

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

**REORGANIZACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE
SALUD PÚBLICOS
DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**

**MODELO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD
“EL VALLE ESTA EN VOS”**



DILIAN FRANCISCA TORO TORRES
GOBERNADORA

MARIA CRISTINA LESMES DUQUE
Secretaria Departamental de Salud

Santiago de Cali, Enero de 2017

TABLA DE CONTENIDO

I. Antecedentes.	3
II. Régimen y Naturaleza Jurídica de las Empresas Sociales del Estado	5
III. Situación actual de los hospitales según la categorización del riesgo y su situación jurídica	6
IV. Contexto de la Dimensión Externa en el Marco de la Red de Servicios Públicos de Salud a 2016	10
4.1. Población	
4.2. Aseguramiento	
4.3. Análisis de la Situación de Salud	
4.4. Descentralización en Salud	
V. Reorganización de la Red Servicios del Departamento del Valle del Cauca	22
5.1. Área Geográfica Norte	
5.2. Área Geográfica Centro Tuluá	
5.3. Área Geográfica Centro Buga	
5.4. Área Geográfica Sur Oriente	
5.5. Área Geográfica Sur Occidente	
VI. POLITICA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD (PAIS).	29
VII. Modelo Integral de Atención en Salud “EL VALLE ESTA EN VOS”	31
VIII. INVERSION	

I. ANTECEDENTES

El Departamento del Valle del Cauca en el marco del “Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud (PTRRMR)”, presento propuesta de red departamental de prestación de servicios, cuyo resultado llevo a la suscripción con el entonces Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, del convenio de desempeño 395 de 2006, el cual está en ejecución. Posteriormente y en el marco del PTRRMR, el Departamento del Valle del Cauca presento el documento técnico “Transformación de la organización de prestadores de servicios de salud públicos del Departamento del Valle del Cauca,” que resume la propuesta de red de las instituciones prestadoras de servicios de salud en desarrollo de lo determinado en el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, la cual fue viabilizada el 07 de octubre de 2013 por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Gobierno Departamental a través de Ordenanza 415 del 08 de junio de 2016 adopto el “Plan de Desarrollo del Departamento del Valle del Cauca para el periodo 2016 – 2019 : “El Valle esta en Vos” y en su Artículo 76 se autoriza a la Gobernadora del Valle del Cauca para que “durante su período de gobierno realice las gestiones pertinentes para implementar un plan departamental que permita a la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud, propender por el equilibrio financiero con el uso de recursos propios, y hacer uso de estrategias definidas por el Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda”. La voluntad política del departamento está centrada en recuperar la autoridad sanitaria, actualizar la red de prestadores de servicios de salud, garantizar atención integral en servicios de baja, mediana y alta complejidad en todo el departamento, en una organización regional, que permita fortalecer el sistema de referencia y contra referencia adecuados a las necesidades de la población y con poco gasto de bolsillo de los Vallecaucanos.

Durante la presente vigencia, la Gobernación del Valle – Secretaria Departamental de Salud presento documento de “Alcance al documento de red, organización de prestadores servicios de salud públicos del Departamento del Valle del Cauca”, el cual fue viabilizado según concepto del Ministerio de Salud y Protección Social No. 201623101955741 del 19 de Octubre de 2016, aprobación recibida en el marco de las **Resolución 000429 del 17 de Febrero de 2016** por medio de la cual se adopta la **“Política de Atención Integral en Salud”**

El marco general regulatorio y el “Modelo de Salud del Valle esta en Voz” necesariamente debe tener en cuenta la Ley 1751 de 2015, "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" artículo 2, establece la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiéndole al Estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio y que la prestación como es un servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización regulación, coordinación y control del Estado.

II. REGIMEN Y NATURALEZA JURIDICA DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

Respecto del régimen y naturaleza jurídica de las Empresas Sociales del Estado (ESE), la Corte Constitucional ha conceptuado que (i) La ley 100 de 1993 creó el sistema de seguridad social y definió en el artículo 94 la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado; (ii) Que el objeto de estas Empresas es la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado, o como parte del servicio público de seguridad social; (iii) Que estas Empresas constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, creada por el Legislador en virtud de las facultades que le confiere el artículo 150, numeral 7; (iv) Que son entes que no pueden confundirse y se diferencian claramente de los establecimientos públicos, ya que la Ley 489 de 1998, al definir en el artículo 38 la integración de la rama ejecutiva del poder público, incluyó dentro de ésta a las Empresas Sociales del Estado, reconociéndoles una categoría diferente a la de los establecimientos públicos; (v) Que estas Empresas como nueva categoría de entidades descentralizadas y concebidas con un objeto específico definido por la propia ley, de conformidad con los propósitos constitucionales que mediante su existencia persigue el Legislador, se rigen por unas reglas y una normatividad especial; (vi) Que la Ley señala que estas entidades descentralizadas son creadas por la Nación o por las entidades territoriales para la prestación de servicios de salud, en forma directa; y (vii) Que es al Legislador a quien corresponde su creación, por la propia naturaleza de creación legal de estas entidades, y que igualmente se encuentra facultado ampliamente para determinar su estructura orgánica.

Por tanto, las ESE “son una nueva categoría dentro del catálogo de entidades administrativas del orden descentralizado, que tienen naturaleza, características y especificidades propias, lo cual impide confundirlas con otro tipo de entidades públicas”. Dichas entidades tienen personería jurídica independiente, autonomía administrativa y patrimonio propio e independiente; y, por tanto, son sujetos de obligaciones y derechos (Sentencia C-171 de 07/03/12, expediente D-8666, M.P Luis Ernesto Vargas Silva).

III. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO FISCAL Y FINANCIERO DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL Y SU SITUACIÓN ACTUAL

La Ley 1438 de 2011 en el artículo 80 ordena al Ministerio de Salud y Protección Social la determinación y comunicación a las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, en atención a su situación financiera.

En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016 realiza la categorización de riesgo mediante Resoluciones 2509, 1877, 2090, 1893 y 2184, modificada esta ultima por la Resolución 3916 del 30 de Agosto de 2016, lo cual se resume en el siguiente cuadro.

**Tabla 1. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
2012 – 2016**

#	MUNICIPIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	NIVEL	RIESGO RESOL. 2509 2012	RIESGO RESOL. 1877 2013	RIESGO RESOL. 2090 2014	RIESGO RESOL. 1893 2015	RIESGO RESOL. 2184 -3916 2016
1	ALCALÁ	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO
2	ANDALUCÍA	HOSPITAL SAN VICENTE FERRER ESE	1	SIN RIESGO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO
3	ANSERMANUEVO	HOSPITAL SANTA ANA DE LOS CABALLEROS	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
4	ARGELIA	HOSPITAL PIO XII ESE	1	BAJO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	MEDIO
5	BOLÍVAR	HOSPITAL SANTA ANA ESE	1	SIN RIESGO	MEDIO	MEDIO	BAJO	SIN RIESGO
6	BUGALAGRANDE	HOSPITAL SAN BERNABE, ESE	1	SIN RIESGO	ALTO	ALTO	BAJO	MEDIO
7	CAICEDONIA	ESE HOSPITAL SANTANDER	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
8	CALI	HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL	1	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	BAJO

9	CALI	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	2	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
10	CALI	HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	2	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
11	CALI	HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO E.S.E.	2	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
12	CALI	Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.	3	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO
13	CALI	RED DE SALUD DE LADERA	1	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
14	CALI	RED DE SALUD DEL CENTRO	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
15	CALI	RED DE SALUD DEL NORTE	1	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO
16	CALI	RED DE SALUD DEL ORIENTE	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
17	CALI	RED DE SALUD SURORIENTE E.S.E	1	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	SIN RIESGO
18	CALIMA	ESE HOSPITAL SAN JORGE	1	BAJO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO
19	CANDELARIA	E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CANDELARIA	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
20	CARTAGO	IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
21	DAGUA	HOSPITAL LOCAL JOSE RUFINO VIVAS ESE	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
22	EL ÁGUILA	HOSPITAL SAN RAFAEL ESE	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	BAJO
23	EL CAIRO	ESE HOSPITAL SANTA CATALINA	1	SIN RIESGO	MEDIO	MEDIO	BAJO	MEDIO

24	EL CERRITO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
25	EL DOVIO	HOSPITAL SANTA LUCIA DE EL DOVIO VALLE	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO
26	FLORIDA	HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO
27	GINEBRA	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO
28	GUACARÍ	HOSPITAL SAN ROQUE	1	SIN RIESGO	ALTO	ALTO	BAJO	BAJO
29	GUADALAJARA DE BUGA	ES.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO	1	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
30	JAMUNDÍ	ESE HOSPITAL PILOTO JAMUNDI	1	SIN RIESGO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
31	LA CUMBRE	HOSPITAL SANTA MARGARITA ESE	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO
32	LA UNIÓN	ESE - HOSPITAL GONZALO CONTRERAS	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
33	LA VICTORIA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
34	OBANDO	ESE HOSPITAL LOCAL DE OBANDO	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
35	PALMIRA	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	ALTO	MEDIO	ALTO
36	PRADERA	ESE HOSPITAL SAN ROQUE	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
37	RESTREPO	ESE HOSPITAL SAN JOSE	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO
38	RIOFRÍO	HOSPITAL KENNEDY ESE	1	BAJO	BAJO	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO
39	ROLDANILLO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO	2	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO	MEDIO

40	SEVILLA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO	2	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO
41	SAN PEDRO	HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO	1	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
42	TORO	HOSPITAL SAGRADA FAMILIA ESE	1	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO
43	TRUJILLO	E.S.E HOSPITAL SANTA CRUZ	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO
44	TULUÁ	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE	2	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
45	TULUÁ	E.S.E HOSPITAL RUBÉN CRUZ VELEZ	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
46	ULLOA	HOSPITAL PEDRO SAENZ DIAZ	1	SIN RIESGO	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO
47	VERSALLES	ESE HOSPITAL SAN NICOLAS	1	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO	BAJO	ALTO
48	VIJES	HOSPITAL LOCAL DE VIJES	1	MEDIO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
49	YOTOCO	ESE HOSPITAL LOCAL YOTOCO	1	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	BAJO
50	YUMBO	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO	1	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
51	ZARZAL	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	2	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO	MEDIO

Fuente: Informe Equipo Técnico PSFF SDSV Área Financiera SDSV - 2016
No Incluye las ESE del Distrito de Buenaventura y las ESE Liquidadas.

