% durante 2019, esto significado que la calidad del agua para consumo humano representa para la salud de la población rural un riesgo medio alto, mientras que para la población de las cabeceras sin riesgo. Las coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo durante el año 2018 presentaron amplias brechas en el departamento: para las cabeceras fue de 98,5%, 95,7% y 99,9% respectivamente y centros poblados y rural disperso 74,9%; 41,3% y 64,1% respectivamente y no siempre provienen de sistemas de tratamiento de agua potable adecuados. Los aportes de carga orgánica vertida en la cuenca del río Cauca por las fuentes puntuales en el año 2015 son del orden de 186,27 Ton/día de carga orgánica medida como DBO5 y del orden de 131,60 Ton/día de SST. El mayor aporte de carga contaminante corresponde al sector municipal con un 45% del total de carga, seguido por el aporte de la Cabecera Municipal de Santiago de Cali. Por su parte, el aporte de carga contaminante vertida en la cuenta del pacífico por fuentes puntuales en el año 2015 en términos de DBO5 y SST son de 30,39 Ton/día y 25,47 Ton/día, representada por las descargas procedentes de los centros urbanos. En el año 2018, el 28,6% (12) de los municipios del departamento contaba con plantas de tratamiento de aguas residuales operando, los cuales trataron el 71% de las aguas residuales producidas en las cabeceras de los municipios.</p>	<p>A 2023 se han acortado las brechas de coberturas de acueducto para las cabeceras, centros poblados y rurales. Los índices de riesgo de calidad del agua para consumo humano promedio para el 100% de las cabeceras es SIN RIESGO y para los centros poblados y rural disperso es RIESGO MEDIO; la exposición a enfermedades asociados al consumo de agua y alimentos serán menores a (Hepatitis A: 15,7 casos por cada 100.000 habitantes; Fiebre tifoidea: 0,23 casos por cada 100.000 mil habitantes; Enfermedad diarreica aguda: 62,21 casos por cada 100.000 habitantes y los brotes por ETA, EDA y hepatitis A: 134; logrando menor incidencia en población de niños y niñas, disminuyen los efectos adversos por retraso en el crecimiento y desarrollo, los factores de riesgo para otras enfermedades y los costos para el sistema de salud. La población rural dispersa, el retorno y reubicación de población indígena y migrantes venezolanos viven en hogares con acceso a agua potable y saneamiento adecuados, lo que implica menor riesgo para la salud de la población con una mayor capacidad de gestión de los entes territoriales para proveer sistemas de tratamientos adecuados para la potabilización del agua; la deforestación y la minería ilegal en las fuentes de abastecimiento de agua han sido controlados por las autoridades competentes. La Secretaría Departamental de Salud se encuentra fortalecida ejerciendo rectoría y gobernanza sanitaria ejerciendo la gestión de la salud pública orientada a los procesos de gestión de la salud pública, la promoción de la salud y la gestión del riesgo, haciendo énfasis en la vigilancia sanitaria de la calidad del agua para consumo humano con el apoyo de la Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca a través de las acciones de inspección sanitaria a los sistemas de abasto del 100% de las cabeceras y 80% de centros poblados y rural disperso, 90% de los muestreos programados de la calidad del agua a nivel departamental y elaboración de 371 mapas de</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
		riesgo con actos administrativos en municipios de su competencia y planes de trabajo correctivos para reducir el riesgo sanitario en el 100% de los mapas de riesgo de calidad del agua para consumo humano elaborados (880/880).
Salud Ambiental	<p>El cumplimiento total de la normativa sanitaria de objetos (20.918 establecimientos) de interés de salud ambiental de competencia departamental durante el año 2019 fue de 41,7%, por categoría o componente temático se obtuvo: medicamentos y dispositivos médicos 64,8%, comerciales 42%, veterinarios y afines 41,4%, cuartelarios 41,3%, seguridad química 35,4%, diversión pública 34,3%, emisiones atmosféricas 28,8%, vivienda transitoria 25,9%, carcelarios 25%, residuos generados en la atención en salud 22,8% y equipos de protección radiológica 21,7%. En materia de aire y ruido, las principales fuentes de emisión de partículas son las fuentes móviles cerca del 60% y fuentes fijas, incluyendo los hogares; en los centros poblados y rural disperso la cobertura de gas natural conectado a la red pública fue de 8,8% en las cabeceras 80,3% y persiste la práctica en los hogares de preparar alimentos con combustible (Leña, madera, carbón mineral, carbón de leña, material de desecho, petróleo, gasolina o kerosene) en los centros poblados y rural disperso 48,04% y cabeceras 1,23%; la generación de ruido ambiental es ocasionado por fuentes fijas como bares y las discotecas, viviendas e iglesias y fuentes móviles o automotores. La generación de ruido en establecimientos públicos aumenta con el conflicto de los usos del suelo. Esto significa que en éstos espacios se presentan riesgos del consumo, físicos, químicos y biológicos, lo que conlleva al aumento de la exposición a enfermedades asociadas por factores sanitarios y ambientales, tales como el aumento de la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en menores de 5 años</p>	<p>A 2023 el cumplimiento de la normativa sanitaria de los establecimientos de interés de salud ambiental de competencia departamental es superior al 67% en los componentes temáticos: medicamentos y dispositivos médicos, comerciales, veterinarios y afines, cuartelarios, seguridad química, diversión pública, emisiones atmosféricas, vivienda transitoria, carcelarios, residuos generados en la atención en salud y equipos de protección radiológica. Las emisiones por partículas menores a 10 micras y menores a 2,5 micras no exceden el nivel máximo permisible anual y los índices de calidad del aire para estos contaminantes reportan concentraciones para la categoría buena en el ciento por ciento de los municipios que cuentan con sistemas de monitoreo fortalecidos por la autoridad ambiental. En los centros poblados y rural disperso y en las cabeceras se disminuye uso de combustibles fósiles en la cocina y son reemplazados por estufas a gas. En materia de ruido ambiental disminuyen las emisiones de ruido ambiental generadas por fuentes fijas como bares, las discotecas, industrias, viviendas e iglesias y las fuentes móviles o automotores en los municipios con mapas de ruido ambiental elaborados por la autoridad ambiental y planes de descontaminación de ruido formulados por las entidades territoriales. Con esto se disminuirán los riesgos físicos, químicos, biológicos y del consumo y la posible exposición a enfermedades asociados al consumo de agua, alimentos, por vectores, así como las relacionadas con residuos químicos e infecciosos, calidad del aire y ruido; con menores incidencias en la población de niños, niñas, adultos mayores y personas privadas de la libertad, se disminuyen los riesgos de las personas que viven con alguna enfermedad crónica de base, en especial aquellas que reciben tratamiento con algún tipo de</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>que en 2017 fue de 16,41 casos por 100.000 habitantes; con incidencia en la población de niños, niñas, adultos mayores y las personas privadas de la libertad, entre otras. Con el aumento de factores de riesgo que pueden afectar su salud, perturbación a la tranquilidad e intimidad, implicaciones económicas, sociales e individuales que incluyen gastos hospitalarios y de medicamentos, ausentismo laboral, escolar y crisis familiares y la carga económica asociada a estos eventos por el sistema de salud para el manejo de los pacientes afectados. Deficiente gestión intersectorial para abordar los determinantes sanitarios y ambientales; la economía informal que ocupa espacios públicos sin el cumplimiento de requisitos mínimos y la baja percepción del riesgo de la población, pero se ve liberada por la Secretaría Departamental de Salud que ha fortalecido la gestión de la salud pública orientada a los procesos de gestión de la salud pública, la promoción de la salud y la gestión del riesgo, especialmente el sistema de inspección, vigilancia y control sanitario, que tiene como fin identificar, eliminar o minimizar riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana por el uso o consumo de bienes y servicios, a lo largo de todas las fases de las cadenas productivas.</p>	<p>inmunosupresión, también las personas mayores de 60 años, disminuyen los gastos hospitalarios y de medicamentos, el ausentismo laboral y escolar, también la carga económica asociada a enfermedades por riesgos ambientales de los pacientes afectados. Se fortalece la acción intersectorial a través del COTSA directivo del Valle del Cauca, se cuenta con mesa técnica de calidad del aire donde se abordan los determinantes sanitarios y ambientales relacionados con la calidad del aire y ruido ambiental, se diseña e implementa el protocolo de vigilancia sanitaria y ambiental de los efectos relacionados con la calidad del aire en niños menores de 5 años en el ciento por ciento de las entidades territoriales, así mismo, se diseña e implementan los planes de descontaminación de ruido ambiental en entidades territoriales con población mayor a 100 mil habitantes en coordinación con las autoridades ambientales; la Secretaría Departamental de Salud realiza la gestión de la salud pública orientada a los procesos de gestión de la salud pública, la promoción de la salud y la gestión del riesgo.</p>
