



# Plan Territorial de Salud 2024-2027

Secretaría de Salud Pública de Cali

SALUD



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI

DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

PLAN TERRITORIAL DE SALUD

(2024 – 2027)

ÁLVARO ALEJANDRO EDER GÁRCES

Alcalde de Santiago de Cali

**Grupo Directivo**

**Secretaría de Salud - 2024**

GERMÁN ESCOBAR MORALES

Secretario de Salud Pública

CARLOS EDUARDO PINZÓN FLOREZ

Subsecretario de Promoción, Prevención  
y Producción Social de la Salud

YANET VELEZ JARAMILLO

Subsecretaria de Protección de la Salud y  
Prestación de Servicios

MAURA NASLY MOSQUERA MOSQUERA

Jefe de Unidad de Apoyo a la Gestión

NORHA CECILIA ESPINOSA PEREZ

Asesora- Responsable Grupo Planeación

# Contenido

1. Introducción .....	4
2. Marco normativo.....	6
3. Análisis de la Situación de Salud en el Distrito Especial de Santiago de Cali .....	7
4. Componente Estratégico del Plan Territorial de Salud.....	21
5. Componente de Inversión Plurianual del PTS .....	39
6. Metas de resultado .....	44



## **1. Introducción**

La salud pública y la planeación de su ejercicio es uno de los elementos transformadores de las sociedades existentes, convergentes e interconectadas en el mundo moderno. En el Distrito de Santiago de Cali, es una pieza angular del Plan Estratégico Administrativo y Comunitario para este cuatrienio (2024-2027).

El Plan Territorial de Salud del Distrito reconoce las problemáticas, los retos y la necesidad de profundizar en acciones concretas para impactar a la población, como alcanzar cero muertes maternas e infantiles; así como el fortalecimiento de programas de promoción, prevención y detección temprana de enfermedades como cáncer, hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus. Por otro lado, enfatiza en las acciones para el control de enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis y prepararnos para posibles epidemias y pandemias, reconociendo la necesidad de intervenir y gestionar los cambios relacionados con el ambiente, el cambio climático y el impacto de la deforestación. Otro elemento clave será la gestión y promoción de la salud mental, reconocer la necesidad de incidir en la reconciliación social y cultural y aportar a partir de acciones positivas sobre la convivencia, la cultura y la salud mental de los ciudadanos y residentes de la ciudad de Cali.

Para el abordaje de estas problemáticas, el Plan Territorial de Salud le apuesta en este cuatrienio a la reducción de brechas de equidad, al abordaje positivo de los determinantes sociales de la salud y a la reducción de la carga de enfermedad aportando a la salud y el logro del bienestar de todos los residentes de nuestra ciudad, reconociendo la necesidad imperante del fortalecimiento de la autoridad sanitaria para el ejercicio de lo que hemos denominado una gobernanza renovada, que permita la adecuada articulación, coordinación y por lo tanto la gestión de las diferentes acciones en salud pública.

Así mismo, el Plan Territorial busca profundizar estratégica y operativamente la Atención Primaria Integral en Salud (APS), a través de la gestión intersectorial y efectiva de los determinantes sociales de la salud, la participación social asertiva y efectiva y la prestación de servicios de salud con un enfoque que oriente las acciones en cualquier entorno en donde se desarrolle el binomio persona y familia. En este punto es relevante precisar que el Distrito de la Ciudad de Santiago de Cali en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, propone un modelo de ciudadanía de Salud, en donde el primer agente de la salud y el bienestar es la comunidad con todos sus actores sociales, consolidados en una red de capital social basados en la confianza, los hechos y por lo tanto los resultados en salud.

Por otro lado, el PTS enfocará sus esfuerzos a utilizar la gestión del riesgo en salud como una de las palancas de la APS, que permita caracterizar adecuadamente la población en el marco de sus necesidades, situación social y económica, así como estructurar planes de acción, estrategias y acciones de salud pública, garantizando la efectividad y eficiencia de las intervenciones en las comunidades, familias y personas. En este cuatrienio articularemos y fortaleceremos las dinámicas de salud pública en los diferentes entornos a partir de la armonización y articulación de acciones de los equipos básicos de salud, los equipos de acción comunitaria y la red de prestación de servicios de salud institucional, reto que visiona un fortalecimiento de la red pública de prestación de servicios de salud. La Secretaría Distrital de Salud construirá las cohortes de riesgo de las condiciones de salud relevantes por su frecuencia, valor social e impacto en la gestión de la ciudad y con ello consolidará el ejercicio de la gobernanza renovada y permitirá

la gestión efectiva de las necesidades de salud de los colectivos, familias y personas que residan en la ciudad.

Uno de los elementos clave para que estas dinámicas de gestión se desarrolle de manera oportuna en el territorio distrital, es la evolución en los sistemas de información y curaduría de información en el sistema de salud; con ello el PTS Distrital le apuesta a una renovada estructura interoperable de información gestionada por la Secretaría de Salud y que permita tener acceso oportuno, pertinente y útil de la información para la toma de decisiones en salud.

Por último, el Plan Territorial de Salud 2024-2027 busca aportar al espíritu de recuperación, reconciliación y desarrollo de la ciudad, fomentando los espacios de construcción de los acuerdos sociales que nos permitan el desarrollo de una ciudad más justa, más equitativa y coherente con el reconocimiento y garantía de los derechos fundamentales con un balance recíproco con los deberes que tenemos todos con nuestra salud, la salud del otro y el bienestar social de nuestras comunidades.

## **2. MARCO NORMATIVO**

El Plan Territorial de Salud- PTS- es el instrumento estratégico y operativo para la implementación en el territorio del Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- y qué, además, se articula y se integra al Plan de Desarrollo 2024-2027, con el objetivo de lograr las metas estratégicas del PDSP y del Programa de Gobierno, para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud en el Distrito Especial de Santiago de Cali.

Es así, que la Secretaría de salud respaldada en las Resoluciones 1035 de 2022 modificada por la Resolución 2367 de 2023 y la Resolución 100 del 2024, organizó y articuló el procedimiento para la formulación del Plan Territorial de Salud, basándose en los resultados de salud y en la participación de los diferentes actores y de la comunidad registrados en el ASIS Participativo (anexo No. 1 de este documento).

### 3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI

De acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente, se elaboró el documento de Análisis de la Situación de Salud, con la participación del equipo técnico de la Secretaría de Salud Pública, integrantes del ecosistema de salud, actores institucionales de otros sectores y la comunidad según los grupos de interés identificados.

Como está documentado en el Análisis Situacional de Salud-ASIS-, anexo a este documento, se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo, mediante el cual se logró identificar las diversas problemáticas y eventos de salud que mayor relevancia tienen en del territorio de Santiago de Cali, así como Determinantes Sociales que afectan principalmente los resultados favorables en salud. A continuación, en la tabla 1, se listan las principales problemáticas con su respectiva priorización.

**Tabla 1. Problemáticas de Salud identificadas en Santiago de Cali, 2024.**

Problemas	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Trascendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	Priorización
Dengue y enfermedades transmitidas por vector	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Alto	Muy Alto
No existen adecuaciones razonables y socioculturales en salud en las IPS	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto
La Comunidad refiere dificultad para el acceso a la atención en salud, con mayor riesgo en población Materno Perinatal, Aduldez y Vejez	Alto	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Riesgos en Salud Ambiental como: incremento progresivo en los niveles de los contaminantes criterio, asociado a fuentes móviles, fijas, quemas controladas en agricultura, incendios forestales y de residuos a campo abierto,	Muy Alto	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto
Violencia y lesiones por causa externa	Medio	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Condiciones de riesgo en el embarazo (preeclampsia y Eclampsia)	Muy Alto	Medio	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Uso de sustancias psicoactivas y alcohol, en los cursos de vida de Adolescencia y Juventud	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Medio	Medio	Muy Alto
Gran parte de la comunidad trabajadora informal no están afiliados al sistema de salud	Medio	Muy Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Contaminación de fuentes hídricas por actividad minera, agropecuaria y domiciliaria especialmente por asentamientos humanos de desarrollo incompleto, Salud Ambiental	Medio	Muy Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Escaso acompañamiento familiar y comunitario para prevenir malas decisiones de vida en poblaciones vulnerables como NARP y Víctimas	Medio	Medio	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Baja capacitación de los actores del sector salud en temas de manejo de emergencias y desastres	Alto	Medio	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Falta de adherencia a los estándares mínimos de seguridad y salud en el trabajo por parte de las empresas, Ámbito Laboral	Alto	Medio	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto

Problemas	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Trascendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	Priorización
Escasa aplicación de Tamizajes en las áreas más deprimidas socialmente, dado que la comunidad no puede dejar sin cuidado la casita y los niños.	Medio	Medio	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Alto
Deficientes sistemas de comunicación integrados en la articulación del sector salud para emergencias y desastres	Muy Alto	Medio	Muy Alto	Medio	Medio	Alto
Gestante sin control prenatal	Medio	Medio	Muy Alto	Alto	Alto	Alto
Intento de Suicidio en cursos de vida de Adolescencia y Juventud	Medio	Alto	Muy Alto	Medio	Medio	Alto
Cáncer, Adulzez y Vejez	Medio	Alto	Muy Alto	Medio	Medio	Alto
Mortalidad materna y de recién nacidos,	Baja	Muy Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Enfermedades cardiovasculares principalmente en Adulzez y Vejez	Muy Alto	Baja	Alto	Alto	Alto	Alto
Desconocimiento del procedimiento para solicitar citas médicas y medicamentos.	Medio	Medio	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Alto
Enfermedades osteomusculares en población trabajadora informal	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto
Adopción del modelo intercultural entre medicina occidental y propia, Población Afro indígena	Medio	Baja	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Medio
Problemas de salud mental, trastornos de depresivos, Adolescencia y Juventud	Medio	Alto	Muy Alto	Medio	Medio	Alto
El Distrito requiere una Institución en Salud especializada para la atención de la población diversa., Población LGTBIQ+	Medio	Medio	Muy Alto	Medio	Medio	Medio
Infecciones respiratorias y tuberculosis, Adulzez y Vejez	Baja	Medio	Muy Alto	Alto	Alto	Baja
Baja adherencia de los prestadores de servicio de transporte asistencial de pacientes públicos y privados al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Distrital – CRUE., Gestión del Riesgo	Medio	Baja	Muy Alto	Alto	Alto	Baja
Baja implementación del ISH en las IPS públicas y privadas con servicios de urgencias., Gestión del Riesgo	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Baja
La Inclusión laboral discrimina la Diversidad Sexual., Población LGTBIQ+	Medio	Alto	Muy Alto	Baja	Baja	Baja
Existe capacidad instalada en el sector Salud, para la atención integral con enfoque diferencial a población diversa., Población LGTBIQ+	Baja	Muy Alto	Alto	Medio	Medio	Baja
Manejo inadecuado de residuos sólidos domiciliarios y de demolición	Baja	Medio	Muy Alto	Alto	Alto	Baja
Falta de adecuaciones en salud en las IPS para la población víctimas.	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto	Baja
Riesgo por zoonosis asociado a presencia de roedores en espacios públicos, canales de aguas lluvias y en el entorno hogar	Medio	Baja	Muy Alto	Alto	Alto	Baja
Barreras invisibles.	Medio	Medio	Muy Alto	Baja	Baja	Baja
Sistema de información para validar un habitante de calle en el área de la salud., Población Afro	Baja	Medio	Muy Alto	Medio	Medio	Baja
Incremento progresivo de enfermedades infecciosas asociadas a la salud ambiental, por la variabilidad y el cambio climático., Salud Ambiental	Medio	Baja	Muy Alto	Medio	Medio	Baja

Problemas	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Trascendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	Priorización
Alteraciones nutricionales (Desnutrición, Anemia, Obesidad, Bajo Peso)	Baja	Medio	Alto	Medio	Medio	Baja
Lesiones por accidentes de tránsito	Baja	Baja	Muy Alto	Alto	Alto	Baja
Hemorragias Obstétricas	Baja	Baja	Alto	Alto	Alto	Baja
Baja asistencia a valoración integral del niño	Alto	Baja	Alto	Baja	Baja	Baja
Situación de calle que incrementa el riesgo en salud	Medio	Baja	Muy Alto	Baja	Baja	Baja
Bajo reporte disponibilidad y ocupación de camas por parte de las instituciones prestadoras de salud con servicios de urgencias públicas y privadas en la ciudad	Baja	Baja	Muy Alto	Medio	Medio	Baja
Se hace necesario realizar una caracterización en Salud de la población vulnerable	Medio	Baja	Muy Alto	Baja	Baja	Baja

### 3.1 Problemáticas según Determinantes Sociales de la Salud y núcleos de inequidad

Basados en las orientaciones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 se trabajó desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), el enfoque de curso de vida y las dimensiones poblacional, ambiental, laboral y social.

El enfoque del curso de vida reconoce que las características de cada etapa de la vida contribuyen en la construcción de la otra; es la relación dinámica de las exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados de salud posteriores y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población<sup>1</sup>.

El abordaje de curso de vida considera la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, y las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida. Los momentos o cursos de vida comprenden las siguientes: periodo materno perinatal, primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adulterz y vejez.

Los DSS son “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana<sup>2</sup>”. El marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los DSS describe los factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan la salud de las personas y producen inequidades en la salud.<sup>3</sup>

Los determinantes sociales de las inequidades en salud, se denominan determinantes estructurales y son las fuerzas sociales, políticas, económicas, ambientales y culturales más amplias de una sociedad que determinan

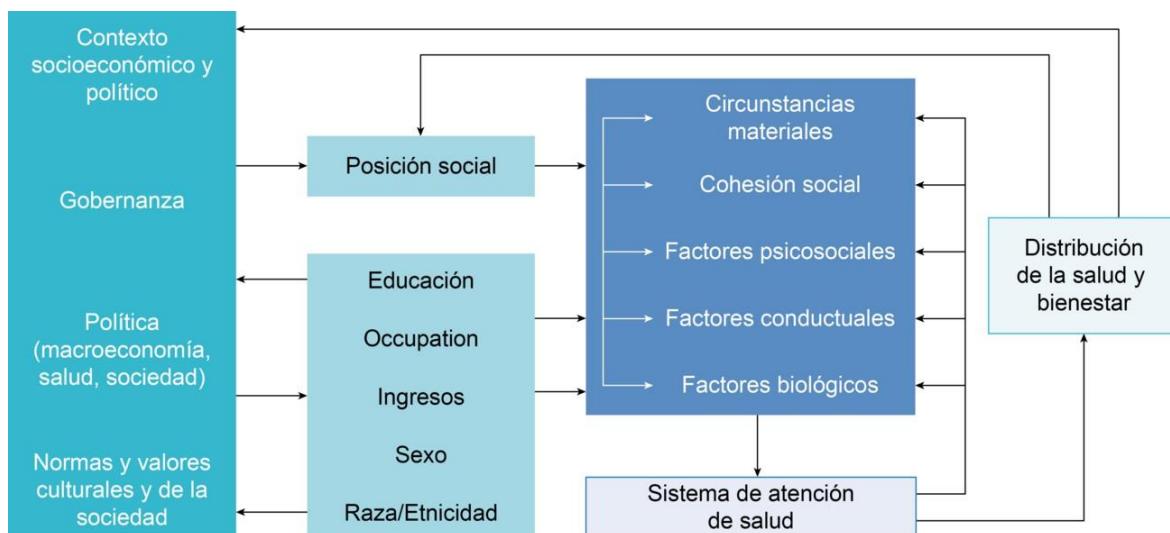
<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. Washington, D.C; 2021

<sup>2</sup> World Health Organization. [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1). Social determinants of health.