Es importante tener presente en el modelo la situación actual de algunas ESE en el Departamento:

- En la primera fase de implementación del Documento de Reorganización de la Red aprobado en octubre del año 2013, se liquidaron el Hospital San Vicente de Paúl de Palmira, ESE del Orden Municipal y se liquidó el Hospital Departamental de Buenaventura.
- La Superintendencia Nacional de Salud, mediante **Resolución No. 1043 del 22 de junio de 2015**, ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar el Hospital Departamental de Cartago - E.S.E, por el término de cinco (5) meses, con el fin de superar los hallazgos, directamente relacionados con la toma de posesión. Con fecha 06 de noviembre de 2015 el Agente Interventor presentó informe técnico que determinó que agotada la fase de salvamento, no se dieron las condiciones financieras del Hospital y, en consecuencia, consideró la liquidación de la Entidad con fundamento en la grave crisis financiera. La Superintendencia Nacional de Salud, mediante **Resolución No. 2376 de fecha 20 de noviembre de 2015**, ordena la liquidación del Hospital Departamental de Cartago.
- En diciembre de 2015, mediante radicado No. 2-2015-049926 la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, informa al Superintendente Nacional de Salud, que las Empresas Sociales del Estado Hospital Isaías Duarte Cancino de Cali y Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá categorizadas en riesgo alto en la Resolución 2090 de 2014, no lograron categorizarse en riesgo medio en la Resolución No. 1893 de 2015 y en consecuencia haciendo uso de lo dispuesto en el artículo 81 de la Ley 1438 de 2011, los deja a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud.
- El 21 de diciembre de 2015, mediante oficio No. 2-2015-050383, la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, informa al Superintendente Nacional de Salud, informan sobre la evaluación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero del Hospital Universitario del Valle “ Evaristo García”, con corte a 30 de septiembre de 2015 y determino el incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, por considerar que el mecanismo adoptado no derivó en el restablecimiento de la

solidez económica y financiera de la ESE y ordena su traslado a la Superintendencia Nacional de Salud.

- Teniendo en cuenta la creación del Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico de *Buenaventura corresponde al ente distrital la organización de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, donde se había contemplado la creación de una ESE Distrital que ofertara servicios de la Baja, Mediana y Alta Complejidad* en el Puerto Marítimo y un sistema de referencia y contrarreferencia que vincule las entidades públicas de salud del Departamento del Valle como red complementaria de la población. En todo caso, la organización de esta Red es competencia del Distrito.
- En el mes de abril de 2016, mediante radicado No. 2-2016-013257 la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, informa a la señora Gobernadora del Departamento del Valle del Cauca que el PSFF presentado por el Hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa Valle, no se adoptó en los términos y condiciones previstos, y en razón a ello será causal de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con la evaluación presentada.
- En Noviembre de 2016, las Empresas Sociales del Estado, Hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa, Hospital Isaías Duarte Cancino de Cali y Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá presentaron a la Superintendencia Nacional de Salud Planes Integrales de Gestión del Riesgo los cuales tiene por objeto restablecer la solidez económica y financiera de las ESE's, permitiendo con ello asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud, a través de la definición e implementación acciones que posibiliten el equilibrio financiero sin incurrir en las medidas que hace referencia en los artículos 82.2 y 82.3 de la Ley 1438 de 2011 y la normatividad interna de la Superintendencia. Está pendiente el pronunciamiento del ente de vigilancia y control.
- El estado actual de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) y Planes de Gestión Integral del Riesgo (PGIR) de las ESE categorizadas en Riesgo Fiscal y Financiero por el Ministerio de Salud y Protección Social se resume en la siguiente tabla:

**Tabla 2. RESUMEN DE LA SITUACION ACTUAL DE PSFF – PGIR EN EL VALLE DEL CAUCA
CORTE 31 DICIEMBRE DE 2016**

MUNICIPIO	ESE	2016	SITUACION ACTUAL DE 2016
		RES. 2184 – 2016 MODIF RES. 3916	
CALI	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA"	RIESGO ALTO	Remitido a SUPERSALUD por MINHACIENDA en Diciembre de 2015. Actualmente en Ley 550 aprobada a través de Resolución 3207 del 25 de Octubre de 2016 por la Superintendencia Nacional de Salud.
CALI	HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO	RIESGO ALTO	Remitido a SUPERSALUD por MINHACIENDA Diciembre de 2015. Presento PGIR – Pendiente pronunciamiento de la Supersalud.
TULUA	HOSPITAL DPTAL TOMAS URIBE URIBE	RIESGO ALTO	Remitido a SUPERSALUD por MINHACIENDA Diciembre 2015 Presento PGIR – Pendiente pronunciamiento de la Supersalud.
ROLDANILLO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO	RIESGO MEDIO	PSFF Viabilizado por MHCP en 2014. Presento Modificación a PSFF en 2016 y fue aprobada por MHCP (Radicado 2-2016-040720 del 31 de Octubre de 2016)
ZARZAL	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	RIESGO MEDIO	PSFF Viabilizado por MHCP en 2014. Presento Modificación a PSFF en 2016 y no fue aprobada por MHCP. Se recomienda presentar Modificación al PSFF en 2017.
ARGELIA	HOSPITAL PIO XII	RIESGO MEDIO	Fue categorizado en Riesgo Fiscal y Financiero Medio para la presente vigencia. Presento PSFF. Pendiente concepto del MHCP.
BUGALAGRAN DE	HOSPITAL SAN BERNABE, ESE	RIESGO MEDIO	Fue categorizado en Riesgo Fiscal y Financiero Medio para la presente vigencia. Presento PSFF. Pendiente concepto del MHCP.
EL CAIRO	ESE HOSPITAL SANTA CATALINA	RIESGO MEDIO	Fue categorizado en Riesgo Fiscal y Financiero Medio para la presente vigencia. Presento PSFF el cual no cumplió con los términos de presentación declarándose extemporáneo y remitiéndose a la Superintendencia Nacional de Salud.
GINEBRA	HOSPITAL DEL ROSARIO	RIESGO MEDIO	Fue categorizado en Riesgo Fiscal y Financiero Medio para la presente vigencia. Presento PSFF. Pendiente concepto del MHCP.
PALMIRA	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO	RIESGO ALTO	PSFF Viabilizado por MHCP en 2015. Presento Modificación a PSFF en 2016 y fue aprobada por MHCP (Radicado 2-2016-041370 del 03 de Noviembre de 2016)
TORO	HOSPITAL SAGRADA FAMILIA	RIESGO ALTO	Categorizado por el Ministerio de Salud en Riesgo Alto, actualmente ejecuta PSFF viabilizado por el MHCP en 2014. Se recomienda presentar Modificación al PSFF en la vigencia 2017.
ULLOA	PEDRO SAENZ DIAZ	RIESGO ALTO	MINHACIENDA no viabilizó el PSFF 2015. Remitido a SUPERSALUD por MINHACIENDA en Abril de 2016. Presento PGIR en Noviembre de 2016 a la Superintendencia Nacional de Salud.
VERSALLES	ESE HOSPITAL SAN NICOLAS	RIESGO ALTO	Fue categorizado en Riesgo Fiscal y Financiero Medio para la presente vigencia. Presento PSFF. Pendiente concepto del MHCP.

Fuente: Equipo Técnico Asesor PSFF – PGIR SDSV- 2016

IV. CONTEXTO DE LA DIMENSIÓN EXTERNA EN EL MARCO DE LA RED DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

4.1 Población

La población total del Departamento del Valle del Cauca para el año 2016, según las proyecciones del Censo DANE 2005, fue de 4.660.741 habitantes, de los cuales 2.403.183 (48.5%) son hombres y 2.257.558 (51.5%) son mujeres. La ciudad de Cali tiene una población de 2.394.925 habitantes, lo que representa el 51% del total de la población, de los cuales 1.144.848 (48%) son hombres y 1.250.077 (52%) son mujeres, por área de residencia, el 98% de los habitantes del Municipio viven en la cabecera municipal y 2% en el área rural. Por área de residencia, el 87% de los habitantes del Departamento viven en las cabeceras municipales y 13% en el área rural.

Organización de Áreas Geográficas en el marco del Documento de Red.

De acuerdo a la Organización de los Prestadores de Servicios de Salud Públicos del Departamento del Valle del Cauca, la red pública está organizada en cinco áreas geográficas, teniendo en cuenta las vías de acceso, el perfil epidemiológico, el enfoque de riesgo, las condiciones sociales, culturales y económicas de la población, así:

AREAS GEOGRAFICAS DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA 2016



Fuente: Diseño Grupo Técnico SDSV – 2016

- Área geográfica Norte
- Área geográfica Centro Tuluá
- Área geográfica Centro Buga
- Área geográfica Suroriente
- Área geográfica Suroccidente

El Área Geográfica Norte está conformada por 13 municipios: Cartago, Alcalá, Ansermanuevo, Argelia, El Águila, El Cairo, Obando, Ulloa, Zarzal, La Unión, La Victoria, Toro y Versalles. Los municipios están conectados por vías principales como la vía Panamericana y Panorama y entre ellos conectados por vías secundarias en buen estado. Esta Área ha sido definida teniendo en cuenta las características de la población, de ascendencia paisa, con vías comerciales comunes y costumbres.

El Área Geográfica Centro Tuluá está conformada por 11 municipios: Tuluá, Roldanillo, Andalucía, Bolívar, Bugalagrande, Caicedonia, El Dovio, Riofrío, San Pedro, Sevilla y Trujillo. Esta Área dispone de dos vías principales, la Carretera Panamericana que cruza el Departamento y lo comunica con el resto del País, construida en doble calzada desde el municipio de Santiago de Cali a Cartago y la vía Panorama que une los municipios ubicados en la margen derecha del río Cauca de Santiago de Cali a Roldanillo. Intermunicipalmente esta área geográfica tiene comunicación por vías carretables, pavimentadas a las cabeceras municipales y en afirmado a la totalidad de corregimientos y veredas. El área ha sido definida teniendo en cuenta las vías de acceso de los pobladores que tienen como centro comercial la ciudad de Tuluá.

El Área Geográfica Centro Buga está conformada por 6 municipios: Guadalajara de Buga, Ginebra, Guacarí, Restrepo, Yotoco y Calima-El Darién. Es una región eco turística, perfectamente conectada por vías primarias pavimentadas y en un alto porcentaje de tramos en doble calzada. La prestación de servicios de salud del Área Geográfica Centro Buga se caracteriza por las alianzas público privadas, una estructura de prestación de servicio en cada municipio, y la prestación de la mediana complejidad por la Fundación Hospital San José, entidad de origen privado pero que ha servicio a la red del Valle del Cauca históricamente.