<p>Salud Ambiental</p>	<p>Para el año 2019, en el departamento del Valle del Cauca las coberturas vacunación para rabia de perros y gatos fue de 64,6% menor a las coberturas útiles esperadas del 80%, no incluyen a Santiago de Cali y el Distrito de Buenaventura. Los municipios que alcanzaron coberturas útiles de vacunación para rabia en el año 2019 para perros: 37,5% (15/40) correspondiente a los municipios: Restrepo, El Águila, La Cumbre, Calima El Darién, Versalles, Ulloa, Argelia, Bolívar, Dagua, El Dovio, Vijes, Caicedonia, Yotoco, Candelaria y La Victoria. Para gatos: 62,5% (25/40) correspondiente a los</p>	<p>A 2023 en el departamento del Valle del Cauca alcanza coberturas útiles de vacunación para rabia de perros y gatos en el ciento por ciento de municipios, con esto se mitiga el riesgo de infección por este virus en la población del departamento, también se disminuye la incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia que para el año 2019 fue 311 por cada 100.000 habitantes, evitando gastos de los pacientes y sus familias por hospitalización y de medicamentos, pérdidas de días laborales por incapacidades médicas, , así como la disminución de costos económicos al sistema de salud. Se contrarresta la circulación</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>municipios: Calima EL Darién, Ulloa, El Águila, La Cumbre, Yumbo, Vijes, Versalles, Dagua, Riofrío, Candelaria, Argelia, EL Dovio, Ansermanuevo, Bolívar, San Pedro, Yotoco, Roldanillo, Restrepo, Caicedonia, La Victoria, Guacarí, Cartago, Guadalajara de Buga y El Cerrito. El total de perros y gatos fue: 37,5% (15/40) correspondiente a los municipios: Restrepo, El Águila, La Cumbre, Calima El Darién, Versalles, Ulloa, Argelia, Bolívar, Dagua, El Dovio, Vijes, Caicedonia, Yotoco, Candelaria y La Victoria. Las bajas coberturas de vacunación antirrábica en perros y gatos es un factor que incrementa el riesgo de infección por este virus en el departamento, situación que se incrementa cuando la incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia AAPTR fue de 311 por cada 100.000 habitantes, siendo los municipios de La Cumbre y Versalles, aquellos con la mayor incidencia (865 y 707 casos por 100.000 habitantes, respectivamente), seguidos por los municipios de Andalucía, Bugalagrande, Caicedonia, Dagua, Calima El Darién, Trujillo y Vijes, que presentaron incidencia entre 609 casos por 100.000 habitantes y 690 casos por 100.000 habitantes. Los perros y los gatos provocaron 98,9% de las AAPTR. Las características demográficas y sociales de las personas agredidas o que tuvieron contacto con animales potencialmente trasmisores de la rabia, no hay diferencia significativa en la proporción de casos entre hombres y mujeres; por pertenencia étnica la mayor proporción se observa en otros grupos poblacionales; por régimen de afiliación en los regímenes contributivo y subsidiado y por área de procedencia en cabecera municipal, es decir afecta a la población general. Las implicaciones que causan la carga de mortalidad representa alta letalidad por virus de la rabia humana sumado a las cargas de morbilidad por agresiones por animales potencialmente transmisores de</p>	<p>viral, máxime cuando existen factores de riesgo de infección por este virus en el departamento, tales como la intermediación de los gatos que facilitan el paso del virus rábico silvestre a las demás animales e individuos de su entorno, circulación del virus rábico en las distintas zonas del país, primordialmente boscosas y selváticas en donde habitan murciélagos hematófagos y zorros, vectores importantes del virus; mejoran las actitudes y prácticas de la ciudadanía sobre la prevención, vigilancia y control de la rabia en animales y en humanos; de igual manera se impide cualquier exposición al virus de la rabia a casos de rabia en humanos mediante la correcta y oportuna intervención de los servicios de salud a los que acuden las personas que han sido agredidas por animales potencialmente transmisores de rabia, se fortalecen las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo enfocadas a la demanda oportuna de servicios de salud ante cualquier caso de agresión o contacto, la notificación de casos y con ello la posibilidad de inicio de tratamiento oportuno, se fortalece la acción intersectorial del Consejo Territorial de Zoonosis garantizando el bienestar animal y adecuada tenencia de mascotas, en las entidades territoriales de salud se garantiza la continuidad del talento humano, la vacuna antirrábica es suministrada oportunamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, sumado ha esto la Secretaría Departamental de Salud realiza la gestión de la salud pública orientada a los procesos de gestión de la salud pública, la promoción de la salud y la gestión del riesgo.</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>rabia implica para el paciente y su familia el aumento de gastos por hospitalización y de medicamentos, pérdidas de días laborales por incapacidades médicas, incluso situaciones de índole psicológicas producto de las secuelas físicas generadas por las lesiones, así como el aumento de costos económicos al sistema de salud. Además de las bajas coberturas de vacunación se ve reforzado por la circulación viral, existen factores de riesgo que incrementan el riesgo de infección por este virus en el departamento, tales como la intermediación de los gatos que facilitan el paso del virus rábico silvestre a las demás animales e individuos de su entorno, circulación del virus rábico en las distintas zonas del país, primordialmente boscosas y selváticas en donde habitan murciélagos hematófagos y zorros, vectores importantes del virus; las actitudes y prácticas de la ciudadanía basadas en mitos y desconocimiento sobre la prevención, vigilancia y control de la rabia en animales y en humanos; de igual manera es necesario impedir que cualquier exposición al virus de la rabia evolucione a casos de rabia en humanos mediante la correcta y oportuna intervención de los servicios de salud a los que acuden las personas que han sido agredidas por animales potencialmente transmisores de rabia, así como fortalecer las acciones de comunicación del riesgo y educación para la salud enfocadas a la demanda oportuna de servicios de salud ante cualquier caso de agresión o contacto la notificación de casos y con ello la posibilidad de inicio de tratamiento oportuno, además se requiere fortalecer la acción intersectorial del Consejo Territorial de Zoonosis que garanticen el bienestar animal y adecuada tenencia de mascotas, en las entidades territoriales de salud se debe garantizar la continuidad del talento, así como vacuna antirrábica suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior se ve</p>	



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>liberada por la Secretaría Departamental de Salud y la Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca que cuentan con las capacidades para realizar la gestión integral sectorial para alcanzar las coberturas útiles de vacunación.</p>	
<p>Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles</p>	<p>Las enfermedades no transmisibles generan aproximadamente el 79 % de la mortalidad y el 83% de la morbilidad; La transición demográfica y epidemiológica en Colombia y en el Valle del Cauca que ha generado una tendencia hacia el aumento de la población adulta, el desarrollo tecnológico, la violencia, creciente urbanización e industrialización, LA dificultad en la coordinación sectorial e intersectorial de políticas y programas sanitarios, y de control entre los actores del SGSSS, conllevan cambios de patrones de comportamiento y estilos de vida poco saludables que producen mayor incidencia de las enfermedades no transmisibles y muertes prematuras en la población económicamente activa y aumento de la AVPP ocasionando una tendencia hacia el aumento de los eventos cardiovasculares como hipertensión, obesidad, cáncer, EPOC, diabetes problemas de salud bucal, auditivos y visuales. El desarrollo e implementación del SGSSS hoy permite visualizar las enfermedades huérfanas mejorando el diagnóstico y la cobertura</p>	<p>En los próximos años (2023, el fortalecimiento de la autoridad sanitaria en los entes territoriales ha permitido la implementación de Modelos Integrales de Atención en Salud mejorando el autocuidado en los Vallecaucanos y los espacios y entornos saludables de convivencia, garantizando las condiciones de seguridad ciudadana para su goce y disfrute; lo cual se ve reflejado en conductas de hábitos y estilos de vida saludables y en el mejoramiento de los indicadores de morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles en todos los grupos poblacionales, con énfasis en la población joven y el adulto mayor. Se disminuye el costo social por los años de vida potencialmente perdidos y los costos en salud. Los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades no transmisibles, en el departamento, se fortalecen con la implementación de estrategias e intersectoriales como el deporte (IMDER), educativo, vivienda, agricultura y gobierno.</p>