<sup>3</sup> Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva; 2010.

las condiciones de vida de una población y permiten o limitan la salud de los individuos y los grupos (ver ilustración 1).

**Ilustración 1. Determinantes Sociales e inequidades en materia de salud**



Fuente: PAHO. Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.

### **Contexto socioeconómico y político**

Como elementos del contexto se planteó el abandono del Estado hacia el campo reflejado en la ausencia de políticas y la falta de apoyo institucional, los efectos de la pandemia y el estallido social en la economía particularmente el incremento de los precios de los alimentos y en las microempresas que contribuyó a su quiebra y esto afectó el mercado de trabajo pues se incrementó la tercerización de contratos, la falta de estabilidad laboral con contratos a corto plazo y sin garantías debido a que el estado no realiza vigilancia.

Por otra parte, se mencionaron requisitos como terrenos para construir plantas de agua potable y para acceder a condiciones de saneamiento básico. Igualmente, la no regulación de turismo en la zona rural particularmente en Pance, La Buitrera, Villa carmelo, Los Andes y Pichindé.

Adicionalmente el conflicto armado para las víctimas y la población migrante venezolana y ecuatoriana que les implica vivir situación de pobreza extrema, en asentamientos y con hacinamiento crítico pero que para los locales implica el competir por la oferta de empleos.

De igual forma se expresó que las decisiones políticas como el Plan de Ordenamiento Territorial que generó el cierre de El Calvario movió la población hacia San Bosco generando la presencia de inquilinatos.

## **Gobernanza**

Diversos asuntos fueron planteados en términos de la gobernanza uno de los temas recurrentes fue el abandono de la zona rural por parte de la administración distrital en aspectos como la disponibilidad de energía, vías, comunicaciones y salud; ofrecimiento de proyectos que no se cumplen, la ausencia y/o falta de continuidad de programas, el exceso de burocracia, la falta de garantías para cultivar y generar cultivos productivos como también políticas para adolescentes y jóvenes que les permitan continuar estudiando en el corregimiento. De igual forma la desinformación por parte de las entidades y asuntos relacionados con la ausencia políticas relacionadas con la zona rural, la falta de inversión en el campo, la falta de presencia de autoridad policial y la falta de compromiso de las instituciones.

En la zona urbana los participantes manifestaron que el abandono se refleja en la no inversión en los territorios, carencia de programas de inclusión para la población, falta de voluntad política y el tener un “gobierno de oficina”, falta de continuidad de los programas, así como la falta de acompañamiento, orientación y formación para acceder a los programas que se ofertan y desarrollan en el territorio.

Se identificó la falta de claridad de las responsabilidades institucionales frente a las problemáticas, la derivación de la respuesta entre diversas entidades sin que la situación sea superada, la desarticulación entre las dependencias, ausencia de planificación en las intervenciones relacionadas con las necesidades o diagnósticos de la población, la percepción de que los procesos de planeación participativa son “carreta, intervenciones institucionales de corto plazo y sin ningún efecto sobre los problemas reales de la población, la cobertura insuficiente de programas el desconocimiento del territorio por parte de las entidades que genera que los programas no funcionen adecuadamente y contribuye a una percepción de que la institucionalidad es especialista en ser utilitarista y asistencialista.

Se identificaron diversos temas relacionados con aspectos culturales: La persistencia de roles tradicionales asignados a hombres y mujeres perpetuando condiciones de inequidad de los géneros, Adicionalmente mencionaron que en algunos casos los hombres no se relacionan de manera respetuosa con las mujeres y en casos de violencia las mujeres por temor no denuncian.

La cultura del narcotráfico se relaciona con el dinero fácil, rápido y el consumismo, permeando principalmente a los adolescentes y jóvenes, generando conductas de riesgo y delictivas como prostitución en redes sociales o búsqueda de parejas que suplan las necesidades de acceso a cosas materiales y acceder a redes de microtráfico.

Sobre la exclusión de los adultos mayores, se identificó que estos no son respetados, ni valorados por la familia, la comunidad ni el Estado; son vistos como “un estorbo” y por ello no son acompañados, ni se conversa con ellos, llegando en ocasiones a la intolerancia, al abandono y al estigma. También se presentan comportamientos de abuso económico, utilización para cumplimiento de tareas de cuidado de nietos y familiares y desconocimiento de sus derechos.

La mentalidad de pobreza se mencionó que es una de las razones por las cuales las personas consideran que no pueden salir adelante.

Respecto a las normas las consideraciones sobre la ley de infancia y adolescencia surgieron de manera persistente particularmente en términos de la permisividad que genera por parte de los menores, y en el caso de los jóvenes el desconocimiento de la autoridad de los padres, la malinterpretación de la misma para algunas personas y para otras hace que la crianza de los hijos se limite al quitarles a los padres autoridad pues se generan demandas, al igual que a los profesores pues no pueden corregir a los estudiantes por las implicaciones legales reforzado por psicólogos y trabajadores sociales.

En algunas comunas y corregimientos se planteó desconocimiento de saberes y prácticas ancestrales y étnicas como el de la partería y demás prácticas y usos medicinales, por la capacidad de estos para vincular a la comunidad en prácticas sociales favorables al cuidado de la salud propia y el de los niños y niñas en la comunidad.

Frente al Sistema de atención de salud se plantearon problemas relacionados con las aseguradoras que no dan respuestas a las solicitudes de procedimientos de manera oportuna, la atención es insensible y deshumanizada en algunas ocasiones, los medicamentos no son entregados de manera oportuna y las personas debe desplazarse grandes distancias en el caso de la zona rural y algunas urbanas para acudir a los servicios. De igual forma resaltaron que en muchas ocasiones no hay contratos con los prestadores y particularmente en zona rural consideran que sería importante articular esfuerzos.

En la prestación de servicios en la zona rural hay inconformidad por las limitaciones en horarios de atención, servicios ofertados, presencia de medico permanente, barreras geográficas relacionadas con las distancias de las veredas y de personas con limitaciones físicas para movilizarse y arquitectónicas para la atención de personas en situación de discapacidad y adultos mayores y la no entrega de medicamentos como también lo relacionado con atención de urgencias debido a que se presentan problemas de transporte, se plantearon situaciones relacionadas con la calidad y calidez de los servicios, el trato inadecuado del personal incluso de maltrato, desconocimiento de derechos en salud por parte de los usuarios oportunidad de citas médicas, de profesionales de salud mental, nutrición y trabajo social entre otros.

En el componente, socioeconómico, la condición de pobreza y marginalidad relacionadas con el nivel de ingreso, la falta de oportunidades en educación y trabajo, así como la migración de población venezolana fueron resaltados por los participantes en las comunas y corregimientos.

La agudización de los factores de riesgo del sufrimiento psíquico y social, así como los problemas de salud mental, se ve influida por los determinantes sociales, entre ellos las condiciones sociales y económicas, que según la literatura, están fuertemente relacionados. La debilidad o la falta de redes de apoyo en los entornos familiares, educativos, laborales, comunitarios, limitan la identificación y la gestión de los factores de riesgo en salud mental. Según la evidencia, la pobreza o vulnerabilidad social aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos mentales. Si bien es cierto algunas patologías son desarrolladas debido a predisposición genética como la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo o el abuso de sustancias, estas se acrecientan por factores y/o dinámicas sociales, económicas y ambientales. Respecto a la atención de la salud mental, se evidencia barreras respecto a la falta de capacidad instalada, debilidad en la conformación de redes de atención, baja formación de capacidades del talento humano para atender patologías en salud mental, así como el abordaje del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Se presentan problemas de alto riesgo de deslizamiento de tierras en algunos corregimientos, disponibilidad de servicios de agua potable afectado por el crecimiento de la población y de la infraestructura de vivienda,

gas domiciliario, alcantarillado y saneamiento básico en muchas de las veredas de la zona rural y en áreas de las comunas que no han sido legalizadas. El caso del gas domiciliario es especialmente sensible en zonas donde el clima predominante es frío y las personas cocinan con leña para calentar el agua. También se reportan redes eléctricas en mal estado, problemas en la continuidad del fluido eléctrico, limitaciones en la comunicación telefónica y de internet, manejo inadecuado de residuos sólidos y viviendas en mal estado. En la zona urbana también se reportaron familias cocinando con leña o realizando quema de basuras, viviendas con humedades, en mal estado y hacinamiento particularmente en inquilinatos.

Por otra parte se identificaron problemas de movilidad en zonas rurales relacionadas con vías sin pavimentar y/o en malas condiciones, la frecuencia de las rutas en las veredas es limitada debido a que el servicio es privado y en condiciones no seguras para los usuarios; en la noche no hay posibilidades de transporte por monopolio de privados y ausencia de transporte público, tampoco se cuenta con los recursos económicos para el desplazamiento en caso de urgencia y los costos son elevados para desplazarse a citas médicas.

Los cupos en la modalidad familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la modalidad Familia Mujer Infancia (FAMI), como también en guarderías, jardines y Centros de Desarrollo Infantil (CDI) en algunas comunas son insuficientes, en otros casos las guarderías y jardines son privados y las familias no cuentan con recursos para pagarlas y en algunos sitios no existen. Los comedores comunitarios en su mayoría son insuficientes para las necesidades de apoyo alimentario de la población en algunas comunas mientras en otras no están disponibles. También manifestaron carencia de bibliotecas, centros día para adultos mayores, casa taller, espacios para recreación y deportes, parques y en especial estos últimos son utilizados por consumidores de sustancias psicoactivas.

Con relación a las instituciones educativas (IE) en algunos corregimientos y comunas mencionaron que los niños y adolescentes deben movilizarse a otros sitios lejanos a su vivienda para acceder a cupo o también se presenta que jóvenes de comunas asistan a instituciones educativas rurales con incremento de gastos familiares. En algunas sedes no tienen unas mínimas condiciones sanitarias, se presentan barreras arquitectónicas para personas en situación de discapacidad y los docentes no cuentan con instrucción para abordar la población discapacitada.

Con respecto al entorno laboral en algunas comunas manifestaron que faltan garantías laborales para los trabajadores, se presentan condiciones no dignas para el trabajo e incumplimiento por parte de los empleadores frente a las incapacidades, así como exposición a riesgos laborales.

De manera frecuente, se planteó la presencia de hogares disfuncionales, descompuestos, familias desestructuradas, familias extensas y en contextos familiares violentos, cambio de roles en los miembros de las familias, problemas de comunicación, ausencia de límites y normas, así como falta de asignación de responsabilidades, los padres son descuidados, irresponsables y permisivos y no tienen una estructura que les permita a los hijos adquirir valores y principios debido a que la principal forma de enseñanza es con el ejemplo y estos patrones se constituyen en modelos poco sanos en el proceso de crianza de los hijos..

Se identificó que las barreras de acceso a los servicios de salud como: la falta de aseguramiento, la debilidad en la contratación de la red prestadora, atenciones no georreferenciadas y la inoportunidad y no continuidad en la atención generan baja cobertura en la consulta preconcepcional y la atención en salud sexual y

reproductiva de la población con alto riesgo, con afectación mayor en comunidades afro Lo anterior conlleva a incrementar las condiciones de riesgo durante la gestación, parto y puerperio.

El cáncer de mama es cada vez más frecuente. Para el año el año 2023 se presentaron 824 casos notificados de cáncer de mama de los cuales 573 (69,5%) se encontraron en estadio infiltrante lo que refleja un diagnóstico tardío; evidenciado en el incremento de la Mortalidad, la cual para el año 2023 fue de 385 casos, es decir 120 casos más que en 2022, un aumento exagerado que evidencia un indicador indirecto de las condiciones de salud de la población y una bandera roja frente a los elementos básicos que deben considerarse en la planificación de los servicios de salud.

La falta de integralidad de rutas de atención en cáncer por parte de las empresas administradoras de planes de beneficio-EAPB- y su red prestadora de servicios, lo cual conduce a la debilidad en los programas de detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer por falta en la implementación de estrategias efectivas de tamización y detección temprana.

Las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica de la población, la informalidad laboral, el fenómeno migratorio, desempleo y la imposibilidad de contar con alimentos adecuados y necesarios, así como la vulneración de derechos, maltrato infantil y el incumplimiento de las rutas de atención correspondientes afecta negativamente el estado de salud de la población.

La débil articulación intersectorial y comunitaria, el incumplimiento y desconocimiento de normas sanitarias y ambientales, conduce a enfermedades y eventos en salud como las enfermedades diarreicas agudas -EDAS, ETAS - enfermedades transmitidas por alimentos, intoxicaciones por alimentos y productos químicos, enfermedades de piel por contacto con el agua, exceso de ruido, uso y consumo de productos sin registro sanitario que aumentan los riesgos de enfermedad, ERAS por mala calidad del aire, accidentes en piscinas por no tener la infraestructura adecuada, entre otros, las cuales están asociadas a los factores de riesgo físico (agua de uso humano y recreativo, residuo sólidos, residuos líquidos, aire, ruido intramural, radiaciones electromagnéticas), riesgo químico y residuos peligrosos, y riesgo del consumo (alimentos, bebidas alcohólicas, productos naturales, productos de aseo y limpieza, cosméticos y dispositivos médicos), que se encuentran de manera permanente en las actividades y prácticas desarrolladas en todos los contextos sociales y situaciones relacionadas con las condiciones sanitarias y ambientales de los entornos de vida cotidiana, que se materializan en afectaciones para la salud humana cuando se presentan prácticas inadecuadas por parte de los generadores de los riesgos, denominados sujetos de interés sanitario, y que presentan fallas en sus prácticas y procesos exponen a la comunidad a riesgos.