El Área Geográfica Suroriente está conformada por 5 municipios: Palmira, Candelaria, El Cerrito, Florida y Pradera. Esta área dispone de una vía principal, la carretera Panamericana que cruza el Departamento y lo comunica con el resto del

País, construida en doble calzada de Cali a Palmira y de aquí al municipio de El Cerrito. Intermunicipalmente la región tiene comunicación por vías carreteables, pavimentadas a las cabeceras municipales y en afirmado a la totalidad de corregimientos y veredas. La Ciudad de Palmira cuenta con el Aeropuerto Internacional Alfonso Bonilla que sirve al Departamento.

El Área Geográfica Suroccidente está conformada por 6 municipios: Santiago de Cali, Dagua, Jamundí, La Cumbre, Vijes y Yumbo. Se caracteriza por la pérdida de límites entre ellos y la ciudad de Cali, especialmente Jamundí y Yumbo. Están interconectados por vías de excelente calidad y a la distancia máxima entre ellos es de 30 minutos.

**Tabla 4. VARIACIÓN POBLACIÓN POR ÁREAS GEOGRAFICAS.
VALLE DEL CAUCA 2013 – 2016**

Área geográfica	Población DANE 2013	Población DANE 2016	Variación
Subtotal Población Área Geográfica Norte	336,695	343,036	-1.85%
Subtotal Población Área Geográfica Centro Tulua	428,208	432,818	-1.07%
Subtotal Población Área Geográfica Centro Buga	217,771	219,456	-0.77%
Subtotal Población Área Geográfica Sur Oriente	548,399	561,547	-2.34%
Subtotal Población Área Geográfica Sur Occidente	2,604,497	2,696,022	-3.39%
TOTAL VALLE (Sin incluir Distrito Buenaventura)	4,135,570	4,252,879	-2.76%

Fuente: Secretaría de Salud del Valle, Construcción Propia. – 2016 -
No se incluye el Distrito de Buenaventura

Durante el periodo 2013 a 2016 el Valle refleja decrecimiento de su población siendo la más significativa la observada en el área geográfica Sur Occidente y la más moderada en el área Centro Buga con el 0.77

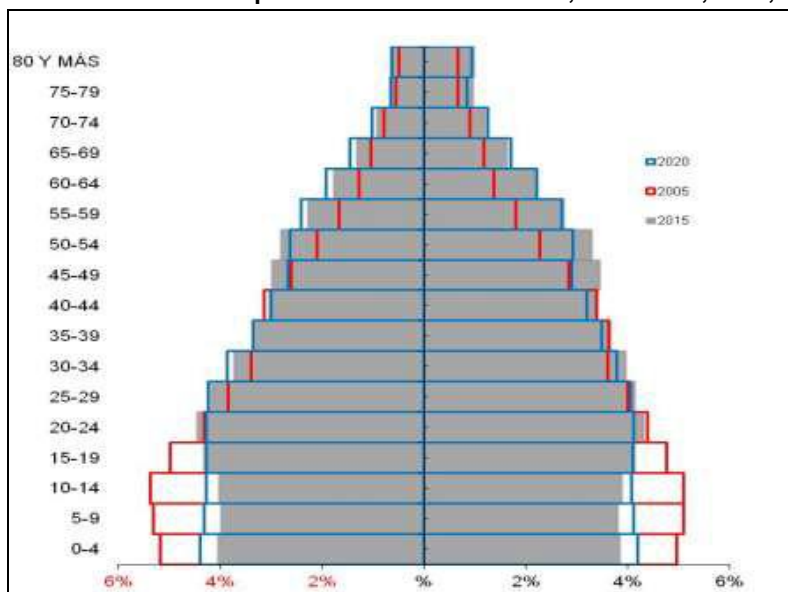
4.2. ASEGURAMIENTO

La población del Valle del Cauca a noviembre de 2016 tenía una cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de 91.49% (4.263.932 habitantes), con referencia a la proyección de la población DANE para el Departamento a diciembre del año 2016 (4.660.438 habitantes), con un total de afiliados al SGSSS del 52.94% (2.467.267 habitantes) en el régimen contributivo, el 37.35% (1.740.778 habitantes) en el subsidiado y el 1.2% (55.878 habitantes) en el régimen de excepción, para una cobertura total del 91.49% (4.263.923 habitantes.). El 8.51% (396.515 habitantes) corresponden a población sin aseguramiento, de los cuales 104.870 habitantes corresponden a población pobre no asegurada-PPNA.

Se espera que con el desarrollo de esta región se incremente la población afiliada a régimen contributivo y que un mayor número de personas pobres y vulnerables logren afiliación al régimen subsidiado.

4.3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

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



Fuente: DANE - ASIS Valle del Cauca 2015

La Pirámide poblacional que actualmente presenta el Valle del Cauca es constrictiva, lo que significa que el Departamento se encuentra en transición demográfica, es decir que pasa de altos a bajos niveles de natalidad y mortalidad, de lo que se infiere una mejoría de las condiciones de la población en términos de necesidades básicas satisfechas e indicadores generales de desarrollo que influyen directamente sobre la salud de la población del Departamento.

Analizando los ciclos vitales se puede observar una tendencia a la disminución en la población de la primera infancia, infancia y adolescencia, que corresponde de los 0 a los 18 años, fluctuando de aportar un 37% en el año 2005 a un 30% en el 2015.

4.3.1. Índices Demográficos – Interpretación y Resultados – Valle del Cauca 2015

*Relación hombre/mujer Representa la relación entre hombre y mujeres. En el año 2015 por cada 100 mujeres hay 93,99 hombres.

*Razón niños mujer. Representa la relación entre niños y mujeres en edad fértil. En el año 2015 por cada 100 mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) hay 29,18 niños y niñas entre 0 y 4 años.

*Índice de infancia. Representa la relación entre los menores de 15 años y la población total. En el año 2015 por cada 100 personas 23,54 eran población menor de 15 años.

*Índice de juventud Representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total. En el año 2015 por cada 100 personas, 26 tienen entre 15 y 29 años.

*Índice de vejez Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año 2015 de cada 100 personas, 8,32 tienen 65 años o más.

*Índice de envejecimiento. Representa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. En el año 2015 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 35,36 personas mayores de 65 años

*Índice demográfico de dependencia. Representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2015 de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 46,79 menores de 15 y mayores de 65 años

*Índice de dependencia infantil Representa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2015, de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 34,56 personas menores de 15 años.

*Índice de dependencia mayores Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2015, de cada 100 personas entre 15 y 64 años 12,22 tienen más de 65 años.

*Índice de Friz Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. 2005=137,2015=117 y 2020=110, lo muestra que el Valle del Cauca tiene una población madura

4.3.2. Dinámica Demográfica – Valle del Cauca 2015

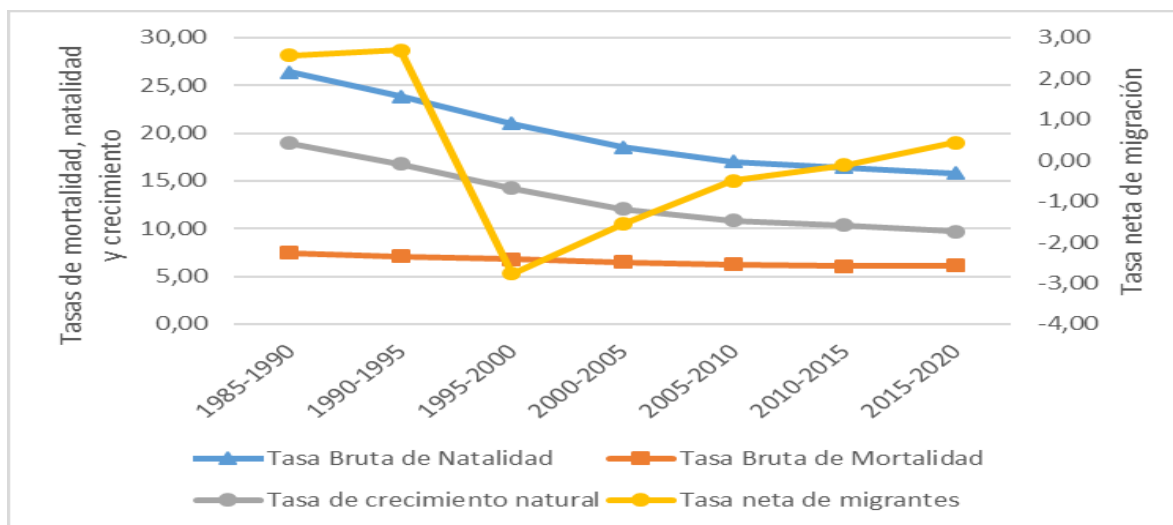
*Tasa de Crecimiento Natural: En el Valle del Cauca para el periodo 2010 – 2015 por cada 1000 habitantes de su población total, su tamaño crece en 10,37 personas, siendo este valor más bajo que el de Colombia (13,07)

*Tasa Bruta de Natalidad: En el Valle del Cauca para el periodo 2010 – 2015 por cada 1000 personas de la población, se presentan 16,44 número de nacidos vivos. En Colombia son 18,88 nacidos vivos

*Tasa Bruta de Mortalidad: Por cada 1000 habitantes de la población del Valle, para el periodo 2010 – 2015, mueren en un año 6,07 personas.

*Tasa Neta de Migración: Para el periodo 2010 – 2015 la tasa neta de migración es de -0,12 en el Departamento, es decir por cada mil personas del Valle salen 0,12 (o 12 por cada 100.000). En Colombia es -1,59. Esto significa que tanto en Colombia como en el Valle son más las personas que salen (emigrantes) que los que llegan (inmigrantes), aunque la nación presenta un indicador superior al del Valle.

Figura. COMPARACIÓN ENTRE LA TASA DE CRECIMIENTO NATURAL Y LAS TASAS BRUTAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD Y DE MIGRANTES DEL DEPARTAMENTO, PERIODO 1985 – 2020.