<p>Convivencia Social y Salud Mental</p>	<p>Debidos a la inequidad, falta de participación social y política, desempleo, falta de acceso a la tierra, inconformidad popular frente a la situación social y política, la corrupción, la incertidumbre laboral y el desequilibrio del contexto internacional, y la constante vulneración de derechos, la exclusión, la fractura familiar; son razones que explican el surgimiento de la inseguridad, la violencia social y política en la región, e incrementa la amenaza de vulnerabilidad de derechos y la inequidad ante un efectivo desarrollo humano que alteran el estado emocional, afectivo de la</p>	<p>Debido a que la salud es la política entre las políticas, el peso en los determinantes sociales, el 43% de los factores que influyen la salud a nivel individual con la implicación que las personas que padecen una enfermedad mental grave, tienen una esperanza de vida 20 años menos respecto a la población general.</p> <p>Al 2013 Se dispondrá en cada municipios categoría 4, 5 y 6 de espacios mentalmente saludables y en los diferentes ámbitos (Entorno familiar, social, laboral, escolar) con estrategias y programas que contribuyan al desarrollo de</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>salud mental y convivencia e inciden en la iniciación , uso y abuso de SPA, y especial hincapié en la patología psíquica generada, la mortalidad general y el suicidio a la población que requiere servicios de salud metal y en el presente tienen barreras de acceso.</p> <p>Debido al retardo y desatención de las leyes 1616 de 2013, 1098 de 2006 y 1566 de 2012 el país no contaba con Políticas en materia de sustancias adictivas, ni de salud mental, se desarrolla un trabajo desarticulado, sin regulación clara, no corresponsabilidad hacia los resultados favorables en salud mental y drogas , y el ejercicio del Consejo seccional de estupefacientes no es suficiente para modificar el creciente consumo en sustancias ilegales en el dpto(comparativamente años 2011 y 2016, último año) en marihuana y cocaína aumentó de 5,5% en el 2011 a 9,2% .</p> <p>Debido a que existe subregistro e información parcial con baja crítica, y una situación de salud mental que dimensiona la realidad, priorizando epidemiológicamente y territorialmente los eventos de mayor interés, los grupos poblacionales a priorizar, incide en una planificación segmentada y afecta significativamente las medidas a tomar decisiones altamente costo efectivas en la población y territorios con mayor prevalencia</p> <p>Debido a una inoportuna atención 2 de cada 10 personas que requieren atención de necesidades y trastornos tempranamente, como son los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en la fase de iniciación de consumo y consumo recreativo que en datos superiores al 30% conllevan a patrones adictivos que generan daños irreversibles en el cerebro humano, especialmente en niños,</p>	<p>oportunidades y capacidades sociales e institucionales, que estimulen y potencialicen lo individual y colectivo para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social con estrategias de familias fuertes, Gestores escolares en salud, Centros de escucha, Zonas de orientación escolar, Tercer tiempo.</p> <p>Los entornos saludables son aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento”8los entornos saludables son aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Entornos saludables son aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento “los entornos saludables con pedagogía cultural son aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. un entorno saludable potencia y maximiza la salud de la población y contribuye al desarrollo social de la misma, la creación de entornos sanos se ha constituido en una acción prioritaria para el Gobierno Departamental que propone desarrollar en forma integral políticas, planes, programas y proyectos orientados a disminuir la</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>adolescentes y jóvenes.</p> <p>Debido a que los resultados en salud dependen del desarrollo e interacción con otros sectores no hay una evolución significativa del efecto de los determinantes sociales en beneficio de la salud, transformando indicadores de morbilidad y mortalidad especialmente evitables en salud mental en los diferentes entornos con presencia creciente de riesgos psicosociales no detectados ni intervenidos, la intersectorialidad no logra consolidarse en propuestas claras con resultados evidentes en la mejora de la salud, la no constitución del Comité Departamental de salud mental, es un ausente que actué en el dpto en favor de la salud mental , como la centralización de la estructura suprema en materia de drogas en el Dpto, no logra descentralizar a las regiones decisiones que favorablemente actúen en terreno cercano a la problemática.</p>	<p>vulnerabilidad y a mejorar las condiciones de vida de los Vallecaucanos, especialmente de los más desprotegidos.</p> <p>- Al 2023 Se constituirán zonas seguras y protegidas en las 149 Instituciones Educativas en materia de convivencia y de consumo de SPA , y se minimizara el acceso a las sustancias adictivas.</p> <p>-Al 2023 El Departamento, los 2 Distritos y 40 los municipios contarán con cartas de navegación y hojas de rutas mediante la adopción e implementaran de las Políticas Política Nacional de salud mental (Resolución 4886 de 20180), Política de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas (Resolución 089 de 2019) , Ruta Futuro. Política integral para enfrentar las drogas, la articulación con Plan integral de convivencia y seguridad ciudadana del Departamento, PISCC, mediante el desarrollo de estrategias y proyectos que materializan su implementación.</p> <p>La asociación y establecimiento de alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y la sociedad civil para crear acciones sostenibles: Se conformara espacios intersectoriales que potencialicen la salud mental, la prevención y control de las drogas :(consejo departamental de salud mental) en el Departamento y municipios, cuatro Consejos regionales de estupefacientes, y otros escenarios para incidir sobre determinantes sociales que potencialicen la convivencia, la salud mental y la mitigación y prevención del consumo de drogas.</p> <p>Al 2023 El establecimiento de normas reguladoras y leyes que garanticen un alto grado de protección contra el daño, el estigma, la exclusión y permitan la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas especialmente quienes padecen trastornos mentales, con trabajo y conformación en los 34 Municipios del Dpto</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
		<p>categoria 4, 5 y 6 redes de cuidadores y asociación de familiares y pacientes en consumo de SPA. Del 35% territorial, llegar al 85% de los municipios del dpto.</p> <p>..</p>
<p>Convivencia Social y Salud Mental</p>	<p>En el Valle del cauca, las causas externas son el grupo que más aportan a los años de vida potencialmente perdidos (3400 años perdidos por 100.00 habitantes en 2017) y afecta mayormente a la población en edad productiva, 15-44 años y los homicidios representan 5958 años de AVPP. Los homicidios son la principal causa de muertes en hombres (por causas externas), con una tasa de 165.56 x100.000, seguido de siniestralidad vial con una tasa de 28.98 x100.000 y de suicidios en Colombia, según cifras del Observatorio Nacional de Seguridad Vial para el año 2017, en el país se registraron 6479 personas fallecidas y 38.070 personas lesionadas en siniestros de tránsito. Para el año en mención, se registró en el grupo de personas de 20 a 29 años el mayor número de víctimas fatales y lesionadas alcanzando 25,34% y 30,16%, respectivamente. La baja comprensión del papel y corresponsabilidad del sector salud en reconocimiento de la siniestralidad como un problema de salud pública y su actuar desde la evitabilidad de lesiones y muertes se asocia en un 95% a aspectos relacionados con el hombre, en el que el comportamiento tiene alta relación con su ocurrencia e un evento altamente evitable, con altas externalidades. Los tipos de usuarios de las vías más comprometido son los usuarios de las motos, los peatones y las bicicletas. El Valle del Cauca tiene una tasa de mortalidad por siniestralidad vial 36% más que la paz, y en morbilidad.</p> <p>Es un evento evitable, y prevenible, e el valle del cauca 2019 entre enero y nov ocurrieron 796 muertes por siniestralidad vial. Los</p>	<p>Debido que en la violencia de género, la violencia de pareja genera daños y lesiones invisibles que alteran la convivencia familiar y es prevenible, para el cuatrienio 2020-2023 la violencia de pareja se reducirá de 38.6%, a 35%.</p> <p>A causa que en las demandas más atendidas en la línea 106 son las lesiones autoinflingidas y conducta suicida en menores de 18 años el 100% son atendidas de manera inmediata y priorizada para la canalización y seguimiento a la red de salud y protección.</p> <p>Debido que la violencia no sexual en niñas, jóvenes y adolescentes se el mantenimiento y salvaguardar la vida dentro de los límites de supervivencia con Disminuir en 10% la Violencia no sexual en mujeres 11.834 ojjjjj</p> <p>Toda conducta suicida, con intento suicidio previo, tendrá seguimiento familiar desde las direcciones locales de salud en el 85% de los municipios del Dpto. (Categoría 4, 5 y 6).</p> <p>En el cuatrienio en 15 de las 28 de las Universidades de la Región implementar un programa de prevención y control de la depresión y la conducta suicida en la comunidad Universitaria.</p> <p>La intervención Intesectorial para fomentar la cultura ciudadana y la seguridad vial para minimizar lesiones y muertes evitables en un 10%</p> <p>Se implementara en el dpto. una campaña de medios sostenida del Buen trato de cobertura en los 42 entes territoriales</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>siniestros de tránsito generan pérdidas humanas en edad productiva y reproductiva con efectos negativos incalculables para el núcleo familiar y para el país. Se ha estimado que las colisiones de vehículos motorizados tienen una repercusión económica del 1% al 3% en el PIB respectivo del país, lo que representa pérdidas estimadas de US \$500.000 millones.</p> <p>En lesiones autonflingidas. La preocupación social, institucional y de salud pública ante el evento Suicidio, para 2019 se registran 263 casos, el 85% ocurre en hombres. Entre el periodo de 1993 con 144 casos s incrementa a 222 casos en 2018. Tasa 2019 para Colombia es de 4.9x100.000hab y en El Valle 5.5x100.000 hab y en su expresión por género, la tasa en hombres es de 9.6 y relación por género, mujer- hombre es 1 :5.77 (por cada suicido que ocurre en mujeres, ocurren 5.77 suicidios en hombres. El 34% ocurre en menores de 24 años. El 50% de las personas que se suicidan, ninguno tuvo registro de atención especializada en psiquiatría, se revela la no detección temprana, prevención y el fracaso de la salud pública(wwdiariodeBurgos.es).</p> <p>Literatura refiere que al estudio de factores de riesgo, las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres: sin embargo las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 5.77 a 1.</p> <p>Los siniestros de tránsito generan pérdidas humanas en edad productiva y reproductiva con efectos negativos incalculables para el núcleo familiar y para el país. Se ha estimado que las colisiones de vehículos motorizados tienen una repercusión económica del 1% al 3% en el PIB respectivo del país, lo que representa pérdidas estimadas de US</p>	