El entorno laboral puede establecer un patrón ocupacional poco favorable para la salud, pues es el estrés laboral, consecuente a las largas jornadas laborales y a las actividades propias del trabajador, pueden desencadenar factores estresantes que conllevan al desarrollo de prácticas poco saludables, como, por ejemplo, los hábitos dietéticos a base de productos ultra procesados, la inactividad física o el desarrollo de patrones sedentarios, el consumo de cigarrillo, entre otros.

Para ampliar la información sobre los determinantes sociales que afectan la salud en Santiago de Cali, desde la secretaría de Salud se lideró el diagnóstico sectorial disponible para consulta en: <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/179494/diagnostico-sectorial-salud-2023/>.

### **3.2 Priorización de los problemas y necesidades sociales en salud**

Considerando que las prioridades en salud, son las expresiones de problemas, situaciones, condiciones y calidad de vida de la población en un territorio, que se expresan en causalidades de diverso nivel jerárquico y que generan daños, deterioros en la salud y la vida en personas y colectivos, vulnerando el derecho fundamental a la salud en los territorios (Resolución 100 del 2024), se realizó un segundo proceso de priorización, para lo cual se tomó como insumo la matriz de priorización de problemas, necesidades y condiciones sociales de salud, (Anexo 1, ASIS capítulo 5). Es importante aclarar, que en la estructuración de las dos tablas, se aplicó la metodología recomendada por Ministerio de Salud y Protección Social (Matriz de criterios de priorización), donde se califica según nivel de: trascendencia, el cual es entendido como las consecuencias de un determinado problema en salud; magnitud que hace referencia a si el problema en salud identificado es frecuente o poco frecuente; pertinencia social y cultural determinando la importancia que las personas dan a un determinado problema en salud y la capacidad de intervención, que hace referencia a la efectividad o respuesta de una intervención ante determinado problema de salud.

En esta dinámica de priorización, participaron específicamente los líderes técnicos de la Subsecretaría de Promoción Prevención y Producción Social, Subsecretaría de Protección de la Salud y Prestación de Servicios y Planeación Secretaría de Salud, quienes previamente revisaron las problemáticas identificadas a nivel cuantitativo (perfil epidemiológico) como cualitativo; así como los núcleos de inequidad, obteniendo la priorización descrita en la tabla 2.

**Tabla 2. Priorización de problemas y necesidades en salud**

No.	1. Descripción del problema o núcleo inequidad	2. Priorización en salud	3. Propuesta de respuestas y recomendaciones
1	Incremento de la mortalidad materna asociada a condiciones de riesgo evitable durante la gestación, parto y puerperio; se identifican barreras de acceso a los servicios de salud como: la falta de aseguramiento, la debilidad en la contratación de la red prestadora, atenciones no georreferenciadas y la inoportunidad y no continuidad en la atención generan baja cobertura en la consulta preconcepcional.	Muy alto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estrategias para el fomento de la cultura para el cuidado de la vida y la salud, y promoción de hábitos de vida saludable</li><li>• Implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la materno perinatal</li><li>• Aumentar la oferta de servicios de salud de la consulta preconcepcional, salud sexual y reproductiva, la captación temprana en la gestante en la poblaciones vulnerables y dispersas.</li><li>• Sistema de información actualizado implementado y articulado con APS para la adherencia, acceso temprano a los programas de control prenatal con énfasis en poblaciones rurales, vulnerables y migrantes.</li><li>• Fortalecer la articulación intersectorial para la disminución de los determinantes sociales.</li><li>• Unidades móviles para la atención en salud para las poblaciones dispersas.</li><li>• Seguimiento a cohortes de pacientes con riesgo identificado en salud</li></ul>
2	Embarazo en adolescentes y jóvenes, baja cobertura en la atención en salud sexual y reproductiva de la población con alto riesgo principalmente en adolescentes y jóvenes.	Alta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejorar la promoción y puntos de atención para los servicios de planificación familiar.</li><li>• Fortalecimiento del modelo de atención integral en adolescente y joven con la promoción de los derechos sexuales y reproductivos para la construcción de proyectos de vida.</li></ul>

No.	1. Descripción del problema o núcleo inequidad	2. Priorización en salud	3. Propuesta de respuestas y recomendaciones
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategias para la gestión de los determinantes sociales culturales y creencias que hay en algunas mujeres que no permiten la anticoncepción.</li> <li>Promoción de los derechos Sexuales y reproductivos utilizando los medios tecnológicos y redes sociales para realizar educación en salud</li> <li>Incorporación de TIC, inteligencia artificial en el abordaje de las problemáticas sociales de adolescentes y jóvenes</li> <li>Continuidad de estrategia de Servicios amigables y tejido sueños.</li> </ul>
3	Agudización de los factores de riesgo del sufrimiento psicosocial y problemas de salud mental en Santiago de Cali, en los diferentes cursos de vida; conduciendo al aumento de morbilidad relacionado con violencias, suicidios, trastornos mentales	Muy alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de los entornos protectores que fomenten el autocuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental y la convivencia social.</li> <li>Fortalecimiento del talento humano en salud para la detección temprana de riesgos asociados a violencia, intento de suicidio, suicidio, problemas y trastornos en salud mental desde la atención intra y extramural para la derivación y acceso oportuno a los organismos que hacen parte de la ruta y que puedan generar acciones para la atención prioritaria y protección.</li> <li>Estrategia para la implementación de atención en salud a las víctimas de violencia que incluya la articulación con los otros actores.</li> <li>Fortalecimiento a la red protectora y prestadora a través de los equipos básicos de salud en el marco de la promoción de la salud mental, la prevención y detección temprana de factores de riesgo asociados a violencia, intento de suicidio, suicidio, problemas y trastornos en salud mental</li> <li>Continuar con la implementación de la política de salud mental</li> <li>Fortalecer la red prestadora de servicios de salud mental.</li> <li>Fortalecer los centros de escucha comunitario.</li> <li>Desarrollar capacidades de intervención y primeros auxilios en salud mental y prevención de suicidios.</li> <li>Capacitar al talento humano en las guías y protocolos de intervención en salud mental</li> <li>Fortalecimiento del seguimiento a las EAPB para que implementen en la red prestadora la política y modelo de salud mental</li> </ul>
4	Incremento del consumo en la de sustancia psicoactivas, cigarrillo y alcohol en la población, joven y habitante de y en calle	Alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategias de reducción de riesgos y daños y dispositivos de base comunitaria en entornos de privación de libertad y sistema de responsabilidad penal en adolescente.</li> <li>Estrategias intersectoriales para la promoción de la salud, la prevención y la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA desarrolladas.</li> <li>Fortalecimiento del tratamiento en sustitución y mantenimiento, disminuyendo barreras de acceso a tratamientos para naloxona, metadona, implementando modelos de farmacia y dispensación comunitaria.</li> <li>Estrategia de detección, tratamiento y atención de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas</li> </ul>
5	Las barreras de acceso a los servicios de salud en los diferentes niveles, originada principalmente en que no están totalmente conformadas y en su débil funcionamiento de las redes	Muy alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación del modelo de atención integral y territorial en salud donde se articulan los equipos de APS con los equipos PIC.</li> <li>Fortalecimiento de las acciones de coordinación, vigilancia y control de la prestación de servicio en las redes conformadas</li> </ul>

No.	1. Descripción del problema o núcleo inequidad	2. Priorización en salud	3. Propuesta de respuestas y recomendaciones
	integradas en salud, aunado a la ausencia de un sistema de información único e interoperable conduce a la afectación en la calidad de vida de la población		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de las barreras de acceso a los diferentes servicios.</li> <li>• Apoyar a las ESE de la red primaria con dotación de equipos técnicos, tecnológico y de infraestructura.</li> <li>• Monitoreo y seguimiento de la gestión financiera, clínica y administrativas de las ESE</li> <li>• Apoyo para desarrollo de competencias técnicas del Talento Humano de las ESE.</li> <li>• Apoyo en la gestión del mejoramiento del SOGC</li> <li>• Mediante asociaciones público privadas y con IPS de alta complejidad lograr el mejoramiento del desempeño de las ESE de baja complejidad</li> <li>• Gestionar para que los servicios prioritarios alcancen los certificados de habilitación.</li> </ul>
6	Desconocimiento de la comunidad en lo referente a autocuidado y hábitos saludables.	Muy alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación en la comunidad basada en hábitos y estilos de vida saludable y autocuidado</li> <li>• Promover Estrategias de hábitos de vida saludable en todos los cursos de vida</li> <li>• Cultura nutricional sana.</li> <li>• Acceso a la tecnología para el monitoreo de la condición de salud (Disminución de Costos)</li> <li>• Fomentar el uso de ayudas tecnológicas como plataformas para incentivar los hábitos saludables y fortalecer estrategias de monitoreo remoto.</li> <li>• Incluir dentro de los equipos de intervención asistencial y territorial profesionales en gerontología para el curso de vida de vejez y medicina familiar, para el curso de vida adultez.</li> <li>• Puntos de tamizaje y seguimiento remoto, para la detección temprana, morbilidades y problemáticas en salud, para la intervención oportuna, teniendo en cuenta el uso de las TICS.</li> </ul>
7	Inadecuadas condiciones sanitarias, ambientales y sociales en los entornos de vida cotidiana que conducen al incremento en la incidencia de dengue y otras patologías endémicas y zoonóticas.	Muy alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación y/o seguimiento de una estrategia de comunicación y movilización comunitaria en territorios priorizados.</li> <li>• Intervenir los criaderos permanentes de Aedes aegypti en el entorno comunitario (sumideros en vía pública), educativo e institucional para la prevención y control de las ETV.</li> <li>• Realizar el ciclo anual de vacunación antirrábica en perros y gatos, con educación para la salud y el monitoreo rápido en cada una de las 22 comunas y los 15 corregimientos.</li> <li>• Implementar Programa de educación en salud ambiental de manera intersectorial para el adecuado manejo de residuos los, sólidos, que incluya al habitante en situación de calle</li> <li>• Promover en los territorios la disposición adecuada de los residuos, cuadrillas para promover la separación y el reciclaje.</li> <li>• Estrategia conjunta, respuesta intersectorial, organismos alcaldía, EMCALI, universidad, recicladores de oficio, que mejor estrategia de concientización, con incentivos o sanciones según sea el caso</li> <li>• Revisión del PRAE para inclusión en el currículo los temas claves de salud ambiental, cultura cuidado del agua, manejo residuos sólidos entre otros, hay a nivel rural iniciativas sobre cultura del agua.</li> <li>• Estudio, Formulación y ejecución del proyecto PTAR ( proyecto de tratamiento y aprovechamiento de residuos) para la valorización de los residuos generados en la ciudad</li> </ul>

No.	1. Descripción del problema o núcleo inequidad	2. Priorización en salud	3. Propuesta de respuestas y recomendaciones
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empoderamiento comunitario para mejoramiento de los entornos</li> </ul>
8	Aumento de morbilidad y mortalidad por eventos en salud prevenibles como enfermedades cardiovasculares.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir cohortes de riesgo en salud y realizar seguimiento a los riesgos más frecuentes en la población residente en Santiago de Cali.</li> <li>• Implementación de Equipos de Atención Integral en Salud para la tamización y diagnóstico de salud, resolución de elementos básicos de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento provisional.</li> <li>• Interoperabilidad de la información de las personas, familias en territorios intervenidos a través de los Equipos de Atención Integral en Salud</li> <li>• Desarrollo de capacidades en el talento humano en salud</li> </ul>
9	Incremento de la mortalidad por cáncer asociado a un diagnóstico tardío, en estadios avanzados o invasivos (Mama, Cuello uterino, Digestivo, Próstata, infantil, leucemias).	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de prevención</li> <li>• Fortalecimiento técnico de los profesionales de la salud para el diagnóstico temprano</li> <li>• Masificación de autocuidado</li> <li>• Mejorar capacidad instalada desde el diagnóstico hasta la intervención</li> <li>• Creación de cohortes para seguimiento</li> </ul>
10	Mortalidad infantil causada por eventos en salud de gran impacto como la desnutrición, IRA, y EDA.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión oportuna de los casos de malnutrición detectados y/o diagnosticados en el territorio.</li> <li>• Realizar promoción de la alimentación saludable en los diferentes entornos y curso de vida.</li> <li>• Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales.</li> <li>• Estrategia para la prevención y control de la Geohelmintiasis.</li> <li>• Realizar jornadas de vacunación para cumplimiento de coberturas.</li> <li>• Centros de Salud con paquetes nutricionales Fomentar espacios culturales para el empoderamiento de hábitos nutricionales saludables.</li> </ul>
11	Barreras en la implementación del modelo intercultural entre medicina occidental y propia, considerar que la comunidad NARP también presenta otros problemas de salud además de la anemia falciforme, como los suicidios y los riesgos cardiovasculares.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento del modelo de salud propia con enfoque étnico (Indígena y afro)</li> <li>• Fortalecimiento de Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas.</li> <li>• Fortalecimiento del procedimiento de certificación de discapacidad.</li> <li>• Fortalecimiento de adecuaciones socioculturales y ajustes razonables para la atención de poblaciones por condición o situación.</li> <li>• Gestión intersectorial de políticas públicas distritales</li> <li>• Desarrollo de capacidades y fortalecimiento de habilidades para la sensibilización del talento humano, para minimizar las acciones con daño.</li> </ul>
12	Baja adherencia de los prestadores de servicio de transporte asistencial de pacientes públicos y privados al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Distrital – CRUE.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la reglamentación.</li> <li>• Capacitar y/o comunicar los medios para la notificación de las urgencias, emergencias y desastres.</li> <li>• Integrar todas las ambulancias al sistema CRUE. Articular con los aseguradores.</li> </ul>