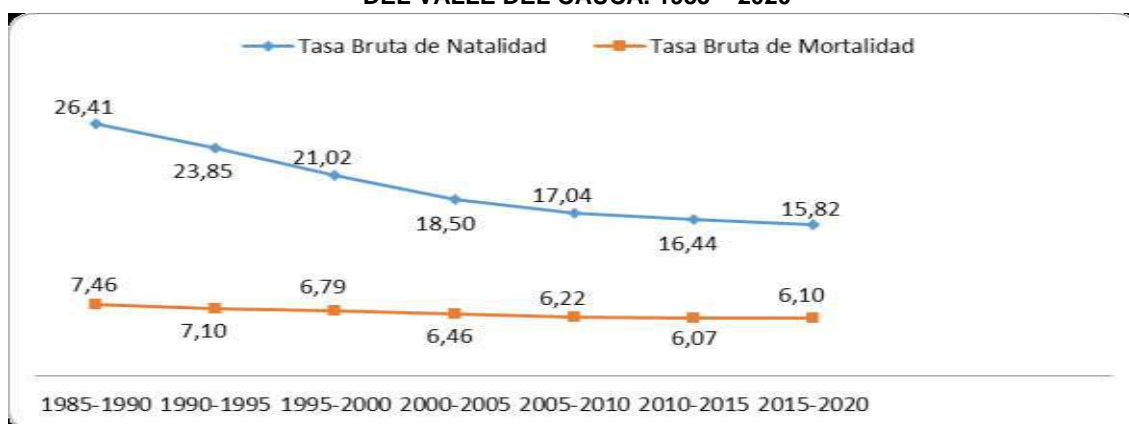
Fuente: DANE

La Tasa Bruta de Natalidad viene disminuyendo paulatinamente a través del tiempo, alcanzando un valor máximo de 26,41 por mil habitantes en el quinquenio 85 – 90,

mientras para el quinquenio 2010 – 2015 es 16,44 lo cual se traduce en una disminución de 37% en la tasa de natalidad.

De otro lado la Tasa Bruta de Mortalidad en el Valle ha tenido una leve tendencia a la disminución alcanzando su punto más bajo en el quinquenio 2010 – 2015 (6,07) y el más alto en el quinquenio 85 – 90 (7,46), lo que se traduce en una disminución del 18%. Es decir, al haber menos muertes y menos nacimientos en la población, se corrobora la pirámide poblacional que muestra una población con tendencia al envejecimiento.

Figura. COMPARACIÓN ENTRE TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA. 1985 – 2020

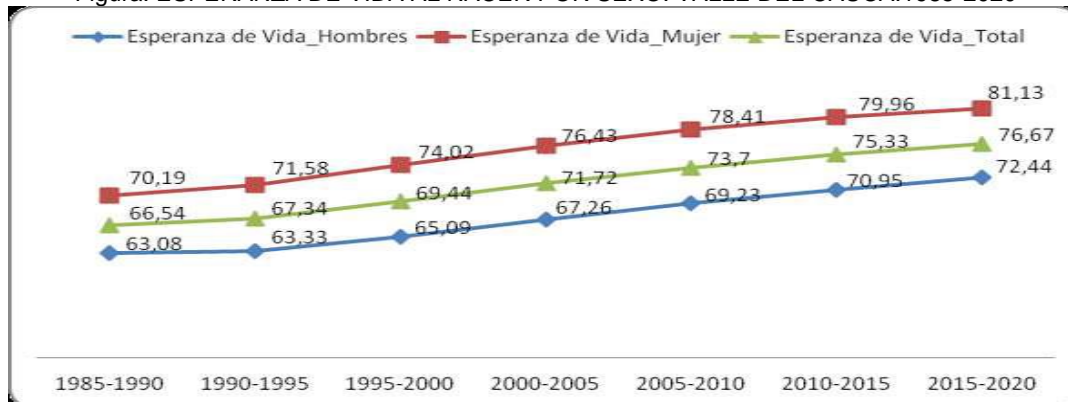


Fuente: DANE

4.3.3. Esperanza de Vida

La esperanza de vida expresa el número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período bajo observación.

Figura. ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO. VALLE DEL CAUCA. 1985-2020



Fuente: DANE

El Valle del Cauca, tiene para los hombres una expectativa de vida para el quinquenio del 2010 al 2015 de 70,95 años (72,07 en Colombia) y en las mujeres de 79,96 (78,54 en Colombia), lo que nos permite establecer que tanto en el Valle como en la nación las mujeres presentan una mayor expectativa de vida que los hombres y también que los hombres del Valle presentan menor expectativa de vida que en el total de la nación. Esto se explica posiblemente por las altas tasas de homicidio en hombres del departamento.

4.3.4. Análisis de la mortalidad

Tasas ajustadas por edad de la mortalidad por grandes causas en el Valle del Cauca

En la población general del Valle del Cauca son las muertes por enfermedades del sistema circulatorio las que presentan mayor incidencia según las tasas ajustadas, alcanzando un pico máximo de 191,36 por 100.000 habitantes en el año 2005 y un mínimo en el año 2012 (150,04). El grupo denominado como las demás causas ocupa el segundo lugar, alcanzando un punto máximo de 146,19 por 100.000 habitantes en el año 2006, y un punto mínimo en el 2012 con 122,64. Este evento también presenta una tendencia a la reducción en el tiempo. Las causas externas ocupan el tercer lugar en la incidencia según las tasas ajustadas, alcanzando un pico máximo de 127,08 por cada 100.000 habitantes y un mínimo de 104,08 en el año 2013. La tendencia de esta causa de muerte es a la reducción sostenida. Se resalta también la alta incidencia de las neoplasias, la mortalidad por este grupo de enfermedades alcanza el pico máximo en el año 2005 (111,41 por 100.000 habitantes) y su mínima expresión en el año 2011 (100,39). El comportamiento de la tendencia en el tiempo es a la reducción.

Tabla. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD EN POBLACIÓN GENERAL DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA 2005 – 2013

CAUSAS MORTALIDAD	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades transmisibles	50.8	48.25	48.41	39.16	38.2	37.46	36.61	38.73	36.46
Neoplasias	111.41	109.56	108.02	103.64	107.29	105.95	100.39	101.3	101.18
Enfermedades sistema circulatorio	191.37	182.66	176.21	167.68	168.83	160.67	153.03	150.04	151.11
Afecciones periodo perinatal	9.99	9.15	9.61	10.02	7.59	6.78	7.38	7.69	6.68
Causas externas	127.08	124.68	120.55	110.76	113.03	112.75	114.35	110.73	104.08
Las demás causas	145.22	146.19	140.34	145.56	135.12	133.81	125.21	122.64	125.43
Signos y síntomas mal definidos	3.88	4.21	4.56	5.84	5.94	6.43	11.44	5.37	5.41

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

4.4. DESCENTRALIZACION EN EL VALLE DEL CAUCA

En este marco general también debemos tener en cuenta que de los cuarenta y un (41) municipios del Valle, once (11) municipios (26.8%) están descentralizados en salud y educación.

TABLA 3. MUNICIPIOS DESCENTRALIZADOS, VALLE DEL CAUCA. 2016

MUNICIPIO	ACTO ADMINISTRATIVO	FECHA	CATEGORIA
Buga	Decreto No 2689	Diciembre 26 /94	3
Cali	Resolución Ministerial 1514-19	Diciembre 16 /91	Especial
Candelaria	Decreto No 3874	Diciembre 12/ 97	4
El Cerrito	Decreto No 3875	Diciembre 12/ 97	6
Jamundí	Decreto No 3878	Diciembre 12 /97	3
Palmira	Decreto No 3067	Diciembre 30 /96	1
Sevilla	Decreto No 3872	Diciembre 12/97	6
Vijes	Decreto No 3885	Diciembre 12/97	6
Yotoco	Decreto No 3886	Diciembre 12/ 97	6
Pradera	Decreto No 0739	Diciembre 13 de 2000	6
La Cumbre	Decreto No 0742	Diciembre 13 de 2000	6

Fuente: Secretaría Departamental de Salud del Valle

DISTRITO DE BUENAVENTURA.

Teniendo en cuenta la creación del Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico de Buenaventura corresponde al ente distrital la organización de la Red de Prestadores de Servicios de Salud que incluya las ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata y la ESE Hospital San Agustín de Puerto Merizalde, con una red complementaria pública y privada para garantizar la prestación de servicios de salud a los Bonaerenses.

En cuanto a prestación de servicios de salud de los municipios descentralizados se encontraron las siguientes situaciones particulares:

El Municipio de Sevilla se descentralizó, sin embargo la prestación de servicios de baja complejidad la realiza la ESE Departamental que presta servicios de baja y media complejidad.

Los Municipios de Zarzal y Roldanillo no se descentralizaron y en cada uno se encuentra ubicada una ESE Departamental que presta los servicios de baja y media complejidad del municipio.

Los Municipios de Cartago y Tuluá no se descentralizaron en cada uno de ellos se crearon una ESE del Orden Municipal y una ESE del Orden Departamental. El Hospital Departamental de Cartago actualmente se encuentra en liquidación ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud.

V. ORGANIZACIÓN DE LA RED PUBLICA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

El sector salud del Departamento está conformado por las Direcciones Locales de Salud (DLS), ubicadas en cada uno de los 41 municipios del Departamento y el Distrito de Buenaventura, en su gran mayoría organizadas como Secretaría Municipal de Salud y en otros, especialmente en los municipios más pequeños, unidas a otras dependencias de la administración municipal, tales como vivienda o bienestar social, entre otros.

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.

El Departamento del Valle del Cauca en el marco del “Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud (PTRRMR)”, presento ante el Ministerio la propuesta de red departamental de prestación de servicios, cuyo resultado llevo a la suscripción con el entonces

Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, del convenio de desempeño 395 de 2006, el cual está en ejecución.

Posteriormente y en el marco del PTRRMR- ESE, el Departamento del Valle del Cauca presentó el documento técnico “Transformación de la organización de prestadores de servicios de salud públicos del Departamento del Valle del Cauca,” que resume la propuesta de red de las instituciones prestadoras de servicios de salud en desarrollo de lo determinado en el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, la cual fue viabilizada el 07 de octubre de 2013 por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Gobierno Departamental a través de Ordenanza 415 del 08 de junio de 2016 adoptó el “Plan de Desarrollo del Departamento del Valle del Cauca para el periodo 2016 – 2019 : “El Valle esta en Vos” y en su Artículo 76 autoriza a la Gobernadora del Valle del Cauca para que “durante su período de gobierno realice las gestiones pertinentes para implementar un plan departamental que permita a la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud, propender por el equilibrio financiero con el uso de recursos propios, y hacer uso de estrategias definidas por el Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda”.