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>\$500.000 millones</p> <p>.La violencia de género, en un comparativo de 2013 y 2018, de 4712casos asciende a 13.822, se registran u promedio de 547 casos de violencia no sexual 66%y 181de violencia sexual. 22%. La violencia no sexual se concentra en los grupos entre 20 y 29 años, siendo el mecanismo más usado objeto contundente , el agresor en 32% es a pareja y el 18% expareja . En el 46 de los casos de violencia el agresor y a victima conviven. Vijes, el Dovio, Sevilla, Guacari, Cartago son los de más altas tasa de violencia no sexual, y el V.S Argelia, ansemanuevo, yumbo, Vijes, El Cairo</p> <p>En lesiones autonflingidas. La preocupación social, institucional y de salud pública ante el evento Suicidio, para 2019 se registran 263 casos , el 85% ocurre en hombres . Entre el periodo de 1993 con 144 casos s incrementa a 222 casos en 2018.</p> <p>Tasa 2019 para Colombia es de 4.9x100.000hab y en El Valle 5.5x100.000 hab y en su expresión por género, la tasa en hombres es de 9.6 y relación por género, mujer- hombre es 1 :5.77 (por cada suicido que ocurre en mujeres, ocurren 5.77 suicidios en hombres. El 34% ocurre en menores de 24 años.</p> <p>Literatura refiere que al estudio de factores de riesgo, las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres: sin embargo las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 5.77 a 1.</p> <p>Los siniestros de tránsito generan pérdidas humanas en edad productiva y reproductiva con efectos negativos incalculables para el núcleo familiar y para el país. Se ha estimado que las colisiones de vehículos motorizados</p>	



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>tienen una repercusión económica del 1% al 3% en el PIB respectivo del país, lo que representa pérdidas estimadas de US \$500.000 millones</p> <p>.La violencia de género, en un comparativo de 2013 y 2018 , de 4712casos asciende a 13.822, se registran u promedio de 547 casos de violencia no sexual 66%y 181de violencia sexual. 22%. La violencia no sexual se concentra en los grupos entre 20 y 29 años , siendo el mecanismo más usado objeto contundente , el agresor en 32% es a pareja y el 18% expareja . En el 46 de los casos de violencia el agresor y a victima conviven. Vijes, el Dovio, Sevilla, Guacari, Cartago son los de más altas tasa de violencia no sexual, y el V.S Argelia, ansemanuevo, yumbo, Vijes, El Cairo</p>	
<p>Seguridad Alimentaria y Nutricional</p>	<p>4.1.1.1. La producción alimentaria del departamento del Valle del Cauca cubre solo el 18% de los requerimientos de energía y nutrientes de toda su población. Esta situación se deriva de la baja utilización del terreno cultivable para productos de la canasta básica, puesto que solo se utiliza el 13,5% de los suelos aptos para cultivos del departamento, que corresponden a 266.354 ha, la cual estuvo concentrada en la siembra de cultivos permanentes, el 74.45%. Le siguieron, en ese orden, los cultivos frutales en un 13.50%; en tercer lugar, estuvieron los cultivos transitorios en 8.60%. De otra parte, las hortalizas (2.26%) se ubican en cuarta posición.</p> <p>Se registró un decrecimiento del 1.7% en el inventario poblacional bovino, para el año 2017 correspondiente a 196.343 reses menos; vacas de ordeño se redujeron 10.113 de 2016 para 2017 en tanto que el Inventario Poblacional de ganado porcino en el Valle del Cauca tuvo un crecimiento de 12.87%, al pasar de cabezas de porcinos en 2016 de 836.000 a 944.000 cabezas para el</p>	<p>4.1.1.1. Al 2023 se ha implementado el Plan de Soberanía, Seguridad Alimentaria y Nutricional (Ordenanza 480 de 2018), fortaleciendo la aplicación de políticas agrarias que han incrementado la producción alimentaria y el cubrimiento de los requerimientos de energía y nutrientes de la población vallecaucana con una producción de alimentos de la canasta básica alrededor del 30% al potencializar el uso de los suelos aptos para el cultivo. Se advierte la reducción de los daños ecológicos debido a la rotación de cultivos, a restricciones y controles sobre el uso de plaguicidas y al control de la práctica de quema de la caña. Se generan condiciones atractivas para los habitantes de las zonas rurales, en capacitación y tecnificación, lo cual ha favorecido el retorno y permanencia de la población campesina.</p> <p>La sinergia generada por la conjunción de factores sociales, culturales, ambientales, económicos y políticos han fortalecido los programas para mejorar y tecnificar la producción de alimentos, potencializando su disponibilidad a nivel del hogar e influyendo permanentemente en todo el Sistema de</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>año 2017, es decir 108.000 cabezas de porcinos más.</p> <p>En el mismo lapso de 2016 a 2017 los cultivos transitorios (solo de alimentos) se redujeron en 6.244,7 Ha, solo el arroz incrementó en 98 ha; en cultivos permanentes (de alimentos) bajaron 1.491,4 ha. Para 2019 los frutales mermaron 10,4%. El dato favorable se aprecia en hortalizas que se Incrementó su producción para 2019 en 128 %, así como las raíces, bulbos y tubérculos subieron 118%.</p>	<p>Alimentación y Nutrición de los hogares, y el mejoramiento de los indicadores de malnutrición en toda la población, especialmente en menor de 5 años y entre los 18 y 64 años.</p>
<p>Seguridad Alimentaria y Nutricional</p>	<p>4.2.1.2. En el Departamento del Valle del Cauca se presentan conductas alimentarias inapropiadas que generan la doble carga de malnutrición; por una parte la desnutrición, que afecta principalmente a los menores de 5 años donde encontramos índices de desnutrición crónica del 6,0% porcentaje menor al reportado a nivel nacional que es del 13,2%; desnutrición global de 1,8 % menor al nivel nacional que reporta 3,4% situación que se agudiza por la falta de agua potable en buena parte del sector rural, inadecuada desparasitación, duración media de lactancia materna exclusiva en promedio Colombia 1 mes; Pacífico 2,4 meses, Bajo peso al nacer 9,26% (RUAF- ND 2019) (Nº total NV que pesaron menos de 2.500 gr) %BPN a término 3,13% (RUAF- ND 2019) (Nº total NV con 37 semanas de gestación, o más, que pesaron menos de 2.500 gr), con Tasa de mortalidad por desnutrición Menor de 1 año 0,54 niños por 100.000. (2019 SIVIGILA). Tasa de mortalidad por desnutrición Menor de 15 años 0,81 niños por 100.000. (2019 SIVIGILA)</p> <p>En el otro extremo de la balanza se encuentra el sobrepeso y la obesidad que en la población de 18 a 64 años alcanza una Prevalencia Obesidad de 17,9% Colombia. Valle 20,9 (ENSIN 2015)</p>	<p>4.2.1.2. El gobierno departamental al 2023 ha mantenido un plan de medios mediante el cual se emiten periódicamente pautas publicitarias por medios masivos de comunicación relacionada con hábitos alimenticios saludables, buscando neutralizar el consumo de productos que impactan negativamente la Nutrición de la población vallecaucana. Producto de este y otros esfuerzos departamentales y municipales para el mejoramiento de estilos de vida y alimentación saludable, se ha incrementado el consumo de frutas y verduras a 400 gr/día en la población. Se fortalecen los programas de detección temprana de desnutrición en menores de 5 años, y de sobrepeso y obesidad en toda la población y los programas para la mujer y la infancia centrados en lactancia materna exclusiva y adecuada practica de alimentación complementaria. Producto de estos cambios socioculturales se mantendrán los índices de bajo peso a nacer, desnutrición crónica y desnutrición global por debajo de la los indicadores nacionales así como la duración media de lactancia materna. No existe mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. El sobrepeso y la obesidad en la población de 18 a 64 años ha disminuido en un 6%.</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>Prevalencia de exceso de peso 18 a 64 años Nación 46 (2005) Valle 50,2; para 2010 Nación 51,2 y Valle 53,9 y según ENSIN 2015 Nación 56,5% y Valle 61,2%, que es generado por poca aplicación de estilos de vida saludable, (tales como el consumo excesivo de grasas, azúcares y sal), reflejado en el bajo consumo de frutas y verduras, que según el estudio nacional del año 2012, solo el 68,5% de las personas en el departamento del Valle del Cauca consume verduras, con una mediana de consumo 56,5 gramos/día y en relación a las frutas el 74,9% tienen consumo de fruta con una mediana de consumo 98,0 gramos/día, cuando lo que se espera es un consumo de 400 gr/día entre frutas y verduras.</p>	
<p>Seguridad Alimentaria y Nutricional</p>	<p>4.3.1.3. Tan solo alrededor del 49,2% de los establecimientos expendedores de alimentos (en los municipios Cat. 4, 5 y 6) cumplen con las normas sanitarias, durante el año 2019 se reportaron 150 brotes causados por ETA, (128 en municipios de Cat E, 1, 2 y 3 y los otros 22 en municipios Cat. 4, 5 y 6; el alimento implicado más veces en estas ETA fue el arroz con pollo. son generadas igualmente por las practicas inadecuadas de los manipuladores en el transporte, almacenamiento y procesamiento de los alimentos; a lo anterior se suma la poca dinámica de la población para reportar o asistir a los centros de Salud cuando se ven afectados por una toxiinfección alimentaria, a pesar de que el departamento cuenta con una buena infraestructura y Recurso Humano para realizar el análisis de los alimentos y la investigación de los casos</p>	<p>4.3.1.3 Los entes territoriales de Salud han fortalecido la Vigilancia Sanitaria de los establecimientos expendedores de alimentos logrando que al menos el 75% cumplan completamente con las normas sanitarias y la población ha fomentado la cultura de reportar los casos de ETA y presentarse a los centros de Salud cuando se ven afectados por una toxiinfección alimentaria.</p> <p>Se sigue impulsando la sensibilización a la población para que verifique el rotulado nutricional de los alimentos y tomen la mejor decisión respecto al consumo de los productos que se ofrecen en el mercado.</p> <p>Se ha logrado implementar en la población en general con énfasis en la escolarizada las plataformas NUTRIFAMI del Programa Mundial de Alimentos y Escanner Nutritional de Red PaPaz para la sensibilización sobre los contenidos nutricionales de los alimentos</p> <p>El departamento ha mejorado su infraestructura y han fortalecido las capacidades del talento humano, para realizar el análisis de los alimentos y la investigación de los casos.</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