No.	1. Descripción del problema o núcleo inequidad	2. Priorización en salud	3. Propuesta de respuestas y recomendaciones
13	Baja implementación del ISH en las IPS públicas y privadas con servicios de urgencias.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la evaluación y asistencia técnica de manera integral como fortalecimiento de capacidades.</li> <li>Gestionar recursos en el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria.</li> <li>Unificar la información de criterios para la evaluación de PHE.</li> <li>Gestión de recursos económicos anuales.</li> <li>Personal entrenado con realización de simulacros.</li> <li>Plan escalonado para la intervención</li> </ul>
14	El fenómeno migratorio que se presenta actualmente hacia Cali tanto del interior de Colombia como son Cauca, Nariño y Chocó, igualmente de Buenaventura, además los inmigrantes internacionales provienen de países fronterizos especialmente de Venezuela ha generado un incremento en la demanda de servicios de salud, barreras en la atención en salud, falta de seguimiento a las gestantes irregulares por parte de las IPS y desconocimientos por parte de gestantes del sistema de salud. Y la reactivación de patologías emergentes y reemergentes que ya estaban controladas; para lo cual la ciudad no estaba preparada y no se cuenta con los recursos, ni capacidad suficiente para brindar una cobertura adecuada de servicios a esta población, generando un riesgo adicional a la población autóctona.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar una red de prestación de servicios en coordinación con las entidades de cooperación internacional.</li> <li>Gestión de recursos a nivel nacional y local</li> <li>Articular en conjunto con Migración Colombia la regularización de la población extranjera con el fin de realizar la afiliación al SGSSS.</li> <li>Campañas alusivas a rutas, deberes de la población migrante, para acceder a los servicios</li> <li>Campañas de promoción y vacunación</li> <li>Fortalecer la educación en salud a las mujeres gestantes irregulares y sus familias sobre los derechos y deberes en salud para fortalecer la disminución de las barreras.</li> <li>Articulación intersectorial para el desarrollo de actividades en educación y atención en salud a la población migrante.</li> <li>Disminuir las barreras de oportunidad y calidad de la atención en salud a la población migrante.</li> </ul>
15	Escasa capacidad instalada en el sector Salud, para la atención integral con enfoque diferencial a población diversa, por lo que el Distrito requiere una Institución en Salud especializada para la atención de la población diversa., igualmente existe un trato discriminatorio en varios sectores. Igualmente diferenciar los presupuestos y asignados a diversidad sexual de los asignados a VIH/SIDA ya que eso genera mayor estigma.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa coordinado desde la secretaría de salud e implementado desde los diferentes EAPB y prestadores de servicio de salud, enfocado a la atención en salud con enfoque diferencial con enfoque de diversidad sexual y de género, para garantizar la no vulneración de la comunidad LGBTIQ+.</li> <li>Lineamientos, rutas y protocolos y guías para enfoque diferencial con enfoque de diversidad sexual y de género.</li> <li>Formación en enfoque de diversidad sexual y de género de la comunidad LGBTIQ+ orientado a todos los actores involucrados en la prestación del servicio de salud y gestores comunitarios, con opción de certificación.</li> <li>Servicios amigables para jóvenes en salud sexual y reproductiva en VIH y prevención combinada.</li> <li>Fortalecimiento de sistema de información en salud (observatorio LGBTIQ+).</li> <li>Fortalecimiento a las organizaciones de base comunitaria que trabajan con y para la comunidad.</li> <li>Disenar programas de enfoque diferencial y de comunidad LGBTIQ+ dentro de los servicios de salud</li> <li>Fortalecer la caracterización de la comunidad LGBTIQ+ profundizando en aspectos de interés para la comunidad</li> </ul>

No.	1. Descripción del problema o núcleo inequidad	2. Priorización en salud	3. Propuesta de respuestas y recomendaciones
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• LGBETIQ+ en término de salud sexual y reproductiva socio demográfico y socioeconómico.</li> <li>• Enfoque intersectorial que se enfoque en jóvenes, que abarque en problemas sexual</li> </ul>

De acuerdo con las problemáticas y las propuestas de solución, se construye el componente estratégico del Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali, como base para la formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud 2024-2027.

El modelo de ciudadanía de la salud, será un elemento estratégico distrital para la gestión de la salud pública. El modelo incorpora 3 elementos estratégicos: a. Atención Primaria en Salud, b. Sistema de gestión territorial y c. Participación Social efectiva y asertiva. Por otro lado, el modelo permitirá fortalecer los procesos de salud en los entornos de desarrollo y la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud.

## **4. COMPONENTE ESTRATÉGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD**

### **4.1 Visión compartida de salud en el territorio**

A 2031, El Distrito Especial de Santiago de Cali habrá avanzado en la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de quienes habitan en su territorio, mediante una gobernanza renovada que genere acciones positivas sobre los determinantes sociales de la salud, la gestión territorial, prestación de servicios integrales y la atención primaria en salud de forma articulada, diferencial y sostenible.

### **4.2 Objetivo General**

Fortalecer el ejercicio de la garantía del derecho fundamental a la salud a través de un modelo de gobernanza renovada de la salud, la atención primaria en salud y la gestión integral del riesgo en cumplimiento de los ejes estratégicos enmarcados en el PDSP 2022-2031, con los siguientes propósitos y/o objetivos:

- Reducir la morbilidad, mortalidad, y discapacidad, causadas por las condiciones de salud que afectan a las poblaciones residentes en la ciudad de Santiago de Cali, impactando en las desigualdades sociales en salud de las familias y personas.
- Fomentar un ambiente sano que proteja y garantice la sostenibilidad de los ecosistemas naturales y los entornos del desarrollo humano.
- Fortalecer el reconocimiento de la diversidad cultural y étnica y la incorporación del enfoque diferencial como elementos clave para el desarrollo y evolución de la garantía del derecho fundamental a la salud.
- Garantizar la gestión del riesgo a través del cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (o norma aplicable), la coordinación de acciones orientadas al acceso y la permanencia de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Fortalecer las capacidades institucionales y de gestión de las Empresas Sociales del Estado de Cali, como activo social en salud, mediante esquemas innovadores de asociación con diferentes aliados estratégicos que permitan consolidar la sostenibilidad de la red pública hospitalaria y proyectarla hacia el futuro con los más altos estándares gerenciales, de calidad y transparencia.
- Fortalecer la autoridad sanitaria en el distrito, a través del fomento de la gestión del conocimiento innovador, desarrollo del talento humano, desempeño institucional y transformación digital.

**Tabla 3. Componente estratégico- Alineación estratégica**

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
Mediano plazo: Contribuir al mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas y sus familias, a través de la promoción de entornos de vida cotidiana.  Largo plazo: Gestionar positivamente los determinantes sociales de la salud para reducir las brechas y mejorar la salud.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública.  Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	Eje 1. Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.  Eje 3. Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Eje 1. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.  Eje 3. Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	Eje 1: Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial.  Eje 3. Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	Eje 1. A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.  Eje 3. A 2031 el 100% de los Departamentos, Distritos y Municipios del País integran en su Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para el desarrollo de estrategias en entornos saludables integrales en contextos rurales, urbanos y periurbanos.	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Fortalecer las políticas de promoción, prevención y atención, con estrategias de gobernanza y autoridad sanitaria que permitan la construcción conjunta de una cultura para la vida y la salud, garantizando el goce efectivo del derecho a la salud, con enfoque de atención primaria, que comprenda la salud, desde la prevención de la enfermedad y la gestión de los determinantes sociales de la salud, generando bienestar en sus habitantes.	Fortalecimiento de la gestión comunitaria para la garantía al derecho a la salud. Desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad asociadas a los Determinantes Socioambientales que afectan la salud.	A 2027 el Distrito de Santiago de Cali garantiza que al menos el 70% de las instancias intersectoriales participan en las instancias del Consejo Territorial de Salud Ambiental - COTSA de Santiago de Cali.  A 2027 el Distrito de Santiago de Cali, el 90% de los territorios priorizados, fortalecerá las acciones intersectoriales para la intervención de los Determinantes socioambientales que impactan la salud de la población en el marco de la estrategia Entornos para a Vida.	Territorios y entornos de vida cotidiana priorizados con estrategias integrales e intersectoriales para reducir las inequidades sociales en salud y mejorar la calidad de vida de la población, implementadas	40	186	19	43	42	42
Mediano plazo: Fortalecer el programa de vigilancia en la etapa de identificación, preparación, análisis, respuesta y comunicación de riesgo frente a brotes.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	1. Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones	1. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1. Fortalecer la red de vigilancia basada en comunidad en los diferentes eventos de interés en salud pública.  2. Fortalecer el sistema de	A 2027 las instituciones de salud estarán fortalecidas en mecanismo para la Rectoría en salud del territorio conforme a las competencias establecidas en las acciones de vigilancia epidemiológica para	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública	Desarrollar la autoridad sanitaria en el distrito a través del fomento de la gestión del conocimiento innovador, fortalecimiento del talento humano, desempeño	1. Fortalecer la red de vigilancia basada en complejidad, implementan las estrategias de prevención y control de las IAAS y RAM, en todos sus componentes.  2. Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica en	A 2027, el 100% de las IPS de mediana y alta complejidad, implementan las estrategias de prevención y control de las IAAS y RAM, en todos sus componentes.  A 2027, el 40% de las instituciones de salud	Programa de vigilancia y demografía en salud pública implementado para la adecuada gestión integral de la salud.	182	947	184	189	193	199



4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4		
	Eje 4. Atención Primaria en Salud	brechas sociosanitarias.	Eje 4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios perirurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	4. Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS	4. Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud. - Establecimiento de acuerdos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la concurrencia de recursos orientados a garantizar el acceso de la población, la longitudinalidad, la integralidad y continuidad de la atención en salud. - Fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para el desarrollo de la APS con acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario.	4. A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.	4. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.	4. Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			las recomendaciones de actividad física A 2027, disponer de linea de base y de la población entre 18 y 64 años cumple las recomendaciones de actividad física en tiempo libre A 2027, el 60% de las mujeres entre 25 y 29 años son tamizadas para cáncer de cuello uterino con citología cervicouterina. A 2027, el 85% de hombres entre 50 y 75 años son tamizados para cáncer de próstata A 2031, el 70% de personas entre 50 y 75 años son tamizadas para cáncer de colon y recto con sangre oculta en heces por inmunoquímica A 2027, el 45 % de las mujeres de 30 a 65 años son tamizadas para cáncer de cuello uterino con pruebas de ADN-VPH A 2027, el 45 % de las mujeres de 50 a 69 años son tamizadas para cáncer de mama con mamografía bienal. A 2027, se cuenta con empresas y unidades productivas reconocidas con entorno laboral saludable (Trabajadores informales).								
Mediano plazo: Consolidar una unidad de gestión del riesgo en salud para optimizar el proceso de atención en Salud Pública en la población del Distrito de Santiago de Cali.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza en salud	Eje 1. Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales	1. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la rectoría en salud	1. Fortalecimiento de las capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud	A 2027 incrementar a 56% la proporción de casos de cáncer de mama detectados en los estudios tempranos I a II A 2027, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento de cáncer de colon y recto, transcurran en	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad.	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Reducir la morbilidad, mortalidad, y discapacidad, causadas por las condiciones de salud que afectan a las poblaciones residentes en la ciudad de Santiago de Cali.	a. Construir cohortes de riesgo en salud y realizar seguimiento a los riesgos más frecuentes en la población residente en Santiago de Cali.	A 2027, se cuenta con seguimiento de las cohortes de Cáncer, VIH, Diabetes.	Instituciones con campañas de gestión del riesgo en salud para optimizar el proceso de atención en Salud Pública implementadas	1072	1512	110	110	110			
Largo plazo:						Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de	b. Implementación de Equipos de Atención Integral	A 2027, tener cobertura de 70% con equipos básicos de Atención.	A 2027, el 100% de equipos básicos de atención será capacitado en Gestión									

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
Mejorar el nivel de salud de la población del Distrito de Santiago de Cali.	Eje 4. Atención Primaria en Salud	y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Eje 4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios perirurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	4. Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	4. Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud. - Establecimiento de acuerdos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la concurrencia de recursos orientados a garantizar el acceso de la población, la longitudinalidad, la integralidad y continuidad de la atención en salud. - Fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para el desarrollo de la APS con acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario.	promedio 45 días o menos. A 2027, Garantizar la oportunidad de acceso al tratamiento en 8 días en los menores de 18 años con diagnósticos de LLA A 2027, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de cuello uterino transcurran en promedio 40 días o menos A 2027, se logra el 80% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis	Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Salud y Centros de Atención Primaria en Salud.	impactando en las desigualdades sociales en salud de las familias y personas.	en Salud para la tamización y diagnóstico de salud, resolución de elementos básicos de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento provisional.	Integral del riesgo. A 2027, reducir la mortalidad prematura por ENT en un 10% en la población de 30 a 70 años.						
Eje 7. Personal de Salud	Eje 7. Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	7. Talento humano en salud pública disponible y sostenible con garantía de trabajo digno y decente	7. Definición de estrategias territoriales e intersectoriales para la mejora de la disponibilidad y distribución del TSH con énfasis en los que realizan acciones y gestión de la salud pública	7. Definición de estrategias territoriales e intersectoriales para la mejora de la disponibilidad y distribución del TSH con énfasis en los que realizan acciones y gestión de la salud pública	A 2027, se logra disminuir en un 50%, la tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen A 2027, reducir la mortalidad prematura por ENT en un 10% en la población de 30 a 70 años.	A 2027, aumentar al 70% las personas diabetes controladas A 2027, aumentar en un 70 % el porcentaje captación de personas con hipertensión arterial.	Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública		c. Interoperabilidad de la información de las personas, familias en territorios intervenidos a través de los Equipos de Atención Integral en Salud	d. Desarrollo de capacidades en el talento humano en salud							

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
Mediano plazo: Servicios de Salud sin barreras de acceso a la población.  Largo plazo: Contar con una red que garantice los atributos de la calidad y humanización en la atención de servicios de salud a la población de Santiago de Cali	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas conforme a las competencias establecidas	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Garantizar la gestión del riesgo a través del cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad o quien haga sus veces, la coordinación de acciones orientadas al acceso y la permanencia de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	Articulación con EAPB, IPS y ESE para la gestión de la restitución de derechos en salud de los usuarios que presentan barreras de atención, fortaleciendo la rectoría en salud en el Distrito de Santiago de Cali.	A 2027, se incrementará en 70% la restitución de derechos en salud de los usuarios que presentan barreras de atención, fortaleciendo la rectoría en salud en el Distrito de Santiago de Cali.	Usuarios con derechos en salud restituídos frente a barreras de atención.	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
Mediano plazo: 4,16 suicidios por 100.000 Habitantes.  Largo plazo: 2,9 suicidios por 100.000 Habitantes.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza en salud	Eje 1. Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	1. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1. Fortalecimiento de las capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud	1. A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	1. Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad.	1. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Reducir la morbilidad, mortalidad, y discapacidad, causadas por las condiciones de salud que afectan a las poblaciones residentes en la ciudad de Santiago de Cali, impactando en las desigualdades sociales en salud de las familias y personas.	a. Fortalecimiento de los entornos protectores que fomenten el autocuidado y la correspondabilidad social en torno a la salud mental y la convivencia social. b. Fortalecimiento del talento humano en salud para la detección temprana de factores de riesgo asociados a violencia, intento de suicidio, suicidio, problemas y trastornos en salud mental. c. Estrategia para la	A 2027, se cuenta con 70% de cobertura en la red protectora y prestadora a través de los equipos básicos de salud en el marco de la promoción de la salud mental, la prevención y detección temprana de factores de riesgo asociados a violencia, intento de suicidio, suicidio, problemas y trastornos en salud mental. A 2027, se cumple con el 60 % de avance de las metas de salud, de la Política de Salud Mental.	Promoción de conductas saludables y gestión del riesgo en salud mental y la convivencia social desarrolladas	11230	51230	10000	10000	10000	10000