Durante la vigencia 2016, la Gobernación del Valle – Secretaria Departamental de Salud presentó documento de “Alcance al documento de red, organización de prestadores servicios de salud públicos del Departamento del Valle del Cauca”, el cual fue viabilizado según concepto del Ministerio de Salud y Protección Social No. 201623101955741 del 19 de Octubre de 2016

Esta Red quedó estructurada en **cinco (5) Áreas Geográficas, conformada por 51 ESE**, para su implementación a partir del año 2016 según el siguiente detalle:

- AREA GEOGRAFICA NORTE
- AREA GEOGRAFICA CENTRO TULUA
- AREA GEOGRAFICA CENTRO BUGA
- AREA GEOGRAFICA SUR ORIENTE
- AREA GEOGRAFICA SUR OCCIDENTE

5.1. AREA GEOGRAFICA NORTE

TABLA. PORTAFOLIO DE SERVICIOS A OFERTAR. AREA GEOGRAFICA NORTE

No	MPIO	IPS	NIVEL	CARÁCTER	SERVICIOS ACTUALES	PORTAFOLIO A IMPLEMENTAR
1	Cartago	Hospital San Juan de Dios	II	Privado	Servicios de baja, mediana y alta complejidad. Por la interdependencia de servicios.	Los servicios de Alta complejidad: UCI adultos, UCI Neonatal, Neurocirugía con UCI, alto riesgo obstétrico, unidad renal, Unidad de Salud Mental, servicios de apoyo diagnóstico, TAM. Los demás servicios en el marco del SOGC
		IPS del Municipio de Cartago ESE	I	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja complejidad. Consultas de medicina especializadas habilitadas.	Sigue igual
2	Alcalá	Hospital San Vicente de Paul	I	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja complejidad.	Sigue igual
3	Ansermanuevo	Hospital Santa Ana de los Caballeros	I	Público		
4	Argelia	Hospital Pio XII	I	Público		
5	El Águila	Hospital San Rafael	I	Público		
6	El Cairo	Hospital Santa Catalina	I	Público		
7	Obando	Hospital Local	I	Público		
8	Ulloa	Hospital Pedro Sáenz Díaz	I	Público		
9	La Unión	Hospital Gonzalo Contreras	I	Público		
10	La Victoria	Hospital Nuestra Señora de los Santos	I	Público		
11	Toro	Hospital Sagrada Familia	I	Público		
12	Versalles	Hospital San Nicolás	I	Público		
13	Zarzal	Hospital Departamental San Rafael	II	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja y mediana complejidad. Servicios ambulatorios con especialidades básicas diurnas.	Sigue igual

Fuente: Documento Red SDSV – Equipo Técnico -2016

Aspecto relevante: Intervención forzosa administrativa del Hospital Departamental de Cartago por la Superintendencia Nacional de Salud desde junio de 2015, que se dio por terminada ante la liquidación del Hospital ordenada por el Ente de Vigilancia y la operación de servicios por el Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de Cali desde el 01 enero 2016.

5.2. AREA GEOGRAFICA CENTRO TULUA

TABLA. PORTAFOLIO DE SERVICIOS A OFERTAR. AREA GEOGRAFICA CENTRO TULUA

No	MPIO	IPS	NIVEL	CARÁCTER	SERVICIOS ACTUALES	PORTAFOLIO A IMPLEMENTAR
1	Tuluá	Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe	II	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja y mediana complejidad.	Servicios de alta complejidad como: Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, Adulto, Pediátrico y Neonatal, Servicio de Oncología.
		Hospital Rubén Cruz Vélez	I	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja complejidad	Sigue igual
2	Andalucia	Hospital San Vicente Ferrer	I	Público		
3	Bolívar	Hospital Santa Ana	I	Público		
4	Bugalagrande	Hospital San Bernabé	I	Público		
5	Caicedonia	Hospital Santander	I	Público		
6	El Dovio	Hospital Santa Lucia	I	Público		
7	Riofrio	Hospital Kennedy	I	Público		
8	San Pedro	Hospital Local Ulpiano Tascón	I	Público		
9	Trujillo	Hospital Santa Cruz	I	Público		
10	Roldanillo	Hospital Departamental San Antonio	II	Público	Servicios de baja complejidad y de mediana complejidad	Servicios de mediana complejidad con especialidades básicas diurnas y Unidad de Salud Mental
11	Sevilla	Hospital Departamental Centenario	II	Público	Servicios de baja complejidad y de mediana complejidad con especialidades básicas diurnas.	Sigue igual

Fuente: Documento Red SDSV – Equipo Técnico - 2016

Aspecto Relevante: Durante la vigencia 2015 el Hospital Tomas Uribe Uribe de Tuluá no supero los indicadores administrativos, asistenciales y financieros que le permitieran mejorar su condición de riesgo fiscal razón que lo llevo a tomar medidas en la reformulación de su Plan de Acción y reorganización administrativa con resultados positivos que le han permitido mejorar la calidad en la prestación de servicios, recuperar su imagen institucional y proyectarse en el corto plazo al desarrollo de servicios de mediana y alta complejidad.

En cuanto al Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, actualmente presta servicios de mediana complejidad en horas diurnas, de lunes a viernes, posicionándose en municipios de su área de influencia cercana de acuerdo al perfil epidemiológico y el análisis de la situación de salud de la población, se requiera la ampliación hacia otros servicios principalmente el componente de Salud Mental. La apertura de nuevos servicios requiere la presentación de estudios de factibilidad teniendo en cuenta que para la vigencia 2016 fue categorizado en riesgo alto fiscal y financiero.

5.3. AREA GEOGRAFICA CENTRO BUGA

En esta área Geográfica se cuenta con la Fundación San José de Buga, entidad privada que es referente en el área geográfica Centro en la mediana y alta complejidad, la oferta de servicios de los Hospitales locales corresponde a servicios de baja complejidad.

TABLA. PORTAFOLIO DE SERVICIOS A OFERTAR. AREA GEOGRAFICA CENTRO BUGA

No	MPIO	IPS	NIVEL	CARÁCTER	SERVICIOS ACTUALES	PORTAFOLIO A IMPLEMENTAR
1	BUGA	HOSPITAL SAN JOSE	II	Privado	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja, mediana y alta complejidad	Sigue Igual
		HOSP. DIVINO NIÑO	I	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja complejidad	
2	CALIMA	HOSP. SAN JORGE	I	Público		
3	GINEBRA	HOSP. DEL ROSARIO	I	Público		
4	GUACARI	HOSP. SAN ROQUE	I	Público		
5	RESTREPO	HOSP. SAN JOSE	I	Público		
6	YOTOCO	HOSP. LOCAL	I	Público		

Fuente: Documento Red SDSV – Equipo Técnico- 2016

5.4. AREA GEOGRAFICA SUR ORIENTE

TABLA. PORTAFOLIO DE SERVICIOS A OFERTAR. AREA GEOGRAFICA SUR ORIENTE

No	MPIO	ESE	NIVEL	CARÁCTER	SERVICIOS ACTUALES	PORTAFOLIO A IMPLEMENTAR
1	Palmira	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO	I	Público	Servicios de Baja, Mediana y Alta complejidad, como la UCI actualmente tercerizada.	Otros servicios de alta complejidad: Hemodinamia y cardiología, Oncología ambulatoria y Unidad Renal.
2	Candelaria	HOSPITAL LOCAL	I	Público	Servicios de	Sigue igual

3	El Cerrito	HOSPITAL SAN RAFAEL	I	Público	Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja complejidad
4	Florida	HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA	I	Público	
5	Pradera	HOSPITAL SAN ROQUE	I	Público	

Fuente: Documento Red SDSV – Equipo Técnico - 2016

Esta Area Geográfica concentra municipios con poblaciones superiores a 50.000 habitantes y Hospitales que han desarrollado servicios ambulatorios en la mediana complejidad los cuales actualmente se encuentran habilitados..

El Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE de Palmira continuara fortaleciéndose en la prestación de servicios de mediana y alta complejidad que incluyen la prestación de servicios de Cuidados Intensivos Adultos, Neonatal y pediátrico. La apertura de nuevos servicios requiere la presentación de estudios de factibilidad teniendo en cuenta que para la vigencia 2016 fue categorizado en riesgo alto fiscal y financiero.

5.5. AREA GEOGRAFICA SUR OCCIDENTE

El Municipio de Cali, por ser la capital del departamento con alta concentración de población, presenta una organización de red propia conformada por cinco (5) Empresas Sociales del Estado de baja complejidad y debe definir conjuntamente con el Departamento el diseño de un modelo de salud territorial. Es importante reconocer que las ESE de Cali se encuentran Sin Riesgo Fiscal y financiero según la categorización del Riesgo realizada por el Ministerio de Salud.

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO es el referente más importante del Componente Complementario de prestación de servicios en la Alta Complejidad para la Red del Valle del Cauca y el Suroccidente Colombiano (Cauca, Nariño y Chocó) principalmente para la Población Pobre No Asegurada y Población afiliada al Régimen Subsidiado para atender sus afiliados en el Valle y en estos departamentos y otros referidos desde cualquier parte del país como ocurre con la Unidad de Quemados reconocida a nivel nacional por su excelente servicio y resultados.

El HUV fue categorizado en riesgo fiscal y financiero, al evaluar el comportamiento financiero, administrativo y de prestación de servicios de la ESE con corte al 31 de Diciembre de 2011, lo que resume los grandes problemas para su operación adecuada y que visibiliza las dificultades para garantizar la calidad, oportunidad, integralidad, seguridad en los servicios y para garantizar la solidez financiera que requiere para su proyección futura. Esta situación no fue superada por la ESE ante lo cual promovió en la vigencia 2016 quedar inmerso en la Ley 550 de reestructuración de pasivos, lo que aunado a un Plan de Salvamento con la participación de la Gobernación del Valle y la Universidad del Valle dio una nueva dinámica en la prestación de servicios de salud y, la práctica Docente - Investigación de la Facultad de Salud..

TABLA. PORTAFOLIO DE SERVICIOS A OFERTAR. AREA GEOGRAFICA SUR OCCIDENTE

No	MPIO	IPS	NIVEL	CARÁCTER	SERVICIOS ACTUALES	PORTAFOLIO A IMPLEMENTAR
1	Cali	Hospital Universitario del Valle Evaristo García	III	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de Baja, Mediana y Alta complejidad	Sigue igual
		Hospital Mario Correa Rengifo	II	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de Baja y Mediana complejidad. Cuenta con servicios tercerizados de UCI y de apoyo a la unidad.	Sigue igual
		Hospital Isaías Duarte Cancino	II	Público	Servicios de Hospitalización, ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de Baja y Mediana complejidad	Servicios de urgencias y demás servicios de interdepend
		Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle	II	Público	Servicios de mediana y alta complejidad en Salud Mental.	Sigue igual
		Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel	I	Público	Servicios de Promoción y Prevención, baja complejidad dirigidos al adulto mayor	Sigue igual
		Red de Salud Centro	I	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja complejidad. Consultas de Medicina Especializada de mediana complejidad de tipo ambulatorio habilitadas.	Sigue igual
		Red de Salud Ladera	I	Público		
		Red de Salud Norte	I	Público		
		Red de Salud Oriente	I	Público		
		Red de Salud Suroriente	I	Público		
2	Jamundí	Hospital Piloto Jamundí	I	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja complejidad. En servicios de mediana complejidad algunas especialidades médicas y quirúrgicas habilitadas.	Otros servicios de mediana complejidad en especialidades médicas y quirúrgicas.
3	Yumbo	Hospital La Buena Esperanza	I	Público		
4	Dagua	Hospital Local José Rufino Vivas	I	Público	Servicios de Hospitalización, Urgencias, ambulatorios, de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de baja complejidad. En servicios de mediana complejidad algunas especialidades médicas habilitadas.	Sigue igual
5	La Cumbre	Hospital Santa Margarita	I	Público		
6	Vijes	Hospital Local de Vijes	I	Público		

Fuente: Documento Red - SDSV – Equipo Técnico - 2016

La Administración Departamental concentro sus esfuerzos en generar estrategias que permitan superar la crisis financiera de las Empresas Sociales del Estado con importantes aportes en recursos y asistencia técnica para garantizar la sostenibilidad en el tiempo y cumplir con los compromisos suscritos con la sociedad civil, con los empleados y con los proveedores y acreedores de servicios.