<p>Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos</p>	<p>5.1.1.1. Debido al débil abordaje diferencial y de género con perspectiva de derechos, que limita el acceso a servicios de SSR, persiste la vulneración de derechos en atención integral y la falta de activación de rutas intersectoriales por parte de profesionales de salud. El origen de esto está en la alta rotación de personal capacitado y en su cambio por personal no capacitado en pregrado. Las consecuencias son la alta incidencia de ITS y VIH /HV en poblaciones claves (HSH prevalencia de VIH del 23,4%, mujeres trans de 18,8%, mujeres trabajadoras sexuales 1,7%, HC 3%, así como incremento de violencia sexual y de género (tasa de 228 por 100.000 hab) que afecta mayormente a jóvenes, mujeres y colectivos LGTBI, población migrante venezolana que generan discapacidad y muerte temprana por causas evitables, incrementan la transmisión materno infantil de ITS – VIH, hepatitis virales; la orfandad y pérdida de fuerza laboral de la población en edad productiva. Esta problemática se viene presentando desde hace más de 10 años en los 40 municipios y dos distritos, pero principalmente en Cali, Buenaventura, Buga, Tuluá y Cartago.</p>	<p>5.1.1.1 Al 2023 Se han fortalecido políticas y estrategias departamentales, garantizando los derechos en atención integral en jóvenes, mujeres y colectivos LGTBI, transformando los aspectos culturales que generan estigma y discriminación con personas en contexto de diversidad sexual y de género y se han activado las rutas intersectoriales permitiendo el acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva con abordaje diferencial y de género, por parte de profesionales de salud cualificados, aportando en la reducción de las tasa de incidencia de ITS y VIH-HV, así como la Violencia sexual, reduciendo la discapacidad y muerte temprana por causas evitables, la transmisión materno infantil de ITS – VIH,- HB, la orfandad y pérdida de fuerza laboral de la población en edad productiva; en los 40 municipios del departamento y distritos de Cali, Buenaventura.</p>
<p>Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos</p>	<p>5.2.2.3. La débil vigilancia y control por parte de las autoridades competentes a las EAPB y sus redes prestadoras, y la escasa participación de la comunidad en el control social, hacen que persistan las fallas en la prestación de servicios en las redes pública y privada (hay fraccionamiento de la atención, barreras administrativas, fallas en la referencia y contrarreferencia, no divulgación de derechos y rutas de atención; no hay servicios de asesoría pre concepcional, inadecuado control prenatal, parto y puerperio -incluyendo la prestación de IVE), todo esto menoscaba la calidad de la atención integral a mujeres en edad fértil y gestantes. La razón de mortalidad materna</p>	<p>5.2.2.3. Al 2023 el fortalecimiento de la autoridad sanitaria departamental, así como el control social por parte de la comunidad, ha permitido el mejoramiento de la vigilancia y control ejercida a las EAPB y a su red pública y privada prestadora de servicios de salud, reduciendo las fallas en la prestación integral de servicios a mujeres en edad fértil y gestantes relacionada con la asesoría pre-concepcional, control prenatal, parto y puerperio, incluido la prestación de IVE. Los índices de mortalidad materna y la Morbilidad Materna Extrema se han mantenido por debajo del promedio nacional, reduciéndose las discapacidades y muertes tempranas por causas evitables, así como la transmisión materno infantil de ITS – VIH-HV, la</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>temprana en 2019 fue de 28,8 casos x100.000 NV, este año la razón de mortalidad materna temprana presentó un leve incremento con relación al anterior; sin embargo, se mantiene por debajo de la meta nacional a 2015; el mayor número de casos de mortalidad materna temprana se presentó entre las edades de 20 a 34 años, la edad mínima presentada fue de 17 años y en la edad máxima presentada de 41 años, la mediana de edad fue de 28 años, Por causas agrupadas de mortalidad materna temprana, la mayor proporción corresponde a choque hemorrágico por embarazo ectópico (25%), Por tipo de causas en mortalidad temprana, el 66,7 % corresponden a causas directas, el 33,3 % a causas indirectas, las causas de mortalidad son en su mayoría evitables, y muestran un aumento en las causas indirectas, lo que indica que las mujeres se están embarazando enfermas. Las demoras son en su mayoría tipo 4 y tipo 1. Los casos de MME en 2019 fueron 1881, El porcentaje de parto institucional es 99% en el Valle del Cauca, el 91% tienen más de 4 controles prenatales, según datos de estadísticas vitales. Estos indicadores han reducido, se considera que la migración de mujeres venezolanas irregulares ha afectado las coberturas. Esta situación afecta a mujeres en edad fértil, en embarazo, parto y puerperio, produciendo un aumento de enfermedades, discapacidad y muerte temprana por causas evitables, incremento de la transmisión materna infantil de ITS – VIH-HV de la orfandad y pérdida de fuerza laboral de la población en edad productiva. Esta problemática se viene presentando desde hace más de 10 años, en los 40 municipios, principalmente en Cali, Buenaventura, Palmira, Cartago, Buga y Tuluá y su crecimiento se debe al desconocimiento de las mujeres y sus familias de sus derechos y de las rutas de atención establecidas, además de que del</p>	<p>orfandad y la pérdida de fuerza laboral de la población en edad productiva, el embarazo adolescente, la incidencia de ITS y VIH-HV en poblaciones claves y la violencia sexual y de género, específicamente en jóvenes, mujeres y colectivos LGTBI, las mujeres y sus familias conocen los derechos y rutas de atención y se identifica y controla el alto riesgo reproductivo u obstétrico, se incrementa el uso de MAC y se reduce el aborto inseguro. Se benefician las mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas de los 40 municipios, principalmente en Cali, Buenaventura, Palmira, Cartago, Buga y Tuluá.</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>60% de las mujeres embarazadas deben desplazarse a Cali o a ciudades intermedias, por el alto riesgo obstétrico que presentan. Sin embargo, y como resultado de la asistencia técnica en vigilancia y manejo de morbilidad materna extrema y uso de kits de emergencia obstétrica.</p>	
<p>Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos</p>	<p>5.2.3.4. La débil vigilancia y control, por parte de los organismos competentes, a las EAPB y sus redes prestadoras, y el poco control social por parte de la comunidad, se reflejan en la baja cobertura de adolescentes y jóvenes con los servicios amigables de las EPS del régimen contributivo y algunas EPS del subsidiado, principalmente en las áreas rurales, lo que entorpece el desarrollo de un proyecto de vida satisfactorio, con una sexualidad responsable y libre de riesgos. La tasa de fecundidad específica, en mujeres de 10 a 19 años de los municipios con alta ruralidad y en áreas urbanas marginales, supera la tasa departamental (48 por 1.000 mujeres). El incremento de los embarazos no planeados es motor de la pobreza, dado que afecta negativamente el proyecto de vida de adolescentes y jóvenes, fomenta la deserción escolar e incrementa la mortalidad materna. Esta problemática se viene presentando desde hace más de 10 años en los 40 municipios, principalmente en Caicedonia, Sevilla, Jamundí, Zarzal, Buenaventura, Palmira, Cartago, Buga, Tuluá, Bolívar, Yumbo, Candelaria, Dagua, Florida y Pradera. La no implementación de servicios de salud amigables en áreas rurales, la falta de oportunidades para estudiar, la falta de orientación para el uso del tiempo libre y de oportunidades de empleo con calidad, son factores que empeoran la situación.</p>	<p>Al 2023, el fortalecimiento de la autoridad sanitaria departamental, así como el control social por parte de la comunidad, ha permitido el mejoramiento de la vigilancia y control ejercida a las EAPB y a su red pública y privada prestadora de servicios de salud, reflejada en el incremento de adolescentes y jóvenes con acceso a los servicios amigables de las EPS del régimen contributivo y subsidiado, con énfasis en las áreas rurales, contribuyendo al desarrollo del proyecto de vida satisfactorio con una sexualidad placentera, responsable y libre de riesgos, con reducción de embarazos no planeados, reducción de la deserción escolar y reducción de pobreza, especialmente en los municipios críticos. Las Direcciones Municipales de Salud han implementado la estrategia de servicios amigables en áreas rurales, de oportunidades de estudio, de uso adecuado de tiempo libre y de empleo para desarrollo de proyecto de vida de adolescentes y jóvenes; acordes a la normatividad vigente.</p>
<p>Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles</p>	<p>6.2.2.3 El Departamento del Valle en los 42 municipios tiene una cobertura de afiliación en niños menores de 6 años de 70% en el régimen subsidiado y contributivo debido a</p>	<p>6.2.2.3. En el 2023, el fortalecimiento de la autoridad sanitaria del ente departamental en Salud con el mejoramiento de capacidades sectoriales y de la gestión transectorial, ha</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>los bajos recursos económicos para afiliación al régimen contributivo, Cobro de servicio de registro civil por la notaria en la IPS que atienden partos , estando el 30% sin afiliación al sistema general de seguridad social (SGSSS) a pesar del ajuste normativo de la afiliación a los hijos de beneficiarios para el registro inmediatamente de los Recién Nacidos, ocasionando dificultad en el acceso a los servicios de salud (PAI AIEPI) de los niños menores de 6 años sin afiliación ya que no existen recursos suficientes para su atención en las IPS públicas aumentado las enfermedades infecciosas y la mortalidad de los niños y el logro de las metas y los indicadores de resultados.</p> <p>-No contratación de equipos extramurales por las EAPB del régimen contributivo e insuficientes por las EAPB del régimen subsidiado lo que afecta el acceso a la vacunación de los diferentes grupos de edad de la población objeto del PAI.</p>	<p>logrado el 95% de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto del régimen subsidiado como contributivo de los menores de 6 años, facilitando el acceso a los servicios de salud de la IPS públicas y privadas en los programas relacionados con la infancia, contribuyendo a la disminución de la morbilidad por enfermedades infecciosas y de la mortalidad infantil.</p>