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
	étnicas, mujeres, población campesina , LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz	del País integran en su Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad.			implementación de atención en salud a las víctimas de violencia que incluya la articulación con los otros actores. d. Fortalecimiento a la red protectora y prestadora a través de los equipos atención básica en el marco de la promoción de la salud mental, la prevención y detección temprana de factores de riesgo asociados a violencia, intento de suicidio, suicidio, problemas y trastornos en salud mental.	3. A 2031 el 100% las entidades territoriales Departamentales, Distritales han implementado las medidas de atención para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género.	7 Gestión de la Política Pública de Salud mental y convivencia ciudadana.						
Mediano plazo: Fortalecer el programa de Inspección, Vigilancia y Control en los establecimientos e instalaciones de interés sanitario. Fortalecer el programa de Inspección, Vigilancia y Control en los establecimientos e instalaciones de interés sanitario. Largo Plazo: Mejorar el control sanitario en los establecimientos e	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública.  Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la	1. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Fortalecimiento de las capacidades de inspección, vigilancia y control sanitario y la garantía de insumos de interés en salud pública.	A 2031 el 100% de los establecimientos e instalaciones distritales desarrollaran procesos institucionales para el fortalecimiento de las capacidades conforme a las competencias establecidas por la norma.	Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	Fomentar un ambiente sano que proteja y garantice la sostenibilidad de los ecosistemas naturales y los entornos del desarrollo humano.	a. Fortalecer las visitas de control sanitario de las instituciones y establecimientos para lograr el cumplimiento de las condiciones seguras para la salud humana. b. Implementar Programa de educación en salud ambiental de manera intersectorial para el adecuado manejo de residuos los, sólidos, que incluya al habitante en situación de calle	A 2027, el 100% de los establecimientos e instituciones visitados cuentan con un concepto sanitario favorable para la operación. Mantener en riesgo bajo, inferior a 5% el IRCA de los acueductos urbanos y rurales.	Programa de Inspección, Vigilancia y Control en los establecimientos e instalaciones de interés sanitario, implementados.	36000	40000	10000	10000	10000	10000

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4	
instituciones de Santiago de Cali.		naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.							C. Revisión del PRAE para inclusión en el currículo los temas claves de salud ambiental, cultura cuidado del agua, manejo residuos sólidos entre otros, hay a nivel rural iniciativas sobre cultura del agua. d. Estudio, Formulación y ejecución del proyecto PTAR (proyecto de tratamiento y aprovechamiento de residuos) para la valorización de los residuos generados en la ciudad.									
Mediano plazo: Contribuir al mejoramiento de calidad en salud, a través de la adecuación de infraestructura en salud, en el Distrito de Santiago de Cali.  Largo plazo: Las sedes en salud, contarán con adecuaciones y dotación necesarias para brindar servicios de calidad y eficiencia.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza a de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales, Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad Sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Fortalecer las capacidades institucionales y de gestión de las Empresas Sociales del Estado de Cali, como activo social en salud, mediante esquemas innovadores de asociación con diferentes aliados estratégicos que permitan consolidar la sostenibilidad de la red pública hospitalaria y proyectarla hacia el futuro con los más altos estándares gerenciales, de calidad y transparencia.	1. Identificación de necesidades y requerimientos de nivel institucional para una mejor prestación de los servicios. 2. Realizar la intervención de infraestructura física de las sedes priorizadas 3. Realizar la dotación de las sedes priorizadas, dando respuesta a las necesidades de la institución."	A 2027, se mejorarán los medios físico dispuestos para la prestación de servicios en salud de la autoridad sanitaria; adecuando y dotando el 100% de las sedes priorizadas de la entidad territorial.	Sedes de salud mejoradas y dotadas	4	10	0	2	2	2	
Mediano plazo: Adecuaciones socioculturales y razonables en los actores del sistema de salud y comunitarios del	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los	Establecimiento de mecanismos institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios que garanticen la	A 2031 el 100% de entidades territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que tienen en su territorio	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Fortalecer el reconocimiento de la diversidad cultural y étnica y la incorporación del enfoque	32.300 personas de grupos poblacionales vulnerables intervenidas con enfoque diferencial.	A 2027, avanzar en un 25% en la implementación del modelo étnico de salud propia A 2027, aumentar en 7% la atención integral,	Grupos poblacionales vulnerables y diferenciales intervenidos*	70005	98305	5600	7600	7600	7500	

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4	
Distrito de Santiago de Cali modeladas.	campesina , LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento	participación de las diferentes formas y expresiones organizativas de los pueblos y comunidades en la planeación y la respuesta en salud.	pueblos y comunidades indigenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblo Rom han establecido acuerdos para la garantía de derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural.			diferencial como elementos clave para el desarrollo y evolución de la garantía del derecho fundamental a la salud.	1. Fortalecimiento del modelo de salud propia con enfoque étnico (Indígena y afro) 2. Fortalecimiento de Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas. 3. Fortalecimiento de adecuaciones socioculturales y ajustes razonables para la atención de poblaciones por condición o situación. 4. Gestión intersectorial de políticas públicas distritales	psicosocial y en salud a la población víctima del conflicto armado interno (línea base 26,8% - 58 mil de 216 mil) A 2027, se adoptan los lineamientos para la superación de barreras de acceso y atención para el ejercicio del derecho a la salud de las personas LGBTI								
Mediano plazo: Adecuaciones socioculturales y razonables en los actores del sistema de salud y comunitarios del Distrito de Santiago de Cali modeladas.	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina , LBGTIQ+ y otras poblaciones por	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e organizativas de	Establecimiento de mecanismos institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios que garanticen la participación de las diferentes formas y expresiones de	A 2031, el 100% de las entidades territoriales implementan la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en los territorios	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Fortalecer el reconocimiento de la diversidad cultural y étnica y la incorporación del enfoque diferencial como elementos clave para el desarrollo y evolución de la	1. Fortalecimiento del procedimiento de certificación de personas con discapacidad y el registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad. 2. Fortalecimiento de la estrategia de	A 2027 aumentar en 15% el número de personas con discapacidad intervenidas a través de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad - RBC y el procedimiento de certificación de discapacidad (línea base 21,88% - 35.926	Personas con discapacidad intervenidas en salud.	35926	59926	5400	6000	6000	6600	

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
Largo plazo: Implementación sostenible de adecuaciones socioculturales y razonables en los actores del sistema de salud y comunitarios del Distrito de Santiago de Cali.	condición y/o situación.	a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	integración de los sistemas de conocimiento	los pueblos y comunidades en la planeación y la respuesta en salud.	Desarrollo de capacidades institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la transversalización del enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas en la planeación, formulación e implementación de planes, programas y estrategias orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud.			garantía del derecho fundamental a la salud.	Rehabilitación Basada en Comunidad.	PcD de 164.198; fuente DANE).	A 2027 fortalecer en las Empresas Sociales del Estado de baja complejidad y su red, la rehabilitación basada en la comunidad - RBC y los apoyos y ajustes razonables, para la población con discapacidad.						
Mediano plazo: Servicios de Salud sin barreras de acceso a la población migrante de acuerdo con la normatividad vigente. Largo Plazo: Disminuir la morbilidad de la población migrante de acuerdo con la normatividad vigente.	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina , LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de	Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales	Identificación, disminución y superación de barreras de acceso a la atención integral en salud de personas y colectivos.	A 2031 las entidades territoriales implementan el Plan de Atención Sectorial a Población Migrante, colombianos retornados y comunitades de acogida.	Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.	Garantizar la gestión del riesgo a través del cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad o quien haga sus veces, la coordinación de acciones orientadas al acceso y la	Recepción de cuentas de atención en salud a la población migrante irregular	A 2027 se logra la articulación intersectorial e intrasectorial para aportar en la implementación del Plan de Atención Sectorial a Población Migrante en lo correspondiente a atención de salud de urgencias	Población migrante irregular atendida de acuerdo con la Normatividad vigente	10646	55646	10500	11000	11500	12000

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
		intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	y transectoriales.					permanencia de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud									
Mediano plazo: Garantizar la integralidad de la atención de servicios de salud a la población afiliada al SGSSS. Largo plazo: Contribuir al goce efectivo del derecho a la salud de la población del Distrito.	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina , LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Garantizar de redes integrales e integradas para el uso de la población afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud contribuyendo a la reducción de contextos de inequidad social, étnica y de género.	Identificación, disminución y superación de barreras de acceso a la atención integral en salud de personas identificadas y no afiliadas.	A 2031 las entidades territoriales implementan el Plan de Atención Sectorial a Población Migrante, colombianos retomados y comunidades de acogida.	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.	Garantizar la gestión del riesgo a través del cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad o quien haga sus veces, la coordinación de acciones orientadas al acceso y la permanencia de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	Reducción de trámites y barreras administrativas a través del fortalecimiento de afiliación y continuidad en la afiliación de la población.	A diciembre de 2027 el 100% de la población afiliada cuenta con acceso a IPS básicas en los microterritorios del Distrito de Santiago de Cali.	Personas afiliadas al régimen subsidiado	19248	95848	19000	19000	19000	19000
Mediano plazo: Gestiónar la atención integral a la población a través de los componentes de la seguridad alimentaria y nutricional, impactando en la disminución de la movilidad y la mortalidad por malnutrición de la población. Largo plazo: Cali Cero Hambre	Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud,	Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales.	A 2027 la Entidad territorial responde a las necesidades en salud de la población con Malnutrición en el Distrito de Santiago de Cali.	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Reducir la morbilidad, mortalidad, y discapacidad, causadas por las condiciones de salud que afectan a las poblaciones residentes en la ciudad de Santiago de Cali, impactando en las desigualdades sociales en salud de las familias y personas.	1. Gestión oportuna de los casos de malnutrición detectados y/o diagnosticados en el territorio. 2. Realizar promoción de la alimentación saludable en los diferentes entornos y curso de vida. 3. Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales. 4 estrategia para la prevención y control de la Geo helmintiasis 5. Implementar el proceso de certificación de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI.	A 2027, realizar el seguimiento del 100% de los menores de 5 años con desnutrición aguda. A 2027, se cuenta con un total de 71 entidades públicas y empresas que según la Ley 1823 de 2007, adaptan espacios para la implementación de las salas de lactancia materna en el entorno laboral. A 2027, contar con el proceso de certificación de las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI A 2027, se cumple con 90% de avance de las metas de salud, de la Política de Soberanía y seguridad alimentaria.	Instituciones de diferentes entornos con campañas para la promoción, aprovechamiento de alimentos y atención integral a la malnutrición desarrolladas.	1238	1547	281	422	422	422

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
Mediano plazo: Aportar a la mitigación del riesgo de ocurrencia de las ETV y zoonosis en la población local, por medio de la promoción, prevención, vigilancia y control de los eventos relacionados.  Largo plazo: Reducir el impacto de las ETV y zoonosis en la población local	Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transsectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático y las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis para la gestión integral del riesgo y la disminución de la carga de la enfermedad.	Gestión del mecanismo para adoptar soluciones alternativas de cuidado integral en saneamiento básico, agua potable, calidad del aire, la tenencia responsable de animales de compañía y de producción, impulsar la transición energética justa, la gestión racional de productos químicos, la movilidad segura, saludable y sostenible y economías sociales y populares de cuidado comunitario en salud, teniendo en cuenta los factores socioculturales del territorio.	A 2031 el 100% de los Departamentos, Distritos y Municipios del País integran en sus Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.	Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.	Fomentar un ambiente sano que proteja y garantice la sostenibilidad de los ecosistemas naturales y los entornos del desarrollo humano	Implementación y/o seguimiento de una estrategia de comunicación y movilización comunitaria en los ecosistemas naturales y los entornos del desarrollo humano	A 2027, alcanzar un índice Aélico menor al 5%.	A 2027, alcanzar el 80% de cobertura en vacunación antirrábica de perros y gatos.	Programa de gestión de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, para la gestión integral del riesgo implementado.	14	63	63	63	63

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
									vigilancia y control de leptospirosis en el entorno comunitario.								
Mediano plazo: Gestión de riesgos en salud caracterizados en los territorios. Largo plazo: Implementación del modelo preventivo, predictivo y resolutivo, mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).	Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Implementación del modelo de salud con enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS y teniendo en cuenta los territorios y microterritorios	Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.	A 2031 operarán en el territorio nacional el 100% de los equipos básicos interdisciplinarios proyectados con base en las dinámicas poblacionales y territoriales para el fortalecimiento del modelo de salud basado en la atención primaria.	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud	Garantizar la gestión del riesgo a través del cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad o quien haga sus veces, la coordinación de acciones orientadas al acceso y la permanencia de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	Caracterización de la población por núcleos familiares. Identificación de riesgos individuales, familiares y comunitarios. Definición y priorización de riesgos a intervenir con Participación Social y comunitaria. Intervención de familias por riesgos priorizados. Análisis de resultados parciales y ajuste operativo.	A 2027 se tendrán caracterizados el 10% de los grupos familiares del Distrito de Santiago de Cali.	Riesgos en salud intervenidos a través de campañas en el marco de la atención Primaria en Salud (APS)	4	28	6	6	6	6
Mediano plazo: Garantizar el cumplimiento del Sistema de Garantía de la Calidad fortaleciendo la prestación de servicios de salud. Largo plazo: Garantizar que las Empresas Sociales del Estado de nivel primario de atención logren la acreditación en salud.	Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Desarrollo de las redes integradas e integrales de prestación de servicios en el Distrito en el marco del modelo y de la normatividad existente.	Establecimiento de un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño y resultados en salud de las redes integrales e integradas territoriales de salud — RIITS.	A 2031 el 100% de los Departamentos y Distritos tendrán en operación una red integral e integrada territorial de salud — RIITS conforme al modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud — APS.	Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	Garantizar la gestión del riesgo a través del cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad o quien haga sus veces, la coordinación de acciones orientadas al acceso y la permanencia de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	Realización de auditorías de IVC programadas. Visitas a IPS por PQRS. Ajuste del sistema en caso de requerirlo. Análisis de la información y toma de decisiones sobre la operación de las redes de acuerdo con la normatividad vigente. Seguimiento al Sistema de información y monitoreo. Recolección de información de la operación de las Redes integrales e integradas.	A 2027, el 100% de las redes integradas e integrales de prestación de servicios en el Distrito con monitoreo, seguimiento y evolución de desempeño.	Prestadores de Servicios de Salud con el Sistema de Garantía de la Calidad Implementado	SD	616	101	201	201	113
Mediano plazo: Contribuir al mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas y sus familias, a través	Eje 4. Atención Primaria en Salud Eje 1. Gobernabilidad	Eje 4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de	Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de - Establecimiento	Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud colombiana se resuelven en el nivel primario de atención	Eje 4. A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención	1. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	1. Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y	Reducir la morbilidad, mortalidad, y discapacidad, causadas por las condiciones de salud que	a. Estrategias de reducción de riesgos y daños y dispositivos de base comunitaria en entornos de privación	A 2027, fortalecer a un 30% la cobertura en los centros penitenciarios para la reducción de riesgos y daños dispositivos de base comunitaria en entornos de privación	Personas capacitadas con estrategias intersectoriales para la promoción de	14700	22700	2000	2000	2000	2000