6. POLITICA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD (PAIS)

La **POLITICA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD (PAIS)** – “Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente”, desarrolla el **MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (MIAS)** que tienen como eje articulador la conformación de **REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD** que se definen como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional en un componente primario y complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como resultados en salud.

La **RED** se define a partir de las necesidades de la población ubicada en un ámbito territorial y la caracterización de riesgo de las aseguradoras para su población afiliada en el respectivo entorno territorial, su conformación debe sustentarse en los resultados del ASIS del territorio, la caracterización de las aseguradoras y debe atender las prioridades del Plan Territorial de Salud. Por esta razón, su proceso de configuración debe incorporar los conceptos del Asegurador en cuanto a los riesgos individuales de la población asegurada, los de la entidad territorial frente a los determinantes y riesgos colectivos de las poblaciones y del conjunto de prestadores en lo concerniente a los procesos de gestión clínica de pacientes, referencia y contra referencia dentro de la propia red.

Toda red integral deberá tener dos componentes prestacionales:

COMPONENTE PRIMARIO DE PRESTACIÓN. Encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad. Gradual y progresivamente, este componente deberá resolver mínimo el 80% de los problemas de salud de la población

El prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos. Toda persona que esté afiliada al sistema de seguridad social debe estar adscrita en un prestador primario y adscrito a un equipo de salud que dentro de ese prestador garantice la cobertura de los riesgos asignados al prestador primario dentro de las Rutas Integrales de Atención.

En el ámbito individual presta servicios definidos como primarios, que incluyen promoción de la salud, protección específica y detección temprana, prevención de la enfermedad, urgencias y cirugía de baja y mediana complejidad, consulta externa de odontología general, medicina general, medicina familiar, pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía. De acuerdo con las necesidades de la población, los prestadores primarios podrán incluir otras especialidades básicas.

COMPONENTE COMPLEMENTARIO DE PRESTACIÓN. Encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario las cuales son garantizadas por ***prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.***

Así mismo, el cambio del modelo de atención de lo curativo a lo preventivo conlleva a la reapertura de puestos y centros de salud como escenarios para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud, mejorar la real accesibilidad de los usuarios al sistema y el ingreso a una estructura de prestación que garantice integralidad, administración del riesgo en salud, programas para mantener la salud y prevenir la enfermedad, diagnóstico temprano, tratamientos adecuados y recuperación de la salud a menor costo, no sólo del sistema sino de las familias.

El modelo debe garantizar la atención integral a la población según las siguientes responsabilidades:

✓ **Servicios de Baja Complejidad**

Cuenta con tres tipos de prestadores:

- **Primer Nodo de Atención.** Se caracterizan por:
 - **Recurso humano:** De formación básica, liderados por el médico general. Incluye auxiliarles de salud pública, auxiliar de enfermería, enfermera, odontología general, con soporte de laboratorio clínico básico. Trabajo coordinado con otros actores sociales como red Juntos e ICBF.

- **Ámbito:** Espacios sociales, con los diversos actores e instituciones locales – participación comunitaria e intersectorial.
 - **Referente espacial:** Puesto de salud.
 - **Portafolio:** La oferta corresponde a actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de riesgos de enfermedad y atenciones para control de riesgos y recuperación de la salud (asistenciales básicas con apoyo de toma de muestras).
- **Segundo Nodo de Atención. Caracterizado por:**
- **Recurso Humano:** De formación básica, liderados por el médico general y que incluye auxiliares de salud pública, auxiliar de enfermería, enfermera odontología general, con soporte de laboratorio clínico básico.
 - **Ámbito:** diversos actores e instituciones locales –participación comunitaria e intersectorial.
 - **Referente Espacial:** Centros hospital
 - **Portafolio:** La oferta corresponde a actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de riesgos de enfermedad y atenciones para control de riesgos y recuperación de la salud, con Laboratorio Clínico. Los servicios asistenciales o de recuperación incluyen atención obstétrica de bajo riesgo –partos-, urgencias 12/24 horas, y camas de observación y post parto y hospitalización general de corta estancia.
- **Tercer Nodo de Atención. Caracterizado por:**
- **Recurso Humano:** De formación básica, liderados por el médico general y que incluye odontología general, enfermería, auxiliares de salud pública, con soporte de laboratorio clínico básico y RX.
 - **Ámbito:** diversos actores e instituciones locales –participación comunitaria e intersectorial.
 - **Referente Espacial:** Hospital local
 - **Portafolio:** La oferta corresponde a actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de riesgos de enfermedad y atenciones para control de riesgos y recuperación de la salud, con Laboratorio Clínico y RX. Los servicios asistenciales o de recuperación incluyen atención obstétrica de bajo riesgo –partos-, urgencias 24 horas, camas de observación y post parto y hospitalización con servicios diferenciados entre hombres, mujeres y niños, servicios de ayuda diagnóstica completa de baja complejidad en laboratorio clínico y radiología, rehabilitación con terapia física y terapia respiratoria.

✓ **Servicios de Mediana Complejidad**

Corresponden a servicios a ofertar en complementariedad a la baja complejidad con desarrollo de la alta complejidad según perfil de morbimortalidad, con servicios especializados y de apoyo diagnóstico a la red primaria de atención.

- **Recurso Humano:** De formación básica, liderados por el médico general y que incluye odontología general, enfermería, bacteriólogas, terapeutas, médicos especializados de Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía general, Medicina interna y Ortopedia/traumatología.
- **Ámbito:** diversos actores e instituciones locales –participación comunitaria e intersectorial.
- **Referente Espacial:** Hospital de mediana complejidad.
- **Portafolio:** Atención ambulatoria, consulta externa y de urgencias, procedimientos de tipo ambulatorio y electivo, así como también servicios de cirugía ambulatoria y electiva, programada hospitalaria y urgente. Interconsulta a los médicos especialistas.
- Hospitalización de mediana complejidad, servicios de apoyo diagnóstico de mediana complejidad, de laboratorio clínico, patología e Imagenología radiológica con radiólogo, ecografía, así como también servicios de apoyo terapéutico de rehabilitación con fisiatra, terapia física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje.
- Unidad de cuidados intermedios adultos y neonatales.
- Atención desconcentrada a nodos primarios, programación rotativa de especialidades básicas según perfil epidemiológico y necesidades de la población, específicamente gineco-obstetricia y medicina interna para el Valle del Cauca.

✓ **Servicios de Alta Complejidad**

Corresponden a servicios a ofertar de alta complejidad tanto en prestación de servicios ambulatoria y hospitalaria, clínica y quirúrgica, como en medios diagnósticos y rehabilitación específica en complementariedad a la baja y media complejidad según perfil de morbimortalidad.

- **Recurso Humano:** Especializado y sub especializado, complementado por recurso de formación básica.
- **Ámbito:** diversos actores e instituciones locales y de mediana complejidad, participación comunitaria e intersectorial.
- **Referente Espacial:** Hospital de alta complejidad.
- **Portafolio:** Comprende los servicios descritos en el portafolio de media complejidad y servicios de todas las demás especialidades disponibles, tanto clínicas, como quirúrgicas. CLINICAS: cardiología, neumología, reumatología, gastroenterología,

hematología, infectología y otras. QUIRÚRGICAS: cirugía general, traumatología/ortopedia, cirugía plástica, cirugía vascular, cirugía pediátrica. Incluye la atención en estancia especializada en unidad de cuidados intensivos adultos, pediátrica, neonatal y unidad de quemados.

- Atenciones requeridos para la atención de patologías ruinosas o catastróficas, consideradas de alto costo: Trasplante y diálisis Renal, Reemplazos Articulares, Manejo del Trauma Mayor, Cirugía Cardíaca, Manejo del Gran Quemado, Manejo de Pacientes Infeccionados por VIH, Quimioterapia y Radioterapia para el Cáncer, Manejo de pacientes en UCI, Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas y Neurocirugía Sistema Nervioso.

El adecuado funcionamiento del Primer Nivel de Atención y el desarrollo integral de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, permitirán la utilización racional de los recursos de los otros niveles de atención y el mejor cumplimiento del régimen de referencia y contrarreferencia, complemento indispensable para que la Atención Primaria no se quede en una “medicina para pobres”

CAPACIDAD INSTALADA OFERTA PUBLICA

La capacidad instalada de la oferta de prestación de servicios en el departamento se ve claramente afectada por la liquidación de tres ESE de mediana complejidad: Hospital San Vicente de Paul de Palmira, Hospital Departamental de Cartago, Hospital Departamental de Buenaventura. La oferta de mediana complejidad empieza a compensarse a finales del año 2015 con la apertura de servicios en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira. En el primer semestre del año 2016 se fortaleció la prestación de servicios de mediana complejidad en la ciudad de Cartago a través de la apertura de la Sede Norte del Hospital San Juan de Dios de Cali. Es notorio el incremento en el parque automotor de ambulancia de la Red pública. Se pasó de 106 en 2013 a 158 en la vigencia 2015. Siendo Ambulancias de Traslado Básicas el 91%.

El comportamiento de la producción de servicios durante el 2015 muestra una tendencia general hacia el decrecimiento siendo notoria la disminución en servicios de la baja complejidad, las acciones de prevención de la enfermedad y la consulta ambulatoria, razones de peso para tomar acciones y definir un modelo de prestación de servicios de salud que fortalezca la Prestación de Servicios en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

MODELO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD “EL VALLE ESTA EN VOS”

El Modelo Integral de Atención en Salud “EL VALLE ESTA EN VOS” es un modelo que integra las intervenciones individuales y colectivas en salud, y que se dirige no solo a prestar servicios de salud, sino a fomentar el bienestar de las poblaciones que habitan el territorio departamental con enfoque integral para el cuidado de la salud, que garantice la participación comunitaria es una estrategia viable y eficaz.