<p>Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles</p>	<p>6.2.3.4 El proceso de vigilancia de los eventos inmunoprevenibles no se da de forma oportuna y continua, ni con el reporte de la información ni con el proceso de ajuste del caso y cumplimiento de los indicadores, resultado de la debilidad en la recolección de la información y la no oportunidad en la realización de las acciones individuales y colectivas de control, debido a que no se cuenta con personal permanente durante toda la vigencia en los municipios ni en el departamento, lo que no permite que aumente el riesgo de transmisión de los eventos y por ende no tiene impacto social.</p>	<p>6.2.3.4 Al 2023, se han disminuido los índices de la morbilidad por enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil en menores de 5 años en el Departamento a través del fortalecimiento de la autoridad sanitaria del ente departamental en Salud; con el mejoramiento de capacidades sectoriales y de la gestión transectorial, logrando la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los menores de 5 años, facilitando el acceso a la atención integral en salud de esta población a través de estrategia AIEPI y el PAI en las IPS públicas y privadas.</p>
<p>Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles</p>	<p>Presencia de mortalidad y morbilidad asociada a enfermedades transmitidas por vectores - ETV en las últimas décadas en todos los grupos etarios al igual que las zoonosis, ambos, en la mayoría de los municipios del Valle del Cauca. Para el caso del Dengue, en la última década ha mostrado una tendencia sostenida al aumento reportando en promedio 7.183</p>	



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>casos por año y siendo los menores de 14 años el grupo con mayor incidencia (dengue 34% y dengue grave 38,3%) según datos del ASIS; asociado tanto a factores sociales (Comportamentales, movimientos migratorios, deficientes sistema de distribución de agua para consumo humano), como físicos (inadecuada disposición de residuos sólidos), y biológicos (co-circulación de los cuatro serotipos del virus en el departamento). Aunque existe normativa del nivel nacional y departamental que promueve la prevención y el control de criaderos del vector en las instituciones que concentran personas (Centros hospitalarios, educativos, recreativos, etc.), dicha normativa es difícil hacerla cumplir a los responsables de los establecimientos. Se realiza control químico de larvas de <i>Aedes aegypti</i> en viviendas, sitios de concentración humana y sumideros de aguas lluvia y también se realiza fumigación de insecticidas para adultos en vía pública y viviendas de los municipios priorizados y en brote. Sin embargo, los estudios de susceptibilidad a insecticidas realizados entre 2006-2019 en el LSPD indican resistencia al larvicida temefos y a algunos adulticidas piretroides en Cali, Palmira, Yumbo, Buga, Tuluá y Cartago. Como medida de control adicional, en viviendas e instituciones se brinda educación y acompañamiento en la prevención y eliminación de criaderos..</p> <p>En lo relacionado con la en leishmaniasis cutánea, los casos se concentran en hombres (82,5%), en el grupo de edad 15 a 44 años (68,3%), siendo esta la población que se encuentra en zonas de conflicto armado, cultivos ilícitos y minería ilegal, población joven y expuesta a la picadura del vector por sus actividades en áreas enzoóticas del parásito.</p> <p>Existen cuatro focos de transmisión caracterizados en el Valle del Cauca, dos</p>	



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>ubicados en zona cafetera y dos en tierras bajas de bosque húmedo tropical, donde en conjunto se han identificado siete especies asociadas con la transmisión, algunas de las cuales se colectan en el intradomicilio. Por lo anterior, los focos se han intervenido con la implementación de toldillos impregnados con insecticida. Adicionalmente, se brinda educación sobre la enfermedad, el vector y el autocuidado.</p> <p>En lo relacionado con la Malaria, hasta la semana epidemiológica 47 de 2014 se notificaron al SIVIGILA 422 casos de malaria en el departamento, predominando la especie <i>P. vivax</i> con 296 (70,1%) casos; la de mayor incidencia, seguida por <i>P. falciparum</i> con 119 (28,2%) casos, <i>P. malarie</i> con 1 (0,2%) casos y asociación <i>P vivax + P falciparum</i> con 6 (1,4%) casos. En cuanto a la distribución según el sexo, el 33,9% de los afectados por malaria fueron mujeres y 68,1 % de hombres. A lo anterior se suma la dispersión de <i>Anopheles albimanus</i> (principal vector de malaria en Colombia) en municipios del interior del Valle del Cauca, el cual encuentra sus principales criaderos en reservorios (lagos) y canales de riego de los cultivos. En algunos sitios se ha logrado la intervención con toldillos impregnados con insecticida de larga duración.</p> <p>Las agresiones de animales potencialmente transmisores de rabia se incrementaron en 17,4% del año 2013 al 2014, siendo los niños menores de 14 años lo más afectados. Los accidentes ofídicos a la semana 46 del 2014 se han notificados 113 casos, de los cuales 14 proceden de otros departamentos. El 73,7% de los casos procedentes del departamento ocurrieron en hombres y el 26,3% en mujeres. El 44,4% se presentaron en población menor de 29 años. El departamento reportó 503 casos de leptospirosis a la semana 46 de 2014, 61,8% en hombres y 38,2 eran mujeres y el 59,2% de los casos ocurrieron en menores de 29</p>	



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>años. Esto implica incremento del riesgo para la salud de la población por enfermedades transmitidas por vectores, , con el consecuente incremento de los recursos necesarios destinados por el sistema de salud para atender a la población afectada, reforzado por los efectos del cambio climático en el ciclo de reproducción y dispersión de los vectores, por la poca cultura de eliminación de los espacios de reproducción de los animales transmisores en los hogares y por el bajo impacto de las acciones de promoción y prevención de las ETV. Sin embargo, las direcciones territoriales de salud aportan a la liberación de esta situación con el desarrollo de estrategias de comunicación y movilización social para impactar conductas en la población.</p>	
<p>Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles</p>	<p>El Valle del Cauca es un departamento de alta carga para tuberculosis y Hansen, la primera presenta una incidencia de 32 casos por 100.000 habitantes, superior a la de Colombia (26x100.000) y de Hansen se diagnostican anualmente 52 casos (14%) de los que se registran en el país.</p> <p>Los municipios con mayor carga en tuberculosis son Cali, Buenaventura y los de mayor incidencia son Argelia, Caicedonia, Cartago y Jamundí. El departamento se encuentra en eliminación de la lepra con una prevalencia menor a 1 caso por 10.000 habitantes, Argelia y Buenaventura son los únicos dos municipios que superan esta prevalencia esperada por la OMS.</p> <p>El porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios en el departamento es de 59%, solo 3 municipios Buga, Cartago, Pradera y Versalles cumplen con la meta de captación. El 35% de los casos se detectan en niveles de mediana y alta complejidad de atención. El 17% de los casos de lepra presentan algún grado de discapacidad al momento del diagnóstico. Lo anterior demuestra el diagnóstico tardío en ambos eventos</p>	<p>En el 2023 el Valle del Cauca con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, el mejoramiento de capacidades intersectoriales, el seguimiento a las EAPB para la implementación de los planes departamentales estratégicos de tuberculosis y lepra logrará mejorar los indicadores hacia al fin a la tuberculosis y sostener la eliminación de la lepra: -disminuir la tasa de mortalidad por tuberculosis a menos de 1,6 casos por 100.000 habitante, al menos el 70% de los casos se diagnosticaran en el primer nivel de atención y se mantendrá el éxito de tratamiento en 85%. Se disminuirá la proporción de casos multibacilares y con discapacidad al diagnóstico de lepra.</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>(tuberculosis y Lepra).</p> <p>En tuberculosis el riesgo y la vulnerabilidad más frecuente es el VIH y los habitantes de calle: 13 municipios reportan coinfección tuberculosis/VIH superior a la del departamento (10%). El 10% de los casos de tb son habitantes de calle y/o farmacodependientes. De los 40 municipios, solo 12 reportan casos de tb en habitantes de/en calle: Andalucía (2), Ansermanuevo (1), Buga (3), Candelaria (2), Cartago (3), Dagua (1), Jamundí (1), Palmira (3), Tuluá (6), Zarzal (3), Yumbo (1) y Vijes (1.), esta población vulnerable tiene menor éxito de tratamiento (33%) comparado con 83% de éxito en todos los casos de tb.</p> <p>En Hansen la vulnerabilidad se caracteriza por la ruralidad y la adultez: el 15% de los casos registrados en los últimos 10 años viven en zona rural y el 37% son adultos mayores.</p> <p>El 83% de los casos de tb tienen éxito de tratamiento, sin embargo, el 13 % abandonan, lo cual incide en la tuberculosis Farmacorresistente</p>	