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4	
de estrategias intersectoriales para la promoción de la salud, la prevención y la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA en la población residente en el Distrito de Santiago de Cali.  Largo plazo: Mejorar el nivel de salud de la población del Distrito de Santiago de Cali	gobernanza en salud pública	la población, en escenarios como ciudades, espacios perirurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.  Eje 1. Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS	de acuerdos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la concurrencia de recursos orientados a garantizar el acceso de la población, la longitudinalidad, la integralidad y continuidad de la atención en salud. - Fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para el desarrollo de la APS con acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario.	en salud. Eje 1. A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	zación social, Gobernanza y Gobernabilidad.	Centros de Atención Primaria en Salud	afectan a las poblaciones residentes en la ciudad de Santiago de Cali, impactando en las desigualdades sociales en salud de las familias y personas.	libertad y sistema de responsabilidad penal en adolescente. b. Estrategias intersectoriales para la promoción de la salud, la prevención y la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA desarrolladas. c. Fortalecimiento del tratamiento en sustitución y mantenimiento, disminuyendo barreras de acceso a tratamientos para naloxona, metadona, implementando modelos de farmacia y dispensación comunitaria. d. Estrategia de detección, tratamiento y atención de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas.	de privación de libertad y sistema de responsabilidad penal en adolescente. A 2027, Fortalecer y promover 2 dispositivos de bajo umbral, entre ellos dispositivos de base comunitaria como estrategia de reducción de riesgos y daños. A 2027, implementar dos o más servicios de análisis de SPA como estrategia de reducción de riesgo.	la salud, la prevención y la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA.							
Mediano plazo: Contar con una red fortalecida para la prestación de servicios de salud con calidad. Largo plazo: Garantizar que las Empresas Sociales del Estado de nivel primario de atención logren la acreditación en salud.	Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios perirurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando	Lograr el fortalecimiento en la calidad, sostenibilidad y satisfacción de los usuarios de servicios de las empresas sociales del estado del Distrito.	Fortalecimiento de la infraestructura pública en salud con condiciones de accesibilidad, aceptabilidad y pertinencia sociocultural	A 2031 se fortalecerá por lo menos el 50% de la infraestructura pública en salud que se identifique y priorice para incrementar la oferta equitativa de servicios de baja, mediana y alta complejidad fortaleciendo la atención primaria en salud.	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud	Garantizar la gestión del riesgo a través del cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad o quien haga sus veces, la coordinación de acciones orientadas al acceso y la	Recolección de necesidades por cada E.S.E. de baja complejidad del Distrito. Análisis, aprobación y asignación de recursos. Verificación del uso de los recursos asignados.	a 2027, funcionamiento del 100% de las IPS de las Redes de Salud públicas de baja complejidad	Empresas Sociales del Estado de nivel primario de atención fortalecidas en su operación	4	24	4	5	5	6	

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
		a la garantía del derecho fundamental a la salud.						permanencia de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud									
Mediano plazo: Mantener el cumplimiento de los estándares de habilitación en los servicios de salud.  Largo plazo: Contar con una red certificada en Santiago de Cali para la prestación de servicios de salud.	Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Los servicios de urgencias, cirugía plástica, Transporte Asistencial básico y medicalizado y ginecología oncológica estén 100% habilitados.	Desarrollo de las capacidades estructurales y organizacionales para el ejercicio de la autoridad sanitaria, la gobernanza, la conformación, organización, operación, monitoreo y evaluación de las Redes integrales e integradas territoriales de salud — RIITS.	A 2031 el 100% de los Departamentos y Distritos tendrán en operación una red integral e integrada territorial de salud — RIITS conforme al modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud — APS.	Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	Garantizar la gestión del riesgo a través del cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad o quien haga sus veces, la coordinación de acciones orientadas al acceso y la permanencia de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	Realización de visitas de IVC, visitas de plan anual, asistencias técnicas y búsquedas activas.	Los servicios de urgencias, cirugía plástica, Transporte Asistencial básico y medicalizado y ginecología oncológica estén 100% habilitados.	Servicios de urgencias, cirugía plástica, Transporte Asistencial básico y medicalizado y ginecología oncológica certificados	36	148	21	32	25	34
Mediano plazo: Implementación de un Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE operado por la entidad territorial.  Largo plazo: Adherencia del 100% de los prestadores de servicios de salud al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE garantizando la integralidad del Sistema de Emergencias Médicas.	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar	Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Socialización e Implementación del Plan de gestión integral de riesgos de emergencia y desastres en salud (PGIRED) en las Entidades Territoriales	A 2031 se incorporará en el 100% de los Departamentos y Distritos, el Plan de gestión integral de riesgos de emergencias y desastres en salud (PGIRED)	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública	Garantizar la gestión del riesgo a través del cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad o quien haga sus veces, la coordinación de acciones orientadas al acceso y la permanencia de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	Inspección de los prestadores de servicio de transporte asistencial de pacientes básicos y medicalizados.	A 2027 se implementa el Plan Sectorial de Salud y se articula al Plan de Gestión de Riesgo del Distrito.	Personas remitidas por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE	20035	20000	20000	20000	20000	20000

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
		respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.															
Mediano plazo: Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública. Largo plazo: Ser reconocida a nivel nacional como centro de referencia para la gestión del conocimiento	Eje 6. Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	objetivo 2: Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	A 2031 se fortalecerán en el 100% de los Departamentos y Distritos las capacidades técnicas y de investigación en salud pública del personal de salud.	Integridad del sector salud	Ciencia, tecnología en Innovación	Fortalecer las capacidades institucionales y de gestión de las Empresas Sociales del Estado de Cali, como activo social en salud, mediante esquemas innovadores de asociación con diferentes aliados estratégicos que permitan consolidar la sostenibilidad de la red pública hospitalaria y proyectarla hacia el futuro con los más altos estándares gerenciales, de calidad y transparencia.	Fortalecimiento de Alianzas estratégicas de público privadas de la academia institutos de investigación, Empresas farmacéuticas y gremios.	A 2027 se fortalecerá el 100% las capacidades técnicas y de investigación y de investigación en salud pública del personal de salud.	Gestión del conocimiento con procesos de investigación, modelos asociativos público privados e innovación fortalecidos	4	20	4	4	4	4

4.Transformación esperada del territorio:	5. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	6. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	7. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	8.Estrategias por resultados esperados.	9. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	10. Pilares del Modelo de salud Preventivo y Predictivo	11. Componente del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	13. Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud	14. Estrategia PTS	15. Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:	16. Indicador de meta Estratégica PTS	17. Línea Base	18. Valor Esperado Cuatrienio	19. Valor Esperado Año 1	20. Valor Esperado Año 2	21. Valor Esperado Año 3	22. Valor Esperado Año 4
									aprendidas y buenas prácticas. Impulsar la investigación de la Secretaría de Salud a través del grupo GISPE. Mejorar la calidad en el almacenamiento y disposición de datos en el repositorio, observatorio y laboratorio.								
Mediano plazo: Un sistema de información que integra diferentes fuentes para obtener indicadores en salud.  Largo plazo: Sistema de información integrado implementado para la toma de decisiones en salud.	Eje 6. Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	Fortalecimiento de los sistemas de información necesarios para la gestión de la información en salud pública incluyendo alertas tempranas	Al 2031 se desarrollan mecanismos para el fortalecimiento del 100% de las competencias de rectoría en salud.	Integridad del sector salud	Sistema único público de información en salud	Desarrollar la autoridad sanitaria en el distrito a través del fomento de la generación del conocimiento innovador, fortalecimiento del talento humano, desempeño institucional y transformación digital.	1. Articular diferentes fuentes de información internas para la generación de indicadores en salud que permita la toma de decisiones. 2. Fortalecimiento de los sistemas de información para la generación de alertas tempranas 3. Articulación de fuentes de información para brindar información a la ciudadanía en general	A 2027 se desarrollan las capacidades y mecanismos para la implementación de un Sistema de Información Integrado, que permita la toma de decisiones en salud Públicas	Módulos del sistema de información del sector salud interoperables, integrados y en producción	2	9	1	2	2	2

\* La Secretaría de salud de Cali, ha consolidado esfuerzos respecto a la participación social y comunitaria de toda la ciudadanía, con énfasis en poblaciones diferenciales como las comunidades indígenas y afrodescendientes. Hoy, En Cali existen siete pueblos indígenas con procesos organizativos, representados en ocho Cabildos y un Resguardo con Autoridades Propias. Respecto a la población negra, afrodescendiente y palenquera, se cuenta con la Federación Colombiana del Pacífico que agrupa 22 organizaciones, así como tres consejos comunitarios (Playa Renaciente, Palenque Hormiguero, Dos aguas Cascajal que agrupa 32 organizaciones de base comunitaria).

En el proceso de construcción participativa del Plan de Desarrollo Distrital y el Plan Territorial de Salud, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública desde la Secretaría de Salud Pública, se ha incorporado un indicador de resultado: "Grupos poblacionales vulnerables y diferenciales intervenidos", con lo cual se espera alcanzar las adecuaciones socioculturales y razonables en los actores del sistema de salud y comunitarios del Distrito, así como la implementación sostenible de las mismas. Para ello, se establecerán los mecanismos institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios que garanticen la participación de las diferentes formas y expresiones organizativas de los pueblos y comunidades, así como el desarrollo de capacidades institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias, para la transversalización del enfoque diferencial, el reconocimiento y respeto por los sistemas

de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas en los procesos de planeación, formulación e implementación de proyectos y acciones orientadas a la garantía del derecho fundamental a la salud.

## 5. COMPONENTE DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PTS

La Alcaldía de Santiago de Cali, creó la Secretaría de Salud Pública mediante Acuerdo No. 044 de 1938, modificada mediante Acuerdo No. 025 de noviembre de 1989; La estructura orgánica del Municipio se definió mediante el Decreto Extraordinario No. 411.0.20.0516 de 2016, donde precisa que este organismo cuenta con un Secretario de Despacho, un Subsecretario de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud, un Subsecretario de Protección de la Salud y Prestación de Servicios y un Jefe de la Unidad de Apoyo a la Gestión; así mismo cuenta con 208 funcionarios de planta que apoyan la gestión misional y administrativa desde los diferentes grupos de trabajo; el componente de funcionamiento es asumido directamente por la Alcaldía, por ello los recursos del Fondo Local de Salud son de inversión .

**Tabla 4. Comparativo presupuesto de ingresos Secretaría de Salud 2020-2023**

AÑO	2020	2021	2022	2023
<b>TOTAL</b>	<b>930.874.168.827</b>	<b>985.400.220.308</b>	<b>1.132.336.333.027</b>	<b>1.384.523.925.980</b>
SIN SITUACION DE FONDOS	830.039.034.138	879.424.092.612	1.050.234.380.183	1.300.696.437.782
CON SITUACION DE FONDOS	100.835.134.689	105.976.127.696	82.101.952.844	83.827.488.198

A continuación, en la tabla 5, se presenta la proyección para la vigencia 2024-2027 de todas las fuentes de financiación del Fondo Local de Salud, realizada por el Departamento Administrativo de Hacienda de la Alcaldía para el cuatrienio 2024-2027.

**Tabla 5. Proyección de Fuentes del Fondo Local de Salud**

FONDO	2024	2.025	2.026	2.027	Total Periodo
ICLD	30.187.111.853	20.010.403.444	30.060.503.272	34.824.264.728	<b>115.082.283.297</b>
Estampilla ProDesarrollo para discapacidad	1.883.632.529	1.671.752.564	1.973.447.513	2.141.798.458	<b>7.670.631.064</b>
RF. EstProdU5%Discapacidad y Enf	159.300.446	143.360.126	169.231.793	183.668.626	<b>655.560.991</b>
SGPSaludPública11/12	22.265.959.830	23.379.257.822	24.548.220.713	25.775.631.749	<b>95.969.070.114</b>
SGPSaludRSub SSF 11/12	364.068.232.310	381.804.619.214	400.933.768.901	420.977.214.119	<b>1.567.783.834.544</b>
SGP Salud Pública 12/12	1.767.139.669	1.855.496.653	1.948.271.485	2.045.685.059	<b>7.616.592.866</b>
SGPSaludRSub SSF 12/12	28.449.518.712	30.339.019.359	31.817.051.601	33.411.147.408	<b>124.016.737.081</b>
Coljuegos 25%	7.143.882.413	7.501.076.534	7.876.130.361	8.269.936.879	<b>30.791.026.187</b>
Coljuegos 25% S.S.F. 75%	21.431.647.240	22.503.229.602	23.628.391.082	24.809.810.636	<b>92.373.078.560</b>

FONDO	2024	2.025	2.026	2.027	Total Periodo
Adres SSF RégSubsidiado	896.102.828.248	954.663.518.039	1.016.984.452.996	1.083.303.994.124	<b>3.951.054.793.407</b>
R.F.C.M.O.G SaludInv	750.833.466	253.431.436	255.965.751	258.525.408	<b>1.518.756.061</b>
R.F.SGP Salud Pública	493.176.621	76.041.673	76.802.090	77.570.111	<b>723.590.495</b>
R.F. Coljuegos 25%	344.912.159	125.562.185	126.817.807	128.085.985	<b>725.378.136</b>
Gestión con la Nación de recursos	3.759.953.830	96.487.028.365	1.515.172.395	1.544.436.553	<b>103.306.591.143</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.378.808.129.326</b>	<b>1.540.813.797.016</b>	<b>1.541.914.227.760</b>	<b>1.637.751.769.843</b>	<b>6.099.287.923.946</b>

En la tabla 6, se presenta las metas de salud y la distribución de los recursos para la financiación del cuatrienio 2024-2027.