Se considera como eje transversal y fundamental la participación social en salud, la cual tiene un papel importante en la promoción de la salud, la construcción de tejido social y la organización de redes de apoyo comunitario, que se consideran factores protectores en salud.

El Modelo Integral de Atención en Salud “EL VALLE ESTA EN VOS”, se centra en el individuo, la familia y la comunidad reconociendo el principio de diversidad étnica, cultural y territorial con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud. El Modelo responde a las necesidades de la población para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y disminuir las brechas existentes de inequidad. Desarrolla estrategias de intervención en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, fundamentadas en la Gestión integral del riesgo en salud.

La Gobernación del Valle ha desarrollado un sistema único de Gobernanza, que apunta a intervenir los determinantes de la salud con acciones intersectoriales, así como en el desarrollo de procesos que garanticen la articulación de los actores sociales y de los agentes del sistema de manera que se garantice efectivamente el acceso de la población a los servicios de salud, elementos que fueron plasmados en el Plan de Desarrollo Departamental para el periodo 2016 – 2019 : “El Valle esta en Vos”. (Ordenanza 415 del 08 de junio de 2016).

PROPOSITO PRINCIPAL DEL MODELO HUMANO DE ATENCIÓN EN SALUD, DEL VALLE DEL CAUCA

El Propósito del modelo de atención en salud, “El Valle esta en Vos” es:

- Garantizar el derecho efectivo a la salud de toda la población,
- Garantizar el mejoramiento de la calidad de vida, preservándola de los intereses del mercado.
- Se propone garantizar la atención universal de salud, la equidad sanitaria y la salud pública, así como la promoción de entornos saludables y la prevención de enfermedades, velando porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo.

Objetivos Específicos

- Mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y calidez de la atención en salud en cada ESE del Departamento.
- Ordenar los componentes de la atención en salud a partir del reconocimiento de las necesidades de la población en el territorio que habita.
- Articular e integrar la respuesta de los diferentes actores para el mejoramiento de la salud de la población de referencia del Hospital.
 - Fomentar la participación social para toma de decisiones en salud
- Lograr un mayor nivel de eficiencia de la inversión en salud y efectividad en los resultados poblacionales.

CRITERIO DE VALOR DEL MODELO

En el Valle del Cauca trabajamos para brindar servicios de salud oportunos, personalizados, humanizados, integrales y continuos, y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional, con plena participación de la comunidad donde los individuos no son solo objetos de la atención, sino que son participantes en la toma de decisiones sobre su propia salud, garantizándose de esta manera que “EL VALLE ESTA EN VOS”.

ORGANIZACIÓN PARA LA OPERACIÓN

La organización de la red de servicios de salud obedece a las áreas geográficas definidas en el Documento de Red aprobado por el Ministerio de Salud. En estos territorios se garantizará la participación comunitaria efectiva, teniendo en cuenta el diagnóstico de las prioridades en salud para cada una de las dimensiones del PDSP, identificadas en el ASIS departamental; así como también los saberes y tradiciones, de acuerdo con la especificidad étnica y cultural, los planes de vida y una valuación permanente del modelo quienes constituirán Comités de Salud en cada comunidad

Existirá una articulación inter e intra-sectorial para intervenir en los determinantes sociales de la población, con articulación, además, de intervenciones individuales y colectivas.

Se debe garantizar la resolutivez en la prestación de servicios de salud, garantizando la conformación de una red de prestadores primarios y complementarios, que resuelva las situaciones de salud desde la atención de las acciones preventivas, reparativas y curativas, individuales y comunitarias. Adicionalmente, se debe implementar un sistema que permita dirigir, monitorear y hacer el seguimiento a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como también, evaluar el cumplimiento de metas.

Las estrategias de operación del Modelo Integral de Atención en Salud “EL VALLE ESTA EN VOS”, se centran en:

- Mejorar el desarrollo profesional, enmarcado en la política de talento humano en salud;
- Mejorar la capacidad resolutoria en todos los niveles de atención;
- Mejorar la calidad del servicio, orientada a la población;
- Fortalecer la continuidad asistencial, al favorecer la coordinación entre la salud pública, las acciones de los servicios primarios y especializados, y la comunidad:
- Identificación y focalización de la población.
- Planeación, seguimiento y evaluación de la atención a la población
- Atención con enfoque de Gestión Integral del Riesgo
- Articulación de acciones individuales y colectivas
- Gestión integral (administrativa y técnica) de la red existente y su complementariedad con redes externas de Nivel III y IV, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención.
- Definición de esquemas de contratación que incluyan la totalidad de prestadores que hagan parte de la red, así como los mecanismos de pago concertados que incentiven la calidad

Cada uno de los componentes de este modelo está soportado en acciones efectivas en los territorios (áreas geográficas), en las instituciones, los individuos y comunidades a partir de la inversión de los recursos públicos.

MARCO CONCEPTUAL “ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD” (APS)

En Colombia, de acuerdo con la concepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad están incorporadas en la esfera de la prestación de servicios, es decir, en las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), en complementariedad con el Plan Nacional de Salud Pública, donde se estimula la Participación Social y se comprometen los diferentes sectores, cimentado todo en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

La implementación de la Estrategia implica la ampliación de la cobertura de los servicios de salud lo que a su vez tiene que ver con mejorar el acceso y la utilización de los servicios y aumentar la disponibilidad de los recursos. Las características de universalidad, equidad y continuidad que están inmersas en el concepto de APS, son de igual forma principios fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La Estrategia involucra todo el personal vinculado a la empresa, personal médico, odontólogos, enfermeras, auxiliares, técnicos, agentes y promotores de salud y entrañan

ante todo el auto cuidado y la auto responsabilidad, la participación de la comunidad y la coordinación intersectorial para promover la salud y reducir los riesgos que la amenazan.

La Estrategia de Atención Primaria en Salud forma, entonces, parte integrante del sistema de salud, representando el primer nivel de contacto con los individuos, la familia, la comunidad y se constituye a su vez en el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La Vigilancia en Salud Pública en estas condiciones deberá caracterizarse por la simplicidad y oportunidad de operación, la búsqueda activa de información y la participación de la población objeto. La información debe tener origen en la comunidad, convirtiéndose esta en la Unidad Notificadora Básica.

La Estrategia de Atención Primaria en Salud esta fundamenta en la creación y fortalecimiento de las Unidades de Atención Básica (Centros y Puestos de Salud), con la participación activa de los promotores de salud y/o agentes comunitarios.

Por tal razón, se hace necesario considerar los elementos críticos que determinan la “receptividad social” de la Estrategia de APS.

- Desarrollo de la infraestructura para los servicios de salud.
- Disponibilidad y desarrollo de competencias en el Talento Humano
- Captación de recursos financieros
- Adecuado funcionamiento de los sistemas de apoyo
- Participación social

La disponibilidad y desarrollo de competencias en el talento humano podría ser el punto más crítico para el éxito de la estrategia, donde no hay mucho tiempo para captar y capacitar el talento humano quien debe interiorizar las bases conceptuales y operativas de la estrategia.

El Gobierno Departamental y la Secretaria Departamental de Salud del Valle han retomado la Estrategia de Atención Primaria en Salud con énfasis en Familia y Comunidad cuyo ámbito de acción está concebido en municipios donde serán actores muy importantes y deberán estar comprometidos el Alcalde, el Director local de salud y el Gerente de la Empresa Social del Estado, quienes deben utilizar todos los mecanismos disponibles que existen en el actual sistema de salud para fortalecer las acciones en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, dándole mayor legitimidad y sostenibilidad.

Es necesario que el modelo cuente con herramientas estandarizadas para el diagnóstico socioepidemiológico, para la captación, sistematización y remisión de pacientes, de acuerdo con la gestión integral del riesgo en salud (p.ej.: herramientas para la clasificación del riesgo individual, clasificación sociodemográfica y familiogramas). Estas herramientas deben estar articuladas con el SISPRO. Es necesario fortalecer el análisis de la información con la ayuda

de los grupos de Análisis de Situación en Salud, que permita el abordaje de los determinantes sociales de la salud desde los distintos sectores. Por último se debe establecer un sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria (COVECOM) no solamente para eventos de notificación obligatoria, sino también para fenómenos asociados a las prácticas tradicionales de cada comunidad.

La Declaración de Alma Ata – (Rusia 1978) –definió “La **Atención Primaria en Salud (APS)** como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y los países pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, impregnado de un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”.

Se entiende por **ESTRATEGIA** aquellas acciones a ejecutar según las condiciones locales, dependiendo del contexto de Desarrollo Económico, Cultural, Social y Político de cada municipio y territorio, es **PRIMARIA** entendida como esencial, primordial y/o necesaria, más no porque exista una Estrategia Secundaria o Terciaria; y de **SALUD**, no solo como concepto de Ausencia de Enfermedad sino como un juego armónico y dinámico de diferentes variables que producen o no BIENESTAR al hombre. Comprende por lo mismo los diferentes componentes y condicionantes del bienestar.

La Estrategia Primaria de Atención en Salud comprende como consecuencia de lo anterior los tres niveles de prevención esquematizados de la siguiente manera:

NIVELES DE PREVENCIÓN.

NIVEL DE PREVENCIÓN PRIMARIA O NIVEL DEL MANTENIMIENTO DE LA SALUD. El Objetivo es mantener sanos a los Individuos y familias de la comunidad y comprende:

- **Promoción de la Salud:** En esta fase se sensibilizara y se realizaran acciones en cuanto a Higiene, componentes y condicionantes del Bienestar. Como aspecto importante dentro de la Higiene en general se halla lo concerniente a la higiene de las relaciones humanas que se establecen en el Hogar, al interior del mismo, entre las familias del barrio, vereda o región, en el trabajo y en el sitio de estudio.
- **Protección de la Salud:** En esta fase se debe sensibilizar, informar, educar y motivar a los individuos y familias de las comunidades para realizar acciones que conlleven a detectar riesgos de tipo biológico, psicológico y sociocultural, al evaluar los factores de riesgo. Se hace siguiendo el Ciclo Vital Individual y Ciclo Vital Familiar, diferenciándolo por sexo. Una vez detectados los riesgos se buscaran alternativas de solución para lograr modificarlos favorablemente disminuyendo de esta manera la posibilidad de enfermar y/o morir.