<p>Salud Pública en Emergencias y Desastres</p>	<p>7.1.1.1. El Departamento del Valle del Cauca por sus condiciones de NBI de 6,18 (bajo), es un destino elegido por los migrantes, por sus aspectos sociales (de aceptación) y económicos (posibilidad de trabajo y salario o rebusque); haciendo que la región sea un destino de traslado, con oferta de generación de empleo y de educación que produce inmigraciones de poblaciones de departamentos vecinos por las expectativas que se crean por ilusión o por considerar que pueden mejorar las que tienen.</p> <p>Lo anterior ocasiona que estos migrantes se asienten en zonas de alto riesgo, como: márgenes de ríos, zonas de ladera o rellenos sanitarios y suelos no apropiados y peligrosos para viviendas; esto causado por falta de oportunidades económicas, de estudio y desplazamiento por violencia, reforzado por la escasez de terrenos para</p>	<p>7.1.1.1. A 2021, en el Departamento del Valle del Cauca, se ha fortalecido la gestión transectorial del prevención o mitigación del riesgo ante eventos potenciales de catástrofes naturales, interviniendo las zonas de peligro, con acciones correctivas, incluidas en los planes de ordenamiento territorial, desarrollando planes y programas de Contingencia y Atención de Desastres Adicionalmente, se han formulado y puesto en práctica Políticas Públicas que han permitido del incremento en la oferta de empleo, vivienda de interés social y de educación para la población en condiciones de desplazamiento de las zonas urbano marginales, lo cual ha incidido en el mejoramiento de la calidad de vida de los vallecaucanos</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>ubicación de vivienda dotadas con servicios públicos; esta situación sucede especialmente con las poblaciones migrantes de indígenas provenientes de municipios del departamento del Cauca, población afrocolombiana proveniente de los municipios del Choco, Cauca y Nariño y población desplazada víctima de la violencia producto del conflicto armado que se desplaza desde algunas áreas del departamento de Nariño, Cauca y del Choco a la fecha ha ocurrido con 458.074 personas que se han desplazado, especialmente a zonas marginales de los municipios de Cali, Jamundí, Yumbo, Buenaventura, Buga, Yotoco, Tuluá y Cartago. A esto se debe la demanda de soluciones de viviendas, con dotación adecuada de servicios públicos, instituciones educativas, equipamiento urbano, aumento de la demanda de productos alimenticios y vestuario, demanda de trabajo.</p> <p>En el municipio de Cali se concentra un poco más de la mitad (56,4%) de la población que tiene el Departamento. Este municipio está afectado por la falla geológica Romeral compuesta por fallas paralelas y subparalelas que lo cruzan; genera una alta posibilidad de riesgo sísmico de alta intensidad, que sería de gran impacto en la población y la infraestructura, para lo cual debemos estar preparados con planes de contingencia y de atención a desastres donde se establezcan actores para su intervención oportuna y eficiente.</p>	
<p>Salud Pública en Emergencias y Desastres</p>	<p>7.2.1.2 En el Departamento del Valle Del Cauca, a través de organismos especializados (Comité de Emergencias y Desastres del Departamento, Centro Regulador de Urgencias y Coordinador de Emergencias - CRUE, Concejos Municipales de Gestión del Riesgo, Cruz Roja, Defensa Civil, Cuerpo de Bomberos Voluntarios y otros como Fuerzas Militares), se da respuesta a la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres de</p>	<p>7.2.1.2 A 2021, a nivel municipal y departamental, los organismos especializados en emergencias y desastres (Comité de Emergencias y Desastres del Departamento, Centro Regulador de Urgencias y Coordinador de Emergencias -CRUE, Concejos Municipales de Gestión del Riesgo, Cruz Roja, Defensa Civil, Cuerpo de Bomberos Voluntarios y otros como Fuerzas Militares), dan respuesta efectiva a la ocurrencia de eventos, de manera participativa y</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>manera participativa y coordinada (atención de primeros auxilios, traslado de afectados para atención hospitalaria, reubicación, dotación, alimentación, etc.). A pesar de ello, aún no se ha implementado satisfactoriamente el programa Hospitales Seguros en la totalidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Departamento, que busca la reducción del riesgo en instalaciones hospitalarias durante desastres y respondan a criterios de seguridad que permitan a sus servicios permanecer plenamente accesibles durante e inmediatamente después de un fenómeno destructivo de origen natural.</p>	<p>coordinada (atención de primeros auxilios, traslado de afectados para atención hospitalaria, reubicación, dotación, alimentación, etc.). Se implementa satisfactoriamente el programa Hospitales Seguros en la totalidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, reduciendo el riesgo en instalaciones hospitalarias durante desastres y respondiendo a criterios de seguridad, permitiendo la accesibilidad a los servicios, durante e inmediatamente después de un fenómeno destructivo de origen natural. El 80% de las instituciones de la red pública del departamento han realizado reforzamiento estructural y en el sector privado se tiene avances significativos en la mayoría de las clínicas ubicadas en las principales ciudades del Departamento.</p>
<p>Salud y Ámbito Laboral</p>	<p>En el año 2020 el Valle del Cauca tiene una población económicamente activa (PEA) de 2.535.832 trabajadores de los cuales el 67,5% que representan 1.711.686 se encuentran en condición de informalidad. Al incrementarse el trabajo formal se mejora considerablemente el poder adquisitivo de los trabajadores, los trabajadores informales en su mayoría (70%) no perciben ingresos que les permiten tener una vida digna, así pueden acceder a la seguridad alimentaria y nutricional disminuyendo los índices de mal nutrición especialmente en niños y niñas menores de 5 años. La Secretaría Departamental de Salud en unión con la oficina regional del ministerio de trabajo y la Secretaría de Agricultura, han trabajado coordinadamente con entes privados como la ANDI, cajas de compensación familiar, cámaras de comercio han convocado a la participación de los industriales y comerciantes agremiados y no agremiados. Se ha promulgado una política de oferta de empleo y desarrollo de las micro y pequeñas empresas, impulsando así el empleo formal y la disminución progresiva de los niveles de pobreza. El desempleo en el Valle del Cauca se ha disminuido pasando al 11.3% en el año</p>	<p>Se estima que un alto porcentaje de la población laboral en valle del Cauca estará cubierta por el sistema general de riesgos laborales - SGRL, se garantizarán así la protección ante una enfermedad, un accidente, una discapacidad o la muerte.</p> <p>Se hará una adecuada articulación con los diferentes actores del sistema general de riesgos laborales, para la identificación e intervención de los factores de riesgo asociados con el trabajo, para la realización de acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos laborales en los diferentes sectores de la economía, agricultura, construcción, comercio, artesanos, etc, tanto en lo urbano como lo rural en general a través de grupos de interés organizados de trabajadores del sector informal.</p> <p>Así mismo se fortalecerá un sistema de información que dará cuenta de la situación de la salud laboral en la población y se dispondrá de la línea base para la intervención de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, del sector informal de la economía. Se asignaran recursos específicos, lo que permitirá la adecuada intervención de los factores de riesgo y se propiciará el mejoramiento en la calidad de vida de la población</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>2018, se espera que en el año 2021 baje dos puntos porcentuales. La anterior situación se observa primordialmente en las grandes Ciudades (Cali, Buenaventura, Buga, Palmira, Cartago, y Tuluá). Los estamentos educativos, universitarios y tecnológicos han irradiado su accionar a zonas marginales urbanas y a zonas rurales, utilizando una estrategia que ha permitido la capacitación para el trabajo en especial a jóvenes entre los 17 y 28 años, así como el ICBF, los municipios está determinando con otros sectores personería y justicia como disminuir el trabajo infantil dando oportunidad a los padres contar con un trabajo más digno que no incluyan los niños al trabajo y se les reconozca sus derechos legales.</p>	
<p>Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables</p>	<p>El acceso a la salud es un derecho fundamental independientemente del estado legal o condición socioeconómica o financiera que se posea. Un derecho que debería ser particularmente protegido a los grupos vulnerables y en mayor riesgo de experimentar barreras en el acceso, se debe garantizar el derecho al reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad como son los adultos mayores, víctimas del conflicto, grupos étnicos, personas con discapacidad y habitantes de calle. El censo realizado por el Dane durante el 2018 muestra que el Valle del Cauca es el tercer departamento con mayor índice de envejecimiento del país con el 58%, en mujeres es del 68% y hombres del 48%; en el departamento el 14 % de la población corresponde a personas mayores de 60 años, las mujeres corresponden al 16% y hombres al 12%; en cuanto a población negra y afro, el departamento ocupa el primer lugar con 646.762 personas; la</p>	<p>A 2023 la gobernación del Valle del Cauca Atenderá los determinantes particulares que conllevan a inequidades sociales y sanitarias persistentes en los grupos vulnerables con el fin de mejorar las condiciones de acceso a los servicios sociales. La articulación y la respuesta intersectorial estarán fortalecidas con disponibilidad de recursos, con recurso humano capacitado y sensibilizado, de tal manera que la oferta para la atención integral (educación, salud, deporte, recreación, cultura, entre otros) se dé desde un enfoque diferencial de acuerdo a las necesidades, diversidades e inequidades de adultos mayores, víctimas del conflicto, grupos étnicos, personas con discapacidad y habitantes de calle, se Fomentaran las buenas prácticas de gestión y