**Tabla 6. COMPONENTE DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD**

Programa (Reto PDD)	Subprograma (Programa PDD)	Proyectos	2024	2025	2026	2027	26. Proyección de recursos para financiar cuatrienio 2024 - 2027	Fuentes de recursos	Responsables
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud Integral y de Calidad	Instituciones con estrategias de promoción, prevención y hábitos saludables para el fomento del cuidado de la salud y la vida implementadas	\$8.062.177.592	\$7.664.712.756	\$8.856.078.062	\$9.439.410.170	\$34.022.378.580	SGP SALUD - RECURSOS PROPIOS DE LIBRE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud Integral y de Calidad	Instituciones con campañas de gestión del riesgo en salud para optimizar el proceso de atención en Salud Pública implementadas	\$5.399.176.995	\$5.340.449.703	\$5.862.003.691	\$6.246.816.434	\$22.848.446.823	SGP SALUD - RECURSOS PROPIOS DE LIBRE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud Integral y de Calidad	Grupos poblacionales vulnerables y diferenciales intervenidos	\$4.064.800.000	\$3.591.573.435	\$4.225.013.906	\$4.599.398.980	\$16.480.786.321	SGP SALUD -ICLD	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud Integral y de Calidad	Programa de vigilancia y demografía en salud pública implementado para la adecuada gestión integral de la salud	\$1.931.265.309	\$1.966.857.021	\$2.112.415.678	\$494.252.902	\$6.504.790.910	SGP SALUD - RECURSOS PROPIOS DE LIBRE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud Integral y de Calidad	Promoción de conductas saludables y gestión del riesgo en salud mental y la convivencia social desarrolladas	\$3.452.967.408	\$4.222.608.734	\$4.672.794.135	\$4.841.133.817	\$17.189.504.094	SGP SALUD - RECURSOS PROPIOS DE LIBRE	Secretaría de Salud Pública
Gestión pública para los ciudadanos	Fortalecimiento institucional	Módulos del sistema de información del sector salud interoperables, integrados y en producción	\$405.000.000	\$170.862.343	\$206.832.263	\$224.424.808	\$1.007.119.414	RECURSOS PROPIOS DE LIBRE	Secretaría de Salud Pública

Programa (Reto PDD)	Subprograma (Programa PDD)	Proyectos	2024	2025	2026	2027	26. Proyección de recursos para financiar cuatrienio 2024 - 2027	Fuentes de recursos	Responsables
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Hambre cero	Instituciones de los diferentes entornos con campañas para la promoción, aprovechamiento de alimentos y atención integral a la malnutrición desarrolladas.	\$1.014.146.468	\$1.001.560.446	\$1.077.750.006	\$1.253.566.340	\$4.347.023.260	SGP SALUD - RECURSOS PROPIOS LIBRE DE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud integral y de calidad	Gestión del conocimiento con procesos de investigación, modelos asociativos público privados e innovación fortalecidos	\$390.000.000	\$373.876.674	\$391.895.441	\$410.808.395	\$1.566.580.510	RECURSOS PROPIOS LIBRE DE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud integral y de calidad	Población migrante irregular atendida de acuerdo con la normatividad vigente	\$4.277.274.360	\$2.835.315.482	\$4.259.334.928	\$4.934.322.149	\$16.306.246.919	RECURSOS PROPIOS LIBRE DE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud integral y de calidad	Prestadores de Servicios de Salud con el Sistema de Garantía de la Calidad Implementado	\$3.265.632.413	\$999.008.135	\$1.337.463.600	\$1.508.290.660	\$7.110.394.808	RECURSOS PROPIOS LIBRE DE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud integral y de calidad	Riesgos en salud intervenidos a través de campañas en el marco de la atención Primaria en Salud (APS)	\$200.000.000	\$210.000.000	\$220.500.000	\$231.525.000	\$862.025.000	SGP SALUD- RECURSOS PROPIOS LIBRE DE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud integral y de calidad	Empresas Sociales del Estado de nivel primario de atención fortalecidas en su operación	\$5.800.000.000	\$97.474.924.995	\$3.527.998.206	\$4.039.252.360	\$110.842.175.561	RECURSOS PROPIOS LIBRE DE	Secretaría de Salud Pública

Programa (Reto PDD)	Subprograma (Programa PDD)	Proyectos	2024	2025	2026	2027	26. Proyección de recursos para financiar cuatrienio 2024 - 2027	Fuentes de recursos	Responsables
Territorio Resiliente y Biodiverso	Gestión del Riesgo y Atención de Desastres	Servicios de urgencias, cirugía plástica, Transporte Asistencial básico y medicalizado y ginecología oncológica certificados	\$0	\$1.498.512.202	\$2.006.195.400	\$2.262.435.990	\$5.767.143.592	RECURSOS PROPIOS LIBRE DE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud integral y de calidad	Usuarios con derechos en salud restituídos frente a barreras de atención	\$11.178.333.466	\$7.517.101.780	\$10.527.882.890	\$12.000.175.240	\$41.223.493.376	RECURSOS PROPIOS LIBRE DE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud integral y de calidad	Personas afiliadas al régimen subsidiado	\$1.310.776.726.510	\$1.389.912.585.177	\$1.474.118.734.585	\$1.563.339.222.958	\$5.738.147.269.230	SGP REGMEN SUBS ADRES	Secretaría de Salud Pública
Territorio Resiliente y Biodiverso	Gestión del Riesgo y Atención de Desastres	Personas remitidas por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE	\$3.200.800.000	\$2.470.461.771	\$3.283.485.508	\$3.696.100.029	\$12.650.847.308	COLJUE 75	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud integral y de calidad	Programa de Inspección, Vigilancia y Control en los establecimientos e instalaciones de interés sanitario, Implementado.	\$3.225.140.000	\$3.061.215.386	\$3.466.093.783	\$3.730.133.171	\$13.482.582.340	SGP SALUD - RECURSOS PROPIOS LIBRE DE	Secretaría de Salud Pública
Territorio Resiliente y Biodiverso	Protección ambiental y mitigación del cambio climático	Programa de gestión de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis para la gestión integral del riesgo implementado	\$5.085.000.000	\$5.029.553.225	\$5.520.857.198	\$5.883.314.057	\$21.518.724.480	SGP SALUD - RECURSOS PROPIOS LIBRE DE	Secretaría de Salud Pública

Programa (Reto PDD)	Subprograma (Programa PDD)	Proyectos	2024	2025	2026	2027	26. Proyección de recursos para financiar cuatrienio 2024 - 2027	Fuentes de recursos	Responsables
Territorio Resiliente y Biodiverso	Protección ambiental y mitigación del cambio climático	Territorios y entornos de vida cotidiana priorizados con estrategias integrales e intersectoriales para reducir las inequidades sociales en salud y mejorar la calidad de vida de la población, implementadas	\$1.457.372.853	\$1.064.147.930	\$1.314.186.269	\$1.448.785.331	\$5.284.492.383	SGP SALUD - RECURSOS PROPIOS DE LIBRE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud Integral y de Calidad	Personas capacitadas con estrategias intersectoriales para la promoción de la salud, la prevención y la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA	\$2.368.804.060	\$2.469.744.263	\$2.575.731.475	\$2.687.018.050	\$10.101.297.848	SGP SALUD- RECURSOS PROPIOS DE LIBRE	Secretaría de Salud Pública
Gestión pública para los ciudadanos	Fortalecimiento institucional	Sedes de salud mejoradas y dotadas	\$0	\$331.439.515	\$497.902.937	\$576.806.832	\$1.406.149.284	RECURSOS PROPIOS DE LIBRE	Secretaría de Salud Pública
Oportunidades para la Integración Social y Económica	Salud Integral y de Calidad	Personas con discapacidad intervenidas	\$3.253.511.892	\$2.980.373.202	\$3.397.452.034	\$3.635.587.486	\$13.266.924.614	ESTAMPILLA PRODESARROLLO	Secretaría de Salud Pública
		Total vigencia	\$1.378.808.129.326	\$1.542.186.884.175	\$1.543.458.601.995	\$1.637.482.781.159	\$6.101.936.396.655		

\*En el proyecto “Empresas Sociales del Estado de nivel primario de atención fortalecidas en su operación”, se incluye el mejoramiento de la infraestructura de las ESE de baja complejidad, siendo importante aclarar que los recursos se gestionaran a nivel nacional con el Ministerio de Salud.

En el plan de inversiones se incluyen los presupuestos participativos que se realiza con las comunas y corregimientos del Distrito Especial de Cali, que para el cuatrienio le aportan a tres metas como son: Promoción de conductas saludables y gestión del riesgo en salud mental y la convivencia social desarrolladas, Instituciones con estrategias de promoción, prevención y hábitos saludables para el fomento del cuidado de la salud y la vida implementadas e Instituciones de los diferentes entornos con campañas para la promoción, aprovechamiento de alimentos y atención integral a la malnutrición desarrolladas, para lo cual se asignó recursos adicionales de libre destinación por valor de \$4.576.380.879,00

Correcto		2024	2025	2026	2027
61020040001	Instituciones con estrategias de promoción, prevención y hábitos saludables para el fomento del cuidado de la salud y la vida implementadas	115.762.501	480.234.864	549.849.694	445.523.053
61020050003	Instituciones de los diferentes entornos con campañas para la promoción, aprovechamiento de alimentos y atención integral a la malnutrición desarrolladas.	-	65.000.000	65.000.000	180.000.000
61020040012	Promoción de conductas saludables y gestión del riesgo en salud mental y la convivencia social desarrolladas	71.349.352	827.852.295	929.524.541	846.284.579
		<b>187.111.853</b>	<b>1.373.087.159</b>	<b>1.544.374.235</b>	<b>1.471.807.632</b>

## 6. METAS DE RESULTADO

De acuerdo con el análisis realizado la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, se definen las metas de resultado para el periodo 2024-2027, presentadas a continuación en la tabla 7.

**Tabla 7. Indicadores de resultado**

META NACIONAL	LINEA BASE NACIONAL	AÑO	LINEA DE BASE CALI	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DEL REPORTE
A 2031, reducir a 32 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna	50,7	2019	16,5	Reducir a 18,0 por 100,000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna temprana	Reducir a 17,5 por 100,000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna temprana	Reducir a 17 por 100,000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna temprana	Reducir a 16,5 por 100,000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna temprana	SIVIGILA evento código 551	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, reducir a 13,5 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad perinatal	15	2020	12,8	Reducir a 12,6 por 1,000 nacidos vivos la razón de mortalidad perinatal	Reducir a 12,4 por 1,000 nacidos vivos la razón de mortalidad perinatal	Reducir a 12,2 por 1,000 nacidos vivos la razón de mortalidad perinatal	Reducir a 12 por 1,000 nacidos vivos la razón de mortalidad perinatal	SIVIGILA evento código 560	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, reducir a 6 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad neonatal	6,7	2020	5,2	mantener en 5,2 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad neonatal	reducir a 5,1 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad neonatal	Mantener a 5,1 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad neonatal	Mantener a 5,1 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad neonatal	RUAF N-D – DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, mantener en < 9% la proporción de Bajo Peso al Nacer	9,1	2020	3,40%	mantener en 3,4 % la proporción de Bajo Peso al Nacer	mantener en 3,4 % la proporción de Bajo Peso al Nacer	Mantener en 3,4 % la proporción de Bajo Peso al Nacer	Mantener en 3,4 % la proporción de Bajo Peso al Nacer	Fuente: Estadísticas Vitales de la secretaría de Salud de Cali- RUAF N-D – DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, reducir a 15,3 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil	17,34	2019	8,1	Reducir a 7,8 por cada 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil	Reducir a 7,5 por cada 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil	Reducir a 7,2 por cada 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil	Reducir a 6,9 por cada 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil	RUAF N-D – DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se logra reducir la tasa de incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por cada 1.000 nacidos vivos	2,8 por mil nacidos vivos (incluidos los mortinatos )	2020	0,9	Mantener la tasa de incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) por debajo de 1,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos	Mantener la tasa de incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) por debajo de 1,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos	Mantener la tasa de incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) por debajo de 1,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos	Mantener la tasa de incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) por debajo de 1,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos	SIVIGILA	Vigilancia y demografía en salud pública



META NACIONAL	LINEA BASE NACIONAL	AÑO	LINEA DE BASE CALI	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DEL REPORTE
Al 2031, Colombia mantendrá la implementación de los planes orientados a la erradicación de poliomielitis, eliminación de Sarampión y Rubeola, control y eliminación de eventos inmunoprevenibles, Síndrome de Rubeola Congénita, Tétanos Neonatal, Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Menígea, Hepatitis A, B y C, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Meningococo, diarreas por Rotavirus, Tos ferina, Parotiditis e Influenza, eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B.	Poliomielitis: 0 x 100,000 < 15 años Sarampión/rubéola: 0 x 100,000 hb SRC: 0 x 10, 000 nv Tétanos Neonatal: 0 x 1000 nv Neumococo: 0,35 x 100,000 hb Meningococo: 0,08 x 100,000 hb Parotiditis en <5 años: 38 x 100,000 en menores de 5 años Tosferina: 0,04 x 100,000 hb Tétanos neonatal: 0 x 100,000 hb Neumococo: 0,48 x 100,000 hb Meningococo: 0,09 x 100,000 hb Parotiditis en < 5 años: 39,40 x 100,000 menores de 5 años	2021	Poliomielitis: 0 x 100,000 < 15 años Sarampión/rubéola: 0 x 100,000 hb SRC: 0 x 10, 000 nv Tétanos Neonatal: 0 x 1000 nv Neumococo: 0,35 x 100,000 hb Meningococo: 0,08 x 100,000 hb Parotiditis en <5 años: 38 x 100,000 en menores de 5 años Tosferina: 0,04 x 100,000 hb Tétanos neonatal: 0 x 100,000 hb Neumococo: 0,48 x 100,000 hb Meningococo: 0,09 x 100,000 hb Parotiditis en < 5 años: 39,40 x 100,000 menores de 5 años	Poliomielitis: 0 x 100,000 < 15 años Sarampión/rubéola: 0 x 100,000 hb SRC: 0 x 10, 000 nv Tétanos Neonatal: 0 x 1000 nv Neumococo: 0,30 x 100,000 hb Meningococo: 0,05 x 100,000 hb Parotiditis en < 5 años: 37 x 100,000 en menores de 5 años	Poliomielitis: 0 x 100,000 < 15 años Sarampión/rubéola: 0 x 100,000 hb SRC: 0 x 10, 000 nv Tétanos Neonatal: 0 x 1000 nv Neumococo: 0,20 x 100,000 hb Meningococo: 0,03 x 100,000 hb Parotiditis en < 5 años: 36 x 100,000 en menores de 5 años	Poliomielitis: 0 x 100,000 < 15 años Sarampión/rubéola: 0 x 100,000 hb SRC: 0 x 10, 000 nv Tétanos Neonatal: 0 x 1000 nv Neumococo: 0,10 x 100,000 hb Meningococo: 0 x 100,000 hb Parotiditis en < 5 años: 35 x 100,000 en menores de 5 años	SIVIGILA, ficha 535, 620, 730, 610, 800, 770	Vigilancia y demografía en salud pública	