NIVEL DE PREVENCIÓN SECUNDARIA O CURACIÓN. Se enseñara a la propia comunidad a tratar adecuadamente (auto cuidado) las enfermedades más frecuentes según Ciclo Vital Individual, así como, adonde, cuando y con quien asistir oportunamente a los servicios de salud. Comprende las fases de Diagnostico Precoz, Tratamiento oportuno, Seguimiento Adecuado y Educación Especifica.

Se propone estimular la creación y utilización de Huertas Medicinales Familiares y Comunitaria, usando los valores y conceptos culturales de la región promoviendo interdisciplinariamente la huerta de producción permanente.

NIVEL DE PREVENCIÓN TERCIARIA O REHABILITACIÓN. Se llega a este nivel cuando el problema ya ha afectado severamente la salud de la persona y se pretende detener el daño, evitar secuelas y habilitar la función.

La Estrategia de Atención Primaria en Salud comprende las siguientes actividades:

- Educación sobre los principales problemas de salud y sobre todo los métodos de prevención.
- Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada
- Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.
- Asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación familiar.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.
- Suministro de medicamentos esenciales.
- Participación de la Comunidad en todas y cada una de las fases de planeación e implementación de las soluciones a los problemas hallados.
- Formación de Comité Local de Salud, Grupos organizados de la Comunidad (Maternas, Adolescentes, Hipertensos, Tercera Edad, etc.) con énfasis en el Auto cuidado y la Autogestión.

Dentro de la Penetración para población los equipos tendrán como objetivos:

1. Caracterización de Población y Factores de Riesgo
2. Canalización de población hacia Programas de Promoción y Prevención
3. Realización de Actividades Extramurales de Promoción y Prevención.
 - a. Búsqueda Activa
 - b. Estrategias IEC hacia formación de Hábitos Saludables
 - c. Intervención en AIEPI Comunitario
 - d. Administración de Medicamentos de acuerdo a los casos extramurales contemplados

- e. Propiciación, conformación y apoyo a redes de agentes de salud comunitarios.

Inicialmente se pretende la caracterización de la población mediante la aplicación de una ficha socio familiar a todas y cada una de las familias asentadas en el área de Influencia del Hospital. Una vez consolidada esta información se podrá caracterizar a la población y levantar líneas de base con enfoque individual, familiar y comunitario.

Estas acciones permitirán identificar riesgos con los cuales el médico, el odontólogo, la enfermera y el profesional de las ciencias sociales, integrantes del Equipo Básico de Atención Primaria en Salud (EBAPS), realizarán intervenciones individuales y familiares y programarán acciones colectivas orientadas a fortalecer estilos de vida saludables, intervenir factores negativos y favorecer actitudes sanas con espíritu de auto cuidado, auto responsabilidad y autogestión.

En este punto es importante resaltar que el Sector Salud aisladamente no puede incidir efectivamente en el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

Para acercarse a este objetivo debe involucrar otros sectores como el educativo, la iglesia, los grupos voluntarios, el sector privado, entidades descentralizadas como el ICBF, organismos de seguridad, entre otros, para lo cual debe contarse con el apoyo permanente de las administraciones Departamental y Municipal con sus Equipos de Gobierno.

Cada contacto del individuo, la familia y la comunidad con el equipo de salud debe potencializarse en una oportunidad para educar, sensibilizar, orientar, atender necesidades y proponer soluciones técnicamente factibles y con costos razonables.

ENTORNO INDIVIDUAL , FAMILIAR Y COMUNITARIO						
PREVENCIÓN PRIMARIA			PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA	
Promoción de la Salud	Protección Específica	Detección Temprana	Diagnóstico Precoz	Tratamiento Oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
EDUCACION INFORMACION MOTIVACION ESTILOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE - INDIVIDUAL SANEAMIENTO AMBIENTAL HIGIENE DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y COMUNITARIAS FOMENTO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA	NORMAS TECNICAS DE PROTECCION ESPECIFICA Vacunación según PAI Atención Preventiva en Salud Oral Atención Parto Institucional Atención del Recién Nacido Atención en Planificación Familiar	NORMAS TECNICAS DE DETECCION TEMPRANA Detección de alteraciones de Crecimiento y Desarrollo del menor de 10 años Detección de alteraciones del desarrollo del Joven Detección de alteraciones del Embarazo Detección de alteraciones del desarrollo del adulto mayor de 45 años Detección del cancer de Cuello Uterino Detección del cancer de Seno Detección de alteraciones en la Salud Mental Detección de Transmisión Vertical VIH - SIDA Detección Temprana de Enfermedades de Interés en Salud Pública TBC Hansen Leishmaniasis VIH - SIDA	Enfermedad prevalentes de la infancia Enfermedades Crónicas (HTA - DM) CA de Cervix CA de Seno	Terapia : Biologica Psicologica Comportamental Sociocultural Oportunidad Accesibilidad Idoneidad Integralidad Continuidad Educacion en el Problema de Salud o Enfermedad Terapias Alternativas	Prevención de Secuelas Evitar progreso de la Enfermedad a un estadio más avanzado	Recuperación máxima de la función Terapia física y ocupacional Reubicación laboral, social y familiar del discapacitado Resocialización del Niño con Discapacidad y su familia Grupos de Apoyo para pacientes con Cancer, SIDA, Enfermedades Crónicas y Degenerativas

La Estrategia de Atención Primaria en Salud es transversal a los Niveles de Atención y Complejidad. La intervención quirúrgica más sofisticada no tendría resultados positivos en salud si no se cumpliera con la premisa anterior. La intervención a través de equipos interdisciplinarios, la información, educación del paciente sobre su problema de salud, la participación activa del paciente y de su familia en el auto cuidado, la posibilidad de acceder a servicios integrales y continuos son requisitos mínimos a tener en cuenta en cualquier intervención que se realice en salud.

El Modelo de Salud “El Valle esta en Vos” que se oferta en a la Comunidad incluye servicios de Salud en el marco de la Estrategia de Atención Primaria con servicios centrados en el usuario, seguros, continuos e interdependientes.

La Estrategia de Atención Primaria en Salud, tiene por pilar fundamental la conformación de equipos interdisciplinarios, denominados Equipos Basicos de Atención Primaria en Salud, (**EBAPS**), integrados por profesionales de la salud (médicos, odontólogos, enfermeras), profesionales de ciencias sociales (psicólogos y/o sociólogos y/o trabajadores sociales y/o comunicadores sociales) y forjadores de salud (auxiliares de enfermería, de higiene oral,

técnicos de saneamiento, promotores de salud, líderes con experiencia en trabajo comunitario).

Las intervenciones de los Equipos Locales de Atención Primaria en Salud deben estar orientadas a identificar las necesidades reales de la comunidad, los riesgos psicosociales, ambientales, biológicos y los demás condicionantes que determinan la salud de las personas. A su vez, el trabajo debe encontrarse articulado, por lo que se deben gestionar procesos interinstitucionales e intersectoriales para mejorar las condiciones de salud de la comunidad, y de esta manera potencializar los recursos (técnicos, humanos, financieros y tecnológicos) y generar acciones conjuntas para mejorar la calidad de vida, basados en las necesidades y bajo el principio de corresponsabilidad.

En este sentido, la propuesta de trabajo parte de la base que las personas están inmersas en una familia, una comunidad y una sociedad y hacen parte de un momento histórico, político, económico y cultural y por ello es necesario contextualizar al “paciente” en su medio familiar y cultural para lograr impactar las condiciones de salud tanto individuales como colectivas de la mejor manera posible.

Por otra parte, en relación con la participación social, se implementan estrategias metodológicas para involucrar a los sujetos y a las comunidades y que estos tomen partido de las decisiones que tienen que ver con su salud. Para ello, se continúa con la metodología “investigación acción participación” (IAP) en la cual se busca que todos y cada uno de los actores sociales, tengan una responsabilidad que posibilite conciliar y concertar acciones y llegar a acuerdos en beneficio de la comunidad en general.

¿CÓMO SE VA A DESARROLLAR EL MODELO HUMANO DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL VALLE DEL CAUCA. ?

El Modelo de Atención en Salud se concretará a través de: a. Profundización de la Atención Primaria en Salud –APS- con la ampliación en la cobertura y del que hacer de los equipos territoriales de salud, en dos niveles:

Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS). La Secretaria Departamental de Salud del Valle tomando como referencia las experiencias significativas tenidas en ocasiones previas y en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, define las proporciones de población a ser cobijadas por los EBAPS y los perfiles básicos de sus integrantes, con una cobertura mínima de un EBAP y presencia de al menos un agente de salud básico en cada sitio de concentración de 1000 familias.

Cada EBAPS deberá garantizar la plena caracterización y monitoreo permanente del estado socio sanitario y ambiental de su área y población.

Habida cuenta de la libre elección y los múltiples estados de afiliación se declara explícitamente la atención sin barreras dentro del área geográfica y población asignada, exigiéndose la actualización y verificación del estado de afiliación para efectos de la facturación de servicios prestados a la comunidad.

Esta atención cobijara todo el paquete de promoción y prevención, vigilancia epidemiológica, enfermedades de interés en salud pública y recuperación básica de la salud, igualmente la articulación por continuidad e integralidad con acciones de recuperación de la salud especializadas o complejas e incluye al menos las siguientes competencias: cartografía social, caracterización, seguimiento de riegos y actividades, trabajo en equipo, vacunación, administración oral y parenteral de medicamentos, toma de signos vitales, saneamiento básico, higiene oral, rehabilitación basada en comunidad, seguimiento a tratamientos, programación de actividades.

La conformación de EBAPS que consisten en equipos de salud con presencia, además de los promotores, de médico y enfermera, quienes realizaran visita domiciliaria y atención en salud extramural en las casas, colegios, jardines infantiles, instituciones de protección y en general en los sitios donde habita las comunidades en los barrios y corregimientos de las comunas del municipio.

La conformación de Equipos de Respuesta Complementaria constituidos por un equipo multidisciplinarios de salud que incluye odontólogos, terapeutas físicos y respiratorios, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, pediatras, médicos familiares, médicos internistas, técnicos ambientales, entre otros.

Estos equipos serán el primer contacto y la puerta de entrada de la población con los servicios de salud, abordando de forma integral e integrada a la población por ciclo vital, las familias y sus ámbitos de vida cotidiana, con un enfoque diferencial y para la diversidad. Se identificarán las necesidades y organizarán las respuestas que deban brindarse a la población, integrando las del sector salud con las de otros sectores sociales.

EQUIPO TECNICO SDSV
Revisado y actualizado Febrero 2017