desarrollo de capacidades que favorezcan la movilización social de todos los sectores, la participación de la sociedad civil y de los grupos organizados en los procesos de planeación y control social a la ejecución de las intervenciones y recursos, disminuyendo las barreras de acceso a los servicios, brindando una atención adecuada y equilibrando las desventajas y desigualdades de la población</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>población indígena se encuentra distribuida en 29 resguardos, y 92 asentamientos, con una población total de 30.844 personas. Según el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPCD del Ministerio de Salud y Protección Social (enero 2020), en el valle del cauca existen 133.838 personas registradas de los cuales 66.731 se encuentran activos. De acuerdo al Registro Nacional de Información el valle del cauca ocupa el 4 puesto con un total 502,421 víctimas del conflicto armado. Estas cifras indican que el valle del cauca debe armonizar la normatividad establecida para la atención de cada grupo poblacional con el funcionamiento del sistema de Salud, mejorar la respuesta intersectorial (disponibilidad de recursos, sensibilización y capacitación del recurso humano), para afectar ampliamente las desigualdades que comúnmente experimentan las poblaciones con mayor vulnerabilidad. El deficiente empoderamiento comunitario y la participación de esta población en los diferentes espacios, la cultura del asistencialismo, la oferta de servicios que no están acorde a las necesidades, diversidades e inequidades de la población vulnerable, aumentan las barreras de acceso y dificultan su atención en educación, salud, deporte, recreación, cultura, entre otros) vulnerando los derechos de los sujetos y colectivos.</p>	<p>vulnerable que proteja los derechos de los sujetos y colectivos.</p>
<p>Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud</p>	<p>Desde hace más de 10 años se ha observado que capacidad de gestión de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud SGSSS para responder a los continuos cambios normativos, de acuerdo a sus competencias, ha generado que las direcciones locales de salud, las administradoras y los prestadores de servicios de salud no logren niveles óptimos de desarrollo tecnológico y administrativo para que se logre el aseguramiento universal al SGSSS (llegando a</p>	<p>Desde hace más de 10 años se ha observado que la capacidad de gestión de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud SGSSS para responder a los continuos cambios normativos, de acuerdo a sus competencias, ha generado que las Direcciones Locales de Salud DLS, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS no logren niveles óptimos de desarrollo tecnológico y administrativo para la población vallecaucana</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>94,92%) y la prestación de Servicios de Salud con calidad de la población Vallecaucana. Esta situación ha conllevado a que el perfil epidemiológico en los últimos cuatro años, en sus tasas de morbilidad y mortalidad, no presenten una disminución significativa en los indicadores de morbilidad y mortalidad ...con indicadores de afectación a todos los grupos poblacionales con mayor énfasis en la población adulta: enfermedades crónicas y adultos jóvenes: violencia, ITS , y en población general las tasas de incidencia y mortalidad de enfermedades transmitidas por vectores a que no se cumpla con los criterios de habilitación de servicios de salud en algunos prestadores de servicios de salud públicos y privados; el talento humano con déficit en el cumplimiento de sus competencias y una alta insatisfacción de los usuarios la cual se ve reflejada en el incremento de peticiones, quejas y reclamos relacionadas con la prestación de servicios de salud. Esta situación se ha manifestado, de manera gradual y diversa, desde la implementación de la ley 100 de 1991 a nivel nacional, con la conformación de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y Prestadores de Servicios de Salud Públicos y Privado con un enfoque de economía de mercado que deshumaniza y prioriza los beneficios económicos particulares sobre la atención integral en salud con enfoque de equidad y vulnerabilidad, haciendo que se amplíe la oferta y demanda de Planes Complementarios de Salud para que se acceda a servicios, a los cuales solo pude llegar un grupo poblacional reducido. Además, existen barreras geográficas y carencias tecnológicas que impiden la prestación de servicios de salud con calidad a una parte de la población. La presencia de población migrante con condiciones de salud que demandan de atención en salud, especialmente procedente de Venezuela, con incumplimiento de las normas estatales</p>	<p>disfrute de un aseguramiento universal al SGSSS (llegando a 94,92%) y de una la prestación de Servicios de Salud con calidad. Esta situación ha conllevado a que el perfil epidemiológico en los últimos cuatro años, , no presenten una disminución significativa en los indicadores de morbilidad y mortalidad en algunos problemas prioritarios de enfermedades transmisibles en varios grupos de riesgo, enfermedades crónicas principalmente en personas mayores, violencia en población joven; en población general las tasas de incidencia y mortalidad de enfermedades transmitidas por vectores a que no se cumpla con los criterios de habilitación de servicios de salud en algunos prestadores de servicios de salud públicos y privados; el talento humano con déficit en el cumplimiento de sus competencias y una alta insatisfacción de los usuarios la cual se ve reflejada en el incremento de peticiones, quejas y reclamos relacionadas con la prestación de servicios de salud. Esta situación se ha manifestado, de manera gradual y diversa, desde la implementación de la ley 100 de 1991 a nivel nacional, con la conformación de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y Prestadores de Servicios de Salud Públicos y Privado con un enfoque de economía de mercado que deshumaniza y prioriza los beneficios económicos particulares sobre la atención integral en salud con enfoque de equidad y vulnerabilidad, haciendo que se amplíe la oferta y demanda de Planes Complementarios de Salud para que se acceda a servicios, a los cuales solo pude llegar un grupo poblacional reducido. Además, existen barreras geográficas y carencias tecnológicas que impiden la prestación de servicios de salud con calidad a una parte de la población. La presencia de población migrante con condiciones de salud que demandan de atención en salud, especialmente procedente de Venezuela, con incumplimiento de las normas estatales que le garantizan la legalidad de permanencia en territorio colombiano y sin vinculación laboral estable, agudizan esta situación. No obstante, se cuenta con un Plan de</p>



DIMENSIÓN	TENSIÓN ACTUAL	TENSIÓN TRANSFORMADA
	<p>que le garantizan la legalidad de permanencia en territorio colombiano y sin vinculación laboral estable, agudizan esta situación. No obstante, se cuenta con un Plan de Desarrollo – sector Salud, un Plan Territorial de Salud, un plan financiero, un plan bienal de inversiones en salud y un programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para apoyo a las ESE del departamento, una red pública de prestación de servicios de salud que organiza y orienta la prestación de servicios de salud, de lo publica, considerando los niveles de complejidad; redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) por EPS de las cuales un alto porcentaje ya han sido habilitadas, la figura de defensor de paciente de carácter regional para atención de PQR en materia de prestación de servicios de salud, un Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de carácter departamental, por medio del cual se realizan referencias de personas que requieren atención en la mediana y alta complejidad; un equipo técnico que coordina la red regional 3 de donación de donantes y trasplantes; un equipo técnico responsable de brindar asistencia técnica para la prestación de servicios de salud con calidad y para la verificación de requisitos de habilitación a prestadores de servicios de salud, al igual que equipos técnicos y tecnológicos para apoyar la vigilancia epidemiológica de eventos de interés publica, incluyendo el Laboratorio Departamental y un Grupo de Investigación en Gestión y Estudios en Salud que apoya la investigación de eventos en salud pública y su red y con el apoyo del nivel nacional con la ley de punto final para el pago de atenciones en salud no PSB, a prestadores y aseguradores.</p>	<p>Desarrollo – sector Salud, un Plan Territorial de Salud, un plan financiero, un plan bienal de inversiones en salud y un programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para apoyo a las ESE del departamento, una red pública de prestación de servicios de salud que organiza y orienta la prestación de servicios de salud, de lo publica, considerando los niveles de complejidad; redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) por EPS de las cuales el 100% ya han sido habilitadas, la figura de defensor de paciente de carácter regional para atención de PQR en materia de prestación de servicios de salud, un Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de carácter departamental, por medio del cual se realizan referencias de personas que requieren atención en la mediana y alta complejidad; un equipo técnico que coordina la red regional 3 de donación de donantes y trasplantes; un equipo técnico responsable de brindar asistencia técnica para la prestación de servicios de salud con calidad y para la verificación de requisitos de habilitación a prestadores de servicios de salud, al igual que equipos técnicos y tecnológicos para apoyar la vigilancia epidemiológica de eventos de interés publica, incluyendo el Laboratorio Departamental y un Grupo de Investigación en Gestión y Estudios en Salud que apoya la investigación de eventos en salud pública y su red y con el apoyo del nivel nacional con la ley de punto final para el pago de atenciones en salud no PSB, a prestadores y aseguradores.</p>