META NACIONAL	LINEA BASE NACIONAL	AÑO	LINEA DE BASE CALI	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DEL REPORTE
A 2031, Colombia aumentará a un 90%, la cobertura de vacunación de VPH en niños y niñas de 9 años de edad	Cobertura de niñas de 9 años: 34,1	2019	1 dosis: 87,7% 2 dosis: 52%	89%	91%	93%	95%	Coberturas de vacunación PAI SSPD	Salud Pública
	Cobertura de niños de 9 años: Sin dato	2019	8.7% (2024)	25%	50%	75%	85%	Coberturas de vacunación PAI SSPD	Salud Pública
A 2031, disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 10 a 14 años a cero nacimientos por cada 1.000 niñas de 10 a 14 años.	2,21	2020	1,26	Disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 10 a 14 años a cero nacimientos por cada 1.000 niñas de 10 a 14 años.	Disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 10 a 14 años a cero nacimientos por cada 1.000 niñas de 10 a 14 años.	Disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 10 a 14 años a cero nacimientos por cada 1.000 niñas de 10 a 14 años.	Disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 10 a 14 años a cero nacimientos por cada 1.000 niñas de 10 a 14 años.	Fuente: Estadísticas Vitales de la secretaría de Salud de Cali-RUAF N-D – DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 15 a 19 años a menos de 40 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años	54,42	2020	32,6	Disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 15 a 19 años a 31,95 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años	Disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 15 a 19 años a 31,3 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años	Disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 15 a 19 años a 30,65 los nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años	Disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 15 a 19 años a 30,0 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años	Fuente: Estadísticas Vitales de la secretaría de Salud de Cali-RUAF N-D – DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, Colombia reducirá a menos del 14 % el porcentaje de embarazos subsiguientes en adolescentes de 15 a 19 años.	24	2020	17,56	Reducir a 16,67 % el porcentaje de embarazos subsiguientes en adolescentes de 15 a 19 años.	Reducir a 15,78% el porcentaje de embarazos subsiguientes en adolescentes de 15 a 19 años.	Reducir a 14,89 % el porcentaje de embarazos subsiguientes en adolescentes de 15 a 19 años.	Reducir a 14% el porcentaje de embarazos subsiguientes en adolescentes de 15 a 19 años.	Estadísticas Vitales de la secretaría de Salud de Cali-RUAF N-D – DANE	Vigilancia y demografía en salud pública

META NACIONAL	LINEA BASE NACIONAL	AÑO	LINEA DE BASE CALI	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DEL REPORTE
A 2031 incrementar a 60% la proporción de casos de cáncer de mama detectados en estadios tempranos la IIA	Estadio I y II: 49,38%	2020	Estadio I y II:55,22%	Estadio I y II:56,5%	Estadio I y II:57%	Estadio I y II:57,5%	Estadio I y II:58%	sivigila 155 - resultados de histopatología - Infiltrante 66%, in-situs 21% e indeterminado 13%	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, garantizar la oportunidad de acceso al tratamiento en 5 días en los menores de 18 años con diagnóstico de LAD.	23,4 días	2020	3,9 días	3,9 días	3,9 días	3,9 días	3,9 días	Sivigila ficha 115	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031 incrementar a 69% la proporción de casos de cáncer de próstata diagnosticados en estadios tempranos	67,46 CAC (estadios I y II)	2020	64,26 CAC (estadios I Y II)	65 CAC (estadios I Y II)	66 CAC (estadios I Y II)	67 CAC (estadios I Y II)	68 CAC (estadios I Y II)	Se encuentra la información en CAC <a href="https://cuentadaelcosto.org/cancer-morbimortalidad-demografico/">https://cuentadaelcosto.org/cancer-morbimortalidad-demografico/</a>	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de colon y recto transcurran en promedio 30 días o menos	61,64 días	2020	55,77 días 2023	52,77 días 2023	49,77 días 2023	46,77 días 2023	43,77 días 2023		Vigilancia y demografía en salud pública

META NACIONAL	LINEA BASE NACIONAL	AÑO	LINEA DE BASE CALI	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DEL REPORTE
A 2031, reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de colon y recto a 5 por 100.000 habitantes	6,6 x 100.000 hab.	2020	14,5 x 100.000 Hab	13,7 x 100.000 Hab	12,9 x 100.000 Hab	12,1 x 100.000 Hab	11,3 x 100.000 Hab	Estadísticas vitales-mortalidad/DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se garantiza que entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica de cáncer de cuello uterino transcurran en promedio 30 días o menos	En procesamiento	2020	30 días	30 días	30 días	30 días	30 días	Sivigila ficha 155	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de cuello uterino transcurran en promedio 30 días o menos	79,13 días	2020	49 días	47 días	45 días	43 días	41 días	Sivigila ficha 155	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 por 100.000 mujeres	7,04 x 100.000 mujeres	2020	11,7 x 100.000 Hab	11,08 x 100.000 Hab	10,46 x 100.000 Hab	9,84 x 100.000 Hab	9,22 x 100.000 Hab	Estadísticas vitales-mortalidad/DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de mama transcurran en promedio 30 días o menos	70,25 días	2020	63 días	60 días	57 días	54 días	51 días	Sivigila ficha 155	Vigilancia y demografía en salud pública

META NACIONAL	LINEA BASE NACIONAL	AÑO	LINEA DE BASE CALI	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DEL REPORTE
A 2031, mantener la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama en 14 por 100.000	14,42 x 100.000 hab.	2020	31,6 x 100.000 Hab	31 x 100.000 Hab	30,5 x 100.000 Hab	29,6 x 100.000 Hab	28,4 x 100.000 Hab	Estadísticas vitales-mortalidad/DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se garantiza que entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica de cáncer de próstata transcurran en promedio 30 días o menos	77,30 días CAC	2020	74,36 días a 2023	70 días	66 días	62 días	58 días	Se encuentra la información en CAC por % y semáforo de cumplimiento pero no es el promedio en días <a href="https://cuentadealtocosto.org/cancer-morbimortalidad-demografico/">https://cuentadealtocosto.org/cancer-morbimortalidad-demografico/</a>	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de próstata transcurran en promedio 30 días o menos	87,66 días CAC	2020	74,08 días	68 días	62 días	56 días	50 días	Se encuentra la información en CAC <a href="https://cuentadealtocosto.org/cancer-morbimortalidad-demografico/">https://cuentadealtocosto.org/cancer-morbimortalidad-demografico/</a>	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, reducir a 10,9 casos por 100.000 habitantes la mortalidad de cáncer de próstata	13,8 x 100.000hab.	2020	30,9 x 100.000 Hab	28 x 100,000 Hab	26 x 100,000 Hab	24 x100,000 Hab	22 x100,000 Hab	Estadísticas vitales-mortalidad/DANE	Vigilancia y demografía en salud pública

META NACIONAL	LINEA BASE NACIONAL	AÑO	LINEA DE BASE CALI	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DEL REPORTE
A 2031, mantener la tasa ajustada de mortalidad por melanoma en 0,7 por 100.000 habitantes	Tasa de mortalidad 0,75	2019	1,20 x 100.000 Hab	1,24 x 100.000 Hab	1,22 x 100.000 Hab	1,18 x 100.000 Hab	1,12 x 100.000 Hab	RUAD-ND	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de pulmón a 7 por 100.000 habitantes	Tasa de mortalidad por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón: 9,16	2019	16,4 x 100.000 Hab	15,5 x 100.000 Hab	15,0 x 100.000 Hab	14,5 x 100.000 Hab	14,0 x 100.000 Hab	Estadísticas vitales-mortalidad/DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se reducirá la tasa ajustada de mortalidad por cáncer infantil a menos de 4,00 x 100000 niños, niñas y adolescentes	4,41x100.000 hab.	2020	5,7 x100.000 Hab	5,5 x100.000 Hab	5,40 x100.000 Hab	5,25 x100.000 Hab	5,10 x100.000 Hab	Estadísticas vitales-mortalidad/DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, reducir la mortalidad ajustada por cáncer de estómago a 8 por 100.000 habitantes	9,13	2021	18,2 x 100.000 Hab	17,4 x 100.000 Hab	16,6 x 100.000 Hab	15,8 x 100.000 Hab	15,0 x 100.000 Hab	Estadísticas vitales-mortalidad/DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se reducirá la letalidad acumulada (2022-2031) por dengue a menos del 0,1%.	0,13%	2012-2020	2,17%	2,17%	2,14%	2,7%	2%	Sivigila-RUAF ND	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, el 100% de las IPS de mediana y alta complejidad, implementan las estrategias de prevención y control de las IAAS y RAM, en todos sus componentes.	20%	2021	10%	20%	40%	50%	60%	Bases programa prevención infecciones asociadas a la atención en salud del distrito especial de Santiago Cali	programa prevención infecciones asociadas a la atención en salud del distrito especial de Santiago de Cali

META NACIONAL	LINEA BASE NACIONAL	AÑO	LINEA DE BASE CALI	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DEL REPORTE
A 2031, se reduce el 15% los casos de Leishmaniasis cutánea acumulados (2022-2031) en menores de 10 años de edad.	9,50%	2012-2019	0	1,13	1,01	0,8	0,7	SIVIGILA evento 420	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se logra disminuir en un 50% la tasa de discapacidad grado severo en las personas con diagnóstico nuevo de lepra.	0,58 x 1.000.000 Hab	2021	0,89 x 1.000.000	0,71 x 1.000.000 (reducción del 20 % frente a la línea base la discapacidad grado II)	0,62x 1.000.000 (reducción del 30 % frente a la línea base la discapacidad grado II)	0,53 x 1.000.000 (reducción del 40 % frente a la línea base la discapacidad grado II)	0,44 x 1.000.000 (reducción del 50 % frente a la línea base la discapacidad grado II)	SIVIGILA evento 450	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se logra disminuir en un 50%, la tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen	0,07 x 10,000 Hab	2021	0,07 x 10.000	0,05 x 10.000 (disminuir el 20 % de la incidencia respecto a la línea base)	0,04 x 10.000 (disminuir el 30 % de la incidencia respecto a la línea base)	0,04 x 10.000 (disminuir el 40 % de la incidencia respecto a la línea base)	0,035 x 10.000 (disminuir el 50 % de la incidencia respecto a la línea base)	SIVIGILA evento 450	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, se reduce en 40% las muertes por malaria en el periodo 2022-2031.	196 muertes	2012-2020	Mantener 0% casos de mortalidad por malaria	Mantener 0% casos de mortalidad por malaria	Mantener 0% casos de mortalidad por malaria	Mantener 0% casos de mortalidad por malaria	Mantener 0% casos de mortalidad por malaria	SIVIGILA evento 465	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, 50% de departamentos y distritos logran condiciones de eliminación de la rabia transmitida por perros.	0 departamentos y municipios	2021	0	Mantener 0% casos de rabia transmitida por perros.	Mantener 0% casos de rabia transmitida por perros.	Mantener 0% casos de rabia transmitida por perros.	Mantener 0% casos de rabia transmitida por perros.	Sivigila	Vigilancia y demografía en salud pública

META NACIONAL	LINEA BASE NACIONAL	AÑO	LINEA DE BASE CALI	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DEL REPORTE
A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis	71%	2020	73 %	75 %	77 %	80 %	90%	Libro de pacientes programa tuberculosis	Salud Pública
A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia.	1,93 x 100,000 habitantes	2020	3,7 x100000 habitantes	2, 9x 100000 habitantes (reducción de 20 % respecto a línea base)	2, 59x 100000 habitantes (reducción de 30 % respecto a línea base)	2,2x 100 mil habitantes (reducción del 40 % respecto a la línea base)	1,85 x 100 mil habitantes (reducción del 50 % respecto a línea base)	SIVIGILA evento 813	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, mantener la tasa de mortalidad de suicidio por debajo de 5	5,5 por 100.000 habitantes	2020	5 x 100000 Habitantes	4,60 x 100000 Habitantes	4,25 x 100000 Habitantes	4,20 x 100000 Habitantes	4,16 x 100000 Habitantes	RUAF-ND	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, disminuir la tasa de violencia interpersonal a 230 por 100.000 habitantes	240 por 100.000 Habitantes	2021	406,05 x 100000 Habitantes	367,0 x 100000 Habitantes	344,0 x 100000 Habitantes	321,0 x 100000 Habitantes	298,0 x 100000 Habitantes	SIVIGILA evento 875	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, aumentar al 80% las personas diabetes controlada	54,18%	2020	40%	47,50%	55%	62,50%	70%	cubos sispro	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, aumentar en un 70% el porcentaje de captación de personas con hipertensión arterial.	55%	2020	35%	43,75%	52,50%	61,25%	70%	cubos sispro	Vigilancia y demografía en salud pública
A 2031, contar con 600 Entidades públicas y empresas que según la Ley 1823 de 2007, adaptan espacios para la implementación de las salas de lactancia materna en el entorno laboral.	348	2021	41	48,75	56,5	64,25	72	Programa	Salud Pública

META NACIONAL	LINEA BASE NACIONAL	AÑO	LINEA DE BASE CALI	META 2024	META 2025	META 2026	META 2027	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DEL REPORTE
Porcentaje de Enfermedades Transmitidas por Alimentos - ETAS a las que se les detectó fuente de transmisión	100	2020	86%	89% de Enfermedades Transmitidas por Alimentos - ETAS a las que se les detectó fuente de transmisión	93% de Enfermedades Transmitidas por Alimentos - ETAS a las que se les detectó fuente de transmisión	97% de Enfermedades Transmitidas por Alimentos - ETAS a las que se les detectó fuente de transmisión	100% de Enfermedades Transmitidas por Alimentos - ETAS a las que se les detectó fuente de transmisión	SIVIGILA	Vigilancia y demografía en salud pública
Tasa de mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas	4,25 por 100.000 Hab	2023	0,48 por 100.000 Hab	Mantener la tasa de mortalidad por consumo de SPA a 0,48 por 100.000 habitantes	Reducir la tasa de mortalidad por consumo de SPA a 0,47 por 100.000 habitantes	Reducir la tasa de mortalidad por consumo de SPA a 0,46 por 100.000 habitantes	Reducir la tasa de mortalidad por consumo de SPA a 0,45 por 100.000 habitantes	DANE	Vigilancia y demografía en salud pública
Cobertura de afiliación al SGSSS mantenida			99%	99%	99%	99%	99%	Ministerio de Salud y Protección Social	